

Nisan 2022

C  **VID-19**

PANDEMİSİNDE

2 YIL geride
kalırken...



COVID-19
PANDEMİSİNDE
2 YIL geride
kalırken...



**COVID-19 PANDEMİSİNDE
2 YIL GERİDE KALIRKEN...**

Cumhuriyet Halk Partisi Yayınları

1. Baskı, Ankara, Nisan 2022

BASKI VE CİLT: MİKİ MATBAACILIK SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ
Matbaacılar Sitesi 1516/1 Cadde No: 27 İvedik / Ankara
Telefon : 0 (312) 395 21 28

Bu kitabın tüm hakları saklıdır.

*Tanıtım amacıyla, kaynak göstermek şartıyla yapılacak kısa alıntılar dışında gerek
metin, gerek görsel malzeme Cumhuriyet Halk Partisi'nden izin alınmadan hiçbir
yolla çoğaltılamaz, yayımlanamaz ve dağıtılamaz.*

Cumhuriyet Halk Partisi Yayınları

Adres: CHP Genel Merkezi, Anadolu Bulvarı No:12 Söğütözü, Ankara
Telefon : +90 (312) 207 40 00
Faks : +90 (312) 207 40 39





“

Beni Türk hekimlerine emanet ediniz...

K. Atatürk

YÖNETİCİ ÖZETİ

11 Mart 2022, Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19 salgınının dünyanın tamamını etkileyen bir pandemi olduğunu açıklamasının ikinci yıl dönümü.

11 Mart 2022 aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi açıklamasıyla birlikte Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) iktidarının COVID-19 hastalığının ülkemizde de var olduğunu resmen kabul etmek zorunda kaldığı günün ikinci yıl dönümü. Aslında hastalığın açıklandığı günden daha önce ülkemizde kendini gösterdiği biliniyor.

O günden bu yana dünyada yaklaşık 450 milyon, ülkemizde ise 14 milyonu aşkın kişinin COVID-19 hastalığına yakalandığı doğrulandı. Ülkemiz nüfus sıralamasında dünyanın 17. sırasında olmasına rağmen vaka sayısı itibarıyla ne yazık ki dünyanın 8. ülkesi oldu.

Çünkü AKP iktidarı COVID-19 pandemisini baskılayamadı, kontrol altına alamadı, kontrol altına almak için bilimsel bir yolu izlemedi.

Koronavirüs ile geçen iki yılı analiz ettiğimizde zaman zaman sorunlar yaşasalar da Avustralya, Çin, Güney Kore, Tayland, Vietnam ve Yeni Zelanda gibi ülkelerin pandemiye baskılamak ve etkisini azaltmak konusunda başarılı olduklarını görüyoruz. Dünya Sağlık Örgütü'nün pandeminin ilk gününden bu yana söylediği gibi ulaşılan bu başarının ardında en başta "Test, Test, Test" politikası saklıdır. Söz konusu ülkeler vakalara erken tanı koyup izole ederek, hastalığın yaygınlaşmasının önüne geçebildiler. Oysa Türkiye geçen iki yılda nüfusuna oranla az PCR testi yaparak vakaları erken yakalayamadı, geliştirilen hızlı testleri hiç uygulamaya sokmadı, yeterli ekonomik destek sunmadığı için hastaların izole olmasını sağlamadı ve en kötüsü de "vaka/hasta" ayrımı yaparak salgından ziyade rakamları kontrol altına almaya çalıştı.

Hastalığın yayılmaması konusunda başarısız olan siyasi iktidar, benzer bir durumu aşılama ve hastalığın tedavisi konusunda da ülkemize yaşattı. 11 Mart 2022 tarihi itibarıyla ülkemizde yaşayan nüfusa göre çift doz aşılama oranı yüzde 63'tür. Oysa aşılama oranları örneğin Portekiz'de yüzde 93, Şili'de yüzde 90, Küba'da yüzde 87, Arjantin'de yüzde 80, Vietnam'da yüzde 79 ve komşumuz Yunanistan'da yüzde 73'tür. Oysa Türkiye dünyada yüksek aşılama oranları ile bilinen bir ülkeydi. Ülkemiz kurulduğu

günden bu yana ilk kez aşılama oranlarında birçok ülkenin gerisinde kaldı. Geçtiğimiz iki yılda, etkili bir aşı kampanyası yapmayı bırakın, bizzat Sağlık Bakanı'nın ağzından aşılarda gereksiz tereddütler yaratacak açıklamalar yapıldı. AKP iktidarı yalnızca zamanında dünyaya aşı ihraç eden Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nü kapatmakla kalmadı, bu pandemi sırasında güvenliliği ve etkinliği kanıtlanmış aşılarda erken sağlamadı, etkili bir aşı kampanyası da maalesef yürütemedi.

COVID-19 hastalığına yakalanan vatandaşlarımız pandemi döneminin büyük çoğunluğunda dünyada hemen hiçbir ülkenin kullanmadığı, Dünya Sağlık Örgütü'nün "kullanılmasın" dediği hidrosiklorokin ve favipiravir ilaçlarını Sağlık Bakanlığı'nın zoruyla kullanmak durumunda kaldı. Bu ilaçlar COVID-19 hastalığına yakalanan hiç kimseye fayda vermemiş olsa da söz konusu etkisiz ilaçları üreten şirketlerin sahiplerini zengin etti. Öte yandan bugün halen COVID-19 hastalığına yakalanmış vatandaşlarımız dünyanın birçok ülkesinde kullanılan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün "kullanılabilir" dediği kimi tedavi seçeneklerine ulaşamamaktadırlar.

Özetle AKP iktidarı pandemi döneminde Dünya Sağlık Örgütü'nün yapın dediklerini yapmama, yapmayın dediklerini de yapma şeklinde bir yol izledi. Ancak unutmayalım ki bu politikanın bedelini sadece hasta olan milyonlarca kişi ödemedi. Aksine örneğin ülkemizin geleceği olan çocuklarımız pandemi nedeniyle dünyada en uzun süre eğitimden uzak kalan şansız çocukları arasına girdi. Salgın ilk dalgası dahi bastırılmadığı ve peşi sıra pek çok pik yaşandığı için ekonomik kalkınma hızımız düştü.

İkinci yılın sonunda pek çok yurttaşımızın hastalığı geçirdiği, pandemi nedeniyle çocuklarımızın uzun süre eğitimsiz kaldığı ve yaşanan ekonomik kriz nedeniyle hemen herkesin yoksullaştığı bir ülke haline geldik. Bu sonuçtan Adalet ve Kalkınma Partisi sorumludur. Son iki yıldır pandemi verilerini şeffaf biçimde paylaşmayan, oluşturduğu Bilim Kurulu'nun özgür ve bilimsel olarak çalışmasını güvence altına almayan, COVID-19 konusunda yol gösterecek bilimsel araştırmaların yapılmasını hükümetin iznine bağlayan, başta Cumhuriyet Halk Partili belediyeler olmak üzere yerel yönetimleri pandemi mücadelesine dahil etmeyen, belediyelerimizin pandeminin sorunlarını hafifletmeye çalışan uygulamalarını yasaklayan, sağlık meslek örgütlerinin pandemi kontrolü için geliştirdiği önerileri dinlemeyen AKP hükümeti bu tabloda sorumludur.

İki yıllık pandemi döneminde ülkemizde kaç yurttaşımızın öldüğü halen açıklanmamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2020 yılı ölüm verilerini COVID-19 pandemisinin ağır yıkımını göstermemek için yayınlamamaktadır. Partimizin belediye kayıtlarından derlediğimiz bilgiler çerçevesinde öngörümüz Türkiye'de en az 200 bin kişinin COVID-19'dan dolayı öldüğüne işaret etmektedir. Vatandaşlarımızca alay edencesine şehirlerin dışında kurulan Şehir Hastaneleri'ni yapan müteahhitlerin daha çok para kazanması için kapatılan hastaneler nedeniyle pandemi nedeniyle güvenli hastane bulamayıp hastalansa da sağlık kurumlarına başvuramayan hastaları da dikkate alırsak vefat sayısının çok daha yüksek olduğunu biliyoruz.

Benzer biçimde hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, sekreter, ambulans sürücüsü ve bir bütün olarak sağlık çalışanları COVID-19 salgınının kontrol altına alınmaması nedeniyle karşılaştıkları yoğun iş yükü nedeniyle tükenmiş durumdadırlar. Bu durum yetmezmiş gibi görevi başında hastalara şifa dağıtmak için yaşamını COVID-19 nedeniyle kaybeden en az 556 sağlık çalışanının olduğu bir ülkede onların emeklerine teşekkür etmek, şükranlarımızı sunmak, onların canını korumaya almak, emeklerinin hak ettiği karşılığı bir parçada olsa karşılamak yerine "giderlerse gitsinler" denilerek özellikle hekimler mesleklerinden iyice soğutulmaktadır.

Bu yaklaşım kabul edilemez! Hekimler ve sağlık çalışanlarına teşekkür borçluyuz.

Özetle; AKP iktidarı, geçen iki yıllık pandemi döneminde hastaya da, hekime de, diğer sağlık çalışanlarına da sağlık, mutluluk ve huzur getirmemiştir.

CHP COVID-19 DANIŞMA KURULU RAPORUNU HAZIRLAYANLAR

- Sinan Adıyaman
- Gamze Akkuş İlgezdi
- Atilla Stephan Ataç
- Osman Elbek
- Murat Emir
- Özlem Kurt Azap
- Özgür Özel
- Kayıhan Pala
- Ali Şeker
- Sevilay Şenol Çelik
- Aylin Yaman
- Cavit Işık Yavuz



*“Ölüm geliyor aklıma birden ölüm
Bir ağacın gövdesine sarılıyorum.”*

Cemal Süreya



COVID-19 Hastalığı

İki yıl önce 2019 yılının Aralık ayında Çin'de 45 olgunun "viral pnömoni" tanısı aldığı ve tüm olgulardaki ortak özelliğın Wuhan balık pazarını ziyaret etmeleri ile başladı aslında pandemi. Bu pazarda kümes hayvanları, yarasalar, yılanlar ve diğer vahşi hayvanlarının satıldığı zaten bilinmekteydi (1, 2). Wuhan balık pazarı, 1 Ocak 2020 tarihinde kapatıldı. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 5 Ocak 2020'de Çin'de ulusal otoriteler tarafından nedeni bilinmeyen bir pnömoni tablosunun rapor edildiğini açıklamasının hemen ardından 7 Ocak 2020'de de Çinli yetkililer yeni bir koronavirüs türü saptadıklarını bildirdiler. Çin'in 12 Ocak 2020'de genom yapısını tüm dünyaya açık olarak paylaşmasının hemen ardından 13 Ocak'ta Çin dışından ilk olgu Tayland'dan bildirildi. Ardından 15 Ocak'ta Japonya, 20 Ocak'ta Güney Kore ilk vakalarını bildirdiler. DSÖ, ilk "durum raporu"nu 21 Ocak 2020 tarihinde yayımladı ve dünyada görülen olguları ve ölümleri ülkeler bazında ilan etmeye başladı (Tablo 1) (3). Wuhan, 23 Ocak 2020 itibarıyla dış dünyaya tamamen kapatıldı. DSÖ web sayfasındaki zaman çizelgesi sayesinde COVID-19 hastalığına ilişkin kronolojik süreç ayrıntılı bir şekilde paylaştı (4).

Ocak ayının başından itibaren, hastalığın ve etkenin adları 11 Şubat'ta resmi olarak değiştirilinceye kadar hastalığın adı olarak Yeni Koronavirüs (Novel Coronavirus -nCoV) ifadeleri kullanıldı. 11 Şubat'ta DSÖ tarafından hastalık COVID-19 (Koronavirüs Hastalığı -Corona Virus Disease 2019) olarak isimlendirildi. Aynı tarihte, Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi de virüsü SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2) olarak isimlendirdi. Yapılan genetik incelemelerde virüsün yarasa



Çaresiz dertlere düştüm

Yok mu bunun çaresi?

Var:

Yaşamayı ölecek kadar sevmek

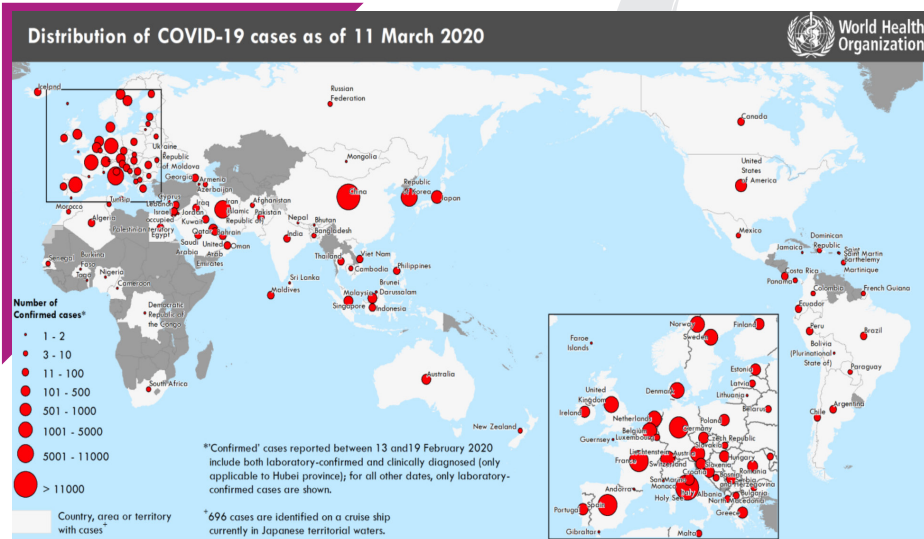
Can Yücel

WHO Regional Office	Country, territory, area	Total number of confirmed cases
WPRO	China – Hubei Province	258
	China – Guangdong	14
	China – Beijing Municipality	5
	China – Shanghai Municipality	1
	Japan	1
	Republic of Korea	1
SEARO	Thailand	2
Total confirmed cases		282

TABLO 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün İlk Durum Raporu'ndaki Vaka Dağılımı (20 Ocak 2020)

koronavirüslerine %88, SARS virüsüne %79, MERS virüsüne %50 oranında benzerlik gösterdiği saptandı (5). Öte yandan bu sürecin başında DSÖ, 10 Ocak 2020'de SARS ve MERS'ten edinilen deneyimlerle sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik ilk rehberleri yayımladı.

Türkiye, 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ'nün COVID-19 salgınının bir "pandemi" olduğunu ilan edene kadar resmi olarak doğrulanmış bir vaka olduğunu açıklamadı. Oysa 10 Mart 2020 tarihli DSÖ Durum Raporu'nda Türkiye'nin etrafındaki tüm ülkelerde ve Afrika dışındaki kıtalarda yer alan hemen tüm ülkelerde vakaların saptandığı görülmekteydi (Şekil 1). Bu durum sürecin en başından itibaren Türkiye'nin vaka saptamada çok istekli olmadığına işaret etmektedir.



ŞEKİL 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün 11 Mart 2020 Tarihli Durum Raporu'ndaki Vaka Dağılımı

Pandeminin başlangıcından itibaren yaşanan bilgi kirliliği tüm süreç boyunca sıkıntıya yol açtı. Bu konuda yaşanan sıkıntı, DSÖ tarafından "infodemi" yani "insanların ihtiyacı olduğunda güvenilir ve geçerli kaynakları bulmada zorluk yaşamasına neden olan -bazıları doğru bazıları değil- bilgi fazlalığı" olarak tanımlandı (6). Geçen iki yıllık sürede Türkiye'de özellikle sağlık meslek örgütleri ve uzmanlık derneklerinin COVID-19'a yönelik infodemiye önlemeye yönelik kritik katkı sundukları gözlemlendi.



COVID-19 hastalığı, aerosol, damlacık ve temas yoluyla bulaşmaktadır. Zaman içerisinde temas yolunun kritik öneme haiz olmadığı, aksine aerosol bulaşmanın çok daha kritik ancak göz ardı edilen bulaşma tipi olduğu ortaya çıktı. Öte yandan alışveriş merkezleri gibi klimatize kapalı alanların aerosol bulaşma için önemli risk yerleri olduğu ancak bu alanların Türkiye'de kısıtlamaların ilk kaldırıldığı yerler olduğu gözlemlendi. Bununla birlikte sadece solunum cihazına bağlanma, yüksek akımlı oksijen tedavisi uygulanması gibi bazı tıbbi işlemler sırasında değil normal solunumsal bulaşmada da aerosol yolun önemli olduğu fark edildi. Sağlık çalışanlarının yoğun olarak hastalanması ve kaybında aerosol bulaşma yolunun göz ardı edilmesinin büyük etkisi olduğu düşünülmekte. Nitekim havalandırma ve N95 tipi yüksek koruyucu maske önerileri pandemiden başlamasından çok sonra öneriler arasında yer aldı. DSÖ başta olmak üzere dünyadaki sağlık otoriteleri yaygın biçimde maske, mesafe ve hijyen temelinde kişisel önlemleri daha çok vurguladı. Son olarak her ne kadar SARS-CoV-2 virüsü, kan, idrar, dışkı ve genital salgılarda da saptanmış olsa da böylesi bir bulaşmanın klinik açıdan önemli olmadığı gösterildi. Sevindirici bir bulgu olarak anneden bebeğe, gebelik sırasında veya emzirme döneminde de geçiş olmamakta.

COVID-19 hastalığında kişiye bulaşan virüs, solunum yolu epitel hücrelerinin yüzeyinde yer alan ACE-II reseptörlerine Spike (S) proteini aracılığıyla tutunur ve hücre içine girer. Hücre içinde çoğaldıktan sonra tomurcuklanarak hücre dışına çıkar ve yeni hücreleri enfekte eder. Virüs

çoğalırken genetik yapısında meydana gelen ve “mutasyon” adı verilen değişiklikler sonucunda “varyantlar” ortaya çıkabilir.

Varyantlar, DSÖ tarafından “izlenen” (VUM: Variant Under Monitoring) “dikkat çekici” (VOI: Variant of Interest) ve “endişe verici” (VOC: Variant of Concern) olarak üç ana grupta izlenmekte. Varyantlara Yunan alfa-besindeki harfler isim olarak verilmekte; 2022 yılı Şubat ayı itibariyle “endişe verici” varyant sayısı beştir (7). Alfa varyantı ilk olarak Birleşik Krallık’ta, beta varyantı ilk olarak Güney Afrika’da ortaya çıktı ve bu varyantlar 2020 yılı Aralık ayı itibariyle endişe verici varyant olarak sınıflandırıldı. Brezilya’da ortaya çıkan gama varyantı ise 2021 yılı Ocak ayında endişe verici varyant olarak tanımlandı. İlk olarak Hindistan’da 2020 yılı Ekim ayında saptanan delta varyantı 2021 yılı Mayıs ayında endişe verici varyant kategorisine aldı ve büyük bir hızla tüm dünyayı etkiledi.

Omikron adı ile anılmakta olan SARS-CoV-2 varyantı ise 2021 yılı Kasım ayında birçok ülkede “aynı anda” ortaya çıkmış olup ülkemiz dahil pek çok ülkede büyük bir hızla yayıldı. Endişe verici varyantlardan beşincisi olan omikron’un, delta varyantından 2.7-3.7 kat daha bulaşıcı olduğu gösterildi. Omikron varyantı, önceki varyantlardan farklı olarak aşılarında ve daha önce COVID-19 geçirenlerde de yaygın biçimde hastalığa yol açabilmekte. Yani bir anlamda omikron varyantı nedeniyle -neredeyse- tüm toplum yeniden hastalığa açık hale geldi.

Öte yandan omikron’un neden olduğu hastalık daha hafif seyirli görünmekle birlikte çok sayıda kişinin aynı anda hastalanmasına yol açması nedeniyle hastalığın toplumdaki ve hastanelerdeki yükünün artmasına yol açtı. Ayrıca aşılanmayanlar ve aşısı tam olmayanlar arasında daha çok olmakla birlikte altta yatan hastalıkları yönünden riskli olan gruplarda da ağır seyretti. Türkiye’de kamu otoritesi tarafından sıklıkla ifade edilen aksine bilim insanlarının vurguladığı gibi omikron’un neden olduğu hastalık “hafif değildir”; sadece diğer varyantların neden olduğu klinik tablolardan “daha hafiftir” (7-9).

Hemen tüm varyantların yeterli halk sağlığı önlemi alınmadığı için salgının kontrol altına alınmadığı ve/veya küresel aşı eşitsizliği nedeniyle aşılanma oranlarının düşük olduğu bölgelerde ilk olarak saptanması varyantların gelişiminin altında yatan temel faktörün virüsten ziyade

ona karşı doğru olarak uygulanmayan pandemi politikasına bağlı olduğu görülmektedir. SARS-CoV-2 genomunun dizilenmesi, bilim insanlarının ortaya çıkan varyantları tanımlamasına olanak tanır. Türkiye’ye özgü bir varyantın saptanmamış olması sevindirici olmakla birlikte, ülkemizin yeterli alt yapıya rağmen genomik analiz yapma isteksizliğinin de ülkemize özgü varyantların bulunamamasına katkı sunduğu aşıkardır. Örneğin Danimarka’da doğrulanmış olguların %13,7’sinin genetik analizi yapılmışken bu oran Türkiye’de yalnızca %0,6’dır (Tablo 2).

Ülke	Genomu dizilenen SARS-CoV-2 örnek sayısı	COVID-19 Doğrulanmış olgu sayısına oranı (%)
Danimarka	413.778	13,7
Birleşik Krallık	2.430.962	12,2
Kanada	297.050	8,8
ABD	2.934.159	3,7
Almanya	461.892	2,6
Bulgaristan	14.133	1,3
Türkiye	88.168	0,6

TABLO 2. Bazı Ülkelerde Genomu Dizilenen SARS-CoV-2 Örnek Sayısı ve Oranı

Kaynak: The Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, <https://coronavirus.jhu.edu/data/variant-data>

Pandemiler sırasında sağlık çalışanlarının tükenmemesi ve sağlık sisteminin çökmemesi ve bunlara bağlı olarak çok sayıda ölüm gözlenmemesi için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere tüm kurum/kuruluşların ve toplumun hazırlıklı olmaları önemlidir. COVID-19 pandemisi deneyimi SARS-CoV-2 mutasyonlarının dünyada hızla yayılacağına, ülkelerin sınır önlemlerinin yetersiz kalacağına ve sorunun küresel bir tehdite yol açacağını göstermiştir. Bu nedenle, risk oluşturan mutasyonlara yönelik genomik sürveyans ağları oluşturularak mevcut ve ortaya çıkabilecek yeni varyantların izi sürülmeli (moleküler sürveyans) ve yayılmalarını engellemek için uygulanmakta olan önlemler sıkılaştırılmalı; yeni varyantların fenotipik özelliklerinin gerekli kılacağı ek önlemler alınmalıdır.

COVID-19 hastalığının tanısı solunum yolundan alınan örnekte PCR testi ile virüsün nükleik asitinin gösterilmesi esasına dayanmaktadır. Ayrıca tükürükten veya boğazdan alınan örnekten çalışılabilen hızlı antijen test-

leri de tanıda kullanılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde antijen testleri, tarama amacıyla veya kişilerin evde uygulayabilecekleri hızlı tanı testi olarak kullanılmıştır. Hızlı antijen testleri dünyada gerek tanı gerek tarama amacıyla kullanılmalarına rağmen geçen iki yılda bilim camiasının tüm taleplerine rağmen Türkiye'deki kamusal otorite bu testleri uygulamaya koymamış ve bu eksiklik de salgının hastalık ve dolayısıyla ölüm yükünü arttırmıştır.

COVID-19 hastalığı, her biri yaklaşık bir hafta süren iki aşamada seyretmektedir. Birinci aşama, virüsün solunum yolu epitel hücrelerinde çoğaldığı ve yukarıda sayılan belirtilerin görüldüğü aşamadır. Hastaların %80-85'i bu aşamanın sonunda iyileşirler. Ancak hastaların %15-20'sinde, birinci haftadan sonra bu belirtiler ağırlaşabilir. Öksürük, nefes darlığı gibi yakınmaların ön plana çıktığı, oksijen ihtiyacının ve solunum yetmezliğinin eklendiği bu ikinci aşamada alveollere ulaşan virüsün etkisinin yanı sıra virüsü ortadan kaldırmak üzere harekete geçen bağışıklık yanıtının sebep olduğu etkiler söz konusudur. İkinci evredeki patolojik değişiklikler ölümle sonuçlanabilmekte ve iyileşenlerde de uzun süren bir iyileşme dönemi olabilmektedir. Hastalığın iki aşamalı seyri tedavi yaklaşımlarını belirlemek için önemlidir. Birinci aşamada virüse etkili ilaçların kullanılması gerekirken, ikinci aşamada daha çok bağışıklık sistemini düzenleyecek ilaç ve tedavilerin kullanılması gerekmektedir; ilerleyen ağır olgularda organ yetmezliklerinin tedavisinin yapılabilmesi gerekmektedir.

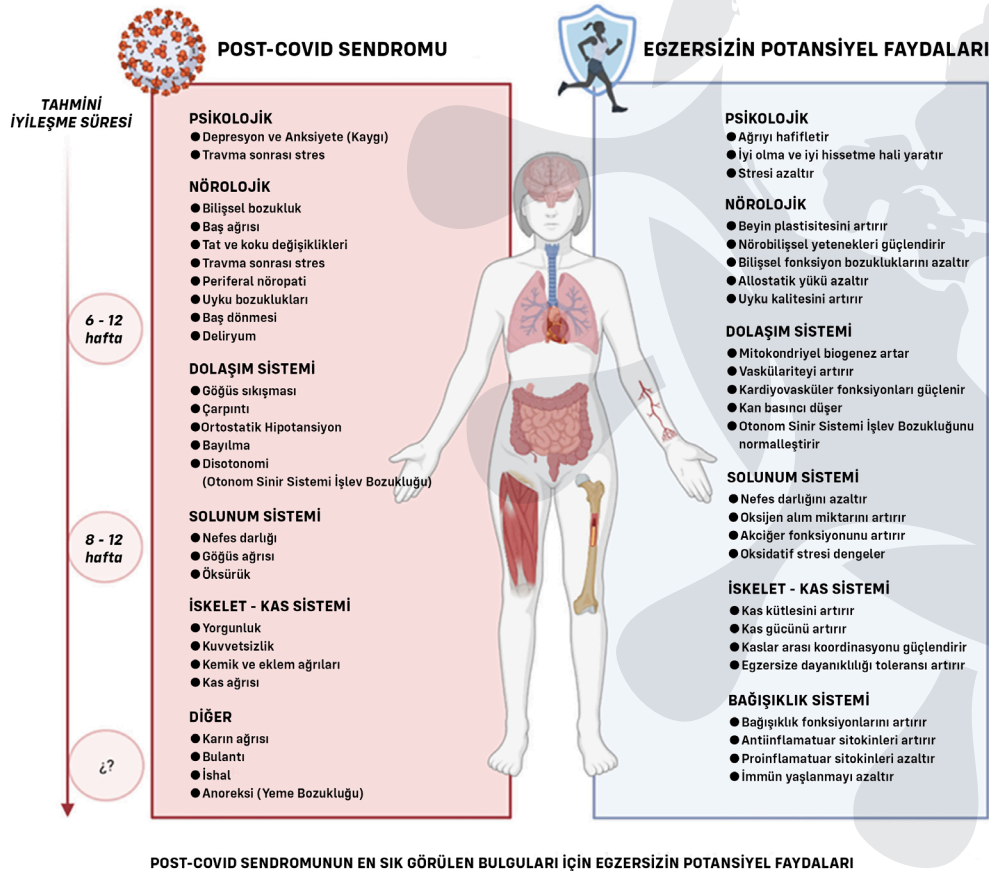
Günümüzde yaş ya da eşlik eden hastalıkları nedeniyle riskli gruptaki hastalara monoklonal antikolar, paxlovid, molnupiravir ve remdesivir gibi virüsün çoğalmasını engelleyici ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak Türkiye'de bu ilaçlardan sadece molnupiravir klinik kullanıma 2022 yılı Şubat ayı itibarıyla girmiştir. Ancak molnupiravir hem diğer ilaçlara göre daha az etkilidir, hem de 18 yaş altındakilerde, gebelerde, emzirenlerde kullanılamamaktadır. Oysa özellikle riskli gruptaki hastalar için etkili ilaçlara ücretsiz olarak, Sağlık Bakanlığı'nın temin etmesi yoluyla ulaşılabilmesi çok önemlidir. Başta İstanbul olmak üzere Türkiye'nin çeşitli yerlerinde hasta ve hasta yakınları, remdesivire ve Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtıma girmeden önce molnupiravire, yasal olmayan yollardan ve yüksek fiyatlarla ulaşmaya çalışmışlardır. Bu durum hem ekonomik eşitsizliğin bir yansıması olarak sağlık hakkının herkes için geçerli olmamasına hem

de uygun olmayan koşullarda temin edilen bu ilaçların getireceği zararlara yol açmıştır.

