

[illegible]

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ**  
**COVID-19 İzleme Kurulu**

# **COVID-19 PANDEMİSİ**

## **ALTINCI AY DEĞERLENDİRME RAPORU**

*“COVID-19 Pandemisi İnsani, Tıbbi, Ekolojik, Ekonomik,  
Sosyal ve Siyasal Bir Sorundur”*

**17 Eylül 2020**



**ISBN 978-605-9665-58-2**





“Kaybettiğimiz Tüm Sağlık Çalışanlarına,  
Kardeşlerimize Saygıyla...”

# İÇİNDEKİLER

SUNUŞ .....	6
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>16</b>
Raporun Amacı .....	17
Raporun Hazırlanma Yöntemi .....	19
Raporun Sınırlılıkları .....	20
Pandemi Mücadelesinin SWOT Analizi.....	21
<b>SALGIN TARİHİ .....</b>	<b>31</b>
Küresel COVID-19 Kronolojisi .....	32
Ulusal COVID-19 Kronolojisi .....	40
Salgınların Tarihi: Toplumsal ve Siyasal Açından Kısa Bir Bakış .....	43
<b>YAPI &amp; FİNANSMAN.....</b>	<b>60</b>
Merkezi Örgütsel Yapı ve Salgınlarla Mücadele .....	61
Yerel Yönetimler ve Salgınlarla Mücadele.....	67
COVID-19’da Değişen Mevzuat .....	74
COVID-19 Pandemisinde Finansal Durum: Sosyal Güvenlik Kurumu Uygulamaları .....	77
<b>EPİDEMİYOLOJİ.....</b>	<b>87</b>
Pandemide Küresel Durum .....	88
Türkiye’de COVID-19 Pandemisi.....	102
“Yeniden Açılma” ve Türkiye .....	111
<b>BİLİM.....</b>	<b>121</b>
Bilim İnsanın Sorumluluğu.....	122
Bilimsel Araştırmaların Pandemi Sürecine Yansıması .....	129
COVID-19 Pandemisinde Bilimsel Araştırma Yapmak .....	136
COVID-19 Konulu Türkiye Yayınlarının Değerlendirilmesi.....	138
<b>BİLİMSEL ARAŞTIRMALARIN ÖĞRETTİKLERİ .....</b>	<b>194</b>
Bir Zoonotik Enfeksiyon Olarak COVID-19.....	195
Pandemi Sürecinde Öğrenme ve Bilgi Üretme Süreçlerimiz: SWOT Analizi.....	198
COVID-19’un Anti-Viral Tedavisinde Güncel Durum .....	202
COVID-19 Aşı Çalışmaları.....	228
<b>SAĞLIK SİSTEMİ.....</b>	<b>252</b>
COVID-19 Pandemisinin Altıncı Ayında Birinci Basamak ve Karşılaşılan Sorunlar .....	253



COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kamu Hastaneleri .....	259
COVID-19 Salgını ve Şehir Hastaneleri.....	266
Özel Sağlık Kurumları ve COVID-19 .....	271
Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Pandemi.....	276
Pandemi Sürecinde Göğüs Hastalıkları Dal Hastaneleri .....	279
Deneyim: Tıp Fakültesinde COVID-19 Mücadelesi .....	283
Acil Sağlık Hizmetleri ve COVID-19 – İnfluenza .....	288
Deneyim: Pandemide Akılcı Yoğun Bakım Kullanımı .....	295
Laboratuvarların Güncel Sorunları .....	302
<b>SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI .....</b>	<b>303</b>
COVID-19 Hastalığına Yakanlanmış Sağlık Çalışanları.....	304
Türkiye’de COVID-19 Mücadelesinde Sağlık Personeli: Dayanışma ve Çatışma .....	305
Meslek Hastalığı Olarak Sağlık Çalışanlarında COVID-19.....	311
Hukuksal Açıdan COVID-19 “COVID-19, Sağlık Çalışanları İçin Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilmelidir” .....	320
Deneyim: Pandemide Çalışan Sağlığı Birimleri; Hacettepe Üniversitesi .....	330
Deneyim: Pandemide Çalışan Sağlığı Birimleri; Ege Üniversitesi .....	343
COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı .....	349
Pandemi Ortamında Sağlıkta Şiddet.....	355
Tanıklık: COVID’li Doktor Olmak.....	369
Tanıklık: Endişe, Üzüntü ve Utanç .....	373
Deneyim: Ardında Bıraktıkları İle Dayanışma .....	376
Deneyim: TTB Dayanışması .....	380
Alkışla Yetinme: Ödenmeyen Haklar .....	384
<b>KOMORBİDİTE SOSYAL BELİRLEYİCİLER.....</b>	<b>387</b>
COVID-19 İnfluenza İlişkisi.....	388
COVID-19 Pandemisinde İnfluenza ve COVID-19 Tanısı .....	392
Eşitsizlik ve COVID-19 .....	394
COVID-19 ve Damgalanma .....	415
Kırılgan Gruplar ve COVID-19 .....	425
Kırılgan Gruplar ve COVID-19; Yaşlılar.....	427
Kırılgan Gruplar ve COVID-19; Kadınlar.....	432
Kırılgan Gruplar ve COVID-19; LGBTİ+.....	437
COVID-19 ve Sınıfsal Eşitsizlik.....	441
COVID-19 ve Çalışma Yaşamına Etkileri.....	471
COVID-19 Nedenli İş Cinayetleri ve Güvencesiz Çalışma.....	479
COVID-19 Pandemisinde Çalışma Rejimi .....	485

COVID-19 Pandemisi döneminde sosyo-mekansal eşitsizlikler ve veri / halk sağlığı ilişkisi .....	510
Bölgede COVID-19 Pandemisi .....	533
Ertelenen Sağlık Sorunları .....	544
Ülkemizde COVID-19'a Bağlı Ölümler ve Başarı Değerlendirmesi .....	546
<b>EĞİTİM .....</b>	<b>555</b>
COVID-19 Pandemisi ve Derinleşen Eğitim Eşitsizlikleri .....	556
Pandemide Okul Sağlığı .....	566
Pandemide Tıp Fakültesinde Öğrenci Olmak .....	578
Tıp Eğitimi ve COVID-19 Salgını .....	581
Uzmanlık Eğitimi .....	588
<b>İNSAN TOPLUM BİLİMLERİ .....</b>	<b>590</b>
"Liberal Öjeni" Olarak Salgın Politikaları Üzerine Bir Diyalog .....	591
Pandemiye Verilecek Yanıtları Toplum Bilimleriyle Bütünleştirmek .....	605
COVID-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağlığı .....	617
Pandemide Sanat .....	629
COVID-19 Pandemisi ve Medya .....	632
Doğruyu "Teyit": Teyit'in COVID-19 İnfodemisi İle Sekiz Aylık Macerası .....	644
Salgın Hastalık ve İktidar .....	655
COVID-19'un İktisadi Etkileri .....	662
COVID-19 Salgınına Antroposen Penceresinden Bakmak .....	672
Tek Sağlık .....	683
<b>GÖRÜŞLER .....</b>	<b>700</b>
Amerika Birleşik Devletleri'nden Bakınca Türkiye .....	701
Türkiye'nin COVID-19 Sürecinin Karşılaştırmalı Satır Başları .....	705
COVID-19 Veri Detayları: Türkiye & İngiltere .....	727
İstatistiğin Söyle(me)diği: Benford Yasasına Uyum(suzluk) .....	732
<b>BİZDEN HABERLER .....</b>	<b>739</b>
Pandemide TTB ve Tabip Odalarının Rolü .....	740
Salgınlara Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü .....	743
Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Pandemi Süreci Çalışmaları .....	751
Sanal TTB: Webinar ve Podcastlar .....	785
Sağlık Bakanı İle Görüşme .....	791
TTB Soruları .....	794
Türk Tabipleri Birliği Genel Yönetim Kurulu Toplantısı Sonuç Bildirgesi .....	806



## SUNUŞ

Ülkemizdeki ilk COVID-19 olgusunun resmi olarak açıklandığı tarih olan 11 Mart 2020’den itibaren 5 ay 25 gün geçti. Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları halkın sağlığını koruma görevinin tarihsel bilinciyle bu tarihten çok önce başladığı uyarı, bilgilendirme ve önerilerine aralıksız olarak devam etti.

Salgınla mücadelede başarılı olmanın ön koşulları olan şeffaflık, akıl ve bilimin kılavuzluğunda belirlenmiş politikalar, özel olarak salgına tedavi edici sağlık kuruluşlarından önce toplum bazında ve sahada göğüs gerilmesi, başta hekimler ve onların meslek örgütleri olmak üzere toplumun bütün kesimlerini içine alan topyekûn mücadele ve kolektif dayanışma ruhu sergilenmesi gibi gereksinimlere defalarca dikkat çekildi.

Ülkemizdeki salgın eğrisi 6. Haftadan sonra tepe noktasına ulaşarak bükmeye başlamıştır. Ancak olgu sayıları 14. Hafta ve sonrasında yeniden artmıştır. Bunun temel nedeninin 12. Haftanın sonunda, 1 Haziran itibarıyla başlatılan “normalleşme” adı verilen kontrolsüz “yeniden açılma” süreci olduğu anlaşılmaktadır. Fiziksel mesafe ve diğer korunma önlemlerinin gevşetildiği bütün yaz ayları boyunca, 2 Haziran’da 786’ya düşmüş olan günlük hasta sayısı bu tarihten yana olan 3 aylık sürede dalgalı bir seyir göstererek uzun bir plato çizmiş, son bir ayda ise maalesef istikrarlı bir artışla 3 Eylül itibarıyla 1,642’ye ulaşmıştır.

Sürecinden başından beri sorguladığımız “tam ve doğru bilgilendirme” eksikliği yüzünden gerçek sayıların bu resmi verilerin çok üzerinde olduğu konusunda hem genel kamuoyunun hem de meslek örgütümüzde yaygın bir inanış vardır. Kimi zaman sadece bir ildeki COVID-19 ölüm sayılarının toplam Türkiye verisine yakın olduğu kamuoyuna yansımaktadır. Yakın zamanda İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediye Başkanları’nın açıklamaları sadece hekimlerin değil, toplumun önemli bir kesiminin aynı kaygıları paylaştığını ortaya koymaktadır. Nitekim kamuoyu araştırmaları vatandaşların yüzde 59’unun Sağlık Bakanlığı’nın açıkladığı koronavirüs verilerine inanmadığını göstermektedir.

Sağlık Bakanı’nın Mart ayının ikinci yarısından itibaren her akşam twitter mesajındaki bir tablo vasıtasıyla kamuoyuna aktardığı “Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu” veri başlıkları 29 Temmuz akşamı değiştirilerek toplam yoğun bakım hasta sayısı ve toplam entübe hasta sayısı parametrelerinin yerini hastalarda zatürre oranı ve ağır hasta sayısı almıştır. Bunun uluslararası standartlara uymak ile gerekçelendirildiği anlaşılmaktadır. Öte yandan COVID-19 kaynaklı ölümlerin kaydında hâlâ Dünya Sağlık Örgü-

tü'nün önerilerine uyulmamaktadır. Ayrıca, iki yeni parametrenin eklenmesinin salgının etkilerini gösteren çok önemli diğer iki parametrenin çıkarılmasını niçin gerektirdiği izaha muhtaçtır.

Sağlık Bakanlığı'nın izlediği test stratejisi gerçek tabloyu ortaya koymaktan uzak kalmış, bu nedenle sürecin doğru yönetilmesine hizmet etmemiştir. Başlangıçta uzun bir süre binler seviyesinde kalan test sayıları örgütümüzün ısrarlı takibinde etkisiyle zamanla artmıştır; ancak testlerin ne kadarının mükerrer olduğu, ne kadarının futbolcular, siyasetçiler ve Cumhurbaşkanlığı çalışanları gibi toplumda büyük sayılara ulaşan gruplara yapıldığı, risk gruplarının ve semptomsuzların ne ölçüde teste tabi tutulduğu tartışmalara konu olmuştur. Ayrıca, temaslılara test yapılmamasının, süurveyans ve filyasyon faaliyetlerinin yetersizliğinin salgının denetim altına alınmasını zorlaştırdığı unutulmamalıdır.

Gerçek sayıların hayli altında kalan resmi olgu ve ölüm sayıları halkın bir bölümünün salgına ya da hastalığın tehlikesine inanmamasına neden olmuştur. Bu yüzden, salgınla mücadele toplumun tamamını ikna eden, kapsayan ve mücadeleye katan topyekûn bir savaşa dönüştürülemedi, yurttaşların bir bölümü fiziksel mesafe, maske ve hijyen kurallarına uymaktan vazgeçmişlerdir. Toplu seyahat, toplu ibadet, pandemi önlemlerinin aksatıldığı büyük toplanmalar, fabrika ve diğer işyerlerinde, otel, restoran ve diğer işletmelerdeki fiziksel mesafe uyumsuzlukları salgında kontrolün yitirilmiş olmasının başlıca nedenleridir. Hükümetin pandemi ile mücadele stratejisi büyük ölçüde yurttaşları uyarma ve hasta olanları tedavi etme ile sınırlı kalmakta; büyük anma toplantıları, önlemsiz mitingler, Ayasofya gibi kalabalık açılışların gerçekleşmiş olması bulaşıcılığın azaltılması için gerekli merkezi otoritenin ortaya konmadığını hatta tam tersi sonuca yol açacak bir anlayışın egemen olduğunu kanıtlamaktadır.

Önümüzdeki sonbahar aylarında COVID-19 salgınının hız kazanacağı öngörülmektedir. Eş zamanlı olarak özellikle Ekim-Mart ayları arasında influenza'nın da artması tanısal güçlüklerle yol açabilecektir. Bu nedenle COVID-19 tanı kapasitesi güçlendirilmeli, influenza benzeri hastalık ve ağır solunum yolu enfeksiyonu yakınmalarıyla başvuran her hastaya eş zamanlı influenza ve COVID-19 testi yapılmalı, öncül çalışmalarda COVID-19 mortalitesini azalttığına ilişkin bulgular saptanan influenza aşısının ücretsiz olarak çok yaygın biçimde uygulanması için yeterli aşı stoğu dahil olmak üzere gerekli önlemler alınmalı, risk gruplarına pnömokok aşısı da yapılmalıdır.

Öte yandan Türk Tabipleri Birliği (TTB) olarak bizim “yeniden açılma”, hükümetinse “normalleşme” olarak adlandırdığı kontrolsüz sürecin sonucunda hız kazanan salgın, sağlık çalışanlarının sağlığını giderek daha fazla tehdit eder hale gelmiştir. Yönetilemeyen salgın, sağlık çalışanlarını ve hekimleri yoruyor, tüketiyor, öldürüyor! Özellikle son haftalarda neredeyse her gün bir veya birkaç sağlık çalışanını kaybediyoruz. Bu tablonun sonbahardan itibaren daha da ağırlaşacağından korkuyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın, kendilerine ilettiğimiz sağlık çalışanlarına düzenli PCR testi yapılması, PCR testi negatif ama kliniği COVID-19 ile uyumlu olanların çalıştırılmaması, kişisel koruyucu ekipman eksikliklerinin giderilmesi, COVID-19'un meslek



hastalığı kabul edilmesi taleplerimize bir an önce olumlu yanıt vermesini bekliyoruz.

Salgının başından beri Türk Tabipleri Birliği salgınla mücadele önceliğin hastanecilik hizmetlerine verilmesinin yanlışlığını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin salgını denetim almada kritik işlevi olduğunu dile getirmiştir. TTB'nin birinci basamağa yönelik olarak yaptığı araştırmanın sonuçları birinci basamağın salgında ciddi olarak ihmal edildiğini ortaya koymuştur. Aile Sağlığı Merkezlerinin yüzde 71'i kişisel koruyucu ekipmanları yetersiz bulmuş, sadece yüzde 26'sına müdürlüklerce pandemi eğitimi verilmiş, yüzde 81'inde çalışanlara kontrol amaçlı PCR testi yapılmamış, yüzde 59'unda da kronik hasta olan, gebe ve emziren sağlık çalışanları ücretli izin alamamıştır.

Yine, salgının başından bu yana salgınla topyekûn mücadelenin öneminden söz etmekteyiz. Bakanlık bu çağrıya kulaklarını tıkamakta, kendi oluşturduğu Bilim Kurulu'nun kimi önerilerini bile dikkate almayan bir anlayışla ilerlemektedir. Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun öngördüğü şekle aykırı olarak Umumi Hıfzısıhha Meclisleri salgınla mücadelede etkisiz hale getirilmiş, hukuksal dayanağı bulunmayan İl Pandemi Kurulları'nın aldığı kararlar Hıfzısıhha Meclislerine imza için gönderilir olmuştur. Buna itiraz eden tabip odası temsilcilerimizin Umumi Hıfzısıhha Kurulu üyeliklerine son verilmiştir.

Ağustos sonu olarak planlanmış olan okulların açılma tarihi 21 Eylül'e ertelenmiştir. Okulların pandemi devam ederken açılması konusunda eğitimde eşitliği gözetecek bir bakış açısıyla hazırlanacak kısa, orta ve uzun vadeli stratejik planlara gereksinim olduğu, karar süreçlerine eğitim ile ilgili meslek örgütlerinin, öğretmenlerin ve ailelerin katılımının sağlanması gerektiği açıktır. Okullarda teması azaltacak ve risk grubunda olanları koruyacak önlemler alınmalı, okul sağlığı hizmetleri yapılandırılmalı ve etkinleştirilmelidir.

Salgın ile geçen 5 aydan sonra Cumhurbaşkanlığı "COVID-19 Kapsamında Kamu Çalışanlarına Yönelik Tedbirler" konulu bir genelge yayınlamıştır. Salgın çalışma yaşamında kamu-özel sektör ayrımı yapmamaktadır. Özel sektör, tarım sektörü ve kayıt dışı alanlarda çalışan emekçiler, esnaf ve işsizler yok sayılamaz, kamu çalışanları dışındakiler kaderleriyle başbaşa bırakılamaz. Çalışma koşulları, özlük hakları ve sağlığın korunmasına ilişkin düzenlemeler sağlık alanı da dahil olmak üzere özel sektör için de bir an önce getirilmelidir.

Sağlık Bakanı'ndan defalarca talep ettiğimiz yüzyüze görüşme talebi sonunda kısmi de olsa karşılık görmüş ve Sağlık Bakanı ile Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Sinan Adıyaman ve TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi Dr. Özlem Azap bir görüşme gerçekleştirmiştir. Bu görüşmede hekimlerin ve sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu koşullar ve yaşadıkları tükenmişlik, ücretleri, COVID-19'a yakalanan sağlık çalışanlarının maaşlarından yapılan kesintiler, tarama testleri, grip ve pnömokok aşılırları, COVID-19 aşısı çalışmaları, COVID-19 ile ilgili Türkiye verileri ile tabip odası yöneticileri ve hekimlere yönelik baskılar konuşulmuştur. Görüşmeden iki gün sonra Sağlık Bakanı, "salgından etkilenecek görev yapamayan aile hekimleri ile sağlık çalışanlarının maaşlarından artık kesinti yapılamama-

yacağını, COVID-19 hasta takibine göre 3 ay süreyle ek ödeme verileceğini” twitter hesabından duyurmuştur.

Kuşkusuz COVID-19 salgını Türkiye’nin bir numaralı gündem maddesidir ve maalesef bir süre daha böyle olmaya devam edecektir. Türk Tabipler Birliği ve tabip odaları salgının halk sağlığı üzerine olan etkileri ile hekimlerin ve sağlık çalışanlarının sorunlarını en yakından izlemeye, elinizdeki raporlar gibi olanaklar vasıtasıyla kamuoyunu aydınlatma/yetkilileri uyarma görevine devam edecektir.

Saygılarımızla,

**Türk Tabipleri Birliği**  
**Merkez Konseyi**



*Bu raporda tıp doktoru, akademisyen, sosyolog, avukat,  
iletişimci, iktisatçı,. .. onlarca kişi bir araya geldi: COVID-  
19 pandemisinin hakikatine tanıklık etmek için...*

*Sisler ardında kalanı göz önüne getirmek, isimsizliğe  
mahkûm edilenlere adlarıyla seslenmek, sesi kısılanların  
sesine ses olmak için...*

*Türk Tabipleri Birliği olarak her birisine içten  
teşekkür ederiz.*

**TTB COVID-19 İZLEME KURULU ÜYELERİ** (alfabetik sırayla)

<b>Aslı Davas</b>	Doçent Doktor	Türkiye İnsan Hakları Vakfı Akademi
<b>Aslı Odman</b>	Öğretim Görevlisi	Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Şehir ve Bölge Planlama Bölümü
<b>Aynur Eren Topkaya</b>	Profesör Doktor	Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
<b>Bülent Şık</b>	Yardımcı Doçent	Gıda Mühendisi
<b>Bülent Nazım Yılmaz</b>	Tıp Doktoru	Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
<b>Cavit Işık Yavuz</b>	Doçent Doktor	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
<b>Ersin Yarış</b>	Profesör Doktor	Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
<b>Faruk Bildirici</b>	Gazeteci	Medya Obdusmanı
<b>Feride Aksu Tanık</b>	Profesör Doktor	Türkiye İnsan Hakları Vakfı Akademi Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu
<b>Kayihan Pala</b>	Profesör Doktor	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
<b>Kerem Altıparmak</b>	Hukukçu	Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu
<b>Meram Can Saka</b>	Profesör Doktor	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
<b>Murat Civaner</b>	Profesör Doktor	Uludağ Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
<b>Nilay Etiler</b>	Profesör Doktor	TTB Halk Sağlığı Kolu
<b>Nurdan Köktürk</b>	Profesör Doktor	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
<b>Osman Elbek</b>	Doçent Doktor	Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü
<b>Özlem Kurt Azap</b>	Profesör Doktor	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
<b>Özgür Erbaş</b>	Avukat	Türk Tabipleri Birliği Hukuk Bürosu
<b>Sarp Üner</b>	Profesör Doktor	Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
<b>Serkan Yılmaz</b>	Profesör Doktor	Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
<b>Sinan Adıyaman</b>	Profesör Doktor	Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
<b>Ümit Yaşar Öztoprak</b>	Tıp Doktoru	Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu
<b>Yücel Demirer</b>	Doçent Doktor	Kocaeli Dayanışma Akademisi

**TABİP ODASI COVID-19 PANDEMİ GRUBU ÜYELERİ**

(alfabetik sırayla)

<b>ADANA</b>	Ahmet Hilal
	Ahmet Suntur
	Ali İhsan Ökten
	Ayşe Nur İzol Tolun
	Bilal Kaya
	Can Mustafa Eren
	Ergün Vijdan
	Fatma Menteş
	Kamiran Yıldırım
	Mehmet Korkmaz
	Mehmet Reyhan
	Mürşit Enis Akyüz
	Örsan Deniz Urgan
	Sedat Gül
	Selahattin Menteş
	Selman Vefa Yıldırım
	Tekin Müjde
	Yaşar Ulutaş
<b>AYDIN</b>	Hakan Karagözlü
	Pınar Okyay
<b>BALIKESİR</b>	Ahmet Damar
	Aslı Atasoy
	Atalay Özgüven
	Ayten Erdoğan
	Birgi Tuna
	Dilek Yıldırım
	Egemen Bıçakçı
	Gökhan Kılınç
	Hikmet Tilgen
	Mehmet Çalışkan
	Muhammed Can
	Mustafa Akpınar
	Necdet Uçan
	Osman Kılınç
	Sultan Eser
	Şahin Cılız
	Ulaş Karaaslan
	Volkan Yarar

<b>DİYARBAKIR</b>	Cegergun Polat
	Cihan Akgül Özmen
	Fatma Özdemir
	Halis Yerlikaya
	Levent Akyıldız
	Serdar Onat
<b>İSTANBUL</b>	Güray Kılıç
	Melahat Cengiz
	Melike Yavuz
	Nilüfer Aykaç
	Osman Öztürk
	Önder Ergönül
	Özgür Karcioğlu
	Pınar Saip
	Recep Koç
	Serap Yavuz Şimşek
<b>İZMİR</b>	Ali Osman Karababa
	Ayça Arzu Odabaşı
	Candan Çiçek
	Derya Mengüçük
	Fahri Yüce Ayhan
	Feride Bilgehan Aksu Tanık
	Hediye Aslı Davas
	Işıl Köse
	Memnune Selda Erensoy
	Mustafa Lütfi Çamlı
	Nuri Seha Yüksel
	Sema Alp Çavuş
	Süleyman Kaynak
	Şaziye Rüçhan Sertöz
	Türkan Günay
	Zeynep Altın
<b>MERSİN</b>	Ali Kutta
	Cemil Galioğlu
	Gülden Ersöz
	Gülbüz Şen
	Mehmet Antmen
	Nasır Nesanır
	Ömer Kurt
	Recep Tepe
	Rukiye Çetin
	Sibel Ünlü
	Tayyar Şazmaz
	Öner Kurt



<b>ŞIRNAK</b>	Serdar Küni
	Sezai Sarıyıldız
<b>TEKİRDAĞ</b>	Aytaç Aras
	Burcu Tokuç
	Ebru Gelgeç
	Emel Ersöz
	Gamze Varol
	Nurdoğan Yavuz
	Ogün Karkiner
	Oktay Ertan
	Özgü Özkan

## TTB UDEK EŞGÜDÜM KURULU KORONAVİRÜS ÇALIŞMA GRUBU (alfabetik sırayla)

<b>Halk Sağlığı Uzmanları Derneği</b>	Dr. Onur Özlem Köse
<b>Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği</b>	Dr. Yüce Ayhan
<b>Türk Cerrahi Derneği</b>	Dr. Ahmet Deniz Uçar
<b>Türk Gastroenteroloji Derneği</b>	Dr. Ayşe Kefeli
<b>Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği</b>	Dr. Sadettin Dernek
<b>Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği</b>	Dr. Önder Ergönül
<b>Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti</b>	Dr. Candan Çiçek
	Dr. Mustafa Özyurt
<b>Türk Neonatoloji Derneği</b>	Dr. Ahmet Yağmur Baş
	Dr. Merih Çetinkaya
<b>Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği</b>	Dr. Mustafa Onur Karaca
<b>Türk Radyoloji Derneği</b>	Dr. Şükrü Mehmet Ertürk
<b>Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği</b>	Dr. Gökhan Özyiğit
	Dr. Yavuz Anacak
<b>Türk Toraks Derneği</b>	Dr. Ali Kocabaş
	Dr. Cenk Babayiğit
	Dr. Füsün Öner Eyüboğlu
	Dr. Hasan Bayram
	Dr. Metin Özkan
	Dr. Nilüfer Aykaç
	Dr. Oya itil
	Dr. Yavuz Havlucu
<b>Türk Yoğun Bakım Derneği</b>	Dr. İsmail Cinel
<b>Ürolojik Cerrahi Derneği</b>	Dr. Bülent Önal
<b>Türkiye Acil Tıp Derneği</b>	Dr. Serkan Yılmaz
<b>Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği</b>	Dr. Füsün Saygılı
	Dr. Serpil Salman
<b>Türk Tabipleri Birliği</b>	Dr. Bülent Önal
	Dr. Elif Şen
<b>Uzmanlık Dernekleri Eşgüdün Kurulu Yürütme Kurulu</b>	Dr. Ersin Yarış
	Dr. Gülriz Erişgen
	Dr. Hüseyin Yusuf Yıldız
	Dr. Meram Can Saka
	Dr. Serkan Yılmaz
	Dr. Umut Akyol
	Dr. Ülker Kocak

# GİRİŞ



## RAPORUN AMACI

“Herkes biliyor, zarların hileli olduğunu (...)

Herkes biliyor, geminin su aldığını

Herkes biliyor, kaptanın yalan söylediğini”

Leonard Cohen

Hannah Arendt’ten ilhamla ifade edecek olursak varoluşumuz anlamak ise anlam anlatılarda saklıdır. O nedenle olanı biteni izlemekle yetinmez insan. Neden öyle olduğunu ve hangi dinamiklerin o sonuca yol açtığını anlamaya çalışır. Anlamak, aynı zamanda anlamlandırmaktır.

Anlamak ve anlamlandırmak ise değişimin ilk adımıdır. İnsan değiştirmeyi istediğini önce anlamalı, anlamlandırmalı ve sonrasında dünden daha özgür ve eşitlikçi biçimde yeniden anlamlandırmalıdır. Çünkü yeni, bugünkü köhnemiş düzenin bağrında filizlenir ve yetkinleşir. Aklını, fikrini, emeğini, sabrını ve sözünü bugüne dayandırmayan her praksis değişim gücünden yoksundur.

Biliriz ki insanlığa düşünsel yeni bir soluk getiren Marx’tan beri değiştirmek- tir aslolan. Değiştirmeliyiz! Çünkü “herkes biliyor, dövüşün hileli olduğunu / fakirler fakir kalır, zenginler zenginleşir / hep böyle gider / herkes biliyor”...

Herkes biliyor, görüyor ve duyuyor COVID-19 pandemisinin eşitlikçi olmadığını. Hastalığın, ateşin, kas ağrıların, nefes açlığının ve ölümün ötekilerde birikirken, berikilerin üç günde bir teste kavuştuğunu. Kârın, kazancın ve paranın turizm şirketleri ve alışveriş merkezleri gibi büyük sermaye gruplarında birikirken toplumun büyük çoğunluğuna işsizliğin, ücretsiz izinlerin ve yoksulluğun kaldığını.

Herkes biliyor, görüyor ve duyuyor COVID-19 pandemisinin özgürlükçü olmadığını. Ülkenin dört bir yanının COVID-19 pandemisi gerekçe gösterilerek kalıcı bir olağanüstü hale dönüştürüldüğünü. Hak ve hukuk arayan her kesimin önüne COVID-19 salgınının duvar yapıldığını.

Herkes biliyor, görüyor ve duyuyor COVID-19 pandemisinin başta sağlık çalışanları olmak üzere alinteriyle, emeğiyle geçinmeye çalışanlar için ölüm olduğunu. Bu ülkenin yetişmiş en önemli insan gücünü oluşturan başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının gözümüzün önünde her geçen gün düşüp ölmesi demek olduğunu.

Hal buysa anlamak, anlamlandırmak ve değiştirmek için diziyoruz harfleri yan yana...



Ve biliyoruz ki; hiçbir roman, hiçbir şiir, hiçbir film değiştiremez hayatı. Tıpkı raporumuz gibi...

Ama yine biliyoruz ki romanları okuyan, şiirleri ezberleyen, filmlerin repliklerini birbirlerine fısıldayanlar yaşamı yeniden var ederler dünden daha özgür ve eşit biçimde.

Tıpkı Nazım'ın tariflediği gibi:

“Fakat gün ıdı her şeye rağmen, ben içeri düştüğümünden beri.

Ve “Karanlığın kenarından onlar ağır ellerini toprağa basıp doğrular” yarı yarıya...”

## RAPORUN HAZIRLANMA YÖNTEMİ

Bu rapor COVID-19 pandemisinin özellikle dördüncü ve altıncı ayları arasında ulusal ve küresel ölçekte yaşanan salgın bazlı gelişmeleri, pandemiye karşı yürütülen mücadeleyi, yaşanan sorunları ve çözüm yollarını ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır. Bununla birlikte altıncı ay olması ve hayatımızın bir yarım yılını (şimdilik) COVID-19 pandemisiyle yoğun biçimde geçirmiş olmamızın getirdiği tıbbi bilgi birikimini de dikkate alarak bu raporda yaşadığımız salgının tıbbi sığamayacağına, sığamadığına da dikkat çekmek istiyoruz.

Kanaatimizce geldiğimiz aşamada bu saptamanın çok daha önemli olduğunu görüyoruz. Çünkü 1 Haziran 2020 tarihinden itibaren pandemiye karşı gösterilmesi gereken toplumsal duyarlılık, özen, önem ve dikkatin “normalleşme” adı altında ortadan kaldırıldığını, pandeminin tümüyle tıbbileştirilerek hekimler ve sağlık çalışanları özelinde çözülecek bir sorun gibi yansıtılmaya çalışıldığını görüyoruz.

Siyasi iktidarın ekonomiyi insana önceleyen tercihi nedeniyle toplum genelinde bulaşın artmasının sonuçlarının sağlık sistemi ve hastane eksenli bir tıbbi hizmet politikasıyla çözülmek istendiğini anlıyoruz. Ama bu tutum tümüyle yanlış bir politika. Çünkü her salgın gibi COVID-19 pandemisi de gerek var oluş, gerek yayılma, gerekse getirdiği yıkım itibarıyla insani, tıbbi, ekolojik, ekonomik, sosyal ve siyasal bir sorundur. O nedenle çözümünü de aynı alanlarda aranmalıdır.

İşte biz Türk Tabipleri Birliği olarak bu raporumuzun temel amacını da söz konusu nedenlerden dolayı pandeminin insani, tıbbi, ekolojik, ekonomik, sosyal ve siyasal bir sorun yönlerini belirginleştirmek olarak belirledik.

Hiç kuşkusuz bu belirleme raporun sağlık hizmeti alanına sıkışmadan tıp dışı bilim çevreleriyle yakın temas kurmayı, pandemiye tarihsel, felsefi, ekolojik, ekonomik ve sosyal yönlerden irdelemeyi gerekli kılmıştır. Bir süre önce TTB COVID-19 İzleme Kurulu yapısındaki benzer bir değişimin de itici gücüyle de tıp ve sosyal bilim alanının yetkin isimlerinin, akademisyenlerinin görüşlerini sahada hasta ile temas eden sağlık emekçilerinin deneyim ve bakış açıları ile buluşturduk.

Son olarak raporun Türk Tabipleri Birliği tarafından yayınlanan ikinci ve dördüncü ay raporlarıyla bir devamlılık taşıdığını ifade etmek gereklidir. Bu nedenle konunun bütünselliği açısından söz konusu iki raporun da yeniden gözden geçirilmesini öneriyoruz:

- **TTB COVID-19 Pandemisi 2. Ay Değerlendirme Raporu**
  - <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf>
- **TTB COVID-19 Pandemisi 4. Ay Değerlendirme Raporu**
  - [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor\\_4.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_4.pdf)

## RAPORUN SINIRLILIKLARI

Bu rapor kapsamında yaşanan en büyük sınırlılık salgının başından beri insanların yaşamı için hayati bilgiler anlamına gelen salgın verilerinin adeta “devlet sırrı”ymış gibi Sağlık Bakanlığı tarafından açık ve şeffaf biçimde paylaşılmamasından kaynaklanmaktadır. Pandeminin ilerleyen dönemlerinde taleplerimizin bir karşılığı olarak açıklanmaya başlayan “Durum Raporları” da sağlıklı bir analiz için gerekli olan epidemiyolojik verilerin tümünü kapsamamaktadır.

## PANDEMİ MÜCADELESİNİN SWOT ANALİZİ

Türk Tabipleri Birliği'nin Altıncı Ay COVID-19 Pandemi Raporu'nun kaleme alındığı tarihler olan Eylül 2020 itibarıyla ulusal düzeyde sürdürülen COVID-19 mücadelesinin güven sorunu ile malûl olduğu aşîkârdır. Ülke genelinde çok farklı kesim ve sınıflar, birbirlerinden çok farklı gerekçelerle, her akşam yayınlanan kısıtlı COVID-19 verilerinin ne oranda yanlış olduğunu ve hayatın gerçekliğini göstermede ne oranda yetersiz kaldığını tartışmaktadırlar. Bu durum, başta Kıta Avrupa ülkeleri olmak üzere kimi ülkelerde ikinci dalgayı oluşturan SARS-cov-2 salgınından farklı bir durumdur.

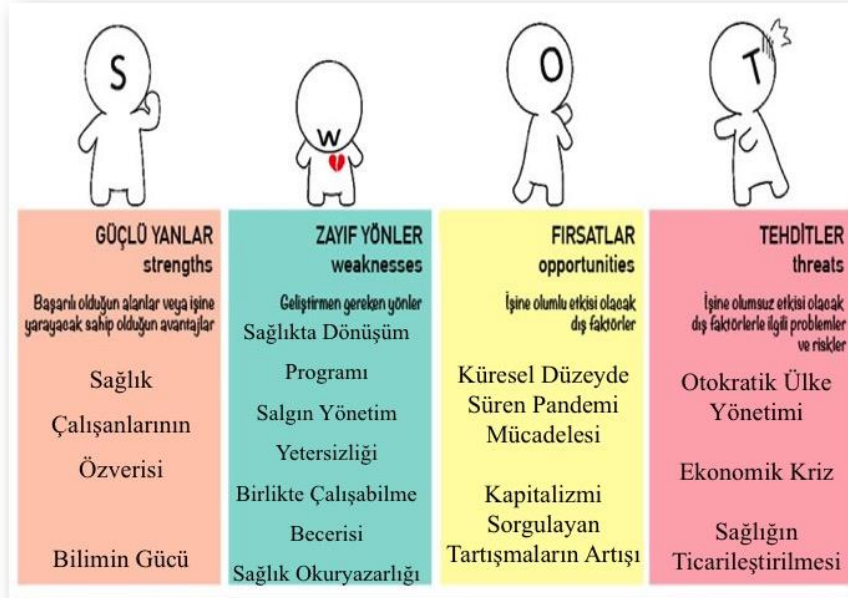
Bilindiği üzere salgınlarla mücadelenin ilk koşulu toplumsal güven duygusunun varlığıdır. Bu duygunun aşınması salgının kontrolden çıkıp vahim sonuçlara yol açmasını kolaylaştırır. O nedenle ulusal düzeyde sürdürülen COVID-19 mücadelesinin, küresel plandaki mücadeleden temel farkı ulus genelinde güven duygusunun oluşturulmasına duyduğu gereksinimdir.

Salgın ya da pandemi gibi olağanüstü durumları anlamak, yaşamın ve gerçekliğin tüm çıplaklığıyla fotoğrafını çekmek, algılamayı kolaylaştırmak, sorunların çözümü konusunda karar almayı sağlamak ve belirsizliği ortadan kaldırarak geleceği öngörmek için detaylı ve incelikli analizler yapmaya fırsat olmayabilir. Böylesi zamanlarda basit olan analizler adım atmak için çoğu zaman yol gösterici olurlar. Bu bakış açısı nedeniyle altıncı ay raporumuza çoğu zaman kurumlar için geliştirilmiş ve halen kullanımda olan SWOT Analizi'ni eklemeyi uygun bulduk.

Açıklığı, basitliği ve karar almayı kolaylaştıran yapısı ile SWOT Analizi, Türkiye genelinde sürdürülen COVID-19 mücadelesi hakkında hepimize atması gereken adımları gösterebilir.

Öte yandan analizimizde mücadelenin tüm unsurlarını listeleyp ifade etmeyi gereksiz bulduk. Girişte de belirttiğimiz gibi ulusal düzeyde sürdürülen kontrol mücadelesinin en önemli eksikliği olan güven unsurunun sağlanabilmesi yönünden analizi sunmaya gayret ettik. Ayrıca karar almayı hızlandırmak için her bir başlık için en çok etkili olabilecek unsurları analize dahil ettik.





### Güçlü Yönlerimiz

Türkiye’de sürdürülen COVID-19 mücadelesinin en güçlü yönü **sağlık çalışanlarının özverili emekleridir**. Gerek filyasyon amacıyla evlerde, gerek aile hekimliğinde, gerekse ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan sağlık çalışanları bugün itibariyle birinci dalganın söndürülemez uzamış etkisiyle yorgun, 1 Haziran sonrası uygulanan yanlış politikaların kazanımların tümünü yok etmiş olması nedeniyle moralsiz ve bugünlerde artan birinci dalganın ikinci pikiyle tükenme sınırındadırlar. Öte yandan başta hekim olmak üzere onlarca sağlık çalışanının COVID-19’a yakalanarak kaybedilmiş olması, binlercesinin ise COVID-19’a yakalanmış olması çalışanların tükenme ve gelecekte umutsuzluk sürecini derinleştirmektedir. Bu nedenle önümüzdeki dönemde mevsimsel grip dönemi ile de buluşacak olan COVID-19 salgınının kontrol altına alınabilmesinin ilk koşulu sağlık çalışanlarının insani, ruhsal, duygusal ve ekonomik taleplerinin karşılanmasıdır. Türkiye’de salgınla mücadeleden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, çalışanları temsil eden sendika ve meslek örgütlerinin tümüyle hiçbir ayrımcılık gözetmeksizin sağlık çalışanlarının sağlığı amacıyla ilişki kurmalı ve onlarla eşgüdüm içerisinde sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya gayret etmelidir. Bugün olduğu gibi sağlık çalışanlarının hastalanması ve ölümleri halinde mağduriyete yol açan uygulamalar sendika ve meslek örgütlerinin önerileri doğrultusunda Bakanlık tarafından ivedilikle giderilmelidir. Topluma ise kendi sağlığını korumanın yolunun sağlık çalışanlarının sağlığını korumaktan geçtiği hissettirilmelidir.

COVID-19 hastalığına karşı geliştirilen mücadelenin ikinci güçlü yönü **bilimsel araştırmaların ortaya koyduğu gerçeklerdir**. Ocak 2020’den bugüne geçen nispeten kısa zaman diliminde SARS-cov-2 ve COVID-19 hakkında edindiğimiz bilgilerin tümü bilimsel araştırmalara bağlıdır. Ancak ne yazık ki Türkiye’de COVID-19 konusunda yapılacak bilimsel araştırmalar Sağlık Bakanlığı’nın iznine – onayına bağlanmış durumdadır. Oysa bilimsel özgürlük, etik kurullar ve etik kurullar dışında hiçbir yapının sınırla-

masını kabul etmemesini temelinde var olur. Bu nedenle “bilimsel araştırmaları teşvik etmek istiyoruz” gerekçesine sığınarak araştırmalara getirilen Bakanlık onayı, Türkiye kaynaklı araştırmaların üzerine siyasetin gölgesini düşürmüş ve Türkiye’yi dünya bilim camiasında hak etmediği bir seviyeye düşürmüştür.

Öte yandan bilimsel araştırmalar çerçevesinde son altı aylık dönemde kimi zaman birbirine tümüyle ters bilgi, uygulama ve kontrol müdahalelerini öğrenmiş olmamız, bilimin güçsüzlüğü olmayıp aksine değişimden köken alan gücüdür. Bununla birlikte bugün itibarıyla pandemiden çıkış umudumuzu canlı tutan en önemli konunun aşılarda hakkında yapılan bilimsel araştırmalar olduğunu fark etmek ve dünyanın – ülkemizin önemli sorunlarından birisini oluşturan aşı – bilim karşıtlığının üzerine yeniden düşünmek gereklidir. Tüm bu gerekçelerden dolayı ülkemiz genelinde sürdürülen COVID-19 mücadelesi, epidemiyoloji başta olmak üzere bilim temelli hale dönüştürülmeli, bilimsel araştırmaların işaret ettiği gerçekler bulaştan tanıya, tedaviden izleme, bağışıklamadan test politikasına kadar tüm aşamalarda titizlikle hayata geçirilmelidir. Bu noktada Almanya gibi COVID-19 mücadelesini yetkin biçimde sürdüren ülkelerin bu başarısını özgür ve özerk bilimsel kurumlara ve bilim insanlarının önerilerine bağlı olduğu fark edilmeli ve Türkiye’de sürdürülen COVID-19 mücadelesi tıp ve sosyal bilim alanlarının özgürce katkı sunduğu, bilim insanlarını temsil eden özerk yapıların bağımsız bir özne olarak kontrol mücadelesine dahil olduğu, görüş ürettiği, politika önerdiği bir yapıya kavuşturulmalıdır. Bu bağlamda konu hakkında atılması gereken ilk adım olarak Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Bilimsel Danışma Kurulu’nun bugüne kadar geliştirdiği öneri ve kararları şeffaf biçimde açıklıkla toplumla paylaşılmalıdır.

### **Zayıf Yönlerimiz**

12 Eylül 1980 askeri darbesinden bugüne Türkiye sağlık sistemi küresel kapitalizmin istekleri doğrultusunda şekillendirilmektedir. Öte yandan Türkiye genelinde sürdürülen bu dizayn 2003 yılından itibaren Dünya Bankası finansmanı çerçevesinde **Sağlıkta Dönüşüm Programı** adı altında hız kazanmıştır.

Söz konusunu dönüşümün temel sacayakları; hizmet ve finansmanın birbirinden ayrılması, finansmanın sigorta ağırlıklı sağlanması, birinci basamağın bölge temelli olmaktan çıkartılması ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ağırlıklı kazanç - kâr odaklı bir işleyişe kavuşturularak şirketleştirilmeleridir.

COVID-19 pandemi öncesinde yaşanan bu dönüşümden en çok mağdur olan kesim kuşkusuz işgüvencelerinden yoksun hale getirilen, gelecek ve can güvensizliğinde çalışmaya mahkûm edilen sağlık çalışanlarıydı. Ancak COVID-19 pandemisi, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın mağdur ettiği kesimin sağlık çalışanlarıyla sınırlı olmadığını, aksine birey ve toplumun sağlık hakkını da ortadan kaldırdığını göstermiştir.

Birinci basamağın sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine dönüştürülürken bölge temelli olmaktan çıkartılıp birey temelli yapıya kavuştu-

rulması, COVID-19 pandemisi kontrolü için hayati bir fonksiyonu bulunan filyasyon uygulamasını ortadan kaldırmıştır. Zaten mevcut sağlık sistemi çerçevesinde şekillendirilen aile hekimliği sistemi ile filyasyon gereklerinin yerine getirilemediği için salgının ilerleyen döneminde ancak birinci basamak dışından filyasyon ekipleri oluşturulmak zorunda kalınmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde daha çok kazanç anlamına gelen tedavi edici sağlık hizmetlerinin öncelenmesi olağan dönemlerde koruyucu hekimlik uygulamalarının aksamasına yol açmıştı. Benzer biçimde başta özel sağlık kurumları olmak üzere işletmeleşen sağlık birimleri, olağanüstü pandemi döneminde işletme haline gelmenin bir sonucu olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödeyeceği ücret tarifesine göre COVID-19 pandemisinde görev yapmış ve bu durum özelinde özel sağlık, genelinde işletmeleşen hastane sisteminin pandemi gibi hayati bir konuda toplum sağlığı kavramından ne kadar uzak bir tahayyülde ve işleyişte olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.

Son olarak pandemi öncesi dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde göz ardı edilen, yeterince kâr etmiyor diyerek "verimsiz" olarak etiketlenen, ekonomik zorlukların kısılcasında borç batağında bırakılan tıp fakülteleri, bu olağanüstü dönemde hiç de sürpriz olmayan biçimde COVID-19 mücadelesinin isimsiz temel direkleri olmuş ve bir ülkenin sağlık sisteminde devlete ait tıp fakültelerinin vazgeçilmez bir öneme haiz olduğunu ortaya koyarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın nasıl bir hastalıklı zihniyetle malûl olduğunu göstermişlerdir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın COVID-19 pandemisi kontrolünü tahrip edici bu etkilerinin yanında kazanç eksenli olması nedeniyle yoğun bakım yataklarının ve radyolojik inceleme imkânlarında sayısal bir artışa yol açarak kısmen olumlu bir etkiye neden olduğu doğrudur. Ancak öncelikle Program'ın kontrol mücadelesi üzerine getirdiği yıkıcı etki bu iki olumlu etkiden çok daha yoğundur. Öte yandan gerek yoğun bakım yataklarının gerekse radyolojik inceleme olanaklarının ağırlıkla özel sektörün uhdesinde bulunması ve bu olanakların tüm sağlık kurumları için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği işletmeleşme mantığının içerisinde kurgulanması önemli iki dezavantajdır. Çünkü COVID-19 pandemisi, COVID-19 PCR örneği alma konusunda da yaşandığı gibi, herhangi bir sağlık hizmetinin, hasta ve hastalık yerine kâr fırsatı olarak tanımlanması halinde o hizmetin getireceği faydanın asgari, zararın azami olduğunu göstermiştir.

### Hastaneler Yunanistan gibi borçlu

Sağlık Bakanı Müezzinoğlu, borçları nedeniyle iflas açıklayan üniversite hastanelerini "obez" olarak niteledi. Müezzinoğlu, "Borcu kapatmak yetmiyor, Yunanistan gibi çıkmazdalar" dedi



COVID-19 pandemisi mücadelesinin bir diğer zayıf yönü **salgının yönetim yetersizliği**dir. Pandemi öncesinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde şekillendirilen “Bilim Kurulu”, sürecin ilk aylarında kontrol mücadelesinin temel öznesi olarak topluma tanıtılmış ve söz konusu bilim kurulunun aldığı kararlarla salgının yönetildiği algısı yaratılmıştır. Ancak takip eden dönemde yaratılan bu algının doğru olmadığı kurulun adının “Bilimsel Danışma Kurulu”na dönüştürülmesi ve yakın zaman öncesinde de bizzatı bilim kurulu üyelerinin açıklamalarıyla da aslında pandeminin kontrolünde karar alıcı bir yetkilerinin olmadığı görülmüştür. Acı ama Sağlık Bakanlığı bünyesinde şekillendirilen Bilim Kurulu, mevcut işleyiş haliyle pandeminin kontrolünden ziyade siyasi iktidarın halkla ilişkiler bölümü olarak faaliyet sürdürmüştür. Oluşturulan Bilim Kurulu’nun pandemi kontrolünde temel özne olmaması nedeniyle alınan kararların salgının gerçeklerine uymayacak biçimde, bilimsel gereklerden azade, kişisel, keyfi, kimi zaman birbirleriyle çelişkili, dağınık, plansız ve adeta günü kurtaracak biçimde kısa erimli olarak alındığını göstermektedir.

Salgının yönetsel yetersizliğine yol açan bir diğer konu da **birlikte çalışabilme becerisindeki yetersizlik**dir. Bu bağlamda her ne kadar Türkiye’de sürdürülen COVID-19 mücadelesinin sorumlu icra organı siyasi iktidar ve bu çerçevede Sağlık Bakanlığı ise de uzmanlık dernekleri, meslek örgütleri, sendika ve diğer siyasi partiler konu hakkında bugüne kadar ortaya koydukları katkıdan çok daha fazlasını yapmak durumundadırlar. Sevinçlidir ki, ülkemizdeki sendika, meslek örgütü, demokratik kitle örgütü ve uzmanlık dernekleri COVID-19 mücadelesine daha fazla katkı koymayı arzu etmektedirler. Ancak Türkiye’nin özgül koşulları nedeniyle devlet aygıtı ile devlet dışı örgütlerin birlikte çalışabilme becerisinde yetersizlikler mevcuttur. COVID-19 gibi ölümcül bir sorun karşısında devlet ve devlet dışı aktörler birlikte çalışabilme becerilerini geliştirmek zorundadırlar. Bu çerçevede pandeminin ilk gününden bu yana Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere devlet dışı örgütsel yapıların çağrılarına karşılık vermek birlikte çalışabilme becerisini geliştirmek için mütevazı bir adımdır.



## TIBBİ OLMAYAN BEZ MASKE GÜVENLİ BİÇİMDE NASIL KULLANILIR?

YAPILMASI  
GEREKENLER



Maskeye dokunmadan önce ellerinizi yıkayıp temizleyin



Maskenin yıpranmış veya kirlenmiş olmadığını kontrol edin



Maskeyi, yan taraflarda boşluk bırakmadan yüzünüze yerleştirin



Maske, ağızınızı, burnunuzu ve çenenizi örtün



Maskeye dokunmayın



Maskeyi çıkarmadan önce ellerinizi temizleyin



Maskeyi kulaklarınızın ya da başınızın arka tarafındaki halkalarından tutarak çıkarın



Maskeyi yüzünüzden uzaklaştırın



Kirlenmemişse, ıslanmamışsa ve yeniden kullanmayı düşünüyorsanız maskeyi üstü kapalı temiz bir plastik kuluçaya koyun



Maskeyi buradan yeniden alırken halkalarından tutup öyle çıkarın



Maskeyi günde en az bir kere olmak üzere, tercihen sıcak suda sabun ya da deterjan kullanarak yıkayın



Maskeyi çıkardıktan sonra ellerinizi yıkayın

Bez maske çevrenizdeki başkalarını koruyabilir. Kendinizi korumak ve COVID-19'un yayılmasını önlemek için unutmanız gerekenler: Başkalarıyla aranızda en az 1 metre mesafe olsun, ellerinizi sık sık ve baştan sona yıkayın, yüzünüze ve ağızınıza dokunmayın.




World Health Organization  
who.int/epi-win

## TIBBİ OLMAYAN BEZ MASKE GÜVENLİ BİÇİMDE NASIL KULLANILIR?

YAPILMAMASI  
GEREKENLER



Eskimiş ve yıpranmış görünen maskeyi kullanmayın



Gevşek maske kullanmayın



Maskenin üst kısmı burnunuzun altında olmasın



1 metre kadar yakınınızda başka biri varken maskenizi çıkarmayın



Nefes almanızı güçleştirecek maske kullanmayın



Kirlenmiş ya da ıslak maske kullanmayın



Maskenizi başkalarıyla paylaşmayın

Bez maske çevrenizdeki başkalarını koruyabilir. Kendinizi korumak ve COVID-19'un yayılmasını önlemek için unutmanız gerekenler: Başkalarıyla aranızda en az 1 metre mesafe olsun, ellerinizi sık sık ve baştan sona yıkayın, yüzünüze ve ağızınıza dokunmayın.




World Health Organization  
who.int/epi-win

**Sağlık okuryazarlığı** konusu ise toplum olarak hızla yetkinleşmemiz gereken bir alandır. Kişilerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için gerekli olan bilgilere ulaşmak, o bilgileri anlamak ve kullanmak konusundaki yeterli bilişsel ve sosyal beceriler ile motivasyonel düzeylerine sahip olmak anlamına gelen sağlık okuryazarlığı ülkemizin sağlık alanındaki en önemli sorunlarının başında gelmektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından Türkiye genelini temsil eden 6 bin 228 hanede yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması”na göre her 10 yurttaşımızdan 7’sinin okuryazarlık düzeyi yetersiz ya da sınırlıdır. Bu araştırmanın verileri, sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olarak kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Benzer biçimde veriler, yetersizlik durumu yaş gruplarıyla korele biçimde artarak 65 ve üzeri yaş grubunda %65,5’e yükseldiğini göstermektedir. COVID-19 açısından en büyük risk gruplarından birisini oluşturan 65 ve üzeri yaş grubunda sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sorunlu – sınırlı olma durumu ise %90,4’e ulaşmaktadır (**Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2019**).

Araştırma sonuçları COVID-19 ile mücadelesinin ayrılmaz bileşenleri olan maske, mesafe ve hijyen önlemleri ile birlikte yorumlandığında; bugün sergilendiği gibi yurttaşı suçlamak ve adeta bulaş ile ölümlerin suçunu ona yüklemeye kalkışmak yerine, Türkiye’nin uzun yıllara giden bu sorunu karşısında daha farklı politika ve uygulamalara yönelmenin gerektiği açıktır.

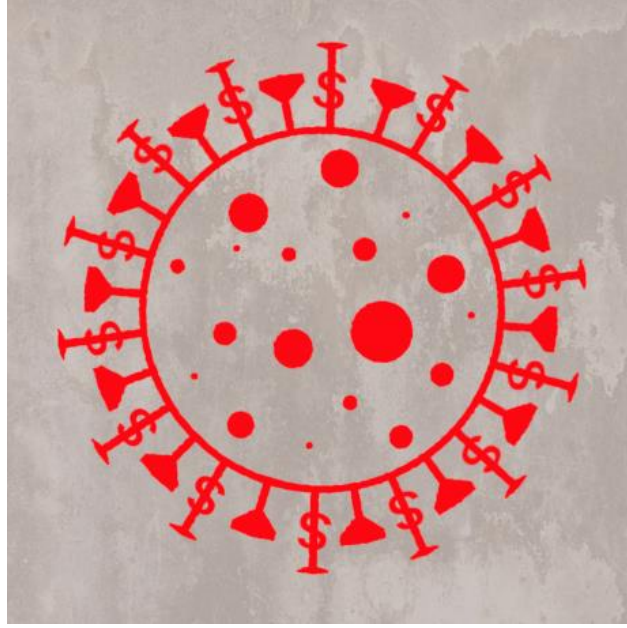
### **Fırsatlar**

SARS-cov-2 belki de bugüne kadar olan sağlık sorunlarının tümünden daha yetkin biçimde dünyanın ve sağlığın tek olduğunu gösterdi. Dünyanın “öte yanında” ortaya çıkan bir sorunun birkaç ay içerisinde nasıl olup da dünyanın tümünü etkisi altına aldığını ve türsel bir bakışla hayvanları ve doğayı önemsemeyen insanın nasıl olup da kendisini tehlikeye attığını kanıtladı. Bu çerçevede her geçen gün güçlenecek biçimde doğaya saygılı yeni bir uygarlık doktrininin şekillenmesine katkı sundu. Benzer biçimde bilimsel araştırma sonuçlarının kontrol mücadelesine katkısı ve bilimsel dergilerin yayınlanan araştırma verilerini ücretsiz olarak dünyaya açması küresel düzeyde dayanışmacı bir fikriyatın güçlenmesine vesile oldu.

Hiç kuşku yok ki, özellikle siyaset alanı, dünyanın pek çok ülkesinde hâlâ eski köhnemiş dünyanın içe kapanmacı, izolasyon yanlısı ve göçmen – öteki karşıtlığı temelinde şekillenmiş durumda. Bir kez daha tez ve antitez karşı karşıya aslında. O nedenle **küresel düzeyde süren pandemi mücadelesi** bu yönüyle hem bir fırsatı hem bir tehditi bünyesinde barındırmakta. Kendisini dünya uygarlığının bir parçası olarak gören, tüm dünyanın farklılığını bir zenginlik olarak tarifleyen, evrensel düzeyde dayanışma ağları geliştiren ve ötekinin acı – ölümünü kendisinin “başarısı”na gerekçe yapmak yerine onun kaybından keder duyan bir gelecek tahayyülü COVID-19 musibetinin dünyaya sunduğu bir fırsattır.

**Kapitalizmi sorgulayan tar-**

**tışmaların artışı** başka bir fırsat alanıdır. Çünkü her ne kadar SARS-cov-2'nin herkesi etkisi altına alma açısından demokratik ve eşitlikçi bir virüs olduğu iddia edilmişse de, kapitalizmin mührünü nakşettiği insan uygarlığında virüsün yol açtığı COVID-19 eşitsiz bir hastalıktır. Yoksullar, yoksunlar, yaşlılar, siyahlar,... Ve bil cümle ötekiler, toplumsal eşitsizliğin bir sonucu olarak daha çok hastalığa yakalanmakta ve ölmektedirler. Aslında SARS-cov-2, bir “musibet” olarak



insan uygarlığının insafsızlığını ifşa etmektedir. Küresel kapitalizmin hegemonik ülkesi olan Amerika Birleşik Devletleri'nin COVID-19 salgınıyla baş edememesi ve Avrupa ülkelerinin sağlık alt yapısının pandemiye karşılayamaması, dünya genelinde uzun bir süredir devam eden antikapitalist söylem ve yönelimleri derinleştirip zenginleştirdi.

Devletlerin “refah devleti” yerine “tüccar devlete” dönüşmesinin bedelini yurttaşlar canlarıyla öderken, popülist siyasetin aktörleri, bu ölümlerin bedelinden “günah keçileri” icat ederek kurtulmaya çalıştı. Oysa COVID-19'un nedeni “Yarasa Yiyen Çinliler”, ne de “Siyonistler”di. Aksine SARS-cov-2, insanın türsel bir bakışla doğayı sermayenin kazancı uğruna tahrip ve talan etmesinin bir sonucuydu. Tıpkı COVID-19'un yıkıcı etkisinin altında yatan temel faktörlerin; insanı önemsemeyen bir büyüme ve kalkınma fetişizminin, metayı insana ve hayata yeğ tutan neoliberal doktrinin ve bu ideoloji üzerinde şekillenen sağlık sisteminin sonucu olduğu gibi...

Öte yandan günümüzün çağdaş ve gelişmiş demokratik ülkelerinde dün kendi başlarına yaşamdan yalıtılmış akıllı evlerinde özgür bireyler olarak yaşayan insanların, bugün pandemi ortamında o akıllı evlerde günlerce önce ölmüş bedenleriyle bulunması, üçüncü bin yılın uygarlığının getirdiği yabancılaşma ve kapitalizmin var ettiği toplumsal yapı hakkında yeter düzeyde fikir verdi. Benzer biçimde yaşlı ve bakıma gereksinim duyan insanların devlete ait huzurevlerinin aksine kâr amacı taşıyan çok yıldızlı özel huzurevlerinde kitlesel biçimde ölümleri bir kez daha kamunun ve sosyal devlet uygulamalarının önemini hissettirdi. Tüm bunların ötesinde SARS-cov-2'nin neden olduğu COVID-19, tek bir dünyanın ve tek bir sağlığın olduğunu, bu dünyada artık hiçbir yerin uzak olmadığını, ulus devletlerin izolasyonist politikaların insanlığı yok oluşturma sürüklediğini ve insanın tür ek senli neoliberal bakış açısının kendi sonunu getirecek bir körlükle malû olduğunu gösterdi.



## Tehditler

Türkiye’de sürdürülen COVID-19 pandemisi kontrolünü tehdit eden en önemli unsur **demokratik olmayan yönetim tarzıdır**. Bilindiği üzere Türkiye’deki hükûmet sistemi, 21 Ocak 2017 tarihli 6771 sayılı Anayasa Değişikliği Kanun’unun 16 Nisan 2017 tarihli referandumda onaylanması sonrasında “Cumhurbaşkanlığı Hükûmet Sistemi”ne dönüştü. Bu sistemin en büyük dezavantajı, Türkiye’nin ağır aksak dahi olsa işleyen nispeten çoğulcu parlamenter rejimi yerine kişiye bağımlı bir yönetsel tarza dayanmasıdır. Sistem toplum genelindeki farklı grupların kendilerini ifade ettikleri ve potansiyel olarak edebilecekleri Türkiye Büyük Millet Meclisi’ni işlevsizleştirmiş, pek çok konuda yürütmenin icra organı olan Bakanlıkları dahi önemsizleştirmiştir. Toplumsal sorunlar karşısında farklı fikir, yaklaşım ve önerilerin demokratik bir zeminde müzakeresini “zaman kaybı” ve “istikrarsızlık ögesi” olarak yorumlayan Cumhurbaşkanlığı Hükûmet Sistemi, devlet aygıtının oldukça eğilimli doğasını da yeniden biçimlendirerek her bir alanı şeffaf olmayan, tek bir düşüncenin onaylanılmasının istendiği, hesap verebilirlikten uzak otokratik bir yapıya dönüştürdü.

Ne yazık ki sağlık hizmet alanı da bu dönüşümden nasibini aldı. Bugün itibarıyla COVID-19 pandemisi kontrolü için alınan kararların gerekçelerinin tamamı toplumdan gizlenmekte ve salgın verileri, diğer pek çok ülkelere aksine kısıtlı ve gerçekliği yansıtmayacak biçimde kamuoyu ile paylaşılmaktadır. Toplumun geleceğini etkileyen COVID-19 gibi bir halk sağlığı sorunu karşısında tıp ve sosyal bilimlerin alanının temsilcileri, sorunu kontrol etmeye çalışırken hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının örgütleri ve bir bütün olarak kendi yaşam hakkını savunması gereken toplum salgın kontrol mücadelesinden uzaklaştırılarak pasif olarak alınan kararları izleyen ve uygulaması istenen bir nesneye dönüştürülmüştür. Kuşkusuz bu politika toplumun alınan kararları içselleştirmemesi ve uygulamaya dönüştürmemesi gibi bir sonucu da doğurmuştur. Bu nedenle ivedilikle TBMM başta olmak üzere her bir alanda demokratik temsil ve farklı grup ve düşüncelerin birbiriyle müzakere etmesine olanak tanıyan bir demokratikleşme hamlesine ihtiyaç vardır. COVID-19’un yaşamımızı ve geleceğimizi tehdit ettiği düşünülerek bu demokratikleşme hamlesinin bugünden sağlık hizmet alanından başlaması ertelenemez bir gerekliliktir.

COVID-19 pandemi mücadelesi açısından başka bir tehdit de ülkenin içerisinde bulunduğu **ekonomik kriz** ve **sağlığın ticarileştirilmiş olması**dır. Türkiye’nin yüksek dış borç ve açık ile pandemiye yakalanmış olması hiç kuşku yok ki salgının toplum genelinde yaratacağı işsizlik ve yoksullaşmayı derinleştirecektir. Öte yandan bu kriz ortamında azalan hane halkı giderlerinin aksine sağlık hizmet alanının ticarileştirilmiş olması nedeniyle ev halkı sağlık harcamaları her geçen gün artmaktadır. Bu çerçevede 3 Eylül 2020 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan Ağustos 2020 Tüketici Fiyat Endeksi’nde hane halkı harcamalarının yıllık değişim oranında en fazla artışın sağlık alanında olduğunun tesbit edilmiş olması dikkat çekicidir.

Sağlıklı yaşamının en önemli belirleyicisinin gelir (sınıf) olduğu dikkate alındığında, pandeminin Türkiye'ye getirdiği yükün etkisi önümüzdeki süreçte her geçen gün artacaktır.

**Kaynak:**

- **Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.** (2019) Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü. Erişim Tarihi 1 Eylül 2020, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
- **Türkiye İstatistik Kurumu.** (2020) Tüketici Fiyat Endeksi, Ağustos 2020. Sayı: 33869, 3 Eylül 2020. Erişim Tarihi 8 Eylül 2020, <http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do?İd=33869>

# SALGIN TARİHİ



## KÜRESEL COVID-19 KRONOLOJİSİ

**Özgür Erbaş**

Avukat, TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi

### 7 Temmuz

- Afrika Kalkınma Bankası 2020 Görünüm Raporunda 49 milyon Afrikanın daha pandemi ve sonrasında aşırı yoksulluğa itilebileceğini, Batı ve Orta Afrikanın süreçten en fazla etkilenen bölgeler olacağını açıkladı.<sup>1</sup>
- Kenya okulların 2021'e kadar kapalı kalacağını açıkladı.<sup>2</sup>
- Dünya Sağlık Örgütü Amerika kıtasında Latin Amerika, Karayipler'de vaka sayısının 5,9 milyona ulaştığını açıkladı.<sup>3</sup>
- ABD Başkanı Donald Trump, DSÖ'den çekilme için ABD Kongresine ve BM'ye bilgi verdi.<sup>4</sup>
- Brezilya Devlet Başkanı Jair Bolsonaro'nun COVID-19 test sonucunun pozitif olduğu açıklandı.<sup>5</sup>

### 8 Temmuz

- Özbekistan vaka sayılarındaki artış nedeniyle 10 Temmuz-1 Ağustos arasında ikinci kısıtlama başlatacağını duyurdu
- İran'da bir günde 200 kişi hayatını kaybetti, bu Şubat ayında COVID-19 salgınının başlamasından bu yana tek günlük en yüksek ölüm oranı olarak açıklandı.<sup>6</sup>
- ABD'de Arizona ve Florida'da yoğun bakım servislerinin tümüyle dolduğu bildirildi.<sup>7</sup>

### 9 Temmuz

- Afrika'da vaka sayılarının 500 Bini aşması nedeniyle daha fazla test yapılması için çağrı yapıldı.<sup>8</sup>

<sup>1</sup> <https://www.afdb.org/en/news-and-events/press-releases/post-covid-19-africas-growth-stands-rebound-3-2021-african-development-bank-says-african-economic-outlook-2020-supplement-36768>

<sup>2</sup> <https://www.bbc.com/news/world-africa-53325741>

<sup>3</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-latam/covid-19-cases-hit-5-9-million-in-americas-half-in-latin-america-caribbean-who-idUSKBN248290>

<sup>4</sup> <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-53327906>

<sup>5</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-brazil-bolsonaro/brazils-bolsonaro-tests-positive-for-coronavirus-idUSKBN24828N>

<sup>6</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/iran-reports-highest-one-day-covid-19-deaths-outbreak-200708100715125.html>

<sup>7</sup> <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/07/08/coronavirus-live-updates-us/>



- Endonezya salgında bir günlük en yüksek vaka artışını açıkladı; 2 bin 657 yeni vakanın yarısına yakınının askeri eğitim merkezinde görüldüğü belirtildi.<sup>9</sup>
- Gana'da sağlık örgütleri Haziran sonu itibariyle 779 sağlık çalışanının COVID-19'a maruz kaldığını ve durumun giderek ağırlaştığını belirterek hükümetin koruyucu ekipman ve diğer önlemleri sağlaması gerektiğini açıkladı.<sup>10</sup>
- ABD'de dört eyalette 10 günlük dönemde altıncı defa günlük en yüksek vaka açıklandı.<sup>11</sup>

## 10 Temmuz

- Rusya'da verilerin gözden geçirilmesiyle COVID-19 kaynaklı ölümlerin açıklanının üç katından fazla olduğu belirtildi.<sup>12</sup>
- ABD'de tek günde 63 bin 200 kişiye teşhis konuldu.<sup>13</sup>

## 12 Temmuz

- Avustralya'da iki eyalette yeniden açılma dönemi sonrası vaka sayılarında artışı başladığı açıklandı.<sup>14</sup>
- ABD Başkanı Donald Trump salgın başladığından beri ilk defa kamusal alanda maske kullanırken görüntülendi.<sup>15</sup>
- Güney Afrika'da vaka sayılarındaki ve hastaneye yatıştaki artış nedeniyle sokağa çıkma ve alkol satışı yasağını yeniden gündemine aldı.<sup>16</sup>
- Florida'da tek günde 15 bin 300 yeni vaka tespiti ile rekor sayıda günlük artış yaşandı.<sup>17</sup>

## 13 Temmuz

- Uluslararası Af Örgütü (AI) kendi araştırmasıyla hazırladığı raporda dünyada 3 Binden fazla sağlık çalışanının COVID-19'dan öldüğünü açıkladı. Raporda salgına karşı güvenlik talep eden sağlık çalışanlarının işten çıkarılma, gözaltı ve tutuklamayla tehdit edildiği belirtildi.

18

<sup>8</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-africa/africa-urged-to-test-more-as-coronavirus-cases-exceed-500000-idUSKBN24A156>

<sup>9</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-indonesia/indonesia-posts-worst-daily-rise-in-covid-19-cases-after-outbreak-among-military-cadets-idUSKBN24A1JC>

<sup>10</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-ghana/ghana-health-workers-warn-of-potential-covid-19-calamity-idUSKBN24A2I3>

<sup>11</sup> <https://www.nytimes.com/2020/07/09/world/coronavirus-updates.html>

<sup>12</sup> <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-07-10/russia-more-than-triples-covid-19-death-toll-in-revised-data>

<sup>13</sup> <https://www.cnn.com/2020/07/10/us-reports-record-single-day-spike-of-63200-new-coronavirus-cases.html>

<sup>14</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-australia/australias-victoria-state-marks-week-of-triple-digit-coronavirus-cases-idUSKCN24D01Y>

<sup>15</sup> <https://nymag.com/intelligencer/2020/07/trump-finally-wears-a-face-mask-in-public-covid-19.html>

<sup>16</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-safrica/south-africa-reimposes-alcohol-ban-curfew-as-coronavirus-cases-spike-idUSKCN24D0QU>

<sup>17</sup> <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/07/12/coronavirus-update-us/>

<sup>18</sup> <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/07/health-workers-rights-covid-report/#:~:text=Governments%20must%20be%20held%20accountable,health%20workers%20around%20the%20world.>

- Arjantin’de toplam vaka sayısının 100 bini geçtiği açıklandı.<sup>19</sup>
- Kazakistan’da sokağa çıkma yasağının iki hafta daha uzatıldığı açıklandı.<sup>20</sup>
- Kaliforniya’nın kamu okul bölgelerinin en büyüğü olan Los Angeles ve San Diego’da sonbahar döneminde sadece uzaktan eğitim yapılacağı açıklandı.<sup>21</sup>
- New York’ta salgının başladığından beri ilk defa 24 saatte yeni ölümün olmadığı açıklandı.<sup>22</sup>

## 14 Temmuz

- ABD’de merkezi yönetim vaka sayılarının CDC’ye değil doğrudan hükümete gönderilmesi için hastanelere talimatı verdi.<sup>23</sup>
- Hong Kong’da Disneyland yeniden açılıştan bir ay sonra kapatıldı.<sup>24</sup>
- Rusya’da 6 bin 248 yeni vaka sayısı açıklandı. Toplam vaka sayısı 739 bin 947’ye çıkarak dünyada en fazla vaka görülen dördüncü ülke oldu. Son 24 saat içinde 175 kişinin öldüğü, hayatını kaybedenlerin sayısının 11 bin 614’e çıktığı açıklandı.<sup>25</sup>
- Toplam küresel vaka sayısı, 8 Temmuz ile 13 Temmuz arasında 1.061.600 artarak 13 milyonu aştı. Önceki bir hastalık döneminde yeni vaka sayısının 1 milyondan fazla olduğu belirtildi.<sup>26</sup>

## 15 Temmuz

- Belçika’da vaka sayılarındaki artışa rağmen yeniden açılma adımlarına yenileri ekleniyor.<sup>27</sup>
- Güney Afrika Sağlık Bakanlığı vaka sayısının 300 bini aştığını açıkladı.<sup>28</sup>
- ABD’de Oklahoma Valisinin COVID-19 test sonucunun pozitif olduğu açıklanırken 46 eyalette yedi günlük yeni vaka sayısı ortalamasındaki artış önceki iki haftanın üzerine çıktı.<sup>29</sup>

## 16 Temmuz

- Peru Sağlık Bakanlığı 3 Bin 862 yeni vakası açıkladı, toplam vaka sayısının 341 bin 586’ya çıktığı ülke Brezilya’nın ardından bölgede en yüksek vaka görülen ikinci ülke oldu.<sup>30</sup>

<sup>19</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-argentina/argentina-exceeds-100000-cases-of-novel-coronavirus-idUSKCN24E00J>

<sup>20</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-kazakhstan/kazakhstan-to-extend-coronavirus-lockdown-by-two-weeks-idUSKCN24E1RL>

<sup>21</sup> <https://www.nytimes.com/2020/07/13/us/lausd-san-diego-school-reopening.html>

<sup>22</sup> <https://edition.cnn.com/2020/07/13/health/new-york-city-coronavirus-zero-deaths/index.html>

<sup>23</sup> <https://www.nytimes.com/2020/07/14/us/politics/trump-cdc-coronavirus.html>

<sup>24</sup> <https://www.nytimes.com/2020/07/13/business/hong-kong-disneyland-closing.html>

<sup>25</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-russia-cases/russia-confirms-more-than-6200-new-coronavirus-cases-idUSKCN24F001>

<sup>26</sup> <https://edition.cnn.com/2020/07/14/world/million-coronavirus-cases-five-days-intl/index.html>

<sup>27</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-belgium-belgium-holds-off-on-further-easing-steps-as-covid-cases-turn-higher-idUSKCN24G24E>

<sup>28</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-safrica/south-africa-covid-19-cases-set-to-reach-300000-despite-early-lockdown-idUSKCN24G258>

<sup>29</sup> <https://www.wsj.com/articles/coronavirus-latest-updates-07-15-2020-11594798680>

<sup>30</sup> <https://edition.cnn.com/world/live-news/coronavirus-pandemic-07-16-20-intl/index.html>

- Brezilya Sağlık Bakanlığı 45 bin 403 yeni koronavirüs vakası açıkladı, ülkede vaka sayısı 2 milyon 12 bin 151'e çıktı. Ülkede toplam can kaybı 76 bin 688 oldu.<sup>31</sup>
- NASA James Webb Uzay Teleskobunun fırlatılma tarihini salgın ve teknik zorluklar nedeniyle 2021'e ertelendiğini açıkladı.<sup>32</sup>
- Japonya'da yeniden açılma dönemiyle birlikte üç aylık dönemin en yüksek vaka sayısı olarak 600 kişinin hastalandığı açıklandı. Başkent Tokyo'da tek günlük vaka sayısı 286 oldu.<sup>33</sup>
- Hindistan'da özellikle kırsal alandaki yükselişlerle birlikte vaka sayısının 1 milyona yaklaştığı açıklandı.<sup>34</sup> Ardından Hindistan'ın dünyada vaka sayısı 1 milyonu geçen üçüncü ülke olduğu duyuruldu. ABD'nin vakası sayısı 3 milyon 600 bin, Brezilya'nınsa 2 milyon.<sup>35</sup>
- İtalya, COVID-19 nedeniyle Sırbistan, Kosova ve Karadağ'dan girişi yasakladı.<sup>36</sup>
- ABD'de Georgia eyaleti Valisi COVID-19 salgınında yayılmanın durdurulması için yerel yönetimin kamusal alanlarda maske kullanım zorunluluğuna dair kararlarını iptal ederek yönetimin daha hafif düzenlemeler yapması gerektiğini açıkladı.<sup>37</sup>

## 17 Temmuz

- ABD, Kanada ve Birleşik Krallık yetkilileri Rus hackerların, aşı geliştirilen enstitülere yönelik siber saldırı başlattıklarını açıkladı.<sup>38</sup>

## 21 Temmuz

- ABD, Çin'i aşı çalışmalarına yönelik hacker saldırıları düzenlemekle suçladı.<sup>39</sup>
- Çin yurtdışından gelen tüm yolcuların COVID-19 negatif sonuçlarını belgelemelerini istediğini duyurdu.<sup>40</sup>

## 22 Temmuz

- Fransa Sağlık Bakanlığı son 24 saat içinde 998 yeni vaka olduğunu, teyit edilen vakaların 178 Bin 336'a çıktığını açıkladı.<sup>41</sup>

<sup>31</sup> <https://edition.cnn.com/world/live-news/coronavirus-pandemic-07-16-20-intl/index.html>

<sup>32</sup> <https://edition.cnn.com/world/live-news/coronavirus-pandemic-07-16-20-intl/index.html>

<sup>33</sup> <https://english.kyodonews.net/news/2020/07/c74593dc690f-breaking-news-tokyo-likely-to-report-record-of-over-280-new-covid-19-cases-koike.html>

<sup>34</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-india/india-coronavirus-cases-near-one-million-driven-by-surge-in-rural-areas-idUSKCN24H1H2>

<sup>35</sup> <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-07-17/india-becomes-third-country-to-cross-1-million-coronavirus-cases>

<sup>36</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-italy-ban/italy-bans-entry-from-serbia-kosovo-and-montenegro-due-to-covid-19-statement-says-idUSKCN24H1K8>

<sup>37</sup> <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/07/16/891718516/georgias-governor-issues-order-rescinding-local-mask-mandates>

<sup>38</sup> <https://edition.cnn.com/2020/07/16/politics/russia-cyberattack-covid-vaccine-research/index.html>

<sup>39</sup> <https://www.voanews.com/usa/us-accuses-chinese-hackers-targeting-covid-19-research>

<sup>40</sup> <https://www.livemint.com/news/world/china-requires-negative-covid-19-tests-for-arriving-air-passengers-11595317334601.html>

<sup>41</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

- Mısır'da kafe ve restoranların çalışma saatlerini 22:00'dan gece yarısına uzatılırken, 26 Temmuz'dan itibaren yüzde 50 kapasitede çalışmasına izin verildiğini açıkladı.<sup>42</sup>
- Dünya Sağlık Örgütü 2021'den önce aşı geliştirilmesinin mümkün olmadığını açıkladı.<sup>43</sup>
- İspanya Turizm Bakanı Katalonya'daki vakalarında yeniden yükselişinin kontrol altına alındığını ve Fransa'nın sınırı kapatmasına gerek olmayacağını umduğunu söyledi.<sup>44</sup>
- Güney Afrika'da binlerce restoran ve bar sahibi, saat 9'dan sonra alkol dahil satış yapılmasını yasaklayan kurallara karşı ülke çapında protesto için tesislerinin dışındaki sokaklara masa ve sandalyeler yerleştirdi.<sup>45</sup>
- Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığı son 24 saatte 44 kişinin öldüğünü ve 2 bin 313 kişinin de hastalığa yakalandığını, toplam vaka sayısının 258 bin 156'ya ulaştığını, 2 bin 601 kişinin öldüğünü, 210 bin 298 kişinin iyileştiğini açıkladı.<sup>46</sup>
- Katar Sağlık Bakanı, toplam doğrulanmış vaka sayısını 163 ölüm ve 104 bin 641 iyileşen olmak üzere 107 bin 871'e yükseldiğini söyledi.<sup>47</sup>
- Kongo Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı Felix Tshisekedi, koronavirüs salgını kaynaklı sağlık acil durumunu kaldırdı ve iş alanlarının, okulların ve sınırların üç aşamada yeniden açılması emrini verdi.<sup>48</sup>
- İran Tıp Konseyi temsilcisi Hüseyin Kermanpur, salgınla mücadele ederken 90'ı doktor 28'i hemşire toplam 138 sağlık çalışanının öldüğünü söyledi. İran'da bugüne kadar 12 bin sağlık çalışanı enfekte oldu.<sup>49</sup>
- Hindistan, vakaların artmaya devam etmesi nedeniyle tarihi Hindu hac törenini tarihinde ilk kez iptal etti.<sup>50</sup>
- Dünyada vaka sayısı 15 milyonu geçerken ABD'de vaka sayısının 3 milyon 910 bin olduğu açıklandı.<sup>51</sup>

<sup>42</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>43</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>44</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>45</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>46</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>47</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>48</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>49</sup> <http://www.pavvand.com/news/20/jul/1024.html>

<sup>50</sup> <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/trump-urges-americans-wear-masks-curb-coronavirus-live-200721233328914.html>

<sup>51</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-global-cases/global-coronavirus-cases-exceed-15-million-reuters-tally-idUSKCN24N0KK>

## 25 Temmuz

- ABD’de Florida eyaletinde düzenlenen “salgın partilerinden” sonra hastaneye yatışlar üç hafta içinde yüzde 79 arttı.<sup>52</sup>
- Birleşik Krallık, adalar dahil İspanya’nın “seyahat koridoru” listesinden çıkarıldığını, buradan gelenlerin iki haftalık izolasyona tabi olacağını açıkladı.<sup>53</sup>
- Vietnam yüz gün içinde ilk vakayı açıkladı.<sup>54</sup>
- Güney Kore’de 113 günlük vakayla Mart ayından bu yana en yüksek günlük vaka artışı yaşandı.<sup>55</sup>
- Kuzey Kore şüpheli vaka nedeniyle sınıra yakın bölgelerde sokağa çıkma yasağı kararı aldığını açıkladı.<sup>56</sup>

## 26 Temmuz

- Kuzey Kore ilk vakasını açıkladı.<sup>57</sup>

## 27 Temmuz

- Birleşik Krallıkta evcil bir kedide COVID-19 saptandı. Evcil hayvanların insanlar tarafından öpülmemesi uyarısı yapıldı.<sup>58</sup>

## 28 Temmuz

- Çin'de 105 yeni vaka açıklandı.<sup>59</sup>

## 30 Temmuz

- İspanya Sağlık Bakanlığı son 24 saatte bin 153 yeni vaka belirlendiğini, bunun 1 Mayıs'tan bu yana görülen en yüksek artış olduğunu açıkladı.<sup>60</sup>

## 1 Ağustos

- Kuveyt 31 yüksek riskli ülkeden ticari uçuşları yasakladığını açıkladı.<sup>61</sup> Yasak kapsamına alınan ülkeler arasında Hindistan, Pakistan, Mısır, Filipinler, Lübnan, Sri Lanka, Çin, İran, Brezilya, Meksika, İtalya ve Irak da var.
- Meksika salgın nedeniyle yaşam kaybına göre ABD ve Brezilya'nın ardından dünyanın üçüncü ülkesi oldu.<sup>62</sup>

<sup>52</sup>[https://bi.ahca.myflorida.com/t/ABICC/views/Public/COVIDHospitalizationsCounty?%3AshowAppBanner=false&%3Adisplay\\_count=n&%3AshowVizHome=n&%3Aorigin=viz\\_share\\_link&%3AisGuestRedirectFromVizportal=v&%3Aembed=v%20%20%20%20%20%20%20%23%23%23](https://bi.ahca.myflorida.com/t/ABICC/views/Public/COVIDHospitalizationsCounty?%3AshowAppBanner=false&%3Adisplay_count=n&%3AshowVizHome=n&%3Aorigin=viz_share_link&%3AisGuestRedirectFromVizportal=v&%3Aembed=v%20%20%20%20%20%20%20%23%23%23)

<sup>53</sup> <https://www.gov.uk/government/news/spain-removed-from-travel-corridors-exemption-list>

<sup>54</sup> <https://www.nytimes.com/2020/07/25/world/asia/coronavirus-vietnam.html>

<sup>55</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea/south-korea-reports-113-new-coronavirus-cases-most-since-march-idUSKCN24Q01Y>

<sup>56</sup> <https://www.washingtonpost.com/>

<sup>57</sup> <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-northkorea/north-korea-reports-first-suspected-case-of-covid-19-kcna-idUSP8N2B8028>

<sup>58</sup> <https://www.theguardian.com/world/2020/jul/27/pet-cat-diagnosed-with-covid-19-uk-government-confirms>

<sup>59</sup> <https://www.foxnews.com/world/china-sees-spike-in-covid-19-cases-6-months-after-who-declares-coronavirus-a-health-emergency>

<sup>60</sup> <https://english.elpais.com/society/2020-07-30/spain-records-1153-daily-coronavirus-cases-the-highest-figure-since-may-1.html>

<sup>61</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-airlines-kuwait/kuwait-bans-flights-to-31-high-risk-countries-due-to-coronavirus-idUSKBN24X3QC>

<sup>62</sup> <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-53618808>

## 2 Ağustos

- Filipinlerde toplam vaka sayısı 100 Bini geçti; vaka sayısı 103 bin 185'e, hayatını kaybedenlerin sayısı ise 2 bin 59'a çıktı.<sup>63</sup>

## 11 Ağustos

- Fransa'da Mayıs ayı itibariyle turizm hedefli kısıtlamaların kaldırılmasının ardından bin 397 günlük vaka ile en yüksek sayıya çıkıldığı açıklandı.<sup>64</sup>

## 12 Ağustos

- Ürdün artan vakalar nedeniyle Suriye sınırını kapatma kararı aldı.<sup>65</sup>
- Yunanistan'da günlük vaka sayısı 262 oldu; salgın başladığından bu yana görülen en yüksek günlük vaka sayısı olduğu açıklandı.<sup>66</sup>

## 14 Ağustos

- Yeni Zelanda'da 102 gün vaka görülmeyen dönemin ardından 29 vakaya rastlanması nedeniyle kısıtlama kararı alınan Auckland'da sürenin 12 gün uzatılmasına karar verildi.<sup>67</sup>

## 18 Ağustos

- ABD'de üniversitelere giriş için yapılan SAT sınavları, sağlık koşullarındaki endişe nedeniyle iptal edildi.<sup>68</sup>

## 19 Ağustos

- Brezilya Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkede vaka sayısı 3 milyon 407 bin 354'e, hayatını kaybedenlerin sayısı da 109 bin 888'e çıktı.<sup>69</sup>
- İspanya Sağlık Bakanlığı Mayıs ayından beri görülen en yüksek ölüm sayısını açıkladı.<sup>70</sup>

<sup>63</sup> <https://english.kyodonews.net/news/2020/08/804c756fe1f4-philippine-cases-of-covid-19-top-100000.html>

<sup>64</sup> <https://www.bbc.com/news/world-europe-53745481>

<sup>65</sup> <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-jordan-border-crossin/jordan-to-close-border-with-syria-after-spike-in-covid-19-cases-idUSL1N2FE0IK>

<sup>66</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-greece/greece-registers-262-new-coronavirus-cases-highest-daily-tally-idUSKCN2582GR>

<sup>67</sup> <https://www.bbc.com/news/world-asia-53776045>

<sup>68</sup> <https://www.forbes.com/sites/susanadams/2020/08/18/the-august-sat-is-cancelled-for-nearly-half-of-students/#4d76b3fa7972>

<sup>69</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-brazil/brazil-coronavirus-cases-top-3-4-million-death-toll-nears-110000-idUSKCN25E2T6>

<sup>70</sup> <https://www.ft.com/content/f638c7f3-dabb-3b62-87f3-695f4c23d632>



## 20 Ağustos

- Kolombiya’da vaka sayısı 500 bini aşarken hayatını kaybedenlerin sayısı 15 bin 979’a çıktı.<sup>71</sup>
- Mısır, vatandaşları dahil yurtdışından gelen herkesten 1 Eylül’den itibaren COVID-19 PCR test negatif sonuç belgesi isteneceğini duyurdu.<sup>72</sup>

## 22 Ağustos

- Almanya’da günlük vaka sayısı 2 bin 34 oldu; Nisan ayından itibaren görülen en yüksek vaka sayısına ulaşıldığı açıklandı.<sup>73</sup> Almanya’da toplam vaka sayısı 233 bin 353, toplam ölü sayısı ise 9 bin 272.

## 24 Ağustos

- İtalya’da Mayıs ayından itibaren ilk defa günlük bin vaka görüldüğü açıklandı.<sup>74</sup>
- Güney Kore’de 397 yeni vaka belirlendiği, bunun Mart ayından beri görülen en yüksek günlük vaka artışı olduğu belirtildi. Güney Kore’de 17 bin 399 vaka, 309 ölüm görüldü.<sup>75</sup>
- Güney Kore’de 2 bin okulda başlanan yüzyüze eğitim, 280’den fazla öğrencinin COVID-19 testinin pozitif çıkması üzerine durduruldu.<sup>76</sup>

## 27 Ağustos

- Latin Amerika’da vaka sayısı 7 milyonu geçti.
- Macaristan, 1 Eylül’den itibaren yabancılara sınırlarını kapatacağını duyurdu.<sup>77</sup>

## 28 Ağustos

- Fransa’da 6 bin 111 yeni vaka görüldü; Mart ayından itibaren görülen en yüksek vaka sayısı olarak kayda geçti.<sup>78</sup>

## 31 Ağustos

- Hindistan’da günlük vaka sayısı 78 bini geçti. Hindistan’da toplam vaka sayısı 3 milyon 600 Bini, hayatını kaybedenlerin sayısı 64 bin 469’u buldu.

<sup>71</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-colombia/colombia-passes-half-a-million-coronavirus-cases-as-deaths-approach-16000-idUSKCN25F2UN>

<sup>72</sup> <https://eg.usembassy.gov/alert-pcr-testing-and-other-covid-19-updates/>

<sup>73</sup> [https://www.upi.com/Top\\_News/World-News/2020/08/22/COVID-19-Germany-reports-largest-daily-spike-in-cases-since-April/8221598106125/](https://www.upi.com/Top_News/World-News/2020/08/22/COVID-19-Germany-reports-largest-daily-spike-in-cases-since-April/8221598106125/)

<sup>74</sup> <https://www.theguardian.com/world/live/2020/aug/22/coronavirus-live-news-global-deaths-near-800000-australian-state-of-queensland-brings-in-new-restrictions>

<sup>75</sup> <https://www.aap.com.au/s-korea-records-rise-in-covid-19-cases/>

<sup>76</sup> <https://www.usnews.com/news/world-report/articles/2020-08-24/south-korea-stops-in-person-instruction-at-2-000-schools-amid-surge-in-coronavirus-cases>

<sup>77</sup> <https://www.politico.eu/article/coronavirus-hungary-to-close-borders-starting-september-1/>

<sup>78</sup> <https://www.france24.com/en/20200827-france-records-more-than-6-000-new-covid-19-cases-highest-figure-since-april>



## ULUSAL COVID-19 KRONOLOJİSİ

### Özgür Erbaş

Avukat, TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi

#### 7 Temmuz

- İçişleri Bakanlığı valiliklere “Covid- 19 Tedbirleri Kapsamında Denetimler” konulu genelge göndererek tedbirlerin uygulanmasında valilerin denetim yapacağını duyurdu.<sup>79</sup>

#### 8 Temmuz

- Kültür ve Turizm Bakanlığı 01 Haziran 2020 itibarı ile açılan müze ve örenyerlerine ilave olarak Bakanlığa bağlı bazı türbelerin 10.00-17.00 saatleri arasında, örenyerlerinin ise 10.00-19.00 saatleri arasında ziyarete açıldığını duyurdu.<sup>80</sup>
- Sağlık Bakanı 8 ilde asker uğurlamalarının yasaklandığını, cenaze merasimi, taziye, mevlit, toplu ibadet kaynaklı riskler için önlemler, pazar yerlerinde yaptırım içeren tedbirler, düğün, nişan gibi törenlerde toplum sağlığı adına ‘gözlemci’ bulundurulması yönünde hazırlıklar başlatıldığı bilgisini verdi.<sup>81</sup>

#### 21 Temmuz

- İçişleri Bakanlığı valiliklere gönderdiği lokanta / restoran / kafe / kiraathane ve benzeri işyerlerinin çalışma saatine ilişkin Genelgede, çalışma saatinin akşam 10’dan 12’ye alındığı, 21 Temmuz’dan itibaren lokanta, restoran, kafe, kafeterya, çorbacı, kokoreççi, çiğ köfteci, kiraathane, kahvehane, çay bahçesi, dernek lokali vb. İşletmelerin çalışma saatlerine yönelik kısıtlamaların kaldırıldığı duyuruldu.<sup>82</sup>
- İçişleri Bakanlığı valiliklere “Covid-19 Tedbirleri Kapsamında Denetimler” konulu Genelge göndererek valilerin yönetimi ve koordinasyonunda 22 Temmuz Çarşamba günü, polis, jandarma, zabıta, sağlık, tarım, müftülük ve ilgili meslek odalarının katılımıyla, şehir içi ve şehirlerarası toplu ulaşım araçları, ticari taksiler, berber, kuaför, düğün/nikah salonları, camiler, restoran, kafe, kiraathane, pazar yerleri, sinema, tiyatro ve diğer kültürel aktivite yerleri, lunapark ve tema-

<sup>79</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/tum-turkiyede-valiler-koronavirus-tedbirleri-denetimi-yapacak>

<sup>80</sup> <https://kvmgm.ktb.gov.tr/TR-269297/08-temmuz- itibariyle-bazi-turbe-ve-oren- yerleri-ziyarete-.html>

<sup>81</sup> <https://www.saglik.gov.tr/TR-66635/salgina-karsi-83-milyon-bir-olalim.html>

<sup>82</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-lokanta-restoran-kafe-kiraathane-vb-is-verlerinin-calisma-saatleri-hakkinda-genelge-gonderildi>

tik parklarda vb. Yerlerde maske, mesafe ve hijyen tedbirlerinin yanı sıra her bir iş yeri için alınan Covid-19 tedbirlerinin denetleneceğini duyurdu.<sup>83</sup>

- Adalet Bakanlığı, İşyurtları Kurumu bünyesindeki tutuklu ve hükümlülerin koronavirüs salgını başladığından bu yana sağlık çalışanları için 20 milyon maske, 1 milyon 734 bin tulum ve tek kullanımlık hastane ürünleri 102 ton kolonya ve 3 bin 240 ton temizlik ve hijyen malzemesi üretimi gerçekleştirdiğini, malzemelerin sağlık kurumlarına teslim edildiğini açıkladı.<sup>84</sup>

#### 4 Ağustos

- İçişleri Bakanlığı valiliklere gönderdiği COVID-19 Denetimleri konulu ek genelge ile evlerde ve açık alanlarda taziyelerin yapılmaması, fiyasyon takiplerinin denetimlerinin kaymakamlıklar tarafından yürütülmesi, düğün, nişan benzeri törenlerde kurallara uyumun denetlenmesine dair alınan kararlar duyuruldu. Genelge ile Kırıkkale'nin pilot il olarak belirlendiği ve valilik bünyesinde salgın denetim faaliyetlerinin tek elden eşgüdümünü ve yönetimini sağlayan İl Salgın Denetim Merkezi oluşturulacağı açıklandı.<sup>85</sup>

#### 5 Ağustos

- İçişleri Bakanlığı 6 Ağustos 2020 Perşembe günü tüm il ve ilçelerde, valiler, kaymakamlar, belediye başkanları, her bir iş kolu ya da mekânın uzmanlık bilgisi göz önünde bulundurularak ilgili kamu kurum ve kuruluşları (kolluk, yerel yönetimler, il/ilçe müdürlükleri vb.) ile meslek odalarının temsilcilerinin katılımıyla konaklama tesisleri, alışveriş merkezleri, pazar yerleri, lokanta, kafe, restoran, kahve/ kırıraathane, çay bahçesi, düğün ve nikâh yapılan yerler, berber/kuaför/güzellik merkezleri, internet kafe/salon ve elektronik oyun yerleri, şehir içi ve şehirlerarası toplu ulaşım araçları, ticari taksiler ve durakları, park/piknik alanları, lunapark/tematik parklar ve yaşam alanlarını kapsayacak şekilde planlandı.<sup>86</sup>

#### 7 Ağustos

- İçişleri Bakanlığı tarafından yapılan duyuruda “Saat 09.30 itibarıyla ile 32 ilimizde, 4 belde, 37 köy, 39 mahalle ve 3 mezra olmak üzere toplam 83 yerleşim yerinde karantina tedbirleri uygulanmaktadır. Karantina tedbiri uygulanan yerleşim yerindeki toplam nüfus 54.053'dür. Ülkemizde koronavirüs salgını sürecinde; bugün itibarıyla 68 ilimizde, 5 ilçe (3 ilçe 2 ilçe Merkezi), 24 belde, 354 köy, 352 mahalle, 53

<sup>83</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/ulke-genelinde-valilerin-yonetimi-ve-koordinasyonunda-varin-koronavirus-tedbirleri-denetimi-yapilacak>

<sup>84</sup>

<sup>85</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-covid-19-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi>

<sup>86</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/81-ilde-kontrollu-sosyal-hayat-doneminde-saglik-icin-hepimiz-icin-mottosu-ile-en-kapsamli-koronavirus-denetimi-yapilacak>

mezra olmak üzere toplam 788 yerleşim yerinde, 623.766 kişi karantina altına alınmıştır” denildi.<sup>87</sup>

- İçişleri Bakanlığı valiliklere gönderdiği “Nişan/Nikah, Düğün, Sahil Bölgeleri Denetimleri” konulu genelge ile 7, 8, 9 Ağustos günleri anılan alanlarda denetim yapılacağını duyurdu.

## 14 Ağustos

- İçişleri Bakanlığı valiliklere gönderdiği genelge ile evde kalmaları gereken kişilere yönelik yapılacak denetimler sonucunda yapılan bilgilendirmeye karşın evde izolasyon yükümlülüğünü ihlal ettiği tespit edilenler hakkında; Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 282’inci maddesi uyarınca idari para cezası uygulanacak. Konusu suç teşkil eden eylemlere ilişkin TCK’nın 195’inci maddesi uyarınca gerekli adli işlemlerin başlatılacağını duyurdu.<sup>88</sup>

## 22 Ağustos

- İçişleri Bakanlığı İl Salgın Denetim Merkezi (İSDEM) uygulamasının ülke genelinde yaygınlaştırılarak 21.08.2020 itibarıyla tüm il/ilçe salgın denetim merkezlerinin kurulumunun tamamlandığını, İSDEM üzerinden şu ana kadar 17 bin 993 denetim ekibi ve bu ekiplerde görevli olan 65 bin 184 kişinin yetkilendirilmesinin valilik ve kaymakamlıklarca yapıldığı, kurala aykırılıkların da HES ve diğer hatlar üzerinden bildirilebileceği açıklandı.<sup>89</sup>

## 25 Ağustos

- İçişleri Bakanlığı tarafından 26 Ağustos tarihinden itibaren Adana, Ağrı, Ankara, Bursa, Çorum, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, Kayseri, Konya, Mardin, Şanlıurfa, Van ve Yozgat’ta düğün salonlarında dans/oyuna izin verilmeyeceği, düğün ve nikahların en fazla 1 saat süre içerisinde tamamlanması, gelin ve damadın birinci ve ikinci derece yakını olmayan 65 yaş ve üzeri vatandaşlar ile 15 yaş altı çocukların düğünlere ve nikah merasimlerine katılmasının yasaklandığı, ülke genelinde kamu kurum ve kuruluşlarında yemekhane hizmeti ve paketli su servisi hariç her türlü yiyecek içecek ikramı geçici süreyle durdurulacağı duyuruldu.<sup>90</sup>

NOT: Kronoloji hazırlanırken Türkiye bölümünde daha çok kurum kaynakları kullanılmıştır. Rapor’un mevzuat taraması bölümünde olan bilgiler tekrardan kaçınmak bu bölüme alınmamıştır. Sağlık Bakanlığı açıklama ve dokümanları Rapor’un ana metninde yer aldığı için bu bölüme alınmamıştır.

<sup>87</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirusle-mucadele>

<sup>88</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-izolasyon-tedbirleri-konulu-genelge>

<sup>89</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/bakanligimizca-kovid---19-tedbirleri-kapsaminda-hayata-gecirilen-isdem-uygulamasina-ihbarlar-gelmeye-basladi>

<sup>90</sup> <https://www.icisleri.gov.tr/14-ile-dugun-kina-gecesi-nisan-vb-etkinlikler-ile-ilgili-genelge>

# SALGINLARIN TARİHİ: TOPLUMSAL VE SİYASAL AÇIDAN KISA BİR BAKIŞ

**Dr. Fatih Artvinli**

Doçent, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

## Özet

Bulaşıcı hastalıklar, salgın (epidemi) ve küresel salgın (pandemi) halini aldıkları dönemlerde insanlık ve uygarlık tarihinde derin izler bırakmış ve biz-zat tarihi şekillendirmiştir. Salgınlar, sadece bir tür olarak insanı değil aynı zamanda içinde yaşadığı toplumu, doğayı, diğer canlı türlerini ve toplumsal yapıları da etkilemiştir. Şüphesiz salgınlar insanları yalnızca bedensel açıdan değil ruhsal açıdan da tahribata uğratmış, toplum hafızasında ve psikolojisi-nde derin izler bırakmıştır. Bu yazıda, salgınların uzun tarihine, toplumsal ve siyasal açıdan kısa bir bakış sunmaya çalışacağım.

## Giriş

Tarih deyince genelde aklımıza siyasi tarih, daha doğrusu savaşlar, hükümdarlar, antlaşmalar vb. Etrafında örülen bir anlatı gelir. Oysa tarih, siyasi olaylar silsilesinden ibaret bir alan, yalnızca “büyük olaylar” etrafında “büyük kişiler”in şekillendirdiği “büyük anlatılar”a yer veren bir disiplin değildir; günümüzde tarihçilik ve tarihyazımı sosyal ve ekonomik yapılara, insanların gündelik hayatlarına, kültürlerine, toplumsal gruplara, çevreye, doğaya vb. Çok farklı alanlara odaklanmaktadır. Yani tarihçilik artık “çok önemli adamları”ı değil sıradan insanları, ihmal edilmiş, görmezden gelinmiş, seslerine kulak tıkanmış insanları, özellikle kadınlar, yoksullar, işçiler, köylüler, hastalar gibi grupları anlatının merkezine dahil etmektedir. Genel tarihçilik için geçerli olan bu durum, tıp tarihçiliği için de geçerlidir; günümüzde yeni tür tıp tarihi yazımı üzerine sayısız tartışma ve örnekler vardır. Salgınlar üzerine çalışan, yalnızca bir salgının belli bir coğrafyadaki etkileri ve nasıl yaşandığını yıllar boyunca araştıran tarihçiler, yani salgın tarihçileri vardır. Şüphesiz tarih, salgınlar üzerinden de anlatılabilir. Örneğin William mcneill, *Salgınlar ve Halklar* kitabında, tarih disiplini açısından salgın hastalıkların önemini ortaya koyarak, dünya tarihini insanlarla mikroplar arasındaki karşılıklı ilişki üzerinden incelemiştir (**mcneill, 1976**). Yani tarih, aslında insanlar ve mikroplar arasında süregiden mücadelenin bir tarihi

Tarih, aslında insanlar ve mikroplar arasında süregiden mücadelenin bir tarihi olarak da okunabilir.



olarak da okunabilir. Mikropların “bu mücadelede insanlardan bir adım önde” olduğunu iddia eden Crawford’a göre, gözle görülemeyen mikroorganizmalar vücutlarımızı sömürgeleştirerek, evrim sürecimizi derinden etkilemiş ve çok sayıda ölüme neden olan salgın hastalıklara yol açarak tarihimizi şekillendirmiştir **(Crawford, 2019)**.

### ***Vebalar ve İnsanlar***

Tarih boyunca sayısız salgınla mücadele eden insanlığın kolektif hafızasında yer edinen ve salgın denildiğinde ilk akla gelen şüphesiz vebadır. Bunun nedeni, vebanın özellikle Avrupa kıtasında hüküm sürdüğü dönemde, nüfusun üçte birini yok etmiş olmasıyla açıklanabilir **(Çıpa, 1995)**. Farklı dönemlerde ve farklı coğrafyalarda meydana gelen irili ufaklı sayısız veba salgınından özellikle üçü, geniş çaplı ya da kıtalararası kitlesel bir salgın yani pandemi olması nedeniyle, tarih yazımında daha geniş biçimde yer almıştır. Bu üç pandemiden birincisi, 6. Yüzyılda İstanbul’da yaşanan *Jüstinien Vebası*, ikincisi 14. Yüzyılda ortaya çıkan ve *Kara Ölüm (Black Death)* olarak adlandırılan veba salgını, sonuncusu ise 19. Yüzyıl sonlarında şiddetlenen *Uçuncu Veba Salgını*’dır **(Varlık, 2017)**.

İmparator Büyük Jüstinien döneminde Bizans başkenti Konstantinopolis’de 542 yılı baharında ortaya çıkan veba salgını hızla yayılarak ciddi bir yıkıma neden olmuştur. Her ne kadar ölü sayısı kesin olarak bilinmese de o dönemde yaklaşık 400.000 nüfuslu başkentin en azından yüzde yirmisinin bu salgında öldüğünü söylemek mümkündür **(Varlık, 2018)**. Salgın bu tarihten itibaren döngüsel olarak yaklaşık iki yüzyıl boyunca devam etmiş ve imparatorluğun sonunu hazırlamıştır. Başkentte bir yıla yakın devam eden salgının en şiddetli döneminde günde beş bin insanın öldüğü tahmin edilmektedir **(Little, 2007)**.



*The Triumph of Death (Ölümün Zaferi), Pieter Bruegel, 1562*

Kara Ölüm, 1346-1353 yılları arasında şiddetlenen, Avrupa, Asya ve Kuzey Afrika'nın tamamına yayılan ve hemen her şehri ve köyü etkilemiş en yıkıcı veba pandemisidir (**Crawford, 2019**). Üç yıl gibi kısa bir sürede tüm Avrupa kıtasına yayılan hastalık, genç yaşlı demeden herkese bulaşmış ve milyonlarca insanın ölümüne neden olmuştur. Veba, Avrupa'da 1353 yılında yatışmaya başlamış ise de sonraki 300 yıl boyunca beklenmedik zamanlarda tekrar tekrar ortaya çıkarak yine çok sayıda insanın ölümüne yol açmıştır. Kara Ölüm sonrasında yaklaşık 50-60 milyonluk nüfusun azaldığı Avrupa kıtası, 13. Yüzyıldaki nüfusuna, tekrar 16. Yüzyılda ulaşabilmiştir (**Nikiforuk, 2018**). Bu dönemde Afrika'da ve Asya'da ölenlerin sayısı da Avrupa'da ölenlerden daha az değildi. Vebanın yıkıcılığının arttığı dönemlerde, pek çok şehirde, halk sadece salgından ölenlerin cenaze işleriyle uğraşır olmuştur.

Nüfusun üçte birini yok eden Kara Ölüm, Avrupa tarihinin en önemli ve sonuçları itibariyle öncü olaylarından biridir. Nikiforuk'a göre, veba feodalizmin sonunu getiren, kapitalizmin tohumlarını atan bir salgındır (**Nikiforuk, 2018**). Salgın nedeniyle insanların ve malların dolaşımı kısıtlandığı ve bazen tamamen yasaklandığı için ticaret ve ekonomi neredeyse durma noktasına gelmiştir. Bu durum ise özellikle Avrupalı tüccarları, dünyanın başka yerlerinde yeni kaynaklar, yeni pazarlar aramaya yöneltmiştir. Kara Ölüm her ne kadar başlangıçta sınıfsal bir ayrım gözetmeyen ve insanları ölüm karşısında eşitleyen bir salgın olarak düşünülse de, sonuçları itibariyle yoksul halkı, zenginlerden daha çok etkilemiştir. Kötü ve yetersiz beslenmeleri, farelerle iç içe toprak evlerde yaşamaları, salgından kaçacak imkânlarının bulunmaması gibi nedenlerle yoksullar hem hastalığa daha çok maruz kalmış hem de yeterli bedensel dirençlere sahip olamadıkları için zenginlere kıyasla daha çok sayıda ölmüştür. Zenginler, aynı dönemde, farelerin barınmalarının daha zor olduğu taş evlerde yaşamaktadır (**Kohn, 2008**). Zenginler ellerindeki imkânlarla salgından ve ölümden kaçmak için şehirlerin dışında konutlar satın almıştır. Eski evlerine dönüp dönmeme kararlarını ise temizlettirdikleri evlerine bir süreliğine yoksul bir kadını yerleştirip, onun ölüp ölmeyeceği sonucuna göre vermişlerdir (**Nikiforuk, 2018**).

Mcneill, vebanın toplumsal yaşama en önemli etkilerinden birinin din ve inanç alanında olduğunu belirtmektedir. Salgının neden olduğu şiddetli sarsıntı nedeniyle Tanrı'nın gazabı ve insanların günahına karşılık bir bela olarak algılanması, bazı insanları hedonizme yöneltirken, bazılarını da diğer uca, münzevilğe itmiştir (**Cıpa, 1995**). Kara Ölüm toplumsal ve kişisel yaşamda insanların tanrı ve din ile kurdukları ilişkiyi derinden etkilemiştir. Salgının şiddeti arttıkça insanlar artık rahiplere ve kiliseye güvenmemeye başlamıştır. Salgın öncesinde bilgiyi üretip denetleyen yegâne iktidar olan Katolik Kilisesi, Kara Ölüm karşısında çaresiz kalmıştır. Papazlar, salgın sürecinde kendi çıkarlarının peşine düşmüş, ölüleri gömmeyi ve günah çıkartmayı reddetmiş, dinsel görevlerini ve kiliselerini terk etmiştir. Kiliselerin açık ama çoğunlukla işlevsiz kaldığı bu dönemde, halk hastalık karşısında kilisenin, rahiplerin, papazların aciz kaldığını görmüş, birçok Hristiyan kiliseye olan güvenini kaybetmiştir. Olan ya da kaçan din adamlarının yerini alanların çoğu halk tarafından yetersiz ve güvenilmez bulunmuş, kilisenin

Kötü ve yetersiz beslenmeleri, farelerle iç içe toprak evlerde yaşamaları, salgından kaçacak imkânlarının bulunmaması gibi nedenlerle yoksullar hem hastalığa daha çok maruz kalmış hem de yeterli bedensel dirençlere sahip olamadıkları için zenginlere kıyasla daha çok sayıda ölmüştür.



bayağılaştığını ve yozlaştığını düşünmeye başlamıştır. Veba ile birlikte otoritesi sarsılan kilise, Avrupa'daki itibarını kaybetmeye başlamıştır. Bu süreçte insanların hoşnutsuzluğu ve eleştirileri dinde reform düşüncesine zemin hazırlamıştır (**Nikiforuk, 2018**). Salgın başlangıcında Avrupa'da insanlar kiliselere akın ederken diğer bölgelerde de insanlar yine ibadethanelere koşuyorlardı. Afrika'da Müslümanlar ellerinde Kur'an-ı Kerim, Yahudiler Tevrat, Hristiyanlar ise İncil ile dua ediyor, kadın, erkek, çoluk, çocuk Tanrı'ya yakarıyordu.

Salgınlar, insanların doğa ile kurduğu ilişkinin de sorgulanmasına yol açmıştır. Kara Ölüm, insanların doğayı ciddi biçimde tahrip ettiği bir ortamda patlak vermiştir. Gittikçe daha fazla toprağın tarıma açılması, tarım arazisi açmak için ormanların yok edilmesi, bataklıkların kurutulması uzun vadede iklimsel değişiklikleri artırmış ve ekolojik denge bozulmaya başlamıştır (**Nikiforuk, 2018**). Küçük Buzul Çağı olarak adlandırılan, dünyanın bu soğuma döneminde hasatlar azalmaya ve kıtlıklar oluşmaya başlamıştır. Kara Ölüm, bu gelişmelerin ardı sıra patlak vermiştir. Salgınlarla mücadele için toplumsal tedbirler alınması ve politikalar uygulanması bir yandan sağlık ve tıp alanının öne çıkmasına, diğer yandan canlılarla ve doğayla ilgili diğer yaşam bilimlerinin gelişmesine dolaylı olarak katkıda bulunmuştur. İlerleyen yüzyıllarda bilim insanları, doğadan kaynaklı felaketleri, hastalıkları ve tehditleri yok etmek ya da en az hasarla engellemeye çalışmak konusunda daha çok çalışmaya başlamıştır.

Veba salgınları hiç kuşkusuz Osmanlı İmparatorluğu'nu da derinden etkiledi. Birbiri ardına meydana gelen veba salgınları, 16. Yüzyıl boyunca İstanbul'u adeta esir almıştır (**Varlık, 2018**). Bu şiddetli salgın zamanlarında şehir halkının vebaya karşı korunmayı umarak ve dua etmek amacıyla kutsal mekânları ziyaret etmek üzere şehri terk ettiği bilinmektedir. Padişah dahi kendisini salgından korumak üzere Sarayını terk etmek zorunda kalmış, şehirdeki çoğu dükkân kapatılmış, ayrıca mahkûmlar salıverilmiştir (**Yıldırım, 2014**). Veba, Osmanlı topraklarında etkisini 19. Yüzyıl başlarına kadar sürdürdü ve vebanın yerini, pandemilere yol açma kapasitesiyle yeni bir bulaşıcı hastalık olan kolera aldı.

### ***Damgalama, Suçlama ve Şiddet***

Salgınların etkilediği farklı coğrafyalarda, farklı dönemlerde ve toplumlarda bazı ortak ya da benzer toplumsal ve ruhsal davranış biçimlerinden, tepkilerden ve düşüncelerden bahsedilebilir. Bunlardan biri, egemen olan toplumsal grubun dışında kalanların, azınlık ya da farklı olanların, savunmasız veya kırılgan olanların suçlanması, damgalanması ve hedef gösterilmesidir. Salgınların, yabancı düşmanlığının (zenofobinin) yayılmasında önemli rol oynadığı görülmektedir. Toplumlarda ölümcül ve kitlesel salgın hastalığın ortaya çıkması olağanüstü ve ciddi bir kriz ortamı yaratabilir ve bu durum toplumsal grupların birbirine duyduğu önyargıyı, düşmanlığı ve şiddeti açığa çıkarabilir.

Geçmişteki salgınların sadece bedensel olarak insanları etkileyerek büyük çapta ölümlere yol açmakla kalmadığını, aynı zamanda, hüküm sürdüğü dönemlerde insanlar arası ilişkileri, toplumsal gruplar arasındaki ilişkiyi, yönetenlerle yönetilenler arasındaki ilişkiyi derinden etkilediğini görüyoruz.

Veba Avrupa'da yayılmaya başladığında çeşitli ülkelerdeki Yahudiler kentteki su kuyularını zehirlemekle suçlanmış, günah keçisi ilan edilmiş, bir kısmı sürgüne gönderilmiş, bazı şehirlerde ise yakılarak ya da işkence ile öldürülmüştür.

Veba Avrupa’da yayılmaya başladığında çeşitli ülkelerdeki Yahudiler kentteki su kuyularını zehirlemekle suçlanmış, günah keçisi ilan edilmiş, bir kısmı sürgüne gönderilmiş, bazı şehirlerde ise yakılarak ya da işkence ile öldürülmüştür (**Kohn, 2008**). Yahudilerin toplu olarak katledilmesi, günah keçisi arayışının veya vebayı yaydıkları gerekçesiyle bazı insanların suçlanmasının ortak dışavurumlarından sadece biridir. Yalnızca Yahudiler değil Avrupa kıtasının çeşitli yerlerinde, veba salgınları döneminde Romanlar da baskı altına alınmıştır.

Salgınların nedeni olarak günah keçisi arama, belli bir grubu suçlama ya da damgalama her salgının tarihsel ve kültürel bağlamı içerisinde ortaya çıkmış ve günümüze dek bazı benzer davranış örüntüleri sergilemiştir. Kara Ölüm’ün ardından 1630 yılında patlak veren veba dalgasında, İspanya’daki Fransızlar zehir saçan insanlar olarak damgalanmış (**Price-Smith, 2008**), veba ve kolera salgınları sırasında özellikle Avrupa’da insanlar, bunun bir “şark belası” olduğuna inanmıştır. ABD’de 1832 yılındaki kolera salgını sırasında İrlandalı Katolik göçmenler günah keçisi ilan edilmiş, 19. Yüzyıl boyunca San Fransisco’da yaşanan çiçek ve veba salgınlarında, Çinliler defalarca günah keçisi ilan edilmiş ve yaşadığı bölge (Chinatown) hedef alınmıştır (**Trauner, 1978; Craddock, 1999**). 19. Ve 20. Yüzyılda ABD’de ortaya çıkan veba, kolera ve tifüs gibi salgınlarda, “kirli” ya da “mikrop yuvası” olduğuna inanılan ve günah keçisi ilan edilen diğer gruplar ise İtalyanlar ve Meksikalılar gibi göçmen işçilerdir. AIDS salgının başlangıç dönemi olan 1980’lerde Haitililer benzer şekilde damgalanmıştır. SARS salgını sırasında çeşitli basın organlarında ve karikatürlerde ise Çinliler damgalanmıştır. Osmanlı Devleti’nde de 1810’ların başında ortaya çıkan ve birkaç yıl süren veba salgını sırasında, bekâr odaları günah keçisi seçilmiştir. Fuhuş ve zina mekânı olarak yaftalanan yerler, özellikle Galata civarındaki bekâr odaları yıktırılmış, eşyalar yağmalanmış ve bekârların bir kısmı da ibret olsun diye cezalandırılmıştır (**Turna, 2011**).



COVID-19 pandemisi sırasında farklı ülkelerde insanların ırk, etnik köken, cinsiyet, din, sosyo-ekonomik sınıf ya da yaş üzerinden ayrımcılıklara maruz kaldıklarını gördük. Salgının kökeni, sebebi ya da yayıcıları olarak damgalan, günah keçisi ilan edilen bazı gruplara yönelik şiddet eylemlerinin yaşandığına da tanık olduk. ABD, Kanada, Avustralya ve çoğu Avrupa ülkesinde Çinliler ve Asyalıların, Hindistan, Çin ve Sri Lanka’da Müslümanların, Tayland gibi uzakdoğu ve Asya ülkelerinde ise Avrupalıların benzer

şekilde hedef gruplar haline getirildiği gözlemlendi (**Chung ve ark. 2020; Roberto ve ark., 2020**).

Salgınlar sırasında açığa çıkan damgalama, suçlama, yabancı düşmanlığı, günah keçisi arama gibi düşünce ve eylemlerin yanı sıra, yine bunlarla benzer şekilde yaygınlaşabilen diğer bir düşünce şekli de komplo teorileridir. Örneğin 19. Yüzyılda birdenbire ortaya çıkan ve kıtaları saran kolera salgınları sırasında farklı ülkelerde, farklı sosyal gruplar tarafından birbirinden farklı inançlar paylaşılmıştır. Kentlerde yaşayan yoksullar, işçiler ya da alt sınıfların ortak düşüncesi, varoşlarda artan nüfusun kolera vasıtasıyla yok edilmek istendiğiydi. A.B.D. ve Avrupa’da hekimlerin kolera tedavisi baha-nesiyle insanları katlettiği düşüncesi hakimdi. Almanya’da ise halk, hekimlerin koleradın ölen her hasta için devletten para aldığını düşünüyordu (**Yaşayanlar, 2020**). Birinci Dünya Savaşının bitmesine yakın günlerde ortaya çıkan İspanyol gribi salgını sırasında, itilaf devletleri bunu “Alman vebası” olarak adlandırıyor (Yolun, 2012). Bugün nasıl koronavirüsü bir “Çin silahı” ya da bir “Amerikan biyolojik silahı” olarak adlandıranlar varsa, o dönemde de virüsün Almanya tarafından icat edilmiş bir biyolojik silah olduğuna inananlar vardı (**Taylor, 2019**).

İnsanların salgınlar sırasında birbirinden farklı ve karmaşık tepkiler, davranışlar sergileyebilir. Salgınların tarihine bakıldığında, bugün olduğu gibi bir yandan komplo teorileri, ırkçılık, yabancı düşmanlığı, damgalama, günah keçisi arama gibi düşünce ve davranışlar, diğer yandan ise özgecilik, fedâkarlık ve dayanışma gibi davranışların bir arada olduğu görülmektedir.

### ***Kolera Salgınları, Karantinalar ve Toplumsal Tepkiler***

Kolera, 19. Yüzyıl dünyasının en önemli bulaşıcı hastalığı olarak dünyanın pek çok yerinde ve farklı yıllarda toplumları etkileyip ciddi oranda insan kaybına yol açmış, aynı zamanda pek çok ülkede modern anlamda halk sağlığı uygulamalarının oluşumunda rol oynamıştır. İlk defa 1817 yılında Hindistan’da patlak veren kolera salgını, diğer kıtalara yayılarak defalarca pandemilere yol açmıştır (**Hays, 2005**). 1830 yılında Avrupa’ya ulaşan kolera, ölümlere, paniğe, toplumsal tepkilere ve isyanlara neden olmuştur (**Evans, 2005**). Osmanlı topraklarında da kolera demografik, siyasi, sosyal, psikolojik ve ekonomik alanlarda büyük çaplı zararlara sebep oldu (**Ayar, 2007**). Aynı zamanda kolera ile birlikte Osmanlı Devleti’nde modern karantina uygulamaları ve halk sağlığı tedbirleri oluşmaya, şekillenmeye başladı.

Salgın hastalıklara karşı karantina uygulamasının ilk örnekleri çok daha eski yüzyıllara dayanmakla birlikte, vebaya karşı ilk karantinanın 14-15. Yüzyıllarda, özellikle doğudan gelen gemilere karşı Akdeniz limanlarında uygulandığı bilinmektedir. Gündelik hayatı oldukça zorlaştıran karantina uygulamalarına karşı farklı ülkelerde ve farklı ölçeklerde tepkiler ortaya çıkmıştır. Osmanlı toplumunda da vebaya karşı karantina gibi ticaret ve gündelik hayata sekte vuracak önlemler zaman zaman kuşkuyla ve itirazla karşılanmıştır (**Panzac, 1997**). Modern karantina uygulamasına geçiş ise hiç kolay olmamış, bürokrasiden ve halktan çeşitli tepkilere neden olmuştur (**Yıldırım, 2009**). Karantina esnasında tecrit işlemlerinin yanı sıra ölümlerin

Salgınların tarihine bakıldığında, bugün olduğu gibi bir yandan komplo teorileri, ırkçılık, yabancı düşmanlığı, damgalama, günah keçisi arama gibi düşünce ve davranışlar, diğer yandan ise özgecilik, fedâkarlık ve dayanışma gibi davranışların bir arada olduğu görülmektedir.

muayenesi, ölenlerin kireçle defnedilmesi gibi kurallar özellikle karantina hekimlerinin gayrimüslim olmaları ve Müslüman kadınların ölümlerini muayene edecek olması nedeniyle başlangıçta şeriata uygun görülmemiş ve karantina düzeninin yerleşmesi gecikmiştir (**Yıldırım, 2009**). Nihayet karantinanın şeriata aykırı olmadığı kabul edilmesi üzerine 1838 yılında karantina usulü resmen kabul edildi ve karantina teşkilatı kurularak başta liman şehirler olmak karantinahaneler örgütlenmeye başlandı (**Yıldırım, 2009; Sarıyıldız, 2015**).

Neredeyse bütün 19. Yüzyıl boyunca devam eden, kolera'nın etiyolojisi konusundaki tartışma sadece bilimsel ya da tıbbi açıdan değil toplumsal ve siyasal açıdan da önemli sonuçlar doğuran bir tartışmaydı. Temel olarak, tartışmanın iki tarafı vardı: bulaşıcılık teorisini savunanlar ve buna karşı çıkanlar. Bulaşıcılık karşıtları (anticontagionist) görüşlerini daha geniş anlamıyla *miasma* teorisine dayandırıyor; yani hastalığın kötü ya da kirli havadan kaynaklandığını, havanın teneffüs edilmesiyle insanlara bulaştığını iddia ediyor ve mikropların insandan insana bulaşma fikrini reddediyordu (**Evans, 2005**). Bulaşıcılık teorisini savunanlar ise hastalığın insandan insana, eşyadan insana bulaştığını iddia ediyordu. Daha sonra, mikroorganizmaların keşfi ile mikrop (*germ*) teorisi adını alan bulaşıcılık görüşü çeşitli nedenlerle daha zayıf konumdaydı. Kolera pandemileri sırasında, temel olarak bu iki karşıt görüş arasında süren tartışma sadece teorik bir tartışması değildi, uygulama ve siyasetteki yansıması daha gözle görülür bir hal alıyordu. Bulaşıcılık düşüncesini savunanlar, doğal olarak daha sıkı tedbirler uygulanmasını ve karantinaların bir zorunluluk olduğunu ileri sürüyordu. Karantina uygulaması ise, hızla gelişmekte ve büyümekte olan tüccarlar ve sanayicilerin çıkarlarına ters düşüyor, kârları azaltan, ekonomik genişlemeyi sınırlayan, maddi kayıpları artıran karantinalara karşı çıkmak için bu sınıf, arkasına aldığı siyasi destek ve elindeki basın gücünü kullanarak kolera'nın bulaşıcılığı fikrine karşı çıkıyor, karantinaların hiçbir işe yaramadığını iddia ediyordu. Siyasi açıdan ise görüşlerini, devletin ekonomiye müdahale etmemesi gerektiği düşüncesine yani liberal görüşe göre meşurlaştırıyorlardı (**Ackerknecht, 2009**).

Elbette her ülkede ve içinde bulunulan tarihsel koşullarda insanlar ve toplumsal sınıflar, salgınlar esnasında uygulanan politikalara farklı gerekçe ve düşüncelerle karşı çıkmış, tepki göstermiş veya desteklemiştir. Tıbbi açıdan yukarıda bahsettiğimiz tartışma yani bulaşıcı hastalıkların etiyolojisi konusundaki tartışma, 1850'lerin sonunda Louis Pasteur'un çalışmaları ile başlayıp 1880'lerde Robert Koch'un araştırmalarıyla genişleyen mikrop teorisinin kabulü ile sonuçlanmıştır.

### **Cesaret, Fedakârlık, Uyuşukluk ve Cehalet**

Salgınlar esnasında sergilenen karmaşık tepkileri anlamaya çalışmak, salgınların yönetiminde karşılaşılan zorlukları incelemek ve bütün bunların nedenlerini analiz edebilmek hiç kuşkusuz tek başına bir disiplinin, bir bilim alanının ya da yalnızca tıbbın alanına hapsedilemeyecek kadar geniş bir meseledir. Salgınlar, esasında toplumun içine yerleşik bir kurum olarak tıbbın, toplum ile daha etkin ve karşılıklı diyaloga girebildiği, tıbbın toplumsal

Karantina esnasında tecrit işlemlerinin yanı sıra ölümlerin muayenesi, ölenlerin kireçle defnedilmesi gibi kurallar özellikle karantina hekimlerinin gayrimüslim olmaları ve Müslüman kadınların ölümlerini muayene edecek olması nedeniyle başlangıçta şeriata uygun görülmemiş ve karantina düzeninin yerleşmesi gecikmiştir.



ve siyasal bağlamının açığa çıktığı, sorgulandığı ve bütün bunların zeminini hazırlayan özel tarihsel dönemlerdir. Her şey bir yana, modern halk sağlığı düşüncesinin doğuşu, uygulamaları ve kurumsallaşmaları, büyük ölçüde 19. Yüzyıl boyunca süregelen salgınların bir sonucudur. Salgınlar aynı zamanda halk sağlığı müdahalelerinin niçin, kimin için ve nasıl olacağı sorularını da beraberinde getirmiş, bu ise toplumsal/toplumcu tıp anlayışının doğuşunu hazırlamıştır. Toplumcu tıbbın kurucularından Rudolf Virchow, 1847–1848 yıllarında Yukarı Silezya’da ortaya çıkan tifüs salgınını araştırırken, hastalığın biyolojik ve fiziksel kökenleri olduğu kadar, sosyal, ekonomik ve siyasi nedenleri olduğu sonucuna vararak, o meşhur sözünü söylemiştir: “Tıp, bir sosyal bilimdir ve politika geniş ölçekte uygulanan tıptan başka bir şey değildir” (**Akalın, 2013**).

COVID-19 pandemisinin yarattığı korku ya da tehlike ile birlikte, geçmişteki salgınlara ve salgın hastalıkların tarihine duyulan merak da giderek yayıldı. Bu dönemde tarihçilere en çok sorulan sorular, geçmiş pandemilerde neler yaşandığı, ne tür tepkiler verildiği, pandemiden nasıl dersler çıkarılabileceği gibi birbirine benzer ve bir tür “tarihsel reçete” talep eden sorulardı. COVID-19’u geçmiş pandemilerle karşılaştırıp çeşitli dersler çıkarmaya çalışılsa da, bu konuda işin uzmanları dikkatli olmamız (**Curtis ve Besouw, 2020**) ve tarihsel analogilerin sınırlılığı konusunda (**Peckham, 2020**) uyarılar da bulundu.



19. Yüzyıl ortasında meydana gelen bir kolera salgını ile günümüzdeki pandemi arasında ortaya çıkış, etkenler, yayılma vb. Gibi tıbbi açıdan bir benzerlik, farklılık ilişkisine değil ama toplumsal, siyasal ve psikolojik açıdan bazı davranış kalıplarına dikkat çekebilir ve esas bu konuda yeniden düşünmemizi, salgın yönetimine ilişkin politikaları gözden geçirmeyi ve sorgulamayı sağlayabiliriz. Örneğin, 19. Yüzyıl ortalarında defalarca salgınlara tanıklık etmiş, sonradan İstanbul’un en ünlü ruh hekimi olan eski karantina hekimi Luigi Mongeri’nin, kolera ile ilgili gözlemlerinden, tecrübelerinden ve tespitlerinden kısa bir kaç alıntıyı okumanın bile içinde bulunduğumuz pandemiye yeniden düşünmemize kat-

kısı olabilir (**Artvinli, 2020**).

Tıp fakültesinden mezun olduktan sonra 1839 yılında İstanbul’a gelen ve vefat ettiği 1882 yılına kadar Osmanlı Devleti’nde hekim olarak çalışan Mongeri, görev yaptığı yıllarda defalarca kolera salgınlarına tanıklık etmiş. 1848-49 kolera salgınında Girit’te karantina hekimi olarak çalışan Mongeri’nin uygulamak istediği karantina tedbirlerini sert bulan idari makamlar, 1849 yılında kendisini bu görevden uzaklaştırır (**Castro, 1882; Artvinli, 2018**). Mongeri ise başka bir yere tayin edilmeyi reddeder; daha sonra eski görevine dönmeye istense de iş işten geçer. Girit adasında hekim olarak

Salgınlar aynı zamanda halk sağlığı müdahalelerinin niçin, kimin için ve nasıl olacağı sorularını da beraberinde getirmiş, bu ise toplumsal/toplumcu tıp anlayışının doğuşunu hazırlamıştır.

çalıştığı yaklaşık sekiz yıl boyunca mesaisinin neredeyse tamamını adaya bir salgının girmemesine, girişi engellenemediği durumda ise yayılmamasına ve bir an evvel sonlandırılmasına adar. Bu dönemde yaşadıklarını, tecrübelerini, salgınlar hakkındaki görüşlerini ise İstanbul’a döndükten sonra yayımladığı bir dizi yazıyla tıp çevreleriyle paylaşır (**Artvinli, 2020**).

1857 yılında yayımladığı “Koleranın Bulaşıcı Tabiatı ve Sıhhiye Hekimlerinin Vazifeleri” başlıklı yazısında Mongeri, salgınlar sırasında hekimlerin zorluklarla, engellerle dolu bir alanda çalışmak zorunda kaldıkları tespitiyle başlıyor ve karşılaştığı güçlükleri ve tanık olduğu bazı ortak davranış kalıplarını anlatıyor (**Mongeri, 1857**):

“Hekimin yalnızca ferdin sıhhati mevzubahisken ciddiyet arz eden rolü, o, amme sıhhatine memur bir muhafıza dönüştüğünde daha da büyür ve mukaddes bir vazife mahiyeti kazanır. İmdi önünde geniş ama zorluklarla, her türlü engelle dolu dikenli bir saha açılır. Bir salgının istilacı ilerleyişini durdurmak mı lazım? Felaketi müessir bir şekilde önleyebilecek bütün tedbirlere direnen cehalet ve uyuşukluk bir tarafta, anlamsız bir korkudan mülhem faydasız pratikler telkin edebilecek peşin hüküm ve alışkanlıklar diğer tarafta, hemen mücadeleye girişir. Yürekli ve kararlılıkla, düşmana karşı bir bent dikmeye muvaffak olmaya, onu dar hudutlar içine hapsedmeye görsün, menfaatçi toplulukların düşüncesizliği ya da idarenin hicap verici cehaleti çoğu kere, güçlkle elde edilen neticeyi bir anda yıkar.”

“...Sıhhiye hekimleri ulvi vazifelerinin her zaman farkında olabildiler mi? Elbette, fedakârlık ve cesaret onlarda hiç eksik olmadı ve bu da mesleğimizin iftiharlarından biridir. Ama teslim etmeliyiz ki kimi zaman zekâ ve malumattan mahrumdular. Avrupa’yı ve bütün dünyayı üzen veba salgınlarının tarihi, bu felaketlerin nüfuz ve gelişmelerini onlara karşı kullanılan tedbirlerin eksik icrasından çok yetersizliğinin kolaylaştırdığını teyit için önümüzde duruyor.”

“Ekoller arasındaki çekişmeler, sistem zihniyeti, suiniet ve belki de, söylemesi bize ıstırap veriyor, menfaatperest hükümetlere karşı korkak bir hatırsayarlık vebanın bulaşıcı tabiatını teslim etmemize mani ve birbiri ardından onun yayılıp gelişmesine neden oldular.”

“Bir hastalığın sâri (bulaşıcı) tabiatının ispatı için evvela onun menşesine inmeli, daha sonra da sebepten neticelere kadar filyasyonu takip etmelidir. Avrupa’da her şey bu nevi araştırmalara muhaliftir. Evvela, muhaberat (haberleşme) imkânları o kadar süratli ve çok, içtimai (sosyal) birleşmeler o kadar sıkışık ve girift ki yapılan araştırma, hastalığın izini kolayca kaybediyor ve nihayet, bulaşıcı olmadığı neticesine varıyorlar.”

“Osmanlı İmparatorluğu’nun İstanbul ve denize nazır diğer şehirleri, haberleşmedeki sürat bakımından Batı Avrupa şehirleriyle aynı şartlarda bulunmaktadır. Hastalığın menşesine inmek ve emarelerini takip etmek zordur. Dâhildeki (iç bölgelerdeki) veya Osmanlı takımadalarındaki şehirlerde bu zorluğa rastlanmaz. Ve eğer imparator-



luğun Sıhhiye Meclisi bir vakitler vebaya karşı kullandığı vasıtaları koleraya karşı da kullanabilse veya kullanmayı isteseydi aynı muvafakiyeti gösterebilecekti.”

“Araştırmalardaki bu tabii zorluğa, umumun faydası için de olsa muamelelerini baltalayabilecek hiçbir tedbire tahammülü olmayan ticari ağgözlülüğün yarattığı engeller de ilave edilmeli. Modern cemiyet her şeyden evvel, kazanıp sahiplenmeyi kolaylaştırmakla meşgul; düsturu, İngiliz düsturudur: time is money, yani vakit nakittir. Mesafeleri silen harikulade icatlar, mahsullerin ve servetlerin şimşek hızıyla el değiştirip tedavülünü mümkün kılmakta ama hastalık da aynı yolu takip etmektedir. Bu gidişatı durdurmaya teşebbüs etmek, en zorlu menfaatlere saldırmak, devrin en kökleşmiş ihtirasına cephe-den toslamak demektir.”

“Karantina mahallerindeki sıhhi kaidelerin sıkı takibi çoğu defa ihlal ediliyor. Kaidelerin takibi, esas unsur, yani vatandaşların iştiraki eksik kaldığında, her taraftan irtibata açık bir memlekette ne kadar zor olurdu! Bu iştirak ne cebren ne de şiddetle elde edilebilir. O, otoriteye olan itimadın, sıhhi kaidelerin faydasına olan inancın ve onları tatbikle mesul zevata karşı hürmetin bir neticesidir.”

“..Mesela veba. Başlangıçta onu karşılayan gülünç inanmazlık, her nevi önleyici tedbirden nefret etme ve daha sonra felaket ortaya çıktığında hissedilen korku, zihni toparlayamama hali, çaresizlik içinde ilme ve akla mugayir tedbirlere müracaat edilmesi. Bunlar, tecrübeye sabit vakalar değil mi? Tecrübenin derslerine sağır kalma; korkunun hükümranlılığı altında sonradan tahrif ve mübalağa edilen şeyi başta cehaletle inkâr etme itiyadı, bu zararlı itiyat, insan cinsine o kadar has bir şey ki...”

“Hakikati reddetmedeki bu aynı inat, bu hicaba gark eden, onu gizlemek için müphem laflar etme oyununu, felaketin şiddetlenmesiyle verilen bu gecikmiş tavizleri kolerada da görmedik mi?”

Mongeri’nin bu temel tespitleri, içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde, aslında farklı biçimlerde sıkça dile getirildi. Bu elbette tarihin tekrar ettiği anlamına gelmez. Tarih tekerrür etmez ama bir tür olarak insanların, toplulukların ve toplumların davranış kalıpları tekrar edebilir.

Türkiye’de görülen son ciddi kolera salgını, 1970 yılında Sağmalcılar’da meydana gelen ve özellikle İstanbul’da yaşayanların hafızalarında ciddi izler bırakan salgındır. 1978 yılında koleranın hafızalardaki etkisini silmek amacıyla Sağmalcılar ismi Bayrampaşa ile değiştirilmiştir (**Bakar, 2017**). Sağmalcılar Kolerası’nın tartışıldığı 1971 yılı TBMM tutanaklarında hükümet ve bakanlığa yönelik eleştiriler, “öncesinde gereken tedbirlerin alınmamış olması, karantinanın ilan edilmemesi, müdahale konusunda geç davranılması” şeklinde özetlenebilir (**TBMM, 1971**).

### ***İspanyol Gribi ve Ötesi***

Yüzyıllar boyunca salgınlara, pandemilere ve kitlesel ölümlere yol açan veba ve 19. Yüzyıl boyunca defalarca patlak vererek pandemilere neden

Tarih tekerrür etmez ama bir tür olarak insanların, toplulukların ve toplumların davranış kalıpları tekrar edebilir.

olan koleranın birer bakteriden (*Yersinia pestis* ve *Vibrio cholerae*) kaynaklandığının keşfi 19. Yüzyıl sonunda, etkili tedavisi ise 20. Yüzyılda mümkün hale gelebildi. Mikrop teorisi ile birlikte bulaşıcı hastalıklara neden olan mikroorganizmaların tespit edilmesi, aşılardan üretimi, yaygınlaşmaya başlaması ve bağışıklık kazanan kuşaklarla birlikte dünya nüfusunun önemli bir kısmında yaşam ömrünü uzattı. 20. Yüzyılın ilk büyük pandemisi, virüs kökenli bir grip hastalığıydı ve ilerleyen yıllarda dünya farklı virüs ailelerinden yeni grip salgınları ve pandemilerine tanık oldu.

Birinci Dünya Savaşı'nın bitmesine yakın bir dönemde, 1918 yılı baharında ortaya çıkan ve kısa sürede pandemi halini alan İspanyol Gribi geçen yüzyılın en büyük küresel salgınıydı. Tüm dünyada yaklaşık 40-50 milyon insanın ölümüne yol açan H1N1 pandemisi, ilk olarak 1918 yılı Mart'ında ABD'nin Kansas Eyaleti'nde bulunan askeri üslerde rastlanmıştır. "İspanyol Gribi" olarak adlandırılmasının nedeni, diğer ülkelerde iktidarlar salgını halktan gizlemek için haberlere sansür uygularken, Birinci Dünya Savaşı'nda tarafsız kalan İspanya'da, hastalığa dair haberlerin gazetelerde geniş yer bulabilmiş olmasıydı (**Snowden, 2019**). Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi İspanyol Gribi, Osmanlı Devleti'nde de öncelikle cephe-deki askerleri etkilemiş, hastalığın İstanbul'a ulaşması ise ciddi korku yaratmıştır.

Birinci Dünya Savaşı yıllarında tifüs, verem (tüberküloz), frengi, uyuz vb. Bulaşıcı hastalıklar ile başa çıkmaya çalışan toplum, 1918 yılında bu defa yıkıcı bir grip salgını ile karşılaşmıştır. Başkent İstanbul'un fiilen işgal altında olduğu bu dönemde halk işsizliğin, yoksulluğun yanı sıra salgın hastalıklarla da mücadele etmektedir. Üç dalga halinde yayılan İspanyol Gribi, ilk başladığında Osmanlı basınında fazla yer bulamaz, daha etkili bir şekilde gribin patlak verdiği ikinci dalga esnasında yani 1918 yılı Eylül ayından itibaren daha fazla gündemde yer alır (**Yolun ve Kopar, 2015; Arda ve Acı-duman, 2010**). Basında "İspanyol Nezlesi" olarak adlandırılan grip, savaş nedeniyle zaten alt üst olan sosyal hayatı iyiden iyiye zorlaştırmış, özellikle İstanbul halkı büyük bir korku ve panik yaşamıştır. (**Temel, 2015; Yolun, 2012**).

Sadece İstanbul'da 16.000 kişinin yaşamını kaybettiği İspanyol Gribi sırasında bugünkü salgına benzer biçimde tedbirler alınmaya çalışılır. 1918 yılı sonunda, Aralık ayında okullar ve eğlence yerleri kapatılmış, ölüm vakaları azalmaya başlayınca, Ocak 1919'da okullar ile sinema, tiyatro, gazino gibi eğlence yerleri hijyen koşullarına uymak koşuluyla kademeli olarak yeniden açılmıştır. 1920 yılının kış aylarında salgın yeniden alevlenmiş ve hastalığın uğramadığı ev neredeyse kalmamıştır. İstanbullular çaresizlik ve korku içinde salgının bitmesini beklemiştir. (**Temel, 2015; Yolun ve Kopar, 2015; Kürkçüoğlu, 2020**). Sıhhiye Müdürlüğü'nün salgın döneminde, halkı bilgilendirmek için yayınladığı metinlerden birinde yer alan, alınması gereken önlemlerden bazıları şöyledir: "Öksürürken peçete kullanmak, hastaları ziyaret etmemek, kapalı mekânları havalandırmak, mümkün olduğunca toplu taşıma araçlarını kullanmamak, kalabalıktan uzak durmak, hastalık süresince yataktan çıkmamak, ıhlamur içmek ve Aspirin almaktır" (**Çoruk, 2016**).

İster yüzyıllar boyu süren veba salgınları, isterse iki yıl süren İspanyol Gribi pandemisi ya da bizzat şimdi yaşamakta olduğumuz COVID-19 pandemisi olsun tüm salgınların etkiledikleri toplumlar içinde her bir birey için ayrı bir önemi ve anlamı olduğunu hatırlamak gerekir. Salgınlar, etkilediği insanların ve toplumların hafızasında yer edinir, bu hafızanın bir sonraki kuşağa aktarılması ise çeşitli nedenlerle mümkün olmayabilir. Salgın yönetiminde toplumsal hafıza kadar önemli ve ondan daha işlevsel bir değer ise kurumsal hafızadır.

### **Salgın Hafızası ve Kurumlar**

Sosyolog Kathleen Tierney'in deyişiyle "büyük felaketler" in artık "yeni normal" olduğu 21. Yüzyılda, ulus devletler ve ulusüstü yapılar yeni tehditler karşısında, kurumların erozyona uğraması, kritik önemdeki altyapıların eksik olması, siyasi ayrışmaların artması, olası felaketlerle başa çıkma kapasitesinin eksikliği gibi pek çok nedenle daha savunmasız durumdadır (**Tierney, 2014**). 20. Yüzyılın salgınlar tarihi açısından tam anlamıyla bir "unutma" ya da "hatırlamama" yüzyılı olduğunu söylemek mümkündür. Tıp tarihçisi Frank M. Snowden bu durumu "tarihsel bellek yitimi" ve "toplumsal bellek yitimi" olarak adlandırmaktadır (**Snowden, 2019**). 21. Yüzyılda ise sadece toplumsal hafıza değil aynı zamanda kurumsal hafızanın yokluğu da gündeme gelmeye başlamıştır.

Osmanlı Devleti'nde karantina teşkilatının kurulmasıyla başlayan süreç, salgınların yönetimi konusunda modernleşme ve kurumsallaşma sancıları içinde süreklilik ve kopuşların yaşandığı, inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir. Kamu sağlığı uygulamaları ve kurumsallaşma çabaları 19. Yüzyılın son çeyreğinde hızlanmış, özellikle kolera salgınlarının bu kurumsallaşmalarda etkili olduğu görülmüştür. 19. Yüzyıl sonuna doğru, bulaşıcı hastalıklar konusunda paradigma değişimine neden olacak mikrop teorisinin genel kabul görmesi ve hastalıkların bulaşma yolları ve etiyolojisinin daha anlaşılır hale gelmesiyle birlikte diğer ülkelerde olduğu gibi Osmanlı Devleti'nde de salgınlara karşı koruyucu önlemler ve bununla birlikte halk sağlığı uygulamaları yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu durum ise karantina teşkilatı merkezli kurumsallaşmanın yerini yeni sağlık kurumlarına, birimlerine ve örgütlenmelerine geçişi gerektirmiştir.

Louis Pasteur (1822-1895), 1885 yılında kuduz aşısını bilim dünyasına tanıttınca Osmanlı hekimleri Paris'e gönderilerek Pasteur'un laboratuvarında kuduz aşısı üretimi ve aşılama yöntemleri üzerine eğitim görerek İstanbul'a dönmüş ve koruyucu aşı üretimi çalışmalarına başlamıştır. 1893 yılında büyük kolera salgını esnasında, özellikle tıbbi çalışmalar ve aşılar için yeni bir kuruma duyulan ihtiyaç açığa çıkmıştır. Ertesi yıl, Pasteur Enstitüsü örnek alınarak, *Bakteriyolojihane-i Şahane* kurulmuştur (**Yıldırım, 2010**). İkinci Meşrutiyet'in ilanının (1908) ardından girilen dönemde sağlık işleri yeniden organize edilmeye başlanmış, eski rejimin kurumları yeni isimlerle ve farklı bürokratik örgütlenme çabaları ile sürdürülmüştür. Cumhuriyet'in kuruluşuna kadar geçen dönemde, Balkan Savaşları ve Birinci Dünya Savaşı yıllarında başta kolera ve tifüs olmak üzere salgın hastalıklar daha geniş bir nüfusu etkilemeye devam etmiş fakat savaşların dayattığı askeri ön-

celikler ve yeni sağlık örgütlenmeleri nedeniyle halk sağlığının yeniden geri plana düştüğü uzun bir dönem yaşanmıştır.

Bulaşıcı hastalıklar ve salgınların yönetimine odaklanan daha kalıcı kurum-sallaşma ise Cumhuriyet'in kuruluşunun ardından Dr. Refik Saydam (1881-1942)'in Sağlık Bakanı olduğu yıllarda gerçekleşmiştir. Saydam'ın, 1925-1937 yılları arasında sürdürdüğü bakanlık dönemi, aynı zamanda erken Cumhuriyet döneminin halk sağlığı politika ve uygulamalarının şekillendirildiği ve sağlık bürokrasinin bu defa daha kalıcı bir biçimde ulusal çapta örgütlendiği dönemdir. Sıtma, frengi, trahom, verem, lepra başta olmak üzere kolera, difteri, tifo, tifüs ve çiçek gibi halk sağlığını doğrudan ilgilendiren bulaşıcı hastalıklar konusunda insan gücü yetiştirme, sağlık örgütlenmesini geliştirme ve hukuksal altyapısını hazırlama süreçleri, erken Cumhuriyet dönemini, daha önceki dönemlerin kesintili modernleşme hamlelerinden ayırt eden unsurlardır.



Modern halk sağlığı yöntemlerini uygulamaya geçirme, aşı, serum ve ilaç üretme, gerekli laboratuvar tetkikleri yapma ve altyapı merkezlerini koordine etme gibi görevlerle *Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi*'nin 1928 yılında açılması bulaşıcı hastalıklar ve salgın yönetiminin kurumsallaşması açısından atılan en ciddi adımdır. Dr. Refik Saydam'ın ölümünden sonra, isminin anısına 1942 yılından itibaren *Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü* olarak anılan kurum bünyesinde 1931-1950 yılları arasında BCG başta olmak üzere, tifüs, çiçek, boğmaca, enflüanza aşıları, kuduz aşısı, serumu ve akrep serumu üretimi gerçekleştirilmiştir (**Metintaş, 2008; S.S.Y.B., 1973**). Bu aşılardan bir kısmı, talep halinde ihtiyaç duyulan ülkelere gönderilmiştir. 1938 yılında ciddi bir kolera salgınıyla başa çıkmaya çalışan Çin'e 1 milyon doz kolera aşısı hibe edilmiştir (**Fidan, 2020**), Yunanistan, Suriye, Irak gibi komşu ülkelere ise tetanos ve difteri serumları gönderilmiştir (**Çelebioğlu, 1982**). Hıfzıssıhha Enstitüsü ilerleyen yıllarda yönetim ve nitelik açısından değer kaybetmeye, liyakate dayalı olmayan ve siyasi atamalarla kabilen kadrolar ile işlevselliğinin azaldığı görülmektedir (**Kalemoğlu, 2007**).

Türkiye'de salgınlarda ortaya çıkan olası sorunlara odaklı, tüm yönleriyle bu meseleye adanmış güçlü ve özerk kamu kurumlarının, enstitülerin varlığına ihtiyaç duyulduğu açıktır. Robert Koch Enstitüsü ve Pasteur Enstitüsü gibi kamu desteğiyle teşvik edilen, özerk ve bilimsel açıdan özgür, uzun vadeli araştırmaların gerçekleştirilebildiği bir kurum ve kurum ortamı Türkiye'de maalesef sağlanamamıştır.



Türkiye’de salgınlarda ortaya çıkan olası sorunlara odaklı, tüm yönleriyle bu meseleye adanmış güçlü ve özerk kamu kurumlarının, enstitülerin varlığına ihtiyaç duyulduğu açıktır. Robert Koch Enstitüsü ve Pasteur Enstitüsü gibi kamu desteğiyle teşvik edilen, özerk ve bilimsel açıdan özgür, uzun vadeli araştırmaların gerçekleştirilebildiği bir kurum ve kurum ortamı Türkiye’de maalesef sağlanamamıştır. Bu enstitü örneklerine en yakın deneyim ve tarihi bir kurum olarak Refik Saydam Hıfızısıhha Enstitüsü’nün yıllar geçtikçe başlangıçtaki temel amaçlarından, işlevlerinden uzaklaş(tırıl)dığı, kısa vadeli ve yıkıcı etkileri olan dar siyasi hesaplarla heba edildiği görülmektedir. Yeni bir kurumsallaşma çabasıyla, zor dönemde ciddi özveri ve emekle oluşturulan Hıfızısıhha Enstitüsü, 83 yıl ayakta kalmıştır. Ciddi bir reform ile işlevselliğini artırmak, kapasitesi ve etkinliğini geliştirmek için kapsamlı, uzun vadeli, stratejik politikalar üretmek yerine kurumun görevleri parçalar halinde diğer birimlere dağıtılarak, ismi dahil olmak üzere Refik Saydam Hıfızısıhha Enstitüsü 2011 yılında kapatılmıştır. Bu sadece kamu yönetimi açısından değil, kurumsal bir salgın hafızası imkânını da ortadan kaldırdığı için yaşamsal önemde bir politika yanlısıdır.

COVID-19 pandemisi sırasında 25 Avrupa ülkesini içeren bir araştırmada, daha yüksek kurumsallaşmış güvenin ya da güven duyulan kurumların varlığı ile ölümlerin azlığı arasında bir korelasyon saptanmıştır (**Oksanen ve ark., 2020**). Daha önceki yıllarda, Ebola pandemisi sırasında yapılan benzer çalışmalarda da kurumsal güvenin yüksek olduğu ülkelerde, sağlık otoriteleri tarafından verilen tavsiye ve uygulanması istenen kurallara daha fazla uyulduğu gözlemlenmiştir (**Blair ve ark., 2017; Vinck ve ark. 2019**). Resmi/devlet kurumlarına ve siyasetçilere güven, insanların salgın zamanında önleyici tedbirler konusunda sergiledikleri uyum ve kuralları kabullenme ile şekillenen güvenin yalnızca bir boyutudur. Daha karmaşık durumlarda, örneğin pandemilerde, insanlar aynı zamanda bilimsel uzmanlara dayanmak ve güvenmek ihtiyacı duyar (**Hendriks ve ark., 2016**). Bilime güven pandemi sürecinde hayati bir rol oynayabilir. COVID-19 pandemisi sürecinde Almanya’da yapılan bir anket çalışmasında, insanların çoğu bilim insanlarına politikacılardan daha çok güven duyduğunu ortaya koymuştur ve katılımcıların yüzde 80’i pandemiyle ilgili siyasi kararların kanıta dayalı olması gerektiğini belirtmiştir (**Wissenschaft im Dialog, 2020**).

### Sonuç

Salgınlara tarihin toplumsal ve siyasal açıdan kısa bir bakış ve genel hatlarıyla bir çerçeve sunma amacıyla kaleme alınan bu yazı, geçmişteki pandemiler ile içinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisi arasında ortaya çıkış, etkenler, yayılma vb. Gibi tıbbi açıdan bir benzerlik, farklılık ilişkisine değil ama toplumsal, siyasal ve psikolojik açıdan bazı davranış kalıplarına dikkat çekebildiği ve bu konuda yeniden düşünmemizi, salgın yönetimine ilişkin politikaları gözden geçirmemizi ve sorgulamamıza katkı sağlayabildiği ölçüde değerlidir. Genel olarak tarih, özel olarak tıp tarihi ve salgınlara tarihi, değişenlerle değişmeyenlerin iç içe geçtiği karmaşık bir akıştır. Tarih disiplininin bizzat kendisi de, bize her an içinde yaşadığımız bu akışı hissettirebildiği, geçmiş ile diyalog kurabilmemizi sağlayabildiği, bugüne ve yarına

COVID-19 pandemisi sırasında 25 Avrupa ülkesini içeren bir araştırmada, daha yüksek kurumsallaşmış güvenin ya da güven duyulan kurumların varlığı ile ölümlerin azlığı arasında bir korelasyon saptanmıştır.

na dair sorular ve sonuçlar üretebildiği, geçmişteki olaylardan ve acılardan edinilecek bir bilgeliği günümüz insanına aktarabildiği ve bugünü dönüştürebildiği ölçüde anlamlıdır.

#### Kaynaklar:

- **Ackerknecht, E.H.** (2009) Anti-Contagionism Between 1821 And 1867-The Fielding H. Garrison Lecture, *International Journal of Epidemiology*, 38: 7-21.
- **Akalın, A.** (2013) Toplumcu Tıbbı Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları. İstanbul: Yazılama.
- **Arda, B. Ve Acıduman, A.** (2010) Türk'ün h1n1'le İlk İmtihanı: 1918-19 İnfluenza Pandemisinin Ülkemizdeki Görünümü, *Klinik Gelişim*, 23/3: 28-35.
- **Artvinli, F.** (2018) Pinel of İstanbul: Dr Luigi Mongeri (1815–82) and the Birth of Modern Psychiatry in the Ottoman Empire, *History of Psychiatry*, 4: 424-437.
- **Artvinli, F.** (2020) A Physician's Encounter with Epidemics: Courage vis-à-vis Ignorance, *Infectious Diseases and Clinical Microbiology*, 2: 108-120.
- **Ayar, M.** (2007) Osmanlı Devletinde Kolera: İstanbul Örneği (1892-1895). İstanbul: Kitabevi.
- **Bakar, C.** (2017) Kırk Yedi Yıl Sonra Yeniden Bir Salgının Hikâyesi: 1970 Sağmalcılar Kolera Salgınından Günümüze Dersler, *Turkish Journal of Public Health*, 15/3: 245-269.
- **Blair, R.A. Morse, B.S., Tsai, L.L.** (2017) Public Health and Public Trust: Survey Evidence from the Ebola Virus Disease Epidemic in Liberia, *Social Science & Medicine*, 172 :89-97.
- **Castro, A.** (1882) Biographie du Docteur Louis Mongeri par le Dr. A. De Castro. Constantinople: Imprimerie de Castro.
- **Çıpa, H. E.** (1995) mcneill'in 'Salgınlar ve Halklar'ı Üzerine Düşünceler, *Toplumsal Tarih*, 22:17-22.
- **Çoruk, A.Ş.** (2016) Osmanlının Son Yılları. İstanbul: Kitabevi.
- **Craddock, S.** (1999) Embodying place: Pathologizing Chinese and Chinatown in Nineteenth-century San Francisco, *Antipode*, 4: 351-371.
- **Crawford, D. H.** (2019) Ölümçül Yakınlıklar-Mikroplar Tarihimizi Nasıl Şekillendirdi? Çev. Gürol Koca, İstanbul: Metis Yayınları.
- **Chung R.Y, Li M.M.** (2020) Anti-Chinese Sentiment During the 2019-ncov Outbreak, *Lancet*, 395(10225):686-687.
- **Curtis D.R. ve Besouw, B. Van.** (2020) Not Learning from History: Learning from Covid-19," *The Wiley Network*, 14 Nisan 2020: <https://www.wiley.com/network/researchers/covid-19-resources-for-the-research-community/not-learning-from-history-learning-from-covid-19>.
- **Çelebioğlu, A.T.** (1982) Dr. Refik Saydam (1881-1942) Ölümünün 40. Yılı Anısına. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- **Evans, R.J.** (2005) Death in Hamburg, Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910. New York: Penguin Books.
- **Fairhead, J.** (2016) Understanding Social Resistance to Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective, *African Studies Review*, 3: 7–31.
- **Fidan, G.** (2020) 1938 Çin Kolera Salgınında Türkiye'den Gönderilen Aşılar ve Çin Basınındaki Yansımaları, *Toplumsal Tarih*, 318: 50-52.



- **Harrison, M.** (2004) *Disease and Modern World: 1500 to the Present Day*. Cambridge: Polity Press.
- **Hays, J.N.** (2005) *Epidemics and Pandemics: Their Impacts on Human History*. California: ABC-CLIO.
- **Hendriks, F. Kienhues, D., Bromme, R.** (2016) Trust in Science and the Science of Trust. (Ed. B. Blobaum) *Trust and Communication in a Digitized World: Models and Concepts of Trust Research*. Springer, içinde ss. 143-159.
- **Kalemoglu, B.E.** (2007) *Türk Kamu Yönetiminde Orta Kademe Yöneticilerin Sorunları; Hıfzıssıhha Örnek Olayı*. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü' Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- **Kohn, G.C.** (ed.) (2008) *Encyclopedia of Plague and Pestilence: From Ancient Times to the Present*. New York: Infobase Publishing.
- **Kürkçüoğlu, F.** (2020) İspanyol Gribinden Beri 100 Yıldır Değişmeyen Anlayışımız: "Bize Bir Şey Olmaz!", 23 Mart 2020, K24. <https://t24.com.tr/k24/yazi/ispanyol-gribinden-beri-100-yildir-degismeyen-anlayisimiz-bize-bir-sey-olmaz,2596> (Erişim tarihi: 3 Eylül 2020).
- **Little, L.K.** (Ed.) (2007) *Plague and the End of Antiquity: The Pandemic of 541-750*. Cambridge University Press.
- **McNeill, W.H.** (1976) *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Press.
- **Metintas, M. Y.** (2008) *Refik Sağlam'ın Yaşamı ve Kişiliği*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- **Mongeri, L.** (1857) De La Nature Contagieuse Du Choléra Et Des Devoirs Des Médecins Sanitaires, *Gazette Médicale d'Orient*, 8:138-146.
- **Nikiforuk, A.** (2018) *Mahşerin Dördüncü Atlısı: Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*. Çev. Selahattin Erkanlı, 9. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları.
- **Oksanen, A., Kaakinen, M., Latikka, R. Ve ark.** (2020) Regulation and Trust: 3-Month Follow-up Study on COVID-19 Mortality in 25 European Countries, *JMIR Public Health and Surveillance*, 6/2 e19218.
- **Panzac, D.** (1997) *Osmanlı İmparatorluğu'nda Veba: 1700-1850*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
- **Peckham, R.** (2020) COVID-19 and the Anti-lessons of History, *The Lancet*, 395(10227), 14 Mart 2020.
- **Price-Smith, A.T.** (2008) *Contagion and Chaos: Disease, Ecology, and National Security in the Era of Globalization*. Massachusetts: MIT Publishing.
- **Roberto, K.J., Johnson, A.F., Rauhaus, B.M.** (2020) Stigmatization and Prejudice During the COVID-19 Pandemic, *Administrative Theory & Praxis*, doi: [10.1080/10841806.2020.1782128](https://doi.org/10.1080/10841806.2020.1782128).
- **S.S.Y.B.** (1973) *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- **Sarıyıldız, G.** (2015) *Osmanlı Sıhhiye Rüsum Tarifesi ve Muhtelit Sıhhiye Rüsum Tarifesi Komisyonları: Kapitülasyona Giden Bir Süreç*. Osmanlıdan Cumhuriyete Sosyo Kültürel-Siyasi Yansımalar, Prof. Dr. Ali İhsan Gencer Anısına. İstanbul: Derin Yayınları içinde: ss. 271-318.
- **Snowden, F.M.** (2019) *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. Yale University Press.
- **Taylor, S.** (2019) *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

- **T.B.M.M.** (1971) Meclis Zabıtları, 7.1.1971:  
<https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MM/d03/c009/b031/mm030090310612.pdf> (Erişim tarihi: 31 Ağustos 2020).
- **Temel, M.K.** (2015) Gelmiş Geçmiş En Büyük Katil: 1918 “İspanyol “ Gribi. İstanbul: BETİM.
- **Tierney, K.** (2014). The Social Roots of Risk: Producing Disasters, Promoting Resilience. Stanford University Press.
- **Trauner, J.B.** (1978) The Chinese as Medical Scapegoats in San Francisco, 1870-1905, California History, 1: 70-87.
- **Turna, N.** (2011) İstanbul’un Vebayla İmtihanı, 1811-1812 Veba Salgını Bağlamında Toplum ve Ekonomi, Studies of the Ottoman Domain, 1: 1-36.
- **Varlık, N.** (2017) Akdeniz Dünyasında ve Osmanlılarda Veba, 1347-1600. İstanbul: Kitap Yayınevi.
- **Varlık, N.** (2018) Osmanlılarda Veba Salgınları, Toplumsal Tarih, 296: 30-36.
- **Vinck, P., Pham, P.N., Bindu, K.K., Bedford, J., Nilles, E.J.** ( 2019): Institutional Trust and Misinformation in the Response to the 2018–19 Ebola Outbreak in North Kivu, DR Congo: A Population-based Survey, The Lancet Infectious Diseases, 19/5: 529-536.
- **Wissenschaft im Dialog.** (2020) Wissenschaftsbarometer Corona Spezial, 15 Nisan 2020, <https://tinyurl.com/wisdlq> (Erişim tarihi 3 Eylül 2020).
- **Yaşayanlar, İ.** (2020) Salgınlar Çağında Osmanlı’da Hekim Olmak, Toplumsal Tarih, 316: 68-72.
- **Yıldırım, N.** (2006) Osmanlı Coğrafyasında Karantina Uygulamalarına İsyenlar: “Karantina İstemezük!”, Toplumsal Tarih, 150: 18-27.
- **Yıldırım, N.** (2010) İstanbul’un Sağlık Tarihi. İstanbul: Ajansfa.
- **Yıldırım, N.** (2014) 14. Yüzyıl’dan Cumhuriyet’e Hastalıklar, Hastaneler, Kurumlar. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
- **Yolun, M.** (2012) İspanyol Gribinin Dünya ve Osmanlı Devleti Üzerindeki Etkileri. Adıyaman Üniversitesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- **Yolun, M. Ve Kopar, M.** (2015) The Impact of the Spanish Influenza on the Ottoman Empire, Belleten, 286: 1100-1120.<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>

# YAPI & FİNANSMAN



# MERKEZİ ÖRGÜTSEL YAPI VE SALGINLARLA MÜCADELE

## Dr. Cavit Işık Yavuz

Tıp Doktoru, Doçent, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi

### Özet

Türkiye küresel olarak ciddi etkiler gösteren SARS-cov-2 pandemisinde altıncı ayını doldurmaktadır. Geçen altı aylık sürede salgının birinci dalgası kontrol altına alınamamış, Ağustos ve Eylül aylarında resmi doğrulanmış vaka ve ölüm sayılarında yeniden bir yükselişe geçilmiştir. Pandemi Hazırlık Planı yakın zamanda güncellenmesine karşılık SARS-cov-2'ye özel bir hazırlık planı ve yanıt strateji dokümanı oluşturulmamış, Pandemi Hazırlık Planı'nda öngörülen salgın yöntemi yapısı bütünüyle hayata geçirilmemiştir. Salgın yönetiminde hazırlık planında ana yapı olan ve Sağlık Bakanlığı'nın başkanlığında çalışması öngörülen Ulusal Koordinasyon Kurulu'nun süreç içerisinde ne denli işlevsel olduğu tartışmalıdır. Buna karşılık İçişleri Bakanlığı'nın süreçteki rolü dikkati çekmektedir. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçişle kurulan dokuz kuruldan biri olan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu'nun süreçte hiçbir işlevinin olmadığı ve görevleri arasında pandemi hazırlık ve yanıt politikaları vb konuların bulunmadığı izlenmektedir.

SARS-cov-2 pandemisi ile mücadelede üç temel strateji öne çıkmaktadır. Bunlar vaka yönetimi, yayılımın önlenmesi ve kontrol önlemlerinin etkisinin değerlendirilmesidir. Vaka yönetiminde olası ya da kesin tüm vakaları bulmak ve hızla izole etmek, tedavi etmek ve bulaştırmalarını engellemek, yayılımı önlemede etkin bir aktif süreyans sistemi kurmak, kontrol önlemlerinin değerlendirilmesinde de epidemiyolojik yöntemlerle müdahaleleri değerlendirmek ve iyileştirmek gerekir. Mücadeledeki başarı tüm bu başlıkların bilimsel yöntemlerle ve etkin bir salgın yönetimiyle sürdürülmesindedir.

Salgında merkezi yapının rol ve işlevleri, mevcut sağlık sistemi içerisindeki kurul ve kurumların salgın yönetimindeki konumu ve etkisi ile şekillenmektedir. Bu anlamda bu yapılara dair sürecin gözden geçirilmesinde yarar vardır.

**Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu:** Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, Türkiye'nin Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçişiyle birlikte kuru-

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçişle kurulan dokuz kuruldan biri olan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu'nun süreçte hiçbir işlevinin olmadığı ve görevleri arasında pandemi hazırlık ve yanıt politikalar konuların bulunmadığı izlenmektedir.

lan dokuz kuruldan biridir. Örgütlenmede Cumhurbaşkanlığı bünyesinde oluşturulan bu dokuz kurul, Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu, Eğitim ve Öğretim Politikaları Kurulu, Ekonomi Politikaları Kurulu, Güvenlik ve Dış Politikalar Kurulu, Hukuk Politikaları Kurulu, Kültür ve Sanat Politikaları Kurulu, Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, Sosyal Politikalar Kurulu ve Yerel Yönetim Politikaları Kurulu'dur. Bu yeni yapı sağlık kavramının bütünselliği içine ayrılmaz bir yeri olan sosyal politikaları ayrı bir kurulla ele alarak sağlığı ve gıdayı ortaklaştırmıştır.

1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle oluşturulan bu kurullardan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu'nun görevleri ve yetkileri aşağıdaki başlıklarda sıralanmaktadır. **(Mevzuat Bilgi Sistemi)**

- Sağlık sisteminin geliştirilmesi amacıyla politika önerileri geliştirmek, gıda sağlığı ve güvenliği konusunda araştırmalar yapmak, risk analizi yaparak gıda sağlığının korunması için politika önerileri geliştirmek,
- Bitkisel ve hayvansal ürün arzının, ürün kalitesinin artırılmasına yönelik politika önerileri geliştirmek,
- Su kaynaklarının etkin kullanılması, su israfının önlenmesine yönelik araştırmalar yaparak politika önerilerinde bulunmak, Sağlık ve gıdayla ilgili olarak üretim ve tüketim alışkanlıklarını iyileştirmek için araştırmalar yapmak,
- Tarım ve hayvancılıkta yerli gen kaynaklarımızın korunması, ıslahı ve çeşitlendirilmesi için araştırmalar yapmak ve politika önerileri oluşturmak, destekleme politikaları geliştirmek,
- Önleyici sağlık hizmetlerinin artırılarak sağlık hizmeti veren kuruluşların yüklerinin azaltılması ve etkinliklerinin artırılmasına yönelik araştırmalar yapmak ve önerilerde bulunmak,
- Tıbbi teknolojiler ve ilaç sanayinin yerleştirilmesi için politika önerileri oluşturmak,
- Sağlık hizmetleri ve teknolojilerinde uluslararası gelişmeleri takip ederek, sonuçları raporlamak,
- Toplumda artan hastalıkların önlenmesi ve azaltılmasına yönelik politika önerileri oluşturmak,
- Biyogüvenlik alanında politika ve stratejilerin geliştirilmesini, uygulamanın izlenmesini sağlamak,
- Bağımlılıkla mücadele konusunda politika önerileri ve stratejiler geliştirmek.

Görüldüğü gibi sağlık ve gıda alanlarına ilişkin hibrit denebilecek işlevleri olan bu yapının pandemiye ilişkin ya da sağlık sisteminin bu tür olaylara hazırlık politikalarına ilişkin bir görevi tanımlanmamıştır. Bu durum ülkenin pandemi hazırlık ve yanıt süreci açısından önemlidir.

Pandemi döneminde Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu'nun, 3 Mart 2020 tarihinde Cumhurbaşkanı başkanlığında toplandığı ve toplantıda "Yeni Koronavirüs'e (COVID-19) karşı Türkiye'de uygulanan takip ve yönetim sistemi ile alınan tedbirler ve yürütülen çalışmaların" değerlendirildiği görülmektedir. Bu toplantıya Kurul üyeleri dışında Sağlık Bakanı, İçişleri Bakanı, Millî Eğitim Bakanı, Ticaret Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Kültür ve Turizm Bakanı,



Sanayi ve Teknoloji Bakanı, Ulaştırma ve Altyapı Bakanı, Diyanet İşleri Başkanı da katılmıştır. **(Cumhurbaşkanlığı Web Sayfası)**

Mart ayında gerçekleştirilen bir başka toplantı da ‘Koronavirüsle Mücadele Eşgüdüm Toplantısı’ adıyla basına yansıyan toplantıdır. Toplantıya on altı Bakan ve Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekili katılmıştır. **(Sözcü Gazetesi Web Sayfası)**

Merkezi faaliyetler açısından önemli bir çalışma da kamuoyunda “normalleşme” adıyla sunulan yeniden açılma süreci ile ilgili 16 Bakanlık ve Cumhurbaşkanlığı’na bağlı kurumlar tarafından hazırlanan ve basına “salgından sonra Türkiye raporu” adıyla yansıyan rapordur. Rapor kamuya açık olarak yayımlanmamıştır. Rapor’da yer aldığı belirtilen ve 30 Nisan 2020 tarihinde basında yer alan başlıklar dikkat çekicidir **(Hürriyet Gazetesi Web Sayfası):**

- “Salgında personele psikososyal destek.
- Vefat eden hasta yakınlarına destek.
- İş devamsızlıklar takip edilecek.
- Riskli bölgeye seyahat edecekler için önlemleri anlatan materyaller dağıtılacak.
- Hijyen kurallarının toplumda alışkanlık haline getirilmesi sağlanacak.
- İşyerlerinde ve yatılı sosyal hizmet kuruluşlarında pandemi planı yapılacaktır.
- Eğitim ve öğretim dönemine ara veren okullar açılmadan önceki dönemde detaylı şekilde temizlik yapılacaktır.
- Sağlık hizmetleri alanında eğitim alan öğrencilerin görevlendirilmesi sağlanacaktır.
- Hayvanlarda pandeminin önlenmesi ile ilgili tedbirler sürdürülecektir.”

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi’nin kurulmasıyla ortaya çıkan yeni yapılar ve kurumların pandemi sürecindeki işlevi, mevzuat ve salgın yönetimindeki yeri ve etkisi ile ilgili sistematik bir değerlendirmeye gereksinim vardır.

Merkezi yapının üst düzeyinde yapılan bu toplantılar ve rapor yanında Pandemi Hazırlık Planı’nda yer alan önemli yapı Ulusal Koordinasyon Kurulu’dur. Bu yapı 2019 yılında güncellenen Pandemi Hazırlık Planı’nda pandemi yönetiminin kilit yapısı olarak dikkat çekmektedir. Bu yapının pandemi sürecindeki etkisi ve işlevi konusunda bir değerlendirme yapmak zordur.

Kurul’un süreç boyunca düzenli toplanıp toplanmadığı hakkında net bilgiler yoktur. Sağlık Bakanlığı resmi twitter hesabından paylaşıldığı kadarıyla 21 Nisan, 20 Mayıs ve 2 Haziran’da toplanmıştır. **(Sağlık Bakanlığı Twitter Hesabı, 21 Nisan 20 Mayıs, 2 Haziran Tarihli Mesajları)**

Ulusal Koordinasyon Kurulu, Sağlık Bakanlığı birimleri dışında dokuz Bakanlık temsilcisinden (Adalet, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Gençlik ve Spor, Hazine ve Maliye Bakanlığı, İçişleri, Millî Eğitim, Millî Savunma, Tarım ve Orman, Ulaştırma ve Altyapı) ve Afet ve Acil Durum Yönetimi

Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Türk Kızılayı, Yükseköğretim Kurumu, Ulusal Pandemi Danışma Kurulu yemincilerinden, “gerekli durumlarda” ilgili Bakanlıkların temsilcileri, gönüllü kuruluşlar ve meslek örgütlerinin temsilcileri ile uluslararası kuruluşların temsilcilerinden oluşmaktadır. Bu Kurul’un Pandemi Hazırlık Planı’na göre pandeminin çok erken döneminde alarm aşamasında göreve çağırılması öngörülmüştür. **(Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019)** Bu aşama, ülkede vaka olmasa da DSÖ’nün bir bölgesinde ya da bir ülkede vakaların bulunduğu ve etkenle ilgili olarak insandan insana bulaşın başladığı durumları kapsamaktadır. Bu açıdan da değerlendirildiğinde bu aşamanın Ocak ayında ortaya çıktığı rahatlıkla söylenebilir. Ocak ayının ilk haftasında yeni bir koronavirüs tanımlanarak paylaşılmış ve 13 Ocak’ta Çin dışında ilk vaka tespit edilmiştir. Ulusal Koordinasyon Kurulu’nun bu aşamada faaliyete geçtiğine ilişkin bir bilgi yoktur. Dolayısıyla Türkiye’nin pandemiye adapte edilen bir salgın strateji ve hazırlık planı olmadığı gibi mevcut pandemi hazırlık planının da ne ölçüde uygulandığı tartışılır bir durumdadır. Bu Kurul “pandemi sırasında Bakanlıklar / Kurumlar arası koordinasyonu sağlamak amacı ile” oluşturulmuştur ve “Sağlık Bakanlığı bünyesinde, Sağlık Bakanı ya da yetkilendireceği Bakan Yardımcısı başkanlığında” kurulmaktadır. Dolayısıyla Bakanlıklar arasındaki koordinasyonun Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmesi ve yönetilmesini öngören bir yapı vardır. Ancak uygulamada faaliyetler bu şekilde yürütülmemiştir. Etkin ve çok erken aşamadan itibaren aktifleşmesi bu planlanan Kurul’un süreçteki etkisi olduğunu söylemek güçtür.

Salgın sürecinde en az Sağlık Bakanlığı kadar aktif bir diğer Bakanlık da İçişleri Bakanlığı’dır. İçişleri Bakanlığı salgın süresince genelgelerıyla salgın önlemlerini yönlendiren bir pozisyonda olmuştur. Gece

yarısına doğru ilan edilen sokağa çıkma kısıtlaması, önce ilan edilen sonra kaldırılan kısıtlamalar vb birçok konu çokça tartışılmıştır. 10 Nisan günü uygulamanın başlama saatinden bir saat 45 dakika önce ilan edilen sokağa çıkma yasağı bu konuda en çok tartışılan başlık olmuştur. İçişleri Bakanlığı tarafından 10 Nisan günü saat 22.15’te Valiliklere bir genelge gönderilerek “10.04.2020 tarihi saat 24:00 ile 12.04.2020 tarihi saat 24:00 arasında” Büyükşehir statüsündeki 30 ilde ve Zonguldak’ta sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir. **(İçişleri Bakanlığı Web Sayfası-a; İçişleri Bakanlığı Web Sayfası-b)**

Süreçte İçişleri Bakanlığı’nın rolüne ilişkin bazı başlıklar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Tedbir ve kısıtlama ile ilgili düzenlemeler
- Vakaların izolasyon kurallarına uyumunun denetlenmesi



Ocak ayının ilk haftasında yeni bir koronavirüs tanımlanarak paylaşılmış ve 13 Ocak’ta Çin dışında ilk vaka tespit edilmiştir. Ulusal Koordinasyon Kurulu’nun bu aşamada faaliyete geçtiğine ilişkin bir bilgi yoktur. Dolayısıyla Türkiye’nin pandemiye adapte edilen bir salgın strateji ve hazırlık planı olmadığı gibi mevcut pandemi hazırlık planının da ne ölçüde uygulandığı tartışılır bir durumdadır.

- Salgın Denetim Merkezleri oluşturarak evde izolasyona alınan hastaların özellikle ilk yedi gün içerisinde uyum açısından denetlenmesi
- İl ve ilçelere “hastalık belirtisi gösteren kişiler ile temaslı oldukları kişilerin numunelerinin evlerinde alınmasına, izolasyon süreçlerinin evlerinde izlenmesine, tedavilerinin evlerinde yapılmasına” dair ek bir genelge ile talimat verilmesi
- İllerde vali yardımcısı ve ilçelerde kaymakamlar başkanlığında **Filyasyon Çalışmaları Takip Kurulları** oluşturulması (bu kurulların her gün saat 16:00’da sağlık, kolluk ve uygun görülen diğer birim temsilcileriyle bir araya gelmesi öngörülmüştür)
- **Koronavirüs İl Denetim Uygulaması Modeli oluşturulması ve pilot uygulamanın Kırklareli’de yapılması**
- Denetim ve tedbirlerin genişletilmesi talimatları verilmesi
- Art arda yapılan üç denetim sonucunda belirtilen kurallara uyduğu tespit edilen işyerlerine, şehir içi toplu taşıma araçları ve ticari taksilere **Güvenli Alan** logosu verilmesi

Görüldüğü gibi Pandemi Hazırlık Planı’nda koordinasyon rolü Sağlık Bakanlığı başkanlığında Ulusal Koordinasyon Kurulu olarak planlanmışken SARS-cov-2 salgınında bu rol İçişleri Bakanlığı tarafından sürdürülmektedir.

Salgın yönetiminde merkezi yapı ve salgın yönetiminin durumuna ilişkin aşağıdaki saptamalar yapılabilir (**TTB, 2020a; TTB, 2020b; WHO, 2020**):

1. DSÖ tarafından İnfluenza Pandemi Hazırlık Planları esas alınarak hazırlanan ve 3 Şubat 2020’de yayımlanan, ülkelere de böylesi bir çaba için yol gösterici olan COVID-19’a yönelik “Stratejik Hazırlık ve Yanıt Planı” benzeri bir hazırlık ve planın ülkemizde yürütülmediği dikkat çekmektedir.
2. Bu dokümanda salgına verilecek yanıtta ulusal stratejilerin içermesi gereken başlıkların hemen hepsinde ülkemizde sorun ve sıkıntılar olduğu görülmektedir. Bu başlıklar ve sorunlar;
  - a. *Pandemiye Verilecek Yanıtın Ulusal Düzeyde Koordinasyonu:* İnfluenza Hazırlık Planı’nda tasarlanan Ulusal Koordinasyon Kurulu’nun süreçteki etkisi tartışmalıdır. İçişleri Bakanlığı’nın bazı kararları Bakanlıklar arası iletişim ve koordinasyon sorunları olduğunu düşündürmüştür. “Bilim Kurulu” olarak adlandırılan ve İnfluenza Hazırlık Planı’nda Ulusal Danışma Kurulu olarak geçen yapı süreçte önemli bir işlev ve rol üstlenmesine karşılık İnfluenza Hazırlık Planı’nda getirilen öneriler doğrultusunda bir işleyiş sağlanamamıştır. İllerde İl Pandemi Kurulları’nın işlevselliği tartışmalıdır. Yasal olarak “tavsiye” niteliğinde kararlar alan bu kurulların salgın yönetiminde ne denli etkin olduğu bilinmemektedir.

Pandemi Hazırlık Planı’nda koordinasyon rolü Sağlık Bakanlığı başkanlığında Ulusal Koordinasyon Kurulu olarak planlanmışken SARS-CoV-2 salgınında bu rol İçişleri Bakanlığı tarafından sürdürülmektedir.

- b. *Toplumda Etkilenen ve Risk Altındaki Toplulukların Katılımını ve Harekete Geçmesini Sağlayarak Virüsün Yayılımını Sınırlandırma*: Ülkemizde salgının başından bu yana toplum katılımı ile ilgili mekanizmalar işletilmemiş ve bu amaçla bir niyet ortaya konulmamıştır. Toplumsal uyumun düşüklüğü salgın yönetiminde önemli sorunlar ortaya çıkarmış ve bu uyumun özellikle yeniden açılma dönemi öncesinde artırılmasına dair kamu kurumları yetersiz kalmıştır.
- c. *Sporadik Vakaları Kontrol Altına Alma ve Virüsün Bulaşıcılığını Yavaşlatmak İçin Halk Sağlığı Önlemlerinin Uygulanması*: Türkiye birinci salgın dalgasını kontrol altına alamadığı gibi salgın ülke genelinde artışa geçmiştir. Bu açıdan bulaşıcılığı kontrol altına alacak halk sağlığı önlemleri yetersiz kalmıştır.
- d. *COVID-19 İle İlişkili Mortalitenin Azaltılması, Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülmesi ve Sağlık Çalışanlarının Korunması İçin Sağlık Sisteminin Hazırlanması*: Günlük doğrulanmış ölüm sayıları ne yazık ki haftada yüzün altına inememiş ve yaz aylarında artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı'nın haftalık durum raporlarına göre 24-30 Ağustos tarihleri arasında haftalık doğrulanmış ölüm sayısı 205'tir ve günlük ölüm sayıları giderek artış göstermektedir. **(Sağlık Bakanlığı COVID-19 Haftalık Durum Raporu 24/08/2020 – 30/08/2020)** Eylül ayının ilk yarısındaki günlük ölüm sayıları Mayıs ayının ilk yarısındaki günlük ölüm sayılarına ulaşmıştır. Salgında geriye gidilmekte, sağlık sistemi zorlanmaya başlamakta ve durum kötüleşmektedir.
- e. *Temel Kamu Fonksiyonlarının ve Hizmetlerinin Sürekliliğini Sağlamak İçin "Beklenmedik Durum Planlaması" Yapılması*: Türkiye'nin bu konuda bir hazırlığı olup olmadığı bilinmemektedir. Ancak salgının seyri beklendik bir şekilde bu konuda (beklenmedik durum planlaması) ciddi bir ihtiyaç ortaya çıkacağını göstermektedir.

SARS cov-2 pandemisi ile mücadelede üç temel strateji öne çıkmaktadır. Bunlar vaka yönetimi, yayılımın önlenmesi ve kontrol önlemlerinin etkisinin değerlendirilmesidir. Vaka yönetiminde olası ya da kesin tüm vakaları bulmak ve hızla izole etmek, tedavi etmek ve bulaştırıcılıklarını engellemek, yayılımı önlemede etkin bir aktif sürveyans sistemi kurmak, kontrol önlemlerinin değerlendirilmesinde de epidemiyolojik yöntemlerle müdahaleleri değerlendirmek ve iyileştirmek gerekir. Mücadeledeki başarı tüm bu başlıkların bilimsel yöntemlerle ve etkin bir salgın yönetimiyle sürdürülmesindedir.

# YEREL YÖNETİMLER VE SALGINLARLA MÜCADELE

**Dr. Nilay Etiler**

Tıp Doktoru, Profesör, Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu

## Özet

Kentleşme, yerel yönetimlerin önemini ve işlevini artıran bir özelliğe sahiptir. Çünkü “kent” toplum sağlığının bir belirleyicidir. Belediyeler, kent yönetimlerinden sorumlu yerel yönetim yapıları olarak toplum sağlığı ile ilgili pek çok hizmeti yürütmektedir. Bu hizmetlerin bir kısmı bulaşıcı hastalıkların kontrolü için önemli olan çevre hizmetleri iken diğer bir kısmı kentlerde yoğunlaşmış sosyoekonomik sorunların etkilerini hafifleten özelliktedir. Salgın dönemleri, kent yerelindeki kurum, kuruluş ve örgütlerin birlikte ve eşgüdüm içinde hareket etmesini gerektiren durumlardır. Halen sürmekte olan COVID-19 pandemisi toplumsal dayanışmayı, sosyal belediyeçiliği, halk sağlığı yönelimli sağlık hizmetlerini anımsatmakta, kentlerimizi rant için toplum için planlamanın önemini göstermektedir.