Hastalığın ikinci aşamasında (inflamasyon aşaması) oksijen destek tedavisine ihtiyaç duyan hastalara başlanan düşük doz steroid (6 mg deksametazon veya eşdeğeri) inflamasyonu baskılayarak doku ve organ hipoksisini engellemektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarında ağır seyri önleyen ve yoğun bakıma yatışı azaltan etkisiyle öne çıkan tedavi steroid tedavisidir. Steroid tedavisinin daha erken aşamalarda ve/veya daha yüksek dozlarda verilmesinin ise olumsuz etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Steroid tedavisine ek olarak yine inflamasyon aşamasında, aşırı inflamasyon sendromu (Macrophage Activating Syndrome- MAS) gelişen hastalarda etkili olan antisitokin tedaviler söz konusudur. IL-1 (İnterlökin-1) antagonisti (Anakinra) veya IL-6 (İnterlökin-6) antagonisti (Tosilizumab) bu amaçla en çok kullanılan ajanlar olup özellikle doğru hastaya doğru zamanlama ile verildiklerinde başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Türkiye'de çoğu zaman bu ilaçlara ulaşma konusunda sıkıntı yaşanmamıştır. Son zamanlarda Tosilizumab etken maddeli ilaca erişim sorunu yaşanmaktadır.

Ülkemizde çok yanlış biçimde uygulan politikanın aksine COVID-19 tanısı alan hastaların tamamına antiviral tedavi verilmesi gerekli değildir. Nefes darlığı, solunum sıkıntısı olmayan kişiler evlerinde, izolasyon koşullarına uymak kaydıyla, sadece ateş düşürücü ve ağrı kesici verilerek izlenebilirler. Nefes darlığı olan hastalar ise hastaneye yatırılarak izlenmelidir. Oysa ülkemizde tanı alan hastaların tamamına hem de etkili olmayan antiviral tedaviler Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmıştır. Bu durum ülkemiz kaynaklarının gereksiz yere ilaç şirketlerine aktarılmasının yanı sıra hastaları ilaçların yol açacağı yan etkilerle de baş başa bırakmıştır. Daha kötüsü Sağlık Bakanlığı, hidroklorokin ve favipiravirin COVID-19 hastalığında etkili olmadığı bilimsel çalışmalarla gösterildikten ve dünyadaki birçok ülke rehberinden çıkarıldıktan yaklaşık bir yıl sonra tedavi rehberlerinden bu ilaçları çıkarmıştır. Şubat 2022 tarihi itibarıyla rehberde yer almamakla birlikte favipiravir etken maddeli ilacın hastanın isteğine göre Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtımı yapılmaktadır. Böyle bir konuda "hastanın isteğine bağlı" ilaç dağıtımını bilimsel olmayan bir uygulamadır.

COVID-19 hastalığı, hastalığın akut dönemi bittikten sonra da sıkıntılara yol açmaktadır. DSÖ ve ülkelerdeki sağlık kuruluşları bu konuya dikkat çekmek ve “post-COVID” dönemde yaşananları gerek ortaya koymak gerekse çözüm bulmak için çalışmalar yürütmektedir. COVID-19’un hastalık sonrası etkilerine ilişkin olarak DSÖ tarafından bir doküman yayımlanmıştır (10). Görüldüğü üzere COVID-19 solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulguları yönünden “hafif” atlatılsa bile sonrasında kişinin yaşamını etkileyen sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. “Post-COVID”, “COVID-Sonrası”, “Uzun COVID” ve “Uzamış COVID” gibi çeşitli isimlerle anılan bu durumu azaltmanın tek yolu salgın ile etkili mücadele edilerek olgu sayılarının azaltılmasıdır. Yakın tarihli yapılan araştırmalarda egzersizin “Post-COVID” gelişimine olumlu etkisi olduğu ve toplumsal hareketliliği arttıracak halk sağlığı önlemlerinin uygulamaya konulması gerektiği vurgulanmaktadır (Şekil 2) (11).



ŞEKİL 2. Post-COVID Sorunları ve Egzersizin Katkısı (11)

Özetle; COVID-19 hastalığı, bilim insanlarının yıllar öncesinde yerinde yaptığı uyarılara rağmen hemen tüm ülkelerin hiç beklemediği bir anda, beklenmedik şekilde ortaya çıkarak insanları şaşırtmıştır. Hatta bu şaşkınlık nedeniyle SARS-CoV-2'nin nasıl ortaya çıktığına ilişkin birçok komplo teorisi de gündeme gelmiştir. Bu çerçevede DSÖ, 2021 yılının Ocak ayında Çin'e SARS-CoV-2'nin kaynağını belirlemek üzere bir araştırmacı heyeti göndermiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda kaynak tam olarak belirlenememiş olsa bile zoonotik orijine işaret eden bulgular olduğu belirtilmiştir (12). Önemli tıp dergilerinden biri olan Cell'de yayımlanan makalede de SARS CoV 2'nin laboratuvarından “kaçan” bir virüsten çok zoonotik orijinli olabileceğine ilişkin kanıtların daha çok olduğu belirtilmiştir (13). Unutulmamalıdır ki insanlarda görülen enfeksiyon hastalıklarının üçte ikisi zoonotiktir yani hayvan kaynaklıdır. Yeni ortaya çıkan enfeksiyon hastalıklarının ise dörtte üçü yani daha büyük bir yüzdesi de hayvan kaynaklıdır. Kuş gribi, SARS, pandemik influenza, MERS, Ebola hastalığı, Zika virüs hastalığı son yirmi yılda ortaya çıkmış yeni enfeksiyonlardır ve tamamı hayvan kökenlidir (14). Çokuluslu şirketlerin kazancı uğruna ekolojik yıkım yarattığı iklim krizinin en somut sonuçlarından birisi hayvan kökenli hastalıkların artacak olmasıdır. Bu nedenle son yıllarda daha sık gündeme gelen “tek sağlık” yaklaşımına uygun politikaların seçilmesi hayati öneme sahiptir.



Kaynaklar

1. Stanley Perlman and Kenneth McIntosh. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 155, 2072-2080.e5
2. WHO, Situation Report-10 https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2
3. WHO, Situation Report-1 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330760/nCoVsitrep21Jan2020-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
4. Archived WHO Timeline COVID-19. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
5. Lu R, Zhao X, Li J, et al (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet 395: 565-74.
6. WHO, Situation Report-13 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>
7. WHO, Tracking SARS-CoV-2 Variants <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
8. KLİMİK, Salgında Son Durum ve Omicron Varyantı <https://www.klimik.org.tr/koronavirus/klimik-derneginden-aciklama-salginda-son-durum-ve-omicron-varyanti/>
9. CDC, Omicron Variant <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>
10. WHO, Delphi Consensus https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-n-CoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
11. Almazan AJ, Pallares JG, Romero A, et al (2021). Post-COVID-19 syndrome and the potential benefits of exercise. In J Environ Res Public Health 18: 5329
12. WHO, data on origin of SARS-CoV-2 virus <https://www.who.int/news/item/30-03-2021-who-calls-for-further-studies-data-on-origin-of-sars-cov-2-virus-reiterates-that-all-hypotheses-remain-open>
13. Holmes EC, Goldstein SA, Rasmussen AL et al. The origins of SARS-CoV-2: A critical review. Cell 2021; 184: 4848-56.
14. CDC, Zoonotic Diseases <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>



Türkiye’de Pandemiye Hazırlık Süreci

Influenza Pandemisi Eylem Planı

Dünyada pandemilerin giderek büyüyen bir tehdit haline gelmesi, ülkelerin ve uluslararası kamuoyunun pandemi hazırlıkları konusunda yoğun çalışmalar yürütmesini zorunlu kılmıştır. Bu anlamda önemli gelişmelerden biri DSÖ’nün salgınlar, halk sağlığı acil durumları ve pandemilerin kontrolü için oluşturduğu Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün 2005 yılında yürürlüğe girmesidir. Uluslararası Sağlık Tüzüğü 194’ü DSÖ’ye üye 196 ülke için bağlayıcı olan hukuksal bir düzenlemedir. Bu düzenleme bir yandan ülkelere halk sağlığı olaylarını bildirme gerekliliği getirmekte, uluslararası öneme sahip bir halk sağlığı acil durumu” kriterlerini belirlemekte ve böyle bir durum gerçekleştiğinde ülkelerin yükümlülüklerini, seyahat kuralları, önlemler vb konuları belirlemektedir (1).

“

Bir memleket halkının sağlığı, hakikatte bir devletin dayandığı bütün mutluluk ve gücün temelidir.

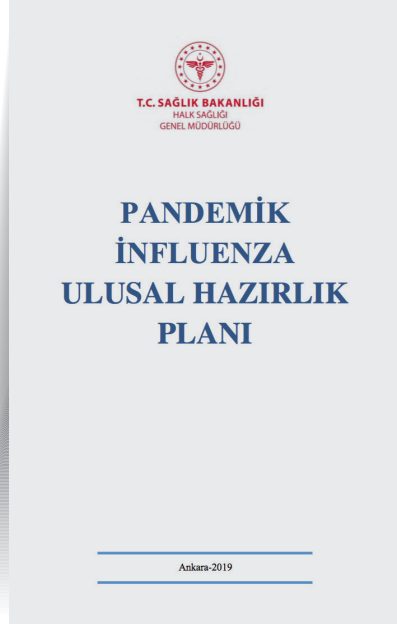
George Sand

**Virüsü değil
rakamları
kontrol etmeye
çalıştılar.**

CHP Genel Başkan Yardımcısı
Gamze Akkuş İlgezdi



Bu düzenleme artan salgınların ve pandemi tehdidine yanıtın önemini arttırmasına karşın pandemi hazırlıkları konusunda yeterli çabanın harcanmadığı, özellikle vurgulanan bir konu olmuştur. DSÖ, ülkelere ulusal pandemi hazırlık planları hazırlama konusunda bir çerçeve çizerek her ülkenin ulusal düzeyde bir pandemi hazırlık planı yapması ve bunu belirli aralıklarla güncellemesi gerekliliğini sürekli olarak vurgulamakta



ve ülkelere bu konudaki çalışmalarını için rehberler hazırlamaktadır. Hazırlığın ana odağını influenza pandemileri oluşturmaktadır. Pandemi hazırlığı influenza pandemi hazırlık ve müdahale planlarının planlanması, uygulanması, gözden geçirilmesi ve eyleme dönüştürülmesi sürecidir ve DSÖ pandemi planının “düzenli olarak gözden geçirilen ve gerekirse revize edilen yaşayan bir belge” olduğunu belirtmektedir. Pandemi hazırlığı ile ilgili harcanan çabalar 2009 Domuz Gribi pandemisi ile sınanma şansı bulmuştur. Bu pandemi sonrası 16 ülkenin hazırlık planlarını güncellediği görülmüştür (2).

DSÖ pandemi hazırlık planının genel çerçevesi pandemiye çeşitli aşamalara ayırarak aşamalara göre hazırlıkların yapılmasını öngörmektedir. Buna göre erken evrelerde insanlarda influenza enfeksiyonu saptandıktan ancak hayvanlarda potansiyel ve risk oluşturan influenza virüsleri bulunmakta, potansiyel risk oluşturan etken insanda influenza enfeksiyonu oluşturmuş ancak enfeksiyon insandan insana geçme özelliği kazanmamıştır. Sonraki aşamalarda ise insandan insana bulaşmanın başladığı, önce yerel, sonra da genel yayılım başlamaktadır (3).

İki binli yılların başlarında yaşanan bu gelişmeler sonrasında Türkiye’de de influenza pandemilerine yönelik hazırlık planlama çalışmalarının tamamlanarak Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı adıyla 2006 yılında bir Başbakanlık Genelgesi ile yayımlandığı, bu ulusal plandan yararlanarak il planlarının hazırlandığı ve Pandemi Plan Tatbikatı yapıldığı da belirtilmektedir. Plan son olarak 2019 yılında güncellenmiştir (4).

Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı dokümanında bu süreçte yaşanan 2009 Domuz Gribi pandemisinden çıkarılan derslere de yer verilmektedir. Bu kapsamda dokümanda aşağıdaki bilgilere yer verilmiştir:

- A.** Domuz gribi pandemisi sürecinde Türkiye’de pandemi etkenine bağlı doğrulanmış vaka sayısı 13.591, ölüm sayısı 656’dır. Hastaneye yatış hızı %1,4; yoğun bakıma yatış hızı %13,6 ve yoğun bakım hastalarında mortalite hızı %19,6 olarak belirtilmektedir.
- B.** Dokümanda vaka ve ölümlerle ilgili çeşitli bilgiler paylaşılmaktadır.
- C.** Plan’da hasta yönetimi ve surveians, laboratuvar, insan kaynakları, mali kaynaklar, organizasyonel yapılar, iletişim, risk iletişimi, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri, antiviral ilaçlar, pandemik aşılarda başlıklarında 2009 pandemisinde yaşanan deneyimlere ilişkin ayrıntılı değerlendirmelerde bulunulmuştur. Bu bölümlerde yer alan birçok tespit sonraki pandemiler açısından da önemlidir ve bu dokümanın hazırlanmasından aylar sonra ortaya çıkan COVID-19 pandemisi sürecine hem alınan dersler hem de hazırlık anlamında durumu aktaran bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu tespitlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

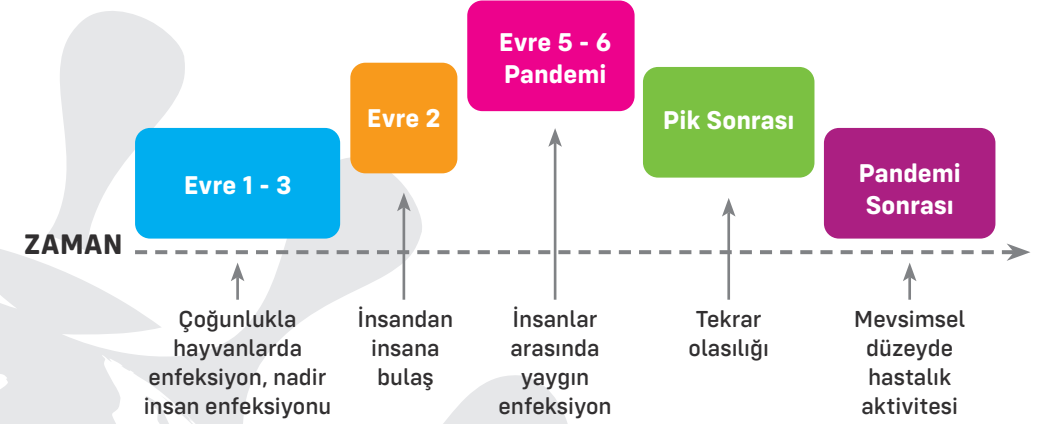
1. “Bilimsel danışma kurulu, pandemi planında tanımlanmış ve pandemi sırasında iyi işlev görmüştür. Bu kurulun işleyişi ve kamuoyuna yönelik iletişim çalışmalarındaki rolü planda daha açık tarif edilmelidir (kurul sözcüsü, görevleri vb.)”
2. “Pandeminin şiddetine göre afet ilan edilme durumunda, mali giderlerin karşılanmasına yönelik mevzuat mevcuttur. Ancak afet ilan edilmeyen şiddetteki bir pandemi de beklenmeyen/öngörülmeleyen ihtiyaçların karşılanabilmesi için düzenleme yapılmalı ve ilave finansman ihtiyacı karşılanmalıdır”
3. “Önceki planda yeterince tanımlanmamış olan risk iletişimi ve özellikleri daha detaylı olarak tanımlanmalıdır. Paydaş analizi yapılarak paydaşlara özel görevler belirlenmelidir. Yöneticilerin farklı yaklaşımlarını önlemek için gerekli bilgilendirmeler zamanında yapılmalıdır”

4. "Pandeminin ilerleyen dönemlerinde yoğun numune akışı nedeniyle, influenza referans laboratuvarlarının sayı ve kapasiteleri yetersiz kalmıştır. Sayı ve kapasitelerinin artırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Hızlı tanı testlerinin çok fazla kullanıldığı görülmüştür. Ancak özellikle özel sağlık kuruluşlarının bir kısmı tarafından kullanılan bu hızlı tanı testlerinin validitesi (duyarlılık ve özgüllükleri) yetersiz olup influenza virüsünün alt tiplerini belirlenmesinde faydalı olmamıştır. Yeni bir pandemi durumunda, yeni bir virüs 16 alt tipi ortaya çıkacağı için hızlı tanı testlerinin duyarlılık ve özgüllükleri net olamayacaktır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş kriterlere sahip hızlı tanı yöntemleri yayımlanan algoritmalara uygun olarak kullanılmalıdır"

5. "Pandemi dönemine yönelik oluşturulacak komite ve kurullar ile görev tanımları net olmadığı için il düzeyindeki operasyonel birimlerin çalışmasında karışıklığa ve gereksiz duplikasyonlara neden olmuştur. Komite ve kurulların yetki, sorumluluk ve görev tanımları karmaşıklığına yer vermeyecek şekilde planda belirlenmiş olmalıdır"

6. "Planda atak hızına göre, ilave insan kaynağı ihtiyacı unvanlara göre öngörülmüş olsa da; iş gücünün nereden ve nasıl sağlanacağı hususu açıkça yer almamıştır. Sağlık çalışanı olarak emekli, öğrenci, atama bekleyen gruplardan yedek kaynak olarak yararlanılacağı planlanmış olsa da; ilgili mevzuat, yöntem ve mali kaynak konusunda net bir strateji belirlenmesinin önemi ortaya çıkmıştır"

Ulusal Pandemi Planı'nın 2019 yılında güncellenmesi pandeminin hemen öncesinde pandemiye verilecek yanıtın ulusal ve yerel düzeyde gözden geçirilmesi açısından önemlidir. Plan'ın il düzeyinde de hazırlanması hemen her düzeyde hazırlık yapılması anlamına geldiğinden COVID-19 pandemisine yanıt verilmesi açısından il düzeyinde de hazırlıkların gözden geçirilmesi beklenmektedir.



COVID-19 Salgınına Karşı Hazırlık

COVID-19 pandemisiyle birlikte ülkeler pandemi hazırlık planlarını COVID ekseninde güncelleyerek pandemi yanıtlarını güncellemişlerdir. DSÖ, COVID'e yönelik olarak hazırlık ve strateji planlarının İnfluenza pandemi hazırlık planları esas alınarak yapılması gerektiğini belirtmiş ve kendisi de çok erken dönemde rehberler hazırlamıştır. DSÖ halk sağlığı açısından altı stratejik hedef belirlemiştir (5):

- Bulaşmayı baskılama
- Virüse maruz kalımı azaltma
- Yanlış bilgilere karşı durma
- Duyarlı grupları koruma
- Gerek COVID-19 gerekse de diğer nedenlere bağlı hastalanma ve ölümleri azaltma
- Aşı, test vb olanaklara eşit ulaşımı sağlama

DSÖ COVID-19 pandemisine ulusal hazırlık ve yanıt ile ilgili önemli noktaları önemle vurgulamıştır. Bu noktalar, koordinasyon, planlama, finansman ve izleme, lojistik ve operasyonel destek, araştırma faaliyetlerini her bir başlıkta içermek üzere aşağıdaki başlıklarda sıralanmaktadır:

- Risk iletişimi, toplum katılımı ve infodemi yönetimi
- Sürveyans, epidemiyolojik araştırma, temaslı takibi, halk sağlığı ve sosyal önlem düzenlenmeleri
- Giriş noktaları, uluslararası seyahat ve ulaşım, kitlesel toplanmalar
- Laboratuvarlar ve tanı
- Enfeksiyondan korunma ve kontrol, sağlık çalışanlarının korunması
- Vaka yönetimi, klinik işlemler ve terapötikler (tedavide kullanılan ilaçlar vb)
- Elzem sağlık hizmetlerinin ve sistemlerin sürdürülmesi
- Aşılama

Bu başlıklar açısından değerlendirildiğinde Türkiye'nin COVID-19 pandemisine hazırlık sürecinin de sıkıntılarla dolu olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2020'nin ilk aylarında "hazırız" söylemi sıkça kullanılan bir argüman olmuş ve bu hazırlık, bir kurul oluşturma ve Bakanlık operasyon merkezinin aktive edilmesi, bir rehber oluşturulması ile öne çıkarılmıştır. Bu hazırlık söylemine karşın test merkezi ve toplam test sayısının salgının başlangıcında çok az kalmış olması, Sağlık Bakanlığı'nın TBBM'de aktardığı bilgilere göre temaslı takibi faaliyetlerinin sistematik olarak ancak Nisan ayının ortasında başlatılabilmesi, pandemi hazırlık planında sağlık çalışanlarına günde iki cerrahi maske dağıtılacağı öngörülmesine karşılık ülkede herkes için ciddi bir maske sıkıntısı yaşanmıştır.

Hazırız söyleminin sık kullanıldığı dönemde gerek test gerekse de tanı ve tedavi süreçlerinde ise bu hazırlık söyleminin karşılığı görülememiştir.

Ocak ayında Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı rehberde üniversite hastaneleri referans hastane olarak yer almaması sadece Sağlık Bakanlığı'nın kendi bünyesinde kurduğu Sağlık Bilimleri Üniversitesi sağlık birimlerine yer verilmesi "hazırlıkların" kapsamını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı uzun bir süre üniversite hastanelerini hem PCR testleri için yetkilendirmemiş hem de referans hastane olarak değerlendirmemiştir (6).

2019'da Pandemi Hazırlık Planı'nın güncellenmesi de hazırlık söyleminin önemli unsurlarından biri olarak Bakanlık tarafından vurgulanmıştır. Ancak gerek bu plandan hareketle bir COVID-19 hazırlık ve strateji planının hazırlanmaması gerekse de var olan Pandemi Hazırlık Planı'nın genel hazırlıkların uygulanamaması nedeniyle hazırlıkların yeterli olmadığı salgın sürecinde açığa çıkmıştır.

Kaynaklar

1. WHO, International Health Regulations https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
2. WHO, Pandemic Preparedness <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/pandemic-preparedness>
3. WHO, WHO Global Influenza Preparedness Plan https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
5. WHO, COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02>
6. TTB, COVID-19 Pandemisi 2. Ay Değerlendirme Raporu <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf>

Olguların Saptanması ve Tedavi Edilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 25 Mart 2020'de yayınladığı belgede COVID-19 pandemisi sırasında olgu ve ölüm kayıtları için iki farklı uluslararası kodun kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Bu kodlar;

- U07.1: COVID-19, virüs tanımlanmış (laboratuvar testi (PCR) ile kesinleştirilmiş olgular) ve
- U07.2: COVID-19, virüs tanımlanmamış (klinik-epidemiolojik tanı konulanlar, olası olgular ve kuşkulu olgular) şeklindedir.

DSÖ, ayrıca 16 Nisan 2020'de ölüm nedeni COVID-19 olanlarda sertifikasyon ve sınıflandırma (kodlama) için uluslararası kurallara ilişkin rehberi de yayınlamıştır. Bu rehbere göre COVID-19 olgu tanımları şöyledir:

Kuşkulu Olgu (Suspected Case)

Klinik ve epidemiyolojik ölçütleri karşılayan kişi:

Klinik Ölçütler:

- Akut ateş ve öksürük

VEYA

- Aşağıdaki belirti veya semptomlardan HERHANGİ ÜÇ VEYA DAHA FAZLASININ akut başlangıcı:
 - Ateş, öksürük, genel halsizlik / yorgunluk, baş ağrısı, miyalji, boğaz ağrısı, nezle, dispne, anoreksi / bulantı / kusma, ishal, zihinsel durum değişikliği

Epidemiyolojik Ölçüt:

- Semptom başlangıcından önceki 14 gün içinde herhangi bir zamanda virüs bulaşma riskinin yüksek olduğu bir bölgede ikamet etmek veya çalışmak: kapalı ikamet yerleri, yerinden edilmiş kişiler için kamp ve benzeri ortamlar;

VEYA

- Semptom başlangıcından önceki 14 gün içinde herhangi bir zamanda toplumda bulaşın olduğu bir bölgede ikamet etmek veya oraya seyahat etmek;



*Ulusların sağlığı,
zenginliklerinden daha
kıymetlidir.*

Will Durant

VEYA

- Semptom başlangıcından önceki 14 gün içinde herhangi bir zamanda sağlık tesislerinde veya toplum içindekiler de dahil olmak üzere herhangi bir sağlık hizmeti ortamında çalışmak
- Şiddetli akut solunum yolu hastalığı olan bir hasta (Ateş öyküsüyle birlikte akut solunum yolu enfeksiyonu veya ölçülen ateş ≥ 38 C °; son 10 gün içinde başlayan öksürük ve hastanede tedavi gereksinimi)

Olası Olgu (Probable Case)

- Yukarıdaki klinik ölçütleri karşılayan ve olası veya doğrulanmış olgu ile temaslı veya en az bir doğrulanmış olgu içeren bir kümeye epidemiyolojik olarak bağlı bir hasta
- Göğüs radyografisi, göğüs BT veya akciğer ultrasonunda COVID-19'u düşündürülen tipik göğüs görüntüleme bulguları ile şüpheli bir olgu
- Tanımlanmış başka bir neden yokken yakın zamanda koku kaybı veya tat kaybı olan bir kişi
- Solunum sıkıntısı olan bir yetişkinde başka türlü açıklanmayan ve olası veya doğrulanmış bir olguyla temaslı veya en az bir doğrulanmış olgu içeren bir kümeye epidemiyolojik olarak bağlı bir ölüm

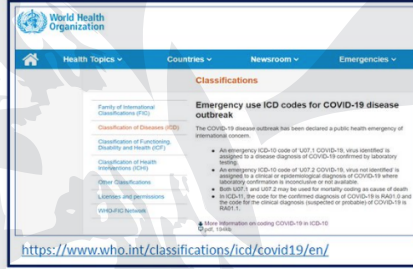
Doğrulanmış Olgu (Confirmed Case)

- Klinik belirti ve semptomlardan bağımsız olarak, laboratuvar tarafından COVID-19 enfeksiyonu olduğu bildirilen kişi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan bu kodlar maalesef Sağlık Bakanlığı tarafından benimsenmemiş, Bakanlık yalnızca doğrulanmış olgu bildiriminde bulunmuştur.



Ülkemizde #COVID19 için kullanılan kod @WHO tarafından önerilen uluslararası kodlardan farklı. Bu farklılık uluslararası karşılaştırmada sorun oluşturabileceği gibi, klinik/epidemiolojik COVID-19 tanısı ile olası/kuşkulu olguların kayıt altına alınmasını da engelleyebilir.



<https://www.who.int/classifications/icd/covid19/en/>

Dünya Sağlık Örgütü COVID-19 pandemisi sırasında hastalık ve ölüm kayıtları için iki farklı uluslararası kod önermektedir:

- **U07.1: COVID-19, virüs tanımlanmış (laboratuvar testi (PCR) ile kesinleştirilmiş)**
- **U07.2: COVID-19, virüs tanımlanmamış**
 - Klinik-epidemiolojik COVID-19 tanısı
 - Olası COVID-19
 - Kuşkulu COVID-19

Ülkemizde COVID-19 için kullanılan kodlar ise farklıdır:

- **U07.1: Mers Cov Hastalığı**
- **U07.2: Avian Influenza Enfeksiyonu**
- **U07.3: COVID-19**

11:10 AM · Apr 13, 2020

**Kaynak**

1. World Health Organization. WHO COVID-19: Case Definitions [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 7]; Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1

Test Politikası

COVID-19 pandemisi sürecinde, pandemiye neden olana virüsün tespit edilmesinden çok kısa süre sonrasında başlayarak virüsün PCR adı verilen bir yöntemle tespit edilmesini sağlayan testler, pandemi yönetiminde önemli bir yer tuttu. Bu önemli yer sadece virüsü taşıyanlara tanı konması açısından değil, salgından korunma ve salgının kontrolü açısından da önemlidir. Testlerle virüsü taşıdığı tespit edilenlerin başkalarına bulaştırmaması için izolasyona alınmaları, belirli bir süre içerisinde temas ettikleri kişilerin de karantinaya alınarak hem izlenmeleri hem de virüsün bulaşması halinde onların da başkalarına bulaştırmalarının engellenmesi salgının yönetimi ve kontrolü açısından kritik olduğundan testlerin uygulanması ve bu uygulamaların sistematığı, testleri pandemi yönetiminin önemli öğelerinden biri yapmaktadır.

Pandeminin başından beri testlerin önemine dikkat çeken DSÖ, ülkelerin epidemiyolojik durumdaki değişikliklere, mevcut kaynak ve araçlara, ülkeye özgü durumlara göre uyarlanabilecek açık hedefler içeren bir ulusal test stratejisine sahip olması gerektiğini özellikle vurguladı (1).

Genel olarak testlerin beş amacı üzerinde durulmaktadır. Bunlar:

- Bulaşıcılığı kontrol altına almak
- Virüsün bulaşıcılık hızını izlemek
- COVID-19'un sağlık sistemi üzerindeki etkisini azaltmak
- Çeşitli bölgelerde ya da özel bazı kurumlarda ya da yerlerde salgınları ve vaka kümelenmelerini belirlemek
- Hastalık sıklığı düşük düzeye indirildiğinde bu durumun devamını sağlamak başlıklarında ifade edilmektedir (2).

Bu başlıklar üzerinden değerlendirildiğinde testlerin kullanımının ve test stratejisinin pandemi yönetimi açısından önemli bir araç olduğu görülmekte. Stratejinin hedef odaklı ve sürdürülebilir olmasının halk sağlığı önlemlerini desteklediği, toplumun sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilenmesini azalttığı ve özellikle de risk gruplarının korunması ve sağlık sistemi yükünün hafifletilmesinde önemli katkıları olduğu belirtilmekte.



*Tıp bir sosyal bilimdir ve politika,
büyük ölçüde tıptan başka bir şey değildir.*

Rudolf Virchow

Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi ve DSÖ test stratejilerine ilişkin olarak aşağıdakileri önerdi:

- Hastalıkla uyumlu belirtisi olan ve olası COVID-19 olduğu düşünülen herkes aşılama ya da geçirilmiş hastalık durumu fark etmeksizin semptomların başlamasından sonra mümkün olan en kısa sürede test edilmelidir. Bu olanaklı değilse nüfusu temsil eden bir örnekleme ve güvenilir bir süzgeç sistemi kurulmalıdır.
- Test kapasitesi sınırlı olduğunda, şüpheli COVID vakalarına öncelik verilmeli, ayrıca aşağıdaki gruplar da bu öncelikler arasında yer almalıdır:
 - Hastalığın ağır seyredebileceği gruplar
 - Sağlık çalışanları
 - Yatan hastalar
 - Bakımevleri gibi alanlarda kalan bireyler (özellikle olası salgın durumlarında)
- Test sonuçlarının tespit süresi minimum olmalı, pozitif çıkanlar hemen izolasyona alınmalı, semptomlardan bağımsız olarak tüm yakın temaslıların zamanında temas takibi ve testleri yapılmalıdır.
- Özellikle mevsimsel grip dönemlerinde hastanelerde ve diğer sağlık bakım kurumlarında akut solunum semptomları olan tüm hastalar ve özel izleme sistemlerinden alınan örnekler grip virüsleri yanında SARS-CoV-2 açısından da test edilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarında ve bakımevi, huzurevi vb alanlarda çalışan sağlık çalışanlarına periyodik ve kapsamlı olarak test uygulanmalıdır. Özellikle bu kurumlarda salgın ve vaka kümelenmelerinin engellenmesi için özel test stratejileri geliştirilmelidir.
- Ülkeler, yayılım durumlarına göre bölgeler arası hareketliliği ve bulaştırıcılığı kontrol altına alabilmek için test uygulamaları geliştirmelidir.
- Yerel bir bölgede yüksek SARS-CoV-2 yayılımı yaşayan ülkeler,

vakaları belirlemek, izole etmek ve bulaşma zincirlerini kesmek için etkilenen bölgedeki tüm nüfusu test etmeyi düşünebilir.

- Virüs varyantlarının tespiti için iyi tanımlanmış bir örnekleme ve bir genomik süzgeç sistemi oluşturulmalıdır.
- Testlerin kullanımı ve test stratejisi salgının aşamalarına göre değişkenlik göstermekte. Toplum yayılımı aşamasında DSÖ'nün testler ile ilgili önerileri aşağıdaki gibidir:
 - Vaka tanımına uyan herkese ve kapasite elverdiği ölçüde kesin ya da olası vakalarla teması olan herkese test yapılmalıdır.
 - Test kapasitesinin genişletilmesi için gerekli planlama yapılmalıdır.
 - Yerel test olanakları genişletilmelidir.
 - Test merkezlerine erişilebilirlik artırılmalıdır.
 - Kullanılan test ürünleri (PCR ve antijen testleri) çeşitlendirilmelidir, bu ürünlerin bir onay sürecinden geçirildikten sonra kullanılması sağlanmalıdır.
 - Mobil test ve numune alma olanakları oluşturulmalıdır.
 - COVID-19 laboratuvarlarında çalışacak personeli desteklemek için veterinerlik ve akademik laboratuvarlar dâhil olmak üzere diğer alanlardan laboratuvar personeli görevlendirilmelidir (1).

Hastalık tanısında PCR testleri olarak adlandırılan virüsün genetik materyalini tespit eden testler kullanılmakta bu yöntemlere ek olarak hastalık tanısı koymayan ancak virüsün antijenlerine yönelik bir test olan "hızlı antijen testi" olarak adlandırılan testlerden de yararlanılmakta. PCR testleri hastalık tanısını koyduran ve test stratejilerinin ana yöntemi olarak kullanılmış hızlı antijen testleri ise bazı ülkelerde belirtisi olmayanlarda virüsün izlenmesi amacıyla yaygın bir biçimde kullanıldı. Özellikle İngiltere'de hızlı antijen testlerinin yaygın kullanımı dikkat çekti. Bu testler ülkede herkese ücretsiz olarak dağıtıldı ve pozitif çıkması halinde kişilerin kendilerini izole edebilmelerine olanak sağlandı (3). Omikron varyantının yaygınlaşmasıyla ABD'de de ücretsiz hızlı test dağıtımı başladı.



Prof. Dr. Sinan Adıyaman: Artık Türkiye’de virüs serbest dolaşımında olacak

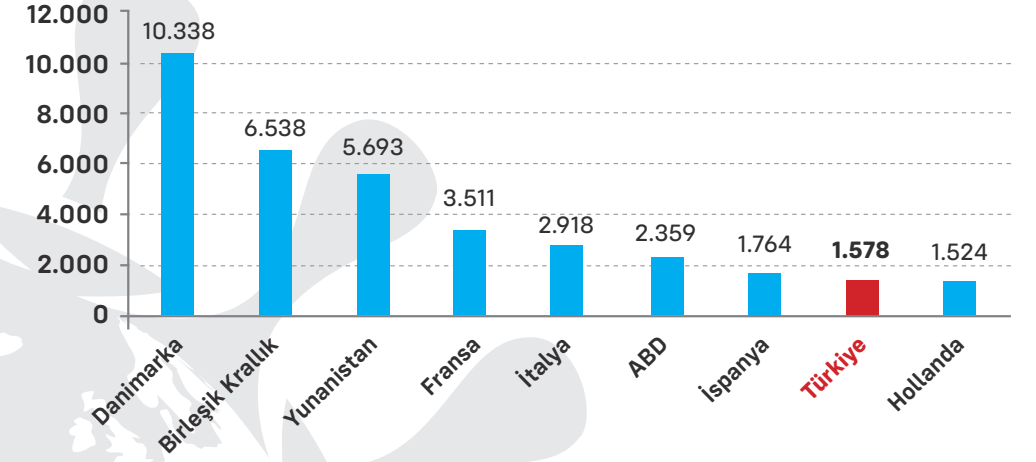


Aşısızlardan seyahat, okullar ve kapalı mekanlarda istenen PCR testi şartının kaldırılmasına tepkiler sürüyor. Prof. Dr. Sinan Adıyaman, “Türkiye virüsü aramamaya devam ediyor” dedi.

Bu kapsamda değerlendirildiğinde Türkiye’de pandemi yönetimde test stratejisi ve uygulamalarının sorunlu alanlardan biri olduğu görülmektedir. Bu başlıktaki sorunlar aşağıdaki başlıklarda sıralanabilir:

- 2020 yılında başlayan pandeminin ilk döneminde test merkezleri sayıca çok azdı. Hatta ilk vakanın ilan edildiği dönemin öncesi ve sonrasında tek bir merkezde (Ankara) test yapıldı. Mart 2020’de test merkezi sayısı üçtü ve Sağlık Bakanının TBMM’de yaptığı açıklamaya göre 19 Mart tarihine kadar test sayısı ancak on bin civarında kaldı (4). 25 Mart’ta test merkezi sayısı 23 ilde 37 merkeze çıkarıldı (5).
- Test sonuçları ile ilgili gerek uzun bir süre test sayısının açıklanmaması, gerekse de sayıların paylaşılmasından sonra hiçbir zaman testlerin kimlere yapıldığı, ilk başvuru ve mükerrer test sayısı, ilk başvurularda pozitiflik oranı vb bilgilerinin açıklanmaması bir diğer sorundur.
- Salgının boyunca test sayıları genel olarak düşük seyretti. 2021 Temmuz ayı sonrasında test sayılarında bir artış yaşanmış olsa da Türkiye testleri salgın yönetimde gerek test sayıları ve merkezleri gerekse de test yapılan gruplar açısından yeterli düzeyde kullanmadı (Şekil 3).

Bin Kişi Başına Düşen Toplam Test Sayısı*



ŞEKİL 3. Bin Kişi Başına Düşen Toplam Test Sayıları (Şubat 2022, *Kaynak: Our World in data)

Test rakamları incelendiğinde;

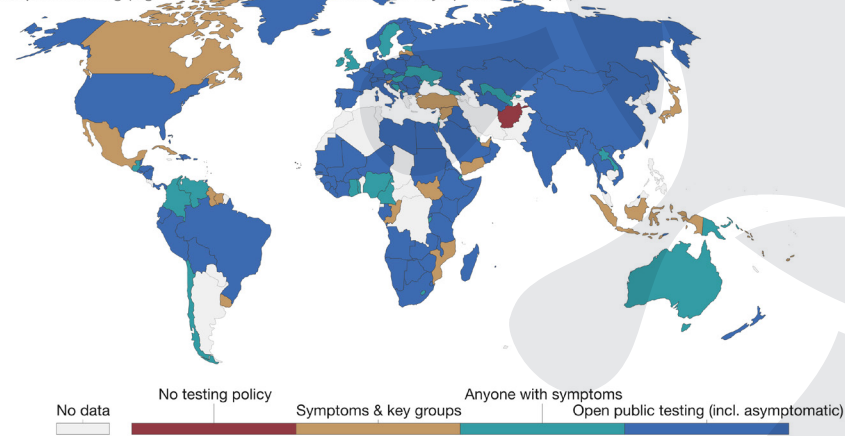
1. 135 milyonu geçen toplam test sayısının %55’inin 1 Temmuz 2021’den sonra yapıldığı görülmekte. Aynı dönemde vakaların %57’si saptandı ve ölümlerin de %44’ü bu dönemde ortaya çıktı.
2. Türkiye’de testler dünyadaki pek çok ülkenin aksine belirli dönemler dışında sadece belirti gösterenlere yapıldı (Şekil 4). Bir dönem bazı temaslı gruplarına, okulların yüz yüze eğitime geçmesiyle birlikte aşısız ya da eksik aşıli gruplara ve yine belirli bir dönem çeşitli etkinlik ya da seyahatlerde aşısız ya da eksik aşıli gruplara test zorunlulukları getirildi. Ancak Omikron varyantının yaygınlaşmasıyla birlikte tüm bunlara son verilerek başa dönüldü ve birkaç istisna dışında sadece belirtisi olanlara test yapılmaya başlandı.
3. Salgın boyunca riskli görülen alanlarda test uygulamaları yapılmadı.
4. Hızlı antijen testleri hiçbir zaman gündeme alınmadı. Hızlı testlerin kullanımı ile ilgili Birleşik Krallık’tan gelen veriler, bu testlerin uygun gruplarda ve durumlarda kullanımının salgının yayılımı ve hastane başvuruları konusunda olumlu etkilerinin olduğunu göstermekte (6). Hatta Birleşik Krallık Bilim Kurulu 15 Aralık 2021’de hazırladığı raporda Omikron tehdidine karşı izolasyon gerekliliklerinin gözden ge-

çirilmesini ve hızlı test sonucu pozitif olanlara PCR doğrulamasına gerek kalmaksızın izolasyon zorunluluğu getirilmesi gibi uygulamaların hayata geçirilmesini ve temaslı takibinin hızlı test pozitifliği ile başlatılmasının gündeme alınmasını önerdi (7). Ancak Türkiye hızlı test uygulamasından hiç yararlanmadı.

5. Özellikle pik dönemlerinde hızlı yayılan bir varyanta karşı mevcut test kapasitesinin geliştirilmesi ve yeni test yaklaşımlarının gündeme getirilmesi gerekirken Türkiye’de böylesi bir çabaya hiç girilmedi.
6. Salgın boyunca test sayısı açıklanıyor gibi görünse de kaç kişiye yapıldığı ve bu sayının kaçının ilk test, kaçının tekrarlayan ya da zorunlu test yaptırma (yurtdışı, seyahat vb) nedeniyle olduğu açıklanmadı.
7. Erken dönemde toplumda virüsün yaygınlığının belirlenmesi amacıyla bazı sürveyans çalışmaları yapılsa da düzenli olarak sürdürülmedi. Yapılan araştırmaların sonuçları kamuoyu ile paylaşılmadı.
8. Özellikle pandeminin erken döneminde PCR testlerinin kullanımı ile ilgili olarak tıp fakülteleri hastanelerinin yetkilendirmemiş olması

COVID-19 Testing Policies, Mar 18, 2022

- No testing policy.
- Only those who both (a) have symptoms and also (b) meet specific criteria (e.g. key workers, admitted to hospital, came into contact with a known case, returned from overseas).
- Testing of anyone showing COVID-19 symptoms.
- Open public testing (e.g. "drive through" testing available to asymptomatic people).



Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 18 March 2022, 20:50 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

ŞEKİL 4. Ülkelerin Test Politikaları

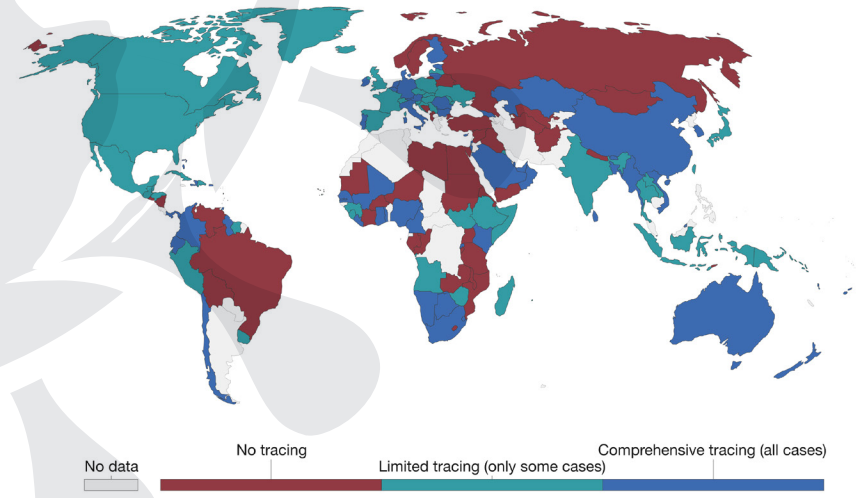
dikkat çekicidir (4). Ayrıca bu dönemde test ve izolasyon - karantina uygulamalarının entegre edilemediği gözlemlendi. Olası olguların test sonucu çıkana kadar izole edilmemesi ya da yakın temaslı olanlara uygun zamanda test yapılmaması özellikle ev içi bulaşmaların engellenememesi sonucuna yol açtı (Şekil 5).

9. Aylar içerisinde test merkezleri sayısı arttırılmış olsa da kamu test merkezleri sınırlı sayıda kaldı. Şubat 2022 itibarıyla toplamda 521 yetkili test merkezinin %57’si özel sağlık kuruluşlarıdır (8).
10. Özellikle Omikron varyantı yayılımıyla tüm ülkelerin test kapasitelerini zorladı. Bu nedenle ülkeler bir yandan kapasitelerini diğer yandan da test stratejilerini gözden geçirdiler. Ancak özellikle yükselen vaka sayılarına ve yeni varyantlara karşı test kapasitelerinin arttırılması salgının en kritik konulardan birisini oluşturdu.

Özetle; Türkiye’nin salgın boyunca izlediği test politikası ABD ve Rusya gibi salgın kontrolünde başarısız bir sonuç almış ülkelere benzer seyretti (Şekil 6).

Which countries do COVID-19 contact tracing?, Mar 18, 2022

'Limited' contact tracing means some, but not all, cases are traced. 'Comprehensive' tracing means all cases are traced.



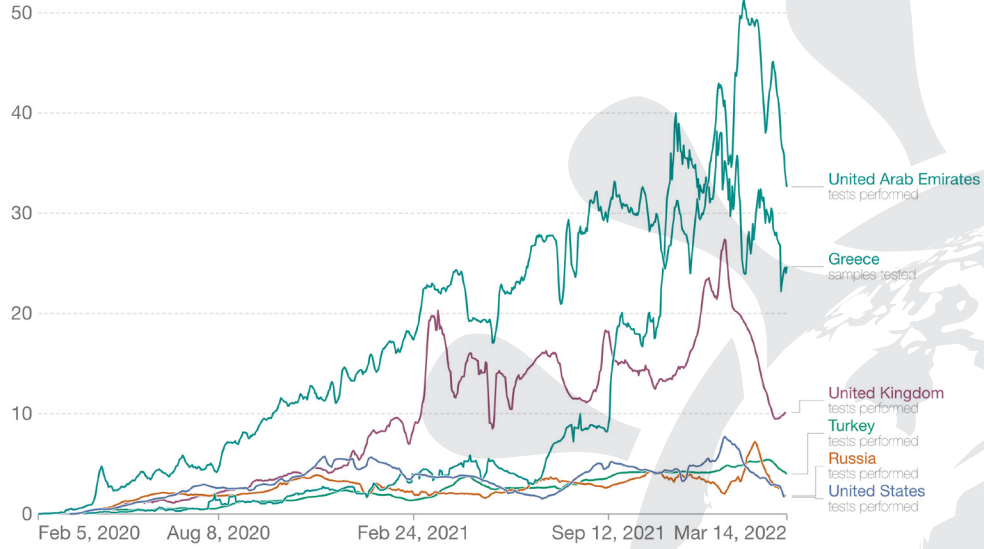
Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government, University of Oxford – Last updated 18 March 2022, 20:50 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

ŞEKİL 5. Ülkelerin Temaslı Takip Politikası

Daily new COVID-19 tests per 1,000 people

7-day rolling average. Comparisons across countries are affected by differences in testing policies and reporting methods.

Our World in Data



Source: Official data collated by Our World in Data

CC BY

ŞEKİL 6. Seçilmiş Ülkelerde Bin Kişi Başına Düşen Günlük Test Sayısı

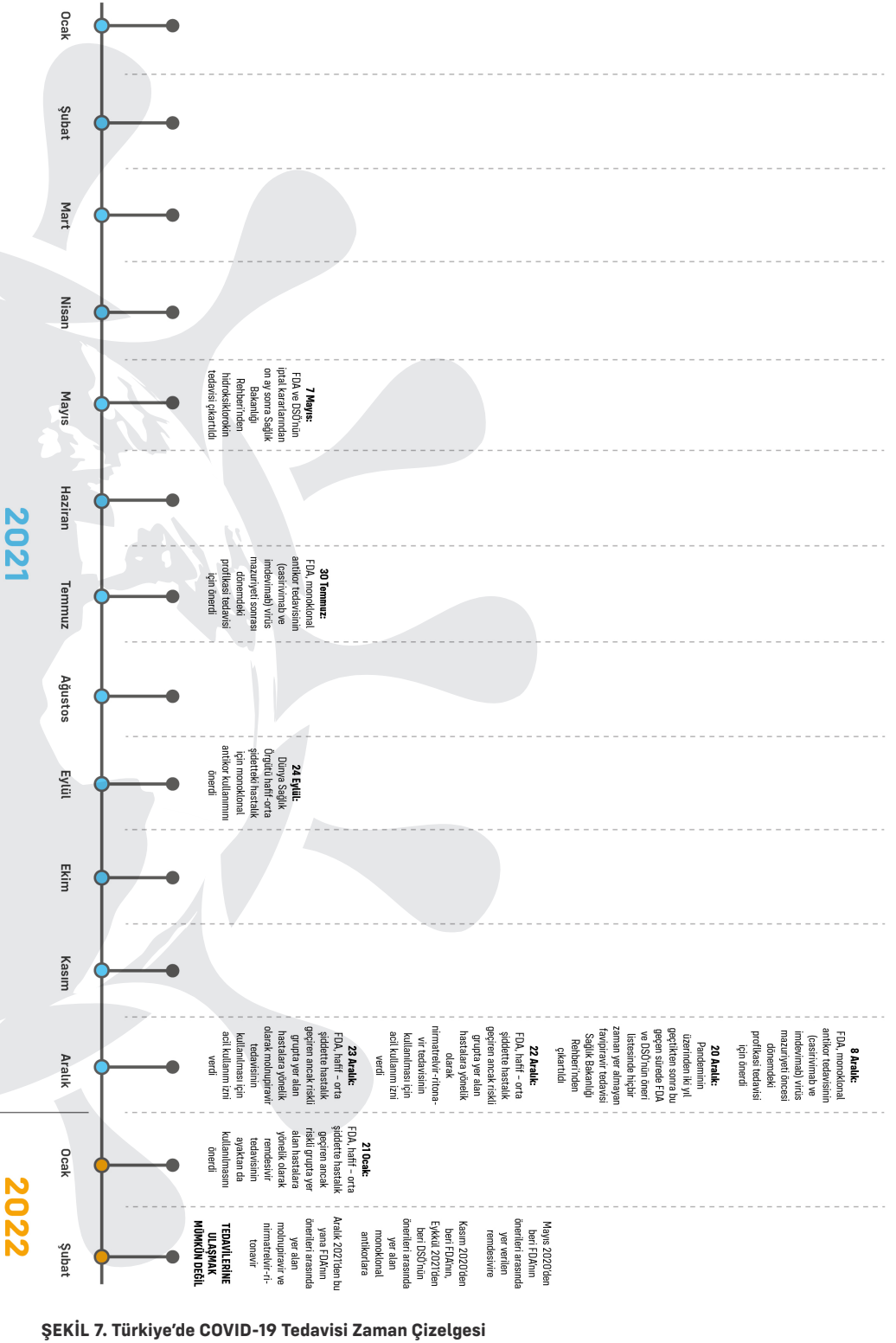
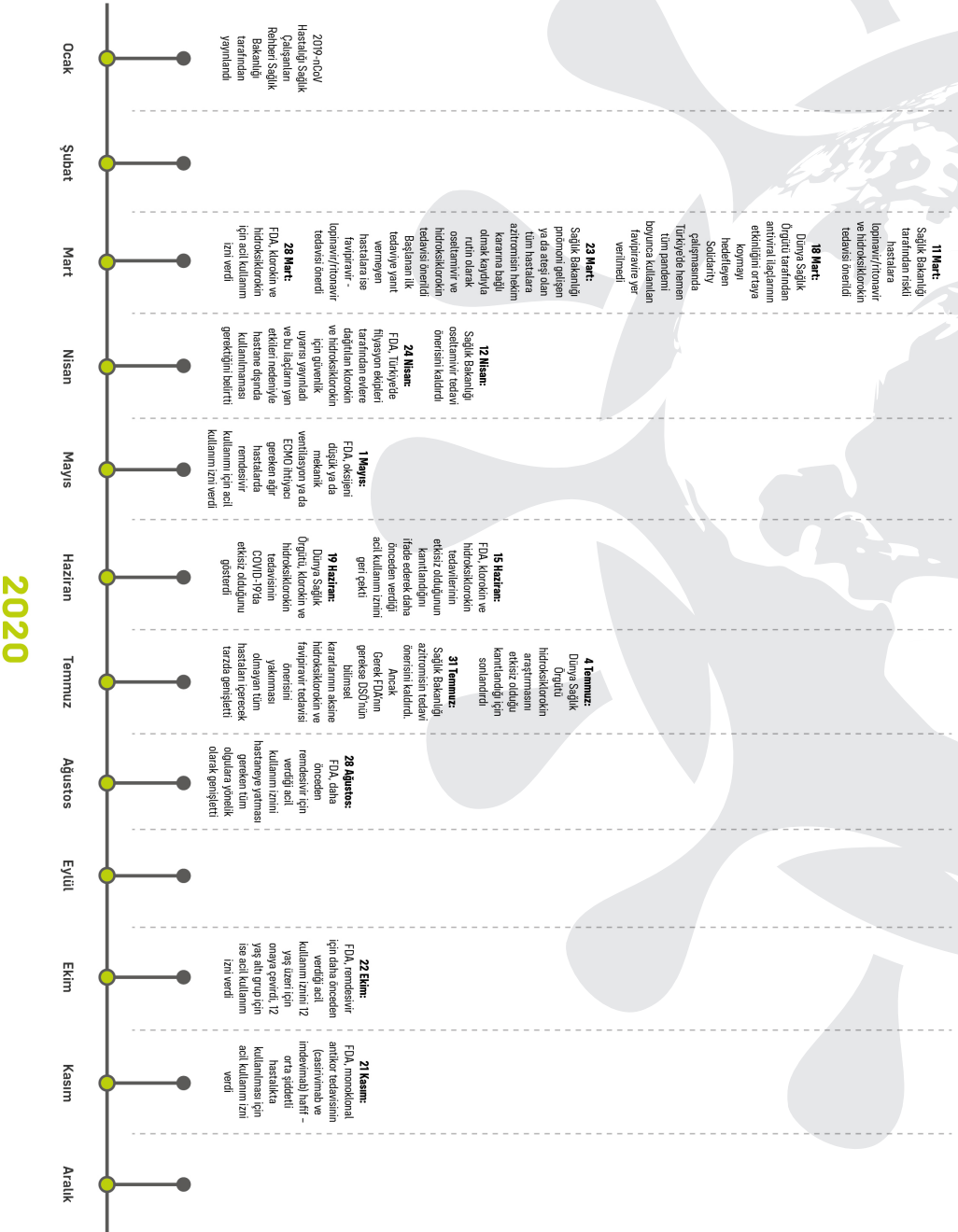
Kaynaklar

1. WHO, Recommendations for national SARS-CoV-2 testing strategies and diagnostic capacities <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-lab-testing-2021.1-eng>
2. ECDC, Testing strategies for SARS-CoV-2 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/testing-strategies>
3. NHS, Rapid lateral flow coronavirus (COVID-19) tests <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/testing/regular-rapid-coronavirus-tests-if-you-do-not-have-symptoms/>
4. TTB, COVID-19 Pandemisi 2. Ay Değerlendirme Raporu <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf>
5. HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) (2020) Pandemi İlk 14 Gün Değerlendirmesi, <https://korona.hasuder.org.tr/yeni-koronavirus-covid-19pandemisi-ilk-14-gun-degerlendirmesi/>
6. University of Liverpool, Coronavirus (COVID-19) <https://www.liverpool.ac.uk/coronavirus/research-and-analysis/covid-smart-pilot/#d.en.1237596>
7. GOV.UK, Coronavirus (COVID-19) <https://www.gov.uk/government/publications/emg-and-spi-b-non-pharmaceutical-interventions-npis-in-the-context-of-omicron-15-december-2021/emg-and-spi-b-non-pharmaceutical-interventions-npis-in-the-context-of-omicron-15-december-2021>
8. COVID-19 Yetkilendirilmiş Tanı Laboratuvarları Listesi <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yetkilendirilmis-covi-d-19-tani-laboratuvarlari.html>



Tedavi Rehberleri

Sağlık Bakanlığı rehberlerine göre COVID-19 tedavi zaman çizelgesi Şekil 7'de sunulmaktadır.



ŞEKİL 7. Türkiye'de COVID-19 Tedavisi Zaman Çizelgesi

Hastalığın Bulaşmasının Engellenmesi

Etkili Sağlık İletişimi ve Liderlik

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışıyla birlikte, yaşanan tıbbi acil durum halinin yanı sıra, karşı karşıya kalınan belirsizlik ve duygusal yıkım etkili iletişim ve liderliğin önemini ortaya koydu. Geçen iki yıllık süreçte bu iki özelliği güçlü kullanan toplumlar gerek tıbbi gerekse sosyal olarak daha başarılı oldular.

Etkili iletişim, etkin liderliğin olmazsa olmazıdır. Kriz ortamlarında oluşturulması gereken sükûnet hali, anksiyete azaltıcı tedbirler/söylemler, kararlı duruş, kanıta dayalı ve şeffaf veri paylaşımının yanı sıra bilgilendirme yöntemlerinin doğru zamanlamayla ve doğru tekniklerle yapılması oldukça önemlidir. Zamanın ruhuna ve duruma uygun yöntemlerin seçilmesi ve her zaman dürüst ve samimi olunması etkili iletişimin, dolayısıyla etkin liderliğin temelini oluşturur.

COVID-19 pandemisinde gözlenen gelecek kaygısı, ölüm anksiyetesi, yakınların kaybı, iş yapış şekillerinin değişmesi ve iş kayıpları gibi yüksek stres düzeyleri doğru iletişim yöntemlerinin önemini arttırdı ve güçlü liderlik ihtiyacı önem kazandı. Çağın iletişim yöntemi "sosyal medya" ve "dijital dünya" bilgiye ulaşımı kolaylaştırmakla birlikte, yanlış ve kirliliği de beraberinde getirdiği için iletişimi zorlaştırdı ve ikna edilmesi zor, birbirinden güç alan insan toplulukları yaratarak süreci iyice kompleks hale getirdi.

Sonuç olarak, zaten tıbben zor yürütülen bir süreç varken, bir de iletişim kazalarının eklenmesi süreci iyice kaotik bir hale dönüştürdü. Etkili iletişimin temel yöntemleri pandemi süreci için de geçerlidir. Uzun vadeli hedefleri belirlemek ve bu hedeflere kitlenmek, konunun tüm paydaşlarını dinlemek ve anlamaya çalışmak, açık diyalog ortamı yaratmak ve pro-aktif olmak esastır.