## Giriş ve Tanımlar

Yerel yönetimler, ülke sınırları içinde değişik büyüklükte yerleşimlerde yaşayan insanların kolektif ihtiyaçlarını karşılamak üzere oluşturulmuş örgütlenmelerdir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, yerel yönetimleri kamu niteliğinde kuruluşlar olarak tanımlayarak “il, belediye veya köy halkının mahalli müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, gene kanunda gösterilen, seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişiler” olduğunu ifade etmektedir (Md 127). Yine aynı maddede mahalli idarelerin kuruluş ve görevleri ile yetkilerinin yerinden yönetim ilkesine uygun olarak düzenlenmesine vurgu yapılmış ve yerel yönetimler üzerinde merkezi idarenin idari vesayet yetkisi olduğu belirtilmiştir.

Türkiye’nin yerel yönetim sistemine göre üç kademe söz konusudur: 1) il özel idareleri: bölgesel yönetim kademesini, 2) belediyeler: kentsel yerel ölçeğin yönetimini ve; 3) köyler: kırsal yerel ölçeğin yönetimini yürütmektedir. **(Uğurlu Ö, 2009)** İl özel idareleri, sağlık, tarım, sanayi, ticaret, gençlik ve spor alanlarındaki hizmetlerde büyükşehir belediyelerinin görev ve sorumluluk alanı dışında kalan alanlardan sorumludurlar. **(5302 Sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 2005)** Türkiye’nin yerel yönetim sisteminde 2012 yılında dramatik bir değişim ile büyükşehir bölgeleri genişletilmiştir. **(6360 Sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe**



**Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2012)** Bu yasayla, sosyolojik ve iktisadi olarak kırsal nitelikleri taşıyan pek çok köy, mahalle statüsüne geçirilerek kentsel bölgelere katılmıştır. Büyükşehirlerin yönetim alanları genişleten bu düzenleme sonrasında, sayıları otuza ulaşan büyükşehir belediye yönetimleri nüfusun 60 milyonu aşmıştır. Köy sayısı 18 bin 335 olup Türkiye nüfusunun yüzde 7,2'si köylerde yaşamaktadır. **(TÜİK, n.d.)** Kısacası, günümüzde yerel yönetim dendiğinde büyük oranda belediyelerden bahsedilmektedir.

2012'de değiştirilen yerel yönetim mevzuat ile Türkiye'de kentleşme oranını gerçekçi bir biçimde tahmin etmek mümkün olmasa da nüfusun yüzde 70'ten fazlasının kentsel alanlarda söylemek mümkündür.<sup>91</sup> Kentlerin sosyal ve fizik çevresi toplum sağlığının pek çok belirleyicisini içermektedir. Diğer yanı sıra da, kent yönetimlerinin sunduğu hizmetler, toplum sağlığını geliştiren, sosyal eşitsizliklerin sağlık üzerine sonuçlarını azaltma potansiyeline sahiptir. **(Diez Roux, 2015)** Şüphesiz ki bu potansiyel, yerel yönetimin niteliği ile belirlenmektedir. Nitekim 19. Ve 20. Yüzyılda sağlıklı konut, temiz içme suyu vb. Hizmetler ile kentlerdeki yaşam koşullarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin olduğundan daha dramatik bir biçimde toplum sağlığının düzeyini yükseltmiştir. O nedenle günümüzde de, kentin bizzat kendisi toplum sağlığının bir belirleyicidir. **(Galea S & Vlahov D, 2005)**

### **Mevzuat**

Türkiye'de çağdaş anlamda belediyecilik 1930 yılında yürürlüğe giren 1580 sayılı Belediye Yasası ile başlamış, belediyeleşme 1950 yılından sonra hızlanan kentleşme ile beraber gelişmiştir. **(Dedeoğlu N, 2009)** Günümüzde yerel yönetimlere dair çok sayıda yasal düzenlemeler, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 5393 sayılı Belediye Kanunu (2005), 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu (2006) ve 442 sayılı Köy Kanunu (1924)'dur.

Türkiye'deki gerek Büyükşehir Belediyesi Kanunu gerekse Belediyeler Kanunu'nda salgın ve bulaşıcı hastalıklara özel maddeler yer almamaktadır. Sadece Köy Kanununda bulaşıcı hastalık ve salgın tespit edildiğinde ilgili makamlara bildirim yapılması konusu yer almaktadır. Belediye hizmetlerinin önemli bir kısmının toplum sağlığını etkileyen ve belirleyen hizmetler olduğu açıktır. Bu hizmetler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Belediyelerin salgın dönemlerinde içinde bulunduğu yerel kurullar (başta hıfzıssıhha kurulları olmak üzere) ile eşgüdüm ve işbirliği içinde sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicileri konusunda pek çok olanağını harekete geçirmesi mümkündür.

Türkiye'deki gerek Büyükşehir Belediyesi Kanunu gerekse Belediyeler Kanunu'nda salgın ve bulaşıcı hastalıklara özel maddeler yer almamaktadır.

Kent yönetimlerinin sunduğu hizmetler, toplum sağlığını geliştiren, sosyal eşitsizliklerin sağlık üzerine sonuçlarını azaltma potansiyeline sahiptir.

<sup>91</sup> 6360 sayılı Yasa'nın çıktığı 2012 yılında Türkiye nüfusunun %72'si kentlerde yaşamaktaydı.

**Tablo: Yerel Yönetimlerin Toplum Sağlığı İle İlişkili Hizmetleri**

Sağlıklı su temini	• Kreşler / çocuk bakımevleri
Katı ve sıvı atıkların bertarafı	• Kadın sığınma evleri kurulması
Hava kirliliğinin önlenmesi	• Kent yoksullarına dönük sosyal yardımlar
Vektör mücadelesi	• Huzurevleri, yaşlı gündüz bakımevleri, evde bakım hizmetleri
Sağlıklı gıda temini	• Hobi evleri vb sosyal rekreasyon çalışmaları
Gıdaya ekonomik erişimin sağlanması	• Yaygın eğitim, meslek edindirme kursları
Toplum beslenmesine katkı	• Belediye spor, rekreasyon kompleksleri
Toplu kamu ulaşımı temini	• Park, bahçe ve diğer kamusal açık alanların temini
Kent mekanlarının ergonomik hale getirilmesi	
Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri	

Ülkemizde halk sağlığı alanının temel yasası olarak kabul edilen 1583 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 18-20. Maddeleri il özel idareleri ve belediyelerin sağlık ile ilgili görev ve sorumluluklarını tanımlamaktadır (Dördüncü Fasıl: Vilayet Hususi İdareleri ve Belediyeler). Kanunun 20. Maddesine göre belediyelerin bulaşıcı hastalıklarla mücadele işlerine yardım etmesi ve ortak alanlarda halkın sağlığına zarar veren etkenlerin ortadan kaldırılması görevleri vardır (UHK Md.20 / 9 ve 10). Kanunun 23 ila 28. Maddelerinde ise bulaşıcı hastalıkların kontrolü için önemli araçlardan biri olan umumi hıfzıssıhha kurulları tanımlanmıştır. Yerel yönetim ve yapıların, hizmet bölgelerindeki bulaşıcı hastalık kontrolü çalışmalarına katılımın en önemli araçlarından biri bu kurullardır.

Umumi Hıfzıssıhha Yasası'na göre hıfzıssıhha kurulları, illerde vali ilçelerde kaymakamın başkanlığında oluşturulan, yereldeki halk sağlığı konularını gündeme alan kurullardır. Umumi Hıfzıssıhha kurulları ayda en az bir kez, gerektiğinde ise daha sık toplanır, kurulun sekretaryasını yerel sağlık kuruluşu yürütür (il ya da ilçe sağlık müdürlüğü). Kurulun diğer üyeleri milli eğitim müdürü, belediye başkanı, serbest bir hekim ve eczacı, veterinerlik müdürü (tarım il müdürlüğü) ve sağlık konularıyla ilgili diğer kamu kuruluşlarının temsilcileridir.

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışıyla birlikte il ve ilçe umumi hıfzıssıhha kurullarının aktif bir biçimde faaliyet geçtiği görülmektedir. Bu kurulların bileşenleri arasında belediye başkanı, belediye hekimi de vardır. Hıfzıssıhha kurullarının en önemli işlevleri hızlı karar vermek ve yasal boşlukları doldurmaktır, kurulun kararları kanun yerine geçmektedir ve herkes tarafından uyulması zorunludur.<sup>92</sup>

<sup>92</sup> SB Uyum Eğitimi Modülü, Bölüm 10.

## **Yatay ve Dikey Eşgüdüm**

Küresel düzeyde etkisini sürdüren COVID-19 salgının kontrol çabaları uluslararası düzeyden başlayarak, ülkelerin ulusal politikalarına ve daha aşağıda yaşamın sürdüğü yerlere (kentler, kasabalar, semtler) kadar her düzeyde devam etmektedir. Tüm bunların birbiriyle uyum içinde ve eşgüdüm halinde olması, birlikte davranmak salgının kontrolü açısından gereklidir.

Belediyeler, eskiden beri ülke siyasetinin konusu olması, pandemi dönemindeki çalışmalara da yansımaktadır. Muhalefet partilerinin yönetimde olduğu belediyelerin bir kısmına kayyum atandığı diğer bir kısmının ise merkezi hükümet tarafından yeterince desteklenmediği, hatta zaman zaman çalışmalarının engellediği gerçeği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, COVID-19 salgınının kontrolüne yönelik belediyelerin yürüttükleri çalışmaları ya da halkın belediye ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Salgınlar ister yerel ölçekte ister pandemi düzeyinde olsun her zaman yerel düzeydeki tüm kurum, kuruluş, meslek örgütü, sendikalar ve sivil toplum örgütlerinin birlikte hareket etmesini gerektirir. Büyük çaplı salgınlar, her zamankinden daha fazla insangücü ve finansal destek ihtiyacını ortaya çıkarmanın yanında iyi bir örgütlenme gerektirmesi bakımından da “olağandışı durumlar” ile benzerlik taşımaktadır. Bu tür durumlarda her kurumun rutinde sürdürdüğü hizmetlerin bir diğeri ile bütünleşmesi önem kazanmaktadır. Topluma verilen hizmetlerde, bazıları birden fazla kurum tarafından sunulurken bazı hizmetlerin eksik olması gibi durumları önlemek için yerel düzeyde bütüncül bir yönetimi önemli ve gereklidir. Diğer yandan, hizmet sunan personelin kendisinin ya da yakınlarının salgından etkilenmesi ile ortaya çıkacak personel eksikliği de bu yerel dayanışma ile giderebilir.

## **Belediyelerin Salgın Durumlarındaki İşlevleri ve COVID-19**

Belediyelerin toplum sağlığı açısından en önemli işlevi fizik çevre açısından sağlıklı kentler oluşturmak, kent mekanını toplum sağlığını tehlikeye sokan etmenlerden arındırmak ve hatta toplum sağlığını geliştirmeye olanak tanıyacak şekilde planlamak ve düzenlemek olmalıdır. Bir diğeri ise sosyal belediyecilik uygulamalarının yaşama geçirilerek kentlerdeki kırılgan gruplara yönelik hizmetlerdir.

Günümüzde bulaşıcı hastalıklar geçmiş yüzyıllara göre daha az önemli gibi görünmekle birlikte, neoliberal politikalar, yoksulluğun derinleşmesi vb sorunların üzerine giderek ağırlaşan ekolojik sorunlar bulaşıcı hastalıkların önemini yeniden artırmıştır. Kontrol altına alınmış bazı bulaşıcı hastalıkların yeniden artışı, yeni enfeksiyon etkenlerin ortaya çıkması, zoonotik hastalıklardaki artış vb nedenlerle 21. Yüzyılda yeni bir bulaşıcı hastalık dönemi başlamıştır. Bu gerçek, kentlerin bulaşıcı hastalık salgınlara hazırlıklı olmasını, öngörülerde bulunup plan yapmasını artık zorunlu kılmaktadır. **(UN-Habitat, 2020)**

COVID-19 pandemisi döneminde, bir kısmı belediyelerin halihazırda yürüttüğü hizmetleri de kapsayan, yerel yönetimler tarafından sunulması gereken birtakım hizmetler aşağıda verilmiştir:

Muhalefet partilerinin yönetimde olduğu belediyelerin bir kısmına kayyum atandığı diğer bir kısmının ise merkezi hükümet tarafından yeterince desteklenmediği, hatta zaman zaman çalışmalarının engellediği gerçeği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, COVID-19 salgınının kontrolüne yönelik belediyelerin yürüttükleri çalışmaları ya da halkın belediye ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir.

**Ulaşım:** Kentlerde, COVID-19 hastalığı ile en fazla ilişkili belediyeçilik hizmeti toplu taşıma sistemleridir. Toplu taşıma, fizik mesafenin korunmasının neredeyse imkansız olduğu ve çok fazla sayıda insanın dolaşımında olduğu, kısacası COVID-19 etkeninin kolaylıkla yayılabileceği kapalı ortamlardır. Bu ortamlar sadece toplu taşıma araçlarının kapalı alanları değil, aynı zamanda metro vb yeraltı ulaşım sistemlerinin bekleme alanlarını da kapsamaktadır. Bu özellikler göz önünde bulundurularak yapılması gerekenler şunlardır:

- Toplu taşıma araçlarının sayısının artırılması ile yolcu yoğunluğunun azaltılması
- Araçların kapasitesinin en az yüzde 50 azaltılması ile yolcu yoğunluğunun azaltılması
- Araçların her zamankinden daha sık temizlenmesi
- Yeraltı ulaşım sistemlerine girişte termal kameralar konarak yolcuların ateşlerinin izlenmesi
- Pek çok noktaya el dezenfektanları konması
- Şoför, güvenlik görevlisi, bilet satış görevlisi başta olmak üzere belediye çalışanlarının aralıklı kontrolünün yapılması yoluyla enfekte çalışanların tespit ederek ortamdan uzaklaştırılması
- Alternatif bireysel ulaşım sistemleri kurması (bisiklet yolları, kolektif bisiklet kullanma sistemi vb)

COVID-19 pandemisiyle birlikte bir kısım beyaz yakalının evden çalışma sistemine geçmesi, araç sahiplerinin ise özel ulaşımı tercih etmesiyle kamusal toplu ulaşımındaki yük önemli ölçüde azalmıştır. Ancak bu durum sosyoekonomik bir özellik göstermektedir ve orta-alt sosyoekonomik tabakaya mensup olanların toplu taşıma araçlarını kullandıkları görülmektedir.

**Sağlık Eğitimi:** Belediyeler, topluma hastalık ve korunma yollarını anlatma açısından zengin olanaklara sahiptir. Kentlerin pek çok yerinde bulunan afiş ve reklam panoları, toplum taşıma araçlarının içinde ya da duraklarındaki panolar, kamu alanlarında gösterim yapılan belediye video kanalları bu mesajların iletilmesinde kullanılmalıdır. Topluma verilecek mesajların basit, anlaşılır olmasının yanında çok dilli olması da önemlidir.

**Dezenfeksiyon İşlemleri:** COVID-19 pandemi döneminde belediyelerin en fazla yaptığı işlerden biri olan dezenfeksiyon işlemi, kamusal kapalı alanlarda, kamusal alanların elle temas edilen yüzeylerinde (bilet basma yerleri, kapılar vb) olmalıdır. Gelişigüzel, gereksiz bir biçimde ya da abartılı dezenfeksiyondan kaçınılmalıdır.

**Sosyal Hizmetler:** Sağlık açısından risk grubu olan kadınlar, yaşlılar, ergen ve çocuklar, engelliler, etnik gruplar, göçmen ve sığınmacılar, salgın dönemlerinde



COVID-19 pandemisiyle birlikte bir kısım beyaz yakalının evden çalışma sistemine geçmesi, araç sahiplerinin ise özel ulaşımı tercih etmesiyle kamusal toplu ulaşımındaki yük önemli ölçüde azalmıştır. Ancak bu durum sosyoekonomik bir özellik göstermektedir ve orta-alt sosyoekonomik tabakaya mensup olanların toplu taşıma araçlarını kullandıkları görülmektedir.

de risklidir. Belediyelerin çoğu mevcut kayıtlarından salgından etkilenme potansiyeli olan riskli grupları tespit etmesi mümkündür.

Pandemi döneminde pek çok işyerinin faaliyetini durdurması, ekonomik açıdan pek çok kişiyi etkilemiş, kent yoksullarının sayıca artmasına neden olmuştur. Yoksul kesimlerin temel gıda ve hijyen malzemesi ihtiyaçlarının belediyeler tarafından aynı ya da nakdi yardımlarla desteklenmesi önemlidir. Belediyelerin bu kesimlere doğrudan ya da dolaylı yollarla yapılacak yardımları örgütlemesi, toplumsal dayanışmayı da devreye sokacak uygulamaları başlatması mümkündür. Pandemi döneminde, bunun çeşitli örnekleri yaşanmıştır (askıda fatura uygulaması vb).

Ayrıca 65 yaş üzeri, kronik hastalığı olan ve engelli kişilerin alışveriş, fatura ödeme gibi temel ihtiyaçları karşılayamadığı göz önünde bulundurularak bu kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Yalnız yaşlılar, kapama ve sokağa çıkmanın kısıtlanma dönemlerinde sosyal izolasyon riski altında olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

**Toplum Sağlığının Korunması:** Sokağa çıkma kısıtlamaları, bir yönüyle fiziksel hareketin azalması, aile içi şiddetin artışı, ruhsal sıkıntı ve hastalıkların artışına neden olmaktadır. Bazı belediyelerin konuyla ilgili meslek örgütlerinin ya da derneklerin yardımıyla psikolojik danışma hatları kurması, psikologlar aracılığıyla hizmet vermesi, iyi uygulama örnekleridir. Benzer şekilde, şiddet hattı da yaşamsal önem taşımaktadır. Yine, bazı belediyelerin çevrimiçi sistemlerle evde fiziksel egzersiz programları yaptıkları görülmüştür.

**Belediye Çalışanlarının Korunması:** Belediyeler çok çeşitli ve sayıca azımsanmayacak büyüklükte kişiyi istihdam etmektedir, buna belediyenin iştiraklerini kattığımızda sayı daha da büyümektedir. Otobüs şoförü, güvenlik görevlisi (metro istasyonu, otopark vb. Kapalı ortamlarda çalışan), cenaze hizmetlerinde çalışan, sosyal hizmet çalışanı, sağlık çalışanı, belediyenin gıda/ekmek satış merkezlerindeki satış elemanı başta olmak üzere önemli bir kısmı toplumun içinde hizmet sunmaktadır ve hastalık açısından risk altındadır. Bu çalışanların aralıklı olarak sağlık değerlendirmelerinin ve testlerinin yapılması gereklidir. Ancak COVID-19 salgın döneminde, ulusal politikalar nedeniyle risk altındaki belediye çalışanlarına düzenli test mümkün olmamıştır.

Pandemi döneminde bazı belediyelerde gözlemlendiği gibi, sağlık çalışanları için geçici barınma yerleri temin edilmesi, bu yolla sağlık çalışanlarının enfeksiyon etkenini eve taşıma kaygısını gidermeleri de önemli bir belediye hizmeti olmuştur.

### **Salgının Ötesinde...**

COVID-19 pandemisinin dokuzuncu ayında, elimizdeki kontrol önlemleri hâlâ temel halk sağlığı önlemleri olan, el yıkama, maske kullanımı ve fizik mesafenin korunmasıdır. Yaşanan durum, halk sağlığı biliminin ortaya çıkardığı koşullarını ve ortaya çıkış felsefesi hatırlatmalıdır. COVID-19, neoliberal reformlarla toplumcu olma özelliğini çoktan kaybetmiş olan sağlık sistemlerini deşifre etmiştir ve bize halk sağlığı yönelimli sağlık sistemleri

Kentlerin rant temelinde gerçekleşen dönüşümleri, kent halkı için rekreasyon fırsatı sağlayan yeşil alanların neredeyse yok denecek kadar az olmasıyla, asansörsüz ulaşmanın mümkün olmadığı gökdelen tarzı AVM-rezidans kompleksleriyle, balkonsuz evlerle sonuçlanmıştır.



kurmak, farklı sektörlerin toplum sağlığı için birlikteliği ve dayanışmayı inşa etmek bir fırsat sunmaktadır.

COVID-19 pandemisinin verdiği derslerden biri, kentsel alanların planlanmasında önemli bir zihniyet değişikliğine ihtiyacımız olduğudur. Türkiye’de 1950’lerde itibaren hızlanan kırdan kente göç ve çarpık kentleşme ile 1980 sonrası neoliberal politikaların birleşmesi, bugünün kentlerini yaratmıştır: ilk zamanlarda düzensiz kent yerleşimleri (gecekondulu vb) olan alanlar ilerleyen yıllarda rant alanlarına dönüşmüş kentsel dönüşüm projeleri adıyla kentler rantal olarak talan edilmiştir. Kentlerin rant temelinde gerçekleşen dönüşümleri, kent halkı için rekreasyon fırsatı sağlayan yeşil alanların neredeyse yok denecek kadar az olmasıyla, asansörsüz ulaşmanın mümkün olmadığı gökdelen tarzı AVM-rezidans kompleksleriyle, balkonsuz evlerle sonuçlanmıştır.

Son olarak, COVID-19 tarihin sayfalarında yer alan sosyal belediyeçilik yaklaşımına dönmek gerekliliğini anımsatmıştır.

### Kaynaklar

- 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, Pub. L. No. 25745 (2005).
- 6360 sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Pub. L. No. 28489 (2012).
- Dedeoğlu, N. (2009). Yerel Yönetimler ve Sağlık: Yeniden. Toplum ve Hekim, 24(4-5), 357-361.
- Diez Roux, A. V. (2015). Health in cities : is a systems approach needed ? Cad Saude Publica, 31(Supp), S9-23.
- Galea, S., & Vlahov, D. (2005). Urban health: Evidence, challenges, and directions. Annual Review of Public Health, 26, 341-365. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144708>
- TÜİK. (2019). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2019.
- Uğurlu, Ö. (2009). Yerel Yönetimler ve Çevresel Rant Alanları. Toplum ve Hekim, 24(4-5), 324-332.
- UN-Habitat. (2020). Healthy Pandemic Resilient Cities: Shelter COVID-19 Support 2020. <https://unhabitat.org/a-new-report-on-post-covid-19-recovery-calls-for-resilient-cities>

## COVID-19'DA DEĞİŞEN MEVZUAT

### Özgür Erbaş

Avukat, TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi

### Özet

COVID-19 salgını kapsamında alınan kimi kararlar ve çıkarılan düzenleyici işlemler Resmi Gazete yayımlanırken kimi kurallar ve kararlar kurum ve kuruluşların sosyal medya hesapları üzerinden veya basın bültenleri yoluyla basın yayın kuruluşları aracılığıyla duyuruldu. Kurumların denetim konulu genel yazılarına kronoloji içinde yer verildi.

Önceki iki raporun yöntemiyle taranan ve derlenen mevzuat değişiklikleri şöyle:

- **2 Ağustos 2020** günlü 2020/6 Sayılı Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü'nün Konaklama Tesislerinde Kontrollü Normalleşme Süreci Genelgesi Değişikliği ile Güvenli Turizm Sertifikası alınmasının zorunlu olduğu 50 oda ve üzeri ko ri konaklama tesislerinde, ikamet adresi yurtdışında olan misafirlerin talebe bağlı olarak COVID-19 testi yaptırabilmeleri, eğitim almış sağlık personeli ile sağlanması veya numune almak için yetkin bir sağlık kuruluşu ile anlaşmalı olarak hizmet vermeleri gerektiği belirtildi.
- **12 Ağustos 2020** günlü ve 2020/14 ve 16 sayılı 2020/6 Sayılı Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü'nün Konaklama Tesislerinde Kontrollü Normalleşme Süreci Genelgesi Değişikliği ile COVID-19 teşhisi konulan misafir ile aynı aileden olan veya birlikte aynı odada kalan kişiler dahil, konaklama süresince misafir izolasyon odalarında kalacaklarına ve odalarının dışına çıkamayacaklarına ilişkin imza karşılığı yazılı bilgilendirme ve bildirim yapılacağı maddesi eklendi.
- **14 Ağustos 2020** günlü ve E.851 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün "Covid-19 (SARS-cov-2) PCR Testi" konulu yazısıyla belirlenen dışında test ücreti alınmayacağı, test yapan kuruluşların bilgileri belirlenen sistemlere girmemesi halinde yaptırım uygulanacağı duyuruldu.
- **19 Ağustos 2020** günlü ve E.1226 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün "Engelli Raporları ve Kronik Hastaların İlaç ve Tıbbi Malzeme Temini Hakkında Alınan Tedbirler" konulu yazısıyla belir-

lenen raporların sağlık kuruluşuna gelmeksizin güncellenmesinin sağlanacağı duyuruldu.

- **20 Ağustos 2020** günlü Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yazısıyla COVID-19 PCR testi çalışan kurumlara yönelik yazısıyla gerek test ücreti için belirlenen fiyat üzerinden ücret alındığı, gerekse test sonuçlarının sisteme girilmediği ile ilgili yoğun şikayetler alındığı, bu nedenle COVID-19 PCR testi çalışan kurumlarımızın uyarılmasına karar verildiği duyuruldu.
- **26 Ağustos 2020** günlü Resmi Gazete'de COVID-19 Kapsamında Kamu Çalışanlarına Yönelik Tedbirler konulu Cumhurbaşkanlığı Genelgesi yayımlandı. Genelge ile uzaktan, dönüşümlü esnek çalışma uygulaması yeniden başlatıldı.
- **28 Ağustos 2020** günlü Resmi Gazete'de yayımlanan Cumhurbaşkanlığı Kararı ile kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan personelin toplu taşıma ve kamuya ait sosyal tesislerden ücretsiz olarak yararlanması yılsonuna kadar uzatıldı.
- **30 Ağustos 2020** günlü Resmi Gazete'de yayımlanan Millî Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliğinde değişiklik yapılarak olağanüstü durumlarda eğitim, öğretim, yönetim ve işleyişe ilişkin alınması gereken tedbirlere dair düzenlemeye "İlçe, il veya ülke genelinde genel hayatı etkileyen salgın hastalık, doğal afet, elverişsiz hava koşulları gibi durumlarda bu Yönetmelikle düzenlenen eğitim, öğretim, yönetim ve işleyişe ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça ayrıca belirlenebilir" hükmü eklendi.
- **31 Ağustos 2020** günlü Resmi Gazete'de kısa çalışma ödeneği uygulamasına iki ay daha devam edileceğine ilişkin Cumhurbaşkanlığı kararı yayımlandı. Birer aylık dönemler halinde daha önce iki kere daha uzatma kararı verilmişti.
- **2 Eylül 2020** günlü Resmi Gazete'de yayımlanan Millî Eğitim Bakanlığı Ortaöğretim Kurumları Yönetmeliğinde değişiklik yapılarak salgın hastalık durumundaki uygulamaya ilişkin düzenleme yapılarak olağanüstü durumlarda eğitim, öğretim, yönetim ve işleyişe ilişkin alınması gereken tedbirlere dair düzenlemeye "İlçe, il veya ülke genelinde genel hayatı etkileyen salgın hastalık, doğal afet, elverişsiz hava koşulları gibi durumlarda bu Yönetmelikle düzenlenen eğitim, öğretim, yönetim ve işleyişe ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça ayrıca belirlenebilir" hükmü eklendi.
- **4 Eylül 2020** günlü Resmi Gazete'de yayımlanan Cumhurbaşkanlığı kararı ile işten çıkarmanın yasaklanmasına ilişkin uygulamanın süresi iki ay daha uzatıldı. Birer aylık dönemler halinde daha önce iki kere daha uzatma kararı verilmişti.
- **5 Eylül 2020** günlü Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle 1 Ağustos 2020 tarihinden geçerli olmak üzere salgın hastalık nedeniyle görevi başında olamayan hekimlere yapılacak ödemelerde kesinti yapılmayacağı ve hasta takibi şartına bağlı olarak ayda net 3 Bin TL'yi aşmamak üzere ek ödeme yapılmasına ilişkin düzenleme yapıldı.

- **6 Eylül 2020** günlü Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte değişiklik yapılarak “görevi sırasında veya görevinden dolayı Bakanlıkça ilan edilmiş bulaşıcı ve salgın hastalığa yakalanan, kazaya, yaralanmaya veya saldırıya uğrayanların bu durumlarını sağlık raporuyla belgelendirmesi ve başhekimin onaylaması halinde kullandıkları hastalık izin süreleri hariç olmak üzere tüm çalışılmayan günleri” ile “1/8/2020 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere üç ay süreyle yer ve/veya personel yönünden kapsamı ve oranı Bakan tarafından belirlenmek kaydıyla, personele ek ödeme yapılabilir. Bu şekilde yapılacak ödeme tutarı toplamı mesai içi tavan ek ödeme tutarını geçemez” ibareleri eklendi.

# COVID-19 PANDEMİSİNDE FİNANSAL DURUM: SOSYAL GÜVENLİK KURUMU UYGULAMALARI

**Dr. Ergün Demir,\* Dr. Güray Kılıç\*\***

\* Tıp Doktoru, İzmir Tabip Odası Üyesi

\*\* Tıp Doktoru, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

## Özet

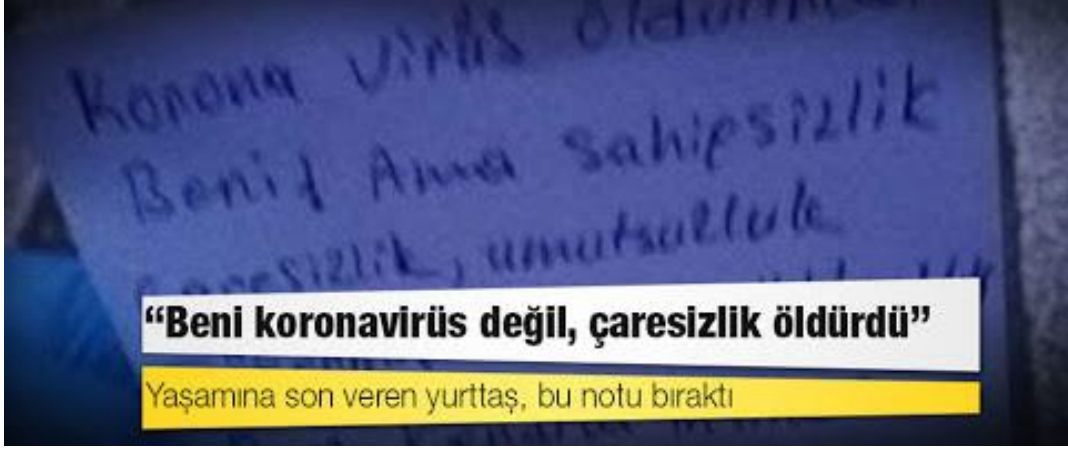
Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) iktidarının ekonomik güdülerle 1 Haziran sonrası epidemiyolojinin yol göstericiliğinden yoksun bir şekilde aceleci ve kontrolsüz olarak açılma sürecini başlatması COVID-19 salgınını ne yazık ki kontrol edilemez hale getirmiştir. Bu durum İstanbul'a ek olarak Ankara, Batman, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Manisa, Mardin ve Şanlıurfa birçok ilin de yeni Wuhan'lar olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur. Pandemi ile mücadele bireysel sorumluluğa bırakılmıştır.

Yurttaşlar bir yandan salgının nereye evrileceğinden, temaslı olursa test yaptıramayacağından, hastalanınca yoğun bakımda yer bulamayacağından, diğer yandan da işsiz kalmaktan, gelirlerinin azalmasından, giderlerine eklenen yeni sağlık harcamalarının olmasından ve bu durumun her geçen giderek artmasından tedirginler. Olağandışı bir döneme girilmesine ve yaşanan sorunların artmasına karşın sorunun finansal yönden muhataplarından olan ve sürecin başından beri başını kuma gömen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nın ise hiç sesi çıkmamaktadır.

Tanı testlerinin piyasanın insafına bırakılması ile test borsası oluşmuştur. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için istenen COVID-19 testlerinin ücretinin SGK tarafından ödenmesine rağmen Sağlık Bakanlığı yurtdışına çıkışta talep edilen test için vatandaşlara IBAN numarası göndermiştir. Kamuda test yaptıramayan vatandaşların panik halde yöneldiği özel sağlık kuruluşları ise test için fahiş fiyat almakta ve pozitif çıkan sonuçları Bakanlığın sistemine dahi kayıt ettirmeyerek salgının yayılmasına katkı vermektedirler.

Pandemide sağlık hizmetlerinin finansmanı, bulaşın engellenmesinden başlayarak tanı ve tedavi sürecinde hizmete erişimde ekonomik gerekçelerin engel oluşturması hayati bir başlık olarak öne çıkmıştır. Bu yazıda COVID-19 pandemisinde sağlık hizmetlerinin finansmanı ele alınacaktır. SGK'nın rolü, süreç boyunca yapılan SUT değişiklikleri, yoğun bakım servisleri, tanı testlerine erişim güçlükleri ve uygulamada yaşanan sorunları paylaşılacak ve yakın gelecekte sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi sorunlarla karşılaşabileceği aktarılacaktır.





## Giriş

“Çocuklarım aç, iş istiyorum” diye haykıranların, “Korona virüs öldürmedi beni ama sahipsizlik, çaresizlik, umutsuzluk öldürdü” notunu bırakanların, PCR testi için sıkılmadan İBAN numarası verilmesini, yoğun bakım ünitelerinde yer kalmadığı için evde karantina altına alınan ve hayatını kaybeden vatandaşların acıtan gerçeğini kanıksamamak için;

### A) COVID-19 Pandemisinde Tanı-Tedavi Süreçlerinin Finansmanı ve SGK

Sağlık Bakanı, salgının başlangıcından bugüne tanı ve tedavi sürecine ilişkin kamu ya da özel hiçbir sağlık kuruluşunun ücret talep edemeyeceğini sık sık ifade etmektedir. Ancak özel hastaneler ve sağlık kuruluşları, COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların yoğun bakım sürecinden önce ve sonra, serviste yatış sürecinde yapılacak her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil için ilave ücret almaya devam etmektedirler. O hal de, Bakan gerçeğe uyumlu olmayan bu açıklamayı neden sık sık yapmaktadır?

### Finansmanı Sağlanacak Sağlık Hizmetlerini Kim Belirlemektedir?

Vakıf ve üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar ile özel sağlık kuruluşlarınca üretilen sağlık hizmetlerinin tek kamu “alıcısı” Sosyal Güvenlik Kurumu’dur. Kurum, finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin kapsamını, bedellerini ve hangi usul ve esaslarla ödeme yapacağını yayımladığı Sağlık Uygulama Tebliği aracılığı ile belirlemektedir (5510 sayılı Kanun Md.63-73). Bu çerçevede Sağlık Bakanı’nın “COVID 19 tanı ve tedavi sürecinde kamu ya da özel sağlık kuruluşunun hiçbir ücret talep edemeyeceği” açıklamaları vatandaştan gelen tepkiyi azaltmaya ve algıyı yönetmeye ilişkindir. Çünkü sağlık hizmetlerinin ödeme usul ve esaslarını Sağlık Bakanlığı değil SGK belirlemektedir.

### COVID-19 Hastalığı Tanı-Tedavi Bedelini Kimler Karşılacaktır?

Sosyal Güvenlik Kurumu, sigortalılarına sunduğu sağlık hizmeti için kamu özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından protokol ve sözleşmeler yoluyla hizmet satın almakta ve sağlık hizmetlerini finanse ederken topladığı genel sağlık sigortası (GSS) fon gelirlerden sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır.

Sağlık Bakanı’nın “COVID 19 tanı ve tedavi sürecinde kamu ya da özel sağlık kuruluşunun hiçbir ücret talep edemeyeceği” açıklamaları vatandaştan gelen tepkiyi azaltmaya ve algıyı yönetmeye ilişkindir.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için COVID-19 hastalığının tanı ve tedavisinin yapıldığı tüm kamu sağlık tesisleri ile özel sağlık kuruluşlarında yapılacak her türlü işlem/ girişim /tetkik tomografi/PCR ve antijen-antikör test ücreti SGK tarafından karşılanmaktadır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların tedavi ücretleri çalışanların ve işverenlerin ödedikleri GSS primleri, devlet katkısı ve vatandaşlardan alınan tedavi katılım paylarının oluşturduğu GSS fon gelirlerinden ödenmektedir.

Pandemi döneminde vatandaşlar can derdine düşmüş iken özel sağlık işletmesi sahipleri ise maliyet ve kâr hesabı yapmaktadırlar. Özel hastaneler ve sağlık kuruluşları COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların yoğun bakım sürecinden önce ve sonra serviste yatış sürecinde yapılacak her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil için yüzde 200 ve ötesi ilave ücret aldıkları sır değildir. Çünkü pandemi döneminde denetim yapılmamaktadır.

COVID-19 hastalığı tanı-tedavisinin bedelinin büyük bölümü, çalışanların ve işverenlerin primlerinin oluşturduğu GSS fonundan ve vatandaşın cepten ödemelerinden karşılanmaktadır.

### **Kişisel Koruyucu Donanım ve Hijyen Malzemesi SGK Tarafından Karşılanabilir mi?**

Salgının başlangıcından bugüne yüzlerce sağlık çalışanı COVID-19 tanısı almaya devam etmektedir. Ekipman kullanımı ve malzeme yetersizliği ile kişisel koruyucu donanım eksikliğinin bu sonuçtaki payı yüksektir. Diğer yandan hane halkları tarafından tedavi, ilaç vb. Amaçlı yapılan cepten sağlık harcamalarına salgın nedeniyle maske, yüz siperliği, hijyen malzemesi, ateş ölçer vs. İçin aylık yaklaşık 250 TL harcama da eklenmiştir.

Oysa sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tüm çalışanlar ile vatandaşlar için kişisel koruyucu donanım ve hijyen malzeme paketi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanabilir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca bedeli karşılanan tıbbi malzemeler Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) üçüncü bölümünde yer almaktadır. SUT değişikliği yapılarak, vatandaşlar ve sağlık çalışanlar için kişisel koruyucu donanım/hijyen malzeme paketi pandemi sona erene kadar Kurumca bedeli karşılanacak tıbbi sarf malzemeler (EK-3-C) listesine alınarak karşılanır. Bunun için GSS fonunda yeterince kaynak mevcuttur.

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık hizmetlerini finanse ederken GSS kapsamında topladığı fon gelirlerden sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası Fon Gelir – Gider Dengesi				
	2016	2017	2018	2019
Toplam GSS Fon Geliri	82.5	99.9	114.3	108.6
Toplam GSS Fon Gideri	66.1	78.6	94.7	85.2
GSS Fon Varlığı (Olmazı Gereken)	16.4	21.3	19.6	23.4

Kaynak: SGK Faaliyet Raporları, Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe İstatistikleri

Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tüm çalışanlar ile vatandaşlar için kişisel koruyucu donanım ve hijyen malzeme paketi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanabilir.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetleri için yeterli kaynak mevcuttur. Ancak bulaşın engellenmesine ve böylece salgın için yapılacak tedavi harcamalarının azalmasına katkı yapacak olan kişisel koruyucu donanım ve hijyen paketi için SGK hiçbir adım atmamıştır. Oysa salgınla birlikte ekonomik kriz de giderek derinleşmekte ve başta yoksullar olmak üzere toplumun tamamını etkiler hale gelmektedir.

### **COVID-19 Salgınında Cepten Harcama Miktarı Artmaktadır**

3 Eylül 2020 tarihinde TÜİK tarafından yayımlanan Ağustos 2020 Tüketici Fiyat Endeksi'nde ana harcama gruplarında hane halkları harcama gruplarında yıllık değişim oranlarında en önemli artış yüzde 14,68 ile sağlıkta olmuştur. Hane halkı sağlık harcamaları tıbbi ürünler, aletler ve malzemeler, ilaç, ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri gibi kalemlerden oluşmaktadır.

### **Pandemide Hane Halkının Cepten Yaptığı Sağlık Harcamalarının Payı Neden Artmıştır?**

Bilindiği üzere salgın ile birlikte kamu hastanelerinin neredeyse tamamının pandemi hastanesi ilan edilmiş ve elektif vakaları ertelenmiştir. Ancak bu dönüşüm sırasında özellikle riskli gruplara yönelik sağlık hizmetlerine erişimde bir planlama yapılmamıştır. Bu durumda yaşlı hastalar, gebeler, hematoloji-onkoloji hastaları, kronik hastalığı (kalp, şeker, hipertansiyon, böbrek, KOAH vb.) Olanlar ve ameliyat olması gerekenler mecburen ağırlıklı özel sağlık kuruluşlarına yönelmek durumunda kalmışlardır. Bu durumu fırsat olarak gören birçok özel hastane ve sağlık kuruluşu kayıt dışı olarak her türlü tıbbi işlem için SUT bedellerinin yüzde 200 ve ötesinde ücret talep etmişlerdir.

Öte yandan özel sağlık sektörü, SGK'nın halen geçerli olan SUT değişikliği ile acil hizmet kapsamına alarak ücret alınmasını yasakladığı COVID-19 hastalığına "maliyet" ve "kâr" penceresinden bakmış ve kendisine başvuran COVID-19 ön tanı/tanıli hastalardan her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil /yatak için ilave ücret almıştır.

Son olarak hane halkları tarafından tedavi, ilaç vb. Amaçlı yapılan cepten sağlık harcamalarına salgın nedeniyle maske, yüz siperliği, hijyen malzemesi, ateş ölçer vs. Kişisel koruyucu ve tıbbi malzemelerin ücretleri eklenmiştir.

### **Pandemi Döneminde Yapılan SUT Değişikleri Ne Getirdi?**

Pandemi sürecinde COVID-19 olası/kesin tanıli hastaların tanı-tedavi süreçlerine yönelik olarak salgının başlangıcında herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Ancak ilk vakanın bildirimden yaklaşık bir ay sonra 4 Nisan, 9 Nisan ve 9 Mayıs 2020 tarihlerinde SUT değişiklikleri yapılmıştır.

Söz konusu SUT değişiklikleri ile ilk önce pandemi süresince yoğun bakım hizmetlerine paket fiyat getirilmiş, yoğun bakım ücretleri artırılarak pandemi bakım hizmeti ücreti ile faturalandırması sağlanmış, daha sonra meslek örgütlerinin ve kamuoyunun ısrarı sonucu COVID-19 ön tanıli/tanıli hastalar, acil hal tanımı içerisine ve ilave ücret alınmayacak işlemler listesine alınmış ve en sonunda da COVID-19 PCR, antijen-antikor testi tanımlanarak fiyat tarifesi belirlenmiştir. Ayrıca 09 Nisan 2020 tarihli SUT değişikliği ile de

Ağustos 2020  
Tüketici Fiyat  
Endeksi'nde ana  
harcama  
gruplarında hane  
halkları harcama  
gruplarında yıllık  
değişim oranlarında  
en önemli artış  
yüzde 14,68 ile  
sağlıkta olmuştur.

özel hastanelerin ve sağlık kuruluşları ile vakıf üniversite hastanelerinin pandemi süresince pandemi olgularının tanı ve tedavilerinden ve bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınamayacağı kesin hükme bağlanmıştır.

#### B) Pandemi Döneminde Yoğun Bakım Süreci

Ülkemizde 24.965'i erişkin olmak üzere toplam 39.279 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Yoğun bakım yatak sayıları özel sektör ağırlıklıdır. Sağlık Bakanlığı 2020 Bütçe Sunumu verilerine göre; ülkemizdeki toplam yoğun bakım yataklarının yüzde 42,9'u Sağlık Bakanlığı, yüzde 41,3'ü özel hastaneler ve yüzde 15,6'sı üniversite hastanelerinde yer almaktadır (Tablo).

**Tablo: Yoğun Bakım Yatak Sayısı**

	Yenidoğan YB	Çocuk YB	Erişkin YB	Toplam*
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	4.084	969	11.834	16.887
<b>Üniversite</b>	1.439	575	4.140	6.154
<b>Özel</b>	7.102	145	8.991	16.238
<b>Toplam*</b>	<b>12.625</b>	<b>1.689</b>	<b>24.965</b>	<b>39.279</b>

Oysa toplam yatak kapasitesi içinde özel hastanelerin payı yüzde 21,6'dır. Başka bir ifadeyle özel sağlık kurumları kâr eksenli yönelimleri dolayısıyla yoğun bakım yatak sayılarını arttırmaya yönelmişlerdir.

04 Nisan 2020 tarihli ve 31089 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan SGK Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile yoğun bakım tedavisinde sadece pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tedavilerde Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesinde (EK-2/C) pandemi bakım hizmeti paket ücreti belirlenmiş ve yoğun bakım ücretleri artırılmıştır (Konu hakkında daha detaylı bilgi TTB 4. Ay Raporu'nda mevcuttur). Üçüncü basamak bir hastanede yoğun bakım ünitesinde yatan COVID-19 tanılı hastanın SGK'ya bir günlük paket fiyat faturası 1.902 TL'dir. Fatura bedeli SGK tarafından ödenmektedir (paket fiyata tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dâhildir).

#### Özel Hastanelerin Pandemi Bakım Hizmeti Ödemelerinin İptali

Sosyal Güvenlik Kurumu, salgın devam ederken özel hastane medulla sisteminde yayımladığı "SUT eki EK/C listesinde yer alan birinci, ikinci ve üçüncü basamak pandemi bakım hizmeti işlem kodları, medulla hastane sisteminde işlem tarihi 29.06.2020 tarih itibarı ile pasiflenmiştir" duyurusu ile özel hastanelerin pandemi bakım hizmeti ödemelerini iptal etmiştir. Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı Reşat Bahat, konuya ilişkin yaptığı açıklamada: "Vatandaş bundan sonra COVID-19'da özel sektörü bir tercih olarak kullanamayacak. Geldiğinde cebinden de ödemeyecek çünkü özel sektör bu fiyatları alamayacak. Sürekli zarar ederek hasta bakamayız. Genellikle acil şartlarda gelir koronavirüs hastaları. Özel sektör bunun için bir ekipman bulunduramayacağı, ilacı karşılayama-



yacağı için doğal olarak hasta alamayacak. Kamu hastaneleri bakacak” demiştir.

Öte yandan son zamanlarda COVID-19 hastalığı değişik nedenlerle Türkiye’nin diğer bölgelerinde de giderek yaygınlaşmıştır. İstanbul’a ek olarak Ankara, Batman, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Manisa, Mardin ve Şanlıurfa birçok ilde yeni Wuhan’lar olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanı, salgına ilişkin veri ve bilgilendirmeleri twitter ve web sayfasından paylaşılan tek bir tabloya sığdırmak istese ve yoğun bakım ile entübe hasta sayısını tablodan kaldırmış olsa da bazı ille-  
rimizde hastalara yoğun bakım servislerinde yatak bulunmadığı gerçeğini basın toplantısında itiraf etmiş ve 21 Ağustos 2020 tarihinde yataklı tedavi kurumlarında yoğun bakım hizmetlerinin uygulama ve esasları hakkında tebliğ değişikliği gerçekleşmiştir.

Bugün birçok ilde yoğun bakım servislerinde boş yatak bulunamamasının temel nedenleri arasında hastane işletmelerinin yoğun bakım yataklarını en çok para kazandıran hizmet olarak görmesi, yoğun bakım servislerine endikasyonsuz hasta yatışları, yoğun bakım yataklarının akılcı kullanılmaması, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 29 Haziran 2020 tarihinden itibaren özel hastanelere COVID-19 tedavisi gören hastalar için yoğun bakım pandemi bakım ücreti ödemesini iptal etmesi yer almaktadır. Önümüzdeki gün ve aylarda okulların açılması, mevsimsel grip dönemi ve havaların soğuması ile birlikte kronik hastalığı olanların da salgından etkilenmesi daha ağır tabloların ortaya çıkmasına yol açacaktır. Ayrıca büyük ameliyatlar ve acillere başvuru da göz önüne alındığında ciddi yoğun bakım yatağı ihtiyacının ortaya çıkacağını öngörmek zor değildir.

### C) COVID-19 Hastalığının Tanı ve Tedavisi: Test Ücretleri Süreci

Bilindiği üzere tüm sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak SGK tarafından Sağlık Uygulama Tebliği yayınlanmakta ve bu tebliğ çerçevesinde sağlık giderleri karşılanmaktadır. 9 Mayıs 2020 tarih ve 31122 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin 5. Maddesinin (b) bendinde test tanımı (c) bendinde fiyat tarifesi belirlenmiştir (COVID-19 Antijeni 18,9 TL, COVID-19 Ig G 9,92 TL, COVID-19 ıgm 9,92 TL, Reverse Transkriptaz PCR 117,5 TL). COVID-19 hastalığının tanı ve tedavisinin yapıldığı tüm kamu sağlık tesisleri ile özel sağlık kuruluşlarında bu testlerin ücreti SGK tarafından ödenmektedir. Ayrıca 09 Nisan 2020 tarihli ve 31094 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan değişiklik ile COVID-19 ön tanılı/tanıli hastalar, acil hal tanımı içerisine ve ilave ücret alınmayacak işlemler listesine alınmıştır.

Böylece COVID-19 ön tanı/tanıli hastalardan özel sağlık kuruluşlarında yapılacak her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil /yatak için yasal olarak hiçbir suretle ilave ücret alınamayacağı kesin hükme bağlanmıştır.

### Test Ücreti İçin IBAN Numarası Verilmesi!

Başta Almanya olmak üzere Avrupa Birliği üyesi ülkelerin Türkiye’den gelecek olan kişilerden COVID-19 PCR testini istemesi nedeniyle yurtdışına

Yoğun bakım servislerinde boş yatak bulunamamasının temel nedenleri arasında hastane işletmelerinin yoğun bakım yataklarını en çok para kazandıran hizmet olarak görmesi, yoğun bakım servislerine endikasyonsuz hasta yatışları, yoğun bakım yataklarının akılcı kullanılmaması, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 29 Haziran 2020 tarihinden itibaren özel hastanelere COVID-19 tedavisi gören hastalar için yoğun bakım pandemi bakım ücreti ödemesini iptal etmesi yer almaktadır.



çıkışta bu testi yaptırmak zorunda olan vatandaşlardan Sağlık Bakanlığı Haziran ayında IBAN (TR70 0001 2009 4520 0005 0000 41) aracılığıyla test başına 110 TL talep etmiştir. Daha sonra Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından Ağustos ayında yayımlanan duyuruda; COVID-19 PCR test bedeli olarak 220 TL, COVID 19 (SARS-cov-2) izolasyonu işlem bedeli olarak 30 TL olmak üzere toplam 250 TL tetkik bedeli olarak belirlenmiştir. Yurtdışına çıkacak olan kişiler ya da kendi isteği ile test yaptıracak olanlar, testin yapılacağı sağlık tesisinin vizesine veya o sağlık tesisin bildireceği hesap numarasına ücretlerini yatırarak test yaptırabileceklerdir.

Oysa kamu sağlık hizmetleri fiyat tarifesinin genel uygulama ilkelerine göre 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamındaki olan kişilere sunulan sağlık hizmetleri 5510 Sayılı Kanun ve ilgili mevzuatı hükümleri çerçevesinde yürütülür. Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi üzerinden fiyatlandırılır. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için istenen COVID-19 testlerinin ücreti tüm kamu sağlık tesisleri ve özel sağlık kuruluşlarına zaten SGK tarafından ödenmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, GSS kapsamında olan kişilerden IBAN numarası üzerinden test ücreti talep edemez.

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, GSS kapsamında olan kişilerden IBAN numarası üzerinden test ücreti talep edemez.

### PCR Test Borsası

26 Ağustos 2020 Tarihinde Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) internet sayfasında yayımladığı PCR Testi Veri Girişleri Hakkında Önemli Duyuru'da; "Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gönderdiği yazıda, COVID-19 PCR testi çalışan özel sağlık kurumlarının gerek test ücreti için belirlenen fiyatın üzerinde ücret alındığı, gerekse 8 Ağustos 2020 tarihinden bugüne kadar bazı sağlık kuruluşlarımızın çalıştıkları test sonuçlarını sisteme kaydetmedikleri tespit edilmiş olup, bu durum test sonucu pozitif çıkan vatandaşlarımızın tedavileri ve temaslı oldukları kişilerin filyasyon çalışmalarında aksaklıklar yaşanmasına neden olmaktadır" ifadelerine yer verilmiştir.<sup>93</sup>

Sağlık Bakanlığı testleri yetkilendirilmiş tanı laboratuvarlarından istemektedir. Ancak oluşan test borsası işlemlerini iki şekilde yürütmeye çalışmaktadır: Bu yollardan ilki yurtdışına çıkacak vatandaşlar ile hatırlı kişilere yapılan testler için yüksek fiyat tarifeli VIP hizmeti sunulmasıdır. İkincisi ise özellikle de kayıt dışı işçi çalıştıran sanayi bölgeleri, fabrika ve işletmelerde merdiven altı laboratuvarlar tarafından toplu olarak piyasaya göre biraz daha ucuz PCR testleri ile birlikte antijen-antikor testleri yapılmasıdır. Önemli sorun test ücretlerinin fahiş fiyatla yapılmasından ziyade testi pozitif çıkan vatandaşların kayıtlarının Sağlık Bakanlığı sistemine kaydedilmemesi ve özellikle pozitif çıkan kayıt dışı çalıştırılanların ise evlerine gönderilmesidir.

AKP iktidarının koruyucu sağlık hizmetlerini ve kamusal sağlık sistemini çökertme pahasına koruyup kolladığı ve özenle büyüttüğü özel sağlık sektö-

<sup>93</sup> <https://ohsad.org/pcr-testi-veri-girisleri-hakkinda-onemli-duyuru/>

rü, PCR testi için vatandaşı soymakta, test sonuçları pozitif çıkan vakaları sisteme girmeyerek salgının yayılmasına neden olmakta ancak Sağlık Bakanlığı'nın sesi hâlâ çıkmamaktadır.

### **Ayrıcalıklı Test Uygulamaları**

Türkiye'de COVID-19 testlerinin kimlere ve hangi kriterlere göre yapıldığını tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda kesin olarak bilinen salgın mücadelesinde en ön safta yer alan sağlık çalışanlarına ise hâlâ düzenli olarak test yapılmadığıdır. Ancak durum böyleyken bir milletvekili herhangi bir semptomu yokken bir ayda sekiz kez test yaptırabilmektedir. Epidemiyoloji biliminin ilkelerine aykırı olarak COVID-19 pozitif vakalar ile aynı evde kalan yakın temaslara bile test yapılmazken milletvekillerine, danışmanlara, futbolculara, AKP yöneticilerine, ayrıcalıklı kişilere, mecliste ve sarayda çalışanlara sırf tarama amaçlı test yapıldığı bilgisi kamuoyuna yansımıştır. Bu ayrımcılığa ve bilim dışı uygulamaya ilişkin Sağlık Bakanlığı yetkilileri henüz şeffaf bir açıklama yapmamışlardır.

### **PCR Testi İstenmemesi**

Turizmde gelir beklentisi nedeniyle yurtdışından Türkiye'ye gelen turistlere test zorunluluğu getirilmemesi, özellikle Rusya gibi hastalığın görülme sıklığının yüksek olduğu yerlerden gelen turistlerin test yapılmadan kabul edilmesi, ateş ölçülmesi dışında herhangi bir önlem alınmaması bu başlık altında ayrı bir risk konusu olarak değerlendirilmelidir.

### **D) Gelecek Öngörülleri**

Yakın gelecekte sağlık harcamalarının SGK tarafından ödenmesinde sorunların yaşanması pek muhtemeldir. Çünkü genel sağlık sigortası fon kullanımının yasalara uygun yapılmaması ve açık veren sosyal sigorta fonuna aktarılması, Sosyal Sigorta Kurumu'nun gelirlerinin azalması ve giderlerinin artması, Hazine'nin Kurum'a yapması yasa gereği zorunlu olan toplam prim gelirlerinin yüzde 25'i olan devlet katkısını 2019 yılından bu yana yapmaması yakın gelecekte SGK tarafından sağlık harcamalarının ödenmesinde sıkıntıları ortaya çıkaracağını öngörmek güç olmasa gerektir.

### **Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Gelirlerinin Azalması**

Sosyal Güvenlik Kurumu 2020 Haziran aylık istatistik bülteni verilerine göre; Kurumun toplam gelirlerin toplam giderleri karşılama oranı 2019 yılında yüzde 91,4 iken, 2020 ilk 6 ayda yüzde 85,6'ya ,aylık bazda ise Haziran ayında yüzde 74'e düşmüştür. Benzer biçimde prim gelirlerinin emekli aylıklarını ve sağlık ödemelerini karşılama oranı ise 2019 yılında yüzde 71,8 iken, 2020 yılı ilk altı ayda yüzde 64,2'ye, Haziran ayında ise yüzde 57,8'e düşmüştür.

Görüleceği üzere SGK'nın gelir-gider dengesi giderek bozulmaktadır. Kurum, 2019 yılında 39.945 milyon TL açık verirken, bu miktar 2020 yılı ilk 6 ayında (Ocak - Haziran) 37.441 milyon TL olmuştur.

## GSS Fon Kullanımının Yasalara Uygun Yapılmaması

Sosyal güvenlik sisteminin finansmanı SGK tarafından oluşturulmaktadır. SGK; en yüksek bütçeli kurumlardan biri olup, en önemli gelir kalemlerini çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası prim gelirleri ile devlet katkısı oluştururken, giderlerinin en önemli kısmını ise emekli aylık ve ödenekler ile sağlık harcamaları oluşturmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu, sigortalılarına sunduğu sağlık hizmeti için GSS fon gelirinden, emekli aylık ve ödenekleri için ise sosyal sigorta fon gelirinden ödeme yapmaktadır. GSS fon gelirleri genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerini karşılamak için yeterli gelmektedir. Ancak sosyal sigorta fon gelirlerinin, sosyal sigorta fon giderlerini (malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları) karşılamadığı görülmektedir. SGK'nın bütçe gelir – gider tablolarındaki eksikliğin en önemli faktörü sosyal sigorta fonlarıdır.

Sayıştay raporlarında SGK “açık” azaltabilmek için genel sağlık sigortası fon varlığında kalması ve sağlık hizmetleri için kullanılması gereken GSS fon varlığını kanunun açık hükmüne rağmen açıkları kapatmak için sosyal sigorta fonuna aktardığı tespit edilmiştir.

## Ödenmeyen Devlet Katkısı

Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Sosyal Güvenlik Bütçe İstatistikleri ile SGK 2019 faaliyet raporunda, Hazine'nin 2019 Yılı ve 2020 Ocak-Mart döneminde malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası primi için ödemesi gereken devlet katkısını ödemediği görülmektedir. Oysa 5510 sayılı Kanun gereği Hazine, SGK'ya toplanan primlerin dörtte birini devlet katkısı olarak ödemek zorundadır. COVID-19 pandemisi döneminde artan işsizlik ve yoksulluk karşısında sosyal koruma-ya olan gereksinim artarken ve krizin etkilerini hafifletmek için sosyal harcamaların arttırılması gerekirken, yasa gereği Kuruma yapılması gereken devlet katkısının yapılmama gerekçesi şimdiye kadar kamuoyuna açıklanmamıştır. Bu aşamada finansmana sıkışan AKP iktidarının, COVID-19 hastalığı tanı-tedavi ücretleri için halkın cebini adres olarak göreceğini ve salgının ilk günlerinde olduğu gibi resmi olarak özel sağlık kuruluşlarınca vatandaşlardan ilave ücret alındığı döneme geçileceğini öngörmek kehanet olmasa gerektir.

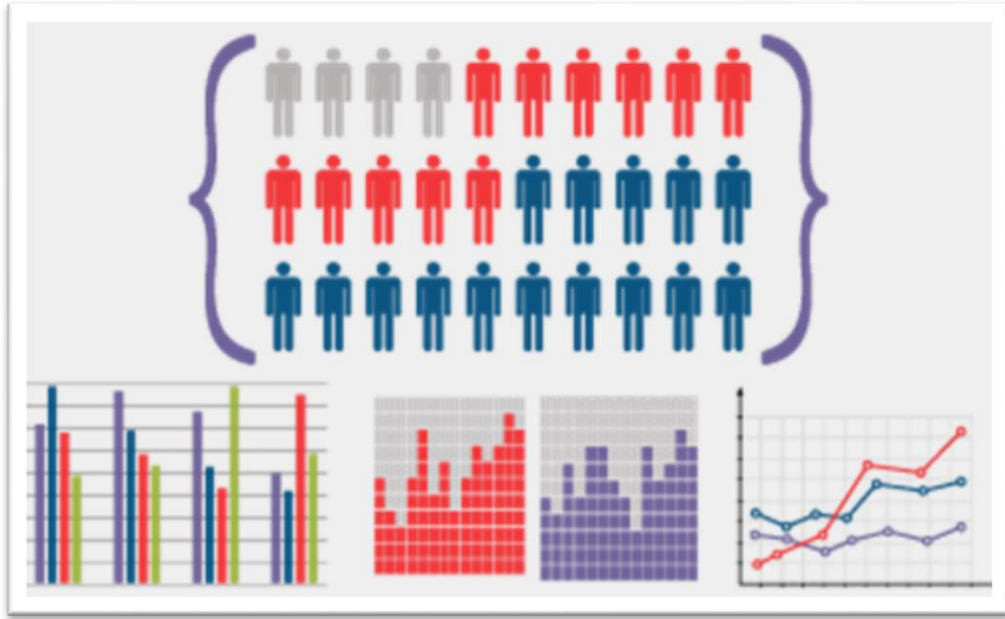
## Kaynaklar

- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu MADDE 63- Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi, MADDE 64- Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri, MADDE 73- Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi.  
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>
- 04 Nisan 2020 tarihli ve 31089 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ  
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200404-18.pdf>
- 09 Nisan 2020 tarihli ve 31094 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ  
<https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-uygulama-tebliqinde-degisiklik->

[yapilmasina-dair-teblig-09-04-2020-69501.htm](http://yapilmasina-dair-teblig-09-04-2020-69501.htm)

- OHSAD Başkanı'ndan "Devlet özel hastanelere el koysun" önerisi!  
<https://www.haberturk.com/ohsad-baskani-ndan-devlet-ozel-hastanelere-el-koysun-onerisi-2624706>
- OHSAD Başkanı Reşat Bahat, SGK 'salgın ödemesini durdurmasına tepki gösterdi. <https://www.korfezgazete.com/ohsad-baskani-resat-bahatsgk-salgın-odemesini-durdurmasına-tepki-gosterdi/>
- SGK 2016-2019 Faaliyet Raporları: <http://www.sgk.gov.tr/2017faaliyetraporu.pdf>
- Sosyal Güvenlik Kurumu 2019 Faaliyet Raporu. Bütçe Gelirlerinin Ekonomik Sınıflandırılması S.117  
[http://www.sp.gov.tr/upload/xsrapor/files/Bx4u8+3rvtc\\_SGK\\_2019\\_Faaliyet\\_Raporu.pdf](http://www.sp.gov.tr/upload/xsrapor/files/Bx4u8+3rvtc_SGK_2019_Faaliyet_Raporu.pdf)
- SGK 2020 Haziran aylık mali-istatistik bülteni  
[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik\\_istatistik\\_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri)
- TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu Sayfa 89 Tablo 14 Hastane Hizmetleri Yoğun Bakım Yatak Sayısı. [Fi-  
le:///C:/Users/ERGUN/Downloads/33951.2020-yili-butce-sunumupdf.PDF](file:///C:/Users/ERGUN/Downloads/33951.2020-yili-butce-sunumupdf.PDF)
- T. C. Maliye Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü. Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe İstatistikleri. ; <https://www.muhasibat.gov.tr/content/genel-yonetim-mali-istatistik>
- T. C. Sayıştay Başkanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Sayıştay Denetim Raporu. Ağustos 2017, Ankara.(S.45)  
<https://www.sayistay.gov.tr/tr/?P=2&contentId=12120>
- TÜİK Tüketici Fiyat Endeksi, Ağustos 2020  
<http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do;jsessionid=78pbfv9ntg1l2s02yysmps1jg8ffqvnlr37hcys5gjmvc0prsrpv!1656526634?id=33869>
- Yurt Dışına Çıkışlarda Gideceği Ülke Tarafından PCR Testi İstenen Kişilere Yapılacak Test Uygulamaları <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yurt-disi-cikislarinda-test-islemleri.html>
- Yurt Dışına Çıkacaklar için PCR Testi Bilgilendirmesi Güncelleme Tarihi: 26/08/2020 <https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,188912/yurt-disina-cikacaklar-icin-pcr-testi-bilgilendirmesi.html>

# EPİDEMİYOLOJİ





## PANDEMİDE KÜRESEL DURUM

### Dr. Sarp Üner

Tıp Doktoru, Profesör, Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

### Özet

Küresel bir salgına dönüşen COVID-19'a bağlı dünya genelinde bir milyon nüfusta hasta sayısı 3 bin 514, hastalığa bağlı ölüm sayısı 115'e ulaşmıştır. Bu yazıda Eylül 2020 başı itibariyle Dünya Sağlık Örgütü bölgelerine göre pandeminin küresel durumu ortaya konmaya çalışılmıştır.

### Giriş

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan kentinde ortaya çıkan ve küresel bir salgına dönüşen COVID-19 salgında tüm dünyanın ortak hedefi vakaların sıfıra inmesidir. Ancak pandemiyi herhangi bir ülkede bitirebilmek için her yerde bitirmemiz gerektiği akıldan çıkamamalıdır. Küresel olarak bu hedefin çok uzağındayız ve küresel olarak doğrulanmış vaka ve ölüm sayıları son derece hızla artmaktadır.

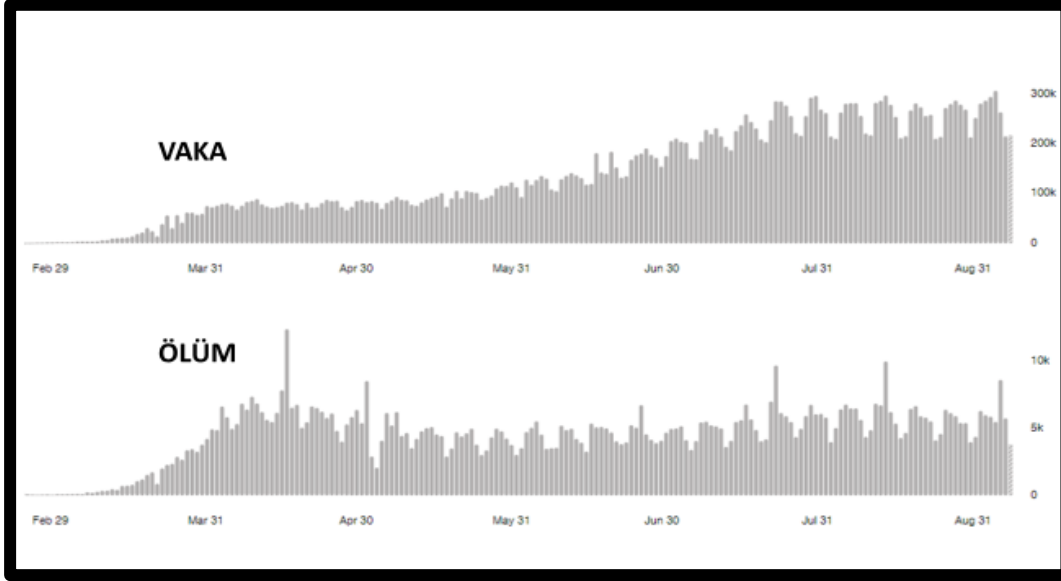
### Pandemide Gelinek Nokta

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 12 Mart'ta COVID-19'u resmen pandemi olarak ilan etmiştir. 8 Eylül 2020 itibariyle 894 bin 228 ölüm de dâhil olmak üzere 27 milyon 416 bin 756 onaylanmış COVID-19 vakası mevcuttur (Tablo 1).

**Tablo 1: DSÖ Bölgelerine Göre COVI-19 Doğrulanmış Vaka ve Ölüm (WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard)**

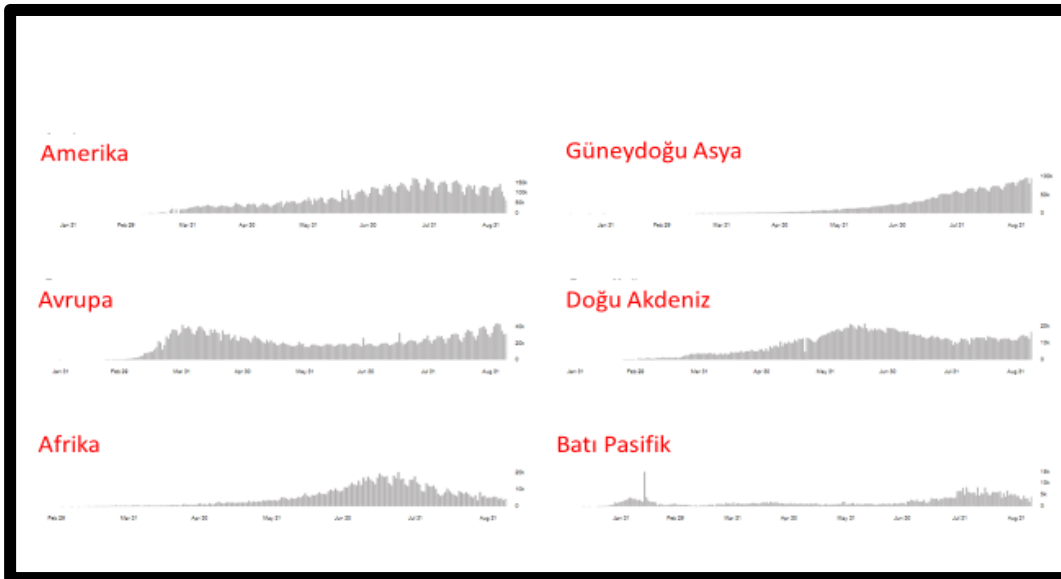
DSÖ Bölgeleri	Doğrulanmış Vaka Sayısı			Ölüm Sayısı		
	1 Temmuz	8 Eylül	Artış	1 Temmuz	8 Eylül	Artış
<b>Amerika</b>	5218590	14257006	2.7	249318	495665	2.0
<b>Avrupa</b>	2728059	4536086	1.7	197874	223056	1.1
<b>Güneydoğu Asya</b>	808906	4964948	6.1	22235	87089	3.9
<b>Doğu Akdeniz</b>	1077426	2040265	1.9	24970	53749	2.2
<b>Afrika</b>	306794	1092149	3.6	6192	23261	3.8
<b>Batı Pasifik</b>	217146	526302	2.4	7453	11408	1.5
<b>Toplam</b>	10356921	27416756	2.6	508042	894228	1.8

Dünya genelinde bir milyon nüfusta hasta sayısı 3 bin 514, hastalığa bağlı ölüm sayısı 115'e ulaşmıştır. Küresel olarak Şubat ayı sonundan itibaren günlük vaka ve ölüm sayıları aşağıda yer almaktadır. (Şekil 1)



**Şekil 1: Küresel olarak günlük vaka ve ölüm sayıları (WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard)**

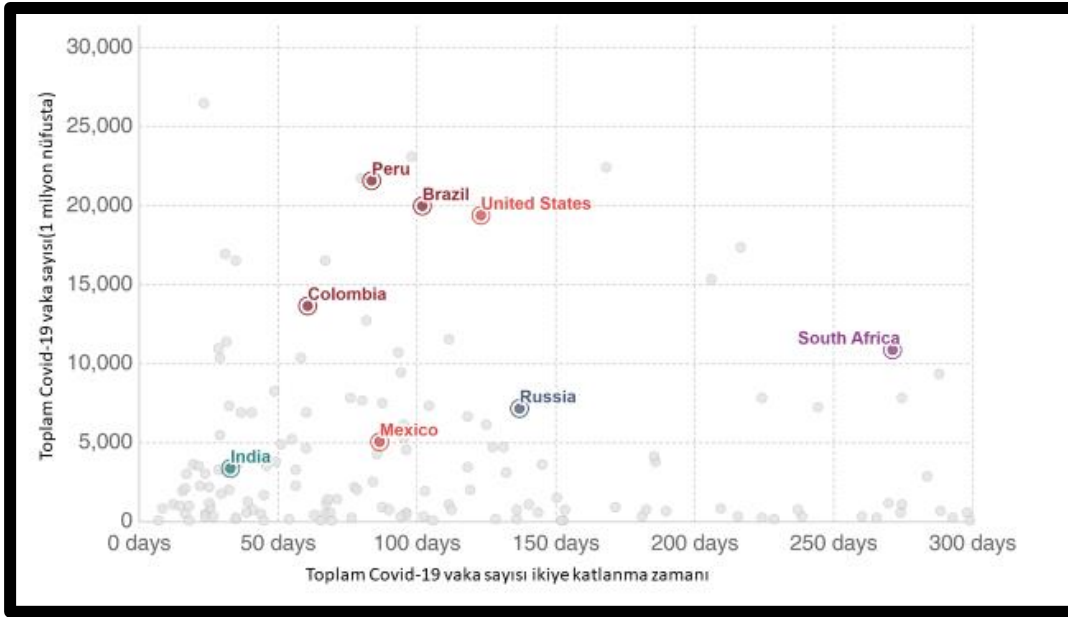
Küresel olarak günlük vaka sayısı giderek artmaktadır. 6 Eylül 2020 tarihinde günlük vaka sayısı 307 bin 121 ile en yüksek rakama ulaşmıştır. COVID-19'a bağlı en yüksek ölüm görüldüğü tarih ise 17 Nisan 2020'dir (12 bin 311). Türk Tabipleri Birliği tarafından yayınlanan 10 Temmuz 2020 tarihli COVID-19 Pandemisi 4. Ay Değerlendirme Raporu'nda (**Türk Tabipleri Birliği, 2020**) verilen DSÖ bölgelerine göre COVID-19 doğrulanmış vaka ve ölüm sayılarında geçen iki aylık sürede en büyük artış Güney Doğu Asya'da gerçekleşmiştir. Güneydoğu Asya'yı Afrika bölgesi izlemektedir (Tablo 1).



**Şekil 2: DSÖ bölgelerine göre Covid-19 vaka sayıları ve günlük dağılımları (WHO Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard)**

En çok vaka görülen DSÖ bölgesi Amerika bölgesidir (Tablo 1). Vakaların yarısından fazlası bu bölgede ortaya çıkmıştır. Avrupa Güney Doğu Asya ve Doğu Akdeniz bölgesinde vaka sayıları yeniden artışa geçmiştir. Haziran ayı boyunca bin civarında seyreden Batı Pasifik bölgesinde vaka sayısı son iki aylık dönemde artışa geçmiş ve günlük 4-6 bin civarındadır. (Şekil 2)

Asya'da başlayan salgın, 2020 yılının ikinci ayının sonu itibari ile Avrupa ve Amerika kıtalarına da yayılmıştır. Nüfus, gelir düzeyi, demografik yapı, sağlık sistemi kapasitesi ile alınan önlemler, tanı ölçütleri, test protokolleri ve kapasitesi gibi pek çok parametreye bağlı olarak ülkelerdeki vaka ve ölüm sayısı ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. Vaka sayısı 1 milyonun üzerinde olan dört ülke vardır. Vaka sayısının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. ABD 6 milyon 200 bine yaklaşan vaka ile tüm vakaların 1/5'inden fazlasına sahiptir. ABD'yi vaka sayısı açısından Hindistan (4.204.613 vaka), Brezilya (4.123.000 vaka) ve Rusya (1.030.6905 vaka) izlemektedir. Bu dört ülkenin ardından 600 binden fazla vakanın olduğu Peru, Kolombiya, Güney Afrika ve Meksika gelmektedir. Bu ülkelerin bir milyon kişideki vaka sayılarının ikiye katlanma zamanı Şekil 3'de sunulmuştur.

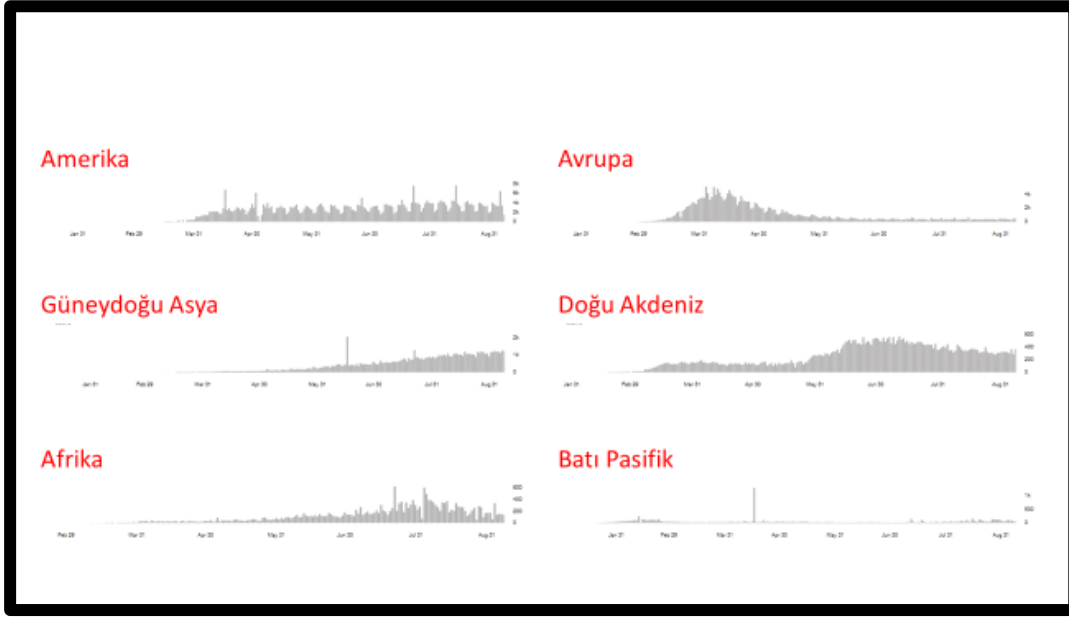


**Şekil 3: COVID-19 vaka sayısı en yüksek olan sekiz ülkenin bir milyon kişideki vaka sayılarının ikiye katlanma zamanı (Ourworld in data-a)**

COVID-19 vaka sayısı en yüksek olan sekiz ülke arasında vaka artışının en hızlı olduğu ülke Hindistan'dır. Hindistan'da 50 günden kısa bir sürede vaka sayısı ikiye katlanmaktadır. Kolombiya, Peru ve Meksika'da vaka sayısının ikiye katlanması 100-150 gün arasındadır. Güney Afrika bu ülkeler arasında vaka artış hızı en yavaş olan ülkedir. (Şekil 3)

COVID-19'a bağlı en çok ölüm görülen DSÖ bölgesi Amerika bölgesidir (Tablo 1). Bu bölgede günlük ölüm sayıları 1000 ile 5000 arasında dalgalı şekilde devam etmektedir. Ölümün yarıya yakını bu bölgede ortaya çıkmıştır. Avrupa bölgesinde COVID-19'a bağlı ölüm sayıları son üç aydır

azalma eğilimi gösterirken, Güneydoğu Asya ve Doğu Akdeniz bölgelerinde günlük ölüm sayıları giderek artmaktadır. (Şekil 4)

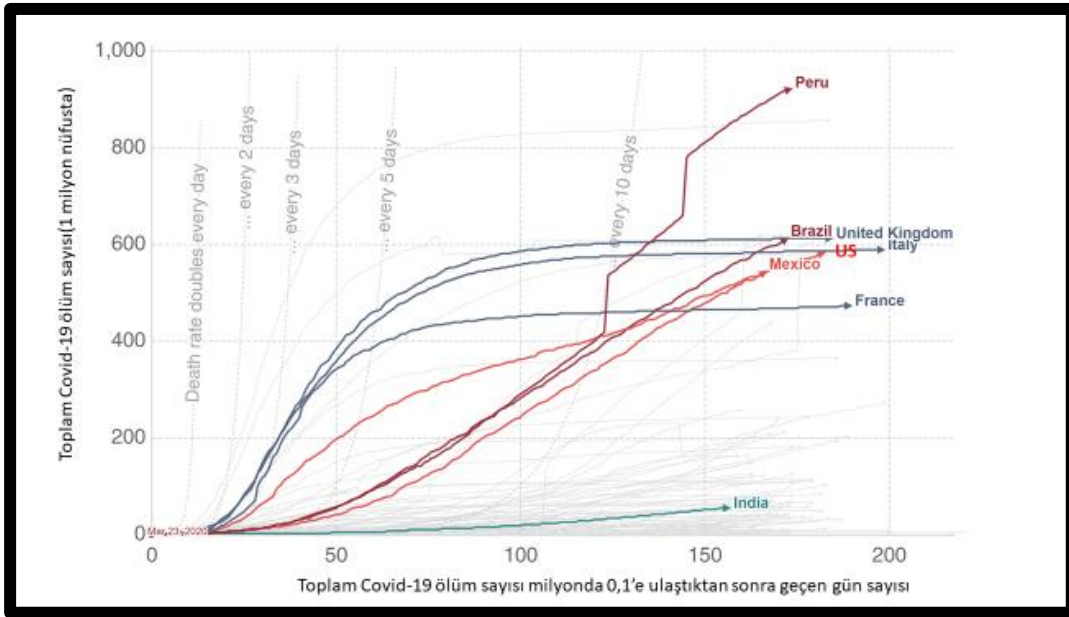


**Şekil 4: DSÖ bölgelerine göre Covid-19'a bağlı ölüm sayıları ve günlük dağılımları (WHO Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard)**

Ölüm sayısı 100 binin üzerinde olan iki ülke vardır. Ölüm sayısının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. ABD 188 binin üzerinde ölüm ile tüm vakaların 1/5'inden fazlasına sahiptir.

ABD'yi ölüm sayısı açısından Brezilya (126.650 ölüm) izlemektedir. Hindistan, Meksika, İngiltere, İtalya, Fransa ve Peru ölüm sayıları açısından bu ülkeleri izlemektedir.

Bu ülkelerin: Covid 19'a bağlı toplam ölümlerin artışı Şekil 5'de görülmektedir.



**Şekil 5: Covid 19'a bağlı toplam ölümlerin artışı (Ourworld in data-a)**

Ölüm sayılarının en fazla olduğu sekiz ülkede milyon kişiye ölüm oranı en yüksek Peru’da en düşük Hindistan’dadır. Bu ülkelerin tamamında ölüm sayıları 10 günden daha uzun bir sürede ikiye katlanmaktadır.

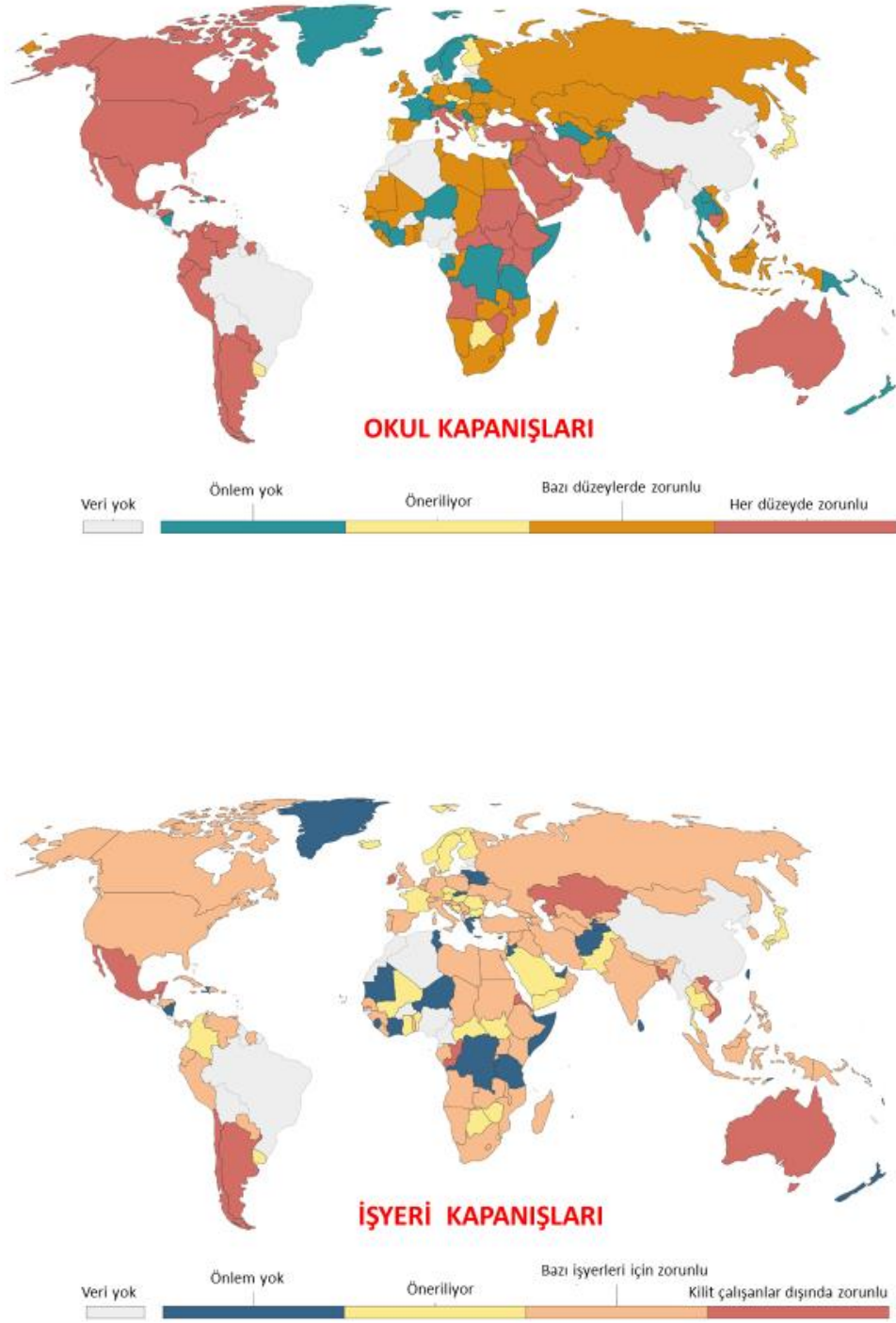
### **Ülkelerin Yanıtları**

Koronavirüs salgını (COVID-19), dünyadaki ülkelerin çoğunu etkileyen bir hastalıktır. Ancak, bu etkilerin büyüklüğü ülkeler arasında farklılıklar göstermekte ve bazı ülkeler hastalığın yayılmasını sınırlama ve ölümleri önlemede daha başarılı olmaktadır. Bazı ülkelerin diğerlerinden daha kötü etkilenmesinin birçok nedeni vardır. Hükümet politikası yanıtlarındaki farklılıklar bunları bir ölçüde açıklayabilir.

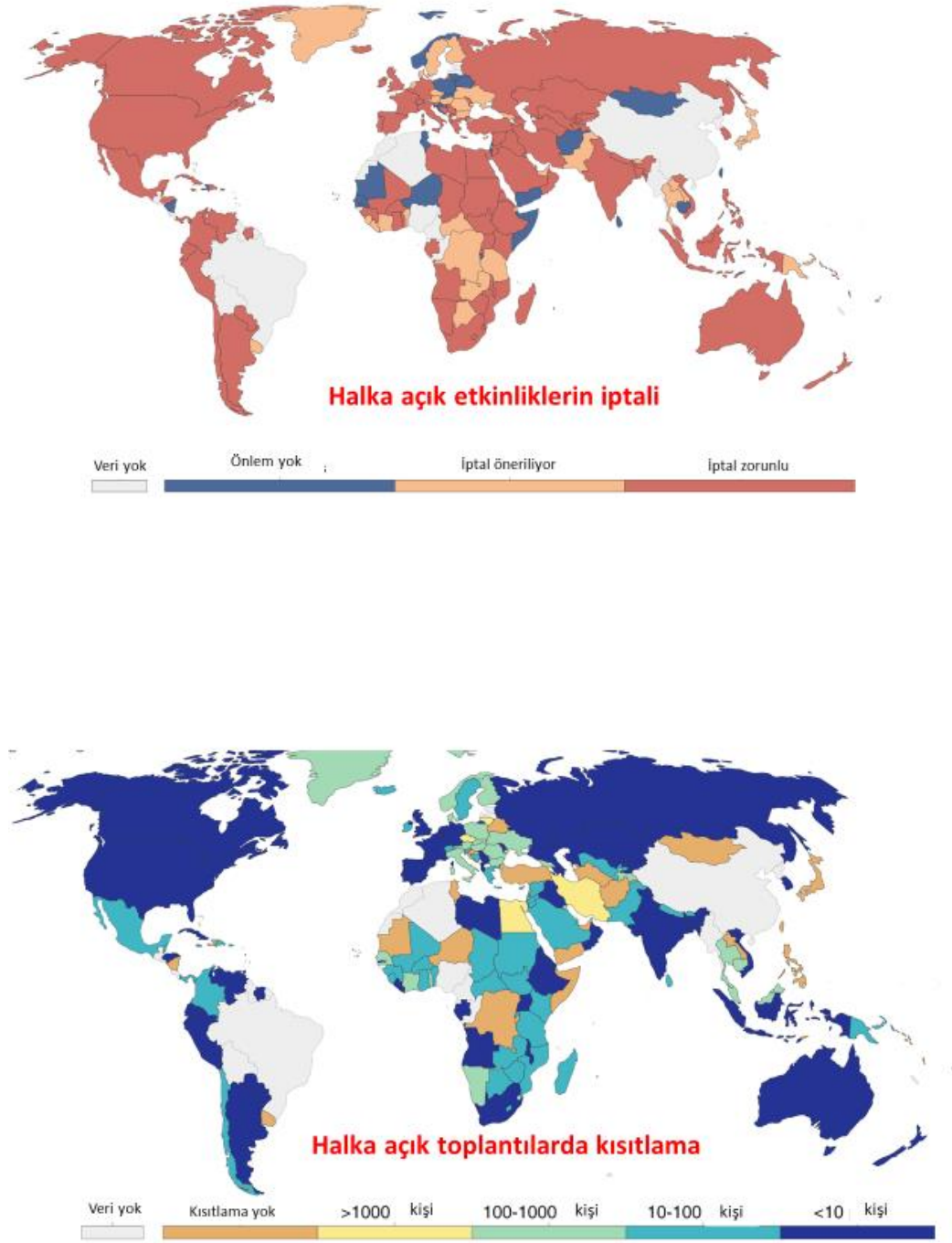
Pandemi kontrolü amacıyla ülkeler farklı müdahaleleri değişik düzeylerde uygulayabilirler. Bu müdahaleler arasında okul kapanışları; işyeri kapanışları; halka açık etkinliklerin iptali; halka açık toplantılarla ilgili kısıtlamalar; toplu taşıma araçlarının düzenlemeler; evde kalma zorunluluğu; bilgilendirme kampanyaları; iç hareketler üzerindeki kısıtlamalar; uluslararası seyahat kontrolleri; test politikası ve temaslı izlem kapsamı ön plana çıkan müdahaleler olarak değerlendirilebilir. Bu müdahalelerle ilgili ülkelerin durumları Şekil 6’da sunulmuştur. Görüldüğü gibi ülkelerin her müdahaleyi uygulama biçimleri kendi politikaları doğrultusunda değişiklik göstermektedir. Bir önlemi tamamen uygulayan bir ülke başka bir alanda hiç önlem alamamaktadır.

Ülkelerin aldıkları kararları ve uyguladıkları müdahaleleri değerlendirirken bu müdahalelerin uygulanma biçimlerinin yanı sıra zamanlamasının da çok önemli olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Yapılan simülasyonlar aynı kontrol önlemleri sadece 1-2 hafta önce uygulanmış olsaydı, önemli sayıda vaka ve ölüm önlenemez olduğunu göstermektedir. Örneğin ABD’de yapılan bir çalışmada, ülke çapında, 3 Mayıs 2020 itibarıyla rapor edilen enfeksiyonların yüzde 56,5’i ve rapor edilen ölümlerin yüzde 54,0’ı, aynı kontrol önlemlerinin sadece bir hafta önce uygulanmış olsaydı önlenemez olduğunu ortaya koymaktadır. **(Sen P, 2020)**

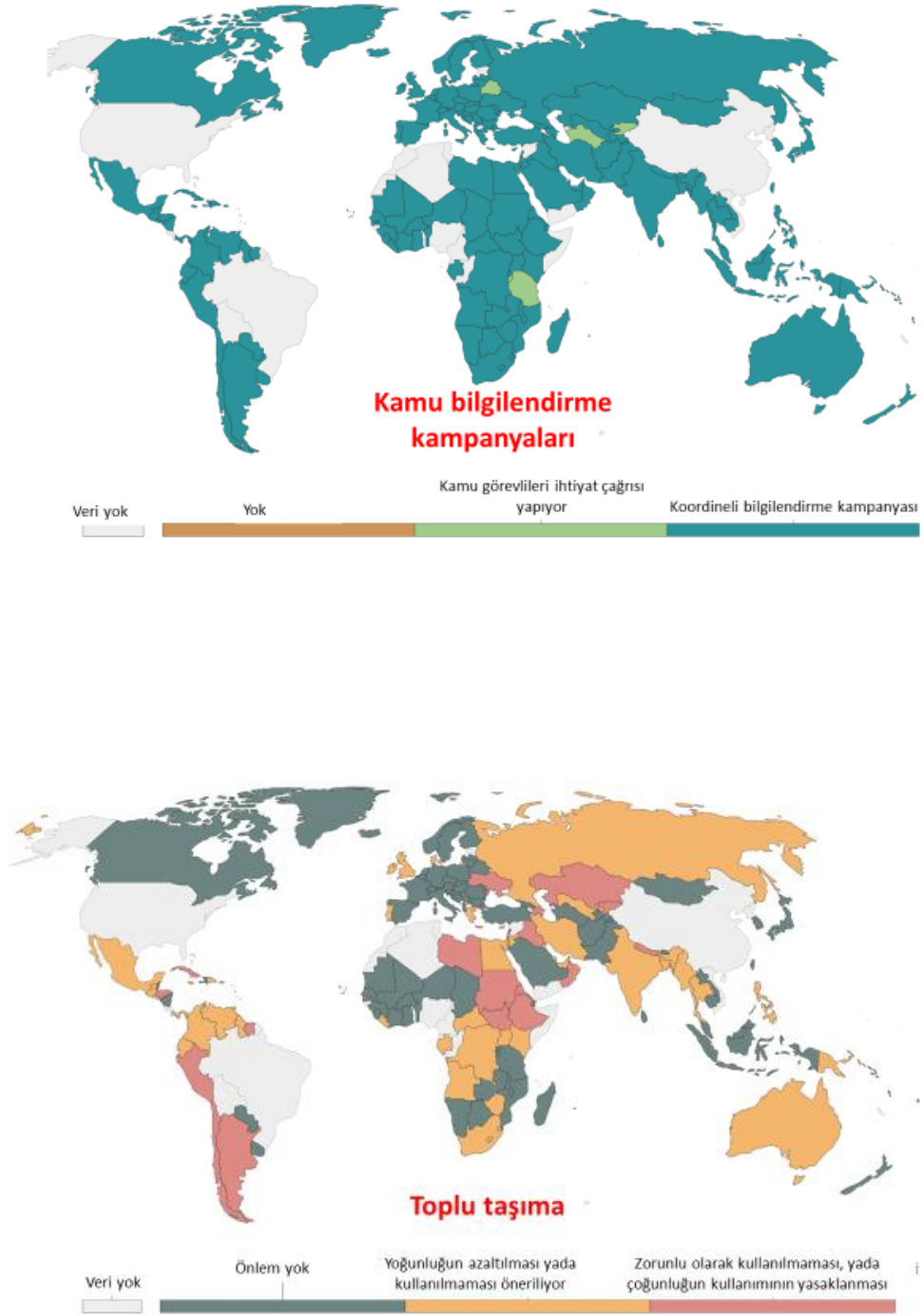




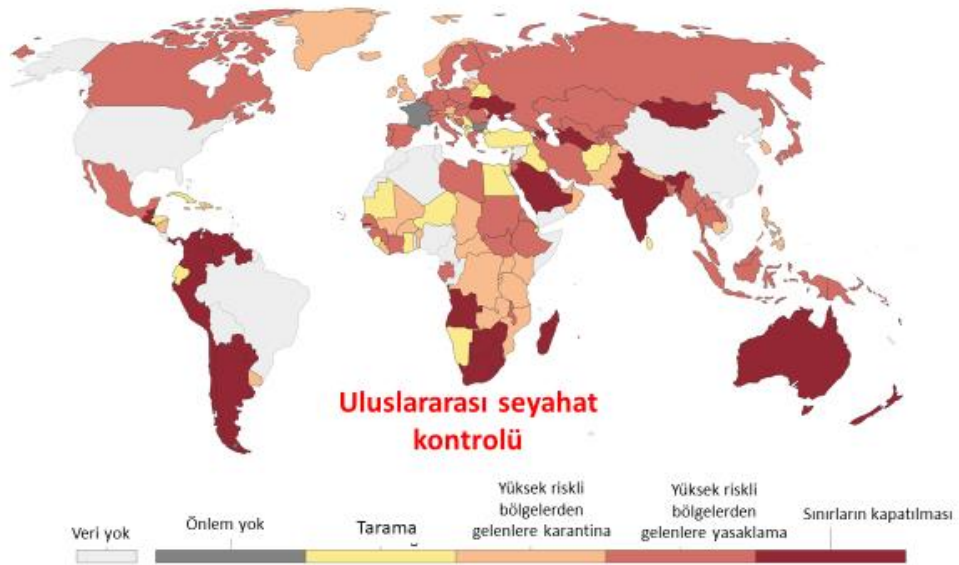
**Şekil 6: Ülkelerin Covid 19 mücadelesinde uyguladıkları müdahaleler ve müdahale düzeyleri [Max Roser, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina and Joe Hasell (2020)]**



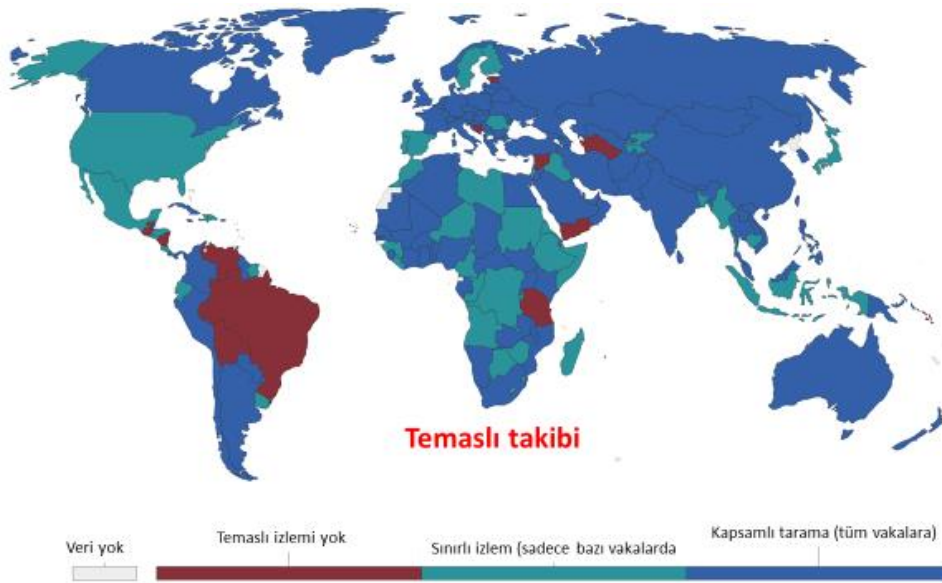
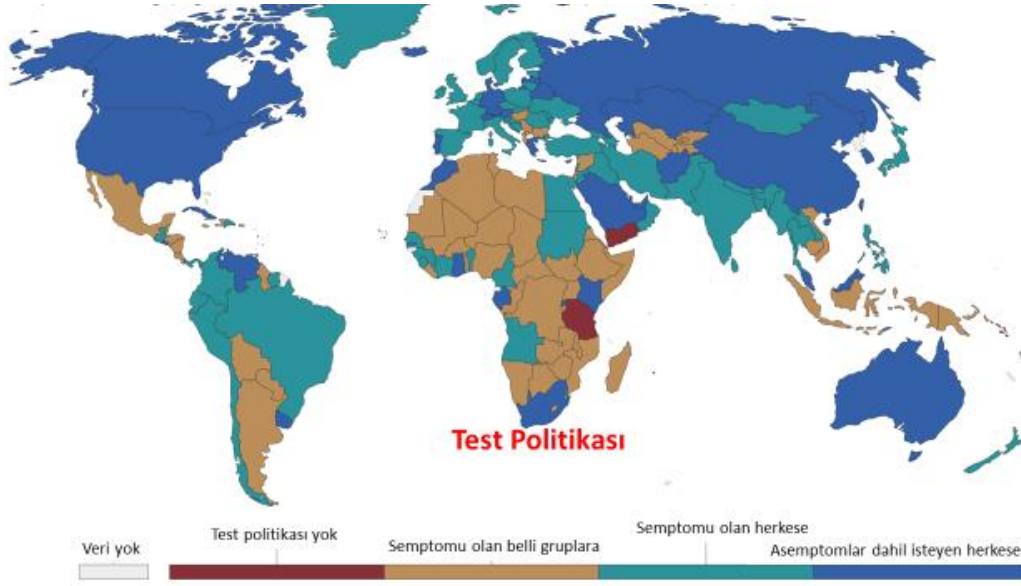
Şekil 6: Devam



Şekil 6: Devam

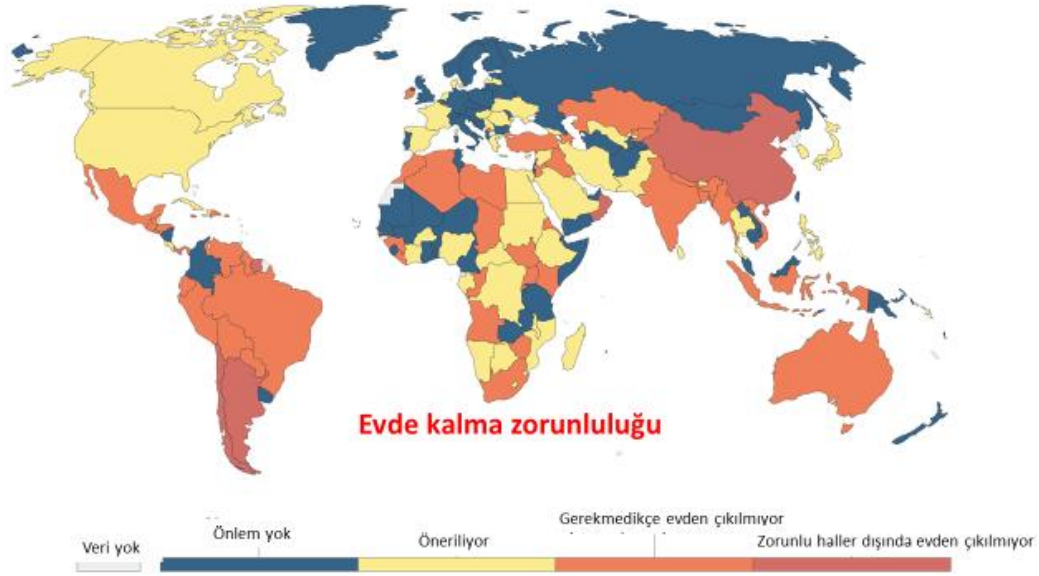


**Şekil 6: Devam**



Şekil 6: Devam



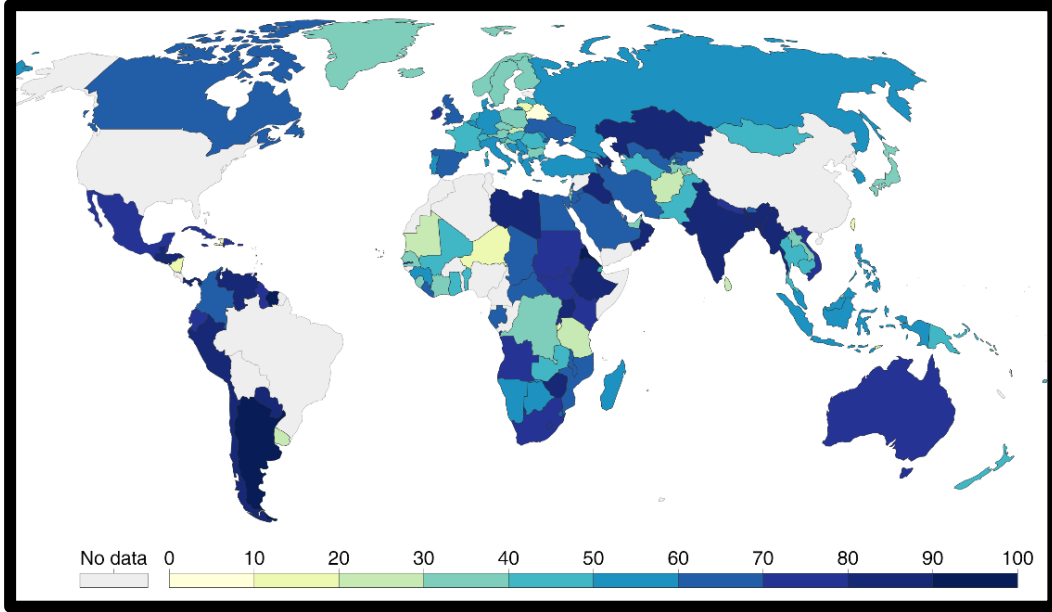


Şekil 6: Devam

- Not 1: Test Politikası sadece PCR testi ile ilgilidir ve "Semptomu olan belli gruplara" (a) semptomları olan VE (b) belirli kriterleri karşılayanlar için test yapılması (örneğin, hastaneye kabul edilen, bilinen bir vakayla temasa geçen, yurtdışından dönen kilit çalışanlar)
- Not:2 Evde kalma zorunluluğu
  - Gerekmedikçe evden çıkılmıyor: Günlük egzersiz, market alışverişi ve 'önemli' geziler için istisnalar dışında evden çıkılmaması gerekir
  - Zorunlu haller dışında evden çıkılmaması gerekir (örneğin, birkaç günde yalnızca bir kez ayrılmaya izin verilir veya bir seferde yalnızca bir kişi çıkabilir, vb.)

Ülkelerin uyguladıkları bazı müdahale politikalarının katılığını değerlendirmek amacıyla müdahale politikalarının birleşiminden oluşturulan endeksler vardır. Bu endekslerin basitçe hükümet politikalarının katılığını gösterdiğini akılda tutmak önemlidir. Bir ülkenin yanıtının uygunluğunu veya etkililiğini ölçmemekte ve daha yüksek bir puan, bir ülkenin yanıtının, endekste daha düşük olanlardan "daha iyi" olduğu anlamına gelmemektedir. Devlet katılığı endeksi (Government Stringency Index) ve COVID-19 Önleme ve Sağlık Endeksi (COVID-19 Containment and Health Index) bunlardan iki tanesidir.

Devlet katılığı endeksi yukarıda sıralanan müdahalelerden okul kapanışları; işyeri kapanışları; halka açık etkinliklerin iptali; halka açık toplantılarla ilgili kısıtlamalar; toplu taşıma araçlarının düzenlemeler; evde kalma zorunluluğu; bilgilendirme kampanyaları; iç hareketler üzerindeki kısıtlamalar ve uluslararası seyahat kontrolleri müdahalelerinden oluşmaktadır. (Şekil 7)

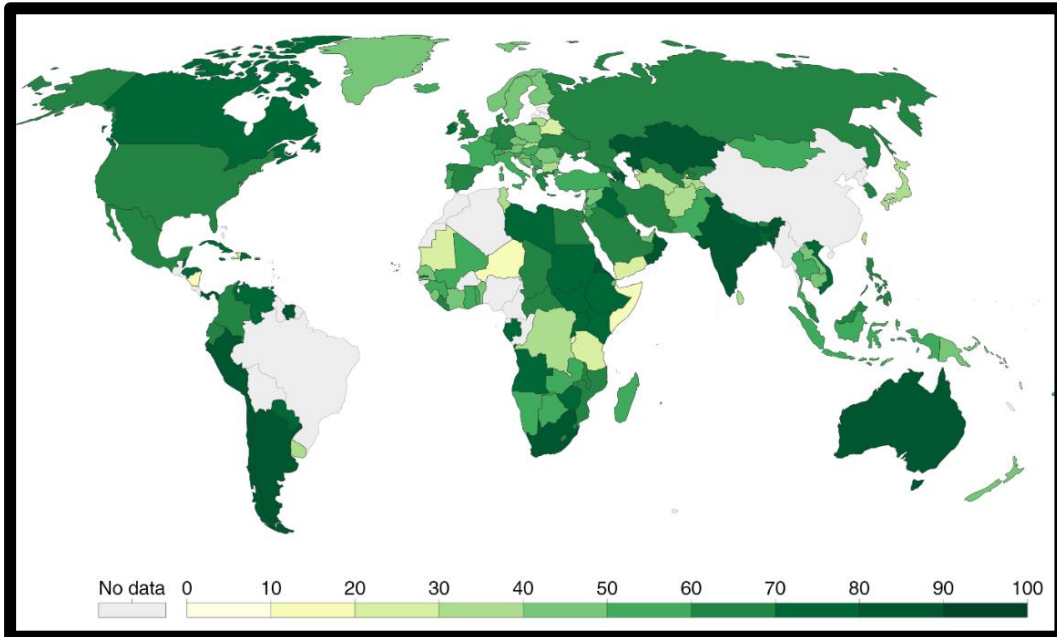


**Şekil 7: “Devlet Katılığı Endeksi” 7 Eylül 2020 [Max Roser, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina and Joe Hasell (2020)]**

Bazı ülkelerin bu endekse göre puanları şu şekildedir:

- Peru : 85,19
- Avustralya : 75,41
- Türkiye : 52,78
- Polonya : 37,96
- Tanzanya : 25,00

COVID-19 Önleme ve Sağlık Endeksi ise 11 müdahaleden oluşmaktadır. Bu endekste Devlet Katılığı Endeksi’nde yer alan 9 müdahaleye test politikası ve temaslı izleme değişkenleri eklenmiştir. (Şekil 8).

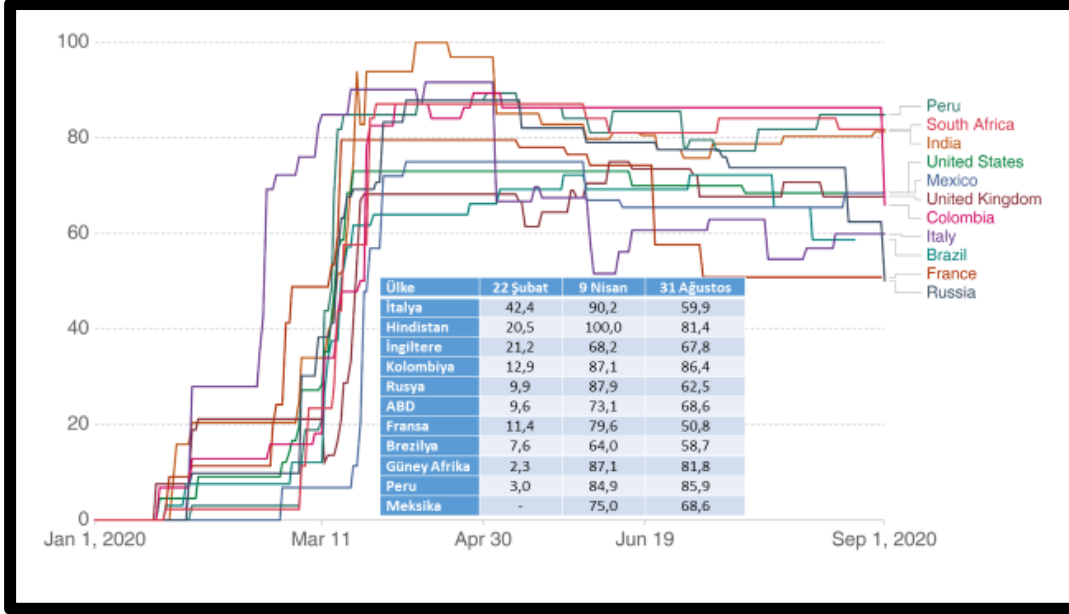


**Şekil 8: “Covid 19 önleme ve sağlık endeksi” 7 Eylül 2020 [Max Roser, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina and Joe Hasell (2020)]**

Bazı ülkelerin bu endekse göre puanları şu şekildedir:

- Peru : 84,85
- Avustralya : 79,92
- Türkiye : 58,35
- Polonya : 46,21
- Tanzanya : 20,45

COVID-19 Önleme ve Sağlık Endeksi'ne göre halen COVID-19'a bağlı en fazla vaka ve ölüm sayılarına sahip ülkelerin süreç içindeki yaklaşımları Şekil 9'da verilmiştir.



**Şekil 9: COVID-19 önleme ve sağlık endeksinde artış gösteren ülkelerin süreç içindeki yaklaşımları (Our World in Data-b)**

Seçilen ülkelerin Şekil 9'da verilen indeks puan grafiğinde ülkelerin salgın başında almaları gereken önlemlerin sadece bir bölümünü aldığını ve vaka ölüm sayılarının artmasına bağlı olarak önlemleri arttırdıkları ve sıkılaştırdıkları görülmektedir.

### Sonuç

COVID-19 pandemisi küresel olarak önemi halen devam etmektedir. Eldeki veriler salgının henüz gelişme evresinde olduğumuzu göstermektedir. Daha uzun yanıt süresi, enfeksiyonların ve ölümlerin daha güçlü bir şekilde geri dönmesine neden olur. Bulgularımız, COVID-19 pandemisini kontrol etmede erken müdahalenin ve agresif yanıtın önemini vurgulamaktadır.

### Kaynaklar

- Max Roser, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina and Joe Hasell (2020) - "Coronavirus Pandemic (Covid-19)". Ourworld in data web sayfası (2020) Erişim Tarihi 8 Eylül 2020 <https://ourworldindata.org/>
- Ourworld in data-a, web sayfası (2020) Erişim Tarihi 8 Eylül 2020 <https://ourworldindata.org/identify-covid-exemplars>

- Ourworld in data-b, web sayfası (2020) Erişim Tarihi 8 Eylül 2020  
<https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index>
- Sen Pei, Sasikiran Kandula, Jeffrey Shaman (2020) Differential Effects of Intervention Timing on COVID-19 Spread in the United States. Department of Environmental Health Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University Erişim Tarihi 8 Eylül 2020,  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.15.20103655v1.full.pdf>
- Türk Tabipleri Birliği web sayfası (2020), Covid-19 Pandemisi, 4. Ay Değerlendirme Raporu, Türk Tabipleri Birliği, Covid-19 İzleme Kurulu, 10 Temmuz 2020, ISBN 978-605-9665-55-1 [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor\\_4.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_4.pdf)
- WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard Erişim Tarihi 8 Eylül 2020  
<https://covid19.who.int/>

# TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ

## Dr. Kayıhan Pala

Tip Doktoru, Profesör, Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi

### Özet

Bu dönemde, Sağlık Bakanlığı'nın yalnızca doğrulanmış olgu ve ölümleri açıklamasının sınırlılığının yanında, Bakanlığın açıkladığı verilerin güvenilirliği de önemli bir tartışma konusu olmuştur. 1 Haziran'daki yeniden açılmanın ardından yükselmeye başlayan günlük olgu sayısı 8 Eylül'de bin 761 olarak kayıtlara geçerek, 9 Mayıs'ta bin 546'ya kadar düşen günlük olgu sayısını aşmıştır. Benzer biçimde günlük ölüm sayılarında Ağustos'un son haftasında kendini gösteren artış eğilimi, 7 Eylül'de 57 hastanın ölümüyle kayıtlara geçmiş, 13 Mayıs'ta 58 olan günlük ölüm sayısına geri dönmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan resmi rakamlara göre 9 Eylül'de 23 bin 918'e kadar yeniden yükselen aktif hasta sayısının, Ağustos'ta ülke çapında iki yüz otuz binin daha üzerinde olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye COVID-19 pandemisinde salgının birinci dalgasını sönmüştür. 1 Haziran'dan sonraki erken açılmanın ve diğer toplumsal hareketliliği artıran yaklaşımların etkisiyle ikinci tepe noktasına doğru yol almaya başlamıştır.

### Türkiye'de Salgının Seyri

COVID-19 pandemisinde ülkemizde ilk doğrulanmış olgu 11 Mart 2020'de, ilk ölüm ise 17 Mart 2020'de duyuruldu. Ancak TTB dördüncü ay raporunda açıklandığı üzere, (1) ülkemizde COVID-19 hastalığının Şubat ayının sonlarından itibaren kendini göstermiş olduğu bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği tarafından birçok kez dile getirilmiş olmasına karşın, COVID-19 pandemisi sırasında halen yalnızca doğrulanmış olgu ve doğrulanmış ölüm sayısını açıklamakta, epidemiyolojik ve klinik olarak tanı konulan olası/kuşkulu olgular ile ölümlerin sayısını açıklamaktan kaçınmaktadır. Bu nedenle ülkemizde COVID-19 pandemisinin sağlık sonuçları açısından gerçek yükünü tahmin edebilmek zorlaşmaktadır.

Tanı testi olarak kullanılan PCR testinin kişi COVID-19 hastası olduğu halde çeşitli gerekçelerle (Enfekte bireyde hasta materyalinin çok az olduğu kalitesiz örnek, örneğin enfeksiyonun çok erken ya da geç evresinde alınması, örneğin uygun bir şekilde işlenmemesi ve gönderilmemesi, PCR inhi-

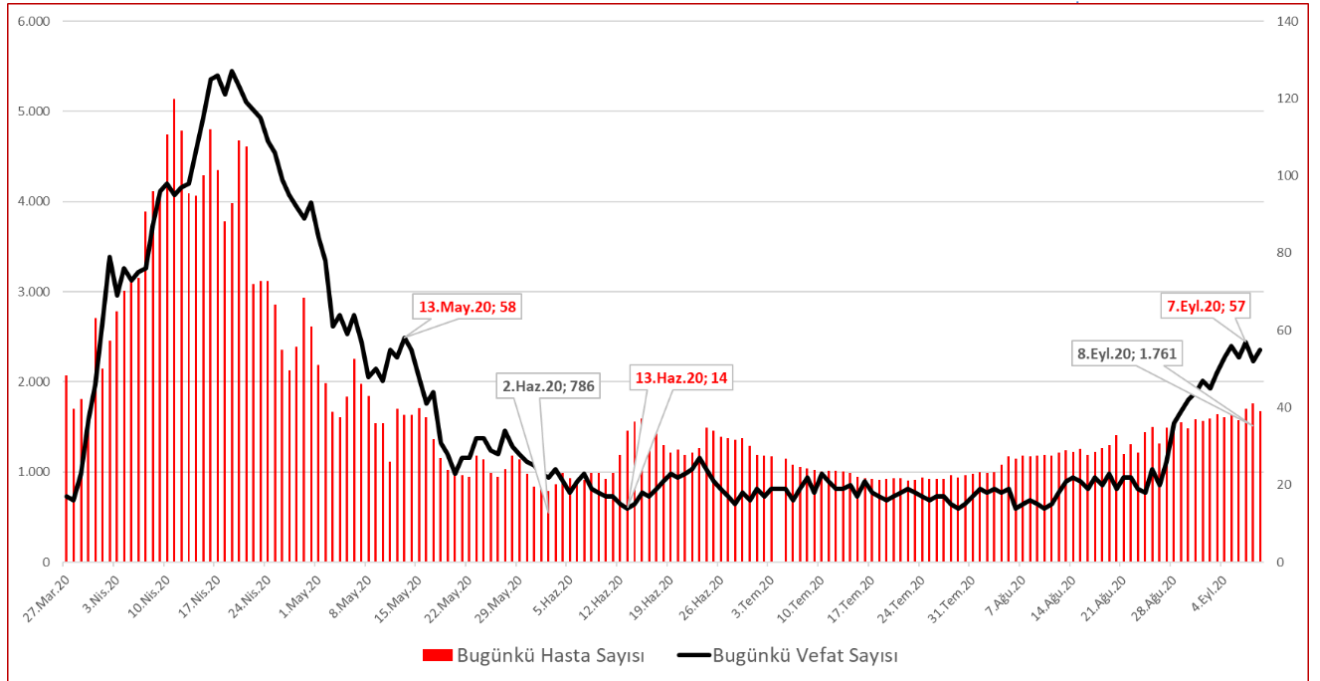
Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği tarafından birçok kez dile getirilmiş olmasına karşın, COVID-19 pandemisi sırasında halen yalnızca doğrulanmış olgu ve doğrulanmış ölüm sayısını açıklamakta, epidemiyolojik ve klinik olarak tanı konulan olası/kuşkulu olgular ile ölümlerin sayısını açıklamaktan kaçınmaktadır. Bu nedenle ülkemizde COVID-19 pandemisinin sağlık sonuçları açısından gerçek yükünü tahmin edebilmek zorlaşmaktadır.



bisyonu veya virüs mutasyonu gibi testin doğasında bulunan teknik nedenler vb.) Negatif sonuç verdiği bilindiğinden; doğrulanmış olgulara klinik ve epidemiyolojik olarak tanı alanlar, olası/kuşkulu olgular da katılacak olursa, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hasta sayısının ve ölüm sayısının açıklanandan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Bu dönemde, Sağlık Bakanlığı'nın yalnızca doğrulanmış olgu ve ölümleri açıklamasının sınırlılığının yanında, Bakanlığın açıkladığı verilerin güvenilirliği de önemli bir tartışma konusu olmuştur. Türk Tabipleri Birliği'nin tabip odaları ağından gelen verilerin yanı sıra, (2, 3) bazı valilerin, sağlık müdürlerinin ve belediye başkanlarının açıklamaları da Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan günlük doğrulanmış olgu ve ölüm sayıları hakkında kuşku doğurmuştur. (4)

Sağlık Bakanlığı'nın bildirimlerine göre; (5) Türkiye'de en yüksek doğrulanmış olgu sayısı 11 Nisan'da (5.138 yeni olgu), en yüksek ölüm sayısı ise 19 Nisan'da (127 ölüm) bildirilmiştir. Salgın eğrisinin tepe noktasına ulaştıktan sonra bükülmesinin ardından (20 Nisan sonrasında) en düşük günlük yeni olgu ve en düşük ölüm sayısı ise sırasıyla 2 Haziran'da (786 yeni olgu) ve 13 Haziran'da (14 ölüm) bildirilmiştir (Şekil 1).



**Şekil 1. Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında günlük doğrulanmış yeni olgu ve ölüm sayıları**

1 Haziran'daki yeniden açılmanın ardından yükselmeye başlayan günlük olgu sayısı 8 Eylül'de bin 761 olarak kayıtlara geçerek, 9 Mayıs'ta bin 546'ya kadar düşen günlük olgu sayısını aşmıştır. Benzer biçimde günlük ölüm sayılarında Ağustos'un son haftasında kendini gösteren artış eğilimi, 7 Eylül'de 57 hastanın ölümüyle kayıtlara geçmiş, 13 Mayıs'ta 58 olan günlük ölüm sayısına geri dönmüştür (Şekil 1).

Özetle; Türkiye COVID-19 pandemisinde salgının birinci dalgasını söndürememiş, 1 Haziran'dan sonraki erken açılmanın ve diğer toplumsal

hareketliliği artıran yaklaşımların etkisiyle ikinci tepe noktasına doğru yol almaya başlamıştır.

Ülkemizde 9 Eylül 2020 tarihi itibarıyla doğrulanmış toplam olgu sayısı 284 bin 943 ve doğrulanmış toplam ölüm sayısı 6 bin 837'dir. Aynı gün itibarıyla ülkemiz dünyada olgu sayısına göre 18. Sırada, ölüm sayısına göre 23. Sırada, ağır hasta sayısına göre 10. Sırada ve bir milyon kişi başına ölüm sayısında ise 66. Sırada yer almaktadır. (6)



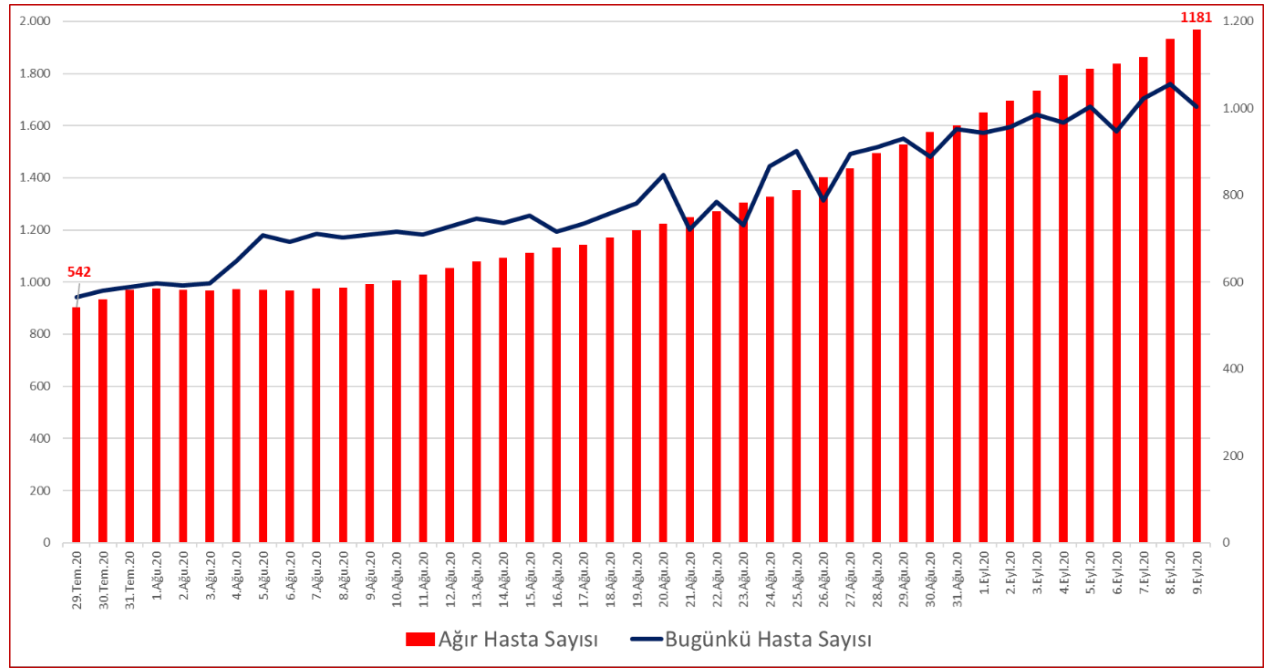
Sağlık Bakanlığı tarafından pandemi ile ilgili açıklanan kısıtlı veri setinde 29 Temmuz'da gerekçesini açıklayamadığı biçimde bir değişikliğe gitmiş ve yoğun bakımda yatan hasta sayısı ile entübe edilen hasta sayısını açıklamaktan vazgeçmiştir.

Bunun yerine hastalarda 'zatürre oranı' ve 'ağır hasta sayısı' açıklanmaya başlanmışsa da bu iki verinin, açıklanmasından vazgeçilen verileri karşılamadığı çok açıktır. Örneğin 28 Temmuz'da yoğun bakımda yatan hasta sayısı 1.280 olarak verilirken, bir gün sonra açıklanan ağır hasta sayısı yalnızca 542'dir. Bu durumda yoğun bakımda yatan hastaların tümünün Bakanlığın ağır hasta tanımına girmediği anlaşılmaktadır ve bu durumun bilimsel ölçütlere dayanarak açıklanması gerekir.

Ek olarak, yoğun bakımda yatan hasta sayısının açıklanması yalnızca durumu ağır olan hasta sayısının bilinmesi için değil, aynı zamanda yoğun bakım yataklarının salgına yanıt verme kapasitesinin değerlendirilmesi açısından da önemlidir. Nitekim son iki ay içerisinde Diyarbakır, Konya ve Ankara gibi bazı illerde yoğun bakım yataklarının gereksinimlere yanıt vermekte yetersiz kaldığı iddiaları söz konusudur. Bakanlığın hem illere göre hasta/ölüm sayılarını açıklamaktan kaçınması, hem de yoğun bakım yataklarında yatan hasta sayısını vermekten vaz geçmesi nedeniyle sağlık sisteminin salgına yanıt verme kapasitesine ilişkin nesnel bir değerlendirme ve geleceğe yönelik bilimsel bir tahmin yapılamamaktadır.

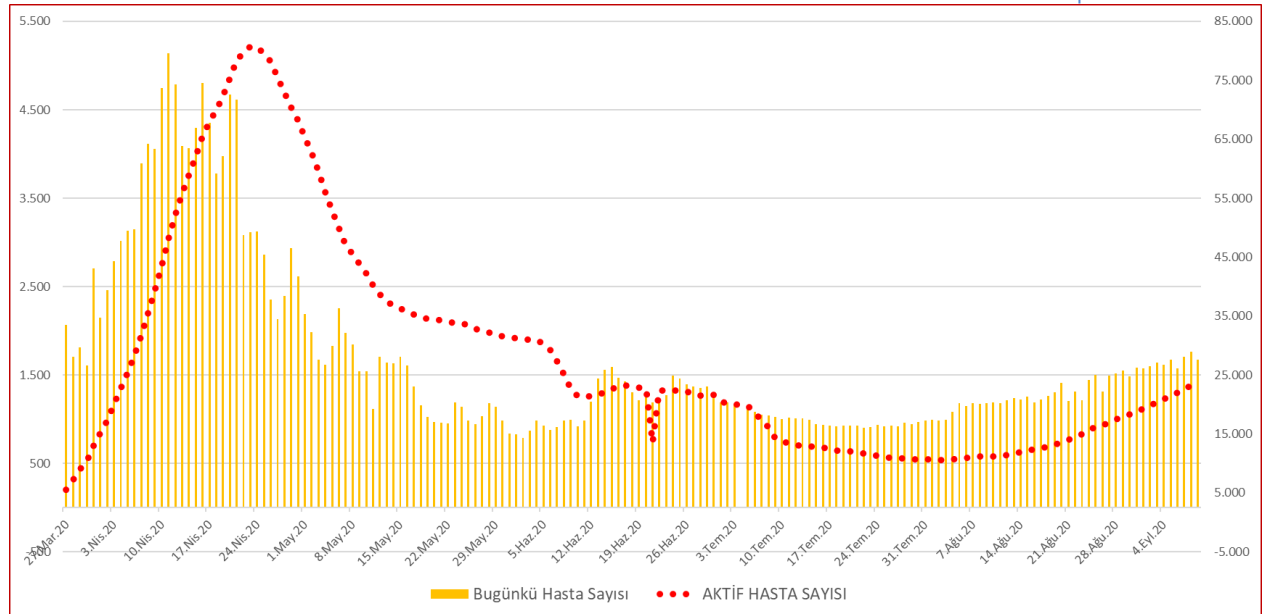
Bakanlığın bildirdiği ağır hasta sayısı ise 29 Temmuz'dan bu yana büyük bir artış göstermiş yüzde 118 artarak, 542'den bin 181'e yükselmiştir (Şekil 2).

Yoğun bakımda yatan hasta sayısının açıklanması yalnızca durumu ağır olan hasta sayısının bilinmesi için değil, aynı zamanda yoğun bakım yataklarının salgına yanıt verme kapasitesinin değerlendirilmesi açısından da önemlidir.



**Şekil 2. COVID-19 pandemisi sırasında günlük hasta sayısı ve ağır hasta sayısı**

Salgının seyrini göstermesi bakımından, her ne kadar doğrulanmış olgular ve doğrulanmış ölümler üzerinden hesaplanabildiği için sınırlılıklar taşısa da aktif olgu sayısının izlenmesi de önemlidir. Aktif olgu sayısı doğrulanmış toplam olgu sayısından, doğrulanmış ölümler ve iyileşen hastalar çıkartılarak hesaplanır. Ülkemizde aktif COVID-19 olgu sayısı 23-24 Nisan'da 80 binin üzerine çıkmış, 10 Haziran'da 22 binin altına düştükten sonra duraksamış, üç hafta boyunca 20 binin üzerinde seyretmiş, 3 Ağustos'ta 10 bin 607'ye gerilemesinin ardından yükselmeye başlayarak 9 Eylül'de 23 bin 918'e yükselmiştir (Şekil 3).



**Şekil 3. Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında günlük hasta ve aktif hasta sayıları**

Bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü seroprevalans çalışması sonucuna göre, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan günlük verilerden hesaplanan aktif hasta sayısının 9,9 katı kadar aktif hasta olduğu tahmin edilmektedir. (7) Buradan yola çıkarak ülkemizde halen iki yüz otuz binin biraz üzerinde aktif hasta olduğunu öngörmek olanaklıdır.

Milli Savunma Bakanlığı tarafından Haziran/Ağustos celbinde toplam 219 bin asker adayına test yapıldığı ve bin 350'sinin pozitif çıktığı duyurulmuştu (Binde 6,16). Bedellilerden de 15 bin 500 kişiye test yapılmış ve 66 kişi pozitif çıkmıştı (Binde 4,26). (8) Her iki grupta da COVID-19 görülme sıklığı Sağlık Bakanlığı araştırmasından (Binde 2,4) yüksek bulunmuştur. Bedellilerde uzun süre askere gidecek olanlarla karşılaştırıldığında hastalık görülme sıklığının daha düşük olması, salgının sınıfsal özelliğini göstermesi bakımından da değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Eğer Milli Savunma Bakanlığı'nın açıklamasına göre hesaplanan hastalık hızı yaşa göre topluma uyarlanacak olursa, Ağustos'ta ülke çapında aktif hasta sayısının iki yüz otuz binin çok daha üzerinde olduğu tahmin edilebilir.

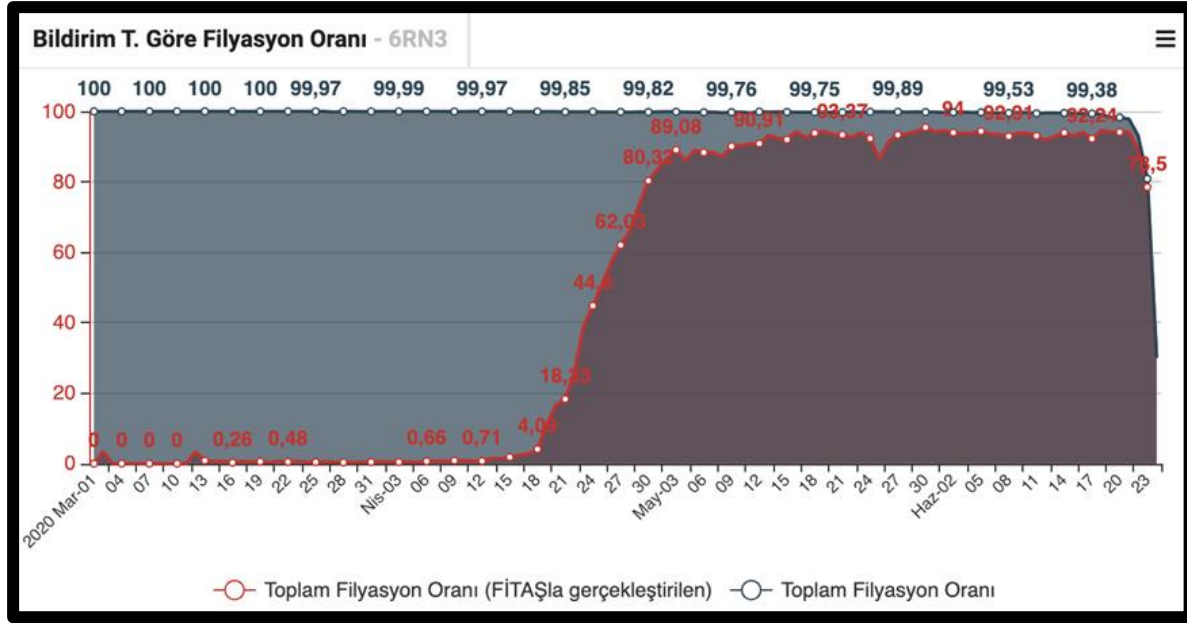
### **Sağlık Bakanlığı 'COVID-19 Türkiye Durum Raporları**

Sağlık Bakanlığı 1 Temmuz 2020'de Türkiye'de ilk hastanın resmen tanı almasından 112 gün sonra, COVID-19 olgularına ilişkin 'COVID-19 Türkiye Durum Raporu'nu günlük ve haftalık Türkçe ve İngilizce olarak yayınlamaya başlamıştır. Söz konusu raporlar, ülkemizdeki COVID-19 konusunda Türk Tabipleri Birliği tarafından uzun süredir talep edilen epidemiyolojik verilerin ancak bir bölümünü bünyesinde barındırmaktadır. Halen il ve ilçelere göre, eşlik eden hastalıklara göre, risk gruplarına göre ve hastalık bulgularına göre veri açıklanmasından kaçınılmaktadır.

Filyasyon verilerinin açıklanmaması da diğer önemli bir sorun alanıdır. Ayrıntılı filyasyon verileri olmadan hastalığın kaynağı ve yayılmasına yol açan riskler tartışılmamaktadır. Bakanlığın filyasyon uygulamaları filyasyonda görev alan kişilerin nitelikleri, pandemiye karşı almış oldukları eğitim, çalışma süreleri, karşılaştıkları güçlükler ve il hatta ilçeler arasında standart bir yaklaşımın sağlanamaması gibi nedenlerle tartışma konusudur ve bulaşıcı hastalık salgınlarındaki işlevi karşılamaktan uzak olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 21 Temmuz'da TBMM'de yapılan sunumda görüldüğü gibi, ülkemizde filyasyon uygulamalarına maalesef ancak ilk doğrulanmış olgunun duyurulmasından beş hafta sonra başlanabildiği, Mayıs'ın başında filyasyon oranının yüzde 90'a yaklaşabildiği, 20 Haziran'dan sonra ise yüzde 70'lere gerilediği anlaşılmaktadır (Şekil 4).

Eğer Milli Savunma Bakanlığı'nın açıklamasına göre hesaplanan hastalık hızı yaşa göre topluma uyarlanacak olursa, Ağustos'ta ülke çapında aktif hasta sayısının iki yüz otuz binin çok daha üzerinde olduğu tahmin edilebilir.



**Şekil 4. Türkiye’de COVID-19 pandemisi sırasında filyasyon oranları (Sağlık Bakanlığı TBMM sunumu)**

Her birinde filyasyon eğitimi almış ve bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık her görüldüğünde filyasyonu yapan sağlık memuru ve halk sağlığı hemşiresi bulunan ve ne yazık ki ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile yok edilen sağlık ocaklarının, salgın hastalıklara karşı mücadele sırasında ne kadar önemli bir işlevlerinin olduğu COVID-19 pandemisi sırasında bir kez daha ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından COVID-19 hastalığı için 30 Ocak’ta ‘Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu’ ilan edilmiş olmasına karşın, filyasyon ekipleri kurmayı ve sahada filyasyon çalışması yapmayı Nisan ayının ortasına kadar başaramamıştır (Şekil 4). Üstelik Haziran ayının sonundan itibaren de filyasyon oranlarında ciddi bir azalma gözlenmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye’deki ilk COVID-19 vakasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren toplam 8 milyon 105 bin 222 test yapıldığı açıklanmıştır. Ancak test yapılan kişi sayısı ile test yapılan kişilerin özellikleri (Hasta, temaslı, tarama amaçlı vb.) Halen belirsizdir.

Sağlık Bakanlığı’nın 31 Ağustos’ta yayınladığı COVID-19 Haftalık Durum Raporu’na göre; ülkemizde 30 Ağustos tarihi itibarıyla pandeminin başlangıcından bu yana tanı konulan doğrulanmış toplam olgu sayısı 269 bin 550 kişidir. Bunlardan 141 bin 503’ü (%52,5) hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir. Hastaneye yatırılarak tedavi edilenlerden 11 bin 212’si (%7,9) entübe edilmiştir. Maalesef 6 bin 326 hasta (Doğrulanmış olgu sayısının %2,3’ü) hayatını kaybetmiştir.

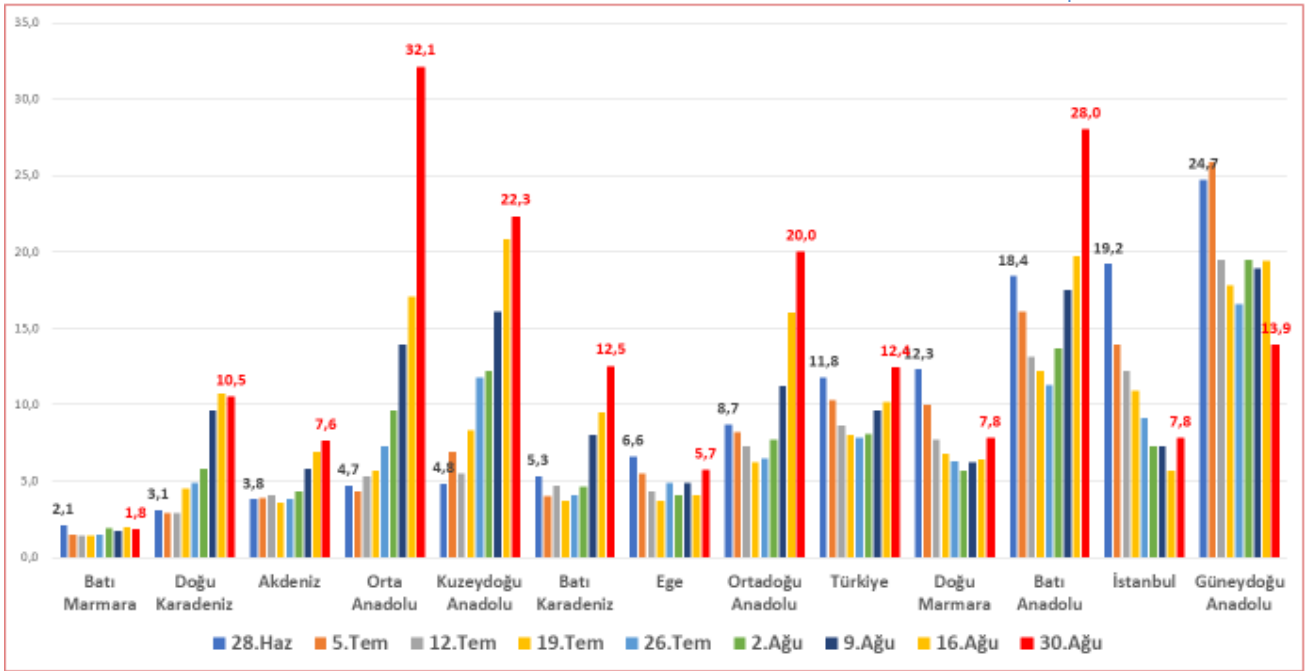
Sağlık Bakanlığı durum raporlarında gerek hastanede yatırılan gerekse de eve gönderilen hastalara ilişkin ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır. Kimlerin hastanede yatırılmasına gerek duyulmadığı, tedavi amacıyla hangi ilaçların verildiği, ilaçların yan etkileri, hastaların nasıl kontrol edildikleri, evde tedavi edilenlerin izolasyonunun ve temaslılarının karantinasının nasıl sağlandı-

Ülkemizde filyasyon uygulamalarına maalesef ancak ilk doğrulanmış olgunun duyurulmasından beş hafta sonra başlanabildiği, Mayıs’ın başında filyasyon oranının yüzde 90’a yaklaşabildiği, 20 Haziran’dan sonra ise yüzde 70’lere gerilediği



ğı, temaslı muayenelerinin sonuçlarının ne olduğu gibi bilgilerin açıklanması gerekir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan haftalık durum raporlarına göre (23 Ağustos raporu yayınlanmamıştır, 7 Eylül raporu da bu yazının hazırlandığı 10 Eylül'de henüz yayınlanmamıştır) COVID-19 hastalığının yüz bin kişide haftalık yeni olgu görülme sıklığı, bölgeler arasında büyük farklılık göstermektedir (Şekil 5). Örneğin 5 Temmuz haftasında Güneydoğu Anadolu'da hastalığın görülme sıklığı Batı Marmara'ya göre 17,3 kat fazladır. 30 Ağustos haftasında ise hastalığın görülme sıklığı Orta Anadolu'da Batı Marmara'ya göre 17,8 kat fazladır. Bölgeler arasındaki bu farkın fiyasyon verileri ışığında değerlendirilerek, hastalığın yayılmasını önlemek için uygun önlemleri ivedi olarak almak gerekmektedir.



**Şekil 5. Türkiye'de bölgelere göre haftalık COVID-19 yeni olgu görülme sıklığı (Yüz bin nüfusta)**

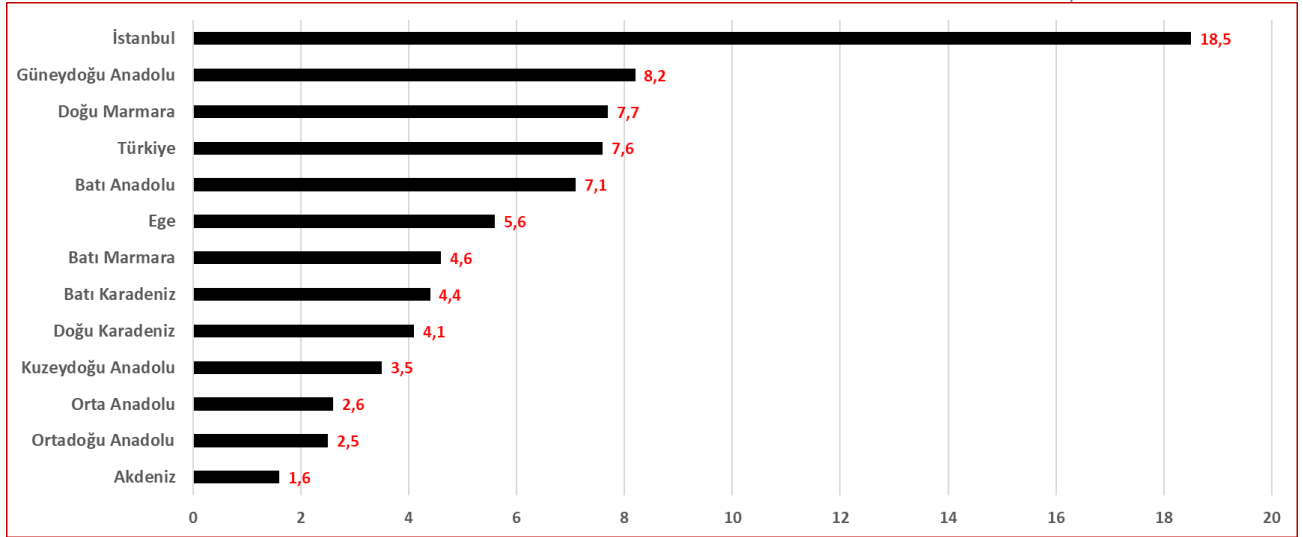
Hastalığın son haftalarda Orta Anadolu'da, Batı Anadolu'da, Kuzeydoğu Anadolu'da ve Orta Doğu Anadolu'da tırmanışta olduğu gözlenmektedir. 28 Haziran haftası ile kıyaslandığında, 30 Ağustos haftasında Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara, Güney Doğu Anadolu ve İstanbul dışında her bölgede artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Bazı ülkelerde okulların açılması için kabul edilen yeni olgu görülme sıklığının günde yüz bin kişi başına 1'in altında olması (9) ölçütünün Türkiye genelinde 30 Ağustos haftası itibarıyla karşılanamadığı anlaşılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre bildirilen tüm vakaların %49'u kadın, %51'i erkektir. Tüm vakaların 18 bin 563'ü 15 yaş ve altı çocuklarda (%6,9), 37 bin 456'sı 15-24 yaş arasında (%13,9), 133 bin 078'i 25-49 yaş grubunda (%49,4), 50 bin 303'ü 50-64 yaş arasında (%18,7), 23 bin 358'i 65-79 yaş grubunda (%8,7) gerçekleşmiş olup 6 bin 791'i 80 yaş ve üzerindedir (%2,5).

COVID-19 nedeniyle vefat eden 6 bin 326 kişiden 3.930'u (%62) erkek, 2 bin 396'sı (%38) kadındır. Ölümünün 4 bin 491'i (%71) 65 yaş ve üzeri kişilerde gerçekleşmesine rağmen vaka sayılarının sadece yüzde 11'i bu yaş grubundadır. Şimdiye kadar 15 yaş ve altı çocuklarda COVID-19 nedeniyle 12 ölüm bildirilmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde 30 Ağustos tarihi itibarıyla, toplam ölümlerin yüzde 88'i 65 yaş ve üzerinde gerçekleşmiştir. Tüm ölenlerin yüzde 58'i erkektir. (10) Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesine göre erkek ölümlerinin oranı daha yüksek, 65 yaş ve üzeri ölümlerin oranı ise daha düşüktür.

Bölgelere göre toplam ölüm hızlarına bakıldığında (100.000 nüfusta), Akdeniz ve Orta Doğu Anadolu ile Orta Anadolu (şimdilik) en düşük ölüm hızlarına sahiptir. İstanbul yüz binde 18,5 ile en yüksek ölüm hızına sahipken, iki bölge (Güneydoğu Anadolu ve Doğu Marmara) Türkiye ortalamasının üzerinde ölüm hızlarına sahiptir (Şekil 6). Bu nedenle öncelikle bu bölgelerdeki iller (Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt ve Bursa, Eskişehir, Bilecik, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova) yakından izlenmelidir.



**Şekil 6. Türkiye’de bölgelere göre COVID-19 ölüm hızı (100.000 Nüfusta)**

Son olarak ülkemizde COVID-19 pandemisinin epidemiyolojik özelliklerini tartışabilmek ve alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirebilmek için ayrıntılı verilere duyulan gereksinim sürmektedir.

#### Kaynaklar

1. Pala K. TÜRKİYE’DE COVID-19 PANDEMİSİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ. In: TTB COVID-19 PANDEMİSİ 4. AY DEĞERLENDİRME RAPORU. Türk Tabipleri Birliği; 2020. Page 64-69.
2. Tele1. Ankara Tabip Odası: “Ankara’da günlük 4 bin pozitif koronavirus vakası var”. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]; Available from: <https://tele1.com.tr/ankarada-gunluk-4-bin-pozitif-koronavirus-vakasi-var-220164/>
3. Sözcü. Diyarbakır Tabip Odası duyurdu: Bugün sadece bir hastanede 15 kişi öldü. [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 28]; Available from:

- <https://www.sozcu.com.tr/2020/saglik/diyarbakir-tabip-odasi-duyurdu-dun-diyarbakirda-sadece-15-kisi-oldu-6011237/>
4. Ergin S. COVID-19 vakalarında resmi rakamlar örtüşmeyince. [Internet]. 2020;Available from: <https://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/sedat-ergin/covid-19-vakalarinda-resmi-rakamlar-ortusmeyince-41580498>
  5. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 BİLGİLENDİRME SAYFASI. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10];Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/>
  6. Worldmeter. Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10];Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
  7. Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu. TTB COVID-19 Pandemisi 5. Ay Değerlendirme Raporu. [Internet]. 2020. Available from: [https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/5\\_aydegerlendirme.pdf](https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/5_aydegerlendirme.pdf)
  8. Gazete Duvar. Milli Savunma Bakanı Hulusi Akar: Testi pozitif çıkan 1350 kişi askere alınmadı. [Internet]. 2020;Available from: <https://www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/08/31/milli-savunma-bakani-hulusi-akar-testi-pozitif-cikan-1350-kisi-askere-alinmadi/>
  9. Levinson M, Cevik M, Lipsitch M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. N Engl J Med 2020;383:981-985.
  10. World Health Organization - Europe. COVID-19 weekly surveillance report (Epi week 35) [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10];Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report>

## "YENİDEN AÇILMA" VE TÜRKİYE

### Dr. Melike Yavuz

Tıp Doktoru, Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
İstanbul Büyükşehir Belediyesi Bilimsel Danışma Kurulu Üyesi

### Özet

COVID-19 pandemisini kontrol altına alan ülkelerde “yeniden açılma” süreçleri gündeme gelmiştir. Yeniden açılma süreçlerinin nasıl olması gerektiği konusunda yetkin kuruluşlar ve bilimsel çalışmalar, açılmanın halk sağlığı açısından bazı ilkelerinin olduğuna işaret etmiştir. Bu yazıda, Türkiye’de yürütülen “yeniden açılma” süreci, bilimin işaret ettiği ilkeler perspektifinden ele alınmış, sorun alanları belirlenerek öneriler sunulmuştur.

### Giriş

Dünya genelinde COVID-19 pandemisini kontrol altına alan ülkelerde “yeniden açılma” süreçleri gündeme gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa ülkelerinde Nisan ayının ikinci yarısından itibaren yeni normale dönüşün konuşulmaya başlamasıyla birlikte Türkiye’de de bu konu gündeme girmiştir. Yeniden açılma süreci Türkiye’de, 11 Mayıs 2020’de alışveriş merkezleri, berber ve kuaförlerin açılması ile başlamış ve sonra çok hızlı bir şekilde devam etmiştir.

Yeniden açılma süreçlerinin nasıl olması gerektiği konusunda yetkin kuruluşlar (Dünya Sağlık Örgütü vb) ve bilimsel çalışmalar, açılmanın halk sağlığı açısından bazı ilkelerinin olduğuna işaret etmiştir. (**WHO European Region, 2020; CDC, 2020; John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2020**) Bu yazıda ülkemizde yürütülen “yeniden açılma” sürecinin bilimin işaret ettiği halk sağlığı ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Yeniden Açılmanın Halk Sağlığı İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yeniden açılma süreçlerinin eskiye (pandemi öncesine) dönüş değil bir “yeni normal” olarak algılanması gerektiğini ısrarla vurgulamıştır. Çünkü önlemlerin hızlı ve kontrolsüz gevşetilmesi, COVID-19 olgularında yeniden artışa yol açma tehlikesi taşır. Bu da o zamana kadar elde edilen kazanımların kaybedilmesi, harcanan onca emeğin boşa gitmesi anlamına gelecektir. Bu nedenle istenmeyen gelişmeleri öngören ve yeniden açılmayı kademeli bir gevşetme ile başlatan bir yaklaşım önerilmektedir.

Yeniden açılma sürecinde iki unsura karar vermek önemlidir. Bunlardan birincisi açılmaya ne zaman başlanacağı, diğeri ise hangi önlemin hangi aşamada kaldırılacağıdır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 24 Nisan 2020 tarihinde Avrupa Bölgesindeki ülkelere geçiş süreçlerine rehberlik etmesi için “COVID-19 Geçiş Sürecinde Halk Sağlığı Önlemlerinin Güçlendirilmesi ve Uyarlanması” adlı bir doküman yayınlamıştır. **(WHO European Region, 2020)** Rehberine göre geçiş aşamasının etkili bir şekilde yönetilmesi, halk sağlığı alanında yapılan büyük ölçekli kısıtlayıcı müdahalelerin hafifletilmesi ile temel halk sağlığı müdahalelerinin güçlendirilmesi arasındaki denge üzerine kuruludur.

DSÖ, geniş ölçekli kısıtlamaların kaldırılmasına başlanması için altı kriter tanımlamıştır ve ülkelerin, bu koşulları sağlamadan gevşeme kararı almasını önermektedir. Bu kriterler:

1. COVID-19 bulaşmasının kontrol altında olduğunu gösteren kanıtların olması,
2. Tanı, izolasyon, test, temaslı takibi ve karantina için halk sağlığı ve sağlık sistem kapasitelerinin yeterli olması,
3. Yüksek duyarlılığı olan ortamlarda -huzurevleri, zihinsel özürlüler için bakım evleri vb- riskin en aza indirilmesi,
4. İş yerlerinde fiziksel mesafe, el yıkama, solunum hijyeni ve vücut ısısının izlenmesi dahil koruyucu önlemlerin uygulanıyor olması,
5. Yüksek bulaşma riskli olan topluluklardan vaka gelmesi riskinin yönetiliyor olması,
6. Toplumun geçiş sürecinde söz sahibi, bilgilendirilmiş ve katılımcı olmasıdır.

Hangi önlemin hangi sırada kaldırılabilceğine karar vermek ise bir dizi kritere dayandırılmalıdır. COVID-19 olgularının yeniden canlanmasını tetiklememek ve nüfusun sağlığını tehlikeye atmamak için, bu önlemlerin nasıl kaldırılacağına planlanmasında dikkatli bir risk değerlendirmesi ve aşamalı bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Tedbirlerin kaldırılması bir kerede gerçekleştirilmemeli, herhangi bir olumsuz etkiyi izleyebilmek için kontrollü, yavaş ve adım adım hareket edilmelidir. COVID-19’un bulaşması tipik olarak bir ülke içinde homojen olmadığından, geçiş bölgesel, il, ilçe ve hatta topluluk düzeyinde risk değerlendirmeleriyle yürütülmelidir. Bazı önlemler (işyeri kapatılması vb) ilk olarak nüfusun veya bireysel yoğunluğun daha düşük olduğu yerlerde (kentler yerine kırsal alanlar, büyük şehirler yerine küçük/orta büyüklükteki şehirler, alışveriş merkezleri yerine küçük mağazalar vb.) Kaldırılmalıdır.

Her bir aşamada şüpheli ve teyit edilmiş olguların izolasyonu ve tedavisi, temaslıların karantinaya alınması, fiziksel mesafenin korunması, maske kullanımı, el hijyeni kuralları korunmalıdır. Fiziksel mesafe kuralı yeni yaşam tarzı olarak benimsenmeli bu davranışı pekiştirecek uygulamalar hayatın her alanına uygulanmalıdır.

Geçiş dönemi iki yönlü, ileri ve geri gidebilme esnekliğine sahip dinamik bir süreçtir. Hastalık bulaşma biçimlerine, kısıtlayıcı önlemlerdeki değişikliklerin sonuçlarına ve kısıtlamaların gevşetilmesine verilen tepkiye bağlı olarak,

COVID-19 olgularının yeniden canlanmasını tetiklememek ve nüfusun sağlığını tehlikeye atmamak için, bu önlemlerin nasıl kaldırılacağına planlanmasında dikkatli bir risk değerlendirmesi ve aşamalı bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Tedbirlerin kaldırılması bir kerede gerçekleştirilmemeli, herhangi bir olumsuz etkiyi izleyebilmek için kontrollü, yavaş ve adım adım hareket edilmelidir. COVID-19’un bulaşması tipik olarak bir ülke içinde homojen olmadığından, geçiş bölgesel, il, ilçe ve hatta topluluk düzeyinde risk değerlendirmeleriyle yürütülmelidir.



geçiş süreci sürekli izlenmeli ve ayarlanmalı; duruma göre sürecin ilerletilmesi ya da hızla geri çekilmesine hazır olunmalıdır. COVID-19'un doğası gereği, 10-14 gün geçene kadar herhangi bir kısıtlamanın hafifletilmesinin etkisini anlamak zordur. Bu nedenle her bir açılımın sonuçlarının en az 2-3 hafta izlenmesinden sonra bir üst aşamaya geçilmesi uygun olacaktır.

Hangi açılımın hastalık bulaşması üzerinde nasıl bir etkiye neden olduğunu tespit etmek kolay değildir. Sürecin aşamalı ve sürekli risk değerlendirmesi yapılarak ilerletilmesi bu açıdan büyük önem taşır. DSÖ risk değerlendirmesi için kullanılan diğer epidemiyolojik ölçütlerin yanı sıra  $R_t$  değerinin yani etkili üreme sayısının (effective reproduction number) gerçek zamanlı ve dikkatlice izlenmesini önermektedir. Açılımın başlaması için  $R_t$ 'nin 1'in altında olması gerektiği genel kabul gören yaklaşımdır.

$R_t$  değerinin ancak onu besleyen epidemiyolojik veriler kadar doğru, geçerli ve güvenilir olduğunu da unutmamak gerekir. Bu sayı tespit edilen vaka sayıları üzerinden hesaplanır. Dolayısıyla ülkenin test stratejisi, toplumun sağlık hizmeti arama davranışı vb. Faktörlerden etkilenir. Örneğin, bir ülkede sadece hastalık belirtisi gösteren kişilere test uygulanıyorsa, bu durumda asemptomatik dediğimiz belirti göstermeyen ve hastalığı yayma potansiyeli taşıyan vakalar tespit edilemiyor demektir. Bu da vaka sayılarının gerçekte olanın altında hesaplandığı anlamına gelmektedir. Bu sayılar üzerinden hesaplanan  $R_t$  değeri de yanıltıcı olacaktır. Bu nedenle DSÖ,  $R_t$ 'nin ülkele- rin hastalık bulaşma örüntülerini değerlendirmek için kullandığı birkaç göstergeden yalnızca biri olması gerektiğini vurgulamıştır.

Geçiş süreci, ancak halkın etkin bir şekilde dahil olması ve uygulanan önlemleri desteklemeye hazır olması durumunda düzgün bir şekilde yönetilebilir. Hangi konular, hangi faktörler göz önüne alınarak tekrardan açılmaya gidildiği, şeffaf bir şekilde halk ile paylaşılmalıdır. Bilgi şeffaf verilmendiğinde; şüphcilik, kaygı, riskli davranışlarda bulunma, yanlış bilginin yayılması, doğru olmayan bilgiye inanma gibi sonuçları doğurur. Bu nedenle açılma kriterleri ve süreç şeffaf olmalıdır.

Hastalık yayılımı büyük ölçüde o toplumdaki insanların nasıl davrandıklarına göre belirlenir. Sürekli olarak değişen birçok psikolojik, sosyal ve kültürel faktör, geçiş sürecine yönelik planlamanın karmaşıklığını artırır. Bu, her ülkenin kendi koşullarını ve toplumsal özelliklerini dikkate alan çözümler üretmesi anlamına geliyor. Risk algılamalarında gerçekte olanla orantısız bir azalma, insanların var olan tehdidi değerlendirmesini ve salgın sürecine katılımını ve vereceği tepkileri olumsuz yönde etkileyebilir.

DSÖ, bireylerin ve toplulukların "sesler"inin geçiş planlaması için değerli bir kaynak olduğunu belirtmiştir. Ülkeler, halkın tepkisini ve davranışını sürekli ve gerçek zamanlı bir şekilde ölçmek için uygun araçlar (çevrimiçi anketler vb.) Geliştirmelidir. Bunlar, algıları, kısıtlamaların kabulünü, zihinsel ve fiziksel sağlığı, davranışları, bilgi ihtiyaçlarını ve yanlış algılamaları saptamada yararlıdır.

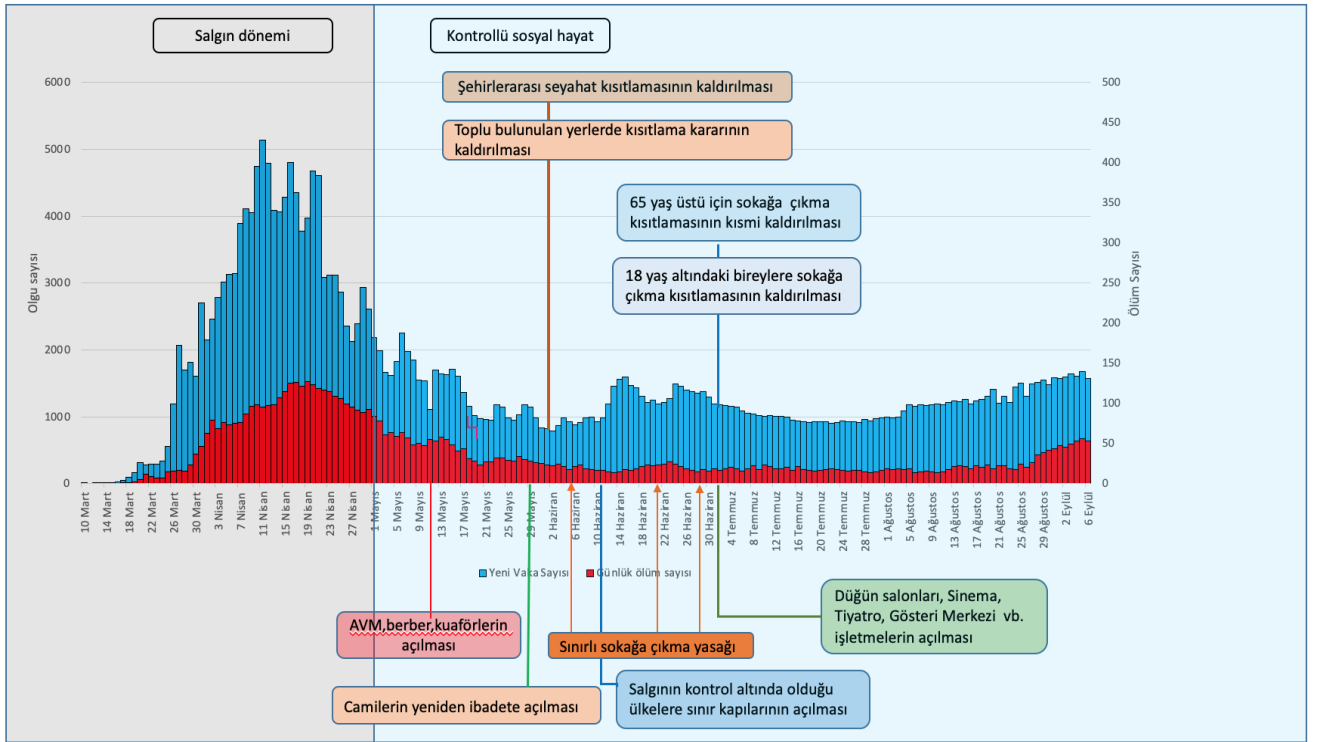
Son olarak, geçiş sürecinde sağlık iş gücüne dinlenme ve iyileşme fırsatı sunulmasının önemi vurgulanmaktadır. COVID-19, sağlık sistemlerinin hız-

Bir ülkede sadece hastalık belirtisi gösteren kişilere test uygulanıyorsa, bu durumda asemptomatik dediğimiz belirti göstermeyen ve hastalığı yayma potansiyeli taşıyan vakalar tespit edilemiyor demektir. Bu da vaka sayılarının gerçekte olanın altında hesaplandığı anlamına gelmektedir. Bu sayılar üzerinden hesaplanan  $R_t$  değeri de yanıltıcı olacaktır.

la çözmesi gereken diğer sağlık sorunlarını öteleyerek, rutin sağlık hizmeti sunumu üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmuştur. Örneğin, çocuklar rutin aşılarını kaçırmış olabilirler ve bu durum aşıyla önlenabilir hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu gibi sorunların tespit edilerek, hızlıca düzeltilmesi için önlemler almak gerekir.

### Türkiye’de Yeniden Açılma

Türkiye’de yeniden açılma süreci Cumhurbaşkanı’nın, 4 Mayıs 2020 tarihinde Cumhurbaşkanlığı Kabinesi Toplantısı’nın ardından yaptığı geçiş planı açıklaması ile başlamıştır. (T.C. Cumhurbaşkanlığı web sitesi, 2020a) Bu plana göre Türkiye’de geçiş süreci Mayıs, Haziran ve Temmuz aylarına yayılarak kademeli bir şekilde yürütülecekti. Bu açıklamanın yapıldığı tarihte, Türkiye’nin salgın eğrisi, salgının azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Şekil 1). Ancak vaka sayıları halen binlerin üzerindedir ve salgın tam anlamıyla kontrol altına alınmış değildir.



**Şekil 1. Yeniden Açılma Süreci ve COVID-19 Salgın Eğrisi, Türkiye**

Kaynak: Salgın Eğrisi Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı günlük vaka sayılarından derlenmiştir.

(Grafik’in hazırlanmasındaki destekleri için Dr. Nurcan Şentürk Durukan’a teşekkür ederim)

Türkiye’de yeniden açılma sürecinin kronolojik bir özeti Tablo 1’de sunulmuştur. Sürecin ilk adımı, 31 il için yürürlükte olan şehirlerarası giriş-çıkış kısıtlamasının, 4 Mayıs gecesinden itibaren 7 il (Antalya, Aydın, Erzurum, Hatay, Malatya, Mersin ve Muğla) için kaldırılması olmuştur. (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2020a) Önlemlerin hafifletilmesine neden bu illerden başlandığı ile ilgili bir açıklama yapılmamıştır. Seyahat kısıtlamasının kaldırıldığı ilk iller arasında ülkemizin en büyük turizm merkezlerinin de olması dikkat çekici olmuştur.

**Tablo 1. Yeniden Açılma Sürecinin Kronolojisi, Türkiye**

Sayı	Tarih	Açılım
1	4 Mayıs 2020	- 7 il (Antalya, Aydın, Erzurum, Hatay, Malatya, Mersin ve Muğla) için şehirlerarası seyahat kısıtlaması kaldırıldı.
2	10 Mayıs 2020	- 65 yaş üzerine 4 saat süreyle sokağa çıkma izni verildi.
3	13 Mayıs 2020	- 14 yaş ve altına 4 saat süreyle sokağa çıkma izni verildi.
4	15 Mayıs 2020	- 15-20 yaş grubuna 4 saat süreyle sokağa çıkma izni verildi.
5	29 Mayıs 2020	- Cami ve mescitler, cemaatle birlikte yalnızca öğle, ikindi ve cuma namazları kılınacak şekilde ibadete açıldı.
6	1 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Şehirlerarası seyahat sınırlaması tamamıyla kaldırıldı</li> <li>- İdari izinde bulunan veya esnek çalışma sistemine dahil olan kamu personeli normal mesaiye başladı.</li> <li>- Kreşler ve gündüz bakım evlerinin tamamının açılmasına izin verildi.</li> <li>- Esnaf ve sanatkâr olarak işletme sahibi 65 yaş üstü vatandaşların maske, mesafe, temizlik şartına riayet şartıyla işinin başında bulunmasına izin verildi.</li> <li>- 20 yaş altıyla ilgili sokağa çıkma uygulaması 18 yaşa indirildi.</li> <li>- Restoran, kafe, hastane, kıraathane, çay bahçeleri, dernek lokali, yüzme havuzu, kaplıca türü işletmeler belirlenen kurallar dahilinde saat 22:00'ye kadar hizmet vermeye başladı.</li> <li>- Sadece kendi müşterilerine hizmet veren turizm tesislerinin bünyesindeki işletmelerin saat sınırlaması kaldırıldı.</li> <li>- Yol güzergâhlarındaki dinlenme tesisleri yeniden hizmet vermeye başladı.</li> <li>- Plajlar, milli parklar ve bahçelerin belirlenen kurallar dâhilinde faaliyete geçti</li> <li>- Müze ve ören yerleri açıldı</li> <li>- Hayvan satış yerleri yeniden hizmet vermeye başlamıştır.</li> <li>- Bireysel sporlarla ilgili sınırlamalar kaldırılmış, spor tesisleriyle içlerindeki tesislerin gece 24.00'a kadar hizmet vermesine izin verildi.</li> <li>- Deniz turizmi, balıkçılığı ve taşımacılığı ile ilgili sınırlamalar, belirlenen kurallar dâhilinde kaldırıldı</li> <li>- Sürücü kursları ve benzeri kurslar yeniden hizmet vermeye başladı</li> <li>- Kütüphaneler, millet kıraathaneleri, gençlik merkezleri, gençlik kamplarının belirlenen şartlar dâhilinde faaliyetlerine izin verildi</li> <li>- Açık havada oturma yeri olan yerlerdeki konserler saat 24.00 ile sınırlı olmak üzere başladı</li> <li>- Toplu taşıma araçlarında %50 kapasiteye kadar yolcu taşıma kuralı yürürlükten kaldırıldı.</li> </ul>
7	5 Haziran 2020	- 15 ilde yürütülen hafta sonu sokağa çıkma yasakları kaldırıldı
8	6-7 Haziran 2020	- Hafta sonu sokağa çıkma yasağı
9	9 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65 yaşın üzerindeki kişilerin her gün 10: 00-20: 00 saatleri arasında dışarı çıkmasına izin verildi.</li> <li>- 18 yaşından küçüklerin de ebeveynleriyle birlikte olmak şartıyla dışarı çıkmalarına izin verildi.</li> </ul>

Sürecin ilk adımı, 31 il için yürürlükte olan şehirlerarası giriş-çıkış kısıtlamasının, 4 Mayıs gecesinden itibaren 7 il (Antalya, Aydın, Erzurum, Hatay, Malatya, Mersin ve Muğla) için kaldırılması olmuştur. Önlemlerin hafifletilmesine neden bu illerden başladığı ile ilgili bir açıklama yapılmamıştır. Seyahat kısıtlamasının kaldırıldığı ilk iller arasında ülkemizin en büyük turizm merkezlerinin de olması dikkat çekici olmuştur.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokanta, kafe, kıraathane gibi işletmelerin kapanış saatleri 22:00'dan 24:00'a uzatıldı.</li> <li>- Nikah salonları açıldı.</li> </ul>
<b>10</b>	11 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yurt dışı uçak seferleri bazı ülkeleri (Hollanda, Almanya ve İngiltere) kapsayacak şekilde yeniden başladı.</li> </ul>
<b>11</b>	15 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dış hat uçuş yasakları kaldırılan ülkelere 9 ülke daha eklendi.</li> <li>- Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile durdurulmuş olan duruşmaların görülmesine başlandı.</li> </ul>
<b>12</b>	16 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huzurevleri ve engelli bakım kuruluşlarında normalleşme başladı. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bu kuruluşlarda kalanlardan ailesinin yanına gitmek isteyenlere 1 aydan az kalmamak koşuluyla izin verildi.</li> <li>o Bu kuruluşlara yeni kabuller 14 gün izolasyon ve COVID-19 testi yapılması koşuluyla başladı.</li> <li>o Kuruluştaki kalanlara içerideki açık alan, kantin vb. Alanlarda serbest dolaşmaya izin verildi.</li> <li>o İçerideki grup etkinliklerine izin verildi.</li> </ul> </li> </ul>
<b>13</b>	20 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liseye Geçiş Sınavı (LGS) yapıldı.</li> <li>- 09.00 ile 15.00 saatleri arasında kısmi sokağa çıkma yasağı uygulandı</li> </ul>
<b>14</b>	24 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cami ve mescitlerde beş vakit olarak cemaatle ibadet yapılabilmesine izin verildi.</li> </ul>
<b>15</b>	27-28 Haziran 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) yapıldı.</li> <li>- Hasta sonu kısmi sokağa çıkma yasağı uygulandı.</li> </ul>
<b>16</b>	1 Temmuz 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinema, Tiyatro, Gösteri Merkezi gibi işletmeler faaliyete başladı.</li> <li>- Düğün salonları açıldı.</li> <li>- İnternet Kafeleri, Salonları ve Elektronik Oyun Yerleri faaliyete başladı.</li> <li>- Lokanta, kafe, kıraathane gibi işletmelerin kapanış saati 22:00'den 24:00'e uzatıldı.</li> <li>- 65 yaş üstü vatandaşların haftanın her günü 10:00 ila 20:00 saatleri arasında dışarı çıkabilmesine izin verildi.</li> <li>- 18 yaş altı ile ilgili kısıtlama küçüklerin ebeveynlerinin refakatinde olmaları şartıyla tümüyle kaldırıldı.</li> </ul>
<b>17</b>	6 Temmuz 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lunapark ve tematik parklar, gezici olmamak kaydı ile faaliyetlerine başladı.</li> </ul>
<b>18</b>	21 Temmuz 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokanta, restoran, kafe, kafeterya, çorbacı, kokoreççi, çiğ köfteci, kıraathane, kahvehane, çay bahçesi, dernek lokali vb. İşletmelerin çalışma saatlerine yönelik kısıtlamalar kaldırıldı.</li> </ul>
<b>19</b>	22 Ağustos 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sıcak hava balon turları başladı.</li> </ul>

*Kaynak: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postalarından yararlanarak derlenmiştir.*

Sağlık Bakanı, 6 Mayıs 2020 tarihinde yapılan Koronavirüs Bilim Kurulu Toplantısı'nın ardından düzenlenen basın toplantısında, ülkemizin COVID-19 ile mücadelede ilk dönemi tamamladığını, 29 Nisan 2020'nin ilk dönemi geride bıraktığımız tarih olduğunu, ilk dönemin amacının hastalığı kontrol altına almak olduğunu, mücadelenin ikinci döneminde ise hedefin hastalığın önündeki fırsatları ortadan kaldırmak ve hayatı yeniden düzenlemek

olduğunu açıklamıştır. **(T.C. Sağlık Bakanı Twitter Hesabı, 2020a)** Bakan Koca, açıklamasında, esasında normale dönüşün söz konusu olmadığını, “yeni hayatın normalleri”nin oluşturulmaya çalışıldığını, bu dönemin “Kontrollü Sosyal Hayat” olarak adlandırılması gerektiğini belirtmiştir.

Kontrollü sosyal hayatın ilk uygulaması ise alışveriş merkezleri (AVM), berber, kuaför ve güzellik salonları ile giyim eşyası, ayakkabı, çanta, züccaciye gibi ürünlerin satıldığı işletmelerin 11 Mayıs’ta açılması olmuştur. **(T.C. Cumhurbaşkanlığı web sitesi, 2020a)** Aynı tarihte mahalle/semt pazar yerlerinde giyim, oyuncak, çiçek, fide, züccaciye/nalburiye vb. İhtiyaç malzemelerinin satışına getirilen kısıtlamalar da kaldırılmıştır. **(T.C. İçişleri Bakanlığı, 2020b)**

Ülkemizde yeniden açılma döneminin ilk adımının AVM’lerin açılması olması, açılma sürecinin DSÖ’nün önerdiği risk değerlendirmesine göre yapılmadığına işaret etmektedir. AVM’ler bir yandan kapalı ortam havasının temiz tutulmasındaki güçlükler, diğer yandan da geniş temas yüzeyleri açısından (güvenlik geçişleri, giysi denemeleri, tuvaletler vb.) Risk oluşturan kapalı mekanlardır. AVM’leri sadece açıldıktan sonraki ilk üç günde yaklaşık 3 milyon 400 bin kişi ziyaret etmiştir. **(Haberler.com web sitesi, 2020)**

AVM’lerin açılmasından hemen sonra vaka sayılarının yeniden artmaya başlaması (Şekil 1), salgının aslında kontrol altına alınamadığını, ‘normalleşmeye dönüş’ adımlarının erken olduğunu göstermektedir. AVM’lerin açılmasının etkisi ise bundan 10-14 gün sonra 21-24 Mayıs tarihlerindeki küçük piklerde görülmektedir.

Sağlık Bakanı, AVM’ler açıldıktan 3 gün sonra, 13 Mayıs 2020 tarihinde yaptığı basın toplantısında yeni koronavirüsün temel üreme katsayısının ( $R_0$ ) Türkiye için 1,56 olduğunu açıklamıştır. **(T.C. Sağlık Bakanı Twitter Hesabı, 2020b)**  $R_0$  değeri, bulaşıcı hastalıklar için kullanılan ve hasta bir kişinin hastalığını etrafındaki kaç kişiye bulaştırdığını gösteren bir sayıdır. Bu sayının 1’in altına inmesi hastalığın kontrol altında olduğunu gösterir. Eğer 1’in üzerindeyse hastalık yayılmaya devam etmektedir. Sağlık Bakanı’nın açıkladığı 1,56 rakamı salgının 13 Mayıs’ta aslında kontrol altında olmadığını göstermektedir. Buna göre yeniden açılma kararlarının, epidemiyolojik verilere göre alınmadığı anlaşılmaktadır. Halbuki yeniden açılmaya başlamanın birinci ve olmazsa olmaz kriteri salgının kontrol altına alındığının epidemiyolojik olarak kanıtlanmış olmasıydı. 1,56 olan  $R_0$  değeri, aslında önlemlerin gevşetilmesini değil devam etmesini hatta daha da sıklaştırılması gerektiğini bize söylemektedir.

1 Haziran’dan itibaren ise neredeyse eski normale geri dönülen hızlı ve kontrolsüz bir açılım başlamıştır. 1 Haziran’dan itibaren kaldırılan önlemler Tablo 1’de özetlenmiştir. 1 Haziran açılımının sonucu, COVID-19’un inkübasyon periyoduyla uyumlu biçimde 10 Haziran’dan itibaren vaka sayılarının hızlı artışı ve salgın eğirisinin yeniden yukarı doğru tırmanması olmuştur (Şekil 1). Bu durum, DSÖ’nün yeniden açılıma dair uyarılarında belirttiği gibi 29 Nisan’a kadar elde edilen kazanımların kaybı anlamını taşımaktadır.

Ülkemizde yeniden açılma döneminin ilk adımının AVM’lerin açılması olması, açılma sürecinin DSÖ’nün önerdiği risk değerlendirmesine göre yapılmadığına işaret etmektedir.



65 yaş üstü ve 18 yaş altına uygulanan sokağa çıkma kısıtlaması 1 Temmuz itibariyle kaldırıldı. (**T.C. Cumhurbaşkanlığı web sitesi, 2020**) Her iki yaş grubu için de hangi bilimsel gerekçeye göre uygulamaya sokulduğu anlaşılamayan sokağa çıkma kısıtlamasının da kısıtlamanın kaldırılmasının da etkisini ölçebilecek verilere ne yazık ki sahip değiliz. Sağlık Bakanlığı sürecin başından itibaren vaka ve ölümlerin yaş, cinsiyet ve bölgesel dağılımı gibi epidemiyolojik verileri paylaşmaktan imtina etmiştir. Bu veriler hem salgının ülke içindeki seyrini değerlendirmek, hem de yukarıda belirtildiği üzere geçiş sürecinde risk değerlendirmesi yaparak süreci yakından izleyebilmek adına kıymetli verilerdir.

Şekil 1’de Sağlık Bakanı’nın kontrollü sosyal hayat olarak adlandırdığı yeniden açılma döneminin salgın eğrisi görülmektedir. 1 Haziran’daki ani açılımın sonucu binli rakamların altına henüz inmiş olan günlük vaka sayılarının 12 Haziran’dan itibaren yeniden binlerin üzerine çıkması olmuştur.

Salgınlar genellikle dalgalı şekilde seyreder. Zaman zaman büyüklü küçüklü pikler yaşanır. Şekil 1’de Haziran ayının sonuna kadar klasik bir salgının dalgalı seyri izlenmekte, ancak Temmuz ayı boyunca uzun bir süre günlük vaka ve ölüm sayıları endemik bir hastalık gibi aynı seviyede seyretmiştir. Bu plato hali bir salgın, üstelik pandemi koşulunda beklenen bir durum değildir. Bu plato halini açıklayacak bir durum/müdahale de söz konusu değildir. Hatta 1 Temmuz itibariyle düğün salonlarının, sinema, tiyatro, gösteri merkezlerinin açılması, 65 yaş üstü ve 18 yaş altı için sokağa çıkma kısıtlamasının kalkması gibi önemli açılımların etkisi eğri üzerinde gözlenmemektedir. Bu bilgi, özellikle İstanbul dışındaki bazı illerde hastanelerde çalışan hekimlerden gelen vaka sayılarının arttığı ve yoğun bakım yataklarının dolduğu yönündeki bilgilerle birleşince sayıların güvenilirliği ile ilgili şüphe oluşmaktadır. Şüphe ve güvensizlik bir salgını yönetmenin önündeki en büyük engellerden biridir.

### **Temel Sorun Alanları ve Öneriler**

Pandeminin başından bu yana bilim insanları, vakaların yaş, cins, bölgesel dağılımı gibi detaylı epidemiyolojik verilerin açık bir şekilde paylaşılmasının önemini dile getirmişlerdir. Epidemiyolojik veriler, sürecin seyri, nerelerde sorun yaşandığının saptanarak sorun alanlarına müdahale edilmesi ve gelecek öngörülerinde bulunularak erken müdahale ile daha büyük sorunların önlenmesi için önemlidir. Yeniden açılma gibi riskli bir sürecin izlenmesi için de epidemiyolojik veriler çok değerlidir. Bu verilerin açıklanmaması yeniden açılma sürecinin önümüzü göremeden, el yordamıyla sürdürülmesine neden olmuştur. Bu eksiklik hızlıca giderilmelidir.

Salgına ilişkin önlemlerin toplum üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkisi, halkın bu önlemlere uyma istekliliği ve yeterliliğini izleyecek herhangi bir araç geliştirilmemiştir. Pandeminin, COVID-19 dışındaki sağlık hizmetleri üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, ekonomik durgunluğun sağlık üzerine olan uzun vadeli etkileri nedeniyle de artan bir ihtiyaç ve talep karşı söz konusudur. Ruh sağlığı sorunları da dahil olmak üzere kronik hastalıklardan ve gecikmiş bakım arayışından gelen talebe yanıt vermek için temel sağlık hizmetleri geliştirilmeli ve bunun için kaynak sağlanmalıdır.

Temmuz ayı boyunca uzun bir süre günlük vaka ve ölüm sayıları endemik bir hastalık gibi aynı seviyede seyretmiştir. Bu plato hali bir salgın, üstelik pandemi koşulunda beklenen bir durum değildir. Bu plato halini açıklayacak bir durum ya da müdahale de söz konusu değildir. Hatta 1 Temmuz itibariyle düğün salonlarının, sinema, tiyatro, gösteri merkezlerinin açılması, 65 yaş üstü ve 18 yaş altı için sokağa çıkma kısıtlamasının kalkması gibi önemli açılımların etkisi eğri üzerinde gözlenmemektedir.