Hekim, hastalığın yok edilmesinde oynadığı rolden çok, sağlıklı olanların bu hallerini koruması için çaba gösterecektir.

Dr. Refik Saydam

Güçlü iletişimcilerin özellikle 5 konuya dikkat ettikleri bilinir;

- Topluma gereken bilgi, doğru zamanlarda verilmelidir. Bilgilendirmede stabilite yani istikrar çok önemlidir.
- İletişim dili açık, net, basit ve sık tekrarlı olmalıdır. Kriz ortamı başlangıçta toplumun bilgiyi özümsemesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, kişilerin güvenli ve sağlıklı kalmalarına odaklanılarak, doğru bilgi, istikrarlı bir şekilde, sürekli tekrarlanmalıdır.
- Popülist yaklaşımdan ziyade samimiyet ve dürüstlük seçilmelidir. Kriz ortamlarında en önemli özellik güven ortamını yaratmak olmalı ve bu güven ortamını oluşturabilmek için şeffaflık ve açıklık tercih edilmelidir. Toplum bunu anlayacak ve güven duygusu gelişecektir.
- Esneyebilme ve hızlı karar alabilme kriz ortamlarında önemlidir.
- Kaostan ders çıkarmak, yapılan hatalar masaya yatırılarak önlem almak ve bunun da halkla paylaşımı anlamlıdır. Böylece bir vizyon ortaya konabilir ve toplumla ortak bir hedefe birlikte yüründüğü mesajı verilebilir.

Pandemi tarzı krizlerin bir döngüsü vardır. Toplumun emosyonel durumu ve ihtiyaçları, döngünün hangi evresinde olduğuna göre değişkenlik gösterir. Örneğin erken evrelerde, iletişimde temel hedef sükuneti ve güvenli ortamı sağlamaktır. Pandeminin hemen başında, hemen ortaya konan fizik mesafe ve kapanma uygulamaları bu nedenle doğru bir yaklaşım olarak belirtilmektedir. Ancak mesafenin “sosyal” olarak tanımlanmış olması pandeminin yarattığı anksiyeteyi tetikleme potansiyeline sahiptir. Ülkemizde de uygulanan kapanma süreci özellikle risk grubu olan 65 yaş üstü bireyler için başlangıçta koruyuculuk açısından anlamlı olmakla birlikte, uzayan süreç anlamından saparak, bir ayrımcılık uygulaması olarak yaşçılık (ageism) tanımına girdi ve gerek insan hakları ihlali, gerekse tıbben anlamı olmayan bir uygulama olarak sürdürüldü. 65 yaş üstüne kullanılan dil bu yaş grubunun toplumdan dışlanmasına, “günah keçisi” olarak etiketlenmesine ve hak etmedikleri şekilde suçluluk hissine neden oldu. Uzayan bu uygulama ve söylem, -ülkemizde yaşlıların %80'nin ailesiyle yaşadığını da düşünecek olursak- tecrit şekline dönüştü.



Dr. Fahrettin Koca ✓

@drfahrettinkoca

Maske, mesafe, temizlik. Kuralsız kazanılmış savaş var mı?

09:30 · 08 Ağu 20 saatinde · [Twitter for iPhone](#)



Başlangıç döneminde öncelikli konu güven ortamını sağlamak iken, salgının seyri ilerledikçe iletişimin yönü değişime adaptasyon ve belirsizlikle mücadele sürecine yönelmelidir. Bu dönemlerde liderlerin bilimsel verileri sunmaları ve bunu istikrarlı bir şekilde yetkin kişiler tarafından sürekli yapması önemlidir. Geleceğe yönelik sunulan projeksiyonlar ayakları yere basan ve kanıta dayalı olmak zorundadır. Bu anlamda, Türkiye’de başta uygulamaya konan Bilim Kurulu memnuniyet yarattı, ehil kişilerce salgının yönetileceği algısı ve güven ortamını oluşturdu. Fakat zaman geçtikçe Bilim Kurulu’nun bilim insanı sözcüsünün olmaması, sözcülüğünü Sağlık Bakanı’nın yapması, ve bu sözcülüğün popülist söylemlere dönüşmesi güven ortamını yerle bir etti ve Bilim Kurulu’nun etkinliğini sorgulattı. Oysa etkin bir Bilim Kurulu, güven ortamını ve gelecek projek-

siyonunu farklı bir noktaya çekebilir, belirsizlik ve gelecek kaygısını bilimsel açıklamalarla giderilebilirdi. Ortamın boşluğunda başlayan infodemi (bilgi kirliliğinin ve asılsız bilginin hızla yayılması), güvensizlik ortamını pekiştirdi ve meydana boş bulan, akademik altyapısı olmadan sadece popülerite peşinde koşan kişilerin medyada yer almasına yol açtı. Sonuçta halkın doğru ile yanlış arasında ayrımı yapamayan kaotik bir ortama sürüklenmesine neden oldu. Aşı tedirginliğinden, aşı karşıtlığına kayabilen topluluklar; yanlış bilgilendirmeyle gereksiz ilaç tüketimi yapan gruplar ve salgın seyrini keyfiyetle yorumlayan kişiler oluştu.



Salgının ilerlemesi sürecinde tıbbi ve emosyonel strese, ekonomik sıkıntılar da eklenmeye başladıkça iletişimin önemi daha da arttı. Salgının seyri popülist söylemlerle, veri çarpıtma, ekonomik destek sağlamak yerine algı yöntemiyle seyredince halkın salgını hafife almasına yol açtı. Derinleşen yoksulluk salgının seyrini daha da bozdu ve yoksul kesimlerde salgının daha ağır seyretmesine neden oldu. Oysa bu dönemde ekonomik desteğin yanında yapılması gereken aşı seferberliği ve doğru bilgilendirmeydi. Ancak böylesi bir politika izlenmeyince aşılama hızı düştü, halk kendi başına kaderine terk edildi ve salgın yönetimi tamamen rotasından çıktı. Bu dönemde Sağlık Bakanı'nın sosyal medyayı son derece aktif kullanarak yapılması gereken tek şeyin "kişilerin sosyal mesafeye ve kişisel koruyucu ekipmana dikkat etmesi" şeklinde yönlendirmesi aşılamanın ve Bakanlığa düşen sorumlulukların göz ardı edilmesine yol açtı.

Aşı Dosyası - 1

Sağlık sistemine güvensizlik aşı kararsızlığını pekiştiriyor

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz

En büyük güvensizlik salgın verilerinin doğru verilmediği, rakamlarla oynandığının anlaşıldığı dönemde yaşandı. Vaka/hasta ayrımı gibi dünyada örneği bulunmayan tanımlara başvurulması, ölüm sayılarının çarpıtılması, ölüm nedenlerinin farklı tanı kodlarıyla verilmesi için yapılan baskıların basına sızması Bakanlığa yönelik sarsılmış güveni tümüyle yıktı.

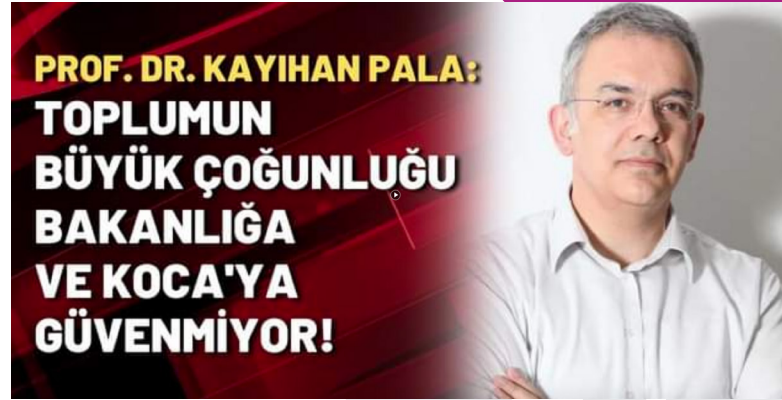
Aşılama sürecinin başında Sağlık Bakanlığı'nın yönlendirmesi ile başlanan aşı seçimi o dönemin ruhuna uygun olarak bilim dünyası tarafından da desteklendi. Ancak "yeter ki aşıya ulaşalım" yaklaşımı ile bu seçime destek olunmasına rağmen sürecin ekonomik gerekçeler, yandaş kayırmalar ve bilimsel temelden uzak alımlarla gittiği anlaşıldığında güvensizlik ortamı derinleşti. Doğru aşıya, doğru zamanda ulaşamayan ve gereken çabayı göstermediği hissedilen liderlere güven zedelendi. Bu dönemde birbiriyle çelişen söylemler aşı tedirginliğini ve tereddüdünü körükledi, aşı karşıtlarını cesaretlendirdi.

Bu dönemde konunun tarafı olan kişi, kuruluş ve odaları muhatap almayan Bakanlık, dinleme ve empati özelliğini kaybetti; "temiz, basit ve sık" yapılması gereken iletişim yöntemlerini, "çelişkili, kompleks ve sıklıkla keyfiyetle" sürdürdü ve sürdürülen bu iletişim tarzı, iletişim uzmanlarının "idrak donması" dedikleri algılamanın durması durumuna neden oldu.

İletişim uzmanları, etkili iletişim için yani temiz, basit ve sık iletişim yöntemi için izlenmesi gerekli yolu şöyle özetlemektedirler:

- Yap/Yapma anlatımlarında yapılması gerekenlere odaklanmak
- Anlatımlarda en iyi örnekler ve kazanımları aktarmayı önceliklemek
- Doğru bilgiyi, sık aralıklarla sürekli tekrarlamak

- Mesajları farklı kanallardan ancak değişmeden aynı şekilde vermek
- Gerçeğe odaklanmak, doğru veriler kullanmak, iletişimcilerin "şeker kaplama" olarak tanımladığı popülist tanımlamalardan uzak durmak
- Şeffaf bir iletişim için yapılanlar kadar yapılamayanları da tüm açıklığıyla sunabilmek
- Karar mekanizmalarına tüm tarafları almak, onları da konuya ve konuşmalara dahil etmek
- Herkesi aynı değerler etrafında toplamak ve doğru hedefe kürek çekilmesini sağlamak



Son olarak; kriz ortamlarının en büyük kazanımı çıkarılacak dersler ve bunların halka iletilmesinin nasıl ve hangi yöntemle olacağıdır. Önümüzdeki dönem aynı sorunların yaşanmaması ve daha proaktif olunabilmesi amacıyla yetkin kişi ve kuruluşlarla durum değerlendirmesi ve sonuçların paylaşımı değerlidir. Pandemi sürecinde tıbbi süreç kadar önem taşıyan iletişim yöntemleri toplumlar için ders niteliğindedir. Zira, ülkemizin salgının ikinci yılına girerken göstermiş olduğu iletişim zafiyeti bazı tıbbi süreçleri gölgelemiş ve sağlık çalışanlarının emeğinin harcanmasına neden olmuştur. Doğru tıbbi süreçlerin, doğru iletişim yöntemleriyle bulunduğu toplumlar şüphesiz ki pandemiyi en az zararla atlatanlardır.



Diş hekimlerinden uyarı:
Acil tedaviler ötelenemez



Korona virüsü salgını sürecinde acil tedaviler dışında diş muayeneleri ertelendi. Kamuda çalışan yaklaşık bin diş hekimi de filasyon ekiplerinde görev yapmaya başladı. Türk Diş Hekimleri Birliği Genel Başkanı Prof. Dr. Atilla Ataç, "Diş hekimleri Covid-19'un önlemini ilk alan grup" dedi.

Kaynaklar

1. WHO Publications, Communication for Health in the Western Pacific Region: Executive Summary, 20.10.2021 www.who.int
2. WHO Publications, An Overview of Infodemic Management During Covid-19, January 2020-May 2021, 19.10.2021 www.who.int
3. McKinsey & Company Publications, Leadership in a Crisis: Responding to the Coronavirus Outbreak and Future Challenges, 16.03.2020 www.mckinsey.com
4. McKinsey & Company Publications, A Leader's Guide: Communicating with Teams, Stakeholders and Communities during Covid-19, 17.04.2020 www.mckinsey.com
5. Deloitte Publications, The Heart of Resilient Leadership: Responding to Covid-19: A Guide for Senior Executives, 16.03.2020 www2.deloitte.com

Farmakolojik Olmayan Önlemler

Pandemi önlemleri genel olarak iki ana bölüme ayrılmaktadır. Bu önlemlerden ilki aşı, ilaç ve tedavi olanakları gibi yöntemlerden yararlanmak, ki bu önlemler "Farmakolojik Yöntemler" olarak adlandırılır. Aşı, ilaç ve tedavi dışı önlemler grubuna da "Farmakolojik Olmayan Yöntemler" olarak sınıflandırılır. Farmakolojik olmayan yöntemler sadece COVID-19 hastalığına yol açan virüs gibi özellikle bulaşıcı virüslerin yayılımını yavaşlatmak ve kontrol altına almak açısından alınan hem bireysel hem de toplum düzeyindeki uygulamaları içerir. Bu uygulamalar aşı henüz etkin olarak devreye girmediğinde ya da aşıya erişimle ilgili sorunlar ve sıkıntılar olduğunda daha da önem kazanır (1). Farmakolojik olmayan yöntemler COVID-19'dan korunmada aşılardan sonra en etkili halk sağlığı önlemleri olarak tanımlanmakta (2). Bu önlemler bulaşıcılığın azaltılmasında virüsün yayılımının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Pandemilerde salgın kontrolünde alınan farmakolojik olmayan önlemler başlıca dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar, bireysel korunma yöntemleri, çevresel önlemler, fizik mesafe, karantina, izolasyon önlemleri ve seyahat önlemleridir (3). Bireysel önlemlerde maske, el hijyeni, öksürme ve hapşırma esnasında damlacık yaymama gibi önlemler yer almaktadır. Çevresel önlemler, eşyaların ve yüzeylerin temizliğini, gerektiğinde dezenfeksiyonunu ve diğer çevresel önlemleri içerirken fizik mesafe, karantina, izolasyon önlemlerinde ise hasta bireylerin izole edilmesi, virüsü taşıyan kişilerle temas eden bireylerin hastalık ortaya çıkma ve etrafa bulaştırma olasılığı nedeniyle karantinaya alınması, kalabalıkların engellenmesi, işyeri ve okul bazlı önlemler yer almaktadır. Seyahat önlemlerinde ise taramalar, kısıtlamalar, sınır önlemleri ve kapatmalar uygulanmaktadır.

Gerek bireysel gerekse toplumsal hatta ulusal ölçekte bu önlemler salgının durumuna, yayılımına ve yaygınlığına göre çeşitli düzeylerde ve kapsamda uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, bu önlemlerin salgınla ilgili parametrelerin değerlendirilmesiyle ve kanıta dayalı olarak uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Bu kapsamda bireysel önlemlerin ve hastaların izolasyonunun her aşamada, seyahat kısıtlamalarının erken evrelerde, diğer önlemlerin ise pandeminin düzeyine, ciddiyetine, yaygınlığına göre uygulanması gerektiğini belirtmektedir (4).



*Ne patenti? Aşı insanlığa ait, patent filan yok.
Güneşi patentleyebilir misiniz?*

Dr. Jonas Edward Salk

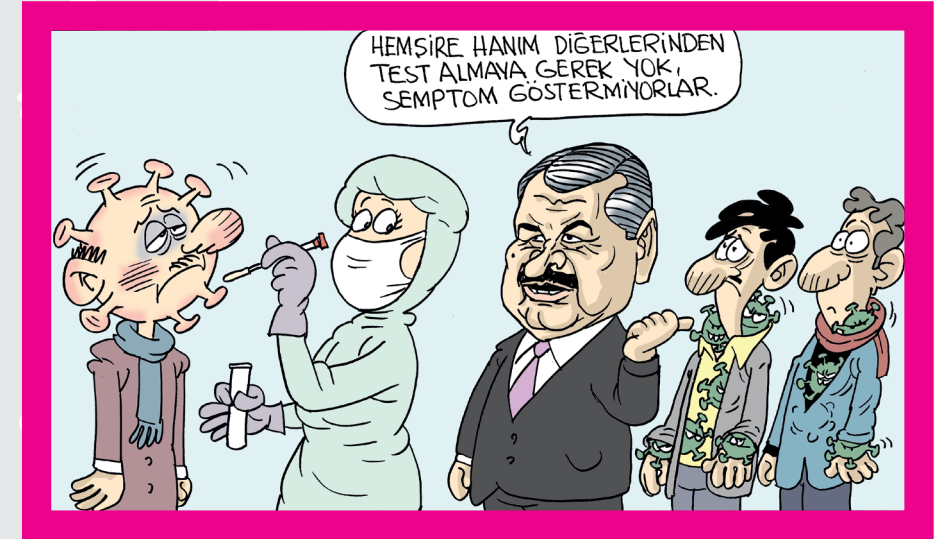
Ülkemizde pandeminin çeşitli aşamalarında farmakolojik olmayan önlemler çeşitli düzeylerde uygulandı. Ancak bu önlemlerin gerek alınma gerekse de kaldırılma kararlarının hangi ölçütlere, kanıtlara ve verilere göre alındığı, sonuçların nasıl değerlendirildiği açık değildir. Uygulamaların “yerel özellikler dikkate” alınarak salgının yerel ve bölgesel durumuna göre değişebileceği ifade edilse de merkezde alınan kararlar neredeyse birebir aynı biçimde illerde ve ilçelerde uygulamaya geçmiş, yerel bazda yapılacak epidemiyolojik değerlendirmeler ile salgına müdahale tam anlamıyla gerçekleşmedi. Bu alanda bir diğer sorun farmakolojik olmayan önlemlerin kapsamıdır. Önlemler bazı yaş gruplarında farklı düzeylerde uygulanmış özellikle 65 yaş ve üzeri gruplarda uzun bir süre uygulanan kısıtlamaların hangi verilere ve kanıtlara dayanılarak uygulandığı anlaşılamadı. Kısıtlamalar kaldırılır ve serbestleştirilirken de bazı kriterler olduğu belirtilse hatta bir dönem renk kodları belirlense de bu kriterler uygulanmadığı ve kriterlerin uygulanmadığı izlendi.

Kısıtlamaların kaldırılması sürecinde genel olarak belirlenmiş ilkeler vardır. Bunlar;

- Virüsün yayılımının kontrol altına alınmış olması
- Tanı, izolasyon, test, temaslı takibi ve karantina için yeterli kapasite
- Hastalık açısından duyarlı nüfusun bulunduğu alanlarda (huzurevleri, bakımevleri vb) riskin minimum olması
- İş yerlerinde koruyucu önlemlerin uygulanıyor olması
- Virüs yayılımının yüksek olduğu yerlerden yayılım riskinin kontrolü
- Toplum katılımının sağlanması (5)

Türkiye'nin halen devam eden salgın sürecinde kısıtlama ve serbestleşme ile ilgili kararlarının ve bunların kapsamının hangi epidemiyolojik ölçütlere ve kanıtlara dayanılarak alındığı bilinmemekte. Salgın verilerinin ayrıntılı ve epidemiyolojik değerlendirme yapmaya elverişli olacak bir biçimde yayımlanmaması ilk günden bu yana devam ettirilen bir strateji oldu. Bu nedenle de salgının seyri, olası sorun alanları, müdahale yöntemleri ve geleceğe dair planlanacaklar ile ilgili olarak önemli bir veri sağlayacak epidemiyolojik veriler bilinmemekte ve alınan kararların bu verilere dayalı olarak alınıp alınmadığı anlaşılamamakta.

Türkiye'de bir diğer sorun alanı da gerek salgının doğrudan etkilerinin gerekse de alınan kısıtlama önlemlerinin oluşturduğu sosyoekonomik sorunların, sağlık hizmetlerine erişememe ile ortaya çıkan gereksinimlerin giderilememesi ve karşılanamamasıdır. Bu durum hem var olan olumsuz etkileri yoğunlaştırmış hem de yeni sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu anlamda orta ve uzun vadeli planlamalara ve programlara gereksinim bulunmakta bunların hayata geçirilip geçirilmediği bilinmemektedir.



Kaynaklar

1. CDC, Nonpharmaceutical Interventions <https://www.cdc.gov/nonpharmaceutical-interventions/index.html>
2. ECDC, Non-pharmaceutical interventions against COVID-19 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/non-pharmaceutical-interventions>
3. Pala K. (2020). COVID-19 pandemisi için epidemiyolojik tanımlar. İçinde: COVID-19 Tanı ve Tedavisinde Kanıta Dayalı Öneriler ve Türk Toraks Derneği COVID-19 Görev Grubu Görüş Raporu, Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları Serisi, Aralık 2020. ISBN: 978-605-06717-4-2: 6-13.
4. WHO (2019). Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf?ua=1>
5. Yavuz M. “Yeniden Açılma” ve Türkiye. TTB 6. Ay raporu https://ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=42ee49a2-fb2d-11ea-abf2-539a0e741e38

Kişisel Koruyucu Önlemler

Hasta bireylerin öksürme ve aksırmaları ile ortama saçılan damlacıkların solunması ve virüsün bulunduğu yüzeylere dokunulmasından sonra ellerin göz, ağız, burun mukozasına temas etmesi ile bulaşan COVID-19 enfeksiyonunda bulaşı önlemeye yönelik farmakolojik olmayan yöntemler arasında kişisel koruyucu, çevresel, fiziksel uzaklık ve seyahatle ilgili önlemler yer almaktadır (WHO, 2021; WHO, 2022). Bu bağlamda COVID-19 pandemisini ortadan kaldırmak için tıbbi tedavi ve aşılama ile birlikte bütüncül önlemler, hastalığın bulaşını engellemeye yönelik öne çıkan bir yaklaşımdır.

Maske

Covid-19 enfeksiyonunda bulaşı önlemeye yönelik alınan tedbirlerden biri de maske kullanımınıdır (WHO, 2021; WHO, 2022). DSÖ dahil birçok uluslararası sağlık örgütü, COVID-19 hastalığının ortaya çıkmasından itibaren bulaşın önlenmesine yönelik hem sağlık çalışanları hem de toplum için maske kullanımına ait önerileri içeren rehberler geliştirdi ve dünya ülkelerinin kullanımı için paylaşımında bulundu.

DSÖ tarafından 10 Ocak 2020 tarihinde şüpheli COVID-19 enfeksiyonu için sağlık bakımı sırasında enfeksiyonun önlenmesi ve kontrolüne yönelik ilk geçici kılavuz yayınlandı. Bu kılavuzda maske dahil kişisel koruyucu ekipman kullanımı, el ve solunum hijyeni sağlama, güvenli atık yönetimi gibi standart önlemler yer aldı (WHO, 2020). Ayrıca DSÖ tarafından, 18 Şubat 2020 tarihinde 21 ülkeye kişisel koruyucu ekipman tedarik ettiği ve 3 Mart 2020 tarihinde de 47 ülkeye yaklaşık yarım milyon set kişisel koruyucu ekipman gönderip, küresel olarak eldiven, tıbbi maske, N95 gibi filtreli maske, gözlükler, yüz kalkanları ve önlükler gibi malzemelere sınırlı erişim nedeniyle doktorlar, hemşireler ve diğer çalışanların riskinin arttığı ve gerekli önlemlerin alınması gerektiği belirtildi (WHO, 2020c). Yine DSÖ, 6 Nisan 2020 tarihinde topluma yönelik maske kullanımı ile ilgili tavsiyelerde bulundu (WHO, 2020a). Bu rehberler, pandemi sürecinde güncellendi ya da yenileri eklendi.



İnsanın postmodern yaklaşımla bu salgını reddetmesi sadece kendisini değil, içinde yaşadığı toplumu da hasta edecek ve belki de ölüme kadar sürükleyecek büyük bir yanıltır.

Emre Kongar



Ülkemizde ise 24 Ocak 2020 tarihinde DSÖ önerileri doğrultusunda "MERS-CoV Hastalığı Sağlık Çalışanları Rehberi"nin güncellenmesi ile oluşturulan "2019-nCoV Hastalığı Sağlık Çalışanları Rehberi" yayınlandı ve bu rehberde maske dahil kişisel koruyucu ekipman kullanımı gibi standart önlemler yer aldı (SB, 2020). Ayrıca pandemiyin ilan edilmesiyle birlikte iller bazında vaka sayılarına göre sağlıklı bireylerin maske takma zorunluluğu getirildi. Bu zorunluluk İçişleri Bakanlığı'nın 8 Eylül 2020 tarihli 81 İl Valiliğine gönderdiği "Covid 19 Tedbirleri" konulu ek genelge ile ülke genelinde (meskenler hariç olmak üzere) tüm alanlarda (kamuya açık alanlar, cadde, sokak, park, bahçe, piknik alanı, sahiller, toplu ulaşım araçları, işyerleri, fabrikalar vb.) istisnasız tüm vatandaşları kapsadı (İB, 2020). Bu rehber ve genelgeler, pandemi sürecinde güncellendi ya da yenileri eklendi.

Pandemiye hazırlık sürecinde erken dönemde planların COVID-19'a yönelik olarak güncellenmemesi, işletilmemesi ve katılımcılığın esas alınmaması sonraki dönemlerde hem sağlık bakım sunucuları hem de toplum açısından maskeye erişim ve kalitesi konusunda bir çok sorunları beraberinde getirdi. Aynı zamanda maske kullanımının kontrolü ve denetiminde yetersizlikler yaşandı ve toplumun bazı kesimleri maske kullanmada isteksiz ve ilgisiz oldu. Maske ile ilgili yaşanan sorunların nedenleri arasında ilgili kurumlar tarafından COVID-19 pandemi yönetimine yönelik

girişimlerin zamanında gerçekleştirilmemesi; Türkiye'nin var olan vakaları saptama, duyurma ve gerekli önlemleri zamanında alma konusunda geç kalması nedeniyle hem kişisel koruyucu ekipman kullanımı/temininin de gevşemeye hem de riskin olduğundan hafif algılanmasına yol açması; erken dönemde topluma ve aile sağlığı merkezi, hastane gibi sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlara yeterli maske temin edilememesi; maske dağıtımını ve satışına yasak getirilmesi; maske yetersizliği nedeniyle merdiven altı maske üretiminin olması; maske üretim denetimlerinin yeterli olmaması nedeniyle kalitesiz maske üretilerek bu maskelerin satışının yapılması; maske çeşidine ve kullanıma yönelik bilgilendirmenin geç yapılması ile bu konuda bilgi kirliliğinin meydana gelmesi; topluma yönelik farkındalık ve bilgilendirme etkinliklerinin yetersiz olması; topluma rol modeli olacak kişi/grupların kurallara uymaması nedeniyle gerekli yaptırımların yapılmaması yer aldı (Çelik ve ark., 2020; Çelik, 2020a; Çelik, 2021; THD, 2020; TTB, 2020; TTB, 2021; Varol ve Tokuç, 2020).

Sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık Bakanlığı tarafından hastane ve sağlık hizmetleri birimlerine maske dahil kişisel koruyucu ekipmanların dağıtıldığı; hastane yöneticileri tarafından da koruyucu ekipman konusunda gerekli düzenlemelerin ve planlamaların yapıldığı, stoklarında yeterince malzeme bulunduğu, ihtiyaç durumunda ise İl Sağlık Müdürlükleri'nden talep edildiği bildirilirken, hastalarla yakın temasta olup tanı, tedavi ve bakımda sıfır mesafede çalışan doktor, hemşire ve sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından ise bu ekipmanların yeterli sayıda ve nitelikte olmadığı iletildi. Ayrıca maske takmak başta sadece hastalar için önerilirken salgının ilerleyen aşamalarında herkesin maske takmasının gerekli olduğuna karar verilmesi de geç verilmiş bir karar olarak değerlendirilebilir. Yaşanan sorunlar arasında bir cerrahi/tıbbi maskenin nöbet boyunca kullanılması; aerosol oluşturan diş hekimliği uygulamalarında, endotrakeal, trakeal aspirasyon gibi riskli girişimlerde ve ventilasyonun yetersiz olduğu/değerlendirilemediği veya ventilasyon sisteminin uygun şekilde bakımının yapılmadığı ortamlarda şüpheli veya tanılı COVID-19 hastaların bakımında N95/FFP2 vb. maske verilmemesi ve bu işlemlerin cerrahi maske ile gerçekleştirilmesi konusunda baskı yapılması; aynı maskenin tekrarlı olarak kullanılması; yöneticiler tarafından maskelerin kilitli dolaplarda saklanması ve maske dağıtımında meslekler arasında,

yönetici ve çalışanlar arasında ayrımcılık yapılması; maske eksikliği nedeni ile sağlık çalışanları tarafından cepten ödenerek maske satın alınması; kalitesiz ve yüz ölçülerine uygun olmayan maske kullanılması yer aldı. Bu sorunlar nedeniyle de sağlık çalışanları tarafından hem kendilerine ve hastalarına hem de topluma ve yakınlarına hastalık bulaştırma endişesi ve korkusu yaşayarak kendilerini güvende hissetmedikleri; Sağlık Bakanlığı'nın ve kurumlarının kendilerini yeterince korumadığı, maddi ve manevi varlıklarını yok saydıkları bildirildi. Ayrıca hastane yöneticileri tarafından sağlık çalışanlarının yüksek düzeydeki kaygılarından dolayı maske ve diğer kişisel koruyucu ekipmanları gerçekçi kullanım dışında talep edildiği belirtilmekle birlikte, bu sürecin yönetici ve karar vericiler tarafında iyi yönetilmemesinden kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir (Çelik ve ark., 2020; Çelik, 2020a; Çelik, 2021; THD, 2020; TTB, 2020; TTB, 2021; Varol ve Tokuç, 2020).