Türkiye’de sağlık sisteminin kapasitesi hastaları tedavi etmek açısından şimdilik yeterli düzeydedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, ülkemizde tedavi edici hizmetleri güçlendirirken, halk sağlığı hizmetlerinin gerilemesine neden olmuştur. Bu durum, sağlık sisteminin, salgınla mücadelenin en önemli unsurları olan tüm olguları saptamak (test), izole etmek, temaslıları izlemek ve karantinaya almak için yetersiz kalmasına neden olmuştur.

COVID-19 pandemisi, hem dünyada hem de ülkemizde herhangi bir salgınla mücadelenin hastanelerde tedavi edici hekimlikle değil, birinci basamakta halk sağlığı uygulamalarıyla kazanılabileceğini açık olarak gösterdi. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, koruyucu hizmetlere ağırlık vererek, bölge tabanlı bütünlüklü bir sağlık hizmeti sunacak şekilde yeniden örgütlenmesi gerekiyor.

Devletin yeniden açılma süreci konusunda halkın bilgilendirilmesine ilişkin birtakım çabaları oldu, ancak risk algısının doğru şekilde anlaşılmasını sağlayacak etkinlikler yetersiz kaldı. Toplumun bu sürece katılımının sağlanması ise ne yazık ki söz konusu değildir. Sağlık Bakanlığı ne merkezi ne de yerel düzeyde başta Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları olmak üzere sağlık meslek örgütlerini bile bu sürece katmaktan kaçınmıştır.

Pandemi gibi toplumda hızlı ve geniş ölçüde değişimlerin yaşandığı istikrar-sız dönemlerde, mümkün olan en geniş perspektifte bilgiye ve kavrayışa ihtiyaç vardır. Bu bilgi ve kavrayış, ancak toplumu temsil eden unsurların sürece katılımıyla sağlanabilir. Toplumun risk algısı nedir, süreç toplumun hangi kesimlerinde nasıl algılanıyor, alınan önlemlere uyum ne düzeydedir, uyumu engelleyen sorunlar nelerdir, bu sorunlara nasıl çözümler üretilebilir vb. Sorulara yanıt ancak bu şekilde alınabilir. Salgın yönetimi süreçlerine toplumun katılımını sağlayacak mekanizmaların ivedilikle üretilmesi gerekir.

Sonuç olarak; Türkiye’de yeniden açılmaya ilişkin kararlar erken alınmış ve süreç bilimsel bir temelde, risk değerlendirmesi ile kademeli bir şekilde yürütül(e)memiştir. Sürecin bu şekilde yürütülmesi, ülkenin hemen yer yerinde vaka ve ölüm sayılarının artışı ile sonuçlanmıştır. Salgın yönetiminin, ivedi olarak merkezi düzeyde ancak yerel farklılıkları gözeterek, bilimsel gereklilikleri ön plana alan, şeffaf, dürüst ve toplumun katılımını sağlayacak şekilde örgütlenmesi sağlanmalıdır.

## Kaynaklar

- Centers for Disease and Prevention (CDC) (2020) Guidelines Opening up America Again, Erişim Tarihi 9 Eylül 2020, <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/>
- Haberler.com web sitesi (2020) Erişim Tarihi 9 Eylül 2020, <https://www.haberler.com/11-mayis-ta-acilan-avm-leri-ilk-3-gunde-3-milyon-13221639-haberi/>
- John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Health Security (2020) Public Health Principles for a Phased Reopening During COVID-19: Guidance for Governors, Erişim Tarihi 9 Eylül 2020 <https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/publications/public-health-principles-for-a-phased-reopening-during-covid-19-guidance-for-governors>

- T.C. Cumhurbaşkanlığı web sitesi (2020a) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://www.tccb.gov.tr/haberler/410/119206/-normal-hayata-donusu-kademe-kademe-baslatacaqiz->
- T.C. Cumhurbaşkanlığı web sitesi (2020b) Erişim tarihi: 4 Eylül 2020, <https://www.tccb.gov.tr/haberler/410/120415/-hicbir-salginin-birlik-ve-beraberligimizden-buyuk-olmadigi-inanciyla-yolumuza-devam-ediyoruz->
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2020a) 23 Büyükşehir ve Zonguldak'a Giriş/Çıkışların Kısıtlanması 19 Mayıs Saat 24.00'a Kadar Uzatıldı, Erişim Tarihi 9 Eylül 2020, <https://www.icisleri.gov.tr/23-buyuksehir-ve-zonguldaka-giriscikislarin-kisitlanmasi-19-mayis-saat-2400a-kadar-uzatildi>
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2020b) 81 İle Pazar Yerleri Genelgesi, Erişim Tarihi 9 Eylül 2020, <https://www.icisleri.gov.tr/81-ile-pazar-verleri-genelgesi>
- T.C. Sağlık Bakanı Resmi Twitter Hesabı, (2020a) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://twitter.com/drfahtinkoca/status/1258044571914829832>
- T.C. Sağlık Bakanı Resmi Twitter Hesabı (2020b), Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://twitter.com/drfahtinkoca/status/1260584438813077508?S=20>
- WHO European Region (2020) Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Policy considerations for the WHO European Region, 24 April 2020, Erişim Tarihi 6 Eylül 2020, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/strengthening-and-adjusting-public-health-measures-throughout-the-covid-19-transition-phases.-policy-considerations-for-the-who-european-region,-24-april-2020-produced-by-the-who-european-region>



## BİLİM İNSANININ SORUMLULUĞU

### Dr. Yavuz Kılıç

Prefesör, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü

“Kentleri kuranların, yasa yapanların, ulusal kahramanların, zorbaların kökünü kazıyanların ve bütün bunlara benzeyen insanların bıraktıkları olumlu izler çok kısa sürer; buna karşılık Mucitlerin eserleri daha şatafatsız, daha gösterişsizdir, ama izleri her yerde hissedilir ve sonsuza dek sürer.”

Francis Bacon

Bilim, bilim insanlarınca sistemli bir biçimde yapılan etkinliktir. Bu etkinlik insanlığın yaratıcılık yeteneğinin doruklarından biridir. Bilim, kamusal bir etkinlik olarak, insanlığın ürünü olarak görülebilir. Bilim insanları bu kamusal etkinliği gerçekleştiren ve belirli özelliklere sahip olan kişilerdir. Bilim insanı kendi alanında yetkin, adil, dürüst, yani belli etik donanımına sahip olmasıyla ve verilere dayalı olarak iş görmesiyle; hakikati araması ve söylemesiyle diğer insanlardan ayrılır. Kişi, bilim insanı olmayı seçmesiyle birlikte aslında insanlıktan sorumlu olmayı da seçmiştir. Onun sorumluluğu kendine, mesleğine ve insanlığa / topluma yöneliktir. Bu toplumsal yan, kimi durumlarda (pandemi durumunda) bilim insanlarının kolektif bir sorumluluk içinde olmasını gerektirmektedir. Bu bakımdan bilim insanları siyasal eğilimlere, iktidarların isteğine göre değil, bilimin gereğine göre, yani evrensellik ideali doğrultusunda kararlar alabilen kişilerdir. Hakikati arayabilmek, söyleyebilmek için ise bilim insanının bağımsız ve özgür olarak araştırma yapması şarttır.

Doğayı, evreni, insanı, olup-biteni bilmek, merak etmeyi ve soru sormayı gerektirir. Bu yüzden insan merak etmekten, soru sormaktan vazgeçmemiştir, vazgeçemeyecektir. Çünkü merak ve soru sorma ve benzerleri insanın varlık koşullarındandır. Bu yüzden de insanoğlu üretmeyi ve yaratmayı sürdürecektir. Sanat, felsefe, teknoloji, kültür gibi bilim de insanın yaratıcılığının bir sonucudur; insanın bir başarısıdır. Bilim, insanlığın bir birikimi sonucu elde edilmiş bir etkinlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir deyişle “bilim, sistemleştirilmiş bilgiler bütünüdür”. Bilim, doğada meydana gelen olayların nedenlerini, birbirleriyle bağlantılarını bulur, insanla insan,



insanla kültür arasındaki etkileşimi, insanın sosyal ve psişik yönünü gösterir ve onları genelleştirir, geleceğe ilişkin çıkarımlarda bulunur.<sup>94</sup> Yinelerseniz, insanın bu ve benzeri türden yaratıcılığının temelinde “her şeyi bilme ve öğrenme tutkusu ile körüklenen merak duygusu yatmaktadır” **(Nutku U, 2005)**.

Bilim, olabildiğince kesin, ayrıntılı ve belgeye dayanan bir etkinlik biçimi olarak da görülebilir. Bu yanıyla bilim öznel ve keyfi olanı içermez. Bilgi birikimi olan bilimin, insanlığın ortak değeri olarak ortaya çıktığının da unutulmaması önemlidir. Bilimin insanlığın ortak ürünü olması, onun toplumsal yanının olmasını, kamusal alana ait olmasını beraberinde getirir. Ortak ürün olan bu birikim, insanlığın tarih boyunca yavaş yavaş elde ettiği kazanımlarının sonucudur. Ne var ki, bilimsel olanda da ölçülemeyen, yani niceliksel olarak hesaplanamayan yanları da düşünmemiz gerekiyor. Bu yan, bilimin de değerler olmadan, etik olmadan yapılamayacağıdır. ‘Bilim, teorik anlamda değil ama özellikle pratik anlamda etik tutumla bağdaştığı oranda bilimdir’, demek abartılı olmasa gerek. Bilimin “sosyal” bir yanı olduğu, pür anlamda bir etkinlik olamayacağını da söyleyebiliriz.

Bilimsel etkinlikte, çalışmada bulunan, belli bir konuda uzmanlaşan, veri elde etmede belirli bir yöntem kullanan ve bunu sistemli bir biçimde yapan kişi ise bilim insanı olarak adlandırılır. Bilim insanından hiç kuşkusuz dürüst, adil, alanında yetkin olması; yaptığı çalışmaların nesnel ve bulgulara dayalı olması beklenir. Bilime, dolayısıyla bilim insanına güvenin temelinde, aslında bilim insanının dürüstlüğü yatmaktadır. Bilim insanı, “bilinmeyenini bilir görünmeyenini görünür yapmak için hep uğraş veren” kişidir **(Ersoy N, 2020)**. Demek ki, bilim insanında, hem insan olarak hem de belirli bir mesleği icra eden kişi olarak bazı özelliklerin olması gereklidir. Ancak bu özellikleri taşıyan birinden sorumluluk beklenebilir. Bilim insanının sorumluluğu özellikle bilginin kullanımı söz konusu olduğunda bir kat daha artmaktadır.

Biliyoruz ki, bilim insanının herhangi bir konuda, durumda, ilişkide sorumluluk duyması doğrudan yaşamla ilgilidir; yaşam bilim insanını buna zorlar. Çünkü bilim insanı da bir insan olarak, yaşamının her anında kararlar almak, değerlendirmeler yapmak, anlamak, tavır takınmak durumundadır. Aldığımız kararlarda, takındığımız tavırlarda, kısacası her eylemimizde belirli bir durumda, bir ilişkide yapılması gerekenin ne olduğunu değerlendiririz ve bu değerlendirmeye göre karar alırız, tavır takınırız. İnsan yaşarken ve eyleyken hep yapılması gerekenin ne olduğunu bulmaya çabalar. Dolayısıyla belirli bir ilişkide (kişi kişi ilişkisinde, hasta-hekim, öğretmen-öğrenci, yöneten-yönetilen ilişkisi) ya da belirli bir durumda (diyelim pandemi durumunda) gerekenin ne olduğunu bulmak büyük oranda kişiye, onun meslek bilgisine, etik bilgisine, insan ve değer bilgisine bağlıdır.

Ama bu bilgilerden önce gelen temel bir kabule de değinmemiz gerekir. O da, insan dünyasında olup-biten her şeyin bir amacı olduğunu düşünme-

Bilim insanının herhangi bir konuda, durumda, ilişkide sorumluluk duyması doğrudan yaşamla ilgilidir; yaşam bilim insanını buna zorlar

<sup>94</sup> Bilimin üretime yansması ise genellikle teknoloji olarak adlandırılır, ama kimi zaman bilimin nerede bittiğini, teknolojinin nerede başladığını belirlemek bile zorlaşmaktadır.

mizdir ve bu yüzden da eylemlerimizde, yapıp-ettiklerimizde bir amaç ararız. Bütün insan etkinlikleri bir amaç için yapıldığından, bilim insanının araştırmasının da tekilliğinde bir amacı vardır. “Tıbbın amacı sağlık, gemiciliğin gemi, askerliğin utku, ekonominin zenginlik” olması gibi (**Aristoteles, 1997**). Amaçlar çok olduğundan, bilimin bir amacı olduğunu söylemek elbette zor olacaktır. Bu bakımdan bilim insanlarının farklı bilim alanlarına göre farklı amaçlar taşıyacakları açıktır. İnsan amaç koyan ve amaca yönelen bir varlıktır. Bu durumdaki insan, koyduğu amacın bilincinde olan ve üstelik kendinin de bilincinde olan bir varlıktır. Bu bilinç “insan olma” yönünde atılan büyük bir adımdır. Şüphesiz insanın özelliklerini taşıyan herkesin “insan olma” olanağı vardır. Bu olanak aldığımız kararlarda, seçimlerde, tutumlarımızda kendini gösterir.

Değer bilgisine sahip, insanlıktan sorumlu ve yaptığı işin kamusal bir iş olduğu bilincinde olan bir kişi olarak bilim insanının belirli olaylar ve durumlar karşısında doğru değerlendirme yapacağını bekleriz. Çünkü dürüstlük, dediğimiz gibi bilim insanının kişi olarak varlığından bağımsız bir özellik değildir. Bu bağlamda hakikat, bilim insanının olgulara dayanması, verileri olduğu gibi aktarması ya da verilere dayanması diye görülebilir. Bunlar da bilim insanının nesnel tutumunu gerektiren özellik(ler) olarak anlaşılabilir.<sup>95</sup> Bunun tersine verilerle oynama, düzmece kanıt üretme, tahrif etme, çarpıtma, aşırma, verileri uydurma gibi (**Aközer M & Aközer E, 2015**) bilim insanına yakışmayan, hatta bilim insanı sözcüğüyle yanyana gelmesi olanaksız olan (olanaksız olması beklenen) tutumlar da vardır. Bu durumda, gerçek bilimden değil, olsa olsa “düzmece bilim”den (“sözde bilim”den) ve düzmece bilim insanından söz edilebilir. Bilim insanı şayet hakikati arayan (ve söyleyen ya da söylemesi gereken) kişiye (**Medawar PB, 1996**), gerçek bilimin gereğini yapmaktan da sorumludur.

Peki, bilim insanı kimlere, nelere karşı sorumludur? Sorumlu olmanın haklı bir gerekçesi var mıdır? Sözgelisi “insanlıktan sorumludur” dersek, bu durum gelecek kuşakları da kapsayacak mıdır? Gelecek kuşaklara ilişkin nasıl bir ödevimiz olabilir, bu ödevin temeli nedir? Neden başka insanlara yönelik, hem de daha doğmamış olanlara bir borcumuz, yükümlülüğümüz ya da ödevimiz olsun? Yoksa bilim insanı sadece, “kendinden, yaptıklarından mı sorumludur”? Hiç tanımadığımız, bilmediğimiz insanlardan neden sorumlu olalım? Bu ve benzeri sorular elbette çoğaltılabilir, ama öncelikle sorumlulukla ilgili birkaç söz söylememiz yararlı olacaktır.

Bilim insanının sorumluluğunun bilgiyle (insan, değer, bilim insanının kendi alanının bilgisiyle) ilgili olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. İnsan herhangi bir konuda (doğa, hukuk, insan, vs.) Bilgisiz ise bunun bir bedeli ya da cezası mutlaka olacaktır; kişinin bilgisizliğinin yarattığı duruma en azından katlanması gerekecektir. İşte, bilen insanın da bilmesinden dolayı ödeyeceği bir bedeli (borcu) vardır. Bu bedele sorumluluk diyebiliriz. “Sorumluluk, bedeli önceden bilmeyi gerektirir. Ödenemeyecek olanlar -nükleer atıklar,

Hakikat, bilim insanının olgulara dayanması, verileri olduğu gibi aktarması ya da verilere dayanması diye görülebilir.

<sup>95</sup> Uluslararası belgelerde de bilim adamından nesnellik, kuşkuculuk, bağımsızlık, iletişimde açıklık, kaynakların ortak kullanımı, adaletlilik gibi tutumlar ve ilkelere bağlı olma beklendiği ifade edilmektedir.

zehirli gazlar gibi- doğa adına hesap sorarlar. İnsan bu hesabı veremezse, başarılarına bir anlam da veremez” (**Nutku U, 2005**). Bilme değil, ama bilmenin uygulamaya geçmesi sorumluluk gerektirir. Bu bakımdan bilmenin sorumluluğu, uygulamanın sonuçlarını önceden bilme sorumluluğu anlamına gelmektedir.

Bu nedenle, “biz sadece yaptıklarımızdan veya neden olduğumuz kötülüklerden değil, ama en azından bir dereceye kadar, önleyebileceğimiz veya engel olabileceğimiz şeylerden de sorumlu olmak durumundayız” (**Cevizci A, 2013**). Toplumumuza, insanlığa ya da özel olarak gelecek kuşaklara yönelik sorumluluğumuz olduğu ya da olmadığına ilişkin farklı kuramlar, görüşler, yaklaşımlar elbette vardır. Ama burada önemli olan şey, en başta insan olarak ödevimiz ve ahlâki duruşumuzdur. O zaman da gelecek kuşakların kimler olduğunun, hangi ülkenin, milliyetin mensubu olduğunun bir önemi olmayacaktır (**Cevizci A, 2013**).

O halde, bilim insanının sorumluluğu hem kendine, hem mesleğine ve dolayısıyla meslek topluluğunun üyelerine, hem de topluma, insanlığa yöneliktir diyebiliriz. Her bir sorumluluğun ortak noktası ‘başkalarının varlığını tanıma ya da hesaba katma’ olarak görülebilir.

İnsan öncelikle yaptıklarından dolayı kendinden sorumludur. Yaptıklarımızın hesabını yine öncelikle kendimize verebilmeliyiz. Bu yüzden kişinin kendini tanıması, bilmesi gerekiyor. Bu topraklarda yaşamış olan Herakleitos da Yunus Emre de hep *kendimizi bilmenin* gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Kendimizi bilmek, kişisel olarak özelliklerimizi bilmek değildir; türümüzü, insanın yapısını esasen bilmemiz gerektiğidir. İşte, bilim insanı bildiği oranda da sorumluluğunun, görevinin ve ödevinin ne olduğunu bilecektir.

Bildiğini söylemek ya da hakikati dile getirmek, söylemek bazen zordur, hatta bir risktir; ama kimi durumlarda (özellikle yaşamsal sorunlarda) risk olmadan bilim insanı olunmuyor.<sup>96</sup> Riski göze almada temelde amaçlanan şeylerden birisi de o *mesleğin onurunu* korumaktır. Ama biliyoruz ki, mesleğin onuru ancak mesleği amacına uygun olarak icra eden, bunu yaparken her bir durumda, insanın onuruna ya da değerine zarar vermeden nasıl eylemde bulunabileceğine kendisi karar verebilen kişilerle korunabilir. Bu durum, bilim insanının mesleğine (dolayısıyla meslektaşlarına) yönelik sorumluluğunun görünür hale gelmesini sağlar.

Yukarıda da vurgulandığı gibi, bilimin uygulama alanı kamusal alandır; bilim kamusal alanda iş görür. Bu bakımdan bilimin etkileri bakımından da toplumsal yanı olduğunu açıkça görmekteyiz. Bu toplumsal yan, kimi durumlarda (günümüzde olduğu gibi pandemi durumunda) bilim insanlarının kolektif bir sorumluluk içinde olmasını gerektirmektedir. Sözel geliş belediye-lerce, bakanlık(lar)ca oluşturulan bilim kurulları kolektif bir görev olarak

Mesleğin onuru ancak mesleği amacına uygun olarak icra eden, bunu yaparken her bir durumda, insanın onuruna ya da değerine zarar vermeden nasıl eylemde bulunabileceğine kendisi karar verebilen kişilerle korunabilir.

<sup>96</sup> Bilimsel araştırma, hakikati arama ve söyleme bilim insanının çok farklı risk almasıyla da ilgilidir. Sözel geliş “hastalıkların yapısını bulmak için, kendi üzerlerinde çoğunlukla ölümcül sonuçlara yol açan deneyler yapan insanlar çok az bilinir, ama tıp tarihinin ilgi çekici bir bölümünü oluştururlar”. Bu “tıp kahramanları” arasında 1885’de Peru, Lima’da kendi üzerinde ölümcül deney uygulayan Daniel Carron’u ve King George III hastanesi anatomi uzmanı John Hunter’i sayabiliriz (Berry A, 1998). Ama elbette bilim insanının risk almadan da hakikati dile getirilebileceği durumlar söz konusudur.

görülebilir. Kolektif bir görev ise kolektif bir sorumluluğu gerektirir. Bu kurullar belli bir sorunu çözüme kavuşturmak, sorunun çözümünde yeni yollar göstermeye çalışmakla görevlidirler. Doğru teşhis ve doğru veri, tedavinin doğru olması için ve doğru yollar göstermek için şarttır. Bu bakımdan bu kurullara mensup her bir bilim insanı yaptığı işte elde ettiği verilerden hareketle bir değerlendirme yapar ve değerlendirme sonucunu açıklar. Bilim insanının yaptığı açıklamaya da güvenmemiz beklenir. Bu güven duygusunun arkasında sadece “bilim insanı hakikati dile getirir” düşüncesi vardır. Toplumun ya da sorunun muhataplarının bilime, bilim insanına güveni, bilim insanının tutumuna (dürüstlük ilkesine) bağlı bir güvendir. “Bilimsel beyanlar gerçekte veya prensipte doğrulanabilir olanlardır. “Prensipte” doğrulanabilir olma, doğrulama için nelerin yapılması veya yapılabilir olması gerektiğini saptamanın mümkün olduğu hallerdir” **(Medawar PB, 1996)**. Böylesi durumlarda bilim insanları olayların seyircisi değildir; olayları, durumları değerlendiren faillerdir. ‘Birilerinin hastalıktan (ya da açlıktan) ölmesine izin vermekle birisini öldürmek arasında bir fark var mı?’ sorusu, bu durumda bilim insanının yanıtlaması gereken bir soru olarak karşısında durmaktadır.

Bu soruyu kendisine soran bir bilim insanından beklenen şey dürüstlük ilkesine göre eylemesidir, yoksa hakikati sadece işlevsel olduğunda ya da işe yaradığında dile getirme değildir. Hakikati aramayı ve söylemeyi de içeren bu ilke, hiçbir otoritenin eleştiriden muaf olmadığını dile getiren etik bir değeri ifade eder. Bilim insanı böyle bir ilkeyle hareket ettiğinde onun özgür olduğunu düşünürüz ve aynı zamanda ona saygı duyarız. Ne var ki “bilgiden çok otoriteyi yüce tutanlar” da her zaman olmuştur **(Berry A, 1998)**. Böylesi insanlar siyasal otoriteye ya da hükümete yönelik bir sorumluluk duygusu içinde olabilir. Bilim insanı siyaseti öncelerse, sorumluluğunun yönünü değiştirirse kendine, topluma karşı olan *ödevini* yerine getirmemiş olur. Bilim insanının *görevi değil ama ödevi*, tıpkı borçlu olanın borcu üstlenmesi gibi olaylardan, olup bitenlerden kendilerini sorumlu tutabilmeleridir. Böyle insanlar da her zaman olmuştur ve olacaktır. Bu yanılla sorumluluğu, başkalarına yönelik olarak, onlara olan bir borcumuzun ödenmesi gibi düşünebiliriz. Bu üstlenme ya da borçlanma, kişinin bilim insanı olmayı seçmesiyle birlikte varlık kazanmaktadır.

\*\*\*

Batılı anlamda ilk üniversitenin 1088’de Bologna’da kurulmasından itibaren, bilim insanlarının yeri de çoğunlukla üniversiteler olmuştur. Üniversiteler bir yandan bilim insanının özgürce iş gördüğü alanlar, onları korumanın yeri olurken, bir yandan da belli bir güç odağı olmuştur. Bu da devletlerin, hükümetlerin ilgisini üniversitelere çevirmesine neden olmuş; iktidar (devlet, hükümet) ile bilim (bilim insanları) arasında gerilimli bir ilişkinin doğmasına neden olmuştur. Özellikle 19. Yüzyıldan itibaren, çok pahalı olduğundan, bilimsel çalışmalar, araştırmalar hükümetler ve sanayinin desteğiyle yapılabilmektedir. Projeler, ekonomik yönden hem hükümetler hem de özel teşebbüs tarafından desteklenince, destekleyenler bilimsel çalışmalardan sorunlarını çözmeyi ya da sorularına yanıt vermeyi beklemektedir. Bir yandan bilim insanları, bilimin iktidar tarafından her zaman desteklenmesi-

Bilim insanları olayların seyircisi değildir; olayları, durumları değerlendiren faillerdir.

ni, ama aynı zamanda iktidarın kendilerini yönetmemesini, kendileri hakkında karar vermemesini ister. Ama öte yandan iktidar buna pek de sıcak bakmaz; bilim topluluğunun ne yapacağına kendisinin karar vermesi gerektiğini öne sürer. O zaman da bilim topluluğu ile iktidar arasında huzursuz bir ilişki, bir *çatışma* başlar. Bu çatışmanın bir nedeni bilimin, bilim insanının toplumsal sorumluluğu diyebileceğimiz ödevinin iktidarcaya dikkate alınmamasıdır.

Bu ve benzeri türden çatışmaların her çağda olduğunu; hatta ““bilim insanının” tutum ve davranışlarına rehberlik etmesi beklenen normlar demeti ve/ya metodolojik kurallar getirilmeye çalışıldığını” biliyoruz (**Kabadayı T, 2010**). Bu çatışmaların doruk noktasında iktidarların neyin bilim olup olmadığına, neyin araştırılıp araştırılmayacağına karar vermek istemeleri yer almaktadır. Sözgelisi “Kilise bilimsel olmadığı gerekçesiyle Copernicus’un görüşlerini, Sovyet Komünist Partisi, yine bilimsel olmadığı gerekçesiyle Mendelci genetiği yasaklar. Parti ya da kilise neyin bilimsel olduğuna, dolaşısıyla da yayınlanacağına ya da neyin bilimsel olmayıp yasaklanacağına karar verdiği için bilim hakkındaki soruşturmanın hem toplumsal hem de siyasal birtakım içermeleri vardır” (**Kabadayı T, 2010**). Öyle olsa da neyin bilimsel olduğuna, hangi bilimsel araştırmanın yapılıp yapılmayacağına sadece bilim insanı karar verebilir.<sup>97</sup> Bilimsel bir araştırmanın yapılıp yapılmayacağına herhangi bir gücün ya da otoritenin (kilise, hükümet, parti, vs.) Karar vermesi, zaten baştan bilimsel tutumun ruhuna aykırı düşmektedir. Her ne olursa olsun, tarih bize bu çatışmalardan bilimin galip çıktığını her zaman göstermiştir.

Bu yüzden bilim insanı aynı zamanda insan olduğunu, yurttaş (bir ülkenin ya da “dünya yurttaşı”) olduğunu bilmesi gerekiyor. Sizin sorumluluğunuz ile sizden beklenenler farklı olabilir. Bilimi üreten, teknolojiyi uygulayan insan olduğu halde, insanın kendi sorumluluğunu, bilim insanı sorumluluğunu unutmaması önemli olsa gerek. Bazen bu önem yaşamsal da olabilir: Unutmayalım ki, “ilk nükleer bombanın babası” olarak anılan fizikçi J. Robert Oppenheimer da bir bilim insanıydı. O toplumsal bir sorumluluk ya da insanlığa yönelik bir sorumluluk duygusu içinde olsaydı, yaptığı çalışmanın çok sayıda insanın yaşamını yitirmesine yol açacağını bilirdi. Elbette, bilim insanları da çağlarının insanıdır ve onların da içinde bulundukları kültürel etkenlerden etkilenebileceğini, sosyal (kimi zaman da siyasal) baskılara maruz kalabileceklerini tarih sayfalarından öğrenmiş bulunuyoruz. Bu bakımdan ele alındığında bilim insanlarının “insan olma” yönünde atacakları adımların zor olduğunu elbette söyleyebiliriz. Bu yönde atılabilecek her adım, bilim insanının hem uzman bir kişi, hem de kendini insanlıktan sorumlu tutan aydın bir kişi kimliğini kazanmasını sağlayacaktır.

Günümüzde bilimsel çalışmaların ve araştırmaların çoğunlukla yapıldığı yer üniversitelerdir. Bilimsel bir çalışmanın, araştırmanın bir devlet otoritesinin iznine bağlanması, aslında üniversitelerin ne olduğuna ilişkin bir (artniyet

Çatışmaların doruk noktasında iktidarların neyin bilim olup olmadığına, neyin araştırılıp araştırılmayacağına karar vermek istemeleri yer almaktadır.

Bilim insanlarının “insan olma” yönünde atacakları adımların zor olduğunu elbette söyleyebiliriz.

<sup>97</sup> Ama belli bazı özel durumların olabileceğini, bundan dolayı iktidarların ya da hükümetlerin ilgili kurumlarının denetleme yapabileceğini de unutmamamız gerekir.



yoksa) bilgi eksikliğinden kaynaklı olabilir. Üniversitenin bir toplumda kendi görevini yerine getirmesi için sahip olduğu araştırma özgürlüğünün olağanüstü düzeyde korunması zorunludur. Bu bakımdan bilim insanının görevini yerine getirebilmesinin ana koşullarından biri de siyasi modalardan, tutkulardan ve baskılardan bağımsız olabilmesidir. Çünkü üniversite evrensel olanın peşindedir ve onun için asıl olan da evrenselliştir; yerel olan sadece bu evrenselin içine alınabilir.

Burada bilen insanın, bilim insanının temel sorusu “ne için biliyorum?” Dur, diyebiliriz. Bu soru bilenin kendini ve başkasını yaşatma sorumluluğundan doğar. Bilim insanının saygınlığına gölge düşürmeye yönelik yapılan eylemleri, en başta yine bilim insanları ülke yararı ve insanlık adına, bilimin değerlerini savunarak etkin bir biçimde eleştirebilmelidir.

Bilim insanının sorumluluğu, sadece dar bir alanda uzmanlaşmak ve uzmanlığına yönelik görevini gerine getirmek değildir. Çünkü bilim insanını teknisyenden ayıran özellikler vardır. Kişi bilim insanı olmayı seçmekle, insanlıktan sorumlu olmayı da seçmiştir. Bu yüzden bilim insanının temel sorumluluğu ya da ödevi insanı (tür olarak insanı) bir araç değil, sadece amaç olarak görebilmesidir.

#### Kaynaklar

- **Aristoteles** (1997) Nikomakhos’a Etik, Çeviri: Saffet Babür, Ankara: Ayraç Yayınevi
- **Aközer, M.-Aközer E.** (2015) Bilim İnsanlarının Bilime Yönelik Sorumlulukları: Bir Etik Temellendirme Önerisi, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, Cilt:5, Sayı:3, 219-235
- **Berry, A.** (1998) Bilimin Arka Yüzü, Çeviri: Levent Aysever, Ankara: Tübitak
- **Cevizci, A.** (2013), Uygulamalı Etik, İstanbul: Say Yayınları
- **Des Jardins, J.R.** (2006) Çevre Etiği, Çeviri: Ruşen Keleş, Ankara: İmge Kitabevi
- **Ersöy, N.** Erişim Tarihi 03 Eylül 2020, <http://torakscerrahisi.com/bilim-insaninin-sorumlulu>
- **Güzel, C.** (Derleyip çeviren) (1996) Sağduyu Filozofu: Popper, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları
- **Kabadayı, T.** (2010) Duhem’den Laudan’a Çağdaş Bilim Felsefecileri, Ankara: bilgesu Yayıncılık
- **Kuçuradi, İ.** (1998) İnsan ve Değerleri, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları
- **Medavar, P.B.** (1996) Genç Bilimadamına Öğütler, Çeviri: Nermin Arık, Ankara: Tübitak
- **Nutku, U.** (2005) Felsefe ve Güncellik, İstanbul: Bulut Yayınları
- **Yıldırım, C.** (1985) Bilim Felsefesi, İstanbul: Remzi Kitabevi

Bilim insanının sorumluluğu, sadece dar bir alanda uzmanlaşmak ve uzmanlığına yönelik görevini gerine getirmek değildir. Çünkü bilim insanını teknisyenden ayıran özellikler vardır. Kişi bilim insanı olmayı seçmekle, insanlıktan sorumlu olmayı da seçmiştir. Bu yüzden bilim insanının temel sorumluluğu ya da ödevi insanı (tür olarak insanı) bir araç değil, sadece amaç olarak görebilmesidir.

# BİLİMSEL ARAŞTIRMALARIN PANDEMI SÜRECİNE YANSIMASI

**Selim Badur**

Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Emekli Öğretim Üyesi

## Özet

Pandemi döneminde yaşananlar genel anlamda bilimin ve bilimsel çalışmaların önemini ve vazgeçilmezlik özelliğini bizlere bir kez daha hatırlatmıştır. Göreceli olarak kısa sayılabilecek bir sürede etken SARS-cov-2'nin çeşitli özellikleri, bildik virüslerden farklı davranışları, hastalığın patogenezi ayırtıcıları ile ortaya konmuş; aşı ve tedavi araçları için yoğun çalışmalar başlamıştır. Bu bağlamda, bilimin değerini ve olmazsa olmaz özelliklerini kısaca hatırlamak uygun olacaktır.

\*\*\*

2020 yılına, önemi gittikçe daha iyi anlaşılan küresel boyuttaki COVID-19 pandemisi damgasını vurmuş; salgının her geçen gün alışlagelenin dışında şaşırtıcı özellikleri saptanmaya başlanmış ve sorunun sağlık alanı dışında ekonomiye ve sosyal yaşama olumsuz etkisi çarpıcı boyutlara erişmiştir. Bu süreçte dünyada bilimin önemi ve gereği, bilimsel araştırmaların yol gösterici nitelikleri, bilim kurullarının rehberlik işlevi konuşulur olmuş; sonuçta “bilim” hiç olmadığı kadar gündeme gelmiştir. Ancak ne yazık ki ülkemizde, bilimin doğasında bulunan (bulunması gereken) “çelişkiler”, bilimin eksikliği olarak değerlendirilmiş; farklı ekiplerin birbirleri ile tam olarak örtüşmeyen bulguları, ya da zaman içinde değişime uğrayan açıklamaları “güveni sarsıcı” gelişmeler olarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda “Bilim insanların birbirleri ile zıt görüşler ileri sürmeleri ya da zaman içinde söylevlerinin değişmesi durumunda hangi görüşe itibar etmeliyiz?” Sorusu gündeme gelmiş; “tek sesliliğin”, bilim dünyasında olması gereken, ancak bir türlü gerçekleşmeyen bir nitelik gibi değerlendirilmesi tartışılır olmuştur. Aslında “böyle olmamalıydı” denen, tam da “olması gerektir”.

## ***Bilimin işlevi, işleyişi ve pandemi sürecinde yaşananlar***

Bilim insanları gözlem ve deneye dayalı bilgi üretmek için eğitim almış; bilgi birikimine, araştırma yöntemlerine ve çalışmaları için gerekli araç-gereçlerin kullanımına yetkin kişilerdir. Öte yandan bilimsel bilgi, kanıta dayalı, sistematik ve denetlenen bir bilgi türüdür. Nitekim bilim, kendini sürekli denetlemeye programlamıştır ve eğer yanılıya düşer ise, iç denetim mekanizma-

Ne yazık ki ülkemizde, bilimin doğasında bulunan (bulunması gereken) “çelişkiler”, bilimin eksikliği olarak değerlendirilmiş; farklı ekiplerin birbirleri ile tam olarak örtüşmeyen bulguları, ya da zaman içinde değişime uğrayan açıklamaları “güveni sarsıcı” gelişmeler olarak değerlendirilmiştir.

ları ile yanılığını düzeltebilir. Bu nedenle de, bilim insanları hatalarını ancak eleştiriler sonucu düzeltebileceklerini unutmadan, bu tür eleştirilere açık olmalıdırlar. Bilimin ana hatları ile belirtmeye çalıştığım bu özellikleri nedeni ile zaman içinde yeni görüşler, yeni yaklaşımlar ve açıklamalar sergilenmesi doğaldır.

Yaşamakta olduğumuz pandemi süreci, bu konuda verilecek bir dizi örneği içinde barındırmaktadır. Maske kullanma önerilerinde yaşananlara kronolojik olarak baktığımızda, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) birbirleri ile çelişir gibi görünen açıklamaları farklı platformlarda adeta “alay konusu” olmuş; kurumun ciddiyeti ve bilimselliği acımasızca eleştirilmiştir. Nitekim DSÖ, Mart 2020 döneminde, daha önce benzer özelliklere sahip virüsler için geçerli olan önlemlerin, yeni bir solunum yolları enfeksiyonu etkeni olan SARS-cov-2 için de söz konusu olacağı değerlendirilmesinde bulunmuş; semptomatik olguların virüsü damlacık enfeksiyonu ile etrafa yaydıkları düşüncesinden hareketle, “Herkesin maske takmasına gerek yok; maskeyi hastalık bulguları olanlar kullanmalı” açıklamasını yapmıştır. Buna karşın zaman içinde, SARS-cov-2 konusunda yapılan bilimsel çalışmalar, olguların neredeyse yüzde 45'inin asemptomatik olduklarını; virüsün toplumda yayılmasında asıl kaynağın bu kişiler olduğunu göstermiştir (**Oran, 2020; Long, 2020**). Söz konusu yeni veriler doğrultusunda DSÖ “Toplumda herkesin maske takmasının gerekli olduğu” çağrısında bulunmuştur (**WHO, 2020a**). Değindiğim bu gelişmeler DSÖ'nün “çelişkili” açıklamalar yapması biçiminde değerlendirilmemeli; zaman içinde belirlenen yeni bilimsel kanıtlar doğrultusunda “gerçeğin ve doğrunun arayışı ve tanımlanması” olarak nitelendirilmelidir.

Bilimsel olarak doğru kabul edilen bazı bilgilerin, zaman içinde yeni bulguların ortaya konması sonucu değişime uğraması, bilimsel yaklaşımların bir özelliğidir. Nitekim başlangıçta sadece damlacık enfeksiyonu şeklinde, partiküller üzerinde bulaştığı kabul edilen SARS-cov-2'nin, aerosol şeklinde yayılabileceği, havada belirli bir süre asılı kalacağı için bulaşının umulandan daha kolay ve hızlı olduğunun anlaşılmıştır. Klasik olarak damlacık enfeksiyonu ile bulaşan hastalıkların, enfekte bireylerin saçacakları partiküller üzerinde taşınan virüsler ile bulaştığı; çapları  $>5\mu\text{m}$  olan bu damlacıkların 1-2 m'den uzağa gidemeden kısa sürede yerçekiminin etkisi ile zemine düştükleri kabul edilmektedir. Buna karşın çapları  $<5\mu\text{m}$  olan partiküllerin havada asılı kalmaları ve sonuçta “hava yolu” ile (bu tür partikülleri asılı olarak taşıyan ortamlardaki havadan) etkeni insanlara bulaştırmaları olasıdır (**Asadi, 2020**). İşte bu tür bir bulaşın SARS-cov-2 için de gerçekleştiğinin bilimsel olarak kanıtlanmasını takiben, kapalı ortamlarda, yakın ve uzun süreli temasın, SARS-cov-2 bulaşında asıl yolu oluşturduğu kabul edilmiştir. Nitekim “kalabalık bir arada bulunmaların” söz konusu olduğu kapalı ortamlarda meydana gelen hızlı yayılım ve salgınlar (yolcu gemileri, restoranlar, spor salonları, ayrıca dini törenlerin, koro çalışmalarının, kutlamaların yapıldığı ortamlar vb) gittikçe daha fazla bildirilmekte; iyi havalandırmanın olmadığı kapalı mekanların asıl yayılımın gerçekleştiği alanlar olduğu kabul edilmektedir (**He, 2020**).

Bilimsel olarak doğru kabul edilen bazı bilgilerin, zaman içinde yeni bulguların ortaya konması sonucu değişime uğraması, bilimsel yaklaşımların bir özelliğidir.

### ***Bilimsel çalışma sonuçlarının dinamiği ve yorumlanması***

Bilimsel çalışmalar değerlendirilirken, incelemelerin yapıldığı koşullara ve yöntemlere dikkat edilmeli; farklı nitelikteki araştırma sonuçlarını kıyaslamaktan ve elde edilen bulgulardan genellemelere gidilmesinden kaçınılmalıdır. Nitekim SARS-cov-2 virüsünün “insan vücudu dışında kalış süresini” konu alan çalışmalarda, dış ortamlarda virüsün 2 saat - 9 gün arası değişen sürelerle (üzerinde bulunduğu cansız maddeye -tahta, plastik, cam vb.-bağlı olarak) varlığının saptandığı belirtilmiş ve bu nedenlerle eşyalardan virüsün bulaşacağı belirtilmiştir (**Kampf, 2020**). Ancak bu “saptamanın” PCR yöntemi ile yapılan çalışmalara dayanmakta olduğu, virüsün genomu olan RNA’yı (ya da RNA’nın bir parçasını) belirleyen bu testin, virüsün “canlılığını” göstermediği; kısacası elde edilen bu tip bulguların, dış yüzeylerden bulaş olabileceğinin göstergesi olarak kabul edilemeyeceği anlaşılmıştır (**Sethuraman, 2020**). Aynı yaklaşım, etkenin PCR ile dışkıda saptanması için de söz konusudur ve SARS-cov-2’nin bu tip muayene maddelerinde moleküler biyoloji teknikleri ile gösterilmesi, canlı virüs varlığı de-neysel çalışmalar ile gösterilmeden, oral-fekal yoldan bulaştığının göstergesi olarak değerlendirilmesini hatalı kılar (**Yeo, 2020**).

### ***Pandemi süresince gözlenen ve bilimsel dayanağı olmayan savlar***

Bilimsel bilgi doğrulanmış bilgidir; bilim kuramları evrensel kabul görmüş ölçüm teknikleri ile değerlendirilen, nesnel olarak doğrulanan ve bu nedenle güvenilir olan / olması gereken gözlemlere dayanır. Pandemi başlangıcında “Bu virüs sarı ırka özgüdür, bize bir şey yapmaz” ya da “Ağzınızı, burnunuzu tuzlu su ile çalkalayın yeter” şeklinde hiç bir bilimsel dayanağı olmayan açıklamalara şahit olduk. Nitekim bu ve benzer görüşler farklı kültürlerde de gündeme geldi ki, DSÖ, COVID-19 konusunda bir “doğrular-yanlışlar” kılavuzu yayınlamış ve bu dosyada tuzlu su hatta sarmısak kullanımının (sarmısak, “kelle-paça” ile ilintili olabilir!) Hastalık üzerine herhangi bir etkisi olmadığını duyurmak zorunluluğu hissetmiştir. (**WHO, 2020b**). Bu tip örnekler, virüsün kaynağı (laboratuvarlarda yapay olarak üretilen ve bilerek ya da bilmeyerek etkenin laboratuvarlardan yayıldığı iddiaları gibi) ve yayılışı (yarasa çorbası ile bulaşma, ya da 5G uygulamalarının virüsü yaydığı iddiaları gibi) konularında da gündeme gelmiş; ancak bilimsel dayanağı olmayan bu yaklaşımlar rağbet görmemiştir.

### ***Bilimsel çalışmaların olmazsa olmazı: bilimsel özgürlük ve “Açık Bilim”***

Bilim ve bilimin uygulamaları ile bağlantılı sorunlar, sadece bilim insanlarının ve politikacıların değil, toplumların tüm bireyleri için de gündelik bir konu haline gelmiştir. Günümüzde doğal afetler, küresel iklim krizi, çevre sorunları ve nihayet enfeksiyon hastalıkları ile ilgili tartışmaların merkezinde yatan konu daima bilim, bilimin uygulamaları ve iktidarlarla ilişkileridir. Bilimin başarıları bilim insanları ile yöneticiler arasındaki ilişkiyi eskiden olduğundan çok daha karmaşık hale getirmiştir ve bu durumu “huzursuz bir ilişki” olarak tanımlamak yanlış olmaz. Bilim insanları toplumun bilimi desteklemesini, ama yönetmemesini isterler; oysa kamuoyunun bilim üzerine bir tür denetim uygulamasına yönelik talepler artmaktadır. Hükümetler

Bilimsel bilgi doğrulanmış bilgidir; bilim kuramları evrensel kabul görmüş ölçüm teknikleri ile değerlendirilen, nesnel olarak doğrulanan ve bu nedenle güvenilir olan / olması gereken gözlemlere dayanır.

kendi paylarına araştırmaları planlamayı ve bu araştırmaları ekonomik getirisi olacağına inandıkları alanlara yönlendirmeyi isterler. Bilim dünyası da bunun hatalı bir yaklaşım olduğunu savunur. Michael Polanyi bu durumu: “Bilim uğraşını örgütlemenin, tüm sağduyulu bilim insanlarına koşulsuz bir özgürlük tanımaktan başka yolu yoktur; kamu otoritelerinin işlevi araştırmaları planlamak değil, yalnızca araştırmaların yürümesi için imkan sağlamaktır” şeklinde tanımlamaktadır (**Mayor, Forti, 1997**).

Ülkemizde sağlık otoritesinin pandemi sürecini yönetme biçimi ile ilintili çeşitli eleştiriler farklı platformlarda dile getirilmektedir. Yeterince şeffaflık olmaması, bulguların paylaşımının bir türlü gerçekleşmemesi ve nihayet yapılacak bilimsel çalışmaların merkezi otorite tarafından izine tabi tutulma kararı başlıca eleştiri konularıdır (**Bayram, 2020**). Her ne kadar belirtilen konulara yanıt olarak Sağlık Otoritesinin itirazları yayınlanmış olsa da, ülke genelinde hastanelerin doluluğu, sağlık çalışanlarının çaresizce haykırıları ve yurt çapında tabip odalarına gelen haberler işlerin söylendiği kadar yolunda gitmediğini göstermektedir (**Koca, 2020; Bir + Bir Forum, 2020**). Özellikle pandemi süresince farklı ülkelerde yaşanan bazı olumsuz gelişmeler “bilimsel doğru” peşinde koşan sağlık çalışanları için olumsuz ve üzücü gelişmeler ile karşılaşmalarına neden olmuştur. Örneğin Uluslararası Af Örgütü, Mısır’da, Mart ve Haziran ayları arasında dokuz sağlık çalışanının, güvenlik kaygılarını ifade etmeleri veya hükümetin pandemiyle mücadele yöntemlerini eleştirmeleri sonucu, ‘yanlış haberler yaymak’ ve ‘terör’ gibi aşırı geniş ve muğlak suçlamalarla keyfi olarak gözaltına alındığını belirtmiştir. İran’da Covid-19 salgınının resmi açıklamadan bir ay önce başladığı ve hükümetin gerçek rakamları gizlediği, sayılarla ilgili şeffaf bir bilgi akışı sağlanmadığına dair savların yer aldığı, bilim kurulu üyesi Muhammed Rıza Mahbubfer ile gerçekleştirilen ve “Hükümetin istatistik rakamlarına güvenilmiyor” başlığıyla sunulan röportaj nedeniyle, Cihani Sanat gazetesine yayın yasağı konmuştur (**Amnesty International, 2020**). Ülkemizde ise Prof. Dr. Kayıhan Pala hakkında, 21 Nisan’da yaptığı “Türkiye’de henüz salgının tepe noktasını görmediğimizi düşünüyoruz” açıklaması nedeniyle “halkı yanlış bilgilendirdiği, paniğe yönlendirdiği” iddiasıyla, Bursa Valiliği İl İdare Kurulu, Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı’na suç duyurusunda bulunmuş; savcılık ise suç duyurusunu görevsizlik kararı ile Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü’ne göndererek bir soruşturma başlatılmasını talep etmiştir. Soruşturmayı tamamlayan Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü Sayın Pala’nın açıklamasının, ‘Herkes bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir’ düzenlemesini yapan anayasanın 27. Maddesi kapsamına uygun olduğu sonucuna varmış ve “Bilim insanının pandemiye izlemesi, veri toplaması, değerlendirmesi, yayınlaması, akademik olarak olağan bir durum, Anayasal bir hak” ifadesine yer vererek açılan soruşturmada men-i muhakeme kararını almıştır (**Gazete Duvar, 2020**).

Bilim insanlarının bilimsel bilgilerine dayanarak yaptığı değerlendirmelere eğer bir karşılık verilecek ise bunun yolu onu baskı altına almak için haklarında ceza soruşturması açmak, ceza tehdidi yöneltmek değildir; bu değer-

Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü Sayın Pala’nın açıklamasının, ‘Herkes bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir’ düzenlemesini yapan anayasanın 27. maddesi kapsamına uygun olduğu sonucuna varmış ve “Bilim insanının pandemiye izlemesi, veri toplaması, değerlendirmesi, yayınlaması, akademik olarak olağan bir durum, Anayasal bir hak” ifadesine yer vererek açılan soruşturmada men-i muhakeme kararını almıştır.



lendirmelerin neden hatalı olduğunu, bilimsel metoda, kanıta dayanan çalışmalarla açıklamaktır. Pandeminin tüm toplumun ve sağlık çalışanlarının sağlığı, yaşamı için ciddi tehdit oluşturduğu günlerdeyiz. Bu büyük sorunla, bilim insanlarını, hekimleri susturarak değil, onların eleştirel düşüncelerini, önerilerini hiçbir kaygı duymadan özgürce ifade etmelerini sağlayarak, onlardan yararlanarak baş edebiliriz.

### **Bilimsel veri savaşları**

Bilimsel çalışmaların piyasa koşullarından etkilendiğini, içinde yaşadığımız neoliberal çağda, bilim dünyasının küresel politikalardan nasibini aldığını yadsımak olası değildir. Burada eski dönemlere ait Nazi Almanyasında “bilim ve araştırma” adına yapılan “tıbbi” deneylere, ya da Stalin döneminde Mendel karşıtı görüşlerin savunucusu Lisenko’nun tarım uygulamalarına değinmeyeceğim; iktidarlara hizmet eden bilim dünyasını bir kenara bırakalım. Ama pandemi döneminde yaşanan ve bilime güveni sarsan, bilimin ticarileşmesine örnek olacak bir gelişmeye değinmek uygun olacaktır. 22 Mayıs 2020 tarihinde Lancet dergisinde Dr M. Mehra ve arkadaşlarının COVID-19 hastalarının tedavisinde hidrosiklorokin kullanımı ile ilgili bir makaleleri yayınlandı; çalışmalarında, söz konusu tedavi protokollerinin bir yararını görmediklerini belirterek, üstelik hastalarda gelişen çeşitli kardiyolojik sorunlara dikkat çekiliyordu (**Mehra, 2020a**). Altı kıtaya dağılmış toplam 671 hastaneden alınan 14.888 hastaya ait bilgiler “Surgishere Corporation” ismindeki bir data toplayıcı kuruluştan sağladıkları hasta dosyalarına ait verilerinin analizine dayanan bu çalışma, kısa sürede geniş yankı uyandırdı; ancak hasta ve tedavi protokollerinin homojen olmadığı gerekçe gösterilerek ağır eleştiri alan çalışma grubu, kısa süre sonra yazıyı dergiden çektiklerini ilan ettiler ve Lancet dergisinde 4 Haziran tarihinde yazının geri çekilme nedenlerini açıklayan bir yazı yayınladılar (**Mehra, 2020b**). Daha sonra verileri sağlayan, FDA onaylı(!) Kuruluşun güvenilirliği konusunda bilgiler gelmeye başladı ve “Surgishere Corporation” şirketinin kurucusu Dr Sapon Desai ağır biçimde eleştirildi.

Bu yazıda makalenin değeri ve eleştirilen noktaları tartışmak istemiyorum; ancak tüm olup bitenler, veri toplamanın da ticari bir meta haline gelmesi sonucu, saygın bir tıp dergisinde çıkan makalenin güvenilirliğinin tartışılmasına ve sonuçta “bilime” güveni zedeleyici bir gelişmeye yol açması nedeni ile önemlidir.

Yeri gelmişken bilim dünyasında yaşanan “yayın” sorununa kısaca değinmek uygun olacaktır. Özellikle pandemi döneminde çok fazla çalışmanın dergilere gönderildiği, sonuçta bir “yayın enflasyonu” (infodemik) yaşandığı görülmektedir. Bu durumda makalelerin değerlendirilme süreçleri ayrı bir önem kazanmıştır. Bir yandan çağımızın özelliği olarak karşımıza çıkan “sürekli olma” dürtüsü, öte yandan başarı kazanma kaygısı ile “ilk olma” endişesi, dönem dönem dergileri ve editörler kurullarını açmaza sürüklemekte ve çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Şimdiye dek “itici faktör” olarak kabul edilen çalışmayı yayına dönüştürme kaygısı, artık bazı olumsuzlukların kaynağını oluşturacak şekilde özensizliğe yol açmaktadır. Bu bağlamda hakemlik süreci ve editörün rolü önem kazanmaktadır.

Veri toplamanın da ticari bir meta haline gelmesi, saygın bir tıp dergisinde çıkan makalenin güvenilirliğinin tartışılmasına ve sonuçta “bilime” güveni zedeleyici bir gelişmeye yol açması nedeni ile önemlidir.

Politika-bilim ilişkisinde dönem dönem gözlenen olumsuzluklar, kurumların aldıkları kararların zaman içinde değişmesi konusunda da yaşanmıştır. Food and Drug Administration (FDA) tarafından alınan COVID-19 hastalarının tedavisinde hidroklorokin kullanımı onayı, pandemi sürecinde gözlenen önemli bir örnektir. 28 Mart 2020 tarihinde bu tedavi yaklaşımına onay veren kuruluş, 15 Haziran 2020 tarihinde kararını geri çekmiş ve bu kez ilacın kullanımının etkili olmadığını ilan etmiştir (**Thomson, 2020**).

### **Bilimin öncülüğü**

Pandeminin henüz ilan edilmediği Ocak 2020 döneminden başlayarak, etken SARS-cov-2'nin ve etkenin yol açtığı COVID-19'un çeşitli özelliklerini irdeleyen; korunma ve tedaviye yönelik yeni aşı ve ilaç çalışmalarını konu alan çok sayıda çalışma yapılmış ve yapılmaktadır. Nitekim 7 Eylül 2020 tarihi itibarı ile pubmed'de yer alan ve hakemli dergilerde çıkan 52.024 araştırma yayınlanmış olup, tamamlanmış ancak henüz hakem denetiminden geçmemiş (medrxiv, biorxiv listesinde yer alan) 8.450 çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda etkenin virolojik özellikleri, vücutta oluşturduğu hasarın immünolojik mekanizması, bulaş yolları, hastalıktan korunma ve tedavi yöntemleri gibi başlıklar ayrıntıları ile tartışılmakta; SARS-cov-2'nin benzer virüslerden (SARS-cov-1 ve MERS-cov gibi) ayrılan özellikleri ve genel anlamda aykırı nitelikleri ortaya konmakta; pandemiye sosyal ve ekonomik açılarından ele alan araştırmalar ile toplumlara etkisi kısa ve uzun vadede irdelenmeye çalışılmaktadır. Tüm bu araştırmalar, elde edilen bulgular ve getirileri bilimsel çalışmaların önemini gözler önüne sermektedir.

Bilimsel veriler karar alıcıların saptayacağı önlemleri yönlendirmeli ve belirlemelidir. Bilimsel doğruların yayılması ve kitlelere ulaşması, bazı gruplarca engellenebilir, ancak bu olumsuzluk bir süre için yaşansa da, sonuçta kazanan taraf bilimsel gerçekler olmuştur. Örneğin bilim insanları sigaranın zararlarını, küresel ısınma gerçeğinin önemini uzun süredir haykırırken, te-keller bunlara karşı mücadele ettiler ve bir süre bilimin sesinin yüksek sesle duyurmasını engelleyebildiler. Ancak sonunda bilimsel gerçeklik kazandı ve her iki konuda da “gerçeğe” bilimsel yollardan erişilebileceği bir kez daha kanıtlandı.

Bugün yaşadığımız pandemi sürecinde, asıl sorunun acımasız sermaye ekonomisine alternatif olmadığını vurgulayan ürkütücü neoliberal kehane-tin, “başka seçenek yok” (*there is no alternative*) söylevi olduğunu anlamalıyız. Yaşanan ve yaşanacak salgınların asıl nedeninin, ekolojiye, doğaya özensizce saldırı olduğu gerçeği belki şimdilik “marjinal görüşler” olarak değerlendirilip yadsınmakta; “herşeyin başı ekonomi” düşüncesi doğrultusunda büyüme baskısı, üretim yükümlülüğü ve verim takıntısı insanlığın tek hedefi olarak gösterilmektedir. Bu sakıncalı yaklaşımı küresel boyutta terk edilerek yeni bir yaşam şekli geliştirmek asıl hedef olmalıdır. Ve bu hedefe ilerleme, ancak bilime, bilimsel çalışmalara öncülük görevi vererek sağlanabilir. Günümüzde bilime güven duyulmasına, bilimin de güvenilir olmasına çalışmak daha çok önem kazanmıştır. Unutmayalım artık “sağlam ve doğru” bilime her zamankinden daha çok ihtiyacımız var.

### **Kaynaklar**

Bilimsel veriler karar alıcıların saptayacağı önlemleri yönlendirmeli ve belirlemelidir. Bilimsel doğruların yayılması ve kitlelere ulaşması, bazı gruplarca engellenebilir, ancak bu olumsuzluk bir süre için yaşansa da, sonuçta kazanan taraf bilimsel gerçekler olmuştur.

- Amnesty International. Exposed, Silenced, Attacked: Failures to protect health and essential workers during COVID-19 pandemic. (2020) Index: POL 40/2572/2020, London.
- Asadi S, Bouvier N, Wexler AS, Ristenpart WD. (2020) The coronavirus pandemic and aerosols: does COVID-19 transmit via expiratory particles? Aerosol Sci Tech, 54(6): 635-638.
- Bayram H, Köktürk N, Elbek O, Kılınç O, Sayiner A, Dağlı E, on behalf of the Turkish Thorasic Society. (2020) Interference in scientific research on COVID-19 in Turkey. Lancet, 396:4623.
- Bir+Bir Forum. Salgına Körükle gitmek. Erişim 6 Eylül 2020. <https://birartibir.org/siyaset/825-salgina-korukle-gitmek>.
- Gazete Duvar, Prof Dr Kayıhan Pala hakkındaki soruşturma sonlandırıldı. Erişim 6 Eylül 2020. <https://www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/09/01/prof-dr-kayhan-pala-hakkındaki-sorusturma-sonlandirildi/>
- He D, Zhao S, Lin Q et al. (2020) The relative transmissibility of asymptomatic COVID-19 infections among close contacts. Intern J Infect Dis, 94: 145-147.
- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. (2020) Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect, 104: 246-251.
- Koca F. (2020) Promotion of scientific research on COVID-19 in Turkey. Lancet, doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31864-x.
- Long QX, Tang XJ, Shi QL et al. (2020) Clinical and immunological assesement of asymptomatic SARS-cov-2 infections. Nature Med, 26: 1200-1204.
- Mayor F, Forti A. (1997) Bilim ve İktidar, TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları 48, (1. Basım), Ankara, Nurol Matbaacılık.
- Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F, Patel AN. (2020) Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis www.thelancet.com Published online May 22, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6).
- Mehra MR, Ruschitzka F, Patel. AN. (2020) Retraction—Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis, Lancet, 395: 1820.
- Oran DP, Topol EJ. (2020) Prevalence of asymptomatic SARS-cov-2 infection. Ann Intern Med; doi:10.7326/M20-3012.
- Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. (2020) Interpreting diagnostic tests for SARS-cov-2. JAMA, 323: 2249-2251.
- Thomson K, Nachlis H. (2020) Emergency use autorizations during the COVID-19 pandemic. Lessons from hydroxychloroquine for vaccine authorization and approval. JAMA, doi:10/1001/jama.2020.16253.
- WHO-Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public (2020a). Erişim 6 Eylül 2020. When and how to use masks <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>
- WHO- Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters. (2020b) Erişim 6 Eylül 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>.
- Yeo C, Kaushal S, Yeo D.(2020) Enteric involvement of coronaviruses: is faecal-oral transmission of SARS-cov-2 possible? Lancet, 5: 335-336.

## COVID-19 PANDEMİSİNDE BİLİMSEL ARAŞTIRMA YAPMAK

### **Dr. Nurdan Köktürk**

Tıp Doktoru, Profesör, Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

Pandeminin Türkiye’deki başlangıcından kısa bir süre sonra Nisan ayında bilimsel çalışma hazırlıklarına başlamış bir akademisyen olarak yaşadıklarımızı anlatarak süreci özetlemek uygun olur kanısındayım.

Nisan ayı başında COVID-19 nedeniyle bir çok merkezli retro-prospektif kohort araştırma, Türk Toraks Derneği (TTD) desteği ile tüm Türkiye’den 50 merkez, 100 araştırmacı ile “TTD TURCOVID 19 Gözlemsel Kayıt Çalışması” adıyla planlanmıştı. Dosya, Nisan ayının 20’sinde yapılan etik kurul toplantısında değerlendirmeye alınmıştı. Bu esnada 16. Nisan 2020 tarihindeki Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından 16.04.2020 16:01:35 tarihli E.96795 sayılı evrak numarası ile bilimsel araştırmalara yönelik bir genelge yayınlandı. Buna göre tüm COVID-19 araştırmaları (retrospektif bile olsa) Sağlık Bakanlığı onayına tabii tutuldu. İlk etapta bu izin sürecinde Sağlık Müdürlükleri sorumlu kılınmış iken, sonrasında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kapsamında tüm araştırmaların online bir sistem üzerinden Sağlık Bakanlığına başvurusu zorunluluğu getirildi. Bu kapsamda bir yandan etik kurul süreci devam ederken, bir yandan Bakanlık başvurusu yaptığımız araştırmamız (TTD TURCOVID 19) on günlük bir inceleme sonunda çok merkezli araştırmalar için yapılan Sağlık Bakanlığı kohortuna katılmamız önerisiyle sonuçlandı. Bu öneri tarafımızca kabul görmedi ve ardından araştırmamız red edildi.

Bu konuda süreçte kamuoyunda çeşitli dile getirmeler yer almış, Bilim Akademisi 12 Mayıs 2020 tarihli bildirisi ile ayrıntılı olarak gerekçeleriyle açıklandığı üzere araştırmaların bakanlık onayına tabii tutulmasının bilimsel özerklikle uyuşmadığı ve sakıncalı olduğu bildirildi (<https://bilimakademisi.org/wp-content/uploads/2020/05/bilim-akademisi-duyurusu-covid-19-arastirmalari-hakkinda-bildirim-yukumluluğu-sakincalidir-mayis-2020.pdf>).

Konu hakkında TTD’nin Lancet dergisinde kaleme aldığı “Interference in scientific research on COVID 19 in Turkey” ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31691-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31691-3/fulltext)) yazısına cevaben Sağlık Bakanlığı tarafından

kaleme alınan yazıda; 1 Eylül itibariyle Sağlık Bakanlığına 9 bin 317 araştırma başvurusu olduğu ifade edildi. Bunların büyük bir kısmının kabul edildiği, kabul edilmeyen çok merkezli araştırmaların Sağlık Bakanlığının kendi yürüttüğü kohort çalışmalarına katılmaya davet edildiği bildirildi (“Promotion of scientific research on COVID-19 in Turkey”. Published Online September 3, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31864-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31864-X)). Bu konunun detayında çok merkezli araştırmalar için Sağlık Bakanlığı’na bağlı bulunan hastanelerle ortak yapılacak çok merkezli bir araştırmada Sağlık Bakanlığı verilerine ulaşım izni verilmesi için araştırmacıların Bakanlıkça yürütülecek ağ araştırmalarına dahil olması gerekli kılınmıştı.

Bu durum çok merkezli bir araştırmayı Bakanlık dışında yürütmeyi mümkün kılmamaktadır. Oysa ki TURCOVID 19 çalışması ile büyük merkezi datadan yoğun veri çekilmesi gibi bir hedef yoktu, araştırmacılar sadece kendi merkezlerinde kendi takip ettikleri hasta verilerini kendi hastanelerinin arşivlerinden çekeceklerdi.

Şu an itibariyle PUBMED’de ‘COVID 19 Turkey’ anahtar kelimesi verildiğinde 819 yayın görülürken, “COVID 19 multicenter study Turkey” anahtar kelimesi ile 10 yayın çıkmaktadır. Yayınlar, Pediatri, Üroloji gibi bilim dallarındandır.

([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416592/pdf/431\\_2020\\_Article\\_3767.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416592/pdf/431_2020_Article_3767.pdf)). Türkiye’den PUBMED’de henüz hastalık profiline ilişkin çok merkezli geniş ölçekli bir araştırma yayınlanmamıştır (PUBMED Son Erişim: 10 Nisan 2020).



## COVID-19 KONULU TÜRKİYE YAYINLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ<sup>98</sup>

Türk Tabipleri Birliği Altıncı Ay Raporu için ülkemizden 1 Ocak 2020 ile 1 Eylül 2020 tarihleri arasında PUBMED veritabanında taranan yayınlar retrospektif olarak değerlendirildi. Yayınların yazı türü, ilk yazarın departmanı, farklı ise diğer yazar departmanları kaydedildi. Klinik çalışmaların konusu ve içeriği araştırıldı.

Tarama süresinde yayınlanmış olan toplam 653 makalenin 184'ü (%28) klinik çalışma (ikisi meta-analiz), 123'ü (%19) derleme, rapor, rehber veya konsensus raporları, 78'i (%12) olgu sunumları idi. Editöre mektup niteliğindeki yazıların sayısı 149 (%23) iken, kalan 119 (%18) yayını (editorial, pictorial, correspondence, interview, descriptive, comments, perspective, book chapter, öneri) diğer tür yazılar oluşturmuştu.

Yayınların 221'i (%34) birden fazla departman ortaklığı ile hazırlanmıştı. İlk yazarın departmanına göre değerlendirildiğinde, tıp fakültesi branşları tüm yayınların 545'ini (%83,5) oluşturmuş, kalan 108 makale mühendislik, diş hekimliği, hemşirelik, eczacılık gibi diğer fakültelerden yayınlanmıştı. Diğer fakültelerin yayınlarının 50'si (%46) klinik çalışma, 21'i (%19) derleme iken, 12'si (%11) editöre mektup, 25'i (%23) diğer makaleler olarak sınıflandırıldı.

En çok makale yayınlayan departmanlar sırasıyla dermatoloji (n=42), enfeksiyon hastalıkları (n=38), göğüs hastalıkları (n=33), iç hastalıkları (n=32), radyoloji (n=30) ve pediatri (n=27) idi (Tablo). Aşağıdaki tabloda gösterilmeyen diğer branşlar, biyokimya, fizyoloji, alerji ve immünoloji, histoloji ve embriyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, patoloji, spor hekimliği, göğüs cerrahisi, pediyatrik yan dal branşları gibi branşlar idi.

Yazı türleri ile bölümler arası işbirliği benzer saptandı [klinik çalışmaların 66'sında (%36), derlemelerin 35'inde (%29), olgu sunumlarının 37'sinde (%47), editöre mektupların 45'inde (%30), ve diğer yazıların 38'inde (%32) saptandı (p=0,051)].

Toplam 78 olgu bildiriminde 96 vaka sunulmuştu.

Dikkat çekici iki klinik araştırmada 10 binin üzerinde SARS-cov-2 genomu analizi yapılmıştı.

Toplam 653 makalenin 184'ü (%28) klinik çalışma (ikisi meta-analiz), 123'ü (%19) derleme, rapor, rehber veya konsensus raporları, 78'i (%12) olgu sunumları idi. Editöre mektup niteliğindeki yazıların sayısı 149 (%23) iken, kalan 119 (%18) yayını (editorial, pictorial, correspondence, interview, descriptive, comments, perspective, book chapter, öneri) diğer tür yazılar oluşturmuştu.

<sup>98</sup> Teşekkür: Yayınlanan araştırmaları rapor için niceliksel olarak analiz eden Türk Toraks Derneği'ne teşekkür ederiz

Klinik çalışmalardan COVID-19 vakaları ile ilgili olan 87 çalışmada toplam 13.532 (7-1.792) hasta analiz edilmişti.

Çalışmaların 57'si pandeminin erişkin veya çocuklar üzerindeki sosyal etkileri ve sağlık çalışanları/ tıp fakültesi/diğ hekimliği/hemşirelik fakültesi öğrencileri ile ilgili depresyon, anksiyete ve pandemi ile ilişkili bilgi düzeyi değerlendirmeleri idi. Bu çalışmalarda 10-8.943 arası birey analiz edilmişti.

Hastanede mevcut hastalığı olan hastalar, opere edilen veya hastaneye başvurusunda olası hasta olarak tetkik edilen hastalar ile ilgili yapılan 29 çalışmada ise 31-6.467 arası hasta analiz edilmişti.

PUBMED'de indekslenen Türkiye kökenli araştırmalar niteliksel açıdan genel olarak analiz edildiğinde;

- Yayınlanan klinik araştırmaların çoğunluğunun tek ya da az sayıda merkez verisine sahip olduğu
- Türkiye'deki COVID-19 hastalarını temsil edecek ve onların tanı, tedavi ve takip çıktılarını ortaya koyacak çok merkezli araştırmanın bulunmadığı
- Ülke genelinde etkisini tüm şiddetiyle gösteren pandeminin evresini, yayılım biçimini ve kontrolüne dair alınan önlemlerin etkinliğini gösteren araştırmaların olmadığı görülmüştür.

**Tablo: İlk Yazar Departmanına Göre Beş ve Üzerinde Yayın Saptanan Branşlar**

Branşlar	Yayın Sayıları
Acil Tıp	7
Aile Hekimliği	5
Anestezi	16
Çocuk Psikiyatrisi	6
Dahiliye	32
Dermatoloji	42
Enfeksiyon Hastalıkları	38
Farmakoloji	10
FTR	17
Gastroenteroloji	5
Genel Cerrahi	11
Göğüs Hastalıkları	33
Göz Hastalıkları	9
Halk Sağlığı	8
Hematoloji	16
Kadın Doğum	25
Kardiyoloji	18

Kardiovasküler Cerrahi	16
KBB	13
Mikrobiyoloji	6
Nefroloji	8
Nöroloji	14
Nöroşirurji	5
Ortopedi	5
Pediatric	27
Pediatric Enfeksiyon	6
Pediatric Hematoloji - Onkoloji	8
Plastik Cerrahi	6
Psikiyatri	14
Radyoloji	30
Romatoloji	18
Tıbbi Biyoloji	5
Tıbbi Onkoloji	14
Üroloji	12

### Türkiye Kökenli Yayın Listesi

1. Yuksel M, Akturk H, Arıkan C. Immune monitoring of a child with autoimmune hepatitis and type 1 diabetes during COVID-19 infection. European journal of gastroenterology & hepatology. 2020;32(9):1251-5.
2. Yıldız F, Oksuzoglu B. Teleoncology or telemedicine for oncology patients during the COVID-19 pandemic: the new normal for breast cancer survivors? Future oncology (London, England). 2020.
3. Yıldırım M, Güler A. Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. Personality and individual differences. 2021;168:110347.
4. Yigenoglu TN, Ata N, Altuntas F, Bascı S, Dal MS, Korkmaz S, et al. The outcome of COVID-19 in patients with hematological malignancy. Journal of medical virology. 2020.
5. Yeşilkanat CM. Spatio-temporal estimation of the daily cases of COVID-19 in worldwide using random forest machine learning algorithm. Chaos, solitons, and fractals. 2020;140:110210.
6. Yavaş Çelik M. The effect of staying at home due to COVID-19 outbreak on nursing students' life satisfaction and social competencies. Perspectives in psychiatric care. 2020.

7. Yarali N, Akcabelen YM, Unal Y, Parlakay AN. Hematological parameters and peripheral blood morphologic abnormalities in children with COVID-19. *Pediatric blood & cancer*. 2020:e28596.
8. Yalçın N, Demirkan K. COVID-19 and remdesivir in pediatric patients: the invisible part of the iceberg. *Pediatric research*. 2020.
9. Ürün Y, Hussain SA, Bakouny Z, Castellano D, Kılıçkap S, Morgan G, et al. Survey of the Impact of COVID-19 on Oncologists' Decision Making in Cancer. *JCO global oncology*. 2020;6:1248-57.
10. Ulu S, Gungor O, Gok Oguz E, Hasbal NB, Turgut D, Arici M. COVID-19: a novel menace for the practice of nephrology and how to manage it with minor devastation? *Renal failure*. 2020;42(1):710-25.
11. Ufuk F, Savaş R, Hazirolan T. Radiological approaches to COVID-19 pneumonia. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(5):1440-1.
12. Türkoğlu S, Uçar HN, Çetin FH, Güler HA, Tezcan ME. The relationship between chronotype, sleep, and autism symptom severity in children with ASD in COVID-19 home confinement period. *Chronobiology international*. 2020:1-7.
13. Tuna O, Enez Darcin A, Tarakcioglu MC, Aksoy UM. COVID-19 Positive Psychiatry Inpatient Unit: A unique experience. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2020:e12410.
14. Toptan T, Aktan Ç, Başarı A, Bolay H. Case Series of Headache Characteristics in COVID-19: Headache Can Be an Isolated Symptom. *Headache*. 2020.
15. Tokgoz VY, Kaya Y, Tekin AB. The level of anxiety in infertile women whose ART cycles are postponed due to the COVID-19 outbreak. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2020:1-8.
16. Tatar E, Karatas M, Bozaci I, Ari A, Acar T, Simsek C, et al. Intravenous Immunoglobulin and Favipiravir treatment for A Kidney Transplant Patient with Severe Covid-19 Pneumonia. *Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis*. 2020:102904.
17. Taşlıdere B, Mehmetaj L, Özcan AB, Gülen B, Taşlıdere N. Melkersson-Rosenthal syndrome induced by COVID-19: A case report. *The American journal of emergency medicine*. 2020.
18. Tanriverdi O, Ozcan M. Questions asked through two examples of dilemmas of publication ethics in the process of COVID-19. *Medical oncology (Northwood, London, England)*. 2020;37(10):86.
19. Tanacan E, Aksoy Sarac G, Emeksiz MC, Dincer Rota D, Erdogan FG. Changing Trends in Dermatology Practice During COVID-19

- Pandemic: A Single Tertiary Center Experience. Dermatologic therapy. 2020:e14136.
20. Tanacan A, Erol SA, Turgay B, Anuk AT, Secen EI, Yegin GF, et al. The rate of SARS-cov-2 positivity in asymptomatic pregnant women admitted to hospital for delivery: Experience of a pandemic center in Turkey. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2020;253:31-4.
  21. Sürmelioglu N, Yalçın N, Kuşçu F, Candevir A, İnal AS, Kömür S, et al. Physicians' knowledge of potential covid-19 drug-drug interactions: An online survey in turkey. Postgraduate medicine. 2020:1-5.
  22. Sipahi OR. What should be the ideal definite COVID-19 case definition? Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2020.
  23. Şenışık S, Denerel N, Köyağasıoğlu O, Tunç S. The effect of isolation on athletes' mental health during the COVID-19 pandemic. The Physician and sportsmedicine. 2020:1-7.
  24. Şenel E, Topal FE. Holistic Analysis of Coronavirus Literature: A Scientometric Study of the Global Publications Relevant to SARS-cov-2 (COVID-19), MERS-cov (MERS) and SARS-cov (SARS). Disaster medicine and public health preparedness. 2020:1-15.
  25. Sen V, Eren H, Kazaz IO, Goger YE, İzol V, Tarhan H, et al. Easily accessible, up-to-date and standardized training model in Urology: E-Learning Residency training program (ERTP). International journal of clinical practice. 2020:e13683.
  26. Semerci R, Kudubes AA, Eşref F. Assessment of Turkish oncology nurses' knowledge regarding COVID-19 during the current outbreak in Turkey. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2020:1-8.
  27. Sayan M, Sarigul Yildirim F, Sanlidag T, Uzun B, Uzun Ozsahin D, Ozsahin I. Capacity Evaluation of Diagnostic Tests For COVID-19 Using Multicriteria Decision-Making Techniques. Computational and mathematical methods in medicine. 2020;2020:1560250.
  28. Sayan A, Coftas R, Gonen ZB, Ilankovan V. Head and neck/maxillofacial nurse-led clinical activity during COVID-19 Pandemic - experience of one unit. The British journal of oral & maxillofacial surgery. 2020.
  29. Samanlioglu F, Kaya BE. Evaluation of the COVID-19 Pandemic Intervention Strategies with Hesitant F-AHP. Journal of healthcare engineering. 2020;2020:8835258.
  30. Salepci E, Turk B, Ozcan SN, Bektas ME, Aybal A, Dokmetas I, et al. Symptomatology of COVID-19 from the otorhinolaryngology perspective: a survey of 223 SARS-cov-2 RNA-positive patients. European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the Euro-



- pean Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2020:1-11.
31. Sahin MK, Sahin G. Family medicine departments and healthcare centres during COVID-19 pandemic in Turkey. *The European journal of general practice*. 2020;26(1):102-3.
  32. Palabiyik F, Kokurcan SO, Hatipoglu N, Cebeci SO, Inci E. Imaging of COVID-19 pneumonia in children. *The British journal of radiology*. 2020;93(1113):20200647.
  33. Öztürk S, Elçin AE, Koca A, Elçin YM. Therapeutic Applications of Stem Cells and Extracellular Vesicles in Emergency Care: Futuristic Perspectives. *Stem cell reviews and reports*. 2020:1-21.
  34. Ozturk CN, Kuruoglu D, Ozturk C, Rampazzo A, Gurunian Gurunluoglu R. Plastic Surgery and the COVID-19 Pandemic: A Review of Clinical Guidelines. *Annals of plastic surgery*. 2020;85(2S Suppl 2):S155-s60.
  35. Ozturk A, Sener MU, Yılmaz A. Bronchoscopic procedures during COVID-19 pandemic: Experiences in Turkey. *Journal of surgical oncology*. 2020.
  36. Ozger HS, Dizbay M, Corbacioglu SK, Aysert P, Demirbas Z, Tuncan OG, et al. The prognostic role of neopterin in COVID-19 patients. *Journal of medical virology*. 2020.
  37. Ozaras R, Arslan O, Cirpin R, Duman H. Coinfections among COVID-19 patients: A need for combination therapy? *Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi*. 2020.
  38. Öncül H, Öncül FY, Alakus MF, Çağlayan M, Dag U. Ocular findings in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in an outbreak hospital. *Journal of medical virology*. 2020.
  39. Oncel MY, Akın IM, Kanburoglu MK, Tayman C, Coskun S, Narter F, et al. A multicenter study on epidemiological and clinical characteristics of 125 newborns born to women infected with COVID-19 by Turkish Neonatal Society. *European journal of pediatrics*. 2020:1-10.
  40. Öksüm Solak E, Baran Ketencioglu B, Aslaner H, Çınar SL, Kartal D, Benli AR, et al. Cutaneous Symptoms of Patients Diagnosed with Covid-19 in One Province: A Cross-Sectional Survey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*. 2020.
  41. Nadaroglu H. Antiviral drugs and plasma therapy used for Covid-19 treatment: a nationwide Turkish algorithm. *Drug metabolism reviews*. 2020:1-9.

42. Medetalibeyoğlu A, Şenkal N, Çapar G, Köse M, Tükek T. Characteristics of the initial patients hospitalized for COVID-19: a single-center report. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(5):1436-9.
43. Kutlu Ö, Metin A. Relative changes in the pattern of diseases presenting in dermatology outpatient clinic in the era of the COVID-19 pandemic. *Dermatologic therapy*. 2020:e14096.
44. Kundi H, Balcı MM, Güngörer B, Yeşiltepe M, Coşkun N, Sürel AA. Trends in acute myocardial infarction admissions during the COVID-19 pandemic in Ankara, Turkey. *Anatolian journal of cardiology*. 2020;24(2):81-2.
45. Kuman tunçel Ö, pullukçu H, Erdem HA, Kurtaran B, taşbakan SE, taşbakan M. COVID-19 related anxiety in people living with HIV: An online cross-sectional study. *Turkish journal of medical sciences*. 2020.
46. Korun O, Yurdakök O, Arslan A, Çiçek M, Selçuk A, Kılıç Y, et al. The impact of COVID-19 pandemic on congenital heart surgery practice: An alarming change in demographics. *Journal of cardiac surgery*. 2020.
47. Korkmaz H. Could Sumac Be Effective on COVID-19 Treatment? *Journal of medicinal food*. 2020.
48. Koker O, Demirkan FG, Kayaalp G, Cakmak F, Tanatar A, Karadag SG, et al. Does immunosuppressive treatment entail an additional risk for children with rheumatic diseases? A survey-based study in the era of COVID-19. *Rheumatology international*. 2020;40(10):1613-23.
49. Koc G, Odabasi Z, Tan E. Myasthenic Syndrome Caused by Hydroxychloroquine Used for COVID-19 Prophylaxis. *Journal of clinical neuromuscular disease*. 2020;22(1):60-2.
50. Kisa S, Kisa A. Under-reporting of COVID-19 cases in Turkey. *The International journal of health planning and management*. 2020.
51. Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2020:e12406.
52. Kesici S, Aykan HH, Orhan D, Bayrakci B. Fulminant COVID-19-related myocarditis in an infant. *European heart journal*. 2020;41(31):3021.
53. Kekilli M, Kasapoglu B, Cigdem Sahin B, Yozgat A. Is emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography safe in COVID-19 pandemic? *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2020.
54. Kayaaslan B, Korukluoglu G, Hasanoglu I, Kalem AK, Eser F, Akinci E, et al. Investigation of SARS-cov-2 in Semen of Patients in the

- Acute Stage of COVID-19 Infection. *Urologia internationalis*. 2020:1-6.
55. Kavukcu E, Akdeniz M. Tsunami after the novel coronavirus (COVID-19) pandemic: A global wave of suicide? *The International journal of social psychiatry*. 2020:20764020946348.
  56. Karahan I. The COVID-19 anxiety of hospitalised patients in a palliative care unit. *International journal of palliative nursing*. 2020;26(6):267.
  57. Karadeniz H, Yamak BA, Özger HS, Sezenöz B, Tufan A, Emmi G. Anakinra for the Treatment of COVID-19-Associated Pericarditis: A Case Report. *Cardiovascular drugs and therapy*. 2020:1-3.
  58. Kara E, Demirkan K, Unal S. Recommendations for use of a hydroxychloroquine loading dose in patients with COVID-19. *International journal of antimicrobial agents*. 2020;56(3):106123.
  59. Kara C, Çelen K, Dede F, Gökmenoğlu C, Kara NB. Is periodontal disease a risk factor for developing severe Covid-19 infection? The potential role of Galectin-3. *Experimental biology and medicine* (Maywood, NJ). 2020:1535370220953771.
  60. Idilman IS, Telli Dizman G, Ardali Duzgun S, Irmak I, Karcaaltincaba M, Inkaya AC, et al. Lung and kidney perfusion deficits diagnosed by dual-energy computed tomography in patients with COVID-19-related systemic microangiopathy. *European radiology*. 2020.
  61. Gur M, Taka E, Yilmaz SZ, Kilinc C, Aktas U, Golcuk M. Conformational transition of SARS-cov-2 spike glycoprotein between its closed and open states. *The Journal of chemical physics*. 2020;153(7):075101.
  62. Gul S, Tuncay K, Binici B, Aydin BB. Transmission dynamics of Covid-19 in Italy, Germany and Turkey considering social distancing, testing and quarantine. *Journal of infection in developing countries*. 2020;14(7):713-20.
  63. Gul S, Ozcan O, Asar S, Okyar A, Baris I, Kavakli IH. In silico identification of widely used and well-tolerated drugs as potential SARS-cov-2 3C-like protease and viral RNA-dependent RNA polymerase inhibitors for direct use in clinical trials. *Journal of biomolecular structure & dynamics*. 2020:1-20.
  64. Gul M, Kaynar M, Yildiz M, Batur AF, Akand M, Kilic O, et al. The Increased Risk of Complicated Ureteral Stones in the Era of COVID-19 Pandemic. *Journal of endourology*. 2020;34(8):882-6.
  65. Gucyetmez B, Atalan HK, Sertdemir I, Cakir U, Telci L. Therapeutic plasma exchange in patients with COVID-19 pneumonia in intensive care unit: a retrospective study. *Critical care (London, England)*. 2020;24(1):492.

66. Gormez S, Ekicibasi E, Degirmencioglu A, Paudel A, Erdim R, Gumusel HK, et al. Association between renin-angiotensin-aldosterone system inhibitor treatment, neutrophil-lymphocyte ratio, D-Dimer and clinical severity of COVID-19 in hospitalized patients: a multicenter, observational study. *Journal of human hypertension*. 2020;1-10.
67. Gokmen Y, Turen U, Erdem H, Tokmak İ. National Preferred Interpersonal Distance Curbs the Spread of COVID-19: A Cross-country Analysis. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020;1-15.
68. Gemcioglu E, Erden A, Davutoglu M, Karabuga B, Kucuksahin O. Acute Ischemic Stroke in a Lupus Anticoagulant-Positive Woman With COVID-19. *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*. 2020;26(6):236-7.
69. Erturk SM, Durak G, Ayyildiz H, Comert RG, Medetalibeyoglu A, Senkal N, et al. Covid-19: Correlation of Early Chest Computed Tomography Findings With the Course of Disease. *Journal of computer assisted tomography*. 2020.
70. Ertugrul S, Soylemez E. Explosion in hearing aid demands after Covid-19 outbreak curfew. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*. 2020;1-2.
71. Erdede O, Sarı E, Uygur Külcü N, Uyur Yalçın E, Sezer Yamanel RG. An overview of smell and taste problems in paediatric COVID-19 patients. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2020.
72. Elmas Ö F, Demirbaş A, Düzyayak S, Atasoy M, Türsen Ü, Lotti T. Melanoma and COVID-19: A narrative review focused on treatment. *Dermatologic therapy*. 2020:e14101.
73. Ekiz T, Kara M, Özçakar L. Revisiting vitamin D and home-based exercises for patients with sleep apnea facing the COVID-19 quarantine. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2020;16(8):1409-10.
74. Ekiz T, İnönü Köseoğlu H, Pazarlı AC. Obstructive sleep apnea, renin-angiotensin system, and COVID-19: possible interactions. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2020;16(8):1403-4.
75. Ekci B. Easy-to-use electrocautery smoke evacuation device for open surgery under the risk of the COVID-19 pandemic. *The Journal of international medical research*. 2020;48(8):300060520949772.
76. Dursun OB, Turan B, Pakyürek M, Tekin A. Integrating Telepsychiatric Services into the Conventional Systems for Psychiatric Support to Health Care Workers and Their Children During COVID-19 Pandem-

- ics: Results from A National Experience. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. 2020.
77. Dinleyici EC, Borrow R, Safadi MAP, van Damme P, Munoz FM. Vaccines and routine immunization strategies during the COVID-19 pandemic. Human vaccines & immunotherapeutics. 2020;1-8.
  78. Deniz R, Çağatay AA, Gül A. Letter: is pneumococcal vaccination safe during the COVID-19 pandemic? Alimentary pharmacology & therapeutics. 2020;52(5):919-20.
  79. Cura Yayla BC, Ozsurekci Y, Aykac K, Derin P, Lacinel Gürlevik S, Ilbay SG, et al. Characteristics and Management of Children With COVID-19 in Turkey. Balkan medical journal. 2020.
  80. Coşkun H, Yıldırım N, Gündüz S. The spread of COVID-19 virus through population density and wind in Turkey cities. The Science of the total environment. 2020;751:141663.
  81. Cici R, Yilmazel G. Determination of anxiety levels and perspectives on the nursing profession among candidate nurses with relation to the COVID-19 pandemic. Perspectives in psychiatric care. 2020.
  82. Ceylan RF, Ozkan B, Mulazimogullari E. Historical evidence for economic effects of COVID-19. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2020;21(6):817-23.
  83. Çetin FH, Uçar HN, Türkoğlu S, Kahraman EM, Kuz M, Güleç A. Chronotypes and trauma reactions in children with ADHD in home confinement of COVID-19: full mediation effect of sleep problems. Chronobiology international. 2020;1-8.
  84. Çelebi G, Pişkin N, Çelik Bekleviç A, Altunay Y, Salcı Keleş A, Tüz MA, et al. Specific risk factors for SARS-cov-2 transmission among health care workers in a university hospital. American journal of infection control. 2020.
  85. Can Sarınoğlu R, Sili U, Eryuksel E, Olgun Yıldizeli S, Cimsit C, Karahasan Yagci A. Tuberculosis and COVID-19: An overlapping situation during pandemic. Journal of infection in developing countries. 2020;14(7):721-5.
  86. Çalışkan F, Mıdık Ö, Baykan Z, Şenol Y, Tanrıverdi E, Tengiz F, et al. The knowledge level and perceptions toward COVID-19 among Turkish final year medical students. Postgraduate medicine. 2020;1-9.
  87. Çalıcı Utku A, Budak G, Karabay O, Güçlü E, Okan HD, Vatan A. Main symptoms in patients presenting in the COVID-19 period. Scottish medical journal. 2020;36933020949253.
  88. Cakiroglu S, Yeltekin C, Fisgin T, Oner OB, Aksoy BA, Bozkurt C. Are the Anxiety Levels of Pediatric Hematology-Oncology Patients



- Different From Healthy Peers During the COVID-19 Outbreak? Journal of pediatric hematology/oncology. 2020.
89. Cag Y, Icten S, Isik-Goren B, Baysal NB, Bektas B, Selvi E, et al. A novel approach to managing COVID-19 patients; results of lopinavir plus doxycycline cohort. European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology. 2020;1-5.
  90. Biterge Süt B. Molecular profiling of immune cell-enriched Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-cov-2) interacting protein USP13. Life sciences. 2020;258:118170.
  91. Beyazit F, Beyazit Y, Tanoglu A, Haznedaroglu IC. Ankaferd hemo-stat (ABS) as a potential mucosal topical agent for the management of COVID-19 syndrome based on its PAR-1 inhibitory effect and oes-trogen content. Medical hypotheses. 2020;143:110150.
  92. Belen-Apak FB, Sarialioğlu F. Pulmonary intravascular coagulation in COVID-19: possible pathogenesis and recommendations on antico-agulant/thrombolytic therapy. Journal of thrombosis and thrombo-lysis. 2020;50(2):278-80.
  93. Baysun Ş, Akar MN. WEIGHT GAIN IN CHILDREN DURING THE COVID-19 QUARANTINE PERIOD. Journal of paediatrics and child health. 2020.
  94. Bayram H, Köktürk N, Elbek O, Kılınç O, Sayiner A, Dağlı E. Interfer-ence in scientific research on COVID-19 in Turkey. Lancet (London, England). 2020;396(10249):463-4.
  95. Bayraktaroğlu S, Çinkooğlu A, Ceylan N, Savaş R. The novel coro-navirus pneumonia (COVID-19): a pictorial review of chest CT fea-tures. Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey). 2020.
  96. Baycan OF, Barman HA, Atici A, Tatlisu A, Bolen F, Ergen P, et al. Evaluation of biventricular function in patients with COVID-19 using speckle tracking echocardiography. The international journal of car-diovascular imaging. 2020:1-10.
  97. Batur LK, Hekim N. The role of DBP gene polymorphisms in the prevalence of new coronavirus disease 2019 infection and mortality rate. Journal of medical virology. 2020.
  98. Başcı S, Ata N, Altuntaş F, Yiğenoğlu TN, Dal MS, Korkmaz S, et al. Outcome of COVID-19 in patients with chronic myeloid leukemia re-ceiving tyrosine kinase inhibitors. Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners. 2020:1078155220953198.
  99. Bahat PY, Kaya C, Selçuki NFT, Polat İ, Usta T, Oral E. The COVID-19 pandemic and patients with endometriosis: A survey-based study conducted in Turkey. International journal of gynaecology and ob-

- stetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2020.
100. Aytogan H, Ayintap E, Özkalay Yılmaz N. Detection of Coronavirus Disease 2019 Viral Material on Environmental Surfaces of an Ophthalmology Examination Room. *JAMA ophthalmology*. 2020.
  101. Ayhan Başer D, Çevik M, Gümüştakim Ş, Başara E. Assessment of individuals' attitude, knowledge and anxiety towards COVID-19 at the first period of the outbreak in Turkey: A web-based cross-sectional survey. *International journal of clinical practice*. 2020:e13622.
  102. Aydın S, Nakiyingi BA, Esmen C, Güneysu S, Ejjada M. Environmental impact of coronavirus (COVID-19) from Turkish perceptive. *Environment, development and sustainability*. 2020:1-8.
  103. Aydın Bahat K, Parmaksiz E, Sert S. The clinical characteristics and course of COVID-19 in hemodialysis patients. *Hemodialysis international International Symposium on Home Hemodialysis*. 2020.
  104. Avci H, Karabulut B, Farasoglu A, Boldaz E, Evman M. Relationship between anosmia and hospitalisation in patients with coronavirus disease 2019: an otolaryngological perspective. *The Journal of laryngology and otology*. 2020:1-14.
  105. Avci A, Yesiloglu O, Avci BS, Sumbul HE, bugrayapici S, Kuvvetli A, et al. Spontaneous subarachnoidal hemorrhage in patients with Covid-19: case report. *Journal of neurovirology*. 2020:1-3.
  106. Ates OF, Taydas O, Dheir H. Thorax Magnetic Resonance Imaging Findings in Patients with Coronavirus Disease (COVID-19). *Academic radiology*. 2020.
  107. Ataş O, Talo Yildirim T. Evaluation of knowledge, attitudes, and clinical education of dental students about COVID-19 pandemic. *Peerj*. 2020;8:e9575.
  108. Atalay A, Soran Türkcan B, Taşoğlu İ, Külahçioğlu E, Yılmaz M, Ecevit AN, et al. MANAGEMENT OF CONGENITAL CARDIAC SURGERY DURING COVID-19 PANDEMIC. *Cardiology in the young*. 2020:1-20.
  109. Aslan H, Pekince H. Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in psychiatric care*. 2020.
  110. Altunisik Toplu S, Altunisik N, Turkmen D, Ersoy Y. Relationship between hand hygiene and cutaneous findings during COVID-19 pandemic. *Journal of cosmetic dermatology*. 2020.
  111. Alpaydin AO, Gezer NS, Simsek GO, Tertemiz KC, Kutsoylu OOE, Zeka AN, et al. Clinical and Radiological Diagnosis of Non-SARS-cov-2 Viruses in the Era of Covid-19 Pandemic. *Journal of medical virology*. 2020.

112. Aktaş A, Tüzün B, Aslan R, Sayin K, Ataseven H. New anti-viral drugs for the treatment of COVID-19 instead of favipiravir. *Journal of biomolecular structure & dynamics*. 2020;1-11.
113. Aksu K, Nazıroğlu T, Özkan P. Factors determining COVID-19 pneumonia severity in a country with routine BCG vaccination. *Clinical and experimental immunology*. 2020.
114. Aksoy E, Oztutgan T. COVID-19 Presentation in Association with Myasthenia Gravis: A Case Report and Review of the Literature. *Case reports in infectious diseases*. 2020;2020:8845844.
115. Aker S, Mıdık Ö. The Views of Medical Faculty Students in Turkey Concerning the COVID-19 Pandemic. *Journal of community health*. 2020;45(4):684-8.
116. Akçay Ş, Özlü T, Yılmaz A. Response to letter to the editor: Radiological approaches to COVID-19 pneumonia. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(5):1442-3.
117. Akcabelen YM, Gurlek Gokcebay D, Yaralı N. Dysplastic Changes of Peripheral Blood Cells in COVID-19 Infection. *Turkish journal of haematology : official journal of Turkish Society of Haematology*. 2020.
118. Afsin A, Ecemis K, Asoglu R. Effects of Short-Term Hydroxychloroquine Plus Moxifloxacin Therapy on Corrected QT Interval and Tp-e Interval in Patients With COVID-19. *Journal of clinical medicine research*. 2020;12(9):604-11.
119. Yurttaş B, Oztas M, Tunc A, Balkan İ, Tabak OF, Hamuryudan V, et al. Characteristics and outcomes of Behçet's syndrome patients with Coronavirus Disease 2019: a case series of 10 patients. *Internal and emergency medicine*. 2020:1-5.
120. Yüce M, Adalı E, Kanmaz B. An analysis of youtube videos as educational resources for dental practitioners to prevent the spread of COVID-19. *Irish journal of medical science*. 2020:1-8.
121. Yıldız E. What can be said about lifestyle and psychosocial issues during the coronavirus disease pandemic? First impressions. *Perspectives in psychiatric care*. 2020.
122. Yıldırım M, Güler A. COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death studies*. 2020:1-8.
123. Yiğenoğlu TN, Ulas T, Dal MS, Korkmaz S, Erkurt MA, Altuntaş F. Extracorporeal blood purification treatment options for COVID-19: The role of immunoadsorption. *Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis*. 2020;59(4):102855.

124. Yiğenoğlu TN, Hacibekiroğlu T, Berber İ, Dal MS, Baştürk A, Namdaroğlu S, et al. Convalescent plasma therapy in patients with COVID-19. *Journal of clinical apheresis*. 2020;35(4):367-73.
125. Yenerçay M, Arslan U, Doğduş M, Günel Ö, Öztürk Ç E, Aksan G, et al. Evaluation of electrocardiographic ventricular repolarization variables in patients with newly diagnosed COVID-19. *Journal of electrocardiology*. 2020;62:5-9.
126. Yazar H, Kayacan Y, Ozdin M. De Ritis ratio and biochemical parameters in COVID-19 patients. *Archives of physiology and biochemistry*. 2020:1-5.
127. Yavuz S, Kesici S, Bayrakci B. Physiological advantages of children against COVID-19. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2020;109(8):1691.
128. Yassa M, Yirmibes C, Cavusoglu G, Eksi H, Dogu C, Usta C, et al. Outcomes of universal SARS-cov-2 testing program in pregnant women admitted to hospital and the adjuvant role of lung ultrasound in screening: a prospective cohort study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2020:1-7.
129. Yassa M, Mutlu MA, Birol P, Kuzan TY, Kalafat E, Usta C, et al. Lung ultrasonography in pregnant women during the COVID-19 pandemic: an interobserver agreement study among obstetricians. *Ultrasonography (Seoul, Korea)*. 2020.
130. Yalçın N, Ak S, Demirkan K. Do psychotropic drugs used during COVID-19 therapy have an effect on the treatment process? *European journal of hospital pharmacy : science and practice*. 2020.
131. Yalçın Bahat P, Aldıkaçtıoğlu Talmaç M, Bestel A, Topbas Selcuki NF, Karadeniz O, Polat I. Evaluating the effects of the COVID-19 pandemic on the physical and mental well-being of obstetricians and gynecologists in Turkey. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2020.
132. Velioglu A, Tuğlular S. Care of asymptomatic SARS-cov-2 positive kidney transplant recipients. *Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation*. 2020.
133. Vatansev H, Kadiyoran C, Cumhuriyet Cure M, Cure E. COVID-19 infection can cause chemotherapy resistance development in patients with breast cancer and tamoxifen may cause susceptibility to COVID-19 infection. *Medical hypotheses*. 2020;143:110091.
134. Usul E, Şan İ, Bekgöz B, Şahin A. The role of hematological parameters in COVID-19 patients in the emergency room. *Biomarkers in medicine*. 2020.

135. Ustun G. Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*. 2020:20764020938807.
136. Ufuk F. Multiple thromboemboli in Covid-19. *The American journal of emergency medicine*. 2020.
137. Tutar N, Baran Ketencioglu B, Temel Ş, Gündoğan K, Karabıyık Ö, Sungur M. Images in Vascular Medicine: Peripheral artery thrombosis in critically ill patients with COVID-19. *Vascular medicine (London, England)*. 2020:1358863x20938431.
138. Turkmen D, Altunisik N, Sener S, Colak C. Evaluation of the effects of COVID-19 pandemic on hair diseases through a web-based questionnaire. *Dermatologic therapy*. 2020:e13923.
139. Turgut A, Arlı H, Altundağ Ü, Hancıoğlu S, Egeli E, Kalenderer Ö. Effect of COVID-19 pandemic on the fracture demographics: Data from a tertiary care hospital in Turkey. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*. 2020;54(4):355-63.
140. Tuncer T, Karaci M, Boga A, Durmaz H, Guven S. QT interval evaluation associated with the use of hydroxychloroquine with combined use of azithromycin among hospitalised children positive for coronavirus disease 2019. *Cardiology in the young*. 2020:1-4.
141. Tuncer FF. The spread of fear in the globalizing world: The case of COVID-19. *Journal of public affairs*. 2020:e2162.
142. Toraman S, Alakus TB, Turkoglu I. Convolutional capsnet: A novel artificial neural network approach to detect COVID-19 disease from X-ray images using capsule networks. *Chaos, solitons, and fractals*. 2020;140:110122.
143. Topcu M, Gulal OS. The impact of COVID-19 on emerging stock markets. *Finance research letters*. 2020:101691.
144. To T, Viegi G, Cruz A, Taborda-Barata L, Asher I, Behera D, et al. A global respiratory perspective on the COVID-19 pandemic: commentary and action proposals. *The European respiratory journal*. 2020;56(1).
145. Tanriverdi E, çörtük M, Yildirim BZ, uğur Chousein EG, Turan D, Çınarka H, et al. The use of hydroxychloroquine plus azithromycin and early hospital admission are beneficial in Covid-19 patients: Turkey experience with real-life data. *Turkish journal of medical sciences*. 2020.
146. Soysal P, Kara O. Delirium as the first clinical presentation of the coronavirus disease 2019 in an older adult. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2020.
147. Sirakaya E, Sahiner M, Sirakaya HA. A Patient with Bilateral Conjunctivitis Positive for Sars-Cov-2 RNA in Conjunctival Sample. *Cornea*. 2020.



148. Sert A. Children diagnosed with coronavirus disease 2019 may have cardiac involvement. *Pediatric pulmonology*. 2020.
149. Şenkal N, Meral R, Medetalibeyoğlu A, Konyaoğlu H, Kose M, Tukek T. Association between chronic ACE inhibitor exposure and decreased odds of severe disease in patients with COVID-19. *Anatolian journal of cardiology*. 2020;24(1):21-9.
150. Şendur HN. Adherence to ALARA principle in the era of COVID-19 pandemic. *Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey)*. 2020.
151. Sayin I, Yazici ZM. Taste and Smell Impairment in SARS-cov-2 Recovers Early and Spontaneously: Experimental Data Strongly Linked to Clinical Data. *ACS chemical neuroscience*. 2020;11(14):2031-3.
152. Sarioğlu N. Asthma and COVID-19: What do we know? *Tuberkuloz ve toraks*. 2020;68(2):141-7.
153. Saricaoglu EM, Hasanoglu I, Guner R. The first reactive arthritis case associated with COVID-19. *Journal of medical virology*. 2020.
154. Sarbay H, Atay A, Malbora B. COVID-19 Infection in a Child With Thalassemia Major After Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2020.
155. Saka C. Analytical Methods on Determination in Pharmaceuticals and Biological Materials of Chloroquine as Available for the Treatment of COVID-19. *Critical reviews in analytical chemistry*. 2020:1-16.
156. Sahin D, Tanacan A, Moraloglu Tekin O. Response to concerns about the use of delivery table shield in the vaginal delivery of the pregnant women with suspected/diagnosed COVID-19. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020.
157. Sahin D, Tanacan A, Erol SA, Anuk AT, Eyi EGY, Ozgu-Erdinc AS, et al. A pandemic center's experience of managing pregnant women with COVID-19 infection in Turkey: A prospective cohort study. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2020.
158. Şahbat Y, Buyuktopcu O, Topkar OM, Erol B. Management of orthopedic oncology patients during coronavirus pandemic. *Journal of surgical oncology*. 2020.
159. Rahman MA, Zaman N, Asyhari AT, Al-Turjman F, Alam Bhuiyan MZ, Zolkipli MF. Data-driven dynamic clustering framework for mitigating the adverse economic impact of Covid-19 lockdown practices. *Sustainable cities and society*. 2020;62:102372.
160. Polat V, Bostancı G. Sudden death due to acute pulmonary embolism in a young woman with COVID-19. *Journal of thrombosis and thrombolysis*. 2020;50(1):239-41.

161. Pınar Senkalfa B, Sismanlar Eyuboglu T, Aslan AT, Ramaslı Gursoy T, Soysal AS, Yapar D, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on anxiety among children with cystic fibrosis and their mothers. *Pediatric pulmonology*. 2020;55(8):2128-34.
162. Parlakpınar H, Polat S, Acet HA. Pharmacological agents under investigation in the treatment of coronavirus disease 2019 and the importance of melatonin. *Fundamental & clinical pharmacology*. 2020.
163. Palmeira A, Sousa E, Köseler A, Sabirli R, Gören T, Türkçüer İ, et al. Preliminary Virtual Screening Studies to Identify GRP78 Inhibitors Which May Interfere with SARS-cov-2 Infection. *Pharmaceuticals* (Basel, Switzerland). 2020;13(6).
164. Özveri H, Eren MT, Kırıçoğlu CE, Sarıgözel N. Atypical presentation of SARS-cov-2 infection in male genitalia. *Urology case reports*. 2020;33:101349.
165. Ozturker ZK. Conjunctivitis as sole symptom of COVID-19: A case report and review of literature. *European journal of ophthalmology*. 2020;1120672120946287.
166. Oztig LI, Askin OE. Human mobility and coronavirus disease 2019 (COVID-19): a negative binomial regression analysis. *Public health*. 2020;185:364-7.
167. Özger HS, Aysert Yıldız P, Gaygisiz Ü, uğraş dikmen A, demirbaş gülmey Z, Yıldız M, et al. The factors predicting pneumonia in COVID-19 patients: preliminary results of a university hospital in Turkey. *Turkish journal of medical sciences*. 2020.
168. Ozder A. A novel indicator predicts 2019 novel coronavirus infection in subjects with diabetes. *Diabetes research and clinical practice*. 2020;166:108294.
169. Ozbaran NB, Kose S, Barankoglu I, Dogan N, Bildik T. A new challenge for child psychiatrists: Inpatient care management during coronavirus pandemic. *Asian journal of psychiatry*. 2020;54:102303.
170. Ozaras R, Uraz S. Hemoptysis in COVID-19: Pulmonary Emboli Should be Ruled Out. *Korean journal of radiology*. 2020;21(7):931-3.
171. Ozaras R, Cirpin R, Duman H, Duran A, Arslan O, Leblebicioglu H. An open call for influenza vaccination pending the new wave of COVID-19. *Journal of medical virology*. 2020.
172. Ok F, Erdogan O, Durmus E, Carkci S, Canik A. Predictive values of blood urea nitrogen/creatinine ratio and other routine blood parameters on disease severity and survival of COVID-19 patients. *Journal of medical virology*. 2020.
173. Oguz-Akarsu E, Ozpar R, Mirzayev H, Acet-Ozturk NA, Hakyemez B, Ediger D, et al. Guillain-Barré Syndrome in a Patient With Minimal

- Symptoms of COVID-19 Infection. *Muscle & nerve*. 2020;62(3):E54-e7.
174. Oguz-Akarsu E, Ozpar R, Hakyemez B, Karli N. Reply: "Spinal nerve pathology in Guillain-Barré syndrome associated with COVID-19 infection". *Muscle & nerve*. 2020.
  175. Obek C, Doganca T, Argun OB, Kural AR. Management of prostate cancer patients during COVID-19 pandemic. *Prostate cancer and prostatic diseases*. 2020;23(3):398-406.
  176. Nour M, Cömert Z, Polat K. A Novel Medical Diagnosis model for COVID-19 infection detection based on Deep Features and Bayesian Optimization. *Applied soft computing*. 2020:106580.
  177. Nalbantoglu OU. Group testing performance evaluation for SARS-cov-2 massive scale screening and testing. *BMC medical research methodology*. 2020;20(1):176.
  178. Morgul E, Bener A, Atak M, Akyel S, Aktaş S, Bhugra D, et al. COVID-19 pandemic and psychological fatigue in Turkey. *The International journal of social psychiatry*. 2020:20764020941889.
  179. Kutlu Ö. Analysis of dermatologic conditions in Turkey and Italy by using Google Trends analysis in the era of the COVID-19 pandemic. *Dermatologic therapy*. 2020:e13949.
  180. Korkmaz MF, Türe E, Dorum BA, Kılıç ZB. The Epidemiological and Clinical Characteristics of 81 Children with COVID-19 in a Pandemic Hospital in Turkey: an Observational Cohort Study. *Journal of Korean medical science*. 2020;35(25):e236.
  181. Koçak G, Ergul Y, Nişli K, Hatemi AC, Tutar E, Tokel NK, et al. Evaluation and follow-up of pediatric COVID-19 in terms of cardiac involvement: A scientific statement from the Association of Turkish Pediatric Cardiology and Pediatric Cardiac Surgery. *Anatolian journal of cardiology*. 2020;24(1):13-8.
  182. Keske Ş, Tekin S, Sait B, İrkören P, Kapmaz M, Çimen C, et al. Appropriate use of Tocilizumab in COVID-19 Infection. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2020.
  183. Keles E, Akis S, Kemal Ozturk U, Eser Ozyurek S, Api M. Gynecological surgeries during the COVID-19 pandemic in Turkey. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2020.
  184. Kayhan Tetik B, Gedik Tekinemre I, Taş S. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Smoking Cessation Success. *Journal of community health*. 2020:1-5.
  185. Kayhan S, Kocakoç E. Pulmonary Fibrosis Due to COVID-19 Pneumonia. *Korean journal of radiology*. 2020;21(11):1273-5.

186. Kasap Cuceoglu M, Batu ED, Bilginer Y, Özen S. COVID-19 in paediatric rheumatology patients treated with b/tsdmards: a cross-sectional patient survey study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020.
187. Karataş A, İnkaya A, Demiroğlu H, Aksu S, Haziyeve T, Çınar OE, et al. Prolonged viral shedding in a lymphoma patient with COVID-19 infection receiving convalescent plasma. *Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis*. 2020;102871.
188. Karaşar B, Canlı D. Psychological Resilience and Depression during the Covid-19 Pandemic in Turkey. *Psychiatria Danubina*. 2020;32(2):273-9.
189. Karahan S, Cetinkaya A, Aydın K, Aslan Sirakaya H. Comment on: 'Characteristics associated with hospitalisation for COVID-19 in people with rheumatic disease: data from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry' by Gianfrancesco et al. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020.
190. Karadaş Ö, Öztürk B, Sonkaya AR. A prospective clinical study of detailed neurological manifestations in patients with COVID-19. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2020;41(8):1991-5.
191. Karadağ B. Renin-angiotensin system inhibition in COVID-19 patients: Friend or foe? *Anatolian journal of cardiology*. 2020;24(1):30-1.
192. Karacin C, Bilgetekin I, F BB, Oksuzoglu OB. How does COVID-19 fear and anxiety affect chemotherapy adherence in patients with cancer. *Future oncology (London, England)*. 2020.
193. Kalemci S, Sarıhan A, Zeybek A, Kargı AB. Acute pulmonary embolism in COVID-19 disease. *International journal of cardiology*. 2020.
194. Kackin O, Ciydem E, Aci OS, Kutlu FY. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *The International journal of social psychiatry*. 2020:20764020942788.
195. Isik AT. Covid-19 Infection in Older Adults: A Geriatrician's Perspective. *Clinical interventions in aging*. 2020;15:1067-9.
196. İlhan B, Bayrakdar İ S, Orhan K. Dental radiographic procedures during COVID-19 outbreak and normalization period: recommendations on infection control. *Oral radiology*. 2020:1-5.
197. Hindilerden F, Yonal-Hindilerden I, Sevtap S, Kart-Yasar K. Immune Thrombocytopenia in a Very Elderly Patient With Covid-19. *Frontiers in medicine*. 2020;7:404.

198. Hindilerden F, Yonal-Hindilerden I, Akar E, Yesilbag Z, Kart-Yasar K. Severe Autoimmune Hemolytic Anemia in COVID-19 Infection, Safely Treated with Steroids. *Mediterranean journal of hematology and infectious diseases*. 2020;12(1):e2020053.
199. Hindilerden F, Yonal-Hindilerden I, Akar E, Kart-Yasar K. Covid-19 associated autoimmune thrombotic thrombocytopenic purpura: Report of a case. *Thrombosis research*. 2020;195:136-8.
200. Haslak F, Yildiz M, Adrovic A, Sahin S, Koker O, Aliyeva A, et al. Management of childhood-onset autoinflammatory diseases during the COVID-19 pandemic. *Rheumatology international*. 2020;40(9):1423-31.
201. Hasanoglu I, Bilgic Z, Olcucuoglu E, Karakan MS, Demirci BG, Kalem AK, et al. Do Lifestyle Changes of Renal Transplant Recipients During the Pandemic Reduce the Risk of Coronavirus Disease 2019? *Transplantation proceedings*. 2020.
202. Hamzaoglu K, Erel CT. Should estrogen be used in the co-treatment of COVID-19 patients? What is the rationale? *Maturitas*. 2020.
203. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of psychiatric research*. 2020;129:181-8.
204. Guven DC, Aktas BY, Aksun MS, Ucgul E, Sahin TK, Yildirim HC, et al. COVID-19 pandemic: changes in cancer admissions. *BMJ supportive & palliative care*. 2020.
205. Gürün Kaya A, Öz M, Erol S, Çiftçi F, Çiledağ A, Kaya A. High flow nasal cannula in COVID-19: a literature review. *Tuberkuloz ve toraks*. 2020;68(2):168-74.
206. Güneyli S, Atçeken Z, Doğan H, Altınmakas E, Atasoy K. Radiological approach to COVID-19 pneumonia with an emphasis on chest CT. *Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey)*. 2020;26(4):323-32.
207. Güner R, Hasanoğlu İ, Kayaaslan B, Aypak A, Kaya Kalem A, Eser F, et al. COVID-19 experience of the major pandemic response center in the capital: Results of the pandemic's first month in Turkey. *Turkish journal of medical sciences*. 2020.
208. Gunaydin S, Stammers AH. Perioperative management of COVID-19 patients undergoing cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2020;35(6):465-73.
209. Gülbay B, Azap A, Kaya A, Acıcan T. [Management of obstructive sleep apnea during COVID-19 pandemic]. *Tuberkuloz ve toraks*. 2020;68(2):135-40.
210. Gozgec E, Ogul H, Alay H. Left Ventricular Thrombus in a Patient Infecting by Covid-19. *The Annals of thoracic surgery*. 2020.



211. Gezer NS, Ergan B, Barış MM, Appak Ö, Sayiner AA, Balcı P, et al. COVID-19 S: A new proposal for diagnosis and structured reporting of COVID-19 on computed tomography imaging. Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey). 2020;26(4):315-22.
212. Fırat O, Yalçın N, Demirkan K. COVID-19 & antiepileptic drugs: Should we pay attention? Seizure. 2020;80:240-1.
213. Eskier D, Karakulah G, Suner A, Oktay Y. Rdpr mutations are associated with SARS-cov-2 genome evolution. Peerj. 2020;8:e9587.
214. Ertugrul G, Aktas H. Indirect skin sign of COVID-19 days: Striae rubrae. Journal of cosmetic dermatology. 2020.
215. Ertugrul G, Aktas H. Herpes zoster cases increased during COVID-19 outbreak. Is it possible a relation? The Journal of dermatological treatment. 2020:1.
216. Eroğlu I, Çelik Eroğlu B, Uyaroğlu OA, Sain Güven G. Blocking angiotensin earlier with RAS blockers, statins, and heparin in high-risk COVID-19 patients: Is the remedy here? Anatolian journal of cardiology. 2020;24(1):19-20.
217. Eroğlu H. Effects of Covid-19 outbreak on environment and renewable energy sector. Environment, development and sustainability. 2020:1-9.
218. Erkurt MA, Sarici A, Berber İ, Kuku İ, Kaya E, Özgül M. Life-saving effect of convalescent plasma treatment in covid-19 disease: Clinical trial from eastern Anatolia. Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis. 2020:102867.
219. Erensoy S. [SARS-cov-2 and Microbiological Diagnostic Dynamics in COVID-19 Pandemic]. Mikrobiyoloji bulteni. 2020;54(3):497-509.
220. Erbas M, Dost B. Evaluation of knowledge and attitudes among intensive care physicians during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina. 2020.
221. Ekiz T, Kara M, Özcan F, Ricci V, Özçakar L. Sarcopenia and COVID-19: A Manifold Insight on Hypertension and the Renin Angiotensin System. American journal of physical medicine & rehabilitation. 2020.
222. Dursun R, Temiz SA, Özer İ, Daye M, Ataseven A. Management of patients with Behçet's disease during the COVID-19 pandemic. Dermatologic therapy. 2020:e14063.
223. Dursun P, Dervisoglu H, Daggez M, Turan T, Kiliç F, Tekin Ö M, et al. Performing gynecologic cancer surgery during the COVID-19 pandemic in Turkey: A multicenter retrospective observational study. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2020.

224. Duran E, Kilic L, Durhan G, Inkaya A, Guven GS, Karakaya G, et al. Vital corner of diagnostic challenge: eosinophilic granulomatosis with polyangiitis or COVID-19 pneumonia? *Annals of the rheumatic diseases*. 2020.
225. Donmez YN, Aykan HH, Orhan D, Peker RO, Yilmaz M, Karagoz T. Intrapericardial inflammatory myofibroblastic tumour in a 3-month-old infant associated with Coronavirus OC43 presenting with pericardial tamponade. *Paediatrics and international child health*. 2020:1-7.
226. Dirim AB, Demir E, Safak S, Garayeva N, Ucar AR, Oto OA, et al. Hydroxychloroquine-Associated Hypoglycemia in Hemodialysis Patients With COVID-19. *Kidney international reports*. 2020.
227. Dilli D, Taşoğlu I. Perioperative care of the newborns with chds in the time of COVID-19. *Cardiology in the young*. 2020;30(7):946-54.
228. Dicker D, Bettini S, Farpour-Lambert N, Frühbeck G, Golan R, Goossens G, et al. Obesity and COVID-19: The Two Sides of the Coin. *Obesity facts*. 2020:1-9.
229. Dertlioğlu SB. Skin manifestations in COVID-19: A case series of five patients from Elazığ, Turkey. *Dermatologic therapy*. 2020:e13932.
230. Deniz M, Tezer H. Vertical transmission of SARS cov-2: a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2020:1-8.
231. Demirci Otluoğlu G, Yener U, Demir MK, Yilmaz B. Encephalomyelitis associated with Covid-19 infection: case report. *British journal of neurosurgery*. 2020:1-3.
232. Demirbaş A, Elmas Ö F, Atasoy M, Türsen Ü, Lotti T. A case of erythema multiforme major in a patient with COVID 19: The role of corticosteroid treatment. *Dermatologic therapy*. 2020:e13899.
233. Demir E, Uyar M, Parmaksiz E, Sinangil A, Yelken B, Dirim AB, et al. COVID-19 in kidney transplant recipients: A multicenter experience in Istanbul. *Transplant infectious disease : an official journal of the Transplantation Society*. 2020:e13371.
234. Cumhuri Cure M, Kucuk A, Cure E. Nsaids may increase the risk of thrombosis and acute renal failure in patients with COVID-19 infection. *Therapie*. 2020;75(4):387-8.
235. Coskun Benlidayi I, Kurtaran B, Tirasci E, Guzel R. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a patient with ankylosing spondylitis treated with secukinumab: a case-based review. *Rheumatology international*. 2020;40(10):1707-16.
236. Çopur S, Kanbay A, Afşar B, Elşürer Afşar R, Kanbay M. Pathological features of COVID-19 infection from biopsy and autopsy series. *Tuberkuloz ve toraks*. 2020;68(2):160-7.

237. Copcu HE. Potential Using of Fat-derived Stromal Cells in the Treatment of Active Disease, and also, in Both Pre- and Post-Periods in COVID-19. Aging and disease. 2020;11(4):730-6.
238. Çinkooğlu A, Hepdurgun C, Bayraktaroğlu S, Ceylan N, Savaş R. CT imaging features of COVID-19 pneumonia: initial experience from Turkey. Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey). 2020;26(4):308-14.
239. Çelik E, Çora AR. Treatment Approach to Coronavirus Disease (COVID-19) Seen Early After Open Heart Surgery. Case Report. SN comprehensive clinical medicine. 2020:1-5.
240. Celi KI, Onay-Besı Kcı A, Ayhan-Kilcığı LG. Approach to the mechanism of action of hydroxychloroquine on SARS-cov-2: a molecular docking study. Journal of biomolecular structure & dynamics. 2020:1-7.
241. Çelebier M, Haznedaroğlu İ C. Could Targeting HMGB1 be useful for the Clinical Management of COVID-19 Infection? Combinatorial chemistry & high throughput screening. 2020.
242. Cankay TU, Besenek M. What Do We Over-look During COVID-19 Pandemic? An Adolescent Stroke Case Presumed Conversion Disorder. Psychiatria Danubina. 2020;32(2):300-2.
243. Candemir İ, Ergün P. COVID-19 infections and pulmonary rehabilitation. Tuberkuloz ve toraks. 2020;68(2):192-4.
244. Can A, Coskun H. The rationale of using mesenchymal stem cells in patients with COVID-19-related acute respiratory distress syndrome: What to expect. Stem cells translational medicine. 2020.
245. Bozkurt HB. Is the impact of childhood vaccines on coronavirus disease 2019, which is moderate in pediatric patients, possible? Clinical and experimental vaccine research. 2020;9(2):183-4.
246. Bozkurt H, Gür H, Akıncı M, Aslan H, Karakullukçu Ç, Yıldırım D. Evaluation of patients undergoing emergency surgery in a COVID-19 pandemic hospital: a cross-sectional study. Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina. 2020.
247. Bostancıoğlu M. Temporal Correlation Between Neurological and Gastrointestinal Symptoms of SARS-cov-2. Inflammatory bowel diseases. 2020;26(8):e89-e91.
248. Bektaş O, Çerik İ B, Çerik H, Karagöz A, Kaya Y, Dereli S, et al. The relationship between severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS - COV - 2) pandemic and fragmented QRS. Journal of electrocardiology. 2020;62:10-3.
249. Bekci T. "Reversed halo sign" on 3D CT in COVID-19. Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey). 2020;26(4):379.

250. Bayhan T, Şahin S, Çulha V, Özbek N, Yaralı N. Pediatric patients with benign hematological diseases during the COVID-19 pandemic. *Pediatric blood & cancer*. 2020;67(9):e28595.
251. Bastug A, Hanifehnezhad A, Tayman C, Ozkul A, Ozbay O, Kazancıoglu S, et al. Virolactia in an Asymptomatic Mother with COVID-19. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. 2020;15(8):488-91.
252. Basara Akin I, Altay C, Eren Kutsoylu O, Secil M. Possible radiologic renal signs of COVID-19. *Abdominal radiology (New York)*. 2020:1-4.
253. Balli N, Kara E, Demirkan K. The Another Side of COVID-19 in Alzheimer's Disease Patients: Drug-Drug Interactions. *International journal of clinical practice*. 2020:e13596.
254. Azkur AK, Akdis M, Azkur D, Sokolowska M, van de Veen W, Brüggemann MC, et al. Immune response to SARS-cov-2 and mechanisms of immunopathological changes in COVID-19. *Allergy*. 2020;75(7):1564-81.
255. Aydın S, Akkoc RF, Aydın S. Overview of Covid-19 regarding the cardiovascular situation in the light of current reports. *Cardiovascular & hematological disorders drug targets*. 2020.
256. Aslan MM, Uslu Yuvacı H, Köse O, Toptan H, Akdemir N, Köroğlu M, et al. SARS-cov-2 is not present in the vaginal fluid of pregnant women with COVID-19. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2020:1-3.
257. Arpacıoglu S, Gurler M, Cakiroglu S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *The International journal of social psychiatry*. 2020:20764020940742.
258. Arisan ED, Uysal-Onganer P, Lange S. Putative Roles for Peptidylarginine Deiminases in COVID-19. *International journal of molecular sciences*. 2020;21(13).
259. Arıkan F, Yıldız Y, Ercan T, Oruc O, Akçay S, Yılmaz F, et al. Hydroxychloroquine-associated Thrombotic Thrombocytopenic Purpura. *Turkish journal of haematology : official journal of Turkish Society of Haematology*. 2020.
260. Aras-Atik E, Tecen-Yucel K, Bayraktar-Ekincioglu A. Are we aware of potential interactions between drugs used in lung cancer and drugs used in the treatment of COVID-19? *Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*. 2020:1078155220935506.

261. Altun E. The most common pediatric and adult dermatology patient complaints in a month of the COVID-19 pandemic in Turkey. *Dermatologic therapy*. 2020:e13972.
262. Altan A, Karasu S. Recognition of COVID-19 disease from X-ray images by hybrid model consisting of 2D curvelet transform, chaotic salp swarm algorithm and deep learning technique. *Chaos, solitons, and fractals*. 2020;140:110071.
263. Alper S, Bayrak F, Yilmaz O. Psychological correlates of COVID-19 conspiracy beliefs and preventive measures: Evidence from Turkey. *Current psychology (New Brunswick, NJ)*. 2020:1-10.
264. Aksu K. [Hyponatremia prolongs hospital stay in patients with community-acquired pneumonia]. *Tuberkuloz ve toraks*. 2020;68(2):200-4.
265. Aksoy H, Karadag AS, Wollina U. Angiotensin II Receptors - Impact for COVID-19 Severity. *Dermatologic therapy*. 2020:e13989.
266. Akşit E, Gazi E, Kırılmaz B, Yıldırım Ö T, Aydın F. The Crucial Importance of Optimal Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease during COVID-19 Pandemic. *Acta Cardiologica Sinica*. 2020;36(4):396.
267. Aksel G, Islam MM, Aslan T, Eroglu SE. Prolongation of QT interval due to hydroxychloroquine overdose used in COVID-19 treatment. *Turkish journal of emergency medicine*. 2020;20(3):149-51.
268. Akkoc T. COVID-19 and Mesenchymal Stem Cell Treatment; Mystery or Not. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020.
269. Akkoc N. Pseudoscience at the expense of rheumatic disease patients during the Coronavirus disease 2019 pandemic. *Clinical and experimental rheumatology*. 2020.
270. Akdeniz G, Kavakci M, Gozugok M, Yalcinkaya S, Kucukay A, Sahutogullari B. A Survey of Attitudes, Anxiety Status, and Protective Behaviors of the University Students During the COVID-19 Outbreak in Turkey. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:695.
271. Abdullahi A, Candan SA, Abba MA, Bello AH, Alshehri MA, Afamefuna Victor E, et al. Neurological and Musculoskeletal Features of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in neurology*. 2020;11:687.
272. Yuksel B, Cakmak K. Healthcare information on youtube: Pregnancy and COVID-19. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2020;150(2):189-93.
273. Yuksel A, Karadogan D, Gurkan CG, Akyil FT, Toreyin ZN, Marim F, et al. Unclear Issues Regarding COVID-19. *The Eurasian journal of medicine*. 2020;52(2):191-6.



274. Yozgat CY, Uzuner S, Bursal Duramaz B, Yozgat Y, Erenberk U, Iscan A, et al. Dermatological manifestation of pediatrics multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 in a 3-year-old girl. *Dermatologic therapy*. 2020:e13770.
275. Yılmaz S, Ertuğrul Özüç N, Özcebe O, Azap A, Çetin AT, Yenicesu İ, et al. Regulatory consideration on preparation and clinical use of COVID-19 convalescent plasma. *Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis*. 2020:102846.
276. Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological Status of Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*. 2020;30(6):26-31.
277. Yıldırım M, Güler A. Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. *Death studies*. 2020:1-8.
278. Yıldırım M, Geçer E, Akgül Ö. The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, health & medicine*. 2020:1-9.
279. Yekedüz E, Karcioğlu AM, Utkan G, Ürün Y. A clinical dilemma amid COVID-19 pandemic: missed or encountered diagnosis of cancer? *Future oncology (London, England)*. 2020.
280. Yamanoglu A, Akyol PY, Acar H, Celebi Yamanoglu NG, Topal FE, Kayalı A. How would you like your COVID-19? From a host with mild course disease, or from a severe one? *The American journal of emergency medicine*. 2020.
281. Uzuncakmak TK, Bayazit S, Askin O, Engin B, Kutlubay Z. Inpatient dermatology consultations during COVID 19 pandemic in a tertiary referral center. *Dermatologic therapy*. 2020:e13883.
282. Ugurlucan M, Yildiz Y, Oztas DM, Coban S, Beyaz MO, Sari G, et al. Congenital cardiac interventions during the peak phase of COVID-19 pandemics in the country in a pandemics hospital in Istanbul. *Cardiology in the young*. 2020:1-9.
283. Ugurel OM, Ata O, Turgut-Balik D. An updated analysis of variations in SARS-cov-2 genome. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):157-67.
284. Ufuk F. Radiological approach to COVID-19 pneumonia: Attention should be paid to pulmonary embolism and radiation exposure. *Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey)*. 2020.
285. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Ultraviolet and COVID-19 pandemic. *Journal of cosmetic dermatology*. 2020.
286. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Aesthetic dermatology procedures in coronavirus days. *Journal of cosmetic dermatology*. 2020;19(8):1822-5.

287. Turgutkaya A, Yavaşoğlu İ, Bolaman Z. Application of plasmapheresis for Covid-19 patients. Therapeutic apheresis and dialysis : official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy. 2020.
288. Türe H, Oğuz A. All in One: COVID-19 Personal Protective Equipment KIT. Turkish journal of anaesthesiology and reanimation. 2020;48(4):340-1.
289. Turan Ç, Metin N, Utlı Z, Öner Ü, Kotan Ö S. Change of the diagnostic distribution in applicants to dermatology after COVID-19 pandemic: What it whispers to us? Dermatologic therapy. 2020:e13804.
290. Tulgar S, Ahiskalioglu A, Thomas DT, Gurkan Y. Interfascial plane blocks as shortcut alternatives for regional anesthesia and pain management for SARS-cov-2 days: Not deeper, not longer. Be safe for everyone. Journal of clinical anesthesia. 2020;66:109948.
291. Topuzoğulları M, Acar T, Pelit Arayıcı P, Uçar B, Uğurel E, Abamor E, et al. An insight into the epitope-based peptide vaccine design strategy and studies against COVID-19. Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi. 2020;44(3):215-27.
292. Topaktaş R, Tokuç E, Ali Kutluhan M, Akyüz M, Karabay E, Çalışkan S. Clinical features and outcomes of COVID-19 patients with benign prostatic hyperplasia in ageing male: A retrospective study of 18 cases. International journal of clinical practice. 2020:e13574.
293. Tezcan ME, Doğan Gökçe G, Ozer RS. Laboratory abnormalities related to prolonged hospitalization in COVID-19. Infectious diseases (London, England). 2020;52(9):666-8.
294. Taştımur Ş, Ataseven H. Is it possible to use Proton Pump Inhibitors in COVID-19 treatment and prophylaxis? Medical hypotheses. 2020;143:110018.
295. Taştan C, Yurtsever B, Sir karakuş G, dilek kançağı D, demir S, Abanuz S, et al. SARS-cov-2 isolation and propagation from Turkish COVID-19 patients. Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi. 2020;44(3):192-202.
296. Tascioglu D, Yalta K, Yetkin E. Hypertension and diabetes mellitus in patients with COVID 19: a viewpoint on mortality. Cardiovascular endocrinology & metabolism. 2020;9(3):108-9.
297. Sultanoglu N, Baddal B, Suer K, Sanlidag T. Current situation of COVID-19 in northern Cyprus. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2020;26(6):641-5.
298. Soytaş M, Boz MY, Guzelburc V, Calik G, Kactan MC, Horuz R, et al. Analysis of patients undergoing urological intervention amid the

- COVID-19: experience from the pandemic hospital. *International urology and nephrology*. 2020:1-6.
299. Soy M, Atagündüz P, Atagündüz I, Sucak GT. Hemophagocytic lymphohistiocytosis: a review inspired by the COVID-19 pandemic. *Rheumatology international*. 2020:1-12.
  300. Sögüt S, Dolu İ, Cangöl E. The relationship between COVID-19 knowledge levels and anxiety states of midwifery students during the outbreak: A cross-sectional web-based survey. *Perspectives in psychiatric care*. 2020.
  301. Seyahi E, Poyraz BC, Sut N, Akdogan S, Hamuryudan V. The psychological state and changes in the routine of the patients with rheumatic diseases during the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Turkey: a web-based cross-sectional survey. *Rheumatology international*. 2020;40(8):1229-38.
  302. Senel K, Ozdinc M, Ozturkcan S. Single Parameter Estimation Approach for Robust Estimation of SIR Model With Limited and Noisy Data: The Case for COVID-19. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020:1-15.
  303. Selçuk M, Çınar T, Keskin M, Çiçek V, Kılıç Ş, Kenan B, et al. Is the use of ACE inhibitors associated with higher in-hospital mortality in Covid-19 pneumonia patients? *Clinical and experimental hypertension (New York, NY : 1993)*. 2020;42(8):738-42.
  304. Seçer İ, Ulaş S. An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Emotional Reactivity, Experiential Avoidance, Depression and Anxiety. *International journal of mental health and addiction*. 2020:1-14.
  305. Sayin İ, Yaşar KK, Yazici ZM. Taste and Smell Impairment in COVID-19: An AAO-HNS Anosmia Reporting Tool-Based Comparative Study. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2020:194599820931820.
  306. Sayin İ, Devecioğlu İ, Yazıcı ZM. A Closed Chamber ENT Examination Unit for Aerosol-Generating Endoscopic Examinations of COVID-19 Patients. *Ear, nose, & throat journal*. 2020:145561320931216.
  307. Savaş R. Alternative strategies for CT unit management during the COVID-19 pandemic: a single center experience. *Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey)*. 2020.
  308. Satıcı C, Demirkol MA, Sargin Altunok E, Gursoy B, Alkan M, Kamat S, et al. Performance of pneumonia severity index and CURB-65 in predicting 30-day mortality in patients with COVID-19. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2020;98:84-9.

309. Saracoglu KT, Saracoglu A, Demirhan R. Airway management strategies for the Covid 19 patients: A brief narrative review. *Journal of clinical anesthesia*. 2020;66:109954.
310. Sakalli E, Temirbekov D, Bayri E, Alis EE, Erdurak SC, Bayraktaroglu M. Ear nose throat-related symptoms with a focus on loss of smell and/or taste in COVID-19 patients. *American journal of otolaryngology*. 2020;41(6):102622.
311. Sahin TT, Akbulut S, Yilmaz S. COVID-19 pandemic: Its impact on liver disease and liver transplantation. *World journal of gastroenterology*. 2020;26(22):2987-99.
312. Sahin D, Ahmet Erol S, Tanacan A, Ozcan N, Keskin HL, Moraloglu Tekin O. Protective equipment to use in the vaginal delivery of the pregnant woman with suspected or diagnosed coronavirus disease 2019: delivery table shield. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020.
313. Saçar Demirci MD, Adan A. Computational analysis of microrna-mediated interactions in SARS-cov-2 infection. *Peerj*. 2020;8:e9369.
314. Roy A, Sarkar B, Celik C, Ghosh A, Basu U, Jana M, et al. Can concomitant use of zinc and curcumin with other immunity-boosting nutraceuticals be the arsenal against COVID-19? *Phytotherapy research* : PTR. 2020.
315. Ponti G, Maccaferri M, Ruini C, Tomasi A, Ozben T. Biomarkers associated with COVID-19 disease progression. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*. 2020;57(6):389-99.
316. Pazarlı AC, Parlak Z, Ekiz T. COVID-19 and Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Similarities and Differences. *Heart & lung : the journal of critical care*. 2020.
317. Özyer Y. 2019 Coronavirus Disease Applications Made During an Outbreak in a Chemotherapy Center: The Case of Turkey. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020:1-2.
318. Özkeskin M, Elibol N, Bakırhan S. Risk of COVID-19 disease in the elderly population and physiotherapy. *Physiotherapy*. 2020;108:76-7.
319. Ozkan B, Uysal CA, Ertas NM. Securing Posterior Auricular Incision with Button Headbands in Prominent Ear Patients Wearing Surgical Masks for Self-protection in the Pandemic. *Aesthetic plastic surgery*. 2020:1-3.
320. Ozeke O, Cay S, Ozcan F, Korkmaz A, Kara M, Topaloglu S, et al. EP lessons by legendary quartet of “Jackman-Klein-Prystowsky-Stevenson”: “A priceless opportunity” during the COVID-19 era. *Journal of cardiovascular electrophysiology*. 2020.
321. Özdemir V, Springer S, Garvey CK, Bayram M. COVID-19 Health Technology Governance, Epistemic Competence, and the Future of

- Knowledge in an Uncertain World. *Omics : a journal of integrative biology*. 2020;24(8):451-3.
322. Ozaras R, Cirpin R, Duran A, Duman H, Arslan O, Bakcan Y, et al. Influenza and COVID-19 coinfection: Report of six cases and review of the literature. *Journal of medical virology*. 2020.
  323. Oymak Y, Karapinar TH, Devrim İ. Why G6PD Deficiency Should Be Screened Before COVID-19 Treatment With Hydroxychloroquine? *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2020.
  324. Orhan IE, Senol Deniz FS. Natural Products as Potential Leads Against Coronaviruses: Could They be Encouraging Structural Models Against SARS-cov-2? *Natural products and bioprospecting*. 2020;10(4):171-86.
  325. Odabasi Z, Cinel I. Consideration of Severe Coronavirus Disease 2019 As Viral Sepsis and Potential Use of Immune Checkpoint Inhibitors. *Critical care explorations*. 2020;2(6):e0141.
  326. Nalbant A, Kaya T, Varim C, Yaylaci S, Tamer A, Cinemre H. Can the neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) have a role in the diagnosis of coronavirus 2019 disease (COVID-19)? *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*. 2020;66(6):746-51.
  327. Naharci MI, Katipoglu B, Tasci I. Coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak and geropsychiatric care for older adults: a view from Turkey. *International psychogeriatrics*. 2020:1-5.
  328. Murt A, Eskazan AE, Yilmaz U, Ozkan T, Ar MC. COVID-19 presenting with immune thrombocytopenia: A case report and review of the literature. *Journal of medical virology*. 2020.
  329. Marim F, Karadogan D, Eyuboglu TS, Emiralioglu N, Gurkan CG, Toreyin ZN, et al. Lessons Learned so Far from the Pandemic: A Review on Pregnants and Neonates with COVID-19. *The Eurasian journal of medicine*. 2020;52(2):202-10.
  330. Kutlu Ö, Aktaş H, İmren IG, Metin A. Short-term stress-related increasing cases of alopecia areata during the COVID-19 pandemic. *The Journal of dermatological treatment*. 2020:1.
  331. Koksall E, Dost B, Terzi Ö, Ustun YB, Özdin S, Bilgin S. Evaluation of Depression and Anxiety Levels and Related Factors Among Operating Theater Workers During the Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of perianesthesia Nurses*. 2020.
  332. Kobak S. Comment on “Colchicine may not be effective in COVID-19 infection; it may even be harmful?”. *Clinical rheumatology*. 2020;39(8):2487-8.
  333. Kobak S. COVID-19 infection in a patient with FMF: does colchicine have a protective effect? *Annals of the rheumatic diseases*. 2020.



334. Kırbaş İ, Sözen A, Tuncer AD, Kazancıoğlu F. Comparative analysis and forecasting of COVID-19 cases in various European countries with ARIMA, NARNN and LSTM approaches. *Chaos, solitons, and fractals*. 2020;138:110015.
335. Kilic O, Kalcioğlu MT, Cag Y, Tuysuz O, Pektas E, Caskurlu H, et al. Could sudden sensorineural hearing loss be the sole manifestation of COVID-19? An investigation into SARS-COV-2 in the etiology of sudden sensorineural hearing loss. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2020;97:208-11.
336. Khan I, Hatiboglu MA. Can COVID-19 induce glioma tumorigenesis through binding cell receptors? *Medical hypotheses*. 2020;144:110009.
337. Kerget B, Akgun M, Dogan N. Atypical Presentation of COVID-19: Acute Renal Failure. *The Eurasian journal of medicine*. 2020;52(2):224-6.
338. Kelahmetoglu O, Camlı MF, Kirazoglu A, Erbayat Y, Asgarzade S, Durgun U, et al. Recommendations for management of diabetic foot ulcers during COVID-19 outbreak. *International wound journal*. 2020.
339. Kaya C. The Importance of Vaginal Natural Orifice Surgeries in the Era of COVID-19 Pandemic. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2020.
340. Karakurt HU, Pir P. Integration of transcriptomic profile of SARS-cov-2 infected normal human bronchial epi-thelial cells with metabolic and protein-protein interaction networks. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):168-77.
341. Karaca Z, Yayli S, Çalışkan O. A unilateral purpuric rash in a patient with COVID-19 infection. *Dermatologic therapy*. 2020:e13798.
342. Karaahmet F, Kocaman SA. Endothelial progenitor cells and mesenchymal stem cells to overcome vascular deterioration and cytokine storm in critical patients with COVID-19. *Medical hypotheses*. 2020;144:109973.
343. Kara E, demirkan K, Ünal S. Knowledge and Attitudes Among Hospital Pharmacists About COVID-19. *Turkish journal of pharmaceutical sciences*. 2020;17(3):242-8.
344. Kant A, Kostakoğlu U, Atalar S, Erensoy Ş, Sevimli T, Ertunç B, et al. The relationship between diagnostic value of chest computed tomography imaging and symptom duration in COVID infection. *Annals of thoracic medicine*. 2020;15(3):151-4.
345. Kanburoglu MK, Altuntas O, Cicek AC. The Challenges of Contact Tracing in a Case of Early Neonatal Sepsis with COVID-19. *Indian journal of pediatrics*. 2020;87(8):647.

346. Jahan I, Onay A. Potentials of plant-based substance to inhabit and probable cure for the COVID-19. Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi. 2020;44(3):228-41.
347. İstifli ES, şihoglu Tepe A, sarikürkcü C, Tepe B. Interaction of certain monoterpenoid hydrocarbons with the receptor binding domain of 2019 novel coronavirus (2019-ncov), transmembrane serine protease 2 (TMPRSS2), cathepsin B, and cathepsin L (catb/L) and their pharmacokinetic properties. Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi. 2020;44(3):242-64.
348. Ilikci Sagkan R, Akin-Bali DF. Structural variations and expression profiles of the SARS-cov-2 host invasion genes in lung cancer. Journal of medical virology. 2020.
349. Ilcol TB, Cure E, Cumhuri Cure M. Comment on “ACE inhibitors and COVID-19: We don’t know yet”. Journal of cardiac surgery. 2020;35(6):1387.
350. Ikitimur H, Borku Uysal B, Cengiz M, Ikitimur B, Uysal H, Ozcan E, et al. “Determining Host Factors Contributing to Disease Severity in a Family Cluster of 29 Hospitalized SARS-cov-2 Patients: Could Genetic Factors Be Relevant in the Clinical Course of COVID-19?”. Journal of medical virology. 2020.
351. İbrahimoglu Ö, Mersin S, Akyol E. In 1969 man landed on the moon, how can we also eradicate COVID-19? Perspectives in psychiatric care. 2020.
352. Huri E, Hamid R. Technology-based management of neurourology patients in the COVID-19 pandemic: Is this the future? A report from the International Continence Society (ICS) institute. Neurourology and urodynamics. 2020.
353. Hayiroğlu M, Çınar T, Tekkeşin A. Fibrinogen and D-dimer variances and anticoagulation recommendations in Covid-19: current literature review. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992). 2020;66(6):842-8.
354. Hatiboglu MA, Sinclair G. Coronavirus pandemic: how is neurosurgical-oncology practice affected? British journal of neurosurgery. 2020:1-3.
355. Guvenmez O, Keskin H, Ay B, Birinci S, Kanca MF. The comparison of the effectiveness of lincocin® and azitro® in the treatment of covid-19-associated pneumonia: A prospective study. Journal of population therapeutics and clinical pharmacology = Journal de la therapeutique des populations et de la pharmacologie clinique. 2020;27(S Pt 1):e5-e10.
356. Guvener O. Balneotherapy in the era of COVID-19: should it be recommended or not? International journal of biometeorology. 2020;64(9):1635.

357. Guven F, Ogul H, Turgut A, Tezcan A, Kantarci M. Leptomeningeal involvement in a patient with systemic lupus erythematosus infected by COVID-19. Joint bone spine. 2020.
358. Gursel M, Gursel I. Is global BCG vaccination-induced trained immunity relevant to the progression of SARS-cov-2 pandemic? Allergy. 2020;75(7):1815-9.
359. Gurkan O, Yilmaz A, Cengel F, Altunok ES, Ekin EE. COVID-19 Pulmonary Infection with Pneumothorax in a Young Patient. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP. 2020;30(6):43-5.
360. Görkem SB, Çetin B. COVID-19 pneumonia in a Turkish child presenting with abdominal complaints and reversed halo sign on thorax CT. Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey). 2020.
361. Goker Bagca B, Biray Avci C. The potential of JAK/STAT pathway inhibition by ruxolitinib in the treatment of COVID-19. Cytokine & growth factor reviews. 2020.
362. Gelincik A, Brockow K, Çelik GE, Doña I, Mayorga C, Romano A, et al. Diagnosis and management of the drug hypersensitivity reactions in Coronavirus disease 19. Allergy. 2020.
363. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. Death studies. 2020:1-7.
364. Evliyaoğlu O, Kılınç AA, Önal P, Aygün F, Çokuğraş H. COVID-19 in children. Turk pediatri arsivi. 2020;55(2):85.
365. Evliyaoğlu O. Children with chronic disease and COVID-19. Turk pediatri arsivi. 2020;55(2):93-4.
366. Eroğlu Kesim B, Özdemir V. COVID-19 Interview: Dr. Belgin Eroğlu Kesim on Women in Science Advancing SARS-cov-2 Tests-”One Health” and Changing the World for the Better. Omics : a journal of integrative biology. 2020;24(8):454-6.
367. Erdeve Ö, Çetinkaya M, Baş AY, Narlı N, Duman N, Vural M, et al. The Turkish Neonatal Society proposal for the management of COVID-19 in the neonatal intensive care unit. Turk pediatri arsivi. 2020;55(2):86-92.
368. Erdem Y, Altunay IK, Aksu Çerman A, Inal S, Ugurer E, Sivaz O, et al. The risk of hand eczema in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Do we need specific attention or prevention strategies? Contact dermatitis. 2020.
369. Engin AB, Engin ED, Engin A. Dual function of sialic acid in gastrointestinal SARS-cov-2 infection. Environmental toxicology and pharmacology. 2020;79:103436.

370. Elmas Ö F, demirbaş A, Kutlu Ö, bağcıer F, Metin MS, Özyurt K, et al. Psoriasis and COVID 19: A narrative review with treatment considerations. *Dermatologic therapy*. 2020:e13858.
371. Elmas Ö F, Demirbaş A, Atasoy M, Türsen Ü, Lotti T. Teledermatology during COVID-19 pandemic: Ethical and legal considerations about the principles of treatment prescription and privacy. *Dermatologic therapy*. 2020:e13781.
372. Ekiz T, Pazarlı AC. Relationship between COVID-19 and obesity. *Diabetes & metabolic syndrome*. 2020;14(5):761-3.
373. Ekiz T, Kara M, Özçakar L. Fighting against frailty and sarcopenia - As well as COVID-19? Medical hypotheses. 2020;144:109911.
374. Durdağı S. Virtual drug repurposing study against SARS-cov-2 TMPRSS2 target. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):185-91.
375. Dirim AB, Demir E, Ucar AR, Garayeva N, Safak S, Oto OA, et al. Fatal SARS-cov-2 infection in a renal transplant recipient. *CEN case reports*. 2020:1-4.
376. Deniz M, Tapısız A, Tezer H. Drugs being investigated for children with COVID-19. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2020;109(9):1905-6.
377. Demirbaş A, Elmas Ö F, Türsen Ü, Atasoy M, Lotti T. Superficial thrombophlebitis in a patient with COVID 19: Heparin treatment after evaluation of D-Dimer. *Dermatologic therapy*. 2020:e13768.
378. Demir AB, Benvenuto D, abacioğlu H, Angeletti S, Ciccozzi M. Identification of the nucleotide substitutions in 62 SARS-cov-2 sequences from Turkey. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):178-84.
379. Cure E, Cumhuri Cure M, Kucuk A. Comment on “Smooth or Risky Revisit of an Old Malaria Drug for COVID-19?”. *Journal of neuro-immune pharmacology : the official journal of the Society on neuro-immune Pharmacology*. 2020:1-2.
380. Colak E, Uyanik MS. Safe cancer surgery during the COVID- 19 pandemic. *Asian journal of surgery*. 2020;43(7):786.
381. Çokuğraş H, Önal P. SARS-cov-2 infection in children. *Turk pediatri arsivi*. 2020;55(2):95-102.
382. Citgez B, Yigit B, Capkinoglu E, Yetkin SG. Management of Breast Cancer during the COVID-19 Pandemic. *Sisli Etfal Hastanesi tip bulteni*. 2020;54(2):132-5.
383. Çınar HNU, İnce Ö, Çelik B, Saltabaş F, Özbek M. Clinical course of COVID-19 pneumonia in a patient undergoing pneumonectomy and pathology findings during the incubation period. *Swiss medical weekly*. 2020;150:w20302.

384. Ceylan Z, Meral R, Cetinkaya T. Relevance of SARS-cov-2 in food safety and food hygiene: potential preventive measures, suggestions and nanotechnological approaches. *Virusdisease*. 2020;31(2):154-60.
385. Celik O, Celik N, Aydin S, Baysal B, Aydin S, Saglam A, et al. Combating sars-cov-2 through lipoxins, proteasome, caveolin and nuclear factor- $\kappa$ b pathways in non-pregnant and pregnant populations. *Cellular and molecular biology (Noisy-le-Grand, France)*. 2020;66(3):221-9.
386. Celayir MF, Aygun N, Tanal M, Koksall HM, Besler E, Uludag M. How should be the Surgical Treatment Approach during the COVID-19 Pandemic in Patients with Gastrointestinal Cancer? *Sisli Etfal Hastanesi tip bulteni*. 2020;54(2):136-41.
387. Cebeci Kahraman F, Çaşkurlu H. Mucosal involvement in a COVID-19-positive patient: A case report. *Dermatologic therapy*. 2020:e13797.
388. Cakir B. COVID-19 in Turkey: Lessons Learned. *Journal of epidemiology and global health*. 2020;10(2):115-7.
389. Çakan S. Dynamic analysis of a mathematical model with health care capacity for COVID-19 pandemic. *Chaos, solitons, and fractals*. 2020;139:110033.
390. Bulut Ö, gürsel İ. Mesenchymal stem cell derived extracellular vesicles: promising immunomodulators against autoimmune, autoinflammatory disorders and SARS-cov-2 infection. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):273-82.
391. Bostanci Ceran B, Ozates S. Ocular manifestations of coronavirus disease 2019. *Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie*. 2020;258(9):1959-63.
392. Bostanci Ceran B, Karakoç A, Taciroğlu E. Airborne pathogen projection during ophthalmic examination. *Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie*. 2020:1-8.
393. Borku Uysal B, Ikitimur H, Yavuzer S, Islamoglu MS, Cengiz M. Case Report: A COVID-19 Patient Presenting with Mild Rhabdomyolysis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2020;103(2):847-50.
394. Borku Uysal B, Ikitimur H, Yavuzer S, Ikitimur B, Uysal H, Islamoglu MS, et al. Tocilizumab challenge: A series of cytokine storm therapy experiences in hospitalized COVID-19 pneumonia patients. *Journal of medical virology*. 2020.
395. Beşler MS, Arslan H. Acute myocarditis associated with COVID-19 infection. *The American journal of emergency medicine*. 2020.



396. Belice T, Demir I, Yüksel A. Role of neutrophil-lymphocyte-ratio in the mortality of males diagnosed with COVID-19. *Iranian journal of microbiology*. 2020;12(3):194-7.
397. Bayram M, Springer S, Garvey CK, Özdemir V. COVID-19 Digital Health Innovation Policy: A Portal to Alternative Futures in the Making. *Omics : a journal of integrative biology*. 2020;24(8):460-9.
398. Batu ED, Özen S. Implications of COVID-19 in pediatric rheumatology. *Rheumatology international*. 2020;40(8):1193-213.
399. Barman HA, Atici A, Sahin I, Alici G, Aktas Tekin E, Baycan Ö F, et al. Prognostic significance of cardiac injury in COVID-19 patients with and without coronary artery disease. *Coronary artery disease*. 2020.
400. Balcioglu YH, Yesilkaya UH, Gokcay H, Kirlioglu SS. May the Central Nervous System Be Fogged by the Cytokine Storm in COVID-19?: an Appraisal. *Journal of neuroimmune pharmacology : the official journal of the Society on neuroimmune Pharmacology*. 2020:1-2.
401. Balcioğlu BK, denizci öncü M, öztürk H, yücel F, Kaya F, Serhatli M, et al. SARS-cov-2 neutralizing antibody development strategies. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):203-14.
402. Bahap M, Kara E, Sain Guven G. Fighting on two fronts: drug-drug interactions in people living with HIV infected with SARS-cov-2. *European journal of hospital pharmacy : science and practice*. 2020.
403. Aykaç N, Yasin Y. Rethinking the First COVID-19 Death in Turkey. *Turkish thoracic journal*. 2020;21(4):291-2.
404. Aygun N, Iscan Y, Ozdemir M, Soylu S, Aydin OU, Sormaz IC, et al. Endocrine Surgery during the COVID-19 Pandemic: Recommendations from the Turkish Association of Endocrine Surgery. *Sisli Etfal Hastanesi tip bulteni*. 2020;54(2):117-31.
405. Aydemir D, Ulusu NN. Influence of Lifestyle Parameters - Dietary Habit, Chronic Stress and Environmental Factors, Jobs - on the Human Health in Relation to the COVID-19 Pandemic. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020:1-2.
406. Atum M, Boz AAE, Çakır B, Karabay O, Köroğlu M, Öğütlü A, et al. Evaluation of Conjunctival Swab PCR Results in Patients with SARS-cov-2 Infection. *Ocular immunology and inflammation*. 2020;28(5):745-8.
407. Atalan A. Is the lockdown important to prevent the COVID-9 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective. *Annals of medicine and surgery (2012)*. 2020;56:38-42.
408. Aslan S, Cakir İ M, Bekci T. Different manifestations of COVID-19 pneumonia in a child: focal crazy paving sign on chest and three-dimensional computed tomography. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*. 2020;81(6):1.

409. Askin O, Altunkalem RN, Altinisik DD, Uzuncakmak TK, Tursen U, Kutlubay Z. Cutaneous manifestations in hospitalized patients diagnosed as COVID-19. *Dermatologic therapy*. 2020:e13896.
410. Asfuroglu Kalkan E, Ates I. A case of subacute thyroiditis associated with Covid-19 infection. *Journal of endocrinological investigation*. 2020;43(8):1173-4.
411. Arslan H, Musabak U, Ayvazoglu Soy EH, Kurt Azap O, Sayin B, Akcay S, et al. Incidence and Immunologic Analysis of Coronavirus Disease (COVID-19) in Hemodialysis Patients:A Single-Center Experience. *Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation*. 2020;18(3):275-83.
412. Arslan G, Yıldırım M, Tanhan A, Buluş M, Allen KA. Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure. *International journal of mental health and addiction*. 2020:1-17.
413. Arga KY. COVID-19 and the Futures of Machine Learning. *Omics : a journal of integrative biology*. 2020.
414. Anacak Y, Onal C, Ozyigit G, Agaoglu F, Akboru H, Akyurek S, et al. Changes in radiotherapy practice during COVID-19 outbreak in Turkey: A report from the Turkish Society for Radiation Oncology. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 2020;150:43-5.
415. Altin F, Cingi C, Uzun T, Bal C. Olfactory and gustatory abnormalities in COVID-19 cases. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*. 2020:1-7.
416. Altay O, Mohammadi E, Lam S, Turkez H, Boren J, Nielsen J, et al. Current Status of COVID-19 Therapies and Drug Repositioning Applications. *Iscience*. 2020;23(7):101303.
417. Alay H, Can FK, Gözgeç E. Cerebral Infarction in an Elderly Patient with Coronavirus Disease. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2020;53:e20200307.
418. Aktas B, Aslim B. Gut-lung axis and dysbiosis in COVID-19. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):265-72.
419. Akram MZ. Inanimate surfaces as potential source of 2019-ncov spread and their disinfection with biocidal agents. *Virusdisease*. 2020;31(2):94-6.
420. Akgul A, Turkyilmaz S, Turkyilmaz G, Toz H. ACUTE AORTIC DISSECTION SURGERY IN PATIENT WITH COVID-19. *The Annals of thoracic surgery*. 2020.

421. Akdur A, Karakaya E, Ayvazoglu Soy EH, Alshalabi O, Kirnap M, Arslan H, et al. Coronavirus Disease (COVID-19) in Kidney and Liver Transplant Patients: A Single-Center Experience. *Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation*. 2020;18(3):270-4.
422. Akcabelen YM, Koca Yozgat A, Parlakay AN, Yarali N. COVID-19 in a child with severe aplastic anemia. *Pediatric blood & cancer*. 2020;67(8):e28443.
423. Akalın E, Ekici M, Alan Z, Özbir Elevli E, Yaman Bucak A, Aobuli-aikemu N, et al. Traditional Chinese medicine practices used in COVID-19 (Sars-cov 2/Coronavirus-19) treatment in clinic and their effects on the cardiovascular system. *Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi : Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir*. 2020;48(4):410-24.
424. Afsar CU, Afsar S. SARS-cov-2 (Covid-19): Interferon-epsilon may be responsible of decreased mortality in females. *Journal of reproductive immunology*. 2020;141:103154.
425. Adebali O, bircan A, çirci D, işlek B, kiliç Z, selçuk B, et al. Phylogenetic analysis of SARS-cov-2 genomes in Turkey. *Turkish journal of biology = Turk biyoloji dergisi*. 2020;44(3):146-56.
426. Adanur S, Al S, Polat O. Coronavirus (COVID-19) Pandemic and Radical Cystectomy. *The Eurasian journal of medicine*. 2020;52(2):106-7.
427. Acar AC, Er AG, Burduloğlu HC, Sülkü SN, Aydın Son Y, Akin L, et al. Projecting the Course of COVID-19 in Turkey: A Probabilistic Modeling Approach. *Turkish journal of medical sciences*. 2020.
428. Zimmermann KF, Karabulut G, Huseyin Bilgin M, Cansin Doker A. Inter-country Distancing, Globalization and the Coronavirus Pandemic. *The World economy*. 2020.
429. Yurttutan S, İpek S, Güllü UU. Why the SARS-Cov-2 has prolonged spreading time in children? *Pediatric pulmonology*. 2020;55(7):1544-5.
430. Yüksel S. Is the content of scientific studies written on COVID-19 biostatistically satisfying? *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation*. 2020;66(2):223-4.
431. Yuksel B, Ozgor F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2020;150(1):98-102.
432. Yolcu M, Gunesdogdu F, Bektas M, Bayirli DT, Serefhanoglu K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and simultaneous acute antero-septal and inferior ST-segment elevation myocardial infarction. *Cardiovascular journal of Africa*. 2020;31:1-4.

433. Yilmaz R, Kiliç F, Arican Ş, Hacibeyoğlu G, Süslü H, Koyuncu M, et al. Anesthetic management for cesarean birth in pregnancy with the novel coronavirus (COVID-19). *Journal of clinical anesthesia*. 2020;66:109921.
434. Yesilkaya UH, Balcioglu YH. Neuroimmune correlates of the nervous system involvement of COVID-19: A commentary. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. 2020;78:449-50.
435. Yekedüz E, Dursun B, Aydın G, Yazgan SC, Öztürk HH, Azap A, et al. Clinical course of COVID-19 infection in elderly patient with melanoma on nivolumab. *Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*. 2020;26(5):1289-94.
436. Yassa M, Birol P, Yirmibes C, Usta C, Haydar A, Yassa A, et al. Near-term pregnant women's attitude toward, concern about and knowledge of the COVID-19 pandemic. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2020:1-8.
437. Yassa M, Birol P, Mutlu AM, Tekin AB, Sandal K, Tug N. Lung Ultrasound Can Influence the Clinical Treatment of Pregnant Women With COVID-19. *Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*. 2020.
438. Wollina U, Karadağ AS, Rowland-Payne C, Chiriac A, Lotti T. Cutaneous signs in COVID-19 patients: A review. *Dermatologic therapy*. 2020:e13549.
439. Verma M, Aydin H. Personal prophylaxis against COVID-19: A compilation of evidence based recommendations. *JPM The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2020;70(Suppl 3)(5):S15-s20.
440. Uzun T, Toptas O. Artesunate: could be an alternative drug to chloroquine in COVID-19 treatment? *Chinese medicine*. 2020;15:54.
441. Uslu S. Effectiveness of Tocilizumab in a COVID-19 Patient with Cytokine Release Syndrome. *European journal of case reports in internal medicine*. 2020;7(6):001731.
442. Unlu C, Ustun Y. Approach to Surgical Interventions during Coronavirus disease Pandemic in Turkey. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2020;27(5):1219-20.
443. Unal G, Turan B, Balcioglu YH. Immunopharmacological management of COVID-19: Potential therapeutic role of valproic acid. *Medical hypotheses*. 2020;143:109891.
444. Ünal EU, Mavioğlu HL, İscan HZ. Vascular surgery in the COVID-19 pandemic. *Journal of vascular surgery*. 2020;72(2):752-4.

445. Ucpinar BA, Sahin C, Yanc U. Spontaneous pneumothorax and subcutaneous emphysema in COVID-19 patient: Case report. *Journal of infection and public health*. 2020;13(6):887-9.
446. Ucar F, Korkmaz D. Covidiagnosis-Net: Deep Bayes-squeezenet based diagnosis of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) from X-ray images. *Medical hypotheses*. 2020;140:109761.
447. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Cutaneous side-effects of the potential COVID-19 drugs. *Dermatologic therapy*. 2020:e13476.
448. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Historical corona name in dermatology. *Dermatologic therapy*. 2020:e13449.
449. Tuncer T, Dogan S, Ozyurt F. An automated Residual Exemplar Local Binary Pattern and iterative relieff based COVID-19 detection method using chest X-ray image. *Chemometrics and intelligent laboratory systems : an international journal sponsored by the Chemometrics Society*. 2020;203:104054.
450. Tunç A, ünlübaş Y, Alemdar M, akyüz E. Coexistence of COVID-19 and acute ischemic stroke report of four cases. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. 2020;77:227-9.
451. Tokuş B, Varol G. Medical Education in Turkey in Time of COVID-19. *Balkan medical journal*. 2020;37(4):180-1.
452. Toğaçar M, Ergen B, Cömert Z. COVID-19 detection using deep learning models to exploit Social Mimic Optimization and structured chest X-ray images using fuzzy color and stacking approaches. *Computers in biology and medicine*. 2020;121:103805.
453. Tinay I, Ozden E, Suer E, Bozkurt O, Izol V, Sahin B, et al. The Early Impact of COVID-19 Pandemic on Surgical Urologic Oncology Practice in Turkey: Multi-Institutional Experience From Different Geographic Areas. *Urology*. 2020;142:29-31.
454. Temiz SA, Dursun R, Daye M, Ataseven A. Evaluation of dermatology consultations in the era of COVID-19. *Dermatologic therapy*. 2020:e13642.
455. Taşkın B, Vural S, Altuğ E, Demirkese C, Kocatürk E, Çelebi İ, et al. Coronavirus 19 presenting with atypical Sweet's syndrome. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*. 2020.
456. Tasdoven I, Karadeniz Cakmak G. Breast cancer surgery under the shadow of COVID-19: Quest for optimal axillary management after neo-adjuvant chemotherapy. *The breast journal*. 2020;26(8):1606-8.
457. Tanriverdi O. Lymphopenia that may develop in patients treated with temozolomide and immune control check-point inhibitor may be a high risk for mortality during the COVID-19 outbreak. *Medical oncology (Northwood, London, England)*. 2020;37(6):51.



458. Soy M, Keser G, Atagündüz P, Tabak F, Atagündüz I, Kayhan S. Cytokine storm in COVID-19: pathogenesis and overview of anti-inflammatory agents used in treatment. *Clinical rheumatology*. 2020;39(7):2085-94.
459. Sezgin M, Ekizoğlu E, Yeşilot N, Çoban O. Stroke During COVID-19 Pandemic. *Noro psikiyatri arsivi*. 2020;57(2):83-4.
460. Seyer A, Sanlıdag T. Solar ultraviolet radiation sensitivity of SARS-cov-2. *The Lancet Microbe*. 2020;1(1):e8-e9.
461. Şenay Ş. Coronavirus pandemic and cardiovascular issues. *Turk gogus kalp damar cerrahisi dergisi*. 2019;28(2):227-8.
462. Sellner J, Taba P, Öztürk S, Helbok R. The need for neurologists in the care of COVID-19 patients. *European journal of neurology*. 2020.
463. Sayiner A, Cinkooglu A, Tasbakan MS, Basoglu Ö K, Ceylan N, Savas R, et al. Radiographic examination of the chest and COVID-19. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2020;102(5):334.
464. Savaş R. Minip technique may be helpful in diagnosing COVID-19. *Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey)*. 2020.
465. Satıcı B, Saricali M, Satıcı SA, Griffiths MD. Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *International journal of mental health and addiction*. 2020:1-12.
466. Satıcı B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satıcı SA. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *International journal of mental health and addiction*. 2020:1-9.
467. Şahin U, Şahin T. Forecasting the cumulative number of confirmed cases of COVID-19 in Italy, UK and USA using fractional nonlinear grey Bernoulli model. *Chaos, solitons, and fractals*. 2020;138:109948.
468. Pazarlı AC, Ekiz T, İlik F. Coronavirus disease 2019 and obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2020:1.
469. Pala K. COVID-19: Case and Death Notification Problems in Turkey. *Turkish thoracic journal*. 2020;21(3):213-4.
470. Ozturk T, Talo M, Yildirim EA, Baloglu UB, Yildirim O, Rajendra Acharya U. Automated detection of COVID-19 cases using deep neural networks with X-ray images. *Computers in biology and medicine*. 2020;121:103792.
471. Öztürk S, Elçin AE, Elçin YM. Mesenchymal Stem Cells for Coronavirus (COVID-19)-Induced Pneumonia: Revisiting the Paracrine Hypothesis with New Hopes? *Aging and disease*. 2020;11(3):477-9.

472. Öztürk K, Ünkar EA, Öztürk AA. Perioperative management recommendations to resume elective orthopaedic surgeries for post-COVID-19 “new normal”: Current vision of the Turkish Society of Orthopaedics and Traumatology. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*. 2020;54(3):228-33.
473. Öztürk F, Karaduman M, Çoldur R, İncecik Ş, Güneş Y, Tuncer M. Interpretation of arrhythmogenic effects of COVID-19 disease through ECG. The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male. 2020:1-4.
474. Ozoner B, Gungor A, Hasanov T, Toktas ZO, Kilic T. Neurosurgical Practice During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *World neurosurgery*. 2020;140:198-207.
475. Özkan H, Adem Ş. Synthesis, Spectroscopic Characterizations of Novel Norcantharimides, Their ADME Properties and Docking Studies Against COVID-19 M(pr)<sup>o</sup>. *Chemistryselect*. 2020;5(18):5422-8.
476. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *The International journal of social psychiatry*. 2020;66(5):504-11.
477. Özdemir L, Azizoğlu M, Yapıcı D. Respirators used by healthcare workers due to the COVID-19 outbreak increase end-tidal carbon dioxide and fractional inspired carbon dioxide pressure. *Journal of clinical anesthesia*. 2020;66:109901.
478. Ozdemir C, Kucuksezer UC, Tamay ZU. Is BCG vaccination affecting the spread and severity of COVID-19? *Allergy*. 2020;75(7):1824-7.
479. Özdağ Acarli AN, Samanci B, Ekizoğlu E, Çakar A, Şirin NG, Gündüz T, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From the Point of View of Neurologists: Observation of Neurological Findings and Symptoms During the Combat Against a Pandemic. *Noro psikiyatri arsivi*. 2020;57(2):154-9.
480. Ozaras R, Berk A, Ucar DH, Duman H, Kaya F, Mutlu H. Covid-19 and exacerbation of psoriasis. *Dermatologic therapy*. 2020:e13632.
481. Özakıncı H, Sak SD. Lung Pathology in COVID-19 Disease: We Must Be Aware! *Turkish thoracic journal*. 2020;21(3):217-8.
482. Ovalı F. SARS-cov-2 Infection and the Newborn. *Frontiers in pediatrics*. 2020;8:294.
483. Öğütlü H. Turkey’s response to COVID-19 in terms of mental health. *Irish journal of psychological medicine*. 2020:1-4.
484. Naziroğlu T, Sözen S, Özkan P, Şeker S, Aksu K. A case of COVID-19 pneumonia presenting with acute urticaria. *Dermatologic therapy*. 2020:e13575.

485. Lutz EEV, Gurol Y. Ethics for laboratory professionals during the Covid pandemic. Indian journal of medical ethics. 2020;-(-):1-2.
486. Leonardi A, Fauquert JL, Doan S, Delgado L, Andant N, Klimek L, et al. Managing ocular allergy in the time of COVID-19. Allergy. 2020.
487. Kutlu Ö, Metin A. Dermatological diseases presented before COVID-19: Are patients with psoriasis and superficial fungal infections more vulnerable to the COVID-19? Dermatologic therapy. 2020:e13509.
488. Kutlu Ö, Güneş R, Coerd K, Metin A, Khachemoune A. The effect of the “stay-at-home” policy on requests for dermatology outpatient clinic visits after the COVID-19 outbreak. Dermatologic therapy. 2020:e13581.
489. Kutlu Ö, Aktaş H. The explosion in scabies cases during COVID-19 pandemic. Dermatologic therapy. 2020:e13662.
490. Kurtaiş Aytür Y, Köseoğlu BF, Özyemişçi Taşkıran Ö, Ordu-Gökkaya NK, Ünsal Delialioğlu S, Sonel Tur B, et al. Pulmonary rehabilitation principles in SARS-COV-2 infection (COVID-19): A guideline for the acute and subacute rehabilitation. Turkish journal of physical medicine and rehabilitation. 2020;66(2):104-20.
491. Kucuk A, Cumhur Cure M, Cure E. Can COVID-19 cause myalgia with a completely different mechanism? A hypothesis. Clinical rheumatology. 2020;39(7):2103-4.
492. Kowalska JD, Skrzat-Klapaczynska A, Bursa D, Balayan T, Begovac J, Chkhartishvili N, et al. HIV care in times of the COVID-19 crisis - Where are we now in Central and Eastern Europe? International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2020;96:311-4.
493. Köseler A, Sabirli R, Gören T, Türkçüer I, Kurt Ö. Endoplasmic Reticulum Stress Markers in SARS-COV-2 Infection and Pneumonia: Case-Control Study. In vivo (Athens, Greece). 2020;34(3 Suppl):1645-50.
494. Kocyigit BF, Akaltun MS, Sahin AR. Youtube as a source of information on COVID-19 and rheumatic disease link. Clinical rheumatology. 2020;39(7):2049-54.
495. Kilicaslan A, Kekec AF, Eren AS, Uzun ST. Peripheral nerve blocks in a patient with suspected COVID-19 infection. Journal of clinical anesthesia. 2020;65:109853.
496. Khan Z, Karataş Y, Rahman H. Anti COVID-19 Drugs: Need for More Clinical Evidence and Global Action. Advances in therapy. 2020;37(6):2575-9.
497. Kesici S, Yavuz S, Bayrakci B. Get rid of the bad first: Therapeutic plasma exchange with convalescent plasma for severe COVID-19. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2020;117(23):12526-7.

498. Kaya Y, Kara S, Akinci C, Kocaman AS. Transient cortical blindness in COVID-19 pneumonia; a PRES-like syndrome: Case report. *Journal of the neurological sciences*. 2020;413:116858.
499. Kavukçu S, Soylu A. Could MEFV mutation carriage status have a protective role for COVID-19 pandemic? *Medical hypotheses*. 2020;144:109889.
500. Karadag E. Increase in COVID-19 cases and case-fatality and case-recovery rates in Europe: A cross-temporal meta-analysis. *Journal of medical virology*. 2020.
501. Karadag AS, Aslan Kayıran M, Lotti T, Wollina U. Immunosuppressive and immunomodulator therapy for rare or uncommon skin disorders in pandemic days. *Dermatologic therapy*. 2020:e13686.
502. Karacan I, Akgun TK, Agaoglu NB, Irvem A, Alkurt G, Yildiz J, et al. The origin of SARS-cov-2 in Istanbul: Sequencing findings from the epicenter of the pandemic in Turkey. *Northern clinics of Istanbul*. 2020;7(3):203-9.
503. Karaahmet F, Karaahmet OZ. Potential effect of natural and anabolizan steroids in elderly patient with COVID-19. *Medical hypotheses*. 2020;140:109772.
504. Kara M, Ekiz T, Ricci V, Kara Ö, Chang KV, Özçakar L. 'Scientific Strabismus' or two related pandemics: coronavirus disease and vitamin D deficiency. *The British journal of nutrition*. 2020;124(7):736-41.
505. Kara E, Inkaya AC, Demirkan K. May drug-related cardiovascular toxicities persist after hospital discharge in COVID-19 patients? *International journal of antimicrobial agents*. 2020;55(6):106003.
506. Kandemirli SG, Dogan L, Sarikaya ZT, Kara S, Akinci C, Kaya D, et al. Brain MRI Findings in Patients in the Intensive Care Unit with COVID-19 Infection. *Radiology*. 2020:201697.
507. Kalafat E, Yaprak E, Cinar G, Varli B, Ozisik S, Uzun C, et al. Lung ultrasound and computed tomographic findings in pregnant woman with COVID-19. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2020;55(6):835-7.
508. Kabaçam G, Dayangaç M, Üçbilek E, Erçin CN, Günsar F, Akyıldız M, et al. The COVID-19 pandemic: Clinical practice advice for gastroenterologists, hepatologists, and liver transplant specialists. *The Turkish journal of gastroenterology : the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. 2020;31(5):348-55.
509. Haktanir A, Seki T, Dilmaç B. Adaptation and evaluation of Turkish version of the fear of COVID-19 Scale. *Death studies*. 2020:1-9.

510. Günaydın S. Perioperative planning in the COVID-19 pandemic: Cardiovascular perfusion and device-related issues. Turk gogus kalp damar cerrahisi dergisi. 2019;28(2):247-9.
511. Gulen M, Satar S. Uncommon presentation of COVID-19: Gastrointestinal bleeding. Clinics and research in hepatology and gastroenterology. 2020.
512. Gönültaş S, Karabağlı M, Baştuğ Y, Çilesiz NC, Kadioğlu A. COVID-19 and animals: What do we know? Turkish journal of urology. 2020;46(4):249-52.
513. Gökce M, Yin S, Sönmez MG, Eryildirim B, Kallidonis P, Petkova K, et al. How does the COVID-19 pandemic affect the preoperative evaluation and anesthesia applied for urinary stones? EULIS ecore-IAU multicenter collaborative cohort study. Urolithiasis. 2020;48(4):345-51.
514. Georgiadis GS, Argyriou C, Baktiroglu S, Lazarides MK, Mallios A, Tordoir JH. Balancing the Covid-19-motivated vascular access guidelines and patient-centred care of pre-dialysis candidates. The journal of vascular access. 2020;21(4):536-8.
515. Gemicioğlu B, Börekçi Ş, Dilektaşlı AG, Ulubay G, Azap Ö, Saryal S. Turkish Thoracic Society Experts Consensus Report: Recommendations for Pulmonary Function Tests During and After COVID 19 Pandemic. Turkish thoracic journal. 2020;21(3):193-200.
516. Gemcioglu E, Davutoglu M, Ozdemir EE, Erden A. Are type 1 interferons treatment in Multiple Sclerosis as a potential therapy against COVID-19? Multiple sclerosis and related disorders. 2020;42:102196.
517. Fidan C, Aydoğdu A. As a potential treatment of COVID-19: Montelukast. Medical hypotheses. 2020;142:109828.
518. Eşkazan AE. Chronic myeloid leukaemia and the use of tyrosine kinase inhibitors in the days of COVID-19 pandemic. British journal of clinical pharmacology. 2020;86(9):1790-2.
519. Engin AB, Engin ED, Engin A. Two important controversial risk factors in SARS-cov-2 infection: Obesity and smoking. Environmental toxicology and pharmacology. 2020;78:103411.
520. Elmas Ö F, Demirbaş A, Özyurt K, Atasoy M, Türsen Ü. Cutaneous manifestations of COVID-19: A review of the published literature. Dermatologic therapy. 2020:e13696.
521. Elbek O. COVID-19 Outbreak and Turkey. Turkish thoracic journal. 2020;21(3):215-6.
522. Ekiz T, Kara M, Özçakar L. Measuring grip strength in COVID-19: A simple way to predict overall frailty/impairment. Heart & lung : the journal of critical care. 2020.
523. Ekiz T, Kara M, Özçakar L. Letter to the editors in response to: Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers



- may be harmful in patients with diabetes during COVID-19 pandemic (Cure et al.). *Diabetes & metabolic syndrome*. 2020;14(4):525-6.
524. Efe IE, Aydın OU, Alabulut A, Celik O, Aydın K. COVID-19-Associated Encephalitis Mimicking Glial Tumor. *World neurosurgery*. 2020;140:46-8.
  525. Dursun R, Temiz SA. The clinics of HHV-6 infection in COVID-19 pandemic: Pityriasis rosea and Kawasaki disease. *Dermatologic therapy*. 2020:e13730.
  526. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2020:1-7.
  527. Dumanlı GY, Dilken O, Ürkmez S. Use of Spironolactone in SARS-cov-2 ARDS Patients. *Turkish journal of anaesthesiology and reanimation*. 2020;48(3):254-5.
  528. Doganci S, Yildirim AK. Problems related with anticoagulant usage during COVID-19 outbreak. *Journal of vascular surgery Venous and lymphatic disorders*. 2020;8(4):695-6.
  529. Doganay L, Agaoglu NB, Irvem A, Alkurt G, Yildiz J, Kose B, et al. Responding to COVID-19 in Istanbul: Perspective from genomic laboratory. *Northern clinics of Istanbul*. 2020;7(3):311-2.
  530. Dogan L, Kaya D, Sarikaya T, Zengin R, Dincer A, Akinci IO, et al. Plasmapheresis treatment in COVID-19-related autoimmune meningoencephalitis: Case series. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:155-8.
  531. Devrim İ, Bayram N. Infection control practices in children during COVID-19 pandemic: Differences from adults. *American journal of infection control*. 2020;48(8):933-9.
  532. Delen D, Eryarsoy E, Davazdahemami B. No Place Like Home: Cross-National Data Analysis of the Efficacy of Social Distancing During the COVID-19 Pandemic. *JMIR public health and surveillance*. 2020;6(2):e19862.
  533. Cure E, Kucuk A, Cumhur Cure M. Cyclosporine therapy in cytokine storm due to coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Rheumatology international*. 2020;40(7):1177-9.
  534. Cüre E, Cumhur Cüre M. Comment on ‘Can angiotensin receptor-blocking drugs perhaps be harmful in the COVID-19 pandemic?’. *Journal of hypertension*. 2020;38(6):1189-98.
  535. Cure E, Cumhur Cure M. COVID-19 may affect the endocrine pancreas by activating Na(+)/H(+) exchanger 2 and increasing lactate levels. *Journal of endocrinological investigation*. 2020;43(8):1167-8.

536. Cure E, Cumhur Cure M. Comment on “Hearing loss and COVID-19: A note”. American journal of otolaryngology. 2020;41(4):102513.
537. Cure E, Cumhur Cure M. Comment on “Should anti-diabetic medications be reconsidered amid COVID-19 pandemic?”. Diabetes research and clinical practice. 2020;164:108184.
538. Cumhur Cure M, Kucuk A, Cure E. Colchicine may not be effective in COVID-19 infection; it may even be harmful? Clinical rheumatology. 2020;39(7):2101-2.
539. Cizgici AY, Zencirkiran Agus H, Yildiz M. COVID-19 myopericarditis: It should be kept in mind in today’s conditions. The American journal of emergency medicine. 2020;38(7):1547.e5-.e6.
540. Çınar OE, Sayinalp B, Aladağ Karakulak E, Avşar Karataş A, Velet M, İnkaya A, et al. Convalescent (immune) plasma treatment in a myelodysplastic COVID-19 patient with disseminated tuberculosis. Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis. 2020:102821.
541. Çiftçiler R, Haznedaroğlu İ C. COVID-19, Renin-Angiotensin System, and Hematopoiesis. Turkish journal of haematology : official journal of Turkish Society of Haematology. 2020;37(3):207-8.
542. Ceylan Z. Estimation of COVID-19 prevalence in Italy, Spain, and France. The Science of the total environment. 2020;729:138817.
543. Cetinkaya EA. COVID-19 Pandemic and Otologic Surgery. The Journal of craniofacial surgery. 2020.
544. Cetinkaya EA. Coincidence of COVID-19 Infection and Smell: Taste Perception Disorders. The Journal of craniofacial surgery. 2020.
545. Cetin B, Rakici S, Gumusay O. Can you draw the picture of happiness- Treatment of a young woman with breast cancer during the COVID-19 pandemic. Asian journal of psychiatry. 2020;52:102174.
546. Cengiz FP, Emiroglu N, Bahali AG, Dizman D, Taslidere N, Akarslan TC, et al. Which dermatology patients attend to Dermatology Outpatient Clinics during the SARS-cov-2 outbreak in Turkey and what happened to them? Dermatologic therapy. 2020:e13470.
547. Celik O, Saglam A, Baysal B, Derwig IE, Celik N, Ak M, et al. Factors preventing materno-fetal transmission of SARS-cov-2. Placenta. 2020;97:1-5.
548. Candan SA, Elibol N, Abdullahi A. Consideration of prevention and management of long-term consequences of post-acute respiratory distress syndrome in patients with COVID-19. Physiotherapy theory and practice. 2020;36(6):663-8.
549. Canatan D, De Sanctis V. The medical concerns of patients with thalassemias at the time of COVID-19 outbreak: The personal experi-

- ence and the international recommendations. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*. 2020;91(2):218-21.
550. Canatan D, De Sanctis V. The impact of micrnas (mirnas) on the genotype of coronaviruses. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*. 2020;91(2):195-8.
551. Çakmak G, Ceyhan E, Demirtaş Y, Berk H. The management of orthopedics and traumatology patients during SARS-cov-2 pandemic. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*. 2020;54(3):223-7.
552. Bursal Duramaz B, Yozgat CY, Yozgat Y, Turel O. Appearance of skin rash in pediatric patients with COVID-19: Three case presentations. *Dermatologic therapy*. 2020:e13594.
553. Buduneli N. What has COVID-19 taken from us and brought instead? *Oral diseases*. 2020.
554. Bozkurt B, Eğrilmez S, Şengör T, Yıldırım Ö, İrkeç M. The COVID-19 Pandemic: Clinical Information for Ophthalmologists. *Turkish journal of ophthalmology*. 2020;50(2):59-63.
555. Bousquet J, Anto JM, Iaccarino G, Czarlewski W, Haahtela T, Anto A, et al. Is diet partly responsible for differences in COVID-19 death rates between and within countries? *Clinical and translational allergy*. 2020;10:16.
556. Bostancıklıoğlu M. SARS-cov2 entry and spread in the lymphatic drainage system of the brain. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:122-3.
557. Bostancıklıoğlu M. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 is penetrating to dementia research. *Current neurovascular research*. 2020.
558. Bolay H, Gül A, Baykan B. COVID-19 is a Real Headache! *Headache*. 2020.
559. Bekci T, Aslan S, Cakir İ M. COVID-19 pneumonia misdiagnosed as pulmonary contusion in a child. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*. 2020;81(5):1.
560. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International journal of mental health and addiction*. 2020:1-14.
561. Azizy A, Fayaz M, Agirbasli M. Do Not Forget Afghanistan in Times of COVID-19: Telemedicine and the Internet of Things to Strengthen Planetary Health Systems. *Omics : a journal of integrative biology*. 2020;24(6):311-3.
562. Ayhan E, Öztürk M, An İ, Abdelmaksoud A, Araç E. Potential role of anti-interleukin-17 in COVID-19 treatment. *Dermatologic therapy*. 2020:e13715.