Toplumun maske kullanımına yönelik kalite, erişim, farkındalık ve bilinçlenme konularında sorunlar yaşandı. Bu sorunlar arasında maskeye erişimin yeterli olmaması ve yetersiz maske satışlarının olması; maske satışlarının çok yüksek fiyata çıkması; kısa süreliğine Sağlık Bakanlığı tarafından ve eczaneler aracılığıyla ücretsiz dağıtılan maske sayısının yetersiz olması, tüm topluma ulaştırılamaması ve bu dönemde dağıtım kanallarının sınırlı tutulması nedeniyle erişim sorunlarının yaşanması; maskenin cepten ödeme yoluyla temin edilmesi nedeniyle sınırlı sayıda maske satın alınması; maske tüketimini dolayısıyla maliyeti azaltmak için bulaşı önleme konusunda yetersiz veya tek maskenin defalarca ya da günlerce kullanılması ya da bezden, kağıttan maske dikilmesi; COVID-19 hastalığının bulaşma yolları, maskenin kullanımı ve kirliliği maskenin imha edilmesi konusunda bilgi eksikliği ve kirliliği nedeniyle maske kullanımına yönelik maskenin çene altında veya dirsekte tutma gibi yanlış davranışlara sahip olunması; yırtık ya da delik maske ve N95 gibi filtreli maske kullanılması yer almaktadır (Çelik ve ark., 2020; Çelik, 2020a; Çelik, 2021; THD, 2020; TTB, 2020; TTB, 2021; Varol ve Tokuç, 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde gerek maske kalitesi gerek temini konusunda yaşanan güçlüklerin ardından erişim sıkıntısı büyük ölçüde aşıldı. Ancak uygun nitelikte maske üretiminin denetlenmesi halen yeterince sağlanmamış olup maske kullanımının teşviki ve kontrolü konusunda bu-

laşma önleme sürecini sekteye uğratabilecek ölçüde büyük bir rehavet yaşandığı ifade edilebilir. Bu bağlamda bilimsel bilgiler temel alınarak ücretsiz maske dağıtımı; nitelikli maske üretiminin ve dağıtımının denetimi ve yaptırımı; riskli duruma ve alanlara göre uygun maske tipi kullanma ve doğru maske kullanma davranışlarının kazandırılmasına yönelik bilgilendirme ve farkındalığı artırma gibi girişimleri içeren maske yönetim modeli geliştirilmeli ve bu model, pandemi planı içine entegre edilmelidir.





Çevresel Önlemler

Kapalı Mekanların Havalandırılması

COVID-19 pandemisi gibi toplumu tehdit eden bulaşıcı hastalıklar durumunda ortaya çıkan bir gerçek de, binaların mekanik altyapıları ve havalandırma tesisatlarının hava kaynaklı kontaminasyonların engellenmesine uygun olmadığıdır. Geleneksel bina mekanik havalandırma sistemleri, merkezi olarak çalıştırıldığından iç ortam mekanlarının bağımsız filtrasyonu ve basınçlandırmasına genellikle uygun değildir ve dolaşımdaki havayı sirküle ederler (SB, 2020b). Kullanılan klima sistemlerinden oluşan hava sirkülasyonu bulaşma riskini artırmaktadır. COVID-19 salgını ortaya koymuştur ki virüs yayılımı hava yolu ile olmaktadır. Sadece kişisel koruyucu ekipman kullanımı, sosyal mesafe kuralı, kapalı mekanlarda etkili yayılımı sağlayacak olan kalabalık ve insan trafiği yüksek yerlerde yeterli olmamakta, virüslerin mikropartiküllerin hava yoluyla taşınmasını önleyecek havalandırma tedbirlerinin de alınması gerekmektedir.

Günümüzde hava biyogüvenliğinden ziyade konfor ve tasarrufa yönelik havalandırma altyapıları kurulmaktadır. Hava kalitesi tanımı solunum havasını kirleten gazlar yanında 1-10 µm partiküllerin ortalama sayısının monitorizasyonunu yapan sayısal değerlere göre yapılmaktadır. Ancak, COVID-19 etkeni gibi küçük biyolojik parçacıklar aerosol veya küçük damlacık çekirdekleri halinde bireyler ve çevreleri arasında kolayca dolaşabilmektedir. İnsan trafiği yüksek olan iç ortamlarda da mikron altı partikül yönetimi hijyenik hava kalitesi açısından daha önemli ve öncelikli hale gelmektedir (Tuncer, 2020).

Ülkemizde bulunan birçok alışveriş merkezi (AVM) ve devlet, özel sektör binalarında var olan havalandırma sistemleri sadece temiz hava, oksijen verme ve toz tutucu temellidir. Damlacıkların buharlaşma süresi ile paralel yürütülen deneylerde COVID-19 virus türlerinin ortalama yarım saat bulaşma etkinliğini göz önüne alırsak sadece filtreleme değil hava akım sirkülasyonu da yaratılarak virüslerin iç ortamdan uzaklaştırılması da gerekmektedir. Binalardaki merkezi veya lokal havalandırma sistemleri buna göre yapılandırılmalıdır. Genel kullanım amaçlı binaların havalandırma sistemlerinde HEPA filtrasyon kullanılmadığından mikron altı parçacıkların etkin olarak temizlenememesi bir yana yaratılan hava hareketleri ve oluşan momentum ile bütün mekanlara dağıtılması söz konusudur. HEPA filtrasyon, bu sirkülasyonu düşürebilecek en etkin metottur (Tuncer, 2020; MMO, 2020).

Ortak hacimlerin havalandırılmasında Klima Santrali veya Çatı Tipi Klimalar (Rooftop) ürünleri kullanılmaktadır. Birçok kuruluş tarafından COVID-19 riskini minimuma indirmek için iç ortamların mümkün olan en üst seviyede dış ortam havası ile havalandırılması tavsiye edilmektedir. Bu noktadan hareketle sadece camı açarak yapılacak havalandırma sistemine göre, mekanik havalandırma ve hava koşullandırma sistemleri dış ortam havasını aynı zamanda filtre ettikleri için çok daha verimli sonuç vereceklerdir. Bu bağlamda var olan havalandırma sistemlerinde iç ortamlara maksimum dış hava tedariki için bazı yönetsel müdahaleler yapmak gerekmektedir. AVM'ler, ofisler, plazalar, oteller, okullar vb. mevcut binalarda iklimlendirme sistemleri olarak aktif kullanılan Klima Santrali, Fancoil, çatı tipi Rooftop, VRV-VRF, Split Klima ve Isı Pompası vb. ekipman ile sıhhi tesisatın maksimum verimlilik ve performansta kullanılması için sürdürülen mevcut bakım faaliyetleri, alınacak teknik ve işçi sağlığı iş güvenliği önlemleri ile salgın senaryolarına uygun hale getirilmelidir (Ulu, 2021). Mevcut binalarda, minimum taze hava oranları temel bir gereklilik olarak her zaman mevcut olmalıdır. Havalandırma (dolaşım) oranının artırılması ise oda havasındaki kirleticilerin seyreltilmesine yardımcı olabilir ve potansiyel olarak enfeksiyon olasılığını azaltabilir. Modülasyonlu taze hava sistemlerine sahip sistemlerde veya taze hava oranını ayarlamanın mümkün olduğu yerlerde taze hava oranlarının artırılması gerekir. Bu aynı zamanda sistemin egzost hava hızının artırılmasını gerektirecek ve dolaşım esnasında havadaki kirleticileri sey-

reilmeye yardımcı olacaktır. Havalandırma sistemi, bina kullanım süresinden en az 2 saat önce nominal hıza, bina kullanım süresinden 2 saat sonra düşük hıza geçirilmelidir.

COVID-19 salgınının yayılma olasılığını azaltmak için basit veya kapsamlı havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin işletimine ilişkin, bir dizi pratik önlem vardır. Bunlar:

1. İklim koşullarına göre dışa açılan pencere varsa pencere ve kapı açık olarak doğal havalandırma yapılmalıdır.
2. Açılabilir pencere yoksa, havalandırma yönergeleri uygulanmalı veya iç ortamı 5 çevrim havalandıracak sayıda pencere açılır hale getirilmelidir. Açılabilir alan 1 m/s hava hızına göre hesaplanmalıdır.
3. Havalandırma tesisatlarında mümkün olduğunca hava türbülansının az olacağı çözümlere gidilmelidir. Mümkün ise üstten üfleme, yer seviyesine yakın yerlerden emiş yapılarak hava türbülansı önlenmelidir.
4. İç ortam nem seviyesi %40 ile %60 aralığında tutulmalıdır.
5. Ayrıca fan-filtre üniteleri ya da taşınabilir HEPA filtreli hava temizleme cihazları kullanılarak ortamdaki olası virüs yüklü hava seyreltilmelidir.
6. Konvektör fanları kapatılmalıdır.
7. Bina girişlerinde bulunan tüm hava perdeleri kapalı konumda tutulmalıdır.
8. Birden fazla kişinin kullandığı ofis alanlarında ayaklı, masa üstü, tavan, duvar vantilatörleri kullanılmamalıdır.
9. Tam taze hava kullanımına geçilmesi nedeniyle taze hava alış, egzoz atış ağızları ve bağlantı kanalları boyutları kontrol edilerek düzenlenmelidir. Tüm egzoz atış panjuru ile taze hava emiş panjurları arasında en az 10 m mesafe olmalı ve/veya temiz ve kirli hava karışma riski olmayacak şekilde düzenlenmelidir.
10. Taze hava emiş kanalı ve taze hava panjuru gerekiyorsa %100 taze hava ile çalışabilecek şekilde revize edilmelidir. Taze hava

alış ve egzoz atış ağızları, insanların yürüme ve bulunma ortamlarından uzaklaştırılmalı ve mümkünse farklı cephelerde olmalıdır. Bu şartın sağlanamaması durumunda egzoz atış ağızında HEPA filtre ve/veya UV-C (ultraviyole-c ışını) uygulanmalıdır.

11. Mevcut cihazların kapasitesi kontrol edilmeli, taze hava miktarı ve egzoz havası miktarını artırma koşulları irdelenmelidir. İç mekanlara daha fazla taze hava verme ve egzoz debilerini artırma şartları zorlanmalıdır.
12. Otoparklara verilen iç mahal egzoz çıkışları var ise bu atış hatları dış ortama kadar taşınmalıdır.
13. Yoğuşma tavalarında biriken suyun iç hava kalitesini oldukça olumsuz etkileyeceği göz önünde tutulmalıdır.
14. Ofislerde bulunan Fan-coil, VRV - VRF, Isı pompası iç üniteleri vb. gibi iç hava sirkülasyonu yapan cihazlar kapatılmalı veya (aşağıda) madde 15'te bahsedilen tedbirler alınarak çalıştırılmalıdır.
15. Mevcut tüm iklimlendirme ve havalandırma cihaz ve sistemlerinde;
 - a. HEPA filtre kullanılarak ve hava sirkülasyon yönleri kontrol edilerek bulaşma riski minimum seviyede tutulabilir. HEPA filtre kullanılması durumunda, fan basıncı kontrol edilmeli ve HEPA filtre karşı basıncını yenebilecek gerekli önlemler alınmalıdır. Ancak, yapılacak çalışmaların sonucunda ortaya çıkacak gürültü seviyesi, gürültü yönetmeliği şartlarını sağlamalıdır.
 - b. Sistemlerde UV-C lambalar ulusal ve uluslararası standartlara uygun olmak ve insan sağlığına zarar vermeyecek tedbir alınmak kaydıyla, virüsleri yok edecek gerekli süre ve şiddette uygulanmak koşulu ile kullanılabilir. UV-C lambalarda ışınım maruziyet şiddeti ve maruziyet süresi konusunda yapılan bilimsel çalışmaların takibi sonrası, belgelenmek koşulu ile uygulanmalıdır.

c. Mahal tipi hava temizleme cihazları ulusal ve uluslararası standartlara uygun olmak ve virüsleri yok edecek filtrasyon ve bu filtrasyona uygun hava hızları uygulanmak koşulu ile, hava sirkülasyon yönleri kontrol edilerek bulaş riskini minimum seviyede tutacak şekilde kullanılabilir. Mahal tipi hava temizleme cihazları, mahal havasını saatte 5-6 çevrim filtre edecek ve homojen dağılım sağlayacak sayıda seçilmelidir.

19. Server odası, sistem odası v.b. içeride çalışanların bulunmadığı mekanlardaki iç üniteler, çalıştırılmaya devam edilebilir.

20. Merkezi otomasyon sistemi takip ekranından karbondioksit (CO2), nem, sıcaklık, hava debisi ve hızı kontrol edilmeli, sesli ve ışıklı bir alarm sistemi yok ise tesis edilmeli; alarmlar sürekli olarak otomasyon merkezinden izlenmeli ve kayıtları saklanmalıdır.

Salgında Mahal Şartları:

1. Yaz Rejimi; 30°C Kuru Termometre (Maksimum), %40-%60 RH önerilir. (Hissedilen sıcaklık maksimum 33°C 'yi geçmemelidir.)
2. Kış Rejimi; 20°C Kuru Termometre (Minimum), %40-%60 RH önerilir.
3. Ortak alanlardaki kişi kapasitesinin %50 azaltılması, ortak alanlardaki aydınlatma kapasitesinin %50 azaltılması değerlendirilmelidir (MMO, 2020; Ulu, 2021).

Yüzde yüz iç hava ile çalışan klima cihazları (VRF; FCU, Split klima gibi) sürekli aynı havayı sirküle ettikleri için zaman içinde kapalı hacimlerdeki olası virüs, bakteri gibi mikroorganizmaların yoğunluğunun artmasına neden olarak solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonların riskini arttıracaktır. Bu cihazlar pandemi dönemlerinde kullanılmamalıdır. Sistemin %100 dış hava ile çalışır hale getirilmesi durumunda kullanılmasında sakınca yoktur. Yüzde yüz dış hava ile çalışan klima cihazları ayrıca iç hava kalitesini de önemli ölçüde arttıracaktır. Gece boyunca veya sabaha karşı dış havanın soğukluğundan da faydalanarak iklimlendirme sistemlerini çalıştırarak ortam sıcaklığını düşürmek mümkündür. Böylece AVM gibi kapalı ortamların klima sistemlerini kullanmadan doğal soğutma ile bir müddet sıcaklık kontrolü yapmak mümkün olacaktır. Kuru hava enfeksiyon riskini artıracığı için ortam neminin %40'ın altına düşmemesi gerekmektedir. Klima sistemlerinde üstten üflenen ve üstten toplanan hava zemindeki veya zemine yakın yerdeki damlacık çekirdeklerinin tekrar havaya karışmasına neden olacağı için, şartlandırılan havanın mümkün olduğu kadar üstten çok düşük hızda üflenmesi ve alttan toplanması ile enfeksiyon riski azaltılabilir. Yüksek hava hızları da enfeksiyon riskini arttırdığı için klima sistemleri veya cihazları salgın dönemlerinde minimum hava debileri ve hızlarında çalıştırılmalıdır. Pandemi döneminde hasta odalarına verilen havanın %100'ü dışarı atılmalıdır (egzoz edilmelidir). Yüksek tavanlı ve geniş mekanlarda tavanda birikimi artan gaz ve ince partiküllerin tavan seviyesindeki egzozlarla daha verimli bir şekilde uzaklaştırıldığı gösterilmiştir. Bu tarz kalabalığın fazla olduğu büyük salonlarda mimari ve hesaplamalı akışkanlar tekniği (CFD) ile hesaplamalar yapılarak hibrid hava akış teknikleri uygulaması gerektirebilmektedir (Tuncer, 2020).

Hasta odalarındaki FCU salgın döneminde kullanılmamalı, mümkün olduğu kadar odalara gönderilen temiz hava ile odaların ısıtılması veya soğutulması temin edilmelidir. Dezenfeksiyondan sonra açılabilir pencereleri olması durumunda pencereler açılarak oda havalandırılmalıdır. Filtre değişimi aerosol oluşturacak işlem kabul edildiğinden bu işlem sırasında personel Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) olarak önlük, N95/FFP2 maske, gözlük/ yüz koruyucu ve eldiven kullanılmalıdır (SB, 2020b).

Hastane dışındaki ortamların iklimlendirilmesi tüm havalı sistemle yapılmaktadır (merkezi klima santrali ile). İklimlendirilmesinde kullanılan klima santralleri %100 dış hava kullanmaya müsait ise santraller %100 dış hava kullanılarak çalıştırılmalıdır. Klima santrallerinde kullanılan standart filtrelerin korona virüsünü tutma özelliği filtre verimliliğinden dolayı yoktur. Ancak filtrelerin kirlendiğinde temizlemek yerine yenileri ile değiştirilmesi gerekmektedir. Klima santralleri ve içindeki ekipmanlar sık sık dezenfekte edilmeli, santral emişine verilen dezenfektan sıvıları ile insanların olmadığı saatlerde klima santrali kanalları ve menfezler de dezenfekte edilmelidir. Fan durağan halde iken ısıtıcı bataryalarda bir saat boyunca şartlandırılmış sıcak su dolaştırmak suretiyle santral hücresi 60

°C'ye çıkartılarak da termal dezenfeksiyon yapılması da mümkündür.

Plazalarda da ortam havalandırmasına yönelik önlemlerde etkin şekilde ve dış ortamdaki havalandırma sağlanmalıdır. Havalandırma sisteminin filtrelerinin kontrolleri ve değişimleri düzenli yapılmalıdır. Merkezi havalandırma sistemleri dışındaki klima sistemleri ve vantilatörler kullanılmamalı, havalandırma gece bina kullanımında değilken dahi sürdürülmeli, daha az hava miktarı ile de olsa gece boyu havalandırma sistemi çalışmaya devam ettirilmelidir. Kirli hava çıkışının yapıldığı yerlerden insan geçişi engellenmelidir. Pencere bulunan mekanlarda sık olarak pencere açılarak havalandırma yapılmalıdır.

Özetle; merkezi havalandırma sistemlerinde hava hijyen kriteri tavandan hava veriş ve tabana yakın hava emiş sağlandıktan sonra iki şekilde karşılanabilir. Bunlar; ana klima santrali çıkışına konulacak, HEPA filtre veya her odanın hava veriş menfezine eklenecek olan son nokta HEPA filtreleri yerleşimidir. Lokal havalandırma sistemi ise her iç mekana uygun kapasitede olan fan-motor, resirkülasyon kanalı ve filtreden oluşan parçalar grubu ile bağımsız olarak işlemektedir. Tavana monte HEPA FFU'lar aracılığıyla temiz hava verilmeden önce kanal sistemine uygun şekilde resirküle hava ve iklimlendirilmiş hava karıştırılmaktadır (Tuncer, 2020; Ulu, 2021).

Fiziksel Uzaklık Önlemleri

COVID-19 enfeksiyonunda bulaşmayı önlemeye yönelik alınan tedbirlerden biri de fiziksel uzaklık önlemleridir (WHO, 2021; WHO, 2022). Damlacık yoluyla bulaşan hastalıklar insanların belirli bir yakınlığını gerektirdiğinden, kişilerin fiziksel mesafe kuralına uyması bulaşmayı azaltmada önemlidir. Bu bağlamda COVID-19 salgınının yayılmasını yavaşlatmak/önlemek amacıyla tüm dünyada fiziksel mesafenin artırılmasına ve sosyal hareketliliğin sınırlandırılmasına yoğunlaşılmıştır.

DSÖ tarafından 10 Ocak 2020 tarihinde şüpheli COVID-19 enfeksiyonu için sağlık bakımı sırasında enfeksiyonun önlenmesi ve kontrolüne yönelik ilk geçici rehber yayınlandı. Bu rehberde hastaların yeterince havalandırılan tek kişilik odalara yerleştirilmesi, hasta yatakları arasına en

az 1 metre mesafe konulması, hasta ve diğerleri arasındaki mesafenin en az 1 metre olması gibi fiziksel mesafeye yönelik önlemler yer aldı (WHO, 2020). Ayrıca DSÖ tarafından, 8 Mayıs 2020 tarihinde COVID-19 pandemisi için halk sağlığı ve sosyal önlemlere yönelik ilk geçici rehber yayınlandı. Bu rehberde fiziksel mesafe, toplantıların azaltılması veya iptali ve farklı ortamlarda (örneğin toplu taşıma, restoranlar, barlar, tiyatrolar) kalabalık yerlerden kaçınma, evden çalışma, evde kalma, işyerleri ve eğitim kurumları için uyarlamaların desteklenmesi, fiziksel mesafe için kişiler arası bulaşma riskini sınırlamak için insanlar arasında en az 1 metrelik mesafe konulması gibi önlemler yer aldı (WHO, 2020b). Bu rehberler, pandemi sürecinde güncellendi ya da yenileri eklendi.

Ülkemizde ise 24 Ocak 2020 tarihinde yayınlanmış olan "2019-nCoV Hastalığı Sağlık Çalışanları Rehberi"nde de, DSÖ rehberinde belirtildiği gibi 1 metrelik fiziksel mesafe önlemi yer aldı (SB, 2020). Ayrıca pandeminin ilan edilmesiyle birlikte İçişleri Bakanlığı'nın genelgeleri ile 2020 yılı Mart ayı içinde kreş, ilk ve ortaöğretim, lise, üniversite vb. eğitime ara verilmesi; özellikli grupların sokağa çıkmaması (65 yaş üstü ve kronik rahatsızlığı bulunanlar); toplantıların, sanatsal, bilimsel, eğlence ve spor etkinlik veya faaliyetlerin durdurulması; toplu taşıma araçlarına yolcu sınırlılığı; marketlerde hizmet verme süresinin ve müşteri sayısının kısıtlanması gibi fiziksel mesafeyi ve sosyal hareketliliği azaltmaya yönelik önlemler aldı. İçişleri Bakanlığı'nın 2020 yılı Nisan ayı içinde çıkardığı genelgeler ile de sokağa çıkma yasağı getirildi. Bununla birlikte 2020 yılı Mayıs ayı itibari ile yeniden faaliyetler ve etkinlikler gerçekleştirilmeye, yasaklar esnetilmeye ve kapatılan yerler açılmaya başladı (YÖK, 2020; CSGB, 2020; İB, 2020; MEB, 2020; İB, 2020b; İB, 2020c; İB, 2020d; İBB, 2020).

Cumhurbaşkanlığı kabine toplantısı kararları ile 1 Haziran 2020 tarihinden itibaren yeni normal yaşama geçiş başladı. Bu kapsamda kamu personelinin normal mesaiye başlaması, kursların, kütüphane, kamplar, kreş ve gündüz bakım evlerinin vb. açılması, milli park, plajların vb. faaliyete geçmesi vb. yer aldı (İB, 2020e). Vaka sayılarındaki artışla birlikte 1 Aralık 2020 yılında tekrar Koronavirüs ile Mücadele Kapsamında "Yeni Kısıtlama ve Tedbirler Genelgeleri" ile kısıtlamalar ve yasaklar konuldu (İB, 2020f). Ocak 2021 tarihinde COVID-19 aşılama sürecinin başlaması

Atık Kağıt İşçileri @atikkaagit · 9 Eki 2021
Sn. Genel Başkan @kilicdaroglu tekrar teşekkür ederiz, bizi anladığımız ve yalnız bırakmadığımız için.

Her fırsatta söyleyeceğiz; Bizler, kamuya ve atık üreten yerlere ait atıkları çalmıyoruz. Bizler, ağırlığı sokaktan olmak üzere, çevreden çıkan atıkları topluyoruz...

Kemal Kılıçdaroğlu @kilicdaroglu · 9 Eki 2021
Ey Saray İktidarı! Hirsız arsız arıyorsanız yanlış yere bakıyorsunuz. Kağıt toplayıcılarımızı rahat bırakın. Emeye biraz saygınız olsun. Hiç vicdanınız yok mu sizin demeyeceğim; çünkü yok!



ile 1 Mart 2021 tarihinden itibaren kontrollü normalleşme süreci başlatıldı (İB, 2021). Ayrıca 24 Eylül 2021 tarihinde "Covid-19 Salgınında Okullarda Alınması Gereken Önlemler" Rehberi yayınlandı ve bu rehberde öğrencilerin arasına tercihen en az 2 metre mesafe bırakılması; ders sürelerinin, sınıfın fiziksel boyutu ve öğrenci sayısı dikkate alınarak 40 dakikayı aşmayacak şekilde

planlanması yer aldı (MEB, 2021). Bu rehber ve genelgeler, pandemi sürecinde güncellendi ya da yenileri eklendi.

Bulaşmanın azaltılması için toplum genelinde tam sınırlama önlemlerinin uygulanması, fazla sayıda kişinin etkilenmesine neden olup, insan hakları ihlali belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu sınırlama önlemleri nedeniyle özellikle yoksullar, evsizler ve yetersiz barınma koşullarında yaşayan insanlar, yaşlı bireyler, kronik hastalıkları olanlar gibi hassas gruplar; içme suyu ve gıda temini, elektrik ve doğalgaz hizmetleri, atık yönetimi, sağlık ve güvenlik hizmetleri, personel transferi, ulaştırma ve iletişim hizmetleri, defin hizmetleri gibi sürdürülmesi gereken önemli işler veya hizmetlerin gerçekleştirilmesi konusunda daha fazla olumsuzluklar yaşayabilmektedir (Erkal ve ark., 2020; İtil ve ark., 2020).

Pandemiye hazırlık sürecinde özellikle koruyucu önlemlere yönelik planların COVID-19'a yönelik olarak hazırlanmaması, güncellenmemesi veya uygun şekilde işletilmemesi nedeniyle fiziksel mesafe ve toplum genelinde tam sınırlama önlemlerinin uygulanmasına yönelik fiziksel, psikolojik ve ekonomik boyutta bir çok sorunlar meydana geldi. Ayrıca salgının başlangıcında ülkedeki günlük vaka sayılarının sadece semptomatik, bilinen ve doğrulanmış hastalar olması nedeniyle bilinmeyen, belirtisiz ancak bulaştırabilen çok sayıda olgu, toplumda koruyucu önlemleri al-

maksızın dolaştı; kısıtlamalar ve yasakların olmasına rağmen kurallara uymayanlara yönelik denetim ve yaptırımlar yeterince yapılmadı; vaka sayılarının yüksek olduğu dönemlerde belirli zaman diliminde yasaklar kaldırılarak bazı genel kurullar vb. yapıldı ve bu toplantılarda fiziksel mesafe önlemlerine dikkat edilmemesine rağmen bir yaptırım olmadı.

Fiziksel mesafe önlemleri başta sadece temaslı ve hastalar için önerilirken salgının ilerleyen aşamalarında herkes için gerekli olduğuna karar verilmesi de geç verilmiş bir karar olarak değerlendirilebilir. Ayrıca pandeminin ilk başlarındaki fiziksel mesafe önlemlerinin daha özenli ve itinalı yerine getirilmesine rağmen, daha sonraki dönemlerde lokanta, kafe gibi yiyip içerken maskenin çıkarıldığı yerlerde, AVM'lerde, banka, PTT vb. kurumlarda zorunlu fiziksel mesafenin sağlanmadığı ya da sosyal hareketliliğin azaltılmasına yönelik önlemlerin yeterince yerine getirilmediği görülmektedir. Sağlık hizmetleri sunumun yapıldığı hastane gibi kuruluşların birçoğunda ise PCR testi, tetkikler vb. için sıra bekleyen bireylerde, hasta yataklarında, sağlık çalışanların dinlenme ve yemekhane alanlarında fiziksel mesafe önlemlerinin yeterince alınmadığı bildirildi.

Toplum genelinde tam ya da kısmi sınırlamalar nedeniyle meydana gelen sorunlar arasında toplum tarafından tam sınırlama önlemleri kapsamında özellikle evden çalışma olanağı olmayan bireylerin işlerini yapamadıkları için gelir sağlayamaması ve devlet tarafından verilen ekonomik desteğin hiç olmaması ya da çok sınırlı olması; 65 yaş üstü, akut ve kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamaması; 65 yaş üstü bireylerine yeterince gıda ve ilaç temini, maaşı bankadan çekme vb. desteğinin yeterince verilmemesi; sokağa çıkma yasaklarının planlı şekilde bildirilmemesi ve alışveriş yapılabilecek zaman dilimlerinin kısıtlanması nedenleri ile insanların marketlerde, fırınlarda vb. yerlerde fiziksel mesafe önlemlerini ihlal edecek şekilde yığılması; zorunlu olmayan işletmelerin kapatılması ile işverenlerin maddi kaybı azaltmak için çalışanları işten çıkarma ya da ücretsiz izne ayırma yoluna gitmesi ve buna bağlı olarak kayıt dışı işsizliğin artması yer almaktadır (İtil, 2020; Yasin, 2021; Demirel ve Sütçü, 2021).