563. Aygun H. Vitamin D can prevent COVID-19 infection-induced multiple organ damage. *Naunyn-Schmiedeberg's archives of pharmacology*. 2020;393(7):1157-60.
564. Aydemir D, Ulusu NN. Correspondence: Importance of the validated serum biochemistry and hemogram parameters for rapid diagnosis and to prevent false negative results during COVID-19 pandemic. *Biotechnology and applied biochemistry*. 2020.
565. Aydemir D, Ulusu NN. Correspondence: Angiotensin-converting enzyme 2 coated nanoparticles containing respiratory masks, chewing gums and nasal filters may be used for protection against COVID-19 infection. *Travel medicine and infectious disease*. 2020:101697.
566. Ayan A, Kırac FS. Guide for Nuclear Medicine Applications During the COVID-19 Outbreak. *Molecular imaging and radionuclide therapy*. 2020;29(2):49-58.
567. Aslan D, Sayek İ. We Need to Rethink on Medical Education for Pandemic Preparedness: Lessons Learnt From COVID-19. *Balkan medical journal*. 2020;37(4):178-9.
568. Arpali E, Akyollu B, Yelken B, Tekin S, Turkmen A, Kocak B. Case report: A kidney transplant patient with mild COVID-19. *Transplant infectious disease : an official journal of the Transplantation Society*. 2020;22(4):e13296.
569. Arpaci I, Karataş K, Baloglu M. The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). *Personality and individual differences*. 2020;164:110108.
570. Ankarali H, Ankarali S, Caskurlu H, Cag Y, Arslan F, Erdem H, et al. A Statistical Modeling of the Course of COVID-19 (SARS-cov-2) Outbreak: A Comparative Analysis. *Asia-Pacific journal of public health*. 2020;32(4):157-60.
571. Anders HJ, Bruchfeld A, Fernandez Juarez GM, Floege J, Goumenos D, Turkmen K, et al. Recommendations for the management of patients with immune-mediated kidney disease during the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 pandemic. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2020;35(6):920-5.
572. Altuntas Aydin O, Kumbasar Karaosmanoglu H, Kart Yasar K. HIV/SARS-cov-2 coinfectd patients in Istanbul, Turkey. *Journal of medical virology*. 2020.
573. Altundag K. Triple-negative breast cancer patients with isolated lung metastases and concomitant COVID-19 infection; does cytokine storm result in better efficacy? *Journal of BUON : official journal of the Balkan Union of Oncology*. 2020;25(3):1664.

574. Alimoglu O, Erol CI, Kilic F, Baysal H. Cancer surgery during the Covid-19 pandemic in Turkey. *International journal of surgery (London, England)*. 2020;79:54-5.
575. Akyl FT, Karadoğan D, Gürkan CG, Yüksel A, Arıkan H, Eyüboğlu T, et al. What We Learned about COVID-19 So Far? Notes from Underground. *Turkish thoracic journal*. 2020;21(3):185-92.
576. Aktaş H, Hamidi AA. Urticaria in a patient with COVID-19: Therapeutic and diagnostic difficulties. *Dermatologic therapy*. 2020:e13610.
577. Akşit E, Kırılmaz B, Gazi E, Aydın F. Ticagrelor Can Be an Important Agent in the Treatment of Severe COVID-19 Patients with Myocardial Infarction. *Balkan medical journal*. 2020;37(4):233-.
578. Akkus E, Sahin M. Related molecular mechanisms of COVID-19, hypertension, and diabetes. *American journal of physiology Endocrinology and metabolism*. 2020;318(6):E881.
579. Akilli H, Celik H, Taskiran C, Bilir E, Gultekin M. Frontline fighters: the continued fight against COVID-19. *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*. 2020;30(7):1077-8.
580. Akay T. Perioperative planning in the COVID-19 pandemic: Vascular issues. *Turk gogus kalp damar cerrahisi dergisi*. 2019;28(2):244-6.
581. Afsar B, Kanbay M, Afsar RE. Hypoxia inducible factor-1 protects against COVID-19: A hypothesis. *Medical hypotheses*. 2020;143:109857.
582. Yakar MN, İstan P, Gürkök M, Yıldız D, Yaka E, Gökmen AN. Management of an Organ Donation Process in COVID-19 Pandemic: First Case of Turkey. *Turkish journal of anaesthesiology and reanimation*. 2020;48(3):244-7.
583. Usul Afsar C. 2019-ncov-SARS-cov-2 (COVID-19) infection: Cruciality of Furin and relevance with cancer. *Medical hypotheses*. 2020;140:109770.
584. Ufuk F. Three-dimensional CT of COVID-19 Pneumonia. *Radiology*. 2020;296(3):E180.
585. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Coronavirus-days in dermatology. *Dermatologic therapy*. 2020:e13438.
586. Turk C, Turk S, Temirci ES, Malkan UY, Haznedaroglu İ C. In vitro analysis of the renin-angiotensin system and inflammatory gene transcripts in human bronchial epithelial cells after infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Journal of the renin-angiotensin-aldosterone system : JRAAS*. 2020;21(2):1470320320928872.
587. Tulgar S, Ahıskalıoğlu A, Kök A, Thomas DT. Possible Old Drugs for Repositioning in COVID-19 Treatment: Combating Cytokine Storms



- from Haloperidol to Anti-interleukin Agents. Turkish journal of anaesthesiology and reanimation. 2020;48(3):256-7.
588. Tufan A, Avanoğlu Güler A, Matucci-Cerinic M. COVID-19, immune system response, hyperinflammation and repurposing antirheumatic drugs. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):620-32.
589. Tezer H, Bedir Demirdağ T. Novel coronavirus disease (COVID-19) in children. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):592-603.
590. Sonel Tur B, Evcik D. Is Physical Medicine and Rehabilitation needed much more for COVID-19 pandemic? Turkish journal of physical medicine and rehabilitation. 2020;66(2):101-3.
591. Şimşek Yavuz S, Ünal S. Antiviral treatment of COVID-19. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):611-9.
592. Şencan I, Kuzi S. Global threat of COVID 19 and evacuation of the citizens of different countries. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):534-43.
593. Sayiner A. Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: It Is Time to Produce Our Own Evidence Base. Turkish thoracic journal. 2020;21(4):283-4.
594. Sarialioglu F, Belen Apak FB, Haberal M. Can Hepatitis A Vaccine Provide Protection Against COVID-19? Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation. 2020;18(2):141-3.
595. Sargin G, Yavaşoğlu S, Yavasoglu I. Is Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) seen less in countries more exposed to Malaria? Medical hypotheses. 2020;140:109756.
596. Şahin M. Impact of weather on COVID-19 pandemic in Turkey. The Science of the total environment. 2020;728:138810.
597. Petrosillo N, Viceconte G, Ergonul O, Ippolito G, Petersen E. COVID-19, SARS and MERS: are they closely related? Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2020;26(6):729-34.
598. Petersen E, Gökengin D. SARS-cov-2 epidemiology and control, different scenarios for Turkey. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):509-14.
599. Öztürk R, Taşova Y, Ayaz A. COVID-19: pathogenesis, genetic polymorphism, clinical features and laboratory findings. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):638-57.
600. Murt A, Altıparmak MR. Convalescent COVID-19 Patients on Hemodialysis: When Should We End Isolation? Nephron. 2020;144(7):343-4.

601. Mavioğlu HL, Ünal EU, Aşkın G, Küçüker Ş A, Özatik MA. Perioperative planning for cardiovascular operations in the COVID-19 pandemic. *Türk göğüs kalp damar cerrahisi dergisi*. 2019;28(2):236-43.
602. Mavioglu HL, Unal EU. Cardiovascular surgery in the COVID-19 pandemic. *Journal of cardiac surgery*. 2020;35(6):1391.
603. Mandal H. Mobilizing the research ecosystem for scientific advances towards positive impact in the context of the COVID-19 Pandemic. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(Si-1):485-8.
604. Kutlu Ö, Metin A. A case of exacerbation of psoriasis after oseltamivir and hydroxychloroquine in a patient with COVID-19: Will cases of psoriasis increase after COVID-19 pandemic? *Dermatologic therapy*. 2020:e13383.
605. Koçak Z, Uzun C. Editor Responsibility and Scientific Integrity During the COVID-19 Outbreak. *Balkan medical journal*. 2020;37(4):176-7.
606. Koçak Tufan Z, Kayaaslan B. Crushing the curve, the role of national and international institutions and policy makers in COVID-19 pandemic. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(Si-1):495-508.
607. Kilic AU, Kara F, Alp E, Doganay M. New threat: 2019 novel Coronavirus infection and infection control perspective in Turkey. *North-ern clinics of Istanbul*. 2020;7(2):95-8.
608. Khan Z, Karataş Y. COVID-19 in Turkey: An urgent need for the implementation of preparedness and response strategies. *Health science reports*. 2020;3(2):e153.
609. Irmak R. The most cited and co-cited COVID-19 articles: Knowledge base for rehabilitation team members. *Work (Reading, Mass)*. 2020;66(3):479-89.
610. İnandıklioğlu N, Akkoc T. Immune Responses to SARS-cov, MERS-cov and SARS-cov-2. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020;1288:5-12.
611. Ho HC, Hughes T, Bozlu M, Kadioğlu A, Somani BK. What do urologists need to know: Diagnosis, treatment, and follow-up during COVID-19 pandemic. *Turkish journal of urology*. 2020;46(3):169-77.
612. Hasöksüz M, Kiliç S, Saraç F. Coronaviruses and SARS-COV-2. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(Si-1):549-56.
613. Haşlak F, Yıldız M, Adrovic A, Barut K, Kasapçopur Ö. Childhood Rheumatic Diseases and COVID-19 Pandemic: An Intriguing Linkage and a New Horizon. *Balkan medical journal*. 2020;37(4):184-8.
614. Halacılı B, Kaya A, Topeli A. Critically-ill COVID-19 patient. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(Si-1):585-91.
615. Haberal M. COVID-19 UPDATE. Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation. 2020;18(2):139-40.

616. Güner R, Hasanoğlu I, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):571-7.
617. Guler N, Siddiqui F, Fareed J. Is the Reason of Increased D-Dimer Levels in COVID-19 Because of ACE-2-Induced Apoptosis in Endothelium? Clinical and applied thrombosis/hemostasis : official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2020;26:1076029620935526.
618. Gok AFK, Eryılmaz M, Ozmen MM, Alimoglu O, Ertekin C, Kurtoglu MH. Recommendations for Trauma and Emergency General Surgery Practice During COVID-19 Pandemic. Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES. 2020;26(3):335-42.
619. Gezer NS. How to Deal with COVID-19 Pandemic: A Radiologic Approach. Turkish thoracic journal. 2020;21(3):219-20.
620. Gemici C, Yaprak G. Covid-19 outbreak in a major radiation oncology department; which lessons should be taken? Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology. 2020;149:107-8.
621. Gemcioglu E, Karabuga B, Ercan A, Erden A. A case of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion Syndrome Associated with COVID-19 Pneumonia. Acta endocrinologica (Bucharest, Romania : 2005). 2020;16(1):110-1.
622. Fidan V. New type of corona virus induced acute otitis media in adult. American journal of otolaryngology. 2020;41(3):102487.
623. Erturk SM. CT of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Reference Standard Is Needed. AJR American journal of roentgenology. 2020;215(1):W20.
624. Erturk SM. CT Is Not a Screening Tool for Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia. AJR American journal of roentgenology. 2020;215(1):W11.
625. Erbabacan E, Özdilek A, Beyoğlu Ç A, Altındaş F. Perioperative Anaesthetic Management of Confirmed or Suspected COVID-19 Patients. Turkish journal of anaesthesiology and reanimation. 2020;48(3):180-7.
626. Duruk G, Gümüşboğa Z, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: a survey study. Brazilian oral research. 2020;34:e054.
627. Dost B, Koksall E, Terzi Ö, Bilgin S, Ustun YB, Arslan HN. Attitudes of Anesthesiology Specialists and Residents toward Patients Infected with the Novel Coronavirus (COVID-19): A National Survey Study. Surgical infections. 2020;21(4):350-6.

628. Doral MN, Bilge O. The challenging battle of mankind against COVID-19 outbreak: Is this global international biological catastrophe the beginning of a new era? Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong). 2020;28(2):2309499020923501.
629. Demirci U, Ozdemir H, Demirbag-Kabayel D, Umit EG, Demir AM. Reducing the Risk of Venous Thrombosis During Self-Isolation and COVID-19 Pandemic for Patients With Cancer: Focus on Home Exercises Prescription. Clinical and applied thrombosis/hemostasis : official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2020;26:1076029620933947.
630. Demirbilek Y, Pehlivan Türk G, Özgüler Z, Alp Meşe E. COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):489-94.
631. Cure E, Cure MC. COVID-19 May Predispose to Thrombosis by Affecting Both Vascular Endothelium and Platelets. Clinical and applied thrombosis/hemostasis : official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2020;26:1076029620933945.
632. Cure E, Cumhur Cure M. Can dapagliflozin have a protective effect against COVID-19 infection? A hypothesis. Diabetes & metabolic syndrome. 2020;14(4):405-6.
633. Cure E, Cumhur Cure M. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers may be harmful in patients with diabetes during COVID-19 pandemic. Diabetes & metabolic syndrome. 2020;14(4):349-50.
634. Cure E, Cumhur Cure M. Comment on “Organ-protective effect of angiotensin-converting enzyme 2 and its effect on the prognosis of COVID-19”. Journal of medical virology. 2020.
635. Cure E, Cumhur Cure M. Comment on “Should COVID-19 Concern Nephrologists? Why and to What Extent? The Emerging Impasse of Angiotensin Blockade”. Nephron. 2020;144(5):251-2.
636. Çinkooğlu A, Bayraktaroğlu S, Savaş R. Lung Changes on Chest CT During 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia. European journal of breast health. 2020;16(2):89-90.
637. Çelik I, Saatçi E, Eyüboğlu AF. Emerging and reemerging respiratory viral infections up to Covid-19. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):557-62.
638. Çakmak GK, Özmen V. Sars-cov-2 (COVID-19) Outbreak and Breast Cancer Surgery in Turkey. European journal of breast health. 2020;16(2):83-5.
639. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):563-70.

640. Belen-Apak FB, Sarialioglu F. The old but new: Can unfractionated heparin and low molecular weight heparins inhibit proteolytic activation and cellular internalization of SARS-cov2 by inhibition of host cell proteases? Medical hypotheses. 2020;142:109743.
641. Bahat G. Covid-19 and the Renin Angiotensin System: Implications for the Older Adults. The journal of nutrition, health & aging. 2020;24(7):699-704.
642. Azap A, Erdiñ F. Medical mask or N95 respirator: When and how to use? Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):633-7.
643. Aydemir D, Ulusu NN. Is glucose-6-phosphate dehydrogenase enzyme deficiency a factor in Coronavirus-19 (COVID-19) infections and deaths? Pathogens and global health. 2020;114(3):109-10.
644. Aydemir D, Ulusu NN. Commentary: Challenges for phd students during COVID-19 pandemic: Turning crisis into an opportunity. Biochemistry and molecular biology education : a bimonthly publication of the International Union of Biochemistry and Molecular Biology. 2020.
645. Alyanak O. Faith, Politics and the COVID-19 Pandemic: The Turkish Response. Medical anthropology. 2020;39(5):374-5.
646. Altıparmak B, Korkmaz Toker M, Uysal AI, Gümüş Demi Rbi Lek S. Regional anesthesia in patients with suspected COVID-19 infection. Regional anesthesia and pain medicine. 2020.
647. Alkan A, Uncu A, Taşkıran I, Tanrıverdi Ö. Double-edged sword: Granulocyte colony stimulating factors in cancer patients during the COVID-19 era. Clinics (Sao Paulo, Brazil). 2020;75:e2033.
648. Aktoz M, Altay H, Aslanger E, Atalar E, Aytekin V, Baykan AO, et al. [Consensus Report from Turkish Society of Cardiology: COVID-19 and Cardiovascular Diseases. What cardiologists should know. (25th March 2020)]. Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi : Turk Kardiyoloji Derneginin yayın organidir. 2020;48(Suppl 1):1-48.
649. Akin L, Gözel MG. Understanding dynamics of pandemics. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):515-9.
650. Akçay Ş, Özlü T, Yılmaz A. Radiological approaches to COVID-19 pneumonia. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):604-10.
651. Akay S, Akay H. An invited commentary on: "Evidence based management guideline for the COVID-19 pandemic - Review article". International journal of surgery (London, England). 2020;78:154-5.
652. Akar AR, Ertugay S, Kervan Ü, İnan MB, Sargın M, Engin Ç, et al. Turkish Society of Cardiovascular Surgery (TSCVS) Proposal for use of ECMO in respiratory and circulatory failure in COVID-19 pandemic era. Turk gogus kalp damar cerrahisi dergisi. 2019;28(2):229-35.



653. Ağalar C, Öztürk Engin D. Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):578-84.
654. Açikgöz Ö, Günay A. The early impact of the Covid-19 pandemic on the global and Turkish economy. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(Si-1):520-6.

# BİLİMSEL ARAŞTIRMALARIN ÖĞRETTİKLERİ



## BİR ZONOTİK ENFEKSİYON OLARAK COVID-19

### Dr. Alpay Azap

Tıp Doktoru, Profesör, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Zoonoz, kısaca hayvanlardan insanlara geçen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalıkların çoğu omurgalı hayvanlardan insanlara geçmektedir. Zoonozlar bakteriyel, viral, fungal ve paraziter olabilmektedir. Zoonotik özellik taşıyan hastalıkların insanlara bulaşı; enfekte hayvana veya hayvansal ürünlere, enfekte hayvanların salgılarına, kanlarına veya diğer çıkarılmasına, deri ve kürkleri gibi kontamine materyallerine doğrudan veya dolaylı temas sonucu gerçekleşmektedir. Bazı zoonotik hastalıklarda ise vektörler veya aracı canlılar hastalığın bulaşında rol oynamaktadır. (1)

İnsanlarda görülen bulaşıcı özellikteki enfeksiyon hastalıklarının önemli bir kısmı (yaklaşık yüzde 60'ı) zoonotik hastalıktır. Eskiden beri bilinen zoonozlara kuduz, şarbon, bruselloz, tularemi, salmonelloz gibi hastalıklar örnek verilebilir. Ayrıca yeni ve yeniden ortaya çıkan enfeksiyonların (HIV, influenza, Ebola vb.) Yüzde 75'inin zoonotik olduğu ve dünya genelinde her yıl üç yeni zoonotik hastalığın tespit edildiği bildirilmektedir. (2-3) Bunların başında SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), Ebola virüs enfeksiyonu, Batı Nil virüsü enfeksiyonu, Avian influenza (kuş gribi), BSE (Bovine Spongiform Encephalopathy), MERS (Middle East Respiratory Syndrome), Zika Virüs enfeksiyonu ve son olarak bunların hepsinden çok daha büyük etki gösteren COVID-19 gibi zoonozlar gelmektedir.

COVID-19, ilk defa Ocak 2020 başında Wuhan'da yabani hayvan etlerinin de satıldığı bir pazarda çalışanlarda tespit edilmiştir. (4) COVID-19 etkeni olan SARS-cov-2, koronavirüs ailesinden olup genetik yapısı 2002-2003 yılında görülen SARS salgınının etkeni olan SARS-cov virüsüyle yüzde 79,6, buna karşılık yarasalarda görülen yarasa koronavirüs ratg13 (batcov ratg13) ile yüzde 96.2 oranında benzerlik göstermektedir. Viral genom sekans analizleri ve evrimsel iz sürme çalışmaları SARS cov-2'nin doğadaki kaynağının Çin Atnalı Yarasası olduğunu göstermektedir. (5) Virüsün halen kesin olarak belirlenememiş bir ara konaktan (pullu karıncayıyen vb) insanlara bulaştığı düşünülmektedir.

Zoonotik enfeksiyonlar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son yüz yılda görülen zoonotik enfeksiyonların neden olduğu epidemi ve pandemilerde milyonlarca kişi hayatını kaybetmiştir. COVID-19 pandemisinde de 10 Eylül itibarıyla ölüm sayısı 900 bini aşmıştır.

Zoonotik enfeksiyonlar önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu gibi, büyük miktarlarda ekonomik kayıplara da neden olmaktadır. Dünya Bankası 2001-2010 yılları arasında zoonotik hastalıklardan kaynaklanan doğrudan maliyetin 20 milyar dolar, dolaylı maliyetin ise bunun 10 katından fazla (200 milyar dolar) olduğunu belirtmektedir. (4) COVID-19 pandemisi, pandemilerde hep olduğu üzere sadece sağlık boyutunda değil, sosyal ve ekonomik hayatta da önemli sorunları beraberinde getirmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Nisan-Haziran 2020 döneminde 400 milyon tam zamanlı iş kaybı olduğunu bildirmektedir. (6) Dünya Sağlık Örgütü, salgının ilk haftalarında COVID-19 pandemisi nedeniyle dünya genelinde 30 milyondan fazla insanın yoksulluk sınırının altında yaşamaya başlayacağını tahmin etmiştir.

Zoonotik enfeksiyonların ortaya çıkmasında sosyoekonomik, çevresel ve ekolojik faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir. (3) Zoonozların karakter değiştirmeleri, salgınlar yapmaları ve yeni enfeksiyonların ortaya çıkmasında; insan nüfusundaki artış, coğrafik alanların yeni yerleşimlere açılması, tarım alanlarının genişlemesi, orman alanlarının yok edilmesi gibi ekosistem üzerinde insanoğlunun oluşturduğu olumsuz etkiler, gıda sektöründe ortaya çıkan üretim ve pazarlamada küreselleşme, insan nüfus yoğunluğunda artış, uluslararası insan ve hayvan hareketlerinin yaygınlaşması, afetler ve sivil savaşlar, göçler, kitlesel mülteci hareketleri, demografik değişiklikler gibi birçok faktör etkili olmaktadır. Bu durum yeni enfeksiyonların ortaya çıkmasına ortam hazırladığı gibi, bilinen eski zoonozların kontrolünü de güçleştirmektedir. İklimsel değişiklikler, ekosistemde meydana gelen değişiklikler; habitatların ve vektörlerin değişmesi, vektörlerin coğrafik olarak yeni alanlara yayılması da zoonotik enfeksiyonlar açısından yeni tehditlerin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. (7)

Birçok zoonoz, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre kontrol altına alınmış, yok edilme noktasına getirilmişken, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda bu hastalıklar etkilerini devam ettirmektedir. Ülkelerin kendi coğrafi konumları ve ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre tehdit oluşturan zoonotik hastalıkları belirleyip, koruma ve önlem stratejileri geliştirmeleri gerekmektedir. (7)

Sonuç olarak; yukarıda kısaca özetlenen tablodan anlaşılabileceği üzere gelecekte daha fazla sayıda ve yeni zoonozların ortaya çıkacağı ve bu duruma şimdiden hazırlıklı olmanın gerektiği açıktır. Zoonotik enfeksiyonların en önemli özelliği, insan ve hayvan sağlığını, çevreyi ilgilendiren çok yönlü hastalıklar olmalarıdır. Üstelik zoonozların epidemiyolojisi, ekosistemdeki döngüleri ve biyolojisi tahmin edilenden daha karmaşıktır. Bu nedenle enfeksiyonlardan korunmada sadece insan sağlığı değil, hayvan ve çevre sağlığına ilişkin de önlemler geliştirilmelidir. Bu da bizi “tek sağlık” kavramına götürmektedir. Zoonozlarla mücadelenin “tek sağlık” yaklaşımı olmadan başarıya ulaşmasının olanaksız olduğu unutulmamalı, stratejiler bu yönde geliştirilmelidir. (7)

Zoonotik enfeksiyonların ortaya çıkmasında sosyoekonomik, çevresel ve ekolojik faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir.

## Kaynaklar

1. Lipkin L W. Zoonoses. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Eighth edition, Canada: Elsevier, 2015:3554-3558.
2. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, et al. Global trends in emerging infectious diseases. Nature. 2008; 451(7181): 990–993.
3. Stärk KDC, Morgan D. Emerging zoonoses: tackling the challenges. Epidemiol. Infect. 2015; 143: 1-3.
4. Konda M, Dodda B, Konala V, et al. (June 30, 2020) Potential Zoonotic Origins of SARS-cov-2 and Insights for Preventing Future Pandemics Through One Health Approach . Cureus 12(6): e8932. DOI 10.7759/cureus.8932
5. Lu R, Zhao X, Li J, et al.: Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020, 395:565 574. 10.1016/s0140-6736(20)30251-8
6. [https://en.wikipedia.org/wiki/Economic\\_impact\\_of\\_the\\_COVID-19\\_pandemic#:~:text=The%20coronavirus%20recession%20is%20an,to%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=Between%20April%20and%20June%202020,were%20lost%20across%20the%20world.](https://en.wikipedia.org/wiki/Economic_impact_of_the_COVID-19_pandemic#:~:text=The%20coronavirus%20recession%20is%20an,to%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=Between%20April%20and%20June%202020,were%20lost%20across%20the%20world.)
7. TÜRKİYE ZOONOTİK HASTALIKLAR EYLEM PLANI (2019-2023). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı Ankara, 2019.



# PANDEMİ SÜRECİNDE ÖĞRENME VE BİLGİ ÜRETME SÜREÇLERİMİZ: SWOT ANALİZİ

## Abdullah Sayiner

Tıp Doktoru, Profesör, Türk Toraks Derneği Üyesi

Pandemi boyunca, klinisyenler süreç ve hasta yönetimini bilimsel kanıtlara dayandırmaya çalışmıştır. Bilimsel veri akışının çok hızlı ve çok yüksek debili olması heyecan verici olmakla birlikte, bu verilerin izlenmesi aynı oranda güç olmuştur. Pandemi öncesi döneme göre bilgiyi güncel tutmak ve, daha önemlisi, kendi deneyimimizi biriktirmek, değerlendirmek ve ileriye dönük sonuçlar çıkarmak için çok fazla enerji ve zaman ayırmak gerekmiştir. Yine de, yayınlanan bu bilimsel çalışmalar ve klinik gözlemler sayesinde SARS-cov-2 enfeksiyonu hakkında birkaç ay önceye göre kendimizi çok daha donanımlı hissetmemiz ve bu donanımla hastalarımıza (ya da, daha genel anlamda pandemi yönetimine) daha güvenle yaklaşabilmemiz mümkün olmaktadır. Diğer yandan, bu bilgi akışının güvenilirliğini ve birikimini zorlayan etkenlerle de karşılaşmıştır:

- Özellikle pandeminin ilk yarısında yayınlanan ve çoğunluğu Çin kaynaklı olan bilimsel çalışmaların büyük oranda gözlemsel nitelikte ve yanlılığa açık olması, titiz ve bağımsız hakem değerlendirmesinden geçmemeleri nedeniyle, pek çoğunun sunduğu veriler, izleyen daha nitelikli çalışmalarla desteklenmemiştir. Ancak pandeminin ikinci yarısında çok daha büyük hasta popülasyonlarında yapılan, daha nitelikli bilimsel çalışmalar yayınlanmaya başlamıştır.
- Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaları sık değişmiştir. Bunlara örnek olarak tanı testlerinin (PCR) istenme koşullarındaki, temaslıların taranma ilkelerindeki, tanıda kullanılan kitlerdeki ve bu kitlerin kurumlar tarafından edinilmesindeki, tanı merkezlerinin (yetkilendirilmiş laboratuvarların) sayısındaki ve seçilme süreçlerindeki değişiklikler gösterilebilir.
- Temel tanı yöntemi olan PCR testi, gerçek yaşamda, COVID-19 ön tanısıyla izlenen hastaların yüzde 40-70'inde pozitif bulunmuştur. Bu görece düşük oranlarda, örneğin alınmasındaki hatalar, transportu ve işleme konmasındaki aksaklık ve gecikmelerin de payı olduğu düşünülmektedir. Pek çok hekim, pek çok hastada mikrobiyolojik kanıt olmadan, klinik yargıya dayanarak karar vermek ve tedaviyi yönetmek durumunda kalmıştır. Bu güçlüğe, zaman zaman

Pandemi boyunca, klinisyenler süreç ve hasta yönetimini bilimsel kanıtlara dayandırmaya çalışmıştır. Bilimsel veri akışının çok hızlı ve çok yüksek debili olması heyecan verici olmakla birlikte, bu verilerin izlenmesi aynı oranda güç olmuştur.

PCR kitlerinin değişmesine bağlı tanı zorlukları eklenmiştir. Diğer yandan, PCR (-) olmakla birlikte klinik ve radyografik bulgularla COVID-19 tanısı konulan hastaların genel olarak PCR (+) hastalara göre daha iyi bir klinik seyir gösterdiği gözlenmiştir.

Bu dönemde, Pubmed’de “COVID-19” anahtar kelimesi girildiğinde 52.000’den fazla yayın olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar içinden izleyebildiklerimizden öğrendiklerimizin bir kısmı aşağıda özetlenmiştir:

- Hastalık yaşlılarda ve kronik hastalığı olanlarda daha ağır seyretmekle birlikte, genç nüfusta da sıklıkla gelişmektedir. Diğer yandan, enfekte hastaların kabaca yüzde 20 ile 80’inin asemptomatik (semptomsuz enfeksiyonu geçiren) ya da presemptomatik (tanı konulduğunda semptomu olmayan ama izleyen günlerde semptomları ortaya çıkan) olduğu gözlenmektedir (1). Genel olarak gençler daha yüksek oranlarda asemptomatik olmaktadır. Bu nedenlerle, pandeminin kontrolünde asemptomatik bireylere de tanı konulması ve gerekli izolasyon önlemlerini almalarının sağlanması çok önemlidir.
- Virusun yüzeylere temasla bulaşma riskinin görece düşük olduğu; buna karşılık, başlangıçta pek önemsenmezken, aerosoller yoluyla bulaşmasının da mümkün olduğu ve kapalı ortamlarda bulunanlar ve sağlık çalışanları için önemli bir risk oluşturduğu düşünülmektedir (2).Başta hidroklorokin ve ritonavir/lopinavir olmak üzere COVID-19 tedavisinde öncelikle kullanılan bazı antivirallerin etkili olmadığı görülmüş (3, 4); buna karşılık, influenza gibi başka viral enfeksiyonlarda hiç etkili bulunmayan, hatta kullanılmasının zararlı olabileceği belirtilen sistemik kortikosteroidler solunum yetmezliği olan COVID-19’lu hastalarda olumlu klinik sonuçlar sağlamıştır (5).
- Hastalığın aktif dönemi kabaca iki evreden oluşmaktadır. İlk hafta genellikle viral replikasyon ile ilişkili pnömoninin, izleyen dönemde ise virusa karşı yangının ön planda olduğu patolojik bir süreç ön plandadır (6). Bu ikinci evre, bazen sitokin fırtınası olarak tanımlanan çok yoğun bir yangısal aktivite ile seyredebilmektedir. Patolojik altyapıdaki bu farklılığın tedavi seçimlerinde (antiviral, immun plazma, antiinflamatuvar vb) dikkate alınması gereklidir.
- Virusa karşı gelişen bağışıklık konusunda hâlâ bilgi eksikliğimiz vardır. Her hastada aynı düzeyde nötralizan antikorlar gelişmediği, gelişen antikorların aylar içinde kaybolabildiği gözlenmektedir; buna karşılık, enfeksiyon sonrasında, rutin testlerle kolay değerlendirilemeyen hücresel bağışıklığın da geliştiğine ilişkin bilgiler vardır (7). Diğer yandan, giderek artan sayıda, önceden enfekte olup izlemde PCR (-) hale gelen ama ardından re-enfeksiyon ile yeniden başvuran hastalara rastlanılmaktadır (8-10). Bu hastalarda re-enfeksiyonun, antikorların kaybolmasından mı, yoksa virusun mutasyon geçirmesi sonucunda var olan immun yanıtın kaçabilmesinden mi kaynaklandığı henüz net bilinmemektedir. Hasta eğer yeterli hücresel bağışıklık oluşturabilmişse, bu tür re-enfeksiyonların gelişmesinin mümkün olabileceği, ama ağır seyretmemesi beklen-

Pandeminin kontrolünde asemptomatik bireylere de tanı konulması ve gerekli izolasyon önlemlerini almalarının sağlanması çok önemlidir.

İlk hafta genellikle viral replikasyon ile ilişkili pnömoninin, izleyen dönemde ise virusa karşı yangının ön planda olduğu patolojik bir süreç ön plandadır

mektedir. Bu konuda yeterli klinik bilgi ve deneyime henüz sahip olmadığımız anlaşılmaktadır.

Tüm bu genel klinik bilgilerin yanı sıra, Türk toplumuna özgü klinik bilgilere (örneğin, ağır enfeksiyon ve mortalite için risk faktörleri, ilaç yan etkileri), ülkemizde uygulanan tedavilerin klinik sonuçlarına ve ülkemizin epidemiyolojik verilerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bilgilerin iki kaynağı olabilir. Birincisi, Sağlık Bakanlığı'nın ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun elinde çok büyük bir veritabanı oluşmuş olması gerekmektedir; ancak bu veritabanından bugüne (07.09.2020) dek hiçbir veri, bulgu ya da analiz sonucu paylaşılmamış, herhangi bir makale yayınlanmamıştır. İkinci kaynak, bu hastaları izleyen hekimlerin ellerindeki verilerdir. Bu verilerden araştırmalar ve yayınlar üretilmesi, bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı iznine bağlanmıştır. Bu izin zorunluluğu hem araştırmacılara zaman kaybettirmiş, hem de çok merkezli bağımsız araştırmalara (en azından bir kısmına) izin verilmemiştir. Bakanlığın izin kararında değerlendirmeye aldığı parametreler bilinmemektedir. Dolayısıyla, maalesef bu aşamada lokal verilerden büyük oranda yoksun olarak sağlık hizmetleri ve pandemi yönetimi sürdürülmektedir.

Pandemi yönetiminde, daha spesifik olarak COVID-19 hastalarının tedavisinde, temel tercih, pandeminin başından itibaren, hastaların bir şekilde antiviral tedavi alması yönünde olmuştur. Bu nedenle, rehberler düzenli olarak güncellenmiş ve tüm hastalara tedavi verilmesi yaklaşımı benimsenmiştir. Buna karşılık, ağırlıklı olarak Batılı ülkeler, var olan ilaçların hiçbirinin etkinliği konusunda yeterli kanıt olmaması nedeniyle, farklı bir yaklaşımı benimsemişler, pek çok ülke ya da merkezde tedaviler hastalara bir klinik araştırma çerçevesinde uygulanmıştır. Bu durumda, hastaların bir kısmına plasebo (standart destekleyici tedavi), bir kısmına ise araştırma ilacı uygulanmıştır. Bu yaklaşım sayesinde, hangi tedavi yaklaşımlarının etkili (örneğin, solunum yetmezlikli hastalarda sistemik steroid), hangi ilaçların etkisiz olduğu (örneğin hidroklorokin, lopinavir/ritonavir), anti-sitokin tedavilerin (örneğin, tosilizumab) (11) mortaliteyi ne oranda azalttığı, ne oranda sekonder bakteriyel enfeksiyonlara yol açtığı öğrenilebilmiştir. Randomize, plasebo kontrollü çalışmaların yanı sıra, yine Batılı ülkelerde COVID-19 hastalarının kaydedildiği büyük veritabanlarına dayanan, hasta popülasyonunun büyüklüğü nedeniyle yüksek kanıt düzeyinde veri sağlayan retrospektif çalışmalar da yayınlanmıştır.

Üzüntüyle belirtmek gerekir ki, anlatılan nedenlerle, şimdiye dek, ülkemizden yüksek düzeyde bilimsel kanıt sağlayan araştırma yayınlanmamıştır. Zor koşullara karşın COVID-19 bilgi dağarcığına katkıda bulunan araştırmacılarımızı kutlamak gerekir. Bilim ve sağlık yönetiminin bu deneyimden ileriye dönük sonuçlar çıkarması umulmaktadır.

#### Kaynaklar

1. Nikolai LA ve ark. Asymptomatic SARS-cov-2 infection: Invisible yet invincible. Int J Infect Dis 2020 Sep 3; S1201-9712(20)30706-2.
2. Fennelly KP. Particle sizes of infectious aerosols: implications for infection control. Lancet Respir Med 2020 Sep; 8: 914-24

İzin zorunluluğu hem araştırmacılara zaman kaybettirmiş, hem de çok merkezli bağımsız araştırmalara (en azından bir kısmına) izin verilmemiştir. Bakanlığın izin kararında değerlendirmeye aldığı parametreler bilinmemektedir. Dolayısıyla, maalesef bu aşamada lokal verilerden büyük oranda yoksun olarak sağlık hizmetleri ve pandemi yönetimi sürdürülmektedir.

3. Fiolet T ve ark. Hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect 2020. DOI: 10.1016/j.cmi.2020.08.022
4. Cao B ve ark. A trial of lopinavir-ritonavir in adults hospitalized with severe COVID-19. N Engl J Med 2020 May 7; 382: 1787-99
5. The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 – preliminary report. N Engl J Med 2020. DOI: 10.1056/NEJM0a2021436
6. Dos Santos WG. Natural history of COVID-19 and current knowledge on treatment therapeutic options. Biomed Pharmacother 2020. PMID: 32768971
7. Shah VK ve ark. Overview of immune response during SARS-cov-2 infection: lessons from the past. Front Immunol 2020. PMID: 32849654
8. To KK ve ark. COVID-19 re-infection by a phylogenetically distinct SARS-coronavirus-2 strain confirmed by whole genome sequencing. Clin Infect Dis 2020. PMID: 32840608
9. Gousseff M ve ark. Clinical recurrences of COVID-19 symptoms after recovery: Viral relapse, reinfection or inflammatory rebound ? J Infect 2020. PMID: 32619697
10. Kang H ve ark. Retest positive for SARS-cov-2 RNA of recovered patients with COVID-19: Persistence, sampling issues or re-infection ? J Med Virol 2020. PMID: 32492212.
11. Somers EC ve ark. Tocilizumab for treatment of mechanically ventilated patients with COVID-19. Clin Infect Dis 2020 Jul 11. DOI: 10.1093/cid/ciaa954

# COVID-19'UN ANTI-VİRAL TEDAVİSİNDE GÜNCEL DURUM

## Serap Şimşek-Yavuz

Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları (KLİMİK) Demeği Genel Sekreteri

## Özet

COVID-19 genellikle hafif-orta seyirli olmakla birlikte, olguların yaklaşık yüzde 10-15'inde ağır ve ölümcül seyredebilmektedir. Bu nedenlerle etkili bir antiviral tedavisinin bulunması tüm bilim dünyasının en büyük önceliğidir. Bu derlemede, COVID-19'un antiviral tedavisinde yeniden konumlandırılarak tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ilaçların başında gelen hidrksiklorokin, favipiravir, remdesivir ve lopinavir-ritonavirin, bu hastalığın tedavisindeki etkinliği ve güvenilirliği, bu konuda yayımlanmış çalışmalar analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Güncel *in vitro/in vivo* ve randomize kontrollü klinik çalışmalar, ayakta veya yatan, hafif/orta/ağır seyirli COVID-19 olgularının tedavisinde hidrksiklorokin etkili olmadığını göstermiştir. Hidrksiklorokin, aksini bildiren yeni randomize kontrollü klinik çalışma sonuçları olmadıkça COVID-19'un asemptomatik, hafif, orta, ağır formlarının tedavisinde veya profilaksisinde kullanılmamalıdır. Hidrksiklorokin, özellikle QT'yi uzatan azitromisin gibi diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında olmak üzere hayatı tehdit edebilecek kardiyotoksik istenmeyen etkilere neden olabilir. Favipiravirin COVID-19 tedavisindeki etkisini araştıran az sayıda hasta içeren üç randomize kontrollü klinik çalışmada, bu ajanın viral klirens ve/veya bazı klinik sonuçlara olumlu etkilerinin olabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle, favipiravirin özellikle pnömonili ve/veya riskli COVID19 olgularının tedavisinde kullanılabileceği düşünülmektedir. Ancak devam etmekte olan randomize kontrollü klinik çalışmaların sonuçları yakından izlenmeli, optimal dozunun ve tedavi süresinin belirlenebilmesi için *in vitro* ve ek klinik çalışmalar yapılmalıdır. Favipiravirin COVID-19 tedavisinde veya diğer endikasyonlarla kullanımı sırasında ciddi istenmeyen etkileri tanımlanmamıştır. Remdesivir SARS-cov-2'ye karşı *in vitro* ve *in vivo* hayvan deneylerinde etkili bulunmuş, bin 647 COVID-19 hastasını içeren iki randomize kontrollü çalışmada klinik sonuçlara bazı olumlu etkileri gösterilmiştir. Bu nedenlerle remdesi-



virin orta/ağır seyirli COVID-19 pnömonilerinde kullanılabileceği düşünülmüştür. Yeni klinik çalışma sonuçlarına göre kullanım endikasyonları tekrar değerlendirilmelidir. Remdesivirin COVID-19 sırasında kullanımı sırasında ciddi istenmeyen etkisi bildirilmemiştir. COVID-19 tedavisinde lopinavir/ritonavirin etkinliğini araştıran az sayıdaki randomize kontrollü çalışma (RCT)’nin sonuçları birbiriyle uyumsuzdur, 86 hasta içeren bir RCT’da bu ajanın etkisiz olduğu, 199 hasta içeren 1 RCT’da belirgin olmasa da bazı olumlu etkilerinin olabileceği, birinde ise ribavirin ve interferonla kombine kullanılması halinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir. Bu klinik çalışmalar genellikle az olgu sayılı ve plasebo kontrollü olmadığı görülmüş, ek çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür. Lopinavir/ritonavirin SARS-cov-2 üzerine etkisini araştıran *in vitro* çalışma sayısı azdır, sonuçlar yetersizdir, ek çalışmalar gereklidir. Lopinavir/ritonavirin COVID-19 tedavisinde, özellikle kombinasyon rejiminin bir parçası olarak klinik çalışmalar içinde yer alacak şekilde kullanılması düşünülebilir.

Salgının başlamasının üzerinden sekiz ay geçmiş olmasına rağmen halen COVID-19 karşı etkinliği kesin olarak gösterilmiş bir antiviral tedavi yoktur. COVID-19’a etkili bir antiviral bulmak amacıyla yapılan klinik çalışmalarda en çok incelenen ve tedavide yeniden konumlandırılarak (repurposing) kullanılan ajanlar, etkili tedavi bulunması konusunda zaman kaybına neden olmuş olabilir. SARS-cov-2’ye özgü yeni antivirallere acilen gereksinim vardır, mevcut kaynakların yeni ajanların araştırılmasına, geliştirilmesine ve çalışılmasına ayrılması en akılcı yaklaşımdır.

## Giriş

Salgının başlamasının üzerinden sekiz ay geçmesine rağmen halen COVID-19’a karşı etkinliği kesin olarak gösterilmiş bir anti-viral tedavi yoktur ve tedavinin esasını optimal bir destek tedavisi oluşturmaktadır. COVID-19 genellikle hafif-orta seyirli bir hastalık olmakla birlikte, olguların yaklaşık %10-15’inde ağır seyredebilmektedir. %0.6-1 arasında olduğu hesaplanan enfeksiyon ölüm oranıyla, bu oranın <%0.1 olduğu gripten en az 5-10 kat daha ölümcül bir enfeksiyon hastalığıdır (Mallapaty S., 2020). Bu nedenlerle etkili bir anti-viral tedavisinin bulunması tüm bilim dünyasının en büyük önceliğidir ve halen bu konuda çok sayıda klinik araştırma devam etmekte, klinik çalışma kayıt sistemlerine kaydedilmiş toplam 1303 çalışmada 381 farklı ajan/müdahale araştırılmakta, tek başına hidroksiklo-rokin bu çalışmaların 113’ünde denenmektedir. Bu çalışmaların yüzde 8’i bitmiş, yüzde 54’ü devam etmektedir. (Hojer Karise, A.P., 2020, Malik, S., 2020)

Sonuçlanmış olan çalışmalardan elde edilen veriler, herhangi bir antiviralin tüm COVID-19 hastalarının tedavisinde önerilebilmesi için yeterli kanıt sağlayamamaktadır. Normalde yeni bir viral hastalığa *in vitro* laboratuvar testleri, hayvan deneyleri ve Faz I, II, III klinik çalışmalardan oluşan, uzun yıllar süren araştırmalarla tedavi bulunabilmektedir. Ancak COVID-19 gibi ağır seyirli, ölümcül hastalıklarda, “yeniden konumlandırma” (repurposing) denilen ve insanlarda daha önce başka hastalıkların tedavisi için ruhsat-

landırılmış, bu endikasyonlarda yaygın bir şekilde kullanılmış, güvenli olduğu gösterilmiş, *in vitro* olarak etken mikroorganizmaya (örn.SARS-cov'ye) etkili olduğu belirlenmiş ajanlar, yukarıda belirtilmiş çalışma aşamalarını geçmeden kullanılabilir. Bu derlemede, COVID-19'un antiviral tedavisinde yeniden konumlandırılarak tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ilaçların başında gelen hidroksiklorokin, favipiravir, remdesivir ve lopinavir-ritonavirin bu hastalığın tedavisindeki etkinliği ve güvenilirliği, 8 Eylül 2020 tarihine kadar bu konuda yayımlanmış başta randomize kontrollü çalışmalar (RCT) olmak üzere klinik çalışmalar gözden geçirilerek, ek olarak bu ajanların SARS-cov-2'ye karşı olan etkinlikleri konusunda yapılmış *in vitro* veya *in vivo* çalışmalar da analiz edilerek değerlendirilmiştir.

### **Hidroksiklorokin**

Klorokin ve hidroksiklorokin, 50 yıldan beri sıtma tedavisinde kullanılan aminokinolinlerdir. Antimalaryal etkilerinin yanında immunomodülatör etkileri de bulunması nedeniyle, SLE, romatoid artrit gibi otoimmün hastalıkların tedavisinde de uzun yıllardan beri kullanılmaktadır. Her ikisi de immun aktivasyonda rolü olan belli hücresel fonksiyonları ve moleküler yolakları, kısmen hücrelerin endozom/fogozomlarında birikip lokal pH'yı yükselterek inhibe edebilir (Schrezenmeie, E., 2020). COVID-19 salgını başladığında hidroksiklorokin bu mekanizmalarla, hücre içine endozomla alınan SARS-cov-2'ye de etkili olabileceği düşünülmüştür. Ek olarak COVID-19 salgınının başlangıcında böbrek kaynaklı Vero E6 hücrelerinde yapılan *in vitro* çalışmalarda, klorokin ve hidroksiklorokin SARS-cov-2'ye karşı oldukça etkili olduğu da gösterilmiştir (Liu, J., 2020; Wang, M., 2020; Lu, C.C., 2020; Yao, X., 2020; Barlow, A., 2019). Hem bu veriler, hem de daha önce farklı endikasyonlarla yaygın bir şekilde kullanılmış ve insanlarda güvenliği gösterilmiş olması nedeniyle hidroksiklorokin, ölümcül bir hastalık olan ve etkili bir tedavisi bulunmayan COVID-19 hastalığının tedavisi amacıyla ülkemiz dahil olmak üzere tüm dünyada yaygın bir şekilde kullanılmıştır ve halen bir çok ülkede kullanımına devam edilmektedir. Ancak salgının başlangıcından itibaren geçen sekiz aylık süreçte hidroksiklorokin/klorokin SARS-cov-2'ye etkisi, COVID-19 hastalığının tedavisindeki yeri ve COVID-19 hastalarında kullanılırken karşılaşılan özellikle kardiyo-toksik istenmeyen etkileri konusunda gerek hakemli dergilerde, gerekse preprint platformlarda çok sayıda klinik çalışma yayımlanmış ve hidroksiklorokin COVID-19 tedavisindeki yerini yeniden gözden geçirmeyi zorunlu kılmıştır.

**Hidroksiklorokin/Klorokin SARS-Cov-2'ye Etkisini Araştıran Yeni *in vitro* ve Hayvan Deneyleri Sonuçları:** Klorokin ve hidroksiklorokin SARS-cov-2'ye karşı esas antiviral etkinliğinin, endozomal pH'yı yükselterek, virusun hücreye girişini inhibe etmesinden kaynaklandığı düşünülmekteydi. Ancak geçmişte yapılmış çalışmalarda insan koronavirüslerinin farklı hücre tiplerinde pH'ya bağımlı olan ve olmayan farklı giriş mekanizmaları kullanabildiği gösterilmişti (Shirato, K., 2018).

Bu ajanların SARS-cov-2'ye karşı antiviral etkisini gösteren çalışmalar böbrek kaynaklı Vero hücrelerinde yapılmıştı. COVID-19 salgını başladıktan

Hidroksiklorokin, aksini bildiren yeni randomize kontrollü klinik çalışma sonuçları olmadıkça COVID-19'un asemptomatik, hafif, orta, ağır formlarının tedavisinde veya profilaksisinde kullanılmamalıdır.

sonra yapılan bir çalışmada, SARS-cov-2'nin Vero hücrelerine girmesine endozomal pH'ya bağımlı bir proteaz olan katepsinin aracılık ettiği, çok düşük seviyede katepsin içeren havayolu epitel hücrelerine girmesine ise pH'dan bağımsız, plazma membranındaki serin proteaz TMPRSS2'nin aracılık ettiği gösterildi (Hoffmann, M., 2020). Bu verilerle klorokin ve hidroksiklorokinin insan hava yolu hücrelerinde etkili olmayabileceğini düşünen araştırmacıların kısa süre önce yayımladığı bir diğer invitro çalışmada da, klorokin ve hidroksiklorokin, TMPRSS2 negatif olan Vero hücrelerinde SARS-cov-2 spike'yla hücreye girişi inhibe edebilirken, TMPRSS-2 pozitif akciğer hücre dizisi olan Calu-3 hücrelerinde ve TMPRSS2 eklenmiş Vero hücrelerinde bu girişi inhibe edememiştir. Aynı çalışmada bununla uyumlu olacak şekilde klorokin, Vero hücrelerinde SARS-cov-2 enfeksiyonunu etkili bir şekilde engelleyebilirken, TMPRSS2 eklenmiş Vero hücrelerinde ve TMPRSS-2 pozitif akciğer hücre dizisi olan Calu-3 hücrelerinde SARS-cov-2 enfeksiyonunun engelleyememiştir. Bu bulgularla, klorokin ve hidroksiklorokinin hedefinde olan viral aktivasyon yolağının, solunum yolu hücrelerinde çalışmadığı ve dolayısıyla bu ajanların hastalığın tedavisinde veya önlenmesinde etkili olmasının pek mümkün olamayacağı sonucuna varılmış, (Hoffmann, H., 2020), bu bulgular başka çalışmalarda da doğrulanmıştır (Maisonasse, P., 2020). Ek olarak mevcut klinik kullanımdaki dozlarda elde edilen serbest plazma hidroksiklorokin konsantrasyonunun belirlenmiş EC50 seviyelerinin çok altında kaldığı ve bu dozlarda SARS-cov-2'ye karşı antiviral bir etkinlik göstermesinin mümkün olmayacağı bildirilmiştir (Fan, J., 2020).

Son olarak makaklarda yapılan bir çalışmada, SARS-cov-2 enfeksiyonundan önce veya sonra, erken veya geç dönem başlanan düşük veya yüksek doz, tek başına veya azitromisinle kombine hidroksiklorokin, tedavi verilmemiş hayvanlarla karşılaştırıldığında, kanda ve akciğerlerde yüksek konsantrasyonlara ulaşmasına rağmen, solunum yollarında viral klirens, klinik ve radyolojik iyileşmeye etkisi gösterilememiştir. Tek başına veya azitromisinle birlikte hidroksiklorokin verilen hayvanlarda ALT seviyeleri belirgin olarak daha yüksek saptanmış, hidroksiklorokin tedavisi lenfopeniyi ve BT'de pulmoner lezyonları da engelleyememiştir. Sonuçların daha önce başka viral enfeksiyonlarda da bildirildiği gibi in vitro klasik testlerin sonuçlarıyla in vivo deneylerin uyumsuz olabileceğini gösterdiği, bu durumun klorokine in vitro olarak duyarlıyken klinik çalışmalarında etkisiz bulunan grip, dang ve çikungunyayla benzerlik gösterdiği ifade edilmiştir (Maisonasse, P., 2020).

#### *COVID-19 Tedavisinde Hidroksiklorokin/Klorokin Etkisini Araştıran Kontrol Gruplu Klinik Araştırmaların Sonuçları*

**Randomize Kontrollü Klinik Çalışmaların Sonuçları:** Hastalıkların tedavisinde etkili olan ajanları belirlemede randomize kontrollü çalışmalar en güçlü kanıtları sağlayan çalışmalardır. Hidroksiklorokin/klorokin COVID-19'da etkinliğini araştıran ve sonuçları bugüne kadar açıklanmış olan toplam on randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır (Horby, P.W., 2020; Mitjà, O., 2020; Cavalcanti, A.B., 2020; Skipper, C.P., 2020; Chen, J., 2020; Tang, W., 2020; Mitjà, O., 2020; Chen, Z., 2020; Huang, M., 2020;

Klorokin ve hidroksiklorokin hedefinde olan viral aktivasyon yolağının, solunum yolu hücrelerinde çalışmadığı ve dolayısıyla bu ajanların hastalığın tedavisinde veya önlenmesinde etkili olmasının pek mümkün olamayacağı sonucuna varılmıştır.

Chen, L., 2020). Bu 10 çalışmanın 6652 hasta içeren 7'sinde (Horby, P.W., 2020; Mitjà, O., 2020; Cavalcanti, A.B., 2020; Skipper, C.P., 2020; Chen, J., 2020; Tang, W., 2020; Mitjà, O., 2020) (5'i hakemli dergilerde yayımlanmış (Mitjà, O., 2020; Cavalcanti, A.B., 2020; Skipper, C.P., 2020; Chen, J., 2020; Tang, W., 2020), ikisi preprint olarak bildirilmiş (Horby, P.W., 2020; 2020; Mitjà, O., 2020) bu ajanların viral klirens ve/veya hastalığın klinik sonuçlarına (iyileşme taburcu olma, ölüm oranları gibi) herhangi bir olumlu etkisinin olmadığı bildirilirken, 178 hasta içeren 3'ünde (Chen, Z., 2020; Huang, M., 2020; Chen, L., 2020). (1'i hakemli dergilerde yayımlanmış (Chen, Z., 2020), ikisi preprint olarak bildirilmiş (Huang, M., 2020; Chen, L., 2020) viral klirens ve/veya hastalığın klinik sonuçlarına (iyileşme taburcu olma, ölüm oranları gibi) bazı olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1: COVID-19 Tedavisinde Hidroksiklorokin/Klorokinin Etkinliğini Araştıran Klinik Çalışmaların Sonuçları**

		Viral Klirens ve/veya Klinik Sonuçlara Olumlu Etkili		Viral Klirens ve/veya Klinik Sonuçlara Etkisiz	
		ÇALIŞMA SAYISI	HASTA SAYISI	ÇALIŞMA SAYISI	HASTA SAYISI
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMALAR (Horby, P.W., 2020; Mitjà, O., 2020; Cavalcanti, A.B., 2020; Skipper, C.P., 2020; Chen, J., 2020; Tang, W., 2020; Mitjà, O., 2020; Chen, Z., 2020; Huang, M., 2020; Chen, L., 2020)	YAYIMLANMIŞ	1	22	5	1629
	PREPRINT	2	156	2	5023
	TOPLAM	3	178	7	6652
GÖZLEMSEL ÇALIŞMALAR (Mahévas, M., 2020; Geleris, J., 2020; Rosenberg, E.S., 2020; Ip, A., 2020; Sbidian, E., 2020; Yu, B., 2020; Huang, 2020; Membrillo, F.J., 2020; Esper, R.B., 2020; Lagier, J.C., 2020; Guérin, V., 2020; Arshad, A., 2020; Catteau, L., 2020; Castelnovo, A.D., 2020)	YAYIMLANMIŞ	3	14067	4	5499
	PREPRINT	6	5568	1	4742
	TOPLAM	9	19635	5	10141

Olumlu etki bildiren bu üç çalışma hem çok az sayıda hasta içermesi, hem bazı yöntemsel sorunlar barındırması (kontrol grubunda yer alan hastaların da antiviral kullanması gibi), hem de genellikle hakemli dergilerde yayımlanmamış olması nedeniyle kanıt gücü zayıf çalışmalarken, olumlu etki bildirmeyenlerde kontrol grubunda antiviral kullanılmamış olması, vaka sayılarının yüksekliği ve genellikle etki faktörü yüksek hakemli dergilerde yayımlanmış olmaları nedeniyle kanıt gücü daha yüksektir. Çalışmaların detayları Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2: COVID-19 Tedavisinde Hidroksiklorokin (HCQ) /Klorokin (CQ)'in Etkinliğini Araştıran Klinik Çalışmaların Özetleri**

Araştırmacı, Ülke	Çalışma Türü	Yayınlanma durumu	Çalışmaya Alınan Hasta Sayısı, Dağılımı	Grupların Dağılımı	Sonlanım Noktaları	Sonuçlar
<b>RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMALAR</b>						
Horby PW (10) İngiltere, Recovery	Randomize, kontrollü	Preprint	4716, %90'ı doğrulanmış, hepsi yatırılarak izlenmiş. COVID-19	HCQ: 1561 hasta İlk doz 800 mg, 6. Saatte tekrar 800 mg, 12. Saatte 400 mg, sonra 9 gün boyunca 2X400 mg/gün) Standard Bakım (kontrol): 3155 Hasta	28 günlük mortalite	%26.8 vs %25 HR 1.09 (%95 CI 0.96-1.23, p=0.18)
					28.günde sağ taburcu olma	%60.3'e karşılık %62.8; OR 0.92; 95% CI 0.85-0.99
					Başlangıçta ventilatörde olmayanların ventilatöre bağlanması veya ölüm	29.8'a karşılık 26.5%; risk oranı 1.12; %95 CI 1.01-1.25
					Yeni majör kardiyak aritmi sıklığı	Farklı değil
Mitja O (11), İspanya	Randomize, kontrollü	Basılmış, CID	293, <5gün semptomu olan, hafif-orta seyirli, ayaktan izlenmiş doğrulanmış COVID	HCQ : 136 Hasta .gün 800 mg, 6 gün 400 mg/gün Kontrol: 157 Hasta	3. Günde nazofarengeal örneklerde viral yükteki azalma	- 1.41 Log <sub>10</sub> kopya/ml vs - 1.41, fark 0.01 [%95 CI - 0.28;0.29] fark yok
					7.günde günde nazofarengeal örneklerde viral yükteki azalma	-3.37 vs -3.44; fark -0.07 [- 0.44;0.29]) fark yok
					Hastaneye yatış oranı	%5.9 vs %7.1
					Semptomların rezolüsyonu için gereken süre	10 gün vs 12 gün; p = 0.38
Cavalcanti AB (12), Brezilya	Randomize, kontrollü	Basılmış, NEJM	665, olası (%24) veya doğrulanmış (%76), hastaneye yatırılmış hafif-orta seyirli COVID-19	Standard bakım+HCQ (400 mgx2/gün) (221 hasta) Standard bakım+HCQ (400 mgx2/gün)+ azitromisin (500 mg/gün) (217 hasta), 7 gün Standard bakım (227 hasta)	15. Gündeki klinik durum (7 dereceli skalaya göre)	HCQ grubunda da (OR 1.21; %95 CI, 0.69-2.11; P=1.00), HCQ+azitromisin grubunda da (OR, 0.99; %95 CI, 0.57-1.73; P=1.00). Standard bakım grubundan farklı bulunmamış
					Ölüm oranları, ventilatör gereksinimi ve daha fazla oksijen gereksinimi	Gruplar arasında farklı bulunmamış
					QT uzaması	HCQ'da %14.7, HCQ+azitromisinde %14.6, kontrol grubunda %1.7



					Karaciğer enzimlerinde yükselme	Tedavi gruplarında daha yüksek
Skipper CP. (13), ABD-Kanada	Randomize, placebo kontrollü	Ann Intern Med	Olası/Doğrulanmış 491 Ayaktan izlenmiş COVID-19	Hidroksiklorokin (önce 800mg, 6.saatte 600 mg, sonra 4 gün daha 600 mg/gün) (201 hasta) veya plasebo (194 hasta),	14 günde klinik iyileşme	Semptom ağırlık farkı: relatif %12, absölüt, -027 puan (%95 CI, -0.61-0.07 puan)
					14. Günde semptomların devam etme oranı	HCQ alanların %24'ü, plasebo alanların %30'unda. (p=0.21).
					İstenmeyen etkiler	HCQ alanların %43'ünde, plasebo alanların %22'sinde (p<0.001).
					Hastane yatışı veya ölüm	9 vs 5 (p=0.29).
Chen J. (14), Çin	Randomize kontrollü	Yayımlanmış, Çin JZU	Doğrulanmış COVID-19 tanısı alan 30 hasta	15 hastaya standard tedavi 15 hastaya Hidroksiklorokin	7.günde nazofarengeal viral klirens Vücut sıcaklığı normalizasyonu BT'de ilerleme oranları	Gruplar arasında fark yok
Tang W (15), Çin	Randomize, kontrollü	Yayımlanmış, BMJ	Doğrulanmış COVID-19 olan 150 hasta	75'ine standard tedavi 75'ine standard+hidroksiklorokin	Viral klirens	İki grup arasında benzer
					Klinik iyileşme	İki grup arasında benzer
					CRP düşüşü	HCQ grubunda daha çabuk düşmüş
					Lenfopeninin düzelmesi	HCQ grubunda daha hızlı düzelmiş ama anlamlı değil
					İstenmeyen ilaç etkisi	HCQ'de daha fazla (en sık ishal) (%9 vs %30)
Mitja O (16), İspanya,	Randomize, kontrollü	Preprint	Doğrulanmış Covid-19 307	Tedavi alan 142 HCQ+Darunavir/kobisistat 49 HCQ. 64 Antiviral almayan 165	3.günde viral klirens	Tedavi: (-1.47 Log10 kopya/ml., SD 1.50); fark -0.18 [95% CI -0.59 -0.22] Kontrol (-1.28 Log10 kopya/ml, SD 1.68), fark yok
					7 ve 14.günde viral kliren	Aynı
					Semptomların tamamen geçme süresi	22 vs. 20.5 gün p = 0.37
Chen Z. (17), Çin	Randomize kontrollü	Preprint	Doğrulanmış hafif seyirli COVID-19 pnömonisi olan 62 hasta	31 hastaya Standard tedavi 31 hastaya Hidroksiklorokin	Vücut sıcaklığının normale dönme süresi	HCQ grubunda daha kısa
					Öksürüğün hafifleme süresi	HCQ grubunda daha kısa
					Pnömoni semptomlarının iyileşme oranı	%80 vs %55

					Ölüm	4 hasta kaybedilmiş, hepsi kontrol grubunda
Huang M (18), Çin	Randomize, kontrollü	Yayımlanmış, JMCB	Doğrulanmış COVID-19 olan 22 hasta	10 hastaya 2x500mg/gün, 10 gün klorokin; 12 hastaya Lopinavir/Ritonavir	7, 10 ve 14.günlerde viral klirens oranı	CQ grubunda daha yüksek
					14. Günde akciğer BT'de düzelme oranı	CQ grubunda daha yüksek (RR 2.21)
					14.günde taburculuk oranı	CQ grubunda daha yüksek (%100 vs %50)
Chen L (19), Çin	Randomize, kontrollü	Preprint	Olası/Doğrulanmış orta seyirli COVID-19 olan 94 hasta	18 SOC+CQ 1.gün 1gr yükleme, sonra 500mg/gün, 10 gün 18 SOC+HCQ 20mgx2/gün, 10 gün 12 SOC	Klinik iyileşme süresi (gün)	CQ, HCQ ve kontrol grubu için sırasıyla 5.50, 6.00 ve 7.50 (p=0.019 ve p=0.049)
					Viral klirens süresi (gün)	Kontrol grubunda 7, CQ 2.5, HCQ 2gün (P=0.006 ve P=0.010)
<b>GÖZLEMSEL ÇALIŞMALAR</b>						
Mahevas M (20), Fransa	Retrospektif, gözlemsel	Yayımlanmış, BMJ	Doğrulanmış, hipoksik COVID-19 olan 173 hasta	84 HCQ (ilk 48 saat) 89 standard tedavi	21. Günde oksijen ihtiyacının kalmaması	%82 vs %76 (RR 1.1, %95 CI 0.9-1.3)
					YBÜ gereksinimi	%24 vs %25
					21.günde ölüm	%11 vs %9
					Tedavi kesilmesini etkileyen qtc uzaması (HCQ)	%10
Geleris J (21), ABD	Retrospektif, gözlemsel	Yayımlanmış, NEJM	Doğrulanmış 1376 COVID-19	811 HCQ (%86'sı ilk 48 saatte) 565 standard tedavi	Başlangıçtaki ortalama pao2/fio2	223 vs 360
					Entübasyon veya ölüm	HR 1.04, %95 CI 0.82-1.32
Rosenberg ES (22), ABD	Retrospektif, gözlemsel	Yayımlanmış, JAMA 2020	1438 doğrulanmış COVID-19 olgusu	HCQ + azitromisin 735 HCQ 271 Azitromisin 211 Tedavi almayan 221	Mortalite	%25 vs %19.9 vs %10 vs %12.7 HR 1.35 [%95 CI, 0.76-2.40]), 1.08 [%95 CI, 0.63-1.85] 0.56 [%95 CI, 0.26-1.21]
					Kardiyak arrest	HCQ+azitromisinde OR, 2.13 [%95 CI, 1.12-4.05]), HCQ'de 1.91 [%95 CI, 0.96-3.81] 0.64 [%95 CI, 0.27-1.56]
Ip A (23), ABD	Retrospektif, gözlemsel	Yayımlanmış, TMI	2512 doğrulanmış COVID-19	HCQ+Azitromisin veya HCQ 1914 HCQ 441 HCQ+Azitromisin 1473 Tedavi almayan 598	Mortalite	HR, 0.99 [%95 CI, 0.80-1.22], HR, 1.02 [%95 CI, 0.83-1.27] HR, 0.98 [%95 CI, 0.75-1.28]
					30.gün mortalite oranları	HCQ, A, HCQ+A, almayanlarda: %25, %20, %18 ve %20
Sbidian E (24), Fransa	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	4642 Doğrulanmış COVID-19	HCQ 623 HCQ+Azitromisin 227 Bu ilaçların kullanılmadığı 3792	28 günlük mortalite	%17.8, %23.8, %21.9
					28 günlük mortalite	Ortalama tedavi etkisi +%1.05 (0.77 -1.33) (istatistiksel)

					(karşıtıcı faktörlere göre düzeltilmiş)	olarak anlamlı değil
Yu B (25), Çin	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	568 doğrulanmış, kritik COVID-19 olan hasta	48 HCQ+Standard tedavi 520 Standard tedavi	Mortalite	%18.8 vs %45.8 (p<0.001)
					IL-6 seviyeleri (pg/ml)	HCQ alanlarda 22.2'den 5.2'ye düşmüş (p<0.05), almayanlarda düşüş yok
Huang M (26), Çin	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	373 doğrulanmış COVID-19 olgusu	197 KQ 176 Standard	Viral klirens süresi	CQ alanlarda 6 gün daha kısa (%95 CI -6—4 gün)
					Ateş düşme süresi	CQ alanlarda daha düşük (geometrik ortalama oranı 0.6; %95 CI 0.5 - 0.8)
Membrillo FJ (27), İspanya	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	166 doğrulanmış COVID-19 olgusu	123 HCQ 43 Standard tedavi	Ölüm oranı	%22 vs %49 (aradaki fark hafif olgularda anlamlı)
Esper RB (28), Brezilya	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	636, COVID-19 salgını döneminde influenza benzeri hastalık semptomu olan teletipli izlenmiş hasta	412 HCQ+Azitromisin 2	Hastaneye yatış gereksinimi	%1.9 vs %5.4 (p<0.001) Semptomlarının 7. Gününden önce tedavi başlananların %1.17'sinde, 7. Günden sonra başlananların %3.2'sinde (p<0.001).
					Ölüm	2 vs 0 (akut koroner sendrom ve metastatik kanser)
Marsilya Grubu (29), Fransa	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	3737 doğrulanmış COVID-19	HCQ+Azitromisin 3054 Diğer tedaviler 683	YBU'ye transfer veya ölüm	HCQ+Azitro HR 0.19 0.12-0.29
					≥10 gün hastanede yatış oranı	OR %95 CI 0.37 0.26-0.51
					Viral saçılım süresi	HR 1.27 1.16-1.39
					Qtc uzaması	0.67%
Guérin V (30), Fransa	Retrospektif, gözlemsel	Preprint	88 olası veya doğrulanmış COVID-19	HCQ+Azitromisin 20 Azitromisin 34 Standard tedavi 34	Klinik iyileşme süresi (Yaş, cins ve BMI'ye göre eşleştirilmiş 57 hastalık grupta yapılan analiz)	9.2 vs 12.9 vs 25.8gün, p<0.001 (p değeri sırasıyla =0.0149 ve 0.0002)
					Kardiyak toksisite (EKG)	Görülmemiş
Arshad A (31), ABD	Retrospektif, gözlemsel	Basılmış, IJID	2541 doğrulanmış COVID-19	HCQ+Azitromisin: 783 HCQ: 1202 Azitromisin: 147 İlaç almamış: 409	Hastane içi mortalite	%20 vs %13.5 vs %22.4 vs %26.4 Çok değişkenli analizde hazard oranında hidroksiklorokin %60'lık, hidroksiklorokin+azitromisin %71'lik bir azalma sağladığı görülmüş (p<0.001).

Catteau LC (32), Belçika	Retrospektif, Gözlemsel	Basılmış	8075 RT-PCR ve/veya hızlı antijen testiyle doğrulanmış COVID-19 olgusu	4542 HCQ 800/400: 5 gün 3533 Standard	Hastane içi mortalite	804/4542 (%17.7) vs 957/3533 (%27.1) Çok değişkenli analizde HR 0.68, semptom süresi < veya > 5 gün olanlarda da mortalite daha az bulunmuş (steroid, tosilizumab ve diğer tedaviler, HCQ grubunda daha fazla)
Castelnuovo AD, İtalya (33)	Retrospektif, Gözlemsel	Basılmış	3451 doğrulanmış COVID-19	2,634 HCQ 817 Standard bakım	Hastane içi mortalite (1000 hasta gününde)	8.9 vs 15.7, HR=0.70; 95%CI: 0.59 to 0.84

- Olumlu sonuç bildiren çalışmalar.
- Olumsuz sonuç bildiren çalışmalar.

**Gözlemsel Klinik Çalışmaların Sonuçları:** Hastalıkların tedavisinde etkili olan ajanları belirlemede gözlemsel çalışmalar, randomize kontrollü çalışmalara göre daha zayıf kanıtlar sağlayabilmektedir. Hidroksiklorokin / klorokin COVID-19'da etkinliğini kontrol grubuyla karşılaştırarak araştıran ve sonuçları bugüne kadar açıklanmış olan toplam 14 gözlemsel çalışmaya ulaşılmıştır (Mahévas, M., 2020; Geleris, J., 2020; Rosenberg, E.S., 2020; Ip, A., 2020; Sbidian, E., 2020; Yu, B., 2020; Huang, 2020; Membrillo, F.J., 2020; Esper, R.B., 2020; Lagier, J.C., 2020; Guérin, V., 2020; Arshad, A., 2020; Catteau, L., 2020; Castelnuovo, A.D., 2020). Bu 14 çalışmanın 10.141 hastayı içeren 5'inde (Mahévas, M., 2020; Geleris, J., 2020; Rosenberg, E.S., 2020; Ip, A., 2020; Sbidian, E., 2020) (4'ü hakemli dergilerde yayımlanmış (Mahévas, M., 2020; Geleris, J., 2020; Rosenberg, E.S., 2020; Ip, A., 2020), biri preprint olarak bildirilmiş (Sbidian, E., 2020)) hidroksiklorokin/klorokin viral klirens ve/veya hastalığın klinik sonuçlarına (iyileşme taburcu olma, ölüm oranları gibi) herhangi bir olumlu etkisinin olmadığı bildirilirken, 19635 hastayı içeren 9'unda (Yu, B., 2020; Huang, 2020; Membrillo, F.J., 2020; Esper, R.B., 2020; Lagier, J.C., 2020; Guérin, V., 2020; Arshad, A., 2020; Catteau, L., 2020; Castelnuovo, A.D., 2020) (3'ü hakemli dergilerde yayımlanmış (Arshad, A., 2020; Catteau, L., 2020; Castelnuovo, A.D., 2020), 6'sı preprint olarak bildirilmiş (Yu, B., 2020; Huang, 2020; Membrillo, F.J., 2020; Esper, R.B., 2020; Lagier, J.C., 2020; Guérin, V., 2020) viral klirens ve/veya hastalığın klinik sonuçlarına (iyileşme taburcu olma, ölüm oranları gibi) bazı olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiş (Tablo 1). Randomize kontrollü çalışmalarda olduğu gibi, gözlemsel çalışmalarda da hakemli dergilerde yayımlanma, olgu sayısı gibi parametreler bir arada değerlendirildiğinde olumlu etki bildirmeyenlerin kanıt gücünün daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaların detayları Tablo 2'de verilmiştir.

Kanıt seviyesi daha yüksek olan randomize kontrollü klinik çalışmalardan elde edilen veriler, ayaktanveya yatan,hafif/orta/ağır seyirli COVID-19 olgularında hidroksiklorokin etkili olmadığını düşündürmektedir. Bu neden-

Salgın başlangıcında hidroksiklorokin invitro olarak SARS-CoV-2'ye etkili olduğu gösterildiği için akılcı olabileceği düşünülen asemptomatik olgularda hidroksiklorokin kullanımı güncel bilimsel verilerle dayanaksız hale gelmiştir. Mevcut bilimsel kanıtlar asemptomatik olgularda rutin hidroksiklorokin kullanımını desteklememektedir.

le, olumlu etki bildirmeyen, çok hasta sayısı içeren randomize kontrollü çalışma sonuçlarının açıklanmasıyla salgının başlangıcında COVID-19 tedavisi için hidroksiklorokine acil kullanım onayı veren ABD, Fransa gibi birçok ülke bu onayı geri çekmiştir. 20 Haziran 2020’de, ABD/NIH COVID-19 tedavisinde hidroksiklorokin etkisini araştıran çalışmasını, ara analizlerde etkisiz çıktığı için sonlandırmıştır (National Institute of Health, 2020). Son olarak 4 Temmuz 2020’de DSÖ’nün organize ettiği SOLIDARITY çalışmalarından hidroksiklorokin ve standard tedavinin karşılaştırıldığı çalışmayı, ön sonuçlarda hastaneye yatırılmış COVID-19 olgularında hidroksiklorokin, standard tedaviyle karşılaştırıldığında herhangi bir mortalite azalmasına yol açmadığı görüldüğü için sonlandırmıştır. Bu çalışmada hidroksiklorokin alan grupta mortalitenin daha yüksek olduğunu gösteren kanıtlar bulunmadığı, ancak güvenlikle ilgili bazı işaretlerin olduğu bildirmiştir (World Health Organisation, 2020).

*Asemptomatik COVID-19 Hastalarında Hidroksiklorokin Kullanımı:* Asemptomatik olgularda hidroksiklorokin kullanımını araştıran sadece 1 adet randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmada, semptomu olmayan, temas sonrası SARS-cov-2 pozitifliği belirlenmiş toplam 314 hastanın, hidroksiklorokin verilmiş 158’inde 35 (%22) semptomatik COVID-19 gelişirken, control grubunda yer alan tedavi verilmemiş 156 hastanın 21’inde (%18.6) semptomatik COVID-19 gelişmiş (RR 0.96 (0.58, 1.58), hidroksiklorokin, asemptomatik PCR pozitif hastalarda da etkisiz bulunmuştur (Mitjà, O., 2020) Ek olarak yukarıda da belirtilen güncel invitro veriler, hidroksiklorokin akciğer hücrelerine SARS-cov-2 girişini inhibe etmediğini göstermiştir, dolayısıyla salgın başlangıcında hidroksiklorokin invitro olarak SARS-cov-2’ye etkili olduğu gösterildiği için akılcı olabileceği düşünülen asemptomatik olgularda hidroksiklorokin kullanımı güncel bilimsel verilerle dayanaksız hale gelmiştir. Mevcut bilimsel kanıtlar asemptomatik olgularda rutin hidroksiklorokin kullanımını desteklememektedir.

*Temas Öncesi ve Temas Sonrası COVID-19 Profilaksisinde Hidroksiklorokin Kullanımı:* Hidroksiklorokin COVID-19 hastalığının temas öncesi veya sonrasında profilaktik kullanımı konusunda sonuçları açıklanmış 2 adet randomize kontrollü çalışma vardır (Mitjà, O., 2020; Boulware, D.R., 2020). Bu çalışmalarda hidroksiklorokin temas sonrası profilakside etkili olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca yukarıda belirtilen ve hidroksiklorokin solunum yolu epiteline SARS-cov-2 enfeksiyonunu engellemediğini gösteren invitro çalışma da profilaktik kullanımın akılcı olmadığını düşündürmektedir. Mevcut bilimsel kanıtlar COVID-19 hastalığından korunmada rutin profilaktik hidroksiklorokin kullanımını desteklememektedir.

*Hidroksiklorokin COVID -19 Tedavisinde Kullanımı Sırasında Gözlenen İstenmeyen Etkileri:* Hidroksiklorokin COVID-19 dışında kullanıldığı dönemlerde de kardiyotoksik etkilerinin olabileceği bilinmekteydi. Bu etki, myositlerdeki herg potasyum kanallarını inhibe ederek, ventriküler repolarizasyonu uzatmasına bağlıdır. Bilindiği gibi QT uzaması olanlarda, özellikle cqt >500 ms olanlarda tdp riski 2-3 kat daha yüksektir ( Stevenson, A., 2020).



DSÖ'nün 130 ülkeden toplam 21 milyon istenmeyen ilaç etkisi bildirimini içeren farmakovijilans veritabanında (vigibase) hidroksiklorokin, azitromisin veya bunların kombinasyonları için COVID-19 öncesi dönemde bildirilmiş kardiyotoksik etkilerinin incelendiği bir çalışmada, hem hidroksiklorokin, hem azitromisin için QT uzaması ve/veya Torsades-de-Pointes dahil ventriküler taşikardi bildiriminin diğer ilcalardan belirgin olarak daha yüksek olduğu, kombinasyonda bu riskin daha da arttığı, bu bildirimlerden bazılarının ölümle sonuçlandığı, ek olarak hidroksiklorokinin ileti hastalıklarıyla (AV ve dal blokları) ve kalp yetmezliğiyle de ilişkili olduğu görülmüştür (Nguyen, L.S., 2020).

COVID-19 hastalarında hidroksiklorokin/klorokin kardiyotoksitesi araştıran çalışmalarda, bu ilacın uygulandığı hastaların yüzde 11-23'ünde >500 ms'den fazla olmak üzere QT uzaması, yüzde 0-4'ünde ventriküler aritmi ve 1 olguda tdp geliştiği, azitromisinle kombinasyonda bu riskin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Stevenson, A., 2020).

28 Mart 2020 tarihinde COVID-19'da hidroksiklorokin ve klorokin için acil kullanım onayı (EUA) yayımlayan FDA, 24 Nisan 2020'de farmakovijilans ajansına bu ilaçlarla ilgili bildirilen ölüm dahil kardiyotoksik istenmeyen etkiler nedeniyle, bu ilaçların hastane dışında kullanılmamasını da önererek bir güvenlik uyarısı yayımladı ve kendisine yapılmış bu etkilerin sonuçlarını daha sonra paylaşacağını bildirdi. FDA, COVID-19 tedavisinde hidroksiklorokin etkinliğini araştıran çok olgu sayılı randomize kontrollü çalışma sonuçlarında etkinlik belirlenmediği için 15 Haziran 2020'de hidroksiklorokin EUA'sını geri çekti; 15 Temmuz 2020'de COVID-19 tedavisi veya profilaksisi amacıyla hidroksiklorokin/ klorokin kullanılan hastalarda gelişen ve farmakovijilans ajansına bildirilen veya literatürde yayımlanmış istenmeyen ilaç etkilerinin analizini yayımladı: Bu konuda toplam 385 bildirim olduğunu (hidroksiklorokin için 347, klorokin için 38) ve dağılımlarının şu şekilde olduğunu belirtti:

- 109 kardiyak ciddi istenmeyen etki
  - 80 (%73) QT uzaması
  - 4 (%4) Torsades de Pointes (tdp)
  - 92 (%84)'nı QT'yi uzatan başka ilaçlar da kullanıyormuş
  - 14 (%13) ventriküler aritmi, ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon
  - 25 (%23)'i hayatını kaybetmiş, ölümlerin istenmeyen etkiye bağlı olup olmadığı belirtilmemiş, 22'sinde QT'yi uzatan başka ilaçlarında da olduğu bildirilmiş
- 113 nonkardiyak ciddi istenmeyen etki
  - %59 hepatit/karaciğer enzim veya bilirubin yüksekliği
  - %5 Akut böbrek hasarı/yetmezliği
  - %4 methemoglobinemi: 2'si ölmüş (Food and Drug Administration, 2020)

Kısa süre önce yayımlanmış bir meta-analizde de COVID-19 hastalarında hidoksiklorokin+azitromisin birlikte kullanımının mortalite oranında artışla (Relatif Risk=1.27 (%95 CI: 1.04-1.54, n=7 çalışma) bağlantılı olduğu, tek başına hidoksiklorokin kullanımında ise mortalite artışı görülmediği (Relatif Risk =0.83 (%95 CI: 0.65-1.06, n=17 çalışma) bildirilmiştir (Fiolet, T., 2020).

### **Sonuç**

Güncel in vitro/in vivo çalışmalar ve randomize kontrollü klinik çalışmalar, ayaktan veya yatan, hafif/orta/ağır seyirli COVID-19 olgularının tedavisinde hidoksiklorokin etkili olmadığını göstermiştir. Hidoksiklorokin, aksini bildiren yeni randomize kontrollü çalışma sonuçları olmadıkça COVID-19'un asemptomatik, hafif, orta, ağır formlarının tedavisinde veya profilaksisinde kullanılmamalıdır. Hidoksiklorokin kullanımının hayatı tehdit edebilecek kardiyotoksik istenmeyen etkileri olduğu, bu etkilerin özellikle QT'yi uzatan azitromisin gibi diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında belirgin olarak arttığı söylenebilir.

### **COVID-19'un Antiviral Tedavisinde RNA Sentezi İnhibitörleri**

Genellikle nükleotid veya nükleozid analogu olan bu ilaçlar RNA'ya bağımlı RNA polimeraz (rdp) tarafından substrat olarak algılanarak ya RNA zincirinin erken sonlanmasına, ya hatalı genomik veya mrna sentezlenmesine, ya da eşdeğeri nativ nükleotidlerin sitoplazmadaki seviyelerini tüketip rdp'nin uygun çalışma ortamının bozulmasına yol açarak antiviral etki gösterir. (Valle, C., 2020). Tüm dünyada COVID-19 tedavisinde yaygın olarak kullanılan favipiravir ve remdesivir bu grup ilaçlardandır.

SARS-cov-2'nin nsp12'si olan RNA'ya bağımlı RNA polimeraz (rdp) hem genomik, hem de mrna sentezini yapar. Koronavirüs rdp kompleksi diğer viral rdp'den en az on kat daha aktiftir, hem çok yüksek nükleotid dahil etme, hem de yüksek hata oranına sahiptir. Bu özellikleriyle SARS-cov'un aşıl topuğu olabileceği dolayısıyla nükleozid analoglarının COVID-19 tedavisinde ümit verici adaylar olduğu düşünülmektedir. Ancak nükleozid/nükleotid analoglarının koronavirüslerde kullanımında önemli bir sorun vardır: Koronavirüslerde eksonükleaz adı verilen (nsp14 exon) ve RNA'da doğrulama okuması yaparak hatalı kısımları uzaklaştıran bir enzim bulunmaktadır. *In vitro* çalışmalarda SARS-cov-2 polimerazının replikasyon sırasında ribavirini zincire soktuğunu, ancak sonrasında nsp14exon'un yaptığı kontrol sırasında ribavirini saptayarak zincirden çıkardığı gösterilmiştir. Bu nedenle SARS-cov-2'ye etki edecek bir nükleotid/nükleozid analogunun bu eksonükleazlara dirençli olması etkinlik açısından oldukça önemlidir (Shannon, A., 2020).

### **Favipiravir**

Bir guanozin pürin nükleotid analogu olan favipiravir (T-705; 6-floro-3-hidroksi-2- pyrazinkarboksamid), hücre içinde fosforibozilasyona uğrayarak favipiravir ribofuranosil-5B-trifosfat (Favipiravir- RTP) olarak adlandırılan aktif formuna dönüşür. Favipiravir-RTP rdp'nin potent bir inhibitörüdür ancak hem DNA'ya bağımlı RNA polimeraza, hem de DNA polimeraza

etkisizdir, bu nedenle sadece RNA viruslarına etkili olup, DNA viruslarına ve insan hücrelerine etki göstermez. Sadece oral formu olan favipiravir, ağızdan alındıktan sonra karaciğerde aldehid oksidazla (AO) metabolize edilir, oluşan inaktif metaboliti T-705M1 böbreklerden atılır.

Kararlı kan düzeyine ulaştığında (1-2 gün sürer) daha güçlü antiviral etki gösterdiği için erken başlanan tedavinin daha uygun olabileceği düşünülmektedir.

RdRp'nin katalitik bölgesi farklı RNA virusları arasında korunmuş olduğu için in vitro çalışmalarda influenza, arenaviruslar, bunyaviruslar ve flaviviruslar gibi birçok RNA virusuna karşı geniş antiviral etkinliği gösterilmiştir. Japonya'da, epidemik yeni influenza suşlarının tedavisinde onaylıdır. Ebola tedavisinde etkili olabileceğiyle ilgili yayınlar bulunmaktadır

Endikasyonlu olduğu grip tedavisinde önerilen dozu 1.gün: 1600 mg X2; 2-5.gün: 600 mgx2/gün şeklindedir. 2014 Afrika Ebola salgını sırasında yapılan bir çalışmada 1.gün: 2400 mg -2400mg-1200 mg; 2-7. (10.gün): 1200 mgx2/gün şeklinde kullanılmıştır. COVID-19 için kullanıldığı çalışmalarda en sık . 1.gün 1800 mgx2, 2-14.gün 800mgx2 /gün şeklinde kullanılmış olmakla birlikte, 1.gün: 1600 mgx2; 2-5. (veya 14.) Gün: 2X600 mg/gün, şeklinde de kullanılmıştır. Ülkemizde de en sık gripte belirtildiği şekilde kullanılmıştır (Madelain, V., 2016; Du, Y.X., 2020; Furuta, Y., 2020; Coomes, E.A., 2020).

Tayland'da favipiravir kullanılmış 63 doğrulanmış COVID-19'da 7. Gündeki klinik iyileşmeye olumsuz etki eden faktörler arasında yükleme dozunun <45 mg/kg/gün olması da yer almıştır. Bu nedenle COVID-19 tedavisinde favipiravirin uygun yükleme ve idame dozlarının belirlenmesi, tedavi başarısını etkileyebileceği için oldukça önemlidir. (Rattanaumpawan, P.,2020). Hayvanlarda embriyonik letalite ve teratojenik olduğu gösterilmiştir, gebede kullanılmamalıdır, ayrıca süte de geçer, emzirilmeye ara verilmelidir. Kullanan erkeklerinde 7 gün süreyle korunması önerilmektedir. Tablo 3'de favipiravirin istenmeyen etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri verilmiştir.

Tablo 3. Favipiravirin İstenmeyen Etkileri ve İlaç Etkileşimleri.

İstenmeyen etkileri	İshal, karaciğer enzimlerinde artış, hiperürisemi, nötropeni
İlaç etkileşimleri	<p>Aldehid oksidaz inhibitörleri (favipiravir seviyesini yükseltebilir) :</p> <p>Seçici östrojen reseptör modulatorleri (raloksifen, tamoksifen, öst-radiol)</p> <p>H2 reseptör antagonisti simetidin</p> <p>Kalsiyum kanal blokerleri (felodipin, amlodipin, Ve verapamil)</p> <p>Anti-aritmik: Propafenon</p> <p>Trisiklin antidepresan: Amitriptilin</p> <p>Pirazinamid: Ürik asid seviyesini daha da artırabilir</p> <p>Repaglinid: Seviyesini artırabilir</p> <p>Asetaminofen: Karaciğer toksisitesini artırabilir (&lt;3 gr kullanılmalı)</p>

Favipiravirin Vero E6 hücrelerinde yapılmış 4 in vitro çalışmasında SARS-cov-2'yi inhibe ettiği EC50 değerleri yüksek olup, sırasıyla 61.88 µm, >100 µm , >100 µm ve 207 µm şeklinde saptanmıştır. Bu durumun klinik önemi, mevcut dozlarla virüsü inhibe edebilecek seviyelere ulaşamaması önemli soru işaretleri oluşturmaktadır (Choy, K.T., 2020; Wang, M., 2020; Lou, Y., 2020). Ancak kısa süre önce yapılmış bir diğer *in vitro* çalışmada favipiravirin, RNA zincirinin terminasyonuna, RNA sentezinin yavaşlatılmasına ve letal mutageneze yol açarak antiviral etki gösterdiği görülmüş, bu çalışmada favipiravirli ortamdaki virüslerde mutasyon sayısının 3 kat daha yüksek olduğu ve favipiravir kullanımının enfekte hücrede C-U ve G-A değişikliklerini indüklediği belirlenmiştir (Shannon, A., 2020).

#### COVID-19'un Antiviral Tedavisinde Favipiravir Kullanımı Konusunda Yapılmış Klinik Çalışmalar

**Randomize Kontrollü Klinik Çalışmalar (RCT):** Çin'de 236 doğrulanmış COVID-19 pnömonisi olan hastada yapılmış standard tedaviye ek olarak favipiravir veya arbidolün karşılaştırıldığı RCT'da, favipiravir grubunda ağır olmayan olgularda 7.günde iyileşme oranı belirgin olarak daha yüksek, öksürüğün azalması ve ateş düşme süresi de belirgin olarak daha kısa bulunmuş. Gruplar arasında mortalite, oksijen desteği veya mekanik ventilasyon gereksinim oranları farklı değilmiş. Favipiravir grubunda esas olarak hiperürisemi (%17) olmak üzere istenmeyen ilaç etkileri daha yüksekmış (Chen, C., 2020).

Yine Çin'de 29 doğrulanmış COVID-19 tanısı konulmuş hastada yapılmış bir diğer RCT'da, standard olarak lopinavir/ritonavir, darunavir/kobisistat veya arbidol+ interferon-α inhalasyonu alan hastalar favipiravir (10 hasta, 1600 veya 2200mg yükleme, 3X600 mg/gün idame, <14 gün) veya baloksavir (10 hasta) veya sadece standard tedavi alacak şekilde randomize edilmiş. 14.günde viral klirens (sırasıyla %70, %77, %100) ve klinik iyileşme süresi (sırasıyla 14, 14 ve 15 gün) gruplar arasında farklı bulunmamış.

Bu çalışmada yapılmış in vitro analizlerde favipiravirin 100 mm'de bile antiviral etkisini olmadığı görülmüş, dördüncü ve yedinci günde favipiravirin

plazma konsantrasyonu bu çalışmada belirlenmiş EC50 ( $>15.7$  g/ml) değerinden düşük belirlenmiş ve mevcut dozlarda antiviral etki gösteresinin mümkün olmadığı belirtilmiştir (Lou, Y., 2020). Ancak favipiravirde, ana ilacın plazma seviyesi değil, aktif metabolitin hücre içi konsantrasyonunun antiviral etkinlikle bağlantılı olduğu ve viral dinamik modellemelerde, viral replikasyonu etkileyen ilaçların, viremi pikinden sonra başlanması halinde, ilacın etkinliğinden bağımsız olarak sınırlı bir etkisinin olacağı gösterilmiş olduğundan farklı dozlar ve erken başlamanın etkili olabileceği belirtilmiştir (Madelain, V., 2020).

Rusya’da, orta şiddetli doğrulanmış 60 COVID-19 olgusunda yapılmış RCT’da standard tedavi alan hastalar (%75 hidroklorokin) ya düşük doz favipiravir (1. Gün, 1600 mgx2, 2-14.gün 600mgx2/gün (20 hasta)), ya yüksek doz favipiravir (1.gün 1800 mgx2, 2-14.gün 800 mg X2 (20 hasta)), ya da standard bakım (20 hasta) alacak şekilde randomize edilmiş. Favipiravir kullanılan hastalarda beşinci günde viral klirens (%62.5’e, %30,  $p=0.018$ ), ateş düşme süresi (2 güne 4 gün,  $p=0.007$ ) ve 15. Günde toraks BT’de iyileşme oranı (%90’a %80,  $p=0.283$ ) belirgin olarak daha iyi bulunmuş. Düşük doz favipiravir alan grupta 2 hasta kaybedilirken, diğer gruplarda kayıp olmamış. Düşük doz favipiravir grubunun 13/20 (%65)’si, yüksek doz favipiravir ve standard tedavi gruplarının 17/20 (%85)’i, 15.günde taburcu edilmiş ve/veya DSÖ klinik skorlamasında 2’ye ulaşmış ( $p=0.375$ ). Tedaviye yanıt verenlerde verilmiş ortalama favipiravir yükleme dozu 43.9 mg/kg (IQR 40.0-47.1) iken , 5.günde PCR pozitif olanlarda bu değer 39.1 mg/kg (IQR 35.6-43.9)’mü. Yüksek dozlarda istenmeyen etkilerde artış görülmemiş, ciddi istenmeyen etki olmamış. Bu sonuçlarla esas çalışmada yükleme dozunun kiloya bağlı olmasına (44 mg/kg) ve tedavi süresinin 10 gün olmasına karar verilmiş (Ivashchenko, A.A. 2020).

Son olarak Hindistan’da, doğrulanmış 150 hafif-orta COVID-19 olgusunda yapılmış faz 3 RCT (fambiflu) çalışmanın sonuçları basın yoluyla paylaşılmıştır. Bu çalışmada hastalar standard tedaviye ek olarak tanıdan itibaren ilk 48 saatte favipiravir (1.gün 1800X2; 2-14gün: 800mgx2) veya sadece standard tedavi alacak şekilde randomize edilmiş. Favipiravir kolunda viral klirensin, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da %28.6 daha hızlı olduğu, klinik düzelleme süresinin (3 güne 5 gün) belirgin olarak daha kısa ve 4. Günde iyileşme oranının (%69.8’e %44.9) belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmüş ( $p = 0.029$  ve  $0.019$ ) (Glenmark, 2020) .

**Gözlemsel Çalışmalar:** Japonya’da COVID-19 nedeniyle favipiravir verilmiş 2158 hastanın geriye dönük değerlendirildiği bir çalışmada, hafif olguların %87.8’inde, orta şiddetli olguların %84.5’inde, ağır olguların %60.3’ünde 14.günde klinik durumun düzeldiği görülmüş, mortalite oranlarının da sırasıyla %5.1, %12.7 ve %31.7 olduğu bildirilmiştir. Hastaların %25’inde istenmeyen ilaç etkisi bildirildiği ve hiperürisemi (%16), karaciğer fonksiyonlarında anormallik (%7), döküntü (%1.4), akut böbrek hasarı (%0.7) ve bulantı-kusmanın (%0.7) en sık bildirilen istenmeyen ilaç etkisi olduğu görülmüştür. Doz %93’ünde 1.gün 1800 mg X2, sonra 800 mgx2, %5’inde 1.gün 1600mgx2, sonra 600mgx2, ortalama 11 gün verilmiştir (Favipiravir Observational Study Group, 2020).



Hafif-orta seyirli COVID-19 pnömonisi olan 80 hastada yapılmış retrospektif vaka –kontrol çalışmasında favipiravir + inhale IFN- $\alpha$  alan 35 hasta, lopinavir/r+inhale IFN- $\alpha$  alan 45 hastayla karşılaştırılmış. Demografik özellikleri ve komorbiditeleri benzer olan hastalardan favipiravirli tedavi alanlarda viral klirens ortalama 4 günken, lopinavir/r grubunda 11. Gün olarak belirlenmiş ( $P < 0.001$ ). Favipiravir viral klirens için bağımsız gösterge olarak saptanmış ve  $<7$  günde viral klirens olanlarda akciğer BT’de iyileşme oranı da daha yüksek bulunmuş. Ayrıca 14.günde AC görüntülemesinde düzelme favipiravir grubunda %91’ken diğer grupta %62 olarak bulunmuş ( $P = 0.004$ ) (Cai, Q., 2020).

Favipiravir konusunda yapılmış klinik çalışmalar genellikle az olgu sayılı, plasebo kontrollü olmaması nedeniyle sorunludur ve ek çalışmalar gereklidir. Şu anda COVID-19 tedavisinde favipiraviri araştıran clinicaltrials.com’da kayıtlı 21 RCT vardır. Ülkemizde de içinde favipiravirin hidroklorokinle kombine olarak veya tek başına yer aldığı bir RCT çalışmasına da şu ana kadar 745 hasta randomize edilmiş olup, önümüzdeki aylarda sonuçlarının açıklanması beklenmektedir.

Sonuç: Favipiravirin COVID-19 tedavisindeki etkisini araştıran, toplam 450 hasta içeren 3 randomize kontrollü çalışmada ve 80 hastalık 1 gözlemsel çalışmada, bu ajanın karşılaştırılan diğer ajanlara veya standard tedaviyle karşılaştırıldığında viral klirens ve/veya bazı klinik sonuçlara olumlu etkilerinin olabileceği bildirilirken, 29 hasta içeren bir RCT’de olumlu bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Bu verilerle, favipiravirin özellikle pnömoni ve/veya riskli COVID19 olgularının tedavisinde kullanılabileceği düşünülmektedir. Ancak devam etmekte olan randomize kontrollü klinik çalışmaların sonuçları yakından izlenmeli, güncel verilerle kullanım önerileri tekrar değerlendirilmelidir. Favipiravirin COVID-19 tedavisinde veya diğer endikasyonlarla kullanımı sırasında ciddi istenmeyen etkileri tanımlanmamıştır. In vitro çalışmalarda SARS-cov-2’ye karşı yüksek konsantrasyonlarda etkili olabilen favipiravirin COVID-19 tedavisindeki dozunun da, özellikle ağır olgularda olmak üzere gripte uygulanandan daha yüksek ve daha uzun süreli olması akılcıdır, ancak kesin bir sonuca varabilmek için bu konuda da ek çalışmalar gereklidir.

### **Remdesivir (GS-5734)**

Adenozin bir nükleozid analogu olan remdesivir 2014’de Ebola virusu için geliştirilmiştir. Monofosforamidat bir ön ilaçtır, hücre içinde aktif formuna (GS-441524) metabolize olur, rdrp tarafından substrat olarak algılanarak zinciri sonlandırır. Koronavirüslerde bulunan ve viral doğrulama okuması (proof reading) yapan eksonükleazlara dirençlidir, ancak in vitro bir çalışmada exon’u olmayan suşlarda daha etkili olduğu, virusun bu geninde mutasyonla remdesivir direnci olabileceği ve yüksek dozlarla bu dirence başa çıkılabileceği gösterilmiştir (Agostini, M.L., 2020).

Geniş spektrumlu bir anti-viral olup Ebola ve Marburg gibi filovirüsler, Nipah, Hendra ve RSV gibi paramiksoviruslara ve koronavirüslerin hepsine in-vitro etkilidir. SARS-cov, merscov ve SARS-cov-2’ye 0.09  $\mu$ m, 0.18

$\mu\text{m}$  ve  $0.77 \mu\text{m}$  gibi düşük EC seviyelerinde etkili bulunmuştur. (Agostini, M.L., 2020; Amirian, E.S, 2020).

Remdesivirin ilk geçiş hepatik ekstraksiyonu yüksek olması nedeniyle oral biyoyararlanımının düşük olması beklenmektedir. Sulfobutileter-siklodekstrin (SBECD)'le formüle edilmiştir. SBECD'nin orta-ağır böbrek yetmezliğinde birikerek renal vakuolasyona yol açabildiği gösterilmiş olduğundan klirensi  $<30 \text{ ml/dk}$  olanlarda ve diğer SBECD içeren ilaçlarla birlikte verilirken dikkat edilmelidir (Sheahan, T.P, 2020). Remdesivirin dozu, istenmeyen ilaç etkileri gibi diğer özellikleri Tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 4: Remdesivirin Dozu ve Diğer Özellikleri.**

<b>Dozu, veriliş yolu</b>	<b>1.gün: 200mg, IV 2-5. (veya 10.gün): 100 mg/gün, IV, 30-120 dk infüzyonla</b>
Gebede kullanımı	Yarar/zarar gözetilerek kullanılmalı
Çocukta kullanımı	Evet (5mg/kg yükleme, 2.5 mg/kg idame)
Böbrek yetmezliğinde doz ayarı	Tecrübe az, $\text{GFR} \geq 30 \text{ ml/dk}$ olanlarda doz ayarı önerilmez, $<30 \text{ ml/dk}$ olanlarda önerilmez
Karaciğer yetmezliğinde doz ayarı	Bilinmiyor, $\text{AST/ALT} \geq \text{X5}$ ise başlanmamalı, tedavi sırasında olursa kesilmeli
İstenmeyen etkileri	Karaciğer enzimlerinde artış

Remdesivirin, in vivo fare/makak modellerinde MERS'e karşı profilaktik ve terapötik etkisi gösterilmiştir. In vivo fare modelinde SARS'a karşı, profilaktik ve erken başlanması halinde terapötik etkisi gösterilmiştir (Amirian E.S., 2020 ). Remdesivirin in vivo makak modelinde SARS-cov-2 'ye etkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada 12 makak SARS-cov-2 ile infekte edildikten sonra 12 saat içinde 6'sına remdesivir, 6'sına placebo verilmiş, remdesivir alanlarda dispne, takipne, akciğerlerde lezyon gelişimi ve virüs yükü belirgin olarak daha düşük bulunmuştur. Bu veriler remdesivirin erken başlanması gerektiğini düşündürmektedir (Williamson, B.N., 2020).

#### *COVID-19'un Antiviral Tedavisinde Remdesivir Kullanımı Konusunda Yapılmış Klinik Çalışmalar*

**Randomize Kontrollü Klinik Çalışmalar (RCT):** Remdesivirin COVID-19'da etkinliğini araştıran Çin'de yapılmış ilk randomize kontrollü çalışmada ağır pnömonisi ( $\text{o2sat} < \%94$ ,  $\text{pao2/fio2} < 300$ ) ve semptomlarının süresi  $\leq 12$  gün olan, 237 doğrulanmış COVID-19 olgusunda remdesivir (158 hasta) veya plasebo (79 hasta) ve aynı zamanda lopinavir–ritonavir, interferon ve kortikosteroidler verilmiştir. Bu çalışmada klinik iyileşme süresi, 28 günlük mortalite ve istenmeyen ilaç etkisi oranlarının gruplar arasında fark göstermediği, aynı şekilde üst ve alt solunum yolu örneklerindeki viral yükün de

gruplar arasında benzer olduğu bildirilmiştir (Wang, Y., 2020). Remdesivirle ilgili 2. Randomize kontrollü çalışma 1063 doğrulanmış ağır COVID-19 olgusunda ABD’de yapılmıştır. Bu çalışmada olguların 538’ine remdesivir, 521’ine ise plasebo uygulanmış; klinik iyileşme süresinin remdesivir grubunda 11, plasebo grubunda 15 gün, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir ( $p < 0.001$ ). Mortalite oranı da remdesivir grubunda daha düşük olmakla birlikte (%7.1’e %11.9) aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p = 0.059$ ) (Beigel, J.H., 2020). Bu çalışmanın verilerinin açıklanmasından sonra ABD FDA, ağır olası/doğrulanmış COVID-19 hastaları için ( $spo2 \leq \%94$ ) remdesivire acil kullanım onayı vermiş, tedavi süresinin entübe olanlarda 10 gün, olmayanlarda 5 gün olabileceğini bildirmiştir. Arkasından Amerikan Ulusal COVID-19 Rehberi’nde de remdesivir COVID-19 tedavisinde aynı endikasyonlarla yerini almıştır (National Institute of Health, 2020).

COVID-19’da uygun remdesivir tedavi süresini belirlemek üzere 397 hastada yapılan bir çalışmada, 5 gün veya 10 ün remdesivirle tedavi edilen hastalarda klinik sonuçlar ve istenmeyen ilaç etkileri açısından fark görülmemiştir (Gilead Sciences, Inc, 2020). Son olarak ABD, Avrupa, Asya’da oksijen ihtiyacı olmayan pnömonili doğrulanmış COVID-19 tanılı 584 hastada yapılmış çok merkezli RCT’da, hastalar 5 gün remdesivir (197), 10 gün remdesivir (199) ve standard bakım (200) alacak şekilde randomize edilmiştir. 11. Gündeki klinik durum standard grupla karşılaştırıldığında 5 gün remdesivir alan grupta belirgin olarak daha iyiye, 10 gün remdesivir alan grupta farklı bulunmamıştır ( $p$  sırasıyla 0.02 ve 0.18). Mortalite ve istenmeyen ilaç etkileri gruplar arasında benzer bulunmuştur (Spinner, C.D., 2020).

**Sonuç:** Remdesivir SARS-cov-2’ye karşı in vitro ve in-vivo hayvan deneylerinde oldukça etkili bulunmuş, 1647 COVID-19 hastasını içeren 2 RCT’da klinik sonuçlara bazı olumlu etkisi gösterilmiş, 237 hasta içeren 1 RCT’da ise klinik sonuçlara herhangi bir olumlu etkisi gösterilmemiştir. Ek klinik çalışma sonuçları gereklidir. Remdesivirin COVID-19 sırasında kullanımını sırasında ciddi istenmeyen etkisi bildirilmemiştir. Tüm veriler bir arada değerlendirildiğinde remdesivirin orta/ağır seyirli COVID-19 pnömonilerinde kullanılabileceği düşünülmüştür. Yeni klinik çalışma sonuçlarına göre kullanım endikasyonları tekrar değerlendirilmelidir.

### **COVID-19’un Antiviral Tedavisinde Proteaz İnhibitörleri**

Koronavirüslerin ana proteazı çok iyi korunmuş olup, SARS-cov-2’nin ana proteazı, SARS’inkiyle %96 benzerlik göstermektedir. Koronavirüs proteazı, virus konak hücresine girdikten sonra sentezlenen poliproteini parçalayarak yapısal olmayan (RNA polimeraz, eksonükleaz vb) proteinlerinin oluşmasını sağlar. Bu nedenle virüs çoğalmasında kritik bir rolü vardır ve SARS-cov-2 için için potansiyel ilaç hedefi olarak önerilmiştir (Xu, Z., 2020; mckee, D.L., 2020). COVID-19 tedavisi amacıyla en yaygın kullanılan proteaz inhibitörü, HIV enfeksiyonunun tedavisinde uzun yıllardan beri kullanılmakta olan lopinavir/ritonavir olmuştur.

## **Lopinavir / Ritonavir**

Lopinavir, booster olarak yer alan ritonavirle birlikte HIV tedavisinde kullanılan bir proteaz inhibitörüdür. Daha önce yapılmış invitro çalışmalarda, lopinavir/ritonavirin kabul edilebilir EC50 seviyeleriyle SARS cov'a etkili olduğu, ribavirinle kombine edildiğinde sinerjik etkinlik gösterdiği bildirilmiştir. Vero-E6 hücrelerinde yapılan çalışmalarda lopinavir/ritonavirin SARS-cov-2'ye 26.63µm'lük EC50 seviyesiyle etkili olduğu gösterilmiştir (Choy, K.T., 2020). Hayvan deneylerinde MERS ve SARS'a etkili olduğu (Chan, J.F.W., 2015) , MERS ve SARS hastalarında yapılmış bazı gözlemsel çalışmalarda da çeşitli klinik sonuçlara olumlu etkisinin görüldüğü (Chan, K.S.,2003;Chu, C.M., 2004) , MERS'te temas sonrası profilakside etkili olabileceği bildirilmiştir (Park, S.Y., 2019; Yao, T.T., 2020).

### *COVID-19'un Antiviral Tedavisinde Lopinavir/ritonavir Kullanımı Konusunda Yapılmış Klinik Çalışmalar*

*Randomize Kontrollü Klinik Çalışmalar (RCT):* Çin'de 86 hafif/orta doğrulanmış COVID-19 olgusunda yapılmış bir RCT'da, 34 hasta lopinavir-ritonavir, 35 hasta arbidol, 17 hastaysa antiviral tedavi verilmeyecek şekilde randomize edilmiş; viral klirens süresi, klinik tabloda ağırlaşma oranları, 7. Günde ateşsiz olma ve BT'de düzelme oranları gruplar arasında benzer bulunmuştur (Li, Y., 2020).

Çin'de 199 doğrulanmış ağır pnömonili COVID-19 hastasında yapılmış bir diğer RCT'da ise 99 hastaya standard tedaviye ek olarak Lop/r, 100'ü ise sadece standard tedavi verilmiş, klinik iyileşme süresi gruplara arasında benzer ( HR1.24; %95 [CI], 0.90-1.72) bulunmuştur. 28 günlük mortalite Lop/r grubunda (%19.2), kontrol grubundan (%25) ( -5.8 yüzdelik azalma, %95 CI-17.3-5.7) daha düşük olarakla birlikte aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Farklı dönemlerde viral RNA belirlenme oranları da iki grupta benzer bulunmuştur. İlk 12 günde tedavi verilebilenler ayrı değerlendirildiğinde klinik iyileşme Lop/r grubunda daha hızlı olmuş (16.0güne karşılık 17 gün) ve mortalitenin de daha belirgin olarak azaldığı (%19'a karşılık %27) görülmüştür. Lop/r grubunda gastrointestinal istenmeyen etkiler daha fazla görülürken ciddi istenmeyen etki görülmemiş, hastaların %13.8'inde Lop/r'nin istenmeyen etkileri nedeniyle tedavi erkenden sonlandırılmıştır (Cao, B., 2020).

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, Lop/r grubunda mortalitenin daha az görülmesinin önemli olabileceği, Lop/r'nin hastalığın erken dönemlerinde başlanmasının daha akılcı olabileceği, Lop/r'nin SARS-cov 2'yi inhibe eden konsantrasyonlarının göreceli yüksek olması nedeniyle sinerjik kombinasyonların akılcı olabileceği düşünülmüştür (Baden, L.R., 2020).

Hong-Kong'da izlenmiş 127 doğrulanmış COVID-19 olgusunda yapılmış bir diğer RCT'da 34 hastaya tek başına Lop/r, 34 hastaysa Lop/r, interferin-beta-1b ve ribavirin kombinasyonu verilmiştir. Tedavi başlama süresi semptomların başlangıcından itibaren ortalama 5 gün, tedavi süresi ise 14 gün olan bu çalışmada, kombinasyon grubunda viral klirens süresi (7'ye karşılık 12 gün, p=0.010)), NEWS skorunun sıfır olma süresi (4'e karşılık 8 gün, p<0.001) ve toplam hastanede yatış süresi (9'a karşı 14.5 gün,

p<0.16) daha kısa, 3.gündeki SOFA skoru da daha düşük (0'a karşı 1, p=0.010) bulunmuştur. Tedavinin semptomlardan sonraki ilk 7 günden önce başlanması halinde tüm sonuçların geç başlananlardan daha iyi olduğunun bildirildiği bu çalışmada istenmeyen ilaç etkileriyle genellikle bulantı ve ishal olmak üzere gruplar arasında benzermiş (%48 vs %49) (Hung, I.F.N., 2020). ABD/IDSA COVID-19 Tedavi Rehberi'nde, Lopinavir/ritonavir'in sadece klinik çalışmalar kapsamında kullanılması, kesin bir yargıda bulunabilmek için ek çalışmalara gereksinim olduğu vurgulanmıştır (Bhimraj, A., 2020).

Sonuç: COVID-19 tedavisinde lopinavir/ritonavirin etkinliğini araştıran 86 hasta içeren bir RCT'da bu ajanın etkisiz olduğu, 199 hasta içeren 1 RCT'da bazı olumlu etkilerinin olabileceği, birinde ise ribavirin ve interferonla kombine kullanılması halinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir. Bu klinik çalışmaların genellikle az olgu sayılı ve plasebo kontrollü olmadığı görülmüş, ek çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür. Lopinavir/ritonavirin SARS-cov-2 üzerine etkisini araştıran in vitro çalışma sayısı azdır, sonuçlar yetersizdir, ek çalışmalar gereklidir. Lopinavir/ritonavirin COVID-19 tedavisinde, özellikle kombinasyon rejiminin bir parçası olarak klinik çalışmalar içinde yer alacak şekilde kullanılması düşünülebilir.

COVID-19 salgının başlamasından itibaren geçen sekiz aylık süreçte etkinliği kesin olarak gösterilmiş bir antiviral halen yoktur. Bu amaçla yapılan klinik çalışmalarda en çok incelenen ve tedavide yeniden konumlandırılarak (repurposing) kullanılan ajanlar, etkili tedavi bulunması konusunda zaman kaybına neden olmuş olabilir. SARS-cov-2'ye özgü yeni antivirallere acilen gereksinim vardır, mevcut kaynakların yeni ajanların araştırılmasına, geliştirilmesine ve çalışılmasına ayrılması en akılcı yaklaşımdır.

## Kaynaklar

- 1) Agostini ML, Andres EL, Sims AC, Graham RL, Sheahan TP, Lu X, et al. Coronavirus Susceptibility to the Antiviral Remdesivir (GS-5734) Is Mediated by the Viral Polymerase and the Proofreading Exoribonuclease. *Mbio* 9:e00221-18. <https://doi.org/10.1128/mbio.00221-18>
- 2) Amirian ES, Lev JK. Current knowledge about the antivirals remdesivir (GS-5734) and GS-441524 as therapeutic options for coronaviruses.. *One Health* 2020; 9: 100128
- 3) Arshad A, Kilgore P, Chaudhry ZS, Jacobsen, G, Wang DD, Huitsing K, et al. Treatment with Hydroxychloroquine, Azithromycin, and Combination in Patients Hospitalized with COVID-19. *International Journal of Infectious Diseases* 2020; S1201-9712(20)30534-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.099>
- 4) Baden LR, Rubin EJ. Covid-19–The Search for Effective Therapy. *New England Journal of Medicine* 2020; 382:1851-1852. DOI: 10.1056/nejme2005477.
- 5) Barlow A, Landolf KM, Barlow B, Yeung SYA, Heavner JJ et al. Review of emerging pharmacotherapy for the treatment of coronavirus disease 2019. *Pharmacotherapy* 2020. Doi: 10.1002/phar.2398
- 6) Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Preliminary Report. *NEJM* 2020; DOI: 10.1056/nejmoa2007764

COVID-19 salgının başlamasından itibaren geçen sekiz aylık süreçte etkinliği kesin olarak gösterilmiş bir antiviral halen yoktur. Bu amaçla yapılan klinik çalışmalarda en çok incelenen ve tedavide yeniden konumlandırılarak (repurposing) kullanılan ajanlar, etkili tedavi bulunması konusunda zaman kaybına neden olmuş olabilir.



- 7) Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Laverigne V, Baden L, Cheng VCC, et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Published by IDSA on 4/11/2020. Last updated, 9/4/2020. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/#toc-9>
- 8) Boulware DR, Pullen MF, Bangdiwala AS, Pastick KA, Lofgren SM, Okafor EC, et al. A Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Postexposure Prophylaxis for Covid-19. *N Engl J Med* 2020, <https://doi.org/10.1056/nejmoa2016638>.
- 9) Cai Q, Yang M, Liu D, Chen J, Shu D, Xia J, et al. Experimental Treatment with Favipiravir for COVID-19: An Open-Label Control Study. *Engineering* 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.eng.2020.03.007>
- 10) Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wanget J et al. A trial of lopinavir–ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. *New England Journal of Medicine* 2020;382:1787-1799. Doi: 10.1056/nejmoa2001282
- 11) Catteau L, Dauby N, Montourcy M, Bottieau E, Hautekiet J, Goetghebeur E, et al. Low-dose Hydroxychloroquine Therapy and Mortality in Hospitalized Patients with COVID-19: A Nationwide Observational Study of 8075 Participants, *International Journal of Antimicrobial Agents* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106144>
- 12) Castelnovo AD, Costanzo S, Antinori A, Berselli N, Blandi L, Bruno R, et al. Use of hydroxychloroquine in hospitalised COVID-19 patients is associated with reduced mortality: Findings from the observational multicentre Italian CORIST study. *European Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.08.019>
- 13) Cavalcanti AB, Zampieri FG, Rosa RG, Azevedo LCP, Veiga VC, Avezum A, et al. Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19. *New England Journal of Medicine* 2020; DOI: 10.1056/nejmoa2019014
- 14) Chen J. A pilot study of hydroxychloroquine in treatment of patients with common coronavirus disease-19 (COVID-19) *Journal of Zhejiang University* 2020. Doi: 10.3785/j.issn.1008- 9292.2020.03.03 )
- 15) Chen Z, Hu J, Zhang Z, Jiang S, Han S et al. Efficacy of hydrochloroquine in patients with COVID-19: Results of a randomized trial; 2020: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20040758v2>).
- 16) Chen L, Zhang ZY, Fu JG, Feng ZP, Zhang SZ, Han QY, et al. Efficacy and safety of chloroquine or hydroxychloroquine in moderate type of COVID-19: a prospective open-label randomized controlled study. *Medrxiv preprint* doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.19.20136093.t>
- 17) Chen C, Huang J, Cheng Z, Zhang Y, Cheng Z et al. (2020). Favipiravir versus arbidol for COVID-19: a randomized clinical trial [online]. *Medrxiv preprint* doi:<https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037432>
- 18) Chan JFW, Yao Y, Yeung ML, deng W, Bao L, Jia L, et al. Treatment With Lopinavir/Ritonavir or Interferon-β1b Improves Outcome of MERS-cov Infection in a Nonhuman Primate Model of Common Marmoset. *J Infect Dis*. 2015;212(12):1904-13. Doi: 10.1093/infdis/jiv392,
- 19) Chan KS, Lai ST, Tsui E, Tam CY, Wong MML, Tse MW, et al. Treatment of severe acute respiratory syndrome with lopinavir/ritonavir: a multicentre retrospective matched cohort study. *Hong Kong Med J* 2003;9:399-406 ;
- 20) Choy KT. Wong AY, Kaewpreedee P, Sia SF, Chen D Pui K, et al. Remdesivir, lopinavir, emetine, and homoharringtonine inhibit SARS-cov-2 replication in vitro. *Antiviral Research* 2020; 178: 104786. Doi: 10.1016/j.antiviral.2020.104786

- 21) Chu CM, Cheng VCC, Hung IFN, Wong MML, Chan KH, Chan KS, et al. Role of lopinavir/ritonavir in the treatment of SARS: initial virological and clinical findings Thorax 2004;59:252–256
- 22) Coomes EA, Haghighi H. Favipiravir, an antiviral for COVID-19? J Antimicrob Chemother 2020; 75: 2013–2014 doi:10.1093/jac/dkaa171
- 23) Du YX, Chen XP. Favipiravir: Pharmacokinetics and Concerns About Clinical Trials for 2019-ncov Infection. Clin. Pharmacol. Ther 2020; 108: 242-7
- 24) Esper RB, da Silva RS, Oikawa FT, Castro MM, Razuk-Filho A, et al. Empirical treatment with hydroxychloroquine and azithromycin for suspected cases of COVID-19 followed-up by telemedicine. <https://pgibertie.files.wordpress.com/2020/04/2020.04.15-journal-manuscript-final.pdf>
- 25) Fan, J, Xinyuan X, Liu J, Yang Y, Zheng N, Liu Q, et al., (2020) Connecting hydroxychloroquine in vitro antiviral activity to in vivo concentration for prediction of antiviral effect: a critical step in treating COVID-19 patients. *Clinical Infectious Diseases*, ciaa623, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa623>
- 26) Favipiravir Observational Study Group, 2020 Preliminary Report of the Favipiravir Observational Study in Japan (2020/5/15) [https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19\\_casereport\\_en\\_200529.pdf](https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_casereport_en_200529.pdf)
- 27) Fiolet, A., Guihur A, Rebeaud M, Mulot M, Peiffer-Smadja N, Mahamat-Saleh Y. Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology & Infection* 2020; <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.022>.
- 28) Food and Drug Administration, 2020 FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems, <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-cautions-against-use-hydroxychloroquine-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or>
- 29) Furuta Y, Komeno T, Nakamura T. Favipiravir (T-705), a broad spectrum inhibitor of viral RNA polymerase Proc. Jpn. Acad., Ser. B 2017; 93 (7): 449-62
- 30) Geleris J, Sun Y, Platt J, Zucker J, Baldwin M, Hripcsak G, et al. Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine* 2020; DOI: 10.1056/nejmoa2012410
- 31) Gilead Sciences, Inc, 2020 <https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2020/4/gilead-announces-results-from-phase-3-trial-of-investigational-antiviral-remdesivir-in-patients-with-severe-covid-19>
- 32) Glenmark Pharmaceuticals Ltd., 2020; Glenmark Announces Top-Line Results From Phase 3 Clinical Trial of Favipiravir in Patients with Mild to Moderate COVID-19. <https://www.glenmarkpharma.com/sites/default/files/Glenmark-Announces-Top-Line-Results-From-Phase-3%20-Clinical.pdf>
- 33) Preliminary Report of the Favipiravir Observational Study in Japan (2020/5/15) Favipiravir Observational Study Group. [https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19\\_casereport\\_en\\_200529.pdf](https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_casereport_en_200529.pdf)
- 34) Guérin V, Lévy P, Thomas JL, Lardenois T, Lacrosse P, Sarrazin E, et al. Azithromycin and hydroxychloroquine accelerate recovery of outpatients with mild/moderate COVID-19. Preprints 2020; doi:10.20944/preprints202005.0486.v1
- 35) Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Kruger N, Herler T, Erichsen S, et al. SARS-cov-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.Cell.2020.02.052>.

- 36) Hoffmann H, Mösbauer K, Hofmann-Winkler H, Kaul A, Kleine-Weber H, Krüger N, et al. Chloroquine does not inhibit infection of human lung cells with SARS-cov-2. *Nature* 2020; <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2575-3>
- 37) Hojer Karise, A.P., Wiberg S, Laigaard J, Pederson C, Rokamp KZ, Mathiesen O., (2020) A systematic review of trial registry entries for randomized clinical trials investigating COVID-19 medical prevention and treatment. *Plos One* ;15(8):e0237903.doi: 10.1371/journal.pone.0237903
- 38) Horby PW, Landray MJ, RECOVERY Collaborative Group. Effect of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with COVID-19: Preliminary results from a multicentre, randomized, controlled trial. *Medrxiv preprint* 2020; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.15.20151852>.
- 39) Huang M, Tang T, Pang P, Li M, Ma R, Lu J, et al. Treating COVID-19 with Chloroquine. *Journal of Molecular Cell Biology* (2020), 00(00), 1–4.
- 40) Huang M, Li M, Xiao F, Liang J, Pang P, Tang T, et al. Preliminary evidence from a multicenter prospective observational study of the safety and efficacy of chloroquine for the treatment of COVID-19 *medrxiv preprint* 2020; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20081059>.
- 41) Hung IFN, Lung KC, Tso EYK, Liu R, Chung TWH, Chu MY, et al. Triple combination of interferon beta-1b, lopinavir–ritonavir, and ribavirin in the treatment of patients admitted to hospital with COVID-19: an open-label, randomised, phase 2 trial. *Lancet* 2020; 395: 1695–704.
- 42) Ip A, Berry DA, Hansen E, Goy AH, Pecora Al, Sinclair BA, et a. Hydroxychloroquine and Tocilizumab Therapy in COVID-19 Patients – An Observational Study . Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.21.20109207> medrxiv preprint
- 43) Ivashchenko AA, Dimitriev KA, Vostokova NV, Azarova VN, Blinow AA, Egorova AN, et al. AVIFAVIR for Treatment of Patients with Moderate COVID-19: Interim Results of a Phase II/III Multicenter Randomized Clinical Trial. *Clinical Infectious Diseases* 202, ciae1176, <https://doi.org/10.1093/cid/ciae1176>
- 44) Lagier J-C, Million M, Gautret P, Colson P, Cortaredona Sé, Giraud-gatineau, et al. Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis, *Travel Medicine and Infectious Disease* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101791>.
- 45) Li Y, Xie W, Lin W, Cai W, Wen C, Guan Y, et al. Efficacy and Safety of Lopinavir/Ritonavir or Arbidol in Adult Patients with Mild/Moderate COVID-19: An Exploratory Randomized Controlled Trial, *Med* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.medj.2020.04.001>
- 46) Liu J, Cao R, Xu M, Wang X, Zhang H et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-cov-2 infection in vitro. *Cell Discovery* 2020. Doi: 10.1038/s41421-020-0156-0.15
- 47) Lou Y, Liu L, Qui Y. Clinical Outcomes and Plasma Concentrations of Baloxavir Marboxil and Favipiravir in COVID-19 Patients: an Exploratory Randomized, Controlled Trial; *medrxiv preprint* doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20085761>
- 48) Lu CC, MY, Chen, Chang YL. Potential therapeutic agents against COVID-19: What we know so far. *Journal of the Chinese Medical Association* 2020. Doi: 10.1097/JCMA.0000000000000318
- 49) Madelain, V., Nguyen TH, Olivo A, Lamballerie X, Guedj J, Taburet Am, et al. Ebola Virus Infection: Review of the Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Properties of Drugs Considered for Testing in Human Efficacy Trials. *Clin Pharmacokinetics* 2016;55(8):907-23.doi: 10.1007/s40262-015-0364-1
- 50) Madelain V, Oestereich L, Graw F, Huyen T, Nguyen T, Lamballerie, et al. . Ebola virus dynamics in mice treated with favipiravir. *Antiviral Res* 2015;123:70-7
- 51) Mahévas M, Tran VT, Roumier M, Chabrol A, Paule R, Guillaud C, et al. Clinical efficacy of hydroxychloroquine in patients with covid-19 pneumonia who require oxygen: observational comparative study using routine care data. *BMJ* 2020;369:m1844 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1844>
- 52) Maisonnasse, P., Guedi J, Contreas V, Behillil S, Solas C, Marlin R, et al. Hydroxychloroquine use against SARS-cov-2 infection in non-human primates. *Nature* 2020; <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2558-4>

- 53) Mallapaty, S., (2020) How Deadly is the Coronavirus? Scientists are Close to an Answer. *Nature*; 582: 467-8
- 54) Malik, S., Gupta A, Zong X, Rasmussen TP, Manautou JE, Bahal R., (2020) Emerging Therapeutic Modalities against COVID-19. *Pharmaceuticals*;13: 188. <https://doi.org/10.3390/ph13080188>
- 55) Mckee, D.L., Sternberg, A., Stange, U., Laufer, S., Naujokat, C., (2020) Candidate drugs against SARS-cov-2 and COVID-19 *Pharmacological Research*; 157: 104859
- 56) Membrillo FJ, Ramírez-Olivencia G, Estébanez M, de Dios B, Herrero MD, Mata T, et al. Early hydroxychloroquine is associated with an increase of survival in COVID-19 patients: an observational study. Preprints ([www.preprints.org](http://www.preprints.org)), 5 May 2020; doi: 10.20944/preprints202005.0057.v1
- 57) Mitjà O, Corbacho-Monné M, Ubals M, Tebe C, Peñafiel J, Tobias a, et al. Hydroxychloroquine for Early Treatment of Adults with Mild Covid-19: A Randomized-Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases* 2020; <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa100929>
- 58) Mitjà O, Corbacho M, G-Beiras C, Tebe C, Tobias A, Ballana E, et al. Hydroxychloroquine alone or in combination with Cobicistat-boosted Darunavir for treatment of mild Covid-19: a cluster-randomized clinical trial. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?Abstract\\_id=3615997](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?Abstract_id=3615997)
- 59) Mitjà O, Ubals M, Corbacho-Monné M, Alemany A, Suñer C, Tebe C, et al. A Cluster-Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Prevention 1 of Covid-19 Transmission and Disease. Medrxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.20.20157651>
- 60) National Institute of Health, 2020 <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-halts-clinical-trial-hydroxychloroquine>
- 61) National Institute of Health, USA, 2020 , COVID-19 Treatment Guidelines, <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
- 62) Nguyen, L.S., Dolladille C, Drici MD, Fenioux C, Alexandre J, Mira JP, et al., 2020 Cardiovascular Toxicities Associated With Hydroxychloroquine and azithromycin: Analysis of the World Health Organization Pharmacovigilance Database. *Circulation*. 2020;142:303–30. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048238
- 63) Park SY, Lee JS, Son JS, Ko JH, Peck KR et al. Post-exposure prophylaxis for Middle East respiratory syndrome in healthcare workers. *Journal of Hospital Infection* 2019; 101 (1): 42-46. Doi: 10.1016/j.jhin.2018.09.005
- 64) Rattanaumpawan P, Jirajariyavej S, Lerdlamyong K, Palavutitotai N, Saiyarin J. Real-world Experience with Favipiravir for Treatment of COVID-19 in Thailand: Results from a Multi-center Observational Study. Medrxiv preprint 2020 ;doi:doi.org/10.1101/2020.06.24.20133249
- 65) Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, Wilberschied LA, Kumar DO; Tesoriero J, et al. Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. *JAMA* 2020 . Doi:10.1001/jama.2020.8630
- 66) Schrezenmeier E, Dörner T. Mechanisms of action of hydroxychloroquine and chloroquine: implications for rheumatology . *Nature Reviews Rheumatology* 2020; 16 (3): 155- 166. Doi: 10.1038/s41584-020-0372-x
- 67) Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schafer A, Won J, Brown AJ, et al. . Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-cov. *Nat Commun* 2020; 11:222
- 68) Shirato K., Kawase M, Matsuyama S. Wild-type human coronaviruses prefer cell-surface TMPRSS2 to endosomal cathepsins for cell entry. *Virology* 2018; 517: 9-15, <https://doi.org/10.1016/j.virol.2017.11.012>.
- 69) Sbidian E, Josse J, Lemaitre G, Meyer I, Bernaux M, Gramfort A, et al. Hydroxychloroquine with or without azithromycin and in-hospital mortality or discharge in patients hospitalized for COVID-19 infection: a cohort study of 4,642 in-patients in France. Medrxiv preprint 2020; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.16.20132597>

- 70) Shannon, A., Selisko, B., Le, N.T.T, Huchting, J., Touret, F., Piorkowski, G., et al., (2020) Favipiravir strikes the SARS-cov-2 at its Achilles heel, the RNA polymerase biorxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.15.098731>
- 71) Skipper CP, Pastick KA, Engen NW, Bangdiwala AS, Abassi M, Lofgren SM, et al. Hydroxychloroquine in Nonhospitalized Adults With Early COVID-19: A Randomized Trial. Annals of Internal Medicine 2020; <https://doi.org/10.7326/M20-4207>.
- 72) Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, Lopez JRA, Cattelan AM, Viladomiu AS, et al. . Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate COVID-19A Randomized Clinical Trial. JAMA 2020. Doi:10.1001/jama.2020.16349
- 73) Stevenson, A., Kirresh A, Conway S, whitel, Ahmad M, Little C., 2020 Hydroxychloroquine use in COVID-19: is the risk of cardiovascular toxicity justified?Open Heart ;7(2):e001362.doi: 10.1136/openhrt-2020-001362.
- 74) Tang W, Cao Z, Han M, Wang Z, Chen J, Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial BMJ 2020;369:m1849 | doi: 10.1136/bmj.m1849
- 75) Valle C, Martin B, Touret F, Shannon A, Canard B, Guillemot JC, et al. Drugs against SARS-cov-2: What do we know about their mode of action? Rev Med Virol. 2020;e2143. <https://doi.org/10.1002/rmv.2143>
- 76) Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-ncov) in vitro. Cell Research 2020; 30: 269- 71. Doi: 10.1038/s41422-020-0282-0
- 77) Wang Y, Zhang D, Du G, Du R, Zhao J, Jin Y, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial Yeming Wang, MD † Dingyu Zhang, MD † Prof Guanhua Du, phd † Prof Ronghui Du, MD † Prof Jianping Zhao, MD † Prof Yang Jin, MD Lancet 2020; 395: 1569–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9)
- 78) Williamson BN, Feldmann F, Schwarz B, White KM, Porter DP, Schulz J, et al. . Clinical benefit of remdesivir in rhesus macaques infected with SARS-cov-2. Biorxiv preprint 2020; <https://doi.org/10.1101/2020.04.15.043166>
- 79) World Health Organisation, 2020 WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID- 19. 2020, <https://www.who.int/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19>).
- 80) Xu, Z., Peng, C., Shi, Y., , Zhu, Z., Mu, K., Wang, X., et al. Nelfinavir was predicted to be a potential inhibitor of 2019-ncov main protease by an integrative approach combining homology modelling, molecular docking and binding free energy calculation. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.27.921627v1.full.pdf> ).
- 81) Yao X, Ye F, Zhang Z,Cui C, Huang B et al. In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of hydroxychloroquine for the treatment of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-cov-2). Clinical Infectious Diseases 2020; ciaa237. Doi: 10.1093/cid/ciaa237
- 82) Yao TT, Qian JD, Zhu Y, Wang Y, Wang GQ. A systematic review of lopinavir therapy for SARS coronavirus and MERS coronavirus–A possible reference for coronavirus disease-19 treatment option. Journal of Medical Virology 2020. Doi: 10.1002/jmv.25729
- 83) Yu B, Li C, Chen P, Zhou N, Wang L, et al. Hydroxychloroquine application is associated with a decreased mortality in critically ill patients with COVID-19. Medrxiv preprint 2020; <https://doi.org/10.1101/2020.04.27.20073379>.



# COVID-19 AŞI ÇALIŞMALARI

## Dr. Pınar Okyay

Tıp Doktoru, Profesör, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Danışma Kurulu Üyesi

## Özet

COVID-19 pandemisi olanca hızıyla devam ederken, SARS-cov-2'ye karşı aşı geliştirilmesi küresel bir amaç haline gelmiştir. Bu nedenle çok sayıda COVID-19 aşı çalışması prelinik ve klinik aşamalarda devam etmektedir. Bu aşı adayları içerisinde geleneksel olarak başvurulmuş yöntemlere ek olarak daha önce hiç ruhsatlandırılmamış yeni teknolojiler de bulunmaktadır. Klinik çalışmalar ile ilgili insanların bilgilendirilmesi ve bu çalışmalara gönüllülerin katılımının sağlanması çok önemlidir. Bu çalışmaların sonuçlanması sonrasında karmaşık üretim süreçlerinin gerçekleştirilmesi ve güvenilir dağıtım kanallarına gereksinim ortaya çıkacaktır. Bu üretimin nasıl paylaşılacağı ve ekonomik olarak sorunlu ülkelerin vatandaşlarına aşının nasıl sağlanacağı çok önemli bir sorundur. Benzer şekilde aşının kimlere yapılacağı da aşının sağlanması öncesinde tanımlanması ve açıklanması gereken bir konudur. Her iki durumda da etik sorunların yaşanmaması için önceden tanımlanmış adil süreçlerin geliştirilmesine gereksinim bulunmaktadır.

## Giriş

2020 yılına yeni bir korona virüs -SARS-cov-2- ile girdik. Kısa zamanda bu virüsün COVID-19 olarak adlandırılan hastalığının ağır yükü ile yüzleştik. Bugün itibari (7 Eylül 2020; 10.38) 26 milyon 994 bin 442 olgu ve 880 bin 994 ölüm meydana geldi. **(WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, n.d.)** Her gün virüs, hastalığın tanı ve tedavisi, alınması gereken önlemler ve müdahalelerin etkinliği ile ilgili bir şeyler öğreniyoruz. Ancak, yine de virüse bedenimizin verdiği bağışıklık yanıtı tam olarak bilinmiyor, tedavide kullandığımız özgün bir ilacımız yok, doğal yolla kazanılacak bir toplumsal bağışıklıktan da çok uzaktayız. Oysa, pandemi hız kesmeden devam ediyor. Bu nedenle, bir aşıya her zamankinden daha çok gereksinimiz var. Bunun sonucu olarak, dünya çapında bir aşı üretim seferberliğine başlamış; SARS-cov-2'ye karşı aşı geliştirilmesi küresel bir amaç haline gelmiştir.

Bu derlemede sırasıyla,

- Başvuru süreci ve klinik çalışma öncesi süreçlere yer vermeden aşı çalışmalarının klinik aşamalarına ve gönüllülerin bu çalışmalarda yer alması sürecine,
- Dünyada şu anda COVID-19 hastalığına karşı geliştirilmekte olan aşılarda özellikler ve aşı çalışmalarının durumuna,
- Aşıların geliştirilmesi ve dağıtımı ile ilgili uluslararası yapılara,
- Aşıların hangi ülke ve gruplarda nasıl uygulanacağı ile ilgili senaryolar ve olası sorunlar ve bunlarla ilgili önerilere yer verilmiştir.

### **Klinik Çalışmalar**

Aşı geliştirme çalışmaları klinik öncesi (preklinik) ve klinik çalışmaların yapıldığı farklı aşamalardan oluşur. Preklinik çalışmalar, araştırma ve geliştirme çalışmalarını içeren laboratuvar ve hayvan deneyleri süreçlerini kapsar. Normalde, yeni bir aşının geliştirilmesi, test edilmesi ve lisanslanması on yıl veya daha fazla sürebilir; ancak COVID-19 bu süreci önemli ölçüde hızlandırmıştır; genellikle sırayla yapacakları şeyleri paralel olarak yapılmaktadır. Başarılı olmak için, hızla yeni işbirliğine dayalı bilim modelleri ve küresel üretim ve dağıtım ortaklıkları oluşturulması, daha önce hiç görülmemiş düzeyde önemli yatırımlar ve kamu, özel ve hayırsever işbirliği sağlanması gerekmektedir. **(How can we develop a COVID-19 vaccine quickly?, n.d.)**

COVID-19 pandemisi tüm dünyada birçok şeyi değiştirdi. Aşırı ya da tedaviyi bulmak toplumun yararından çok liderlerin başarısının konuşulması için oldu. ABD Başkanı aşının seçim öncesinde hazır olacağını belirtir belirtmez, Rusya Başkanı aşılarının onaylandığı müjdesini verdi. **(Trump et al., 2020)** Oysa Evre 3 çalışmaları yapılmamıştı. Hatta Evre 3 çalışmaları için kayıt olmaları bile bu açıklama sonrasında gerçekleşti. Bir diğer sorun da aşının çok büyük insan gruplarına uygulanması bekleniyor. Oysa, aşırı yaptırmak isteyenlerin yüzde 50'iyi geçmediğini gösteren çalışmalar var. Erken yetkilendirme, etkinliğinin fazla tahmin edilmesine veya ciddi bir olumsuz etkinin tahmin edilememesine yol açarsa ya da yanlış bir adım, zaten hassas olan güvene zarar verebilir. Bundan da tüm yerleşik aşılama programları zarar görebilir. Klinik çalışma evrelerinin tamamlanmadan aşının erken kullanıma sunulması, tıbbi bir atılım olmayacak; hatta halk sağlığı açısından önemli bir yanlış olabilecektir.

**Klinik Çalışmaların Evreleri:** Klinik araştırma, insan katılımcıları veya insan gruplarını, sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için bir veya daha fazla sağlıkla ilgili müdahaleye ileriye dönük olmak üzere atayan herhangi bir araştırma çalışmasıdır. Klinik araştırmalar ayrıca girişimsel araştırmalar olarak da adlandırılabilir. **(International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), n.d.)** Klinik araştırmalarda, preklinik aşamalar tamamlandıktan sonra, bu aşamalarda başarılı sonuçlar alınmış ürünler ile ilgili insan çalışmaları aşamalarına geçirilir. İnsanlarda bu süreç Faz ya da Evre olarak tanımlanan 4 aşamadan [1- (bazen 0)-4] oluşur. Bu evrelerin özellikleri aşağıda verilmiştir. **(International Clinical Trials**

## Registry Platform (ICTRP), n.d.)(Glossary of Terms used in EU Clinical Trials Register., n.d.)

- **Evre 1 (Faz 1)** : Evre 1 çalışmaları, bir klinik araştırmanın ilk aşamasıdır. Herhangi bir hastalığı tedavi etmek ya da önlemekten çok kullanılacak araştırılan ürünün insanlar tarafından alınmasının güvenli olup olmadığı (örneğin, güvenli bir doz aralığı belirlemek ve yan etkileri belirlemek için) araştırılan aşamadır. Bu aşamaya davet edilen kişi sayısı çok küçüktür; tipik olarak yaklaşık 30 kişi olmak üzere 20-80 kişi arasındadır. Genellikle sağlıklı gönüllüleri veya bazen de hastaları içerir.
- **Evre 2 (Faz 2)** : Klinik araştırmalardaki ikinci aşama, potansiyel bir tedavinin güvenliğini daha detaylı değerlendirirken etkinliğini de araştırmayı amaçlamaktadır. Tedavinin bir durumu tedavi etmek için güvenli ve etkili olup olmayacağını belirlemek amacıyla genellikle 100 ile 300 kişi katılır.
- **Evre 3 (Faz 3)** : Önceki araştırmalar bir tedavinin güvenli olduğunu ve aynı zamanda beklenen etki konusunda umut vaat ettiğini gösteriyorsa, Evre 3 klinik araştırmalar başlar. Bunlar, genellikle Evre 1 ve Evre 2'deki birkaç yüz ila birkaç binden çok sayıda katılımcıyı içerir ve genellikle farklı hastaneler ve ülkeler arasında yayılır. Müdahaleyi diğer standart veya deneysel müdahalelerle karşılaştırarak, olumsuz etkileri izlemek ve müdahalenin güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlayacak bilgileri toplamak amaçlanır. Bu denemeler, bir ürünün (ilaç, aşı) güvenli ve etkili olduğunu gösteriyorsa, üreticiler ruhsat için başvurabilir.
- **Evre 4 (Faz 4)** : Ürünün riskleri, faydaları ve optimum kullanımı dahil olmak üzere ek bilgileri tanımlamak için pazarlama sonrası çalışmalarıdır. Bu çalışmalar, toplumda onaylanmış müdahalenin etkinliğini izlemek ve yaygın kullanımla ilişkili herhangi bir yan etki hakkında bilgi toplamak için tasarlanmıştır.

Aşı araştırmalarında da, tüm klinik araştırmalar ile benzer bir süreç izlenir. Amaç, güvenli ve etkili bir aşıyı geliştirmektir. Bu sürece katkı vermek üzere, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) COVID-19 aşlarına özel klinik araştırma tasarımı, uygulaması, değerlendirmesi ve takibi için yol gösteren özel bir rehber yayınlamıştır. **(WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines, n.d.)**

*Klinik Çalışmaların Kayıt Merkezlerine Kaydı:* Bir araştırma ekibi tarafından gerçekleştirilecek olan klinik bir çalışmanın bir araştırma kayıt sistemine kayıt olup, bir izleme numarası alması gerekmektedir. Bir araştırma kayıt sisteminin varlığının en önemli nedeni, araştırma protokolü ile ilgili şeffaflığın sağlanması ve yürütülmekte olan tüm araştırmalara bu merkezlerin herkese açık kayıt sistemleri ile ulaşılmasının sağlanmasıdır. Araştırmanın kayıt olabileceği birden çok kayıt merkezi vardır. DSÖ'nün koordinasyonundaki DSÖ Uluslararası Klinik Çalışmalar Kayıt Platformunun [WHO-International Clinical Trials Registry Platform (WHO-ICTRP)] temel amacı, DSÖ Araştırma Kayıt Veri Kümesinin tüm klinik araştırmalarda ileriye dönük kaydını ve bu bilgilerin kamuya açık erişilebilirliğini kolaylaştırmaktır.

Bir araştırma kayıt sisteminin varlığının en önemli nedeni, araştırma protokolü ile ilgili şeffaflığın sağlanması ve yürütülmekte olan tüm araştırmalara bu merkezlerin herkese açık kayıt sistemleri ile ulaşılmasının sağlanmasıdır.

### **(WHO-International Clinical Trials Registry Platform (WHO-ICTRP), n.d.)**

Kayıt merkezlerinde bir araştırmanın kayıt süreci standartlara dayalı yapılandırılmıştır. Bu standartları karşılayan platform üyesi merkezleri DSÖ web sayfasında liste olarak yayımlanır. **(Primary Registries in the WHO Registry Network, n.d.)** Bu kayıt merkezlerine kayıt olunarak, araştırmalara bir kimlik numarasını sağlanmış ve bir sicil oluşturulmuş olur. Veri tabanındaki tüm çalışma kayıtları serbestçe erişilebilir ve aranabilir. Bu süreç, klinik araştırmada şeffaflığı destekler, sonuçların seçici olarak raporlanmasını azaltmaya yardımcı olur ve tarafsız ve eksiksiz bir kanıt temeli sağlar.

Avrupa Birliği Klinik Araştırmalar Kayıt Merkezi de [The European Union Clinical Trials Register (EU-CTF)] Avrupa Bölgesinde, bu ağda tanınan merkezlerden biridir. Bu şekilde Avrupa Bölgesinde (AB) ve Avrupa Ekonomik Alanı'nda (EEA) yürütülen tüm klinik araştırmaların protokol ve sonuç bilgilerine ulaşma olanağı sağlanır. Örneğin, DSÖ'nün 3 Eylülde yayımladığı aşı adayları ile ilgili listeye bakıldığında, Oxford Üniversitesi/astrazeneca aşısının araştırma kaydına kolaylıkla ulaşılabilir. Bu kayıta, girişimsel çalışmanın klinik aşaması ile ilgili olarak, çalışmanın Mart ayında başvurusunu "İngiltere'deki sağlıklı yetişkin gönüllülerde aday Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) aşısı chadox1 ncov-19'un etkililiğini, güvenliğini ve immünojenitesini belirlemek için bir faz I / II çalışması" olarak yapmış olduğu ve çalışma protokolü ile ilgili detaylar izlenebilir. Her aşı çalışmasında olduğu gibi, temel amacının, aday aşının (chadox1 ncov-19) COVID-19'a karşı etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmenin çalışmanın ana amaçları olduğu belirtilmiştir. Bunlara ek olarak birçok ikincil hedef de tanımlanmıştır. **(The European Union Clinical Trials Register, n.d.)**

Bu kayıt merkezlerinden biri de ABD'nde Ulusal Tıp Kütüphanesi [National Library of Medicine (NLM)] ve Ulusal Sağlık Enstitüleri [National Institutes of Health (NIH)] tarafından desteklenen "clinicaltrials.gov" dur. Hastalara, aile üyelerine, sağlık uzmanlarına, araştırmacılara ve halka çok çeşitli hastalıklar ve durumlarla ilgili kamuya açık ve özel olarak desteklenen klinik çalışmalarla ilgili bilgilere kolay erişim sağlayan web tabanlı kayıt merkezidir. **(clinicaltrials.gov, n.d.)**

**Klinik Çalışmalarda Katılma ve Katılımcıların Korunması (F.-C. Zhu et al., 2020):** Bir klinik araştırmaya katılmakla ilgilenen herkes, çalışma hakkında mümkün olduğunca çok şey bilmeli ve araştırma ekibine çalışma, ilgili işlemler ve her türlü masraf hakkında sorular sormaktan çekinmelidir. Bu bilginin edilmesini garanti altına alan sürece, "bilgilendirilmiş onam alınması" denir. Araştırmacılar tarafından potansiyel ve kayıtlı katılımcılara bir klinik çalışmaya katılmanın risklerini ve potansiyel faydalarını iletmek için gerçekleştirilen bir dizi işlemi içerir.

Öncelikle, her klinik çalışmanın protokolünde o çalışmaya kimlerin katılabileceği açık şekilde standartlaştırılarak tanımlanır. Bu standartlara "uygunluk kriterleri" denir. Benzer şekilde kişilerin katılımını engelleyen faktörler de tanımlanır. Buna da "dışlanma kriterleri" denir. Bu faktörler, yaş, cinsiyet, bir hastalığın tipi ve evresi, önceki tedavi geçmişi ve diğer tıbbi durumlar

gibi özellikler olabilir. Bazı araştırmalar, üzerinde çalışılacak hastalıkları veya rahatsızlıkları olan katılımcıları ararken aşı çalışmaları gibi bazı çalışmalar ise genelde sağlıklı katılımcılar ararlar. Aşı çalışmaları öncelikle sağlıklı erişkin insanlarda başlar ve ilk fazdan sonraki evrelerde aşı adayını almaya engel olmayan bazı risk gruplarında da (yaşlılar, diyabet gibi bazı hastalıkları olanlar gibi) tanımlanmış protokole uygun şekilde yürütülebilir.

Çalışmaya katılmak gönüllük esasına dayanır. Ancak, bu gönüllülük çok iyi şekilde bir bilgilendirmenin garanti altına durumlarda kabul edilir. Bu bilgilendirme, insanların çalışmaya kaydolmak veya çalışmaya devam etmek isteyip istemediklerine karar vermelerine yardımcı olur. Bilgilendirilmiş onam süreci, katılımcıları korumayı amaçlamaktadır ve bir kişinin çalışmanın risklerini, potansiyel faydalarını ve alternatiflerini anlaması için yeterli bilgi sağlamalıdır. Süreç, bilgilendirilmiş onam belgesine ek olarak, sözlü talimatları, soru-cevap oturumlarını ve katılımcının anlayışını ölçmeye yönelik ek faaliyetleri içerebilir. Gönüllülerin kendisine bilgi verildiğini ve bunu anladığını göstermek için bir çalışmaya katılmadan önce bilgilendirilmiş onam belgesini imzalaması gerekir. Belgeyi imzalamak ve onay vermek bir sözleşme değildir. Katılımcılar, çalışma bitmemiş olsa bile istedikleri zaman çalışmadan çekilebilirler.

Bir klinik çalışmaya katılmak tıbbi bilgiye katkı sağlar. Bu çalışmaların sonuçları, tedavi edici, önleyici veya tanısal ürünlerin veya müdahalelerin yararları ve riskleri hakkında bilgi sağlayarak gelecekteki hastaların bakımında ya da insanların hastalıklardan korunmasında bir fark yaratabilir. Bu bilgi de ancak, gönüllülerin bu araştırmalarda yer alması ile mümkün olabilmektedir. Ne yazık ki, deneysel yaklaşımın veya kullanımın güvenliği ve etkinliği, deneme sırasında tam olarak bilinmeyebilir. Çoğu deneme, rutin tıbbi bakım veya hastalığın ilerlemesi ya da hastalığa yakalanma ile ilgili risklerden daha büyük olmasa da, katılımcıya bir miktar zarar veya yaralanma riski içerir. Katılımcının yakın ve dikkatli izlemi ve erken dönemde olası bir sorunun saptanması ve gerekirse kişinin tedaviye ulaşımının sağlanması esastır. Bu nedenle, çoğu çalışmada, katılımcıların çalışma protokolüne göre ek işlemler, testler ve değerlendirmelerden geçmesi gerekebilir. Bu gereksinimler, bilgilendirilmiş onam belgesinde açıklanır. Bu konuda en önemli güvence, çalışmalardaki tüm evrelerin güvenliği sağlayacak şekilde özenle ve standartlara uygun şekilde gerçekleştirilmesidir.

Aşılar, bulaşıcı hastalıkla önlemenin en etkili yoludur; mortalite ve morbiditeyi azaltmadaki etkisi defalarca gösterilmiştir. Aşı çalışmaları da aşılarının geliştirilmesi, hangi aşı adayının işe yarayacağını bulması için tek yoldur. Bu çalışmalar ancak araştırmaya gönüllü katılan insanların varlığında gerçekleştirilebilir. Bu nedenle, kişilerin gönüllü katılım sağlayacakları araştırmalara ulaşmaları sağlanmalıdır. Bu konudaki en iyi örneklerden biri, Ulusal Sağlık Enstitülerine [National Institutes of Health (NIH)] bağlı araştırmalara gönüllü davet etme web sayfasıdır; 2018/2019 yıllarında bir milyondan fazla kişi bir klinik araştırmaya katılmıştır. Bu web sayfası aracılığı ile bugün itibarı ile COVID-19 aşısı ile ilgili 100.000 kişinin gönüllü olduğu bilinmektedir. (**National Institute for Health Research (NIHR), n.d.**)

Bir klinik çalışmaya katılmak tıbbi bilgiye katkı sağlar. Bu çalışmaların sonuçları, tedavi edici, önleyici veya tanısal ürünlerin veya müdahalelerin yararları ve riskleri hakkında bilgi sağlayarak gelecekteki hastaların bakımında ya da insanların hastalıklardan korunmasında bir fark yaratabilir. Bu bilgi de ancak, gönüllülerin bu araştırmalarda yer alması ile mümkün olabilmektedir.



Bir ülkenin klinik çalışmaların fazlarına katılımı için o ülkenin temel alt yapı sorununun olmaması gerekir. Genelde çok merkezli Evre 3 çalışmalarında ve özellikle aşı çalışmalarında farklı ülkelerin çalışmaya katılımı istenir. Bu katılım o ülkenin genel araştırma kültürüne katkı sağlarken, üretilen ürünün çalışmaya katılan ülkelere öncelikli sunulmasını kolaylaştırır. Örneğin, Temmuz 2020'nin sonlarında Sinovac, Butantan Enstitüsü ile işbirliği yaparak Brezilya'nın altı eyaletinde 9 bin gönüllü sağlık profesyoneli üzerinde etkinlik ve güvenliği değerlendirmek için Evre 3 aşı denemesi yapmaya başladı. Karşılığında, aşı adayının etkili olduğu tespit edilirse Brezilya'ya 120 milyon doz aşı sözü verildi. **(Sinovac, n.d.)** Eylül başı itibari devam etmekte olan COVID-19 ile ilgili 33 klinik çalışmaya 34 farklı ülkedeki en az 470 merkezden 280.000'den fazla katılımcıyı kaydetmek planlanmıştır. **(Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape, n.d.)**

*Klinik Çalışmaların Yayımlanması:* Araştırmacılar bir klinik araştırmaya başladıklarında, araştırmayı yürütme ve bulguları temel etik ilkelere uygun olarak rapor etme taahhüdünde bulunurlar. Bu, sonuçların doğruluğunu korumayı ve hem olumlu hem de olumsuz sonuçları kamuya açık hale getirmeyi içerir. Bu nedenle, her bitirilen evrenin sonunda çalışmada elde edilenler, çalışmanın sonuçları ilgili tıbbi dergilerde yayımlanması gerekir. Sonuçların bilim çevreleri ile tartışılması hem o aşı adayı hem de diğerleri için sürecin geliştirilmesine katkı verir. COVID-19 için Evre 3 çalışmalarının gerçekleştirildiği bazı aşı adayları için önceki evrelerin raporlamalarının ve yayınlarının eksik olması ya da açık şekilde ulaşılamaması çok önemli bir güven sorunu oluşturmaktadır.



### COVID-19 Aşı Çalışmaları

COVID-19 aşı çalışmalarına her ülke ya da kurum aynı başlangıç noktası ile başlamamıştır. Şiddetli Akut Solunum Sendromu [Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)] ve Orta Doğu Solunum Sendromu [Middle East Respiratory Syndrome (MERS)] ile ilgili aşı çalışması yapmış olanlar, tüm genom sekanslarının karşılaştırılması sonucunda SARS-cov-1 genomu ile

yüzde 79 ve MERS-cov genomu ile yüzde 50 oranında benzerlik gösteren COVID-19 etkeni SARS-cov-2 ile çok hızlı yol almışlardır. **(Lu et al., 2020)**

Örneğin, Oxford aşısı geliştiren Prof. Sarah Gilbert ve ekip arkadaşları, daha önce MERS-cov için bir aşı geliştirmiş ve erken klinik çalışmaları umut vaat etmişti. Bu nedenle, Oxford grubu virüse çok yakından tanıyordu. Gamaleya Ulusal Epidemiyoloji ve Mikrobiyoloji Merkezi de 1949 yılından beri aşı üretiyor. 2015 yılında adenovirüs vektör platformunu kullanarak Ebola ateşine karşı vektör tabanlı iki aşığı başarıyla geliştirdi ve kaydettirdi. İnfluenza ve MERS'e karşı aşılar geliştirmek için adenoviral vektörler kullanıldı. Her iki aşının klinik deneylerin ileri aşamasında olduğu biliniyor. Bu deneyimler de normalde yıllar süren süreçlerin bir kaçta ayda gerçekleştirilmesini sağladı.

Aşıya olan acil gereksinim, başka süreçlerin de hızlanmasını sağladı. **(How can we develop a COVID-19 vaccine quickly?, n.d.)** Avrupa İlaç Ajansı [European Medicines Agency (EMA)] gibi kuruluşlar verilerin denetim süreçlerini hızlandırdılar. Ortalama 20-40 gün olan süreyi 20 günün altına çektiler. **(EMA-Fast-track procedures for treatments and vaccines for COVID-19, n.d.)**

[ABD Gıda ve İlaç İdaresi \[Food and Drug Administration \(FDA\)\]](#) aşı çalışmaları için hazırlamış olduğu kılavuzda, klinik deneylerin boyutlarının bir aşının güvenliğini ve etkililiğini gösterecek kadar büyük olmasını sağlamanın önemini tartışırken, aşılanan kişilerin en az yüzde 50'sinde bir COVID-19 aşısının hastalığı önleyeceğini veya şiddetini azaltacağını beklediğini belirtiyor. **(Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Takes Action to Help Facilitate Timely Development of Safe, Effective COVID-19 Vaccines, n.d.)** Bu değer elbette klinik çalışmalarda örnek büyüklüğü ölçümü için konulmuş bir sınır etkidir; etkinliği daha yüksek ve uzun süreli bir korunmayı umut ediyoruz.

**COVID-19 Aşı Adaylarının Aşı Tipleri:** Şu anda dünya çapında COVID-19 için yaklaşık 176 farklı aşı geliştirilmektedir. Bu aşılar farklı teknolojiler denenmektedir. Bazı teknolojiler daha önce lisanlı herhangi bir aşıda kullanılmamıştır. Aşağıda COVID-19 aşısı için kullanılan aşı tipleri sunulmuştur: **(Callaway, n.d.)**

1. *Komple viron aşıları:* Mevcut aşılardan birçoğu attenüe (zayıflatılmış) ya da inaktive edilmiş virüs aşılarıdır. Zayıflatılmış ya da inaktive edilmiş bir biçimde virüsün kendisi kullanıldığından güvenlik süreçleri çok sıkıdır. Bu grupta iki tür aşı bulunmaktadır. Bunlar, canlı attenüe (zayıflatılmış) aşılar ve inaktif aşılardır.

**Canlı attenüe aşılar,** hayvan ve insan hücrelerinde mutasyonlarla zayıflatılmış, virülansı ortadan kaldırılmış virus suşlarıyla hazırlanır. Canlı attenüe aşılar, doğal viral enfeksiyonlarda olduğu gibi hem humoral hem de hücrel immun yanıtı uyandırabilir. Ancak korona virüslerde aşı virüsünün mutasyon geçirerek yeniden virulans kazanma olasılığı COVID-19 için bu tip bir aşığı zorlaştırdığı düşünülmektedir. Yine de bu yönde çalışmalar var.

New York, Farmingdale'deki Codagenix, Pune'daki bir aşı üreticisi olan Serum Institute of India ile genetik kodunu değiştirerek SARS-cov-2'yi zayıflatmak üzerine çalışmalarını sürdürmektedirler.

**İnaktive aşılarda**, kimyasal (formaldehit) veya fiziksel (UV, ısı) bir yöntem kullanılarak öldürülmüş patojen suşlarla hazırlanır. İnaktive edilmiş virüs yaklaşımının bir dezavantajı, aşının virüsle etkili bir şekilde savaşmak için her zaman yeterince güçlü bir bağışıklık yanıtı üretmemesi ve bazen koruma için ikinci bir dozun gerekli olmasıdır. Çalışılan inaktive aşılardan hepsi 14. Ya da 21. Günde ikinci bir dozu planlamışlardır. Çin'deki dört şirket (Wuhan Biyolojik Ürünler Enstitüsü; Pekin Biyolojik Ürünler Enstitüsü; Çin Tıp Bilimleri Akademisi ve Pekin'deki Sinovac Biotech) bu tip bir aşı adayının üzerinde çalışmaktadır.

2. **Nükleik asit bazlı nükleik (DNA ve mrna) aşılarda**: Bu tip aşılar da bağışıklık tepkisine yol açan bir koronavirüs proteini için genetik yapının (DNA veya mrna şeklinde) kullanılması hedefleniyor. Nükleik asit, insan hücrelerine yerleştirilir. Bu hücrelerde virüs proteininin kopyaları çıkarılır. Kopyalanan çoğu zaman virüsün başak [Spike (S protein)] proteindir.

**RNA aşısında**, virüsün genetik kodunu taşıyan RNA bir kişiye enjekte edilir. Enjekte edilen kişinin hücreleri, bu genetik kodu kullanarak S proteini üretir ve bağışıklık sistemini harekete geçirir. En önemli avantajları hızlı şekilde üretilebilmeleridir. Biyoteknoloji şirketi Moderna'nın çalışması bu grubun en ileri aşı adayıdır. Pfizer ve Sanofi gibi birçok firmanın benzer bir yaklaşımla aşı üretmeye çalıştıkları biliniyor.

**DNA aşısında**, benzer şekilde virüsün hedefteki proteinini yapmak üzere genetik kod kişiye verilir. Bu kişinin hücreleri, istenen proteini üretecek RNA'yı yapmak için bu talimatları kullanır. Böylece bağışıklık sistemi uyarılır. DNA aşısı da aşı yapımında yeni bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, DNA'yı bir kişinin hücrelerine almak, RNA'yı içeri almaktan daha zordur. Yine, virüsle çalışılmadığı için üretim ve aşı hazırlama aşamaları daha güvenli ve kolaydır. Inovio, DNA'nın alındığından emin olmak için elektiriksel bir darbe gerektiren aşı uygulanması için insan çalışmalarına başlamıştır.

RNA ve DNA aşılarda günümüzdeki en yeni aşı yaklaşımlarından biridir. Ancak bu teknoloji kullanan lisanslı bir aşı da bulunmadığından çok dikkatli bir şekilde inceleme altındadırlar.

3. **Viral vektör aşılarda**: Bu aşılar da başka bir virüs, aşı adayının virüsünün genetik materyalini kişiye taşır. Taşıyıcı virüs (adenovirüs, kızamık), vücutta koronavirüs proteinleri üretebilecek şekilde genetik olarak tasarlanır. Bu virüsler zayıflatıldıklarından hastalığa neden olmazlar. Verilen kişi için güvenlidir; taşınan genetik materyal ile bağışıklık sisteminin uyarılmasına ve antikörlerin üretilmesini sağlar. Bu tür aşılarda, bağışıklık sisteminde güçlü bir tepkiye neden olurlar.

İki türü vardır: Hücreler içinde hâlâ çoğalabilenler (replikasyon yapabilenler) ve anahtar genler devre dışı bırakıldığı için çoğalamayanlar.

**Çoğalma yeteneği olan viral vektör aşılara** örnek yeni onaylanan Ebola aşısıdır. Bu grupta kızamık, influenza virüsü gibi virüsleri kullanan prelinik aşamada aşı çalışmaları da bulunmaktadır.

**Çoğalma yeteneği olmayan viral vektör aşılarında** en çok adenovirus kullanılmaktadır. Adenovirus vektörüne SARS-cov-2'in S protein sekansının eklendiği aşilar diğerlerine göre daha güvenli görülmektedir. Ancak, bu yöntemi kullanan lisanslı bir aşı henüz bulunmamaktadır. Bu aşıda da ikinci bir doza gereksinim olabilir.

4. **Protein bazlı aşilar:** Bu aşılarda koronavirüsün dış kaplamasını taklit eden protein parçaları veya protein kabuğu kullanılır.

**Protein alt birimleri** (Protein Subünit) üzerinde çalışan aşılarda genellikle virüsün S proteinine veya reseptör bağlanma alanı adı verilen önemli bir kısmına odaklanılmaktadır. Bu aşılarda işe yaraması için adjuvanlar, yani bağışıklık uyarıcı moleküller gerekebilir. SARS virüsüne karşı benzer aşılarda maymunları enfeksiyona karşı koruduğu biliniyor; ancak insanlarda test edilmemiştir.

**Virüs benzeri parçacıkların** [virus-like particle (VLP)] kullanıldığı aşılarda boş virüs kabukları, koronavirüs yapısını taklit eder; ancak genetik materyalden yoksun oldukları için bulaşıcı değildir. Adjuvana ihtiyaç duyulmadan immunojenik yanıt uyatabilecek kadar 3D virüs benzeri yapıda antijen kopyasını taşırlar. Güçlü bir bağışıklık tepkisini tetikleyebilirler; ancak üretimleri zordur.

*Dünyada COVID-19 Aşı Çalışmalarının Durumu:* DSÖ dünyada süren aşı çalışmalarının listesini 3 Eylül 2020 tarihinde güncelleyerek yayımladı. Buna göre, klinik değerlendirme aşamasında 34 ve klinik öncesi değerlendirme sürecinde de 142 olmak üzere toplam 176 aşı çalışması bugün itibari ile devam etmektedir. Klinik araştırma Evre 3 aşamasındaki sekiz aşı adayının üçü çoğalma yeteneği olmayan viral vektör aşısı, üçü inaktif virüs aşısı, ikisi de RNA aşısıdır. **(WHO. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 3 September 2020, n.d.)** Evre 3 çalışması için bazı aşı takip siteleri ve DSÖ basın brifinglerinde dokuz aşı olduğu da belirtilmektedir. Bu son aşı, Avustralya'daki Murdoch Çocuk Araştırma Enstitüsü tarafından Bacillus Calmette-Guerin (BCG) aşısının kısmen koronavirüse karşı koruma sağlayıp sağlamadığını görmek için yürüttüğü Evre 3 aşamasındaki BRACE aşı çalışmasıdır. **(Coronavirus Vaccine Tracker, n.d.)** Ancak bu derlemede DSÖ'nün bu konudaki en son resmi belgesi olan 3 Eylül belgesi kaynak alınmıştır.

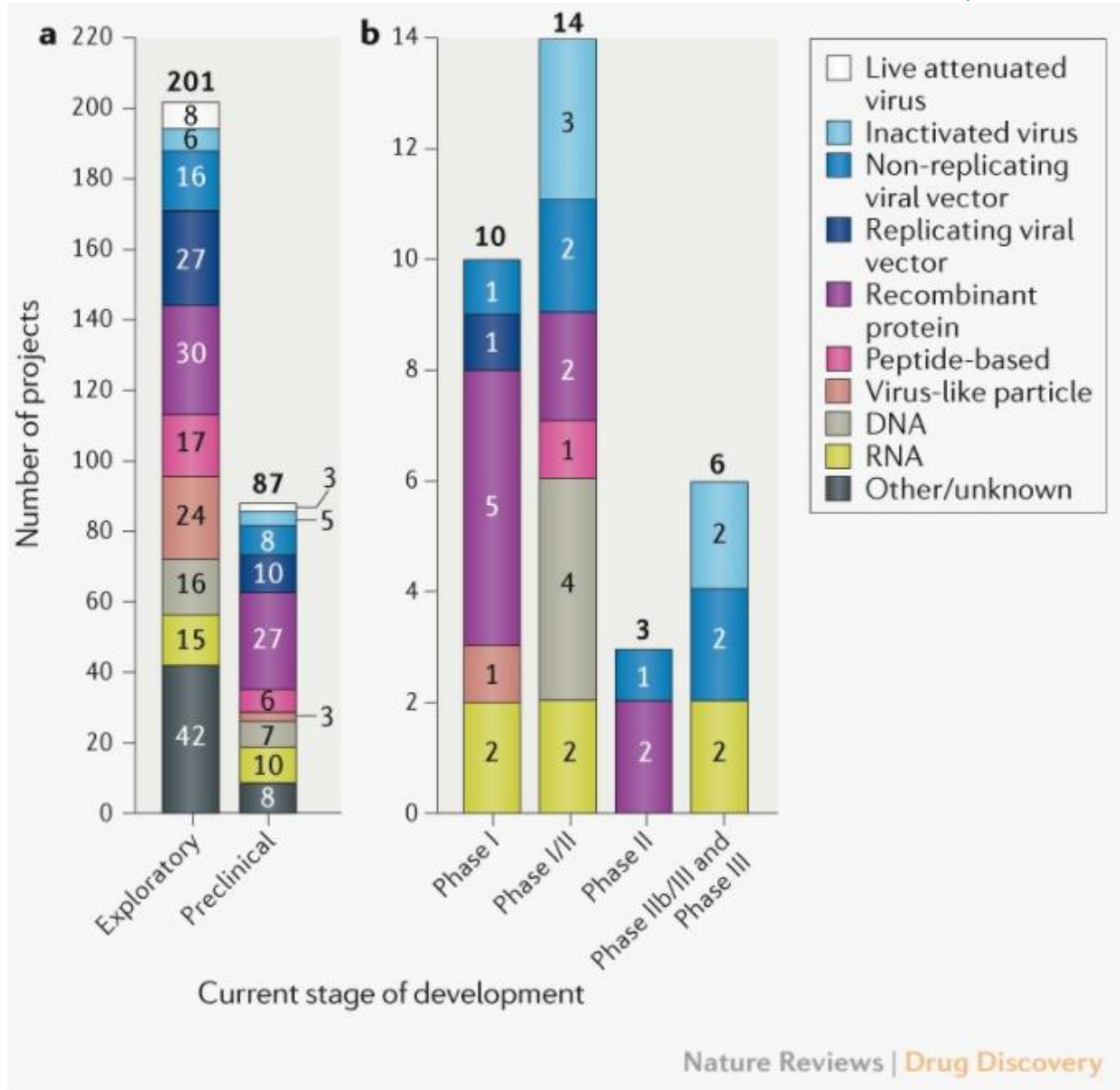
Aynı tarihte Nature'de yayınlanan bir makaleye göreyse, 321 aşı adayı vardır; 33'ü klinik çalışma aşamasındadır. **(Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape, n.d.)**

Klinik değerlendirme aşamasında 34 ve klinik öncesi değerlendirme sürecinde de 142 olmak üzere toplam 176 aşı çalışması bugün itibari ile devam etmektedir. Klinik araştırma evre 3 aşamasındaki sekiz aşı adayının üçü çoğalma yeteneği olmayan viral vektör aşısı, üçü inaktif virüs aşısı, ikisi de rna aşısıdır.



**Şekil 1: COVID-19 Aşı Adayları (1 Eylül 2020)**

(Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape, n.d.)



**Fig. 1 | Pipeline of COVID-19 vaccine candidates by phase of development and technology platform. a | Exploratory and preclinical pipeline. b | Clinical pipeline.** Traditional approaches include live attenuated and inactivated; novel approaches include viral vector, RNA, DNA, recombinant protein, peptide-based, virus-like particle. See Supplementary Box 1 for details of the data set and analysis.

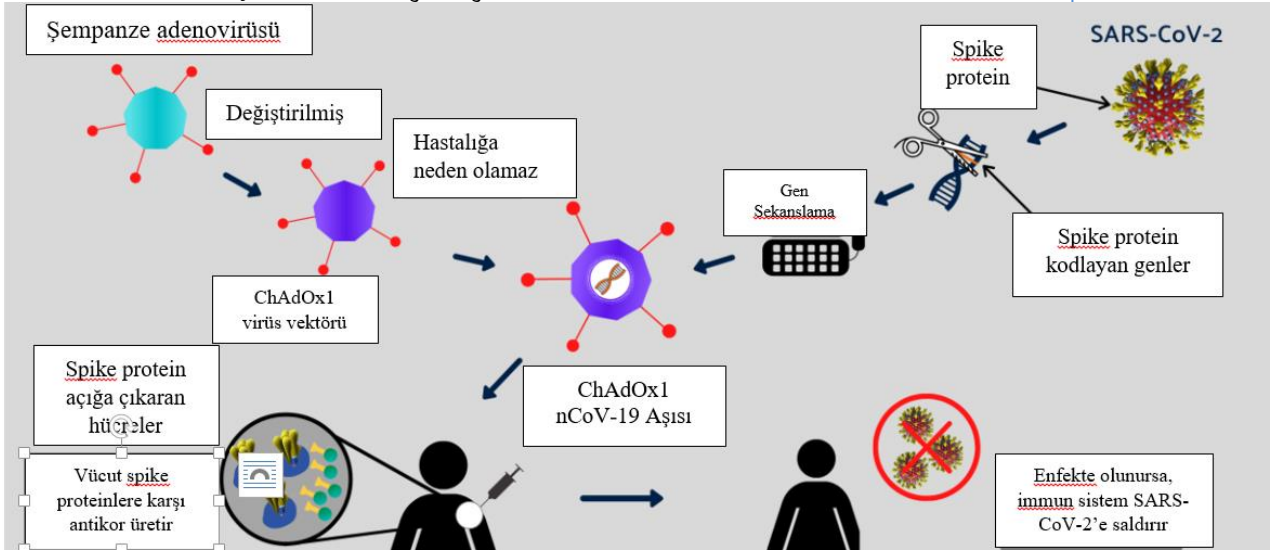
DSÖ belgesine göre klinik araştırma Evre 3 aşamasındaki sekiz çalışma ile ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir:

**1. COVID-10 Oxford Aşı Çalışması (COVID-19 Oxford Vaccine Trial) (The Oxford Vaccine Centre's COVID-19 vaccine trial, n.d.)**





- “Oxford Üniversitesi Aşısı” olarak bilinen “[AZD1222](#) (chadox1 ncov-19)”u geliştiren Oxford Üniversitesinden bir ekip ve aşı üretimi ve tedarik ortağı olan firma ise astraZeneca’dır; kayıtlarda “University of Oxford/astraZeneca” olarak geçmektedir. Ekip, 20 Ocak’tan beri aşı geliştirmeye çalışmaktadır.
- Oxford’un Jenner Enstitüsü’nde geliştirilen şempanze adenovirüs aşı vektörü (chadox1), tek dozda güçlü bir bağışıklık tepkisi oluşturabildiği ve kopyalayıcı bir virüs olmadığı için SARS-cov-2 aşısı için en uygun aşı teknolojisi olarak seçilmiştir.



**Şekil 2: Oxford Aşı Çalışmasının Şematik Görünümü**  
(The Oxford Vaccine Centre’s COVID-19 vaccine trial, n.d.)

- Evre 1/2 ara sonuçları Lancet dergisinde yayınlanmış; chadox1 ncov-19’un iyi tolere edildiğini ve tüm katılımcılarda SARS-cov-2 virüsüne karşı güçlü bağışıklık tepkisi oluşturduğunu gösterilmiştir. (Folegatti et al., 2020)
- Aşı, tek doz ve kas içine enjeksiyon şeklinde önerilmektedir.
- Chadox1 ncov-19’un klinik gelişimi, Evre 3 çalışmaları İngiltere dışında birçok ülkede de devam etmektedir. Brezilya ve Güney Afrika’da devam eden klinik araştırmalara Eylül ayında ABD’deki merkezler de katılmıştır. Bu merkezlerde 18 yaş ve üstü 30 bin yetişkin sürece dahil edildi. ABD’ndeki klinik araştırmalara ise 50 bin gönüllünün katılması planlanmaktadır. ABD dışındaki merkezler, virüsün tahmini bulaşma oranlarına göre dahil edilecekler; Peru ve Şili’deki merkezler ilk olacak gibi durmaktadır.

Japonya ve Rusya'da da çalışmaların başlaması planlanmaktadır.

- Evre 3 aşamasından elde edilen sonuçların, klinik araştırmanın devam ettiği ülkelerdeki enfeksiyon hızına bağlı olarak bu yılın ilerleyen zamanlarında alınması bekleniyor.
- Şempanze adenoviral vektörleri, ondan fazla farklı hastalığı hedefleyen aşılar da 1 haftadan 90 yaşına kadar binlerce denekte güvenle kullanılmış olduklarından çocuklar, yaşlılara ve diyabet gibi önceden var olan bir hastalığı olanlarda da kullanılmasının güvenli olacağı düşünülüyor.
- İlk klinik denemeye hazırlanırken ve yürütülürken aynı zamanda, aşının üretimi daha büyük denemeler ve potansiyel olarak gelecekteki dağıtım için hazır hale getiriliyor. Oxford'un aşı üretimi ve tedariki için ortağı olan astrazeneca, klinik denemelerin başarılı olması durumunda aşıya geniş ve eşit erişim sağlamak için dünya çapında hükümetler, çok taraflı kuruluşlar ve ortaklarla çalışmaya devam ediyor. Rusya, Güney Kore, Japonya, Çin, Latin Amerika ve Brezilya ile yaptıkları son tedarik açıklamaları, küresel tedarik kapasitesini üç milyar doz aşıya çıkarıyor.
- 8 Eylül 2020 tarihinde son aşamadaki klinik testleri, bir deneğin aşıya olumsuz tepkiler vermesi üzerine askıya alındı. Bu güvenlikle ilgili rutin bir prosedür; daha da önce de bir kez olmuştu. Evre 3 çalışmalarında bazen çok nadir yan etkileri izlemek mümkün olabiliyor. Ama şu an itibari ile hastalanan katılımcının deney ya da kontrol grubunun hangisinde olduğunu açıklanmadı. Bağımsız uzmanlar inceleyip sonuçlandıracaklar. **(astrazeneca Covid-19 vaccine study put on hold due to suspected adverse reaction in participant in the U.K., n.d.)**

## 2. Cansino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology'nin Aşı Çalışması (Phase III Trial of A COVID-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adults 18 Years Old and Above, n.d.)



- Çinli cansino Biologics şirketi, ülkenin Askeri Tıp Bilimleri Akademisi'ndeki Biyoloji Enstitüsü ile ortaklaşa, Ad5 adlı bir adenovirüse dayalı bir aşı geliştirdi. Mayıs ayında, Faz 1 güvenlik denemesinden umut verici sonuçlar yayınladılar ve Temmuz ayında Faz 2 denemelerinin aşının güçlü bir bağışıklık tepkisi gösterdiğini bildirdi. Çin ordusu, aşırı

25 Haziran'da bir yıl süreyle “özel olarak ihtiyaç duyulan ilaç” olarak onayladı. (**Coronavirus Vaccine Tracker, n.d.**)

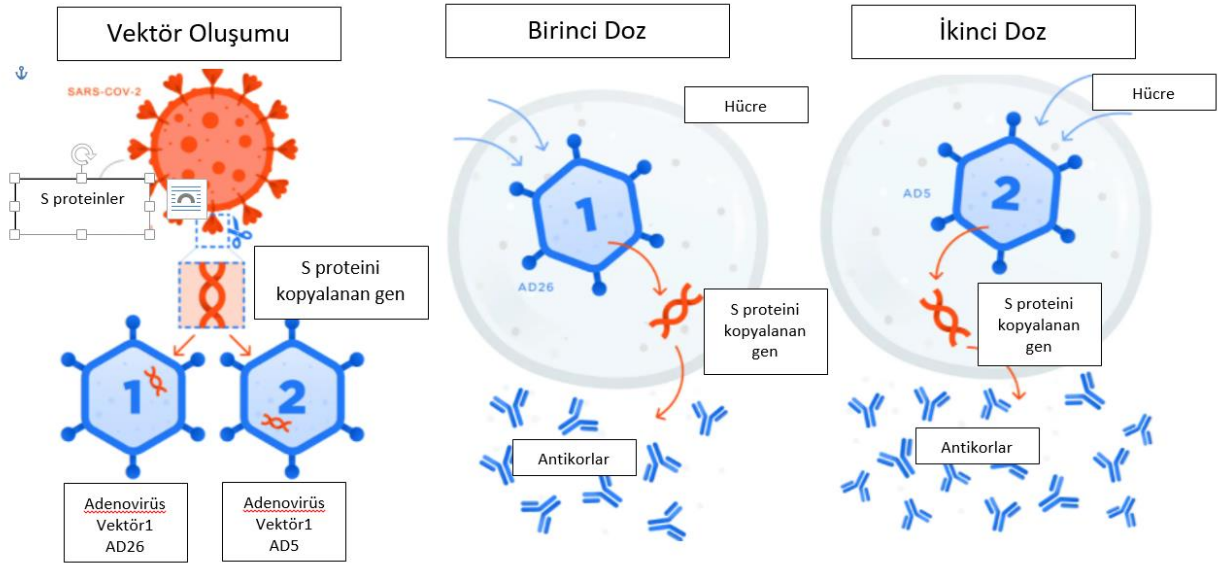
- Çin'in Evre 3 aşısı çalışmalarından biri olan bu çalışma, 18 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde Rekombinant Yeni Koronavirüs Aşısının (Adenovirüs Tip 5 Vektör) etkililiğini, güvenliğini ve immünojenitesini değerlendirmek için küresel çok merkezli, randomize, çift kör, plasebo kontrollü, uyarlanabilir tasarımlı faz-klinik bir çalışmadır.
- Evre 1 çalışması sonuçları yayınlanmıştır. (**F. C. Zhu, Li, et al., 2020**) Bu çalışma ile üç farklı konsantrasyonda viral partiküller içeren Ad5 vektörlü COVID-19 aşısının sağlıklı yetişkinlerde tolere edilebilir ve immünojenik olduğunu gösterilmiştir. Yüksek doz aşının, orta doz ve düşük doz aşılarından daha immünojenik olma eğiliminde olduğunu bulunmasına rağmen, aynı zamanda daha yüksek bir reaktogenite ile ilişkilendirilmiştir. Yüksek doz grubundaki alıcıların bazılarında şiddetli ateş, yorgunluk, dispne, kas ağrısı ve eklem ağrısı bildirilmiştir.
- Evre 2 çalışması sonuçları yayımlanmıştır. (**F. C. Zhu, Guan, et al., 2020**) Bu çalışma Nisan 2020'de 603 gönüllü ile gerçekleştirilmiştir.  $5 \times 10^{10}$  viral partiküllerde Ad5 vektörlü COVID-19 aşısı güvenli ve tek bir aşılamada etkili bulunmuştur.
- Şu anda devam eden Evre 3 çalışmasına 20 bin kişi müdahale ve 20 bin kişi de plasebo grubunda olmak üzere 40 bin kişinin katılması hedeflenmiştir. Çalışma Pakistan'da sürdürülmektedir.
- Aşı, 18 yaş ve üzeri sağlıklı yetişkinlerde Cansino ve Beijing Biyoteknoloji Enstitüsü tarafından üretilen Ad5-ncov'i içeren tek doz ve kas içine enjeksiyon şeklinde öneriliyor.
- Bu çalışmaya 30 Ağustos itibari ile gönüllü alınacağı protokolünde yazılmış olsa da henüz katılımcı alınmış görünmemektedir.

### 3. Gam-COVID-Vac / Gamaleya Research Institute Non-Replicating Viral Vector Adeno-based (rad26-S+rad5-S) 2



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- Rus adenovirüs vektör bazlı aşısı, 11 Ağustos 2020 tarihinde Rusya Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edildi. 1957'de Sovyetler Birliği tarafından ilk uzay uydusu Sputnik-1'in başarılı bir şekilde fırlatılması, dünya çapında uzay araştırmalarını ve keşiflerini yeniden canlandırmasına atıf yapılarak “Sputnik V” olarak adlandırıldı. (**Sputnik V, n.d.**)

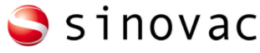


**Şekil 3: Sputnik V(Sputnik V, n.d.)**

- İki doz (0., 21. Günler) ve kas içine enjeksiyon şeklinde öneriliyor.
- 10 Ağustos 2020 tarihinde Faz 1 ve Faz 2 çalışmaları 38 ve 38 olmak 76 kişinin katılımı ile tamamlanmış ve yayımlanmıştır. **(An Open Study of the Safety, Tolerability and Immunogenicity of the Drug “Gam-COVID-Vac” Vaccine Against COVID-19, n.d.) (Babira et al., 2020)** Tüm gönüllülerin kendilerini iyi hissettiği ve öngörülemez veya istenmeyen yan etkiler gözlenmediği, aşının, güçlü antikor ve hücresel bağışıklık tepkisini uyardığı saptanmıştır.
- Evre 3 çalışması, RESIST kısa adı ile de biliniyor. Dene- me, 18 yaş üstü 40 bin gönüllüyü kapsayacak. Tarama- dan sonra, rastgele (3:1) iki gruba ayrılacaklar - plasebo alan 10 bin gönüllüden oluşan bir referans grubu ve SARS-cov-2 ile indüklenenlere karşı Gam-COVID-Vac kombine vektör aşısını alan 30 bin gönüllüden oluşan bir çalışma grubu şeklinde protokol oluşturulmuştur. Çalış- manın 31 Ağustos 2020de başlayıp 1 Mayıs 2021’de ta- mamlanması planlanıyor. **(Clinical Trial of Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Gam-COVID-Vac Vaccine Against COVID-19 (RESIST), n.d.)**
- Birleşik Arap Emirlikleri, Suudi Arabistan, Filipinler ve muhtemelen Hindistan veya Brezilya gibi bir dizi ülke Sputnik v’ın klinik araştırmalarına katılacak.
- Aşı, 11 Ağustos’ta Rusya Sağlık Bakanlığı’ndan tescil bel- gesi aldı ve COVID-19 salgını sırasında kabul edilen acil durum kuralları uyarınca Rusya’daki nüfusu aşlamak için kullanılacak. Aşının seri üretiminin Eylül 2020’de başla- ması bekleniyor.

- Bu süreç, aşı adayının Evre 3 aşaması sonuçlanmadan toplumda aşılamaya geçilmesinin tehlikeli ve etik olması nedeniyle eleştirilmektedir. Özellikle, aşının onu alan ve daha sonra SARS-cov-2 ile enfekte olan kişilerin, bir aşı tarafından üretilen antikorlar virüsü hücrelere taşıdığına ortaya çıkan, daha ağır bir hastalık formu yaşamasına neden olabileceğinden endişe duyuluyor. Diğer bir sorun da, bazı deneysel aşılar da sorun haline gelen astım benzeri bir bağışıklık reaksiyonun meydana gelme olasılığıdır. Bu reaksiyonları tespit etmek için, araştırmacıların bir aşı veya plasebo alan ve daha sonra SARS-cov-2'ye maruz kalmış olabilecek binlerce kişiden alınan sonuçları karşılaştırması gerek; bu da tamamlanmış bir Evre 3 çalışma gerektiriyor. **(Russia's fast-track coronavirus vaccine draws outrage over safety, n.d.)**

#### 4. Coronavac, Sinovac, Instituto Butantan (Sinovac, n.d.)



#### 5. Wuhan Institute of Biological Products/Sinopharm



武汉生物制品研究所有限责任公司  
WUHAN INSTITUTE OF BIOLOGICAL PRODUCTS CO.,LTD.