Dünya ülkelerinde bulaşmayı önlemek ya da azaltmak için okulların kapatılması en son düşünülen uygulama olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bizim ülkemizde bu uygulamanın ilk olarak eğitime yönelik ol-

duğu ve yüz yüze eğitime ara verilmesi ile çevrim içi eğitime başlandığı bilinmektedir. Eğitimde yaşanan bu beklenmeyen durum, çocuklar için internet erişimi ve öğrenme materyallerine ulaşmada farklılıkları ortaya çıkardı ve bu da eğitimdeki eşitsizliği gözler önüne serdi. Ayrıca tekrar yüz yüze eğitime geçilme kararı alınmasına rağmen eğitim kurumları, sınıflardaki öğrenci sayısı, sınıftaki masalar arası mesafe, ders süresi, yemekhane vb. için standartlara uygun fiziksel mesafe düzenlemelerini yeterince yapmadı. Benzer biçimde fiziksel mesafenin artırılmasının ve sosyal hareketliliğin sınırlandırılmasının birey ve toplum üzerindeki psikolojik ve mental etkileri yeterince ele alınmadı ve buna yönelik girişimlerde bulunulmadı (TTB, 2021; Avcı ve Akdeniz, 2021; Ülker, 2021).

Bu bağlamda toplum genelinde tam sınırlama önlemleri uygulanmadan önce yetkililer, oluşabilecek paniği azaltmak ve uyumluluğu artırmak için bu önlemler hakkında net gerekçe ve protokoller hakkında güncel, açık, şeffaf, tutarlı ve güvenilir bilgi sunmalı; toplulukların yapıcı katılımı sağlanmalı; salgın sonrasına geçiş döneminde hareket kısıtlılığı uygulamalarını azaltıp, toplumları kalıcı bir biçimde yeniden açarken dikkatli, kararlı ve istikrarlı bir çıkış stratejisi izlenmeli; karar süreçlerini halk sağlığı ve epidemiyolojik veriler yönlendirmeli; kişilere su, yiyecek ve diğer temel ihtiyaçlar da dahil olmak üzere ücretsiz ve ulaşılabilir sağlık hizmeti (Tetip, E-sağlık, mobil sağlık hizmeti gibi), finansal ve psikososyal destek verilmesi sağlanmalı; hassas grupların ihtiyaçlarına öncelik verilmeli, en uygun ve kültürel olarak kabul edilen planlar hazırlanmalıdır (WHO, 2020d; Erkal, 2020).

Seyahatle İlgili Önlemler

COVID-19 virüsünün, bulaşmış alanlardan enfekte olmayan alanlara girmesini önlemek amacıyla alınması gereken tedbirlerden biri de seyahat ile ilgili önlemlerdir. Ayrıca ülkeye giren hastaların izolasyonu ve hastalarla temaslıların karantinaya alınması, bulaşı önlemeye yönelik diğer uygulamalardır (WHO, 2021; WHO, 2022). Bu bağlamda COVID-19 salgınınun yayılmasını yavaşlatmak/önlemek amacıyla tüm dünyada seyahat ile ilgili önlemlere ve bu yolla sosyal hareketliliğin sınırlandırılmasına yoğunlaşıldı. DSÖ dahil birçok uluslararası sağlık örgütü, COVID-19 hastalı-

ğının ortaya çıkmasından itibaren bulaşın önlenmesine yönelik geliştirdiği rehberlerde seyahat ile ilgili önlemlere yer verdi ve bu önerileri dünya ülkelerinin kullanımı için paylaştı.

DSÖ tarafından 8 Mayıs 2020 tarihinde yayınlanan COVID-19 pandemisi için halk sağlığı ve sosyal önlemlere yönelik ilk geçici rehberinde gerekli olmayan seyahatleri azaltmak; seyahat ederken korunma koşulları hakkında tavsiyelerde bulunmak; bulaşmanın kesilmesi veya yeniden bulaşmanın önlenmesi için yerel, bölgesel veya ulusal olarak hareketi sınırlamak; gerektiğinde seyahati önceden ayarlamak (öğrenciler, işçiler, ülkelere geri dönüş); yerel epidemiyoloji tarafından onaylandığı takdirde bir güvenlik kordonu veya sınır önlemleri almak; ulusal tarama ve test politikasına uygun olarak, gelen yolcular için izolasyon veya karantina düşünmek gibi seyahat ile ilgili önlemler yer aldı (WHO, 2020b). Bu rehberler, pandemi sürecinde güncellendi ya da yenileri eklendi.

Ülkemizde ise pandeminin ilan edilmesiyle birlikte İçişleri Bakanlığı'nın genelgeleri ile 2020 yılı Şubat ayı içinde yurt dışından gelen yolcular için termal kamera uygulanması, Çin'den gelen bütün uçuşların, kara ve demiryolu geçişlerinin durdurulması, Irak, İtalya ve Güney Kore ile yapılan uçuşlara yasak getirilmesi; Mart ayı içinde yurtdışına çıkışların izne tabi tutulması, yurtdışından gelenlere 14 günlük karantina uygulanması, havayolu ve otobüs yolculuklarında Seyahat İzin Belgesi olmadan seyahat edilememesi; Nisan ayı içinde vaka sayılarına göre ilk kez şehirlere giriş-çıkışların durdurulmaya başlanması gibi seyahat ile ilgili önlemler aldı (İB, 2020a; CB, 2020; CSGB, 2020; İB, 2020g). Bununla birlikte 2020 yılı Mayıs ayı itibari ile şehirlerarası giriş-çıkış sınırlandırması olan şehirlerde kademeli olarak bunun kaldırılmaya ve yurt dışından gelenlerin 14 günlük izolasyonlarının yurtlarda yapılmamaya; Aralık ayı içinde de yurt dışından gelenlere son 72 saatte yapılmış PCR testi zorunluluğu getirilmeye başlandı (VDA, 2020; İB, 2020h; SB, 2020a). Ülkedeki vaka sayılarına göre yeniden kısıtlamalara, yasaklara ya da kademeli normalleşmeye yönelik genelgeler güncellendi ya da yenileri eklendi.

Uluslararası seyahat kontrolleri açısından ülkelerin önemli bir bölümünün ülke sınırlarını kapatma ya da yüksek riskli bölgelerden seyahatleri yasaklama gibi sert önlemleri uyguladıkları görülmekte. Ancak ülkemizde COVID-19 hastalarının ülkeye girişinin önlenmesi, ülkeye giren has-

taların izolasyonu, hastalarla temaslıların karantinaya alınması ile ilgili seyahate yönelik önlemlerin zamanında ve etkili olarak uygulanmaması vaka sayılarında artışa neden oldu. Özellikle pandeminin başlangıcında Çin'den uçak seferlerinin durdurulması kararı gecikerek verildi. İran'ın ilk vakayı açıklamasından ancak beş gün sonra sınır kapısı kapatıldı. Suudi Arabistan, umre ziyaretlerini askıya alıncaya dek Türkiye bu konuda herhangi bir önlem almadı; umreden gelen bir kişiye tanı konulana kadar karantina uygulaması yapılmadı. Bu süreçte hava limanlarındaki tek önlem termal kameralarla ateş ölçümü oldu. 1 Temmuz 2021'de uygulamaya giren yeni normalleşme planında da hastalığın ülkeye girişinin engellenmesi bir ölçüt olarak yer almadı. Turizmin canlandırılması için delta varyantının çok yaygın olduğu Rusya ve İngiltere'den turist kabul edildi, hangi ölçütlerle ülkeye girişlerine izin verildiği açıklanmadı. Ayrıca ilk aylarda yurtiçi ve yurtdışı seyahat kısıtlamaları gibi bulaşmayı önleme uygulamaları, vaka sayılarının yüksek olmasına rağmen kaldırılması ya da gevşetilmesi, vaka ve dolayısıyla ölüm sayısı artışına ve toplam hasta sayısının iyileşen hasta sayısından fazla oluşuna neden oldu (TTB, 2021; Varol ve Tokuç, 2020).

Seyahate ilişkin sınırlamaların kalkması ile birlikte sosyal hareketlilik artarak tatil beldelerinde, trafikte, otel, pansiyon gibi konaklama ve mola yerlerinde vb. maske takma, fiziksel mesafe sağlama gibi koruyucu önlemlerin ihlal edildiği kalabalık ortamlar oluştu ve bunlara yönelik yeterince düzenleme, denetim ve yaptırımlar uygulanmadı. Bunlara ilaveten kara, hava gibi ulaşım yollarında önerilen HES kodu sorgulama, fiziksel mesafeyi koruma gibi bulaşmayı önlemeye yönelik uygulamaları yeterince uygulanmadı. Bu bağlamda vaka sayılarının açık, güncel ve şeffaf bir şekilde ele alınıp, ülkelerarası ve ülke içinde seyahat ile ilgili önlemlere yönelik yönetim modeli geliştirilmelidir.



Kaynaklar

1. Avcı F, Akdeniz EC. (2021). Koronavirüs (Covid-19) Salgını ve uzaktan eğitim sürecinde karşılaşılan sorunlar konusunda öğretmenlerin değerlendirmeleri. Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi – USBED Cilt/Volume 3, Sayı/Issue 4, 117-154. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usbed>
2. CB (2020). 2020/2 Genelge. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200313-8.pdf>
3. CSGB (2020). 81-ilde-yeni-tip-koronavirus-ile-mucadelede-mevcut-tedbirleri <https://www.csgeb.gov.tr/haberler/bakan-selcuk-81-ilde-yeni-tip-koronavirus-ile-mucadelede-mevcut-tedbirlerimiz-sahadaki-etkinligini-daha-da-artirmak-icin-yeni-tedbirlerimiz-de-yer-aldigi-genelgemizi-gonderdik/>
4. Çelik SS, Özbaş AA, Çelik B, Karahan A, Bulut H, Koç G, Aydın FÇ, Özleyen ÖÇ. (2020). COVID-19 pandemi süreci: Türk Hemşireler Derneği. KUHEAD, Eylül;17(3):279-283 doi:10.5222/KUHEAD.2020.34603
5. Çelik SS. (2020). The pandemic in the international year of the nurse and during the Nursing Now campaign: the example of Turkey. Metas Enferm, Nov; 23(9):3-6. DOI: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2020.23.1003081660>.
6. Çelik SS, Koç G, Özbaş AA, Bulut H, Karahan A, Aydın FÇ, Özleyen ÖÇ, Çelik B. (2021). Uluslararası hemşireler yılında COVID-19 pandemisi: Türk Hemşireler Derneği çalışmaları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Ocak; 6(1): 23-27.
7. Demirel AC, Semih Sütçü S. (2021). Covid-19 salgınında Türkiye’de yaşlılara yönelik uygulamalar ve hizmetlerin değerlendirilmesi. OPUS, 7, Özel sayı.
8. Erkal E, Göksu Ses A, Aydın S, Çalışkan E. (2020). Covid-19’un toplumda yayılımını önlemeye yönelik ilaç dışı halk sağlığı önlemleri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 5, (COVID-19 Özel Sayısı)
9. İB (2020). 81 il valiliği’ne koronavirüs tedbirleri konulu ek genelge gönderildi. 08.09.2020. <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi-08-09-20>
10. İB (2020a). 81 il valiliği ve hudut idare mülki amirliklerine genelge. <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligi-ve-hudut-idare-mulki-amirliklerine-genelge>.
11. İB (2020b). Koronavirüs salgını ile mücadele kapsamında lokantalarla ilgili ek genelge. <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-salgini-ile-mucadele-kapsaminda-lokantalarla-ilgili-ek-genelge>
12. İB (2020c). 65 yaş ve üstü ile kronik rahatsızlığı olanlara sokağa çıkma yasağı genelgesi. <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi>
13. İB (2020d). 2 gün sokaga çıkma yasağı. <https://www.icisleri.gov.tr/2-gun-sokaga-cikma-yasagi>
14. İB (2020e). Bakanlığımızın 1 Haziran 2020 itibariyle uygulamaya konulacak normalleşme süreci genelgeleri. <http://pulumur.gov.tr/bakanligimizin-1-haziran-2020-iti-bariyle-uygulamaya-konulacak-normallesme-sureci-genelgeleri>
15. İB (2020f). Koronavirüs ile mücadele kapsamında - yeni kısıtlama ve tedbirler genelgeleri. <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadele-kapsaminda-sokaga-cikma-kisiltamaları---yeni-kisiltama-ve-tedbirler-genelgeleri>

16. İB (2020g). Şehir giriş/çıkış tebirleri ve yaş sınırlaması. <https://www.icisleri.gov.tr/sehir-giriscikis-tebirleri-ve-yas-sinirlaması>.
17. İB (2020h). 30 Büyükşehir ve Zonguldak’a giriş/çıkışların kısıtlanması 04 mayıs saat 24.00’a kadar uzatıldı. <https://www.icisleri.gov.tr/30-buyuksehir-ve-zonguldak-giriscikislarin-kisitlanmasi-04-mayis-saat-2400a-kadar-uzatildi>
18. İB (2021). Koronavirüs ile mücadelede kontrollü normalleşme süreci. <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadelede-kontrollu-normallesme-sureci>
19. İBB (2020). Cumhurbaşkanı Erdoğan, Mayıs ayı normalleşme planını açıkladı. <http://www.istanbul.gov.tr/cumhurbaskani-erdogan-mayis-ayi-normallesme-planini-acikladi>
20. İtil O, Ergur GA, Nurdan Köktürk N ve ark. edits (2020). COVID-19 pandemisi ve sağlığın sosyal bileşenleri. Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları Serisi. file:///C:/Users/secelik/Downloads/COVID-19%20Pandemisi%20ve%20Sagligin%20Sosyal%20Bilesenleri%20SON.pdf
21. MEB (2020). Uzaktan eğitimle ilgili süreç hafta içi simülasyonlarla anlatılacak. <http://www.meb.gov.tr/uzaktan-egitimle-ilgili-surec-hafta-ici-simulasyonlarla-anatilacak/haber/20513/tr>
22. MEB (2021). COVID-19 salgınında okullarda alınması gereken önlemler. http://www.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2021_08/25161441_EK-Covid_19_SalgYnYnda_Okullarda_ALYnmasY_Gereken_OYnlemler.pdf
23. MMO (2021). <https://www.mmo.org.tr>
24. SB (2020) 2019-nCoV hastalığı sağlık çalışanları rehberi. Ocak 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/ncov/2019_nCov_Hastal_Salk_alanlar_Rehberi.pdf
25. SB (2020a). Yurtdışından gelen tüm yolculara son 72 saatte yapılmış pcr testi zorunluluğu getirilmesine ilişkin açıklama (25.12.2020). <https://www.saglik.gov.tr/TR,77799/yurtdisindan-gelen-tum-yolculara-son-72-saatte-yapilmis-pcr-testi-zorunluluğu-getirilmesine-iliskin-aciklama>.
26. SB (2020b). Covid-19 salgın yönetimi ve çalışma rehberi bilimsel danışma kurulu çalışması 25 06.2020
27. Ulu, S (2021). Pandemiye mevcut binalarda iklimlendirme ve havalandırma sistemlerinin işletme ve bakımı yönünden alınması gereken genel tedbirler. Mühendis ve Makina Güncel https://www.mmo.org.tr/sites/default/files/07_9.pdf
28. Ülger K. (2021). Uzaktan eğitim modelinde karşılaşılan sorunlar-fırsatlar ve çözüm önerileri. International Journal of Contemporary Educational Studies. June 2021 : 7 (1):393-412
29. THD (2020). Covid-19 raporları ve diğer raporlar. <https://www.thder.org.tr/list/covid-19-raporlari-ve-diger-raporlar>
30. TTB (2021) Türk Tabipleri Birliği Covid-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporu, https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ttb_covid_18ay_rapor.pdf
31. TTB (2020). Covid-19 pandemisi iki aylık değerlendirme raporu. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/covid19-rapor.pdf>
32. Tuncer AS. (2020). Geleneksel havalandırma sistemlerinin temizoda teknolojileri kapsamında güncellenmesi. <http://www.temizoda.org.tr/tr/makaleler>
33. Varol G, Tokuç B. (2020). Halk sağlığı boyutuyla türkiye’de Covid-19 pandemisinin değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi. 8(3): 579 – 594. Doi: <https://doi.org/10.37696/nkmj.776032> e-ISSN: 2587-0262

34. VDA (2020). Yurt dışından planlı uçuşlar ile toplu olarak gelen kişilere yönelik uygulamalar. SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. http://www.vda.org.tr/upload/duyuru/Yurtd%C4%B1%C5%9F%C4%B1ndan%20Gelen%20K_lgi_ee3d0b17-221f-4c-8c-a308-f0e476df40ca.pdf
35. Yasin Y. (2021). Kırılgan gruplar ve covid-19; yaşlılar. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part53.pdf.
36. YÖK (2020). Koronavirüs (Covid-19) Bilgilendirme Notu: 1. 13 Mart 2020. https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/coronavirus_bilgilendirme_1.aspx
37. WHO (2020). Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance 10 January 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332447/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. WHO (2020a) Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Interim Guide. 6 April, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331693/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.3-eng.pdf
39. WHO (2020b). Overview of public health and social measures in the context of COVID-19. Interim guidance, 8 May 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332115/WHO-2019-nCoV-PHSM_Overview-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. WHO (2020c). Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide. <https://www.who.int/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>
41. WHO (2020d). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). [cited 2020 June 3]; Available from: [http://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-n-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](http://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-n-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
42. WHO (2021), Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? updated on 23 December 2021 (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>)
43. WHO (2022), Coronavirus disease (COVID-19): Masks. Updated 5 January 2022. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-masks>



COVID-19 ve Çalışanlar

COVID-19 pandemisi öğrencileri, yaşlıları, çalışanları, işsizleri, göçmenleri yani tüm toplumu derinden etkiledi ve etkilemeye devam ediyor. Pandemi bazı alanlarda işler "uzaktan çalışma" aracılığıyla yürütüldü. Ancak birçok iş kolunda çalışanlar, pandemi boyunca işlerine gitmeye devam ettiler. Pandeminin çalışanlar üzerindeki etkisini sayısal verilerle, oranlarla değerlendiren rapor sayısı oldukça az maalesef. Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Araştırma Merkezi'nin (DİSK-AR) salgının başında yayımladığı raporlarda salgının çalışanlar üzerindeki etkisine dikkat çekilmiştir (1). Uzaktan çalışamayan birçok işçi, salgın boyunca işlerine, servisler veya toplu taşıma araçlarıyla gitmeye devam ettiler. "Hayat Eve Sığar" (HES) "sloganı"nın aksine hayatı eve sığdıramayanların durumuna ilişkin yürütülen çalışmalarda özellikle İstanbul'da elde edilen veriler; sosyoekonomik durum ile pandemiden etkilenmenin ne kadar doğrudan ilişkili olduğunu açıkça gösterdi (2, 3).

31 Ekim 2020 04:55

Doç. Dr. Osman Elbek: Salgında çalışanlar patronların merhametine terk edilmemeli

İstanbul'da artan vakalara rağmen kamusal önlem alınmamasını eleştiren TTB Covid-19 İzleme Kurulu Üyesi Doç. Dr. Osman Elbek "Salgın, bireylerin inisiyatifine bırakılmaz" dedi.



İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) Meclisi, 11 Mart 2022'de yayınladığı raporda salgının ikinci yılında en az 1400 işçinin COVID-19 nedeniyle yaşamını yitirdiğini açıkladı (4). Elbette gerçek yaşamdaki sayı 1400'ün çok üzerindedir. Ancak 1400 ölümün %42'sinin ulusal basından %58'inin çalışanların yakınlarından ve sendikalar-

dan elde edilen bilgilerle belirlendiği vurgulanarak işçilerin sağlığı açısından COVID-19'a ilişkin verilere ulaşmanın ne kadar güç olduğu görünür kılındı. İSİG verilerine göre; COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden işçilerin %85'i ücretli; %15'i kendi hesabına çalışmaktaydı; yalnızca %12,6'sı sendikalıydı ve ölenlerin %89,6'sı erkekti. En çok sağlık emekçileri (514), eğitim emekçileri (218), büro çalışanları (114), belediye işçileri (118), gü-



*Gerçek doktor,
her hasta ile yaşayıp ölerdir.*

Stefan Zweig

venlik emekçileri (83) ve fabrika işçileri (125) –ki özellikle metal (36) ve tekstil (31) işçileri– arasında Covid-19 nedeni ölümlerin meydana geldiği tespit edilmişti. Bu veriler pandeminin çalışanlar üzerindeki yükünü yansıtmaya açılarından oldukça önemlidir ancak veri kısıtlılığı olduğu da akılda tutulmalıdır. Sonuçta tüm çalışanların durumunu yansıtmak üzere planlanmış bilimsel çalışmalara ve verilere gereksinim vardır.

Pandemiden, çalışanlar kadar -hatta belki daha çok- işsizler ve düzensiz çalışanlar da etkilendi. Türk Tabipleri Birliği'nin salgının 18. ayında yayımladığı raporda bu konuya da dikkat çekilerek; mülteci ve göçmen emeği ağırlıklı mevsimlik tarım işçilerinin, bakım veren kadın işçilerin ve gündelik kazandığı ile yaşayan yevmiyeli ve sokakta çalışan işçilerin durumlarını irdeledi. Raporda güvencesiz, düzensiz, günlük işlerde çalışanların pandemi döneminde barınma, beslenme ve çalışma yani tüm yaşam koşulları daha da kötüleştiği belirtildi (5).

DSÖ 2021 yılını "Sağlık Çalışanlarının Yılı" olarak ilan etti. DSÖ'nün bildirdiği hastaların sağlıklarına kavuşabilmeleri için sağlık çalışanlarının sağlıklı olması gerektiği vurgusu yapıldı (6). Dünya'da yaklaşık 135 milyon sağlık ve bakım çalışanı olduğu bildirilmekte (7). COVID-19'a ilişkin birçok veriye elektronik veri tabanları ve sistemler üzerinden ulaşmak mümkünken sağlık çalışanlarına ilişkin olarak tüm dünyadaki durumu içeren sayılara ve verilere ulaşmak olanaklı değil. Örneğin DSÖ'nün Eylül ayında yaptığı açıklamada, ülkelerin çoğunda sağlık çalışanlarının ülke nüfusunun %3'ünden azını -hatta düşük ve orta gelirli ülkelerde %2'den azını- oluşturmasına rağmen bildirilen olguların %14'ünün sağlık çalışanı olduğu, bazı ülkelerde bu oranın %35'e kadar çıkabildiği belirtildi (7). Bu konudaki veri eksikliği göz önünde bulundurularak DSÖ, pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki yükünü değerlendirmek üzere ölüm sayıları üzerinden bir çalışma yürüttü. Ülkelerin bildirdikleri toplam 3,14 milyon ölüm üzerinde yapılan ve 20 Ekim 2021 tarihinde yayımlanan raporda 2020 yılı Ocak ayı ve 2021 yılı Mayıs ayları arasında 80 ila 180 bin (ortalama 115 bin 500) sağlık çalışanının COVID-19 hastalığı nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmekte. Raporda 2021 yılı Eylül ayı itibarıyla 119 ülkeden elde edilen verilere göre dünya genelinde 5 sağlık çalışanından 2'sinin aşılandığı, ancak Afrika'da bu oranın 1/10 düzeyinin de altında kaldığı vurgulanmakta (7).



Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı Türkiye Sağlık İstatistikleri 2020 Yılığında Türkiye'de 1 milyon 142 bin 469 sağlık çalışanı olduğu görülmektedir (8). Türkiye'de de sağlık çalışanlarına ilişkin COVID-19 verileri sadece Sağlık Bakanı'nın verdiği demeçler sırasında birkaç cümle ile paylaşıldı. Bu nedenle kaç sağlık çalışanının hastalandığını, hastalananların yaş, cinsiyet ve meslek dağılımını bilmiyoruz. COVID-19 hastalığı nedeniyle, Türkiye'de yaşamını yitirdiğini bildiğimiz/duyduğumuz ilk sağlık çalışanı olan Dilek Tahtalı'dır ve kendisi İstanbul'da bir hastanede hastaları karşılayan danışman olarak görev yapıyordu. Dilek Tahtalı'nın acı kaybı sağlık çalışanlarını korumaya yönelik önlemlerin sağlık kuruluşunun kapısından içeri girmeden başlaması gerektiğini, "sağlık çalışanı ve önlemler" denince hekim-hemşire ile sınırlı algılamının ne kadar sorunlu ve hatalı bir ayırım olduğunu hatırlatmıştır. Türkiye'de COVID-19 hastalığı nedeniyle hayatını kaybettiğini bildiğimiz ilk hekim ise Dr. Cemil Taşçioğlu idi. İstanbul'da Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin adı "Prof. Dr. Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi" olarak değiştirildi. Türk Tabipleri Birliği web sayfasındaki "Kaybettiklerimiz-siyahkurdele.com" linkinden kaybettiğimiz -güncellendiği için maalesef ki sürekli artan- sağlık çalışanlarının bilgilerine ulaşılabilmektedir; 2022 yılı Mart ayı ortası itibarıyla yaşamını kaybeden sağlık çalışanı 556'dır (9).

556

Pandemi döneminde kaybettiğimiz tüm sağlık çalışanlarına saygıyla...

Türkiye’de ilk COVID-19 olgusunun bildirildiği 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ’de COVID-19 salgınının bir “pandemi” olduğunu ilan etti. Sağlık çalışanları, pandemi öncesinde de güçlükler yaşamakta idi ancak pandemi ile birlikte sıkıntılar katlanarak arttı. Ülkemizde ilk olgu bildirildikten sonra Sağlık Bakanı, TBMM’de milletvekillerini sağlık çalışanlarını alkışlamaya davet etti, ardından Cumhurbaşkanı alkışladı ve artık toplum saat 21:00’de sağlık çalışanlarını alkışlamaya davet edildi. Sağlık çalışanları bu durumu başlangıçta memnuniyetle karşılamakla birlikte zaman geçtikçe ve sıkıntılar arttıkça kendilerini “silahsız cepheye sürülüyorum gibi hissediyorum” şeklinde bir hisse kapıldılar (10). Sağlık çalışanlarına ek ödemenin yapılacağı ilan edildikten sonra yaşanan sıkıntılar ise TTB’nin 4. ay raporunda yer alan sağlık çalışanlarına ilişkin yazının başlığında da ifade edildiği gibi, “Hakkınız ödenmez dediler! Hakkımızı ödemediler!” şeklinde özetlenebilir (11).

Birçok ülkede sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı “illiyet bağı” aranmaksızın doğrudan “meslek hastalığı” olarak kabul edilmektedir. Çünkü sağlık çalışanları, sundukları hizmet gereği, toplumdan belirgin derecede yüksek oranda hastalık riskine maruz kalmaktadır. Fransa, Kanada, İtalya, Belçika Almanya ve Malezya COVID-19’u sağlık çalışanlarının meslek hastalığı olarak kabul eden ülkelerdir. İtalya’da, kamu ya da özel sektör ayırt edilmeksizin hastalanan tüm sağlık çalışanlarının geçirdikleri COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. ABD’de sağlık çalışanları arasında görülen COVID-19 “iş ile ilişkili hastalık” olarak kabul edilmiştir (12). Türkiye’de ise kaybettiğimiz sağlık çalışanları için “meslek hastalığı” yerine “şehitlik” gündeme gelmiştir. Sağlık çalışanları, “şehitlik mertebesi” değil meslek hastalığı tanısı istemektedir. Çünkü COVID-19 sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilirse koruyucu önlemlerin alınması için adım atılabilecektir.



Sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı, bilimsel bilgiler çerçevesinde ele alındığında meslek hastalığı olarak değerlendirilmesi gerekirken Türkiye’de Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 7 Mayıs 2020 tarihinde yayımladığı 2020/12 sayılı genelge ile, “Koronavirus hastalığının bulaşıcı bir hastalık olduğu, söz ko-

nusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara, iş kazası ve meslek hastalığı sigortalarından değil, 5510 sayılı kanunun 15. maddesi uyarınca iş kazası ve meslek hastalığı sayılmayan ve iş göremezliğe neden olan hastalık kapsamında provizyon alınması ve buna göre işlem yapılması gerektiği” bildirildi. Daha sonraki süreçte SGK’ya başvurular biraz daha kolaylaştırılmış olmakla birlikte COVID-19’un sağlık çalışanları açısından meslek hastalığı olarak tanımlanması için halen “illiyet bağı” aranmaktadır.

Yeni ortaya çıkan enfeksiyonlar toplumu tehdit ettiği gibi -hatta daha çok- sağlık çalışanlarını tehdit etmektedir. Kuş gribi, SARS, MERS ve Ebola salgınlarından elde edilen veriler, sağlık çalışanlarının hem daha çok hastalandıklarını hem de daha çok öldüklerini göstermektedir (13). Özellikle solunum yoluyla bulaşan hastalık salgınlarında, sağlık çalışanlarının yanı sıra, ulaşımı toplu taşıma ile sağlayan ve kalabalık, kapalı ortamlarda çalışanlar da hastalığa daha çok maruz kalmaktadır. Bu sorun ancak salgın yönetimi sırasında ekonomi değil insan sağlığı öncelendiğinde aşılabilir.