#### 6. Beijing Institute of Biological Products/Sinopharm



- Her üç aşı da Çin'de üretilen inaktif virüs aşılarıdır. Coronavac en çok bilinenidir.



Şekil 4: coronavac (Sinovac, n.d.)

Aşı adayının Evre 3 aşaması sonuçlanmadan toplumda aşılamaya geçilmesinin tehlikeli ve etik olması nedeniyle eleştirilmektedir. Özellikle, aşının onu alan ve daha sonra SARS-CoV-2 ile enfekte olan kişilerin, bir aşı tarafından üretilen antikorlar virüsü hücrelere taşıdığına ortaya çıkan, daha ağır bir hastalık formu yaşamasına neden olabileceğinden endişe duyuluyor. Diğer bir sorun da, bazı deneysel aşılar da sorun haline gelen astım benzeri bir bağışıklık reaksiyonun meydana gelme olasılığıdır.



- Her üçü de 0.14 ya da 0.21 olmak üzere 2 doz kas içine uygulanmaktadır.
- Coronavac adlı inaktif aşı adayı ile ilgili Evre 1/2 klinik denemeler tamamlandı. Toplamda, yaşları 18 ile 59 arasında değişen 743 sağlıklı gönüllü denemelere katıldı. Bunlardan 143 gönüllü Evre 1’de ve 600 gönüllü de Evre 2’de yer aldı. Evre I veya Evre 2 çalışmalarında bildirilen ciddi bir advers olay olmamıştır. Evre 2 sonuçları, aşının 0,14 günlük bir programla aşılamaadan 14 gün sonra nötralize edici antikoları indüklediğini göstermektedir. Nötralize edici antikor serokonversiyon oranı yüzde 90’ın üzerindedir ve bu, aşı adayının pozitif immün yanıtı indükleyebileceği sonucuna varılır. Evre 1/2 çalışmalarının sonuçlarına göre, yan etkinin düşük, immüjinitenin yüksek olduğu bulundu. **(Outcomes & Registration, 2020)**
- Evre 3 klinik çalışma, Temmuz 2020’nin sonlarında Butantan Enstitüsü ile işbirliği ile Brezilya’nın altı eyaletinde 9 bin gönüllü sağlık profesyoneli (PROFISCOV) ile başlatıldı. Ağustos ayının başlarında, Şili’de Şili Papalık Katolik Üniversitesi başkanlığında, 18 ile 65 yaşları arasında 3 bin gönüllü ve Bangladeş’te 4 bin 200 gönüllünün katıldığı Uluslararası İshal Hastalıkları Araştırma Merkezi ve Endonezya’da da bin 620 gönüllünün katıldığı Bio Farma ile Bandung’da Evre 3 çalışmaları başladı. Eylül ayı başlarında, Filipinler Sağlık Bakanlığı, Filipinler’deki Evre 3 denemeleri için olası yerler olarak beş hastaneyi ilan etti.
- Eylül başında, Bangladeş ve Türkiye’den de onay aldığı duyuruldu. **(China’s CNBG, Sinovac find more countries to test coronavirus vaccines, n.d.)**
- Wuhan Biyolojik Ürünler Enstitüsü, devlete ait Çin şirketi Sinopharm’ın klinik testlere koyduğu, etkisizleştirilmiş bir virüs aşısı geliştirdi.
- Evre 3 denemelerini Temmuz ayında Birleşik Arap Emirlikleri’nde ve ertesi ay Peru ve Fas’ta başlatıldı. Evre 3’de iki müdahale ve bir kontrol grubunun her birinde 5000 kişinin yer alması planlanmıştır. **(A Phase III clinical trial for inactivated novel coronavirus pneumonia (COVID-19) vaccine (Vero cells), n.d.)**
- Aşının 2020’nin sonunda potansiyel olarak halkın kullanımına hazır olabileceği Sinopharm tarafından dile getirildi.
- Beijing Institute of Biological Products/Sinopharm, aşısı ile çok sınırlı bilgi bulunmaktadır. Sinopharm ayrıca Pekin Biyolojik Ürünler Enstitüsü tarafından geliştirilen ikinci bir inaktif virüs aşısını da test ediyor. Birleşik Arap Emirlikleri’ndeki 3. Aşama denemelerinde 5 bin kişi Wuhan Enstitüsü versiyonunu alırken, 5 bin kişi de Pekin Enstitü-

CoronaVac’ın Eylül başında, Bangladeş ve Türkiye’den de onay aldığı duyuruldu.

sü versiyonunu alıyor. Sinopharm, Çin hükümetinin, etkisiz hale getirilmiş iki virüs aşısından birini Temmuz ayında acil kullanım için onayladığını, ancak hangisinin onay aldığı net olmadığını söylemiştir. **(Coronavirus Vaccine Tracker, n.d.)**

## 7. Moderna Aşı Çalışması



- Amerikan biyoteknoloji şirketi Moderna, vücudu kendi viral proteinleri üretmesi için haberci RNA (veya kısaca mrna) kullanarak bir aşı adayı geliştiriyor. Aşığı geliştirmek için virüsün kendisini kullanmaya gereksinim yok; bunun yerine virüste olan bilgiyi kullanabiliriz ve bu bilgiyi doğrudan hastaya aktarabiliriz. Nihayetinde hasta kendi aşısını geliştirecektir.
- Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüleri ve Moderna şirketi bu yaklaşımı kullanarak 42 günlük rekor bir hızla genetik kodlamadan test sürecine ulaşan bir aşı hazırlamayı başardılar.
- Evre 1 verileri yayımlandı. **(Coler et al., 2020)** 45 sağlıklı kişide yan etki olmadan antikor üretimini sağladı. Evre 2 çalışması gerçekleştirildikten sonra 27 Temmuz'da Evre 3 çalışması başlatıldı. Bu aşamada 30.000 kişiye ulaşılması planlanıyor. **(Coronavirus Vaccine Tracker, n.d.)**
- Hiçbir mrna aşısı bulaşıcı bir hastalık için onaylanmamıştır ve Moderna hiçbir zaman pazara bir ürün sunmamıştır. Ancak aşığı savunanlar, seri üretimin geleneksel aşılardan daha kolay olabileceğini söylüyor.

## 8. Biontech/Fosun Pharma/Pfizer



- Alman biontech şirketi, New York merkezli Pfizer ve Çinli ilaç üreticisi Fosun Pharma ile bir mrna aşısı geliştirmek için işbirliğine girdi. Mayıs ayında aşının iki versiyonu üzerinde Faz 1/2 denemesi başlattılar. Her iki versiyonun da gönüllülerin SARS-cov-2'ye karşı antikorlar ve virüse yanıt veren T hücreleri olarak adlandırılan bağışıklık hücreleri üretmesine neden olduğunu buldular. BNT162b2 adlı bir versiyonun ateş ve yorgunluk gibi önemli ölçüde daha az yan etki ürettiğini buldular ve bu yüzden onu Faz 2/3 denemelerine geçmeyi seçtiler. 27 Temmuz'da şirketler, Amerika Birleşik Devletleri ve Arjantin, Brezilya ve Almanya gibi diğer ülkelerde 30 bin gönüllünün katıldığı bir Faz 2/3 denemesinin başlatıldığını duyurdu.
- İki doz, 0. Ve 28. Günlerde kas içi olarak uygulanıyor.

- Evre 1 çalışmasının sınırlı ilk verilerini içeren raporları Temmuz'da yayımlandı. **(Coler et al., 2020)**
- Evre 1 ve Evre 2 çalışmalarının verileri Ağustos başında yayımlandı. **(Mulligan, 2020)**
- Eylül ayı itibari ile Türkiye'de de 700-900 arasında gönüllü kabul edileceği birçok basın organında yer almıştır.

**Ülkemizdeki COVID-19 Aşı Çalışmaları:** Refik Saydam Hıfzıssıhha Kurumunda aşı üretiminin durdurulduğu 1998 yılından beri Türkiye'de lisanslı bir aşı üretilmemektedir. **(Türkiye'de Aşı ve Serum Üretiminin Tarihçesi, n.d.)** COVID-19 pandemisi ile bir süredir yeniden canlandırılmaya çalışılan aşı çalışmaları hız kazanmıştır. DSÖ kayıtlarında 11 adet COVID-19 aşı çalışmamız bulunmaktadır. Bu çalışmaların tamamı prelinik aşamadır. Bu aşı çalışmaları, çalışmanın kurumu ve aşının tipi şeklinde aşağıda verilmiştir: **(WHO. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 3 September 2020, n.d.)**

1. Ege Üniversitesi, DNA
2. Selçuk Üniversitesi, İnaktive
3. Erciyes Üniversitesi, İnaktive
4. Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi / Acıbadem Labmed Sağlık Hizmetleri A.Ş., Canlı atenüe virüs
5. Ankara Üniversitesi, Çoğalma yeteneği olmayan viral vektör
6. Erciyes Üniversitesi, Çoğalma yeteneği olmayan viral vektör
7. İzmir Biotıp ve Genom Merkezi, Protein altbirim (protein subünit)
8. Boğaziçi Üniversitesi, Protein altbirim (protein subünit)
9. Selçuk Üniversitesi, RNA (mrna)
10. Bezmialem Vakıf Üniversitesi, VLP
11. ODTÜ, VLP

TÜBİTAK koordinasyonundaki COVID-19 Türkiye Platformunun iki aşı adayı ile insan çalışma aşamasına geçilmesi için etik kurulu onay sürecini başlattığı basın yoluyla öğrenilmiştir. İlgili haberde TÜBİTAK Başkanı Prof. Dr. Hasan Mandal son durumu şu şekilde anlatmıştır:

“Çok hızlı bir şekilde ilerledik. Hem aşıda hem de ilaçta güzel sonuçlar elde etmeye başladık”

Yine aynı haberde, Türkiye'deki 8 aşı ve 10 ilaç projesinin koordinatörü Gen Mühendisi ve Biyoteknoloji Müdürü Prof. Dr. Şaban Tekin ise;

“2021 Mart tarihinde aşımızın çıkmasını bekliyoruz. Her şey yolunda giderse, hem teknik hem bürokratik anlamda işlerimiz yolunda giderse biz bu işi yapabileceğimize inanıyoruz” **(Türkiye koronavirüs aşısında hangi aşamada?, n.d.)**

**COVID-19 Aşılarının Üretim ve Dağıtımı:** COVID-19 aşılarının Evre 3 çalışmaları devam edenlerinin ruhsatlandırmayı destekleyecek verilerinin bu

Eylül ayı itibari ile Türkiye'de de 700-900 arasında gönüllü kabul edileceği birçok basın organında yer almıştır.

yılın ilerleyen dönemlerinde sunulması beklenmektedir. Önde gelen adaylar için, onay alınırsa hızlı dağıtımını sağlamak için büyük ölçekli aşı üretimi çoktan başlatılmıştır.

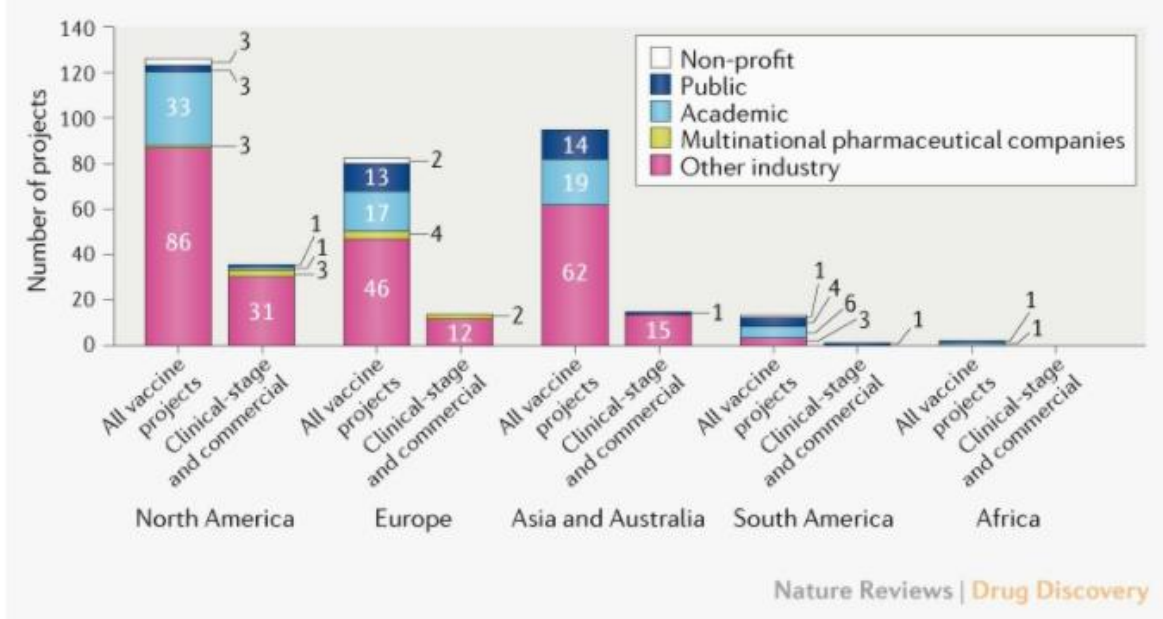


Fig. 2 | **Profile of COVID-19 vaccine developers by type and geographical location.** The 'other industry' category includes companies other than those in the 'multinational pharmaceutical company' category, which are defined as having revenues of more than US\$10 billion per year. For partnerships, the location is that of the lead developer. See Supplementary Box 1 for details of the data set and analysis.

### Şekil 5: COVID-19 Aşı Üreticileri, Eylül 2020 (Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape, n.d.)

COVID-19 ile ilgili çok kısa sürede güvenli ve etkili bir aşının bulunması ile ilgili küresel beklenti, aşı geliştirme sürecindeki birçok firma, üniversite ve kamu kurumları işbirliği platformları oluşturmaya itmiştir. Bu platformların özellikle aşının ruhsatlanması sonrasında üretim süreçlerinde farklı desteklere gereksinimleri olacaktır.

“Bu öyle bir aşı ki, dünyanın bağışık olmayan milyarları onu bekliyor. Bu milyarların büyük bir bölümünün onu ne üretebilecek, ne de satın alabilecek gücü var. Hatta ülkelerinin kapılarına kadar getirseler, aşıları güvenli şekilde koruyacak, insanlarına ulaştıracak tedarik zincirleri ve uygulayacak yeterli sağlık personeline de sahip değiller.” (Okyay, n.d.)

Sınır Tanımayan Hekimlerin Avrupa Birliği Temsilcisi Dimitri Eynikel; “Risk, COVID-19 aşılarına erişimin, tıbbi ihtiyaçlar veya değişen epidemiyolojik durumlar yerine satın alma gücü ve önceden satın alma anlaşmaları imzalama yeteneği ile tanımlanacak olmasıdır” diyerek aşının paylaşımının adaleti konusundaki endişelere dikkat çekti. (New reckoning for WHO vaccine plan as governments go it alone, n.d.)

Gerçekten de ülkeler Evre 3 klinik araştırma aşamasındaki aşı adaylarının üreticileri ile ikili anlaşmalar yapmaya başladılar. Örneğin, Japonya, astrazeneca, Pfizer ve biontech tarafından rezerve edilen neredeyse 250 milyon doz potansiyel aşı ile kendi aşılarını sipariş etti. Sinovac aşısı üretmeye hazırlanıyor; Mart 2021'e kadar Endonezya'ya en az 40 milyon doz tedarik etme sözü verdi. Ağustos ayında Avrupa Birliği, denemelerin olumlu sonuç vermesi durumunda astrazeneca'nın 400 milyon doz vermesi için bir anlaşmaya vardı. ABD yönetimi, vatandaşlarına aşı sağlamak için özel bir yapı oluşturdu [Operation Warp Speed (OSW) ]. **(Fact Sheet: Explaining Operation Warp Speed, n.d.)** Aralık ayına kadar teslim edilecek 100 milyon doz için 1,9 milyar dolarlık bir sözleşme ve 500 milyon daha fazla doz alma anlaşmasına vardı.

Zengin ülkelerin ön anlaşmaları kontrol edilemezse, diğer ülkeler için özellikle ilk dönemde yetersiz miktarda aşı sağlanması kaçınılmazdır. COVID-19 aşısına küresel gereksinim, özellikle sosyoekonomik zorlamalar, hükümetlerin aşı üreticileri ile kendi toplumlarına aşı sağlamak için başka ülkeler için aşıların nasıl sağlanacağını dikkate almadan anlaşmalar imzalaması olarak tanımlanabilecek “aşı milliyetçiliği” ile sonuçlanıyor. Aşı milliyetçiliği, yani hükümetlerin vatandaşlarını korumak için bu düzenlemeleri yapmalarını çok masum gibi görünse de, bu ülkelerin hepsinin ekonomik gücü yüksek ülkeler olması daha yoksul ülkelerin aşuya erişimden mahrum bırakılması anlamına geliyor. Geçen hafta yayınlanan bir rapora göre, zengin ülkeler toplamda batılı üreticilerinden 3,7 milyar doz temin etmek için anlaşma imzaladılar. Bugüne kadar, Birleşik Krallık, kişi başına beş doz için yeterli aşı siparişi verdiğini gösteren yakın tarihli bir tahminle, en uç örneği oluşturmuştur. Hükümet ayrıca daha fazla tedarik sağlamak için üreticilerle ek anlaşmalar imzalamayı planladığını duyurdu. Geçen hafta Kanada, her vatandaşa en az iki kez aşı yaptırmak için yeterli olan 88 milyon doz garantisini güvence altına almak için iki şirketle anlaşma imzaladı. **(Why “vaccine nationalism” could doom plan for global access to a COVID-19 vaccine, n.d.)**

DSÖ Genel Direktörü Dr. Tedros, “Tecrübeler bize, araçlar mevcut olduğunda bile, herkes için eşit derecede kullanılabilir olmadıklarını gösterdi. Bunun olmasına izin veremeyiz.” Diyerek düşüncesini açıklamıştı. 2009 yılında H1N1 domuz gribi salgını sırasında, daha zengin ülkeler daha fazla satın alabildikleri için aşı dağıtımında adil olunmaması çok eleştirildi. Hatta bugün özellikle çocukluk çağı aşılarını en fakir 20 ülke başta olmak üzere ulaştırılan Küresel Aşı Koalisyonu [**Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI)**] bu eşitsizlik tespiti sonrasında kurulmuştu. (Gavi, the Vaccine Alliance, n.d.) Şimdi de Salgın Hazırlığı İnovasyon Koalisyonu [**Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)**], GAVI ve DSÖ, COVID-19 aşılarına eşit erişim sağlamak ve salgının akut aşamasını 2021'in sonuna kadar sona erdirmek için COVAX'ı başlattı. **(COVAX: CEPI's response to COVID-19, n.d.)** Böylece, “aşı milliyetçiliği” giderek artan bir endişe haline gelirken, birkaç uluslararası kuruluş diplomatik ağırlıklarını COVID-19 Küresel Erişim (COVAX) girişiminin arkasına koydu. Bu girişim, ülkeleri 2021 sonuna kadar 2 milyar doz aşı sağlamak için ta-

Zengin ülkelerin ön anlaşmaları kontrol edilemezse, diğer ülkeler için özellikle ilk dönemde yetersiz miktarda aşı sağlanması kaçınılmazdır. COVID-19 aşısına küresel gereksinim, özellikle sosyoekonomik zorlamalar, hükümetlerin aşı üreticileri ile kendi toplumlarına aşı sağlamak için başka ülkeler için aşıların nasıl sağlanacağını dikkate almadan anlaşmalar imzalaması olarak tanımlanabilecek “aşı milliyetçiliği” ile sonuçlanıyor.



sarlanmış bir anlaşma imzalamaya teşvik ediyor. Şimdiye kadar, 172 ülke girişime kaydoldu; şimdi bu taahhüdü 18 Eylül'e kadar bağlayıcı hale getirmeli ve 9 Ekim'e kadar aşı araştırmalarını desteklemek için bir fona ödeme yapmaya başlamalıdır. Ancak, birkaç önemli istisna var. Geçen hafta Amerika Birleşik Devletleri, planın dışında kalmayı tercih etti. Rusya da katılmamaya karar verdi ve Çin henüz taahhüt vermedi. Bu, dünyanın en büyük ülkelerinden bazılarının katılmayı reddettiği ve aşı stoğu satın alarak, COVAX girişiminin ortak hedeflerini zayıflattığı anlamına geliyor. COVID-19 aşlarına eşit erişim yoluyla pandemiyi kontrol altına alma hedefi, ülkelerden acil, geniş ölçekli taahhüt ve yatırım gerektiriyor. Uzmanlar, bunu karşılayabilecek diğer ülkeler benzer bir yaklaşım izlerse, WHO'nun küresel çapta koronavirüs salgınıyla mücadele stratejisi ve eşit derecede risklerin geri döneceği konusunda uyarıyor.

Dokuz CEPI destekli aday aşı, COVAX inisiyatifinin bir parçası olup, dokuz aday daha değerlendirilmekte ve şu anda COVAX aracılığıyla araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) finansmanı almayan ek üreticilerle tedarik görüşmeleri devam etmektedir. COVAX şu anda dünyadaki en büyük ve en çeşitli COVID-19 aşı portföyüdür.

Bu yapıdaki CEPI ayrıca aşı geliştiricileri arasında veri paylaşımını koordine ediyor. Önümüzdeki dönemde farklı aşı geliştiricilerinden gelen güvenlik verilerini bir araya getirerek, olabilecekleri nadir yan etkileri tespit edebilmesi mümkün olacaktır. Aşıların ruhsatlandırılması sonrasında da etkin süreyansın sürdürülmesi çok önemli olacaktır.

*COVID-19 Aşılarının Uygulanacağı Grubun Seçimi:* COVID-19 aşısı bir anda küresel tüm gereksinimi karşılayacak kadar üretilmeyecek. Her ülkeye sağlanabilecek aşının da hem her vatandaş için yeterli olması zor, ya da öyle olsa bile herkese aynı anda sağlanması olanaksızdır. Aniden ortaya çıkan hastalıklar veya daha uzun süreli arz ve talep uyumsuzluğu nedeniyle tedarikleri sınırlı olan aşılar için, hedef gruplara öncelik verilmesi aşının etkisini arttırmak için gereklidir. **(Smith et al., 2011)** Bu nedenle, risk grubu yaklaşımına başvurmanız kaçınılmazdır. En başta sağlık çalışanları, yaşlılar, bağışıklık sistemi baskılanmışlar ve kronik hastalığı olanlar olmak üzere hastalandıklarında hastalığı ağır geçirecekler bu grupta olabilir. Bu kararı verirken, aşının bulaştırmıcılığı önleyip önlemeyeceğine göre örneğin çocuklar yerine erişkinlere verilmesi ya da immun yanıtı çok kötü olan çok yaşlı kişilere verilmesinin düşük bağışıklık yanıt olasılığı nedeniyle aşı kaybı olduğundan bu gruba yapılmayıp bakım sağlayanlarına yapılması gibi birçok pratik ve etik sorun karşımıza çıkacaktır. Aşının uygulanması ile ilgili kanıta dayalı bir strateji geliştirilmeli ve bu strateji gerekçeli olarak açıklanmalıdır. Aşı olanlar bir süreyans sistemi içerisinde dikkatli izlem içerisinde olmalıdırlar. Etik sorunların yaşanmaması için önceden tanımlanmış adil süreçlerin geliştirilmesi yegâne çözümdür.

## Sonuç

COVID-19 pandemisi ile küreselleşmiş bir dünyada bir ülkenin halk sağlığı diğer ülkelerden izole şekilde düşünülemeyeceği bir kez daha anlaşılmıştır. Ülkelerin sınırları hastalıklar söz konusu olduğunda anlamsız hale gelmiştir.

Bu nedenle, COVID-19 için olduğu gibi, önümüzdeki günlerde yeni aşılara ihtiyacımız olacak. Özellikle her on yılda bir yeni bir koronavirüs salgını yaşadığımız düşünülürse, başta koronavirüs aşıları olmak üzere aşılarda geliştirilmesini, üretilmesi, depolanması ve gerektiğinde adil dağıtımının sağlanmasını desteklemek küresel bir güvenlik önceliği haline gelmiştir.

CEPI CEO'su Richard Hatchett'in uyarısı önemlidir: "Ülkelerin tek başına hareket ettiklerinde birkaç kazanan ve çok kaybeden yaratılacaktır". Bilim insanlarının son yıllarda biriktirdikleri bilgi ve olağanüstü çalışma hızı ile son yılların en hızlı üretilen aşı adayları ile karşı karşıyayız. Bu bütün insanlığın başarısıdır; sağlayacağı yararlar da bütün insanlık tarafından adil şekilde paylaşılmalıdır.

#### Kaynaklar

- A Phase III clinical trial for inactivated novel coronavirus pneumonia (COVID-19) vaccine (Vero cells). (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <http://www.chictr.org.cn/showproj.aspx?Proj=56651>
- An Open Study of the Safety, Tolerability and Immunogenicity of the Drug "Gam-COVID-Vac" Vaccine Against COVID-19. (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04436471?Term=vaccine&cond=covid-19&draw=4>
- Astrazeneca Covid-19 vaccine study put on hold due to suspected adverse reaction in participant in the U.K. (n.d.). Retrieved September 9, 2020, from <https://www.statnews.com/2020/09/08/astrazeneca-covid-19-vaccine-study-put-on-hold-due-to-suspected-adverse-reaction-in-participant-in-the-u-k/>
- Babira, V. F., Borisevich, S. V., Naroditsky, B. S., & Gintsburg, A. L. (2020). Articles Safety and immunogenicity of an rad26 and rad5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine in two formulations : two open , non-randomised phase 1 / 2 studies from Russia. *The Lancet*, 6736(20), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31866-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31866-3)
- Callaway, B. E. (n.d.). VACCINES THE RACE FOR.
- China's CNBG, Sinovac find more countries to test coronavirus vaccines. (n.d.). Retrieved September 5, 2020, from <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-vaccine-china/chinas-cnbg-sinovac-find-more-countries-to-test-coronavirus-vaccines-iduskbn25w0ba>
- Clinical Trial of Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Gam-COVID-Vac Vaccine Against COVID-19 (RESIST). (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04530396?Term=Gam-COVID-Vac&draw=2&rank=1>
- Clinicaltrials.gov. (n.d.). Retrieved September 5, 2020, from <https://clinicaltrials.gov/ct2/home>
- Coler, R. N., McCullough, M. P., Chappell, J. D., Denison, M. R., Stevens, L. J., Morabito, K. M., Dell, S. O., Schmidt, S. D., Li, P. A. S., Padilla, M., Mascola, J. R., Buchanan, W., Tautges, R. P., Ledgerwood, J. E., Graham, B. S., & Beigel, J. H. (2020). An mRNA Vaccine against SARS-cov-2 — Preliminary Report. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2022483>
- Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Takes Action to Help Facilitate Timely Development of Safe, Effective COVID-19 Vaccines. (n.d.). Retrieved September 6, 2020, from <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-takes-action-help-facilitate-timely-development-safe-effective-covid>
- Coronavirus Vaccine Tracker. (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html#sinovac>

- COVAX: CEPI's response to COVID-19. (n.d.). Retrieved September 8, 2020, from <https://cepi.net/covax/>
- EMA-Fast-track procedures for treatments and vaccines for COVID-19. (n.d.). Retrieved September 6, 2020, from [https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/infographic-fast-track-procedures-treatments-vaccines-covid-19\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/infographic-fast-track-procedures-treatments-vaccines-covid-19_en.pdf)
- Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape. (n.d.). Retrieved September 8, 2020, from <https://www.nature.com/articles/d41573-020-00151-8?S=03>
- Fact Sheet: Explaining Operation Warp Speed. (n.d.). Retrieved September 8, 2020, from <https://www.hhs.gov/about/news/2020/06/16/fact-sheet-explaining-operation-warp-speed.html>
- Folegatti, P. M., Ewer, K. J., Aley, P. K., Angus, B., Becker, S., Belij-Rammerstorfer, S., Bellamy, D., Bibi, S., Bittaye, M., Clutterbuck, E. A., Dold, C., Faust, S. N., Finn, A., Flaxman, A. L., Hallis, B., Heath, P., Jenkin, D., Lazarus, R., Makinson, R., ... Yau, Y. (2020). Safety and immunogenicity of the chadox1 ncov-19 vaccine against SARS-cov-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31604-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31604-4)
- Gavi, the Vaccine Alliance. (n.d.). <https://www.gavi.org/>
- Glossary of Terms used in EU Clinical Trials Register. (n.d.). Retrieved September 6, 2020, from [https://www.clinicaltrialsregister.eu/doc/EU\\_Clinical\\_Trials\\_Register\\_Glossary.pdf](https://www.clinicaltrialsregister.eu/doc/EU_Clinical_Trials_Register_Glossary.pdf)
- How can we develop a COVID-19 vaccine quickly? (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <https://wellcome.ac.uk/news/how-can-we-develop-covid-19-vaccine-quickly>
- International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). (n.d.). Retrieved September 5, 2020, from <https://www.who.int/ictcp/glossary/en/#trialphase>
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., Wang, W., Song, H., Huang, B., Zhu, N., Bi, Y., Ma, X., Zhan, F., Wang, L., Hu, T., Zhou, H., Hu, Z., Zhou, W., Zhao, L., ... Tan, W. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus : implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, 6736(20), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
- Mulligan, M. J. Et al. (2020). Phase 1/2 study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults. *Nature*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41586-020-2639-4> (2020)
- National Institute for Health Research (NIHR). (n.d.). Retrieved September 6, 2020, from <https://www.nihr.ac.uk/news/over-100000-volunteers-now-registered-for-covid-19-vaccine-trials/25486>
- New reckoning for WHO vaccine plan as governments go it alone. (n.d.). Retrieved September 6, 2020, from <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who-vaccines/new-reckoning-for-who-vaccine-plan-as-governments-go-it-alone-iduskbn25o0l6>
- Okayay, P. (n.d.). COVID-19 aşısı, eşitlik, bir de hatırlattıkları... <https://t24.com.tr/yazarlar/pinar-okyay/covid-19-asisi-esitlik-bir-de-hatirlattiklari,26481>
- Outcomes, M., & Registration, T. (2020). Effect of an Inactivated Vaccine Against SARS-cov-2 on Safety and Immunogenicity Outcomes Interim Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. 1–10. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.15543>
- Phase III Trial of A COVID-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adults 18 Years Old and Above. (n.d.). Retrieved September 8, 2020, from <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04526990?Term=vaccine&cond=covid-19&draw=6>
- Primary Registries in the WHO Registry Network. (n.d.). Retrieved September 5, 2020, from <https://www.who.int/ictcp/network/primary/en/>
- Russia's fast-track coronavirus vaccine draws outrage over safety. (n.d.). Retrieved September 1, 2020, from <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02386-2>

- Sinovac. (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from [http://www.sinovac.com/?Optionid=754&auto\\_id=904](http://www.sinovac.com/?Optionid=754&auto_id=904)
- Smith, J., Lipsitch, M., & Almond, J. W. (2011). New Decade of Vaccines 3 Vaccine production , distribution , access , and uptake. 378. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60478-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60478-9)
- Sputnik V. (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <https://sputnikvaccine.com/about-vaccine/>
- The European Union Clinical Trials Register. (n.d.). Retrieved September 5, 2020, from <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2020-001072-15/GB#A>
- The Oxford Vaccine Centre's COVID-19 vaccine trial. (n.d.). <https://covid19vaccinetrial.co.uk/>
- Trump, P., Fda, T., Authorization, E. U., & Trump, T. (2020). Regulatory Decision-making on COVID-19 Vaccines During a Public Health Emergency. 02120, 8–9. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17101>
- Türkiye’de Aşı ve Serum Üretiminin Tarihçesi. (n.d.). Retrieved September 2, 2020, from <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/haberler/turkiye-de-asi-ve-serum-uretiminin-tarihcesi>
- Türkiye koronavirüs aşısında hangi aşamada? (n.d.). CNN TÜRK. <https://www.youtube.com/watch?V=2ANT2kghyvc>
- WHO-International Clinical Trials Registry Platform (WHO-ICTRP). (n.d.). Retrieved September 5, 2020, from <https://www.who.int/ictcp/about/en/>
- WHO. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 3 September 2020. (n.d.). Retrieved September 2, 2020, from file:///C:/Users/user/Downloads/novel-coronavirus-landscape-covid-19-(4) (1).pdf
- WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. (n.d.). Retrieved September 7, 2020, from <https://covid19.who.int/>
- WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines. (n.d.). Retrieved September 2, 2020, from [https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?Sfvrn=1d5da7ca\\_5&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?Sfvrn=1d5da7ca_5&download=true)
- Why “vaccine nationalism” could doom plan for global access to a COVID-19 vaccine. (n.d.). Retrieved September 8, 2020, from <https://medicalxpress.com/news/2020-09-vaccine-nationalism-doom-global-access.html>
- Zhu, F.-C., Li, Y.-H., Guan, X.-H., Hou, L.-H., Wang, W.-J., Li, J., Wu, S.-P., Wang, B.-S., Wang, Z., Wang, L., Jia, S.-Y., Jiang, H.-D., Wang, L., Jiang, T., Hu, Y., Gou, J.-B., Xu, S., Xu, J.-J., Wang, X.-W., ... Chen, W. (2020). Safety, Tolerability and Immunogenicity of a Recombinant Adenovirus Type 5 Vected COVID-19 Vaccine in Healthy Adults in China: Preliminary Report of a First-In Human Single-Center, Open-Label, Dose-Escalating Clinical Trial. SSRN Electronic Journal. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3605134>
- Zhu, F. C., Guan, X. H., Li, Y. H., Huang, J. Y., Jiang, T., Hou, L. H., Li, J. X., Yang, B. F., Wang, L., Wang, W. J., Wu, S. P., Wang, Z., Wu, X. H., Xu, J. J., Zhang, Z., Jia, S. Y., Wang, B. Sen, Hu, Y., Liu, J. J., ... Chen, W. (2020). Immunogenicity and safety of a recombinant adenovirus type-5-vectored COVID-19 vaccine in healthy adults aged 18 years or older: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31605-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31605-6)
- Zhu, F. C., Li, Y. H., Guan, X. H., Hou, L. H., Wang, W. J., Li, J. X., Wu, S. P., Wang, B. Sen, Wang, Z., Wang, L., Jia, S. Y., Jiang, H. D., Wang, L., Jiang, T., Hu, Y., Gou, J. B., Xu, S. B., Xu, J. J., Wang, X. W., ... Chen, W. (2020). Safety, tolerability, and immunogenicity of a recombinant adenovirus type-5 vectored COVID-19 vaccine: a dose-escalation, open-label, non-randomised, first-in-human trial. The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31208-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31208-3)

# SAĞLIK SİSTEMİ





# COVID-19 PANDEMİSİNİN ALTINCI AYINDA BİRİNCİ BASAMAK VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

## | Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimler Kolu

1 Haziran'dan sonra başlayan açılma süreci vaka sayısının hızla yükselerek hastalığın küçük büyük tüm il ve ilçelerde yaygın şekilde görülmesi sonucunu getirdi. Hastaneler ve yoğun bakım üniteleri dolma noktasına geldi ve çok sayıda hasta tedavi düzenlenerek evlerinde takip edilmekte. Sahadan gelen bilgiler vaka sayısının bildirilenin çok daha fazlası olduğu şeklindedir.

Salgın süreçlerinin başarılı yönetilmesinin ön şartının birinci basamak hizmetlerinin doğru organizasyonu olduğunun altını bir kez daha çizmek isteriz. Bu pandeminin bize yeniden hatırlattığı şey sağlık hizmetlerinin hastane merkezli değil toplum merkezli verilmesi gerektiği olmuştur. Sadece ülkemizde değil tüm dünyada birinci basamak sistemlerinin tekrar gözden geçirilmesi ve birinci basamağı kalıcı olarak güçlendirecek bir yönelime girilmesi gerekmektedir.

Salgında temel amaç hastalığın yayılmasının önüne geçmektir. Bunun için en etkin yöntem salgının sahada yönetilmesidir. Salgınlarda sadece hastane odaklı yaklaşımla mücadele edilemez. Mutlaka basamaklar arası iletişim ve koordinasyon çok iyi sağlanmalıdır. Özellikle pozitif vakalar için hem yaşam alanları hem de çalışma alanları için çok hızlı ve etkin filyasyon yapılması gerekir.

Altıncı ayın sonunda birinci basamak sağlık çalışanları yoğun ve stresli çalışma ortamında tükenmişlik durumundadır. İlçe sağlık müdürlükleri kendi ilçesinde yaşayan ama farklı il ve ilçelerde aile hekimleri olan ya da aynı ailede yaşayıp farklı farklı aile hekimleri olan çok sayıda kişi ile koordinasyon oluşturmaya çalışmaktadırlar. Aile hekimi olmayan belirli bir nüfus da bulunmaktadır. Aşırı artan vakalar nedeniyle sayıca yetersiz ilçe sağlık müdürlüğü çalışanları mesai saatlerini 12-14 saate uzatsalar da filyasyon çalışmasını gün içinde bitirmekte zorlanmaktadır. Tüm olanaklarıyla pandemiyle uğraşıldığından toplum sağlığına yönelik diğer tüm işler askıya alınmış durumdadır.

Pandemi sürecinde vaka tespiti ve filyasyon çalışması sadece hastanelere başvuran semptomlu kişiler üzerinden yürütülmektedir. Şikâyeti olup hastaneye başvurusu olursa başlayabilen ve hasta bireyin telefon beyanı üzerinden devam eden filyasyon süreci etkin bir salgın yönetimi için yetersizdir

ve birinci basamak dinamiklerine uygun değildir. Haziran ayında yakın temaslı olsa da belirti göstermeyenler test yapılacaklar listesinden çıkarıldılar. Semptomsuz pek çok kişinin virüs taşıyabildiği biliniyorken temaslı kişilerin testsiz bırakılması ve sağlık çalışanları başta olmak üzere riskli gruplara dahi test yapılmaması ciddi risk taşımaktadır. Hastane ve hasta odaklı giden pandemi süreci ileriki günlerde çok ciddi sorunlarla karşı karşıya kalabileceğimiz sinyallerini vermektedir.

Altı ay sonunda yapılan test sayıları günlük yüz bin kadar olsa da sahadaki gerçek hasta sayısını tespit edebilecek düzeyde değildir. Test yapma ölçütleri de düşünüldüğünde özellikle hastaneye gitmeyen çok sayıda hastayı ortaya çıkarabilecek bir organizasyonun da sağlanamadığı gözlenmektedir.

Aile hekimleri filyasyon sürecinde sadece kendilerine bildirilen sayıda kişiye telefonla aramanın ötesine geçemeyen klinik izlem yapmak ve bunu raporlamakla görevlendirildiler. Bu durum halen devam etmektedir. Böylece 25 binin üzerinde aile hekimi ve bir o kadar aile sağlığı çalışanı ebe ve hemşire aktif filyasyonun dışında bırakılmış durumdadır.

Sağlık Bakanlığı aile hekimlerine vaka ve temaslılarını telefonla takip yanında istirahat raporu düzenleme, ilaç ihtiyacı olanlara telefonla ilaç düzenleyebilme, tarama amaçlı yapılan testi negatif olan kişileri 14 gün boyunca arama gibi işler tarif etmiştir. Aile hekimlerinin topluma yönelik sağlık müdahalelerinde bulunma yetkileri olmadığından salgına müdahale içinde dışlanmış durumdadırlar. Ulaşılamayan hastalar için sahaya inme ve ev ziyareti yapma yükümlülükleri de olmadığından bu kişilere ulaşmak da ilçe sağlık müdürlükleri ekipleri sorumluluğunda yürütülmeye çalışılmaktadır.

İlçe sağlık müdürlüğü ekipleri dışında sahaya çıkarak sorunlara yerinde müdahale edebilecek başka insan kaynağı yoktur. Mevcut eğitilmiş insan gücü giderek yoğunlaşan iş yükünü karşılayabilecek sayıda değildir. Vakaların artışıyla oldukça yoğunlaşan çalışma ortamında işleri yetiştirmeye odaklanmış ilçe sağlık müdürlükleri özellikle telefonla yapılan kişisel başvuruları karşılayamamaktadır. Gerek hasta ve hasta yakınları gerekse aile hekimleri sorunlara çözüm noktasında telefonla dahi ulaşmada ciddi sıkıntılar çekmektedirler. Çünkü on binlerce hatta yüz binlerce nüfusun çözüm odağı olarak ulaşmaya çalıştığı ilçe sağlık müdürlüğü çalışanları bu taleplere yetiştirebilecek durumda değildir. Hiçbir şekilde telefonlarına cevap verilmediğinden şikayet eden hastalar aile hekimlerine ulaşmaktadır. Filyasyon ekiplerinin kendilerine ulaşmadığı, ilaç getirilmediği, karantinalarının kaldırılmadığı, istirahat raporu alamadığı, kontrol testi yaptıramadığı, temaslı yakınlarına test yapılmadığı gibi pek çok sebeple aranan aile hekimleri sorunları çözmeye çalışsa da ilçe sağlık müdürlükleriyle bir türlü sağlanamayan koordinasyon ve iletişim eksikliği nedeniyle sonuç alamamaktadır. Mevcut durum sağlık çalışanlarına sözlü ve yer yer fiili şiddetle sonuçlanabilmektedir. Bu dönemde bürokratik pek çok sorununu çözmeye çalışan hastaların baskısı altında kalınmış ve sistemin sorunlarını aşmak aile hekimlerince mümkün olamamıştır. Biryandan poliklinik ve diğer rutin işleri aynı şekilde devam ettirmeleri beklenen aile hekimliklerinde çalışma düzenini değiştir-

Filyasyon ekiplerinin kendilerine ulaşmadığı, ilaç getirilmediği, karantinalarının kaldırılmadığı, istirahat raporu alamadığı, kontrol testi yaptıramadığı, temaslı yakınlarına test yapılmadığı gibi pek çok sebeple aranan aile hekimleri sorunları çözmeye çalışsa da ilçe sağlık müdürlükleriyle bir türlü sağlanamayan koordinasyon ve iletişim eksikliği nedeniyle sonuç alamamaktadır.

meye yönelik bir müdahalede de bulunulmamıştır. Birinci basamağın bu bölümünde de sağlık çalışanlarında tükenmişlik durumu yaşanmaktadır.

Maalesef bu 6 aylık süreçte aile hekimlikleri ve ilçe sağlık müdürlükleri arasında süreci birlikte yürütmeye yönelik işbirliği halen oluşturulabilmiş değil. Süreci birlikte değerlendirme ve çözüm üretme olanağı oluşmadığı gibi iletişimde ciddi sıkıntılar yaşanmaya devam etmektedir.

Halen sosyal durumları nedeniyle ev izolasyonu uygun olmayan Covid pozitif kişiler için uygun karantina ortamları sağlanamamıştır.

Türk Tabipleri Birliği'nin Birinci Basamak'ta COVID-19 Pandemisine İlişkin Durum Araştırması'na göre ASM'lerin yüzde 81'inde sağlık çalışanlarına kontrol amaçlı PCR testi, yüzde 84'ünde de kontrol amaçlı antikor testi uygulanmadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmayla COVID-19 pandemisi sonrası aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalıkların takip sayısı, kanser taramaları sayısı, üreme sağlığı hizmetleri sayısı ve laboratuvar hizmetleri sayısının azalmış olduğu belirtilmiştir. Hizmet sunumu açısından birinci basamağın önemli işleri olan koruyucu hekimlik uygulamaları pandemi süresince sekteye uğramıştır.

Aile hekimliklerinde sağlam çocuk, bebek, gebe izlemleri ve bağışıklama hizmetleri için gelenlere bina alt yapılarının yetersizlikleri nedeniyle güvenli ortam sağlanamamaktadır. Aile sağlığı merkezlerine randevusuz gidilebilme durumu devam etmektedir. Randevusuz hasta kabulünün neden olacağı öngörülemez yığılmalar hastalık bulaş riskini arttıracak önemli bir etken olarak görülmektedir.

Son ayda bazı işyerlerinin ya da grupların toplu olarak özel laboratuvarlarda kontrol amaçlı testler yaptıkları ve pozitif çıkan test sonuçlarının ise sisteme girişlerinin yapılmadığı görülmektedir. İşyeri hekimleri pozitif vakalar ve işyeri temaslıların bildirimini muhatap bulamamaktan şikayet etmektedirler. Özel laboratuvarlarda yapılan ve sisteme girilmeyen vakalar için oldukça gecikilebilmektedir. Çalışma ortamında teması en iyi değerlendirip filyasyonun en doğru şekilde yapılmasını sağlayacak kişiler işyeri hekimleridir. Bu süreçte halen işyeri hekimlikleriyle sağlık müdürlükleri arasında koordinasyon sağlanamamış işyeri hekimleri de filyasyonun dışında bırakılmıştır.

Gerçek anlamda filyasyon yapmak, sorunlara sahada en hızlı şekilde müdahale edip çözüm üretmek mümkün görünmemektedir. Ayrıca personele yeterli dinlenme zamanı ayırmakta zorluk çekilmektedir. Birinci basamak bu haliyle gerçek kapasitesinde çalıştırılmamaktadır.

Birinci basamakta temel amaç salgını yerinde kontrol edip hasta sayısını ve hastaneye gitme ihtiyacını azaltmaktır. Bunun yanında vakaların ve temaslılarının izlemine organize etmek, toplumu, hastaları ve yakınlarını bilgilendirmek, diğer rutin hizmetleri sağlamak ve sahadan doğru ve etkin bir sürveyans için bilgi akışı sağlamak birinci basamağın önemli işlevleridir. Tüm bu çalışmalar çok iyi organize edilmez ise pandemilerde kontrolün sağlanması güçleşir, hastane olguları artar ve sağlık sistemi kapasitesini aşar.

Bugün, tüm yurda eşit şekilde yayılmış, yeterli sayıda ve birinci basamak mesleki eğitimini tamamlamış nitelikli sağlık personeli ile tüm sağlık sorunlarına özellikle salgın durumlarında çok daha kolay ve etkin müdahale imkânını bulamamanın sıkıntılarını yaşamaktayız.

Yukarıda belirttiğimiz üzere bu pandeminin bize yeniden hatırlattığı şey sağlık hizmetlerinin hastane merkezli tedavi edici hekimlik şeklinde değil, koruyucu hekimliği önceleyen birinci basamak ve toplum merkezli verilmesi gerektiğidir. Birinci basamak sistemimizin tekrar gözden geçirilmesine ihtiyacımız olduğu aşikârdır ve birinci basamağı kalıcı olarak güçlendirecek bir yönelime girilmesi gerekmektedir.

Bildiniği üzere 2002 yılından sonra başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumu da değiştirilmiş ve aile hekimliği sistemi adıyla yeni bir uygulamaya geçilmiştir. İzleyen süreçte özlük hakları açısından bakıldığında; sözleşmeli çalışma statüsü, vekaletsiz izin kullanıldığında ya da hasta olduğunda ücret kesintisi, hasta başı ödemeyle oluşan rekabet ortamı, ücretlendirme ve iş yükündeki eşitsizlikler, performans uygulanmasıyla yapılan ceza kesintileri, sınıflandırma uygulamaları, tüm idari mali işlerin hekimler üzerine bırakılması gibi çok sayıda uygulama farklılaşan sağlık sisteminin önemli parametreleri oldular. Temel nitelikleri olarak bakıldığında ise yeni sistem önceki sistemden üç temel noktada farklıdır:

1. Coğrafi bölge organizasyonu yerine liste temelli uygulama
2. Topluma yönelik bütüncül bakış açısı yerine bireysel sağlık anlayışı
3. Geniş sağlık ekibi çalışması yerine bir doktor (AH) ve bir yardımcı sağlık personelinin (ASÇ) görev yapması

Oysa coğrafik olarak tanımlanmış nüfus temelinde örgütlenme birinci basamak ekibinin toplumun sorunları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını ve toplumun sorunlarının çözülmesine dolayısıyla da topluma daha fazla katılmasını sağlar (**Starfiled, 1998**). Öte yandan birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Oysa “liste sistemi”, birinci basamak ekibinin toplumu tanımasına olanak sağlamamaktadır. Üstelik tüketici ilişkileri mantığı ile işleyen bu sistemde hastalar bir hekimin listesinden çıkıp diğerine geçebilmekte ve bir sonraki dönem tekrar hekim değiştirebilmektedirler (**Boerma, 2003; Carlsen, 2005**). Koruyucu hekimlik hizmetleri ise yeni sistemde “bireysel” olanla sınırlandırılmış ve birinci basamağın birçok hizmeti kapsam dışına çıkarılmıştır. Toplumsal hizmetler bireysel hizmetlerden kopartılmış ve bu hizmetlerin gerektirdiği örgütlenme modelinden, alt yapı, personel olanaklarından ve yetkiden son derece uzak olan toplum sağlığı merkezlerinin üzerine atılmıştır.

Halbuki birinci basamak ekibine farklı sağlık profesyonellerinin katılımı, sosyal, psikolojik ve tıbbi bilgi ve becerilerinin ortak kullanımını, bunun sonucunda da hastalara yönelik hizmet çerçevesinin genişletilmesini, sorunların kapsayıcı bir bakış ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalma-

Bugün, tüm yurda eşit şekilde yayılmış, yeterli sayıda ve birinci basamak mesleki eğitimini tamamlamış nitelikli sağlık personeli ile tüm sağlık sorunlarına özellikle salgın durumlarında çok daha kolay ve etkin müdahale imkânını bulamamanın sıkıntılarını yaşamaktayız.

sını, bakımın kesintisizliğini, entegre hizmet sunumunu, hizmet tekrarlarının önlenmesini ve maliyetlerin azalmasını sağlar.

2002 yılından bugüne sağlık yatırımları ve sağlıkta insan kaynakları yönünden istatistikler incelendiğinde sağlık sisteminin ikinci basamağı ve uzmanlaşmayı öncelediğini, birinci basamağın gözardı edilerek gerek alt yapı gerekse insan gücü olarak desteklenmediği görülmektedir. İkinci basamağın ve özel sağlık hizmeti sunumunun öncelendiği bir sağlık politikasını yürüttüğünü veriler ortaya koymaktadır. Hizmet kapsamına göre yıllara göre hekime müracaat sayısının oranı 2002 yılında yüzde 36 birinci basamak ve yüzde 64 ikinci ve üçüncü basamak olmuştur. Oysa 2018 yılında oranlar yüzde 34 ve yüzde 66 olarak gerçekleşmiş olup reforma gerekçe edilen “birinci basamağın güçlendirilmesi” iddiası gerçekleşmemiştir. Bu bağlamda aile hekimliği sistemi birinci basamağın kullanım oranını değiştirememiştir.

Bununla birlikte 2002’den 2018 yılına 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı tüm sektörler bazında 138 den 187 ye çıkmıştır (%35 artış). Ancak aynı dönemde 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 47 den 54 e (%14 artış), uzman hekim sayısı ise 68 den 101’e (%48 artış) çıkmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı hekim artış oranları ise aynı yıllar arasında pratisyen hekimlerde yüzde 9 iken, uzman hekimlerde yüzde 60 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık bakanlığında çalışan pratisyen hekimlerin yüzde 27’si hastanelerde, yüzde 56’sı aile hekimliklerinde, yüzde 16’sı ise diğer kurumlarda çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan hemşirelerin yüzde 90’ı, ebelerin yüzde 51’i hastanelerde çalışmaktadır. Hemşirelerin ancak yüzde 5,8’i, ebelerin ise yüzde 25’i aile hekimliklerinde çalışmaktadır. Toplam 24 bin 82 aile hekimliği biriminin 3 bin 335’inde ebe ya da hemşire bulunmamaktadır.

Bugün itibariyle Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçişin onuncu yılı tamamlanmak üzere. Aile hekimi başına nüfus Türkiye ortalaması 3 bin 405 kişidir. Büyük illerde bu sayı çok daha yüksektir ve özellikle İstanbul’da aile hekimi başına nüfus ortalaması 3 bin 721 kişidir. Nüfusun düşürülememesinin ana nedeni yeni birim açılması işinin hekimin seçme keyfiyetine (ya da mecburiyetine) bırakılmış olmasıdır. Tercih eden hekim olmaz ise yeni birim açılmamaktadır. Kamu yatırımı yoktur. Hekimlerin tercih etmemesinin sebebi ise piyasa koşullarının rekabetçi anlayışıyla iş ve gelecek güvensiz, değersizleştirilmiş bir hekimliğin mecbur kalmadıkça yapılmak istenmeyişidir. Sağlık Bakanlığının genel tutumu ise sistemin kendi dinamiği içinde hekimlerin bir gün mutlaka mecbur kalacağını beklemek olarak görülmektedir. Devlet kamusal hizmet verme zorunluluğu gereği ihtiyaç duyulan sağlık kuruluşunun açılmasını bireysel inisiyatiflere bırakmamalıdır. Her kurumda ihtiyacı karşılayacak sayıda hekim ve sağlık çalışanı istihdam edilmelidir. Ayrıca ivedilikle birinci basamak için sağlık kurumu ve çalışan sayısı arttırmalı, sağlık çalışanlarının kaygılarını ve ihtiyaçlarını giderecek müdahaleler hayata geçirilmelidir. Birinci basamak çalışma düzeni yeniden gözden geçirilmeli, tüm sağlık ekibinin bir bütün olarak çalışması sağlanmalıdır.

2002’den 2018 yılına 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı tüm sektörler bazında 138 den 187 ye çıkmıştır (%35 artış). Ancak aynı dönemde 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 47 den 54 e (%14 artış), uzman hekim sayısı ise 68 den 101’e (%48 artış) çıkmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı hekim artış oranları ise aynı yıllar arasında pratisyen hekimlerde yüzde 9 iken, uzman hekimlerde yüzde 60 olarak gerçekleşmiştir.



Birinci basamakta aile hekimliği sistemi ile işlevleri sınırlanan ve polikliniğe hapsedilmiş bir hekim tipi öngörülmektedir. Sosyalleştirmenin tanımladığı pratisyen hekim ile “reform” ya da “dönüşüm”ün tarif ettiği aile hekimi arasındaki fark, teknik ya da bilimsel değil, her şeyden önce politiktir ve bir tercihi yansıtmaktadır. Bu nedenle öncelikle politik tercihin değiştirilmesi zorunludur. Toplumsal eşitsizliklerin fazlasıyla yaşandığı ülkemizde; iyi bir birinci basamak sunumu için tüketimi teşvik eden piyasacı bir sağlık sistemi ve edilgen bırakılmış bir birinci basamak terk edilmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm ve toplum yönelimli gibi temel özelliklerinin tümüyle hayata geçirildiği, çalışanlarının birinci basamakta ve birinci basamağa uygun içerikte eğitim almış olduğu, çok disiplinli ekip çalışmasının yapıldığı, bölge tabanlı ve etkin olarak sunulan kamusal bir hizmetin gerçekleştirilmelidir.

### Kaynaklar

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Z.Öcek, A.Soyer. Aralık 2007, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber\\_goster.php?Guid=75bba1b4-d89f-11ea-9c50-7fbe39e4ca48](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=75bba1b4-d89f-11ea-9c50-7fbe39e4ca48)

# COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE KAMU HASTANELERİ

**Dr. Osman Öztürk\*, Dr. Özgür Karcıoğlu\*\***

\* Tıp Doktoru, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

\*\* Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

## Özet

Koronavirüs pandemisi dünyada ve Türkiye’de hız kesmeden devam ediyor. Türkiye’nin altı aylık süreçte salgını hâlâ baskılamayı bile başaramadığı, erken dönemde başlatılan “normalleşme”nin ardından vaka ve ölüm sayılarındaki artış göz önüne alındığında süreci yürütmekte başarılı olduğunu söylemek mümkün görünmüyor. Gene de Türkiye’nin salgını daha ağır geçirmemesinin sahip olduğu birkaç avantajdan kaynaklandığı söylenebilir. Bunlardan biri yaşlı nüfus oranının gelişmiş ülkelere göre düşük olması, bir diğeri fedakâr sağlık çalışanları oldu. Üçüncüsü ise özellikle salgının bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde Sağlık Bakanlığı’nın bütün hazırlıksızlığına karşın hızla organize olarak daha fazla ölümlerin gerçekleşmesinin önüne geçen “her şeye rağmen ayakta kalmayı başarabilen” köklü, büyük kamu hastaneleri ve kamucu/toplumcu hekimlik geleneği oldu. Bu noktada geriye dönüp Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili tartışmaları hatırlamak gerekiyor.

\*\*\*

COVID-19 pandemisine karşı mücadele altı aydır devam ediyor. Aslında COVID-19’un hastane kaynaklı bir enfeksiyon değil, küresel bir salgın olduğu, SARS-cov-2’nin hastane koridorlarında, polikliniklerde, ameliyathanelerde değil sokaklarda, AVM’lerde, fabrikalarda, işyerlerinde, insanlar arasında dolaştığı göz önüne alındığında mücadelenin “sahada” ve birinci basamakta karşılanması gerekirdi. Üstelik Türkiye uzun yıllar boyunca sıtma, trahom, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara karşı sahada mücadele deneyimine sahipti. Ama öyle olmadı.

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesinin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak isimlendirilen sağlık “reformu” sürecinde geçirdiği dönüşüm düşünüldüğünde bu durumun bir tercih olmanın yanı sıra bir zorunluluk olduğu anlaşılıyor. Hatırlanacağı gibi SDP sürecinde bölge tabanlı olarak koruyucu ve tedavi edici hizmeti birlikte veren sağlık ocakları tasfiye edilmiş; topluma ve bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler ayrı-

lıp Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) / İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) ile Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) arasında paylaştırılmıştı. Birinci basamak sağlık örgütlenmesinin hakim yapısı ASM'ler esas olarak bir aile hekimi ve bir aile sağlığı çalışanından ibaret "Aile Hekimliği Birimi (AHB)"nden oluşuyor ve ev ziyaretleri dışında hizmetlerini sahadan tamamen kopuk olarak yürütüyor. Dahası, aile hekimleri coğrafi bölge / nüfus temelli değil, liste tabanlı olarak çalıştığı için aynı ailenin farklı bireylerinin farklı aile hekimlerine bağlanması, şehrin bir ucunda ikamet eden bir yurttasın şehrin diğer ucundaki aile hekimine kayıt yaptırması mümkün. Böyle bir ASM yapılanmasıyla herhangi bir salgın hastalığa karşı mücadele etmek doğal olarak mümkün değil. Nitekim, Sağlık Bakanlığı'nın 24 bin aile hekimi ve 23 bin aile sağlığı çalışanına pandemi mücadelesinde verdiği tek görev telefonla izlem oldu. Birinci basamağın "üvey evladı" TSM/İSM'ler ise ekip ve donanım olarak saha çalışmasında yetersiz kaldı; eksikler birinci basamak deneyimi olmayan, ikinci basamakta görevli diğer sağlık çalışanlarından takviyeyle tamamlanmaya çalışıldı.

Neticede; Türkiye, altı aydır devam eden COVID-19 pandemisini esas olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları olan hastanelerde karşıladı. Somut örnek vermek gerekirse COVID-19 şüphesi ile ASM/TSM'ye başvuran bir kişinin biyokimya, radyoloji (özellikle tomografi) gibi tanıda önemli yeri olan testlerinin yapılması, konsültasyonları gibi konularda çıkan yetersizliği nedeniyle birinci basamak hemen tümüyle dışarıda kalmış oldu. Bölgeden bölgeye değişmekle birlikte, ikinci basamak hizmet hastaneleri de 7/24 ilgili branş konsültasyonları, yoğun bakım, bazen radyolojik incelemelerdeki yetersizlikleri nedeniyle beklendiği/gerektiği şekilde mücadeleye katılamadı.

\*\*\*

Salgının başlangıcında belirli kamu hastaneleri pandemi hastanesi olarak belirlenirken hasta sayısının hızla artması karşısında ise bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu ve üçüncü seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri, devlet ve vakıf üniversitesi hastaneleri ile tüm özel sağlık kuruluşları pandemi hastanesi olarak ilan edildi.

Ancak, yıllardır hastaların hem sağlık sigortalarından hem de ceplerinden para almaya alışkın olan özel hastaneler salgın koşullarında "ilave ücret" almakta zorlanınca daha baştan pandemi mücadelesinden kaçmaya çalıştı. Özel hastane patronlarının örgütü Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı, henüz salgının ikinci haftasında "Özel hastaneler pandemi hastanesi ilan edildi, ciromuz yüzde 80 azaldı. Devlet, özel hastanelere salgın bitene kadar, 3-4 ay el koysun." Diyerek salgının bütün yükünü devlete yıkmaya çalıştı. Daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu ayrı bir "COVID-19 paketi" belirleyince hastaları kabul ettilerse de özel hastanelerin hasta seçtikleri, yoğun bakım da dahil olmak üzere hastalardan para aldıkları, para ödeyemeyen hastaları endikasyonu olsa bile servise yatırmadıkları şikayetleri kamuoyunda sürekli yer aldı. Sonuçta Türkiye'de COVID-19

Türkiye, altı aydır devam eden COVID-19 pandemisini esas olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları olan hastanelerde karşıladı.

pandemisine karşı mücadele ağırlıklı olarak başta tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastaneleri olmak üzere kamu hastanelerinde yürütülmeye devam edildi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilan etmesiyle aynı gün, 11 Mart 2020'de Türkiye'de ilk vakanın resmi olarak açıklanmasıyla birlikte hastaneler yoğun bir hasta akınına uğradı ve büyük kaos yaşandı.

Özellikle ilk dönemde kamu hastanelerinde yaşanan problemleri ana başlıklarıyla sıralarsak:

1. COVID-19 hastalığının 31 Aralık'ta Çin'in Wuhan eyaletinde ilk ortaya çıkışından Türkiye'de ilk vakaların görülmeye başlamasına kadar geçen yaklaşık iki buçuk aylık süreçte kamu hastanelerinde ciddi bir hazırlık çalışması yapılmamış, Bakanlık yetkilileri tarafından var olduğu söylenen pandemi planları hastanelerin çoğunda uygulan(a)mamış, sağlık çalışanlarına planla ilgili gerekli ve yeterli eğitim verilmemiştir.
2. Kamu hastaneleri COVID-19 pandemisi sürecine büyük ölçüde hazırlıksız yakalanmış; hastanelerde yaşanan maske, önlük, eldiven, gözlük, vb kişisel koruyucu malzeme eksikliği bu hazırlıksızlık durumunu açık olarak göstermiştir. Ancak "malzeme eksikliği" durumu tablonun sadece görünen yüzüdür, asıl problem organizasyon eksikliğidir.
3. Özellikle ilk günlerde, haftalarda COVID-19 hastalarının karşılanması / muayenesi / yatışı / tedavisi için gerekli algoritma uygulan(a)mamış, hastanelerin birçoğunda COVID-19 şüpheli hastalarla diğer hastaların temasını önleyecek triyaj sistemi ve kesin ya da şüpheli / olası COVID-19 tanılı hastaların diğer hastalardan ayrı servislerde yatırılması gerçekleştirilememiştir. Birçok hastanenin fiziksel yapısı da gerekli düzenlemelerin yapılmasında ciddi sorun oluşturmuştur.
4. Gerekli düzenlemelerin yapılmaması, özellikle triyaj ve COVID-19 polikliniklerinin henüz oluşturulmadığı ilk başlarda hastaların öncelikle acillere yönelmelerine yol açmış, bu durum ülkemizde zaten olağanüstü iş yüküyle çalışan acil servislerin iş yükünü çok daha fazla arttırmıştır. Bürokratik amaçlarla şart koşulan test istemi gibi nedenlerle hastanelere, yine ağırlıklı acillere / pandemi polikliniklerine büyük bir hasta yığılması yaşanmıştır. Halbuki birçok ülkede yalnızca test yapılması istendiği durumda hastaneler meşgul edilmemekte, kalabalık merkezlerde, hatta yollarda kurulan istasyonlarda test yapılarak hastaneye gitmeye gerek bırakılmamaktadır.
5. Sağlık Bakanlığı'nın gerekli hazırlıkları yapmaması salgında en öncelikli risk grubunda yer alan hekimler, sağlık çalışanlarının yaygın olarak enfekte olmasına yol açmış, bazı hastanelerde COVID-19'lu hastalarla temaslı hekimlerin bu süreçte de 24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştırılması karşılaştıkları virüs yükünün artmasına yol açmış, neticede Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın 3 Eylül'de yaptığı açıklamaya göre 29 bin 865 sağlık çalışanı bu süreçte enfekte olmuştur. Bakanlık açıklamalarında PCR pozitif vakaların esas alındığı; bırakın dü-

COVID-19'lu hastalarla temaslı hekimlerin bu süreçte de 24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştırılması karşılaştıkları virüs yükünün artmasına yol açmıştır.

zenli test yapılmasını, COVID-19 hastalarıyla korunmasız olarak temas eden, semptom gösteren sağlık çalışanlarına yapılması gereken testlerde ciddi eksiklikler yaşandığı göz önüne alındığında bu sayının gerçekte çok daha yüksek olduğu söylenebilir.

6. Sağlık Bakanlığı süreç boyunca pandemiyle ilgili ayrıntılı verileri toplumla olduğu gibi sağlık çalışanlarıyla da paylaşmaktan kaçınmış; hekimler, sağlık çalışanları nasıl bir olguyla mücadele ettiklerini bilemeden günlük pratiklerini sürdürmek zorunda kalmışlardır.
7. İlk günlerde Merkezi Hastane Randevu Sistemi eskisi gibi çalışmaya devam etmiş, yapılan çağrılara ve hasta sayılarında düşüşe rağmen birçok hastanede ertelenebilir sağlık hizmeti talebiyle müracaatlar devam etmiş ve bu durum hastanelerde yaşanan kaosu daha da artırmıştır. Öte yandan, bu süreçte hastanelerde olağan tıbbi hizmet gereksinimi devam eden hastalarla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmaması da ciddi problemler yaratmıştır.
8. “Normalleşme” adı verilen yeniden açılma sürecinde ise gerekli, uygun önlemlerin alınamaması da ciddi karışıklığa yol açmıştır. COVID-19 dışı hastaların ertelenemez sağlık hizmeti ihtiyaçları için sıkıntılar giderek büyüyor, bu hastalar hizmet alacak sağlık kurumu bulmakta zorlanıyorlar. Bu nedenle önemli fakat “elektif” kontrollerini yaptıramayan örneğin koroner arter hastası miyokard enfarktüsü ile, diyabet hastası diyabetik ketoasidoz ile başvurmak durumunda kalmıştır.
9. Başlangıçta test merkezleri ve test sayıları ihtiyaca cevap verememiş, hastalardan istenen PCR test sonuçları hastayı takip eden hekime çok geç ulaşmış, bu durum tedavilerde ciddi aksaklıklara yol açmıştır. Bu arada azımsanmayacak oranda kayıp, sonucuna ulaşılama-yan test olduğu da bilinmektedir.
10. Test politikalarında yapılan değişikliklerle temaslı hastalardan PCR istenmesinin sınırlandırılması hasta-hekim ilişkisinde ciddi sorunlara yol açmış, yaşanan gerilimler zaman zaman hekime yönelik şiddete dönüşmüştür. Öte yandan bir dönem “Hızlı PCR Testi” konusunda toplumda yaratılan yanlış beklenti özellikle bazı hastanelere gereksiz başvurulara ve yığılmalara neden olmuştur. Test konusunda duyarlılık, özgüllük, doğruluk gibi olmazsa olmaz bilgilerin açıklık ve şeffaflıkla paylaşılması yurttaşların sürekli bir fısıltı gazetesi ile yaşamasına yol açmıştır.
11. Sağlık kurumlarında yaygın olarak SARS COV-2 ile karşılaşan hekimlerin, sağlık çalışanlarının bu enfeksiyonu evlerine, ailelerine taşınamaması için uygun konaklama ve ulaşım imkânları sağlanmamış, sağlıklı ve yeterli beslenmesi başta olmak üzere ihtiyaçlarının giderilmesi için gerekli önlemler alınmamış, sağlık çalışanları karşılaştıkları sıkıntıları kişisel olarak ya da gönüllü kuruluşların yardımlarıyla çözmek zorunda kalmışlardır. Mart-Mayıs döneminden sonra bu yardımlar hızla azalarak sıfıra yaklaşmıştır.
12. Sağlık çalışanlarına pandemi süresince tavandan performans ödemesi yapılacağına dair söz tutulmamış; özellikle de hekim dışı sağlık

COVID-19 dışı hastaların ertelenemez sağlık hizmeti ihtiyaçları için sıkıntılar giderek büyüyor, bu hastalar hizmet alacak sağlık kurumu bulmakta zorlanıyorlar.



çalışanlarına yapılan ödemelerin azlığı ve ödemelerdeki adaletsizlik çalışanların motivasyonunu son derece olumsuz etkilemiştir.

Kuşkusuz pandemiyle mücadelede yer alan her bir sağlık çalışanı burada ana başlıklarla sıralanan listeyi kendi mesleki deneyimleriyle çok daha fazla uzatabilir.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı'nın SARS cov-2'nin Çin'de ortaya çıkmasıyla Türkiye'de ilk vakanın tespit edilmesine kadar geçen yaklaşık iki buçuk ay boyunca gerekli hazırlıkları yapmamış olmasının getirdiği organizasyon eksikliği pandeminin hastanelerimizi bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde büyük karmaşa ve paniğe yol açtı, karşılaşılan sorunların çözümü ise büyük ölçüde hekimlerin, sağlık çalışanlarının yoğun gayretiyle mümkün oldu.

\*\*\*

COVID-19 pandemisinde ülkece en büyük şansımız İran ve bazı Avrupa ülkelerinin Mart-Nisan aylarında yaşadığı aşırı olgu sayıları ve hastanelerin buna yanıt verememe durumunun yaşanmaması oldu. Zaten pandemi öncesindeki dönemde de hastanelerimiz “olağan dışı durumlarda” çalışmaya oldukça antrenmanlıydı. Örneğin acil servislerine günde binden fazla hasta başvurusu olan onlarca üçüncü basamak hastanemiz olması bunun sayısallaştırılmış halini gösterir. Bu haliyle bakıldığında ülkemiz sağlıkçıları ve kurumlarının “zaten hep afet ve pandemi koşullarının içinde olduğunu” söylemek abartılı olmayacaktır. Yine yoğun bakımlar hızlı hasta sirkülasyonuna alışık. Diğer bir etken, ülkemizde onlarca yıllık tıp eğitiminin teorik gelişmelerle tıp pratiğini harmanlamış olarak yüksek nitelikli denebilecek bir eğitim verdiği, hekim ve hemşirelerin yeni koşullara adapte olmakta becerikli olduğu gerçeğidir. Pandemi döneminde buna somut örnek verecek olursak, hekimlerimiz hasta kliniği-PCR ikileminde kalan batılı meslektaşları gibi tutuk davranmamış, kliniği öncelikli görerek agresif tedavileri öngörü ve cesaretle başlamışlardır. PCR testinin çok yüksek bir yanlış negatiflik oranına sahip olduğunun bilinmesi de bu kararda etkili olmuştur. Tomografi ve diğer yardımcı hizmetlerin çok rahatlıkla kullanılması da bunda etkenlerdir. Bu faktörlerin hastaların kötüleşmesini ve yoğun bakımları doldurmasını azalttığını söylemek mümkün görünüyor. Yine sivil toplum kuruluşları, meslek odalarımız ve bakanlık tarafından sık sık bilgilendirmelerin ve kılavuz güncellemelerinin yapılması ile hekimlerin gelişmeleri yakından izlediğini söyleyebiliriz.

Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın bu süreçte gerek yurt içinde gerekse yurt dışında “başarı hikayesi” için öne çıkardığı sağlık kurumları tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastaneleri oldu. Bu noktada biraz geriye dönüp son yıllarda kamu hastaneleriyle ilgili tartışmaları hatırlamak gerekiyor.

\*\*\*

Bundan on yedi yıl önce iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi'nin 16 Kasım 2003'te açıkladığı “Acil Eylem Planı”nda kamu hastaneleriyle ilgili olarak “Bir yıl içinde devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırmaya dönük çalışmalar ve hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacak(tır).” Denilmekteydi.

Pandemi öncesindeki dönemde de hastanelerimiz “olağan dışı durumlarda” çalışmaya oldukça antrenmanlıydı.

Haziran 2003'te açıklanan SDP'nin temel ilkeleri arasında ise “Desantralizasyon” sayılmakta ve “Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.” Olarak açıklanmaktaydı.

Programda SDP'nin sekiz bileşeninin en başında “Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı”na yer verilmekte ve öngörülen yapılanma şöyle tarif edilmekteydi:

“SDP vizyonundaki Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. (...) Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görev ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. (...) Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerinde odaklanmalıdır.”

Görüldüğü gibi “SDP vizyonu” çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında sağlık hizmeti sunumu, daha özel olarak hastanecilik yer almakta; dönemin Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ da sürekli tekrarladığı “Kürek çeken değil dümen tutan Bakanlık olacağız.” Sözleriyle bu vizyonu anlatmaktaydı.

Nitekim, AKP'nin 2005 yılında Meclis'ten geçirdiği, Kamu Yönetimi Temel Kanununda Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, ilk elde, yerel yönetimlere devri düzenlemesi yer almış ve fakat dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'in vetosu nedeniyle yasalaştırılamamıştı. Keza kamu hastaneleriyle ilgili olarak daha sonra hazırlanan tasarlarda da hastanelere aralarında Sanayi ve Ticaret Odaları temsilcilerinin de bulunduğu “mütevelli heyet”ler atanması öngörülmüştü.



Sonrasında, 2 Kasım 2011'de çıkarılan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile

illerdeki Sağlık Bakanlığı hastaneleri Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında toplanmış, hastane yönetimlerinde de değişikliğe gidilerek başhekimlerin üzerine “Hastane Yöneticisi” atanmış, Birliklerde ve hastanelerde yönetici olabilmek için hekim ya da bir başka sağlık meslek mensubu olma şartı kaldırılarak “en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak” şartı getirilmişti.

SDP çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili yapılan bütün bu değişikliklerle hastanelerin kamusal niteliği ortadan kaldırılıp birer piyasa aktörüne dönüştürülmesi hedeflenmişti.

\*\*\*

Koronavirüs pandemisi dünyada ve Türkiye’de hız kesmeden devam ediyor. Bu süreçte hükümetlerin yürüttüğü pandemi mücadelelerinin başarısını değerlendirmek için doğal olarak ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılıyor. Aslında coğrafi, siyasi, demografik yapıları, salgın politikaları, test sayıları, vaka bildirim kriterleri gibi bir dizi değişken standardize edilemediği bu karşılaştırma oldukça zor. Ancak Türkiye’nin altı aylık süreçte salgını bırakın kontrol altına almayı hâlâ baskılamayı bile başaramadığı, erken dönemde başlatılan “normalleşme”nin ardından vaka ve ölüm sayılarındaki artış göz önüne alındığında başarılı ülkeler arasında saymak mümkün görünmüyor.

Gene de Türkiye’nin salgını daha ağır geçirmemesinin sahip olduğu birkaç avantajdan kaynaklandığı söylenebilir. Bunlardan biri yaşlı nüfus oranının gelişmiş ülkelere göre düşük olması, bir diğeri fedakâr sağlık çalışanları oldu. Üçüncüsü ise özellikle salgının bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde Sağlık Bakanlığı’nın bütün hazırlıksızlığına karşın hızla organize olarak daha fazla ölümlerin gerçekleşmesinin önüne geçen “her şeye rağmen ayakta kalmayı başarabilen” köklü, büyük kamu hastaneleri ve kamucu/toplumcu hekimlik geleneği oldu.

Kıymetlerini bilmek ve korumak, geliştirmek gerek...

## Kaynaklar

- [Korona Günlerinde İstanbul’da Sağlık -1 Kamu Hastaneleri Raporu](https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5620/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-1-kamu-hastaneleri-raporu). İstanbul Tabip Odası web sayfası. Erişim Tarihi: 04.09.2020.
- [Korona Günlerinde İstanbul’da Sağlık-2 Özel Hastaneler Raporu](https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5643/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-2-ozel-hastaneler-raporu). İstanbul Tabip Odası web sayfası. Erişim Tarihi: 04.09.2020.
- [Korona Günlerinde İstanbul’da Sağlık -3 Birinci Basamak Raporu](https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5665/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-3-birinci-basamak-raporu). İstanbul Tabip Odası web sayfası. Erişim Tarihi: 04.09.2020.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili yapılan bütün bu değişikliklerle hastanelerin kamusal niteliği ortadan kaldırılıp birer piyasa aktörüne dönüştürülmesi hedeflenmişti.

# COVID-19 SALGINI VE ŞEHİR HASTANELERİ

**Dr. Bayazıt İlhan**

Tıp Doktoru, Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi

## Özet

Türkiye’de kamu özel işbirliği ile yapılan şehir hastaneleri pek çok yönüyle tartışılmaktadır. Bu yazıda yaşanan salgın nedeniyle şehir hastanelerinin sağlık hizmet sunumundaki durumları ele alınmıştır. Bu hastanelerin Türkiye’nin salgınla mücadelede anlatılan başarısında çok önemli oldukları belirtilmektedir. Öte yandan kapasiteleri ve nitelikli yatak sayılarıyla sağlık sistemimizde büyük yer tutmaya başlamışlardır. Devasa boyutları ve pek çok yerde şehre uzaklıklarıyla dikkat çeken bu hastanelerin özellikle salgındaki durumları çok yönlü ele alınmalıdır. Mevcut devlet hastanelerinin kapanması, hastaların, hekimlerin, sağlık çalışanlarının ve idarecilerin yaşadığı güçlükler bu hastanelerin sağlık hizmetlerine etkisini tartışmalı hale getirmiştir. Şehir hastanelerindeki sorunların açıklıkla ele alınıp çözülmesi, kapatılmış hastanelerin gecikmeden tam kapasiteyle ve tarihi kimlikleriyle açılması gerekmektedir.

## Giriş

Şehir hastaneleri 2005 yılından bu yana değişik isimlerle gündemde yer aldı. Finansman modelinden, yönetimlerine, şehir planlamasına ve sağlık hizmetine etkilerine kadar pek çok boyutuyla ele alınmayı hak eden bu hastaneler şimdi de yaşanan COVID-19 salgını nedeniyle tartışılıyor.

Cumhurbaşkanı değişik konuşmalarında Türkiye’deki sağlık sisteminin salgın döneminde iyi bir sınav verdiğini, gelişmiş ülkelerde rastlanan utanç verici görüntülerin oluşmadığını belirterek “Bilhassa şehir hastanelerimiz salgın döneminde en çok istifade ettiğimiz, en çok gurur duyduğumuz sağlık tesislerimizden biri oldu” ifadeleriyle şehir hastanelerine özel atıflarda bulundu (**TC Cumhurbaşkanlığı web sayfası, 2020**).

Son iki aydaki gelişmeler salgının iyi yönetildiği algısını sarsmaktadır. Günlük vaka ve ölüm sayıları istikrarlı artışını sürdürmekte, resmi olarak günlük bin 500’ün üzerinde vaka ve ellinin üzerinde can kaybı bildirilmektedir. Peki bu ortamda şehir hastanelerinin durumu, şehir hastaneleri gerekçe gösterilerek kapatılan hastaneler birlikte düşünüldüğünde salgın sürecinde nasıl değerlendirilebilir?

### **Şehir hastaneleri nerelerde açıldı, açılacak?**

Bu soruyu cevaplarken öncelikle kavramın bulanıklaştırılmaya çalışıldığını hatırlamakta yarar var. Şehir hastaneleri kamu özel işbirliği yöntemiyle yapılan hastaneler için kullanılan bir ifade iken son dönemde tadilattan geçen ya da genel bütçeden finansmanla yapılan hastanelere de yaygın olarak bu adın verildiği görülmektedir. Halen tümüyle ya da kısmen açılışı yapılan 12 şehir hastanesi bulunmaktadır. Bunlar Adana, Mersin, Isparta, Yozgat, Kayseri, Manisa, Elazığ, Ankara, Eskişehir, Bursa, İstanbul Başakşehir ve Konya şehir hastaneleridir (**TCSB Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü web sayfası, 2020**). Toplam 18 şehir hastanesi yapılacağı bildirilmektedir. Urfa Şehir Hastanesi'nin listeden çıktığı görülmektedir. Oysa bu hastane Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı bütçe sunumunda kamu özel işbirliği ile yapılacak hastanelerimiz arasında yer almaktaydı (**TCSB Strateji Geliştirme Başkanlığı web sayfası, 2019**). Sözleşmesi yapılmış ve inşaatı devam eden 6 şehir hastanesi mevcut olup bunlar Tekirdağ, Kocaeli, Kültahya, Ankara Etlik, İzmir Bayraklı ve Gaziantep şehir hastaneleridir. Daha önce kamu özel işbirliği programında olup anlaşıldığı kadarıyla yüksek maliyetler nedeniyle genel bütçeden finanse edilerek yapılacağı duyurulan 10 şehir hastanesi daha mevcuttur. Bunlar da Denizli, Samsun, Ordu, Trabzon, Aydın, Diyarbakır, Antalya, İstanbul Sancaktepe, Sakarya ve Rize şehir hastaneleridir. (**İlhan, 2020**).

### **Şehir hastaneleri açılırken mevcut devlet hastaneleri kapandı**

Şehir hastaneleri Yüksek Planlama Kurulu kararlarıyla yapılıyor ve yapıldığı ilde o yatak kapasitesi kadar hastane kapatılıyor ya da yatakları eksiltiliyor (**İlhan, 2018**). Buna istisna pandemi döneminde son açılan İstanbul Başakşehir ve Konya Şehir Hastaneleri oldu. Bu hastaneler gerekçe gösterilerek hastane kapanmadı. Ancak bu durumun kalıcı mı yoksa pandemi nedeniyle geçici mi, resmi olarak açıklanmadığı için bilinmiyor. Diğer açılan 10 şehir hastanesi için ise Adana, Mersin, Isparta, Yozgat, Kayseri, Manisa, Elazığ, Ankara, Eskişehir, Bursa illerinde otuza yakın hastanenin ya tamamı kapandı, ya yatak sayıları azaltıldı ya da hastanelerin binaları yer değiştirdi. En çok hastane Ankara'da kapatıldı. Tamamı eğitim ve araştırma hastanesi vasfında ve Türkiye'nin en köklü hastanelerini içeren altı hastane kapatıldı Ankara'da.

Geldiğimiz noktada çok sayıda hastanenin kapatılması ve erişimi zor, devasa boyutlarda tek hastanede toplanması salgın hastalık yönetimi ve tedavisi için iyi midir?

Ne yazık ki bu soruya olumlu cevap veremiyoruz.

### **Şehir hastanelerinde sorunlar**

Şehir hastanelerinin işleyişinden bina yapısına, sağlık çalışanlarının sorunlarından hastaların yaşadığı güçlüklerle kadar pek çok başlık zaten pandemi öncesinde tartışılıyordu. TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu tarafından sağlık hizmetleri ve işleyiş yönünden şehir hastanelerini değerlendiren sempozyumlar düzenlendi ve raporlar hazırlandı (**Kılıç ve ark, 2019**). Şehir hastanelerinin açıldığı illerde hastaneler ziyaret edilerek hekimlerle toplantı-

Çok sayıda hastanenin kapatılması ve erişimi zor, devasa boyutlarda tek hastanede toplanması salgın hastalık yönetimi ve tedavisi için iyi midir?



lar yapıldı ve sorunları tespit eden değerlendirmeler yapıldı, Sağlık Bakanlığı'na rapor halinde sunuldu (**TTB web sayfası, 2019**). Salgın şehir hastanelerinin arka arkaya açıldığı, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, hastane idarecilerinin zorluklar yaşadığı, hastaların mevcut hastaneler kapandığı için şehir hastanelerine gitmek durumunda kaldıkları, hastaneye erişimde ve hastane içindeki sorunlar nedeniyle sıkıntılar yaşadıkları bir dönemde ortaya çıktı. TTB'nin Sağlık Bakanlığı'na sunduğu raporda öne çıkan sorunların ne yazık ki salgın döneminde de devam ettiği, üstelik yeni zorluklar eklendiği görüldü. Bunların öne çıkanlarını salgın döneminde belirginleşenlerle birlikte ele almaya çalışalım (**TTB web sayfası, 2019**):

- Şehir hastanelerinin şehrin dışında yapılmış olması hem hastalar hem hekimler hem de diğer çalışanların ulaşımını zorlaştırmaktadır.
- Şehir hastanelerinin mimarisi ve kullanım zorlukları ile ilgili şikayetler dile getirilmektedir. Yepyeni binalarda muayene ve kimi hasta odalarında pencere olmaması nedeniyle salgın döneminde dışarıdan havalandırma yapılamaması hekimleri ve sağlık çalışanlarını kendi sağlıkları için de kaygılandırmaktadır.
- Çok sayıda hastanenin bir araya getirilmesi ve mevcut hastanelerin kapatılması, tüm şehir hastanelerinin pandemi hastanesi olması, aşırı iş yükü nedeniyle COVID-19 dışındaki pek çok hasta devlet hastanelerinde tedirgin olmadan sağlık hizmeti alamaz hale gelmiştir. Pandemi nedeniyle kimi illerde elektif cerrahi işlemlerin devlet hastanelerinde yapılmaması hastaları özel hastanelere gitmeye yönlendirmiş, ekonomik durumu yetersiz olan yurttaşlarsa ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini belirsiz bir tarihe ötelemek zorunda kalmışlardır.
- Şehir hastanelerinde yönetim olarak çift başlılık söz konusudur. Hastane başhekimleri genel olarak hastanenin yönetimi ile ilgili konuların yanı sıra, gerek destek hizmetlerde gerekse de tıbbi destek hizmetlerinde artık yetkisizdir. Bu konularda yetkinin şirket yöneticilerine verilmiş olması büyük sorunlara yol açmaktadır.
- Şehir hastanelerinin yatak başına kapalı alanının çok fazla olması nedeniyle, hekimler ve sağlık çalışanları hastane içerisinde hizmet sunmak zorunda kaldıkları mesafenin çok artmış olması yüzünden hem günlük mesai saatleri içerisinde hem de nöbetlerde çok fazla efor tüketmek zorunda kalmaktadırlar. Bazı meslektaşlarımız nöbetleri sırasında yirmi binden fazla adım atmak zorunda kaldıklarını bildirmektedirler. Salgın döneminde bu zorlukların ne kadar sıkıntı yarattığı ortadadır.
- Salgın döneminde pek çok servis COVID-19 kliniğine dönüştürülmüştür. Bu dönüşüm burada çalışan sağlık personelinin uyumunu zorlaştırmıştır. Kimi zaman yaşanan sıkışıklık nedeniyle tek kişilik odalar iki kişilik odalara dönüştürülmüştür.
- Şehir hastanelerine geçişle birlikte şirket tarafından yürütülen laboratuvar, görüntüleme gibi birçok alanda önemli sıkıntılar yaşanmaktadır. Bunun temel nedenlerinden biri eski hastanelerinde bu alan-

larda çalışan deneyimli sağlık personelinin kendi işlerinde çalıştırılmaması yerlerine şirket elemanı deneyimsiz kişilerin çalıştırılmasıdır.

- Şehir hastaneleri sağlık hizmetleri sunumu sırasında gereksiz bir bürokrasi yaratmış, yönetimde çift başlılık getirerek sağlık hizmetinin bütünselliğini ortadan kaldırmıştır. Şirket çalışanları yöneticileri tarafından kendilerine verilen görev tanımlarının dışına çıktığı gerekçeyle kendi alanlarına yönelik işlerden uzak durmaktadır. Bu durum hasta bakımını olumsuz etkilemektedir.
- Şehir hastanelerinde acil servislerden yoğun bakımlara kadar değişen mimari, tek kişilik izleme ve tedavi odaları bu alanlarda görev yapan sağlık çalışanlarının sayısının artmasını gerekli kıldığı halde, aradan geçen zamana rağmen bu alanlarda yetersiz sayıda sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Özellikle bu alanlarda çalışan hemşire sayısının azlığının yanı sıra, hemşirelerin atama ve nakillerinin ihtiyaca ve liyakata uygun bir şekilde yapılmadığı dikkat çekicidir.
- Şehir hastaneleri hekimlerin kendi aralarındaki ve yöneticilerle iletişimini zorlaştıran bir anlayışla yönetilmektedir. Hekimleri bulundukları alanla sınırlayan, hekimlerin kendi aralarındaki ve diğer sağlık çalışanlarıyla iletişimini zorlaştıran bir yönetim anlayışı hastanede yaşanan sorunların tespiti ve çözümünü zorlaştırmaktadır. Hekim ve sağlık çalışanlarının dinlenme odalarının yetersizliği yorgunluk ve konsantrasyon kaybına neden olmaktadır.



### ***Kapatılan hastaneler açılmalıdır***

Salgın nedeniyle kapatılan hastanelerin açılması ihtiyacı büsbütün ortaya çıkmıştır. Pandemi döneminde açılan İstanbul Başakşehir ve Konya Şehir Hastaneleri gerekçe gösterilerek hastane kapatılmaması bu seçeneğin mümkün olduğunu ortaya koydu. Kapanan hastaneler içinde Ankara Numune Hastanesi, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Bursa Memleket Hastanesi gibi her biri tarihi ve özel değer olan çok sayıda hastane var. Adana Numune Hastanesi ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, daha baştan yıkılan Etlik İhtisas Hastanesi gibi çok yeni binası olanlar vardır.

Kapanan hastanelerden bazıları bu salgın döneminde karantina ve COVID-19 kliniği olarak kısmen kullanılmaya başlandı. Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Hastanesi ve Dışkapı Çocuk Hastanesi bu şekilde kullanılıyor. Yapılan açıklamalara göre Ankara Numune Hastanesi ve Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nin de benzer biçimde başka hastanelere bağlı COVID-19 klinikleri olarak açılmaları planlanıyor. Oysa zaten kapanmaları hata olan bu hastanelerin tam olarak, kendi tarihi kimlikleriyle yeniden sağlık hizmetlerine kazandırılmaları gerekiyor.

Ankara'da bu amaçla biraraya gelen meslek odaları, sendikalar, dernekler, siyasi partiler, kolektifler ve diğer yapılar önce hastanelerin kapanmaması için mücadele ettiler. Şimdi ise artan ihtiyacı da görerek 120'ye yakın kurum bir araya gelerek Hastanemi Açın Platformu'nu (HAP) kurdular. HAP sadece Ankara'da değil tüm Türkiye'de kapanan hastanelerin tekrar açılmasını, salgın döneminin ihtiyaçlarına göre bazılarının COVID-19 hastalarının, bazılarının diğer hastaların güvenle gidip sağlık hizmeti alabilecekleri biçimde planlanıp organize edilmelerini talep ediyor ve sayısız etkinliklerle yetkilileri adım atmaya çağırıyor (**Ankara Tabip Odası web sayfası, 2020**).

### Sonuç

Şehir hastaneleri yeni bina ve nitelikli yatak kapasiteleri ile sağlık sistemimizde önemli yer tutmaya başlamıştır. Bununla birlikte bu hastanelerin açılmasıyla kapanan hastaneler, kentlere kayda değer yeni yatak kapasitesi kazandırılmaması, işleyişlerinde ve sağlık hizmet sunumunda yaşanan güçlükler, sağlık çalışanlarının artan sorunları dikkate alındığında salgın dönemindeki durumları tartışılmaktadır. Şehir hastanelerindeki sorunların şeffaflıkla ele alınıp çözülmesi, kapatılan hastanelerin tam kapasiteyle ve tarihi kimlikleriyle gecikmeden açılması gerekmektedir.

### Kaynaklar

- **Ankara Tabip Odası web sayfası (2020)** Erişim tarihi 6 Eylül 2020, <https://ato.org.tr/news/show/851>
- **İlhan, B. (2018)** Ankara'da şehir hastaneleri: Sağlık çalışanları ve hastaları neler bekliyor? Pala K (Ed), Türkiye'de sağlıkta kamu özel ortaklığı ve şehir hastaneleri içinde, İstanbul: İletişim yayınları.
- **İlhan, B. (2020)** Şehir hastaneleri: Haklı mücadele, mahcup geri adımlar. Erişim tarihi: 6 Eylül 2020, <https://www.birgun.net/haber/sehir-hastaneleri-hakli-mucadele-mahcup-geri-adimlar-307762>
- **Kılıç, G, Adıyaman S, Tükel R, Pala K, İlhan B, Yılmaz BN, Erbaş Ö, Albayrak C (2019)** Şehir hastaneleri yalanlar ve gerçekler sempozyum kitabı, İstanbul Tabip Odası yayını.
- **T.C Cumhurbaşkanlığı web sayfası (2020)** Erişim tarihi 6 Eylül 2020, <https://www.tccb.gov.tr/haberler/410/120765/-sehir-hastaneleri-salgin-doneminde-en-cok-gurur-duyduqumuz-saglik-tesislerimizden-biri-oldu->
- **TCSB Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü web sayfası (2020)** Erişim tarihi 6 Eylül 2020, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>
- **TCSB Strateji Geliştirme Başkanlığı web sayfası (2019)** Erişim tarihi 6 Eylül 2020, <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,58918/saglik-bakanligi-2020-yili-butcesi-tbmm-plan-butce-komisyonunda-kabul-edildi.html>
- **TTB web sayfası (2019)** Erişim tarihi 6 Eylül 2019, [https://www.ttb.org.tr/kollar/sehirhastaneleri/haber\\_goster.php?Guid=62c5fb1c-3748-11e9-a0d9-c72a7efa691e](https://www.ttb.org.tr/kollar/sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=62c5fb1c-3748-11e9-a0d9-c72a7efa691e)

## ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI VE COVID-19

COVID-19 pandemisinin ilk gününden beri özel sağlık kurumlarının yaşadığı salgına yaklaşımı beklendiği üzere tümüyle ekonomik oldu. İstanbul’un “Wuhan”a döndüğü günlerde de, Anadolu’nun salgınla tanışmasında da, salgının ilk dalgısının ikinci pikini yaşadığımız bugünlerde de özel sağlık kurumlarının talepleri ağırlıkla Sosyal Güvenlik Kurumu’nun COVID-19 hastaları için yaptığı ödemelerin arttırılması üzerinde şekillendi.

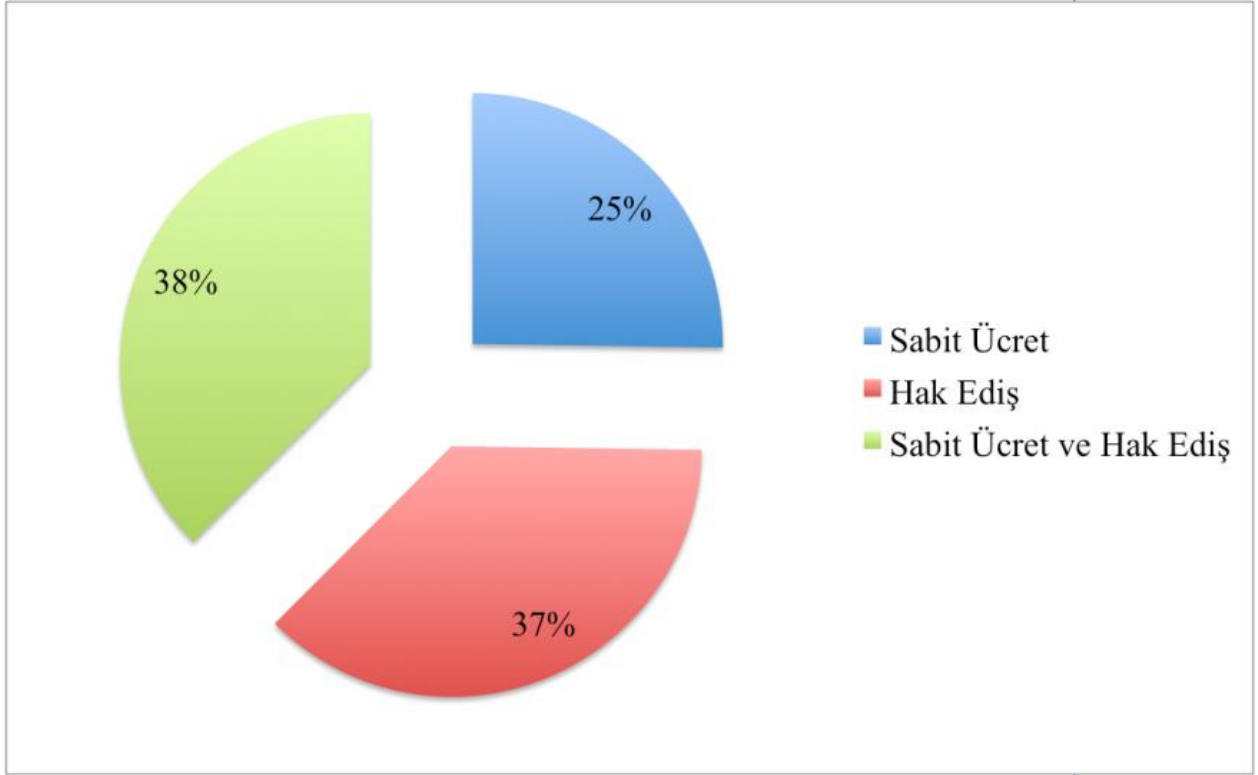
Aslında bu istek, talep ve kamoyunu oluşturma gayretlerinde şaşırarak bir durum yok. Çünkü özel sektör, “hayır kurumu” değildir. Toplumun yararını düşünen bir “kamu kurumu” hiç değildir. Aksine özel sağlık kurumları, oluşturulan “sağlık piyasası”na kâr etmek için giren girişimcilerin kurduğu yapılanmalardır. Kuşkusuz amaçları öncelikler kârdır.

Her yapılanma gibi amaç da faaliyeti belirlemektedir. Bu çerçevede tam da bugünlerde COVID-19 hastalığının merak, kaygı ve korkuları üzerine inşa edilen “COVID Check-up” paketleri böylesi bir yansımanın sonucudur.

Bununla birlikte özel sektörün kazanç – kâr yönelimi kurumlarda çalışanlar açısından geçerli değildir. Aslında bu da doğaldır. Çünkü bir işletme için o işletmenin çalışanları “gider kalemi”dir. Gideri azaltıp geliri çoğaltmak her işletmenin temel ve öncelikli amacıdır.

Özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarından hekimler çoğunlukla hakediş üzerinden çalıştıkları için bu dönemde pandemi COVID-19 hastalarına bakmayan hastanelerde çalışanlar ekonomik olarak sorun yaşamışlardır. Hasta sayısının azalması nedeniyle özellikle hekim dışı sağlık çalışanları ücretsiz izine yönlendirilmiş ve çalışanlar bu yolla ciddi hak kayıpları ve ekonomik zorluklarla karşılaşmışlardır. Çalışanların istek dışı ücretsiz izne gönderilmesi kurumda kalan diğer sağlık çalışanlarının üzerindeki iş yükünün katlanmasına, bu durum da bulaş risklerinin artmasına yol açmıştır. Kişisel koruyucu ekipman temininde de sorunların yaşanması da tabloya eklendiğinde süreç pek çok sağlık çalışanının enfekte olmasıyla sonuçlanmıştır.

Daha önceki raporlarımızda özel sağlık kurumlarının COVID-19 salgınında üstlendikleri rol ve pozisyonlarına dikkat çektiğimizi belirterek, özel sağlık kurumlarının COVID-19 pandemisindenki organizasyonunu ve kurumlarında çalışanlara yönelik yaklaşımlarını bu yazıda vurgulamayı amaçladık.

***İstanbul Tabip Odası Özel Sağlık Sektörü Anketi<sup>99</sup>***

Bin 263'ü hastane – vakıf tıp fakültesi hastanelerinde, 293'ü tıp merkezi – polikliniklerde, 196'sı da muayenehane ve laboratuvarlarda çalışan toplam bin 752 hekimin katıldığı bu ankette hekimlerin yüzde 37'sinin kurumlarında “sadece hak ediş” usulüyle çalıştıkları saptandı. Sabit ücretin yanı sıra “hak ediş” usulü ile çalışan hekimlerin oranını da eklediğimizde özel sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin üçte ikisinin gelir güvencesinden yoksun çalıştıkları görülmekte.

Ankete yanıt veren bin 752 hekimden bin 465'i (%84) pandemi döneminde ücret kaybına uğradığını belirtti. Azalan gelirin en önemli nedeni hak ediş miktarında azalma iken, 501 hekim (%29) kurumlarının sabit ücrette de indirim gittiğini ifade etti.

Hekimlerin gelirlerindeki azalmanın, pandemi öncesindeki gelirlerinin yarısından fazlasına ulaşan hekim oranı yüzde 49 idi.

Öte yandan hekimlerin yüzde 41'i de azalan gelirlerinin de gecikme ile kendilerine ödendiğini belirtti. 488 hekim (%29), bu dönemde çalıştıkları kurumların kendilerine ücretsiz izne çıkmayı teklif ettiğini ifade etti. 949 hekim (%54) ise çalıştıkları kurumda kendilerinin dışındaki kimi sağlık çalışanlarının “yıllık izin”, “ücretsiz izin” ya da “sağlık raporu” uygulamasıyla karşılaştıklarını vurguladı.

COVID-19 hastasının takip ve tedavisini üstlenen 313 hekim (%19) kişisel koruyucu ekipmanların kurum tarafından sağlanmadığı için kendisinin kar-

<sup>99</sup> [https://www.istabip.org.tr/site\\_icerik/2020/haziran/anket\\_tumu.pdf](https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2020/haziran/anket_tumu.pdf)



şlamak zorunda olduğunu, 67 hekim (%4) ise koruyucu ekipman temin edemediğini belirtti.

İstanbul Tabip Odası tarafından gerçekleştirilen bu anketin sonuçları;

1. Özel sağlık kurumlarında “hak ediş” usulü nedeniyle gelir güvencesinden yoksun olarak çalışan hekimlerin pandemiden olumsuz etkilendiğini, çalıştıkları kurumların bu zor dönemde çalışanlarından ziyade kendi gelirlerini düşündüklerini, kimi kurumların COVID-19 hastalarına hizmet eden hekimlerine kişisel koruyucu ekipman dahi temin etmediklerini
2. Pandemi döneminde özel sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin kamu kurumlarında çalışan meslektaşlarına kıyasla ekonomik açıdan daha zor ve güç durumda kaldıklarını, Sağlık Bakanlığı’nın ise özel sağlık kurumları nezdinde çalışanları koruyarak bu kurumların sunduğu hizmetin niteliğini yükseltecek bir müdahalede bulunmadığını
3. Özel sağlık hizmetinin temel bileşeni olan ve bu kurumların hizmet niteliğini belirleyen, kurumun sunduğu sağlık hizmetini şekillendiren hekimlerin, bu kurumların “stratejik unsuru” görülmek yerine bir “harcama kalemi” olarak değerlendirildiklerini, “şirket” ve “hak ediş” usulü çalışmanın ise bu bakış açısını derinleştirdiğini göstermektedir.

### **Ankara Tabip Odası Özel Sağlık Sektörü Anketi<sup>100</sup>**

Pandemi döneminde gerçekleştirilen bir başka anket de 499 sağlık çalışanının katıldığı Ankara Tabip Odası Özel Sağlık Sektörü Anketi’nde de katılımcıların yüzde 44’ü çalıştığı kurumdan her zaman ya da kimi zamanlarda ciro baskısına maruz kaldığını ifade etmişlerdir.

İstanbul Tabip Odası Anketi’ne verilen yanıtlarla uyumlu olacak biçimde katılımcıların yarısından çoğu pandemi döneminde sabit ücret ve hak edişlerini alma konusunda bazen ya da daima sorun yaşadıklarını ifade etmiştir (%61). Bu çerçevede katılımcıların yüzde 7,6’sı ücretlerinin yüzde 30’unu; yüzde 6,4’ü ücretlerinin 40’ını; yüzde 22’si ise ücretlerinin yüzde 50’si ve daha fazlasını pandemic döneminde kaybetmişlerdir.

Dikkat çekici bir bulgu olarak; COVID-19 bulaşı ile ilgili sağlık çalışanlarına özel bir surveyans ve bildirim sistemi kurulduğunu belirtenlerin oranı yüzde 39’dur. Anketi yanıtlayan beş sağlık çalışanından birisi ise COVID-19 hastaları için kullandıkları kişisel koruyucu ekipmanı kendilerinin temin ettiklerini açıklamışlardır.

Anketin yapıldığı dönem itibarıyla çalıştıkları kurum tarafından sağlık çalışanlarına yönelik psikososyal destek hizmetinin sunulduğunu vurgulayan çalışan oranı yüzde 19’dur.

<sup>100</sup> <https://ato.org.tr/news/show/795>

Gerek İstanbul, gerekse Ankara Tabip Odası'nın verileri, pandemi döneminde özel sağlık sektöründe hizmet eden sağlık çalışanlarının oldukça dezavantajlı konumda olduklarına işaret etmektedir.

### *Pandeminin İlk Dönemi ve İlk Ölüm<sup>101</sup>*

## Rethinking the First COVID-19 Death in Turkey

Nilüfer Aykaç , Yeşim Yasin 

Turkish Thoracic Society, Health Policy Working Group, İstanbul, Turkey

**Cite this article as:** Aykaç N, Yasin Y. Rethinking the first COVID-19 death in Turkey. Turk Thorac J 2020; 21(4): 291-2.

Öksürük, nefes darlığı ve 37.8 derece ateş yakınması ile 10.03.2020 tarihinde başvuran 90 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde bilateral akciğer bazallerinde ince ralleri mevcuttu. Yurtdışı teması ve seyahat öyküsü tariflemeyen hastanın hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve idiopatik hipereozinofilik sendrom tanıları ve uzun süreli kortikosteroid kullanım öyküsü mevcuttu. Lenfosit düzeyi 1.850 (%29) ve CRP 0.53 (N<0.5) idi. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral alt loblarda daha belirgin olmak üzere periferik yerleşimli buzlu cam alanları izlendi. Toplumda gelişen pnömoni ön tanısıyla hastaya seftriakson, klaritromisin ve oseltamivir tedavisi başlandı. Yapılan incelemelerde influenza ve solunumsal viral serolojileri negatif saptandı ve kültürlerinde üreme olmadı.

Türkiye'nin ilk COVID-19 hastasının resmi olarak açıklandığı o günlerde hastalığın kliniği ve bilgisayarlı tomografi bulguları hakkında hekimler olarak yeterince bilgi birikimimiz yoktu. Öte yandan hastanın ülkemizde saptanan ilk vakanın bildirildiği tarihten önce hastaneye başvurmuş olması ve ısrarlı sorgulamalara rağmen o dönemde covid-19 tanısı için gerekli yurtdışı seyahat öyküsünün olmaması hastanın tanısında gecikmeye neden olmuştu (2). Bu nedenle sonradan edindiğimiz bilgi ve deneyimden yoksun olarak hastanın yatıştan iki gün sonra noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi gerektirecek düzeyde derinleşen hipoksemisi, lenfosit sayısının 960'a düşmesi ve D-dimer düzeyinin 8.650'e (N<500) ulaşması yeterince anlaşılmamıştı. Öte yandan o tarihlerde COVID-PCR incelemesi yapılabilme de çok kolay değildi. Çünkü COVID-PCR, bugünün aksine (3) o günlerde sadece Ankara'da Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde yapılabiliyordu. Türkiye ölçeğinde pek çok merkezde PCR alt yapısı olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı tarafından o günlerde test yapılması için yetki onayı verilmemişti. Ancak hasta yakınlarının girişimiyle yapılan COVID-PCR test sonucunun pozitif gelmesiyle hastaya hidroksiklorokin tedavisi başlanarak İlçe Sağlık Müdürlüğü ile serolojik inceleme için temasa geçildi. Fakat hastadan alınan ve Ankara'ya gönderilen COVID-PCR sonucu 28 saat sonra negatif olarak raporlandı. Buna rağmen tedaviye devam edilip serolojik test tekrarlandı. İkinci COVID-PCR sonucu ise ilk testin aksine raporlanmadı ama 48

<sup>101</sup> Turkish Thoracic Journal Dergisi'nde yayımlanan bu mektubun bir bölümü dergi editöründen izin alınarak Türkçeleştirilerek yayımlanmıştır.

saat sonra PCR testte testin doğasına aykırı bir biçimde “yüksek riskli” bilgisi sözel olarak iletildi. Hasta ise yatışından 7 gün sonra hidroksiklorokin ve lopinavir/ritonavir tedavisine rağmen gelişen solunum yetmezliği nedeniyle kaybedildi. COVID-PCR test sonucu Halk Sağlığı Laboratuvarından resmi olarak raporlanmadığı için ölüm tanısı “Bulaşıcı Hastalıklar – Doğal Ölüm” olarak belirtildi.

Ölümünden sonra medyada yayınlanan haberler nedeniyle COVID-19 tanısıyla kaybedilen ilk olgu olarak kabul edilen bu hastanın klinik seyri; Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edildiği günlerde Türkiye’de pandemi alt yapısının yeterince hazırlanmadığını ve sorunun sadece referans hastanelerle çözülebileceğinin öngörüldüğünü göstermesi açısından dikkat çekicidir.

## BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE PANDEMİ

### Dr. Çağla Pınar Taştan

Tıp Doktoru, Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Göğüs Hastalıkları Uzmanı

Mevsim güze bıraktı kendisini. İnce bir serinlik, sararan yapraklar. Ömrümün kaçınıcı sonbaharı?

Bu yıl mevsimleri bilemedik; günleri, geceleri, saatleri bilemedik. Sanki dünya galaksiden kopmuş, savrulmuştu. Biz savrulmuştuk. Bilinmezin içinde savrulan küçük zerrecikler gibi hissediyordum kendimi. Sadece ben değil, dünya da düşüyordu.

Yaşam, baharlarını çalıyordu hayatlarımızın.

Oysa Mart ayının başları, kışla bahar arası sallanan günlerde Çin'den korona haberleri geliyordu. Aslında polikliniğe -sonradan farkına vardığımız- muhtemel hastalar geliyordu ama bakmadığımız için görmüyorduk...

### Takvimden Birkaç Yaprak

İstanbul'un göbeğinde, günde binlerce hasta bakılan büyük bir eğitim araştırma hastanesinde göğüs hastalıkları uzmanıyım. Hastanemizde çok büyük ameliyatlar yapılıyor, inanılmaz bir hasta sirkülasyonu var. Poliklinik, konsültasyonlar, acil, heyet vs... Bazen her şeyi bırakıp kaçmak istiyor insan. O zaman rutinin aslında ne güzel bir şey olduğunu henüz bilmiyorum.

11 martta ilk vakanın görülmesiyle hızla değişiyor hayatımız.

Sanki başka bir dünyada, başka bir sabaha uyanıyoruz. Hastanemiz pandemi hastanesi ilan ediliyor. Telefon çalıyor bir öğle arası. Polikliniklerimiz kapanıyor, COVID polikliniklerine alınıyoruz. Randevular iptal olmuş. Ama gelen hastalar var yine de. İnsanlara anlatmaya çabalıyoruz, herkes kendince haklı. Arada biz kalıyoruz.

COVID polikliniği hastanenin girişindeki bloğa alınıyor. Hemen kuyruklar oluşmaya başlıyor önünde. Ne yapacağız? Tedavi? Kim yatacak? Kim sürüntü alacak? Kısa bir karışıklıktan sonra en azından bazı şeyler netleşiyor. COVID polikliniğinin önündeki kuyruklar zamandan bağımsız uzamaya başlıyor. Gece gündüz ayrımı yok. Fiziksel mesafeye dikkat edelim diye sürekli uyarıyor güvenlik. Hasta olmayanlar da burada hastalanıyor belki.

COVID polikliniğinin önündeki kuyruklar zamandan bağımsız uzamaya başlıyor. Gece gündüz ayrımı yok. Fiziksel mesafeye dikkat edelim diye sürekli uyarıyor güvenlik. Hasta olmayanlar da burada hastalanıyor belki.

Sonra bir telefon daha geliyor; göğüs hastalıkları uzmanları enfeksiyon servisi ile beraber çalışacak deniyor. Kata çıkıyoruz.

Servisler, nöbetler konuşuluyor. Daha çok başlangıçta olmamıza rağmen acil yatakları, servisler dolmaya başlıyor. İlk nöbetimi enfeksiyon hastalıkları uzmanı arkadaşım ile tutuyorum. Ve yirmi yıllık meslek hayatımda hasta yoğunluğu ne demek o gece öğreniyorum. Sanki bütün şehir COVID'li. Telefonlar durmaksızın çalıyor, asistanlar durmaksızın hasta hazırlıyor. Durmaksızın öylesine yazılmış bir kelime değil, gerçekten ara vermeksizin çalışıyor herkes. Sabaha karşı asistana bir şeyler veriyorum yemesi için, ayaküstü ağzına atıyor. Hastalar geliyor, sürekli hastalar geliyor... Eski SSK hastanesinde asistanlık yapmış ben hasta sayısının çok olmasının ne demek olduğunu ilk kez idrak ediyorum. Asistanlar, uzmanlar, hemşireler, temizlik personeli...

Sanki bir savaşta gibiyiz. Gözümün önüne cephe geliyor. Düşman sinsi, düşman görünmüyor, düşman her yerde, nerden ve nasıl saldıracak bilmiyoruz. Elimizdeki süngülerle savaşmaya çabalıyoruz. Sürekli bombalar patlıyor sanki. "Abla hasta kötüleşti", "Abla hastanın satürasyonu düştü"... Yoğun bakımlar aranıyor bir yandan. Sabah olmayacak gibi bir gece. COVID polikliniğinde kuyruk hiç azalmıyor. Ayaklarımı hissetmiyorum sabaha doğru. Varlığımı, kendimi hissetmiyorum. Kabus mu? Bitecek mi? Hangi günü gördün sabah olmadı diyen türküyü mırıldanıyorum içimden.

Sabah oluyor, mevziyi yeni nöbetçilere bırakıyoruz. Nöbet değişim saati. Gelen uzmanlar, asistanlar, hemşireler, temizlik personeli. Hepimiz bütünleşmişiz sanki. Gözlerim doluyor. Verilen mücadele kurtuluş savaşını anımsatıyor bana.

Gelen günler daha kötü geliyor ne yazık ki. Hasta sayısı artıyor. Bütün hastane, hatta kadın doğum kliniği, yan hastanenin bir bloğu, lepra hastanesi bizim hastalarımızla dolu. Bir cumartesi tüm gün vizit yapıyorum. Gecegündüz kavramım yok. Saat kavramım yok. Hafta içi, hafta sonu, bayram fark etmiyor. Tempo düşmüyor. Herkes tedirgin; ne olacak, ne zaman bitecek diye soruyor birbirine. Hepimiz korkuyoruz bir yandan. Hastalanmaktan, sevdiklerimizin hastalanmasından, belki ölmekten korkuyoruz. Ama çalışıyoruz, durmaksızın çalışmaya devam ediyoruz.

Pandeminin başlangıcında maske ve diğer koruyucu ekipmanları bulmak bir sevinçti. Zamanla çoğu şey daha erişilebilir oldu. Bir eğitim araştırmada çalışmanın en büyük faydası tetkiklere ulaşmanın kolaylığı idi sanırım. Ve bir çok branşın kolektif çalışması. Zaman hasta sayısını azaltsa da yoğunluk hep baki kaldı. Biz verilen her görevde canla başla çalıştık.

Aylar geçti. Baharı nöbet çıkışlarında yolumuza çıkan ağaçlardan gördük. Aylardır dostlarımızla kucaklaşmadık, oturup uzun sohbetler yapamadık. Yaz geçti. Maskelerin ardında yaşadık sıcağı, hayatı, ölümü. Yazın o keyifli, rahat saatleri hiç gelmedi. Hastane pandemi hastanesi olmaktan çıktı ama aylardır bekleyen diğer hastalar vardı bu kez. Bir yandan kendi hastanemizde, bir yandan pandemi hastanesinde çalışmaya başladık.

Bir cumartesi tüm gün vizit yapıyorum. Gecegündüz kavramım yok. Saat kavramım yok. Hafta içi, hafta sonu, bayram fark etmiyor. Tempo düşmüyor. Herkes tedirgin; ne olacak, ne zaman bitecek diye soruyor birbirine. Hepimiz korkuyoruz bir yandan. Hastalanmaktan, sevdiklerimizin hastalanmasından, belki ölmekten korkuyoruz. Ama çalışıyoruz, durmaksızın çalışmaya devam ediyoruz.



Güz geldi. Göğün berraklığı içimizi rahatlatmıyor maalesef. Kışın nasıl geçeceği korkusundayız. Herkes çok yorgun. Herkes mutsuz. İstifa edenler, emekli olanlar oldu. Hastalar yeniden artmaya başladı. İnsanlar gergin.

Güz geldi. Sarı yaprakları ve tatlı serinliği yine teğet geçiyor hayatımızı. Bu yıl hiçbir bahar uğramadı bize, ne ilki, ne sonu. Önümüzde uzun günler, binlerce hasta, cebimizde yorgunluk. Bir eğitim araştırma hastanesinin uzun koridorlarında ölen sağlık çalışanlarının yasını tutarak çalışmaya devam ediyoruz.

Adnan Yücel'in dediği gibi: "Bitmedi daha sürüyor o kavga / ve sürececek"... Hepimiz için adil, eşit, özgür bir ülke kuruluncaya, COVID hayatımızdan çıkıncaya dek.

# PANDEMİ SÜRECİNDE GÖĞÜS HASTALIKLARI DAL HASTANELERİ

**Dr. Tülin Sevim**

Tıp Doktoru, Doçent

## Özet

Ülkemizde göğüs hastalıkları alanında hizmet veren dört “Göğüs Hastalıkları Dal Hastanesi” bulunmaktadır. Sanatoryum olarak kurulan bu hastaneler, günümüzde “Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi” olarak çalışmaktadır. Pandemi sürecinde de çok sayıda COVID-19 hastasına poliklinik, yataklı servis ve yoğun bakım hizmeti verilmiştir. Bu yazıda, göğüs hastalıkları dal hastanelerinin COVID-19 pandemisindeki pratiği, edinilen deneyim ve yaşanan sorunlar genel olarak değerlendirilmiştir.

\*\*\*

İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH; göğüs hastalıkları alanında hizmet veren dal hastaneleridir. Göğüs hastalıkları hastanelerinin tarihi 1900’lerin başına kadar dayanır. Uzun yıllar “Sanatoryum” olarak kullanılan bu hastaneler günümüzde Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak çalışmaktadır. Dört hastanenin yatak sayısı; yaklaşık 125’i solunumsal yoğun bakım yatağı olmak üzere toplam 1600 civarındadır. Bu yazıda Göğüs Hastalıkları Dal Hastanelerinin COVID-19 pandemisindeki pratiği, edinilen deneyim ve yaşanan sorunlar, hastanelerde çalışan hekimlerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilerle genel olarak değerlendirilmiştir.

## ***Pandeminin İlk Dönemi (Mart-Haziran 2010)***

Ülkemizde ilk COVID-19 hastasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren Ankara Atatürk GHH hariç diğer üç hastane pandemi hastanesi olarak çalışmaya başlamıştır. Her hastanede önce birer servis veya kat COVID-19 hastaları için ayrılmış, hasta sayısı arttıkça COVID-19 servis sayıları da artırılmıştır. İlk 15-20 gün içinde özellikle Yedikule ve Süreyyapaşa GHH’lerinde yatakların büyük kısmı COVID-19 yatağı olarak kullanılmaya başlanmış ve COVID-19 dışı hastalara az sayıda yatak ayrılabilmiştir. Genel

Yedikule ve Süreyyapaşa GHH’lerinde yatakların büyük kısmı COVID-19 yatağı olarak kullanılmaya başlanmış ve COVID-19 dışı hastalara az sayıda yatak ayrılabilmiştir.

poliklinikler ve MHRS randevuları kapatılmış, hastalar acil serviste veya COVID-19 polikliniklerinde değerlendirilmiştir. Diğer göğüs hastaları için bir veya iki poliklinik açık kalmış ve MHRS dışı gelen az sayıdaki hasta bu polikliniklerde muayene edilmiştir. Solunum fonksiyon testi, bronkoskopi, EBUS vb. İşlemler ve cerrahi girişimler çok gerekli durumlar dışında yapılmamıştır. Bu dönemde yatak ihtiyacındaki artış nedeniyle Yedikule GHH tüberküloz yatakları kapatılarak burada yatan hastalar Süreyyapaşa GHH'ne nakledilmiştir.

Göğüs hastalıkları hastanelerinin fiziksel koşulları farklılıklar içermektedir. Binaların bir kısmı sanatoryum döneminden kalan eski yapılar, bir kısmı yenilenmiş, bazıları ise sonradan yapılmıştır. Sanatoryum olarak yapılan binalarda, büyük balkonlar ve yüksek tavanlar sayesinde doğal havalandırma oldukça iyidir. Bu durum, hastane içi bulaş riskini azaltmak açısından önemli bir avantaj oluşturmuş, tüberküloz vizitelerinde olduğu gibi COVID-19 vizitelerinde de hasta odalarına geçişlerde balkonlar kullanılmıştır. Servislerdeki bazı hasta odaları bir ya da iki kişilik iken bazıları dört kişiliktir. Bazı odaların içinde tuvalet, lavabo varken bazı kliniklerde hastalar koridorundaki ortak tuvaleti kullanmak zorundadır. Genel olarak bu dönemde hastalar odalarda tek tek yatırılmış, sadece yatak sıkıntısı olan günlerde PCR (+) hastalar aynı odaya alınmıştır. Bu süreçte 38 yatak kapasitesi olan bir kliniğe 13 hasta yatırılmak durumunda kalınsa bile PCR (-) veya şüpheli COVID-19 hastalarının tek yatırılması prensibinden geri adım atılmamıştır.

Pandeminin ilk günlerinde SARS-cov-2 virüsü ve COVID-19 hastalığının tanınmıyor olması, virüsün birgün Türkiye'ye de geleceği bilinmesine rağmen ciddi bir çalışma ve hazırlık yapılmamış olması, sürecin nasıl seyredeceğinin bilinmemesi, "İtalya, İspanya gibi olur muyuz?", "Hastaları koridorlarda entübe etmek zorunda kalır mıyız?", "Korunabilecek miyiz?", "Virüsü eve taşıyabilir miyiz?" Gibi sorular hekimlerde ve tüm sağlık çalışanlarında ciddi bir endişe ve korku yaratmıştır. Özellikle risk grubunda olan hekimlerde bu endişe çok daha yüksek düzeyde yaşanmış, istifa veya emeklilik talepleri gündeme gelmiştir. Bu noktada göğüs hastalıkları dal hastanelerinin en büyük avantajı eğitim görevlisi, göğüs hastalıkları ve yoğun bakım uzmanları ve asistanlardan oluşan ekiplerin varlığı olmuştur. Bu süreçte hekimler hasta karşısında kendisini yalnız hissetmemiş, her zaman bir meslektaşına veya yoğun bakım uzmanına danışabilmiştir. Tanı ve tedavide esas olarak Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunun Rehberleri kullanılmıştır. Ayrıca başta Türk Toraks Derneği (TTD) olmak üzere uzmanlık derneklerinin de desteği büyüktür. TTD ve Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) web konferansları, whatsapp grupları bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığı birer okul gibi çalışmış ve çalışmaya devam etmektedir.

Göğüs hastalıkları hastanesi hekimlerinin büyük bölümünü göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi asistan, uzman ve eğitim görevlileri oluşturmakla birlikte, diğer branş uzmanları da kendi alanlarında çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının virüs yükünü azaltmak amacıyla hazırlanan "Esnek Çalışma Genelgesi'nin" nasıl uygulanacağı başlangıçta hekimler ve yöneticiler tarafından tam anlaşılamamış, özellikle göğüs ve enfeksiyon hastalıkları dışındaki hekimlerin sürece nasıl dahil edileceği, hangi alanlarda çalışacağı tartışılmıştır.

Sanatoryum olarak yapılan binalarda, büyük balkonlar ve yüksek tavanlar sayesinde doğal havalandırma oldukça iyidir. Bu durum, hastane içi bulaş riskini azaltmak açısından önemli bir avantaj oluşturmuş, tüberküloz vizitelerinde olduğu gibi COVID-19 vizitelerinde de hasta odalarına geçişlerde balkonlar kullanılmıştır.

şılmıştır. Sonuçta hasta yönetiminde asıl sorumluluk göğüs hastalıkları, yoğun bakım ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarında olmak üzere, tüm branş hekimlerinin belli oranlarda da olsa çalışma programına dahil edilmesi, iş yükünün ve dolayısıyla virüs yükünün paylaşılması sağlanmış ve Haziran ayına kadar her üç hastanede de esnek çalışma modeli uygulanmıştır.

Göğüs hastalıkları hastanelerinde yaşanan sorunlardan biri geçici görevlendirmelerdir. Özellikle yeni açılan pandemi hastaneleri olmak üzere diğer hastanelerdeki hekim ve diğer sağlık çalışanı ihtiyacı geçici görevlendirmelerle giderilmeye çalışılmıştır. Bu uygulama halen daha devam etmektedir. Geçici görevlendirmeler hem görevlendirilen kişi, hem de iş yükünün artması nedeniyle diğer çalışanlar için sorun oluşturmuş ve bazen haksız uygulamalar olabildiği gözlenmiştir. Pandemi özel bir durumdur ve önceden tahmin edilemeyen ihtiyaçların yaşanması doğaldır. Ancak iş yükünün paylaşımı, geçici görevlendirme gibi konularda adil bir sistem oluşturulmalıdır. Çalışma barışının sağlanabilmesi için, yöneticiler bu konuya titizlikle yaklaşmalı ve çalışanlar arasında adaleti sağlamalıdır.

Pandemi süresince her üç hastanede de kişisel koruyucu ekipman (KKE) sağlanmasında sorun yaşanmamıştır. Kişisel görüşmelerle elde edilen bilgilere göre göğüs hastalıkları dal hastanelerinde en az 36 hekim COVID-19 hastalığı geçirmiştir. Hemşire ve diğer sağlık çalışanı sayısı tam olarak bilinmemekle birlikte hekim sayısının en az 2- 3 katı olduğu düşünülmektedir.

### **Normalleşme Dönemi**

Haziran ayı ile birlikte göğüs hastalıkları hastanelerinde de “normalleşme” süreci başlamıştır. Hasta sayılarının azalması ile birlikte COVID-19 yatak sayıları azaltılmış, poliklinikler açılmış, girişimsel işlemler yapılmaya başlanmış, COVID-19 dışı hasta başvuruları ve yatışları artmıştır. Polikliniklerde bulaşı azaltmak amacıyla poliklinik oda sayısı ve MHRS sayısı azaltılmış, bazı hastanelerde bir süre için akşam poliklinikleri açılmıştır. Bu dönem göğüs hastalıkları açısından daha zorlu bir dönem olmuştur. Mart-Haziran ayları arasında hastanelere gelmeyen, gelemeyen COVID-19 dışı hastalar daha komplike vakalar olarak başvurmaktadır. Akciğer kanseri, pnömoni, tüberküloz vb. Hastalarda ciddi tanı gecikmesi olduğu, özellikle ileri evre akciğer kanseri hasta sayılarının arttığı, kortikosteroid, antikoagülan vb. Kontrollü ilaç kullanması gereken hastaların takiplerinin yapılamadığı gibi birçok sorunla karşılaşmaktadır. Benzer durum diğer ülkelerde de yaşanmakta, COVID-19 dışı hastaların takip ve tedavilerinde yaşanan sorunlar, bunun kişilere ve topluma maliyeti dünya genelinde de tartışılmaktadır (1, 2).

Bunun dışında COVID-19 geçirip nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük vb yakınmaları devam eden hastalar pulmoner emboli, fibrozis gibi ön tanılarla göğüs hastalıkları polikliniklerine yönlendirilmektedir. Bilindiği gibi, COVID-19 hastalığının en önemli bulguları olan öksürük, nefes darlığı, ateş, göğüs tomografilerinde görülen buzlu cam veya diğer lezyonlar COVID-19 dışı birçok göğüs hastasında görülebilen durumlardır. Bu açıdan bakıldığında göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların birçoğu COVID-19 şüpheli hastadır. Bu hastaların triajı, PCR sonucu gelene kadar nerede bekletileceği veya hangi kliniğe yatırılacağı gibi birçok yeni ve ciddi

Mart-Haziran ayları arasında hastanelere gelmeyen, gelemeyen COVID-19 dışı hastalar daha komplike vakalar olarak başvurmaktadır. Akciğer kanseri, pnömoni, tüberküloz vb. hastalarda ciddi tanı gecikmesi olduğu, özellikle ileri evre akciğer kanseri hasta sayılarının arttığı, kortikosteroid, antikoagülan vb. kontrollü ilaç kullanması gereken hastaların takiplerinin yapılamadığı gibi birçok sorunla karşılaşmaktadır.

sorun gündeme gelmektedir. Bronkoskopi, elektif cerrahi vb. İşlemlerin de arttığı göz önüne alındığında bu süreçte hastane içi bulaşı önlemek, sağlık çalışmalarını korumak Mart-Haziran dönemine göre çok daha dikkatli çalışmayı gerektirmektedir.

Dal hastanelerinin en önemli sorumluluklarından biri asistan eğitimidir. Göğüs hastalıkları eğitim süresi dört yıldır ve bunun bir yılı rotasyonlara ayrılmıştır. Pandemi sürecinde bilimsel toplantılar yapılamadığı için seminerler de iptal edilmiş ve bu eksikliği giderebilmek için her 3 hastanede de yaz döneminde “Yaz Kursu” gerçekleştirilmiştir. Asistanlarımızın eğitiminin altı ayının pandemi döneminde geçtiği ve önümüzdeki günlerde de koşulların çok değişmeyeceği düşünüldüğünde yeni bir asistan eğitim programı planlaması gerekmektedir.

Pandemi sürecindeki çalışma koşulları birçok hekimin emekli olması veya istifa etmesine neden olmaktadır. Göğüs Hastalıkları Dal Hastanelerinde de Haziran ayından itibaren 17 hekim emekli olarak veya istifa ederek hastanelerinden ayrılmıştır.

### ***Birinci Dalganın İkinci Pik Dönemi***

Birinci dalganın ikinci pikinin yaşandığı bugünlerde Ankara Atatürk GHH de pandemi hastanesi olarak çalışmaya başlamıştır. İstanbul ve İzmir’deki diğer üç hastanede de polikliniklere başvuran veya yatırılan COVID-19 hasta sayıları giderek artmaktadır.

Önümüzdeki günlerde sürecin daha iyi yönetilebilmesi ancak toplumsal önlemlerin alınması ve bu konudaki politik kararlılıkla mümkündür. Ancak geçmiş dönemden edinilen deneyimler göz önüne alındığında göğüs hastalıkları pratiği için öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Hastanelerin fiziksel koşulları değerlendirilerek bazı hastaneler COVID-19 dışı hastalar için ayrılmalı ve bu hastaların yeterli sağlık hizmeti alması sağlanmalıdır.
- Hastanelerdeki triaj uygulaması her hastane özelinde yeniden gözden geçirilmeli, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının bulaş riski minimuma indirilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının KKE temininde sorun yaşanmamalı, hastalığın bulaşı, KKE doğru kullanımı konusunda eğitimler gerektiği gibi yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına düzenli PCR takibi yapılmalıdır.
- Çalışanlar arasında iş yükü adil şekilde dağıtılmalı ve çalışma barışı korunmalıdır.
- Pandemi döneminde asistan eğitiminin nasıl yapılacağı planlanmalı gerekiyorsa on-line eğitim olanakları oluşturulmalıdır.

### **Kaynaklar:**

1. Rosenbaum, L. (2020) The Untold Toll — The Pandemic’s Effects on Patients without Covid-19. N Engl J, 382: 2368-2371
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Framework for healthcare systems providing non-COVID-19 clinical care during the COVID-19 pandemic, Erişim Tarihi 05 Eylül 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>

Göğüs Hastalıkları Dal Hastanelerinde de Haziran ayından itibaren 17 hekim emekli olarak veya istifa ederek hastanelerinden ayrılmıştır.



## DENEYİM: TIP FAKÜLTESİNDE COVID-19 MÜCADELESİ

### **Dr. Mustafa Sait Gönen**

Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı

Çin'de ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Yeni Tıp Koronavirüs (SARS-cov-2) ve neden olduğu hastalık (COVID-19) ile ilgili çalışmalar Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanemizde Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalığın henüz pandemi olarak ilan edilmeden ve koronavirüse bağlı vakalar ülkemizde görülmeden önce dış dünyadan gelen bilgiler ve Sağlık Bakanlığı bilgilendirmeleri ışığında başlatılmıştır.

Pandemi ilanından sonra 15 Mart 2020 tarihinde kurum içinde çalışmaların yönlendirilmesi ve koordinasyonu için “COVID-19 Bilim Kurulu” oluşturulmuş ve hastalıkla mücadele çalışmaları oluşturulan bu kurul tarafından yürütülmesi kararı alınmıştır. Bu kurulda Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Acil Birimi, Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Yoğun Bakım, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Halk Sağlığı ve Sağlık Bakanlığı ile iletişim sağlayacak kişiler belirlenerek görev bölümü yapılmış, kararlar birlikte alınarak uygulanmıştır. Erkenden harekete geçerek bilim kurulu oluşturmamız ve mücadelede en ön safta yer almamıza çok donanımlı bir akademik kadroya sahip olmamızın ve 1893 ve 1911 yıllarında ki kolera salgınlarında Cerrahpaşa yerleşkesindeki Takuyuddin Konağı ve bahçedeki açılan sahra hastanesine ait bilgilerin kurumsal hafızamızda yer almasının büyük etkisi olduğunu düşünüyorum. Çünkü köklü kurumların güçlü kurumsal hafızası olur.



### **Takıyüddin Paşa Konağı<sup>102</sup>**

Bu kapsamda hastalıkla mücadele için bilim kurulu her gün online toplanarak diğer ülkelerde hastalığın seyri, tedavi protokolleri ve sağlık bakanlığımızın talimatları ve Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu'nun algoritmalarını düzenli tartışarak kendi yol haritamızı belirlemiştir. Halen de süreci bilim kurumumuz aktif olarak yürütmektedir.

Diğer taraftan gerekli malzeme temini, alt yapının hazırlanması, insan kaynağı planlamaları konularında gerekli tedbir ve hazırlıklar Rektörlük Yönetiminin büyük desteği ile yönetimimiz tarafından ivedilikle hayata geçirilmiştir.

Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi (HEKK) tarafından Sağlık Bakanlığı önerileri dikkate alınarak, iki eylem planı hazırlanmış ve yönetime sunulmuş, ayrıca tüm kurumda COVID-19 konusunda eğitim çalışmaları başlatılmıştır. COVID-19 konusunda tüm birimlere eğitimler HEKK tarafından devam etmiştir. Toplu eğitimler tamamlanmış, sonrasında eğitimler küçük grup eğitimleri ve alanda birebir eğitim şeklinde devam etmiştir. HEKK her gün nöbet sistemi ile örnek alma biriminde göreve yeni başlayan, COVID-19 servislerinde, yoğun bakım ünitesinde göreve yeni gelen tüm hekim, hemşire, temizlik elemanı, hastabakıcılara KKE kullanımı konusunda eğitim vermeye devam etmektedir. Ayrıca HEKK, sağlık çalışanların taranması süreçlerini düzenlemekte, örnek alma aşamasında görev almakta ve bu dönemde de eğitimlerini sürdürmektedir.

Öncelikle Acil Birimi COVID-19 hastalarının ilk kabul ve triyaj alanı olarak düzenlenmiş ve bu bölümde hasta karşılama, değerlendirme, örnek alma birimleri organize edilmiş, Acil Servisin kısa süreli yatış servisi hızla COVID-19 servisine dönüştürülmüştür. Bu birim acil şartlarında hizmet vermeye devam etmektedir.

<sup>102</sup> Tunca ES, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yerleşkesi'nin Gelişimi ve İçindeki Tarihi Yapılar, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mimarlık Anabilim Dalı, 2017.

Hazırlıklar kapsamında hastane girişinde hasta bakım alanlarının dışındaki bir binada (Eski Jinekolojik Onkoloji Binası) ilk başvuru polikliniği (COVID-19 Polikliniği) oluşturulmuş, şüpheli olguların buraya yönlendirilmesi sağlanmıştır. Burada enfeksiyon hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanları ve diğer branş asistan hekimlerinden oluşan bir ekip hizmet sunmaktadır.



Hastane girişlerinde tüm hastalardan semptom sorgulaması ve ateş ölçümleri yapılarak şüpheli olguların öncelikle bu alanda değerlendirilmesi sağlanmıştır. Bu birim giderek geliştirilmiş, özel negatif basınçlı muayene odaları ve iki adet negatif basınçlı örnek alma birimi oluşturularak etkin bir şekilde çalışmalarına devam etmektedir. Şimdilerde yurt dışı başvuruları için de bu binada poliklinik açıldı. Günlük 450-500'e ulaşan hasta bu bölümde değerlendirilmeye başlanmıştır.

Acil, COVID-19 biriminde değerlendirilen ve olası COVID-19 düşünülen olgular COVID-19 yönünden örnekleri alındıktan sonra Radyoloji AD'da bu hastalar için tanımlanan bilgisayarlı tomografi biriminde görüntülemeleri sonrasında değerlendirilerek hastalara tanı konulmakta ve gereğinde evde tedavi ve takip gereğinde yatış ile tedavi planlanmaktadır.

COVID-19 hastaları ile ilgili servislerin oluşturulabilmesi için Cerrahi Monoblok Binası kademeli olarak boşaltılmış, burada oluşturulan servislere COVID-19 hastaları yatırılmış, bu servislerde tüm hastanedeki öğretim üyeleri ve uzmanlardan haftalık ve sonra tüm birimlerde görevli hekimlerden oluşturulan bir havuz içinden günlük hekim görevlendirmeleri ile hizmet verilmesi sağlanmaya başlanmıştır. Bu servislerde enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları öğretim üyelerinin konsültasyonları ile hasta hizmetleri yürütülmektedir. Hemşirelik hizmetleri bu servislerde ve kapatılan ya da birleştirilen diğer servislerde görevli hemşirelerden oluşturulan ekipler ile yürütülmektedir. Bu şekilde hastanede tüm çalışanların sorumluluk alması ve bu zorlu sürecin daha kolay yönetilebilmesi hedeflenmektedir.

Sağlık çalışanlarının zaman içinde sürece uyum sağladıkları ve sisteme entegre oldukları, hasta bakımında ve hizmet kalitesinde belirgin iyileşmeler yaşandığı gözlenmektedir. Servislerde pandeminin İstanbul için en yoğun olduğu dönemlerde günlük 200-230 arasında yatan hasta sayıları ile hizmet sürdürülmüştür. O dönemde Cerrahi Monobloktaki Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi 12 yatağı ve sonrasında monoblok ameliyathanesindeki masalar yoğun bakım ünitesine dönüştürülerek yoğun bakım yatak kapasitemiz hızla artırıldı. Şu anda otuz yataklı bir ünite olarak COVID hastalarına hizmet vermektedir. Diğer YBÜ ile sayının daha da artırılması için çalışmalar de-

vam etmekte iken pandeminin şiddetinin İstanbulda azalması ve yeni hastanelerin devreye girmesi ile bu girişimlerimiz beklemeye alındı.

COVID-19 polikliniği içinde sağlık çalışanlarına hizmet eden “Temaslı Polikliniği” oluşturulmuştur. Temaslı olduğunu düşünen sağlık çalışanları bu birimde kuruma özel formlar ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından değerlendirilip gereken işlemler yapılmakta ve gerektiğinde örnek alma işlemleri bu binadaki örnek alma biriminde gerçekleştirilmektedir. Temaslı sağlık çalışanları ilgili birim tarafından evde ya da hastanede takip edilmektedir.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi COVID laboratuvarı olarak mevcut laboratuvarların dışında yeni bir laboratuvar oluşturulmuş, bu laboratuvar Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından tanımlanmış ve hizmete başlamıştır. Tıbbi Mikrobiyoloji Viroloji Bilim Dalı sorumluluğunda olan bu birime kurumda diğer birimlerden elemanlar alınarak 7/24 hizmet veren bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu laboratuvarda günlük 600-2000 arasında değişen sayılarda örnek çalışılmaktadır.

Sağlık çalışanlarımız arasında riskleri nedeniyle evine gitmek istemeyen personel için otel, misafirhane, hemşire lojmanı ve kampüs içindeki yurt binaları kalacak yer olarak hazırlanmıştır. Bu personelimizin ihtiyaçları rektörlük, dekanlık ve diğer kurumların katkıları ile sağlanmaktadır. Pandeminin başlangıcından itibaren 250-350 sağlık çalışanımız bu hizmetten yararlanmayı sürdürmektedir.

Pandemi süreçlerinde kişisel koruyucu ekipman eksiklikleri yaşanabileceği kaygısı ile etkin bir malzeme temin ve dağıtım ağı oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın katkıları, diğer kaynaklardan sağlanan bağışlar, başhekimlik tarafından koordine edilerek ve izlenerek malzeme sorunu yaşanmaması sağlanmaktadır. En yoğun olarak çalışılan konu uygun malzemenin uygun alanlarda ve usulüne uygun olarak kullanılmasını sağlamak en büyük öncelik olarak görülmektedir.

Nisan ayı ortalarına kadar artış gösteren olgular nedeniyle Cerrahi Monoblokda günlük 220 hasta yatan ve 35 YBÜ yatışı, 400-500 acil ve COVID polikliniğinde hasta başvurusu olan bir merkez olarak yoğun hizmet, oluşturulan etkin sistem, çalışanların yoğun fedakarlıkları ile başarı ile sürdürülmüştür. Bu süreçte sistemde yaşanan iletişim sorunları, tedavi değişikliklerinin hastalara yansıtılması, ilaç yan etkilerinin yakından izlenmesi yönünden gelişmeler sahaya hızlı ve etkin bir şekilde yansıtılmaya çalışılmıştır. Daha sonra ülkemizdeki hasta sayısındaki azalmaya paralel olarak hastanemizde ve YBÜ yatan hasta sayısı azalmış, COVID dışı hastaların acil başvurularında artış olduğu gözlenmiştir. Hasta yoğunluğu yakından izlenerek COVID servisleri her an açılacak düzenlemeler yapılarak kapatılmış, sağlık çalışanlarının daha etkin ve daha az riskli çalışma düzenlemeleri yapılmıştır.

Acil Tıp birimi binası hasta yoğunluğundaki değişimi yakından izleyerek hem acile başvuran hastaların triyajı hem de COVID dışı hastalardaki artışa bağlı olarak triyaj yaklaşımını güncellemiş ve bu hastaların sağlık hizmeti alması için ideal düzenlemeleri yaşama geçirmiştir. Acil Tıp yanında bir

portatif BT ünitesi kurulması hızlı değerlendirme konusunda büyük bir avantaj yaşanmasını sağlamıştır.

Bu gelişmeler ışığında COVID dışı hastaların sağlık hizmetinin sağlanması süreci için yeniden düzenlemeler yapılması gereği ortaya konulmuştur. Servisler ve polikliniklerde rutin sağlık hizmeti sunumunda yapılacak düzenlemeler hazırlanmış, bu süreçte kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda öneriler geliştirilmiştir. Bu konuda bilgilendirme ve eğitim çalışmaları aralıksız sürdürülmektedir.

Sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi süreçleri devam etmektedir. İş Sağlığı Güvenliği Birimi tarafından oluşturulan kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda bilgilendirmeler HEKK eğitimleri ile paralel olarak sürdürülmektedir. Çok sayıda sağlık çalışanının özellikle tanı konulmamış olgularla teması ya da çalışma arkadaşlarında hastalık tesbit nedeniyle takipleri özel bir poliklinikte izlenmeye devam etmektedir. Bu arada sağlık çalışanlarını sosyal alanlarda koruyucu yaklaşımları uygulamakta sorunlar gözlemlendiğinde bu konuda yoğun bir çalışma başlatılmıştır. Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve HEKK sağlık çalışanlarında enfeksiyondan korunma konusundaki aksaklıkları ve kuruma özel önerileri geliştirmek için çalışmalar yürütmektedir.

Pandemi Kurulu kararı ve önerisiyle sağlık çalışanlarının COVID-19 yönünden taranması planlanmış, HEKK hemşireleri tarafından yürütülen bu çalışma ile tüm sağlık çalışanlarının asemptomatik taşıyıcılık yönünden kontrolleri yapılmıştır.

Hastanemizde Hematoloji Anabilim Dalı ve Kan Merkezi birimleri ile ortak yürütülen çalışmalar ile immün plazma eldesi ve gerekli hastalara uygulanması da yapılmaya başlanmıştır.

Ayrıca bu süreçte COVID-19 yönünden yapılacak bilimsel araştırmalarda tekrarları önlemek, daha nitelikli çalışmalar yapılabilmesini sağlamak, kurum çalışanları arasında bilimsel anlamda koordinasyonu sağlamak amacıyla Dekanlık bünyesinde bir Bilimsel Araştırma Kurulu oluşturulmuştur.

Sonuç olarak; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, üniversitemizin tüm desteği, yılların bilgi birikimi ve yetkin kadrosu ile COVID-19 pandemisinde etkin mücadele vermektedir. Yöneticisinden hekimine, hemşiresinden temizlik elemanlarına, tüm personel büyük bir özveri ve gayret ile çalışmalarını sürdürmektedir.

Cerrahpaşanın bu dinamik mücadelesi BBC, CNN, AP ve benzeri uluslararası yayın kuruluşlarında dikkatini de çekmiştir. Söz konusu haber organlarında Cerrahpaşa'daki mücadeleyi konu alan çekimler ve belgeseller yayınlanmıştır.

Artık tüm bu çalışmaların en kısa sürede sonucunu almak için tüm toplumun üzerine düşen sorumlulukları titizlikle yerine getirmesi en büyük isteğimizdir.

Pandemi Kurulu kararı ve önerisiyle sağlık çalışanlarının COVID-19 yönünden taranması planlanmış, HEKK hemşireleri tarafından yürütülen bu çalışma ile tüm sağlık çalışanlarının asemptomatik taşıyıcılık yönünden kontrolleri yapılmıştır.



# ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ VE COVID-19 – İNFLUENZA

## Dr. Serkan Yılmaz

Tıp Doktoru, Profesör, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Türkiye Acil Tıp Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Üyesi

Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi

## Özet

Önümüzdeki sonbahar ve kışa bakarken, COVID-19 dalgalanmasının ikinci piki içerisinde pek çok sorun ile uğraşan acil servisler yaklaşan influenza mevsiminin stresini hissediyor. Nüfusundan daha fazla hasta başvurusu ile dünyada benzeri olmayan bir kalabalığın olduğu acil servislerde pandemin getirdiği pek çok sorun çözülemeden yeni bir döneme giriliyor. İnfluenza ile ilgili, aşı temini sağlık çalışanı ve kırılgan grupların aşılınması, toplumda aşı karşıtlığı ile ilgili ve influenza aşısı ile ilgili bilgilendirici kampanyalar, influenza virüsüne bağlı hastalığın etkinliğini azaltabilir. Ayrıca bu hastalıkların ayırıcı tanısı için merkezi otorite tarafından geliştirilecek protokoller, hastanın tedavi ve takibinde olduğu kadar, gereksiz ve yanlış kaynak kullanımının önüne geçmek için de önemlidir. Acil serviste çalışan sağlık personeli ve tedavi olan diğer hastalara bulaşı engellemek için hastane pandemi yönetiminin temel bileşenleri, ön triyaj, pandemi poliklinikleri ve gerek acilde gerek hastanenin diğer alanlarında oluşturulacak izolasyon alanları son derece önemlidir.

## Giriş ve Arka Plan

Pandeminin altı ayını geride bıraktık. Bulunduğumuz noktadan önümüzdeki sonbahar ve kışa bakarken, COVID-19 dalgalanmasının ikinci piki içerisinde daha da korktuğumuz bir senaryonun varlığı içimizi ürpertiyor, şiddetli bir influenza mevsimi ve sonuçta bir “twindemi”.

Ateş, baş ağrısı, öksürük, boğaz ağrısı, kas ağrıları ve yorgunluk gibi COVID-19 salgını ile ilgili semptomları paylaşan influenza salgını durumunda her iki virüsle aynı anda mücadele etmek hali hazırda COVID-19 ile mücadele eden sağlık sistemimizi zor durumda bırakabilir. (1, 2) Salgının altıncı ayı sonunda, şiddeti giderek artan COVID-19 ile birlikte ne derece

Salgının altıncı ayı sonunda, şiddeti giderek artan COVID-19 ile birlikte ne derece şiddetli bir influenza salgını ile karşılaşacağımız henüz belirsiz, ancak sağlık sistemimizin çökmemesi için riskin büyüklüğü dikkate alınarak kötü senaryolara hazırlanmak gerekliliği açıktır.

şiddetli bir influenza salgını ile karşılaşacağımız henüz belirsiz, ancak sağlık sistemimizin çökmemesi için riskin büyüklüğü dikkate alınarak kötü senaryolara hazırlanmak gerekliliği açıktır.

COVID-19 pandemisinin ilk aylarında kısmi kısıtlamalar ile birleşen toplumsal duyarlılık acil servis başvurularını azaltmış ve acil servisler gerçek acil vakalar ve COVID-19 hastaları ile ilgilenmiş, özellikle yüksek volümlü hasta akışına alışkın ve afet konusunda deneyimli Acil Tıp Sistemi sayesinde pandemiye başarıyla yönetilebilmiştir.

Bu dönemde yaşanan; yeterli kişisel koruyucu ekipman temini konusundaki sorunlar, acil servis içerisinde COVID-19 şüpheli hastalarının diğer hastalardan farklı alanlarda izolasyonunun sağlanamaması ve acil servis ve COVID poliklinik çalışanlarının mental ve fiziksel tükenmişliğine rağmen, erken dönemde ön triyaj alanlarının oluşturulması, pandemi hastanelerinin ayrılması, ayakta başvuran COVID-19 şüpheli hastalar için yeni poliklinikler oluşturulması, radyoloji, yataklı servisler ve yoğun bakımlara hasta transferi için protokoller oluşturulması, test kalitesi, tanı ve tedavide bir çok tartışma devam etmekle birlikte, hasta akışının kontrolünü sağlayabilmiştir



Özellikle 1 Haziran tarihi sonrasında, kısıtlılıkların olarak ortadan kaldırılması ve başlayan normalleşme süreci ile beraber, tedbir ve korunmanın tamamen bireyin sorumluluğuna bırakılması, merkezi otoritenin sorumluluk almayan tutumu halkta da karşılığını buldu ve Ağustos ayı başından itibaren vakaların yeniden artması ve bugün salgının kontrolden çıkması ile sonuçlandı.

Hastanelerin rutin işleyişine dönmesi, hastanelerin birçoğunda salgın nedeniyle azalan uygunsuz hastane ve acil servis başvurularının yeniden artmasına neden oldu. Ayrıca ortak doktor havuzu tarafından yürütülen COVID-19 polikliniklerinin kapatılması ve bu hizmetlerin acil servis üzerinden yürütülmesi, acil servislerde işleyişin ciddi oranda aksaması ile sonuçlandı. Türk Tabipleri Birliği, TTB UDEK ve ilgili uzmanlık derneklerinin konu ile ilgili uyarıları sonrası Sağlık Bakanlığı tarafından konu ilgili bazı kısmi düzenlemeler yayımlansa da uygulanması bir türlü denetlenemediği için yazıda ka-

lan bu düzenlemeler yerine alanda hastane yöneticileri tarafından sürdürülen keyfi uygulamalar, acil servislerde sorunların devamı, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mental ve fiziksel tükenmişliği ve onlarcasının hastalanması ile sonuçlandı. (3-5)

Bugün böyle bir sağlık ortamında, devam eden ve şiddeti giderek artan salgın sırasında, influenza mevsimine yaklaşıyoruz. Pandemi koşullarına rağmen, toplum sağlığı için ayakta kalmak ve gerekli tedbirleri almak zorundayız.

### ***Influenza ve Acil Servis***

Her yıl sonbaharın başlaması ile görülmeye başlayan influenza mevsimi, Aralık ve Şubat ayları arasında pik yapıp ilkbahar ile beraber sonlanmaktadır. COVID-19 pandemisinin kuzey yarım kürede yayılmaya başladığı ilkbahar aylarında influenza etkinliğini kaybetmişti. Bu nedenle bu iki etkenin tolumda aynı anda yaygınlığının yaratacağı etki konusunda sınırlı bilgiye sahibiz. İnfluenza yaygınlığı ile ilgili mevcut sayılar, salgını dikkate almamızı zorunlu kılıyor. İnfluenza ilişkili hastane yatışları ve mortalite oranları yıldan yıla değişmektedir. CDC, ABD’de 2019-2020 influenza mevsiminin ılımlı geçtiğini belirtmekle birlikte yaklaşık 40-50 milyon influenza vakası görüldüğünü, 740 bin influenza ilişkili hastane yatışı olduğunu ve 24 ile 62 bin arasında influenza ilişkili ölüm olduğunu rapor etti. Bu nedenle influenza sezonu öncesinde acil servislerde süregelen sorunların artmaması adına bir dizi ek önlem alınması faydalı olacaktır.

**Aşılama:** Mevsimsel influenzaya karşı sahip olduğumuz en iyi savunmalardan biri, yıllık influenza aşısıdır. İnfluenza aşısına ulaşım ve yaptırmanın önündeki engellerin kaldırılması, eşlik eden hem vakalarda hem de hastalık şiddetinde azalma, sonbaharda, yönetilebilir bir halk sağlığı sorunu ile yönetilemez bir sorun arasındaki farkı yaratabilir. Bu bakımdan öncelikle yüksek risk grubundaki sağlık personeli başta olmak üzere tüm kırılgan gruplarda ve ardından tüm toplumda yaygınlaşacak aşılama çalışmalarına önem verilmelidir. (6)



Aşı temini ile ilgili, dünyada artacak talep dikkate alınarak, gerekli girişimler zamanında yapılmalıdır. Giderek yükselen aşı karşıtlığı konusunda merkezi otorite tarafından toplum sağlığı göz önüne alınarak gerekli adımlar atılmalıdır.

*Hızlı Tanı Gerekliliği:* İnfluenza ile COVID-19 arasında hiçbir spesifik klinik belirti güvenilir bir şekilde ayırt edilemese de klinik uygulamada viral etiyo-lojinin belirlenmesi önemli olacaktır:

- İlk olarak, iki virüsün yönetimine yaklaşım farklıdır. İnfluenza, COVID-19'a karşı antiviral aktiviteye sahip olmayan bir nöraminidaz inhibitörü veya bir endonükleaz inhibitörü ile tedavi edilebilir. (7)
- İkincisi, her virüsün neden olduğu sendrom farklı bir seyir izler. İnfluenza hastalar tipik olarak hastalığın ilk haftasında en şiddetli semptomları yaşarken, COVID-19'lu hastalar hastalığın ikinci veya üçüncü haftasında daha uzun süreli semptomlar yaşayabilir. Virüsler arasında ayırım yapmak, klinisyenlerin hastalara semptomların nasıl gelişmesi beklendiği konusunda ileriye dönük rehberlik sağlamasına ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde komplikasyonların belirlenmesine yardımcı olabilir.
- Üçüncüsü, virüsün doğru bir şekilde tanımlanması, izolasyon ve karantina ile ilgili uygun rehberlik, okula dönüş ve iş önerileri ve COVID-19 vaka tanımlama ve temas takibi gibi önemli enfeksiyon kontrol etkilerine sahiptir.

Maalesef influenza ve COVID-19'un birlikte enfeksiyonun gözlemlendiğine dair mevcut yayınlar, bir virüs için pozitif bir sonucun diğer enfeksiyonu dışlamasına dayalı pratik bir yaklaşımın önünde engel gibi gözükmektedir. (8) Bu nedenle solunum yolu viral enfeksiyonunun spesifik olmayan özellikleriyle başvuran herhangi bir hastada, en azından COVID-19 için PCR testi yapılmalıdır. İlk test yaklaşımının her iki virüsü de içermesi gerekip gerekmediği henüz net değildir. COVID-19 sonuçları döndükten sonra influenza testi eklenebilir. Tercih edilen teşhis algoritması, test özellikleri, maliyet, geri dönüş süresi ve tedarik zinciri sorunları dikkate alınarak merkezi otorite ve kurumlarca belirlenmeli ve hazırda bulundurulmalıdır.

*Maske Takma ve Fiziksel Mesafe Zorunluluğu:* 08.09.2020 tarihli İç İşleri Bakanlığı Genelgesi ile kamuya açık tüm kapalı ve açık alanlarda maske takılması zorunluluğunun getirilmesi yerinde ancak gecikmiş bir karardır (9). Bunun yanında kararın alınmış olmasından çok uygulaması ve denetimi daha da önem taşımaktadır. Maske takmanın mesafe kurallarının yerini almasa da gerek COVID-19 gerekse influenza bulaştırmıcılığının azalması konusunda etkinliği bilinmektedir. Bu önlem influenza yaygınlığını azaltabilir ve influenza mevsimi sonuçlarının olumlu olması üzerine katkıda bulunabilir. Benzer şekilde fiziksel mesafe, karantina, seyahat sonrası izolasyon gibi bir dizi tedbirin de gerekirse yaptırımlar ile birlikte sıkı bir şekilde uygulanması, toplum sağlığı açısından önemlidir.



## **Pandemi Sürecinde Devam Eden Acil Servis ile İlgili Sorunlar**

Giriş bölümünde özetlemen sağlık ortamı içerisinde Acil Servislerde yapılması gereken düzenlemeler ile ilgili Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu tarafından 2. Ve 4. Aylarda önerilen, ancak devam eden sorunların çözümü, önümüzdeki pandemiyi yönetirken içerisine gireceğimiz influenza mevsiminde daha da önem kazanmaktadır. (10, 11)

Türkiye, nüfusunun toplamından daha fazla (yaklaşık 130 milyon/yıl) acil servis başvurusuna ile dünyada benzeri olmayan acil sağlık hizmetleri sunumu modeline sahiptir. Pandemi öncesi de önemli bir sorun olan acil servis kalabalığı bu dönemde hastalık yayılma riski açısından daha da büyük bir sorun teşkil etmektedir.

Acil serviste kalabalığı ve hastalık yayılımını azaltabilmek amacıyla:

- 1- Pandemi sürecinde acil servislerde yaşanan ve artan hasta sayılarının daha da önemli hale getirdiği önemli bir sorun acil servis içerisindeki alan düzenlemeleridir. Ayaktan COVID-19 polikliniğinde değerlendirilemeyecek, acil servis içerisinde değerlendirilmesi gereken COVID-19 şüphesi olan hastalar, “sıcak alan”, “ateşi olan hasta alanı”, “covid alanı”, solunum semptomu olan hasta alanı” gibi farklı isimler ile isimlendirdiğimiz olası COVID olan hastaları aldığımız alanlara yönlendirilmeli ve diğer hastalardan ayrı bir alanda değerlendirilmelidir. Ancak birçok acilde şüpheli hastanın izolasyonu yetersizdir. Şüpheli COVID-19 vakaları hastaneye yatış endikasyonları varsa hızlı bir şekilde bu hastalar için ayrılmış servislere yönlendirilmeli ve izolasyonu yetersiz acil servislerde sağlık çalışanı ve diğer hastalara bulaşma riski minimize edilmelidir. Ancak günlük rutinde COVID-19 şüphesi olan gerek “Covid Pnömonisi” nedeniyle gerek diğer nedenlerle hastaneye yatış ihtiyacı olan hastalar acil serviste izolasyon imkanı olmadığı halde PCR testi sonuçlarını acil serviste beklemektedir. Acil serviste uzun bekleme süreleri hem artan bulaştırmacılık hem de artan kalabalık ile sonuçlanmaktadır. Şüpheli hastanın acil serviste izolasyonu, yatması gerektiği hallerde ilgili pandemi kliniğine hızlı transferi için kurum içi düzenlemeler yapılmalıdır.
- 2- COVID-19 semptomlarına sahip olmasa bile diğer nedenlerle hastaneye yatması gereken hastada COVID-19 ekartasyonunun acil serviste yapılması istenmektedir. Bu durum hastanın acil servisin riskli ortamında uzun süre kalmasına yol açması yanı sıra acil serviste kalabalığa yol açan bir diğer nedendir. Olası vaka tanımları belirlenmiştir. Tüm hastane ve kliniklerde Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu Klavuzlarına göre hasta yönetimi konusunda hassasiyet göstermek bu karmaşanın önüne geçmek için gereklidir. Yönetimlerin bu konuda takipçi olmaları acil servis kalabalığını azaltacaktır.
- 3- Pek çok COVID-19 olan asemptomatik hasta acil servislere normal hasta girişlerinden girip normal hasta alanlarında de-

Türkiye, nüfusunun toplamından daha fazla (yaklaşık 130 milyon/yıl) acil servis başvurusuna ile dünyada benzeri olmayan acil sağlık hizmetleri sunumu modeline sahiptir. Pandemi öncesi de önemli bir sorun olan acil servis kalabalığı bu dönemde hastalık yayılma riski açısından daha da büyük bir sorun teşkil etmektedir.



ğerlendirilebilmektedir. Pratik olarak acil serviste kesin doğru bir izolasyon sağlamak mümkün olmamaktadır. Gerekli hasta izolasyonunun sağlanabilmesi ve acil servisin tümünün kirli veya sıcak alan olarak değerlendirilmesini engelleyebilecek mimari yaklaşımlara ihtiyaç olduğu bir gerçektir. Ülkemiz acil servislerinin pek çoğunda kullanılan “Arena Tarzı” acil servis mimari modelinin yerine mobilitesi açısından sorunlar oluştursa da pandemi yönetimi için “Modüler Tarzda” inşa edilmiş acil servisler daha uygundur. Ülkemizin tüm acil servislerinde mimari değişiklik veya tek bir hastalık için gerekliliklere uygun mimari tasarım öneremeyiz. Bunun yerine hastane yönetimleri tarafından, sürecin uzayabileceği göz önüne alınarak bugünün ihtiyacına uygun izolasyon koşullarını sağlayabilecek pratik modüler yapılar düşünülmelidir. (12)

- 4- Normalleşme süreci ile birlikte bazı hastanelerde COVID-19 polikliniklerinin kapatılarak veya acil servisin bir bölümüne taşınarak bu hizmetlerin acil servis üzerinden yürütülmeye çalışılması bir diğer önemli sorundur. Pandemide tekrar pik yaşadığımız altıncı ayda, pandemi polikliniklerinin ortak doktor havuzu oluşturularak yeniden açılması ve çalıştırılması önemli bir ihtiyaçtır. Acil servisler, hemen her hastasına olası COVID-19 hastası gibi yaklaşmak zorunda olan ve solunum sıkıntısı olan kritik durumdaki COVID-19 hastasını karşılamakla yükümlü; yeterli iş yuku ve risk altında olan bölümlerdir. COVID-19 poliklinikleri salgın süresince ayaktan COVID-19 şüpheli hasta değerlendirilmesi yanı sıra, personel taraması, preop hazırlık gibi acil servis ile ilgisi olmayan pek çok fonksiyonu yerine getirmeye devam etmeli, acil servisler asli işlerini yapmalıdır.
- 5- Pandemi ile mücadele tüm sağlık sisteminde olduğu gibi acil servislerde de uzun ve zorlu bir mücadeleye sahne olacaktır. Uzun soluklu pandemi mücadele sürecinde tüm klinik dalların mutabakatı ile hastanelerce oluşturulacak ve “her hastanın olası COVID-19 hastası gibi değerlendirilmesi” esasına dayanan ortak protokoller sağlanması ve titizlikle uygulanmaya devam etmesi yeni normalimiz olmalıdır.

Bu anlamda Sağlık Bakanlığı ve hastane yönetimlerinin bu zorlu süreçte, öznel koşullara ve farklı dinamiklere sahip acil servislerde acil sağlık hizmetleri sunumunu aksamaması ve pandemi ile ilgili sorunların çözümü için çalışanlar ile etkin iş birliği içerisinde olmaları son derece önemlidir.

#### Kaynaklar

1. World Health Organization, Influenza (seasonal), 6 November 2018. Erişim Tarihi: 08.09.2020 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
2. Sternlicht, A. (2020, June 30). Fauci Tells Congress U.S. Could Start Seeing 100,000 New Cases A Day. Forbes. Erişim Tarihi: 07.09.2020

3. <https://www.forbes.com/sites/alexandrasternlicht/2020/06/30/fauci-tells-congress-us-could-start-seeing-100000-new-cases-a-day/#19cd1351538a>
4. Türk Toraks Derneği Basın Bildirisi Tarih: 14.08.2020. Erişim Tarihi: 07.09.2020 <https://www.toraks.org.tr/site/news/10005>
5. TATD Basın Açıklaması, Tarih: 24 Ağustos 2020. Erişim Tarihi: 07.09.2020 <https://tatd.org.tr/haberler/tatd-basin-aciklamasi>
6. Türk Tabipleri Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu ve Uzmanlık Derneklerinden Ortak Bildirge: SALGIN AĞIRLAŞIYOR, TÜKENİYORUZ! Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Toplumun Sağlığının Garantisidir. Tarih: 28.8.2020. Erişim Tarihi: 07.09.2020. [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=de4bd16c-e930-11ea-a71f-a359d317f791](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=de4bd16c-e930-11ea-a71f-a359d317f791)
7. Lu H, APCC 2018-2019 ASK Group, K. Winneg, K.H. Jamieson, D. Intentions to seek information about the influenza vaccine: the role of informational subjective norms, anticipated and experienced affect, and information insufficiency among vaccinated and unvaccinated people, *Risk Anal.* 2020 Feb 19;10.1111/risa.13459. Doi:10.1111/risa.13459.
8. Daniel A. Solomon, Amy C. Sherman, Sanjat Kanjilal. Influenza in the COVID-19 Era. *JAMA* . 2020 Aug 14. Doi: 10.1001/jama.2020.14661.
9. Kim D, Quinn J, Pinsky B, et al. Rates of co-infection between SARS-cov-2 and other respiratory pathogens. *JAMA*. 2020;323(20):2085-2086
10. Koronavirüs Tedbirleri Konulu Ek Genelge. Tarih: 08.09.2020. Erişim Tarihi: 09.09.2020. <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi-08-09-20>
11. TTB COVID-19 Pandemisi 2. Ay Değerlendirme Raporu. Erişim Tarihi: 07.09.2020 <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/covid19-rapor.pdf>
12. TTB COVID-19 Pandemisi 4. Ay Değerlendirme Raporu. Erişim Tarihi: 07.09.2020 [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor\\_4.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_4.pdf)
13. DBS Group. Rethinking Health Care Space. The pandemic has shown clear value in flexible space in the healthcare environment. Tarih: 29.06.2020. Erişim Tarihi: 09.09.2020. <https://www.dbsg.com/blog/covid-19-and-rethinking-health-care-space>

# DENEYİM: PANDEMİDE AKILCI YOĞUN BAKIM KULLANIMI

## Dr. Necati Gökmen

Tıp Doktoru, Profesör, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestiziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

### Özet

Pandemi gibi sağlık sisteminin karşılayabileceğinin üzerinde hasta yükünün ortaya çıktığı durumlarda yoğun bakım yataklarının akılcı kullanımı birçok hastanın hayata tekrar tutunmasını sağlamıştır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin “En iyiyi yapmaya çalışın ancak en kötüsüne hazırlanın” genel çalışma prensibi içinde akılcı yoğun bakım yataklarını kullanımı temel eğitimleri içinde yer almaktadır. Bu makalede, COVID-19 pandemisinde akılcı yoğun bakım kullanımı için oluşturduğumuz hastanemizin yoğun bakım ünitelerinin eylem planı sunmayı amaçladık.

\*\*\*

Çin, 7 Ocak 2020’de, Coronaviridae ailesine ait yeni bir virüsü, Hubei/Wuhan şehrinde pnömoni vakalarının salgınının nedeni olarak tanımladı. Virüs daha sonra SARS-cov-2 olarak adlandırıldı ve neden olduğu hastalık COVID-19 olarak tanımlandı. (1) Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgınına 30 Ocak’ta “uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu” olarak sınıflandırdı. Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart’ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlandı. (2)

COVID-19 pandemisinin en başında, tedavisi net olarak tam bilinmiyordu. COVID-19 hastalarında akut akciğer hasarı ve buna bağlı olarak entübasyon, ventilasyon ve yoğun bakım yatağı gereksinimi oldukça arttığı bildirildi. (3, 4) Çin verilerine göre klinik belirtilerin başlamasından pnömoni gelişimine kadar geçen medyan süre 5 gün ve hipoksemi geliştikten sonra ortalama YBÜ’ye kabul süresi yaklaşık 7-12 gün olarak bildirilmiştir. (4) Buna bağlı olarak COVID-19 pandemisi dünya genelinde arttıkça sağlık hizmetlerinin hızla kapasitelerinin dolacağını özellikle yoğun bakım yatağı gereksiniminin oldukça artacağını öngörüldü. (5)

Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart’ta görüldü ve daha sonraki birkaç gün içinde vaka sayısında hızlı bir artış oldu. Buna rağmen pandemi döneminde, Avrupa ülkeleri ve ABD’nin aksine Türkiye’de yoğun bakım ya-

taklarında ilk 6 aylık dönemde yetersizlik yaşanmadı. Bunun nedeni Türkiye'nin 100 bin kişi başına 45 yoğun bakım yatağı olması ve diğer ülkelere nazaran daha iyi durumda olmasıydı. (6)

Tüm bu veriler ışığında COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların yoğun bakıma kabul, değerlendirme ve yoğun bakım alanlarını hazırlama deneyimleri her hastane özelinde değerlendirilmek zorunda kalmıştır.

Yoğun bakımda çalışan her uzmanın temel amacı maksimum hasta sayısına uygun yoğun bakım tedavisini sunmak için yoğun bakım kapasite artışı ve COVID-19 olmayan hastalara güvenli yoğun bakım hizmeti sağlamak, malzeme eksiklikleri, tedarik zinciri sorunları çözmek yanında yoğun bakım işgücünün sağlığını ve sürdürülebilirliğini korumak için elinden gelen en iyisini yapmaktır.

Pandemide yoğun bakımların akılcı kullanımı için ülkenin sağlık otoritesi her bölge ve hastane özelinde bir eylem planı hazırlanmalıdır. Bu eylem planı pandeminin aşamalarına göre planlanmalıdır (7). Bu aşamalar;

- 0 Aşama = Hazırlık aşaması; uygulanan yoğun bakım aktivitesinin uygulanması, protokollerin ve acil durum planının geliştirilmesi, yoğun bakım yatakların sayısının belirlenmesi, ekipman ve malzeme sayısı ve eksiklerin belirlenmesi, tüm sağlık personelinin eğitimini kapsar.
- 1 Aşama = Pandeminin başlangıcı aşamasında; elektif ameliyatların iptali, yoğun bakım ünitesi olabilecek alanların belirlenmesi ve hazırlanması, yoğun bakım ekibinin tümünün yoğun bakım dışı tüm etkinliklerinin sonlandırılması, yoğun bakımda çalışacak ekiplerin çalışma alanlarının belirlenmesi,
- 2 Aşama = Yoğun bakım ünitesinin/ünitelerinin dolması; tüm elektif aktivitelerin sonlandırılması, vardiyaların organizasyonu, COVID-19'lu hastaların ayrılması, kesin kabul kriterlerinin oluşturulması,
- 3 Aşama = Yoğun bakım ünitesi ve hastanenin çökmesi; iyileşme olasılığı en yüksek hastaların bakımına öncelik verilmeli, hemşire-hasta oranı tekrar planlanmalı, genel yarar gözetiminin yapılmasını sağlayın.

Tüm bu bilgiler ışığında pandemide yoğun bakımların akılcı kullanımı için yoğun bakım üniteleri eylem planı oluşturduk. Bu eylem planında yoğun bakımların akılcı kullanımını sağlayabilmek için 18 Mart 2020 yoğun bakım ünitelerini (YBÜ) ve yoğun bakımda çalışan sağlık personelinin, malzeme eksiklikleri, tedarik zinciri sorunları, işgücü planlanması zorlukları nedeniyle karmaşık olabilecek durumları belirledik. Ayrıca COVID-19 nedeniyle beklenen hasta artışına hazırlamak üzere ve tüm hastalar için sınırlı YBÜ kapasitesi üzerindeki yükü en aza indirmek ve yoğun bakım çalışanlarının sağlığını ve sürdürülebilirliğini korumak için yoğun bakımların akılcı kullanımı eylem planı hazırlandı. (8)

Bu planımızı, pandeminin yoğun bakım ünitesinin günlük aktivitesine bağlı ihtiyaçları karşılama kapasitesi üzerindeki etkisine dayanan aşamalı ve ka-

demeli bir yanıtı göre hazırladık. Bu aşamalı ve kademeli planda yoğun bakım yataklarının doluluk oranlarına göre stratejilerimizi ve çözümlerimizi yazılı hale getirdik. Bu planda kısaca rutin YBÜ talebini azaltmak için yapılması gerekenleri, hastane genelinde fiziksel YBÜ olabilecek alanları, yatak kapasitesini arttırmaya yönelik planları ve toplam yatak kapasitemizi tanımladık, ayrıca ilgili ekipman ve iş gücü gereksinimlerinin genel hatlarını planladık.



İlk olarak yoğun bakım hizmetleri talebini azaltmak için acil olmayan cerrahi operasyonların ertelenmesi veya iptal edilmesi düşünülerek uygun bir sürecin oluşturulması için YBÜ, tüm cerrahi branşlar, anestezi ve hemşirelik hizmetlerinin ortak karar almasını ve başhekimliğe bildirilmesi sağlandı. Eğer elektif cerrahi yapılması karar verilirse; yoğun bakım ünitesinin çalışma koşulları da dikkate alındı ve ortak bir karar alma modeli kullanıldı.

YBÜ yatması gereken ve COVID-19 olmayan hastaların YBÜ kabulü ile ilgili olarak mekanik ventilasyon yapılması gereken hastaların yoğun bakım kabulüne öncelik verildi. Yoğun bakım ünitesine hasta kabulü için TC Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulunun Erişkin Hasta tedavisi rehberi önerileri kullanıldı. (9) Yalnızca monitörizasyon gereken hastaları kendi servislerinde tedavi ve bakımlarını yapılması sağlandı. Bunun sonucunda ise acil serviste veya resüsitasyonda hastaların kalma süresinin kılmasını, hastaların monitörizasyonunu kolaylıkla yapabilecek özelleşmiş alanlara kabulünü ve servislerde Düzey II YBÜ ihtiyacı olan hastaların yönetilmesi sağlanabildi.

Servislerde tedavi ve bakım hizmetleri yapılan hastalarda YBÜ ihtiyacının oluşmasını önlemek için proaktif olarak her gün değerlendirilmesi ve erken tedavi hedefleri konarak izlenmeleri sağlandı. Bu önlemlerin tümü yoğun bakım talebi kapasiteyi aşmadan önce yürürlüğe girmesi sağlanmaya çalışıldı.

Entübasyon endikasyonu konan hastaların entübasyonları, entübasyon konusunda deneyimli anestezi hekimleri tarafından videolaringoskoplar ile



pandemi servisinde yatıkları tek kişilik odalarında yapıldı. Tüm hekimler aerosol ile bulaş riski yüksek olan bu işlem sırasında kişisel koruyucu ekipmalarını giyerek işlemi yaptılar. Daha sonra hasta transport respiratörüne bağlanarak üstü koruyucu ile kapatılmış sedyeye ile yoğun bakım ünitesine taşındı. Tüm bu işlemlerin aşamaları yazıldı ve tüm hekimler ile paylaşıldı.

İkinci olarak hastanemizde yoğun bakım kapasitesini artırmak için fiziksel YBÜ alanları (altyapı) gözden geçirildi ve "YBÜ Triaj Alanı" oluşturuldu. Bu alanlar için Anestezi Yoğun Bakım (AYB) ve Dahili Bilimler Yoğun Bakım (DYB) ünitesinde yatmakta olan hastaların hızla taburculukları sağlanarak geriye kalan hastaların Kalp Damar Cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatırılması planlandı. Böylelikle AYB ünitesi şüpheli COVID-19 hastaları için triyaj YBÜ yapıldı. Hasta sayısının artmasına bağlı olarak yoğun bakım ihtiyacı devam edenlerin ise ilk önce Dahiliye Yoğun Bakım ünitesine (DYB), DYB ünitesi yatağı yetersiz kalırsa diğer yoğun bakım servislerindeki boş yataklara yatırıldı. Böylelikle ilk planda COVID-19 kesin tanısı alan yoğun bakım ihtiyacı olan hastalara özelleşmiş yoğun bakım hizmeti sağlandı. AYB ünitesindeki toplam 20 yatak dolumu olduktan sonra Dahiliye yoğun bakım servisindeki yatakların kullanıma açıldı. DYB ve AYB yatakları (toplam 41 yatak) dolduğunda sırası ile Nöroloji İnme ünitesi, Kardiyoloji yoğun bakım ünitesi, ve son olarak PACU servisine hasta yatırılması planlandı.

Ayrıca yoğun bakım hastaların bakımına uygun fiziksel altyapıya sahip tüm klinik alanların belirlendi. Bunlar ise; servislerde daha önce yoğun bakım odası olarak hizmet etmiş odalar, perioperatif monitörizasyon / derlenme alanları, yoğun bakımda kullanılmaya alanların aktive edilmesi ve hizmet dışı bırakılmış yoğun bakım alanları olarak saptandı. Bu alanlar saptanırken belirlenen kriterler: en az iki oksijen çıkışı, bir hava çıkışı, iki aspirasyon çıkışı, en az on iki adet elektrik prizi, monitör olması olarak saptandı. Bu alanların hızlı bir şekilde yeniden kullanılmasını sağlayan süreçleri geliştirdik ve potansiyel olarak farklı fiziksel konumlarda yoğun bakım personelinin çalışmasını sağlayan işgücü modellerinin planlaması yapıldı.

Pandemilerde koğuş tipi yoğun bakım ünitelerin kullanılması önerilmemektedir. Tek kişilik izolasyon odalarının da aerosol bulaşını en aza indirdiği bilinmektedir. Negatif basınçlı yoğun bakım odaları pandemide tercih edilmektedir Ancak çok az hastanemizde negatif basınçlı yoğun bakım odaları vardır. Gelecekte tüm yoğun bakım odaları tek kişilik ve her an negatif basınçlı odalara dönüştürülebilecek alt yapıya sahip olmalı ve bu yönde uygun planlama yapılmalıdır.

Olguların yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavisi için gerekli ve eksik olan malzemelerimizin hızla tamamlanması sağlandı.

Yoğun bakım ünitesinden mekanik ventilasyon destek ihtiyacı kalmayan hastaların taburculukları COVID-19 özelleşmiş servislerine (Pandemi servisi) veya diğer servislerden yoğun bakım ünitelerine hızlı bir şekilde transferi sağlanması için gerekli olan süreçler belirlendi. Hastane içi hasta transfer protokolü güncellendi ve uygulamaya konuldu.

Gelecekte tüm yoğun bakım odaları tek kişilik ve her an negatif basınçlı odalara dönüştürülebilecek alt yapıya sahip olmalı ve bu yönde uygun planlama yapılmalıdır.

Potansiyel işgücü sıkıntısı nedeniyle, yoğun bakım deneyimi olmayan eğitimli tıp, hemşirelik ve yardımcı sağlık personelinin yoğun bakım hastalarının tedavi ve bakımına yardımcı olması gerekeceği düşünüldükçe yoğun bakım ünitesinde daha önce çalışmış, yoğun bakım ortamını bilen hemşire ve personeller belirlendi ve belli bir planlama ile çalışma şekilleri belirlendi. Yoğun bakım üniteleri ve hastaneler, sağlık bakanlığı Yoğun Bakım yönetmeliğine göre personel için minimum standartları karşılamaya öncelik vermektedir. (10) İşgücü planlamasının, kişisel koruyucu ekipman (KKE) takma ve çıkarma ek iş yükü, ek dinlenme günlerine duyulan ihtiyaç ve enfeksiyonu önleme gibi klinik olmayan görevlere personel tahsis etme ihtiyacı gibi pandemiye özel gereksinimlerin dikkate alındı.

Yoğun bakım ünitesine yönelik ek tıbbi personel gereksinimi olması halinde yoğun bakım eğitimi almış ancak YBÜ’de çalışmayan kıdemli sağlık personelleri, anestezi uzmanları belirlendi.

Sürdürülebilir bir iş gücü sağlamak için eve geri dönemeyen personel için başhekimlik ile görüşülerek konaklama sorunu çözülmeye çalışıldı. Bilgilendirme ve psikolojik destek; artan iş yükü, kişisel güvenlik kaygısı ve aile üyelerinin sağlığı nedeniyle personel morali olumsuz etkilenmelerini minimize edilmeye çalışıldı.

Hastane genelinde “COVID-19 YBÜ İletişim Ağı” kuruldu, aktif iletişim sağlandı, günlük yeni vakalar, taburculuk, ölüm, demografik veriler, hastalık ciddiyet verileri ve YBÜ yatak durumu bu ağ üzerinden takip edildi. Yoğun bakım yükü ve kapasitesi gerçek zamanlı olarak ölçüldü ve ilgili hastane içi idari makamlarına iletildi.

Yoğun bakımlarda güvenli çalışma ortamı sağlama - personelin korunması ve sürdürülebilirliği sağlamak için COVID-19’a maruz kalmayı kontrol etmek için doktor çalışma shiftleri 12 saatlik dilimler halinde hemşire çalışma shiftleri 8 saatlik dilimler halinde uygulandı.

Mühendislik kontrolleri yapıldı. Yoğun bakım havalandırılması saatte 6 kez olacak şekilde ayarlandı.

Yoğun bakım çalışanlarının kişisel korunma ekipmanı uyumluluğu ve yeterliliği konusunda personel eğitiminin kaydı tutuldu ve tüm yoğun bakım ekibi kişisel korunma ekipmanı kullanımı konusunda eğitim alması sağlandı. Kişisel korunma ekipmanı kullanımında gözlenen her ihlalin olay yönetimi sistemine iş sağlığı ve güvenliği riski olarak kaydedildi. İhlalin bir değerlendirilmesi yapılarak, ihlalin bir öz-izolasyon dönemi gerektirip gerektirmediği konusunda bir enfeksiyon hekimi tarafından kontrol değerlendirmesi yapıldı.

Yoğun bakımda yakını bulunan kişinin stresi göz önüne alındığında, hasta ziyaretlerinin kısıtlılığı, hastaların, ailelerin ve personelin korunmasına önem verilerek ziyaretçilere kapatıldı. Hasta yakınları hastaları hakkında bilgileri haftanın üç günü (Pazartesi, Çarşamba, Cuma) telefon edilerek verildi.

Yoğun bakım ünitesinde, tüm COVID-19 hastaları bakımı için hava yolu ile bulaşan kişisel korunma ekipmanı önlemlerinin kullanılması zorunlu hale getirildi. Ayrıca, aerosol üretme prosedürlerini en aza indirilmesi sağlandı.

Tüm yoğun bakım personelinin (tıp, hemşirelik, yardımcı sağlık ve temizlik elemanları) enfeksiyon kontrolü ve kişisel koruma ekipmanları konusunda eğitim alması sağlandı.

Personel bakımı ve refahı için; her vardiyadan önce değiştirilebilecek temiz formlar, her vardiya sonunda duş almaları için duş yerleri ayarlandı, YBÜ çalışanları için yiyecek ve içecek sağlandı.

Personel bilgileri ve eğitimi departmanlar arası iletişim; hastaneler ve YBÜ'nin personeli politika, iş akışı veya diğer ilgili bilgilerdeki herhangi bir değişiklik hakkında bilgilendirmek için kurumsal e-posta ve mesajlaşma uygulamaları gibi güvenli ve onaylı platformlar kullanması konusunda uyarıldı ve kullanmaları sağlandı.

İlk 6 aylık sürede yoğun bakım ünitelerimizi akılcı kullanımı sonucunda yoğun bakımda yatak yokluğu sorunu ile karşılaşmadı. Tek bir hekimimizde (kişisel koruyucu ekipmanı en iyi kullanan asistanımız) COVID-19 test sonucu pozitif oldu.

Sonuç olarak; COVID-19 pandemisi süreci, yoğun bakım hizmetlerine olağanüstü ve sürekli taleplerin oluşmasını sağlayacaktır. Yoğun bakımda çalışan hekimler, yoğun bakımların akılcı kullanımını planlamalı, öncülük etmeli ve sağlık hizmetlerinin sürdürülmesini sağlamak için önlemleri hızla uygulamalıdır. Bir yandan tüm sözü edilen hazırlıklar yapılırken Türk Yoğun Bakım Derneğinin her yıl düzenlediği “Yoğun Bakımların Akılcı Kullanımı” sempozyumlarının bizlere en öncelikli yol gösterdiğini vurgulanmamız gerekir. Bu konuların pandemi öncesi tartışılması pandemi sırasında oluşan yüksek orandaki yoğun bakım yatağı taleplerinin bilinçli çözümlerle sonuca ulaşmasında bizleri hazırlıklı kılmıştır. COVID-19 olmayan hastalar içinde yoğun bakım hizmetlerini sürdürmek, sağlık çalışanlarını korumak ve pandemi sırasında hasta triyajının etik ve sosyal sonuçlarını dikkate almak son derece önemlidir.