Kaynaklar

1. DİSK-AR <http://arastirma.disk.org.tr/?p=2100>
2. Odman A, Tülek M, COVID-19 pandemisi söneminde sosyo-ekonomik mekansal eşitsizlikler ve veri/halk sağlığı ilişkisi https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part60.pdf
3. Odman A, Pandemide çalışmak zorunda olmak <https://sendika.org/2021/01/pandemide-calismak-zorunda-olmak-isci-sagligi-yoksa-halk-sagligi-da-yok-606282/>
4. İSİG MECLİSİ, Covid-19 Bir İşçi Sınıfı Hastalığıdır... Salgının ikinci yılında en az 1400 işçi Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetti, 11 Mart 2022, <https://isigmeclisi.org/20739-covid-19-bir-isci-sinifi-hastaligidir-salginin-ikinci-yilinda-e>
5. TTB, COVID-19 Pandemisi 18. Ay Değerlendirme Raporu, [https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/COVID-19%20Pandemisi%2018%20Ay%20Deg%CC%86erlendirme%20Raporu%20ME%20\(1\).pdf](https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/COVID-19%20Pandemisi%2018%20Ay%20Deg%CC%86erlendirme%20Raporu%20ME%20(1).pdf)
6. WHO, 2021 designated as the International Year of Health and Care Workers <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers#:~:text=2021%20designated%20as%20the%20International%20Year%20of%20Health%20and%20Care%20Workers>
7. WHO, The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-Working-Paper-2021.1-eng.pdf>
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>
9. Siyah Kurdele <https://siyahkurdele.com/>
10. DW, Sağlık çalışanları anlatıyor <https://www.dw.com/tr/sa%C4%9Fl%C4%B1k-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fanlar%C4%B1-anlat%C4%B1yor-silahs%C4%B1z-cepheye-.s%C3%BCr%C3%BCl%C3%BCyor-gibi-hissediyorum/a-52916173>
11. TTB, COVID-19 Pandemisi 4. Ay Değerlendirme Raporu https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=97fd6bfa-c287-11ea-9489-8d3047d5562f
12. Demir C, Meslek hastalığı olarak sağlık çalışanlarında COVID-19 https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part37.pdf
13. Suwantarata N, Apisarnthanarak A. Risks to healthcare workers with emerging diseases: lessons from MERS-CoV, Ebola, SARS, and avian flu. *Curr Opin Infect Dis* 2015, 28:349-61.



Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun İşlevi

Pandemi yönetiminde yasal düzenlemeler salgın kontrolünün hemen her aşamasında kiritik önem taşımaktadır. Mevcut yasal düzenlemelerin gereksinimleri karşılayamaması durumunda ortaya çıkan uyumsuzluk salgının kontrol altına alınmasını da etkilemektedir. Bu nedenle de pandemi hazırlık sürecinin önemli bir bileşeni olan yasal düzenlemeleri gözden geçirmek gereklidir.

2019 yılında güncellenen Ulusal Pandemi Hazırlık Planı'nda "İnfluenza ve Ülkemizde Kamu Sağlığı Mevzuatı" adı altında "gerektiği takdirde başvurulacak" mevzuat şunlardır:

1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası
2. 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
3. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
4. 1 Numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi
5. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği
6. Uluslararası Giriş Noktalarında Uygulanacak Çevre Sağlığı İşlemlerine Dair Yönetmelik
7. Bazı Genelgeler

Ulusal düzeyde influenza hazırlık planının yayımlanmasından aylar sonra başlayan COVID-19 pandemisi gerek salgının kontrolü için alınan önlemlerin yasal dayanakları gerekse de bu önlemlerin uygulanması açısından tartışma konusu olmuştur. Özellikle sokağa çıkma kısıtlamaları bu tartışmalar arasında ilk sıralarda yer almıştır.

Ülkemizde bulaşıcı hastalıklar ve çevre sağlığı mevzuatının ana düzenlemesi 24.04.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur. Bu Kanun bulaşıcı hastalık durumunda alınacak kamu sağlığı önlemlerinin ana dayanağıdır. On beş bölümden oluşan Kanun'un ikinci bölümü bulaşıcı hastalıklar ve salgınla mücadele ile ilgili düzenlemeleri içermektedir. Bu bölümde uluslararası bulaşıcı hastalık risklerine karşı yapılacaklar, sınır kontrolleri ve düzenlemeler, ülke içindeki bulaşıcı hastalık ve salgın



COVID-19 pandemisinde dünya aşı eşitliği bağlamında feci bir ahlaki başarısızlığın eşiğindedir ve bu başarısızlığın bedeli dünyanın en yoksul ülkelerinde geçim kaynakları ve hayatlar ile ödenecek.

*Dr. Tedros Adhanom
Ghebreyesus*

durumunda alınacak önlemler, hastalık bildirimleri, aşılama ile ilgili düzenlemeler vb konulara yer verilmiştir.

COVID-19 pandemisi sürecinde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun düzenlemelerde neredeyse tek temel dayanak olduğu görüldü. Pandemide özellikle il bazında alınacak önlemlerle ilgili olarak da yine Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda yer alan "İl ve İlçe Hıfzıssıhha Meclisleri" yerel düzeyde yürütülecek salgın kontrolü faaliyetlerinde önemli bir işlev gördü.

Özellikle pandeminin erken döneminde "İl Pandemi Kurulları" anılarak "gerekeni yapıyoruz" ve "İl Pandemi Kurulları bu işi çözecek" biçiminde kamuoyuna yansıtılan bir tablo gözlenmiş olsa da İl Pandemi Kurulu olarak adlandırılan Kurul'un ne Pandemi Hazırlık Planı'nda ne de mevzuatta tam olarak karşılığının olmadığı görüldü. Pandemi Hazırlık Planı'nda Vali/Vali Yardımcısı başkanlığında kurulan bir "İl Koordinasyon Kurulu" bulunmakta ve bu Kurul'un görevi de pandeminin ildeki yönetimini içerecek bir çerçevede tanımlanmaktadır. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nde 2019 yılında yapılan bir değişiklik ile olağan zamanlar için bir "İl bulaşıcı hastalık danışma komisyonu" oluşturulması öngörülmüştür (1, 2).

Dolayısıyla "İl Pandemi Kurulları" salgının başında öne çıkarılmış olsa da bu kurulların kararlarının tavsiye niteliğinde olması nedeniyle doğrudan uygulamaya geçirilememiş olması durumu güçleştirdi ve bu kararların "İl ve İlçe Hıfzıssıhha Meclisleri" kararına dönüştürülerek bağlayıcı hale getirilmesi gerektiğinden bir süre sonra İl Pandemi Kurullarının adı anılmaz oldu. "Pandemide artık yerinden yönetime geçiyoruz, iller kendi kararlarını alacak" söylemine karşın pratikteki uygulama merkezden gelen kararların ilde aynen uygulanması biçiminde gerçekleşti ve salgının il düzeyindeki epidemiyolojik verilerinin değerlendirilerek ile özel müdahaleler geliştirilmesi hemen hiç gözlenmedi.

Pandemide mevzuatın tartışma oluşturduğu önemli bir başlık da sokağa çıkma kısıtlamaları konusunda oldu. Bu konuda Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) 2020 Temmuz ayında yayımladığı "COVID-19 KÜRESEL SALGINI: Hukuki Değişim ve Etkileşimler Raporu" başlıklı çalışmada konuyu kapsamlı olarak ele aldı (3). Söz konusu Rapor'da konu ile ilgili aşağıdaki tespitlere yer verildi:

1. Rapor'da "COVID-19 Salgını Dolayısıyla Kişi Hak ve Hürriyetlerine Sınırlama Getirilmesi Sorunu" başlığında pandemide alınan önlemler kişi hak ve hürriyetleri ekseninde incelendi, bu kapsamda da Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ilgili maddeleri ele alındı. Bu noktada Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun yürürlüğe girdiği dönemdeki hastalıkları ele almakla birlikte 64. maddesi gereği yeni tehditleri de kapsadığı belirtildi. Söz konusu Kanun hükümlerine göre bulaşıcı hastalık görülmesi durumunda hasta olanlara ya da maruz kalanlara bazı sınırlamaların getirilebileceği ancak "tehlikeli salgın hastalık sebebiyle olağanüstü hal ilan edilmediği sürece kişilerin seyahat hürriyetine sınırlandırma getirmenin ne anayasal ne de kanuni dayanağı" bulunmadığı belirtildi.
2. Ayrıca Rapor'da "Umumi hıfzıssıhha meclisleri"ne verilen tedbir yetkisinin, hasta olmayanların seyahat ve çalışma özgürlüklerini kısıtlamasını kapsamadığı vurgulandı.
3. Rapor'da Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamında hastalığın bulaştığı tespit edilen genel alanların tehlikeye geçinceye kadar kapatılması olanaklı iken, bu genel alanların kapsamının net olmadığı ve salgın durumunda hastalığın görülmediği alanların (işyerlerinin, eğitim öğretim kurumlarının vb) faaliyetlerinin durdurulmasının Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile yapılamayacağına altı çizildi.

Görüldüğü gibi pandemi döneminde sürece müdahale ve alınan önlemlerin yasal dayanakları ile ilgili tartışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde bulaşıcı hastalıklar açısından en temel düzenleme olan UHK pandemi önlemlerini temel dayanağı olarak kullanılmış olsa da pandemi sürecinin gerektirdikleri değişiklikler açısından gözden geçirilmemiş hatta bu süreç göz ardı edilmiştir. Oysa ihtiyaç duyulduğunda UHK güncel değişikliklerle güncellenebilmektedir. Bu duruma örnek olarak 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan UHK değişiklikleri örnek olarak verilebilir. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile farklı maddelerde değişiklikler yapılmıştır. Bunlar arasında portör muayeneleri olarak bilinen muayenelerin kaldırılarak "Gıda üretim ve satış yerleri ve toplu tüketim

yerleri ile insan bedenine temasın söz konusu olduğu temizlik hizmetlerine yönelik işyerlerinde "hijyen belgesi" alınmasının zorunlu kılınması gibi değişiklikler de yer almaktadır.

İhtiyaç duyulduğunda değiştirilen UHK pandemi döneminde gündeme alınmamıştır. Gelecekteki pandemilere hazırlanmak açısından bu pandemiden alınan dersler göz önüne alınarak ilgili düzenlemeler kanunda yapılmalı, hatta ayrı bir yasal düzenleme ile salgın durumlarında alınacak önlemler, karantina, izolasyon ve kısıtlama önlemlerinin kapsamını içeren bir çerçeveye oluşturulmalıdır.



Kaynaklar

1. Ulusal Pandemi Hazırlık Planı https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
2. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği Mevzuat Bilgi Sistemi www.mevzuat.gov.tr
3. TÜBA. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) COVID-19 KÜRESEL SALGINI: Hukuki Değişim ve Etkileşimler Raporu <https://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/salg%C4%B1n%20hukuk/T%C3%9CBA%20Hukuk%20Raporu.pdf>

EKLER

EK-1: Önlemleri Almak Zamanı, 10 Ocak 2022, CHP COVID-19 Danışma Kurulu Basın Açıklaması

EK-2: Türkiye'nin 21 İlinde Bulaşıcı Hastalık Ölümleri Raporu, 1 Mart 2022, CHP Genel Merkezi Raporu

**EK-1: Önlemleri Almak Zamanı, 10 Ocak 2022,
CHP COVID-19 Danışma Kurulu Basın Açıklaması**

“Önlemleri Almak Zamanı”

Cumhuriyet Halk Partisi COVID-19 Danışma Kurulu olarak ülkemize ve insanlığa acil bir çağrımız var. Gün salgına müdahil olma günüdür. Gün pandemiyi ciddiye alma zamanıdır. Göz ardı edilecek her detay daha çok hastalık ve ölüm anlamına gelecektir. Alınmayacak her tedbir, önlemleri almayanları sorumlu kılacaktır.

Çünkü Omikron adı ile anılmakta olan yeni endişe verici SARS-CoV-2 varyantı, ülkemiz dahil pek çok ülkede büyük bir hızla yayılmaktadır. Endişe verici varyantlardan beşincisi olan Omikronun, Delta varyantından 2.7-3.7 kat daha bulaşıcı olduğu gösterilmiştir. Omikron varyantı hastalığı daha önce geçirmiş kişilerde de tekrar hastalığa yol açabilmektedir. Bu nedenle aşıları eksik olan herkes yeniden hastalığa açık hale gelmiştir. Hal böyleyken varyantı önemsememek, varyantın yayılımını azaltacak tedbirleri hayata geçirmemek ihmalden öte bir sorumsuzluktur.

Bilimsel araştırmaların ilk verileri Omikron'un neden olduğu hastalığın daha hafif seyirli olduğuna işaret etmekle birlikte, çok sayıda kişinin aynı anda hastalanması ve başta sağlık çalışanları olmak üzere kritik meslek gruplarının hastalık nedeniyle görevden uzak kalması nedeniyle hastalığın toplumdaki yükü çok fazla olabilir. Hiçbir siyasi iktidar, bu karşılanamaz yük ile toplumunu karşı karşıya bırakmamalıdır.

COVID-19 salgınının sadece aşılama ile kontrol altına alınamayacağı; etkili aşılarla ek olarak fiziksel mesafe kurallarına uyulması, kalabalıkların azaltılması, kapalı ortamlarda uygun havalandırmanın sağlanması ve varyantın bulaşmasını azaltacak etkinlikteki maskelerin kullanımının gerekli olduğu bilimsel araştırmalarla kanıtlanmıştır. Başka bir ifadeyle, Omicron varyantının yaratacağı sorunları azaltmak yalnızca kişilerin alacağı “Maske, Mesafe, Temizlik” tedbirlerine indirgenemez. Aksine kişisel ve kamusal tedbirler birlikte ele alınmalı ve yurttaşlar pandeminin karşısında savunmasız kendi kaderlerine terk edilmemelidir.



*Sağlıklı olmak,
hayat kavgasında başarının
birinci şartıdır.*

Ahmed Midhat Efendi

Omikron varyantının ülkemizde görülen olgular içindeki oranı tam olarak açıklanmamış olmasına karşın artmaya başladığı gözlenmektedir. Sağlık çalışanlarının ve sağlık sisteminin tükenmemesi ve sağlık kuruluşlarındaki tıkanmaya bağlı olarak ölüm gözlenmemesi için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere tüm kurum/kuruluşların ve toplumun hazırlıklı olmaları sağlanmalıdır.

Üzülerek ifade etmek gerekir ki; yaklaşık iki yıllık salgın sürecinde, ülkemizde, COVID-19 hastalığının tanı, tedavi ve önlenmesine ilişkin olarak eksik, hatalı ve bilimsel olmayan uygulamalarla karşılaşmıştır. Hastalığın giderek yaygınlaştığı bu dönemde salgının ve her bir olgunun bilimsel bilgiler ışığında yönetilmesi çok önemlidir. CHP COVID-19 Danışma Kurulu olarak sağlığı, yaşamı ve bilimi temel alan önlemler paketini bu vesile ile yeniden hatırlatmak istiyoruz.



COVID-19 Salgın Yönetimi: Yapılması gerekenler

Salgın Yönetimi:

- Ülkemizde görülen olguların ve kaybedilen kişilerin dağılımı bilimsel epidemiyolojik ölçütlere uygun olarak yaş, cinsiyet, coğrafi yerleşim, meslek ve eşlik eden hastalıklar gibi özellikler dikkate alınarak kamuoyu ve bilimsel camiaya açıklanmalıdır.
- Aşılama oranları, kullanılan aşı dozu ve çeşitlilikleri, yaş grupları ve cinsiyete göre toplumla paylaşılmalıdır.
- "Tam aşı" tanımı bilimsel ölçütlere uygun olarak yapılmalı ve gerçek tam aşı oranı kamuoyuyla paylaşılmalıdır.
- Temaslı takibini de içeren filyasyon çalışmaları bilimsel ölçütlere uygun şekilde yürütülmeli ve salgın hızlı testlerin de kullanıma alınmasıyla yurttaşın yaşadığı evde, çalıştığı işyerinde, birinci basamak desteğiyle karşılanmalıdır.
- Salgın yönetimi basamaklandırılmış sağlık hizmeti ilkesi doğrultusunda yeniden planlanmalıdır.
- Yurttaşların PCR, hızlı ve tükürük testleri dahil olmak üzere tüm tarama ve tanı testleri ile monoklonal antikor ve yeni jenerasyon ilaçlara erişimi ücretsiz olarak kamu güvencesinde sağlanmalıdır.
- Salgınla ilgili Sağlık Bakanlığı dökümanları, sağlık çalışanlarına rehberlik etmek üzere güncel bilgiler ve gelişmeler ışığında güncellenmelidir.
- Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulu aldığı her kararın gerekçesini topluma açıklamalıdır.
- Merkezi yönetim hiçbir ayırım gözetmeden yerel yönetimleri pandemi mücadelesine dahil etmeli, karar ve uygulamaların ortaklaşması sağlanmalıdır.

Korunma:

Farmakolojik Olmayan Önlemler

- Başta sağlık kuruluşları olmak üzere tüm kamusal mekanlar ve kalabalık nüfusa sahip işyerleri COVID-19 açısından güvenli ve sağlıklı mekanlar haline getirilmelidir. Gereken kurumlarda ultraviyole ve filtre uygulaması hayata geçirilmelidir. Okulların havalandırılması karbondioksit monitörizasyonu ile etkin biçimde izlenmelidir.
- Omikron varyantının bulaşma yolları ve bulaşma hızı dikkate alınarak, kapalı ortamlarda etkin havalandırmanın sağlanması ve bu durumun izlenmesi ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hastalığın bulaşmasını azaltmak üzere alınan kişisel önlemlerin başında gelen maskelerin standartlara uygun olup olmadığı ilgili kurumlarca denetlenmelidir. Gerek basit (cerrahi) maskeler gerekse N95 veya FFP2/3 türü respiratörlerin ulusal ve uluslararası standartlara uygun olması sağlanmalıdır.
- Başta sağlık kuruluşları olmak üzere işyerlerinde çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili önlemler alınmalı ve izlenmelidir. Sağlık çalışanlarının tümünün kapalı ortamlarda N95 veya FFP2/3 türü maske kullanması sağlanmalı, sağlık kurumları çalışanlarına bu tür maskeleri işveren sorumluluğu kapsamında ücretsiz olarak karşılamalıdır.
- Maske ve respiratörler, belirli durumlarda değiştirilmesi gereken koruyucu malzemeler olup artan fiyatlar nedeniyle temin edilmeleri ve uygun kullanımları giderek güçleşmektedir. Maskelerin ve respiratörlerin, toplumdaki her bir birey ve sağlık çalışanları için uygun koşullarda temin edilmesi sağlanmalıdır.
- Okullar, bakım kurumları, cezaevleri, kışlalar gibi kalabalık ortamlardaki kişilere yönelik test kapasitesinin -hızlı antijen testlerinin de sürece dahil edilmesiyle- artırılarak olguların zamanında tanımlanması ve önlemlerin zaman geçirmeden alınması sağlanmalıdır.

Aşılama

- COVID-19 tanısı alanlar için izolasyon, temaslılar için karantina süreleri ülkemizin verilerine göre ve bilimsel ölçütler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.
 - Alışveriş merkezleri gibi kapalı ve kalabalık ortamlara girecek kişilerden son 48 saat içinde yapılmış negatif test sonucu istenmelidir. Hızlı testler mekan girişlerinde uygulanabilmelidir.
 - Toplu ulaşım yoğunluğunun azaltılması için esnek mesai uygulamasına geçilmeli, pik dönemlerinde evden çalışma koşulları sağlanmalı, toplu ulaşım seferleri azami düzeyde arttırılmalıdır.
- Ülkemizde henüz hiç aşı olmamış milyonlarca yurttaşımızın olduğu göz önünde bulundurularak, öncelikle aşı tereddüdü yaşayan kişileri hedefleyen etkili aşı kampanyaları düzenlenmelidir. Kimi ülkelerde gerçekleştiği gibi düzenlenecek aşı kampanyalarında hedef gruba özgü sosyal, ekonomik ve kültürel motive edici uygulamalar hayata geçirilmeli, yerel inisiyatiflerden destek alınmalıdır. Söz konusu kampanyalar hedef gruplara özgü olarak kişi merkezli, çok dilli ve çok kültürlü bir yapıda olmalıdır.
 - Çok geç kalınmış bir uygulama olarak 5-11 yaş grubunun aşılması sağlanmalı ve bu çerçevede mRNA aşısının uygun doz verisiyonu ülkemize kazandırılmalıdır.
 - Omikron varyantına karşı inaktif aşuların etkinliğinin düşük olduğunu gösteren bilimsel yayınların sayısı giderek artmaktadır. Ülkemizde de kullanılmakta olan inaktif virüs aşısı Sinovac-Coronavac aşısına ilişkin olarak da omikron varyantına karşı düşük etkinlik gösterdiğine ilişkin farklı ülkelerden yayımlanmış veriler mevcuttur. Bu durumda özellikle risk grubu içerisinde yer alan kişilere inaktif aşular yerine omikrona karşı çok daha etkili olduğu kanıtlanmış olan mRNA aşuları (ülkemizde Pfizer-Biontech şirketinin ürettiği Comirnaty) uygulanmalıdır.

- Ülkemizde geliştirilmiş olması memnuniyet verici olan Turkovac aşısına ilişkin faz 1, 2, 3 çalışmalarının verileri en kısa sürede bilim insanları ve toplumla paylaşılmalıdır. Turkovac aşısının kitlesel uygulamasına aşının güvenli ve etkili olduğuna ilişkin bilimsel kanıtlar yayımlandıktan sonra geçilmeli, en kısa sürede aşının omicron varyantına olan etkisi ortaya konulmalıdır. Bir ihtiyati tedbir olarak bu sonuçlar alınana kadar mRNA aşılmasına ağırlık imelidir.

Tanı Aşaması

- Olguların hızla artmakta olduğu bu dönemde tanı kapasitesinin yetersiz kalmaması için malzeme ve iş gücü açısından gerekli önlemler alınmalıdır. Şu anda yetkili laboratuvarların %57'si özel %43'ü kamu kurumlarında bulunmaktadır. Yetkili kamu laboratuvar sayısı hızla arttırılmalı ve test olanaklarına erişim kolaylaştırılmalıdır.
- Omikron varyantının rutin olarak taranmasına yönelik PCR testleri yaygınlaştırılmalı ve tüm laboratuvarlar için temin edilebilir kılınmalıdır.
- Hızlı antijen ve tükürük testlerinin tanı ve tarama amacıyla rutin kullanıma girmesi ve bu testlerin evlerde ücretsiz olarak kullanımını sağlanmalıdır.
- Sekanslama ve benzeri yöntemlerle olası yeni varyantların ortaya çıkışı izlenmeli ve gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bu amaçla özellikle üniversitelerin katılımıyla genomik analiz platformu oluşturulmalıdır.
- Hastanelerin hizmet ve alan kapasitesini aşan test ortamları değiştirilmeli, yurttaşların güvenle ve çok sıra beklemeden başvurabilecekleri test mekanları hastane dışı ortamlarda yaratılmalıdır.

Dr. Ali Şeker:
“Halkın Gerçek
Verileri Bilme
Hakkı Engelleniyor”



Tedavi Aşaması

- COVID-19 hastalığının seyri ve klinik belirti/bulguları konusunda toplum şeffaf bir şekilde bilgilendirilmelidir.
- Toplum tabanlı algoritma yaklaşımı hazırlanmalı ve yurttaşlara duyurulmalıdır. Olguların büyük çoğunluğunun hastalığı evde dinlenerek geçirebileceği, ateş düşürücü dışında herhangi bir ilaca gerek olmadığı ancak nefes darlığı, solunum sıkıntısı gibi belirtiler olduğunda mutlaka sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği topluma anlatılmalıdır.
- COVID-19 tanısı alan kişilere telefon edilerek Favipiravir ilacı kastedilerek “ilaç istiyor musunuz?” sorusunun yöneltmesine son verilmeli, yurttaşlar uzman olmadıkları konuda sorumlu olmaya zorlanmamalı ve aksi bilimsel bilgi oluşmadığı sürece Favipiravir kullanımına tümüyle son verilmelidir.
- Yakın geçmişte “Remdesivir” örneğinde yaşandığı gibi bugün itibarıyla “Molnupiravir” isimli ilacın ücret karşılığında yasa dışı/kaçak yollardan temin edildiği bilinmektedir. İvedilikle bu durum etkin müdahale ile önlenmelidir.

- COVID-19 tedavisinde etkili olduğu bilimsel araştırmalarla gösterilmiş ve gösterilecek olan her tedavi endikasyon dahilinde gerekli hastalar için ücretsiz olarak temin edilmelidir. Bu bağlamda ivedilikle COVID-19 tedavisinde riskli gruplarda kullanılmak üzere geliştirilen ve dünyada kullanıma giren “yeni” ilaçlar (monoklonal antikolar, Paxlovid) ülkemizde de riskli gruplarda kullanılmak üzere ücretsiz olarak temin edilmelidir.

Cumhuriyet Halk Partisi COVID-19 Danışma Kurulu olarak, bilimsel araştırmaların COVID-19 salgınının olabilecek en az hasar ve yıkımla atlatılmasında gelir başta olmak üzere toplumdaki eşitlik halinin belirleyici olduğunu gösterdiğini biliyoruz. Tüm dünyada ülkelerin pandemi karnesi, aslında onların eşitlikçi ve özgürlükçü yapısı ile doğrudan ilişkili olarak şekillenmektedir. Bu nedenle pandemiye karşı yürütülecek politikanın tıbbi alanla sınırlanmayıp, ülkenin eşitlik, özgürlük ve demokrasi mücadelesi ile harmanlanması gerektiğini vurgulamayı hayati bir sorumluluk olarak görüyoruz.

CHP COVID-19 Danışma Kurulu

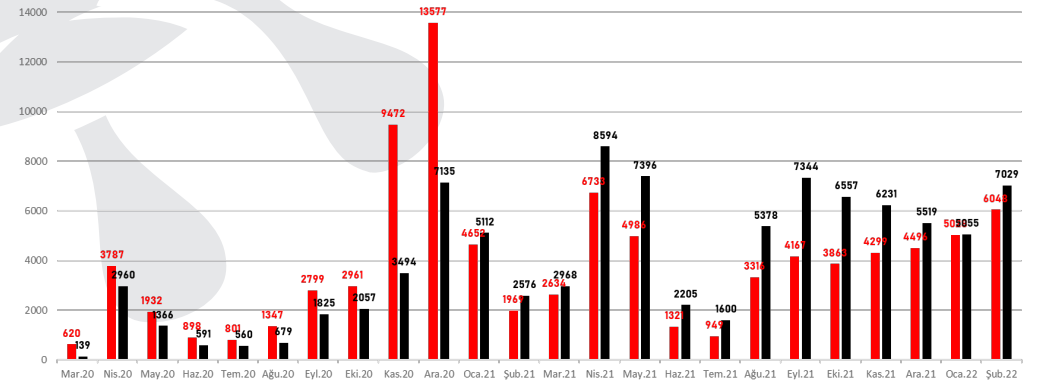


EK-2: Türkiye'nin 21 İlde Bulaşıcı Hastalık Ölümleri Raporu**TÜRKİYE'NİN 21 İLİNDE BULAŞICI HASTALIK ÖLÜMLERİ**

Pandeminin başlamasından sonra CHP'nin yerelde iktidar olduğu 21 ilde bulaşıcı hastalık ölüm sayıları ilki 2020 yılının sonunda olmak üzere, CHP Genel Merkezi tarafından raporlanmakta ve kamuoyuna sunulmaktadır. Bu raporda, 2021 yılında toplam belediye nüfusu 39.720.917 olan ve ülkemiz nüfusunun %46,9'unu temsil eden 11 Büyükşehir ve 10 il belediye-mizde 1 Mart 2020 – 28 Şubat 2022 tarihleri arasında bulaşıcı hastalık nedeniyle ölen yurttaşlarımızın sayısı ve iller ile İstanbul'daki ilçelerin bulaşıcı hastalık ölüm hızları değerlendirilmektedir.

Söz konusu 21 ilde Belediyelerimizin kayıtlarına göre 1 Mart 2020 – 28 Şubat 2022 tarihleri arasında bulaşıcı hastalık sebebiyle vefat eden yurttaşlarımızın toplam sayısı 92.655 kişidir. Sağlık Bakanlığı tarafından aynı tarih itibarıyla ölüm nedeni COVID-19 olarak bildirilenlerin sayısı ise yurt çapında toplam olarak 94.370 kişidir. 21 ilde ve Sağlık Bakanlığı'na göre Türkiye'de COVID-19 ve bulaşıcı hastalık ölümlerinin aylara göre dağılımı Şekil 1'de sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yurt çapında açıklanan COVID-19 ölüm sayısı, 2020 yılında bütün aylar boyunca CHP Genel Merkezi tarafından toplanan bulaşıcı hastalık ölüm sayılarından daha düşüktür (Şekil 1). CHP Genel Merkezi'nin 2020 yılına ait ilk raporu açıklamasının ardından Sağlık Bakanlığı'nın bildirimlerinde görece bir artış olmakla birlikte halen Bakanlığın bildirdiği ölüm sayılarının eksik olduğuna ilişkin tartışma sürmektedir.



ŞEKİL 1. Türkiye'de COVID-19 ve Bulaşıcı Hastalık Ölümlerinin Dağılımı (Mart 2020 - Şubat 2022)



Hükümdarlar gelip geçer ama dünyanın her zaman hekimlere ihtiyacı vardır.