## Kaynaklar

1. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323:1061-9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
2. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Covid-19 (SARS-COV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler Epidemioloji ve Tanı, Erişim tarihi; 08 Eylül 2020, <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38597/0/covid-19rehberigenelbilgileripidemiolojivetanipdf.pdf>
3. Wu Z, mcgoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 [COVID-19] Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Apr 7;323(13):1239-1242. Doi: 10.1001/jama.2020.2648.
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382:1708-1720. Doi: 10.1056/nejmoa2002032.
5. Weissman GE, Crane-Droesch A, Chivers C, et al. Locally Informed Simulation to Predict Hospital Capacity Needs During the COVID-19 Pandemic. Ann Intern Med. 2020;173(1):21-28. Doi:10.7326/M20-1260

İlk 6 aylık sürede yoğun bakım ünitelerimizi akılcı kullanımı sonucunda yoğun bakımda yatak yokluğu sorunu ile karşılaşmadı. Tek bir hekimimizde (kişisel koruyucu ekipmanı en iyi kullanan asistanımız) COVID-19 test sonucu pozitif oldu.

6. T.C Sağlık Bakanlığı Yoğun bakım yatak sayıları. Erişim tarihi; 08 Eylül 2020, <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor>
7. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. Intensive Care Med. 2020 Mar 2 : 1–4. [Http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7](http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7),
8. Australian and New Zealand Intensive Care Society (2020) ANZICS COVID-19 Guidelines Erişim tarihi; 08 Eylül 2020 [https://www.anzics.com.au/wp-content/uploads/2020/04/ANZI\\_3367\\_Guidelines\\_V2.pdf](https://www.anzics.com.au/wp-content/uploads/2020/04/ANZI_3367_Guidelines_V2.pdf)
9. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, Covid-19 Erişkin hasta rehberi Erişim tarihi; 08 Eylül 2020 <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38355/0/covid-19rehberieriskinhastatedavisipdf.pdf>
10. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Resmi Gazete: 20.07.2011 – 28000

## LABORATUVARLARIN GÜNCEL SORUNLARI

### Dr. Aynur Eren Topkaya

Tıp Doktoru, Profesör, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji  
Anabilim Dalı

Bilindiği üzere Ağustos ayında yurtdışı seyahat öncesi yapılacak testler için özel kurumların kendilerinin kit temin ederek Bakanlıkça üst limitleri belirlenmiş ücret karşılığında test çalışmalarının önü açıldı. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yazısı ile mikrobiyoloji ruhsatı bulunan tüm özel hastane veya laboratuvarlarda PCR testi çalışması uygun görüldü. Oysa birçok özel kurumda tıbbi mikrobiyoloji Uzmanı bulunmamaktadır. Bu testler tıbbi mikrobiyoloji yetkinliği gerektiren, gerekli biyogüvenlik önlemi ile çalışması gereken ve laboartauvar fiziksel yapısının da özellikli olması gereken testlerdir. Laboratuvarların Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği'ne uygun tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarı kalifikasyonuna sahip olması, laboratuvar güvenliği şartlarını sağlaması önemlidir. Bu hem test güvenliği hem de çalışan sağlığı açısından gözardı edilmemesi gereken bir durumdur.

Öte yandan PCR testi çalışması ve yorumlanmasında otomatik cihaz kullanımı söz konusu değildir. Örneğin alınışından sonucun raporlanmasına kadar geçen süreç tıbbi mikrobiyoloji uzmanının kontrolünde olmalıdır. Bu nedenle kurumların alt yapısı ve personel kadrosuna bakılmaksızın özel sağlık kurumlarına yetki verilmiş olması halk sağlığı ve çalışan sağlığı açısından riskler taşımaktadır.

Test kitleri ile ilgili sorunlar da mevcuttur. Örneğin kamu bünyesindeki laboratuvarlar için testlerin temini Halk Sağlığı Kurumu'nca yapılmaktadır. Ancak kitler merkezde yeterince kontrol edilmeden sahaya dağıtıldığı için ilk dağıtımların ardından hasta örnekleriyle çalışıldığında uygunsuzları tesbit edilebilmektedir. Örneğin son bir ay içinde üç farklı firmadan kit tedarik edilmesi söz konusu olmuştur. İstanbul gibi büyük bir şehirde bir merkeze bırakılan test kitlerini almak için her kurum kendisi kurye bulmak zorunda kalmıştır. Bu nedenle kit ve sarf malzeme temininde zorluklar yaşanmıştır.

COVID-19 PCR testlerinin kamuda veya özel sektörde tıbbi mikrobiyoloji yetkinliği bulunmayan (bkz: TUEK Çekirdek Eğitim Müfredatları) branşların sorumluluğunda yapılması doğru bir yaklaşım değildir.

Ülke genelinde pandeminin başlangıcından bu yana altı aylık süre geçmesine rağmen halen test raporlama ile ilgili sorunlar devam etmektedir.

Halk Sağlığı Kurumunun HSYS sistemi ile laboratuvarların LBYS sistemi arasında zaman zaman veri aktarım sorunu yaşanmaktadır. Ayrıca HSYS'nin hastanelerin HİS sistemi ile entegre olmaması nedeniyle iki ayrı sisteme sonuç kaydetmek test raporlama süresini uzatmaktadır.

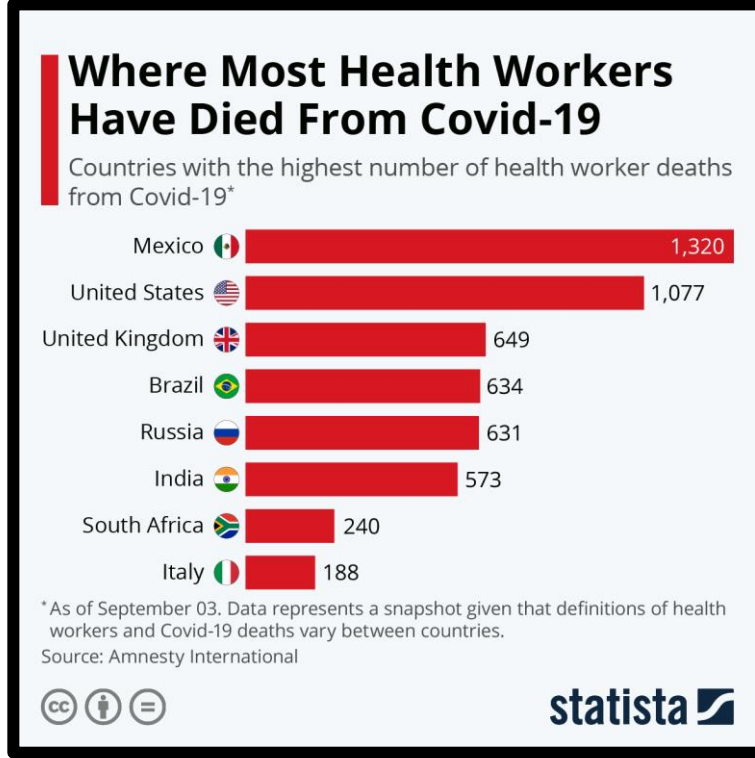


# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

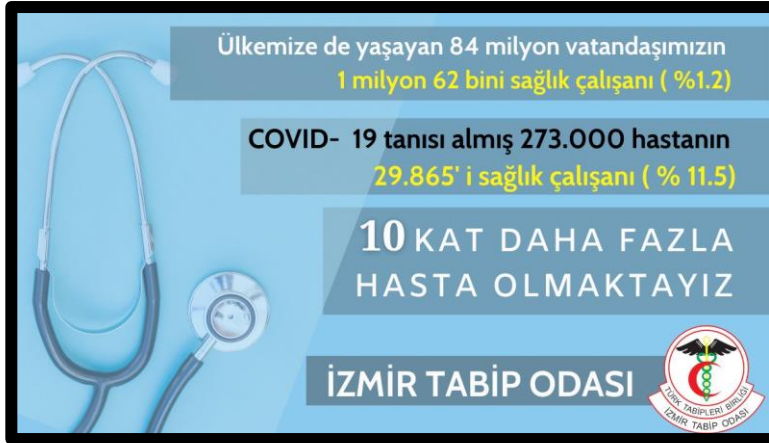


# COVID-19 HASTALIĞINA YAKANLANMIŞ SAĞLIK ÇALIŞANLARI

## Dünya’da COVID-19’dan Kaybedilen Sağlık Çalışanlarının Ülkelere Göre Dağılımı



### Türkiye:



“Son iki hafta içinde 12, salgının başından bu yana toplam 72 sağlık çalışanı yaşamını kaybetti.”

3 Eylül 2020

**Dr. Sinan Adıyaman**

**Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey Başkanı**

# TÜRKİYE'DE COVID-19 MÜCADELESİNDE SAĞLIK PERSONELİ: DAYANIŞMA VE ÇATIŞMA

(Bir Araştırma Notu)

**Galatasaray Üniversitesi Toplumsal Araştırmalar Merkezi  
COVID Araştırma Grubu<sup>103</sup>**

## Özet

COVID-19 Pandemisinin ilk üç ayında yaşananları, sağlık çalışanları gözünden değerlendirmek, mücadelenin ön saflarında yer alan sağlık çalışanlarının duygu ve deneyimlerini anlamak amacıyla gerçekleştirilen bir saha çalışması ‘normalleşme’ sürecinin hemen öncesinde, Türkiye’nin farklı illerinden, kamu, özel, üniversite hastanelerinin göğüs hastalıkları bölümlerinde görev alan uzman hekimler, asistanlar ve hemşirelerle derinlemesine görüşme tekniğiyle gerçekleştirildi. Türkiyenin farklı illerinden 49 görüşmenin aktardıklarının söylem analizi ve sosyolojik anlamları açısından tartışılması, ilgili mecralarda paylaşılacak üzere bilimsel metin şeklinde hazırlandı. Yazımızda, bu görüşmelerin başlıca sonuçları, ekibin oluşması, mücadelenin organizasyonu, dayanışma ve çatışma örnekleri, iktidar ilişkileri, anomi, tükenmişlik, mobbing, meslek alanının ve pratiğinin değişmesi, malmeme ve teçhizat temini, iş dışı alan üzerine etkileri, bilgiye ulaşma ve iletişim olanaklarının çeşitlenmesi açılarından Türk Tabipleri Birliği altıncı ay raporu için özetlenmiştir.

Dünyayı kısa sürede saran COVID-19 Pandemisi, yalnızca tıbbi ve sağlıkla ilgili alanlarda önemli etkiler yapmakla kalmamış, toplumsal nitelikli birçok değişmeyi tetiklemiştir. Pandeminin yayılması kadar, onunla mücadele için gerekli araçların paylaşımı da aynı hızda gerçekleşmektedir. Ancak bu mücadele, sanıldığı gibi her durumda sağlık çalışanları arasında eşit katılıma, dayanışma yapıları oluşturulmasına ve ortak düşman olan virüse karşı topyekûn savaşta birliğe neden olmamakta, COVID servisi, çeşitli çatışmalara da sahne olan bir toplumsal ortam olarak ortaya çıkmaktadır. Etkin bir şekilde COVID-19 mücadelesinde bulunan sağlık çalışanlarının duygu ve deneyimlerini anlamak amacıyla, 01-20 Mayıs 2020 tarihleri arasında bir sa-

Mücadele, sanıldığı gibi her durumda sağlık çalışanları arasında eşit katılıma, dayanışma yapıları oluşturulmasına ve ortak düşman olan virüse karşı topyekûn savaşta birliğe neden olmamakta, COVID servisi, çeşitli çatışmalara da sahne olan bir toplumsal ortam olarak ortaya çıkmaktadır.

<sup>103</sup> Ali Ergur, Göksel Altınışık Ergur, Cansu Çobanoğlu, Şadiye Nuhuğlu, Nurdila Eryıldız, Merve Şengül. Sırasıyla kurum bilgileri: Galatasaray Üniversitesi Sosyoloji Bölümü, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Galatasaray Üniversitesi Sosyoloji Bölümü mezunu, Galatasaray Üniversitesi Sosyoloji Bölümü mezunu, Galatasaray Üniversitesi Sosyoloji Bölümü öğrencisi, Galatasaray Üniversitesi Sosyoloji Bölümü öğrencisi.

ha çalışması yaptık. Bu kapsamda pandeminin ikinci ayında ve ‘normalleşme’ sürecinin hemen öncesinde, Türkiye’nin farklı illerinden, kamu, özel, üniversite hastanelerinin göğüs hastalıkları bölümlerinde görev alan uzman hekimler, asistanlar ve hemşirelerle derinlemesine görüşme tekniğiyle saha çalışması gerçekleştirildi. Toplam 49 görüşme, yine COVID-19’u doğuran küresel koşulların sonucu olarak, çevrimiçi görüşme programları aracılığıyla gerçekleştirildi. Görüşmecilerin izniyle yapılan görüşme ses kayıtları, daha sonra yine ekip üyeleri tarafından olduğu gibi kâğıda döküldü. Kodlama, tasnif ve kavramsal gruplama süreçlerinin ardından verilerin sosyolojik anlamları açısından tartışması, ilgili mecralarda paylaşılacak üzere bilimsel metin şeklinde hazırlandı. TTB raporu için bu görüşmelerin başlıca sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

Sağlıkta piyasacı dönüşüm politikaları, özellikle son yirmi yıl boyunca hem katı bir şekilde uygulanmaya başlanmış hem ciddi anlamda eleştirilmiştir. Sağlık, bir devleti işlevsel ve kavramsal anlamda var eden temel beş işlevden biri (diğerleri eğitim, savunma, adalet, maliye), belki en önemlisidir. Yıllardır, toplumcu kaygıları ağır basan tıp çevrelerinde ve onlara destek olan diğer kesimlerde, sağlık işlevinin bir kapitalist sektör gibi işletilemeyeceği sıklıkla dile getirilmiş, ancak hâkim politika anlayışı, özelleştirme, koruyucu sağlık anlayışının terk edilmesi, halk sağlığı mevhumunun en aza indirgenmesi, hekimlerin *performans* ölçütüne göre piyasa koşulları cinsinden tasnif edilmeleri, hastanın *müşteri*, hekimin *hizmet veren* konumuna getirilmesi, genel anlamda sağlık hizmetinin ticarileşmesi anlamına gelmiştir. Bununla birlikte, bu piyasacı mantığın bütün sağlık çalışanlarının aleyhine olmadığı, daha doğrusu, özellikle hekimlerin bir kısmının, bu kapitalist sağlık hizmeti anlayışının kurallarını açık veya örtük bir şekilde içselleştirmiş olduğu da bir gerçektir. Nitekim, araştırmamızın bulguları, çok çarpıcı bir şekilde, birçok kamu hastanesinde, pandemi çalışanlarına ek ödeme gündeme geldiği zaman, görevden kaçınan hekimlerin maddi kaygılarla COVID-19 mücadelesinde görevlendirilme çabasına girdiklerini göstermektedir. Üstelik bu görevlendirmeler, genellikle sembolik miktarda veya tamamen kâğıt üzerinde olmuştur. Daha adaletsiz uygulamalarda ise, maddi kaygıyla hareket eden hekimlerin hem resmi anlamda görevlendirme aldıkları, hem servis mevcutları açısından kendi lehlerine ciddi bir eşitsizlik üzerinden, sorumluluklarındaki hastaları da göğüs hastalıkları servisinin gözetimine terk ettikleri saptanmıştır. Adaletsizce yaklaşımlara maruz kalan hekimler, kaygı verici düzeyde değersizlik ve tükenme hisleri içindedir. İçlerinde hak kaybına uğrayacak olsalar da istifa etmeyi düşünen, psikiyatrik destekle ayakta kalmaya çalışanlar da bulunmaktadır. Öte yandan araştırmamızın tamamlanmasından sonraki yakın zamanda istifa etme ve emekli olma önündeki yasal engelin kalkmasıyla birlikte arka arkaya gelen istifa ve erken emeklilik haberlerinin temelinde de benzer tükenmişlik ve umutsuzluk gerekçeleri yatmaktadır. Bu konu da tarafımızdan ayrı bir araştırma konusu olarak ele alınmış, adanmışlıktan tükenmişliğe geçişin fotoğrafını çekerek tarihe not düşme işlevi olarak verilerin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

Bireyin toplumsal anlamda var oluşunun en temel koşullarından biri tanınmak, takdir edilmek ve katkısı oranında saygı görmeyi talep etmektir.

Adaletsizce yaklaşımlara maruz kalan hekimler, kaygı verici düzeyde değersizlik ve tükenme hisleri içindedir. İçlerinde hak kaybına uğrayacak olsalar da istifa etmeyi düşünen, psikiyatrik destekle ayakta kalmaya çalışanlar da bulunmaktadır.

Bu olgu yalnızca bireylerle ilgili değildir; toplu halde yaşamının asgari koşullarının süre gitmesi için vazgeçilmez önemdedir. Toplumsal iş bölümü içinde çaba ve emek sarf eden birey, bunun karşılığında, en azından manevi olarak bir beklenti içine girer; takdir edilmediği, üstelik tersine, adaletsizliğe uğradığı durumlarda, yalnızca bir bıkkınlık ve değersizlik hâli deneyimlemekle kalmaz, aynı zamanda toplumsala olan inancını yitirir. Kurumlara, bunların âdil ve düzenli işleyişine inancın yitirilmesi ise dayanışma bağlarını çözen bir değer yitimi hâlini, *anomi* durumunu ortaya çıkarır. Araştırmamızda, pandemi mücadelesinde adaletsizliğe uğrayan sağlık personelinin somut bir şekilde *anomi* hissi içinde olduklarını saptandı. Örneğin şehir hastanesinde görevli bir göğüs hastalıkları uzmanı, yaşamakta oldukları eşitsizlik hâlini başhekimle yapılan toplantılarda dile getirdiğinde, aşağılama ve otoriter tavırla karşılaştığını, aleni bir şekilde cerrahi dalların kayırlıldığı bir düzen tesis edildiğini belirtmiştir. Ayrıca kimi hekimlerin, kendilerinin çok karmaşık tıbbi işlemler yapan kişiler olduklarını, COVID-19 gibi basit bir hastalıkla uğraşamayacaklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Bu hiyerarşik düzen, elbette her düzeyde yeniden üretilmekte, göreve katılmaktan imtina eden diğer dalların asistanlarının benzer bir söylemi benimseyerek, Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda yüksek puanı boşuna almadıklarını, COVID-19 mücadelesine dâhil olamayacaklarını belirttikleri, kendi de asistan olan bir görüşmecimiz tarafından vurgulanmıştır.

Pandemi, benzer bütün olağanüstü durumlarda olduğu gibi, sıradanlaşmış ve yapılmış eylem kalıplarını hızla bozmuştur. Yeni örgütlenme biçimleri ve değerlerin oluşması sırasında, kurumlar arasında ciddi farklılıklar ortaya çıktığı iddia edilebilir. Her sağlık kuruluşunun ve çalışanlarının (ulusal standartlar ve mevzuat çerçevesinde kalınarak) alışılmış iş yapma yordamları bulunmaktadır. Bu iş yapma yordamları, yalnızca teknik ve maddi kabullerden oluşmaz; onların ötesinde, sağlık kurumunun örgütsel yapısının karakterini ortaya koyan görünür ve görünmez hiyerarşik dizilişler, güç ilişkileri, iktidar dengeleri gibi bileşenleri içerir. Bulgularımız, bir kuruma hâkim olan ve mensupları tarafından içselleştirilmiş olan hiyerarşik düzenin, alışıldık eylem biçimlerinin aniden değişmek zorunda kaldığı pandemi gibi bir durumda, o zamana dek hiç olmadığı kadar belirginleştiğini göstermiştir. Pandeminin resmen ilan edilmesiyle birlikte, Türkiye'deki sağlık sistemi, bu duruma uyum sağlamak üzere seferber edilmiştir.

Ancak her hastanenin salgınla mücadele sürecinde aynı oranda hazırlıklı olmaması, sağlık çalışanlarının endişelerini artırıcı bir etken olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun ilk örneği, sağlık çalışanlarının malzeme ve teçhizata erişim konusunda yaşadıkları zorluklardır. Malzeme ve teçhizata erişim konusunda sıkıntı çekenler ve sürecin başından beri çekmeye devam edenlerin, hiçbir sıkıntı çekmeyenlere kıyasla hasta tedavilerini uygularken daha çok yıprandıkları gözlemlenmiştir. Bu ve benzeri durumlar klinikte bütünleşmeyi ve dayanışmayı olumsuz etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmıştır. Bununla birlikte her kurum, tıbbi açıdan benzer prosedürleri uygulamaya başlarken, sağlık personelinin seferber edilmesi anlamında birbirinden çok farklı düzenlemeler yapmıştır. Türkiye'deki sağlık hizmetleri alanına hâkim olan bazı gizli kodlar kimi kurumlarda çok belirgin bir şekilde pandemi mücadelesine

Her hastanenin salgınla mücadele sürecinde aynı oranda hazırlıklı olmaması, sağlık çalışanlarının endişelerini artırıcı bir etken olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun ilk örneği, sağlık çalışanlarının malzeme ve teçhizata erişim konusunda yaşadıkları zorluklardır.



katılma ya da kaçınma davranışlarını mümkün kılmıştır. Tıp uzmanlıkları arasında belli dalların diğerlerinden daha muteber addedilme yaklaşımı, hem sağlık sisteminin genel ruhu, hem tıp eğitimi ve meslek tercihleri, hem hastane yönetimlerinin hekimler arasında (hatta ilgili servislerdeki diğer sağlık personelinin kendi aralarında) belirgin şekilde ayrımcılık yapmaya dayalı politikaları açısından sık gözlenen bir gerçekliktir. Nitekim birçok sağlık kurumunda pandemi mücadelesine katılmada görevlendirme veya görev alma konularında, yöneticilerin bâriz ayrımcılıklar yaptıkları saptanmıştır. Kimi kurumlarda bu ayrımcılık ağır *mobbing* düzeyine varmıştır. COVID-19 mücadelesinin ön cephesinde göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları çoğu zaman gönüllü bir şekilde katılım gösterirken, diğer dallardaki birçok uzman topluca mücadele gerektiren bu durumda, hakkında çok az bilinenin olduğu bu yeni hastalığa karşı görevden kaçınma, pandemi hastanesine dönüşen kurumlarda görev yerine hiç gelmeme, hele tıp fakültelerinin bazılarında, uzaktan ders verme sorumluluğundan da kendini muaf görme gibi davranışlar içine girmişlerdir. Görevden kaçınan aktörler nezdinde bu durumun meşrulaştırılması, hastalığın bulaşıcı ve genellikle akciğerleri tutan bir seyir izliyor görünmesine dayandırılmaktadır. Uzmanlık ve onun gizlediği hiyerarşik mantık, pandemi durumunda görevden kaçınmak için başvurulmuş ideolojik bir referans hâline dönüşmüştür. Birçok kurumda gözlemlenen bu bâriz adaletsizlik, kuşkusuz hastane yönetimleri ve tıp fakültesi dekanlıklarının ya göz yumduğu ya gizlice teşvik ettiği bir çatışma ortamı yaratmıştır. Bir hastaneyi oluşturan ve karşılıklı tamamlayıcılıklara dayanan uzmanlık dalları mensupları arasındaki zaten gizlice gergin olan ilişkiler, ciddi anlamda yara almış, idari olduğu kadar insani boyutta da tamir edilmez boşluklar oluşturmuştur. Görevden kaçınma ve pandemi mücadelesine katılım davranışlarının birlikte gözlenme olanağı, sağlık çalışanları arasında bir çeşit ahlâki test olarak işlev görmüştür. Dolayısıyla COVID kliniğinde yönetimin baskıcı tavrı ile karşı karşıya kalan ekip bir yandan dikey *mobbing*'e, diğer yandan görevlendirmede işten kaçınmanın ve işi başkalarına atmaya çalışanların davranışları ile yatay *mobbing*'e maruz kalmaktadır. Bütün bunlar çalışanın iş tatminini ve güvenliğini zedeleyici unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kuşkusuz dayanışmayı bozan ve adaletsizliği meşrulaştıran bu örnekler saptadığımız yegâne pandemi mücadele davranışı değildir. Bazı kurumlarda, ön cephe dalları (göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, bazen Kulak-Burun-Boğaz, daha az oranda dahiliye) başlangıçta diğer dalların mensupları tarafından yalnız bırakılmış, ancak gerek idarenin birleştirici politikaları gerek dallar arasında kurulabilen yapıcı ilişkiler sayesinde, tedricen bütünleşme ve dayanışma hâli sağlanmıştır. Diğer bazı kurumlarda ise, örgütlenme en baştan eşit katılım esasına göre yapılmıştır. Kurumun COVID-19 öncesindeki idare anlayışı, örgütlenmesine temel olan hiyerarşik düzen ve güç ilişkilerinin, pandemi döneminde çok daha belirgin bir şekilde ortaya çıktığını iddia edebiliriz. Köklü bir üniversite hastanesinde, pandeminin ilk günlerinde, göğüs hastalıkları uzmanlarının diğer dalların mensupları tarafından dışlandıkları, yemekhanede bile yalnız bırakıldıklarını ifade eden bir görüşmecimiz, zamanla, idarenin doğru yönetimi ve kişiler arası diyalogun gelişmesi sayesinde bu yalıtımın aşıldığını, bütün uzmanlık dallarının tedri-

Tıp uzmanlıkları arasında belli dalların diğerlerinden daha muteber addedilme yaklaşımı, hem sağlık sisteminin genel ruhu, hem tıp eğitimi ve meslek tercihleri, hem hastane yönetimlerinin hekimler arasında (hatta ilgili servislerdeki diğer sağlık personelinin kendi aralarında) belirgin şekilde ayrımcılık yapmaya dayalı politikaları açısından sık gözlenen bir gerçekliktir. Nitekim birçok sağlık kurumunda pandemi mücadelesine katılmada görevlendirme veya görev alma konularında, yöneticilerin bâriz ayrımcılıklar yaptıkları saptanmıştır. Kimi kurumlarda bu ayrımcılık ağır *mobbing* düzeyine varmıştır.

cen mücadeleye dâhil olduğunu belirtmiştir. Aynı mesafe koyma ve yaklaşma deneyimleri asistan ve hemşireler düzeyinde de gözlemlenmiştir. Ön cephe dallarının dışındaki servislerden görevlendirilerek, bazen de gönüllü bir şekilde mücadeleye katılan hemşireler, o zorlu çalışma koşullarının getirdiği dayanışma ve işbirliği hâline kolay uyum sağladıklarını ifade etmişlerdir. Özetle, COVID-19 mücadelesinde bir dayanışma birimi oluşturmak veya çatışmalı bir ortama girmek, bir yandan kurumsal ve idari yaklaşımların bütünleştirici ya da ayrıştırıcı etkilerinin sonucuyken, diğer yandan insanlar arası ilişkilerin düzenleyiciliğinin de bu süreçte yabana atılmaz bir payı vardır. Kurumsal ya da insani ilişkiler ise, pandemi öncesindeki yapılaşmış karakterleriyle, *salgının çarpan etkisi* altında olumlu ayrışma ya da bütünleşme yönünde büyümektedirler.

Pandemi mücadelesinin sağlık personeli açısından en önemli sonuçları kuşkusuz görev, iş bölümü, işin örgütlenmesi, tıbbi bilgi ve pratiklerin icrası gibi alanlardadır. Ancak bunların yanı sıra, pandemiyle mücadelenin ciddi insani sonuçları olmuştur. Bunların başında aile ilişkileri gelmektedir. Sağlık çalışanları, COVID-19 mücadelesinin parçası profesyoneller oldukları kadar, bir aile ilişkileri çevresinin bireyleridirler. Bu kapsamda çocuk, anne, baba gibi rolleri, bunlara bağlı sorumlulukları vardır. Kamu otoriteleri, pandemi önlemleri kapsamında vatandaşlardan evde kalmalarını talep ederken, bu zorunluluğun tam tersine, işte olmak zorunda olanların başında COVID-19 mücadelesi veren sağlık çalışanları yer almıştır. Aile bağ ve sorumlulukları içinde, özellikle küçük yaşta çocuklarını büyük ebeveynlere, kardeşlere, yakın akrabalara emanet etmek ve uzun süre onlardan ayrı kalmak zorunda kalan sağlık çalışanları, bu zor sürecin yalnızca maddi organizasyon boyutunun baskısı altında bulunmamakta, aynı zamanda ağır bir manevi yükü de üstlenmek zorunda kalmaktadırlar; zira, çocuklarından ayrı kalmak, özellikle çocukların bu durumu kabullenmekte zorlandığı durumlarda, sağlık çalışanlarını manevi anlamda çok zorlayan durumlar yaşamalarına neden olmuştur. Diğer yandan, evde bakıma muhtaç hastası olan, çocuklarını yakınlarına emanet edebilme olanağına sahip olmayan, yüzölçümü ve bölme sayısı açısından küçük konutlarda yaşamak zorunda olan sağlık çalışanları büyük zorluklar yaşamaktadırlar. Bir başka durumda, birçok sağlık çalışanı, aile bireylerini olası bir bulaşmadan korumak amacıyla, hastane yerleşkesi içinde, yanında, yakınında bulunan yurt benzeri yerlerde kalmayı tercih etmiş, uzun süre ailesinden ayrı kalmıştır. Bütün bu olumsuz deneyimlerin ağır bir manevi maliyeti de vardır. Zaten zorlu bir mücadelenin maddi ve manevi yükleriyle fizyolojik ve psikolojik sınırları zorlanan sağlık çalışanları, ayrıca aile ilişkilerindeki bu zorunlu ayrılıklar ve sorunlarla baş etmeye mahkûm olmuşlardır.

Pandemi, tarihteki benzerlerinden farklı olarak, bütün dünyaya çok hızlı bir şekilde yayılmış, aynı zamanda insanlar arası iletişim akışını da hızlandırmıştır. Göreve katılma ve dayanışma ağlarının kurulması, bu iletişim sisteminin yaygınlaşmasıyla kolaylaşmıştır. Bu alanda da meslek örgütleri ve uzmanlık derneklerinin zemin oluşturması, görüşmeciler tarafından sıklıkla vurgulanan işlevleri arasındadır. Belirsizliğin tereddüdünü aşmakta bilişim çağının sunduğu iletişim olanakları aracılığıyla uzaktan toplantılar, bilgi ve

Aile bağ ve sorumlulukları içinde, özellikle küçük yaşta çocuklarını büyük ebeveynlere, kardeşlere, yakın akrabalara emanet etmek ve uzun süre onlardan ayrı kalmak zorunda kalan sağlık çalışanları, bu zor sürecin yalnızca maddi organizasyon boyutunun baskısı altında bulunmamakta, aynı zamanda ağır bir manevi yükü de üstlenmek zorunda kalmaktadırlar.

deneyim paylaşım ortamları kullanılmıştır. Sürekli çevrimiçi olmanın, vak'aları danışma, en güncel bilgiye hızla ulaşma gibi olanakları yanında eve uzayan iş kavramıyla farklı bir sömürü şeklini yaratması, fiziksel olarak bitmesine karşın sanal olarak devam eden ve çoğu zaman dinlenme olanağını zaman gaspı ya da zihinsel meşguliyele neden olması sonucu yok etme şeklinde olumsuz etkilerinden söz edilmektedir. Bu bağlamda bir yandan yirmi yıl kadar önce böyle bir pandemi yaşanmış olsa bu denli etkin bir haberleşme ağı olmaması nedeniyle başarının da olanaksızlaşacağı diğer yandan artık robotlaşmış bir şekilde her an çevrimiçi yaşandığı görüşmecilerimiz tarafından dile getirilmektedir.

Bu kısa yazı kapsamında, araştırma bulgularımızın ana hatlarının altını çizmek istedik. Özellikle belirtmemiz gereken husus, COVID-19'la mücadelenin görünen ve görünmeyen, kurumsal olduğu kadar insani olan sonuçlarıdır. Araştırmamız kapsamında çeşitli tipte ve konumdaki sağlık kuruluşlarında saptadığımız dayanışma ve çatışma ortamları, yalnızca pandeminin tetiklediği olağanüstü toplumsal koşullardan kaynaklanmamaktadır; kurumlarda ve kişiler arasında önceden mevcut olan, neoliberal iktisat kapsamında uygulamaya geçirilen sağlık politikaları, bunun tahrik ettiği sağlık sektörü hiyerarşisi ve ona içkin güç ilişkilerinin belirginleşmesiyle somutlaşmışlardır. Diğer bir deyişle, COVID-19 Pandemisi, birçok benzer olağanüstü toplumsal durumda olduğu gibi, mevcut eğilim ve süreçleri hızlandırmıştır.

Özetle, Türkiye'de sağlık kurumlarında pandemi mücadelesinde yaşanmakta olan dayanışma ve çatışma deneyimleri, bir yandan mevcut iktidar gerilimlerini harekete geçirmesi, iletişim araçları kullanımlarını çeşitlendirerek artırması açısından *katalizör*, topyekûn seferberlik gerektiren bir sürece katılma ya da bundan kaçınma davranışlarını açık bir şekilde belirgin kıldığı için ahlâki *turnösol kâğıdı* işlevi görmüştür.

Türkiye'de sağlık kurumlarında pandemi mücadelesinde yaşanmakta olan dayanışma ve çatışma deneyimleri, bir yandan mevcut iktidar gerilimlerini harekete geçirmesi, iletişim araçları kullanımlarını çeşitlendirerek artırması açısından *katalizör*, topyekûn seferberlik gerektiren bir sürece katılma ya da bundan kaçınma davranışlarını açık bir şekilde belirgin kıldığı için ahlâki *turnösol kâğıdı* işlevi görmüştür.

# MESLEK HASTALIĞI OLARAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19

## **Dr. Canan Demir**

Tıp Doktoru, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı

Sağlık Bakanlığı Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıkları Hastanesi

### **Giriş**

COVID-19 pandemisi sürecinde 09 Eylül 2020 tarihi itibarıyla dünya genelinde toplam 28 milyona yakın kişi enfekte olmuş ve 900 binin üzerinde insan bu enfeksiyonun sonucu olarak yaşamını yitirmiştir. (1) Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre bu süreçte 284 binin üzerinde kişi enfekte olmuş, 6 binden fazla kişi bu enfeksiyon nedeniyle ölmüştür.

Pandemi sürecinin doğası gereği COVID-19 etkeni olan SARS-cov-2 virüsü ile her bireyin her ortamda karşılaşması mümkün olmakla birlikte bazı kişi ve grupların bu enfeksiyona yakalanmak konusunda daha yüksek risk taşıdığı bilinmektedir. Bulaşın en yüksek olduğu ortamların başında işyerleri gelmektedir. Özellikle kapalı ve kalabalık ortamlarda, yakın çalışma ve kişilerle yakın temas gerektiren işlerde çalışanlarda bu riskin toplumun geneline kıyasla çok daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Tüm enfeksiyonlarda olduğu gibi COVID-19 hastalığında da çalışanlar arasında en yüksek enfeksiyon riski olan meslek grubu sağlık çalışanlarıdır. Şüphesiz bunun pek çok nedeni vardır. Bu nedenler ilerleyen bölümlerde detaylı olarak irdelenecektir.

COVID-19 hastalığına ilişkin bilgilerimiz yeterli olmamakla birlikte hastalığın bulaş yolları, risk etmenleri gibi temel konularda oldukça önemli bir uluslararası bilgi birikimi oluşmuş durumdadır. Bu bilgileri değerlendiren pek çok ülke ve uluslararası kuruluş COVID-19'un çalışma ortamındaki yayılma süreçleri, risk altındaki çalışanların özellikleri, bu hastalığın meslek hastalığı kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği gibi konularda oldukça önemli belgeler üretmişlerdir. Bu raporda mevcut bilimsel bilgi ve belgelerden yararlanılarak ülkemiz için doğru ve uygulanabilir bir perspektif ortaya konulmaya çalışılacaktır.

### **Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Hastalığı: Dünyadaki Durum**

Dünya genelinde salgının başından beri toplam ne kadar sağlık çalışanının enfekte olduğu ve hayatını kaybettiği tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli ülkeler buna ilişkin verilerini paylaşmışlardır. Yayımlanmış ülke verilerinin

ortak özelliği tüm bu ülkelerde sağlık çalışanlarında COVID-19'un normal topluma göre katlarca artmış olarak görülmesidir.

Sağlık çalışanlarındaki bu artmış COVID-19 sıklığının şüphesiz pek çok nedeni vardır. Bunların başında, tüm dünyadaki insanlar salgının kontrol altına alınabilmesi için mümkün olduğunca evlerinde kalmaya çalışırken sağlık çalışanlarının artan iş yükünün doğal bir sonucu olarak her zamankinden daha fazla çalışmak zorunda kalmış olmalarıdır. Bunun yanında uzun çalışma saatleri, hastaların her türlü vücut sıvılarıyla artmış temas, işin yürütüm koşulları gereği çoğu zaman fiziksel mesafe kuralına uyulamaması, yeterli miktar ve nitelikte kişisel koruyucu donanım sağlanamaması, çalışma koşullarından dolayı immunitenin baskılanması (yeterli ve dengeli beslenememe, uyku süresinin azalması ve uyku kalitesinin bozulması, yoğun fiziksel ve mental stres altında çalışma) gibi nedenler de sağlık çalışanlarında COVID-19 sıklığının artmasıyla ilişkilidir.

Sağlık çalışanlarının pandemi dönemindeki çalışma koşulları ile yukarıda sayılan nedenler bir arada değerlendirildiğinde bu iş kolundaki artmış COVID-19 sıklığı ile COVID-19'a bağlı ölüm sıklığı şaşırtıcı değildir. Konuya ilişkin farklı ülkelerden çok sayıda çalışma mevcuttur. Bunlardan bazılarının sonuçları sorunun boyutunun daha iyi anlaşılabilmesi adına aşağıda irdelenmeye çalışılmıştır:

İtalya'da 7 Nisan 2020 tarihinde 12 bin 680 sağlık çalışanının enfekte olduğu ve 126 sağlık çalışanının COVID-19 nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmiştir. Bunun en önemli nedenleri arasında sağlık kuruluşlarındaki yüksek virüs yükü, salgının başında daha belirgin olmak üzere uygun kişisel koruyucu donanımların sağlanması konusundaki yetersizlikler ve temel iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin işin yürütüm koşulları sebebiyle yeterince uygulanamaması sayılmıştır. (3)

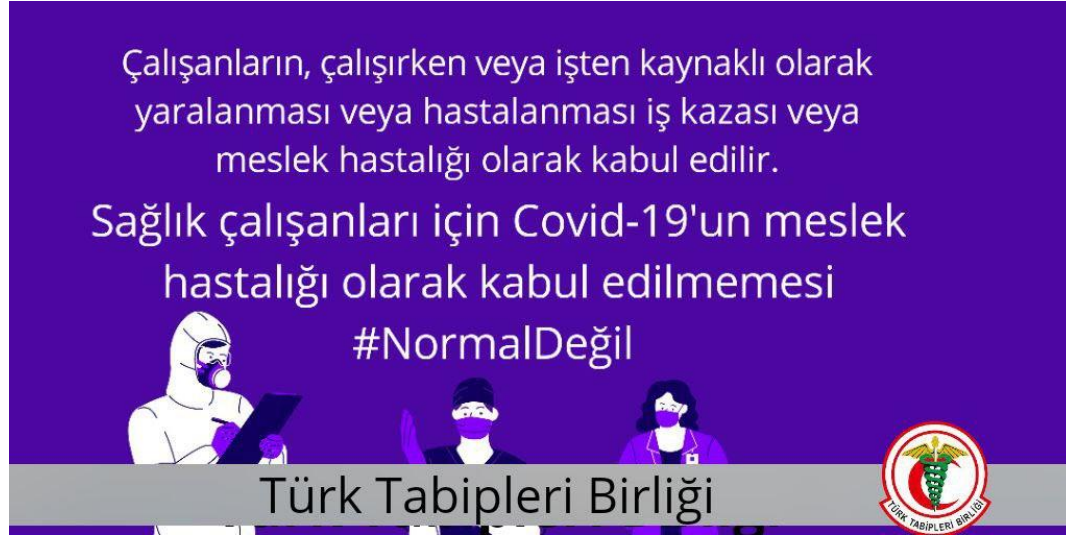
Houston, Texas'ta yapılan bir araştırmada 2787 sağlık çalışanı ve 85 toplum bireyinin COVID-19 PCR sonuçları karşılaştırılmış ve en yüksek PCR pozitiflik oranları COVID kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarında tespit edilmiştir (%5.4). (4)

Yine Amerika'dan yapılan çeşitli çalışmalarda sağlık çalışanlarının çoğu zaman uygun kişisel koruyucu donanıma ulaşamadıkları, çalışma şartları sebebiyle sağlanmış olan donanımları dahi kimi zaman uygun şekilde kullanamadıkları bildirilmiştir. (5, 6)

Chou R ve arkadaşlarının ilk olarak Mayıs 2020'de sağlık çalışanlarında koronavirüs enfeksiyonlarının epidemiyolojisi ve risk faktörleri konusunda yayımlanmış oldukları ve daha sonra düzenli olarak güncellemelerini paylaştıkları derlemelerinde konu oldukça detaylı şekilde ele alınmıştır. En son Ağustos 2020'de güncellemesi yayınlanan bu önemli derlemede çeşitli ülkelerden elde edilen veriler değerlendirilmiş ve sağlık çalışanlarında COVID-19 sıklığının yüzde 1,9 ile yüzde 12,6 arasında değiştiği gözlemlenmiştir -ki bu sıklık COVID-19'un toplumda görülme sıklığının çok üstündedir. (7)

Tüm dünyadaki insanlar salgının kontrol altına alınabilmesi için mümkün olduğunca evlerinde kalmaya çalışırken sağlık çalışanlarının artan iş yükünün doğal bir sonucu olarak her zamankinden daha fazla çalışmak zorunda kalmış olmalarıdır.





Gelenen bu noktada pek çok ülkenin gerek kendi deneyimlerini, gerekse bu alandaki mevcut bilimsel bilgileri değerlendirerek sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul ettikleri görülmektedir. Bunun yanında bazı önemli uluslararası kuruluşlar da sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul eden kuruluşlara ait bilgiler tabloda özetlenmeye çalışılmıştır.

**Tablo 1: Sağlık Çalışanlarında COVID-19'u Meslek Hastalığı Olarak Kabul Eden Ülke ve Kuruluşlardan Örnekler**

Ülke / Kuruluş	Kararın Özeti
Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)	Çalışma koşullarından kaynaklı olarak COVID-19 hastalığına yakalanan çalışanlarda bu hastalığın iş kazası / meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği, bu çalışanların ölümleri halinde yakınlarına tazminat verilmesi gerektiği belirtilmiştir. (8)
Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı (International Social Security Association) (ISSA)	Her ne kadar COVID-19 hastalığının etkeni olan SARS-cov-2 virüsünün iş ortamında edinildiğinin ortaya konulması kolay olmasa da bu durumun ortaya konulabildiği hallerde ILO'nun ilgili düzenlemeleri esas alınarak bu hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmiştir. (9)
Uluslararası Ticaret Birlikleri Konfederasyonu (The International Trade Union Confederation) (ITUC)	"Uluslararası İşçileri Anma Günü" olan 27.04.2020 tarihinde SARS-cov-2 enfeksiyonunun meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için çağrıda bulunmuştur. (10)
Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı	Avrupa genelinde sağlık çalışanlarındaki COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesini önermiştir. (11)

Ülke / Kuruluş	Kararın Özeti
(EU-OSHA)	
Belçika	COVID-19 hastalığını ulusal meslek hastalıkları listesine eklemiştir. PCR pozitif olan tüm sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. (12)
İtalya	Tüm sağlık kuruluşlarında çalışan (özel ve devlet) doktorlar, hemşireler ve diğer tüm sağlık çalışanları için COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul ettiği belirtilmiştir. Bu iş kolundaki çalışanlarda enfeksiyonun kaynağının tam olarak saptanmasının oldukça sorunlu olması nedeniyle sağlık çalışanlarında tespit edilen COVID-19 hastalığı otomatik olarak meslek hastalığı kabul edilmektedir. Buna ek olarak İtalya, sağlık çalışanlarının işe geliş ve gidişleri sırasında edinmiş oldukları COVID-19 hastalığını da meslek hastalığı olarak kabul etmektedir. (9)
Almanya	Almanya'nın Ulusal Meslek Hastalıkları Listesi'nde sağlık çalışanlarındaki virüs enfeksiyonları (No 3101) meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Almanya bu kapsamda sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul etmektedir. (9)
Güney Afrika	COVID-19 hastalığı açısından özellikli ve riskli alanlarda ve bölgelerde çalışan çalışanlar için COVID-19 hastalığı meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. (9)
Kanada	Çalışanın SARS-cov-2 virüsü ile iş ortamında karşılaştığının belgelenmesi durumunda COVID-19 hastalığı meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. (9)
Malezya	COVID-19'un tazmin edilebilir meslek hastalıkları arasına alındığını duyurmuştur. (13)

\*Bu tablonun dışında da COVID-19 hastalığını sağlık çalışanları başta olmak üzere çeşitli iş kolları için meslek hastalığı olarak kabul etmiş çok sayıda ülke bulunmaktadır.

Yukarıda paylaşılmış olan bilimsel bilgiler ile uluslararası kuruluşlar ile çeşitli ülkelerin almış olduğu kararlar bir arada değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarında gelişen COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul etme eğilimi bulunduğu açıktır.

Özetle; sağlık çalışanları pandemi döneminde hiç olmadıkları kadar büyük bir iş yükü ve enfeksiyon riski altında çalışmaktadırlar ve bu iş kolunda gelişen COVID-19 hastalığı dünya genelinde meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir.

### **Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Hastalığı: Ülkemizdeki Durum**

Ülkemizde sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığının sıklığına ilişkin ülke bazında yapılmış epidemiyolojik çalışmalar bulunmaması nedeniyle konuya ilişkin en güvenilir kaynak olarak Sağlık Bakanlığı'nın konuya ilişkin açıkladığı veriler esas alınmıştır. Sağlık bakanlığı tarafından konuyla ilgili resmi rakamlar bugüne kadar iki kez açıklanmıştır (29 Nisan ve 2 Eylül 2020).

Toplam Türkiye nüfusu, toplam sağlık çalışanı sayısı, sırasıyla 29 Nisan ve 2 Eylül tarihlerinde açıklanan toplam COVID-19 olgu sayıları tablo üzerinde yerleştirilerek, her iki tarihte toplumdaki ve sağlık çalışanlarındaki hasta oranları karşılaştırılmıştır. (14-18) Yapılan bildirimler ve 2020 Türkiye nüfus bilgileri kullanılarak Türkiye'de sağlık çalışanlarında kesin tanı konmuş COVID-19 olgu sayısı ve Türkiye nüfusu ile karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırmalara göre 29 Nisan ve 2 Eylül 2020 tarihlerinde sağlık çalışanlarında COVID-19 oranı topluma göre sırasıyla 4,95 ve 8,48 kat fazladır. (Tablo 2)

**Tablo 2: Toplumda ve Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Oranlarının Karşılaştırması**

	<b>Türkiye</b>	<b>Sağlık Çalışanı</b>
<b>Toplam Nüfus</b>	83154997	1061635
<b>29 Nisan 2020</b>		
<b>COVID-19 olgu sayısı</b>	117589	7428
<b>COVID-19 olgu sayısı / 1 milyon</b>	1414.09	6996.76
<b>Sağlık Çalışanı / Genel Toplum olgu oranı</b>	<b>4.95</b>	
<b>2 Eylül 2020</b>		
<b>COVID -19 olgu sayısı</b>	273301	29865
<b>COVID -19 olgu sayısı / 1 milyon</b>	3286.65	28131.14
<b>Sağlık Çalışanı/ Genel Toplum olgu oranı</b>	<b>8.56</b>	

\*Türkiye Covid-19 Olgu Sayısı (2 Eylül 2020): Bakan Koca, "Şu ana kadar sağlık kuruluşlarımızda virüsün bulaşmasından kaçamayan 29 bin 865 çalışanımız oldu. Ne yazık ki 52 sağlık çalışanımızı da yitirdiklerimiz arasında ebediyete yolcu ettik."

<https://www.ntv.com.tr/turkiye/son-dakika-haberi-saglik-bakani-koca-konusuyor,iKTUHPqp0yNH8KOauEgaQ> (Erişim Tarihi: 10.09.2020)

Meslek hastalıklarında nedensellik bağı her zaman önemli bir konu olmuştur. Tarihi olarak bir iş kolunda belli bir risk etmenine maruziyet ile bir sağlık sorunu veya hastalığın görülme sıklığında normal topluma göre 2 ila 3 katlık artış gözlemlenmesi o durumun meslek hastalığı olarak kabul edilmesini kolaylaştırır. Ancak son yıllarda meslek hastalıklarındaki genel eğilim bir hastalığın işyerinde maruz kalınan etkenlere bağlı gelişmesi olasılığının yüzde 51'in üzerinde olması halinde dahi bu hastalığın meslek hastalığı olarak

Sağlık çalışanlarında COVID-19 oranı topluma göre sırasıyla 4,95 ve 8,48 kat fazladır.

kabul edilebileceği yönündedir. Bu bilgilerden hareketle ülkemizde sağlık çalışanlarında görülen COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesi bilimsel bilgilerle de uyumludur.

### **Mevcut Yasal Düzenlemeler Açısından Konu İrdelenecek Olursa;**

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda meslek hastalığı "Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlanmıştır. (19) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda ise meslek hastalığı "Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir" şeklinde tanımlanmıştır. (20) Her iki tanım bir arada değerlendirildiğinde; COVID-19 hastalığı, çalışanın yaptığı işin niteliğinden dolayı veya işin yürütüm şartları yüzünden (hastaların her türlü vücut sıvıları ile yüksek miktarda temas, fiziksel mesafeye işin yürütüm koşulları nedeniyle uyulamaması, vs), tekrarlayan bir sebeple (virüsle tekrarlayan temas varlığı) ortaya çıktığından dolayı sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir.

Yine Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar'la ilişkili 19. Maddesinde Meslek Hastalıkları Listesi'nin D Grubu'nda yer alan hastalıkların "**görülen işin gereği olarak veya işyerinin özel koşullarının etkisiyle oluşması ve enfeksiyonun laboratuvar bulguları ile de kanıtlanması**" halinde mesleki bulaşıcı hastalık olarak kabul edileceği belirtilmiştir. Yine aynı maddede "**Bu listede yer almayan fakat görülen iş ve görev gereği olarak bulaştığı kesin olarak saptanan diğer bulaşıcı hastalıklar da meslek hastalığı sayılır. Bu husustaki teşhisin laboratuvar deneyleriyle kanıtlanması gereklidir. Hastalığın en uzun kuluçka süresi yükümlülük süresi olarak alınır.**" ifadesi yer almaktadır. (21)

Tüm bu yasal düzenlemeler bir arada değerlendirildiğinde, COVID-19 hastalığının sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak kabul edilmesi önünde herhangi bir yasal engel bulunmamaktadır.

### **Öneriler**

COVID-19 hastalığı'nın meslek hastalığı açısından değerlendirilmesini kolaylaştırmak için dünya örnekleri ve mevcut bilimsel bilgiler ve yasal düzenlemeler göz önüne alınarak yapılabilecek öneriler şu şekilde olabilir:

1. Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın bir arada yapacağı çalışmalar neticesinde Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin Ek-2'sinde yer alan Meslek Hastalıkları Listesi'nin D Grubu'nda yer alan hastalıklara sağlık çalışanları için COVID-19 hastalığının eklenmesi ve sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları bildiriminin hangi sağlık kuruluşlarında ne şekilde yapılabileceğine dair bir yol haritası oluşturularak ilgili tüm taraflara duyurulması sağlanabilir.
2. Bundan daha iyi ve daha kalıcı bir çözüm olarak ilgili kanun ve yönetmelik değişiklikleri yapılarak uzun zamandır ülkemizdeki meslek

COVID-19 hastalığı, çalışanın yaptığı işin niteliğinden dolayı veya işin yürütüm şartları yüzünden (hastaların her türlü vücut sıvıları ile yüksek miktarda temas, fiziksel mesafeye işin yürütüm koşulları nedeniyle uyulamaması, vs), tekrarlayan bir sebeple (virüsle tekrarlayan temas varlığı) ortaya çıktığından dolayı sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir.

hastalıkları bildirim sisteminin en önemli sorunlarından ve eksiklerinden biri olan meslek hastalıklarının Sağlık Bakanlığı'na bildirimini sağlayacak düzenlemeler sağlanabilir.

Ülkemizde halen yasal zorunluluklar gereği meslek hastalıkları bildirimleri SGK'ya yapılmaktadır. SGK sigortacılık kurumu olduğu için ağırlıklı olarak meslek hastalıklarının tazminat ile ilgili süreçlerine odaklanmış bir kuruluştur. Oysa meslek hastalıklarına ait bilgi ve kayıtların koruyucu sağlık hizmetleri perspektifi ile Sağlık Bakanlığı tarafından toplanması halk sağlığı açısından da iş sağlığı açısından da daha uygun ve etkin bir yoldur. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde diğer ülke örneklerindeki benzer şekilde bir "Ulusal İş Sağlığı Güvenliği Enstitüsü" kurulması, bu yapının işlevlerinden biri olarak "Meslek Hastalıkları Sürveyans Sistemi"nin oluşturulması ülkemiz açısından hayati öneme sahiptir. Meslek hastalıkları sürveyans sisteminin bir alt sistemi olarak "Sağlık Çalışanlarında Mesleki COVID-19 Sürveyans Sistemi"nin tanımlanması bu özellikli grubun daha etkin şekilde izlenebilmesi ve gerekli olan iş sağlığı müdahalelerinin daha hızlı ve etkin şekilde planlanarak hayata geçirilmesi açısından kritiktir.

## Sonuç

Bu raporda sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığının dünyadaki ve ülkemizdeki durumu ile hangi kuruluşlar ve ülkeler tarafından meslek hastalığı olarak kabul edildiği konuları irdelenmeye çalışılmıştır. Bu bilgiler ışığında ülkemizdeki yasal düzenlemeler ve yapılabilecekler de göz önüne alınarak konuya ilişkin bir perspektif ve bir yol haritası belirlenmeye çalışılmıştır.

Sağlık çalışanlarının pandemi dönemindeki çalışma koşulları ile bu iş kolundaki COVID-19 hastalık sıklığının yüksekliği göz önüne alındığında dünyadaki eğilimle benzer şekilde ülkemizde de bu hastalığın sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak kabul edilmesi uygun olacaktır. Buna ilişkin yasal ve idari düzenlemelerin daha fazla geç kalınmadan yapılması hem bu hastalık nedeniyle sağlığı olumsuz etkilenen sağlık çalışanlarının, hem de bu hastalık nedeniyle yaşamını yitiren sağlık çalışanlarının yakınlarının yasal haklarına kavuşabilmeleri açısından çok önemlidir. Bunun yanı sıra devam etmekte olan pandemi süreci ile gelecek olası salgınlarda sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına yönelik yapılacak olan iş sağlığı müdahalelerinin planlanabilmesi açısından COVID-19'un sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak kabul edilmesi elzemdir.

SARS-cov-2 virüsünün neden olduğu bu salgın insanlığın gördüğü ilk salgın olmadığı gibi son salgın da olmayacaktır. Dolayısıyla ülkemizin bu tip halk sağlığı krizleri için önceden hazırlanmış bir yol haritasının bulunması bundan sonraki salgınlara yönetimi için de elimizi güçlendirecektir.

Her ne kadar ağır koşullarda çalışsalar, çoğu zaman hak ettikleri ücreti alamazlar ve sıklıkla sözel ve fiziksel şiddetin mağduru olsalar da sağlık çalışanları, en önemli ve en değerli insan kaynağımızdır. Pandemi süreci bu gerçeği bir kez daha ortaya koymuştur. Bu nedenle, bu olağanüstü koşullarda göstermiş oldukları yüksek sorumluluk duygusu, iş disiplini ve yaptık-

Yasal ve idari düzenlemelerin daha fazla geç kalınmadan yapılması hem bu hastalık nedeniyle sağlığı olumsuz etkilenen sağlık çalışanlarının, hem de bu hastalık nedeniyle yaşamını yitiren sağlık çalışanlarının yakınlarının yasal haklarına kavuşabilmeleri açısından çok önemlidir.



ları büyük fedakarlıklar göz önüne alınarak taleplerine kulak verilmelidir. Hem toplumsal hem de yönetsel düzeyde onların hastalık risklerini en aza indirecek, çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirecek ve yalnız olmadıklarını hissettirecek düzenlemelerin bir an evvel hayata geçirilmesi toplumun ve devletin sağlık çalışanlarına olan borcudur.

Sağlık çalışanları, işlerini yaparken güvende olduklarını ve korunduklarını hissetmeye her zamankinden daha fazla ihtiyaç duymaktalar. Bu perspektifle atılabilecek en anlamlı adımlar; sağlık çalışanlarında COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi, bunun için gerekli olan yasal ve idari düzenlemelerin yapılması, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulacak olan "Ulusal İş Sağlığı Güvenliği Enstitüsü" çatısı altında "Mesleki COVID-19 Hastalığı İçin Aktif Sürveyans Sistemi"nin kurulmasıdır.

### Kaynaklar

1. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (Son erişim tarihi: 09.09.2020)
2. <https://covid19.saglik.gov.tr/> (Son erişim tarihi: 09.09.2020)
3. Barranco R, Ventura F. Covid-19 and infection in health-care workers: An emerging problem. *Medico-Legal Journal*. 2020;88(2):65-66. Doi:10.1177/0025817220923694
4. Vahidy FS, Bernard DW, Boom ML, et al. Prevalence of SARS-cov-2 Infection Among Asymptomatic Health Care Workers in the greater Houston, Texas, Area. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2016451. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.16451
5. Ranney ML, Griffith V, Jha AK. Critical Supply Shortages - The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):e41. Doi: 10.1056/nejmp2006141. Epub 2020 Mar 25.
6. Gondi S, Beckman AL, Deveau N, Raja AS, Ranney ML, Popkin R, He S. Personal protective equipment needs in the USA during the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020 May 23;395(10237):e90-e91. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)31038-2. Epub 2020 May 14.
7. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Update Alert 3: Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. *Ann Intern Med*. 2020 Aug 3:L20-1005. Doi: 10.7326/L20-1005.
8. ILO Standards and COVID-19 (coronavirus) (Son Erişim Tarihi: 09.09.2020) [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---normes/documents/genericdocument/wcms\\_739937.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/genericdocument/wcms_739937.pdf)
9. <https://ww1.issa.int/news/can-covid-19-be-considered-occupational-disease> (Son Erişim Tarihi: 09.09.2020)
10. <https://www.ituc-csi.org/about-us?Lang=en> (Son Erişim Tarihi: 09.09.2020)
11. <https://osha.europa.eu/en/oshnews/be-recognition-covid-19-occupational-diseases-extended-critical-workers-essential> (Son Erişim Tarihi: 09.09.2020)
12. [https://www.fedris.be/fr/FAQ\\_FR-Covid-19#h2\\_0](https://www.fedris.be/fr/FAQ_FR-Covid-19#h2_0) (Son Erişim Tarihi: 09.09.2020)
13. [https://www.ilo.org/global/topics/geip/news/WCMS\\_741984/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/geip/news/WCMS_741984/lang-en/index.htm) (Son Erişim Tarihi: 09.09.2020)
14. <http://www.tuik.gov.tr/ustmenu.do?Metod=temelist> (Son Erişim Tarihi: 8.05.2020)
15. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200430-sitrep-101-covid-19.pdf?Sfvrn=2ba4e093\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200430-sitrep-101-covid-19.pdf?Sfvrn=2ba4e093_2) (Son Erişim Tarihi: 8.05.2020)
16. "10 Nisan 2020: Sağlık personeli sayımız 1 milyon 61 bin 635'tir. Bunun 165 bin 363'ü doktor, 204 bin 969'u hemşiredir." <https://www.sozcu.com.tr/2020/saglik/turkiyede-kac-saglik-personeli-var-bakan-koca-turkiyedeki-toplam-saglik-personel-sayisini-acikladi-5739923/> (Son Erişim Tarihi: 8.05.2020)

17. 29 Nisan 2020: Bakan Koca, coronadan etkilenen sağlık çalışanı sayısını açıkladı. Koca, “Şu dönemde, maalesef enfekte olan sahada çalışan sağlık çalışanlarımızın sayısı fazla oldu. Toplam sayımız 7 bin 428. Yani 1 milyon çalışmamız içinde 7 bin 428 kişi enfekte, ortalama vakalarımız içindeki oranı yüzde 6,5’e yakın” dedi.] <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/son-dakika-coronadan-etkilenen-saglik-calisani-sayisi-aciklandi-5782942/> (Son Erişim Tarihi: 8.05.2020)
18. <https://www.sabah.com.tr/gundem/2020/09/02/son-dakika-2-eylul-turkiyede-corona-virus-vaka-ve-olu-sayisi-kac-oldu-2-eylul-2020-carsamba-saglik-bakanligi-turkiye-corona-virusu-gunluk-son-durum-tablosu?Paging=2> (Son Erişim Tarihi: 10.09.2020)
19. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf> (Son Erişim Tarihi: 10.09.2020)
20. 5510 Sayılı İş Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf> (Son Erişim Tarihi: 10.09.2020)
21. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuatno=12511&mevzuattur=7&mevzuat\\_tertip=5](https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuatno=12511&mevzuattur=7&mevzuat_tertip=5) (Son Erişim Tarihi: 10.09.2020)

# HUKUKSAL AÇIDAN COVID-19

## "COVID-19, SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN MESLEK HASTALIĞI OLARAK KABUL EDİLMELİDİR"

**O. Meriç Eyüboğlu**

Avukat

Çalışanların virüsle karşılaşma risklerine göre dört maruz kalım düzeyi tanımlanıyor. Bu sınıflamaya göre sağlık çalışanları COVID-19 (SARS-cov-2) maruz kalımı için en yüksek riskli meslek grubu.<sup>104</sup>

Uluslararası Af Örgütü'nün temmuz ayında yayınladığı rapor, 79 ülkede, bilindiği kadarıyla 3 binin üzerinde sağlık çalışanının COVID-19'a yakalandıktan sonra öldüğünü gösteriyordu.<sup>105</sup> Uluslararası Af Örgütü 3 Eylül 2020 tarihinde yeni bir rapor paylaştı ve hayatını kaybeden sağlık çalışanı sayısının 7 bini aştığını ilettili.<sup>106</sup>

Raporda, en yüksek sayıda sağlık çalışanının hayatını kaybettiği ülkeler arasında Meksika (1.320), ABD (1.077), İngiltere (649), Brezilya (634), Rusya (631), Hindistan (573), Güney Afrika (240), İtalya (188), Peru (183), Endonezya (181), İran (164) ve Mısır (159) sıralanıyor ve gerçek sayıların olduğundan daha düşük bildirilmesi nedeniyle, toplam sayının çok daha fazla olabileceği özel olarak vurgulanıyor. **Bu rapordaki bir başka çarpıcı not:** incelenen 63 ülke ve bölgenin neredeyse hepsinde, tıpkı Türkiye'de olduğu gibi, sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipmanlarının son derece yetersiz olduğu...

Sağlık Bakanı tarafından 29 Nisan tarihi itibarıyla yapılan açıklamada da "1 milyon sağlık çalışanı içinde 7 bin 428 kişinin enfekte olduğu, ortalama vakalar içindeki oranın yüzde 6,5'e yakın" olduğu açıklanmıştı. Bu konuda başkaca bir paylaşım yapılmadı. Neyseki Türk Tabipleri Birliği ve sendika-

<sup>104</sup> "COVID-19 Pandemisi'nde Meslek Hastalığı Tanı Kılavuzu", 22.03.2020, s 9, erişim tarihi 9.9.2020, <https://korona.hassuder.org.tr/covid-19-pandemisinde-meslek-hastaligi-tani-kilavuzu/>

<sup>105</sup> Uluslararası Af Örgütü, Açığa Çıkarıldı, Susturuldu, Saldırıya Uğradı: Covid-19 Salgını Sırasında Sağlığı Ve Temel Çalışanları Korumadaki Başarısızlıklar, erişim tarihi 9.9.2020, <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/2572/2020/en/>.

<sup>106</sup> Uluslararası Af Örgütü, Küresel Af analizi, 7.000'den fazla sağlık çalışanının COVID-19 nedeniyle öldüğünü ortaya koyuyor, erişim tarihi 9.9.2020, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>

lar sayesinde, yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının sayısının 70'in üzerinde olduğunu biliyoruz.

Ölümün bu denli hızla ilerlediği zamanlarda, Sağlık Bakanlığı'nın üstleneceği/üstlenmesi gereken sorumluluklar nelerdir, sorusu bir tartışma alanı yarattı. COVID-19 bulaşı nedeniyle ölüm veya kalıcı yaralanma durumu meydana gelirse hukuki niteleme nasıl yapılmalıydı; iş kazası olarak mı yoksa meslek hastalığı olarak kabul edilmeliydi? Ancak hangisi kabul edilirse edilsin, maruz kalan kişiye veya yakınlarına SGK tarafından bağlanması gereken geçici veya sürekli yardımlar yönünden de, işverenden talep edilebilecek maddi ve manevi tazminatlar yönünden de bir farkın olmaması bu tartışmayı "akademik" bir düzeye taşımıştı.

İlk zamanlarda kimi sağlık kuruluşlarında bu bildirimlerin yaptırılmadığı yönünde şikayetler gelse, COVID-19'a maruz kalmış sağlık çalışanlarının kendilerinin de, bu tanıyı koyan meslektaşlarının da, ne iş kazası ne de meslek hastalığı bildirimi yapmadığı gözlemlense de, bir süre sonra bu sorunlar aşılmıştı. Ta ki Sosyal Güvenlik Kurumu Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 07.05.2020 tarih 2020/12 sayılı genelgesine kadar.... Bu genelge ile "COVID-19 iş kazası mıdır, meslek hastalığı mıdır" sorusunu önemini yitirdi ve sağlık çalışanlarının bu virüse maruz kalması halinde, hangisi olursa olsun bu ikisinden birinin kabulü üzerinden bildirimde bulunması öncelikli hale geldi.

### **İş Kazası ve Meslek Hastalığı**

Meslek hastalıkları, işyerlerindeki çalışma koşulları veya çeşitli etkiler sonucu oluşan hastalıklardır. Mesleki bir faaliyetin yürütümü ya da bazı işlerde sürekli çalışma sonucunda kişide, bu faaliyetlerle doğrudan bağlantılı hastalıklar meydana gelebilir. Hastalıkla, sağlık zararı arasında bir illiyet bağı, yani neden sonuç ilişkisi mevcuttur.<sup>107</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) meslek hastalığını, işyeri ortamında bulunan faktörlerin etkisi ile meydana gelen hastalıkların ortak adı şeklinde tanımlarken, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) de benzer bir tanımla "hastalığa sebep olan birçok etken içinde işle ilgili faktörlerin de bulunduğu hastalıklar" olarak tanımlamaktadır.<sup>108</sup>

Kamu, özel ayrımı yapmaksızın sigortalı çalışan tüm kişileri kapsayan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. Maddesinde meslek hastalığı, "sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleri" olarak tanımlanmıştır (m. 14/1).

Kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine uygulanacağını belirterek başlayan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 3. Maddesine

<sup>107</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi sayfası, erişim tarihi 10.09.2020, <https://istanbulmeslekhh.saglik.gov.tr/>

<sup>108</sup> TTB Yayını (2016), Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu, Sağlık Çalışanlarında İş Kazası ve İşe Bağlı Hastalıklara Yaklaşım, Türk Tabipleri Birliği, s 21

göre ise meslek hastalığı, “mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı” ifade etmektedir (m. 3/1, l).

İş kazası ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 13. Maddesinde;

- “a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- B) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle,
- C) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- D) Bu Kanunun 4. Maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- E) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren” olaydır.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun 3. Maddesinde de iş kazası, “işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olayı... ifade eder” şeklinde tanımlanmıştır (3/1, g).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)<sup>109</sup> ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)<sup>110</sup>’ne göre iş kazası, önceden planlanmamış, bilinmeyen ve kontrol altına alınmamış olan, etrafa zarar verecek nitelikte, çoğu kişisel yaralanmalara, makinelerin ve araç gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olaydır. İş kazasından farklı olarak meslek hastalığının meydana gelmesi için, bu hastalığın çalışanın yaptığı veya çalıştığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir nedenden veya işin yürütüm şartlarından kaynaklanması gerekmektedir. Dolayısıyla meslek hastalığının yapılan işle veya işyeri koşulları ile ilgili olması gerekmektedir.

Bir karışıklık olmaması için belirtmeliyim; meslek hastalığı tanısı konması ayrıntılı bir prosedürü gerektirmektedir. Oysa iş kazası olgu tespiti/olay aktarımı olduğu için, örneğin sağlık çalışanı veya sağlık hizmetlerinde çalışan (güvenlik, hizmetli, şoför, sekreter vb.) Birinin solunum yollarına, göz mukozasına ya da açık yaralarına hastanın öksürük, hapsirink ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ya da bulaşması hallerinde, ayrıca COVID-19 tanısının konması beklenmeksizin, derhal iş kazası bildirimi yapılmalıdır. Bu durum, yaşanan “kaza” sonucunda ayrıca bulaş tespit edilirse ilgili hekim tarafından meslek hastalığı ön tanısı konulmasına ve bu yöndeki işlemlerin başlatılmasına engel değildir. İş kazası bildirimi yaşanan olayın aktarılması, meslek hastalığı bildirimi ise tıbbi bir durum tespitidir.

İş kazası, önceden planlanmamış, bilinmeyen ve kontrol altına alınmamış olan, etrafa zarar verecek nitelikte, çoğu kişisel yaralanmalara, makinelerin ve araç gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olaydır.

<sup>109</sup> TTB Yayını (2016), Sağlık Çalışanlarında İş Kazası ve İşe Bağlı Hastalıklara Yaklaşım, Türk Tabipleri Birliği, s 21

<sup>110</sup> Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 187 No’lu Protokol.



### **İş Kazası / Meslek Hastalığına Yakalanan Sigortalının Sağlık Çalışmasının SGK'dan Talepleri**

Meydana gelen olayın iş kazası veya meslek hastalığı olması halinde, SGK tarafından, çalışana gerekli sağlık yardımları yapılacaktır. Sağlık yardımı dışında, sigortalının hekim raporu ile tedavi gördüğü süre boyunca, kendisine geçici iş göremezlik<sup>111</sup> ödeneği ödenecektir (5510 sayılı Kanun, m.18). Geçici iş göremezlik ödeneği, yatarak tedavilerde Kanunun 17. Maddesine göre hesaplanacak günlük kazancın yarısı, ayaktan tedavilerde ise üçte ikisi olarak ödenecektir (5510 sayılı Kanun, m. 18/3).

Sigortalının, COVID-19 nedeniyle meslekte kazanma gücünü yüzde 10'dan fazla olacak şekilde kaybetmesi halinde kendisine sürekli iş göremezlik<sup>112</sup> geliri bağlanacaktır (5510 sayılı Kanun, m. 19). Sigortalının COVID-19 nedeniyle ölümü halinde de geride kalan hak sahiplerine sürekli iş göremezlik geliri bağlanacaktır (5510 sayılı Kanun, m. 20).

Tablo şöyle özetlenebilir;

- **Kısa vadeli sigorta kolları kapsamında** (sigortalının işe veya çalışmaya başlar başlamaz oluşabilecek risklere karşı sigortalıya veya yakınlarına koruma sağlanması amaçlanmaktadır)
  - Sigortalıya, geçici iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi,
  - Sigortalıya sürekli iş göremezlik geliri bağlanması,
  - İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine gelir bağlanması,
  - Gelir bağlanmış olan kız çocuklarına evlenme ödeneği verilmesi,
  - Hastalık ve analık sigortasından sigortalıya hastalık veya analık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği,
  - Analık sigortası kapsamında emzirme ödeneği,
  - Cenaze ödeneği,
  - Askerlik ve doğum borçlanması
- **Uzun vadeli sigorta kolları kapsamında;**
  - Malullük sigortası kapsamında malullük aylığı,
  - Yaşlılık sigortası kapsamında yaşlılık aylığı ve toptan ödeme,
  - Ölüm sigortası kapsamında ölüm aylığı,
  - Ölüm toptan ödemesi ve aylık almakta olan kız çocuklarına evlenme ödeneği ile cenaze ödeneği

<sup>111</sup> Geçici İş Göremezlik; sigortalının iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde Sosyal Güvenlik Kurumunca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurulu raporlarında belirtilen istirahat süresince geçici olarak çalışamama hali olarak, geçici iş göremezlik ödeneği ise iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde Kanun'da belirtilen geçici iş göremezlik sürelerinde verilen ödenek olarak tanımlanmıştır.

<sup>112</sup> Sürekli İş Göremezlik; sürekli iş göremezlik geliri, iş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve özürlülük nedeniyle Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlara istinaden Kurum Sağlık Kurulunca meslekte kazanma gücü en az % 10 oranında azalmış bulunduğu tespit edilen sigortalıya bağlanmaktadır.

## **İş Kazası / Meslek Hastalığına Yakalanan Sigortalının İşverenden Talepleri**

Kural olarak işverenin, meydana gelen olaydan dolayı sorumluluğuna gidebilmesi için kusurunun bulunması gerekir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 4. Maddesinde, işverenin yükümlülüğü düzenlenmiştir. Buna göre işveren;

- Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.*
- İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.*
- Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.*
- Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.*
- Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.*

İşverenin alması gereken tedbirler, elbette, çalışılan işyerinin niteliğine göre değişecektir. Örneğin, muhasebe bürosunda çalışan işçiler için, gerekli hijyen malzemelerinin sağlanması, günlük ofis temizliğinin yapılması gerekmektedir; özel bir hastanede veya kamu sağlık kuruluşunda çalışması halinde ise çalışanlar için eğitimin yanı sıra, tıbbi maske, eldiven gibi tüm koruyucu malzemelerin eksiksiz şekilde karşılanması gerekmektedir.

Kusurlu olan işverene (özel veya kamu sağlık kuruluşuna) karşı, maddi ve manevi tazminat talepli dava açılabilir:

- Geçici iş göremezlik halinde; SGK tarafından geçici iş göremezlik ödeneği ödeneceğinden, işverenden SGK tarafından ödenmeyen kazanç kaybı (sağlık çalışanları yönünden ayrıca performans geliri) maddi tazminat olarak istenebilir.<sup>113</sup>
- Kalıcı iş gücü kaybı halinde; iş kazası veya meslek hastalığına maruz kalan maddi zararlarını talep edebilir. Yargıtay kararlarında da belirttiği gibi kişinin, maddi bir zararı olmasa bile yaşadığı efor kaybı nedeniyle de maddi tazminat talep etmesi mümkündür.<sup>114,115</sup>
- Ölüm halinde; yakınlarının destekten yoksun kalma tazminatı ve ölümün neden olduğu yıkım nedeniyle manevi tazminat talep etme hakları doğar.

Destekten yoksun kalma tazminatı hayatını kaybeden kişinin, destek verdiği kişilerin hayatlarının ölüm nedeniyle kötüleşmemesi için kabul edilmiş bir maddi tazminat davası türüdür. Eş, nişanlı, sevgili, çocuklar, kendi anne ve

<sup>113</sup> Hesaplanacak tazminattan, SGK'ya ödenen geçici iş göremezlik ödeneği düşürülür.

<sup>114</sup> Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 2018/142 E, 2018/1625 K ve 6.11.2018 tarihli karar

<sup>115</sup> Meslekte kazanma gücü en az %10 azalan çalışana SGK tarafından sürekli iş göremezlik geliri bağlanmaktadır. Bu olasılıkta da tazminat hesaplanırken sürekli iş göremezlik gelirin il peşin sermaye değerinin düşürülmesi gerekir.

babası ve yaşarken kendisinden destek aldığını ispatlayan diğer yakınlar talep edebilir. Çocuklar için destek süresi kendi geçimlerini sağlayabilecekleri yaşa kadar hesaplanır. Yargıtay kararlarında erkek çocuklarının 18, kızı çocuklarının 22 yaşında destekten çıkacağı, üniversite öğrenimi olasılığında hesaplamanın 25 yaşa çıkacağı belirtilmektedir.<sup>116</sup>

Hayatını kaybeden kişinin yaşı, destekten yoksun kalma tazminatının hesaplanmasında belirleyicidir. Zira hesaplama yapılırken ölenin belli bir yaşa kadar<sup>117</sup> aktif çalışacağı, daha sonrasındaki çalışmalarının pasif çalışma olacağı kabul edilmektedir. Bu nedenle hayatını kaybeden kişinin, kalan bakiye ömrü hesaplamasının sonucunu etkilemektedir. Hesap yapılırken aktif çalışma süresi gerçek ücret üzerinden, pasif çalışma süresi asgari ücret üzerinden hesaplanmaktadır. Bu nedenle ölenin gerçek gelirin ispatı da son derece önemlidir. Oysa özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin gerçek ücretlerinin belgelenmesinde önemli sorunlar olduğu malumdur.

Çalışanın kusurlu olup-olmaması bir başka belirleyici faktördür. Örneğin ölen kişinin yüzde 10 oranında kusurlu olduğu sonucuna varılan bir davada, ilgililer bilirkişi tarafından hesaplanan miktarın yüzde 90'ını alabilecektir.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu istenen destekten yoksun kalma tazminatı, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan zararlara ilişkindir. Dolayısıyla SGK tarafından ödenen ve işverene rücu edilen gelirler hesaplanan tazminattan indirilir.

Görüldüğü üzere, ölüm halinde söz konusu olacak destekten yoksun kalma tazminatı, her olayın özelliğine, keza hayatını kaybeden kişinin yaşına, ücretine, söz konusu iş kazası veya meslek hastalığına maruz kalma açısından kusurlu olup olmamasına göre değişen bir hesaplamayı gerektirmektedir.

Son olarak bu talepli davanın, ölüm olayının meydana geldiği tarihten itibaren 10 yıl içinde açılması gerektiğini belirtelim. Ancak bu davalar dosyanın birden çok kere bilirkişiye gitmesi, peşin sermaye değerinin 6 ayda bir güncellenmesi nedeniyle, diğer dava türlerinden çok daha uzun sürmektedir.

### **COVID-19 İş Kazası mı, Meslek Hastalığı mı?**

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. Maddesi, hangi hastalıkların meslek hastalığı olarak kabul edileceğinin SGK tarafından çıkarılacak yönetmeliğe göre tespit edileceğini belirtmektedir (5510 sayılı Kanun, m. 14/son).

SGK tarafından çıkarılan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin ekindeki meslek hastalıkları listesinde COVID-19 pandemisi yer almamaktadır. Buna karşın listenin, D gurubun-

Hesap yapılırken aktif çalışma süresi gerçek ücret üzerinden, pasif çalışma süresi asgari ücret üzerinden hesaplanmaktadır. Bu nedenle ölenin gerçek gelirin ispatı da son derece önemlidir. Oysa özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin gerçek ücretlerinin belgelenmesinde önemli sorunlar olduğu malumdur.

<sup>116</sup> Yargıtay 17 Hukuk Dairesi 2016/10093 E, 2019/5631 K ve 07.05.2019 tarihli karar

<sup>117</sup> Yargıtay kararlarında aktif çalışma yaşı olarak 60 kabul edilmektedir. Yargıtay 21 Hukuk Dairesi 2018/4223 E, 2019/4927 K ve 10.09.2019 tarihli karar

da bulaşıcı hastalıkların<sup>118</sup> da meslek hastalığı olarak sayıldığı görülmektedir.

30.05.2007 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nde bulaşıcı hastalık; *"Enfekte olmuş bir kişi ile doğrudan temas yoluyla veya bir vektör, hayvan, ürün veya çevreye maruz kalma gibi dolaylı yollardan veya bulaşıcı madde ile kirlenmiş olan sıvı alışverişi yolu ile insandan insana bulaşan, bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalık"* olarak tanımlanmıştır (m 4/c)

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar, Yönetmeliğin ekinde Ek-1 olarak sıralanmıştır. Bu listede koronavirüs temelli salgın hastalıklardan olduğu belirtilen Ortadoğu Solunum Sendromu olarak bilinen MERS (Middle East Respiratory Syndrom) ve Ağır Akut Solunum Yetmezliği Sendromu olarak bilinen SARS sayılmaktadır. Bu nedenle, COVID19'u da bulaşıcı hastalık sınıfında değerlendirmek doğru olacaktır. Kaldı ki Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nde tespit edilmiş olan hastalıklar dışında herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağı hususunda Yüksek Sağlık Kurulu karar vermeye yetkilidir (5510 sayılı Kanun, m. 14/son).

Bu halde COVID-19'un bulaşıcı hastalık olması nedeniyle D grubunda sayılan hastalıklar arasında nitelenmesi mümkündür. Aksinin kabulü halinde de yapılması gereken, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna tarafından COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak tanımlanmasıdır. Zira sağlık çalışanları COVID-19'a tam da kanunda tanımlandığı gibi, çalıştıkları yer ve/veya yaptıkları işin niteliğinden dolayı ve/veya işin yürütüm şartları yüzünden maruz kalıyorlar.

COVID-19'un iş kazası veya meslek hastalığı olarak tanımlanmasına itirazı olanlar ise "ya virüse toplu taşımada maruz kalmışsa veya hastalık evde eşinden bulaşmışsa" sorusunu ortaya atmaktadır. Bu sorunun kimi durumlar için haklı olduğunu kabul etmek gerek. Ancak buradan hareketle "her yerde bulaşmış olabilir o halde ne iş kazası ne de meslek hastalığıdır" sonucuna varmak fazlasıyla toptancı bir yaklaşımdır. Benzer bir toptancılık Sosyal Güvenlik Kurumu Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 07.05.2020 tarih 2020/12 sayılı genelgesinde de karşımıza çıktı. Bilindiği üzere bu Genelgede "Covid-19'un bulaşıcı bir hastalık olduğu dikkate alındığında, söz konusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara hastalık kapsamında provizyon alınması gerekmektedir" denilerek, sağlık çalışanları ve pandemi günlerinde çalışmak zorunda kalan

<sup>118</sup> Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmelik "Mesleki bulaşıcı hastalıklar"

MADDE 19 – (1) Mesleki bulaşıcı hastalıklar Listesinin "D Grubu"nda yer alan bulaşıcı hastalıkların, görülen iş gereği olarak veya işyerinin özel koşullarının etkisiyle oluşması ve enfeksiyonun laboratuvar bulguları ile de kanıtlanması gereklidir.

(2) Bu listede yer almayan fakat görülen iş ve görev gereği olarak bulaştığı kesin olarak saptanan diğer bulaşıcı hastalıklar da meslek hastalığı sayılır. Bu husustaki teşhisin laboratuvar deneyleriyle kanıtlanması gereklidir. Hastalığın en uzun kuluçka süresi yükümlülük süresi olarak alınır.

işçiler yönünden herhangi bir ayırım yapılmaksızın, COVID-19 için iş kazası ya da meslek hastalığı bildirimi yapılamayacağı söylenmiş oldu. Diğer bir ifade ile SGK bu genelge ile, COVID-19 olgularını "iş kazası/meslek hastalığı" olarak değil "hastalık" olarak değerlendirdiğini beyan etti.

T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü	
Sayı : 96597630-010.06.02-E.5852699	07/05/2020
Konu : Koronavirüs (COVID-19)	
GENELGE 2020/12	
<p>Bilindiği üzere; Çin'in Vuhan kentinde ortaya çıkan yeni tip Koronavirüs (COVID-19), çok hızlı bir küresel yayılım göstererek neredeyse tüm Dünya ülkelerini etkilemiş ve Dünya Sağlık Örgütü'nce pandemik (salgın) bir hastalık olarak ilan edilmiştir. Ülkemiz de söz konusu salgından olumsuz yönde etkilenmiştir.</p> <p>5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 15 inci maddesinde;</p> <p><i>"4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalının, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğine neden olan rahatsızlıklar, hastalık halidir."</i></p> <p>hükmü yer almaktadır.</p> <p>Buna göre; COVID-19 virüsünün bulaşıcı bir hastalık olduğu dikkate alındığında, söz konusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara hastalık kapsamında provizyon alınması gerekmektedir.</p> <p>Bilgi edinilmesini ve gereğince işlem yapılmasını rica ederim.</p>	
İsmail YILMAZ Kurum Başkanı V.	

Oysa en azından "iş kazası" bildiriminin bir çırpıda kenara konulması, sadece aktardığım hukuki düzenlemeler yönünden değil, Yargıtay 21. Hukuk Dairesi'nin<sup>119</sup> H1N1 pandemisi dönemine ilişkin verdiği karar ve getirdiği ölçütler yönünden de mümkün değil:

"Somut olayda, tır şoförü olan davacı murisinin 26.11.2009 tarihinde davalı işveren tarafından Ukrayna'ya sefere gönderildiği, 11.12.2009 tarihinde Türkiye'ye giriş yaptığı, Adli Tıp Kurumu raporunda, H1N1 virüsünün kuluçka süresinin 1-4 gün arasında değiştiği, murisin 13.12.2009 tarihli hastaneye başvurusunda belirttiği şikayetlerin hastalığın başlangıç belirtileri olduğu takdirde hastalığın bulaşmasının bu tarihten 1-4 gün öncesinde gerçekleşmiş olacağının bildirildiği, buna göre davacı murisinin, işveren tarafından yürütül-mekte olan iş nedeniyle Ukrayna'ya yapılan sefer sırasında bulaştığı

<sup>119</sup> Yargıtay 21. Hukuk Dairesi'nin, 2018/5018 E., 2019/2931 K. sayı ve 15.04.2019 tarihli kararı



yukarıda belirtilen rapor kapsamından anlaşılan H1N1 virüsüne bağlı olarak, daha sonra meydana gelen ölümünün iş kazası olarak kabul edilmesi gerektiği açıktır.”

Görüldüğü üzere bu kararda çalışanın yaptığı iş gereğince yakalanmış olduğu hastalık ve meydana gelen ölüm iş kazası olarak kabul edilmiştir. Keza hali hazırda Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ve kalite direktifleri uygulamalarına göre, sağlık çalışanları hepatit C, HIV + ve benzeri bulaşlara maruz kaldığında iş kazası olarak bildirimleri yapılmaktadır. Dolayısıyla COVID-19’un sadece “hastalık” olarak nitelenmesi bu düzenleme ve uygulama yönünden de anlaşılmaktan uzaktır.

### **Sonuç**

Sağlık çalışanları, COVID-19 pandemi sürecinde sağlık hizmeti sunmaları nedeniyle hastalığa maruz kaldıklarından, sağlık hizmeti ve COVID-19 hastalığı arasındaki nedensellik bağı açıkça ortadadır. Yargıtay, Haziran 2018 tarihli bir kararında, "nedensellik bağı", "hizmet akdine göre işverenin işyerinde çalışan işçi, hastalığa, gördüğü işin özellik ve niteliği veya işin yürütüm şartları dolayısıyla tutulmuş ise uygun illiyet bağı mevcuttur" şeklinde tanımlamıştır. Dolayısıyla bu hastalığın, sağlık mesleğinin icrasından kaynaklandığı, COVID-19’lu hastaları tedavi etmeye çalışırken hastalığa maruz kalındığı açıktır. Bu nedenle iş kazası veya meslek hastalığı olarak nitelenmesi hatalı değildir. Hatalı değildir zira her ikisine bağlı özlük hakkı ve tazminat yükümlülükleri farklı olmayacaktır.

Ancak tartışmanın daha akademik boyutu yönünden ifade edersem; COVID-19’un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği fikrine daha yakınım. Nitekim salgının en fazla hissedildiği İtalya ve Fransa’da COVID-19 meslek hastalığı olarak sayılmıştır. Belçika, Güney Afrika, Kanada, Malezya gibi devletler de meslek hastalığı saymış ve yapılacak işlemleri detaylandırarak maluliyet ve ölüm halinde tazminat ödeyeceğini bildirmiştir. ABD’de ise COVID-19’un iş ile ilişkili olduğu kabul edilmiştir.<sup>120</sup>

Kaldı ki SGK’nın aksi yönde bulgular olan (örneğin eşini COVID-19 nedeniyle kaybetmiş bir sağlık çalışanının peşi sıra bu hastalığa yakanmış olması halinde) bir sağlık çalışanı için, iş kazası veya meslek hastalığı bildirimine itiraz etmesi/kabul etmemesi, meselenin yargıya taşınıp ispatlanmasının istenmesi pekala mümkün.

Burada cevaplanması gereken asıl soru, pandeminin en önünde tabiri caizse çarpışan sağlık çalışanlarına ve yakınlarına; zorlu, genel olarak sağlık alanındaki kayıt altına alma ve belgeleme sorunlarına pandeminin yarattığı öznel sorunların eklenmesi nedeniyle ispatlama yönünden sıkıntılı ve hayli uzun olan dava süreçlerini ve hukukun labirentlerini mi önereceğiz? Hak, hukuk ve adaletin bize işaret ettiği yer burası mıdır?

Sağlık çalışanlarının COVID-19’a maruz kalma ve bu nedenle yaşamlarını kaybetme sayılarının bu denli yüksek olduğu günlerde, hekimler, hemşire-

Pandeminin en önünde tabiri caizse çarpışan sağlık çalışanlarına ve yakınlarına; zorlu, genel olarak sağlık alanındaki kayıt altına alma ve belgeleme sorunlarına pandeminin yarattığı öznel sorunların eklenmesi nedeniyle ispatlama yönünden sıkıntılı ve hayli uzun olan dava süreçlerini ve hukukun labirentlerini mi önereceğiz?

<sup>120</sup> Aile Hekimliği Çalışanları Sendikası sayfası, erişim tarihi 11.09.2020, <http://www.ahesen.org.tr/>

ler, temizlik personeli gibi çalışanların hastane ortamında virüse yakalanmış olmaları halinde, bu durumun meslek hastalığı olarak kabul edilmemesi ve buna bağlı hakların sağlanmaması, hukuki düzenlemeler ve diğer her şey bir yana öncelikle hakkaniyetsiz bir sonuç. Hukuk kuralları, toplumsal yaşamı düzenleyen kurallar olarak, bu denli haksız ve hakkaniyetsiz sonuçları ortadan kaldırmayı amaçlar.



O halde, tıbbi değerlendirmelerde COVID-19 virüsünün diğer tanımlanan ve bilinen virüslerden daha çabuk ve kolay bulaştığı, bu durumun hekimlerin ve hemşirelerin bu virüse yakalanması riskini daha fazla arttırdığı dikkate alınarak, keza salgının bulaş özelliğinin de yaygın olması göz önüne alınarak, günde en az 8 saat çalışan sağlık personeli, zorlu hukuki süreçler ve ispat külfetiyle karşı karşıya bırakmamak için doğrudan ve açıkça düzenleme yapılmalıdır.

Yineleyeyim aksi durumda yani Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun mevcut ısrarını sürdürmesi halinde, dava açıp ortaya çıkan sonucun meslek hastalığı veya duruma göre iş kazasından kaynaklandığını ispatlamak pekala mümkündür. İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu tarafından, COVID-19 nedeniyle aramızdan ayrılan bir hekim adına SGK'ya ilk başvurular yapılmıştır. Gelecek cevaba göre dava açma hazırlığı sürmektedir.

Son olarak yaşamını kaybeden çok sayıda sağlık çalışanının “işverenin” Sağlık Bakanlığı olduğunu, idarenin/Bakanlığın sağlık hizmeti sunumundaki her türlü organizasyon eksikliğinin “hizmet kusuru” anlamına geldiğini, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 2. Maddesi ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında düzenlenen Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik gereğince, kamu sağlık kurumlarında görev yaparken COVID-19'a maruz kalan sağlık çalışanlarına ilişkin iş kazası veya meslek hastalığı bildirimlerinin yapılmaması halinin de, açık bir hizmet kusuru olduğunu ve idarenin sorumluluğunu doğuracağını belirtmek isterim.

## DENEYİM: PANDEMİDE ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMLERİ; HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

**Uzm. Dr. Ceyda Şahan<sup>1</sup>, Prof. Dr. Gökhan Metan<sup>2</sup>, Öğr. Gör. Dr. Gülçin Telli Dizman<sup>2</sup>, Prof. Dr. Mine Durusu Tanrıöver<sup>3</sup>, Dr. Öğr. Üyesi Nursel Çalık Başaran<sup>3,4</sup>** (yazar isimleri alfabetik sırayla yazılmıştır)

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Erişkin Hastanesi İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği

<sup>2</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Erişkin ve Onkoloji Hastaneleri Enfeksiyon Kontrol Komiteleri

<sup>3</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı

<sup>4</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

### Özet

COVID-19 pandemisi sürecinde başta sağlık çalışanları olmak üzere çalışma koşullarına bağlı olarak çalışanların risk altında olduğu sektörlerle yönelik durum tespiti yapılması ihtiyacı bulunmaktadır. Özellikle toplum yararına çok riskli işler yürüten, ilk müdahaleye katılanlar ve sağlık çalışanlarının haklarının gözetilmesi bakımından çalışanların izlenmesi oldukça önemlidir. COVID-19 pandemi döneminde hastanelerde özellikle sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ve sağlık hizmetinin etkin şekilde yürütülmesi için birçok önlem alınmış ve farklı birimler koordinasyon içinde çalışmıştır. Mevcut yapılanmada çalışan sağlığı birimlerinin farklı disiplinlerden personellerin deneyimleri ve bakış açılarıyla süreci yönetmeleri çok değerlidir. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Hastaneler Afet ve Acil Durum Planları (HAP) yürürlüğe konulmuştur. Bu çalışmalar kapsamında, H.Ü. Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı'nın önerisi doğrultusunda, Hastanelerin (Erişkin ve Onkoloji Hastaneleri) enfeksiyon kontrol komitesiyle birlikte planlanmıştır. Bu çerçevede sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliğinin korunması çalışmalarına katkı sağlamak üzere, öncelikle COVID-19 temaslı sağlık çalışanlarının bulaş risk düzeylerinin değerlendirilmesi ve yönetilmesi sağlanmıştır. Bu çalışmalar, Erişkin Hastanesinde bulunan, HÜTF Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği tarafından, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliğinde Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile birlikte sürdürülmüştür.

Özellikle pandemi döneminde sağlık çalışanlarının sağlığı konusunun özellikle biyolojik risklerin önlenmesi bakımından çok önemli olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin bu süreçte rolleri sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği bakımından çok önemlidir. Özellikle kamu ve üniversite hastanelerinde genellikle iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin yasal zorunluluk olmadığı için ya hiç kurulmadığı ya da yetersiz insan gücü ile çalıştığı bilinmektedir. Bu süreçte aksaklıkların giderilmesi için bu birimlerin güçlendirilmesi, desteklenmesi ve insan gücü (İş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, yardımcı sağlık personeli vb) sağlanması hayati önem taşımaktadır. Bu süreçte yaşanan aksaklıkların ve engellerin önüne geçilmesi her hastanede sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik bir ekip kurulması ile mümkündür.

### ***Pandemi Hareket Planı ve Acil Durum Planı Çerçevesinde Pandemi Yanıtı ve Genel Yapılanma***

Pandemi, en basit tanımı ile yeni bir bulaşıcı hastalığın tüm dünyaya yayılmasıdır. Bir pandeminin risklerini ve etkilerini azaltmak, sağlık sistemleri tarafından pandemiye verilecek yanıt ortaya koymak ve sistemin işlevselliğini koruyabilmek için pandemilere hazırlanmak kritik önem taşımaktadır. Sağlık sistemlerinin kapasitelerini pandemiye yanıt verecek şekilde hem ulusal hem de kurumsal düzeyde hazırlamaları ve planlamaları için birçok araç bulunmaktadır.<sup>121</sup> Geçtiğimiz yüzyılda yaşanan pandemilerden dolayı, 21. Yüzyılın pandemi kurgusu da influenza temelinde yapılmış ve her ülkenin ‘sağlıkta acil risk yönetimi’ yaklaşımı ile pandemik influenza hazırlık planlarını geliştirmesi istenmiştir.

Hastanelerde afet ve acil durumlara ilişkin risklerin azaltılması, afet tehlikeleri karşısında karşılaşılabilecek olası zararın en aza indirilmesi ve personel ile hasta/hasta yakınlarının can güvenliğinin korunması amacıyla Hastaneler Afet ve Acil Durum Planları (HAP) geliştirilmektedir. Küresel bir salgın durumu da “afet ve acil durum” kapsamında değerlendirilmektedir. Afet durumunda hastanelerin zarar görebilirliğinin azaltılması, kaosu etkin olarak yönetilmesi, afet durumunda planlı, etkili ve hızlı yanıtın sağlanması, kayıpların azaltılması, hastane hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi amaçlanmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri’nde 2005 yılından itibaren hastane afet planları yapılmaya başlanmış, 2006 yılında yürürlüğe girmiş olan HAP risk değerlendirmeleri doğrultusunda sürekli olarak güncellenmiş ve ilk pandemi planı da 2014 yılında ‘Solunum Yoluyla Bulaşan Enfeksiyon Hastalıkları Salgını Hareket Planı’ olarak yayınlanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri’nde 02.03.2020 tarihinde yapılan COVID-19 Pandemi Hazırlık Planı Toplantısı’nda TC Sağlık Bakanlığı’nın COVID-19 (2019-n cov Hastalığı) Rehberi ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Pandemi Hareket Planı gözden geçirilmiş ve 02.03.2020 tarihlerinde “Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Pandemi Hareket Planı” revize edi-

Özellikle kamu ve üniversite hastanelerinde genellikle iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin yasal zorunluluk olmadığı için ya hiç kurulmadığı ya da yetersiz insan gücü ile çalıştığı bilinmektedir. Bu süreçte aksaklıkların giderilmesi için bu birimlerin güçlendirilmesi, desteklenmesi ve insan gücü (İş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, yardımcı sağlık personeli vb) sağlanması hayati önem taşımaktadır.

<sup>121</sup> WHO (2018 update). A checklist for pandemic influenza risk and impact management: building capacity for pandemic response. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

lerek COVID-19 Enfeksiyon Kontrol talimatı doğrultusunda gerekli bilgiler eklenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, 11 Mart 2020 tarihinde yeni koronavirüs ile ortaya çıkan enfeksiyon hastalığının bir pandemi olarak tanımlandığını ve bunun dünya tarihinde bir koronavirüs ile gelişen ilk pandemi olduğunu ilan etmiştir.<sup>122</sup> Türkiye'deki ilk vakanın açıklanmasını takiben 11 Mart 2020 tarihinde HAP aktive edilmiş ve Pandemi Hareket Planı yürürlüğe konmuştur. Hacettepe Hastaneleri Afet ve Acil Durum Yönetim Sistemi Organizasyon Şeması doğrultusunda belirlenmiş olan görev, yetki ve sorumluluklar doğrultusunda tüm birimlere iş akış talimatları doğrultusunda görevlerini yerine getirmeleri bildirilmiş ve öncelikle hastanedeki akademik personel, sağlık personeli ve diğer idari personele yönelik bilgilendirme toplantıları düzenlenmiştir. Yöneticiler esas rollerinin ötesinde HAP'taki rolleri ile görev yapmaya başlamıştır. Organizasyon Şeması'nda HAP Başkanı'na bağlı olarak görev yapan birçok birim (İş Güvenliği Sorumlusu, Tıbbi Teknik Danışma Kurulu, Operasyon, Planlama ve Lojistik Şefleri, Psikososyal Destek Sorumlusu, Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu vb.) Hasta güvenliğinin yanında çalışan güvenliğinin de sağlanması için var olan standart ilkelerin uygulanması yönünde çaba sarf etmiştir. Sadece bu- laş riski değil hukuki riskler de HAP yapılması içerisinde ele alınarak Tıbbi Etik sorumlusunun önerileriyle, hem genel onam hem de tedavi ve tetkike özel onam formlarına COVID-19 hastalığı, bulaş riski ve tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgilendirmeler eklenmiştir. Çalışanlarımızın bu dönemde yaşadığı korku ve endişelerle baş edebilmeleri için pratik hayata yönelik rehberler paylaşılmış, gerek duyan çalışanlarımızın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan destek alması sağlanmıştır.

COVID-19 hastalarının hastanelerimize başvurusu nedeniyle çalışanlarımızın karşılaşabileceği riskler değerlendirilmiş, alınması gereken önlemler ve süreçlere yönelik detaylı plan, talimat ve protokoller hazırlanmış ve eğitimler verilmiştir. Eğitimlerde ve toplantılarda pandemiye karşı alınacak önlemler dizisi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen tanı, tedavi ve yönetim algoritmaları, Hacettepe Üniversitesi Enfeksiyon Kontrol Ünitelerinin belirlediği algoritmalar, kişisel koruyucu malzemelerin uygun kullanım yöntemleri sürekli güncellenerek tüm kurum çalışanları ile düzenli olarak paylaşılmıştır. Bu süreçte T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü, Hastane Başhekimlikleri, Enfeksiyon Kontrol Ünitesi gibi dış kurum ve iç birimlerden COVID-19 pandemisine yönelik çok sayıda bilgilendirme mesajı ve belgeler hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden çalışanlara duyurulmuştur.

Bu dönemde hastanede olası COVID-19 hastalarının taranması ve tanınması, kesin COVID-19 hastalarının tanı, tedavi ve izlemi için özellikli alanlar oluşturulmuş, sağlık çalışanlarının görev yerleri yeniden düzenlenmiş, yetkinliklerine uygun yerlerde görevlendirilmeleri için çalışma planları hassas bir şekilde yapılmaya çalışılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri

<sup>122</sup> Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2020) Erişim Tarihi: 10 Eylül 2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>



Genel Müdürlüğü'nün 17/03/2019 tarih ve 14500235-403.99 sayılı yazısının 9. Maddesi ile Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 01/04/2020 tarih ve 929-1073972 sayılı yazısı doğrultusunda hekim planlaması yapılmış ve araştırma görevlilerimiz gerekli eğitim ve bilgilendirmelerin yapılmasını tabiiyetkinliklerine göre COVID-19 alanlarında görevlendirilmiştir. Bu alanlar ve işleyiş süreçleri aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

### **Öntriya ve Triya Alanları**

19 Mart 2020 itibari ile hastanenin farklı girişlerine, ayaktan başvuran hastaların hastane içine kontrollü şekilde girişini sağlamak üzere öntriya masaları kurulmuş, her hastane (Erişkin, İhsan Doğramacı Çocuk ve Onkoloji) hasta kabulü açısından kendi içinde yeni bir organizasyon yapmıştır. Bu masalarda görev yapacak araştırma görevlilerine verilen uyum eğitimlerinin ardından güncel kılavuzların ışığında her hasta ya da hasta yakınının temas öyküsü ve aktif şikâyet varlığı sorgulanmış, temassız ateş ölçerlerin temininden sonra vücut sıcaklığı ölçümü de yapılarak olası COVID-19 vakalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Eş zamanlı olarak Acil Servis'e başvuran hastaların giriş ve değerlendirme alanları belirlenmiş, olası COVID-19 vakalarının triya alanı ayrılmıştır. 1 Haziran 2020'den itibaren açıklanan normalleşme süreci doğrultusunda, vaka sayılarının da belirgin şekilde düşmesi ile öntriya masaları tedricen kaldırılmış ve kapılarda tüm çalışanlar ve ziyaretçilerin infrared kameralarla vücut sıcaklığı ölçümleri yapılmaya başlanmıştır.

### **C1 İlk Değerlendirme Polikliniği**

Ateş ve/veya solunum yolu şikayetleri ve/veya temas öyküsü bulunan ayaktan hasta başvurularını karşılamak üzere yapılandırılan C1 İlk Değerlendirme Polikliniği'nde şüpheli ya da olası vaka olarak belirlenen hastaların hastanelere giriş yapmadan ileri değerlendirme için İlk Değerlendirme Polikliniği'ne yönlendirilmesi sağlanmıştır. Olası vaka tanımına uyan çalışanlarımız da hastalarla ayrı bir kapıdan alınacak şekilde bu alanlarda öncelikli olarak değerlendirilmiş ve PCR tetkikleri alınmıştır. 7 gün 24 saat hizmet verilen bu poliklinikte İnfeksiyon Hastalıkları hekimlerinin önderliğinde farklı kliniklerden araştırma görevlileri, hemşire ve yardımcı sağlık personeli 12 saatlik periyotlarla hizmet vermiş ve virüs yükünü azaltmak için "wash out" periyotları ile çalışmışlardır. Bu alanda çalışan personel sayısı başvuran hasta yüküne göre dinamik olarak değiştirilebilmiştir. Bu alanda vaka tanımına uyan hastalar/çalışanlar laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri ile değerlendirilerek ayaktan izlem için yönlendirilmekte veya COVID-19 servislerine yatışları yapılmaktadır.

### **COVID-19 Servisleri ve Yoğun Bakımları**

Olası ve kesin COVID-19 hastalarının izleneceği servis ve yoğun bakım üniteleri Hastaneler Pandemi Hareket Planı'nda belirlenmiştir. Kesin/olası COVID-19 hastaları öncelikle İnfeksiyon Hastalıkları servisine, sonrasında

hasta sayıları arttıkça İç Hastalıkları Servislerine yatırılmaya başlanmıştır.<sup>123</sup> Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar ise öncelikle İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'ne, sonrasında da Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılmıştır.

COVID-19 hastalarının tanı ve tedavilerinin yapıldığı yataklı hizmet alanlarında çalışma programları aylık olarak yapılmakta ve ekipler bir vardiya sistemi dahilinde çalışmaktadır. Ayrıca bu alanlarda gerekli süpervizyonun sağlanması için konsültan öğretim üyeleri ve süpervizörler belirlenmektedir. İç Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları'nın servisleri öncelikle kendi Anabilim Dalları tarafından yapılan araştırma görevlisi ve rotasyonel planlaması ile COVID servisi olarak hizmet vermiş, zaman içerisinde diğer Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri'ne ait Anabilim Dalları tarafından desteklenmeye başlamıştır. Diğer Anabilim Dalları'ndan gelen araştırma görevlileri öncelikle hali hazırda işlemekte olan COVID servislerinde ve Acil Serviste uyum eğitimine tabi tutulmakta, sonrasında yeni açılan servislerde vardiya sistemi içerisinde çalışmaktadırlar. Her vardiyada bir İç Hastalıkları/Göğüs Hastalıkları araştırma görevlisi olacak şekilde çalışma planı yapılmaktadır. Her bir servis için, İç Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan araştırma görevlileri arasından 14 günlük çalışma/dinlenme periyotları ile çalışacak dört farklı ekip oluşturulmuştur. İlk 14 gün, 24 saatlik vardiya süresi ile gün aşırı iki ekibin çalışması, çalışma süresini tamamlayan ekiplerin sonraki 14 gün boyunca kendilerini kendilerini izole ederek karantina/dinlenme periyotlarını da tamamlaması planlanmıştır. Mart ayı sonuna kadar bu çalışma planı izlenmiş, artan vaka sayıları ile açılan yeni COVID-19 Servisleri ile birlikte 1 Nisan itibarı ile yeni bir çalışma düzeni belirlenmiştir. Enfeksiyon Kontrol Ünitesi'nin çalışan güvenliğinin sağlanması adına yapılan çalışmalarda COVID-19 Servislerinde 15 saati aşan çalışma ve maruziyet sürelerinin sağlık personeli enfeksiyon riskini arttırdığını bildirmesi üzerine vardiya süreleri 12 saat, çalışma ve dinlenme periyotları ise 6 gün olarak düzenlenmiştir.

Farklı alanlarda çalışmakta olan hemşireler ve diğer yardımcı personel de ihtiyaç duyulması halinde gerekli eğitimleri tamamlanarak COVID-19 alanlarında görev almaktadır. Çalışma planları yapılırken çalışma süreleri, dinlenme süreleri ve karantina dönemleri de planlanmıştır. COVID-19 alanlarında görev yapan tüm personele hastanede kullanmaları için ek kıyafetler dağıtılmış ve hastane içerisinde kıyafetlerinin temizlenmeleri sağlanmış, evinden izole olmak için ihtiyacı olan personele konaklayabileceği konuk evi/yurt/misafirhanelerde kalabilecek şekilde organizasyon yapılmıştır.

### **Girişimsel Alanlar**

Sadece yataklı ve ayakta bakım alanları değil girişimsel alanlar ve görüntüleme yapılan alanlar da pandemi tedbirleri doğrultusunda yeniden organize edilmiş ve olası/kesin COVID-19 hastalarının bu alanlara transfer

COVID-19 Servislerinde 15 saati aşan çalışma ve maruziyet sürelerinin sağlık personeli enfeksiyon riskini arttırdığını bildirmesi üzerine vardiya süreleri 12 saat, çalışma ve dinlenme periyotları ise 6 gün olarak düzenlenmiştir.

<sup>123</sup> Haberal G, Ozarlı İ, Durusu Tannöver M. COVID-19 pandemisine iç hastalıkları servislerinin hazırlanması. Sain Güven G, Uyaroglu OA, editörler. İç Hastalıkları ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.23-9.

edilirken hangi yolların izleneceği, ne gibi tedbirlerle transferin ve işlemin gerçekleşeceği belirlenmiştir. Her Anabilim Dalı'nın Afet ve Acil Durum Eylem Planı dâhilinde kurumsal standartlar ve T.C.Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda birimleri ile ilgili acil eylem planlarını oluşturmaları ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alması istenmiştir. Acil Servis, girişimsel birimler, ameliyathane gibi bulaş açısından yüksek riskli birimler önceliklendirilerek hasta bakım süreçleri belirlenmiş; havayolu yönetimi, transfer gibi yüksek riskli faaliyetlerde çalışan sağlığı açısından alınması gereken tedbirler standart protokollere bağlanmıştır.

### **Enfeksiyon Kontrol Komitesi Eğitimleri**

Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik talimatlar Şubat 2020'de COVID-19 ile ilgili mevcut bilimsel veriler ışığında gözden geçirilmiştir. Bu hastaların öncelikle başvuracağı Enfeksiyon Hastalıkları, Acil Servis, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Kliniklerinde yüz yüze eğitimler yapılmıştır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sürveyans Ekibi tarafınca Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı COVID-19 rehberleri temel alınarak hazırlanan kişisel koruyucu malzeme (KKM) kullanma rehberi Mart 2020'de yayımlanmıştır. Rehberde yapılan her bir tıbbi uygulama ve verilen hizmet türü göz önüne alınarak bulaş riskine uygun KKM önerileri yer almıştır. Salgının ilerleyen dönemlerinde rehberde gerekli güncellemeler bilimsel veriler, epidemiyolojik bulgular ve kurumsal tecrübeler eşliğinde KKM rehberinde güncellemeler yapılmıştır. KKM rehberi ve yapılan her güncelleme hastane bilgi yönetim sistemi tarafından sağlık çalışanlarına duyurulmuş ve kalite birimi dökümanları içerisinde yayımlanmıştır. Mart 2020'de bulaş riski nedeni ile amfi ve dershanelerde çalışan eğitime son verilmiş, bunun yerine Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sürveyans Ekibi tarafından klinik ziyaretlerinin artırılması ve küçük gruplarla yüz yüze uygulamalı eğitimler yapılması süreci hızlandırılmıştır. Ameliyathane başta olmak üzere girişimsel işlemlerin yapıldığı tüm alanlara yönelik enfeksiyon önleme talimatları bu birimlerle beraber gözden geçirilmiş COVID-19'a özel korunma önlemleri düzenlenmiştir. COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde, ilk değerlendirme polikliniğinde ve COVID-19 servislerinde alt yapısı uygun olan odalarda sürekli negatif basınç altında hizmet verilmesi sağlanmıştır. Oda basınçları yapı işleri görevlileri tarafından günlük olarak ölçülmüş; olası aksaklıklar tedbir alınması için anında klinik sorumlu hemşiresine iletilmiş ve haftalık olarak da Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne yazılı olarak rapor edilmiştir.

KKM rehberine uyumun artırılması için malzeme yönetim birimi başta olmak üzere hastanedeki tüm birimlere KKM'nin doğru ve etkili kullanılması konusunda danışmanlık ve eğitim vermeye devam edilmiştir. Hasta odalarına ve riskli alanlara giriş çıkışlarda KKM'nin doğru sıra ile giyilip çıkarılabilmesi için görsel eğitimler hazırlanmıştır. Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından çekilen KKM giyme ve çıkarma videoları hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden tüm sağlık çalışanları ile paylaşılmıştır. Özellikle COVID servislerinde hasta odalarının girişlerine KKM'nin doğru giyme ve çıkarma sırasını gösteren afişler yerleştirilmiştir. Cerrahi maskenin doğru kullanımı

ve N95/FFP2/FFP3 maske endikasyonlarını içeren afişler hastane çapında dağıtılmıştır.

### **Çalışan Sağlığı İle İlgili Birimlerin Yapılanması**

COVID-19 pandemisi sürecinde başta sağlık çalışanları olmak üzere çalışma koşullarına bağlı olarak çalışanların risk altında olduğu sektörlerle yönelik durum tespiti yapılması ihtiyacı bulunmaktadır. Özellikle toplum yararına çok riskli işler yürüten, ilk müdahaleye katılanlar ve sağlık çalışanlarının haklarının gözetilmesi bakımından çalışanların izlenmesi oldukça önemlidir. Bu çalışmalar, H.Ü. Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı'nın önerisi doğrultusunda, Hastanelerin (Erişkin ve Onkoloji Hastaneleri) enfeksiyon kontrol komitesiyle birlikte planlanmıştır. Bu çerçevede sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliğinin korunması çalışmalarına katkı sağlamak üzere, öncelikle asemptomatik COVID-19 temaslı sağlık çalışanlarının bulaş risk düzeylerinin aşağıda belirlenen iş içeriği ve akışı kapsamında değerlendirilerek yönlendirilmesidir.

Çalışmalar, Erişkin Hastanesinde bulunan, HÜTF Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği tarafından, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliğinde sürdürülmüştür. Çalışmalar, Hastane Pandemi Hareket Planı kapsamında sürdürülen faaliyetler kapsamında, hastayla sosyal izolasyonu sağlayacak büyüklükte, penceresi ve lavabosu olan, sağlık çalışanlarının kolay ulaşabileceği bir lokalizasyonda sürdürülmesine önem verilmektedir.

Enfeksiyon kontrol komitesinin yönlendirdiği ya da şüpheli teması olduğunu düşünen asemptomatik, yüksek temas şüpheli sağlık çalışanlarının risk kategorizasyonu, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve ekte bazı kısımları sunulan COVID-19 Hasta Teması Olan Sağlık Çalışanlarının Değerlendirilmesi Rehberi doğrultusunda yapılarak enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilmektedir. Rehberde yapılacak değişiklikler doğrultusunda çalışmalar sürekli olarak güncellenmektedir.

### **Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği Faaliyetleri**

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği; Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları'nın sorumluluğundaki İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Poliklinik odası Hacettepe Erişkin Hastanesi zemin katında yoğun bakımlar girişinde yer almaktadır. İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği'nde pandemi sürecinde aktif olarak İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı, İş ve Meslek Hastalığı yandal araştırma görevlileri ve Halk Sağlığı araştırma görevlileri çalışmıştır. İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği hafta içi her gün (resmi tatiller ve sokağa çıkma yasağı olan günler hariç) 09.00-17.00 arasında hizmet vermektedir.

Bu hizmet kapsamında aşağıdaki konular yer almaktadır.

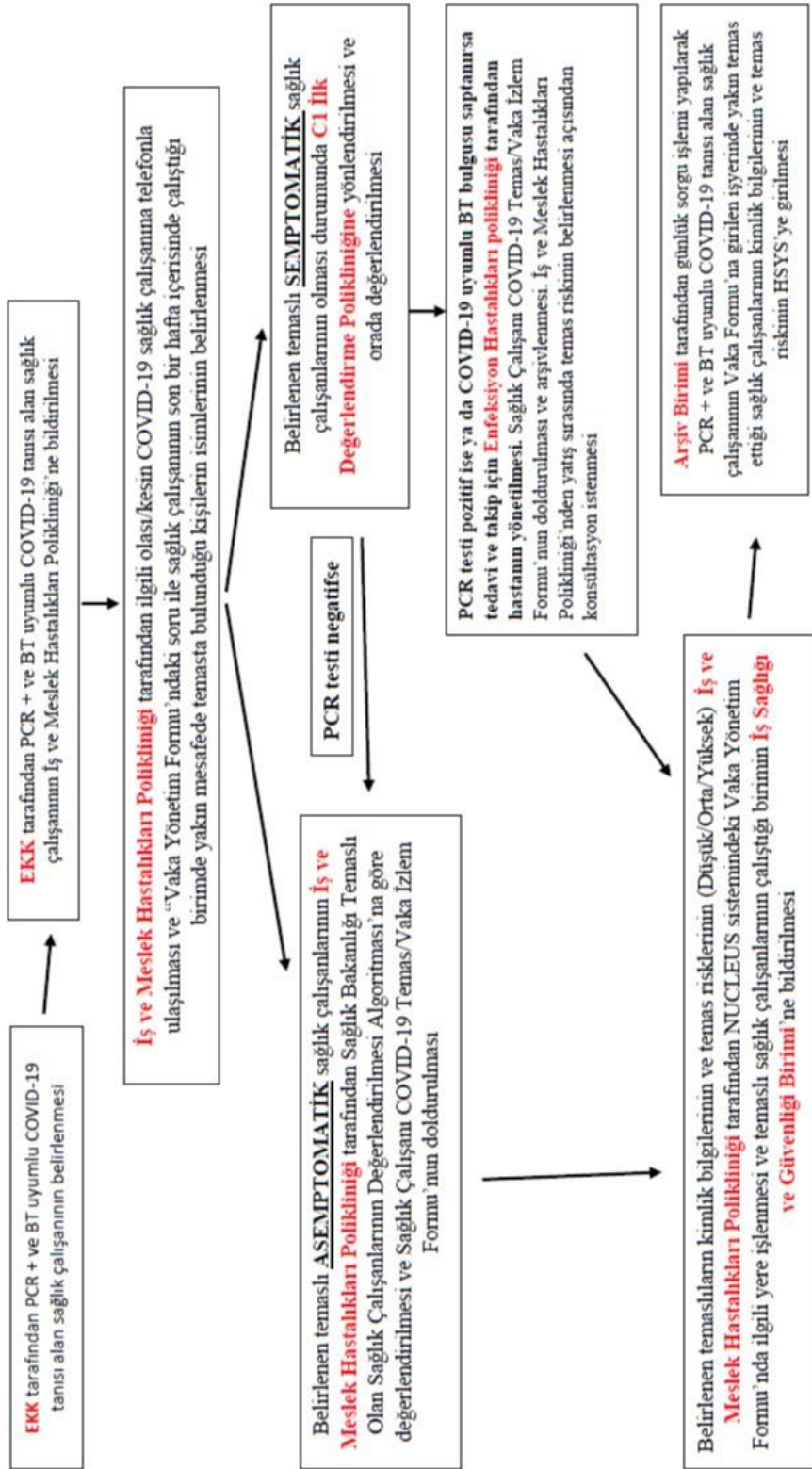
1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 Rehberi çerçevesinde temaslı sağlık çalışanı değerlendirmesi

2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 Rehberi gereklerine uygun olarak yüksek, orta ve düşük riskli temaslı asemptomatik sağlık çalışanlarının izlemi
3. COVID-19 bakımından iş dışı yoğun yakın temaslı asemptomatik sağlık çalışanlarının izlemi
4. COVID-19 yüksek riskli temas sonucu ev izolasyonuna gönderilen sağlık çalışanlarının işe dönüş değerlendirmesi
5. COVID-19 tanısı alıp hastanede/evde izlenen sağlık çalışanlarının tedavi tamamlandıktan ve semptomları düzeldikten sonra işe dönüş değerlendirmeleri
6. COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının konsültasyon ya da doğrudan başvuru yoluyla mesleki maruziyetleri açısından değerlendirilmesi

#### **Bu süreçte;**

- COVID-19 pozitif hasta ile şüpheli teması olan ateş, öksürük veya nefes darlığı gibi COVID-19 ile uyumlu semptomu olmayan sağlık çalışanı “İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniğine” başvurmaktadır. (COVID-19 pozitif hasta ile şüpheli teması olan ama ateş, öksürük veya nefes darlığı vb yakınmalarından herhangi biri olan sağlık çalışanı doğrudan D katındaki C1 İlk Değerlendirme Polikliniğine başvurmaktadır). Bu yöntemle özellikle semptomatik ve asemptomatik sağlık çalışanlarının birbirine bulaş riskinin azaltılması amaçlanmıştır.
- COVID-19 pozitif hasta ile teması nedeniyle bulaş riski yüksek ve bu nedenle ev izolasyonuna gönderilen sağlık çalışanı, işe geri dönüş için önceden belirlenen tarihte “İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniğine” başvurmaktadır.
- COVID-19 nedeniyle tanı ve tedavi almış sağlık çalışanı; C1 İlk Değerlendirme Polikliniği’nde tedavi süreci tamamlanmasını takiben semptomları iyileştikten en az üç gün sonra en az 24 saat aralıkla alınan iki nazofarengeal/orofarengeal sürüntü örneğinde COVID-19 PCR testleri negatif saptandıktan sonra “İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniğine” başvurmaktadır.
- COVID-19 nedeniyle tanı ve tedavi almış sağlık çalışanı iyileştikten sonra meslek hastalığı şüphesi açısından değerlendirilmek üzere “İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniğine” başvurması önerilmektedir. Böylece meslek ve bulaş öyküsü alınan hastaların başvuruları halinde meslek hastalığı açısından değerlendirilmesi sağlanmaktadır.





Şekil 1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) PCR (+) veya BT uyumlu COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanları filyasyon algoritması

### **İş Sağlığı ve Güvenliği Biriminin Diğer Faaliyetleri**

Özellikle COVID-19'a yakalanan sağlık personellerinin görece fazla olduğu birimler incelenmiş, Nisan 2020'de Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimindeki İş Güvenliği Uzmanlarından COVID-19 servis ve yoğun bakım ünitelerinde bölümlerde Risk Değerlendirmesi yapılması istenilmiştir. Bu kapsamda; 20/06/2012 tarihli ve "6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" ile 29/12/2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği" gereğince COVID-19 için Risk Değerlendirmesi yapılmıştır. Risk değerlendirmesi sonrasında sahada organizasyonel ve teknik anlamda riskler saptanmış ve İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi tarafından yönetime düzeltici önleyici faaliyetler açısından gerekli önerilerde bulunulmuştur.

### **1 Haziran 2020'den Sonraki Yeni Normal Dönemi**

1 Haziran 2020 tarihinden itibaren yeni normalleşme döneminde T.C. Sağlık Bakanlığı normalleşme kılavuzuna uygun şekilde düzenlemeler yapılmıştır. Bu bağlamda hastanelerde her birim kendi hasta grubuna azaltılmış sayıda hizmet vermeye başlamıştır. Bu nedenle COVID-19 alanlarında çalışmakta olan personel sayısı vaka sayılarında olan değişikliğe göre, günlük işleyişi aksatmayacak şekilde sürekli güncellenmektedir. Bunun yanında yoğun ve stresli iş yükü altında hizmet veren sağlık çalışanlarının yıllık izinlerini kullanabilmeleri için çalışma düzenleri her birimin idari amiri tarafından titizlikle düzenlenmiştir. Güncellenen Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve COVID-19 kılavuzlarının rehberliğinde hazırlanmış eğitim materyalleri ile değişiklik olduğunda veya periyodik olarak (sahadaki ihtiyaca göre) tekrarlanmıştır. İşe yeni başlayan personel için eğitimler online ve/veya yüz yüze vermeye devam edilmiştir.

### **Yönetmelik Faaliyetler ve Çalışma Ortamına Yönelik Ek Önlemler**

- İşyerinin çalışma koşullarına uygun olarak, Covid-19 Acil Durum Planı hazırlanmış ve Kalite Koordinatörlüğü'ne teslim edilmiştir.
- Çalışanların işe başlamadan önce temassız ateş ölçerle kontrol edilmesi, ateşi olanların ve Covid-19 şüphesi olanların "Hacettepe Üniversitesi Erişkin Ve Onkoloji Hastaneleri Covid-19 Şüphesi Olan Personel Yönetimi" talimatına göre İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmaları konusunda bilgilendirilmesi sağlanmıştır.
- "6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu", "Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik" ve "Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik" gereği çalışanların sağlık taramaları işyerlerinin tehlike sınıfı ve çalışma şartlarına bağlı olarak belirlenen sağlık tetkikleri belirli periyodlarda yapılması ve salgın ile ilgili tıbbi kayıtların tutulması ve saklanması sağlanmıştır.
- Çalışanların ruhsal sağlığını korumak adına doğru ve etkin bilgilendirme ile tedbirlerin alınması için Psikiyatri Anabilim Dalı bölümünce bir telefon hattı açılmıştır.

- COVID-19 hastalığından korunma için Erişkin Hastanesi Müdürlüğü tarafından hazırlanmış olan talimatlar tüm çalışanlara tebliğ edilmiştir.
- Hastaneye ziyaretler kısıtlanmış, acil olmayan ziyaretler ve dışarıdan alınan hizmetlerden acil olmayanlar iptal edilmiştir. Servislere girişlerin güvenlik görevlisinin kontrolü ile yapılması sağlanmıştır.
- Fiziksel mesafe kuralı gözetilerek çalışma yöntem ve şekillerinin yeniden gözden geçirilerek, mümkün olduğu durumlarda bu kurala uygun iş organizasyonu yapılması sağlanmıştır.
- Ara dinlenmeleri ve yemek molalarını da kapsayacak şekilde çalışma süreleri içinde çalışanların birbirleriyle etkileşimleri asgari düzeyde olacak şekilde planlanma yapılmıştır.
- Çalışma ortamının uygun ve yeterli düzeyde havalandırılması gerektiği, klima bakımlarının ve havalandırmaların temizliklerinin daha sık yapılması sağlanmıştır.
- Hastane Temizliği ve Dezenfeksiyonu Talimatına göre çalışma ortamındaki yüzeyler, ekipmanlar ve çalışma ortamının diğer öğelerinin rutin olarak temizlenip ve dezenfekte edilmesi sağlanmıştır.
- COVID-19'un belirtileri ve yayılma durumu hakkında çalışanların bilgilendirilmesi için, afiş/poster/talimatların herkesin görebileceği şekilde çalışma alanlarına asılması sağlanmıştır.
- Enfeksiyon Kontrol Ünitesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Kişisel Koruyucu Malzeme Kullanımı" ile "Yeni Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) Tıbbi Maske Kullanımı Afişi" nin herkesin görebileceği şekilde çalışma alanlarına asılması sağlanmıştır.
- Sekreterlik desklerinde güvenli mesafenin oluşturulması için (1,5-2 metre olacak şekilde) düzenlemeler yapılmıştır.
- Hastalık bulaştırma riski olan tıbbi atıklar için çöp kovaları ayarlanmış, temizlik personelinin bunlara temas etmeden çöp kovalarını boşaltması için gerekli önlemler alınmıştır. Bu atıklar "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği" doğrultusunda değerlendirilerek işlem görmektedir.
- Her birimde bulaş riski göz önünde bulundurularak işin yürütümüne engel olmayacak ve bulaş riskini azaltacak şekilde uygun KKM'lerin seçilip kullanılması sağlanmıştır.
- COVID-19'lu hastaların taşındığı asansörler diğerlerinden ayrılmış ve "Hastane Temizliği ve Dezenfeksiyonu Talimatı"na göre temizlenip dezenfekte edilmesi sağlanmıştır.
- Çalışanların fiziksel mesafe kurallarına uyması için bölümlerde gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### **Çalışan Sağlığı Birimlerinin Pandemi Planı İçinde Personel Yönetimindeki Önemi**

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu, etkinliklerine bakılmaksızın, faaliyetlerinden bağımsız olarak, kamu ve özel sektörün tüm iş ve işyerleri, bu işyerlerinin çıraklar/stajyerler dâhil olmak üzere tüm çalışanları için geçerlidir. İSG Kanununa göre, işverenler çalışanların iş sağlığı ve güvenliğini sağlamalı ve gerekli önleme tedbirlerini almalıdır. Her türlü işyeri için

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu, etkinliklerine bakılmaksızın, faaliyetlerinden bağımsız olarak, kamu ve özel sektörün tüm iş ve işyerleri, bu işyerlerinin çıraklar/stajyerler dâhil olmak üzere tüm çalışanları için geçerlidir. İSG Kanununa göre, işverenler çalışanların iş sağlığı ve güvenliğini sağlamalı ve gerekli önleme tedbirlerini almalıdır.

yapılan risk değerlendirmesi işyerlerinde çalışma için ön koşul olarak getirilmiştir. Ancak kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme/çalıştırma yükümlülüğü 31 Aralık 2023 tarihine kadar ertelenmiştir.<sup>124,125,126</sup> Dolayısıyla İSG Kanunu'nun özellikle İSG profesyonelleri ile ilgili böylesi önemli maddelerinin ertelenmesi nedeniyle Türkiye'deki pek çok çalışanın iş sağlığı hizmetlerine ulaşımı kısıtlıdır. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun getirdiği en önemli yenilikler çalışan katılımının sağlanmasına yönelik hükümler içermesi, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim ve bilgilendirilmelerinin sağlanması, özellikle korunmadan ziyade tehlike ve riskleri önlemeye yönelik bir anlayışı benimsemesi, tüm işyerleri için iş güvenliği uzmanı ve iş yeri hekiminden hizmet alma zorunluluğu ya da çalıştırma zorunluluğudur.<sup>127</sup> Kamuda İSG alanındaki çalışmalar devam etmektedir ancak mevzuat ile uygulamaların eşzamanlı gelişmemesi nedeniyle önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kamu kurumları dâhil tüm iş yerleri 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun gerektirdiği ertelenmeyen maddelerden sorumlu iken kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme/çalıştırma ile ilgili maddelerin ertelenmiş olması kamuda bu alanda bütçe, kaynak ve insan gücü sağlanamamasına neden olmaktadır. Bu konuda dikkat çekilmesi gereken konu işveren ve işveren vekillerinin iş sağlığı ve güvenliği konusunda çalışanlarını korumakla halen yükümlü olduklarıdır. İlgili maddelerin ertelenmesi sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Özellikle kamuda İSG maliyetinin, altyapısının ve insan gücünün sağlanamaması bu konudaki en önemli zorluklardır. Bu nedenle özellikle bu işyerlerinde İSG alanında yeterli hizmet sağlanamamakta, özellikle kamuda işveren vekili konumundaki yöneticileri sorumluluk altında bırakmaktadır.<sup>128</sup>

## Sonuç

İşyerlerinin tehlike sınıfları listesine (NACE) göre 86.10 kodunda bulunan devlet ve özel tüm hastaneler *Çok Tehlikeli* sınıfta yer almaktadır. Özellikle pandemi döneminde sağlık çalışanlarının sağlığı konusunun özellikle biyolojik risklerin önlenmesi bakımından çok önemli olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin bu süreçte rolleri sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği bakımından da çok önemlidir. Özellikle kamu ve üniversite hastanelerinde genellikle iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin yasal zorunluluk olmadığı için ya hiç kurulmadığı ya da yetersiz insan gücü ile çalıştığı bilinmektedir. Bu süreçte aksaklıkların giderilmesi için bu

Kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme / çalıştırma ile ilgili maddelerin ertelenmiş olması kamuda bu alanda bütçe, kaynak ve insan gücü sağlanamamasına neden olmaktadır. Bu konuda dikkat çekilmesi gereken konu işveren ve işveren vekillerinin iş sağlığı ve güvenliği konusunda çalışanlarını korumakla halen yükümlü olduklarıdır. İlgili maddelerin ertelenmesi sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.

<sup>124</sup> Resmi Gazete. 2020. 7252 Sayılı Dijital Mecralar Komisyonu Kurulması İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Erişim Tarihi: 31 Ağustos 2020, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/07/20200728-15.htm>

<sup>125</sup> MoLSS. Towards A Safe and Healthy Growth Law on Occupational Health And Safety No. 6331. Ankara: Republic of Turkey, Ministry of Labour and Social Security; 2012.

<sup>126</sup> Erol S. The Role of Employer, Employee and State About Occupational Health and Safety. ASSAM International Refereed Journal. 2015;4:115-38.

<sup>127</sup> Korkut G, Tetik A. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2013, 18 (3), 455-474.

<sup>128</sup> Demir B. 6331 Sayılı Kanunun 6. Maddesi Yürürlük Ertelenmesinin Kamuda İş Sağlığı Ve Güvenliği Uzmanı Çalıştırılması Açısından Değerlendirilmesi. Hastane Öncesi Dergisi, 2017, 2(1), 23-36.

birimlerin güçlendirilmesi, desteklenmesi ve insan gücü (İş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, yardımcı sağlık personeli vb) sağlanması hayati önem taşımaktadır. Bu süreçte yaşanan aksaklıkların ve engellerin önüne geçilmesi her hastanede sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik bir ekip kurulması ile mümkündür.

### Kaynaklar

- Demir B. 6331 Sayılı Kanunun 6. Maddesi Yürürlük Ertelenmesinin Kamuda İş Sağlığı Ve Güvenliği Uzmanı Çalıştırılması Açısından Değerlendirilmesi. Hastane Öncesi Dergisi, 2017, 2(1), 23-36.
- Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2020) Erişim Tarihi: 10 Eylül 2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Erol S. The Role of Employer, Employee and State About Occupational Health and Safety. ASSAM International Refereed Journal. 2015;4:115-38.
- Haberal G, Ozarlı İ, Durusu Tannöver M. COVID-19 pandemisine iç hastalıkları servislerinin hazırlanması. Sain Güven G, Uyaroğlu OA, editörler. İç Hastalıkları ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. P.23-9.
- Korkut G, Tetik A. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2013, 18 (3), 455-474.
- Molss. Towards A Safe and Healthy Growth Law on Occupational Health And Safety No. 6331. Ankara: Republic of Turkey, Ministry of Labour and Social Security; 2012.
- Resmi Gazete. 2020. 7252 Sayılı Dijital Mecralar Komisyonu Kurulması İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Erişim Tarihi: 31 Ağustos 2020, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/07/20200728-15.htm>
- WHO (2018 update). A checklist for pandemic influenza risk and impact management: building capacity for pandemic response. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



# DENEYİM: PANDEMİDE ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMLERİ; EGE ÜNİVERSİTESİ

**Dr. Seyfi Durmaz<sup>\*</sup> , Dr. Raika Durusoy<sup>\*\*</sup>**

<sup>\*</sup> Tıp Doktoru, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>\*\*</sup> Tıp Doktoru, Profesör, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

## Giriş

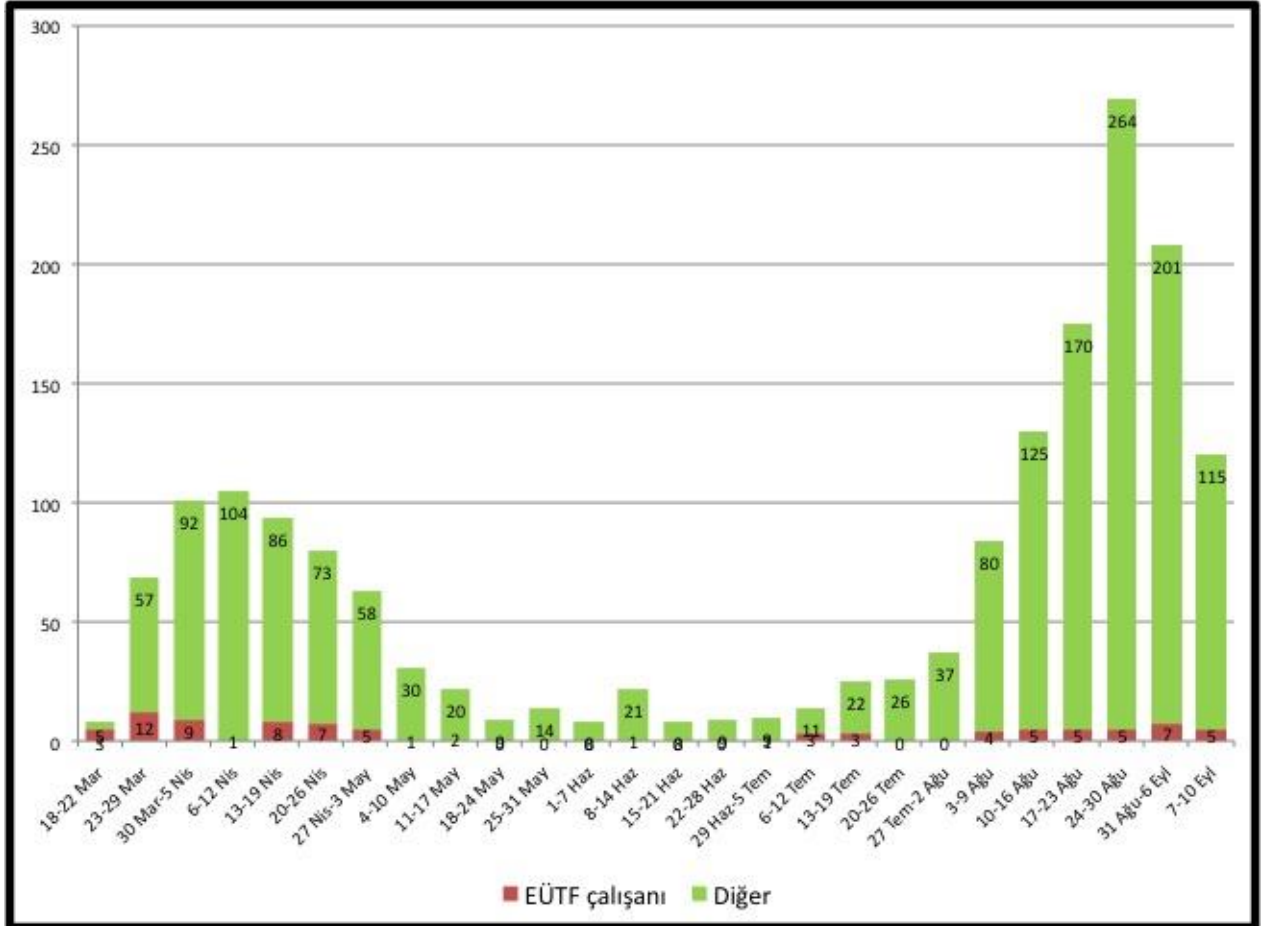
Çin’de ortaya çıkan COVID-19 salgını tüm dünyaya yayılıp pandemiye yol açmış ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) hastanesinde ilk iki vaka, biri sağlık çalışanı olmak üzere, 18 Mart 2020 tarihinde saptanmıştır. İlk üç gün pozitif hastalar bakanlığın ilçedeki pandemi hastanesine sevk edilirken 21 Mart tarihinden sonra EÜTF hastanesinde COVID-19 tanılı hastaların tedavisine başlanmıştır. Hastanenin Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarında 26 Mart tarihinden itibaren PCR test değerlendirmeleri yapılmış, yetişkin ve çocuk Acil Servis, Göğüs, Enfeksiyon Hastalıkları, Anestezi Anabilim Dallarında hasta tanı ve tedavi işlemleri yürütülmüştür. Vaka sayısı arttıkça Gastroenteroloji ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon binaları, Nöroloji kliniği ve çalışanları da hizmete dâhil edilmiştir. Ayrıca cerrahi planlanan hastalarda operasyon öncesi ve yatışı karar verilen hastalarda gerekli görülmesi durumunda COVID-19 PCR tanı testinin yapılması uygun bulunmuştur. Tüm bu etkinlikler sağlık çalışanları için COVID-19 bulaşı açısından yüksek riskli alanları oluşturmuştur. (1) İhtiyaç arttıkça COVID-19 kliniklerine yapılan görevlendirmeler riskli alanda görev yapan sağlık çalışanı sayısını arttırmıştır. Sağlık Bakanlığının algoritmasında yer alması ile birlikte temaslı sağlık çalışanlarından örnek almak için Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Biriminde örnek alma kabini oluşturulmuştur.

## Sürveyans çalışmaları

Ege Üniversitesi Koronavirüs (COVID-19) Salgını Koordinasyon Komisyonunun 20 Mart 2020 tarih ve 5 no.lu toplantısında halk sağlığı asistanlarının kurum sürveyans sorumlusu yönetiminde pozitif hastalar ile temaslılarının belirlenmesi ve İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilecek günlük verilerin derlenmesinde görevlendirilmeleri kararlaştırılmıştır. Hastanenin Çalışan Sağlığı, Hakları ve Güvenliği Birimi (ÇASAGÜB) sorumluluğunu halk sağlığı ana bilim dalından iki öğretim elemanı yürütmektedir. Personelinin bir kısmı sağlık sorunları nedeniyle idari izne ayrılan birimde temaslı işlemleri-

ne yardımcı olmak için ilk haftalar hem halk sağlığı öğretim üyeleri hem asistanları elbirliğiyle günlük dönüşümlerle görev almışlar, üçüncü haftadan itibaren asistanlar süreci iki sorumlu öğretim elemanı ile birlikte 31 Mayıs 2020 tarihine dek yürütmüşlerdir. Normalleşme adı verilen süreç ile birlikte 1 Haziran'dan itibaren bu görevleri ÇASAGÜB çalışanları yürütmeye devam etmiştir.

Hastanenin ilk vakasının belirlendiği 18 Mart 2020 tarihinden 10 Eylül 2020 tarihine kadar bin 742 kişinin COVID-19 PCR testi pozitif saptanmıştır ve bu olgular arasında 89 EÜTF sağlık çalışanı bulunmaktadır. Olguların haftalara dağılımı Şekil 1'de hastanenin salgın eğrisi ile birlikte gösterilmektedir. Şekilden de görüleceği üzere toplumda pozitiflik artınca sağlık çalışanlarında da arttığı dikkati çekmektedir. Çalışanlardan 9 kişi başka sağlık kurumlarında PCR pozitif saptanmış, 2 kişi de BT bulguları COVID-19 ile uyumlu olduğu için tanı almıştır (2). Dolayısıyla 10 Eylül'e dek COVID-19'a yakalanan toplam sağlık çalışanı sayısı 100'dür (farklı ilde rotasyonda iken pozitif saptanan birkaç kişi hariç). Olguların aylara dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır.



**Şekil 1. EÜTF hastanesinde PCR testi pozitif saptanan sağlık çalışanı ve diğer olguların haftalara dağılımı**

**Tablo 1. EÜTF hastanesinde pozitif saptanan olguların hastane sağlık çalışanı olma durumlarına göre haftalara dağılımı**

Ay	COVID tanısı alan EÜTF çalışanı sayısı	Hastanede tanı alan toplam yeni PCR pozitif hasta sayısı	EÜTF Sağlık Çalışanı %	Yığılımlı %
Mart (18 Mart'tan itibaren)	21	97	21,6	21,6
Nisan	26*	408	6,4	9,3
Mayıs	5	90	5,6	8,7
Haziran	1	48	2,1	8,2
Temmuz	8	101	7,9	8,2
Ağustos	22**	704	3,4	5,9
Eylül (1-10 Eylül)	15***	294	5,1	5,7
Toplam	100	1742	5,7	

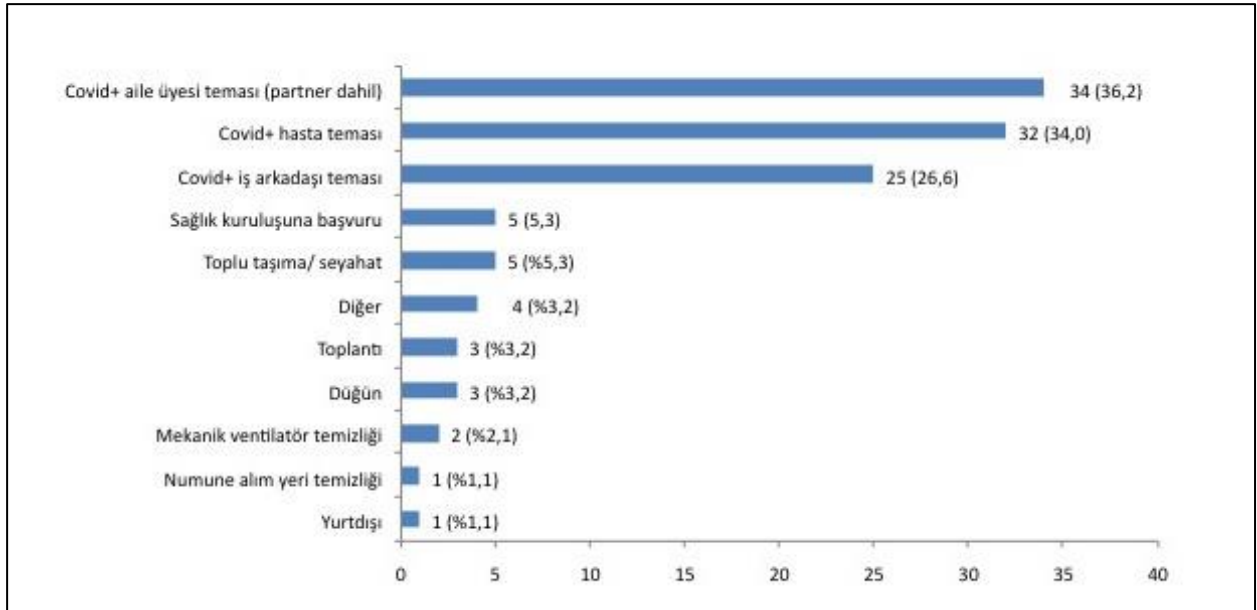
\* İki çalışan kurum dışında pozitif saptanmıştır.

\*\* Beş çalışan kurum dışında pozitif saptanmıştır, bir çalışanın BT'si COVID uyumludur.

\*\*\* İki çalışan kurum dışında PCR pozitif saptanmıştır, bir çalışanın BT'si COVID uyumludur.

COVID-19 tanısı konan 100 sağlık çalışanının yaş ortalaması  $35,6 \pm 8,5$ 'tir ve yüzde 60,7'si kadındır. Tanı konanların 20'si hekim, 31'i hemşire, 12'si teknisyen/tekniker, 19'u hastabakıcı/hizmetli, 18'i diğer meslek gruplarındandır. Tanı konanların altısının temas öyküsü bilinmemektedir. Temas öyküsü bilinen 94 çalışanın 21'inde (%22,3) iki farklı riskli temas öyküsü varken 73'ünde (%77,7) tek temas öyküsü vardı. Temas öykülerinin dağılımı Şekil 2'de görülmektedir.

Tanı konanların 20'si hekim, 31'i hemşire, 12'si teknisyen/tekniker, 19'u hastabakıcı / hizmetli, 18'i diğer meslek gruplarındandır.



**Şekil 1. Temas öyküsü bilinen 94 çalışanla yapılan filyasyon görüşmelerine göre belirlenen riskli temasların dağılımı**

### **Temaslı Sağlık Çalışanlarına Test İstemleri ve Profilaktik İlaç Temini:**

Sağlık çalışanları ile bin 759 temaslı görüşmesi gerçekleştirilmiştir. 616 (%35,02) sağlık çalışanı yüksek riskli, 570 (%32,41) çalışan orta riskli, 573 (%32,58) çalışan ise düşük riskli olarak değerlendirilmiştir (3) Haziran-Ağustos döneminde 87 pozitif hasta için telefon ile aranan 653 sağlık personelinde 588 kişi temaslı olup bunlardan 160 kişi yüksek riskli saptanıp izole edilmiştir. Sadece 1-31 Ağustos arasında görüşülen sağlık çalışanı sayısı 482'dir ve 435'inin temaslı olduğu belirlenmiştir. Bu çalışanların 176'sında yüksek riskli temas belirlenip izole edilmişlerdir.

Sağlık Bakanlığı'nın temaslı sağlık çalışanı işlemlerine dair rehberleri yakından takip edilmiş her gelen güncellemeye hızla adapte olunmuştur. Hastane bilgi-işlem birimi, başlangıçta hastanede kısıtlı birimler tarafından istenebilen COVID-19 PCR testinin ÇASAGÜB tarafından da istenebilmesini sağlamıştır. (3) Güncellenen rehberlerde sağlık çalışanlarına antikor testinin önerildiği kısa süreçte (26 Mart tarihli sağlık çalışanı rehberinden 1 Nisan tarihinde test olarak sadece PCR önerilen rehber yayınlanana dek) yine birimin bu testi isteyebilmesi sağlanmıştır. Hatta hızlı testin güvenilirlik ve geçerliliğinin düşük olması nedeniyle hastanede bu test halen sadece ÇASAGÜB ve kan merkezi tarafından istenebilir durumdadır, başka birime bu yetki verilmemiştir. Temaslı sağlık çalışanlarına risk düzeyine göre profilaktik hidroklorokin önerilmeye başlayalı beri (25 Mart tarihli temaslı sağlık çalışanı rehberi) ÇASAGÜB tarafından ilaç isteminin yapılabilmesi için birime günlük yatış yapma ve ilaç atama yetkileri de yine hastane yönetiminin desteğiyle bilgi-işlem birimi tarafından gerçekleştirilmiştir. COVID-19 PCR pozitif saptanan sağlık çalışanlarının bakanlığın rehberine uygun biçimde işe dönebilmeleri için semptom takipleri ve üç günü semptomsuz

geçirdikten sonra 24 saat arayla iki PCR testlerinin istemi yine ÇASAGÜB tarafından gerçekleştirilmiştir. (4) Birim tarafından geliştirilen işe dönüş bilgi formlarında bakanlığın standartlarına uyum şeffaf biçimde görünür ve değerlendirilebilir hale getirilmiştir. Semptomları 14 gün dolduğu halde devam edenler hastanenin COVID kontrol polikliniğine yönlendirilmiş, işe başlayışlarıyla ilgili süreç ortaklaşa yönetilmiştir.

Temas takibi sırasında yüksek veya orta riskli temaslı bulunan sağlık çalışanlarına 1 Eylül tarihine kadar 454 PCR test yapılması sağlanmıştır. 633 sağlık çalışanı izole edilmiştir. 167 kişiye hidroksiklorokin başlanması sağlanmıştır.

### ***Hastane Birim Ziyaretleri, Ortam Gözetimi***

Sürveyans grubunun sağladığı veri akışı birim sorumluları tarafından anlık takip edilmiş ve olguların / riskli temaslıların biriktiği birimlere ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Rutin ortam gözetimleri ziyaretleri bu dönemde pandemi ihtiyaçlarına uyarlanarak devam etmiştir. Birim ziyaretlerinde bir hekim, bir iş güvenliği uzmanı bulunmuş, gerektiğinde hastanenin enfeksiyon komitesinden destek alınmıştır. Tehlikeli durumlar, riskli davranışlar veya KKD ihtiyaçları raporlanıp acil durumlarda cep telefonu uygulamaları aracılığı ile hızlıca idari birimlere iletilmiş, çözüm önerileri paylaşılmıştır. 17 Mart - 24 Haziran tarihleri arasında riskin yüksek olduğu alanlara mükerrer olmak üzere 211 adet birim ziyareti gerçekleştirilmiştir.

### ***Eğitim, Bilgilendirme Etkinlikleri***

Hastane birim ziyaretleri aynı zamanda yerinde eğitim olanağı olarak değerlendirilmiştir. İşe giriş eğitimleri açık alanlarda yüzyüze yapılmış, normalleşme süreci ile birlikte temel iş sağlığı güvenliği eğitimleri uzaktan eğitim olanakları ile devam ettirilmiştir.

Toplam 477 çalışana, bir kısmı yerinde ziyaretler kapsamında olmak üzere, 61 oturumda pandemide korunarak çalışma eğitimi verilmiştir. COVID-19'dan korunmayla ilgili farklı durum ve konumlar için afiş, broşür, çıkartmalar hazırlanmış ve yerinde ziyaretler kapsamında 3344 adet bilgilendirici broşür afiş ve sticker uygulaması yapılmıştır. (5)

### ***İSG Kurul Toplantıları***

EÜTF Hastanesinin İSG Kurul toplantıları (Mart 2020 haricinde) her ay düzenli olarak video konferans görüşmeleri aracılığı devam etmiştir. Bu toplantılara ÇASAGÜB ev sahipliğinde hastane başhekim yardımcısı, hemşirelik hizmetleri, sendika, idari ve mali işler, teknik hizmetler, koruma ve güvenlik, sivil savunma, kalite, enfeksiyon kontrol komitesi, radyasyon güvenlik, klinik mühendislik birim temsilcileri katılmıştır. Toplantılarda öncelikli konu pandemi süreci olmuştur.

### **Kaynaklar**

1. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Articles Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. 2020;



2. Ceylan N, Savaş R. COVID-19'un Radyolojik Bulguları . Euroasian J Pulmonol. 2020;33–43.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temaslı Olan Sağlık Çalışanlarının Değerlendirilmesi. Ankara; 2020.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Hastalarda İzolasyonun Sonlandırılması. Ankara; 2020.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Afişler [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 11]. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66166/afisler.html>

# COVID-19 VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUH SAĞLIĞI

**Dr. Rengin Güvenç<sup>\*</sup> , Dr. Ersin Baltacı<sup>\*\*</sup>**

<sup>\*</sup> Tıp Doktoru, Uzman Hekim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Iğdır Devlet Hastanesi

<sup>\*\*</sup> Tıp Doktoru, Uzman Hekim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Serbest Hekim

## Özet

Pandemi bazı özellikleri nedeniyle afet durumlarına benzetilse de kendine has özelliklerinden dolayı toplumun tamamını ve tüm dünyayı evrensel bir şekilde etkilemektedir. Tüm dünyayı etkilemesine rağmen bazı gruplar pandemiden ruhsal olarak etkilenmeye daha eğilimlidir. İncinebilir grupların başında sağlık çalışanları gelmektedir. Sağlık çalışanlarının etkilenmesinin fazla olmasının nedenleri arasında patojen/etkenle karşılaşma ve maruz kalma (SARS-cov-2), sürekli tetikte olma hali, ekip uyumu ve takibi gereksinimi, yabancılaşma, ev/iş gereksinim çatışması, uzun çalışma saatleri, psikolojik yük, psiko- sosyal baskı, yorgunluk, mesleki tükenme, ayrımcılık ve damgalanma ile fiziksel ve psikolojik taciz, şiddet sayılabilir. Salgın devam ederken normalleşme sürecine geçilmesinde hızlıca atılan adımlar sağlık çalışanlarında öfke, kaygı, keder gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Sahada salgının etkilerini yakından hisseden sağlık çalışanları yayınlanan verilere güvenmemekte, alınan önlemleri yeterli bulamamakta ve güvensizlik ortamı tükenmişlik duygusunu artırmaktadır. Toplumun normalleşmesine yönelik adımlara rağmen sağlık çalışanlarının hastanelerde salgınla mücadeleye devam etmesi, sağlık çalışanlarında terk edilmişlik ve yalnız bırakılmışlık hissi uyandırmaktadır ve tükenmişlik belirtileri ortaya çıkarabilmektedir. Sağlık çalışanlarının temel ihtiyaçlarının sağlanması, güvenli çalışabilecekleri ortamların hazırlanması ve salgınla mücadelenin bireysel bir mücadeleden çıkıp toplumsal, iyi organize edilmiş bir mücadeleye dönüşmesi, sağlık çalışanlarının ücret konusunda eşit ve hakkaniyetle emeklerinin karşılığının ödenmesi salgın dolayısıyla ortaya çıkan ruhsal sorunların kaynağını çözmek konusunda etkili adımlar olacaktır.

Daha önce insanlarda tanımlanmayan yeni bir koronavirüsün, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkması ve dünya genelinde yaygınlaşıp pandemik hale gelmesiyle birlikte tüm dünyada, insanların yaşamlarında sosyal ve ekonomik anlamda ciddi değişiklikler olmaya ve bu değişikliklerin başlamasıyla birlikte psikolojik etkiler baş göstermeye başladı. Daha önceden hakkında bilgi sahibi olmadığımız virüsün dünya çapında

etkilerini gelen veriler ve klinik deneyimler bizlere virüsün fiziksel etkilerinin yanı sıra psikolojik etkileri konusunda da tüm dünya olarak yeni bir deneyim yaşandığını göstermektedir. Benzerlikleri açısından bir afet durumuyla karşılaştırılabilecek pandemi, bir afet durumundan başka kendine has özelliklere sahiptir. Tüm dünyayı bir anda etkilemiş olması, etkilenmiş bölgelerde bulaş riski nedeniyle yardım ve dayanışma ağlarının güçlendirilmesi konusunda yaşanan kısıtlılıklar virüsün psikolojik etkilerini farklı bir perspektiften ele almamız gerektiğini göstermektedir.

İnsanın dünyada varoluşunun karşı karşıya kaldığı tehdit ölüm, yalnızlık gibi temalarla insanları topluca başbaşa bırakmakta ve tüm dünyaya hakim olduğunu düşünen insan basit bir mikroorganizma karşısında çaresizliği yaşamaktadır.

Toplumun tümünü etkilemesinin yanında virüsten etkilenen özellikli grupların başında sağlık çalışanları gelmektedir. Sağlık çalışanlarının etkilenmesinin fazla olmasının nedenleri arasında patojen/etkenle karşılaşma ve maruz kalma (SARS-cov-2), sürekli tetikte olma hali, ekip uyumu ve takibi gereksinimi, yabancılaşma, ev/iş gereksinim çatışması, uzun çalışma saatleri, psikolojik yük, psiko- sosyal baskı, yorgunluk, mesleki tükenme, ayrımcılık ve damgalanma ile fiziksel ve psikolojik taciz,şiddet sayılabilir. **(Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2020)**

COVID-19 hastalarıyla çalışmak toplum tarafından bir damgalanma aracına dönüştürülmekte ve sağlık çalışanları temaslı olmaları nedeniyle sosyal anlamda uzak durulması gereken kişiler olarak damgalanabilmekte ve sosyal destekten yeterince faydalanamamalarına neden olmaktadır. Bir yandan da COVID-19 açısından riskli alanlarda çalışan sağlık çalışanları hastalık bulaştırma konusunda kendilerini sosyal anlamda izole etmekte ve bazıları özellikle evlerinde riskli bireyler olanlar ailelerinden evlerinden uzakta kalmaktadırlar. Uzun süren mesailer, artan hasta sayısı, koruyucu ekipmanla çalışma kişilerde koruyucu ekipmanın neden olduğu fiziksel kısıtlılık, hastalık bulaş riski nedeniyle sürekli tetikte olma hali, spontanlığın ve özerkliğin kaybedilmesi, COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip etme gereksinimi Covid 19 un yarattığı stresi daha fazla artırmaktadır. **(IASC, Ara Bilgilendirme Notu,2020)**

Salgın devam ederken normalleşme sürecine geçilmesinde hızlıca atılan adımlar sağlık çalışanlarında öfke, kaygı, keder gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Sahada salgının etkilerini yakından hisseden sağlık çalışanları yayınlanan verilere güvenmemekte ve güvensizlik ortamı tükenmişlik duygusunu artırmaktadır.

Toplumun normalleşmesine yönelik adımlara rağmen sağlık çalışanlarının hastanelerde salgınla mücadeleye devam etmesi, sağlık çalışanlarında terk edilmişlik ve yalnız bırakılmışlık hissi uyandırmaktadır ve tükenmişlik belirtileri ortaya çıkarabilmektedir.

Tüm dünyaya hakim olduğunu düşünen insan basit bir mikroorganizma karşısında çaresizliği yaşamaktadır.



Tükenmişlik kavramı literatürde 40-45 yıldır bulunmakta ve üzerine fikir yürütülmektedir. Çalışma ortamında gelişebilecek duygusal tükenme, duyarsızlaşma, sorunlu insanlarla ilgilenmekten kaynaklı duygusal gerginlik, sıkıntı hissiyle birlikte azalmış etkinlik, motivasyon düşüklüğü, işlevsiz tutum ve davranışlar, iş stresi, bıkkınlık, hoşnutsuzluk, monotonluk, aşırı çalışma sendromu, kişinin enerji kaynaklarının bitmesi durumu altı çizilen noktalar olmuştur. **(Maslach C, 1982; Schaufeli WB, 1998; Hschaki N, 1994)**. Skovholt tükenmişliği anlam tükenmişliği (meaning burnout) ve bakım tükenmişliği (caring burnout) olarak ikiye ayırmıştır. **(Kalliath T, 2009)** Özellikle bakım alanında çalışan kişilerin çalışma sonucunda manevi kazanç-tatmin elde ettikleri, işlerinde anlam kaybı yaşadığı durumlarda ise mesleğine yabancılaşma hissettiği ve varoluşsal krizler yaşamasını anlam tükenmişliği olarak tanımlamıştır. Bakım tükenmişliği ise artan iş yükü ile birlikte empatik dinlemenin azalması, duyarsızlaşma, aktif katılımın azalması ve ayrılık süreçlerini içermektedir. **(Işıkhan V, 2020)** Tükenmişlik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan ICD-11 sınıflandırma sisteminde “İş veya işsizlikle ilgili problemler” başlığı altında tanımlanmış ve üç boyutta incelenmiştir. **(Küçükparlak İ, 2020)**

**Duygusal Yorulma:** Bu durum tükenmişlik sendromunun başlangıcında görülür. Çalışma koşullarının getirdiği duygusal yük her geçen gün biraz daha artabilir. Sağlık çalışanı bir sabah uyandığında o günü tamamlayabilecek duygusal gücünün kalmadığını hissedebilir.

**Duyarsızlaşma:** Normal koşullarda sağlık çalışanı hastalarının acıları, endişeleri ve diğer sıkıntılarına karşı duyarlıdır. Ancak kriz durumlarında sağlık çalışanları, hastaların sıkıntılarına karşı duyarlı olma gücünü kaybedebilir. Bu durumda kendisini hastalarına karşı duyarsızlaşmış, onların iyiliğini gözetemeyen, onlara kolay öfkelenebilen bir halde bulabilir.

**Başarısızlık:** Etraftan gelen olumsuz düşünceleri içselleştirmesiyle kişinin kendisini başarısız ve yetersiz olarak değerlendirme halidir. Özellikle kriz durumlarında, tedavi desteği yetersiz kaldığında, hastanın tedaviye yanıtı azaldığında ve kendisini duyarsız hissettiğinde sağlık çalışanı kendisini başarısız olarak hissedebilir.

Tükenmişlik, insanlarla yoğun ilişki gerektiren mesleklerde daha fazla olmaktadır. Kişilere “hayat kurtarmanın” yanında, insancıl olma, güven verme, şefkatli olma gibi rollerin de verildiği sağlık alanında, tükenmişlik çok daha sık ortaya çıkmaktadır. Ülkelerdeki refah düzeyinin düşmesi ve sağlık bakım harcamalarına ayrılan bütçelerin kısıtlanması nedeniyle sağlık çalışanlarının iş stresi artmış, iş doyumu azalmış, mesleki yabancılaşma ve tükenmişlik belirtilerinde belirgin artış olmuştur. Hastayla etkileşimin ve özellikle yaşam mücadelesinin fazla olduğu alanlarda, ölümle baş etme becerilerine olan gereksinim sağlık çalışanları için daha büyük bir stres kaynağıdır. Çalışma hayatındaki azalmış kontrol ve yüksek talepler tükenmişliği tetiklemektedir. Sağlık çalışanlarının tükenmişliğini arttıran maddeler arasında hastaların acı çekmesine ve hasta ölümlerine şahitlik etmek (ikincil travmatizasyon), hasta ve hasta yakınlarıyla yaşanan tartışmalar, hasta yoğunluğu, personel yetersizliği, ücret yetersizliği, çalışma ortamındaki kişilerarası çatışmalar ve rol belirsizlikleri sayılabilir. İçinde bulunduğumuz pandemi süreci ile birlikte artan iş gücü ve değişen çalışma koşulları bu süreçte yaşanan tükenmişliği belirgin olarak arttırmıştır. Bu maddelerin pandemi sürecindeki değişimlerini tartışacağız.

Sağlık çalışanları için hastalıkla enfekte olma korkusu topluma göre daha yüksektir. Hasta kişilerle temasın fazla olması kişinin hem kendisine, hem de sevdiklerine bulaştırma ile ilgili endişelere neden olmaktadır. Çin’de ve Kanada’da, SARS ile mücadele sırasında, sağlık çalışanlarının aile üyelerine virüs bulaştırma korku ve endişesinin yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır. **(Bai Y, 2004; Robertson E, 2004)** Bu dönemdeki sağlık çalışanlarının bir kısmı, evlerinde kalmamayı güvenli olarak seçmiş ya da aynı ev içerisinde yaşasalar da fiziksel ve sosyal olarak daha az temasta bulunmuşlardır. Bu süreçler ailelerini korumaya yardımcı olsa da sosyal ve duygusal destekten uzak kalmalarına da neden olmuştur. Riskli yerlerde çalışan sağlık çalışanlarına düzenli tarama testi yapılmaması, sağlık çalışanlarının kendisine ve yakınlarına hastalık bulaşması konusunda endişesinin sürmesine ve artmasına neden olmuştur. Özellikle çocuk sahibi sağlık çalışanları bu izolasyon halini çocuklarına anlatmakta zorlanmıştır. Pandemi sürecinde okulların uzaktan eğitime geçmesi, kreşlerin kapanması ile çocukların evde geçirdiği vakit belirgin artmış; bu durum sağlık çalışanları için çocuk bakımını ciddi bir yük haline getirmiştir. Çocukları bırakacak kreşlerin olmaması, fiziksel ve sosyal izolasyon halindeyken birlikte geçen vaktin azalması, çocukların uzaktan eğitim sürecinde ihtiyaç duydukları bakım

Riskli yerlerde çalışan sağlık çalışanlarına düzenli tarama testi yapılmaması, sağlık çalışanlarının kendisine ve yakınlarına hastalık bulaşması konusunda endişesinin sürmesine ve artmasına neden olmuştur. Özellikle çocuk sahibi sağlık çalışanları bu izolasyon halini çocuklarına anlatmakta zorlanmıştır.



gücünün artması gibi nedenler sağlık çalışanlarının ev içerisinde yetersiz hissetmesine yol açmıştır.

Sağlık çalışanlarının bu süreçte aldıkları mesleki risk ve çalışma saatlerinin artmasına rağmen emeklerinin karşılığını alamamışlardır. Belirli süre döner sermayelerin tavandan verilmesi bütün sağlık çalışanlarını ne yazık ki kapsamamıştır. Yardımcı sağlık personeli pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına sağlanan ücretsiz konaklama ve ulaşım hakkı, ek ödemeler gibi imkanlardan yararlanamamıştır. Aynı riskli ortamda çalışan sağlık çalışanı grupları arasında farklı haklar sağlanması çalışma ortamındaki barış ortamını bozmuş ve yardımcı sağlık personelinin yaşadığı tükenmişliği derinleştirmiştir. Özel hastanelerde çalışan hekimler hakedişlerini gecikmeli ya da azaltılmış şekilde almış; ücretsiz izne zorlanmışlardır. Bu süreçte yıllık izin hakkının ve istifaların kaldırılması, tayinlerin durdurulması iş yükünü ve tükenmişliği arttırmış, kişilerin otonomi duygusuna zarar vermiştir. Sağlık çalışanlarına ek ödemelerin maaş sistemi üzerinden değil döner sermaye ücretlendirilmesi üzerinden yapılması meslektaşlar arasında eşitsizliğe ve “emeğinin karşılığını alma” algısında bozulmaya neden olmuştur. COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle pek çok sağlık çalışanı enfekte olmuş, ne yazık ki bu süreçte hayatını yitirenler olmuştur. Bütün bunlara rağmen COVID-19 meslek hastalığı olarak tanımlanmamış; enfekte olduğu süreçte karantinada kalan sağlık çalışanların bir kısmı maaşlarını alamamıştır. Olağan görevlerinden daha ağır yükler sırtlanmak zorunda kalan sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişliği artmıştır. Pek çok ilde istifaların açılması ile birlikte toplu istifalar olmuş ve pek çok çalışan da emekliye ayrılmıştır.

Tükenmişlik, literatürde sık tartışılmasına rağmen, anlaşılması ve ortaya çıkmaması için önlemler alınması konusu üzerine çok fikir yürütülmemiş bir konudur. Ülkemizde de pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişliğini önlemeye yönelik bazı önlemler alınmakla birlikte yetersiz kalmıştır. Sağlık çalışanlarının tükenmişliğini azaltmaya yönelik hastanelerde yapılabilecek küçük grup toplantıları, stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi, sağlık çalışanlarının çocukları için kreş imkanı sağlanması, mesleki yetersizlik hissini önleyebilmek ve branşlar arasında iletişimi arttırmayı sağlayacak multidisipliner toplantıların yapılması, rotasyon sisteminin devreye sokulması, hastane içerisinde çalışma ortamına badi sisteminin getirilmesi, ruh sağlığını kontrol eden kısa ölçekler ya da checklistler uygulanması gibi basit müdahaleler yapılmamıştır. Sağlık çalışanları ve halkın aynı tarafta mücadele eden kişiler olduğunu vurgulayan ‘alkışlama’ eylemleri sadece pandemi sürecinin başında düzenlenmiş ve sürdürülmemiştir. Sağlık çalışanlarının gösterdiği özveri ve emek gün geçtikçe artmasına rağmen sağlık çalışanlarının hissettiği takdir hissi bununla orantılı olamamıştır. Bu süreçte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışları ne yazık ki devam etmiştir. Alınacak önlemler ile beraber tükenmişliğin önüne geçebileceğimizi düşünüyoruz. Herkesin üzerine düşen görevi yerine getirmesini bekliyoruz.

Bu süreçte sağlık çalışanlarına ruhsal destek sağlamak amacıyla hem sağlık bakanlığı hem de meslek örgütleri ve sendikalar tarafından ruhsal destek hatları kurulmuştur. Bu destek mekanizmaları önemli bir boşluğu doldurmakla beraber sağlık çalışanlarının temel ihtiyaçlarının sağlanması, güvenli

Sağlık çalışanlarına ek ödemelerin maaş sistemi üzerinden değil döner sermaye ücretlendirilmesi üzerinden yapılması meslektaşlar arasında eşitsizliğe ve “emeğinin karşılığını alma” algısında bozulmaya neden olmuştur.

çalışabilecekleri ortamların hazırlanması ve salgınla mücadelenin bireysel bir mücadeleden çıkıp toplumsal, iyi organize edilmiş bir mücadeleye dönüşmesi, sağlık çalışanlarının ücret konusunda eşit ve hakkaniyetle emeklerinin karşılığının ödenmesi sorunların kaynağını çözmek konusunda etkili adımlar olacaktır.

### Kaynaklar

- Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*. 2004;55(9):1055-7.
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2020. Erişim Tarihi 19.03.2020, <https://korona.hasuder.org.tr/covid-19-hastaligi-ile-mucadelede-saglik-calisanlarinin-sagligi/>
- Hschaki, N. Occupational stress, and burnout among hospital social workers. *Social Work Abstracts* 1994; 121-30.
- IASC, 2020. Inter-Agency Standing Committee Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Refemas Grubu, Ara Bilgilendirme Notu. Covid-19 Salgınının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart 2020.
- Işıkhan, V (2020)Çalışanlarda tükenmişlik sendromu [http://www.solunum.org.tr/tusaddata/Book/472/176201612828-32\\_Bolum\\_31\\_Tukenmislik.pdf](http://www.solunum.org.tr/tusaddata/Book/472/176201612828-32_Bolum_31_Tukenmislik.pdf)
- Kalliath T, Morris, R. Job satisfaction among nurses. *JONA* 2002; 32 (12): 648-54.
- Küçükparlak İ, TPD, 2020 <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadfiles/14202016552-tukenmislikcovid.pdf>
- Maslach C. Burnout: The cost of caring. New Jersey, Prentice Hall: 1982; 32-9.
- Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(6):403-7.
- Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Washington, D.C.: Taylor & Francis, 1998.

# PANDEMİ ORTAMINDA SAĞLIKTA ŞİDDET

## Dr. Hasan Oğan

Tıp Doktoru, Türk Tabipleri Birliği Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu Üyesi

### Özet

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının yaşamlarını tehdit etmektedir. Pandemi öncesinde sağlık çalışanları için en önemli mesleki risk olan şiddet, pandemi döneminde de artarak sağlık hizmetine ve sağlık çalışanlarına önemli zararlar veren boyutlara erişmiştir. Pandemi dönemine özgü olarak şiddet farklılıklar gösterirken, neredeyse tüm ülkelerin ortak sorunu haline gelmiştir. Sağlık çalışanları, COVID-19 hastalığı ile özdeşleştirilerek damgalama, ötekileştirme, ayrımcılık gibi davranışlarla karşı karşıya kalırken, ülkeler, sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi ve sağlık çalışanlarının güvenliği açısından ceza artırıcı yasal düzenlemeler yapmak zorunda kalmıştır. Pandemi sürecinin uzaması ve belirsizlikler ise sağlık çalışanlarında ve toplumda giderek kaygı ve korkunun artmasına yol açmaktadır. Bu durum yine şiddetin artmasına ve sağlık çalışanlarında önemli ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ne şekilde olursa olsun kabul edilemez. Gününbirlik, sıradan çözümler sorunun çözümüne katkı sunamayacağı, sorunu daha da zorlaştırmaktadır.

### **Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve COVID- 19**

COVID-19'a bağlı ortaya çıkan pandemi dünyayı etkisi altına alırken tüm sağlık çalışanları her olağan dışı durumlarda olduğu gibi yine kendi yaşamlarını hiçe sayarak görevlerin başında, en ön saflarda yerlerini almıştır. Sağlık çalışanları, bu tür dönemlerde kendilerini nelerin beklediğini, nelerle karşı karşıya kalacaklarını bilirler. Hastalığın bulaşması, aşırı yoğun çalışma, aile ve sosyal yaşamın yok denecek düzeye inmesi, geleceğe yönelik planların ötelenmesi, ruhsal travmalar, sağlıklarının kalıcı olarak bozulması ve ölümler ilk akla gelenlerdir. Bu riskler onların mesleklerini yerine getirmesine engel olmaz.

Aralık 2019 yılında Çin'de başlayan, Ocak 2020 tarihlerinde yayılma gösteren salgının 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel salgın (pandemi) olarak ilan edilmesinden bu yana sağlık çalışanlarının verdikleri mücadele tüm dünyada gerekli takdir, minnettarlık ve övgü-

yü almıştır. Ancak pandemi sürecinin ağır ve uzun sürmesi, geleceğe yönelik belirsizlikler toplumda kaygı ve korkuyu artırırken, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları her geçen gün kötüleşmektedir. Pandemi öncesi var olan olumsuzluklar bu dönemde de artarak varlıklarını korumaktadır. Bunlardan biri de şiddettir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları arasında yer alan ve Türkiye’de önemli bir sorun olan şiddet, pandemi döneminde de farklı boyutlar kazanarak artmaya devam etmektedir.

Her şeyden önce sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yalnızca hasta ve yakını tarafından uygulanan şiddet olmadığı bilinmelidir. Her ne kadar pandemi öncesi hasta ve yakını tarafından uygulanan şiddet ön planda olsa da bugün sağlık çalışanları çok daha farklı şiddet ortamı ve uygulamaları ile karşı karşıyadır.

Hasta ve yakını tarafından uygulanan şiddet, çoğu zaman sağlık çalışanlarına yönelik bir iktidar yaratma amacı içerir. Hasta ve yakını sağlık çalışanlarının mesleki yetki, karar verme ve uygulamaları üzerinde bir egemenlik oluşturmak ister. Ancak daha önceden de bilindiği gibi sorunun kaynağı uygulanan sağlık sistemidir. Çatışmanın esas hedefi sağlık sistemidir. Ventilatörün olmaması, yoğun bakım yatağının yetersizliği ve hastaların yoğun bakım yatağı için sıra beklemesi sağlık çalışanlarından kaynaklanan bir sorun olmadığı herkesçe bilinmektedir. Ancak yine de sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle, hasta ve yakınının hedefinde sistemin görünen yüzü sağlık çalışanlarıdır.

Türkiye’de 2005 yılından itibaren şiddet olaylarının giderek artması, hekim ve eczacıların çalıştığı ortamlarda öldürülmesi, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği sorununun varlığını açıkça ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin her ne surette olursa olsun kabul edilemezliği, pandemi döneminde de artarak devam etmesi, sorunların bir kez daha temeline inmeği ve çözümlerin burada aranması gerçeğini ortaya koymaktadır.

Gerek pandemi öncesinde, gerekse de pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti irdelerken yalnızca şiddetin bir türü üzerinden (fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel taciz) ya da yalnızca bir kesim üzerinden (hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları) değerlendirme yapmak yanılgılara yol açacaktır. Unutulmamalıdır ki sağlık ortamında yaşanan şiddet aynı zamanda o ülkenin içinde bulunduğu toplumsal, ekonomik, politik süreçlerin özellikle de sağlık politikalarının da bir yansımasıdır.

Pandemiler doğal olarak bir kaos ortamı yaratır. Bu dönemlerde mevcut sorunlar ağırlaşarak devam ederken, yeni sorunlarında ortaya çıkması kaçınılmazdır. Dönem ağırlaştıkça ve uzadıkça sorunlar karmaşık hale gelirken, çözümler de zorlaşır. Pandemi öncesi zaten sorunlu olan sağlık sistemleri, pandemi döneminde daha da ulaşılabilir hale gelerek hasta ve yakınlarının taleplerini karşılayamaz. Pandemi sürecinde belirsizliklerin devam etmesi ve sürecin doğru yönetilmemesi sağlık sistemini daha da sorunla hale getirirken; bireyler, kendisi ve yakınlarının sağlığı konusunda çok ciddi kaygı duymaya başlamıştır. Toplumsal beklentiler artarken, kısıtlamalar ve ortaya çıkan yeni kurallar, engeller hoşnutsuzluğu daha da artırmaktadır. Pandemi sürecine bağlı olarak başta ev içi şiddet olmak üzere toplumda

Yaşanan şiddet aynı zamanda o ülkenin içinde bulunduğu toplumsal, ekonomik, politik süreçlerin özellikle de sağlık politikalarının da bir yansımasıdır.

şiddetin giderek artacağı görüşü tüm dünyada kabul görmektedir. Endişe ve korkuya bağlı olarak toplumsal karamsarlık hızla artarken, bu durumun toplumun kendi içerisinde ve sağlık çalışanlarına yönelik tepkisel düşüncelere ve durumlara yol açması kaçınılmazdır. Hasta olanlara ve bulaş özelliği yüksek olduğu düşünülen sağlık çalışanlarına karşı ötekileştirme davranışları giderek yaygınlık kazanmaktadır. Doğru ve yeterli bilgilendirmelerin yapılmadığı, dezenformasyonun yoğun olduğu durumlarda bu daha da artar.

Sağlık çalışanı olduğunu söylediğinde dolmuştan indirilen, kiracı olduğu evden çıkmaya zorlanan, eve giriş çıkışlarda merdivenlere tutunmaması yönünde yazıların asılması sıkça yaşanır olmuştur. Pandemi hastanelerinde çalışanların “benden uzak dur” söylemleri ile karşı karşıya kalması, ebeveynlerinin sağlıkçı olmaları nedeniyle çocuklara yönelik kreş ve okullarda hoş olmayan tutumların sergilenmesi, yalnız Türkiye’de değil pandeminin etkilediği her ülkede farklı versiyonlarda da olsa görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının hastalarla olan temasları nedeniyle virüsü yayabilecekleri korkusu giderek egemen hale gelirken sağlık çalışanlarına yönelik şiddette dramatik bir şekilde artmaktadır. Birleşmiş Milletler İnsani Yardım Koordinasyon Ofisi (OCHA) ve Tehlikedeki Kişilere İlişkin Veriler (Insecurity Insight) kurumu bilgilerine göre; Hindistan’da 145, Meksika’da 24, Endonezya’da 6 sağlık çalışanı, doğrudan COVID-19 sağlık önlemleriyle ilgili olarak yaralanma veya saldırı ile karşı karşıya kalmıştır. Çatışma bölgelerinde ise sağlık kurumlarına ve ambulanslara doğrudan saldırı yapılırken sağlık çalışanları yaralanmış ve ölümler gerçekleşmiştir. Dünya genelinde yaşanan bu şiddet eylemlerini özetlersek;

- Corona virüs salgınına karşı ilk uyarıyı yapan Wuhanlı Dr. Ai Fen, yönetimce ciddi bir şekilde azarlanarak, eleştirildi ve raporu sansüre uğradı.
- Meksika’da, bir kadın sağlık çalışanı, iki kadın tarafından COVID-19 ile enfekte olmakla suçlanarak dövüldü.
- Mısır ve Hindistan’da, COVID-19’dan ölen iki doktorun yerel mezarlığa gömülmesi istenmedi.
- Fildişi Sahili’nde, yerleşim bölgelerine çok yakın olduğu için yapım aşamasında olan bir COVID-19 test merkezi yıkıldı.
- Sudan’da ordunun COVID-19 ile ilgili durumunu yansıtan doktora saldırı düzenlendi.
- Afganistan’da COVID-19 testi pozitif çıkan 38 hasta karantinaya alınma korkusuyla personele saldırdı ve kaçtı.
- Hindistan’da, COVID-19’dan ölen bir hastanın akrabaları hastaneyi tahrip etti ve sağlık çalışanlarına saldırdı.
- Pakistan’da, doktorlar ve sağlık görevlilerinin yetersizlikleri dile getirdiği protesto eylemine polis saldırdı ve tutuklamalar oldu.
- Filipinler’de bir hemşire üniforması nedeniyle otobüslerde ayrımcılık yaşadı.
- Nijerya’da bir doktorun tıbbi üniforma giydiği için süpermarkete girmesine izin verilmedi.

Sağlık çalışanlarının hastalarla olan temasları nedeniyle virüsü yayabilecekleri korkusu giderek egemen hale gelirken sağlık çalışanlarına yönelik şiddette dramatik bir şekilde artmaktadır.



- Hindistan'ın Indore şehrinde insanlar COVID-19 testi yapmak için kendi bölgelerine gelen sağlık çalışanlarına taş attı.
- Rusya'da, bir çete ambulans çalışanlarına saldırarak “enfekte kişilerin nerede olduğunu” sordu.
- Nijerya Delta Eyaleti Asaba Federal Tıp Merkezi'ndeki doktorlar, sağlık çalışanlarının güvenlik görevlileri tarafından taciz edilmesi üzerine greve gitti.
- Meksika'da bir hemşire sıcak sıvı saldırısına uğradı ve kendisine “enfekte” diye bağırıldı. Bir doktorun yüzüne çamaşır suyu döküldü.
- ABD'de bir hemşire daha fazla kişisel koruyucu ekipman sağlanması talebiyle hazırladığı videoyu Facebook'ta paylaşınca işten çıkarıldı.
- Rusya'da iki doktor kişisel koruyucu ekipman yokluğundan şikayet etmeleri üzerine “yalan haber” yasaları kapsamında suçlandı.
- Ukrayna'da göstericiler COVID-19 hastalarını karantinaya almak için en uygun yer olarak Çernobil'i önerdiler.
- Avustralya'da bir çocuk hastanesinde Asyalı görünümünde olan doktora, ebeveynleri tarafından tedavi ettiği çocuktan uzak durması söylendi. Ayrıca hastaların Asya görünümlü diğer hastaların yanına oturmayı reddettikleri belirtildi.
- Filipin Devlet Başkanı Rodrigo Duterte, COVID-19'a yakalanan ve görev başında ölen sağlık çalışanlarını için “ülke için öldükleri” ve “şanslı” olduklarını söyledi.
- Uluslararası Af Örgütü, Birleşik Krallık'taki sağlık uzmanlarının koruyucu ekipman eksikliğinden bahsetmemeleri konusunda uyarıldıklarını açıkladı.
- Tokyo'daki bir parkta, bir grup anne bir hemşireyi sorguya çekerek “Hastanede çalışıyorsun, değil mi?”, “Uzak durursan seviniriz” cümlelerini sarf etti.
- Tokyo'da bir hemşireden okul öncesi çocuğunu kreşe getirmemesi istendi.
- Avrupa'da sağlık çalışanlarının sağlık kurumunda ve dışında “enfeksiyon yayacakları korkusuyla” karşılaştıkları şiddet, ayrımcılık ve dışlanma vakalarının artması sonucu Avrupa Sağlık Örgütleri ortak bir kınama yazısı yazmak zorunda kaldı.
- Mısır'da sağlık çalışanları sadece kişisel güvenlik kaygılarını ifade etmeye cüret ettikleri için tutuklandı, suçlandı, yargılandı ve sürüldü. Keyfi tutuklama ve gözaltı için “yalan haber yayma” ve “terörizm” gibi belirsiz ve ağır suçlamalar yapıldı. Mısır'ın sağlık sistemini eleştiren ve hükümetin COVID-19'a karşı yetersiz kaldığını belirten bir doktor gözaltına alınırken, hükümeti İtalya ve Çin'e tıbbi yardım gönderdiği için Facebookta eleştiren bir doktor tutuklandı.
- Mısır'da bir grup doktor yetersizlikler ve kötü yönetim sonucu iki günden fazla yoğun bakıma alınamayan COVID-19 tanılı meslektaşlarının ölümü sonucu istifa etti. İstifa sonrası Mısır Ulusal Güvenlik Birimi doktorlara istifalarını geri çekmeleri için baskı yaptı. İç yazışmalarda “işini yapmayı reddeden veya işe gelmeyen her doktor veya hemşireye yönelik Ulusal Güvenlik Birimleri (NSA) tarafından so-

ruşturma başlatılacağı ve en ağır cezaları çekmeyi” hak eden “hain asker” muamelesi göreceği belirtildi.

- Pakistan’ın yoksul Belucistan eyaletinde COVID-19 salgınıyla savaşmak için acil kişisel koruyucu ekipman sağlanmasını talep eden düzinelerce sağlık çalışanı gözaltına alındı.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı şiddet olaylarına ilişkin durumun daha iyi anlaşılabilmesi için yukarıda örnek sayısı mümkün olduğunca geniş tutulmaya çalışıldı ve farklı bölgelerden ve ülkelerden, farklı olaylar listelendi. Oysa belirtilenler yaşananların çok az bir kısmını yansıtmaktadır. Yaşanan birçok olay sağlık çalışanları tarafından bildirilmemiştir. Bildirimde bulunmamanın en temel sebeplerinden biri de sağlık çalışanlarının bunun için zaman ayırmak istememesidir.