Noah Gordan



Gamze Akkuş İlgezdi

@gamzeilgezdi

BAKANLIK YALAN SÖYLÜYOR

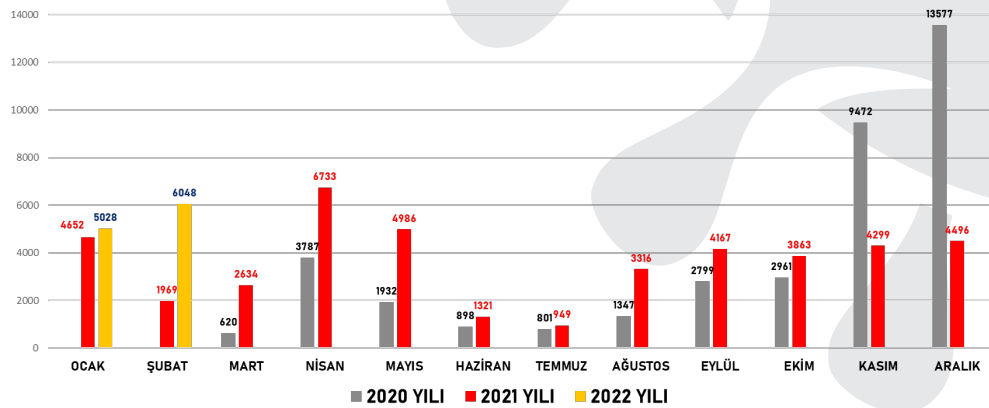
CHP Genel Başkan Yardımcısı Gamze Akkuş İlgezdi hazırladığı “**21 İlde Bulaşıcı Hastalık Ölümleri Raporu**” ile ölüm verileri arasındaki büyük çelişkiyi ortaya koydu.



Bakanlık yalan söylüyor. 31 Ocak 2022 tarihi itibarıyla Türkiye’de COVID-19 ölümlerinin Sağlık Bakanlığı’nın bildiriminden yaklaşık **2,1 kat daha fazla** olarak **en az 184 bin 636 kişi** olabileceği hesaplanıyor.

Aradaki farkın, gizlenen Covid ölümleri olduğu açık.

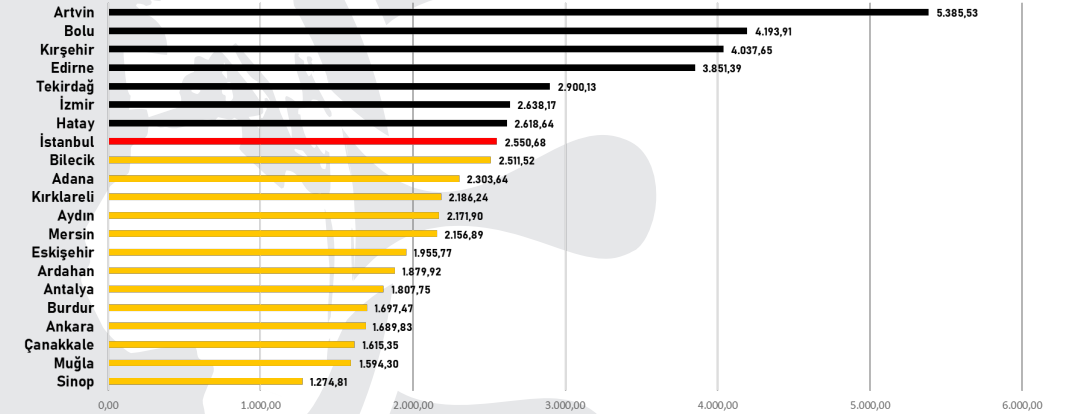
Türkiye’nin geri kalan 60 ilindeki COVID-19 ölüm eğiliminin bu raporda yer alan 21 ilin ölüm hızıyla eşdeğer olabileceği varsayılırsa; 28 Şubat 2022 tarihi itibarıyla Türkiye’de COVID-19 ölümlerinin Sağlık Bakanlığı’nın bildiriminden yaklaşık 2,1 kat daha fazla olarak 197.529 kişi olabileceği tahmin edilmektedir. Buna ek olarak, COVID-19 olası ve/veya kuşkulu ölümü olduğu halde belediyelere ulaşan ölüm belgelerinde COVID-19 ve/veya bulaşıcı hastalık yazılmayan ölümlerin varlığı, ülkemizdeki COVID-19 ölüm sayısının daha fazla olma olasılığının araştırılmasını gerektirmektedir.



ŞEKİL 2. 21 İlde Aylara Göre Bulaşıcı Hastalık Ölüm Sayıları

21 ilde kayıtlara geçen bulaşıcı ölüm sayıları aylara göre karşılaştırıldığında 2021 yılında Kasım ve Aralık dışındaki sekiz ayda ölüm sayısının 2020’ye göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (Şekil 2). 2022 yılının ilk iki ayında özellikle Şubat’ta 2021’e göre ölüm sayısının artmış olması da dikkat çekicidir.

21 ilde bulaşıcı hastalık ölüm hızı¹ 28 Şubat 2022 tarihi itibarıyla milyon kişide 1.275 - 5.386 arasında değişmektedir (Şekil 3). Sağlık Bakanı tarafından Türkiye’nin Wuhan’ı olarak adlandırılan İstanbul’da bulaşıcı hastalık ölüm hızı milyonda 2.551’dir ve yedi ilin (Artvin, Bolu, Kırşehir, Edirne, Tekirdağ, İzmir ve Hatay) bulaşıcı hastalık ölüm hızı İstanbul’dan daha yüksektir.



ŞEKİL 3. 21 İlde Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızı (28.02.2022, milyon kişide)

21 ilin yanı sıra en büyük il olan İstanbul’da, ilçelere ilişkin bulaşıcı hastalık ölümleri de değerlendirilmiştir. İstanbul’da Mart 2020 - Aralık 2021 tarihleri arasında bulaşıcı hastalık ölüm hızı ilçelere göre milyon kişide 1.089 - 3.411 arasında değişmektedir (Tablo 1). İstanbul’un ilçelerinde 31 Aralık 2021 tarihi itibarıyla cinsiyete göre ve toplam olarak milyon kişide bulaşıcı hastalık ölüm hızları Şekil 4-6’da sunulmaktadır.

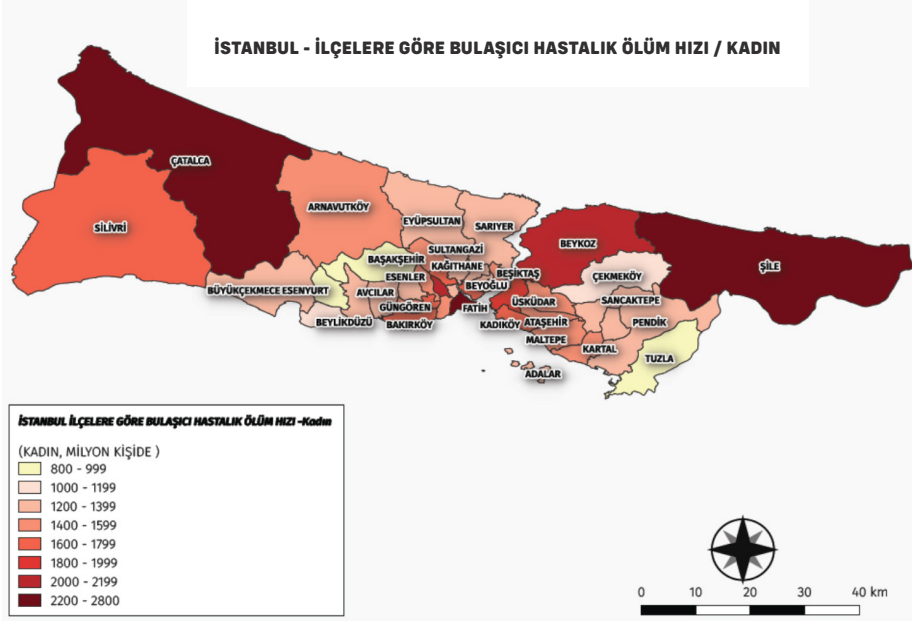
¹ Bulaşıcı hastalık ölüm hızı, söz konusu tarih itibarıyla bulaşıcı hastalık nedeniyle yaşamını yitiren toplam kişi sayısının ilin 2021 yılı nüfusuna bölünmesi ve katsayı ile (Bir milyon) çarpılması yoluyla hesaplanmıştır.

İstanbul'da en yüksek bulaşıcı hastalık ölüm hızı Şile, Fatih ve Çatalca'da, en düşük bulaşıcı hastalık ölüm hızı ise Esenyurt, Tuzla ve Başakşehir'de hesaplanmıştır. Ancak bu hızlar ilçelerin demografik yapısından etkilenileceği için, ilçelerdeki bulaşıcı hastalık ölümlerini tek başına bulaşıcı hastalık ölüm hızları ile değil, yaşa göre standardize ölüm hızları, risk gruplarına göre dağılımlar ve tüm ölümler içerisindeki bulaşıcı hastalık ölüm oranları gibi diğer göstergelerle birlikte değerlendirmek gerekir.

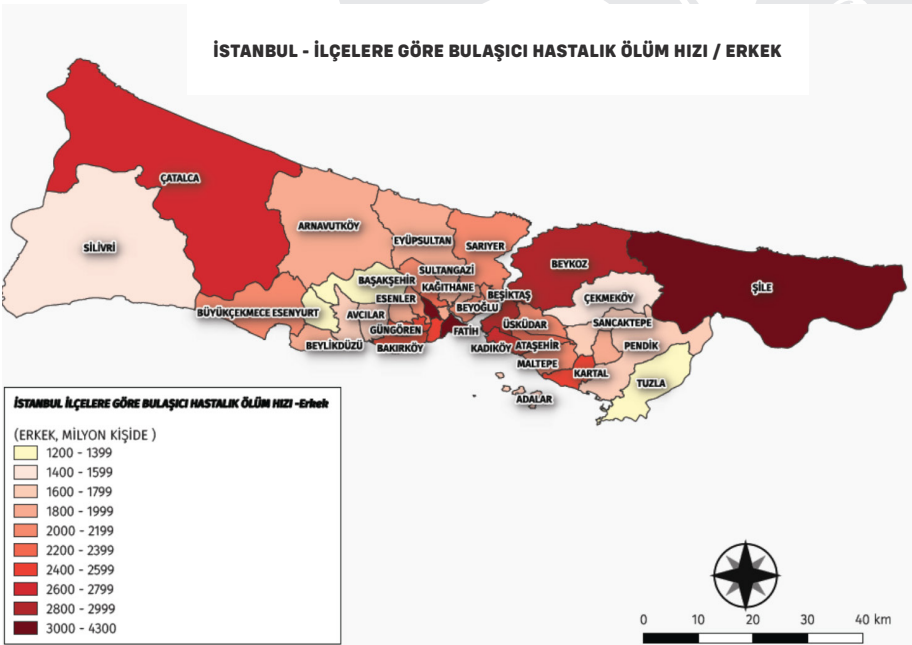


İlçe	Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızı (Erkek, Milyon Kişide)	Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızı (Kadın, Milyon Kişide)	Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızı (Kadın-Erkek, Milyon Kişide)
Şile	4.267,56	2.491,40	3.411,25
Fatih	3.288,11	2.578,14	2.932,19
Çatalca	2.765,97	2.723,47	2.745,27
Beykoz	2.927,04	2.173,50	2.546,31
Bayrampaşa	3.047,79	2.015,79	2.535,62
Üsküdar	2.850,73	1.956,56	2.390,58
Kadıköy	2.679,95	1.793,14	2.192,76
Güngören	2.470,10	1.765,16	2.123,05
Bakırköy	2.486,35	1.710,63	2.072,05
Bahçelievler	2.520,69	1.576,32	2.053,53
Gaziosmanpaşa	2.358,77	1.739,24	2.050,31
Kartal	2.466,94	1.551,71	2.003,17
Zeytinburnu	2.417,92	1.548,38	1.984,08
BeYOğlu	2.197,24	1.678,88	1.945,81
Ataşehir	2.357,97	1.474,40	1.907,70
Maltepe	2.189,12	1.475,83	1.832,31
Ümraniye	2.113,46	1.535,62	1.824,54
Esenler	2.078,11	1.520,04	1.807,14
Sultangazi	2.017,28	1.501,25	1.764,88
Beşiktaş	2.176,65	1.410,03	1.760,39
Şişli	2.121,04	1.393,44	1.748,19
Arnavutköy	1.825,09	1.478,71	1.656,93
Sarıyer	2.025,09	1.292,79	1.654,44
Büyükçekmece	2.103,46	1.212,83	1.653,29
Kağıthane	1.931,02	1.350,28	1.643,38
Sultanbeyli	1.900,13	1.372,03	1.642,42
Eyüpsultan	1.906,55	1.318,27	1.612,52
Bağcılar	1.864,72	1.343,24	1.608,11
Silivri	1.475,03	1.637,68	1.545,35
Küçükçekmece	1.775,54	1.221,06	1.498,89
Avcılar	1.699,79	1.259,04	1.480,41
Beylikdüzü	1.858,87	1.091,55	1.466,89
Adalar	1.662,91	1.257,39	1.465,92
Pendik	1.694,21	1.217,69	1.458,43
Sancaktepe	1.635,93	1.207,14	1.424,15
Çekmeköy	1.564,79	1.194,78	1.379,14
Esenyurt	1.383,25	984,27	1.188,76
Tuzla	1.328,67	977,12	1.156,65
Başakşehir	1.293,87	882,19	1.088,94

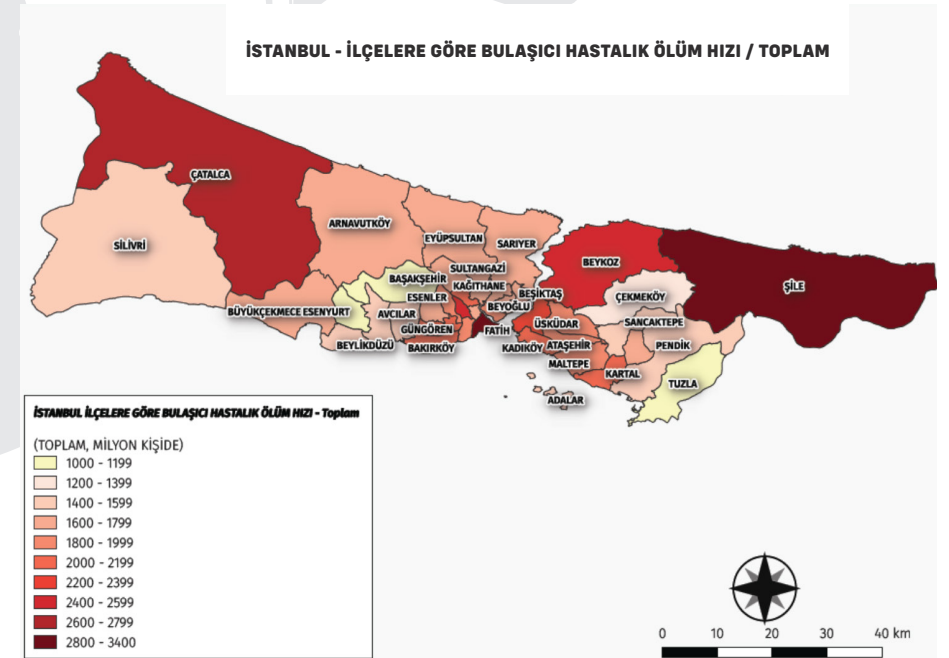
TABLO 1. İstanbul İlçelerinde Cinsiyete Göre Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızı (Mart 2020-Aralık 2021, milyon kişide)



ŞEKİL 4. İstanbul'un ilçelerinde Kadınlarda Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızları
(31 Aralık 2021, milyon kişiye)



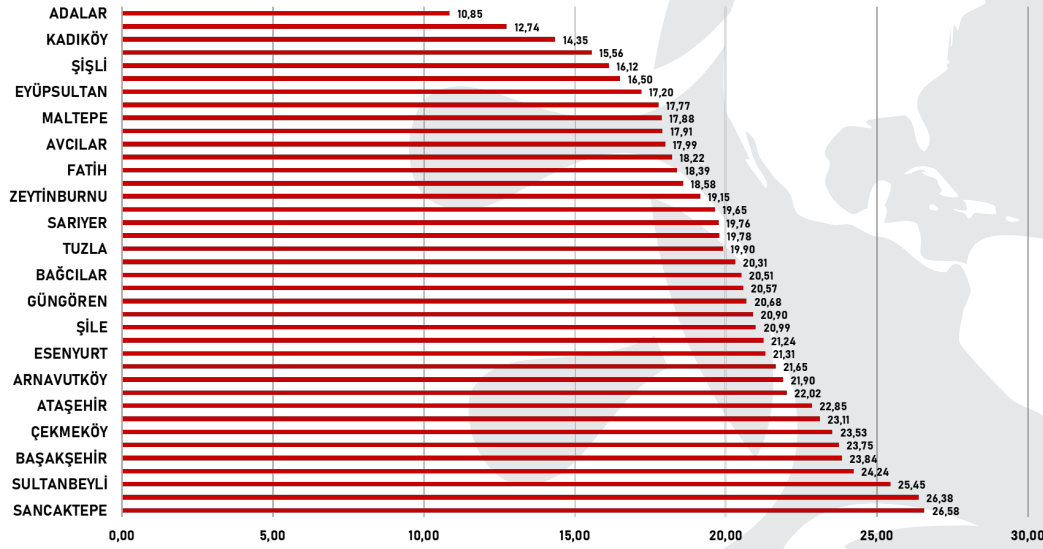
ŞEKİL 5. İstanbul'un ilçelerinde Erkeklerde Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızları
(31 Aralık 2021, milyon kişiye)



ŞEKİL 6. İstanbul'un ilçelerinde Her İki Cinsiyette Bulaşıcı Hastalık Ölüm Hızları
(31 Aralık 2021, milyon kişiye)

İstanbul'un ilçelerinde 2021 yılında toplam ölümler içerisinde bulaşıcı hastalığa bağlı ölüm oranları %10,85 - 26,58 arasında değişmektedir ve en yüksek ölüm oranları, en yüksek ölüm hızı hesaplanan ilçelerden farklıdır (Şekil 7). En yüksek ölüm oranları Sancaktepe, Sultanbeyli ve Başakşehir'de gözlenirken, en düşük ölüm oranları ise Şişli, Kadıköy ve Adalar'da hesaplanmıştır.

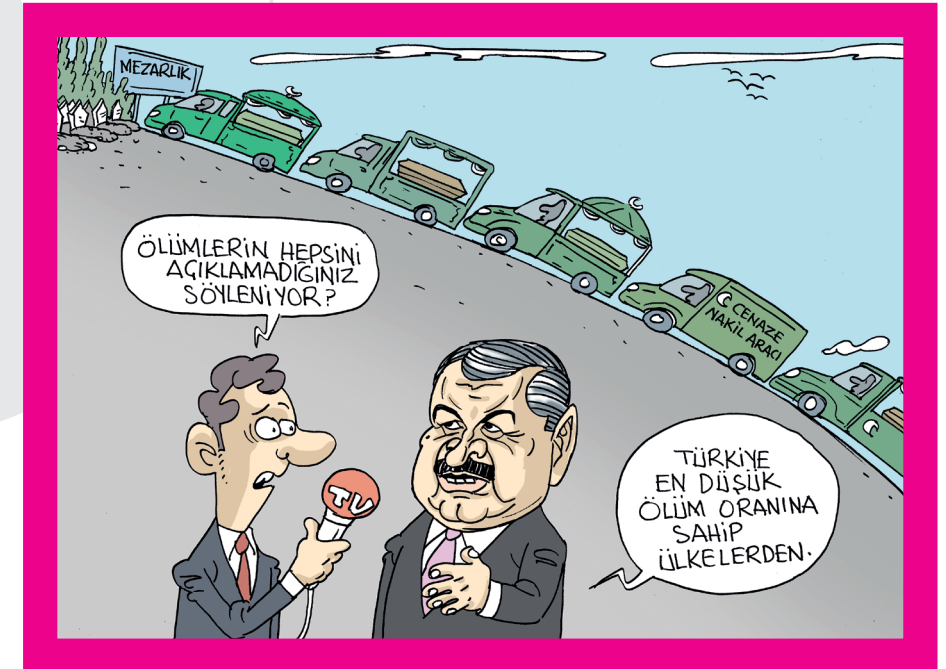
İstanbul'un ilçelerinde 2021 yılında toplam ölümler içerisinde bulaşıcı hastalığa bağlı ölüm oranları ise kadın, erkek ve her iki cinsiyete göre sırasıyla Şekil 8-10'da sunulmaktadır.

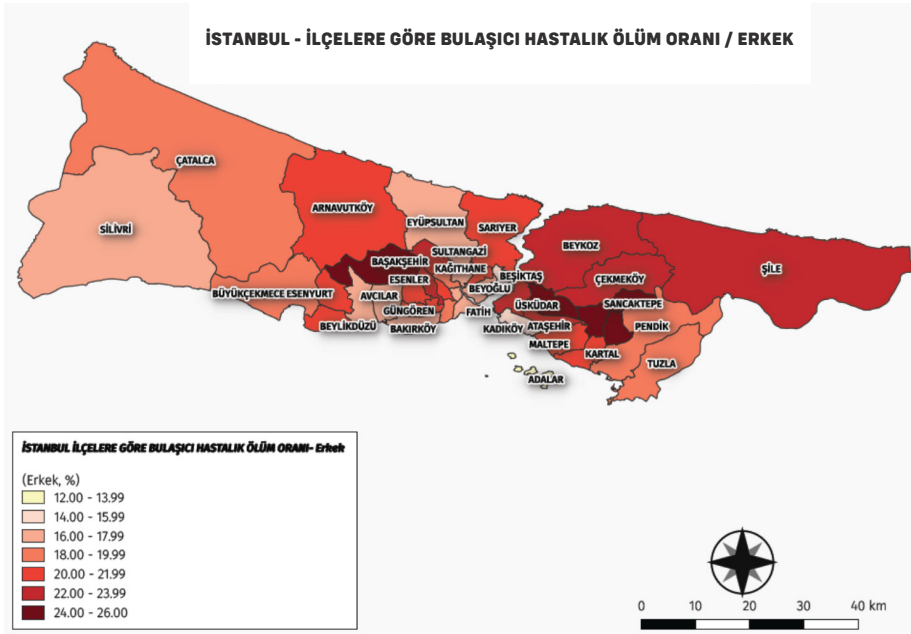


ŞEKİL 7. İstanbul'un ilçelerinde Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm Oranları (2021, %)

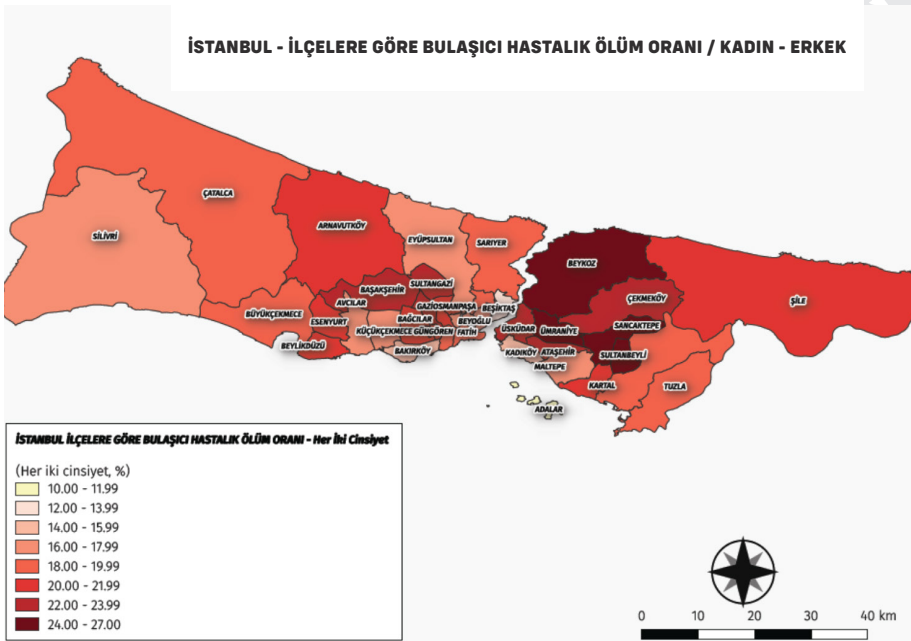


ŞEKİL 8. İstanbul'un ilçelerinde Kadınlarda Bulaşıcı Hastalığa Bağlı Ölüm Oranları (2021, %)





ŞEKİL 9. İstanbul'un ilçelerinde Erkeklerde Bulaçıcı Hastalığa Bağlı Ölüm Oranları (2021, %)



ŞEKİL 9. İstanbul'un ilçelerinde Erkeklerde Bulaçıcı Hastalığa Bağlı Ölüm Oranları (2021, %)

Türkiye 7 Mart 2022 tarihi itibarıyla dünyada doğrulanmış COVID-19 olgu sayısında 8. ve doğrulanmış ölüm sayısında 19. sıradadır.² Doğrulanmış olgu sayılarının da eksik açıklandığı tartışmaları bir yana, COVID-19 nedeniyle ölüm sayıları doğru olarak açıklanmış olsa³, ülkemizin ölüm sayılarına göre pandeminin en çok etkilediği dünyadaki 7. ülke olduğu anlaşılabilecektir⁴ (Şekil 11). Dünyada nüfusa göre 17. sırada olan ülkemizin COVID-19 pandemisinde olgu ve ölüm sayılarında üst sıralarda yer alması, pandemiye karşı güçlü bir yanıtın verilemediğinin en açık göstergeleri arasında yer almaktadır.

All		Europe	North America
#	Country, Other	Total Cases	Total Deaths
COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC			
Last updated: March 08, 2022, 10:07 GMT			
World		447,904,227	6,028,629
1	USA	80,983,323	986,487
2	India	42,971,308	652,418
3	Brazil	29,069,469	515,241
4	France	23,071,822	356,949
5	UK	19,245,114	319,859
6	Russia	17,014,818	211,155
7	Germany	15,951,350	162,147
8	Turkey	14,388,231	197,529
9	Italy	13,049,336	156,017
10	Spain	11,136,425	139,451

ŞEKİL 11. Dünyada COVID-19 Doğrulanmış Ölüm ve Olgu Sayıları Sıralaması (7 Mart 2022)

- 2 WORLDOMETER, COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC, Reported Cases and Deaths by Country or Territory, https://www.worldometers.info/coronavirus/#main_table (Erişim tarihi: 9 Mart 2022).
- 3 Ülkemizin COVID-19 toplam ölüm sayısı, bu belgede daha önce ele alındığı gibi 28 Şubat 2022'de 197.529 olarak tahmin edilmiştir.
- 4 Koca'ya ölüm istatistikleri soruldu: En az iki hatta üç kat olduğunu göreceğiz, 26/11/2021, <https://www.diken.com.tr/koca-tusta-reform-niteliginde-degisiklikler-yapilacak/>

Ülkemizde pandemide iki yıl geride kalırken, Sağlık Bakanlığı halen COVID-19 olgularının ve ölümlerinin il, yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık, meslek ve sosyal sınıflara göre dağılımını açıklayamamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan toplam olgu ve toplam ölüm sayılarının COVID-19 pandemisinin ülkemizdeki gerçek yükünü ortaya koymadığına ilişkin pandeminin başlangıcından bu yana öne sürülen iddialar, her geçen gün ortaya çıkan yeni kanıtlarla desteklenmektedir. En son bütçe görüşmeleri sırasında bizzat Sağlık Bakanı Fahrettin Koca da COVID-19 hastalığı geçirenlerde hastalığın bıraktığı hasarlardan dolayı gelecek üç yıl boyunca mevcut ölümlerin üç-dört katı kadar kayıp beklendiğini açıklamak zorunda kalmıştır. Öte yandan henüz 2020 ve 2021 yılı ölüm sayıları ve ölüm nedenleri TÜİK tarafından açıklanmadığı için ölümlere ilişkin kapsamlı bir değerlendirme yapılamamaktadır. Sağlık Bakanlığı da henüz 2020 yılı sağlık istatistikleri yıllıkını yayınlamamıştır. Sağlık Bakanlığı ülkemizde uygulanan aşuların doz sayılarına, doz aralıklarına, yaş ve cinsiyete göre aşı etkililiği sonuçlarını da maalesef halen açıklayamamıştır. COVID-19 pandemisi ülkemizde iyi yönetilememektedir ve açıkça görüldüğü gibi COVID-19 pandemisinin ülkemizdeki yükü Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı verilerden çok daha ağırdır.





...

*Yaşamayı ciddiye alacaksın,
Yani o derece, öylesine ki,
Mesela, kolların bağlı arkadan, sırtın duvarda,
Yahut kocaman gözlüklerin,
Beyaz gömleğinle bir laboratuvar da
İnsanlar için ölebileceksin,
Hem de yüzünü bile görmediğin insanlar için,
Hem de hiç kimse seni buna zorlamamışken,
Hem de en güzel en gerçek şeyin
Yaşamak olduğunu bildiğin halde.*

Nazım Hikmet