Olaylar, toplumların önemli bir kesimince sağlık çalışanlarını, sembolik olarak hastalığın kendisini ve tedaviyi temsil ediyor olarak algılandığını göstermektedir. Sağlık çalışanları artık dokunulmaması, korkulması, uzak durulması gereken yeni bir kast grubu olma durumuyla karşı karşıyadır. Çamaşır suyu dökülmesinin ise “cehalet ve korku karışımı” düşünce tarafından motive edildiği kabul edilmektedir.

Yukarıda yaşanan gerek bireysel gerekse de öznel şiddet olayları göstermektedir ki; sağlık çalışanları pandemiye karşı en ön saflarda mücadele ederken, yaşamlarını kaybederken, onlardan beklenen sessiz kalmalarıdır. Bu talep sağlık çalışanlarının dışında, her türlü iktidar mekanizması içinde yer alan kurum ve kişilerden gelmektedir. Sorunları dile getirenler her türlü baskı ve zor yoluyla susturulmaya çalışılacaktır.

Olaylar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pandemi öncesinde genel olarak bireysel (öznel) olduğunu, pandemi döneminde ise yapısal (nesnel) şiddetin daha ön plana çıktığını göstermektedir. Her iki şiddet durumunda nedensellik ve çözüm açısından önemli farklılıklar vardır. Bu nedenle de değerlendirmeler doğru yapılmalı, nesnel şiddetin varlığı görünür kılınmalıdır. Çünkü, nesnel (yapısal) şiddetlerin en önemli özelliği şiddete uğrayanlar tarafından yeterince algılanamamasıdır. Baskıcı yönetimler bu konuda özel çaba sarf eder ve çoğu kez simgesel yöntemleri tercih ederler.

Türkiye’de yaşananlar ile dünyada yaşananlar karşılaştırıldığında, ülkemizde yaşananların dünya ile önemli benzerliklerin olduğu görülmektedir. Bugüne dek hasta ve yakınlarının bilinen haksız isteklerinin yanı sıra COVID-19’a bağlı yeni talepler ortaya çıkmıştır. Test yaptırmak, testin ötesinde diğer tetkikleri yaptırmak, hastanede tedavi olmak, yakınına yoğun bakıma yatırmak, yakın temas nedenli rapor talepleri ve COVID-19’lu hastaları ziyaret etme isteği sıkça dile getirilenler arasındadır. Maske takma, fiziksel mesafe gibi uyarılar şiddeti tetiklerken, sağlık çalışanlarına karşı bulaş amaçlı yüksek sesle bağırarak, tükürmek yeni şiddet uygulamaları arasına girmiştir.

Böylesi bir ortamda sağlık çalışanları ise haklı taleplerini dile getirirken idare ve polis baskıları ile karşılaşmaktadır. Çoğu kez yüzlerini ve isimlerini saklamak durumunda kalmaktadır. Sendika temsilcileri sürgünlerle tehdit

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pandemi öncesinde genel olarak bireysel (öznel) olduğunu, pandemi döneminde ise yapısal (nesnel) şiddetin daha ön plana çıktığını göstermektedir.

edilmekte ve sürülmektedir. Tüm baskılara rağmen gerçekleri dile getiren örgütler topluma hedef olarak gösterilmekte, halk sağlığı uzmanlarına “halkı paniğe sevk etme” suçlaması ile valilik ve üniversite tarafından soruşturmalar açılmaktadır. Sağlık çalışanının onayı alınmaksızın zoraki görev değişiklikleri, ağır nöbet sistemleri, sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan diğer baskı yöntemleri arasındadır. Bu çerçevede Türkiye’de;

- Pandemi sürecinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde kurumun uğradığı zarar gerekçe gösterilerek çalışanların ek ödemelerinde yüzde 20’den başlayan kesintilerin yapılması ve bu haksızlığı dile getirmek için sağlık çalışanlarının yaptıkları toplantıya başhekim yerine polisin giderek açıklamaya engel olmaya çalışması dikkat çekicidir.
- Filyasyon ekipleri hasta takipleri sırasında saldırılara uğrayarak şiddet görürken, bir hastanede COVID-19’lu bir hasta hekimlere saldırdı. Saldırgana hastalığı nedeni ile gözaltı işlemi dahi yapılmadı. Sağlık çalışanları ise karantina işlemine tabi tutuldu.
- Pandeminin yarattığı strese karşın insani bir talep olan “aşure yeme” isteği, cinsel içerikli saldırı ve sosyal medyada linç girişimine kadar büyütüldü ve bu saldırıyı yapan serbest bırakıldı.
- Batman’da kişisel koruyucu talepleri sonucu sürgün edilen üç sağlık çalışanı ile ilgili olarak yapılan basın açıklaması polisin plastik mermi ve gaz şiddetine maruz kalırken, birçok sağlık çalışanı darp ve gözaltı ile karşı karşıya kaldı.
- Ankara’da sağlık çalışanları koronavirüs nedeniyle hayatını kaybedenler için yapmak istediği anma polis tarafından engellenirken ancak bir dakikalık saygı duruşuna izin verildi ve açıklama yaptırıldı.
- Urla Devlet Hastanesi sağlık çalışanları hastane bahçesinde ek ödemelerdeki kesinti, 4b’lilerin kadroya alınması, performans sistemi ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konularında açıklama yapmak isteyince polis müdahale ederek açıklamayı engellemek istedi.
- Denizli’nin Çameli ilçesinde sağlık emekçisi çift ev sahibinin yarattığı sıradan bir tartışma bahane edilerek evden çıkarıldı.
- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları bölümünde çalışan bir grup hekime, ailelerine bulaş olmaması için ücretlerini ödedikleri otelden ayrılmalari yönünde baskı uygulandı.
- Sakarya ilinde sağlık çalışanının yaşadığı apartmana “Apartmanımızda ikamet eden sayın sağlık çalışanları, apartmana girip çıkarken giriş kapıları ve merdiven korkuluklarına temas etmemenizi önemle rica ederiz” ifadeleri yer alan yazı asıldı.
- Sağlık çalışanları COVID-19 salgınına karşı gerekli önlemlerin alınması için Ankara Üniversitesi (AÜ) İbni Sina Hastanesi önünde açıklama yapmak istedi ve beş sağlık çalışanı gözaltına alındı.
- Daha önce tedavi görmüş bir kişinin doktoruna ulaşamadığı gerekçesiyle dışarıdan yanıcı madde atarak Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH’ye bağlı Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde yangın çıktı

- Bu süreç içerisinde otoritenin sağlık çalışanlarına yaklaşımını en iyi sergileyen tutum ve davranış ise Zonguldak ilinden geldi. Zonguldak Valisi yaptığı açıklamada; “Her türlü tedbirin alınmasına rağmen maalesef sağlıkçılarımız kendilerini koruyamadılar. Tüm arkadaşlarımızı uyardık. Bu bizim faturamızı ağırlaştıran olay oldu. Normalde sağlıkçılarımızın bize getirdiği yük olmasaydı bugün belki de geri dönüşü konuşuyor olacaktık. Misafirhanede onları misafir ettik. Onlardan ücret almadık. Yemek ücreti de almadık. Ama orada kendi aralarındaki ilişkilerinde yeteri kadar dikkatli olmadıkları için hem kendilerini sıkıntıya soktular hem bizi sıkıntıya soktular. Bunun da artık azalacağını varsayıyoruz. Onlar bizim kahramanlarımız. Kendi hayatlarını ortaya koyan insanlar ama yeteri kadar dikkatli olmayınca sıkıntı yaşıyoruz” dedi. Vali daha sonra sözlerine açıklık getirdi ve özür diledi.



### Önlemler

Pandemi nedeniyle Dünyada sağlık ortamına ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin giderek artması ülkeleri şiddete karşı yeni önlemler almak zorunda bırakmıştır. Hindistan hükümeti pandemi nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların “tolere edilmeyeceğini” belirterek, merkezi hükümet, suçluların yedi yıl hapis cezası ve yüksek para cezası ile cezalandırılabilceği bir kararname çıkardı. Hindistan İçişleri Bakanı, sağlık çalışanlarına taş bile atılmayacağına dair güvence verirken, Hindistan Tabipler Birliği (IMA) sembolik protestolarını geri çekmeye karar verdi. Irak hükümeti pandemi nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarına karşı, sağlık personeline, ambulanslara veya tıbbi tesislere ve yaralılara yönelik şiddet eylemlerini kanunen yasaklamak zorunda kaldı. Meksika, İtalya, Filipinler ve Arjantin gibi bazı ülkelerde sağlığı ve/veya temel çalışanları taciz etmek veya onlara karşı ayrımcılık yapan eylemlere karşı yeni cezalar belirledi. Meksika hükümeti hastanelere daha fazla güvenlik personeli yerleştirmek zorunda kaldı.

Bu ülkelerin yanı sıra Türkiye de sağlık alanında yaşanan şiddet konusunda ceza artırımına gitmek zorunda kaldı. TTB başta olmak üzere, sağlık çalışanlarının yıllardır dile getirdiği “Sağlıkta Şiddet Yasası”, 15 Nisan 2020 tarihinde TBMM’de 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri temel kanununun ek 12. Maddesinde yapılan ilave düzenleme ile kabul edildi. Yasa, talep edilenleri tam olarak kapsamasa da, “kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle işlenen; kasten yaralama, tehdit, hakaret, görevi yaptırmamak için direnme suçlarına karşı verilecek cezaların; yarı oranında arttırılması, hapis cezalarının ertelenmemesi, şiddet faili hastaya ya da yakınına sağlık hizmetinin bu suçun mağduru olan sağlık personeli dışındaki bir başka sağlık personeli tarafından verilmesine” yönelik düzenleme içeriği ile kabul edildi.

Yasanın yürürlüğe girmesinin üzerinden yaklaşık beş ay gibi süre geçmesine rağmen şiddet artarak devam etmekte, ancak şiddeti uygulayanlar ifadelerinin alınmasının arkasından salıverilmekte ve hatta bazen buna dahi gerek duyulmamaktadır.

Geldiğimiz aşamada yasanın yürürlüğe girmesi ve aradan belirli bir sürenin geçmesine bağlı olarak geçmişe yönelik bazı değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Yıllarca yasayı çıkartmamak için direnenler, yasanın çıkması sonucu öne sürdükleri gerekçelerin çok da anlamlı olmadığını gördüler. Bunun yanı sıra şiddete karşı mücadele açısından yasayı öne çıkartanlar, yasanın çıkması ile birlikte kendilerine yeni mücadele hedefleri aramak zorunda kaldılar. Nasıl ki 2012 yılında “şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemek” için çıkartılan 6284 sayılı “Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun”, kadın cinayetlerini önleyememiş ve mevcut durumda “İstanbul Sözleşmesi’nin” iptali söz konusu ediliyorsa, böylesi bir ortamda şiddet yasası da beklenen etkiyi göstermeyecektir. Bu somut durum ceza artırımı ile şiddetin azalacağı düşüncesini yeniden tartışılır hale getirmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddette bugüne dek yaşanan en büyük sorunlardan biri de yargının olaylara ve davalara ilişkin tutumudur. Sağlık çalışanlarına yönelik suçun kamusal suç olması, saldırganın sağlık çalışanına verdiği zararın yanı sıra birçok açıdan kamuya verdiği önemli zararlar ortada iken suça ilişkin olarak soruşturmaya gerek görmeme, saldırgan için hafifletici nedenleri öne çıkartma, tutuksuz yargılama, ceza söz konusu olduğunda ise “hükmün açıklanmasının geri bırakılması” durumları son ceza değişikliklerine rağmen devam etmektedir. Öyle ki bu durumun ceza yasasındaki değişikliklere ve pandemi dönemine rağmen devam etmesi Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, “Sağlıkta şiddet kabul edilemez, erken salıverilmeleri vicdanları rahatsız ediyor. Bu konuda da Yüce Yargının vicdanları rahatlatacağına olan beklentimizi tekrar ifade etmek istiyorum” sözleriyle tepki göstermiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddette bugüne dek yaşanan en büyük sorunlardan biri de yargının olaylara ve davalara ilişkin tutumudur.



Öte yandan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri Olcay Kutlubay'ın 08 Mart 2020 tarihinde kamuoyuna açıkladığı bilgilerin üzerinde durulması gerekmektedir. Kutlubay, Bakanlık olarak Beyaz Kod sisteminden yararlanarak, veriler üzerinden analiz yaptıklarını ve şiddetle mücadele konusunda yol haritası çıkarttıklarını belirtmektedir. Şiddet uygulayana, şiddetin türüne, şiddetin uygulandığı zamana, yere ve şiddet uygulayan kişinin özelliklerine, yaşına, cinsiyetine, neden şiddet uyguladığı gibi kapsamlı konularda istatistikler sonucu “proaktif suç önleme modelini” referans aldıklarını söyleyerek 88 ana, 170 alt eylemden oluşan “Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Sıfır Tolerans Eylem Planı” yaptıklarını ve bu eylem planının aktif olarak hayata geçtiğini söylemektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete karşı yürütülecek olan mücadelenin Beyaz Kod verileri üzerinden şekillenmesi oldukça zihin açıcı olsa gerek. Çok sayıda sağlık çalışanının birçok nedenden dolayı Beyaz Kod vermediği, birimlerden gelen çok sayıda Beyaz Kod verileri karşısında uyarıların yapıldığı, sık sık Beyaz Kod veren sağlık çalışanının “değerlendirildiği” bir uygulamadan “proaktif suç önleme modeli” oluşturarak her geçen gün artan şiddeti önlemeye çalışmak Sağlık Bakanlığına özgü bir durum olsa gerek. B konuda Sağlık Bakanlığın açıklaması gereken “Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Sıfır Tolerans Eylem Planı” ile sağlık ortamındaki şiddeti ne kadar azalttığı ve ne zaman durduracağıdır.

Sağlıkta şiddeti önlemek için şiddetin yoğun olduğu zaman diliminde “güvenlik personeli” artırmayı öneren “proaktif” bir eylem planı ile şiddetin durdurulamayacağı, azaltılamayacağı ortadadır. Bu bağlamda 2011 yılından itibaren uygulanan “Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans” eylem planı ne yazık ki başarılı olmamıştır, olamamaktadır. Sağlık Dönüşüm Programı’nı ve şiddeti ortaya çıkaran diğer temel nedenleri görmezden gelen, Beyaz Kod verilerini kamuoyu ve sağlık çalışanları ile paylaşmayan, paylaşmayan yaklaşımların çözüm oluşturması olanaksızdır. Bu nedenlerden dolayı da çözüm için sağlık çalışanlarının iradelerinin, mücadelelerinin ve gücünün öne çıkması gerekmektedir.

### **İntihar**

Pandemi sürecinde değerlendirilmesi gereken diğer önemli bir durum ise yıllarca sağlık çalışanlarını itibarsızlaştırmak, değersizleştirmek için tüm olanakları ile saldıranların hayatın gerçekleri karşısında, sağlık çalışanlarını istemeden de olsa alkışlamak zorunda kalmalarıdır. Burada sağlık çalışanlarını yürekten alkışlayanları ayrı bir yerde tutmak gerekir. Bu kesime sağlık çalışanları sonsuz saygı duyarken, şiddet uygulayanları, şiddeti geçmişte ve gelecekte destek verenleri de unutmayacaktır.

Sağlık çalışanlarına doğrudan uygulanan şiddetin yanı sıra pandemi sürecinin kendisi ve bu süreçte uygulanan baskı, aşağılama, değersiz görme, mobbing, ötekileştirme, ayrımcılık, sahip çıkmama, verilen sözlerin tutulmaması gibi olumsuz yaklaşımlar, sağlık çalışanlarının ruhsal yapılarına olumsuz etki ederek kaygı ve korku duygularının her geçen gün artmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları en büyük korkulardan

biri asemptomatik taşıyıcı olma düşüncesidir. Sağlık çalışanlarının yakınlarını korumak adına belirli periyotlarla test istekleri idarelerce ne yazık ki kabul görmemiştir. Bununla birlikte ağır çalışma temposuna rağmen, maddi ve manevi ödüllendirme yapılmazken, sağlık çalışanları ödüllendirilenler karşısında kendilerini değersiz ve ötekileştirilmiş hissetmektedir.

COVID-19'a bağlı toplumda ve sağlık çalışanlarında her geçen gün ölümler artarken, “yeni normalleşme” sürecine bağlı kayıtsızlık, vurdumduymazlık sağlık çalışanları üzerinde ciddi bir baskı ve kaygı oluşturmaktadır. Acilen toplumsal önlemlerin alınması gerekirken, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere bu duruma seyirci kalınması, alınması gereken tedbirlerin söylemler düzeyinde kalması, bilim kurulunun etkinliğinin giderek kaybolması bu baskıyı ve kaygıyı daha da ağırlaştırmaktadır.

Dünyada da salgın sürecinde yaşanan benzer olumsuzluklara bağlı olarak sağlık çalışanlarında intiharlar yaşanmaktadır. İngiltere’de Londra’daki King’s College Hastanesi’nde çalışan yirmili yaşlarındaki genç bir hemşire COVID-19 hastalarının bakımıyla ilgilenirken yaşamına son vermiştir. İtalya’da salgının merkez üssündeki bir hastanede yoğun bakım servisinde çalışan bir hemşire hastalığa yakalandığını öğrenince koronavirüsü başkalarına yayabileceği düşüncesiyle ruhsal sorunlar yaşarken intihar etmiştir. Yine İtalya’nın Jesolo Hastanesi’nin COVID-19 servisinde çalışan 49 yaşındaki bir hemşire, Venedik bölgesinde bulunan Cortellazzo’daki Piave Nehri’ne atlayarak yaşamına son vermiştir. Türkiye’de de Dicle Üniversitesi’nde hemşire olarak çalışan ve eşi de aynı hastanenin pandemi bölümünde erkek hemşire olan hemşire yaşamına son verdi. Eşinin COVID-19 testinin pozitif çıkarak tanı alması ve pandemi nedeni ile çocuklarına bakmada sorunlar yaşadıkları belirtildi.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları tüm olumsuzluklar ve şiddet doğal olarak onların ailelerini de olumsuz olarak etkilemektedir. Özellikle pandemi nedeniyle aylardır evine gitmeyen, gidemeyen sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması hiç kimse için kabul edilebilir, hoş görülebilir ya da göz ardı edilebilir eylemler değildir.

#### Kaynaklar

- **2019 tarihli ve 190 No’lu Şiddet ve Taciz Sözleşmesi (ILO Bilgi Notu Mayıs 2020)**, 27.08.2020, [https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/covid-19/WCMS\\_744886/lang--tr/index.htm](https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/covid-19/WCMS_744886/lang--tr/index.htm)
- **Asistan hekimler adalet istiyor**, 27.08.2020, <https://www.birgun.net/haber/asistan-hekimler-adalet-istiyor-301193>
- **Asyalı sağlık çalışanlarına yönelik ırkçı taciz koronavirüsü tedavi etmeyecek** <https://news.berkeley.edu/2020/04/09/racist-harassment-of-asian-health-care-workers-wont-cure-coronavirus/>
- **Avrupa Tıp Kuruluşları, COVID-19 salgınıyla mücadele eden sağlık uzmanlarına yönelik saldırıları kınadı**, 27.08.2020, <https://www.cpme.eu/european-medical-organisations-condemn-attacks-on-healthcare-professionals-fighting-the-covid-19-pandemic/>
- **Avrupa’da COVID-19 salgını stresi nedeniyle hemşire intiharları artıyor**, <https://www.wsws.org/tr/articles/2020/04/03/trez-a03.html>

- **Bakanlıktan “Sağlıkta Şiddetle Mücadelede Sıfır Tolerans Eylem Planı”,** 27.08.2020, <https://www.habergazetesi.com.tr/haber/5699254/bakanlik-tan-saglikta-siddetle-mucadelede-sifir-tolerans-eylem-planı>
- **Cerrahpaşalı 9 doktor otelden atıldı,** 27.08.2020, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-cerrahpasali-9-doktor-otelden-atildi-2-12-88066.html>
- **Coronavirus: ‘Asyalı görünümün’ Melbourne sağlık çalışanları ırkçı istismarı bildirdi,** 27.08.2020, <https://www.sbs.com.au/news/coronavirus-melbourne-health-workers-of-asian-appearance-report-racial-abuse>
- **Coronavirus: NHS ihbarcıları, KKD hakkında konuştukları için ‘iş kaybı ile tehdit edildi’,** 27.08.2020, <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/coronavirus-uk-nhs-ppe-whistleblowers-job-losses-ppe-a9515856.html>
- **Coronavirus: Sağlık çalışanları Meksika’da şiddetli saldırılarla karşı karşıya,** 27.08.2020, <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52676939>
- **Covid-19: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet artık 7 yıla kadar hapisle cezalandırılabilir,** 27.08.2020, <https://indianexpress.com/article/coronavirus/covid-19-india-health-care-workers-cabinet-meeting-seven-years-jail6374071/>
- **COVID-19 bağlamında sağlık hizmetlerine yönelik saldırılar,** 27.08.2020, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>
- **COVID-19 koronavirusu bölgeyi harap ediyor. Sağlık Çalışanları Amerika’da Şiddet, Güvensiz Koşullar ve Travma İle Karşılaşıyor: Rapor,** 27.08.2020, <https://www.globalcitizen.org/en/content/amnesty-international-health-care-workers-covid-19/>
- **COVID-19 salgınında sağlık hizmetlerine karşı yeni şiddet modelleri,** 27.08.2020, <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/new-patterns-of-violence-against-healthcare-in-the-covid-19-pandemic/>
- **COVID-19 salgınını durduracak, sağlıkta şiddeti ortadan kaldıracaktır!** 27.08.2020, [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber\\_goster.php?Guid=fff879c8-806c-11ea-bc5a-1802c1c4918a](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=fff879c8-806c-11ea-bc5a-1802c1c4918a)
- **COVID-19’dan Esinlenen İş Yerinde Şiddeti Önleme,** 27.08.2020, <https://www.shrm.org/resourcesandtools/hr-topics/risk-management/pages/preventing-workplace-violence-inspired-by-covid-19.aspx>
- **Covid-19’u yenerek görevine dönen sağlık çalışanı, hasta yakını tarafından darp edildi** <https://t24.com.tr/haber/koronavirus-u-yenip-gorevine-donen-saglik-calisani-hasta-yakini-tarafindan-darp-edildi,895176>
- **Çinli doktorlarda yapılan araştırmalar, COVID-19 zamanında bakım vermenin zihinsel bedelini gösteriyor,** 27.08.2020, <https://ihpi.umich.edu/news/study-chinese-doctors-shows-mental-toll-caring-time-covid-19>
- **Dicle Üniversitesi Hastanesi’nde korona mobbingi: Kendi bacaklarına sikan acemi askerler,** 27.08.2020, <https://www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/08/28/dicle-universitesi-hastanesinde-korona-mobbingi-kendi-bacaklarina-sikan-acemi-askerler/>
- **DOH, COVID-19 tehdidiyle mücadele eden sağlık çalışanlarına şiddetli saldırılar düzenledi,** 27.08.2020, <https://newsinfo.inquirer.net/1250566/doh-slams-violent-attacks-on-health-care-workers-fighting-the-covid-19-threat>
- **Dünya Sağlık Örgütü’nün 19.06.2020 Tarihli Yeni Koronavirüs (Covid-19) Durum Raporu,** 27.08.2020, [https://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/news?Root\\_node\\_selection=76096](https://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/news?Root_node_selection=76096)
- **Ellerinizi kırılsın: Virüs nedeniyle aylardır evine gitmeyen sağlıkçıyı öldürseye dövdüler** <https://www.yenicaggazetesi.com.tr/korona-virus-servisinde-saglikcilara-saldiri-283570h.htm>

- **Ev sahibinin evden çıkardığı sağlık çalışanı çift: Bu davranış insanlığa sığmaz**, 27.08.2020, <https://www.evrensel.net/haber/401406/ev-sahibinin-evden-cikardiği-sağlık-calisanı-cift-bu-davranış-insanlığa-sıgmaz>
- **Hasta yakınları tarafından saldırıya uğrayan doktor isyan etti: Korkuyorum duyuyor musunuz beni?** 27.08.2020, <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/hasta-yakinlari-tarafından-saldırıya-ugrayan-doktor-isyan-etti-korkuyorum-duyuyor-musunuz-beni-5776424/>
- **Hastanede dehşet! Corona testi tartışması kötü bitti**, 27.08.2020, <https://www.milliyet.com.tr/gundem/hastanede-dehset-corona-testi-tartismasi-kotu-bitti-6201640>
- **Hindistan’da sağlık çalışanlarına “koronavirüs damgası”: Hastalık yayar diye evden atılan doktorlar sokakta kalıyor**, 27.08.2020, <https://www.mynet.com/hindistan-da-sağlık-calisanlarına-koronavirus-damgasi-hastalik-yayar-diye-evden-atılan-doktorlar-sokakta-kalıyor-110106487276>
- **‘İnsanlar salgının ilerlemesini kendilerine değil de sağlık çalışanlarına bağlamaya başladı!’** 27.08.2020, <https://www.hurriyet.com.tr/kelebek/hurriyet-pazar/insanlar-salginin-ilerlemesini-kendilerine-değil-de-sağlık-calisanlarına-bağlamaya-basladi-41593431>
- **Japonya: Sağlık çalışanları, COVID-19’a göre ayrımcılık ve tacizle karşı karşıya**, 27.08.2020, <https://www.business-humanrights.org/en/latest-news/japan-health-care-workers-face-discrimination-harassment-over-covid-19/>
- **Japonya’nın kuşatılmış hemşireleri, COVID-19 ile birlikte yaygın tacizle mücadele ediyor**, 27.08.2020, <https://www.cbsnews.com/news/japans-overstretched-doctors-and-nurses-battling-widespread-abuse-along-with-covid-19/>
- **Kızıl Haç, sağlık çalışanlarına karşı 208 koronavirüsle ilgili saldırı olduğunu söyledi** <https://nypost.com/2020/05/28/red-cross-says-208-covid-related-attacks-on-health-workers/>
- **Küresel: Sağlık çalışanları susturuldu, ifşa edildi ve saldırıya uğradı**, 27.08.2020, <https://reliefweb.int/report/world/exposed-silenced-attacked-failures-protect-health-and-essential-workers-during-covid-19>
- **Koronali dehşet! ‘Bana bakmak zorundasınız’ dedi, sağlıkçıları darp etti...** 27.08.2020, <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/koronali-dehset-41593889>
- **Koronavirüs korkuları arttıkça, doktorlar ve hemşireler taciz ve saldırılarla karşı karşıya**, 27.08.2020, [https://www.washingtonpost.com/world/the\\_americas/coronavirus-doctors-nurses-attack-mexico-ivory-coast/2020/04/08/545896a0-7835-11ea-a311-adb1344719a9\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/coronavirus-doctors-nurses-attack-mexico-ivory-coast/2020/04/08/545896a0-7835-11ea-a311-adb1344719a9_story.html)
- **Koronavirüs: Merkez Sağlık Çalışanlarına Saldırı İçin Sert Yasa Getirdi; Suçlu 5 Yıl Hapiste Karşılaşabilir**, 27.08.2020, <https://www.outlookindia.com/website/story/india-news-coronavirus-centre-brings-tough-law-for-attack-on-health-workers-accused-could-face-up-to-7-years-in-jail/351255>
- **Koronavirüs Salgını Sırasında Sağlık Çalışanları Saldırılarıyla Nasıl Yüzleşmeye Devam Ediyor?** 27.08.2020, <https://nationalinterest.org/blog/buzz/how-healthcare-workers-continue-face-attacks-during-coronavirus-pandemic-149021>
- **Koronavirüs servisinde şiddet: Görevli sağlık çalışanının burnunu kırdılar!** 27.08.2020, <https://medikritik.com/sağlık-calisanları/koronavirus-servisinde-siddetgorevli-sağlık-calisanının-burnunu-kirdilar>
- **Küresel: Sağlık çalışanları susturuldu, COVID-19’a karşı korunmadı ve saldırıya uğradı**, 27.08.2020, <https://www.amnesty.org.tr/icerik/kuresel-sağlık-calisanları-susturuldu-covid-19a-karsi-korunmadi-ve-saldırıya-ugradi>
- **Meksika’da koronavirüs korkularının ortasında düzinelerce sağlık çalışanı saldırıya uğradı**, 27.08.2020, <https://edition.cnn.com/2020/04/23/world/mexico-coronavirus-attacks-intl/index.html>

- **Meksika’da şiddete maruz kalan sağlık çalışanları: ‘İşimizi yapmamıza izin verin’ 19 Mayıs 2020**, 27.08.2020, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52715268>
- **Metro Manila belediye başkanları, sağlık çalışanlarına ve COVID-19 hastalarına yönelik ayrımcılığı cezalandırmak istiyor**, 27.08.2020, <https://www.cnn.ph/news/2020/4/7/Metro-Manila-mayors-discrimination-COVID-19.html>
- **Mısır: Sağlık çalışanları ‘ölüm veya hapis’ arasında imkansız bir seçim yapmak zorunda kaldı**, 27.08.2020, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/06/egypt-health-care-workers-forced-to-make-impossible-choice-between-death-or-jail/>
- **Ottawa hemşiresi pandemi paniğinin onu evsiz bıraktığını söyledi**, 27.08.2020, <https://www.cbc.ca/news/politics/nurse-homeless-covid-pandemic-coronavirus-ottawa-1.5518449>
- **Pandemi servisinde çalıştığını duyanlar ‘Benden uzak dur’ diyor**, <https://www.hurriyet.com.tr/kelebek/hurriyet-pazar/pandemi-servisinde-calistigimi-duyanlar-benden-uzak-dur-diyor-41593429>
- **Sağlık Bakanı: Sağlıkta şiddet kabul edilemez, erken salıverilmeleri vicdanları rahatsız ediyor**, 27.08.2020, <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-saglik-bakani-saglikta-siddet-kabul-edilemez-erken-saliverilmeleri-vicdanlari-rahatsiz-ediyor-11-681-89579.html>
- **Sağlık Çalışanları Pandemi nedeniyle Şiddete maruz kalıyor**, 27.08.2020, <https://www.aa.com.tr/en/health/healthcare-workers-face-violence-for-pandemic-work/1849132>
- **Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, COVID-19 acil durumunun kontrol altına alınmasına yardımcı olmak için durdurulmalıdır**, 27.08.2020, <https://www.icrc.org/en/document/violence-against-health-workers-must-cease-to-help-contain-covid-19-emergency>
- **Sağlık çalışanını “Koronavirüs taşıyabilirsin” diyerek minibüsten indirdiler**, 27.08.2020, <https://www.haberler.com/saglik-calisanini-koronavirus-tasiyabilirsin-13178406-haberi/>
- **Sağlık personeline yönelik saldırılar, özellikle dünya COVID-19 ile savaşırken durdurulmalıdır**. 27.08.2020, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>
- **Sağlıkta şiddet sürüyor: Üç sağlık çalışanına sokakta saldırı!**, 27.08.2020, <https://www.birgun.net/haber/uc-saglik-calisanina-sokakta-saldiri-298716>
- **Sağlıkta Şiddette Son Nokta: Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Kundaklandı**, 27.08.2020, <https://www.istabip.org.tr/5947-saglikta-siddette-son-nokta-beylerbeyi-toplum-ruh-sagligi-merkezi-kundaklandi.html>
- **Saldırı altındaki sağlık çalışanları: Küresel olarak pandemiyle bağlantılı 200 olay**, 27.08.2020, <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/health-workers-attack-200-incidents-globally-linked-pandemic/>
- **‘Seni Öldüreceğim’: Sağlık Çalışanları COVID-19 Salgını Ortasında Yükselen Saldırılarla Yüzleşiyor**, 27.08.2020, <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/06/29/883573061/i-will-kill-you-health-care-workers-face-rising-attacks-amid-covid-19>
- **Sivas Numune Hastanesinde iki hasta yakını, biri kadın 3 güvenlik görevlisini darp etti**. <https://www.saglikaktuel.com/haber/sivasta-hasta-yakinlari-guvenlikcilere-saldiridi-68781.htm>
- **‘Tamamen kabul edilemez’ - Sağlık çalışanları sözlü tacize uğradı, Covid-19 test istasyonlarında saldırıya uğradı**, 27.08.2020, <https://www.tvnz.co.nz/one-news/new-zealand/completely-unacceptable-healthcare-workers-verbally-abused-attacked-covid-19-testing-stations>
- **Tarihsel Paraleller, Ebola Virüsü Hastalığı ve Kolera: Salgınlarla Toplumsal Güvensizliği ve Sosyal Şiddeti Anlamak**, 27.08.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739438/>



- **Trabzon’da hekime Şiddet: Saldırganlar serbest**, 27.08.2020, <https://www.dw.com/tr/trabzonda-hekime-%C5%9Fiddet-sald%C4%b1rganlar-serbest/a-53258263>
- **Türkiye’deki medya haberlerinden COVID-19 sırasında damgalanma ve şiddet riski altında etik davranan sağlık çalışanları**, 27.08.2020, [https://www.researchgate.net/publication/341977756\\_Healthcare\\_professionals\\_acting\\_ethically\\_under\\_the\\_risk\\_of\\_stigmatization\\_and\\_violence\\_during\\_COVID-19\\_from\\_media\\_reports\\_in\\_Turkey](https://www.researchgate.net/publication/341977756_Healthcare_professionals_acting_ethically_under_the_risk_of_stigmatization_and_violence_during_COVID-19_from_media_reports_in_Turkey)
- **Urla’da sağlık çalışanlarının açıklamasına polis engeli: “Burası hastane, ben de doktorum, nereye dağılacığım!”** 27.08.2020, <https://sendika63.org/2020/07/urlada-saglik-calisanlarinin-aciklamasina-polis-engeli-burasi-hastane-ben-de-doktorum-nereye-dagilacagim-591296/>
- **WHO, koronavirüs salgını sırasında hemşirelerin istismardan korunması gerektiğini söylüyor**, 27.08.2020, <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-who-nurses-1.5524038>
- **Yükseköğretim Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**, 27.08.2020, Resmi Gazete; 17 Nisan 2020 CUMA Sayı : 31102
- **Zonguldak Valisini Tüm Sağlık Çalışanlarından Özür dilemeye davet ediyoruz**. 27.08.2020, <https://www.attder.org.tr/2020/04/18/zonguldak-valisini-tum-saglik-camiasindan-ozur-dilemeye-davet-ediyoruz/>

## TANIKLIK: COVID'LI DOKTOR OLMAK

### **Dr. Çağla Pınar Taştan**

Tıp Doktoru, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH

Bugünlerde sık sık anımsıyorum Ankara Tıp'ı kazandığım günü. Fakülteye başladığımda ömrümün geri kalanı iyilik yaparak geçecek sanmıştım. Oysa bir gün hasta olacağım, iyilik gören tarafta olacağım hiç aklıma bile gelmemişti.

2020 yılına nöbetçi olarak girmiştim, nasıl başlarsa öyle gider derlerdi de inanmazdım. Derken Mart geldi ve Mart ile beraber hayatımızda başka bir sayfa açıldı. Başlangıçta farkında değildik, yeni sayfada kitaplar dolusu şeyler yazacağını henüz anlamamıştık.

İlk corona vakasının görülmesiyle beraber hayatın döngüsü de değişti. Uzmanı olduğum bölümle alâkalı olarak hastaların çoğunu görür hale geldik. Yirmi yıllık meslek hayatımda görmediğim kadar çok pnömoni gördüm sanırım. Bir tenis sahası büyüklüğünde diye öğrendiğim akciğerlerden bir avuç kalanı da vardı, çok kısa sürede toparlayana da, yoğun bakıma devrettiklerimizde... Ama bir gün kendi filmime bakacağım ve acı gerçekle yüzleşmem gerekeceğini bilmiyordum.

Günler yoğun, günler geceye karışmış olarak geçiyordu. Ve hasta yağıyordu dört bir yandan

Önce ağrılarım başladı. Yorgunluktan diye düşündüm. Halsizlik, iştahsızlık ve en son ateş ortaya çıktığında ne olacağını kendime bile itiraf etmekten çekindim. Nöbete gittiğimde arkadaşşıma söyledim semptomlarımı, “Bir tomografi çektirelim, tetkiklerine bakalım” dedi.

Tomografi cihazına uzandığımda ömrümün en uzun gününü yaşadığımı henüz bilmiyordum. Kalktığımda “Filmime bakabilir miyim?” Dedim tek-nisyene. Film kareleri aşağı doğru inerken, vücudumdaki bütün kan bey-nime hücum ediyordu. Adımı kontrol ettim. Evet, bu bendim, benim filmimdi bu!

Bilateral buzlu cam dansiteleri... Bir daha baktım... Sağda daha yoğun bir konsolidasyon...

Yerimden kalkamadım. O karede kalmak, sonrasını yaşamak istemiyordum sanki. O anda “Doktor Çağla”dan, “Hasta Çağla”ya dönüştüm. Gözyaşla-rım elimde olmadan akmaya başladı. “Kızım, kızım” diye içimi çekerek ağ-lıyordum.

Günler yoğun,  
günler geceye  
karışmış olarak  
geçiyordu. Ve  
hasta yağıyordu  
dört bir yandan...

Yerimden nasıl kalktım, enfeksiyon katına nasıl çıktım hiç hatırlamıyorum. Beni gönderen doktor arkadaşım gözlerimden anlamıştı ne olduğunu, “Pnömoni olmuşum” diye içimden mi konuştum, dışardan sesim duyuldu mu anlamadım.

Bir odaya oturtular beni. Küçük, birkaç parça eşyanın olduğu bir oda. Bir tek kızım geliyordu aklıma. “Daha çok küçük diyorum”, ağlıyordum. “Bu bir rüya belki uyanacağım” diyordum, ağlıyordum.

Arkadaşlarım kapıdan teskin etmeye çalışıyorlardı beni. Sonra “Seni yatıralım” dedi biri. Ne tuhaf, sabah doktor olarak girdiğim hastanede yatan bir hastaya dönüşmüştüm. Üzerimde formam vardı, nöbet çantamda üç beş şey. Yatmam demeye mecalim yoktu zaten. Beynim akciğerlerimden daha ağırdı sanki.

Kime haber vermeliydim? Aileme nasıl söyleyecektim? Arkadaşlarım çok telaşlanacaktı. Ya yoğun bakıma gidersem? Kızıma bunu kim açıklayacaktı? Daha yapacak çok şeyim vardı oysa; okumak istediğim kitaplar, görmek istediğim yerler... Kızım var, küçücük daha. Bunları düşündükçe gözyaşlarımda boğulacağım sandım.

Sonra bir hastane odasına aldılar beni. Nisan başı, hava hafif serin. Yoksa ben mi öyle hissediyordum? Defalarca hasta görmek için girdiğim odaya bu kez hasta olarak giriyordum. Formalarımı uzanıyordum yatağa. Ben bugün birilerine soracakken “Ne şikayetiniz var?” Diye, vitallerimi almaya geliyordu hemşire hanım. Beraber ziyaret yapacağımız asistan dosyamı doldurmak için geliyordu odama. Şaka mı? Rüya mı? Hiçbiri değil. Gri bir gerçeklikte, bir hastane odasıdaydım. Göğün griliği siniyordu her yere. Yattığım yerden martıları görüyordum ara sıra. Varlığımdan habersiz ne güzel uçuyorlardı.

PCR vermek için kızım geldi hastaneye. Ona sarılmak için delice bir istek duyuyordum. Küçücük yaşına rağmen o daha metanetli görünüyordu. Sağlıkçıların çocukları hep daha erken büyüyor sanırım, başka seçeneği kalmıyor çocukların.

Sevdiklerime COVID nedeniyle hastaneye yatırıldığımı haber verdim. Öyle tuhaf bir hal ki kimse gelemiyor, kimse elimi tutamıyor. Bir hastane odasının griliğinde bir başımayım. Sürekli telefon çalıyor, mesajlar geliyor. Literatürler paylaşıyor gruplarda. Okusam bir türlü, okumasam bir başka.

Akşam günlük veriler açıklanırken tabloya takılıyor gözlerim. O tabloda bir sayıya dönmek... Tanı konan, ölen, taburcu olanlar... Biliyorum bunlardan birinin hanesine yazacaklar beni. Doktor olmak, her şeyi bilmek ne kötü. Hangi tabloya ekleneceğim bilmiyordum ama. Her şey iyi gidebilirdi. Her şey kötü de gidebilirdi. Arkadaşlarım beni entübe edebilirdi. Aklıma kötü şeyler getirmek istemiyordum ama bir fil gelip oturuyordu göğsüme.

Doktor arkadaşlarım gelip gidiyorlardı yanıma. Hepimiz her şeyi biliyorduk ama konuşulmayan bir tiyatrodaki gibi pandomim yapıyorduk sanki. Kendimi çok halsiz hissediyordum, bir şey yiyemiyor, sadece su içmek istiyordum, kana kana su içmek. Gelene gidene, arayana sorana “İyiyim” diyordum. Herkes birbirini arıyor benimle konuştuktan sonra, sağlamalar yapılı-

PCR vermek için kızım geldi hastaneye. Ona sarılmak için delice bir istek duyuyordum. Küçücük yaşına rağmen o daha metanetli görünüyordu. Sağlıkçıların çocukları hep daha erken büyüyor sanırım, başka seçeneği kalmıyor çocukların.

yordu biliyordum. Hepimiz iyi olduğuma inanmak istiyorduk. Kızım ile konuşurken toparlanıyordum. En çok da o iyi sansın beni istiyordum. Sonrasında tekrar yatağa bırakıyordum kendimi.

Hastane odasında en çok hemşire hanımları görüyordum sanırım. Bazen ilaç getirmek için, bazen vitallerimi almak için geliyorlardı. Küçük bir çocuk gibi şefkatlerine muhtaç hissediyordum kendimi. Şefkatli bir hemşire eli, anne eli gibi. “Saturasyonunuz iyi hocam, hafif ateşiniz var” dediğinde hemşire, dünyada en çok ona inanmak hoşuma gidiyordu. Mesleğimizin ne büyük bir parçası olduklarını daha iyi anlıyordum. Tıp fakültesine ilk başladığımız yıl deontoloji hocamız Fuat Aziz Göksel ne güzel anlatmıştı sağlığın bir ekip işi olduğunu. Ben bunu hep hissetmişim ama şimdi yaşayarak çok daha iyi anlıyordum.

Temizlik işçisinden başlayarak hepimiz bir bütünün parçalarıydık.

Günler geçiyordu. Avuç avuç ilaç yutuyordum. İlaçları içerken yazdığım reçeteler geliyordu aklıma. Hasta tarafında olunca, yapacak bir şey olmadığını bilsem de; söyleniyordum ilaçlara. Kanımdan çok ilaç dolaşüyor sanki vücudumda. Kendime yabancılaşmış gibiydim. Koku duyum yoktu, tat alamıyordum. Bir eşya gibi yatıyordum boylu boyunca. İyi olunca bir şeyden şikayet etmek yok diye söz verdim kendime, hayatın her zerresi güzel çünkü.

Birkaç gün sonra ateşim düştü. Kendimi daha iyi hissetmeye başladım. Ama sonra doktor arkadaşım arayıp kızımın da pozitif olduğunu söyledi. Kendimi o kadar kötü hissettim ki, “Onu da ben hasta ettim” diye ağlamaya başladım. Yanında da değildim. Telefonda cıvılayan sesini duyana kadar zindanda gibiydim.

Dışarıda bir bahar vardı. Hastanede büyük bir sessizlik.

Gece olunca iyice ağırlaşıyordu hava. Beyaz ışıklar sanki daha bir sessizleştiriyordu geceyi. Sürekli kendile konuşuyordu sanki, sürekli hayatla ölüm arasında yürüyordu insan. Gözlerimi kapadığımda hayal bile kuramıyordum. Ne olacak diye düşünmekten iyice yorgun düşüyordum. Bilmek insanı mutsuz ediyor dedikleri ne kadar doğruymuş.

Bir haftanın sonunda tatsız, kokusuz taburcu oldum hastaneden. Nöbete diye geldiğim hastaneden hasta olarak çıkmak!

“Taburcunuzu yaptık abla” diyor sevgili asistanım.

Taburculuklara karar veren ben, hakkında karar verilen oluyordum şimdi. Eve gitmek, kızıma kavuşmak müthiş. Ama sevincim bile yorgundu sanki. Bedenimin toparlanması ne kadar sürecekti? Kimse bilmiyordu. Çok küçük eforlarla bile yoruluyordum. Çarpıntım ve nefes darlığım da cabası. Tansiyonum düşmüyordu bir türlü. Ya böyle kalırsam? Ya sekelli iyileşirsem? Dünya bilmiyor süreci. Yaşayarak göreceğiz diyordu herkes.

Günler geçiyor, nispeten daha iyi hissediyordum kendimi. Bahar beni umursamadan hoyratça devam ediyordu baharlığına. On gün sonra benim için baharın müjdecilerinden portakal çiçeği kokusunu aldığımda yaşama yeniden döndüğümü hissediyordum. Kontrole giderken bir erguvan ağacı-

na rastlıyordum. Durup sarılıyorum ona. Bütün sevdiklerim ağaçta bir dal sanki. Erguvan ağacında yaşama sarılıyordum.

Bir ayın sonunda daha hissediyorum kendimi. Tekrar şifa dağıtmak için hastaneye dönme vakti...

İlk nöbete gittiğimde çok değişik duygular içindeydim. Her şeyi bırakıp kaçmak istiyordum adeta. Ama orada, benim gibi, şimdi de bana ihtiyaç duyan insanlar vardı. Ben de onlar için orada olmalıydım. Tıpkı bir zaman önce benim için orda var olanlar gibi.

Şimdi geriye dönüp baktığımda Ankara Tıp'ı kazandığım günü, bitirdiğim günü yeniden anımsıyorum. İyilik yapan, hayatı savunan tarafta olduğum için mutluyum. Bu süreçte çok büyük bir ailenin parçası olduğumu hissetmek bana güç verdi. Bu mücadelede yaşamını kaybedenleri saygıyla anıyorum. Onların meşalesini yanık tutmak boynumuzun borcu olsun.

Sevgi ve dostlukla



## TANIKLIK: ENDİŞE, ÜZÜNTÜ VE UTANÇ

**Dr. Öner Dikensoy**

Tıp Doktoru, Profesör, Serbest Hekim

Koronavirüs salgını henüz ülkemizden uzaklarda olduğu dönemlerde birçok kişi için sıradan bir gazete haberi, biz sağlıkçılar için ise ilginç bir haberden öte değildi. Zaman içinde hastalık ülkemiz sınırlarına yaklaşmaya başlayıp, televizyonlarda, sosyal medyada bazı Avrupa ülkelerindeki korkunç manzarlara yayılmaya başladığında işin ciddiyeti hissedilmeye başlanmıştı. Derken çok geçmeden, 10 Mart'ta T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk korona olgusu açıklandı. Henüz bir gün geçmişti ki, çalıştığım özel hastanede ilk corona hastamıza yatış yapmıştık. Artık işin şakası yoktu. Daha korkuncu, 32 yıllık bir hekim olarak ilk kez böylesine ölümcül bir pandemiye tecrübe ediyordum ve hiç kimse ne yapılması gerektiğini bilmiyordu. Bu durum hissedilen korku ve çaresizliğin giderek artmasına neden oluyordu.

Çin'den adeta seriye bağlanmış şekilde her gün en az bir makale hem de prestijli dergilerde yayınlanıyor ve gündüz hastanede, gece ev de bilgisayar başında bu garip ama korkunç hastalığı tanımaya çalışıyorduk. Zaman içerisinde hasta sayımız artıp, hastalığın çoğu hastada hafif semptomlarla geçtiğini, solunum yetmezliğine yol açan hastalarda da destek tedavisinin önemini kavradığımızda içimizdeki korku ve endişe yerini tıp fakültesinden ilk mezun olduğum yıllardaki heyecana bırakmaya başlamıştı.

Bir öğretim üyesi olmanın verdiği alışkanlıkla hastanemizde her sabah yaptığımız "covid" servisinde çalışan ekip ve hastane yönetiminin katıldığı toplantılarda öğrenciliğimizde duayen hocalarımızdan öğrendiğimiz "hastalık yoktur, hasta vardır", "laboratuvarı değil hastayı tedavi edelim" gibi klasikleşmiş sözleri tekrarlıyor ve akşam internetten öğrendiklerimi meslektaşlarıma anlatıyordum. Bu arada sosyal medya üzerinden meslektaşlarımızla sürekli bilgi alışverişinde bulunuyor ve öğrendiğimiz her küçük bilgiyi, aldığımız tüm olumlu sonuçları ve ilginç olgularımızı meslektaşlarımızla paylaşıyorduk. İlginç bir şekilde, sosyal medya üzerinden kendi hekim gruplarımızda hastalık hakkında yazdıklarım genelde ciddi takdir ve beğeni alıyor ve tanıdığım tanımadığım birçok meslektaşımın telefon ve mesajlar alıyordum.

Tam her şey yoluna girmişti ki, mezunu olduğum tıp fakültesinin sınıf grubundan yıllardır görmediğim bir arkadaşım beni aradı. Ateşi olduğunu ve nefes almakta zorlandığını ifade etti. Hastanemizin acil servisine gelmesini söyleyip evden hastaneye doğru yola çıktım. Bu arada arkadaşımızın "co-

32 yıllık bir hekim olarak ilk kez böylesine ölümcül bir pandemiye tecrübe ediyordum ve hiç kimse ne yapılması gerektiğini bilmiyordu. Bu durum hissedilen korku ve çaresizliğin giderek artmasına neden oluyordu.

vid” şüphesi ile hastaneye gittiği haberi sınıf grubumuzda paylaşılmış ve herkes benden haber bekliyordu. Acilde gördüğümde arkadaşımın 38 derece ateşi vardı. Oksijen saturasyonu ise normaldi. Henüz o günlerde “covid” olguları geri ödeme kapsamına alınmamış ve çalıştığım özel hastanenin SGK ile anlaşması yoktu. Ancak idare ile konuşarak ücret problemini çözebileceğimi düşünerek inisiyatif aldım ve arkadaşımı “covid” servisine yatırdım. Arkadaşım çok endişeli görünüyordu ve o sırada yaşlı anne ve babası bir devlet hastanesinde “covid” tanısı ile yoğun bakımda yatıyorlardı ki kısa bir süre sonra ikisinden hastalığa yenik düştüğü haberini aldık. Ancak bu bilgiyi sınıf arkadaşım olan hastam ile paylaşmak istemedim. Üzerimdeki yükün normalden daha fazla olduğunu hissediyordum. Çünkü, bu kez takip ettiğim onlarca hasta arasında aynı zamanda sınıf arkadaşım olan bir hekim vardı. Hem ailesine (eşi ve çocukları) hem de grubumuzda sayıları yaklaşık 250 civarında olan sınıf arkadaşlarıma sürekli bilgi verme sorumluluğum vardı. Herkesin benden iyi haber alma konusunda bir beklenti içinde olduğunu hissediyordum.

Yaklaşık beş günlük bir servis takibi sonucunda arkadaşımın klinik verilerinde ani bir kötüleşme oldu. Oksijen seviyesi kritik eşiğin altındaydı. O sıralarda bu tür hastalar için önerilen tedavi yoğun bakım ve entübasyondu. Oysa ki o güne kadar takip ettiğim hastalarımın ilginç bir gözlemim olmuştu. Çoğu otoriteye göre “covid” hastalarında akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) olarak adlandırılan bu tablo bizim bildiğimiz ARDS’den farklı bir seyir gösteriyordu. Hastalar oksijenleri normalin altında ve sık soluyor olmalarına rağmen kendilerini iyi hissettiklerini ve sadece efor harcarsa çabuk yorulduklarını söylüyorlardı. Kendi içimde derin bir çelişki yaşıyordum. İçimden bir ses arkadaşımı serviste takip etmem gerektiğini söylüyordu, ancak genel kabulün dışında bir uygulama yaparsam arkadaşım ve bir hekim olan hastamın başına gelebilecek olası bir olumsuzluğu kaldırmayacağımı hissettim.

Yoğun bakıma yatırıldığının ertesi günü yoğun bakım ekibi entübasyon kararı aldı. Entübasyon kararı ile ilgili sınıf arkadaşım bizzat bilgi verirken, endişeli bakışlar ile bana “Nasıl olacak?”, “İyileşecek miyim?”, “Hastaneden çıkabilecek miyim?” Gibi sorular sordu. Tüm metanetimi koruyarak ve mümkün olduğunca kararlı bir ses tonu ile ona “Merak etme elimizden gelen her şeyi yapacağız” demeye çalıştım ancak sesimin titremesine engel olamadım. Artık onu yoğun bakım ekibine devretmişim ve birincil takip ve tedavisine artık onlar karar vereceklerdi.

O günden sonra sabah erkenden ilk yoğun bakıma uğruyor, gün içerisinde en az birkaç kez daha ziyaret ediyordum. Yaklaşık 15 gün kadar entübe takip edildikten sonra akciğerleri tamamen iyileşti. Ve ventilatörden ayrılma kararı alındı. Müthiş sevinmişim. Müjdeyi hem eşine hem de sınıf arkadaşlarıma duyurmuşum. Ancak yolunda gitmeyen bir şeyler vardı. Şuuru yerine gelmiyor, sedasyon sağlayan ilaçların dozu azaltıldığında epilepsi nöbetine benzer tarzda ajitasyonları oluyordu. Beyin görüntüleme çalışmaları yapıldı ve nöroloji konsültasyonları istendi. Radyologlar beyin zarında bazı anormallikler tespit ettiler ancak kanama ya da iskemi lehine veya başka bir patoloji olmadığını söylediler. Beyin omurilik sıvısı örneklendi, tahliller ya-

İçimden bir ses arkadaşımı serviste takip etmem gerektiğini söylüyordu, ancak genel kabulün dışında bir uygulama yaparsam arkadaşım ve bir hekim olan hastamın başına gelebilecek olası bir olumsuzluğu kaldırmayacağımı hissettim.

pıldı, birçok farklı branşlardan hekim ile konsültasyon yapıldı ancak kimse tam olarak ne olduğunu anlayamadı. Bir göğüs hastalıkları uzmanı olarak yapabileceğim tek şey beyin görüntülerini farklı radyologlara göndermek ve internet üzerinden benzeri bir olgu olup olmadığını araştırmaktı. Nörologların önerileri doğrultusunda tedavileri yeniden düzenlendi. Ancak bir gelişme olmadı ve uzayan entübasyon süreci sonunda oluşan septik şok sonucu sınıf arkadaşım olan meslektaşımı maalesef kaybettim.

Takip ettiğimiz 200'e yakın hasta içinde kaybettiğim tek hastamdı. Üzüntü yanında utanç duyuyordum. Çünkü, hiçbir hastamı kaybetmemiştim. Nasıl olur da arkadaşımı kurtaramazdım. Ailesinin ve arkadaşlarımın yüzüne nasıl bakacaktım. Oysaki, elimden geleni yapmışım. Yoğun bakımda durumu ağırlaştığı günlerde gece ya uyuyamıyor ya da aniden uyanıyor ve internete aklıma takılan bir şeyi araştırıyor, telefon uygulaması üzerinden hemşire ve hekim notlarını okuyarak durumunu kontrol ediyordum. Kendi içime kapanmaya başladığımı hissediyordum. Kimse ile konuşmak istemiyordum. O sırada en büyük tesellim sınıf arkadaşlarımın sosyal medya üzerinden gösterdikleri destek oldu. Hemen hepsi bana teşekkür ve destek mesajları atıyorlardı. Elimden geleni yaptığının farkında olduklarını hissetmek içimde kısmi bir rahatlama yol açmıştı. İyi ki varlardı.

Yaşadıklarım kendi hayatım ile ilgili önemli bazı kararlar almamı sağladı. Eşim ve yakın arkadaşlarım ile konuşarak pandemi biter bitmez çalıştığım hastaneden ayrılmaya ve serbest bir muayenehane hekimi olarak çalışmaya karar verdiğimi ilettim. Haziran ortaları gibi İstanbul'da "covid" olgu sayıları belirgin olarak azalıp hastanemizdeki son hastayı da taburcu ettikten sonra istifamı verdim. Olgu sayılarının yeniden artış gösterdiği şu günlerde ise en büyük arzum benzeri bir durumu tekrar yaşamamak...

Nasıl olur da arkadaşımı kurtaramazdım. Ailesinin ve arkadaşlarımın yüzüne nasıl bakacaktım. Oysaki, elimden geleni yapmışım. Yoğun bakımda durumu ağırlaştığı günlerde gece ya uyuyamıyor ya da aniden uyanıyor ve internette aklıma takılan bir şeyi araştırıyor, telefon uygulaması üzerinden hemşire ve hekim notlarını okuyarak durumunu kontrol ediyordum. Kendi içime kapanmaya başladığımı hissediyordum. Kimse ile konuşmak istemiyordum.

## DENEYİM: ARDINDA BIRAKTIKLARI İLE DAYANIŞMA

### Dr. Pınar Saip

Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlığın belirleyenleri arasında sosyal dayanışma en önemli faktörlerden biridir. Toplumun ancak dayanışmayla aşabileceği bir süreçten geçiyor olmamıza rağmen her türlü dayanışmanın engellendiği bir sürece tanık oluyoruz. Belediyelerin bağış kampanyaları valilik, tıp fakülteleri ve kamu hastanelerinin koruyucu malzeme eksiklikleri ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçları için yapılan duyuruların rektörlük ve başhekimlikler tarafından “ihtiyacımız yoktur” gerekçesiyle engellendiği, eksiklikleri dile getirenlerin kurumlarınca soruşturulduğu, yardımlaşmanın, dayanışmanın bile gizli yapıldığı bir dönem yaşıyoruz.

Kaybettiğimiz meslektaşlarımızın acılarını paylaşmaya bile fırsat tanınmıyor. Anmalar zorlukla yapılabiliyor. Oysa dayanışma, yardımlaşma, acıların paylaşılması bu zorlu dönemi kolaylaştıracak, tükenmişlikle baş edilmesini sağlayacaktır. Dayanışmanın devleti “acz” içinde göstereceği endişesi ile kibirli yöneticiler tarafından engellenmesi, gerçeklerin “başarı hikâyesini” zaafa uğratacağı endişesiyle şeffaf bir şekilde açıklanmamasıyla yakından ilişkili bir durum aslında yaşadıklarımız...

Halbuki meslektaşlarımız ve aileleri ile dayanışma deontolojinin gereğidir. Anayasamızın 135. Maddesi ve 6023 sayılı TTB kanunu, ilgili yasa ve yönetmelikler kamu kurumu niteliğindeki tabip odaları ve Türk Tabipleri Birliği (TTB)’ne halk sağlığını, hekimlerin özlük haklarını, ve mesleki deontolojiyi koruma görevlerini verir. Pandemi döneminde meslektaşlarımızla dayanışmanın önemi daha iyi anlaşılmıştır.

Toplumun ancak dayanışmayla aşabileceği bir süreçten geçiyor olmamıza rağmen her türlü dayanışmanın engellendiği bir sürece tanık oluyoruz.





Ülkemizde COVID-19 vakasının görülmesi ile birlikte diğer tabip odaları gibi İstanbul Tabip Odası (İTO) da her türlü kanalı açık tutarak meslektaşlarımızla dayanışmayı önceleyen bir politika yürüttü. Dayanışma ağları birçok kanalla gerçekleştirildi. Koronavirüs web sitesi ve “COVID-19 Hekim İletişim Hattı” oluşturularak, webinarlar düzenleyerek, hastane ve ASM ziyaretleri yaparak, ölen meslektaşlarımız için anma törenleri düzenleyerek, yetkililerin uyarılması, meslektaşlarımızın bilgilendirilmesi, sorunlarına sahip çıkılması, kişisel koruyucu ve diğer ihtiyaçlarının giderilmesi, güvenli çalışma koşullarının sağlanması ve acıların paylaşılması yönünde gayret gösterildi. Burada amaç hem bu zorlu süreçte meslektaşlar arası yardımlaşmayı sağlamak, hem sorunlarımızı birlikte çözebileceğimiz ortamı oluşturmak, hem de acılarımızı paylaşarak birbirimize destek olmaktı.

Bu dönemde sergilediğimiz dayanışma örneklerinden birisi de kanunların bize vermiş olduğu yetkiyi kullanarak COVID-19 nedeniyle ölen bir meslektaşımızın ailesine sahip çıkmak amacıyla başlattığımız yardım kampanyasıdır. COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz meslektaşımız Yavuz Kalaycı'nın çocukları için açtığımız bağış kampanyasında dayanışmanın büyümesi karşısında yetkililer sorumluluklarını hatırlamak zorunda kaldılar. İstanbul Valiliği'nin izni ile başlattığımız bağış kampanyası çocukların eğitim masraflarının İstanbul Valiliği tarafından karşılanacağı taahhüdü ile durduruldu. Tarihi yaşadığımız ve yazdığımız bir zaman diliminde olduğumuzu bildiğimizden dolayı bu yazıda konuyla ilgili gelişmelerin ayrıntılarını aktarmak önemli.

Meslektaşımızı, **meslek örgütümüzün üyesini**, Eyüp Nişanca Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli olan aile hekimi Dr. Yavuz Kalaycı'yı 19 Nisan 2020 günü COVID-19 nedeniyle kaybettik. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 1988 yılı mezunlarından olan Dr. Kalaycı evli ve iki küçük kız çocuğu babasıydı. Meslektaşımızın hayatını kaybetmeden önceki mesajının küçük kızlarına sahip çıkılması olduğu şeklinde bir haber sosyal medyada yaygın olarak paylaşılması üzerine geride bıraktığı çocuklarıyla ilgili bir yardım kampanyası açılması talebi meslektaşlarımız tarafından yoğun olarak meslek örgütümüze iletilti. Bunun üzerine İTO Yönetim Kurulu 28 Nisan 2020 tarihli toplantısında Dr. Yavuz Kalaycı'nın çocuklarının eğitim ve öğretim masrafları ile sağlık, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarının giderilmesine katkıda bulunmak üzere üç ay süreli bir bağış kampanyası açılmasına karar verildi.

Kampanya için Dr. Yavuz Kalaycı'nın eşinden **yazılı muvafakat** alınıp diğer gerekli belgeler de hazırlanarak 7 Mayıs 2020 tarihinde İstanbul Valiliği İl Sivil Toplumla İlişkiler Müdürlüğü'ne başvuruda bulunuldu. İlgili makamın **iki ay süren** değerlendirmesi ardından tarafımıza gönderilen 09 Temmuz 2020 tarihli yazı ile kampanyamıza **İstanbul Valiliği'nin** 08.07.2020 tarih ve 60064 sayılı **oluruyla** izin verildiği ve yardım toplama faaliyetinin denetimi amacıyla bir valilik yetkilisinin denetçi olarak görevlendirildiği bildirildi. Bunun üzerine sadece “Dr. Yavuz Kalaycı'nın Çocukları Bizlere Emanet” Bağış Kampanyasında kullanılmak üzere banka hesapları açılarak 16 Temmuz 2020 günü kampanya duyurusu yapıldı. Kampanya hekimler ve vatandaşlar tarafından büyük bir ilgiyle karşılandı ve **bir gün içinde 160 bin TL**'nin üzerinde bağışta bulunuldu.

Kampanya hekimler ve vatandaşlar tarafından büyük bir ilgiyle karşılandı ve bir gün içinde 160 bin TL'nin üzerinde bağışta bulunuldu.



Kampanyanın duyurulmasından ve büyük ilgi görmesinden bir gün sonra, 17 Temmuz 2020 günü, hiç beklemediğimiz bir olay yaşandı. İstanbul Valiliği İl Sivil Toplumla İlişkiler Müdürlüğü'nden bir görevli arayarak "Dr. Yavuz Kalaycı'nın Çocukları Bizlere Emanet" Bağış Kampanyasının İstanbul Valiliği tarafından durdurulduğunu **sözlü olarak** tarafımıza ilettili. Valiliğin kampanyanın durdurulması ile ilgili **yazılı bildirimi** ise Odamıza 20 Temmuz 2020 tarihinde **elden** ulaştırıldı. Kampanyanın büyük bir telaş ile durdurulmasına gerekçe olarak Dr. Yavuz Kalaycı'nın eşi tarafından verilen 17 Temmuz 2020 tarihli dilekçe gösterildi. Valilik tarafından iletilen yazılı bildirimde; Dr. Kalaycı'nın eşi tarafından verilen dilekçede özetle, "Eşinin vefatını takip eden süreçte Cumhurbaşkanımız ve Sağlık Bakanımız başta olmak üzere devlet görevlilerince acılarının paylaşıldığı, yine eşinin meslektaşlarının maddi/manevi destekte bulundukları, ayrıca bağış kampanyası düzenleyen İstanbul Tabip Odası'nın da bu süreçte emek vermiş olduğu, ancak bir özel okulun eğitim bursu vermesi, iki kızının da diğer eğitim masraflarının İstanbul Valiliği tarafından karşılanacağı taahhüdü sonrası kampanyanın nihayetlenmesinin uygun olacağı"nın belirtildiği ve bu sebeple kampanyamızın durdurulduğu, bugüne kadar toplanan paranın kampanyanın amacı doğrultusunda sarfının uygun görüldüğü tarafımıza iletildi.

İstanbul Valiliği'nin yazılı bildirimi sonrası bağış kampanyamız, valilik tarafından görevlendirilen denetmen gözetiminde sonlandırıldı. Açılan hesaplar kapatıldı. **Hesaplarda toplanan 208 bin 729 lira 69 kuruş ailenin hesabına aktarıldı.**

## İstanbul Tabip Odasından Valiliğe bağış sorusu: Neden bugüne kadar beklediniz?

İstanbul Tabip Odası, Dr. Yavuz Kalaycı'nın çocukları için başlatılan bağış kampanyasına dair Valiliğe "Eğitim masraflarının karşılanacağı taahhüdü için neden bugüne kadar beklediniz" diye sordu.

Haklı olarak İstanbul Valiliği'ne bu taahhüt için neden İTO bağış kampanyasına kadar beklendiğini ve kaybettiğimiz diğer sağlık çalışanları için de benzer taahhütte bulunacaklar mı sorularını kamuoyu ile paylaşarak sorduk. Fiili olarak iki gün süren bağış kampanyamıza büyük destek veren meslektaşlarımıza, dostlarımıza, vatandaşlarımıza teşekkür ederek, destek vermek isteyen ancak çok kısa sürede sonlandırılması nedeniyle bu desteği veremeyen dostlarımızdan ise özür dileyerek kampanyamızı sonlandırdık. Ayrıca kamuoyuna bu sürecin takipçisi olacağımızı, İTO olarak her zaman meslektaşlarımızın ve ailelerinin yanında olmaya devam edeceğimizi kamuoyu ile paylaştık. Bu vesile ile yetkililerin görevlerini hatırlamış olması önemlidir, ancak dayanışma büyüyüp kamuoyuna mal olduktan sonra hatırlamaları da düşündürücüdür.

COVID-19 nedeniyle bugüne (10 Eylül) kadar İstanbul'da 15'i hekim olmak üzere 29 sağlık çalışanı, Türkiye genelinde 38'i hekim olmak üzere 79

Yetkililerin görevlerini hatırlamış olması önemlidir, ancak dayanışma büyüyüp kamuoyuna mal olduktan sonra hatırlamaları da düşündürücüdür.

sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. COVID-19 nedeniyle ölen çok değerli ve sevilen Cemil Taşcıoğlu, Feriha Öz, Murat Dilmener hocalarımızın isimlerinin hastanelere verilmesi, adaletsiz ve yetersiz dağıtılan performans ödemeleri ve kısa süreli balkon alkışları dışında bakanlıktan henüz sağlık çalışanlarına yönelik bir dayanışma ve ilgi gösterilmedi. Görev yaparken COVID-19 olan sağlık çalışanlarının yasal durumunun meslek hastalığı/iş kazası olarak tanımlanması konusunda bile zorluklar çıkarıldı. Oysa sağlık çalışanlarının tükenmesi, desteklendiklerinin ve çabalarının farkında olduğunun anlaşılması ile mümkündür. Bu çerçevede ivedilikle meslek hastalığı/iş kazası statüsü konusundaki belirsizlikler giderilmeli ve kaybettiğimiz sağlık çalışanlarının geride bıraktıkları ailelerinin hepsine sahip çıkılmalıdır.

İstanbul Tabip Odası olarak her zor koşulda mesleki dayanışmayı sürdürmeye kararlıyız. Talep edilen her durumda COVID-19 nedeniyle hastalanan, özlük haklarında kayba uğrayan, işini yaşamını kaybeden, tüm meslektaşlarımızın davalarını üyemiz olsun olmasın üstlenmeye, mesleğin ve meslektaşlarımızın korunması için sağlık alanında meslektaşlarımızın aleyhine olan düzenlemelere karşı emsal davalar açarak engellemeye, yasal düzenlemelerle ilgili bilgilendirmeler yapmaya devam edeceğiz.

Dayanışmamızı engelleyecek her türlü girişimler COVID-19 ile mücadele gücümüzü zayıflatacaktır. Bu nedenle toplumsal dayanışmanın önü açılmalıdır. Pandemi süreci, ilgili meslek odaları ve uzmanlık derneklerinin görüşleri de alınarak, halk sağlığı uzmanlarının yönlendiriciliğinde, epidemiyoloji biliminin gereklerine göre ve sosyal devlet anlayışı ile korkmadan birbirimizle dayanışarak yürütülmelidir.

## DENEYİM: TTB DAYANIŞMASI

### Dr. Mübetcel İlhan

Tıp Doktoru, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey Üyesi

#### ***“Yalnız değilsiniz, aklımızdasınız, yüreğimizdesiniz!”***

COVID-19, dünyayı kasıp kavuran, dokunduğu her şeyi hızla değiştiren, sığınacak bir köşenin kalmadığı, sağ kalırsak bizlere özel tanıklık bahşeden bu devasa kötülük her yeri sarmıştı.

Koronavirüs ailesi son yirmi yılda iki büyük salgınla (SARS-cov, MERS-Co) bizlere deneyim yaşatmıştı. Aralık 2019’da Çin’den yola çıktığında Wuhan’da yaşananlar dünyaya gerekli uyarıyı vermiş ancak ülkeler ilk vakalarını reddetmeyi, saklamayı tercih etmişlerdi. Van’da Şubat ayı içinde ağır pnömoni vakaları görüldüğünde, başta İran olmak üzere sınır komşularımız COVID-19 ile çevremizi sardığında henüz red aşamasındaydık.

Türk Tabipleri Birliği 23 Şubat 2020 tarihinde “Kapımızdaki koronavirüs tehlikesine karşı önlemler artırılmalı, sağlık kuruluşlarındaki koruyucu ekipman eksiklikleri giderilmelidir” demişti. Ardından 9 Mart günü yaptığı açıklamada “Yeni koronavirüs enfeksiyonunu teşhis edebiliyor muyuz? Olası bir salgına hazır mıyız?” Sorularını yöneltmişti. Bu açıklamada hastanelere ve aile sağlığı merkezlerine kişisel koruyucu malzeme dağıtılıp dağıtılmadığını sorarak bakanlığı hazırlık konusunda uyarmıştı.

Ve 11 Mart’ta ilk COVID-19 vakası hangi şehirde olduğu saklanarak açıklandı!

Yurtdışı giriş çıkışlarındaki kontrolsüzlük, umre dönüşü vatandaşların ülkenin dört bir yanına dağılması, torba usulü karantina görüntüleri kaygılarımızı artırmış, salgını hastanelerde durdurmaya çalışan resmî anlayış hasta artışına engel olamamıştı.

Yeniden 16 ve 18 Mart tarihlerinde “hekimleri ve sağlık çalışanlarını korumadan, toplumu koruyamazsınız!” Açıklamalarını yaparak bakanlığı ivedilikle önlem almaya çağırmıştık.

İlk haftadan itibaren hastanelerde kişisel koruyucu donanım eksikliğinin yaşanması, ekipmanların niteliksizliği, hasta yoğunluğunun olduğu bazı birimlerde ekipmanların sayı ile verilmesi, aile sağlığı merkezlerine “malzemeyi kendiniz alın” denmesi sağlık çalışanlarında fazlasıyla moral bozukluğu yaratmıştı.

Hastalık ve ölüm riskini artıran bu yokluk, bu sınırlılık hepimizi üzmüştü.



En kolay temin edilebilecek maske dahi bir yılan hikayesine dönüşmüştü. Ülkede tekstil fabrikaları, atölyeleri, resmî kurumların dikimevleri varken ortalıkta maske yoktu! Salgın var ama maske yok! Paranızla almak istediğinizde de yok! Önce PTT ile haftada beş maske gönderileceği, sonra e-devletten başvuru ile verileceği duyuruldu. Her ikisi de yürümeyince gönderilen kod numaralarıyla eczanelerden almak gerekti. Ama o da olmadı. Son gelen emir çalışanların maskelerini kurumlardan temin edecekleri yönünde oldu. Daha garibi bu karmaşa ve kaos ortamında market ve eczanelerde maske satışı yasaklandı.

Böylelikle sağlık çalışanları için tüm yaşam alanlarını kapsayan bir kabus başladı: İş yoğunluğunun artması, uzun çalışma saatleri, içinde saatlerini geçirdiği ekipmanların sayılı verilmesi, çalışma alanında fiziksel koşulların uygunsuzluğu, klima sorunu, yeme düzeninin değişikliği, kısıtlı toplu taşımlar, ailesine virüs taşıma korkusu, evden uzak kalma, çocukların bakımı,... İstanbul başta olmak üzere başlayan salgını özveriyle karşılamaya çalışan sağlık çalışanları için ek yük olmuştu. Sağlık hizmetlerinin her bir köşesinde çalışan hekim, hemşire, diş hekimi, eczacı, teknisyen, laborant, ATT, şoför, güvenlik görevlileri, temizlik personelinin virüs bilinmezliği içinde yükleri daha da ağırlaşmıştı.

Sağlık çalışanları bu ruh halini yaşarken sessiz ve seyirci kal(a)mayan bir grup hekim ve iş insanı el ele verip Türk Tabipleri Birliği işbirliği yaparak “hekimleri koruma”ya aldı. Gönüllülük ve dayanışma temelinde kısa sürede örgütlenen bu yapı ülkenin dört bir yanından gelen acil ihtiyaç taleplerini karşılamaya, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının kişisel ekipman eksiklerini temin etmeye çalıştı. O günlerde malzemelerini teslim ettiğimiz 52 ildeki birçok meslektaşımızla konuşma şansını yakalamış, “Nasıl çoğalabiliriz?”, “Nasıl hızlanabiliriz?” Sorularına yanıtlar aramıştık.

Merkezi düzeyde geliştirdiğimiz bu dayanışma dışında tabip odalarımız da kendi ilişkileri üzerinden mezuniyet grupları, yerel yönetimler ve bireysel bağışçıların desteğini alarak dar günlerde hekim ev diğer sağlık çalışanlarının yardımına koşmuştu.

**Tablo: Dayanışma Desteği** (asgari miktar)

MALZEMELER	TABİP ODALARI	“HEKİM KORUMA”	TOPLAM
Tıbbi (Cerrahi) Maske	110.550	140.200	250.750
Eldiven	50.000	100.600	150.600
Bone	150	45.300	45.450
N95 / FFP2	11.700	18.800	30.500
Siperlik	27.020	2.712	29.732
Önlük	950	16.220	17.170
Tulum	1.000	3.220	4.220
Dezenfektan	1.032		1.032
Gözlük	77	840	917

Yukarıdaki tablodaki gösterilen malzemelerin dışında “Hekim Koruma”; 200 adet puls oximetre probu, 100 adet alından ateş ölçer, 9 adet videolarinoskop cihazı, 2 adet solunum cihazı, 2 adet fiberoptik entübasyon cihazı, tabip odalarımız da 40 adet UV lambası ve 20 adet entübasyon box ekipmanı temin etmişti.

Salgın döneminin başında COVID-19 vaka yoğunluğunun olduğu iller ve hastaneler dağıtımda ilk tercihlerimiz olsa da, zaman içerisinde dağıtımda aile sağlığı merkezlerine ağırlık verilmişti.

Kimi zaman il merkezine yüz kilometre uzaklıktaki bir sağlık birimine ulaştırdığımız paketin kısa süreli ihtiyaç giderdiğini hepimiz biliyorduk. Daha önemlisi “Paketiniz ulaştı mı?” Sorusuna “Sarıldım, kış güneşi gibiydi”, “Teşekkür ederiz”, “Çok teşekkür ederiz” sözleri varmak istediğimiz yerd:

Yalnız değilsiniz, aklımızdasınız, yüreğimizdesiniz!





Öte yandan yerel yönetimlerin sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı yardımlara yasak getirilmesi aslında hepimize verilmiş bir gözdağıydı. Ama toplumların ve mesleklerin ahlâki değerlerinin genelgelerle, yönergelerle çizilemeyeceğini en iyi biz biliyorduk.

Tıpkı iyi hekimlik değerleri gibi...

Biliyoruz ki; dayanışma sıcaktır, umuttur.

Dayanışma yaşatır!



# ALKIŞLA YETİNME: ÖDENMEYEN HAKLAR

## Dr. Pınar İçel

Tıp Doktoru, Aile Hekimi Uzmanı

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Genel Sekreteri

### Özet

Koronavirüs salgını konusunda alınmayan toplumsal önlemler salgının tüm yükünü sağlık alanının sırtlamasına sebep olmuş, şimdiye kadar geline süreçte kısmen kamusal özelliğini koruyan sağlık hizmetlerinin ve fedakarca hizmet veren sağlık emekçilerinin çabalarıyla kimi Avrupa ülkelerinde yaşanan görüntülerin yaşanması engellenebilmiştir. Ancak yaz aylarıyla birlikte kontrolden çıkan salgın Ankara başta olmak üzere kimi büyükşehirlerde sağlık kurumlarının hizmet kapasitelerini aşmaya başlamış, Mart ayından beri yoğun çalışan sağlık emekçileri ise tükenme noktasına gelmiştir. Bu süreçte salgınla mücadele eden sağlık emekçileri için de alınması gereken önlemler konularında yetersizlikler devam etmekle birlikte, üç ay süresince tavandan ödeneceği duyurulan ek ödemeler de yine sağlık emekçileri arasında ayrımcılığa neden olmuştur.

### Derinleşen Ayrımcılık

Sağlık alanında ek ödemeler uzunca bir süredir ekonomik kriz bahanesiyle kimi yerde hiç ödenmemekte kimi yerde ise 35 TL gibi komik rakamlarla ödenmekteydi. Salgınla birlikte 23 Mart tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından döner sermaye ek ücretlerinin üç ay boyunca tavandan yapılacağını duyurulmuştu. Bu açıklamayla hem sağlık emekçileri arasında bir beklenti yaratılmış hem de toplumun gözünde sağlık emekçilerinin talepleri karşılanmış gibi gösterilmiştir. Ancak maalesef gerçek bu değildir.

### Gerçekler...

*Sağlık Kurumları Arasında Fark Var:* Sağlık Bakanlığı ile işbirliği protokolü olmayan üniversite hastanelerinde çalışanlar ve aile sağlığı merkezlerinde çalışanlar herhangi bir ilave ödemedен yararlanılmamıştır. İlerleyen aşamada üniversite hastaneleri için ilgili düzenleme yapılmakla birlikte döner sermaye ek ödemesinden geç yararlanmaya başlayan üniversite hastanelerini kimisinde (Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde olduğu gibi) sağlık kurumları hasta sayısının azalmasına bağlı zarar ettiği gerekçesiyle sağlık emekçilerinin alacağı ek ödemelerden kesintiye gidilmiştir. Salgınla

mücadeledeki en önemli ayak olan birinci basamak sağlık kurumları, ASM'ler ve fiyasyonda görevli İSM/TSM'ler ise döner sermaye ek ödemesinden hiçbir şekilde yararlanmamıştır.

*Aynı Sağlık Kurumunda Birimler Arasında Fark Var:* Sadece COVID'le çalışan birimlere yönelik düzenleme yapılmış olması laboratuvar, radyoloji, kan alma, hasta karşılama gibi hizmetlerde çalışanların tavandan ödemeden yararlanamamasına neden olmuştur. Tüm bu birimlerin riskli olduğu ve olası vakalar ile temas halinde olduğu göz ardı edilmiştir.

*İstihdam Biçimine Bağlı Fark Var:* Kadrolu ve sözleşmeli çalışanlar tavandan ek ödemeden yararlanırken 4d'li çalışanlar yararlandırılmamıştır. Enfeksiyon çalışanları arasında istihdam biçimi ayrımı yapmayıp kadrolu ve taşeron emekçileri eşit düzeyde etkilemekteyken ödemelerde fark olması akıl alır değildir.

*Meslek Grupları Arasında Uçurum Var:* Döner sermaye ek ödemeleri şu haliyle özellikle hekim dışı sağlık emekçileri için komik miktarlardadır. Ödemelerin tavandan yapılması ise meslekler arasındaki farkı kapatmadığı gibi tam tersine arttırmıştır. Uzman hekimlerle diğer meslek grupları arasında 16 kata varan farklı ödemeler mevcuttur. Uzman hekimin yararlandığı ek ödeme 13 bin TL'yi bulurken, bu rakam üniversite mezunu hemşireler açısından bin 900 TL, lise mezunu hemşire içinse 654 TL olmuştur (Tablo).

**Tablo: Mesleklere Göre Ek Ödeme Miktarları**

<b>Kamu Hastanesi Uzman Hekim</b>	<b>8.000-13.000 TL</b>
Üniversite Hastanesi COVID YBÜ Uzman Hekim	6.000-8.000 TL
Üniversite Hastanesi COVID YBÜ Asistan Hekim	4.000-6.000 TL
Üniversite Hastanesi COVID Kliniği Asistan Hekim	2.500-4.000 TL
Kamu Hastanesi COVID Servisi Lisans Mezunu Hemşire	1.900 TL
Kamu Hastanesi Yoğun Bakım Lisans Mezunu Hemşire	1.350 TL
Üniversite Hastanesi COVID YBÜ Sağlık Teknikeri	80-790 TL
Kamu Hastanesi Genel İdari Hizmetler	250 TL
4/D İşçi	0 TL
ASM Görev Yapan Sağlık Emekçisi	0 TL

Sağlık Bakanlığı'na hangi istihdam biçiminde kaç sağlık emekçisi bulunduğu yönelik verilen soru önergeleri ve sendikadan yapılan yazışmalara cevap alınamadığı gibi yine bakanlık tarafından yayınlanan yıl sonu raporunda bu konuda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu durum da kaç sağlık emekçisinin tavandan ek ödemeden faydanabildiği ve kayıplarının kısmen de olsa telafi edilebildiği, kaç sağlık emekçisinin ise mağdur edildiğiyle ilgili elimizde net veri bulunmamasının nedenidir.

Ek ödemeye bağlı yaşanan bu eşitsizlik ve ayrımcılık, çalışanlar arasında demoralizasyona sebep olmakta, hayatını ortaya koyarak çalışan sağlık emekçilerini birbirine düşman etmektedir.

Ek ödemeye bağlı yaşanan bu eşitsizlik ve ayrımcılık, çalışanlar arasında demoralizasyona sebep olmakta, hayatını ortaya koyarak çalışan sağlık emekçilerini birbirine düşman etmektedir.

emekçilerini birbirine düşman etmektedir. Unutulmamalıdır ki kaybettiğimiz 73 sağlık çalışanının yarısından fazlası hekim olmayan sağlık emekçileridir.

### ***Ne İstiyoruz?***

Salgınla mücadele edilen bu dönemde tüm sağlık kurumları ve hastanelerin tüm bölümleri yüksek riskli kabul edilmeli, tüm sağlık emekçilerine kadro ve istihdam biçimi ayırımına bakılmaksızın yoksulluk sınırının üzerinde, emekliliğe yansıyacak temel ücret verilmeli, sağlık emekçilerini tavandan döner sermaye söylemleri ile oyalamak yerine tüm emekçilere temel ücretlerinin en düşük 7.300 TL olacak şekilde artırılmalı, salgın süresince tüm sağlık kurumlarında ayırsız olarak tüm emekçilere çift maaş ödemesi yapılmalıdır.

Öte yandan COVID-19 enfeksiyonu geçiren sağlık emekçisinin zararının tanzimi için “mesleki risklere bağlı ortaya çıkan hastalık” olarak kabul edilip, iş kazası/meslek hastalığı olduğuna dair düzenlemeler derhal yapılmalıdır.

# KOMORBİDİTE SOSYAL BELİRLEYİCİLER





## COVID-19 İNFLUENZA İLİŞKİSİ

### Dr. Murat Akova

Tıp Doktoru, Profesör, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Her ikisi de solunum yoluyla bulaşan hastalıklar olan COVID-19 ve influenza (grip) arasında önemli benzerlikler olmakla birlikte, her iki hastalığı da birbirinden ayıran farklı epidemiyolojik, laboratuvar ve klinik bulgular mevcuttur. En başta belirtilmesi gereken farklılık, influenzanın mevsimsel özellik göstermesine ve Kuzey Yarımküre’de bulunan ülkelerde grip salgınlarının genellikle Ekim ayında başlayıp Mart ayı içinde sonlanmasına karşın, COVID-19’da şimdiye kadar bu tür bir mevsimsel dağılım gözlenmemiş, aksine başta alınan sıkı önlemlerin gevşetilmesini takiben ülkemiz dahil dünyanın pek çok ülkesinde olgu sayılarında ciddi artışlar ortaya çıkmıştır. Sonbahar ayları ile birlikte influenza sezonunun başlaması ve bir yandan devam eden COVID-19 pandemisine ek olarak gelişecek influenza salgınının katlanmış sağlık sorunlarına yol açmasından korkulmaktadır. Bu iki hastalığın birlikteliği bir yandan hastalarda tanı ve tedavi sorunlarını güçleştirirken, bir yandan da ortaya çıkabilecek “ikiz” hastalığın ciddi morbidite ve mortaliteye yol açması söz konusu olabilir. Bu temele dayanarak iki salgının eş zamanlı olarak ortaya çıkma potansiyeli “kusursuz fırtına” (“perfect storm”) olarak adlandırılmaktadır (1). Bu tanım, pek çok olumsuz faktörün biraraya gelerek, sinerjistik bir etkiyle tek tek hastalıkların neden olacağı zarardan çok daha fazlasına yolaçan bir durumu açıklamak için kullanılmaktadır.

İnfluenza virüsü yıllık olarak dünyada yaklaşık bir milyar insanda hastalık yapmakta ve 290 bin ila 650 bin kişi grip ve ilişkili komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Doğrudan influenza virüsünün neden olduğu ölüm sayısı ise yaklaşık 99 bin ila 200 bin arasında tahmin edilmektedir (2). Buna karşın ilk COVID-19’un neden olduğu, hastalığa yakalanmış ilk olgunun saptandığı Aralık 2019’dan 6 Eylül 2020 tarihine kadar yaklaşık 27 milyon hasta ve >880 bin ölüm tanımlanmıştır (3).

Gerek influenza gerekse COVID-19 ateş, titreme, öksürük nefes darlığı, yorgunluk hissi ve eklem ağrıları, boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi belirtilerle kendini gösterebilmekte, ayrıca COVID-19 hastalarında ilk belirti ishal, tad ve koku alma duyusunun azalması veya kaybolması olabilmektedir (4). COVID-19 etkeni olan SARS-cov-2 vücutta damarlar içinde yaygın endotelite neden olması dolayısıyla akciğer dışında pek çok organ sisteminde mik-

Gerek influenza gerekse COVID-19 ateş, titreme, öksürük nefes darlığı, yorgunluk hissi ve eklem ağrıları, boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi belirtilerle kendini gösterebilmekte, ayrıca COVID-19 hastalarında ilk belirti ishal, tad ve koku alma duyusunun azalması veya kaybolması olabilmektedir.

rovasküler tromboembolilerin gelişmesine bağlı farklı klinik tablolara yol açmaktadır. Bunlar arasında akut böbrek yetmezliği, inme, myokardit, kardiyak aritmiler ve genel hiperkoagülobilite ve pulmoner emboliler sayılabilir (5). Retinal damarlarda da benzer tabloların olduğu oküler tomografi bulguları ile gösterilmiştir (6).

Her iki hastalığın inkübasyon ve bulaştırıcılık süreleri ile bulaşma yolları arasında da bazı farklılıklar bulunmaktadır (4,7). İnfluenzada kuluçka süresi 1-4 gün iken, COVID-19'da bu süre 2-14 gün arasında değişmektedir. Hastaların bulaştırıcı olmaları influenzada belirtilerin başlamasından bir gün öncesinden başlayarak semptomların yedinci gününe kadar sürerken, COVID-19'da bu süre semptomlardan iki gün önce başlayıp, semptomların ortaya çıkmasından sonra onuncu güne kadar sürebilmektedir. Öte yandan solunum yollarında SARS-cov-2 intermittan olarak uzun bir süre saptanabilmektedir (7). Ancak saptan virüs RNA'sının canlı virüsün varlığına işaret etmeyebileceği akılda tutulmalıdır.

İnfluenza esas olarak damlacık yoluyla, yakın temas sonrası hasta sekresyonlarından oluşan damlacıkların ağız, burun ve göze bulaşması veya hasta sekresyonları ile kontamine yüzeylere temas eden kişilerin ellerini ağız ve gözlerine değdirmesiyle bulaşır. COVID-19 da influenza ile benzer bulaşma yollarına sahipken, giderek artan oranda kanıt hastalığın aerosol yoluyla da bulaşabileceğine işaret etmektedir. Bu durum virüs partüküllerini taşıyan ve boyutu <5 mikron olan partüküllerin hasta tarafında havaya salındıktan sonra, özellikle havalandırması ve hava akımı olmayan kapalı ortamlarda güvenli mesafe kabul edilen 2 metrenin ötesinde de bulunan korunmasız kişilere bulaşma riskini doğurmaktadır (8).

İnfluenza ve COVID-19'da ağır hastalık açısından risk grupları birbirine benzer olup, özellikle >65 üstü kişiler, kronik solunum, kalb ve metabolik hastalığı olanlar, kronik sigara içicileri, obez, kanser ve benzeri immünsüpresif hastalığı olan veya bu nedenle tedavi kullananlar olarak tanımlanmıştır. Hamileler özellikle influenza açısından yüksek riskli gruptadır. Küçük çocuklarda influenza komplikasyonları daha sık görülürken, bu yaş grubunda (özellikle <9 yaş) COVID-19 daha hafif veya asemptomatik seyretilmektedir. Ancak seyrek olarak çocukluk çağı ve adölesan yaş grubunda "Multisistem inflamatuvar hastalık" adı verilen ve genellikle <5 yaş çocuklarda görülen Kawasaki sendromuna benzeyen bir tablo COVID-19 ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir (9).

İnfluenza için etkili antiviral ilaçlar mevcuttur (10). Buna karşın COVID-19'da etkinliği kesin olarak gösterilmiş bir antiviral tedavi söz konusu olmayıp, remdesevir adı verilen antiviralin ancak semptomların süresini kısalttığı gösterilmiş olup, mortalite üzerine kesin bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (11). Hipoksik hastalarda steroid tedavisinin mortalitesi azaltmakta etkili olduğu gösterilmiştir (12).

İnfluenzadan korunmada her yıl tekrar yapılması gereken, etkinliği değişmekle birlikte özellikle yüksek risk grubunda gerek influenzaya bağlı ölümü, gerekse hastalık şiddetini azalttığı gösterilmiş çeşitli aşılar mevcuttur (13). Bu aşılarından ülkemizde her yıl Eylül ayından itibaren kullanıma sunulan ve

İnfluenzada kuluçka süresi 1-4 gün iken, COVID-19'da bu süre 2-14 gün arasında değişmektedir.

içinde 3 veya 4 farklı influenza türüne özgül antijenleri içeren aşılar bulunmaktadır. Aşı içersindeki antijenler canlı virüs olmayıp, aşının kendisinin hastalık yapması söz konusu değildir. Saptanan yan etkiler genellikle aşının yapıldığı yere ait lokal belirtiler ve bazı durumlarda geçici ateş, kızgınlık vb. Semptomlarla sınırlıdır. COVID-19'un önlenmesine ilişkin dünyada halen bir yarış halinde süren değişik türde aşı çalışmaları olup, halen 34 aşı klinik denemelerde kullanılmakta olup, bunlardan 8 tanesi Faz III deneme aşamasındadır (14). Buna karşın 142 aday molekül henüz preklinik faz da denilen insan öncesi deney aşamalarında araştırılmaktadır. Öte yandan bazı klinik gözlemler influenza aşısı ile aşılanmış kişilerde COVID-19'un daha hafif geçirildiği ve mortalitenin azaldığına işaret etmektedir (15-17). Bu nedenle influenza sezonu başlamadan önce özellikle risk grubundaki kişilerin grip aşısı ile aşılanmaları büyük önem taşımaktadır.

Bazı klinik gözlemler influenza aşısı ile aşılanmış kişilerde COVID-19'un daha hafif geçirildiği ve mortalitenin azaldığına işaret etmektedir.

### Kaynaklar

- 1) Belongia EA, Osterholm MT. COVID-19 and flu, a perfect storm. Science 2020;368:1163. DOI: 10.1126/science.abd2220
- 2) World Health Organization. Influenza. 6 Eylül 2020 tarihinde ziyaret edildi. <https://www.who.int/influenza/en/>
- 3) COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 6 Eylül 2020 tarihinde ziyaret edildi. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- 4) Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Similarities and differences between flu and COVID-19. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi. <https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>
- 5) Vetter P, et al. Clinical features of COVID-19. BMJ 2020;369:m1470. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1470>
- 6) Wu P, et al. Characteristics of ocular findings of patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei Province, China. JAMA Ophthalmol 2020 138:575-8. DOI:10.1001/jamaophthalmol.2020.1291
- 7) Qi L, et al. Factors associated with the duration of viral shedding in adults with COVID-19 outside of Wuhan, China: a retrospective cohort study. Int J Infect Dis. 2020;96:531-7. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.05.045.
- 8) Jones NR, et al. Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19? BMJ 2020;370:m3223. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3223>
- 9) COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. Jiang L, et al. Lancet Infect Dis. 2020 Aug 17:S1473-3099(20)30651-4. DOI:10.1016/S1473-3099(20)30651-4.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi. <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>
- 11) Kamps BS, Hoffmann C. COVID-Reference. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi. Fourth Edition. 2020-6. Uploaded on 6 September 2020. <https://amedeo.com/covidreference04.pdf> Web sitesinde kitabın içeriğinin Türkçe tercümesi de bulunmaktadır.
- 12) Prescott HC, Rice TW. Corticosteroids in COVID-19 ARDS. Evidence and hope during the pandemic. JAMA Published online September 2, 2020. DOI:10.1001/jama.2020.16747
- 13) Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Seasonal Influenza Vaccination Resources for Health Professionals. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi. <https://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/index.htm>

- 14) World Health Organization (WHO). Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. 3 September 2020. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi.  
<https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- 15) Marín-Hernández D, et al. Epidemiological evidence for association between higher influenza vaccine uptake in the elderly and lower COVID-19 deaths in Italy. J Med Virology 2020;1-2. DOI: 10.1002/jmv.26120
- 16) Zanettini C, et al. Influenza vaccination and COVID-19 mortality in the USA. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi.  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.24.20129817v1>  
DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.24.20129817>
- 17) Fink G, et al. Inactivated trivalent influenza vaccine is associated with lower mortality among Covid-19 patients in Brazil. 6 Eylül 2020'de ziyaret edildi.  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.29.20142505v1>  
doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.29.20142505>

# COVID-19 PANDEMİSİNDE İNFLUENZA VE COVID-19 TANISI

**Dr. Aynur Eren Topkaya**

Tıp Doktoru, Profesör, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD

COVID-19 pandemisinin başından beri çeşitli ülkelerden bildiren SARS-cov-2 ve İnfluenza A koenfeksiyonu ile ilgili vaka yayınları bildirilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü 17 Mart 2020 tarihli bildirisinde COVID-19 ile influenzanın benzer ve farklı özelliklerini belirtmiştir (2). Bu bildiride iki hastalığın semptomlarının benzer olduğu vurgulanmıştır. Öte yandan İnfluenza A ve COVID-19 koenfeksiyonu olan vakalarda klinik ve radyolojik olarak ayırıcı tanının yapılamadığını bildiren yayınlar da mevcuttur (3).

Ülkemizde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı tarafından yapılan ve yayımlanan Haftalık İnfluenza (Grip) Sürveyans Raporu son olarak dokuzuncu haftada (24 Şubat – 1 Mart 2020) yayımlanmış ve pandemi resmi olarak ilan edildikten sonra bu veriler paylaşılmamıştır. Bu nedenle yurdumuzda pandeminin başında her iki hastalığın birlikte seyrinin nasıl olduğu konusunda verilerimiz eksiktir. Şubat ayının son haftasına ait raporda; 2020 yılının dokuzuncu haftasında çalışılan Grip Benzeri Hastalık (GBH/ILI) ve Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları (SARI) sürveyans örneklerinde influenza pozitifliğinin bir önceki haftaya göre azaldığı belirtilmiş ve 170 ILI örneğinde 27 influenza B, 9 influenza A (H1N1), 1 influenza A (H3N2) virüsü saptanmıştır. 104 SARI örneğinde ise 4 influenza A (H1N1), 3 influenza B virüsü saptanmıştır.

Bilindiği üzere geçtiğimiz yıl ülkemizde influenza sezonu bir önceki yıla göre dört hafta öne kaymış ve sürveyans verilerine göre Kasım 2019'un ilk haftasında İnfluenza H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> virüsü saptanmaya başlamıştır. Bu yıl COVID-19 pandemisi tüm hızı ile devam ederken yaklaşan sonbahar ve influenza sezonunda solunum yolu enfeksiyon hastalıklarının tanı ve tedavisinin kolay olmayacağı açıktır. Klinik semptomları ve radyolojik tanısı kolayca karışabilen bu iki hastalığın laboratuvar tanısı ve tedavi süreci ise oldukça farklıdır. Ayırıcı tanı ancak mikrobiyolojik testlerle mümkündür. Bu nedenle solunum yolu şikayetleriyle sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar için tek seferde alınan örneklerde SARS-cov-2 ve influenza virüslerini saptamaya yönelik testlerin yapılabilirliği son derece önemlidir. Ancak solunum yolu etkenlerinin büyük kısmını tek seferde saptamaya yönelik olarak kullanımda olan multiplex PCR kitlerinin maliyeti oldukça yüksektir.

Solunum yolu şikayetleriyle sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar için tek seferde alınan örneklerde SARS-cov-2 ve influenza virüslerini saptamaya yönelik testlerin yapılabilirliği son derece önemlidir.



Solunum yolu etkenlerinin tanısı ile ilgili rehberlerin uzmanlık derneklerinin de katkısı ile ivedilikle güncellenmesi gerekmektedir. Tanı sürecinde bu rehberlerin uygulanması için Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarlarında hem influenza hem de SARS-cov-2 virüslerinin aynı örnekte hızlı saptanmasına yönelik laboratuvar testlerinin temini ve personel desteğinin sağlanması önemlidir.

#### Kaynaklar

1. Yuki Kondo, Shinichi M, Ryo Yamashita, Takuya Ikeda. Coinfection with SARS-cov-2 and influenza A virüs. BMJ Case Rep. 2020; 13 (7): e236812
2. WHO. Q&A: Influenza and COVID-19 - similarities and differences. 17 March 2020
3. Shuhei Azekawaa, Ho Namkoongb, Keiko Mitamurad, Yoshihiro Kawaokae, Fumitake Saitoa. Co-infection with SARS-cov-2 and influenza A virüs. Idcases. 2020; 20: e00775
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Haftalık İnfluenza (Grip) Sürveyans Raporu. 2020 / 9. Hafta (24 Şubat – 1 Mart 2020). [https://grip.gov.tr/depo/influenza-raporu/2020/Haftalik\\_nfluenzagrip\\_Srveyans\\_Raporu\\_2020\\_9\\_hafta.pdf](https://grip.gov.tr/depo/influenza-raporu/2020/Haftalik_nfluenzagrip_Srveyans_Raporu_2020_9_hafta.pdf)

Solunum yolu etkenlerinin tanısı ile ilgili rehberlerin uzmanlık derneklerinin de katkısı ile ivedilikle güncellenmesi gerekmektedir.

## EŞİTSİZLİK VE COVID-19

### Dr. Ali Kocabaş

Tıp Doktoru, Profesör, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Emekli Öğretim Üyesi  
Türk Toraks Derneği Sağlık Politikaları Çalışma Grubu Üyesi

### Özet

Birinin salgınla kurduğun ilişki dünya haritasındaki yerine, içinde bulunduğu ülkedeki vatandaşlık durumuna, yaşadığın şehrin mekanındaki konumuna, yaptığın işe, yaşına, sınıfına, cinsiyetine ve tabii derinin rengine göre şekilleniyor. Bir diğer ifade ile sağlığın sosyal belirleyicileri sizin salgındaki durumunuzu da belirliyor. İyi sağlık, yaşam koşullarını biçimlendiren politik, ekonomik ve toplumsal güçlere bağlıdır. Bu anlamda yoksulluk, bir politik seçimdir. Ülke hükümetleri benimsedikleri ekonomik ve sosyal politikalar ile sağlıkda eşitsizliği artırabilir veya azaltabilirler. Sosyal ve ekonomik politikalar bir çocuğun tam potansiyeli ile büyüyüp gelişip sağlıklı bir hayat mı yaşayacağı, yoksa yaşamının hastalıklı mı olacağı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Ya da aynı politikalar sizin salgın döneminde evde kalıp kalamayacağınızı da, COVID-19'a yakalanıp yakalanmayacağınızı da büyük oranda belirlemektedir. Çünkü insanların ölümünden büyük oranda sosyal eşitsizlik sorumludur. Salgınlar, ekonomik ve sosyal sınıf ayrımlarını derinleştiriyor ve virüsü daha ölümcül hale getiriyor. Virüsün etkilediği toplumlarda hastalığı daha ağır geçirenler genellikle ekonomik olarak toplumun alt kesimlerinde olan insanlar. Bunun yanısıra araştırmalar, yoksul kesimlerde virüse yakalanma olasılığının da daha yüksek olduğunu ortaya koyuyor. *Bu pandeminin siyasal anlamda da sonuçları olacaktır şüphesiz. Daha demokratik bir toplumun inşası daha demokratik bir siyaset de olabilir, digital gözetimi içeren daha totaliter rejimlere de kayış olabilir. Bu biraz da halkların yapacaklarına bağlı.* Toplumsal çözülme veya güçlenmeden hangisinin ağır basacağı sonucu belirleyecek görünmektedir.

### Giriş

Bundan yaklaşık sekiz ay önce Çin'in Hubai bölgesinde Wuhan şehrinde başlayan korona virus hastalığı 2019 (COVID-19) kısa sürede tüm dünyaya yayılmış ve günümüzde 200'den fazla ülkeyi etkileyen bir pandemi haline gelmiştir. Halen (11 Eylül 2020) tüm dünyada vaka sayısı 29 milyonu, yaşamını kaybedenlerin sayısı da 900 bini geçmiş durumdadır ( **Worldometers, 2020**).

Gelişmiş batı ülkelerinde 1960'ların sonunda artık enfeksiyon hastalıklarından bitirildiği ileri sürülürken, son yirmi yılda daha önce bilinmeyen yeni virus türlerinin neden olduğu salgınlar (SARS, Kuş gribi, Domuz gribi, MERS, Ebola virus, Zika virus salgınları) ortaya çıktı. Demek, HIV, Ebola, Batı Nil Virüsü, SARS, ve benzeri gibi covid-19 da durduk yerde hayatımıza musallat olmuş değildir. Tüm bunlar, sınırsız kâr güdüsünü küreselleştirip doğanın –insandan öte– kendi dengesi içinde süregiden hayatını talan eden kapitalizmin, tanrı değil, neoliberal küreselliğin davet ettiği misafirleridir **(Badur, 2020 Başkaya 2020)**.

COVID-19 salgını ülke ekonomilerinde ağır ve kalıcı tahribatlar yaratırken, ekonomilerin ciddi oranlarda küçülmesine, işsizliğin, yoksulluğun ve diğer ekonomik ve toplumsal sorunların artmasına neden oldu. Salgın dünya genelinde yarattığı yıkıcı etkilerle kitlesel can kaybı ve piyasa merkezli sağlık sistemlerini alt üst etmekle kalmadı. Tüm dünyada ekonomi, sosyal güvenlik, eğitim ve gıda üretimi gibi yaşamın tüm alanlarında yıkıcı etkileri beraberinde getirdi. Virüs, hepimizi test ediyor. Ekonomimizi, siyasetimizi, felsefemizi, bilimimizi, her şeyimizi...

Pandeminin kendisi küresel bir sorun oluşturmaya karşılık, salgın kontrolü ulus devletler düzeyinde yürütülmüştür. Uluslararası seyahat kontrolleri açısından ülkelerin önemli bir bölümünün ülke sınırlarını kapatmak ya da yüksek riskli bölgelerden seyahatlerin yasaklanması şeklinde sert önlemleri uyguladıkları görülmektedir. Toplu taşımada kısıtlama önleminin ülkelerde farklı şekilde uygulandığı, vaka ve ölüm sayısının daha yüksek olduğu ülkelere önlemlerin daha hafif olduğu gözlenmektedir. “Evde Kal” uygulaması bazı ülkelerde sadece öneri şeklindeyken, birçok ülkede birkaç günde bir ve haneden ancak aynı anda yalnızca bir kişi ayrılabilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Özellikle vaka ve ölüm sayılarının fazla olduğu ülkelere, pandemi ile birlikte iş yerlerinin önemli bir bölümü kapatılmış ve evden çalışma biçimleri desteklenmiştir. Ülkelerde salgına yönelik müdahalelerin salgının kaçınıcı gününde uygulanmaya başladığı, ne süre uygulandığı ya da ne şekilde uygulandığı da süreci etkilemiştir **(Fisher, 2020)**.

Türkiye’de yaşlı nüfusun batılı ülkelere göre daha düşük oranda bulunması, bakımevlerinde kalan yaşlı sayısının az olması, salgının daha geç gelmesi, COVID-19 vaka sayısının, sağlık sisteminin başedemeyeceği bir noktaya henüz gelmemiş olması ve bu nedenle hastanelerde genellikle etkin destek tedavisinin uygulanabilmesi, salgın başlangıcında yaşanmasına rağmen daha sonraki dönemde tıbbi malzeme ve ilaç sıkıntısının yoğun yaşanmaması ve özveriyle sağlık çalışanı kadrosu gibi avantajlarla, fakat halk sağlığından daha çok ekonomiyi önceleyen bir yaklaşımla, kontrolsüz açılma politikalarıyla, katılımcı ve saydam olmayan bir salgın yönetimi anlayışı ile salgın sürecini yaşanmaktadır **(Pala, 2020)**.

### ***Hepimiz Aynı Gemide miyiz?***

COVID-19’un sekiz ay gibi kısa bir zaman diliminde ‘dünya turunu’ tamamlayıp, tüm kıtalara yayılması, içinde yaşadığımız dünyanın ekonomik ve politik yapısındaki pek çok açığı ve çelişkileri de çıplak bir şekilde açığa çıkardı, görünür hale getirdi. Salgının, çok ciddi tıbbi, psikolojik ve sosyolo-

jik etkilere sahip olduğu izlenirken, çok güçlü bir iktisadi krizi de ortaya çıkardığı görüldü. Fakat bu ekonomik kriz tüm sınıflar için aynı şiddette yaşanmadı, yoksulları, işçileri, işsizleri ve göçmenleri vurdu **(Aktan, 2020)**. Mevcut neoliberal politika ve reçeteler topluma yardımcı olmadı **(Şahin, 2020)**.

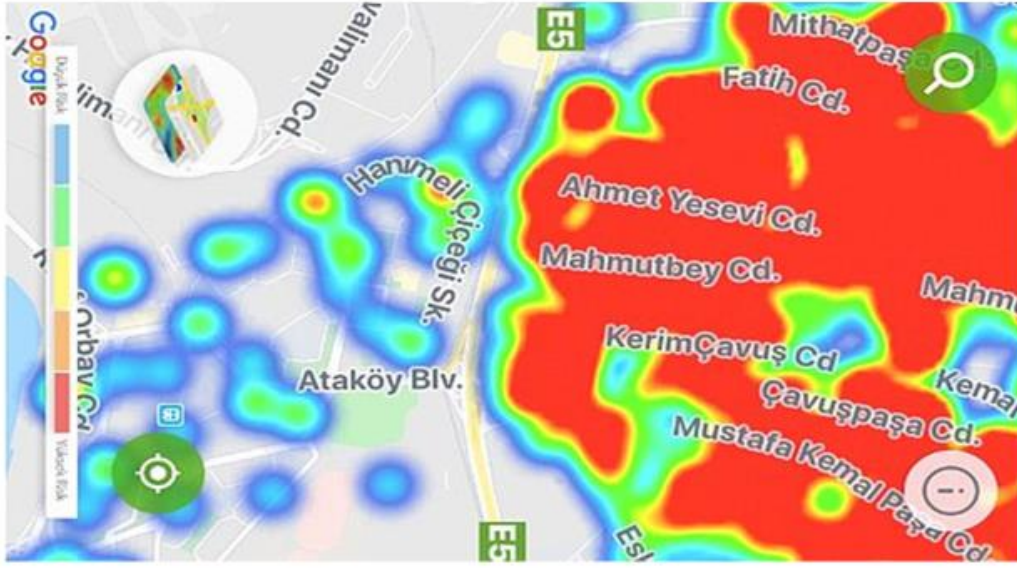
Toplumdaki konumumuz hem riskin boyutunu hem de riski idare edebilme olanaklarımızı şekillendiriyor. Hele bir de salgınla mücadele politikaları zayıfsa veya seçici bir koruma sağlıyorsa, o zaman salgın ilk günlerdeki büyük eşitleyici görüntüsünden giderek sıyrılıyor ve mevcut eşitsizliklerin üzerindeki bir büyütece dönüşüyor.

Hastalık dünya ölçeğinde yaygındı. Ama hayati önemdeki ilaç, sağlık, enerji, gıda üretimi dışındaki lüks sayılacak üretim alanlarında da işçiler çalışmayı sürdürmek zorunda kaldılar. Toplu araçlara binip, bir arada çalışarak hastalıkla-yani ölümle çocuklarına, ailelerine yaşam için en asgari gerekleri sağlama mecburiyeti arasında gidip geldiler. Karantina sürecinin ilk haftalarından itibaren acımasız bir gerçek olarak herkesin yüzleştiği ve bir süre sonra doğal bir olguymuşçasına kabullenilen bir durum söz konusu: Sistemin işlemesi ve devamı için bazıları gözden çıkarılabilir ve bazıları “daha az değerli”. Bu durum elbette sadece içinden geçtiğimiz döneme özgü değil fakat pandemi süreciyle birlikte daha da keskinleştiği ve vahşileştiği aşikar **(Aktan, 2020)**.

Pandemi döneminde, fabrikalar durduğunda, işyerleri kapatıldığında bile gündelik hayatın sürdürülebilmesi için çalışmak zorunda olanların evde kalması mümkün değildi. Bu konuda da ilk başı sağlık çalışanları çekiyor. Sonrasında, kargocular, market çalışanları, temizlik işçileri, belediye çalışanları, özellikle de şoförler, üretime hiç ara vermeden devam eden fabrikalarda hasta da olsa çalışmak zorunda olanlar ve en kötüsü de hizmet sektöründe çalışıp, işten atılan veya ücretsiz izne yollanan yüz binler var karşımızda. Bu insanlar evden çalışmamaları nedeniyle daha fazla enfeksiyon riskine maruz kalıyor **(Blundeell, 2020)**.

Hastalığın kendisinin sebep olduğu kayıplar ve yıkım dışında pandemiyle birlikte girilen kapanma dönemi ekonomik bir kabusu da beraberinde getirmiştir. Hiçbir birikimi ve sosyal güvencesi olmayanlar, günlük yevmiye usulüyle çalışanlar, bu süreç içerisinde işten çıkarılanlar, tamamen kepenk kapatan hizmet sektöründe çalışanlar, zaten halihazırda işsizler ve ücretsiz izne çıkarılanlar hastalığın yarattığı korkunun dışında belki daha da büyük bir kabusun içine itildiler.

Toplumdaki konumumuz hem riskin boyutunu hem de riski idare edebilme olanaklarımızı şekillendiriyor. Hele bir de salgınla mücadele politikaları zayıfsa veya seçici bir koruma sağlıyorsa, o zaman salgın ilk günlerdeki büyük eşitleyici görüntüsünden giderek sıyrılıyor ve mevcut eşitsizliklerin üzerindeki bir büyütece dönüşüyor.



Şekil 1. Sağlık Bakanlığı'nın "Hayat Eve Sığar" uygulamasına göre İstanbul'da Şirinevler ve Ataköy'da salgının yaygınlık durumu, yoksul ve zengin semtler arasındaki farklılığı yansıtmaktadır. **(Demircan,2020).**

Zamanla daha da kontrolden çıkan yoksulluğun ve sefaletin geldiği noktada hem yerel hem küresel ölçekte insanlar hastalıktan ölmezlerse açlıktan ölecekler. Günlük olarak geçimini sağlayan insanlar için uzun süre çalışmamak paranın olmaması ve gıdaya erişememek anlamına geliyor. Dünya Çalışma Örgütü'nün ortaya koyduğu verilere göre ilerleyen süreçte pandemi sebebiyle tüm dünyada bir buçuk milyardan fazla insan işsiz kalabilir. Dünyanın dört bir yanında üst sınıfa dahil olmayan insanlar için yaşamsal krizin geldiği nokta gün geçtikçe korkunçlaşıyor. Böyle bir süreçte olmayan bir parayla kiralalarını ve faturalarını ödemek ve temel yaşamsal ihtiyaçlarını gidermek zorunda olan insanlar için karantina, kendini virüsten korumak için geçirilen bir süreçten ziyade başka bir hayatta kalma savaşını ve çok temel bir yerden açlık korkusunu simgeliyor.

Bugün ilk aşamada uygulanan evde kalma gibi tedbirler özellikle sabit geliri ve iş garantisi olan orta sınıflar için anlamlı görünse de salgının çok sayıda esnafın zora girmesine, işçilerin işini kaybetmesine ve düzensiz işlerde çalışanların gelirlerinden bütünüyle mahrum kalmalarına yol açacağı görülüyor. Sosyoekonomik eşitsizlikler farklı kesimler için sağlığa erişimi ve hastalığa yakalanma ihtimalini çok ciddi bir biçimde etkilediği gibi salgın sürecinde bu döngü katlanarak artıyor **(Sunar, 2020).**

Virüs enfeksiyonları elbette sınıfsız değil. Toplumda aşırı riske açık olduğu bilinen gruplar var. Bunlar arasında yoksullar/yoksunlar, evsizler, yaşlı ve bakım evleri, cezaevleri, barınma evlerinde yaşayanlar ve işçi barınaklarında yaşayan veya aşırı kötü koşullar altında çalışan göçmen işçileri ve mültecileri sayabiliriz

Büyük kentlerin her tarafı eşit değil. İnsanların çalışmak için evden çıkmak zorunda olduğu yerler, işçilerin yoğun olarak yaşadığı, daha yoksul nüfus yoğun olduğu bölgeler ve bu bölgelerde salgının arttığını görüyoruz.



Virüs potansiyel olarak herkesi etkilemekte ancak ölümlerin ve salgının artış hızının yüksek olduğu yerlere bakıldığında toplumsal eşitsizliklerinin ve kırılganlıklarının ön plana çıktığı görülmekte (**Burström, 2020**).

Virüsün en büyük etki dinamiği sınıfsal eşitsizliklerle şekilleniyor. Kimi yerlerde kent yoksulluğunun ırkla ya da göçmenlikle üst üste geldiğini söylemek de mümkün. Örneğin Amerika’da virüsten ölenler arasında siyahların sayısının daha fazla olmasının temel nedeni yoksulluğun ırkla birleşmiş olması, siyahların daha yoksul olması. ABD gerçekliği, şayet insanlara sadece insan olmaktan kaynaklı temel haklarını güvence altına almazsak, pek çok insanı “yaşama hakkından” mahrum bırakabileceğimizi apaçık gösteriyor. Bu aynı zamanda evrensel temel gelirin önemine de işaret ediyor.



Koronavirüs salgını gıda güvenliğini ve gıdaya erişiminin önemini ortaya koyunca; tarım sektöründe çok ağır şartlar altında çalışan mevsimlik, göçmen işçilerini de daha görünür kıldı. Bu dönemde Romanyalı tarım işçilerinin İngiltere’de ‘kahraman’ gibi karşılanması, salgın öncesinde istenmeyen Doğu Avrupalı göçmen işçilerin emeğine muhtaç kalınması trajikomik bir tablo oluşturdu.

Salgının başlangıcında İngiltere’de Prens Charles, İran’da Meclis Başkanı Ali Laricani, Hollywood’dan Tom Hanks ile İngiltere Başbakanı Boris Johnson’ın da koronaya yakalanması ise kimi kesimlerce “Virüs zengin fakir ayrımı yapmaz” şeklinde yorumlandı. “Virüs insan ayrımı yapmıyor” sözü ideolojik bir araç olarak kullanılıyor. Virüsler ayrım yapmaz; bu söz “bu işte hep birlikteyiz”i hissettirmek için kullanılıyor. Bu dönemde üst sınıfın dilinden düşürmediği sloganvari cümlelerden biri “hepimiz aynı gemideyiz” ifadesiydi. Bir günah çıkarma, arınma ya da belki sözde bir eşitliğin konforu üzerinden herkesi iyi hissetmeye davet olarak özellikle üst sınıflar için adeta kullanışlı bir kalkandı bu ifade. Hastalığın sınıfsal ya da kültürel ayrım gözetmeden herkese bulaşacağına ve her kapıyı çalacağına olan bu referansı temellendirme adına enfekte olmuş küresel ve yerel çapta ünlü isimler de kullanıldı. Yani, Boris Johnson ya da Prens Charles da sıklıkla örnek verilerek, toplumdaki konumunuz ne olursa olsun virüse karşı doku-

nulmazlığınız yok demek isteniyor. Ama basitçe test kapasitesinin hemen bütün ülkelerde çok kısıtlı olduğu salgının ilk günlerinde, ancak “önemli birlerinin” teste ulaşabildiği saklanmak istendi.

Sosyal eşitsizliğin COVID-19 ile yakın ilişkisi İspanya, ABD ve Birleşik Krallıkta pandeminin erken dönemlerinde ortaya çıkarılmış ve virüsün sınıfsal niteliği sergilenmiştir. İspanyada Katolonya hükümeti COVID-19 enfeksiyonunun bölgenin en az yoksul bölgelerine göre en yoksul bölgelerinde 6-7 kat daha yaygın olduğunu bildirirken, ABD’de en dezavantajlı bölgelerinde ölüm riskinin dramatik olarak yüksek olduğu gösterilmiş, İngiltere ve Gallerde siyahlar, Asyalılar ve etnik azınlıkların, ağır COVID’li hastaların yüzde 34,5’ünü oluşturdukları raporlanmıştır. Chicago’da yapılmış bir çalışmada COVID-19’dan ölümleri oranı siyahlarda 100 binde 34,8 iken, aynı oranın beyazlarda 8,2 olduğu bildirilmiştir **(Bambra, 2020)**.



Pandemiyle ilgili ilk başta iki ana ayrım var. Evde kalanlarla, kalamayanlar. Evde kalanların arasında işini kaybetmeyenler, parası olanlar, tasarrufu olanlar çok fazla etkilenmediler. Ama evde kalınca işinden olanlar, gelirlerini kaybedenler gerçekten çok etkilendi. Evde kalamayanlara baktığımızda onların işlerinin daha zor olduğunu görüyoruz. O yüzden ‘aynı gemideyiz’ hikayesi ‘hepimizi eşitledi’ söylemi ne yazık ki geçerli değil.

Bugün biliyoruz ki, birinin salgınla kurduğu ilişki dünya haritasındaki yerine, içinde bulunduğu ülkedeki vatandaşlık durumuna, yaşadığı şehrin mekanındaki konumuna, yaptığı işe, yaşına, sınıfına, cinsiyetine ve tabii derinin rengine göre şekilleniyor. Bir diğer ifade ile sağlığın sosyal belirleyicileri sizin salgındaki durumunuzu da belirliyor.

## Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: “Servet Tepede, Risk Dipte...”



Sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar ile günlük yaşam koşullarını biçimlendiren daha geniş güçler ve sistemler (ekonomik ve sosyal politikalar ve politik sistem) kümesidir (DSÖ, 2008). İnsanların yaşam koşulları, paranın, gücün ve kaynakların küresel, ulusal ve yerel düzeyde dağılımı tarafından biçimlendirilir ve bu dağılımdaki eşitsizlik (sosyal eşitsizlik), bazı insanları ve grupları hastalıklara karşı kırılgan hale getirir (sağlıkta eşitsizlik)). Sağlığın sosyal belirleyicileri, uluslar arasında ve aynı ülke içinde sağlık durumunda gözlenen haksız ve önlenemez farklılıklar olarak tanımlanan sağlıkta eşitsizlikten büyük oranda sorumludur (**World Health Organisation 2008, Frieden, 2015**). Sosyal ve ekonomik politikalar bir çocuğun tam potansiyeli ile büyüüp gelişip sağlıklı bir hayat mı yaşayacağı, yoksa yaşamının hastalıklı mı olacağı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Ya da aynı politikalar sizin salgın döneminde evde kalıp kalamayacağınızı da, COVID-19'a yakalanıp yakalanmayacağınızı da büyük oranda belirlemektedir. Çünkü insanların ölümünden büyük oranda sosyal eşitsizlik sorumludur (**Ahmed , 2020**).

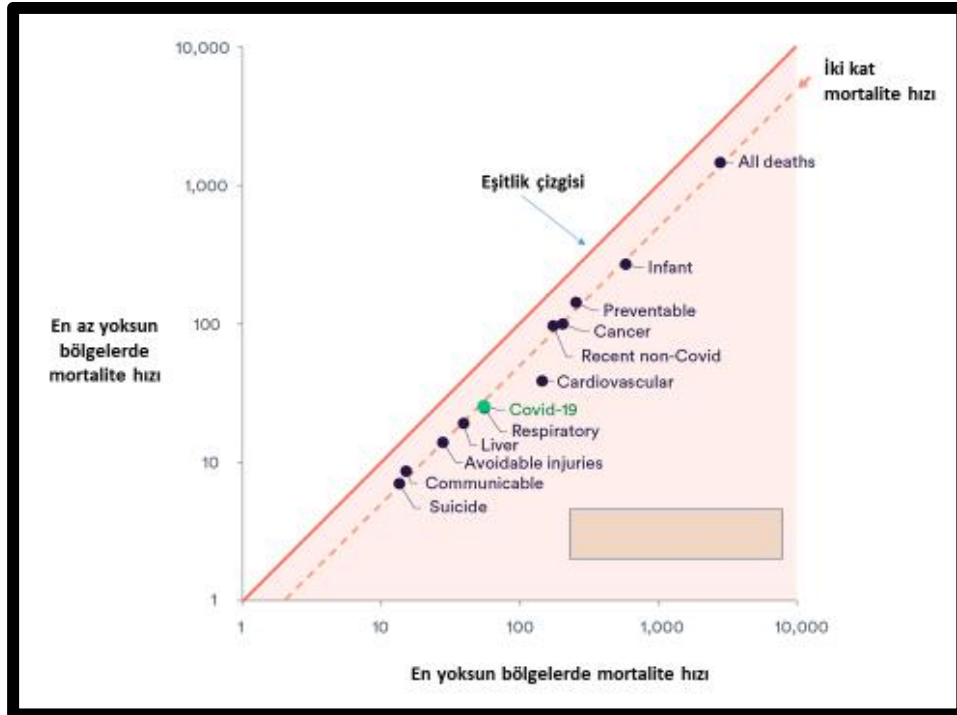
Şekil 2 Sağlığın sosyal belirleyicilerindeki olumsuzluk veya eşitsizlikler korona virus enfeksiyonunu ve bu enfeksiyondan ölümleri artırabileceği gibi, korona virus enfeksiyonu da sağlığın sosyal belirleyicilerine olumsuz yönde etkili olabilir ve eşitsizlikleri artırabilir

İnsanların ve toplumların sağlık durumu, büyük oranda çok çeşitli belirleyicinin karmaşık etkileşimi tarafından belirlenir. Sağlığın belirleyicileri, çok çeşitli kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörü (erken çocukluk gelişimi, eğitim düzeyi, iş ve çalışma koşulları, sağlıklı yaşam için gerekli minimum gelir, yaşanan ve çalışılan yerlerin sağlıklı ve sürdürülebilir olması, barınma koşulları) içerir. Sağlığın bu sosyal belirleyicilerinin kombinasyonu ve karşılıklı etkileşimi sonucu, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarında farklılıklar oluşur (Şekil 2). Sonuçta, bireyler ve değişik toplum kesimleri arasında sağlıkta eşitsizlik ortaya çıkar. Eşitsiz bir toplumda bireyler ait ol-

dukları sınıfa göre sıralandıklarında en yoksulların en altta ve en zenginlerin en üstte yer aldıkları bir toplumsal eşitsizlik yokuşu (sosyal gradient) oluşur. Bu yokuşun eğiminin (dikliğinin) derecesi, toplumun ne kadar haksız / adaletsiz bir toplum olduğunu gösterir. Bu durum, sağlıkta eşitsizliğin de nedenidir. İyi sağlık, yaşam koşullarını biçimlendiren politik, ekonomik ve toplumsal güçlere bağlıdır. Bu anlamda yoksulluk, bir politik seçimdir. Ülke hükümetleri benimsedikleri ekonomik ve sosyal politikalar ile sağlıkta eşitsizliği artırabilir veya azaltabilirler.

Salgınlar, ekonomik ve sosyal sınıf ayrımlarını derinleştiriyor ve virüsü daha ölümcül hale getiriyor. Virüsün etkilediği toplumlarda hastalığı daha ağır geçirenler genellikle ekonomik olarak toplumun alt kesimlerinde olan insanlar. Bunun yanısıra araştırmalar, yoksul kesimlerde virüse yakalanma olasılığının da daha yüksek olduğunu ortaya koyuyor (**Davidai, 2020**). Yoksul insanlar, hastalığı yenseler bile hem gelirlerini, hem de sağlık sigortalarını kaybediyorlar. Yani ekonomik eşitsizlik salgında çarpan etkisi yaratırken yoksul insanların test yaptırma olanakları daha düşük olduğu için hastalığın bu kesim arasında geçirgenliği de giderek artıyor. Virüsün bulaşma ihtimalinin yüksek olduğu insanlar ile virüsten olumsuz etkilenme ihtimali en yüksek olan kişiler birbirleriyle içiçe yaşamakta ve bu durum salgının yayılma hızını artırmaktadır.

Pandemi nedeniyle dünyada hükümetlerin ayırdıkları 11 trilyon doların toplumun refahı, yoksul ve kırılgan grupları desteklemekten çok mevcut neoliberal sistemi sürdürmek için şirketlere destek olarak dağıtılması, hükümetlerin bir politik tercihidir. Bu tercih sağlığın sosyal belirleyecilerinin daha da kötüleşmesine ve eşitsizliğin artmasına yol açmıştır. Merkeze halk sağlığı yerine ekonomi'yi (şirketleri) koyduğumuz anda ve salgına yönelik tedbirleri bireysel sorumluluk alanıyla sınırlı tuttuğumuzda, yeniden yükselen salgın ve hastalık sonuçlarıyla karşılaşma riskimiz yüksek olacaktır (**Jiani, 2020**).



Pandemi nedeniyle dünyada hükümetlerin ayırdıkları 11 trilyon doların toplumun refahı, yoksul ve kırılgan grupları desteklemekten çok mevcut neoliberal sistemi sürdürmek için şirketlere destek olarak dağıtılması, hükümetlerin bir politik tercihidir. Bu tercih sağlığın sosyal belirleyecilerinin daha da kötüleşmesine ve eşitsizliğin artmasına yol açmıştır.



Şekil 3. Yoksunluk durumuna göre, farklı durumların (COVID-19 dahil) mortalite hızları (100 bin nüfus başına). Sadece tüm ölüm nedenleri eşitlik çizgisinin altında değil, aynı zamanda en yoksun bölgelerdeki çoğu ölüm hızı en az yoksun bölgelerdekinden yaklaşık iki kat daha fazla (**Marmot, 2020**).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada COVID-19 modellerinin yaşa uyarlanmış ölüm ve yaşam beklentisine etkisi intihar, ilaç zehirlenmesi ve eşitsizliğin etkileri ile karşılaştırılmıştır. Hafifletme stratejisi uygulanmaması durumunda, COVID-19’un yaşam beklentisine etkisi 5,96 yıl bulunurken, on yıl boyunca eşitsizliğin yaşam süresine etkisinin bundan 6 kat fazla olduğu saptanmıştır (**mccartne, 2020**). Kırılgan/savunmasız gruplar, oransız olarak risklere maruz kalan ve dinamik olarak değişen gruplardır. Pandeminin başlangıcında kırılgan olmayan bir kişi, pandemiye karşı uygulanan politikalar nedeniyle kırılgan hale gelebilir. Ani gelir veya sosyal destek kaybı riski öngörülmesi güç sonuçlara yol açabilir (**Editorial, 2020**).

COVID-19 pandemisi, sağlığın sosyal belirleyecilerindeki eşitsizlik kadar kronik hastalıklardaki mevcut sosyal ve ekonomik eşitsizlikler zemininde yaşanmaktadır. COVID-19 enfeksiyonunu ve mortalite hızlarındaki eşitsizlik, bu nedenle COVID-19 sindemisinin, bir diğer ifade ile kronik hastalıklarda ve sağlığın sosyal belirleyecilerindeki eşitsizlik sonucu oluşmaktadır. COVID-19 pandemisinin prevalansı ve şiddeti daha önceden var olan ve sağlığın sosyal belirleyecileri ile yakından ilişkili olan kronik hastalıklar epidemisi tarafından abartılı şekilde büyütülür. Sindemi, isim olarak bir toplumda hastalık yükünün aşırı artmasına yol açan birbiriyle sinerjist olarak etkileşen iki ya da daha fazla hastalığı ya da durumu tanımlar. Bu terim ilk olarak 1992’de antropolog Merrill Singer tarafından ABD’de kentli kadınlar arasında görülen madde bağımlılığı, şiddet ve AIDS gibi sağlık problemleri arasında ayrılmaz ve birbirini güçlendiren bağlantıları ifade etmek için türetilmiştir. Azınlıklar, etnik gruplar, yoksul bölgelerde yaşayanlar, yoksul ve marginal gruplar genellikle daha çok sayıda ek kronik hastalıklara sahiptirler ve bu gruplardaki kronik hastalıklar daha şiddetlidir ve daha erken yaşlarda yaşanmaktadır. Daha yoksul mahallerde yaşayanlar, azınlıklar, etnik gruplar COVID-19’un şiddeti ve mortalitesini artıran klinik risk faktörlerinin hemen tümüne daha yüksek oranda sahiptirler (hipertansiyon, diyabet, astım, KOAH, kalp hastalıkları, karaciğer-böbrek hastalıkları, kanser, kalp-damar hastalıkları, obezite, sigara içimi vb). Bu dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine ulaşımı da daha azdır (**Bambra, 2020**).

Değişik ülkelerden ortaya çıkan kanıtlar COVID-19 pandemisinin dünyada mevcut eşitsizliklere ayna tuttuğunu göstermektedir. Bu eşitsizlikler, COVID-19’un sindemik doğası nedeniyle-kronik hastalıklar ve sağlığın sosyal belirleyecilerindeki mevcut sosyal eşitsizlikleri alevlendirerek ve etkileşerek-ortaya çıkmaktadır. (**Bambra, 2020**).

COVID-19’a sahip hastaların klinik özellikleri ile ilgili yayınların çoğunda hastalığın sosyo-ekonomik belirleyecileri ile ilgili bilgilerin bulunmadığı gözlenmektedir. Bu durumdan araştırmacılarındaki biyomedikal bakış açısının yaygınlığı kadar, DSÖ’nün önerdiği COVID-19 vaka formunda sosyal belir-



leyeciler ile ilgili bölümlerin yer almayışı da sorumlu görünmektedir (**Çıtak, 2020**). Oysa bu veriler, en kırılgan grupların saptanması ve bunlara yönelik uygun halk sağlığı önlemlerinin alınması açısından büyük öneme sahiptir.

### **COVID-19 İle Derinleşen Eşitsizlik, Eşitsizlik Sayesinde Kolaylaşan Virüs Yayılımı**

*Koronavirüs Enfeksiyonu Eşitsizliği Nasıl Arttırır?:* Yoksullar, yoksunlar, renkli insanları (zenciler, yerliler) ve marjinalize toplulukların yaşamları yeni korona virus nedeniyle orantısız olarak bozulacaktır. Bu kesimler aynı zamanda daha az test yaptırma olanağı bulabilecek ve daha büyük olasılıkla virüsle temas edecek ve öleceklerdir (**Sullivan, 2020**). ABD’de beyazlara göre siyahlarda, Latin Amerikalılarda, göçmenlerde ve Amerikan yerlilerinde hastalık yükünün daha fazla olduğu bildirilirken, İngiltere’de beyazlarla karşılaştırıldığında COVID-19’a bağlı ölümlerin Asya kökenliler, siyahlar ve etnik azınlık gruplarında daha yüksek olduğu bildirilmiştir (**Margulies, 2020, Van Dorn, 2020**). ABD’de yapılan bir çalışmada COVID-19 testini negative çıkma olasılığının en düşük gelir grubunda yüzde 38, en yüksek gelir grubunda ise yüzde 65 olduğu raporlanmıştır (**Schmitt-Grohe, 2020**). DİSK-AR tarafından yapılan bir çalışmada DİSK üyesi işçiler arasında COVID-19 pozitif vaka oranının genel vaka oranından 3.2 kat fazla olduğu bildirilmiştir (**DİSK, 2020**.) İstanbul’da hastalık yaygınlığının, bedensel işçilerin en yoğun yaşadığı ilçelerde (Esenler, Zeytinburnu, Bahçelievler vb) daha yüksek olması, şaşırtıcı değildir (**Çolak, 2020**) (Şekil 1).

- **Pandemi nedeniyle uygulanan sokağa çıkma yasakları ve işyerlerinin kapatılması, gelir ve iş kaybını, sonuçta da işsizliği ve yoksulluğu artırmaktadır.**

Pandemiye toplumsal yanıt olarak kapatma ve fiziksel mesafenin hem virüse maruziyette, hem de sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitsizliğin artmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. (**Marmot, 2020**). Yeni yayınlanan ve bin 200 Norveçli ile gerçekleştirilen bir anketin sağladığı ilk bulgular, daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerin geçici olarak işten çıkarılma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koyuyor. COVID-19 çalışma yaşamındaki işçiler için ilki virus riski altında çalışmak, ikincisi kalıcı kitlesel işsizlik olan iki sonuç ortaya çıkarmıştır. Fabrikada ya da ofiste, kargo taşıırken veya sayaç okurken virüse yakalanmak mı, yoksa evinde kalıp uzun süre işsizliğe dayanmak mı? Biri diğerinin sopası olmuştur (**Savaş, 2020**).

Virüsün yayılımı ve alınan önlemlerin etkinliği ile ilgili birçok belirsizliğe rağmen, COVID-19 pandemisinin 10 trilyon dolardan daha fazla bir maliyete neden olacağı öngörülmektedir. Küresel ekonomide her yüzde 1’lik azalmanın 10 milyondan fazla insanı yoksulaştıracağı hesaplanmıştır (**Spinney, 2020, Ahmet, 2020**). En yoksul kesimlerde kronik hastalığa sahip olma olasılığının fazla oluşu, onları COVID-19 ile ilişkili mortalite riskini artırmaktadır. İşsizliğin artışı, refah düzeyini zayıflatacak ve bu da sağlık ve sosyal sorunların tehdidini artıracaktır. Kalabalık yoksul ailelerde

fiziksel mesafe korunamayacak ve bu durum potansiyel olarak virus yayılımını kolaylaştıracaktır. Yoksulluk aynı zamanda yeterli gıdaya ulaşımı da engelleyecektir.

ILO'nun yaptığı analizlere göre COVID-19 salgını neticesinde yaşanan tam veya kısmi tatiller, şu anda dünyadaki işgücünün yaklaşık yüzde 81'ini temsil eden yaklaşık 2,7 milyar işçiyi etkiliyor. Salgından ötürü “ciddi ve yıkıcı” risk altında bulunan sektörlerde 1 milyar 250 milyon işçi çalışıyor. Bu rapora göre benzer şekilde, kendi hesabına çalışan küçük esnaf ve zanaatkarlar, küçük işletme sahipleri de büyük bir kayıp yaşayacaklar. Bu krizde, dünya ekonomisinde en iyi ihtimalle yüzde 3, ılımlı bir tahminle yüzde 6 ve daha kötüsü olursa yüzde 10'lara varan bir daralma bekleniyor **(ILO, 2020)**. Yapılan tahminlere göre pandemi krizi tüm dünyada 500 milyon kişinin işsiz kalmasına neden olacaktır. Türkiye’de ise bu rakamın 7-8 milyon olacağı öngörülmektedir. Yeni yayınlanan “Korona virus sonrası ekonomi” raporuna göre Türkiye’de işsizlik yüzde 14’den yüzde 33’e tırmanacak, hane halkı geliri % 46 azalacak ve istihdamda % 22.8’lik bir kayıp gerçekleşecek. Bu durum önümüzdeki dönemde sağlığın sosyal belirleyicilerinin ileri derecede bozulacağı ve eşitsizliğin önemli oranda artacağı anlamına gelmektedir **(Birgün, 2020)**.

- **Uzun süre fiziksel mesafe ve evde kalma uygulamasının etkileri:**

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)’nün son hesaplamalarına göre çalışma saatlerinde ve istihdamda büyük boyutlarda düşüşler görüldü. COVID-19’a karşı alınan önlemler ve ekonomik daralma sadece sektörel bazda değil çeşitli iş gruplarını da farklı derecelerde etkiledi. Gençler, eğitim düzeyi düşük, süreli sözleşmeli ve küçük işletmelerde çalışanların yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde kayıtdışı çalışan işçiler de krizden en çok yara alan gruplar arasında yer alıyor. Salgının büyük istihdam kayıplarına ek olarak var olan eşitsizlikleri daha da belirginleştirdiği için gelir adaletsizliğini ve yoksulluğu da artıracığı öngörülmüyor. Dünya Bankası’nın projeksiyonlarına göre COVID-19 bu yıl en iyi senaryoda dahi 71 milyon insanı yoksulluğa iterek küresel yoksulluk oranını 8,9'lara çıkarabilir. Türkiye’de çalışan gruplar arasındaki bireysel ve yapısal farklılıklar, evden yapılabilecek işlerin azlığı ve sosyal yardımların sınırlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda salgının işsizlik yaratacağı ve bu yolla gelir dağılımı ve yoksulluğu olumsuz etkileyeceğini tahmin etmek zor değil **(Duman, 2020)**.

Korona virus enfeksiyonunun yayılımını hafifletmek için gerekli olan fiziksel mesafe ve evde kalma uygulamalarının uzun sürmesi, ulusal düzeyde yalnızlık salgınına yol açabilir. Bu durum, günde bir paket sigara içmenin etkileri kadar öldürücü olabilir **(Sullivan, 2020)**. İşyerinde veya kamusal alanlarda eş-dostla bile basit etkileşimler fiziksel izolasyonun etkilerini azaltmaya artık yardımcı olmayacaktır. Sanal etkileşimler yardım edebilir, fakat herkesin internet ve gerekli teknolojiye sahip olmadığını unutmamak gerekir.

- **Önyargı ve ayırimcılık:**

Salgının başlangıcında Asyalı Amerikalıların ve Çinliler sözlü tacizler ve fiziksel saldırılara maruz kalmışlardır. Virüsü haksız bir şekilde “Çin Virüsü” şeklinde tanımlamanın halen sürüyor olması, Asyalı Amerikalılarda akıl sağlığı ile ilgili zorluklar ve fiziksel zedelenme riskini artırmaktadır.



- **Sağlık çalışanları risk altında:**

Sağlık çalışanları, İspanya ve İtalya’da COVID-19 vakalarının yüzde 10’dan fazlasını 2030 yılına kadar 15 milyon sağlık çalışanının enfekte olacağı öngörülmektedir. Koruyucu malzeme teminindeki sorunların önemli bir payının bulunduğu bu süreçte sağlık çalışanları sadece bedensel hastalık ve ölüm riski altında değil aynı zamanda ruhsal travma riskini de yaşamaktadırlar (TTB, 2020, Hunter, 2020). Türkiye’deki göğüs hastalıkları uzmanlarının derneği olan Türk Toraks Derneği’nin pandeminin ilk üç ayını kapsayan araştırma sonuçlarına göre sağlık çalışanlarında COVID-19 enfeksiyon oranı yüzde 13,9’dur. Bu oran toplum genelinde antikor saptanan kişi oranının 17 katıdır. **Sağlık çalışanları toplumdan 46 kat daha fazla bir oranda COVID-19 hastalığına yakalanmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2020).**

Uluslararası Af Örgütü, dünya genelinde sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir araştırmanın sonucunu duyurdu. Araştırmaya göre tüm dünyada en az 7 binden fazla sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle öldü. En fazla ölüm Meksika’da kaydedildi. Bu ülkede en az bin 320 sağlık çalışanı virüse yakalanarak hayatını kaybetti. Uluslararası Af Örgütü’ne göre ABD’de bin 77, Brezilya’da ise 634 sağlık çalışanının yaşamını yitirdi. Örgütün araştırmacıları, Güney Afrika’da 240, Hindistan’da da 573 sağlık çalışanının hayatını kaybettiğini raporlaştırdı (Independent, 2020). Türkiye’de şu ana kadar 32’si hekim 66 sağlık çalışanı hayatını kaybetti, 30 bine yakın sağlık çalışanı da korona virus ile enfekte oldular. (Fıstık, 2020).

- **Okulların kapatılması öğrencilerde gıda güvensizliği ve eğitimde eşitsizliğe neden olmaktadır.**

Türk Toraks Derneği’nin pandeminin ilk üç ayını kapsayan araştırma sonuçlarına göre sağlık çalışanlarında COVID-19 enfeksiyon oranı yüzde 13,9’dur. Bu oran toplum genelinde antikor saptanan kişi oranının 17 katıdır. Sağlık çalışanları toplumdan 46 kat daha fazla bir oranda COVID-19 hastalığına yakalanmaktadır.

New York'da mahalle okullarının kapatılması 114 bin evsiz öğrencinin en azından bir kısmının sıcak yemeklerden ve sağlık hizmetlerinden uzak kalmasına yol açmıştır. UNESCO 138 ülkenin ülke çapında okulları kapattığını bildirmiştir. Pandeminin dünya genelinde çocukların yüzde 70-80'inin eğitimini etkileyeceği tahmin edilmektedir (**Van Lancker, 2020**). Okulların uzun süre kapatılması yoksulluk içinde yaşayan çocuklarda olumsuz sosyal ve sağlık sonuçlarına yol açabilir ve bu durum eşitsizliği daha da artırabilir (**Allahverdi, 2020**). Okulların kapatılmasıyla başlayan online eğitim ise, internet bağlantısı ve bilgisayar/televizyon bulunmayan evlerde yaşayan çocukların eğitim almalarını engellemekte, bu da eşitsizliği artıran bir işlev görmektedir (digital eşitsizlik).

- **Salgın nedeniyle çocuk aşılamaalarında önemli aksamalar olurken, kronik hastalıkların takibinde ve oluşan akut tıbbi durumlara müdahalede ciddi yetersizlikler yaşanmıştır**

Hindistan'da Mart 2019 verileri ile karşılaştırıldığında, Mart 2020'de çocuklara kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılamaasında yüzde 69 azalma, hastanede doğumlarda yüzde 21 azalma, akut kardiyak olay nedeniyle kliniklere başvuruda yüzde 32'lik azalma, göğüs hastalığı nedeniyle hastaneye yatışlarda yüzde 32'lik azalma saptanmıştır. Benzer durum, diğer ülkelerde de gözlenmiştir (**Cash 2020**).

- **Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ev içi şiddet:**

İngiliz Guardian gazetesinde yer alan bir haberde de İngiltere'de salgın nedeniyle uygulanan kısıtlamalar sürecinde, kadınların çocuk bakımı ve ev işlerini daha fazla üstlendiği, işlerini kaybetme oranının erkeklerden daha fazla olduğu ve cinsiyet eşitliği konusunda elde edilmiş kazanımların geriye gitmesi riskiyle karşı karşıya olduğunu gösteren verilere ve uzman görüşlerine yer verilmiştir. Kısıtlamaların Avrupa çapında cinsiyet eşitsizliğini güçlendirdiğine, krizin ekonomik ve sosyal yansımalarının kadınlar bakımından çok daha ağır olduğuna ve kadınları evde geleneksel rollere geri itme tehlikesi taşıdığına dikkat çekilmiştir (**Tokyay, 2020**).

Salgın sürecinde “evde olmak” bir sağlık tedbirinin zorunlu hali iken kadınlar kendilerine şiddet uygulayan erkeklerle bir arada yaşamaya zorlanmakta, bu “evlerde” daha çok şiddete maruz kalmaktadırlar. Ayrıca, şiddete tanıklık eden çocuklar da sürekli bir travma yaşamakta ve/veya cinsel, fiziksel istismara uğramaktadırlar. Birleşmiş Milletler'in bağlı kuruluşu UN Women'in salgın döneminde kadına yönelik şiddete dair geçtiğimiz ay hazırladığı rapora göre Fransa'da 17 Mart'ta uygulanmaya başlanan karantinadan sonra aile içi şiddetin %30 oranında, Arjantin'de ise 20 Mart'ta geçilen karantina uygulamasından sonra aile-içi şiddetle mücadeleyle dönük acil çağrı hatlarına ulaşan vakalarda %20 oranında artış kaydedilmiştir (**Editorial, 2020**).

Mart 2020'de çocuklara kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılamaasında yüzde 69 azalma, hastanede doğumlarda yüzde 21 azalma, akut kardiyak olay nedeniyle kliniklere başvuruda yüzde 32'lik azalma, göğüs hastalığı nedeniyle hastaneye yatışlarda yüzde 32'lik azalma saptanmıştır.





*Eşitsizlik Salgını Nasıl Derinleştirir?:* Bu salgının toplumsal eşitsizlikleri nasıl şiddetlendirdiği üzerine pek çok şey yazıldı. Ama ya toplumlarımız eşit olmadığı için bu küresel salgın gerçekleşiyorsa? **(Spinney, 2020)**

Tarihsel olarak, salgınların toplumsal eşitsizlik ve huzursuzluk dönemlerinde meydana gelme olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren bir düşünce ekolü vardır. Bu yaklaşım, “yoksullar daha da fakirleşince genel sağlık durumları zarar görür ve bu da onları enfeksiyona karşı daha savunmasız hale getirir” diye ilerliyor. Aynı zamanda daha fazla hareket etmeye, iş arayışına girmeye ve şehirlere yönelmeye itiliyorlar. Bu esnada zengin kesim, uzak bölgelerden gelen ürünler de dahil olmak üzere, lüks ürünlere harcayacak daha çok paraya sahip. Bu halde dünya, ticaret vasıtasıyla daha sıkı biçimde birbirine bağlanır ve kentleri birbirine bağlayan ticaret yolları boyunca mikroplar, insanlar ve lüks mallar hep birlikte yolculuk eder.

Peki ya gerçekte durum nasıl? Tarihçi Peter Turchin, tarih boyunca küresel bağlantılılık, toplumsal krizler ve küresel salgınlar arasında güçlü bir istatistiksel ilişki kuruyor. Örneklerden biri, Roma ve Çin imparatorluklarının zenginlik ve gücün zirvesinde oldukları milattan sonra ikinci yüzyılda yaşanandır; her iki bölgedeki yoksullar aşırı derecede yoksuldu ve eski ipek yolları en parlak döneminin tadını çıkarıyordu. MS 165 yılından başlayarak, Antoninus vebası Roma’yı vurdu; on yıl içinde veba Çin’i de harap etmeye başlamıştı ve ardından her iki imparatorluk da düşüşe geçti. MS 6’ncı yüzyılda Justinianus vebası ve 14’üncü yüzyılda ‘kara ölüm’ salgını benzer koşullarda ortaya çıktı ve Turchin, bugün yine aynı sorunların söz konusu olduğunu söylüyor: Küreselleşme, genişleyen eşitsizlikle birlikte yeni insan patojenlerinin ortaya çıkmasına yol açıyor.

Küresel salgınlar her zaman toplumsal huzursuzluğu tetiklemezler ama onlara neden olan aşırı eşitsizlikleri arttırarak, huzursuzlukların ortaya çıkmasına neden olabilirler. Bunun sebebi, salgınların en sert şekilde yoksulları -düşük ücretli veya düşensiz işlerde çalışanlar, kalabalık yerleşim yerlerinde yaşayanlar, sağlık hizmetlerine erişemeyenler- vurmasıdır. Bu, geçmişte böyleydi ve bugün de durum aynı.



2009 grip salgını sırasında görülen ölüm oranı, İngiltere nüfusunun en fakir yüzde beşlik kesiminde, en zengin olanlardan üç kat daha yüksekti. COVID-19 salgını, sosyoekonomik (hileli) zararın düşme şekliyle dolaylı, ırksal bir boyuta da sahip olan modelden ayrılma belirtisi göstermiyor **(Spinney, 2020)**. Salgınlar en sert şekilde -düşük ücretli veya güvencesiz istihdamda olan, kalabalık barınma yerlerinde yaşayan, altta yatan sağlık sorunları olan ve sağlık hizmetinin en az karşılanabilir ve en az erişilebilir olduğu- yoksulları vuruyor **(Khaldi, 2020)**. Bu geçmişte doğrudu ve bugün de doğru. 2009 grip salgını sırasında İngiltere nüfusunun en yoksul yüzde yirmisinin ölüm oranı en zengin yüzde yirmisininkinden üç kat daha yüksekti. COVID-19, sosyoekonomik zararın düşme şekli nedeniyle, ırksal boyutu da olan örüntüden ayrılma belirtisi göstermiyor **(Nassif, 2020)**.

Çoğu ülkede zengin ile yoksul arasındaki fark son 30 yılda en yüksek düzeye çıktı. Günümüzde OECD ülkelerinde nüfusun en zengin yüzde 10'u en yoksul yüzde 10'a göre 9,6 kat daha fazla kazanıyor. 1980'lerde bu oran 7:1'de seyredirken 1990'larda 8:1'e ve 2000'lerde de 9:1'e çıktı. Gelişmekte olan birkaç ekonomide, özellikle de Latin Amerika'da gelir eşitsizliği azalmıştır fakat gelir uçurumu OECD ülkelerine göre genelde daha yüksek seyretmektedir. Kriz süresince özellikle istihdamdaki gerilemeden, vergiler yoluyla yeniden dağıtım yapılmasından ve yapılan aktarımların eşitsizliği ancak kısmen dengelemiş olmasından ötürü gelir eşitsizliği artmaya devam etmiştir. Ancak gelir dağılımının en alt tarafında gerçek hane içi gelirleri, krizin en ciddi ölçüde sarstığı ülkelerde çarpıcı bir düşüş göstermiştir. **(OECD, 2020)**.

Eşitsizlikteki artış, toplumsal uyum üzerindeki etkisinin ötesinde uzun vadeli ekonomik büyüme için de zararlıdır. Gelir eşitsizliğinin 1985 ile 2005 arasında artmış olmasının, örneğin uzun vadeli serilerin mevcut bulunduğu OECD ülkeleri genelinde 1990 ile 2010 arasında kümülatif büyümeyi ortalama olarak yüzde 4,7 puan geriletmiş tahmin edilmektedir. Temel itici güç - dağılımın en alt %40'ını oluşturan - alt gelir grubundaki haneler ile nüfusun kalan kısmı arasındaki farkın açılıyor olmasıdır. **(OECD, 2020)**

- **Düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olanların işten çıkarılmaları olasılıkları yüksek:**

1200 Norveçli ile yapılan bir araştırmanın ön bulguları daha düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olan insanların geçici olarak işten çıkarılma olasılıklarının daha çok olduğuna işaret ediyor **(Spinney, 2020)**. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, COVID-19 salgınının özellikle düşük gelirli, lise ve altı eğitim seviyesine sahip ve kayıt dışı çalışan kesimleri etkileyeceği bildirilmiştir **(Aytun, 2020)**. Yapılan bir başka çalışmada, gelecek ay çalışanların işini kaybetme olasılığı algısı ABD'de yüzde 37, Birleşik Krallık'ta yüzde 32, Almanya'da yüzde 25 olarak bildirilmiştir **(Adams-Prassl, 2020)**. TMMOB Makina Mühendisleri Odası tarafından yayınlanan "Sanayinin Sorunları" bültenine göre, ekonomik daralmanın ürkütücü boyutları sonuçlarını artan işsizlik ve iş kayıplarına da yansıtıyor. Kısa çalışma, işsizlik ve ücretsiz izin ödeneklerine başvuranlar ile istihdamda olup sokağa çıkması yasaklanan 65+ ile 15-17 yaş çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ile kent-

Çoğu ülkede zengin ile yoksul arasındaki fark son 30 yılda en yüksek düzeye çıktı. Günümüzde OECD ülkelerinde nüfusun en zengin yüzde 10'u en yoksul yüzde 10'a göre 9,6 kat daha fazla kazanıyor. 1980'lerde bu oran 7:1'de seyredirken 1990'larda 8:1'e ve 2000'lerde de 9:1'e çıktı.

sel kayıt dışı istihdamdan işsiz kalanlar dikkate alındığında işsiz sayısının 16 milyona bulduğu söylenebilir. Bu işsiz kitlenin ancak dörtte birine asgari ücret dolayında ve 3 aylık destek sağlanabiliyor, geri kalan dörtte üçlük kesim herhangi bir sosyal korumadan yoksun durumda (**Evrensel, 2020**). Ankara Sosyal Araştırmalar Vakfı (ANAR) korona virus salgınıyla ilgili araştırmasına göre, katılımcıların yüzde 50.5'i "gelirim azaldı", yüzde 36.2'si "borçlarım arttı" cevabı verirken, yüzde 14.9'u da "işimi kaybettim" yanıtı verdi. "Hiçbir şekilde etkilenmedim" diyenlerin oranı ise yüzde 12 olarak kaydedildi (**Artı Gerçek, 2020**).

- **Düşük eğitilmiş ve düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin evde çalışmaları güç ve yaşamlarını sürdürebilmek için güvencesiz işlerde ve hizmet sektöründe çalışma olasılığı fazla**

Bu durum, onların hergün onlarca insanla temasını ve virüse yakalanma riskini artırmaktadır. Güvencesiz işlerde çalıştıkları için devlet desteği almaları da olası görünmüyor. Yapılan bir çalışmaya göre, Türkiye'de istihdamın yüzde 24'ü evden çalışmaya elverişli işlerde çalışıyor, fakat geride kalan yüzde 76 işe gitmek zorunda. Bu kesim salgının yayılması yüzünden hem sağlığından, hem de işinden olma riskiyle karşı karşıya. Gene aynı çalışmaya göre, dört yıllık üniversite mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahip çalışanlar işlerinin ortalama yüzde 50'sini evden yürütebilirken, bu oran daha düşük eğitilmiş işgücünde yüzde 17'ye düşmektedir. (**Yücel, 2020, Birgün, 2020**). ABD verilerine göre maaş dağılımının en alt çeyreğinde bulunan çalışanların yüzde 9,2'si, en üst çeyrektekilerin ise yüzde 61,5'i uzaktan çalışabiliyor. Amerika'daki işçilerin yüzde 30'undan azı evden çalışabiliyor, bu istatistik ırk ve etnisiteye göre farklılaşıyor. Latin kökenliler yüzde 16 ile evden çalışma şansı en düşük olanlar, bunu yüzde 19.7 ile siyahiler takip ediyor. Asya kökenliler ise yüzde 37 ile uzaktan çalışma şansı en yüksek grubu oluşturuyor (**Patel, 2020**).

- **Yoksul ve yoksun kesimlerin fiziksel mesafe kurallarına uyma olasılıkları düşük:**

Norveç çalışmasında elde edilen yoksul kesimlerde fiziksel mesafeye uyumsuzluk bulgusu düşük sosyoekonomik gruplarda olan insanların işe gitmek için daha fazla zorunluluk hissetmeleri, sağlık okur yazarlıklarının daha düşük olması, hükümete daha az güven duymaları ve Norveç dışı kökenlilerde ise dil problemleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (**Spinney, 2020**). Yoksul insanlar normal koşullarda bile sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamazken, kriz dönemlerinde en kırılgan durumda kalırlar. Yanlış bilgilendirme ve yanlış iletişim, bilgi kanallarına daha az ulaşabilen bireyleri orantısız olarak etkiler. Bu durum onların hükümetin sağlık uyarılarını daha yüksek olasılıkla gözardı etmelerine neden olur (**Birgün, 2020**). Çatışma alanları, mülteci kampları ve hapishaneler gibi en kırılgan ortamlarda hastalık yayılmaya devam etmektedir.

- **Yetersiz su kaynakları nedeni ile su sıkıntısı yaşayan yoksul ülkelerde kişisel hijyenik önlemler almaları güç**

Başta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) olmak üzere uzmanlar, koronavirüsten korunmak için ellerin sabunla sıklıkla yıkanması gerektiği uyarısında bulunuyor. Fakat yıllardır savaş bölgesinde kıtlık yaşayan Yemenliler için sabunla el yıkamak erişilmesi güç bir lüks haline gelmiştir (**Khalidi, 2020, Sınır Tanımayan Doktorlar, 2020. Okoi, 2020**). COVID-19 yayılımını kontrol için en çok önerilen stratejilerden –fiziksel mesafe ve sık el yıkama- yetersiz barınma, kötü sanitasyon ve temiz suya ulaşımı yetersiz, yoğun kalabalık toplumlarda yaşayan milyonlarca insan için kolay değildir. Bu yerleşim yerlerinde yaşayan insanlar genellikle malnütrisyon, kronik hastalıklar ve HIV/AIDS ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara da sahiptirler. Güney Afrika'd 15 milyon kişi HIV insidansının yüzde 25 civarında olduğu kasabalarda yaşamaktadır. Immun sistemi baskılanmış olan bu insanlar COVID-19 için daha büyük risk altındadırlar. Afrika ülkeleri için bir diğer endişe, COVID-19'a yanıtı diğer hastalıkların tedavisi pahasına gerçekleşecek olmasıdır. Örneğin Demokratik Kongo Cumhuriyetinde Ebola'ya yanıt kırımının tekrar ortaya çıkmasına neden olmuştur (**Sınır Tanımayan Doktorlar, 2020**). Dünya Sağlık Örgütünün “tek beden herkese uyar” mantığı ile hazırladığı COVID-19 rehberi, her ülke için doğru olmayabilir. Her ülke hangi toplumsal kesimlerinin kırılgan olduğunu sürekli olarak değerlendirip, en yüksek riske sahip olanları tam olarak desteklemelidir.

- **Düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayanlarda sigara içme alışkanlığı, obezite ve kronik hastalık prevalansı daha yüksek**

Virüs ile enfekte olan kişilerde ileri yaş, tütün kullanımı, obezite ve kronik hastalığa sahip olmanın hastalığın daha ağır geçmesi ve ölümlerle bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, düşük ekonomik koşullarda yaşayan sınıfların kronik hastalığa sahip olma olasılığının 10 kat fazla olduğu bildirilmiştir (**Yücel, 2020**). Çin Hastalık ve Kontrol ve Önleme merkezinin araştırması, korona virus enfeksiyonunun yoksullar için 10 kat daha ölümcül olduğunu bildirirken, kronik hastalıkların bu kişilerde varlıklı bireylere göre 5-15 yıl önce ortaya çıktığını gösteriyor. Uluslararası sağlık kuruluşları 70 yaş üzeri yetişkinler için hastalığın çok daha ölümcül olduğunu bildirirken, yoksul halk kesimleri için bu yaş sınırı 55'e kadar iniyor..

- **Düşük sosyoekonomik koşullardaki kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarında sorunlar var**

Bu kesimin maske temini, tanısal test yaptırabilme şansı ve semptomları ortaya çıktığında bir sağlık kuruluşuna ulaşma şansları daha düşük. Amerikan toplumunun yüzde 26'sı geçen yıl içinde ödeme güçlüğü çektiği için aldığı sağlık hizmetlerini erteledi. Aynı çalışma, ABD'de her dört kişiden birinin doktorlar tarafından yapılması önerilen sağlık testlerini ekonomik olarak karşılayamadıkları için yaptıramadılar. (**Fisher, 2020**)

Dünya Sağlık Örgütünün “tek beden herkese uyar” mantığı ile hazırladığı COVID-19 rehberi, her ülke için doğru olmayabilir. Her ülke hangi toplumsal kesimlerinin kırılgan olduğunu sürekli olarak değerlendirip, en yüksek riske sahip olanları tam olarak desteklemelidir.

## Sonuç: Bu Salgın Olmayabilir miydi?

Son 15 yıldır bilim çevrelerinin böyle bir salgın yaşanabileceği uyarıları yapmasına karşın, hiçbir önlem almayan veya varoluşlarına ters olduğu için alamayan neoliberal sistem ve devlet yönetimleri kaldıkça, bundan sonra yeni pandemiler ve iklim krizinin daha ağır etkileri ile karşı karşıya kalacağız. Gerekenler yapılabilsaydı, kuşkusuz ki bu salgın olmayabilirdi.

Korona günlerinden sonra dünya artık eskisi gibi de olmamalıdır. Çünkü bu salgının nedeni, salgın öncesi neoliberal politikalar. Bunun farkına varmadıkça yolumuzu bulamayacağız: Neoliberal politikalar bizim sorunumuza çözüm değildir, bu politikalar sorunun ta kendisidir.

Bir şey bozulmadan yeni bir şey yaratmak kolay değildir. Bu pandeminin siyasal anlamda da sonuçları olacaktır şüphesiz. Daha demokratik bir toplumun inşası daha demokratik bir siyaset de olabilir, digital gözetimi içeren daha totaliter rejimlere de kayış olabilir. Bu biraz da halkların yapacaklarına bağlı. Toplumsal çözülme veya güçlenmeden hangisinin ağır basacağı sonucu belirleyecek görünmektedir.

Virüs insanların daha önce zihninde soyut duran küresel tehditleri, fikirleri ve imkanları somutlaştırıp, onu gerçek bir bedene kavuşturarak, daha önce kayıtsız kalabildiği ötekinin probleminin aslında bizatihi kendi problemi olduğunu görmesini sağlayabilir. Bu durumun yaşamı savunan yeni nesil aktörleri ortaya çıkarmasını umuyorum.

## Kaynaklar

- Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. Lancet Public Health 2020; 5: e240
- Adams-Prassl A, Boneva T, Golin M, Rauh C. ZA Institute of Labor Economics. Inequality in the impact of the Coronavirus shock: Evidence from the real time surveys (April 2020). <https://www.iza.org/publications/dp/13183/inequality-in-the-impact-of-the-coronavirus-shock-evidence-from-real-time-surveys>
- Aktan İ. Evren Balta: Korona virüsü bize bir ayna tutuyor. Gazete Duvar (28 Mart 2020). <https://www.gazeteduvar.com.tr/yazarlar/2020/03/28/evren-balta-korona-virusu-bize-bir-ayna-tutuyor/>
- Aktan MN. Nefes almanın eşitsizliği. Gazete Duvar (18 Mayıs 2020). <https://www.gazeteduvar.com.tr/forum/2020/05/18/nefes-almanin-esitsizligi/>
- Allahverdi S. ABD’de koronavirüs salgını eğitimdeki digital eşitsizliği ortaya çıkardı. <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/abdde-koronavirus-salgini-egitimdeki-dijital-esitsizligi-ortaya-cikardi/1816610>
- Artı Gerçek. Koronavirüs anketine katılanların yarısı “gelirim azaldı” dedi. Artı Gerçek (25 Mayıs 2020). <https://artigercek.com/haberler/coronavirus-anketine-katilanlarin-yarisi-gelirim-azaldi-dedi>
- Aytun U, Özgüzel C. Koronavirüs salgını eşitsizlikleri artırabilir. Sarkaç (30 Nisan 2020). <https://sarakac.org/2020/04/koronavirus-salgini-esitsizlikleri-arttirabilir/>
- Altieri MA, Nicholis CI. Agroekoloji ve Covid-19 sonrası tarımın geleceği. Gazete Duvar (16 Mayıs 2020) <https://www.gazeteduvar.com.tr/dunya-forum/2020/05/16/agroekoloji-ve-covid-19-sonrasi-tarimin-gelecegi/>
- Badur S. Küreselleşmeden iklim krizine: Enfeksiyon hastalıklarında geline nokta. İstanbul Politikalar Merkezi Mayıs 2020. <https://ipc.sabanciuniv.edu/Content/Images/ckeditorimages/20200521-19053922.pdf>

Daha demokratik bir toplumun inşası daha demokratik bir siyaset de olabilir, digital gözetimi içeren daha totaliter rejimlere de kayış olabilir. Bu biraz da halkların yapacaklarına bağlı.

- Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health 2020
- Başkaya F. Neoliberal kapitalizm öldürür. Yeni Yaşam (3 Mayıs 2020). <http://yeniyasamgazetesi1.com/neoliberal-kapitalizm-oldurur/>
- Birgün. Korona virüs ekonomi raporu. Birgün Gazetesi (4 Haziran 2020). <https://www.birgun.net/haber/koronavirus-ekonomi-raporu-issizlik-iki-kattan-fazla-artacak-hane-geliri-yuzde-46-azalacak-303322>
- Birgün. Türkiyede kimlerin evden çalışması mümkün? Birgün Gazetesi (16 Nisan 2020). <https://www.birgun.net/haber/turkiye-de-kimlerin-evden-calismasi-mumkun-296722>
- Blundell R, Dias MC, Joyce R. COVID-19 and inequalities. Fiscal Studies, 2020; 41: 291-319
- Burstrom B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. Eur J Puublic Health 2020; 30: 617-618
- Cash R, Patel V. Has COVID-19 subverted globeal health. Lancet. Published May 05 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8)
- Çıtak N. Toplumsal eşitsizlik, COVID-19 ve buna bağlı ölümler için önemli bir risk faktörüdür. (yayınlanmamış çalışma)
- Çolak Y. Koronavirüs yoksulu vuruyor. <https://www.birgun.net/haber/koronavirus-yoksulu-vuruyor-311757>
- Davidai S, Day MV, goyatochetto D, et al. COVID-19 provides a rare opportunity to create a stonger, more equitable society. <https://psyarxiv.com/hz4c7>
- Demircan U. Sınıf farkının etkisi: Koronavirüs yoksul semtler ve ilçelerde daha hızlı yayılıyor <https://onedio.com/haber/sinif-farkinin-etkisi-koronavirus-yoksul-semtler-ve-ilcelerde-daha-hizli-yayiliyor-913987>
- DİSK. DİSK üyeleri arasında salgının etkileri: COVID-19 DİSK Raporu. <http://disk.org.tr/2020/04/disk-uyeleri-arasinda-salginin-etkileri-covid-19-disk-raporu/>
- Duman A. COVID-19 ile artan eşitsizlikler ve yoksulluk. <https://sarkac.org/2020/06/covid19-ile-artan-esitsizlikler-ve-yoksulluk/>
- Editorial. COVID-19 puts societies to the test. Lancet publichealth 2020; 5: e235
- Editorial. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. Lancet 2020; 395: 1089Ma
- Evrensel. Pandemiyle işsiz sayısı 16 milyonu buldu. Evrensel Gazetesi (20 Mayıs 2020). <https://www.evrensel.net/haber/405236/pandemiyle-issiz-sayisi-16-milyonu-buldu>
- Fıstık F. Sağlıkçılara göre salgın nedeniyle bugüne kadar hayatını kaybeden sağlık çalışanı sayısı en az 66. <https://medyascope.tv/2020/09/03/saglikcilara-gore-salgin-nedeniyle-bugune-kadar-hayatini-kaybeden-saglik-calisani-sayisi-en-az-66/>
- Fisher M, Bubolaa E. Koronavirüs eşitsizliği derinleştirirken, eşitsizlik virüsünün yayılımını kötüleştiriyor. <https://medyascope.tv/2020/03/16/new-york-times-koronavirus-esitsizligi-esitsizlik-ise-salgini-derinlestiriyor/>
- Fisher D, Teo YY, Nabarra D. Assessing nationay performance in response to COVID-19. Lancet 2020; 396: 653-655
- Frieden TR. The future of public health. N Eng J Med 2015; 373: 1748-1754
- Hunter E, Price DA, Murphy E, et al. First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. Lancet 2020; 395: e77-e78
- ILO. İşsiz sayısınaa 2.5 milyon daha eklenecek. <https://www.dw.com/tr/ilo-i%C5%9Fsiz-say%C4%b1s%C4%b1na-25-milyon-daha-eklenecek/a-52083873>
- Independent. Tüm dünyada 7 binin üzerinde sağlık çalışanı Kovid-19 nedeniyle öldü. <https://indyturk.com/node/238851/haber/t%C3%bcm-d%C3%bcnyada-7-binin-%C3%bczerinde-sa%C4%9Fl%C4%b1k-%C3%a7al%C4%B1%C5%9Fan%C4%B1-kovid-19-nedeniyle-%C3%b6ld%C3%BC-bu-sars%C4%b1c%C4%B1?fbclid=IwAR2yuerdapcwo5spquem6e8zwzen10ne2fscsx5lszbsocx2vyb5th0ujq>



- Jani A. Preparing for COVID-19's aftermath: simple step to address social determinants of health. The Royal Society of Medicine 2020: <https://doi.org/10.1177/0141076820921655>
- Khalatbari-Soltani S, Cumming RG, Delpierre C, Kely-Irwing M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. J Epidemiol Community Health 2020. Doi:10.1136/jech-2020-214297
- Khaldi JR. Inequality affects the Covid-19 pandemic. KRI Views (30 March 2020) [http://www.krinsstitute.org/assets/contentms/img/template/editor/20200330\\_Articles\\_Covid\\_Inequality\\_v9.pdf](http://www.krinsstitute.org/assets/contentms/img/template/editor/20200330_Articles_Covid_Inequality_v9.pdf)
- Kocabaş A. COVID-19 pandemisinde sosyal belirleyeciler ve eşitsizlik. In: COVID-19 Pandemisi ve Sağlıkın Sosyal Bileşenleri. Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları, Haziran 2020:sah: 5-24 . [https://www.toraks.org.tr/site/community/downloads/V2VAU\\_62wkmuwxya](https://www.toraks.org.tr/site/community/downloads/V2VAU_62wkmuwxya)
- Kolluoğlu B. Pandeminin açığa çıkardığı eşitsizlikler, kırılmalık ve kızgınlık. Çatlak Zemin (10 Mayıs 2020) <https://www.catlakzemin.com/pandeminin-aciga-cikardi-gi-esitsizlikler-kirilganlik-ve-kizginlik/>
- Kölemen A. Aynı salgın, farklı tepkiler. Artı Gerçek (1 Mayıs 2020). <https://artigercek.com/yazarlar/aysuda-kolemen/ayni-salgin-farkli-tepkiler>
- Ludovic J, Sourdin S, Nadou F, Noiret G. Economic globalization and COVID-19 pandemic: global spread and inequalities. Bull World Health Org. E-pub: 23 April 2020. DOI: 10.2471/BLT.20.261099
- Margulies R. Normal dünyaya dönelim mi? <https://marksist.org/icerik/Yazar/13965/mobilredirect>
- Marmot M, Allen J. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. J Epidemiol Health 2020; 74:681-682
- McCartney G, Leyland AH, Watsh D, Dundas R. Scaling COVID-19 against inequalities: should the policy response consistently match the mortality challenge? <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090761v1>
- Nassif Pires L, Xavir LDL, Masterson T, Nikiforus M. Pandemics of inequality. Levy Economics Institute of Bard College. Public Policy Brief. 2020. [http://www.levyinstitute.org/pubs/ppb\\_149.pdf](http://www.levyinstitute.org/pubs/ppb_149.pdf)
- OECD. Aynı gemideyiz: Daha az eşitsizlik niye herkeesi kazandırır. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/07ea87fc-tr/index.html?Itemid=/content/component/07ea87fc-tr>
- Okoi O, Bwawa L. How health inequality affect responses to COVID-19 pandemic in Sub-Saharan Africa. World Development 2020; 135: 1-3
- Pala K. COVID-19 pandemisinin yükü emekçilerde. Çalışma Ortamı 2020; Nisan-Mayıs-Haziran: 21-23
- Patel JA, Nielsen FBH, Badiani AA. Poverty, inequalities and COVID-19. The forgotten vulnerable. Public Health 2020; 183: 110-111
- Savaş A. İşçi sınıfına yeni normal: Virüs riski altında çalışmak, kitlesel işsizlik, gelir kaybı. Sol Gazete (28 Mayıs 2020). <https://sol.org.tr/yazar/isci-sinifina-yeni-normal-virus-riski-altinda-calismak-kitlesel-issizlik-gelir-kaybi-5519>
- Sınır Tanımayan Doktorlar: Yemenlilerin yeterince içme suyu bile yok, ellerini nasıl yıkayacaklar? <https://tr.euronews.com/2020/03/26/s-n-r-tan-mayan-doktorlar-yemenlilerin-yeterince-icme-suyu-bile-yok-ellerini-nas-l-y-kayac>
- Şahin U. Salgın eşit etkilemiyor. Birgün (2 Haziran 2020). <https://www.birgun.net/haber/salgın-esit-etkilemiyor-303048>
- Schmitt-Grohe S, Teoh K. COVID-19 testing inequality in New York City. NBER Working paper series April 2020. <https://www.nber.org/papers/w27019>
- Spinney L. Küresel salgınların nedeni toplumseeş eşitsizlik mii? <https://www.gazeteduvar.com.tr/dunya-forum/2020/04/14/kuresel-salginlarin-nedeni-toplumsal-esitsizlik-mi/>
- Sullivan D, Connelly E. Why COVID-19 could make social determinants of health even worse. Advisory Board Briefing. <https://www.advisory.com/daily-briefing/2020/03/25/social-determinants>

- Sunar L. Salgınla mücadelenin ilk eşiği: Eşitsizlikler. Toplumsal Yapı (13 Nisan 2020). <https://tyap.net/sgmi>
- Tokyay M. Rapor: Pandemi sürecinde kadınlar daha da yoksullaşıyor. (24 Mayıs 2020) <https://tr.euronews.com/2020/05/24/rapor-pandemi-surecinde-kad-nlar-daha-da-yoksullas-yor>
- TTB. Covid-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/covid19-rapor.pdf>
- Türk Toraks Derneği. Sağlık Çalışanları Aileleriyle Birlikte COVID-19 Hastalığına Yakalanıyor. <https://www.toraks.org.tr/site/news/10018>
- Van Dorn A, Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating ineequalitiees in the US. Lancet 20120; 3395: 1243-1244
- Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. Lancet Public Health 2020; 5: e243-e244
- Yılmaz V. Salgın büyük eşitleyeciden çok eşitsizlik büyütecine benziyor. Boğaziçi Üniversitesi Haberler 01 Mayıs 2020. <https://haberler.boun.edu.tr/tr/haber/salgın-buyuk-esitleyiciden-cok-esitsizlik-buyutecine-benziyor>
- Yücel O. New York Times: Korona virus eşitsizliği, eşitsizlik ise salgını derinleştiriyor. Medyascope. <https://medyascope.tv/2020/03/16/new-york-times-koronavirus-esitsizligi-esitsizlik-ise-salgini-derinlestiriyor/>
- World Health Organisation. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, 2008
- Worldometers: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

## COVID-19 VE DAMGALANMA<sup>129</sup>

**Ayşe Devrim Başterzi\***, **Ender Cesur\*\***, **Hasibe Rengün Güvenç\*\*\***, **Rümeysa Taşdelen\*\*\*\***, **Taner Yılmaz\*\*\*\*\***

Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi Üyeleri

\* Doçent Doktor, Serbest Psikiyatr

\*\* Uzman Doktor, İstanbul Adli Tıp Kurumu

\*\*\* Uzman Doktor, Iğdır Devlet Hastanesi

\*\*\*\* Uzman Doktor, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

\*\*\*\*\* Uzman Doktor

Aynı denizin dalgası, aynı ağacın yaprağı, aynı bahçenin çiçeğiyiz

**Seneca**

### Özet

COVID-19 pandemisinin ilk günlerinden itibaren dünyada dil, din, ırk, etnik köken, cinsel yönelim ve cinsel kimlik açısından farklılıklar yaşayan çeşitli gruplar önyargılı, ayrımcı ve damgalayıcı bir tutumla karşılaşmaktadır. Bir sorunu çözmeyi zorlaştıran düzeyde bilginin kullanıma girmesi yani bir bilgi salgını (infodemi) sırasında yanlış, çarpıtılmış, eksik bilgiler dolaşıma girmekte ve yaşlılar, mülteciler, sağlık çalışanları, yabancılar gibi çeşitli grupları hedef alan damgalayıcı söylemler virüsten daha hızlı yayılmaktadır. Sağlıkta damgalama, belirli bir hastalığı yaşayan bir kişi veya gruba, hastalığın görüldüğü yerlere ve hastalıkla ilgili şeylere dair olumsuz, kötuleyici, düşmanca, değersizleştirici ve ayrımcı tutumları içerir. Özellikle bulaşıcı hastalıklarda, hastalıkla ilişkilendirilen bir bağlantı nedeniyle insanlar damgalanır, gerçekçi olmayan ya da gerçeğin çarpıtıldığı bilgilerle basmakalıp düşünceler dolaşıma girer ve hedefteki insanlar ayrımcılığa maruz kalır. Damgalanan gruplarda yer alan kişilerde kaygı, depresyon belirtileri başta olmak üzere birçok ruhsal sıkıntı ortaya çıkabilir. İnsanlar ayrımcılığa maruz kalmaktan sakınmak için, hastalığı inkâr edebilir ya da gizleyebilir, fiziksel mesafe ve karantina kurallarına uyum sağlamayabilir, sağlık kurumlarına başvurmama gibi davranışlar sergileyebilirler. Bu nedenle pandemi döneminde damgalamaya engel olmak ve yanlış bilgilerin yayılmasını engellemek

<sup>129</sup> Bu makale Türkiye Psikiyatri Derneği'nin aynı başlıklı basın açıklamasından uyarlanarak güncellenmiş ve genişletilmiştir.

için insanları doğru şekilde bilgilendirmek, pandemi hakkında doğru, güvenilir bilgi kaynaklarına ve sağlık verilerine erişimi herkes için mümkün kılmak esastır. Sağlık çalışanları, sağlık otoritesi ve kanaat önderleri başta olmak üzere toplumu etkileyen kişilerin, yayın organlarının damgalama ve ayrımcılığı azaltmak konusunda sorumluluk alması gereklidir.

### Giriş

Damgalama (stigmatizasyon), bir gruba, aidiyete ya da özelliğe sahip insanları tembellik, ahlâksızlık veya hijyen eksikliği gibi istenmeyen özelliklere ve davranışlara sahip olduklarını iddia etmektir. Damgalama; sosyal ilişkileri, kamusal tanınırlığı ve kurumsal yapıları etkiler ve hedefte yer alan gruba karşı önyargı ve ayrımcı tutumlar sergilenmesine yol açar. **(Vertovec 2020)** Stigma daha sonra sağlık eşitsizliklerinin bir nedeni ve aynı zamanda onları büyüten bir rol oynar. Sağlıkta damgalama, belirli bir hastalığı yaşayan bir kişi veya gruba, hastalığın görüldüğü yerlere ve hastalıkla ilgili şeylere dair olumsuz, kötüyeyici, düşmanca, değersizleştirici ve ayrımcı tutumları içerir. Özellikle bulaşıcı hastalıklarda, hastalıkla ilişkilendirilen bir bağlantı nedeniyle insanlar damgalanır, gerçekçi olmayan ya da gerçeğin çarpıtıldığı bilgilerle basmakalıp düşünceler dolaşıma girer ve hedefteki insanlar ayrımcılığa maruz kalır. Daha önceden ayrımcılığa maruz kalan gruplar ise salgın dönemlerinde damgalamanın hedefinde yer alabilir; beyaz ırktan olmayanlar, yaşlılar, mülteciler, eğitim düzeyi düşük olanlar, yoksullar vb. **(WHO, UNICEF, IFFR 2020)**

İnsanlar bilmedikleri, öngörmedikleri ve karşısında çaresiz hissettikleri durumlarla baş edebilmek, kendilerini güçlü hissedebilmek için; bu durumun kendi başlarına gelmeyeceğini, gelse bile bunun dostlarından değil de düşmanlarından gelen bir saldırı olduğuna inanma eğilimindedirler. Bu nedenle depremler, afetler ve salgın hastalıklar gibi çok kişiyi etkileyen, beklenmedik zorlukların çeşitli insan ya da grupların özelliklerine bağlı olduğu düşüncesine sığınmak, bu konuda basmakalıp düşünceler, önyargılar geliştirmek sağlıklı bir baş etme yöntemidir.

### Damgalama, Salgınlar, COVID-19

Salgın hastalıklar tarih boyunca, hastalığa yakalananların, hastalanma olasılığı yüksek olanların, yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının damgalanmasına yol açmıştır. Tarihteki birçok salgın hastalık döneminde yabancı düşmanlığı artış göstermektedir. **(Villa ve ark. 2020)** COVID-19 salgınının başladığı günlerde Asyalılara, özellikle Çinlilere yönelen ayrımcı ve damgalayıcı söylem ve davranışlar hastalığın dünya çapında yaygınlaşması ile yaşlılar, seyahat edenler, sağlık çalışanları hastalananlar ve yakınları başta olmak üzere birçok kişiyi/grubu hedef almıştır. Hastalığın ilk günlerinden itibaren çeşitli etnik grupların ve ırkların hastalıktan etkilenip etkilenmeyeceğine dair ayrımcı söylemler, hurafeler, asılsız bilgiler medya ve sosyal medyada hızla yayılmıştır. Hastalığın ortaya çıkışına dair komplo teorileri de ayrımcılığı güçlendirecek şekilde bazı devletleri hedef almaktadır.

Dünyada ve ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk günlerinden itibaren ayrımcı söylemler oluşmaya ve hızla yayılmaya başlamıştır. Güncel pandemi tüm dünyada bilgiye erişimin büyük ölçüde değiştiği bir zamanda

İnsanlar bilmedikleri, öngörmedikleri ve karşısında çaresiz hissettikleri durumlarla baş edebilmek, kendilerini güçlü hissedebilmek için; bu durumun kendi başlarına gelmeyeceğini, gelse bile bunun dostlarından değil de düşmanlarından gelen bir saldırı olduğuna inanma eğilimindedirler.

ortaya çıkmıştır. COVID-19 pandemisi bir problemin çözümünü zorlaştıran aşırı miktarlarda bilgi yayılması yani ‘bilgi salgını’nın (infodemi) oluşmasına yol açmıştır. **(Naeem ve Bhatti 2020)** Artan bilgiye erişim olanakları ne yazık ki sadece doğru ve güvenilir bilgilerin değil hatta daha çok yanıltıcı, eksik ya da yanlış bilgilerin yayılmasına yol açmaktadır. Sarımsak yenilmesinin ya da sıcak duş alınmasının koruyucu etkisinden, 5G kullanımının pandemiye yol açtığına kadar birçok bilgi dünya çapında yayılmaya devam etmektedir. Yayılan yanlış bilgiler içinde ayrımcılık ve damgalama içerenler sosyal medyada ne yazık ki virüsten daha hızlı yayılmaktadır.



Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği, 4 Haziran 2020’de tüm dünyada ulusal, etnik, dini ve dil açısından azınlık gruplarının COVID-19’dan daha çok etkilendiğini açıklamıştır; azınlık gruplarında hastalıktan etkilenme ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. **(UNHRC 2020)** COVID-19 pandemisi sırasında hastalığın ve yayılmasını engellemek için alınan karantina benzeri yöntemlerin sonucunda her daim insanların bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyen işsizlik, yoksulluk, kadına ve çocuğa yönelik şiddet gibi sosyal etmenler derinleşmiştir. Yoksul nüfusun tüm dünyada temizlik malzemeleri, su, kişisel koruyucu ekipmanlar, gıda ve eğitime erişimin kısıtlılığı, toplu halde barınma ve düşük ücretli işlere kişisel mesafenin korunamadığı koşullarda toplu ulaşım sıklıkla bir halde yolculuk zorunluluğu gibi çoklu etmenler hastalıktan korunmayı zorlaştırmakta, hastalığın yayılmasını arttırmakta ve tedaviye ulaşımı engellemektedir. Ne yazık ki kaynakların eşitsiz bölüşümüne bağlı hastalığın yaygın görülmesi ayrımcı söylemlerle ve yanlış kötü amaçlı bilgilerle birleşmektedir; ‘Çinliler sinsice dünyayı ele geçirmek için laboratuvarlarda virüs ürettiler’, ‘Araplar pis, ellerini bile yıkamazlar, bu nedenle mültecilerin yaşadığı mahallelere girmek lazım’, ‘Halkımız cahil, toplu taşımaya binenler bir maskeyi doğru dürüst takamıyor’ gibi...



## COVID-19'un Günah Keçileri

**Yaşlılar:** 65 yaş üzeri kişiler, mevcut başka tıbbi hastalıklarının da etkisiyle hastalığı daha ağır geçirmektedir. Yaşlı kişiler koruyucu önlemlere yeterince uymamakla, kendi sağlıklarını ve toplum sağlığını yok saymakla



suçlanmakta; kendi iradeleri yok sayılarak daha fazla yasaklayıcı önlemlerin hedefi olmaktadır. 'Yaşlılar maske bile takmayı beceremedikleri için virüsü yayıyorlar' gibi çarpıtılmış gerçekdışı söylentilerle yaşlı ayrımcılığı bu pandemi sırasında çok daha şiddetlenmiştir.

**Çinliler, Avrupalılar ve Yabancılar:** Koronavirüs ilk kez 2019'un sonunda, Çin'de bir şehir olan Wuhan'da tanımlanmış ve hızla yayılmıştır. Önce Çin genelinde ve ardından dünyadaki diğer ülkelerde salgın ortaya çıkmıştır. Antarktika dışındaki tüm kıtalarda artan sayıda vaka bildirilmiştir ve Çin dışındaki vakaların sayısı Çin'dekini aşmıştır. Salgının ilk günlerinde Çin'de yaşayan hatta tüm Asya ülkelerinden kişiler, yurtdışıyla teması olanlar ya da yabancılar olası tehdit olarak algılanıp virüs taşımasalar bile hastalık bulaştıracaklarmış gibi uzak durulmaya başlanmıştır. İtalyanlar sonraki hedef noktası olmuştur. Bahar aylarında merkez Avrupa'yken, giderek Kuzey ve Güney Amerika'da şiddetli bir şekilde yayılmıştır. Dünya üzerindeki hiç kimse ya da hiçbir ülke virüse karşı bağışık değildir.

**Mülteciler:** Her salgın hastalık döneminde olduğu gibi tüm dünyada mülteciler salgının günah keçisi ilan edilmektedirler. Suriye Savaşı ardından tüm dünyaya yayılan Suriyeli mülteciler başta olmak üzere tüm mülteci grupları yoksulluk yanında güvencesizliğin yakıcı etkileri nedeniyle sağlık hizmetlerine erişme olanağı bulamamaktadır. Devlet başkanlarında resmi görevlilere kadar kamuoyunu etkileyen bir çok isim, kanaat önderi mültecileri virüsü yaymakla suçlayan konuşmalar yapmaktadır; ABD'de Meksikalılara, İtalya'da Afrikalılara, Bosna, Ürdün, Singapur ve Yunanistan mülteci gruplarına yönelik ayrımcı söylemler ve nefret suçları basında yer almaktadır. (**Vertovec 2020**)

**Yurtdışından Dönenler:** Ülkemize salgının yoğun olduğu ülkelere dönenler yoğun şekilde ayrımcılığa, damgalanmaya maruz kalmaktadır. Elbette sağlık önlemleri gereği karantina gereklidir. Ancak örneğin Umre'den dönenler, hastalığın yayılmasının sorumlusu olarak görülmektedir. Bu kişiler karantina sürecini tamamlamış olsalar dahi toplumda dışlanmaya maruz kalmaktadır. Bu kişilerin umre ziyaretlerinin tarihi çok önceden belirli olması, yurtdışı çıkışları ve orada yeterince koruyucu önlemlerin alınmaması, beklenmedik bir şekilde yaşadıkları evlerinden uzak hiç bilmedikleri şartlarda uzun süre kalmaya mecbur bırakılmaları gibi yaşadıkları mağduriyetler toplum tarafından anlayışla karşılanmamaktadır.

**Sağlık Çalışanları:** Hastalarla yakın temasta olan sağlık çalışanları, dışlanabilir, uzaktan iyi mesajlar gönderen insanlar onları alışverişte, apartmanda, evde gördükleri zaman gerekli fiziksel mesafe ve yeterli önlemler alındığında bile ayrımcı davranışlar sergileyebilir. Mayıs 2020’de Dünya Tabipleri Birliği, Kızılay, Kızılhaç gibi 13 insani yardım kuruluşu ve tıbbi dernek pandemi sırasında sağlık çalışanlarına yönelik saldırılara dikkat çekmek ve önlemek üzere bir açıklama yapmışlardır. Meksika’dan Hindistan’a birçok farklı ülkede sağlık çalışanları COVID bulaştıracakları korkusuyla saldırıya uğramaktadır. **(Baggchi 2020)** Ülkemizde de filyasyon ekiplerine, hastanede çalışan hekimlere yönelik haberler basına yansımaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşadığı apartmanların asansörlerine ‘apartmanımızda yaşayan doktorların asansörü kullanmaması’ gibi ricalar yapıştırılmakta, sağlık çalışanları ev kiralamakta bile zorluk çekmektedirler. Stigmatizasyonla karşı karşıya gelen sağlık çalışanlarında tükenmişlik çok daha sık görülmektedir. **(Ramaci ve ark. 2020)**

**Hastalar, Hasta Yakınları, İyileşenler:** COVID-19 olmadığı halde benzer burun akıntısı, öksürük gibi gribal belirti gösterenler, dışarı çıkarken maske takanlar ya da hastalık/hastalık şüphesi nedeniyle karantinada/ hastanede kalmış ve iyileşmiş kişiler ve aileleri, çevredeki insanlar tarafından hastalığa halen sahip ve yayıyormuş gibi düşünülerek damgalanabilir ve ayrımcılığa uğrayabilirler. Hastalanan kişilerin hastalık geçtikten sonra bile ‘vebalı’ gibi muamele görmesi çok yaygındır. Hafif hastalık belirtileri ile evlerinde iyileşmeye çalışan kişilerin maskeleri ile çöp atmaya bile çıkması saldırgan tutumlarla karşılaşmalarına yol açabilmektedir.

**Yoksullar:** Tüm dünyada yoksulların sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlıdır. Kalabalık koşullarda barınma, su, sabun, dezenfektan, maske gibi temel koruyucu ekipmana ulaşamama, fiziksel mesafeye uyulamayan kalabalık işyerlerinde çalışma, kalabalık taşıtlarla yolculuk etme, kalabalığın yoğun olduğu pazarlar vb. Yerlerden alışveriş yapma nedeniyle risk altında olmalarına karşın ‘Cahil bunlar, bir maskeyi düzgün takamıyorlar, hep bunların yüzünden virüs yayılıyor’ gibi ayrımcı ve damgalayıcı söylemlerle yüz yüze gelmektedirler.

**LGBTİ+:** Dünyada en çok ayrımcılığa maruz kalan grupların başında yer alan LGBTİ’lere yönelik ayrımcılık, damgalama ve nefret söylemleri salgın hastalık dönemlerinde artış gösterebilir. BM İnsan Hakları Yüksek Komiserliği **(2020b)** lgbtilerin pandemi sırasında sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntıları yaşadıklarını, başvurdukları sağlık kurumlarında göz ardı edildiklerini, ayrımcılık damgalanma, nefret söylemleri ve saldırılarına maruz kalmalarının arttığını, çalışma, iş bulma olasılıklarının azaldığını ve ev içi şiddete maruz kalmalarının arttığını söyleyerek hükümetlerden önlemler almalarını istemişlerdir. Ülkemizde ise Diyanet Başkanı Ali Erbaş’ın 24 Nisan 2020 tarihindeki Cuma hutbesinde ‘eşcinsellik ve zinanın hastalıkları beraberinde getirdiği’ni öne sürmüştür ve TTB 27 Nisan 2020 tarihli basın açıklamasını ‘Salgının olumsuz etkilerinin üstesinden gelmek toplumun tüm kesimlerini içeren bir dayanışmanın geliştirilmesiyle, bilimsel bilginin kılavuzluğuyla mümkündür. Bu dönem, tüm yetkililerin ayrımcı ve damgalayıcı dilden,

üsluptan, davranıştan uzak durmasına her zamankinden daha çok özen göstermesi gereklidir' diyerek bitirmektedir.

### **Damgalananlar Ne Yaşar?**

- Damgalamanın en acı ve yıkıcı etkisi, kişiler artık bağlı hissettikleri toplumun bir üyesi olmadıklarını düşünmeleridir.
- Toplumun dışlayıcı tutumuyla kişi giderek **kendisini yalnız his-seder ve çevresinden uzaklaşarak içine kapanır.**
- Kaygı belirtileri, sosyal içe çekilme, karamsarlık, umutsuzluk, yeter-sizlik, çaresizlik, suçluluk gibi düşünceler ruhsal hastalıkları tetikleye-bilir.
- Damgalanma yaşayanların büyük bir kısmı bu önyargılı, basmakalıp düşünceleri kendileri de benimser.
- Karamsarlık, ümitsizlik, güçsüzlük gibi duyguların yanı sıra bunu hak ettiğini düşünerek suçluluk ve utanma, gelecekle ilgili kaygılar ve korkular, kendisine veya çevresindekilere yoğun öfke ve zarar verme isteği hissedebilir.

### **Damgalanmanın Maliyeti**

- İnsanlar ayrımcılığa maruz kalmaktan sakınmak için, hastalığı inkâr edebilir ya da gizleyebilir, fiziksel mesafe ve karantina kurallarına uyum sağlamayabilir. **(Villa ve ark. 2020)**
- Damgalanma hastalıkla ilgili yeterli ve doğru bilgiye ulaşmanın önü-ne geçerek kişinin kaygılarını arttırabilir. İnsanlar sağlık hizmetlerine hemen ulaşmak istemeyebilir, geç dönemde başvurabilir.
- Oluşan umutsuzluk hissi nedeniyle tedaviyi reddedebilir ya da teda-vi uyumu bozulabilir.
- Damgalayan grupta olanlarsa herkes için tehlikeli ve bulaşıcı olan bu hastalığa karşı korunaklı oldukları yanılgısıyla, gerekli koruyucu tedbirleri almayı ihmal edebilir. Sosyal izolasyon kurallarına aldırış etmeyebilir. Bu salgının yaygınlaşmasına yol açacaktır.

### **Kelimeler Önemlidir!**

Koronavirüs hastalığı hakkında konuşurken, bazı kelimeler (şüpheli vaka, izolasyon ...) Ve dil insanlar için olumsuz bir anlam taşıyabilir ve damgala-ma tutumlarını besleyebilir. Mevcut olumsuz kalıpları veya varsayımları sürdürebilir, hastalık ve diğer faktörler arasındaki yanlış ilişkileri güçlendire-bilir, yaygın korku yaratabilir veya hastalığı olanları canavarlaştırabilir.

Biz, medya da dahil olmak üzere tüm iletişim kanallarında, *insanlara saygı duyan ve onları güçlendiren bir 'önce insan' dilini* öneriyoruz. Medyada kullanılan kelimeler özellikle önemlidir, çünkü bunlar yeni COVID-19 ile ilgili popüler dili ve iletişimi şekillendirecektir.

*Öncelikle;*

- Hastalığı olan kişilere 'COVID-19 vakaları', 'kurbanlar' 'COVID-19 aileleri' veya 'hastalıklı' diye atıfta bulunmayın. Onlar 'COVID-19 olan insanlar', 'COVID-19 için tedavi gören insanlar', 'COVID-19'dan iyileşmekte olan insanlar'. COVID-19 hastalıkları iyileşince

Tüm iletişim kanallarında, insanlara saygı duyan ve onları güçlendiren bir 'önce insan' dilini öneriyoruz.

hayatları işleri, aileleri ve sevdikleriyle devam edecek. Damgalamayı azaltmak için kişilerin COVID-19 ile tanımlanan bir kimliğe sahip olmaması önemlidir.

*Bilmeliyiz ki;* COVID-19, birçok coğrafi bölgede, birçok ülkeden insanı etkilemiştir ve etkileyecektir. Onu herhangi bir etnik kökene veya ülkeye bağlamayın. Etkilenen herkese, hangi ülkeden olursa olsun anlayışlı ve destek olun. COVID-19 tarafından etkilenen kişiler yanlış bir şey yapmadılar.

### **Damgalama İle Mücadelede COVID-19 Gerçekleri**

- COVID-19, ırk, milliyet veya etnik köken tanımaz.
- Maske takması, kişinin COVID-19 hastası olduğu anlamına gelmez.
- COVID-19 hakkında doğru bilgileri paylaşarak damgalama ile mücadele edin.
- Yanlış bilgi yaymaktan kaçının. Yanlış bilgi veya ayrımcı bilgiler görür, okur veya duyarsanız değiştirmeye çalışın, kibarca düzeltin ve konuşmacıya damgalanmış dil ve davranışların korkuyu artırdığını ve hepimizi daha az güvenli hale getirdiğini hatırlatın.
- En çok etkilenenler için empati gösterin ve destek olun. Dinleyin, empatik olun ve damgalanma yaşayan insanların hikayelerini, onlardan izin alırsanız, damgalanmanın kabul edilemez olduğu mesajı ile paylaşın.
- Ayrımcı, damgalayıcı ve yanlış bilgilendirilmiş fikirleri her ortamda, işte, okulda ve sosyal medyada fark edin, düzeltin, doğru bilgileri öğretin.

Özetle; karşısında güçsüz, çaresiz hissettiğimiz bu hastalığa karşı zorlu günlerde ancak birbirimizle kurduğumuz sevgi, saygı, şefkat, özen gibi duyguları içeren bağlarımızı koruyarak, kendimiz kadar diğerlerinin de iyilik halini gözeterek ve tüm zorluklara, yokluklara karşı dayanışma içinde yer alarak mücadele etmeyi öneriyoruz.

**Tablo 1: Halka Öneriler**

YAPMAYIN!	YAPIN!
✓ Her duyduğunuz bilgiye inanmaktan ve bilinçsizce yaymaktan kaçın.	✓ Öğrendiğiniz bilgilerin doğruluğunu güvenilir kaynaklardan teyit edin.
✓ Kaynağı belli olmayan tavsiyeleri uygulamaktan kaçın.	✓ Güvenilir kaynaklardan alınan bilgilere göre tedbirin, hayat kurtaran eylemlerin, erken tarama ve tedavinin önemini ön plana çıkarın.
✓ COVID-19 hakkında doğru olmayan veya ayrımcı bilgileri paylaşmayın.	✓ Ayrımcı veya yanlış bilgileri fark ettiğinizde kibarca düzeltin ve yayılmasına engel olun.

✓ Herhangi bir milliyet, ırk ya da dini grubun COVID-19 için daha riskli olduğu konusunda önyargılı olmayın.	✓ Virüs her milliyet, ırk ve dini grupta aynı şekilde yayılmaktadır, bu yüzden tüm insanlara karşı kabullenici ve şefkatli olun, bu konuda çocuklarınıza örnek olun.
✓ COVID-19 için daha riskli olan gruplara karşı nefret içeren, kaygılarını arttıran, aşağılayıcı ve önyargılı söylemlerden uzak durun.	✓ Riskin yüksek olduğu gruplara empati gösterin, yardımcı olabileceğiniz herhangi bir durumda destek olun.
✓ Belirli kesimden kişileri kötü gösterecek ya da suçlu hissettirecek ifadeleri kullanmaktan kaçının.	✓ Herkesin hasta olabileceğini ve hemen her kesimde hastalığın benzer şekilde seyredebileceğini unutmayın, çevrenizde tersini söyleyenler olursa uyarın.

**Tablo 2: Sağlık Çalışanlarına Öneriler**

YAPMAYIN!	YAPIN!
✓ Bilimsel geçerliliği olmayan, spekülasyonlu bilgileri paylaşmaktan kaçının.	✓ Virüsün nasıl yayıldığı hakkında doğru bilgileri paylaşın.
✓ Hasta ya da muhtemel tanısı olan vakaların bilgilerini, görüntülerini, tetkiklerini üçüncü kişilerle, sosyal medyayla, basınla vb. Paylaşmayın.	✓ Hastaların ve muhtemel teması olabilecek kişilerin mahremiyetine saygı duyun ve gizliliğini koruyun.
✓ İnsanları gereksiz paniğe sürükleyebilecek ya da asılsız bilgileri paylaşmayın.	✓ Korkuyu artırmadan COVID-19 hakkında farkındalık yaratın.
✓ Damgalanma riski taşıyan, olumsuz sonuçları olabilecek görüntüleri paylaşmayın.	✓ Paylaşılan görüntüler konusunda dikkatli olun. Basmakalıp düşünceleri pekiştirmediklerinden emin olun.
✓ Belirli kesimden kişileri kötü gösterecek ya da suçlu hissettirecek ifadeleri kullanmaktan kaçının.	✓ Herkesin hasta olabileceğini ve hemen her kesimde hastalığın benzer şekilde seyredebileceğini unutmayın.



**Tablo 3: Hükümet, Medya ve Liderler Öneriler**

YAPMAYIN!	YAPIN!
✓ Hastalığa yer veya etnik köken eklemeyin, bu bir “Wuhan Virüsü”, “Çin Virüsü” veya “Asya Virüsü” değildir. “COVID-19 vakaları” ya da “kurbanları” demeyin.	✓ Şu ifadeleri kullanın: “COVID-19 olan insanlar”, “COVID-19 nedeniyle tedavi gören insanlar”, “COVID-19’den iyileşen insanlar” veya “COVID-19 bulaşması sonucu hayatını kaybeden insanlar”.
✓ “COVID-19 şüphelileri” ya da “şüpheli vakalar” demeyin.	✓ “COVID-19 muhtemel tanısı olan” insanlar ifadelerini kullanın.
✓ “COVID-19 bulaştıran”, “başkalarını enfekte eden” “virüsü yayan” gibi kasıtlı bulaştırmayı ima eden ve suçlayıcı ifadeleri kullanmayın.	✓ “COVID-19 olan” ya da “COVID-19 bulaşan” insanlar ifadelerini kullanın.
✓ Teyit edilmemiş söylentileri tekrar etmekten ve “veba” ya da “kıyamet” gibi korku yaratan abartılı bir dilden kaçının.	✓ COVID-19 riskleri konusunu bilimsel veri ve en güncel resmi sağlık önerilerine dayanarak doğru biçimde ele alın.
✓ Olumsuz mesajları ya da tehdit mesajlarını vurgulamayın veya üzerinde durmayın.	✓ Olumlu ifadeler kullanın. Tedbir ve tedavilerin etkinliğini vurgulayın Pek çok kişi bu hastalığın üstesinden gelecektir. Kendimizi, sevdiklerimizi ve en hassas olanları korumak için hepimizin uygulayabileceği basit adımlar var.

**Teşekkür:** Desteği ve katkısı için Prof. Dr. Nilgün Toker’e teşekkür ederiz.

#### Kaynaklar

- Akay Ertürk S. (2020). Koronavirüs Salgınının Türkiye’deki Suriyelilere Etkileri Üzerine İlk İzlenimler. Göç Dergisi, 7(1), 121-146.
- Bagcchi S. (2020) Stigma during the COVID-19 pandemic. The Lancet. Infectious diseases, 20(7), 782.
- Bhattacharya P, Banerjee D, Rao TS (2020) The “Untold” Side of COVID-19: Social Stigma and Its Consequences in India. Indian Journal of Psychological Medicine. 42(4):382-386. Doi:10.1177/0253717620935578
- Centers for Disease Control and Prevention (2020) “Reducing Stigma”, COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stig->

- ma.html?CDC\_AA\_refval=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fsymptoms-testing%2Freducing-stigma.html
- Declaration by the Health Care in Danger Community (2020) Concern About The Current Situation Of Violence Against Health Care.  
[https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2020/05/Declaration\\_hcid\\_Current\\_Situation\\_against\\_HC\\_PDF1-002.pdf](https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2020/05/Declaration_hcid_Current_Situation_against_HC_PDF1-002.pdf) (Erişim Tarihi: 08.09.2020)
- European Centre for Disease Prevention and Control. Novel coronavirus in China. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 Novel coronavirus, Wuhan, China. Information for Healthcare Professionals. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/index.html>  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china> (Accessed on January 23, 2020).
- Naeem SB, Bhatti R (2020) The Covid-19 ‘infodemic’: a new front for information professionals. Health Info Libr J. Doi:10.1111/hir.12311
- Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V (2020) Social Stigma during COVID-19 and its Impact on hcws Outcomes. Sustainability 12, 3834.
- Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V.(2020) Social Stigma during COVID-19 and its Impact on hcws Outcomes. Sustainability. 12(9):3834
- Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, ve ark. (2020) Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-ncov) in Japan: mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin Neurosci. February 2020; Epub ahead of print
- Türk Tabipleri Birliği (2020) Ayrımcılık salgınla mücadelede ve topluma zarar verir. [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber\\_goster.php?Guid=af62c888-88a0-11ea-911b-f85bdc3fa683](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=af62c888-88a0-11ea-911b-f85bdc3fa683) (Erişim Tarihi: 06.09.2020)
- UN-OHCHR (United Nations Office of High Commissioner Human Rights) (2020) COVID-19 And Minority Rights: Overview And Promising Practices. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Minorities/ohchrguidance\\_COVID19\\_minoritiesrights.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Minorities/ohchrguidance_COVID19_minoritiesrights.pdf) (Erişim Tarihi: 05.09.2020)
- UN-OHCHR (2020b) COVID-19 and the human rights of LGBTI people. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/lgbtpeople.pdf> (Erişim Tarihi: 08.09.2020)
- Vertovec S (2020) Covid-19 and enduring stigma. Max Planck Institute <https://www.mpg.de/14741776/covid-19-and-enduring-stigma>
- Villa S, Jaramillo E, Mangioni D, Bandera A, Gori A, Raviglione MC. Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. Clin Microbiol Infect. 2020 Aug 7:S1198-743X(20)30477-8. Doi: 10.1016/j.cmi.2020.08.001. Epub ahead of print. PMID: 32777361; PMCID: PMC7411378.
- World Health Organization, UNICEF, IFFR (2020) Social Stigma associated with COVID-19. A guide to preventing and addressing social stigma [https://www.epiwin.com/sites/epiwin/files/content/attachments/2020-02-24/COVID19%20Stigma%20Guide%2024022020\\_1.pdf](https://www.epiwin.com/sites/epiwin/files/content/attachments/2020-02-24/COVID19%20Stigma%20Guide%2024022020_1.pdf) adresinden erişilmiştir.

## KIRILGAN GRUPLAR VE COVID-19

### Dr. Yeşim Yasin

Dr. Öğretim Görevlisi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu Üyesi

Bu bölüm, üç ayrı alt başlık halinde COVID-19 salgınının sanıldığı gibi ‘herkesi aynı şekilde’ etkilemediği, çeşitli temel alanlarında var olan eşitsizlikleri berraklaştırdığı ve kırılganlıkları arttırdığını göstermek amacıyla yazıldı. Salgınla birlikte toplumsal hayatta oluşan yeni çatlaklar en başta yaşlılar, kadınlar ve LGBTİ+’ler üzerinden belirginleşti, mevcut eşitsizliklerle iç içe geçti. Üstelik bu tablo pandemi bittiğinde bir anda değişmeyecek. Etkileri uzun menzilli olacak, muhtemelen pandemiden çok daha uzun sürecek gibi gözüküyor.

Halk sağlığı felsefesi sosyal eşitlik, hakkaniyet ve adalet gibi kurucu kavramlar üzerinde temellenir. Tam da bu sebeple sağlık açısından dezavantajlı ya da kırılgan gruplar, doğrudan halk sağlığının ilgi ve çalışma alanı içindedir. Geniş bir kavram olduğu için onlarca farklı biçimde tanımlanabilir. En kısa tanımlarından biri fiziksel, psikolojik ve/veya sosyal sağlık açısından sağlık risk altında olan nüfus gruplarıdır (**Aday LA, 1993**). İster bir sağlık sorunu üzerinden, isterse grup aidiyetine bağlı olarak sınıflansın, sosyal gradyandaki düşük konum ve altta yatan toplumsal cinsiyet, ırk, etnisite gibi farklar nedeniyle kırılgan gruplar, sağlıklarının bozulma riski daha yüksek ve buna rağmen sağlık hizmetlerine erişimleri daha sınırlı olan sosyal gruplar olarak tanımlanabilir (**Kilbourne AM ve ark. 2006**). Tehlike ya da risk nosyonu, kavrama içkindir (**Spanswick M, 2003**). Karşımızdaki ister birey, ister aile birimi, isterse bir sosyal grup olsun kırılganlık, sağlık sorunlarına, kazalara, tehlikelere, kayıp ya da ihmale karşı savunmasız olmak anlamına gelir (**Rogers A, 1997**). Kırılgan gruplar çoklukla ayrımcılığa uğrar, stigmatize edilir, aşağılanır, ötekileştirilir ve marjinalize edilir; temel hakları yok sayılır, inkar edilir. Olağandışı durumlarda sorunlar çok daha fazla görünür olur, derinleşir. COVID-19 gibi hastalık salgınları bu olağandışı durumlardan biridir. Üstelik bu tür salgınlar, insanları sosyo-ekonomik olarak daha da savunmasız bırakabileceği için, salgın öncesinde kırılgan olmayan birey ve gruplar salgın süreci ve/veya sonrasında kırılgan hale gelebilir. Dolayısıyla süreç statik değil, dinamiktir.

## Kaynaklar

- Aday, L. A. (1993) At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, pp.1-7.
- Kilbourne A. M.,Switzer, G., Hyman, K., Crowley-Matoka, M., Fine, M. J. (2006) Advancing Health Disparities Research Within the Health Care System: A Conceptual Framework. Framing Health Matters, 96(12): 2113-2121.
- Rogers, A. (1997) Vulnerability, health and health care. Journal of Advanced Nursing 26: 65-72.
- Spanswick, M. (2003) Access to Health Care: Vulnerable Groups in Society. In: Public Health and Society. Palgrave: London, pp. 83-100.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4039-3744-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4039-3744-5_5)

## KIRILGAN GRUPLAR VE COVID-19; YAŞLILAR

### Dr. Yeşim Yasin

Dr. Öğretim Görevlisi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu Üyesi

### Özet

Salgında kuşkusuz en savunmasız grup yaşlılar oldu; olmaya devam ediyor. Yaşlıların var olan sorunları pandeminin ilave ettiği sorunlar ile iç içe geçti. Fiziksel mesafe önlemleri bulaş ve hastalanma riskini azaltırken, yaşlı nüfusun sosyal etkileşimini ve fiziksel aktivitesini sınırlayarak fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer yaş gruplarında da olduğu gibi yaşlı nüfusun güç ve dayanıklılığı genel refahla ilişkilidir. Ancak yaşlılar açısından artmış stres, sağlıklarını doğrudan etkileyebilecek uyku sorunlarına ve daha ileri durumlarda intihar düşüncelerine neden olmaktadır. Yaşlıların hem kamusal hem de özel yaşamlarındaki savunmasızlığına yönelik “yaşçı” anlatılar, duygusal ve zihinsel sağlıklarına zarar vermekte ve rutin aktivitelerini sınırlamaktadır. Gözden kaçırılmaması gereken en önemli hususlardan biri yaşlı bir yetişkinin günlük ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yardıma ihtiyacı olması nedeniyle bir grup insandan fiziksel olarak uzak durmasının mümkün olmayabileceğidir. Bazı yaşlılar için ise çalışmaya devam etmeme seçeneği bulunmayabilir. Pandeminin yarattığı koşulların, yaşlı nüfusun genel sağlığı ve ekonomik durumuyla ilgili öngörülmemiş ve daha karmaşık sorunlara yol açması muhtemeldir.

\*\*\*

Dünyadaki nüfusun yaş ortalaması bir süredir artıyor. Yaşam ve çalışma koşullarındaki iyileşmeler, sağlık hizmetlerinin ve teknolojinin gelişmesi, dünya nüfusunun ortalama yaşam beklentisinde muazzam bir artışa neden oldu. Bu da insanların hastalıkları veya sakatlıkları olsa bile daha uzun yaşayabileceği anlamına geliyor. Bununla birlikte, yaşamın ilerleyen dönemlerinde insanlar, giderek artan hastalıkları ve özellikle yaşamak için başkalarına bağımlı olma risklerinin yükselmesi nedeniyle daha savunmasız hale geliyor. Koronavirüs pandemisi yaşlıları bu arka planla ve hazırlıksızken vurdu. İlk başta virüsün, bağışıklık sistemlerinin daha zayıf olması nedeniyle yaşlıları diğer yaş gruplarına oranla klinik olarak daha fazla etkilediği düşünülüyordu. Zamanla yaş grupları arasındaki farklılıklar değişti, enfeksiyon ve klinik sonuçları yaş gruplarına yayıldı. Ancak koronavirüsün genel olarak yaşlı nüfusta ölümlere neden olduğu anlayışı, bu konuyla ilgili kamu politi-



kalari ve medya yansımaları, genç nüfusun bir şekilde virüse karşı yenilmez olduğu algısını yarattı.

Yaşlı nüfus, virüse karşı savunmasızlığı nedeniyle en uzun süre evde kalmak zorunda kalan gruplardan oldu. Oysa, uzun süreli tecrit, yaşlılar arasında farklı sorunlara yol açıyor. Evde kalıp başkalarından uzak durmanın bulaş riskini azaltacağı, ancak hareketsizlik ve olası yalnızlığın, izolasyon ve kendini değersiz görme gibi duyguları arttıracığı ve bu nedenle fiziksel, zihinsel, duygusal sorunlara yol açacağı düşünülüyor. Bu durum “COVID-19 Bağlantısallık Paradoksu” olarak adlandırılıyor. (**Smith ML, 2020**) Hastanelere ulaşamama veya başvurma korkusu ile birlikte sosyal izolasyon önlemleri, özellikle acil durumlarda yaşlıların ihtiyaç duydukları tıbbi bakımı almalarını engelleyebiliyor (**Altın Z, 2020**).

Fiziksel, zihinsel ve duygusal iyilik hali, virüse karşı direncin her yaş grubunda ama en önemlisi yaşlılarda artırılması için önemlidir. Ancak uzun süreli evde kalma zorunluluğunun yaşlıların günlük aktivitesini azalttığı (**Hall G, 2020**), fiziksel mesafenin ise desteğe ve refakatçilere ihtiyaç duyan yaşlıların ruhsal ve duygusal sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği düşünülüyor (**Brooke J, 2020; Yorgancıoğlu A, 2020**). Yaşlıların sorunlarını daha da kötüleştiren diğer bir konu, başkalarıyla bağlantı veya sosyopsikolojik yardım ararken dijital ağlara sınırlı erişimleri veya bu ağları kullanamamalarından kaynaklanıyor. Dijital cihazların kullanımı, bireylerin özellikleri ve yaşam koşulları ile doğrudan ilgilidir. Bu ağ ve cihazlar yaşlılar arasında yaygın kullanılmıyor; internet kullanımı temel düzeyde kalabiliyor (**Seifert A, 2020**). Bu nedenle çevrimiçi olarak sunulan bilgi ve hizmetlerin yaşlılara ulaşıp ulaşmadığından net olarak emin olunamıyor (**Altın Z, 2020**).



COVID-19 yüzünden oluşabilecek sağlık sorunlarının yarattığı endişe, enfeksiyondan korunmaya yönelik önlemlerin sonucu artan yalnızlık ve bunların yol açtığı uyku sorunları da kaygı verici bir başka konu başlığıdır (**Grossman ES, 2020**). Üstelik daha ciddi risk altında oldukları algısı,

Yaşlı nüfus, virüse karşı savunmasızlığı nedeniyle en uzun süre evde kalmak zorunda kalan gruplardan oldu. Oysa, uzun süreli tecrit, yaşlılar arasında farklı sorunlara yol açıyor. Evde kalıp başkalarından uzak durmanın bulaş riskini azaltacağı, ancak hareketsizlik ve olası yalnızlığın, izolasyon ve kendini değersiz görme gibi duyguları arttıracığı ve bu nedenle fiziksel, zihinsel, duygusal sorunlara yol açacağı düşünülüyor.

yaşlanmaya dair olumsuz anlatılara ve yaşlıların klişeleştirilmesine yol açacağı için, bu yaş grubunun duygularını ve ruh sağlığını ayrıca etkileyebilir (**Flett GL, 2020; Yalçınalp E, 2020; Yorgancıoğlu A, 2020**).

Türkiye’de yaş, enfeksiyondan korunma önlemleriyle ilgili kamusal söylemde en belirgin, ancak ölümleri duyururken en az telaffuz edilen farklılık ve durum hâlâ da öyle (**Altın Z, 2020**). Fiziksel mesafe tedbirlerini uygularken, kamu otoritesinin bu sorunu iyi yönetemediğine tanık olduk (**Altın Z, 2020**). Üretilen dil, tutum ve söylem ayrımcı ve ötekileştirici oldu. Yaşlı insanlar üzerinde derin izler bıraktı, bırakacak. Hatta bu durumun, aynı SARS’ın 2000’lerde gösterdiği gibi, yalnızlıkla birleşen ezici duygular ve endişeli düşünceler nedeniyle yaşlı yetişkinlerde intihara eğilimi artırabileceği ifade ediliyor. (**Wand A, 2020**).

Yaşlılıkla birlikte okunabilecek bir diğer sorun, belli ülkelerde hastaların yoğun bakım ünitelerine veya ventilatör desteğine kabul edilirken belirli yaş aralıklarının dikkate alınmasıdır. Sadece hastanın yaşına göre yapılan seçimler etik açıdan kaygı vericidir, çünkü hastanın işlevselliği, bilişsel yetenekleri ve komorbiditeleri dikkate alınmaz (**Farrell TW, 2020; Altın Z, 2020**). Kullanılan diğer kriterler arasında “kazanılan yaşam yılları”, “yaşanmış yaşam yılları” ve “uzun vadede tahmini yaşam beklentisi” gibi ölçümler de vardır ki, bunlarda da yaşlı insanların gençlere oranla her zaman dezavantajlı olacakları açıktır (**Farrell TW, 2020**). Kamuoyunun farkında olduğu bu kriterler, tıbbi kararlar ve yaş sınırlamaları, yaşlıların kendilerini “sadece bir sayı”dan ibaret veya virüsten korunmaya değmeyeceklermiş gibi hissetmesine ve psikolojik iyilik hallerinin bozulmasına yol açabilir (**Flett GL, 2020; Altın Z, 2020**). Türkiye’de, virüse karşı farkındalığın artırılması, kişilerin virüsten korunabilmesi için yapabilecekleri ve ayrıca aile durumları, psikososyal ve ekonomik problemlerin değerlendirilmesiyle uygun yönlendirmelerin yapılabilmesi için yaşlılara özel bir telefon hattı (Alo Psikososyal Destek Hattı) kurulmuştur (**Tekindal M, 2020**). Benzer bir yaklaşımla, ihtiyaç sahibi yaşlı insanların günlük gereksinimlerini karşılamak için Vefa sosyal destek grupları da oluşturulmuştur. Bu tür bir desteklerin varlığı, katı fiziki ve fiziksel mesafe kurallarının uygulandığı zamanlarda büyük önem kazanmıştır.

Benzer bir durum yaşlı bakım evlerinde yaşanmıştır. Yaşlıların uzun süreli kaldığı birçok bakımevi pandemiye hazırlıksız yakalandığından bu dönemde hafızalardan silinmeyecek, içimizi yakan birçok olayın yaşanmıştır. Salgın nedeniyle bir kısım personelin işten çıkarılması ve kalan personel için kişisel koruyucu donanım teminindeki yetersizlikler, yaşlı bakımını üstlenen kişilerin çalışma koşullarını olumsuz etkiledi, bu da bakımevlerinde kalan yaşlıların yaşamına olanca olumsuzluğuyla yansıdı (**Inzitari M, 2020; Privitera G, 2020**). Yaşlı bakım evlerindeki kötü yönetim, hem personelin hem de yaşlılar arasında ölümlerin sayıca yüksekliği ve sıklığı, yaşlı bakımının psikolojik yükünü artıran faktörler olarak karşımıza çıktı (**Szczerbińska K, 2020**). Bu koşullar kurumlarda çalışan personele aşırı yüklenmesine ve yaşlı sakinlerin bu personel tarafından kaderlerine terk edilişlerine sahne oldu (**Flett GL, 2020; BBC, 2020; Japan Times, 2020; Privitera G, 2020**). Gerek bu kurumlarda kalanlar gerekse kalanların

yakınları bu kurumların güvenli ve bakımlı olacaklarını düşündüler, ancak kötü yönetim ve ihmal, virüsün kendisinden çok daha büyük ve kalıcı sorunlara yol açtı.

Yaşlılık, çalışmadan yaşanabileceği bir döneme işaret etmek zorunda değildir. Türkiye’de 65 yaş ve üstündeki nüfusun yüzde 10’undan fazlası çalışmak zorundadır ve sosyal izolasyon önlemleri bu nüfus için ekonomik sorunlara yol açabilir (**Altın Z, 2020**). Bu dönemlerde yaşlıların sosyal izolasyon ve mesafe kurallarına uyması mümkün olmayabilir. Fiziksel mesafe önlemleri aile, arkadaşlar ve akrabaları birbirinden uzak tutarken, profesyonel desteğe ve günlük ihtiyaçları karşılamak için yardıma duyulan ihtiyacı arttırabilir (**Altın Z, 2020**). Bu amaçla kurulan bağlantılar, yaşlıların “yeterince yaşadıklarını” düşünebilecekleri için “güvendikleri” kişiler tarafından istismarına yol açabilir; işler içinden çıkılmaz bir hal alabilir (**Han SD, 2020**). Öte yandan, yaşlı psikolojisini olumlu yönde etkileyen “değer” algısının, ekonomik düzelmenin en kırılgan grupların, hatta genel toplumun yaşamları pahasına öncelenmesi durumunda da azaldığını belirtmek gerek (**Flett GL, 2020; Yorgancıoğlu A, 2020; Altın Z, 2020**).

Yaşlı insanların toplumsal hayattan dışlanması, ötekileştirilmesi; salgının kaynağı oldukları gibi bir algı yaratılması “yaşlılığa” yeni bir boyut getirmiştir ve bunun sonuçlarının virüsün yaratabileceği sonuçlardan çok daha ağır olacağı açıktır. Geçici bir süre kontrol altına alınmış gibi görünse de salgın bu yıl da önemini koruyacaktır. Yaşlı insanların kamu iradesinin zehirli kararlarından, toplum dışına itilmeleri ve yalnızlaştırılmalarından korunmaları en az virüs bulaşından korunmaları kadar önemli ve yaşamsaldır. Virüsün kontrolü kadar egemen zihniyetin kontrolü de şarttır.

## Kaynaklar

- Altın, Z. (2020) Elderly People in Covid-19 Outbreak. The Journal of Tepecik Education and Research Hospital, 30(60):49. <https://dx.doi.org/10.5222/terh.2020.93723>
- BBC (24 Mart, 2020) Coronavirus: Spanish army finds care home residents ‘dead and abandoned’. <https://www.bbc.com/news/world-europe-52014023>
- Brooke, J., Jackson, D. (2020) Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism, Journal of Clinical Nursing, 29:2044–2046.
- Farrell, T.W., Francis, L., Brown, T., Ferrante, L.E., Widera, et. Al. (2020) Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults. Journal of American Geriatrics Society, 68: 1143-1149. <https://doi.org/10.1111/jgs.16539>
- Flett, G.L., Heisel, M.J. (2020) Aging and Feeling Valued Versus Expendable During the COVID-19 Pandemic and Beyond: a Review and Commentary of Why Mattering Is Fundamental to the Health and Well-Being of Older Adults. International Journal of Mental Health & Addiction. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>
- Grossman, E.S., Hoffman, Y.S.G., Palgi, Y. Et al. (2020) COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators, Personality and Individual Differences. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110371>
- Hall, G., Laddu, D.R., Phillips, S.A., et al. (2020) A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior af-

- fect one another? Progress in Cardiovascular Diseases.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.005>
- Han, S.D. and Mosqueda, L. (2020) Elder Abuse in the COVID-19 Era. Journal of American Geriatrics Society, 68: 1386-1387. <https://doi.org/10.1111/jgs.16496>
  - Inzitari, M., Risco, E., Cesari, M. Et al. (2020) Nursing Homes and Long Term Care After COVID-19: A New ERA? Journal of Nutrition, Health & Aging. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1447-8>
  - Japan Times. (19 Nisan, 2020) Horrors revealed at virus-hit Canada nursing home <https://www.japantimes.co.jp/news/2020/04/19/world/coronavirus-canada-nursing-home/>
  - Privitera, G. (30 Nisan, 2020) The ‘silent massacre’ in Italy’s nursing homes. Politico. <https://www.politico.eu/article/the-silent-coronavirus-covid19-massacre-in-italy-milan-lombardy-nursing-care-homes-elderly/>
  - Seifert, A., Cotten, S. R., Xie, B. (2020) A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19, *The Journals of Gerontology: Series B* <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
  - Smith, M. L., Steinman, L. E., Casey, E. A. (2020) Combatting Social Isolation Among Older Adults in a Time of Physical Distancing: The COVID-19 Social Connectivity Paradox. Frontiers in Public Health, 8: 403. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00403>
  - Szczerbińska, K. (2020) Could we have done better with COVID-19 in nursing homes? European Geriatric Medicine, 11: 639–643. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00362-7>
  - Tekindal, M., Ege, A., Erim, F., Gedik, TN. (2020) Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla COVID-19 Sürecinde Yaşlı Bireyler: Sorunlar, İhtiyaçlar ve Öneriler. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(2):159-164. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/55773/741584>
  - Yalçınalp, E. (Mayıs 2020) Koronavirüs ve ‘yaşlılar’: Neden ayrımcılığa maruz kalıyorlar? BBC News Türkçe. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-52042185>
  - Yorgancıoğlu, A. (2020) Yaşlılık ve COVID-19. COVID-19 Pandemisi ve Sağlığın Sosyal Bileşenleri, Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları Serisi, Haziran 2020: 25-27.
  - Wand, A., Zhong, B., Chiu, H., Draper, B., & De Leo, D. (2020) COVID-19: The implications for suicide in older adults. International Psychogeriatrics, 1-6. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000770>

## KIRILGAN GRUPLAR VE COVID-19; KADINLAR

### Dr. Yeşim Yasin

Dr. Öğretim Görevlisi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu Üyesi

### Özet

Erkeklerin COVID-10'a yakalanma sıklıkları ve ölüm hızlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte, virüsün etkisi sadece hastalığın seyri ya da hayatta kalıp kalmama ile sınırlı değil. Salgın kadınları önemli ölçüde etkileyen bir dizi gelişmeyi de beraberinde getiriyor. Bu süreçte kadınların ücretsiz ev-içi emeği çarpıcı bir şekilde arttı. Bakım veren kurumlar, özellikle de kreş ve okulların kapatılmasıyla birlikte kadınlar, çocuklara olduğu kadar hastalara, engellilere ve ailedeki yaşlı bireylere de bakmaya başladılar. Hasta birinin bakımı kadınlar açısından ücretsiz emek dışında bulaş riskinin artmasını da beraberinde getirir. Öte yandan, kız çocukları açısından eğitimin kesintiye uğraması ya da devamla ilgili sorunlar daha fazla kırılganlık yaratır. İş hayatında da kadınlar pandemiden önce de ekonomik güvencesizlik açısından kırılgandı. Kadınların, temel güvenceden yoksun kayıt dışı işlerde çalışma olasılığı daha yüksek. Ekonomiyi de belirsizliğe sürükleyen virüs yüzünden en önce kayıtdışı çalışan sektörler daraldı, işyerleri kapandı. Kadınlar, kayıtdışı olup olmadığından bağımsız olarak daha çok bakım işlerinde çalışıyorlar ve bu durum onları virüse karşı daha savunmasız kılıyor. Çalışma yaşamında durum böyleyken, evde de işler kolay değil. Korunmaya yönelik izolasyon önlemleri nedeniyle, en güvenli addedilen evlerin içinde de kadınların yaşamları tehlikede. Bir yandan şiddet ve istismar artıyor, diğer yandan güvenli yerlerin, sığınma evlerinin kapasiteleri azaltılıyor. Hak arama ve yasal işlemler konusunda da seçenekler azalıyor. İstismardan bağımsız olarak, virüsün yarattığı belirsizlik ve karmaşa, uygun üreme sağlığı hizmetlerine erişilememesi nedeniyle istenmeyen gebeliklere veya cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açabiliyor. Sağlık sisteminin geniş bir yelpazede sunduğu hizmetlerin sınırlandırılması dikkate alındığında, dezavantajlıların ihtiyaçlarına uygun önlemlerin geliştirilmesi her zamankinden daha fazla önem taşır. Tüm bunlara özel çözümler üretebilmenin ve kadınların seslerini daha iyi duyurabilmenin yolu hep aynı yerden, kadınları siyasetteki temsilinin artmasından geçiyor.

\*\*\*



Pandeminin başından beri verilerin “cinsiyete dayalı” olarak sınıflandırılması, hatta pandemi planlarından başlayarak tüm hazırlık ve müdahalelerin cinsiyete-duyarlı çalışılması yönünde çağrılar yapıldı. Bu çağrılar son derece yerinde, çünkü sadece içinde bulunduğumuz pandemiyi değil, gelecek hastalık salgınlarında da daha adil ve doğru işler yapılabilmesinin önünü açacak. Ayrıca geçmiş salgınlardan elde ettiğimiz deneyimler hem müdahalelerin etkinliğini arttırmak hem de cinsiyet eşitliği ve hakkaniyeti destekleyebilmek için, tüm hazırlık ve yanıt dönemlerinde cinsiyet ve toplumsal cinsiyeti içeren analizlerin kritik önemde olduğuna işaret ediyor (**Wenham M ve ark. 2020**).

Öncelikle, enfeksiyonun her iki cinsi<sup>130</sup> de etkilediğini ancak gerek hastalık yükü gerekse tedavi sonuçlarının cinsiyete göre farklılaştığını söyleyerek başlayabiliriz. Pekçok çalışma gerek morbidite gerekse mortalite açısından erkeklerin kadınlara göre daha dezavantajlı olduğunu ortaya koydu. Örneğin İtalya’da enfeksiyondan ölenlerin yaklaşık yüzde 70’i erkek (**Spagnolo PA ve ark. 2020**). Benzer sonuçlar ABD, Çin ve Güney Kore’den de rapor edildi (**Wenham M ve ark. 2020; Walter LA ve mcgregor AJ, 2020**). Bunun birkaç nedeninin olabileceği düşünülüyor. Cinsiyet hormonlarının immün yanıtta yaratabileceği farklılıklar, çoklu hastalıkların erkeklerde daha fazla görülüyor olması (hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, akciğer hastalıkları, vs.), eş zamanlı tedavilerin etkileşimi, biyomedikal nedenler arasında (**Editorial, 2020**). Var olan kronik/dejeneratif hastalıkların risk faktörlerinden tütün ve alkol kullanımı da erkekler arasında daha yaygın. Özellikle sigara doğrudan akciğerlerde, alveoler düzeyde yıkıma neden olduğu için COVID-19 seyri açısından sinerji yaratıyor (**Walter LA ve mcgregor AJ, 2020**) Kısaca hastalığın sıklığı, seyri ve hastalığa bağlı ölümler açısından bakıldığında, kadınların daha şanslı ya da avantajlı olduğu söylenebilir.

Ancak virüsün etkisi sadece sağlık sonuçlarıyla sınırlı değil elbet. Toplumdaki en dezavantajlı gruplar arasında olan kadınlar, biyolojik olmasa da virüsün sosyo-ekonomik yükünü taşıyor. Pandemiden önce, zaten cinsiyete dayalı ve adil olmayan bir işbölümü vardı; kadınların evde yürüttüğü ücretsiz işler zaten büyük bir sorun alanıydı. Bu durum hem kadınların istihdam durumunu hem de evdeki iş yükünü belirliyordu. Pandemi ile birlikte ailenin hasta, engelli, yaşlı üyelerinin bakımı, kadınların ücretli işe girmelerinin ya da var olan işlerini korumalarının önünde bir engel oluşturmuştur. Üstelik bu dönemde bakım işleri, aynı zamanda bir sağlık riski halinde de gelmiştir (**King T, 2020**). Herhangi bir bakım işi olmasa bile, pandemi nedeniyle kreş ve okulların kapanması kadınlar için eskisinden çok daha fazla iş yükü oluşturmuştur.

Virüsün etkisi sadece sağlık sonuçlarıyla sınırlı değil elbet. Toplumdaki en dezavantajlı gruplar arasında olan kadınlar, biyolojik olmasa da virüsün sosyo-ekonomik yükünü taşıyor.

<sup>130</sup> Buradan hareketle heteronormatif bir yerden ve ikili cinsiyet sistemi içinden tartışmanın yürütüldüğü düşünülmemelidir. LGBTİ+ bir başka altbaşlıkta ele alınmaktadır.



Okulların kapanması, rutini bozarak tüm günü evde geçirenlerin sayısını artırmaktadır. Okulları kapalı olan kız çocukları, anneleri veya bakıcıları ile birlikte daha da savunmasız hale gelebilir; çalışmaları, ev işleri yapmaları veya aile üyelerinin bakımına yardım etmeleri gerekebilir. Bu yüzden eğitimlerinden geri kalabilirler. Kız çocuklarının eğitimlerinin aksaması bu tür uygulamaların yaygın olduğu ülkelerde çocuk yaşta evlilik ve genital sakatlanma riskiyle karşı karşıya kalabilecekleri anlamına gelebileceği gibi, nihai olarak fırsatlarının daralması ve potansiyellerini gerçekleştirme şanslarının zayıflaması sonucunu da doğurabilir (**Burki T, 2020**). Konunun bir başka boyutu da, eğitimlerinden uzak kalma riski olmayan kız çocuklarının, salgın süresince internet üzerinden yürütülen uzaktan eğitim hizmetlerine erişimde sorun yaşayabileceğidir (**Burki T, 2020**).

Artan iş yükü, psikolojik sorunlar, pandeminin zihinsel yükü ve tüm bunların üzerine rızaları olmadan maruz kalabilecekleri tıbbi operasyonlar, kadın ve kız çocuklarının hayatını kaba çevirebilir. Bu noktada, ev ile ilgili iş yükünü azaltmak için uygun sosyal politikaların geliştirilmesi ve uygulamada olmasının ne kadar önemli olduğunun altını çizmekte yarar vardır.

COVID-19 salgını dünyayı vururken, cinsiyet eşitliği mücadelesi ivme kazanmış olsa da daha alınacak çok yol vardı. Ekonomik güvencesizlik, sosyal ve iş yaşamındaki ayrımcılık ve kadının aile içindeki ücretsiz bakım rolü, kadınlar için bir realite idi. İstihdamda cinsiyet ayrımı, kadınlar için her zaman önemli bir dezavantaj kaynağı olmuştu. Pandemiyle birlikte, bir anlamda temel hizmetler haline dönüşen bakım işleri, bu işlerin kadınların üzerine daha da fazla kalmasının yolunu açmıştır (**King T, 2020**). Bakım personeli olarak çalışan kadınlar, en ön saflarda çalıştıkları için enfeksiyon riskine de en fazla maruz kalan gruplardan oldular. Sağlık çalışanları özelinde bu durumu en fazla hemşirelerde görmek mümkün. Sağlık sektöründe hemşire olarak görev yapanların iş yükü çok ağır ve hep en ön saflarda mücadele veriyorlar. İntihar oranlarının da yüksek olduğu bu grupta psiko-

Bakım personeli olarak çalışan kadınlar, en ön saflarda çalıştıkları için enfeksiyon riskine de en fazla maruz kalan gruplardan oldular. Sağlık çalışanları özelinde bu durumu en fazla hemşirelerde görmek mümkün. Sağlık sektöründe hemşire olarak görev yapanların iş yükü çok ağır ve hep en ön saflarda mücadele veriyorlar.

sosyal sağlığın korunabilmesi için incelikli müdahalelere ihtiyaç duyuluyor (**Maben J ve Bridges J, 2020**).

Pandemi gibi olağandışı dönemlerde kayıtlı ve kayıt dışı sektörlerde çalışan kadınlar, işlerini erkeklerden daha fazla kaybetmişlerdir (**King T, 2020**). Kayıt dışı sektörlerde, iş kaybı oranı daha da yüksek olabilir, çünkü bu sektörler geçici düzenlemelere daha yatkın ve yasal olarak daha az sorumlu tutulabilen işletmelerden oluşmaktadır (**King T, 2020**). Kadınlar kayıt-dışı istihdamda çok daha fazla yer alıyor; kayıt dışı işlerde ve güvencesiz çalışma, gelecekte kendilerini güvende hissedebilecekleri bir maddi birikime sahip olma olasılıklarını da ortadan kaldırıyor (**Burki T, 2020; Erdoğan S, 2020**). Ekonomik güvence ve tasarruflar, virüsten korunmaya daha fazla imkan sağlayabildiği için bu tür belirsizlik dönemlerinde önemli bir istikrar kaynağı olur.

İstismar, pandemi öncesinde olduğu kadar pandemi sürecinde de önemli bir sorun teşkil etmiştir. Salgının zirve yaptığı dönemlerde, ülkelerin çoğu katı izolasyon politikaları uygularken aile içi şiddet ve istismar vakaları artmaktaydı (**Cousins S, 2020; Gausman J, 2020; Burki T, 2020**). Ancak istismara uğramış kadınların bu durumdan uzaklaşma/kaçma şansları dışarı çıkma yasakları, toplum merkezlerinin/sığınma evlerinin kapatılması ve virüse yakalanma korkusu nedeniyle önemli ölçüde azalmıştır (**Gausman J, 2020; Cousins, 2020; Balkay, 2020**). Sokağa çıkma yasaklarının bir diğer olumsuz etkisi, gereken hizmet ve malzemeye erişimde sorun olması nedeniyle istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda artış görülmesidir (**Cousins S, 2020; Burki T, 2020; Gausman J, 2020**). Sağlık kurumlarının kapatılması ve hareket kısıtlamaları, pandemiye çevreleyen belirsizlik ile birleşince cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerin önemli bölümü kesintiye uğratmış, bu ihtiyaçlar belirsiz bir süre için ertelenmiş veya yok sayılmıştır. Kesintili ya da sınırlı hizmet sunumu veya bazı hizmetlerin toptan sunulmaması, güvenli cinsellik, istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma açısından önemli bir engel teşkil etmektedir. Bu tür ihtiyaçların ertelenmesinin ciddi sonuçlar doğuracağı açıktır: hastaneler aşırı yük altında olduğundan seçici davranmak zorunda kalmış ve bazı hizmetler eskisi kadar yaygın sunulmamıştır. İsteğe bağlı gebelik sonlandırılması/kürtaj, bu hizmetler arasında en fazla öne çıkmaktadır (**Bayefsky MJ ve ark. 2020**). Bu durum en çok gebe kadınlar ve yenidoğanlarının sağlığını ciddi anlamda riske etmektedir (**UNICEF Türkiye Milli Komitesi, 2020; Gausman J, 2020; Cousins S, 2020**). Pandemi sırasında gebelik, gebelik istenmiş olsa bile kadınlar için bir stres kaynağı olabilir. Kısıtlamalar nedeniyle gebe kadınların biyolojik ve psikolojik ihtiyaçları karşılanamayabilir, gereken gebelik öncesi ve sonrası bakım hizmetlerine erişimde sorun yaşanabilir. Ayrıca enfeksiyon kapma endişesi, hem gebe kadınların hem de doğmamış/yenidoğanların sağlığını doğrudan etkileyebilecek ilave stres ve kaygıya neden olabilir.

Kadınların siyasi temsili ve politika süreçlerine katılımı, hem kadınların hem de diğer kırılgan sorunlarına çözüm olabilmenin en iyi yolu. Salgının kadın liderler tarafından yönetildiği ülkelerde hem süreç yönetimi hem de sonuçlar açısından önemli farklar olduğuna tanık olduk. Hatta salgında, sonuçları

İstismara uğramış kadınların bu durumdan uzaklaşma/kaçma şansları dışarı çıkma yasakları, toplum merkezlerinin / sığınma evlerinin kapatılması ve virüse yakalanma korkusu nedeniyle önemli ölçüde azalmıştır.

açısından başarılı bulunan ülkelerin çoğunun ortak noktası, siyasi olarak kadın liderlerin yönetiminde olmaları (**Wittenberg-Cox A, 2020**). Diğer yandan sağlık sektörü ile ilgili veriler, kadınların sağlık iş gücünün yüzde 70'ini oluşturduğunu ortaya koyuyor. Bu önemli bir oran. Ancak temsildeki yükseklik, sağlık yönetiminde liderlik rollerine geldiğinde yüzde 25'lere düşüyor (**Bali S, 2020**).

Salgın gibi olağandışı durumlar, kadınların temsiline her alanda ve her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulduğunu açıkça ortaya koyuyor.

#### Kaynaklar:

- Balkay. (2020) BM Kadın Komisyonundan Rapor: Dünya genelinde kadına yönelik şiddet arttı. <https://www.evrensel.net/haber/402382/bm-kadin-komisyonundan-rapor-dunya-genelinde-kadina-yonelik-siddet-artti>
- Bali, S., Dhatt, R., Lal, A., ve ark. (2020) Off the back burner: diverse and gender-inclusive decision-making for COVID-19 response and recovery. *BMJ Global Health*, 5:e002595. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002595>
- Bayefsky, M. J., Bartz, D., Watson, K. L. (2020) Abortion during the Covid-19 Pandemic-Ensuring Access to an Essential Health Service, *The New England Journal of Medicine*, 382:e47 DOI: 10.1056/nejmp2008006
- Burki, T. (2020) The indirect impact of COVID-19 on women. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8): 904-905. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30568-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30568-5)
- Cousins, S. (2020) COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *The Lancet*, 396(10247): 301-302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31679-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31679-2)
- Editorial: The gendered dimensions of COVID-19, 11 Nisan 2020, *The Lancet*, 395: 1168.
- Erdoğan, S. (2020) COVID-19 Krizi ve Kadın İstihdamı ve İşsizliği. Kadın Emeli ve İstihdamı Girişimi. <http://www.keig.org/covid-19-krizi-ve-kadin-istihdami-ve-issizligi/>
- Gausman, J., Langer, A. (2020) Sex and Gender Disparities in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Women's Health*, 29(4). <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8472>
- King, T., Hewitt, B., Crammond, B., Sutherland, G., Maheen, H., Kavanagh, A. (2020) Reordering gender systems: can COVID-19 lead to improved gender equality and health? *The Lancet*, 396(10244): 80-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31418-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31418-5)
- Maben, J., Bridges, J (2020) Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health, *Journal of Clinical Nursing*, 29:2742-2750.
- Spagnolo, P. A., Manson, J. E., Joffe, H. (2020) Sex and Gender Differences in Health: What the COVID-19 Pandemic Can Teach Us. *Annals of Internal Medicine*, 173(5): 385-386. <https://doi.org/10.7326/M20-1941>
- Walter, L.A., mcgregor, A.J. (2020) Sex- and Gender-specific Observations and Implications for COVID-19. *West J Emerg Med*; 21(3): 507-509
- Wenham, M., Smith J., Morgan, R. And COVID-19 Working Group (2020) COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*, 395(10227): 846-848
- Wittenberg-Cox, A. “What Do Countries With the Best Coronavirus Responses Have in Common? Women Leaders, 13 Nisan 2020, *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/avivahwittenbergcox/2020/04/13/what-do-countries-with-the-best-coronavirus-reponses-have-in-common-women-leaders/?fbclid=IwAR0kmz-xxz8p6-v4lvqv-3pimuqdzemfmb5u1q438rkkopoy3pssnk0u#d6324fc3dec4> (erişim tarihi: 09.09.2020)
- UNICEF. (2020) COVID-19 gölgesinde doğum. UNICEF Türkiye Milli Komitesi. <https://www.unicefturk.org/yazi/annelegunu>

# KIRILGAN GRUPLAR VE COVID-19; LGBTİ+

## Dr. Yeşim Yasin

Dr. Öğretim Görevlisi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu Üyesi

## Özet

Salgından önce de sağlık bağlamında kırılabilirlik dendiğinde ilk akla gelen gruplardan olan LGBTİ+’ler, pandemi süresince hayatlarını ayrıca güçleştiren birçok olumsuz etkiye maruz kalmaktalar. Giderek zorlaşan yaşam ve çalışma koşulları, bağışıklık sistemini zayıflatan ve COVID-19’a karşı daha savunmasız hale getiren hastalıklar ve ihtiyaç duydukları birçok sağlık hizmetinin “gerekli” görülmediği için ertelenmesi, kısıtlanması veya durdurulması, bu dönemde LGBTİ+’lerin kırılabilirliklerini daha da artırıyor. Fiziksel mesafe ve izolasyon gibi salgınla mücadele kapsamında hayata geçirilen kısıtlamaların herkes gibi bu gruplar üzerinde de fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde ciddi etkileri mevcut. Üstelik toplumda zaten var olan kalıp/önyargılar sebebiyle ihtiyaç duyulan destek, sosyal izolasyon ile birlikte olası baskı-şiddet görme riski ve stres ile birleşince daha da karşılanamaz oluyor. Ekonomik koşullardaki aşınma, yeni koşullarla başa çıkmayı çok daha zorlaştırıyor. Pandemi öncesinde de ekonomik anlamda dezavantajlı olan bu topluluk, pandemi sürecinde ekonomik dalgalanmalardan orantısız etkileniyor. Tüm bunlara yaygınlaşan ayrımcılık ve nefret söyleminin eklenmesiyle, LGBTİ+’lerin varlığını yok sayan ya da tehdit eden sistemi meşrulaştıran bir sürecin yolu açılıyor. Kuşkusuz virüs herkesi eşitlemiyor; belli grupların geride kaldığı ve “makbul” olanların korunduğu bir sistem, başta yaşam hakkı olmak üzere birçok temel insan hakkını zedelemeye devam ediyor.

\*\*\*

Sınırları ikili cinsiyet üzerinden tanımlamış bir toplumda, LGBTİ+’leri yaşamaların salgından önce de kolay olmadığını düşünmek hiç zor değil. Heteronormativite, normun dışına düşen her bireyi ya da grubu yok sayma ya da dışlama üzerine kurulu. Üstüne hastalık salgınları gibi olağandışı durumlar var olan sorunları daha görünür kılıyor, artırıyor, derinleştiriyor.

Öncelikle pek çok araştırma pandemi sürecinde LGBTİ+’lerin toplumun geneline oranla bağışıklık sistemini etkileyen hastalıklara karşı daha duyarlı olduklarını ortaya koyuyor. Bunun en temel sebebi, grubun COVID-19’dan önce de yaygın olan sağlık sorunları. LGBTİ+’lerin COVID-19 gibi solunum sistemini etkileyen hastalıklar açısından kırılabilirliklerini arttırabilecek tütün kullanımı ve astım oranı toplam nüfusa oranla yaklaşık yüzde 50 da-

Pek çok araştırma pandemi sürecinde LGBTİ+’lerin toplumun geneline oranla bağışıklık sistemini etkileyen hastalıklara karşı daha duyarlı olduklarını ortaya koyuyor. Bunun en temel sebebi, grubun COVID-19’dan önce de yaygın olan sağlık sorunları...



ha fazladır, benzer şekilde kanser ve HIV gibi bağışıklığı zayıflatan hastalıkların görülme sıklığı da genel ortalamanın üzerindedir (**Konnoth CJ, 2020, Yasin Y ve ark. 2018**). Süregelen toplumsal önyargıların da etkisiyle LGBTİ+’lerde daha fazla zihinsel ve bedensel sağlık problemi görüldüğü ifade edilmektedir (**Tar Y, 2020**). Pandemi öncesinde var olan ekonomik güvencesizlik ve bunun yol açabileceği düşük yaşam standartları, pandemi sürecinde etkisini artırarak LGBTİ+’lerin sağlık açısından daha da kırılgan hale gelmelerine yol açmaktadır (**Konnoth CJ, 2020**). Mevcut koşullar düşünüldüğünde dışlanan, ayrımcılığa uğrayan ve marjinalleştirilen topluluk, her geçen gün daha derinleşen bir kısır döngünün içine çekilmektedir.

Uygulanan ayrımcılık ve üzerine gelen fiziksel mesafe ve izolasyon kuralları, bu topluluğun sağlık hizmetlerine erişimini engelleyecek katmanlar yaratmaktadır. Salgından önce de var olan ayrımcılık ve damgalanma korkusu, farklı cinsel yönelimi olan hastaların sağlık kurumlarına başvurmasının önünde büyük bir engel oluşturmuyordu (**Tar Y, 2020; Yasin Y ve ark. 2018**). COVID-19 ile beraber, LGBTİ+’ler için elzem sağlık hizmetleri “gerekli” görülmeyen sağlık hizmetlerinden sayıldı ve belli hastalıkların tabibinden, HIV testlerine ya da psikolojik desteğe kadar birçok hizmete erişim kısıtlandı (**Tar Y, 2020; van der Miesen AJR, 2020; Elbek O, 2020; Konnoth CJ, 2020**). Amerika’nın önde gelen LGBTİ+ odaklı sağlık kurumu, Los Angeles LGBT Merkezi’ne başvuranlar dahi ihtiyaçları olan ilaç ve hizmetlere erişimde zorlanırken, bu kaspamda özellikli tek bir sağlık kurumu olmayan Türkiye’de durumun ne kadar zorlayıcı olduğunu tahmin etmek hiç zor değil.

Öte yandan, COVID-19’un toplumda kontrolüne yönelik tedbirler sonucu katmerlenen bir başka sorun alanı da, izolasyon, karmaşa ve belirsizliğin yarattığı zihinsel ve duygusal problemlerdir. LGBTİ+’ler nüfus ortalamasına göre intihar eğilimine ve madde kullanımına daha yatkın gruplardandır. Bu bağlamda transların yüzde 40’ı, yaşamlarının bir döneminde mutlaka bir kez intihar girişiminde bulunur; genç ve ergen LGBTİ+’ler yaşlıları olan heteroseksüel gençlere oranla, sırasıyla, üç ve iki kat daha fazla intihara teşebbüs eğilimindedir (**Konnoth CJ, 2020**). Sağlık hizmetlerine acil durumlar haricinde başvurmaktan kaçınma ve ortaya çıkan sağlık sorunlarıyla baş etme konusunda destek alamama durumu, Türkiye’deki LGBTİ+’ler arasında intihara eğilimin artabileceği düşüncesine yol açmıştır (**A3 Haber, 2020**). Benzer şekilde sosyal izolasyonun sağlanması için alınan önlemler ve getirilen yasaklar ile birlikte, LGBTİ+’lerin birlikte “kendi OHAL’lerini ilan ettiği” kişiler ile etkileşimleri, bu kırılgan grubun durumla başa çıkmasını çok daha zorlaştırabilmektedir. Ayrıca toplumdaki önyargılar sebebiyle pandemi sürecinde fiziksel ve psikolojik baskı ve şiddete maruz kalabilirler. Bu durum diğer faktörlerin birleşmesiyle birlikte LGBTİ+’lerin kendilerini koruyabilme ve bu zehirli ortamdan uzaklaşmalarını engelleyebilir. LGBTİ+’lerin ev içi şiddet ve tacize uğrama ihtimali, heteroseksüel kadınlara kıyasla daha fazladır (**Konnoth CJ, 2020**).

Bu durumun farklı bir yansıması da pandemi sürecinde LGBTİ+’lerin yaşayacak bir yer bulma veya güvensiz yerlerde barınma gibi zorluklarda kar-

şımıza çıkmaktadır. Özellikle sivil toplum kurumlarından sağlanan desteğin sekteye uğraması bu grupların durumunu daha da olumsuz etkilemekte ve sosyal ağlar üzerinden iletişim kurmaya yönlendirmektedir (**Banerjee D, 2020; Brennan DJ, 2020; Fish JN, 2020; Konnoth CJ, 2020**). Pandemi sürecinde bu sosyal ağlar aracılığıyla kurulan çevrimiçi veya fiziksel iletişimin güvenilirliği tartışmalıdır.

Pandemiden önce de LGBTİ+ topluluğu ekonomik anlamda kırılgan gruplardan biriydi. Çalışma hayatında maruz kaldıkları ayrımcılık ve baskı, bu topluluğun hayatını zorlaştıran önemli faktörlerdendi. Kayıtlı ve sigortalı çalışmak konusunda karşılarına çıkarılan zorluklar bu grubu önemli ölçüde kayıtsız ve güvencesiz çalışmaya itmişti (**Konnoth CJ, 2020**). Kayıtlı ve güvenceli çalışabilenler ise pandemi sürecinde kimi zaman ilk gözden çıkarılan çalışanlardan olmuştur (**Tar Y, 2020**). Bu durum LGBTİ+’lerin geçimlerini sağlayabilmek için sağlıklarını tehlikeye atarak çalışmaya devam etmelerine sebep olmaktadır (**Elbek O, 2020**). Aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimleri de kısıtlandığından herhangi bir sağlık problemi yaşamaları durumunda destek bulamaları veya tedavi süreçlerini devam ettirebilmeleri güçleşmektedir (**van der Miesen AJR, 2020**). Ekonomik güvencesizlik insan hayatını ve iyilik halini ciddi anlamda etkilemektedir. Zira zihinsel ve fiziksel sağlığın belirleyicilerinden olan gıda güvenliği ve barınma gibi temel ihtiyaçlar, bugünün küresel sisteminde doğrudan ekonomik refaha bağlıdır. Tüm bunlar göz önüne alındığında, Türkiye’nin de dahil olduğu orta gelirli ülkelerdeki LGBTİ+’lerin yaşam koşulları daha da zorlaşmaktadır.

Pandemiden önce de LGBTİ+ topluluğu ekonomik anlamda kırılgan gruplardan biriydi. Çalışma hayatında maruz kaldıkları ayrımcılık ve baskı, bu topluluğun hayatını zorlaştıran önemli faktörlerdendi. Kayıtlı ve sigortalı çalışmak konusunda karşılarına çıkarılan zorluklar bu grubu önemli ölçüde kayıtsız ve güvencesiz çalışmaya itmişti.



Altını çizmekte yarar var; ayrımcılık ve nefret söyleminin pandemi öncesinde de süresince de LGBTİ+ topluluğunun yaşam kalitesini etkileyen ve hatta yaşamlarına mal olabilen en önemli sorunlardan biridir. Pandemi sürecinde LGBTİ+’ler ve HIV ile yaşayanlara yönelik suçlama, damgalama ve dışlama eğiliminin artması belli ülke veya dinlere özgü bir durum gibi görünmüyor (**Öztürk C, 2020**). Ancak Türkiye’deki haliyle ayrımcılık ve damgalama devletin kurumları tarafından da benimseniyor, meşrulaştırılıyor ve bu kapsamda özellikle LGBTİ+’ler ve HIV ile yaşayanlar açık hedef haline getiriliyor (**Tar Y, 2020; Elbek O, 2020; Öztürk C, 2020**). Bu durumun pandemi sürecinde hayatları daha da kırılganlaşan bireylere karşı gerçekleştirilebilecek baskı, şiddet, taciz, linç gibi suçların temellerini attığını görmemek mümkün değil. “Hayatın gerçekten eve sığa-

bilmesi için” hiç kimsenin arkada bırakılmadığı kapsayıcı bir sosyal politika ve toplumsal iş birliğinin teşvik ve organize edilmesi pandemi ile mücadelede büyük önem kazanıyor.

#### Kaynaklar:

- A3 Haber. (Mayıs 2020) ‘LGBTİ+ bireyler damgalanma korkusuyla hastaneye gidemiyor’ <https://www.a3haber.com/2020/05/02/lgbti-bireyler-damgalanma-korkusuyla-hastaneye-gidemiyor-bu-durum-salginin-yayilmasi-icin-risk/>
- Banerjee, D.; Nair, V. S. (2020) “The Untold Side of COVID-19”: Struggle and Perspectives of the Sexual Minorities. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2): 113–120.
- Brennan, D. J.; Card, K. G.; Collicot, D.; Jollimore, J.; Lachowsky, N. J. (2020) How Might Social Distancing Impact Gay, Bisexual, Queer, Trans and Two-Spirit Men in Canada? *AIDS and Behavior*, 24:2480–2482.
- Elbek, O. (2020) LGBTİ+ ve COVID-19 Pandemisi. COVID-19 Pandemisi ve Sağlığın Sosyal Bileşenleri. Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları Serisi. 49-52. **ISBN:** 978-605-06717-2-8
- Fish, J. N.; mcinroy, L. B.; Pacey, M. S.; Williams, N. D.; Henderson, S.; Levine, D. S.; Edsall, R. N. (2020) “I’m Kinda Stuck at Home With Unsupportive Parents Right Now”: LGBTQ Youths’ Experiences With COVID-19 and the Importance of Online Support. *Journal of Adolescent Health*, 67(3): 450-452.
- Konnoth, C. J. (2020) Supporting LGBT Communities in the COVID-19 Pandemic. Assessing Legal Responses to COVID-19. Boston: Public Health Law Watch.
- Öztürk, C. (2020) “Sunı gündem”in ötesinde: LGBTİ+’lar pandemide ne yaşadılar? Kaos GL. <https://www.kaosgl.org/haber/suni-gundem-in-otesinde-lgbti-lar-pandemide-ne-yasadi>
- Tar, Y. (2020) Covid-19 Salgını Türkiye’deki LGBTİ+’ları Nasıl Etkiliyor? Heinrich Böll Stiftung. <https://tr.boell.org/tr/2020/04/17/covid-19-salgini-turkiyedeki-lgbtilari-nasil-etkiliyor>
- Van der Miesen, A. I. R.; Raajmakers, D.; van de Grift, T. C. (2020) “You Have to Wait a Little Longer”: Transgender (Mental) Health at Risk as a Consequence of Deferring Gender-Affirming Treatments During COVID-19. *Archives of Sexual Behavior*, 49:1395–1399.
- Yasin, Y., Çebi, MM., Şapçı İ (2018) “Web tabanlı bir araştırmanın düşündürdükleri üzerinden LGBTİ+ Sağlığı”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 16(2): 106-116.

# COVID-19 VE SINIFSA EŞİTSİZLİK

**Dr. Necati Çıtak**

Tip Doktoru, Doçent, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## Özet

COVID-19 küresel ölçekte tüm dünya coğrafyasına dağılım gösterip etkisini her ülkede neredeyse eşit şekilde gösterirken ülkeler içindeki etkisi sınıfsal farklılıklar göstermekte ve yüz yıllardır dillendirilen “her şey sınıfsaldır” düşürünü pekiştirmektedir. Düşük gelirli sınıfların, yüksek gelirli sınıflara göre daha yüksek COVID-19 hastalığına yakalanma ve buna bağlı ölüm oranlarına sahip olduğu birçok çalışmada saptanmıştır. Toplumsal eşitsizliğe sahip olanlar ile COVID-19 ilişkili hastaneye yatış ve ölümler arasında güçlü bir pozitif ilişki görülmüştür. COVID-19’un bir diğer etkisi eğitime ara verilmesi nedeniyle çocuklar arasındaki eşitsizliğin artması üzerine olacaktır. Bu yazıda COVID-19 ve bununla ilişkili ölüm oranlarının sınıfsal faktörlere bağımlılığı konu hakkında yayınlanmış çalışmalarla birlikte altı farklı bölümde incelenmiştir.

“Bugün doğan bir kız çocuğu, bazı ülkelerde doğarsa 80 yıldan fazla yaşam beklentisine sahip olabilirken diğer ülkelerde doğarsa bu 45 yıldan daha aza düşmektedir.”

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde 2005 yılında kurulan Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun (SSBK) 2008 yılında yayımladığı rapor bu cümle ile başlamaktadır (**WHO, 2008**). DSÖ’nün ortaya koyduğu bu eşitsizlik hem küresel hem de ulusal ölçekte görülmektedir. Örneğin, Glasgow’un yoksun bir bölgesi olan Calton’da doğan bir çocuğun doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi sadece 12 kilometre uzaktaki zengin Lenzie’de doğan bir çocuğa kıyasla 28 yıl daha azdır (**Reid, 2011**). ABD’de en fakir semtte yaşayan bir yurttaşın doğuştan sonra beklenen yaşam süresi en zengin semtte yaşayan bir yurttaşın 50 yıl önceki yaşam beklentisi düzeyine yeni erişebilmiştir (**Egen, 2017**). 21. Yüzyılda, dünyanın en zengin ülkelerinde bile, bir çocuğun yaşam beklentisinin doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar tarafından gasp edilmesi ne matematik, ne biyoloji, ne sosyal darvinizm, ne meslek, ne eğitim ne de sadece tıbbi olarak açıklanabilir. Tek suçlu vardır; kapitalist üretim tarzının hüküm sürdüğü tüm coğrafyaların ortak noktası olan sınıfsal eşitsizlik!

Doğan her insanın topluma aynı noktada başlamadığı bir gerçektir ve bu farklılık çok çeşitli etkenlerden kaynaklanmaktadır (**Boratav, 1998**). SSBK bu etkenlerin güç, para (*açıkça belirtilmese de mülkiyet*) ve kaynaklardaki eşitsizlikler nedeniyle oluşan toplumsal eşitsizlikler olduğunu ve toplumdaki eşitsizliklerin de sağlıktaki eşitsizlikleri ortaya çıkardığını ilan etmiştir (**Akalın, 2015**). SSBK'nın sonraki raporlarında ise eşitsizlik veya eşitlik kelimelerinden kaçındığı ve bu kelimeler yerine “hakkaniyetsizlik” ve “hakkaniyet” kelimelerini kullandığı görülmektedir (**Özkan, 2019**). Ancak hak kavramı ayrıcalıkları ve eşitsizliği onaylayan bir düşünce olarak doğup gelmiştir ve hakkaniyet kavramı ile farklılıkların sebebi yumuşatılarak eşitsizliklerin kaynağının göz ardı edilmesine neden olunmaktadır (**Hamzaoğlu, 2014**). Toplumlarda ayrıcalıkların yaşanmaya başlaması ile eşitsizlikler doğmuş ve eşitsizliğin tanımlanışı sınıflı üretim tarzı ve sınıflı toplumsal yaşantı ile birlikte yapılmıştır (**Hamzaoğlu, 2006**). Bu nedenle hakkaniyet toplumdaki bölüşüm ilişkileri, eşitlik ise üretim ilişkileri içinde ele alınmalıdır (**Özkan, 2019**). SSBK'nın raporlarında hakkaniyet ve hakkaniyetsizlik kavramı kullanılmasının sebebi hem bu üretim tarzına hem de eşitsizliklerin temel nedeni olan sınıflı topluma değinilmemesi / değinilmek istenilmemesidir. Çünkü hakkaniyet; burjuvazi tarafından proleteryanın önüne konulmuş olan “sınıfsızlık” hedefi olmayan bir kavramdır (**Hamzaoğlu ve Tüzün, 2014**). Ayrıca Engels'in de tarif ettiği gibi eşitlik talebi yalnızca görünüşte devlet alanında ve de sınıf ayrıcalıklarının kaldırılmasıyla sınırlı kalmamalı ekonomik ve toplumsal eşitlik talebi, yani gerçek içeriği ile sınıfların kaldırılması talebi, olmalıdır ve bundan öte her eşitlik istemi saçmadır (**Engels, 1995**). SSBK işte bu nedenlerle eşitlik talebini kullan(a)mamıştır.

SSBK aynı raporunda sağlıktaki eşitsizliğe sebep olan sorunlardan birinin sosyoekonomik durum olduğunu belirtmektedir. Kapitalist üretim tarzının temel unsuru olan sınıf kavramı yerine sosyoekonomik durum kavramının tercih edilmesi, eşitsizlikleri ve asıl nedeni görünmez kılmakta, sömürünün doğasını gizlemekte ve üretim sürecindeki çalışma koşulları gibi toplumsal ilişkileri gölgelemektedir (**Özkan, 2019**). Bu nedenle birçok yazar “hakkaniyet” ve “sosyoekonomik durum” kavramlarının sınıflı toplumsal eşitsizlik kavramının yumuşatılması amacıyla kullanıldığını düşünmektedir (**Hamzaoğlu, 2014; Akalın, 2015; Özkan, 2019**). Ancak hangi sözcük oyunu yapılırsa yapılsın gerçek güç kategorisinin sınıf kategorisi olduğunun üzerini örtebilmek mümkün değildir.

SSBK tarafından göz ardı edilse de mülkiyet ve kapitalizm içindeki güç ilişkilerinin toplumsal/sınıfsal eşitsizliği oluşturduğu bilinmektedir. Toplumsal eşitsizliğin daha çok hasta ettiğini ise Johann Peter Frank bugünden 230 yıl önce Pavia Üniversitesi mezuniyet töreninde yaptığı “Halkların Sefaleti; Hastalıkların Anası” başlıklı konuşma ile ortaya koymuştur (**Sigerist, 1941**). DSÖ-SSBK'nın raporundan 180 yıl önce de Fransız bilim insanı Louis Rene Villerme tarafından eşitsizliğin daha çok öldürdüğü bilimsel bir çalışma ile ilk defa ortaya konulmuştur (**Villerme, 1830**). Villerme, 1820'lerde Paris'in mahallerinden topladığı verileri analiz ettiğinde; maddi durumu iyi olan varlıklar (zengin semtlerde oturanlar, vergi ödeyenler) ile yoksullar (kira ödeyenler, mülksüzler) arasında ölüm hızları bakımından

Toplumlarda ayrıcalıkların yaşanmaya başlaması ile eşitsizlikler doğmuş ve eşitsizliğin tanımlanışı sınıflı üretim tarzı ve sınıflı toplumsal yaşantı ile birlikte yapılmıştır.



yüzde 40'ı geçen açık bir farklılık bulmuş ve çalışmalarının sonunda şu tarihsel sonuca ulaşmıştır: Ölüm üzerine miyazmatik (çevre koşulları) faktörlerin değil, yoksulluğunun etkisi vardır.

İki halk sağlığı hekimi 2011 yılında Villerme'nin 1820'lerdeki verilerini kullanarak yoksulluğun daha çok öldürüp öldürmediğini istatistiksel olarak değerlendirmişlerdir (**Julia ve Valleron, 2011**). Yaptıkları istatistik sonrasında toplam vergi indeksi düşük olanlarda, kira bedeli düşük olan mahallelerde ve yoksulluğun daha fazla olduğu mahallelerde hem evde ölüm oranının hem de toplam ölüm oranının istatistiksel olarak daha fazla olduğunu, yani yoksulluk ile ölüm arasında Villerme'nin düşündüğünden çok daha anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Tablo 1).

**Tablo 1: Yoksulluk, Vergiler ve Nüfus Yoğunluğu İle Ölüm Arasındaki Korelasyon (Paris, Fransa, 1817) (Julia ve Valleron, 2011)**

Değişkenler	Evde ölüm				Toplam ölüm			
	r	p	SE*	95% CI*	r	p	SE*	95% CI*
Toplam vergi indeksi	-0.83	<0.002	0.11	-0.94 to -0.52	-0.70	0.01	0.22	-0.91 to -0.02
Ortalama kira	-0.83	<0.002	0.12	-0.96 to -0.41	-0.82	0.002	0.17	-0.96 to -0.30
% Yoksulluk	0.78	<0.005	0.20	0.08 to 0.98	0.76	<0.005	0.19	0.09 to 0.96
Ticari vergi indeksi	-0.67	<0.05	0.18	-0.93 to -0.34	-0.34	NS	0.32	-0.90 to 0.36

NS, anlamlı değil. \* SE (standart hata oranı) ve CI (güven aralığı) bootstrap analizi ile hesaplanmıştır. R, korelasyon katsayısı.

Fransız araştırmacı Villerme insanları hastalıklardan ziyade toplumsal eşitsizliklerin daha çok öldürdüğünü yaklaşık 200 yıl önce ortaya koysa da günümüzde yapılan çalışmalarda halen toplumsal boyut dışlanarak hastalıklar ve buna bağlı ölümler mikroplara (*tüberküloz, HIV, vb*), genlere, bireysel tercihlere (*sigara içme, alkol kullanma*), yaşam tarzına (*stres, obezite, az uyku*) ve davranışlara (*spor, kötü beslenme, hızlı yemek*) bağlanmaktadır. Bunun sonucunda da hekime biçilen rol; hastalığa neden olan biyolojik etkeni ortaya koymak ve bu etken ile mücadele edip bireyi kurtarmak olmuştur.

Dünyada şu ana kadar 27 milyondan fazla insanı hasta eden ve 900 bine yakın kişinin ölümüne yol açan koronavirüs hastalığına (COVID-19) karşı dünya genelinde de benzer bir tutum görülmekte ve kapitalizmin sınırları içerisinde üretilen bilim “toplumsal eşitsizlik/sınıfsal eşitsizlik” kavramlarından sıklıkla uzak durmaktadır.

Teknokrat akademi sorunlara sınıfsal perspektifle yaklaşmamakta, sağlıktaki eşitsizlikleri de, COVID-19 ve ona bağlı ölümleri de farklı nedenlerle açıklamaya girişmektedir (**Binbay ve Belek, 2020**). Örneğin ileri yaş, vücut kitle indeksinin yüksekliği, immünosüpresyon, sigara içme, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların varlığı, laboratuvar bulguları, hatta kan grubu bile COVID-19 nedenli ölüm riskini artıran altta yatan durumlar olarak çok fazla çalışmada ortaya konulur iken, hastalığın toplumsal boyutunu ve toplumsal/sınıfsal eşitsizliğin COVID-19 üzerindeki etkisini araştıran çalışma yok denecek kadar azdır. Pubmed’de yer alan Ocak 2020’den bugüne kadar COVID-19 ile ilgili yapılan dolaylı ve doğrudan çalışma sayısı 45 bin iken, toplumsal eşitsizlik ve COVID-19 arası ilişkiyi araştıran dolaylı ve doğ-

rudan çalışma sayısı sadece 342'dir (yüzde 0.7). Daha kötüsü bu çalışmaların da az bir kısmı bizlere sınıfsal eşitsizlik hakkında geniş bilgiler vermektedir. Bunda yukarıda belirttiğim kapitalizm sınırları içerisinde üretilen bilimin etkisi olduğu gibi önleyici olmaktan çok tedavi edici tıbbın kutsallaştırılmasına ikincil sağlığın sosyal belirleyicilerinin göz ardı edilmesi ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen standart COVID-19 vaka formunda toplumsal eşitsizliği ortaya koyabilecek bölümlerin yer almaması da etkilidir **(WHO, 2020)**.

Bir diğer grup hekim ve akademisyen ise COVID-19 ve ona bağlı ölümleri düzen içinde ele alarak, toplumsal eşitsizliklerin bu düzende çözümlenebileceği gibi çok daha tehlikeli bir işlevi yerine getirmiş olmaktadır. Eşitsizliklere kapitalist düzen içi bir çizgide çözüm arayan bu grup kaçınılmaz olarak sağlıktaki eşitsizliklerin nedeni olarak eğitim ve gelir düşüklüğünü görmekte, ama bunların içine yerleştikleri genel bağlamı (kapitalist üretim ilişkileri) ısrarla görmezden gelmekte, hatta buna vurgu yapanları ekarte etmeye çalışmaktadır **(Binbay ve Belek, 2020)**. Bu grup "Normalleşme" adı verilen dönemde lokantalarda nasıl yemek yenileceğini, otobüslere kaç kişi binileceğini, hangi yaş gruplarının hangi saat dilimlerinde dışarı çıkabileceğini ve benzeri birçok kuralı belirlerken işçi sınıfının pandeminin başından beri dip dibe üretim yaptığını, sokağa çıkma yasağı günlerinde bile çalıştığını görmezden gelmektedir.

Tariflenen bu iki grubun dışında kalan ve her şeyin sınıfsal olduğundan yola çıkan bu yazıda COVID-19'un sınıfsallığı, herkese eşit davranmadığı ve toplumsal/sınıfsal eşitsizliğin COVID-19 için bir risk faktörü olduğu literatürde yer alan çalışmalar ve ulusal düzeyde meslek ve kitle örgütleri tarafından yayınlanan raporlar/araştırmalar ile birlikte altı farklı bölümde paylaşılabacaktır.

### ***Pandeminin İlk Günleri: "Korona Ayrımcılık Yapmaz" veya "Her Şey Sınıfsaldır"***

Pandeminin ilk günlerinde çoğumuzun sıkça medya ve politikacılardan duyduğu "COVID-19 ayrımcılık yapmaz" ifadesi her şeyin sınıfsal olduğu gerçeğinin üzerine örtmeye çalışan ancak hem günlük yaşantımız da hem de bilimsel olarak dışlanan tehlikeli bir efsanedir. Çünkü üretim araçlarına sahip olan sermaye sınıfı ile geçinebilmek için her gün işe gitmek zorunda olan işçi sınıfı arasında, sınıflı toplumlarda daha önceden de var olan, eşitsizlik pandemiyle birlikte derinleşmiştir. Bu dönemde "evde kal", "fiziksel mesafeye uy", "hijyenine dikkat et" uyarıları sınıfsal dağılıma uygun olarak karşılık bulmuştur. Artı değere el koyan sermaye sınıfı kendi yalılarında / villalarında "sakin ol şamp!" diyerek inzivaya çekilmiş, gelir getiren özel mülkü olan / birikimi olanlar online alışverişin farklı yöntemlerine ulaşmış, orta sınıf ve beyaz yakalılar evlerinden çalışmaya geçmişken, işçi sınıfına "ya açlık ya hastalık" denilerek epidemiyolojik karakterli sınıfsal bir tercih daha doğrusu tercihsizlik dayatılmıştır.

Bu tercihsizliğin sebepleri nelerdir? Birincisi, ekonomik olarak dezavantajlıların, yani işçi sınıfının, aşırı kalabalık konutlarda yaşama olasılığı daha yüksektir. İkincisi, bu sınıfta yer alan insanlar genellikle evden çalışma fırsatı sunmayan mesleklerde istihdam edilmektedir. İşçi sınıfının neredeyse ta-

COVID-19 ile ilgili yapılan dolaylı ve doğrudan çalışma sayısı 45 bin iken, toplumsal eşitsizlik ve COVID-19 arası ilişkiyi araştıran dolaylı ve doğrudan çalışma sayısı sadece 342'dir.

mamı evden çalışmaya uygun bir alanda çalışmamaktadır. Örneğin 2017 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından yürütülen bir araştırma Avrupalı emekçilerin ortalama yüzde 17'sinin evden çalışabileceğini ortaya koymuştur. Üçüncüsü, düşük gelirli sınıflarda olanların esnek / dengesiz çalışma koşullarına ve gelirlere sahip olma olasılığı daha yüksektir ve koşullarının COVID-19'a verilen ekonomik tepkiler ve sonrasında daha da kötüleşeceği kesindir. Dördüncüsü, önceden beri devam eden düşük gelir ve dengesiz gelir durumu hastalıklara karşı en iyi önleyici yöntemler olan iyi beslenmenin, iyi ruhsal duruma sahip olmanın, yeterli dinlenebilmenin, tatil yapabilmenin önündeki en önemli engeldir. Beşincisi, işçi sınıfının hastalıkların daha ileri bir aşamasında sağlık hizmetlerine başvurabildiği ve bunun da daha kötü sağlık sonuçlarına yol açtığı aşıkardır. Altıncısı, sağlık hizmetlerine erişim, bir kişinin sağlık hizmetlerini kolaylıkla kullanabilmesi ve size saygılı davranılacağına dair güven duymasıyla da belirlenir. Irk farklılıkları ve dil engellerinin sınıfsal eşitsizliğe eklenmesi sağlık hizmetine erişimi zorlaştırır. Tüm bu tercihsizlikler küresel olarak yeni bir bağışıklama kavramı doğurmuştur; Sınıfsal bağışıklama. Bu nedenle tercihsizlik sebeplerini özetleyen tek bir cümle vardır: “Her şey sınıfsaldır”



### **Uluslararası Literatürdeki Kanıtlar**

Sınıfsal / toplumsal eşitsizlik ve COVID-19 hakkında yapılan çalışmalar şu ana kadar sıklıkla merkez kapitalist ülkelerde yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar Navarro'nun "Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yoksul olmak Gana'da orta sınıf biri olmaktan daha zordur" sözünü desteklemektedir.

ABD'de yapılan bir çalışmada, yetişkinlerin yüzde 68'i, ödemek zorunda kalabilecekleri cepten harcamaların, COVID-19 semptomları olsa bile, tedavi aramaya karar vermeleri için çok önemli olacağını söylemiştir (**TCF, 2020**). Çünkü, her ne kadar ABD'de "Aileler için Koronavirüs'e Tepki Yasası (FFCRA)" test maliyetlerine yardımcı olunacağını ve de sonrasında testlerin bedava yapılacağını açıklasa da, insanlar hastalık durumunda 10 bin doları aşan cepten ödemelere karşı savunmasızdırlar (**FFCRA, 2020; Kings, 2020**). Üstelik ABD'de 30 milyon insanın hiçbir sağlık sigortasına sahip olmamasının da yapacağı kötü yöndeki etki bilinmektedir (**Berchick ve ark., 2018**). Maliyet nedeniyle test yaptıramayan ve tedavi alamayanlar düşük gelirli sınıfta yer alanlar olacağından, bu insanlar arasında morbidite ve mortalitenin artacağı açıktı. ABD'de 13 Mart'ta ulusal acil durum ilan edildikten 14 gün sonra 27 Mart'ta Los Angeles'da ölen 17 yaşındaki bir gencin -ki ABD'de hastalık nedeniyle ölen ilk genç hastadır- ek hastalığı yoktur ama sağlık sigortası olmadığı için acil bakım kliniklerinde tedavi uygulanmamış ve sağlık tesisine başvurduktan iki gün sonra ölmüştür (**CBSLA, 2020**).

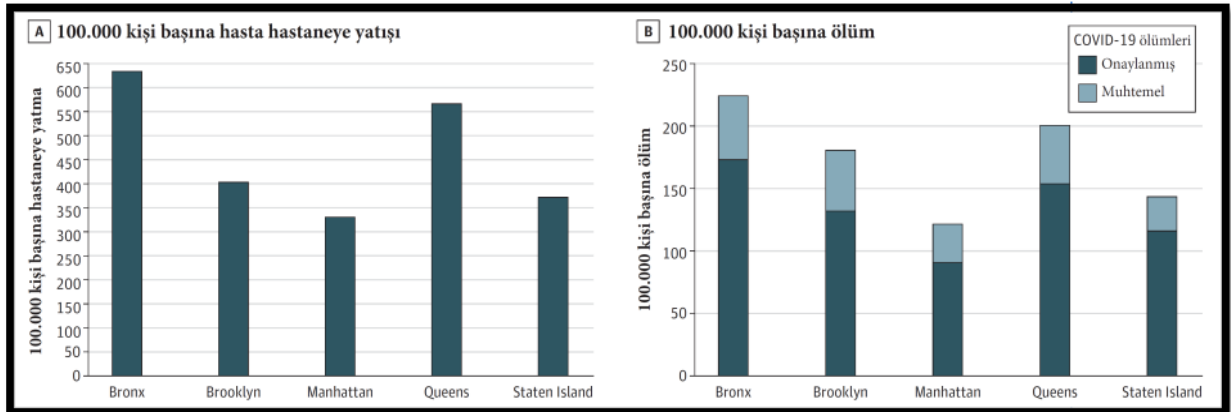
ABD'de salgının merkez üssü olarak kabul edilen New York'un her biri birbirinden benzersiz demografik, sosyoekonomik ve topluluk özelliklerine sahip 5 ilçesinde (Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens ve Staten Adası) yapılan bir çalışma bu öngörünün doğru olduğunu bilimsel olarak ortaya koyan ilk çalışmalardandır (Tablo 2) (**Wadhera ve ark, 2020**).



**Tablo 2: New York Kenti İlçeleri Arasındaki Nüfus ve Hastane Özellikleri (Wadhera ve ark, 2020)**

	New York City'nin ilçeleri				
	Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
Toplam popülasyon, n	1 432 132	2 582 830	1 628 701	2 278 906	476 179
Km kare başına nüfus yoğunluğu	33 721	37 163	71 434	21 081	8112
Hane başına kişi sayısı, ortalama	2.74	2.62	2.08	2.86	2.80
Demografik özellikler					
Yaş, median, yıl	34.4	35.4	37.6	39.2	40.1
Yaş ≥65 yıl, %	12.8	13.9	16.5	15.7	16.2
Cinsiyet, %					
Erkek	47.1	47.4	47.3	48.5	48.5
Kadın	52.9	52.6	52.7	51.5	51.5
ABD dışı doğum, %	34.4	35.6	29.2	47.6	25.2
İrk / etnisite %					
Beyaz	25.1	46.6	59.2	39.6	75.1
Siyah ve Afro Amerikan	38.3	33.5	16.9	19.9	11.5
Asya	4.6	13.4	14.0	27.5	11.0
Diğer ırk	36.8	10.4	15.4	17.0	5.2
Latin	56.4	19.1	25.9	28.1	18.7
Sosyo-ekonomik durum					
Hanehalkı geliri, medyan, \$	38 467	61 220	85 066	69 320	82 166
Yoksulluk altında yaşayanlar, %	27.4	19.0	15.5	11.5	11.4
Eğitim düzeyi, %					
Lise mezunu veya üstü	73.3	83.4	87.7	82.5	87.7
Lisans derecesi veya daha yüksek	20.7	38.9	61.4	33.5	34.3
Hastane özellikleri					
Toplam kısa süreli bakım hastaneleri, n	7	14	16	9	2
100 bin kişi başına düşen yatak sayısı	336	214	534	144	234

En yüksek ırksal/etnik azınlık oranına sahip, hanehalkı medyan gelirinin en düşük olduğu, her hanede ortalama üç kişinin yaşadığı ve de her üç kişiden birinin yoksulluk sınırının altında yaşadığı Bronx'ta, yaşlı nüfus oranı diğer ilçelere göre en az olsa bile, 100 bin kişi başına hastaneye yatırılan COVID-19 hasta sayısı ve de 100 bin kişi başına COVID-19 ile ilişkili ölüm oranı diğer dört ilçeden daha yüksek saptanmıştır (Şekil 1).

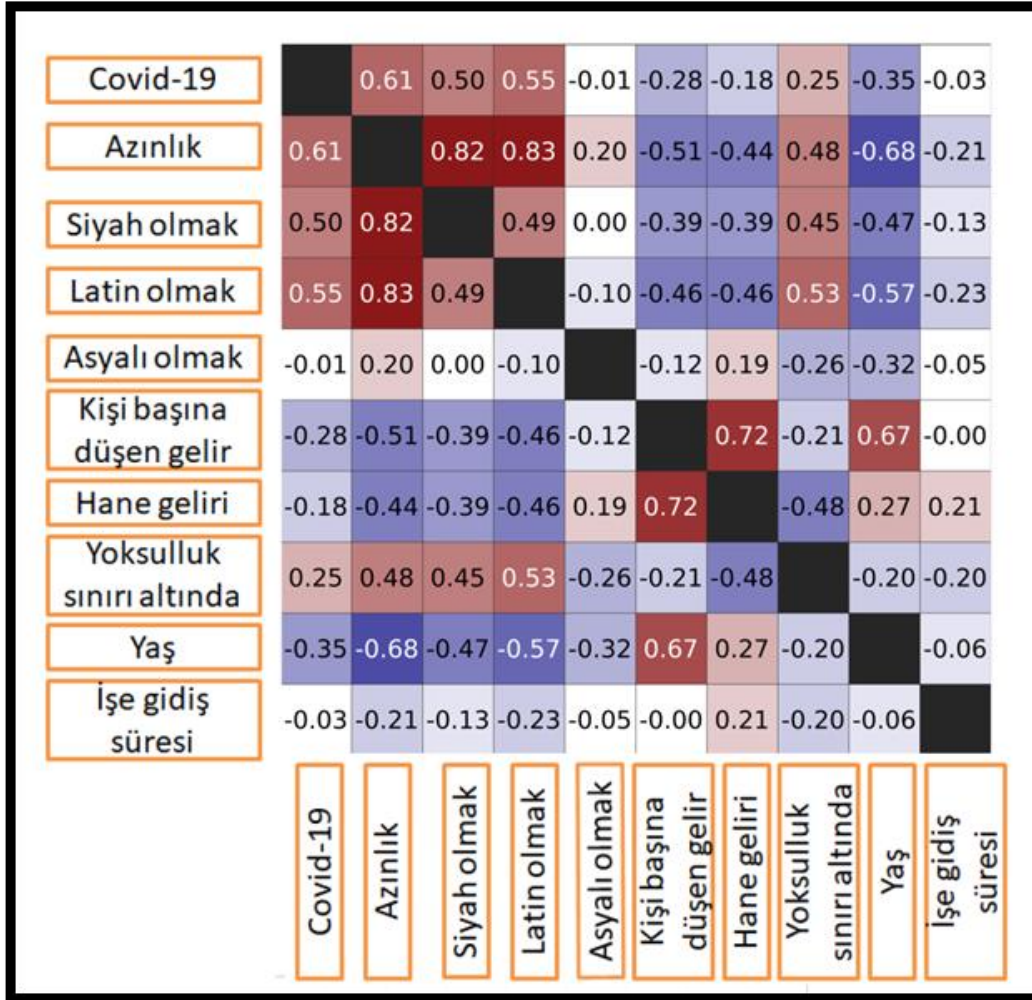
**Şekil 1: COVID-19 ile ilişkili New York Kentinin İlçelerinde Hastaneye Yatış ve Ölüm Oranları (Wadhera ve ark, 2020)**

Bronx'a göre yaşlı nüfus oranı 1,3 kat fazla olan, ağırlıklı olarak beyaz nüfustan oluşan, en zengin ilçe olarak kabul edilen ve hane halkı medyan



geliri 2,2 kat fazla olan (38 bin dolara karşılık 85 bin dolar), yoksulluk sınırının altında yaşayan insan sayısı iki kat az olan Manhattan'da ise 100 bin kişi başına hastaneye yatırılan COVID-19 hasta sayısı ve de 100 bin kişi başına COVID-19 ile ilişkili ölüm oranının Bronx'un tam olarak yarısı olduğu görülmüştür.

New York'un en zengin ilçesi olan Manhattan'ın mahallerine indiğimizde ise durumun daha vahim olduğu görülmektedir. New York City Sağlık Departmanı'nın her hafta yenilediği sonuçlara göre Mart-Eylül ayları arasında Manhattan'ın en fakir mahallerinden biri olan East Harlem'de (aylık ortalama gelir 34 bin dolar) 100 bin kişi başına COVID-19 nedenli ölüm oranı en zengin mahallesi olan Murray Hill'e (aylık ortalama gelir 117 bin dolar) göre sekiz kat fazladır (395'e karşılık 49) (NYCH, 2020). Birbirine komşu olan bu iki mahallenin merkezleri arasındaki uzaklık sadece 5 kilometre iken COVID-19 nedenli ölüm arasında oluşan 8 katlık bu farkın tek sebebi vardır: Sınıfsal Eşitsizlik.



New York'un doğu yakasında yer alan Suffolk ilçesindeki COVID-19'lu hastalar üzerinden yapılan bir başka çalışmada ise COVID-19 ile kişi başına düşen gelir arasında negatif ilişki (biri azalırken diğesinde artma) ve yoksulluk ile pozitif ilişki (biri artarken diğesinde artma) saptanmıştır (Şekil 2). (Dobin ve Dobin, 2020). Bu çalışmada azınlıklar için hastalık oranının

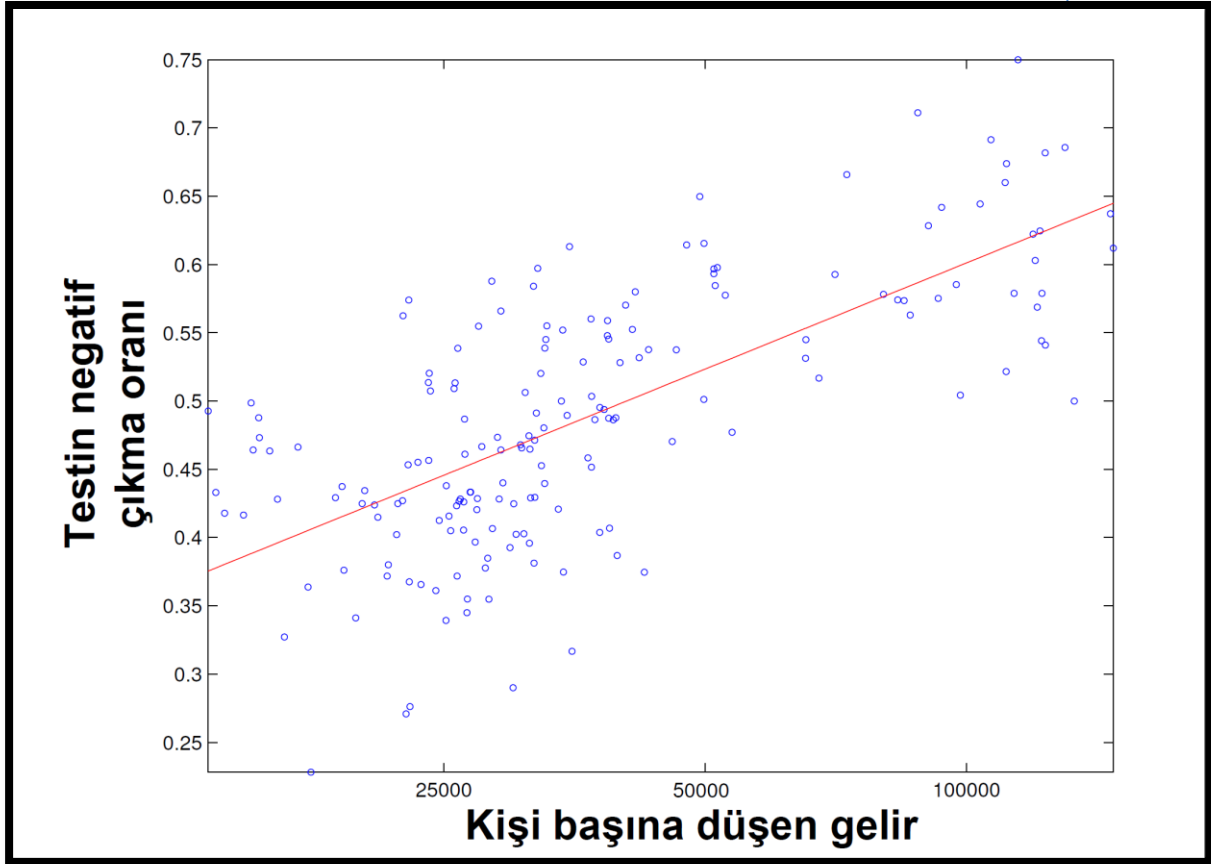
beyazlara göre 4,1 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmiştir (Güven Aralığı: 2,6-6,1). Aynı çalışmada azınlık nüfus oranı arttıkça kişi başı gelirin düştüğü ve de düşük gelirli sınıfların yüksek gelirli sınıflara göre daha yüksek enfeksiyon oranına sahip olduğu gözlemlenmiştir.

### **Şekil 2: Değişkenler ve COVID-19 Hastalık Hızı Arasındaki İkili Pearson Korelasyon Bağlarının Matriksi (Dobin ve Dobin, 2020)**

Amerikan Hastalık Koruma ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından haftalık olarak yenilenen verilerde de COVID-19'un ırklar/sınıflar arasında farklılık gösterdiği görülmektedir (**CDC, 2020**). Yaşa göre ayarlanmış COVID-19 nedeni hastaneye yatış oranları, her 100 bin kişilik nüfusa göre incelendiğinde, Amerikan Kızılderili veya Alaska yerlilerinde, siyahlarda ve Latin kökenli kişilerde beyazlara göre 4,5 kat daha fazladır.

Yine New York'ta yapılan bir başka çalışmada, test yapılma oranı aynı olan, farklı gelir gruplarından kişiler karşılaştırılmış ve kişi başına gelir ile COVID-19 test sonucunun negatif çıkması arasında belirgin bir pozitif ilişki saptanmıştır (**Schmitt-Grohe S ve ark, 2020**). Bu çalışmanın sonuçlarına göre azalan gelirin hastalığa yakalanmayı yüzde 27 oranında artırdığı hesaplanmıştır (Şekil 3).

### **Şekil 3: Negatif Test Çıkma Olasılığı İle Ortalama Kişi Başına Gelir Arası İlişki, (Schmitt-Grohe S ve ark, 2020)**



ABD'nin Louisiana eyaletinde entegre bir sağlık sistemindeki (Ochsner Health) hastaların geriye dönük tarandığı bir çalışmada, sağlık sistemine kayıtlı her on kişiden üçü siyah olmasına rağmen, COVID-19 nedeni hastaneye

yatan her dört hastadan üçünün ve Covid-19'dan ölen her on hastadan yedisinin siyah olduğu gösterilmiştir (**Price-Haywood ve ark., 2020**). Araştırmacılar sosyodemografik (yani sınıfsal) ve klinik özelliklerdeki farklılıklar istatistiksel olarak düzeltildikten sonra yaptıkları karşılaştırmada ise COVID-19 nedeni ölümün ırksal olarak farklılık göstermediğini bulmuşlardır.

Kuzey Kaliforniya'da kâr amacı gütmeyen büyük bir entegre sağlık sistemi olan Sutter Health'te gerçekleştirilen bir başka çalışmada da beyaz hastalara kıyasla siyah hastaların sadece yaş, cinsiyet ve komorbiditeler açısından ayarlama yapıldıktan sonra bile (sınıfsal düzeltme yapılmadan) COVID-19 nedeni hastaneye yatma olasılığının 2,7 kat fazla olduğu gözlemlenmiştir (**Azar ve ark., 2020**). Bu çalışmalarda uygulanan istatistiksel yöntem (farklılıkların düzeltilmesi) ile görüldüğü üzere; sınıfsal eşitsizlik olmasaydı veya ortadan kaldırılmış olsaydı siyahlar ve yani düşük gelirli sınıfta yer alanlar daha çok ölmeyecekler ve daha çok hastalanmayacaklardı.

Ne ilginç ki sınıfsal eşitsizliğin giderilmesinin salgın döneminde tüm toplumda eşit oranda hastalıkları ve ölümleri azalttığını destekleyen diğer çalışmalar 100 yıl önce yaşanan 1918 İspanyol gribi salgını hakkında yapılan çalışmalardır. İspanyol gribinden ölüm oranları Oslo'nun işçi sınıfı bölgelerinde, Chicago'daki işsizler ve kentli yoksullar arasında en yüksektir. İsveç genelinde İspanyol gribi nedeni ölümler açısından en yüksek ve en düşük meslek sınıfları arasında eşitsizlikler saptanmıştır. Buna karşılık, o dönem sosyal ve ekonomik eşitsizliğin çok az görüldüğü Yeni Zelanda gibi ülkelerde ise İspanyol gribi nedeni ölüm oranlarında herhangi bir sınıfsal fark izlenmemiştir (**Bambra ve ark., 2020**).

Görüldüğü gibi Dünya nüfusunun yüzde 5'ini oluşturmalarına rağmen küresel toplam sağlık harcamalarının neredeyse yarısının (%45) yapıldığı ABD'de tüm toplum bu salgından benzer şekilde korunamamaktadır. Toplam sağlık harcaması açısından dünyada ilk sırada olan ABD'de varlıklar eşit dağılmadığı gibi hastalık riski de eşit dağılmamaktadır. 2019 yılında Gallup tarafından yapılan "ABD'de Sağlık Maliyet Krizi" adlı çalışmada ortaya konan son yıllarda Amerikalıların sağlık için ödemek üzere tahmini 88 milyar dolar ödünç aldıkları ve son 12 ay içinde maliyet nedeniyle, 65 milyon yetişkinin sağlık sorunu yaşamasına rağmen, tedavi için sağlık kuruluşlarına başvurmadığı gerçeği yukarıdaki çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde, hem sağlık hizmetine eşit şekilde ulaşamadığını hem de toplumsal eşitsizliğin derinliğini ortaya koymaktadır (**GALLUP, 2019**).

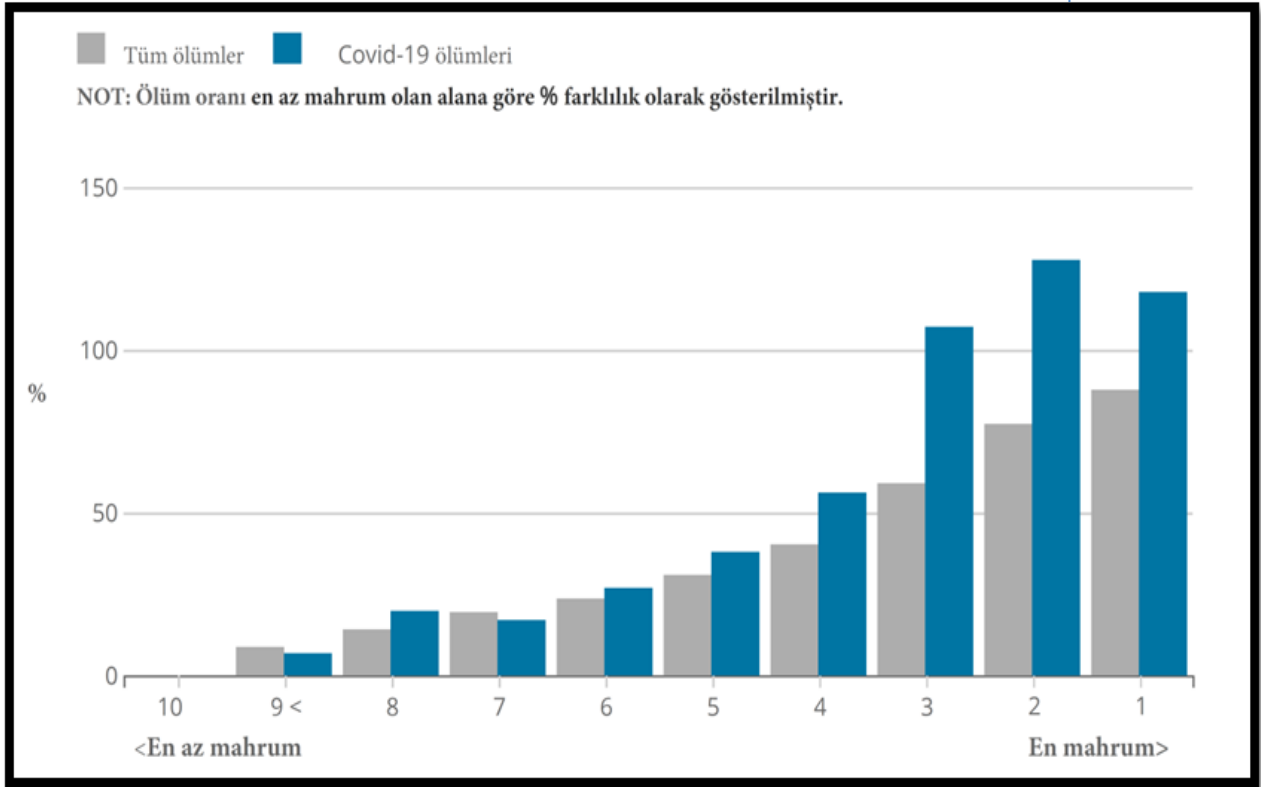
Farklı kapitalist devlet biçimlerinde emek ve sermaye arasındaki güç dengelerine bağlı olarak eşitsizliğin dereceleri değişkenlik gösterse de, ne işsizlik ne de yoksulluk ilgili toplumsal formasyonda ortadan kalkar (**Yıldırım, 2017**). Bu nedenle kapitalist üretim tarzının hüküm sürdüğü tüm coğrafyaların ortak noktası sınıfsal eşitsizliktir. Eşitsizliklerin kendisi COVID-19'un yayılması ve ölümcüllüğünün artması gibi bir işlev görmüş, dezavantajlı sınıflar daha çok hasta olmuş ve daha çok ölmüştür ve bu sermayenin umurunda bile olmamıştır. Her ne kadar yapılan çalışmalar ve yayınlanan raporlar yoksulluğu ve buna sebep olan sınıfsal eşitsizliği görmezden gele-

rek bu farkın ırk ve göçmenlik gibi kavramlar ile örtmeye çalışmakta ise de bu farkın en önemli sebebi sınıflı toplumlar ile birlikte ortaya çıkan ayrıcalıklardır. Ayrıcalıkların yaşanmaya başlanmasıyla birlikte eşitsizlikler doğmuş ve eşitsizlik COVID-19 nedeni ölüm oranlarında kendisini yeniden göstermiştir. Fernand Braudel'in "Gündelik Hayatın Yapıları" adlı eserinde Sartre'den yaptığı alıntı gibi salgın yalnızca sınıf ilişkilerinin abartılı hali olarak iş görmüş, sefaletle vurmuş ancak zenginleri dışarıda tutmuştur (**Yaşlı, 2020**).

COVID-19 sebebiyle gelişen ölümler için bugüne kadar yapılan en büyük kohort çalışmasında İngiliz araştırmacılar da sınıfsal eşitsizlik hakkında benzer sonuçlar saptamışlardır (**Williamson ve ark, 2020**). İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi'ne (NHS) kayıtlı olan 17 milyon İngilizin elektronik sağlık verileri ile İngiltere'de 1 Şubat 2020 ile 25 Nisan 2020 arasında COVID-19 nedeniyle hastanede ölen 5 bin 683 kişinin hastane verileri karşılaştırılmıştır. Yaş, cinsiyet, vücut kitle endeksi, sigara kullanımı, etnik köken, kan basıncı, solunum sistemi hastalıkları, kanser varlığı, ve benzeri 19 değişkenin incelendiği çalışmada yazarlar İngiltere'de sıklıkla kullanılan çoklu yoksunluk indeksini/ölçeğini de (multiple deprivation index-IMD) değişkenler arasına almışlardır. Çoklu yoksunluk indeksi gelir yoksunluğu, istihdam yoksunluğu, eğitim ve beceri yoksunluğu, sağlık yoksunluğu ve sakatlık, yaşam ortamı yoksunluğu, suç ve yaşanan konut engellerinin katkıları birleştirilerek oluşturulmaktadır. COVID-19'dan ölüm için, erkek olmak (1,99 kat), siyah olmak (1,71 kat), ileri yaş (70-80 arası için 4,77 kat, >80 için 12,6 kat), kontrolsüz diyabet (2,36 kat), şiddetli astım (1,25 kat) ve diğer çeşitli önceki tıbbi durumlar bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur. Bunlara ek olarak yoksunluğun da güçlü bir gradyan olarak COVID-19'a bağlı ölümleri artırdığı saptanmıştır. Çoklu yoksunluk indeksi 1 olan kişiler (*en az mahrum olanlar*) referans alındığında indeks puanı 5 olanlar için (*en mahrum kişiler*) ölüm tehlike oranı (hazard ratio) 1,75 olarak hesaplanmıştır. Yani en mahrum kişiler en az mahrum olanlara karşı COVID-19'dan ölümler açısından neredeyse 2 kat riske sahiptir. Yazarlar yoksunluğun COVID-19 ölümleri için önemli risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.

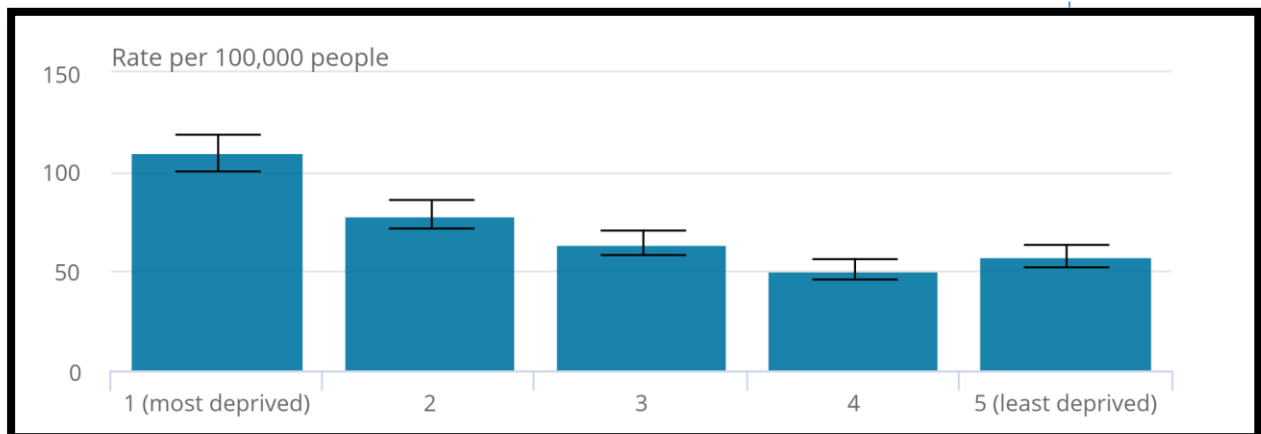
Birleşik Krallık (United Kingdom-UK) Ulusal İstatistik Kurumu'nun (ONS) 1 Mayıs 2020'de güncellediği verilere göre UK'de COVID-19 nedeniyle 1 Mart ile 17 Nisan arasında toplam 20 bin 283 ölüm gerçekleşmiştir (**ONS, 2020a**). Bu raporun ayrıntılarına bakıldığında İngiltere'de gelir, istihdam olanağı, sağlık ve eğitim, yaşam ortamı ve rahat konut erişimi açısından en az mahrum olan alanda ölüm oranı 100 bin nüfus başına 25,3 iken en yoksun bölgedeki oran 100 bin nüfus başına 55,1'dir. Yani en yoksun bölgedeki ölüm oranı en az yoksun bölgeden yüzde 118 daha yüksektir (Şekil 4).

**Şekil 4: COVID-19 Ölümünün Bölge Arası Yoksunluğa Göre Farkı, İngiltere (ONS, 2020a)**



Aynı kurumun 1 Haziran 2020’de yayınladığı son raporda Galler’de en az mahrum bırakılan yerde yaşayanlar için COVID-19 nedeni ölüm oranı 100 bin kişi başına 50,5 iken en mahrum bırakılan bölgede yaşayanlar için bu oran iki kat fazladır (100 bin kişi başına 109,5 ölüm) (ONS, 2020b) (Şekil 5).

**Şekil 5: COVID-19 Ölümünün Bölge Arası Yoksunluğa Göre Farkı, Galler (ONS, 2020b)**



İngiltere Halk Sağlığı Kurumu’nun (PHE) yayınladığı “COVID-19 risk ve sonuçlarındaki farklılıklar” adlı rapor da COVID-19’un mevcut sağlık eşitsizliklerini çoğalttığını doğrulamaktadır (PHE, 2020). Kurum son beş yılda en yoksun bölge ile en az yoksun bölgede yaşayanlar arasında görülen



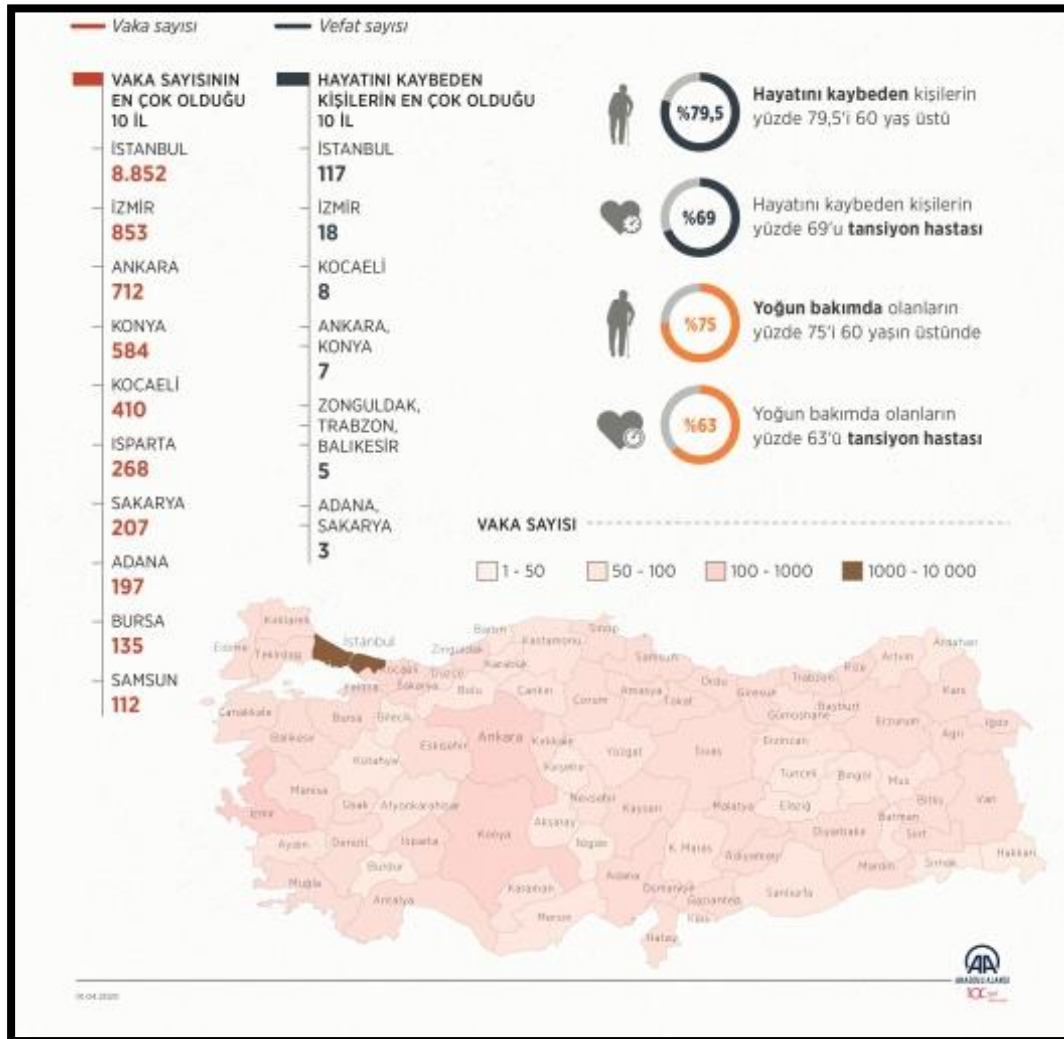
ölüm oranlarındaki eşitsizliğin COVID-19 ile birlikte yüzde 40 artarak 2,4 kata çıktığını ortaya koymuştur. Ayrıca aynı rapor, önceki yıllarla karşılaştırıldığında, tüm ölüm nedenlerinin bu dönemde siyahlarda beklenenin 4, beyazlarda ise 1,8 katına çıktığını saptamıştır. Eşitsizliğin ve ayrıcalıkların sonuçlarını bu kadar detaylandıran İngiltere Halk Sağlığı Kurumu eşitsizliğin sebebi ve çözümü konusunda ise, DSÖ ile aynı tutuma bürünerek, bir yorum yapmamıştır. Oysa aynı kurum 2009 yılındaki H1N1 salgını sırasında da İngiltere'nin en yoksun mahalleleri ile en az mahrum olanları arasında H1N1 kaynaklı ölüm oranında üç kat fark olduğunu saptamıştır (**Rutter ve ark, 2012**). Ancak o zamanda benzer şekilde kafasını yine kuma gömmeyi tercih etmiştir.

İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada ise yaşa uyarlanmış ölüm ve yaşam beklentisine COVID-19 modellerinin (hafifletme stratejisi modeli ve hafifletme stratejisi olmayan model) ve toplumsal eşitsizliğin etkisi araştırılmıştır (**mccartney ve ark, 2020**). Hafifletme stratejisi uygulanmasının (tam kilitlenme, okulların kapatılması, mücbir sebebli kurum ve iş yerlerinin çalışması gibi) UK'de 5,63 yıllık yaşam beklentisi kaybını önleyeceği tahmin edilmiştir. Bu çalışmada son 10 yılda eşitsizliğin yaşam beklentisine yaklaşık altı hafifletme stratejisi uygulanmayan COVID-19 pandemisi kadar olumsuz katkısı olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Buradan yapılacak çıkarım; COVID-19 pandemisi önce, son 10 yıldır, UK'de aslında altı COVID-19 pandemisine denk düşen "sınıfsal eşitsizlik pandemisi" yaşandığıdır.

**Tablo 3: COVID-19 ve Diğer Nedenlerin Sebep Olduğu Ölüm İndekslerinin Karşılaştırması (mccartney ve ark, 2020)**

Yaş (yıl)	Birleşik Krallık	Büyük Britanya	İngiltere ve Galler	İskoçya	Kuzey İrlanda
<b>Tam ölüm sayısı</b>					
Covid19 hafifletme olmadan	523,016	510,000	467,409	42,591	13,016
Covid19 hafifletme ile	20,510	20,000	18,330	1,670	510
İlaç zehirlenmesi	4,460	4,334	3,483	850	126
İntihar	6,038	5,739	5,039	701	298
Eşitsizlik ile ilişkili	147,346	144,164	127,013	17,150	3,182
<b>Yaşa standardize edilmiş ölüm (her 100bin kişide)</b>					
Covid19 hafifletme olmadan	903	903	903	899	910
Covid19 hafifletme ile	35	35	35	35	36
İlaç zehirlenmesi	7	7	6	16	7
İntihar	9	9	9	13	16
Eşitsizlik ile ilişkili	253	254	245	346	210
<b>Yaşam beklentisine etkisi (yıl)</b>					
Covid19 hafifletme olmadan	-5.96	-5.96	-6.03	-5.26	-5.76
Covid19 hafifletme ile	-0.33	-0.33	-0.34	-0.29	-0.32
İlaç zehirlenmesi	-0.20	-0.20	-0.17	-0.45	-0.22
İntihar	-0.25	-0.25	-0.24	-0.34	-0.49
Eşitsizlik ile ilişkili	-3.51	-3.53	-3.40	-4.73	-3.02

Sınıfsal eşitsizlikler; sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, sağlık sigortası eksikliği, önceden var olan koşullar (*doğulan, büyüyen ve yaşlanılan ortam*), standart dışı barınma, işsizlik veya tehlikeli işlerde çalışma gibi çok sayıda sağlık ve çevresel nedeni ortaya çıkarmaktadır. Sınıfsal eşitsizlik sağlıksızlığı oluştururken, sağlıksızlık da eşitsizliğin idamesini ve yeniden üretimini sağlamaktadır (eşitsizlik döngüsü). Bu döngüyle birlikte eşitsizlik doğuştan edinilen bir hastalık olmuş ve de COVID-19 pandemisinde hastalığın etkileri sınıfsal farklılık göstermiştir. Toplumun içindeki sınıflar arasındaki bu eşitsizlik koronavirüs ile birlikte ortaya çıkmamış, var olan eşitsizlikler hem koronavirüsün nedeni olmuş hem de sonuçlarını daha da kötüleştirmiştir (Sinerjistik pandemi; Sindemi). Yani COVID-19 sindemisi esasen var olan eşitsizlik hastalığının üzerindeki kapağı açmıştır. Salgın bu anlamda sınıfsal eşitsizliğin sebep olduğu ve daha önceden toplumcu hekimler tarafından defalarca ortaya konan sağlık eşitsizliğinin göz önüne gelmesi bakımından tam bir turnusol kağıdı görevi görmüştür. Refah içinde yaşama, önleyici bakım ve sağlık eğitimi sınıflı toplumlarda devamlı eğitilmiş ve varıllara özel olduğu için zamanla aradaki eşitsizlik daha da artmış ve sonuçları daha önce olduğu gibi bugün de varıl olmayanları daha çok etkilemiştir. Bu nedenle COVID-19 pandemisi küresel anlamda ülkeleri neredeyse eşit oranda etkiler iken ülkelerin içinde sınıfsal olarak farklı sonuçlara yol açmıştır.



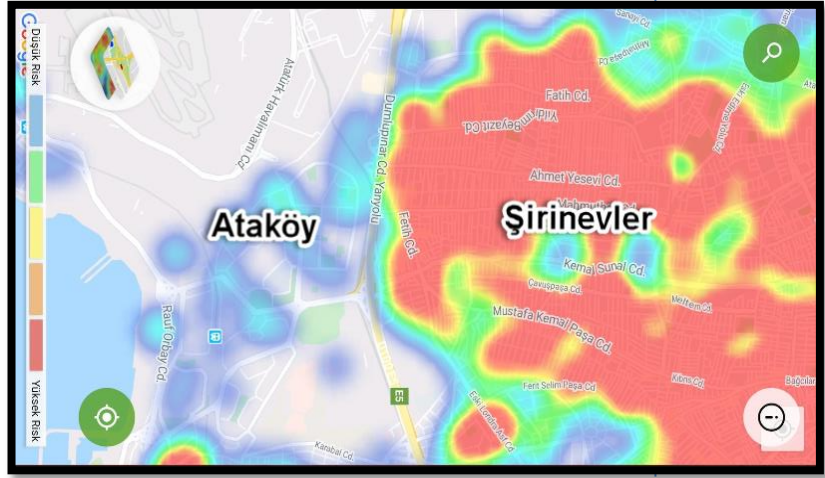
### Ülkemizde Covid-19'un Toplumsal/Sınıfsal Eşitsizliği

Ülkemizde COVID-19'a yakalanan hastalar ile ilgili sınıfsal eşitsizliği ortaya koyabilecek detaylı verilere (şehir, ilçe, mahalle, yaşanan ev tipi, yaşanan yerdeki kişi sayısı, meslek, iş yükü, çalışma saati, aylık gelir, işe gidiş/geliş şekli, evden çalışabilme, vb) ulaşılamamaktadır. Türkiye kaynaklı COVID-19 hakkında yayınlar çoğalmaya başlasa bile, bildiğimiz kadarıyla, bu yayınların hiçbirinde toplumsal/sınıfsal eşitsizliği ortaya koyacak değişkenler incelenmemiştir. Bu yüzden bu konuda ülkemizdeki verilerin analiz edilebilmesi imkanı şimdilik bulunmamaktadır.

Ancak hem Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması hem ülkemizde salgının başladığı günden beri yapılan yazılı ve görsel basın haberleri hem de meslek ve kitle örgütleri tarafından yayınlanan raporlar COVID-19'un sınıfsallığını ortaya koymaktadır. Örneğin; işçi şehri olarak kabul edilen Kocaeli, pandeminin ilk ayında COVID-19'un en çok görüldüğü ilk beş şehir arasında idi. İşçi şehri olarak bilinen bir diğer ilimiz Zonguldak'ın, Kocaeli ile birlikte, COVID-19 nedeni ölümlerde ilk beş şehir arasında olduğu ifade edilmişti. Oysa nüfus sıralamasına bakıldığında bu iki ilinde ilk 10 il arasında bile olmadığı görülmektedir (Şekil 6).

### Şekil 6: Pandeminin İlk Ayında COVID-19 Hastalarının ve COVID-19 Ölümlerin Dağılımı

Hastaların ve ölümlerin en çok görüldüğü İstanbul'un birbirine komşu semtleri HES uygulaması kullanılarak incelendiğinde de semtler arası sınıf farkının COVID-19'a yakalanma açısından belirgin fark oluşturduğu görülmektedir. Sık yerleşimli binalarda yaşayan düşük gelirli sınıfın bulunduğu Şirinevler "yüksek riskli bölge" olarak görülmektedirken, ferah sitelerde yaşayan orta ve yüksek gelirli sınıfın yer aldığı Ataköy "en düşük riskli bölge" olarak görülmektedir.

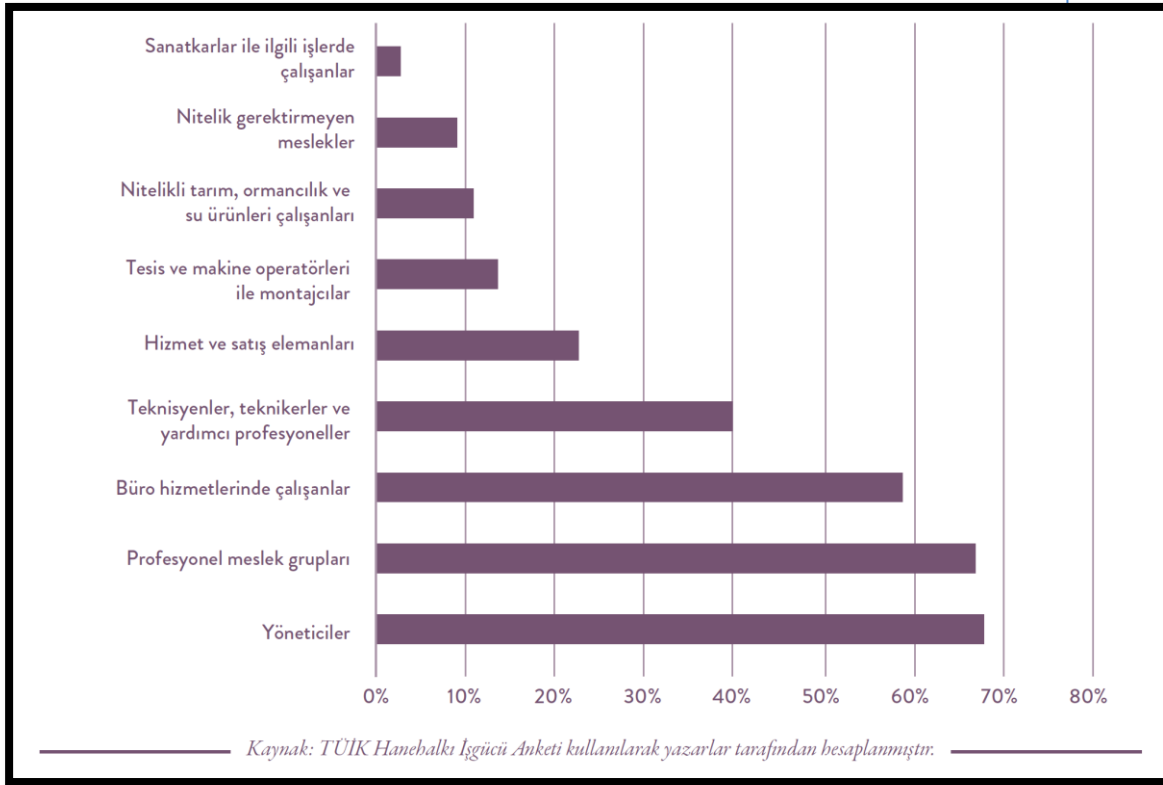


Mart ayında başlayan "Evde Kal" çağrılarında hangi semtin/ilçenin daha çok uyduğunun incelendiği bir analizde İstanbul'daki 1 milyon insanın akıllı telefonlarının dolaşım verileri incelenerek salgın sırasında İstanbul'un dolaşım haritası çıkarılmıştır (**Veloxity, 2020**). Yedi gün boyunca yapılan analize göre en fazla evde kalan semtler/ilçeler; Kadıköy, Ataşehir, Çamlıca, Fatih, Ataköy, Bakırköy, Florya, Etiler ve Şişli gibi orta ve yüksek gelirli sınıfların daha çok oturduğu bölgeler olurken, en az evde kalanlar ise (doğru tabir evden çıkmak zorunda olanlardır) Esenyurt, Bağcılar, Bayrampaşa, Sancaktepe, Sultanbeyli, Pendik gibi işçi sınıfının daha çok yaşadığı bölgeler olmuştur. Bu çalışmanın bitmesinden ilginç bir şekilde tam 14 gün sonra

Sağlık Bakanı İstanbul'un ilçelerindeki COVID-19 haritasını basın toplantısında paylaşmıştır. Bu haritanın detaylarına ulaşamasa da, haritaya atıfta bulunan İstanbul Belediye Başkanı, COVID-19 açısından özellikle Bağcılar, Esenyurt ve Bayrampaşa'da daha çok yoğunlaşmanın olduğunu belirtmiştir. Yani evde kalamayıp sokağa çıkan işçi sınıfı bunun karşılığını daha çok hastalanarak ödemiştir.

Ülkemizden yapılan başka bir çalışmada da evde kalamayanların işçi sınıfı olduğunu kanıtlamıştır. Bu çalışmaya göre makro düzeyde ülkemizde evden çalışabilirlik yüzde 24 olarak hesaplanmıştır (**Aytun ve Özgüel, 2020**) (Şekil 7). Bu oran beyaz yakalılarda yüzde 70'e kadar çıkmaktayken işçi sınıfında yüzde 10'un altına düşmektedir. Aynı çalışma meslekler itibarıyla evden çalışabildiği ölçüde gelirlerin korunduğunu ortaya koymuştur. Çalışanların pandemi öncesi aldığı maaş da evden çalışabilirlik ile korelerdir. Bu nedenle işçi sınıfının yaşadığı semtlerde "evde kal" uyarılarına rağmen hareketlilik devam etmiş ve açlık ve hastalık ikilemine (*sınıfsal tercihsizliğe*) itilen bu sınıf doğal olarak hastalığı seçerek evde kalamamıştır.

**Şekil 7: Evden Çalışabilirliğin Ana Meslek Grupları Arası Dağılımı (Aytun ve Özgüel, 2020)**

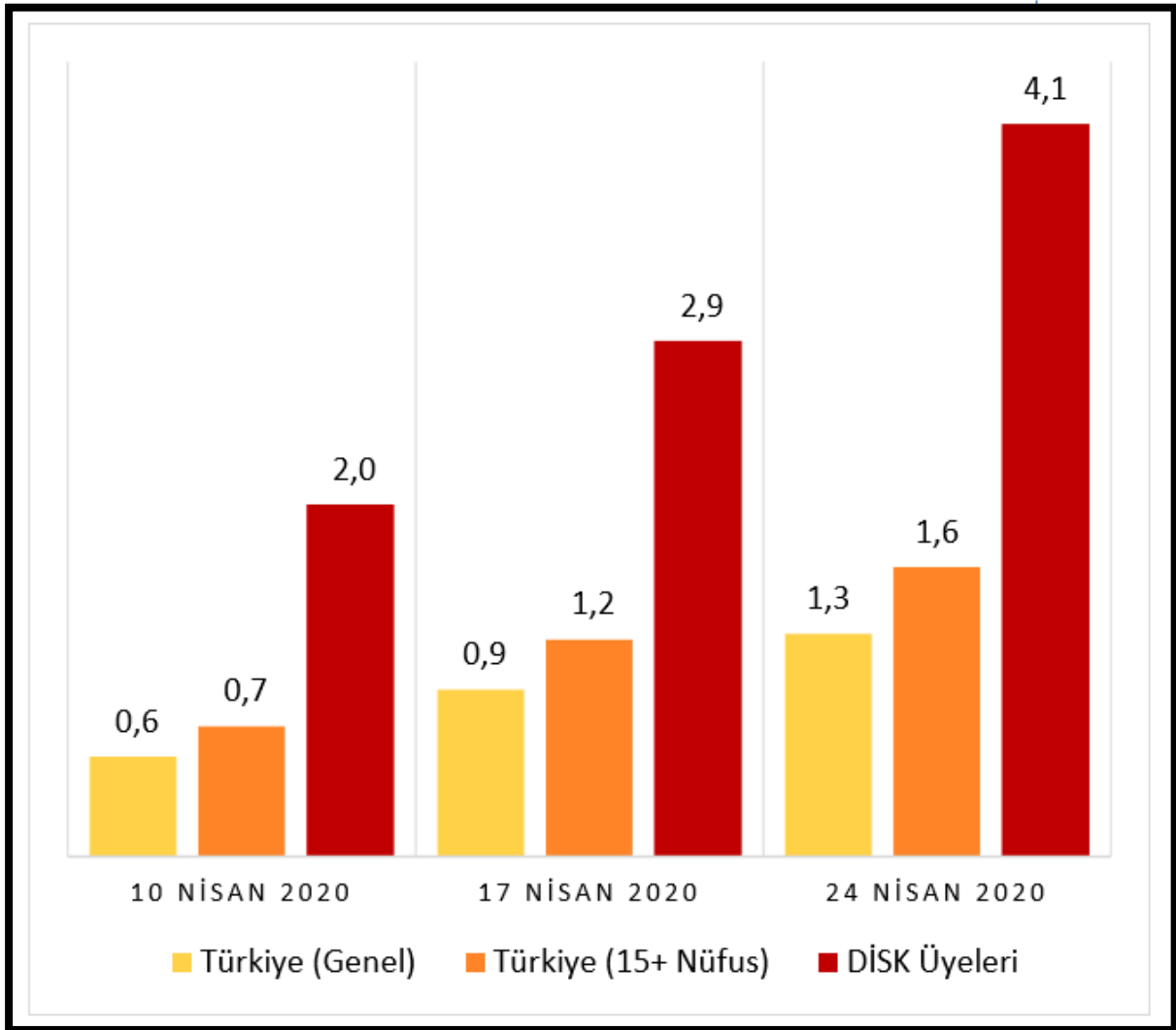


Bilim Akademisinin bilim platformu olan Sarkaç'ta çıkan bir yazıda ise Türkiye'de pandemi sonrası uygulanan düzenlemelerin emek piyasalarındaki eşitsizliklere bireysel düzeydeki etkisini daha iyi anlayabilmek için sektörler maruz kaldıkları yasal ve fiili kısıtlamalara göre beş kategoriye ayrılmıştır (**Duman, 2020**). Bu çalışmada, Türkiye'de toplam istihdamın neredeyse yüzde 46'sının salgından etkilenen sektörlerde çalıştığı ve salgından olum-

suz etkilenen / etkilenecek kesimlerin düşük ücretle çalışan emekçilerden oluştuğu sonucuna ulaşmıştır.

Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu Araştırma Merkezi (DİSK-AR) tarafından yayınlanan raporlar da COVID-19'un sınıfsallığın ortaya koymaktadır. 27 Nisan tarihli rapordan anlaşıldığı üzere DİSK üyesi işçiler arasında COVID-19 pozitif vaka oranı, Türkiye'deki toplam vaka oranının 3,2 katıdır (**DİSK, 2020a**). DİSK üyesi işçiler arasında pozitif vaka oranı binde 4,1 iken, Türkiye'de COVID-19 pozitif vaka oranı binde 1,3'tür (Şekil 8). Bu araştırmada işçiler arasında COVID-19 pozitifliği oranının gerek genel nüfusa göre gerekse çalışma çağındaki nüfusa göre oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

**Şekil 8: DİSK Üyesi İşçiler ve Türkiye Geneli COVID-19 Pozitif Vaka Oranı (DİSK, 2020a)**



DİSK tarafından yayınlanan 8 Temmuz tarihli “Covid-19 İşçileri Nasıl Etkiledi?” Başlıklı başka bir araştırmaya göre ise araştırmaya katılan işçilerin yüzde 1,6’sı COVID-19’a yakalandığını belirtmiştir (**DİSK, 2020b**). Araştırmanın yayınlandığı aynı günlerdeki rakamlar incelendiğinde; o güne kadar, ülke nüfusuna göre COVID-19 pozitif hasta oranının binde 2 olduğu



görülmektedir. Buradan da anlaşıldığı üzere işçiler arasındaki COVID-19 pozitiflik oranı genel nüfusa göre 7 kat daha fazladır.

Öte yandan, unutulmamalıdır ki; DİSK'in verileri sendikalı işyerlerinde çalışan işçileri yansıtmaktadır. Sendikası ve kayıtsız işyerlerinde COVID-19 pozitif oranının çok daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) Meclisi'nin raporuna göre ise Nisan ayında gerçekleşen işçi ölümleri sayısı geçmiş aylara göre iki katına ulaşmış ve işçi ölümleri içinde en sık sebep yüzde 47 ile COVID-19 olmuştur (**İSİG, 2020**). İSİG'in 2020 Ağustos raporuna göre de en az 224 işçi çalışırken COVID-19'a yakalanmış ve hayatını kaybetmiştir (**İSİG, 2020b**).

Ülkemizde üç farklı pandemi hastanesinde çalışan sağlık emekçilerine yapılan Covid-19 seroprevalans çalışması ise sağlık emekçileri arasındaki eşitsizliği ortaya koymuştur (**Alkurt ve ark., 2020**). Çalışmaya alınan beyaz yakalı sağlık emekçilerinde (hekimler, hemşireler, yöneticiler, vb) antikor pozitifliği yüzde 2,3 çıkarken temizlik işçilerinde bu oran yüzde 6 bulunmuştur.

### **İşsizlik Oranlarında Artış**

Ülkelerdeki işsizlik oranları, COVID-19 ile birlikte, yüzde 100 artış gösterirken gelecek aylarda bu oranın daha da artacağı düşünülmektedir. Yapılan tahminlere göre pandemi krizi sonrasında küresel ölçekte 500 milyon kişinin işsiz kalacağı beklenmektedir. Bu 1929 kapitalizm buhranındaki rakamın neredeyse tam on katıdır (**Kindleberger, 1986**). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 1 Nisan 2020 tarihli raporuna göre tam veya kısmi kilitlenme önlemleri şu anda dünyadaki işgücünün yaklaşık yüzde 81'ini temsil eden yaklaşık 2,7 milyar işçiyi etkilemiştir (**ILO, 2020a**). ILO'nun küresel tahminlerine göre çalışma saatleri 2020 yılının ikinci çeyreğinde, 2019'un son çeyreğine göre, yüzde 10,7 azalmıştır. Bu da yaklaşık 305 milyon tam zamanlı çalışana eşit olacaktır (**ILO, 2020b**). Aynı rapora göre, dünya ekonomisinde en iyi ihtimalle yüzde 3, ılımlı bir tahminle yüzde 6 ve daha kötüsü olursa yüzde 10'lara varan bir daralma beklenmektedir.

DİSK-AR tarafından hazırlanan ve 11 Mayıs'ta sunulan rapora göre ise ülkemizde istihdam, krizden bugüne 2,5 milyon azalmıştır ve bu çerçevede COVID-19 ülkemizde 7-8 milyon yeni işsiz yaratacaktır (**DİSK, 2020c**). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Haziran ayında yayınladığı son işgücü istatistiklerine göre ise Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştakilerde işsiz sayısı 2020 yılı Mart döneminde geçen yılın aynı dönemine göre 573 bin kişi azalmış ve işsizlik oranı 0,9 puanlık azalış ile yüzde 13,2 seviyesinde gerçekleşmiştir (**TÜİK, 2020**). İstihdam oranı ise, işsizlik oranlarında azalma olmasına rağmen 3,4 puanlık azalış ile yüzde 42 olmuştur. Ancak DİSK tarafından TÜİK ile aynı gün yayınlanan bir başka rapora göre; COVID-19 en az 6 milyon istihdam kaybına yol açmış olup -ki bu rakam TÜİK verilerinin 5 katıdır-, COVID-19'un etkisiyle revize edilmiş geniş tanımlı işsizlik 13 milyonu aşarak yüzde 39'a ulaşmıştır (TÜİK rakamının 3 katı) (**DİSK, 2020d**).

Sarkaç internet sitesindeki bir araştırmaya göre salgın öncesinde Türkiye’de ücretlerin dağılımının Gini katsayısı 0,3 iken (*bir not: bu katsayının 1’e doğru yaklaşması eşitsizliklerde artış olduğunu gösterir*) salgın sonrasında, görece iyimser senaryoda bile, katsayının 0,34-0,35’e çıkacağı tahmin edilmiştir (**Duman, 2020**). Yani varolan eşitsizliklerde yüzde 13-17 oranında artış beklenmektedir. P90/P10 oranına bakılarak hesaplanan eşitsizlik tanımına göre ise (*bir not: bu oran en yüksek gelire sahip %10’nun geri kalan topluma göre oranıdır*) mevcut durumdaki 3,8’lik oranın 4,15-4,54’e çıkacağı tahmin edilmiştir. Zenginlerin zenginliklerinde olacak olan bu artışlar ücret dağılımında yaklaşık yüzde 9-19’luk kötüleşmeye denk gelecektir. Her iki ölçütün de gösterdiği gibi yeni ücret dağılımları mevcut durumdaki eşitsizliği yükseltecektir.

Mayıs 2020’de pandeminin Türkiye ekonomisi üzerine beklenen etkilerini ve bu etkilere karşı geliştirilebilecek olası kamu politika alternatiflerini inceleyen bir çalışmaya göre de ülkemizde işsizlik yüzde 14’ten yüzde 33’e çıkacak, hane halkı geliri yüzde 46 azalacak, istihdamda ise yüzde 22,8’lik kayıp yaşanacaktır (**Voyvoda ve Yeldan, 2020**).

Dünya Bankası’nın projeksiyonlarına göre de pandemi bu yıl en iyi senaryoda dahi 71 milyon insanı yoksulluğa iterek küresel yoksulluk oranını yüzde 9’lara çıkarabilir (**World Bank, 2020a**). Dünya genelinde insanların yaklaşık yüzde 55’inin (yaklaşık 4 milyar), pandemiden önce, herhangi bir sosyal korumasının olmadığı bu veriler ile birlikte düşünüldüğünde hem ulusal hem de küresel anlamda eşitsizliklerin daha da artacağı bir döneme gireceğimiz görülmektedir (**ILO, 2020c**). Salgın beraberinde sadece hastalık ve ölüm getirmemiş, sermayenin çalışan sınıflara yönelik şiddetini de artırmıştır. İşsizliğin artışına, hayat pahalılığının artışı, ücretlerin aşağıya çekilmesi ve dolayısıyla derinleşen yoksullaşma eşlik edecek, eşitsizlikler daha da keskinleşecektir (**Yaşlı, 2020**).

### **Çocuklar Arası Eşitsizlik ve COVID-19**

Önceki halk sağlığı acil durumları sonrasında da beslenme, eğitim olanakları, barınma ve çocuk istismarı (*çocuk işçiliği, çocuk yaşta evlilik, vb*) gibi çocuklar arası eşitsizlikleri belirlemede en sık kullanılan göstergelerde belirgin bozulmalar olmuştu. Geçen yıllarda her beş saniyede 15 yaşın altındaki bir çocuğun öldüğü, her beş çocuktan birinin yetersiz beslendiği, düşük ve orta gelirli ülkelerde 10 yaşındaki çocukların yarısından fazlasının (%53) ve yoksul ülkelerde her beş çocuktan dördünün basit hikayeleri bile okuyamadığı ve anlayamadığı, beş yaşın altındaki dört çocuktan birinin doğum kaydının olmadığı, 72 milyonu tehlikeli işlerde olmak üzere yaklaşık 152 milyon çocuk işçinin olduğu, gelişmekte olan ülkelerdeki çocukların yüzde 19,5’inin (385 milyon çocuğun) günde ortalama 1,90 dolar veya daha düşük bir gelirle geçinmeye çalışan ailelere mensup olduğu, kısacası çocuklar arası eşitsizliğin küreselleştiği, dünyamızda Covid-19 ile birlikte çocuklar arasındaki eşitsizlikte artma olacağı kesindir (**ILO, 2020d; ILO, 2020e**).

Okulların uzun süre kapalı kalması yoksulluk içinde yaşayan çocuklar için sosyal ve sağlık açısından zararlı sonuçlar doğuracak ve mevcut eşitsizlikleri daha da kötüleştirecektir. Çünkü yoksulluk içinde yaşayan birçok çocuk

Okulların uzun süre kapalı kalması yoksulluk içinde yaşayan çocuklar için sosyal ve sağlık açısından zararlı sonuçlar doğuracak ve mevcut eşitsizlikleri daha da kötüleştirecektir. Çünkü yoksulluk içinde yaşayan birçok çocuk için, okullar sadece öğrenmenin değil, sağlıklı beslenmenin ve de sosyalleşmenin yeridir.

için, okullar sadece öğrenmenin değil, sağlıklı beslenmenin ve de sosyalleşmenin yeridir (**Van Lancker ve Parolin, 2020**). Okullarda veya çocuk bakım merkezlerinde verilen yemekler ve atıştırmalıklar, çocukların günlük beslenme gereksinimlerinin üçte ikisini karşılar ve genellikle evden getirilenlerden daha sağlıklıdır (**Dunn ve ark, 2020**). Dünya Yemek Programı'na (WFP) göre dünya genelinde 352 milyon çocuk okulların kapanması nedeniyle günlük öğünlerinin belirli bir bölümünü kaçıracaklardır (**WFP, 2020**).

ABD Tarım Bakanlığı (USDA) Ulusal Okul Öğle Yemeği Programı, Okul Kahvaltı Programı ve Çocuk ve Yetişkin Bakım Gıda Programı ile birlikte günde yaklaşık 35 milyon çocuğa hizmet vermekte idi (**USDA, 2019**). USDA'nın okulların kapanması sonrasında yemek servisi sunulmasını zorunlu kılmaması nedeniyle bu tür programlar kesintiye uğradığından, COVID-19 pandemisinin merkez kapitalist ülkelerde bile düşük gelirli sınıfta yer alan ebeveynlerin çocuklarının beslenme eşitsizliğini daha fazla artıracığı açıktır.

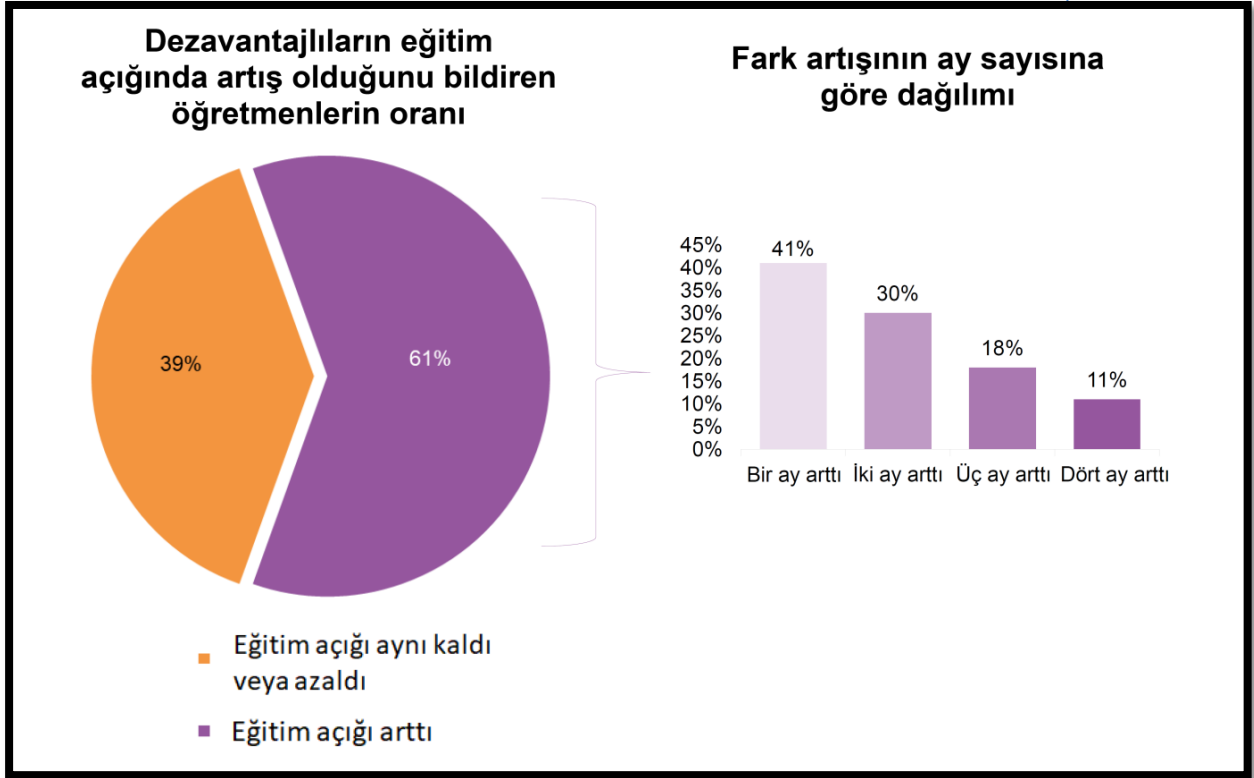
Yapılan araştırmalar çocuk sağlığındaki önlenebilir eşitsizlik göstergelerinden diğer ikisi olan eğitim ve barınma olanaklarının pandemi sürecinde eşitsizlikleri pekiştirici özellik göstereceği yönündedir. Çünkü okul dışı faktörlerin eğitim sonuçlarındaki eşitsizliklerin birincil kaynağı olduğu düşünülmektedir. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), 138 ülkenin ülke çapında okulları kapattığını belirtmiştir. Bunun dünya genelinde çocukların yüzde 70-80'inin (yani yaklaşık 1,8 milyar çocuk ve gencin) eğitimini etkileyeceği tahmin edilmektedir (**UNESCO, 2020**). Ulusal uzaktan eğitim platformu başlatma konusunda ise ülkeler arasında bariz bir fark vardır. Merkez kapitalist ülkelerin hemen hepsinde böyle bir eğitim platformu başlatılırken düşük gelirli ülkelerin sadece yüzde 30'unda uzak eğitim uygulanabilmiştir (**UNESCO, 2020**). United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) tarafından açıklanan son veriye göre de pandemi döneminde dünya genelinde en az 463 milyon çocuk uzaktan eğitime erişememiştir (**UNICEF, 2020**).

Uzaktan eğitimin başlatıldığı ülkelerde bu platformlara erişimin hane halkı geliri ile ilişkisi hakkında bir çalışma olmasa da okulların kapalı kaldığı dönemde, eğitim ve öğrenim, yüksek gelirli hane halklarının çocukları için engellenmeden devam edebilirken, düşük gelirli hane halklarından gelen çocukların, güvencesiz barınma durumları, bilgisayar ve internet yokluğu nedeniyle ödev ve çevrimiçi kursları tamamlamada zorluk çekmeleri muhtemeldir. Örneğin, pandemi nedeniyle okulların kapatılması sonra Milli Eğitim Bakanlığı tarafından uygulanmaya konulan uzaktan eğitim platformu EBA'nın Nisan 2020'deki kullanımının Kocaeli'de yoksulların yaşadığı bölgelerde yüzde 12'ye kadar düştüğü görülmüştür (**Evrensel, 2020**). Meclise sunulan bir soru önergesine verilen yanıttan da Türkiye genelinde 8,7 milyon çocuğun internet erişiminden faydalanamadığı öğrenilmiştir (**Karadai, 2020**).

Birleşik Krallık'ta Ulusal Eğitim Araştırmaları Vakfı (National Foundation for Educational Research-NFER) tarafından 2 bini aşkın okulda çalışan öğret-

menlerle yapılan mülakatlara dayanan ve Eylül ayı başında yayınlanan bir araştırmaya göre pandemi döneminde ebeveynlerinin sınıfına göre çocuklar arası eğitim eşitsizliğinde artış izlenmiştir (**Sharp ve ark, 2020**). Araştırmaya katılan öğretmenlerin yüzde 61'i dezavantajlı öğrenciler (*raporda dezavantajlı olarak belirttikleri için böyle yazılmıştır*) ile diğer akranları arasındaki öğrenme açığının arttığını bildirmiştir (Şekil 9).

**Şekil 9:** Dezavantajlı Öğrenciler ve Akranları Arasındaki Öğrenme Açığındaki Artış (**Sharp, 2020**).



Çocuklar arası sınıfsal eşitsizliğin sebep olduğu öğrenme açığının ilkokullardakine kıyasla ortaokul öğrencilerinde daha fazla arttığı belirtilmiştir (%76). Okulların kapandığı dönemde 6 aylık bir öğrenim kaybına uğrayan öğrencilerin oranı en zengin bölgelere kıyasla en fakir bölgelerde 10 katına çıkmıştır. Yani bu sınıfsal saldırı sadece bugünü değil, yarını da vurmuş, gelecek gasp edilmiş, bunun somutlaştığı alanlardan biri de eğitim olmuştur (**Yaşlı, 2020**).

Okulların ve parkların kapatılması, kapalı oyun alanları ve açık hava eğlence tesislerine erişimin engellenmesi de düşük gelirli aileye sahip birçok çocuğun ve gencin günlük yaşamını ciddi şekilde kısıtlamaktadır. Alman Federal Nüfus Araştırmaları Enstitüsü'nün (bib) pandemi sırasında ailelerin yaşam durumu üzerine yürüttüğü yeni bir çalışma çocuklu tüm ailelerin yüzde 30,3'ünün ortak bir bahçe olmaksızın kentsel bölgelerde yer alan apartmanlardaki küçük dairelerde yaşadığını göstermiştir (**bib, 2020**). Her ne kadar bu çalışma hane gelirleri konusunda bilgi vermese de doğaya, park ya da ormanlara erişim imkanları oldukça sınırlı bu ailelerin sınıfsal eşitsizliğe sahip aileler olduğu muhtemeldir.

Beslenme, eğitim ve barınma zorluklarının ötesinde, düşük gelirli aileler ve de dolayısı ile onların çocukları uzun vadede ek bir tehditle karşı karşıyadır: ciddi bir ekonomik durgunluk, buna ikincil olarak işsizlik ve işsizliğin sonucunda çocuk işçiliğinde artış. Çocuk eşitsizliğinde önemli göstergelerden biri olan çocuk işçiliği farklı sosyal, ekonomik ve politik nedenler ile birlikte karmaşık bir konudur (**Çatak ve Bozkurt, 2010**). Bu nedenler arasında eğitime erişim ve kalite eksikliği, iş yasalarının eksik yanları veya uygulanmaması, kayıt dışı ekonominin yaygınlığı, toplum içindeki cinsel eşitsizlik, yoksullar için yetersiz sosyal koruma ve tabii ki de sınıfsal olarak eşitsizliğe sahip olan ebeveynlere sahip olma sayılabilir.

Ayrıca çocuk işçiliği yoksulluk ve onu besleyen toplumsal sorunlar, yetişkinler için iş fırsatlarının eksikliği, göç ve acil durumlar gibi birçok faktörün birleşik ürünüdür. Çocuk işçiliği sadece bir sebep değil, aynı zamanda ayrımcılıkla pekiştirilen toplumsal eşitsizliklerin bir sonucudur (**ILO, 2020d**). Bunların üzerine pandemi krizi ve buna ikincil hane halkı işsizliği eklenmiştir. ILO'nun 2020 Haziran ayında yayınladığı "COVID-19 ve Çocuk İşçiliği" raporuna göre milyonlarca çocuk COVID-19 krizinin bir sonucu olarak çocuk işçiliğine zorlanma riskiyle karşı karşıyadır. Bu, 2000'den beri ilk kez çocuk işçiliğinde bir artış anlamına gelecektir (**ILO, 2020d**).

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Grubu'nun (UNSDG) hazırladığı rapora göre pandemi krizinin sonucu olarak aşırı yoksul durumda olan çocuk sayısı tahmini olarak 42-66 milyon artarak 452 milyon çocuğa ulaşabilir (**UNSDG, 2020**). Hane halkı düzeyinde bu tür gelir düşüşleri, dışarıdan kısa süreli sosyal yardım programları ile desteklemeler olsa bile, sınıflı toplumlardaki yoksul hanelerde yaşayanlar üzerinde yıkıcı etkiler yaratabilir –ki bu durum da çocukların her türlü sömürülmesinin ve tehlikeli işlere zorlanmalarının önünü açabilir. Çünkü haneler hayatta kalmak için her türlü aracı kullanacağından çocuk işçiliği yoksulluk ile birlikte gelir. Daha önceki çalışmalar hane halklarının daha fazla finansal desteğe ihtiyaç duyduklarında çocuk emeğine yöneldiklerini ortaya koymuştur (**Edmonds ve Theoharides, 2020; Duryea ve ark. 2007**). Ayrıca yetişkinlere kıyasla, çocukların daha az ücret karşılığında ve sosyal güvencesiz koşullarda iş kabul etme olasılığı daha yüksektir. Kârları azalan işletmeler, maliyetleri düşürmek ve kazançlarını artırmak için kasıtlı olarak çocukları işe alabilir. Çünkü yıpranma ve ölüm sonucu piyasadan çekilen emek güçlerinin yeri, en azından aynı sayıda yeni emek gücü ile sürekli olarak doldurulmalıdır (**Marx, 2010**). Beklentiler ülkeden ülkeye değişmekle birlikte yoksulluktaki yüzde 1 puanlık bir artış, çocuk işçiliğinde en az binde 7 puanlık bir artışa yol açmaktadır (**ILO, 2020d**). Bu da kaba hesaplara global olarak çocuk işçiliğinde yüzde 20-30 düzeyinde artış olacağı anlamına gelmektedir.

Önceki halk sağlığı acil durumları sonrasında da çocukların emek gücü üzerinden sömürüldüğü görülmektedir. Örneğin 2014 Ebola salgınında elde edilen deneyimler salgının ikincil çıktılarının çocuk işçiliği ve zorla çalıştırma ihtimalini artırdığını ortaya koymuştur (**ILO, 2020e**). Ebola salgını sırasında Dünya Bankası Liberya ve Sierra Leone'de birkaç anket çalışması gerçekleştirmiştir. Bu anketlere göre Liberya'da yaklaşık yüzde 25 çocuğun okulların yeniden açılmasından sonra okula gidemediği bildirilmiştir.

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Grubu'nun (UNSDG) hazırladığı rapora göre pandemi krizinin sonucu olarak aşırı yoksul durumda olan çocuk sayısı tahmini olarak 42-66 milyon artarak 452 milyon çocuğa ulaşabilir.



(**World Bank, 2015a**). Sierra Leone’de okulların yeniden açılmasından sonra okula dönmeyen çocuk oranı yüzde 13’dür (**World Bank, 2015b**). Sierra Leone’de Ebola salgını sonrası 12-17 yaş arası kızlarda okula kayıt oranları yüzde 50’den yüzde 34’e düşmüştür (**Bandiera ve ark, 2019**). Her iki ülkede de, sadece çok küçük bir yüzde, okula dönmeme sebebinin enfeksiyon korkusundan kaynaklandığını bildirmiştir. Ana nedenler ise okul ücretlerini ödeyememe ve ev giderleri için gelir üretme ihtiyacı için çalışmaya başlama gibi ekonomik konulardır (**World Bank, 2020b**). Fildişi Sahilleri’nde 1990 ekonomik krizinde kakao fiyatlarındaki düşüş üzerine yapılan bir araştırmada gelirden yüzde 10’luk bir düşüşün okul kaydında yüzde 3’ten fazla düşüşe ve çocuk işçiliğinde yüzde 5’ten fazla artışa yol açtığını ortaya koymuştur (**Cogneau ve Jedwab, 2012**).

Bu sonuçlardan yapılacak en önemli çıkarım; COVID-19 pandemisi sonrasında düşük gelirli ebeveynlerin artan işsizlik ile daha da düşecek gelirlerini dengelemek için tek varlıkları olan “çocuklarının iş gücüne” ihtiyaç duyacaklarıdır. Bu durum aslında Roma’nın VI. Kralı Servius Tullius’un yaptırdığı nüfus sayımı sonrası proleterya kelimesinin doğuşuna benzer bir durumdur. Bu sayıma göre nüfus servet, mal/mülk, makam, askeri veya istisnai bir yetenek varlığına göre altı sınıfa bölünmüştür. Altıncı ve en son sınıf fakir insanlardan oluşmaktadır. Servet, makam, yetenek gibi hiçbir değeri olmayan bu sınıfın tek varlığı üst sınıflara hizmet edecek olan oğullarıdır (Proles). Bu yüzden, en alttaki sınıf “Proles” kelimesinin çoğulu olan Proletarya sınıfı olarak adlandırılmıştır (**Fuss, 1840**).

Aradan geçen yaklaşık 2 bin 500 yıla rağmen proleterya için pek bir şeyin değişmediği açıktır. Karl Marks’ın “Kapital” adlı kitabında yazdığı “Romalı köle, sahibine zincirlerle bağlıydı; ücretli işçi görünmeyen iplerle bağlıdır. Ücretli işçinin görünüşteki bağımsızlığı kendisini çalıştıran efendilerinin sürekli değişmesiyle ve sözleşmenin fictio juris’iyle (hukuki sanallığı ile) ayakta tutulur” cümlesi de konuyu özetlemeye yeterlidir.

### ***Kimin İçin “Hiçbir Şey Eskisi Gibi Olmayacak”***

Hem ulusal hem de küresel anlamda eşitsizliklerin daha da artacağı bir döneme gireceğimizin görüldüğü bu dönemde düzen içi aktörler tarafından önümüze sıkça getirilen “hiçbir şey eskisi gibi olmayacak” söylemi kapitalizmin çözümsüzlüğünün itirafıdır (**Binbay ve Belek, 2020**). Öyle ki çözümsüzlük, sadece sistemin yoksul, az gelişmiş çevresinde değil, bizzat merkezinde izlenmiş ve pandeminin yaygınlığı, ölüm ve hasta sayıları ABD’de, İngiltere’de ve üç büyük AB ülkesinde zirve yapmıştır.

Diyalektik olarak bakıldığında her çözümsüzlüğün sonu bir çözüme varacağından, çözümün kapitalizmin içinde olmadığını bilen düzen içi aktörler, amacı “sınıfsızlık” olmayan reformist/revizyonist çözüm önerilerini dillendirmeye başlamışlardır. Pandemiye karşı insanlığı çaresiz bırakan sermayenin sınırsız tahakkümünü hayata geçirenler, yönetenler, ona alet olanlar paniğe kapılmışlardır. Örneğin pandeminin daha ilk günlerinde, yıllardır Batı kapitalizminin sözcülüğünü üstlenmiş yayın organlarından biri olan, Financial Times, 80 yıl önce kapitalist liderlerin uzlaştığı “toplumsal sözleşme”yi şu cümlelerle hatırlatmak zorunda kalmıştır:

“Virüs, toplumsal sözleşmenin kırılganlığını ortaya koydu: Herkese yarayacak bir toplum oluşturmak için radikal reformlar gereklidir. Herkese yarayacak bir refah devleti...” (**Financial Times, 2020, Boratav, 2020a**).

Benzer şekilde 16 Mayıs 2020’de 27 farklı dilde, çeşitli ülkelerden beş bin bilim insanının imzasıyla yayımlanan bir bildirinin içeriği de anti-kapitalist bir söylem değil, Financial Times’daki yazı gibi “revizyon” çağrısı ile ortaklıklar içermektedir (**Boratav, 2020b**). Bildiride kapitalist üretim/mülkiyet ilişkileri tartışılmamakta; refah devletinin “Altın Çağ” döneminde geliştirilen (tam istihdam, sağlık hizmetlerinin “metalaşmaması”, işletme yönetimine emekçileri katılması gibi) ana öğelerine dönüş talep edilmektedir.

Ancak, unutulmamalıdır ki, günümüzün egemen sınıfları, kapitalizmin neo-liberal düzenleme biçiminin revizyon önerilerine kapalıdır ve COVID-19 sonrası dünya, sermayenin tahakkümünün hafifleyeceği bir dünya olmayacaktır. Çünkü sömürünün derinleşmesi, mülksüzleştirilenlerin artışı, yoksulluğun yeniden üretimi, eşitsizliğin yaygınlaşması kapitalist sistemin varoluşsal bir sonucudur. Ayrıca bunalımlar ve krizler, var olan çelişkilerin vahşi, parasal çözümlerinden, bozulmuş dengeyi şimdilik yeniden kuran şiddetli patlamalardan başka bir şey değildir ve kapitalizmi koruyucu bir rol oynamaktadır (**Marx, 2010**). Bu nedenle salgın ve diğer bütün toplumsal/yaşamsal sorunlara kapitalist sistemde kalarak çözüm üretilemeyeceği artık bilimsel bir gerçekliktir. Ancak pandemi sırası/sonrası yaşanan/yaşanacak bu ve benzeri sorunlar nedeniyle iktisadi ve sosyal politikalarda dönüşüm yaşanacağına dair kullanılan ve yeni olmayan “Hiçbir şey eskisi gibi olmayacak” söylemi aslında öznesi belirsiz temenni niteliğinde kalmaktadır (**Akpınar, 2020**). Buradaki özne tabi ki de işçi sınıfıdır. Öznenin belirsiz olması ise hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağını sağlayacak/gerçekleştirecek nitelikte bir işçi sınıfı hareketinin ulusal ve küresel ölçekte olmamasıdır. Örgütsüz olan işçi sınıfı Marx’ın “Kapital”de belirttiği gibi yaşanan süreci içselleştirip doğallaştırma eğilimindedir. Örgütsüzlük eylemsizliği, eylemsizlik de doğallaştırma yoluyla kaderciliği besleyeceğinden ve de kapitalizm ve burjuvazi, şu an için, daha iyi örgütlü olduğundan, eğer örgütlü bir işçi sınıfı mücadelesi yaratılamaz ise, bundan sonra hiçbir şeyinin eskisi gibi olmayacağı sınıf bugünü bile arar hale gelecek işçi sınıfı olacaktır.

### **Son Söz Yerine: “Ne Yapmalı?”**

Toplumsal eşitsizliğin COVID-19’un asıl nedenlerinden biri olduğu, hastalığa yakalanmak ve bu nedenle ölümler için bir sınıfsal fark olduğu, her ne kadar kapitalist güç ilişkileri tarafından üretilen akademi tarafından çok fazla göz önüne getirilmese de (*hakim sınıfın fikirleri her çağda hakim fikirlerdir*), yapılan uluslararası birkaç çalışma ile ortaya konmuştur. Ancak bu çalışmaların en büyük eksiği, DSÖ’nün yaptığı gibi, eşitsizliklerin sonucunu ortaya koyup nedenini, eşitsizliklerin ileride daha nelere sebep olabileceğini ve ne yapmalı bölümünü boş bırakmalarıdır.

Pandemi krizinden önce var olan sınıfsal eşitsizliklerin pandemi ile birlikte ve sonrasında artması kaçınılmazdır. Buradan hareketle ortaya çıkan tablo,

geleceğe ilişkin kötümser senaryolar vermektedir. Bu senaryolardan en belirginini; eşitsizliklerin sınıflı üretim tarzının olduğu ülkelerde artarak devam edeceği ve insanların daha güvencesiz, giderek daha işsiz, giderek sistemden dışlanan ve giderek daha çok ölecekleri olanıdır. Bu düzen içinde bu tablo değişmeyeceği için her ülkenin içindeki yoksul ve emekçi sınıfların, yani geniş halk kitlelerinin, hem durağanlaşan ekonomiden hem istihdamın azalmasından hem de artan eşitsizliklerden kaynaklanan sorunları daha ne kadar kabullenecekleri sorusu gündeme gelecektir. Bu soruya verilecek cevabı, kapitalizm kendi devrilışin temellerini kendisi atsa da, yukarıda belirtildiği gibi, sınıfın örgütlülüğü belirleyecektir.

İnsanlık, eşitsizliği sınıflı toplumla, köleci, feodal, kapitalist üretim tarzı ve bunun ile birlikte gelen sömürü ile birlikte tanımıştır (**Onuroğulları, 1998**). Hastalıkların değil, eşitsizliklerin daha çok öldürdüğünü ise uzun zamandır bilmektedir. Tarihsel olarak bakıldığında, Rudolf Carl Virchow'un Yukarı Silezya Raporu'nda tifüs salgını için tariflediği gibi, COVID-19 salgını politik ve toplumsal örgütlenme tarafından üretilen kusurların ürünü olan suni bir salgın olarak tarif edilebilir (**Virchow, 2006**). Böyle suni bir salgının hem ortaya çıkması hem de toplumun geniş bir kesimini etkilemiş olması sınıfsız toplumsal süreçlerin parçalanmasıyla mümkün olduğundan, COVID-19'a ve onun kötü sonuçlarına sebep olan şey virüsün kendisi değil aslında üretim ilişkilerindeki bozulmadır. Kârını maksimize etmek isteyen sınıflı üretim tarzının sebebi olduğu üretim ilişkilerindeki bozulma diyalektik etkisiyle toplumsal eşitsizlikleri ortaya çıkarmış, var olanları artırmış ve bu hem salgının nedeni hem de sonuçlarına etki eden en önemli faktör olmuştur. Bu nedenle yapılması gereken ilk şey üretim ilişkilerindeki bozulmayı düzeltmek ve üretim araçlarının eşit kullanımı olmalıdır. Bunun için eşitsizliğe mahkûm edilenler eşit ve sınıfsız toplum için ortak mücadele etmelidir. Burada bahsedilen eşitlik burjuvazi ile ortaya çıkan modern eşitlik değil, toplumsal eşitliktir ve bunun temel koşulu sömürünün ortadan kaldırılması ve sınıfsız bir toplum yaratılmasıdır.

## Kaynaklar

- **Akalın MA. (2015).** Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım. İstanbul
- **Akpınar T. (2020).** Hiçbir Şey Eskisi Gibi Olmayacak'a Karşı Her Şey Eskisi Gibi Kalacak. Erişim tarihi 03.09.2020 <https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/hicbir-sey-eskisi-gibi-olmayacaka-karsi-her-sey-eskisi-gibi-kalacak/>
- **Alkurt G, Murt A, Aydın Z, Tatlı Ö, Agaoglu NB, Irvem A, et al. (2020).** Seroprevalence of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Health Care Workers from Three Pandemic Hospitals of Turkey. Medrxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.19.20178095>.
- **Azar KMJ, Shen Z, Romanelli RJ, ve ark. (2020).** Disparities In Outcomes Among COVID-19 Patients In A Large Health Care System In California. Health Aff (Millwood) Jul;39(7):1253-1262.
- **Aydın N. (2014).** Dünyada çocuk sağlığındaki eşitsizlikler. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 29(1); 49-55
- **Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. (2020).** The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health. Jun 13;jech-2020-214401.

- **Bandiera O, Buehren N, Goldstein M, Rasul I, and Smurra A.** (2019). The Economic Lives of Young Women in the Time of Ebola: Lessons from an Empowerment Program. The World Bank.
- **Berchick ER, Barnett JC, Upton RD.** (2018). Health Insurance Coverage in the United States. The Census Bureau web sayfası. Erişim tarihi 21.05.2020 <https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html>
- **Binbay T, Belek İ.** (2020). Bilimde, yaşamda ve siyasi mücadelede artı-değer teorisini kavramanın merkezi önemi. Madde, Diyalektik ve Toplum. Cilt 3, Sayı 3. Erişim tarihi 03.09.2020 <http://bilimveaydinlanma.org/content/images/pdf/mdt/mdtc3s3/doc-dr-ilker-belek-ile-soylesi-bilimde-hayatta-ve-siyasi-mucadelede-arti-deger-teorisini-kavramanin-merkezi-onemi.pdf>
- **Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) web sayfası.** (2020) Erişim tarihi 04.09.2020 <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
- **Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) web sayfası.** (2020) Erişim tarihi 10.06.2020 <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/nationalresponses>
- **Bitler MP, Seifoddini A.** (2019) Health impacts of food assistance: evidence from the United States. Annu Rev Resour Economics 2019; 11: 261–87.
- **Boratav K. (1998).** Toplumsal Eşitsizlikler. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(2); 93-5
- **Boratav K. (2020a).** Koronavirüs sonrasında Dünya. Erişim tarihi 03.09.2020 <https://sol.org.tr/yazar/koronavirus-sonrasinda-dunya-1910>
- **Boratav K. (2020b).** Koronavirüs sonrasında Dünya-II. Erişim tarihi 03.09.2020 <https://sol.org.tr/yazar/koronavirus-sonrasinda-dunya-ii-5616>
- **Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (bib) web sayfası.** (2020). Erişim tarihi 04.09.2020 [https://www.bib.bund.de/EN/Service/Press/2020/pdf/2020-04-Every-Third-Family-in-Germany-Has-No-Garden.pdf?\\_\\_blob=publicationfile&v=3](https://www.bib.bund.de/EN/Service/Press/2020/pdf/2020-04-Every-Third-Family-in-Germany-Has-No-Garden.pdf?__blob=publicationfile&v=3)
- **CBSLA web sayfası.** (2020). Erişim tarihi 04.09.2020 <https://losangeles.cbslocal.com/2020/03/27/coronavirus-lancaster-teen-insurance/>
- **Centers for Disease Control and Prevention web sayfası.** (2020). Erişim tarihi 04.09.2020 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/index.html>
- **Cogneau D, and Jedwab R.** (2012), Commodity Price Shocks and Child Outcomes: The 1990 cocoa crisis in Côte d'Ivoire', Economic Development and Cultural Change, 60(3); 507–534
- **Cooper H, Nye B, Charlton K, Lindsay J, Greathouse S.** (1996). The effects of summer vacation on achievement test scores: a narrative and meta-analytic review. Rev Educ Res; 66: 227–68
- **Çatak B, Bozkurt Aİ.** (2010). Ailesel özelliklerin çocuk işçiliği üzerine etkisi. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 25(3); 218-229
- **Dobin D, and Dobin A.** (2020). Racial/ethnic and socioeconomic disparities of Covid-19 attacks rates in Suffolk County communities. Arxiv preprint arxiv:2004.12175.
- **Duman A. (2020).** COVID-19 ile artan eşitsizlikler ve yoksulluk. Sarkaç. Erişim tarihi 01.09.2020 <https://sarkac.org/2020/06/covid19-ile-artan-esitsizlikler-ve-yoksulluk/>
- **Dunn CG, Kenney E, Fleischhacker SE, Bleich SN.** Feeding Low-Income Children during the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med 2020; 382:e40 DOI: 10.1056/nejmp2005638
- **Duryea S, Lam D, Levison D.** (2007). Effects of Economic Shocks on Children's Employment and Schooling in Brazil. Journal of Development Economics, 84(1); 188–214.
- **Edmonds E and Theoharides C.** (2019). The Short Term Impact of a Productive Asset Transfer in Families with Child Labor: Experimental evidence from the

- Philippines. The National Bureau of Economic Research Working Paper Series No. 26190 Issued in August 2019 Erişim adresi <https://www.nber.org/papers/w26190>
- **Egen O, Beatty K, Blackley DJ, Brown K, Wykoff R. (2017).** Health and Social Conditions of the Poorest. Am J Public Health. Jan;107(1):130-135.
  - **Engels, F. (1995).** Anti-Duhring, (Çev.: Kenan Somer), 3. Baskı, syf:124, Erişim Yayınları.
  - **Eurostat web sayfası (2017).** Erişim tarihi 04.09.2020  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?Title=Living\\_conditions\\_in\\_Europe\\_-\\_material\\_deprivation\\_and\\_economic\\_strain&oldid=427434](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?Title=Living_conditions_in_Europe_-_material_deprivation_and_economic_strain&oldid=427434)
  - **Eurostat web sayfası (2018).** Erişim tarihi 04.09.2020  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?Title=File:Severe\\_material\\_deprivation\\_rate\\_analysed\\_by\\_age\\_2015-2019\\_\(%25\)\\_SILC20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?Title=File:Severe_material_deprivation_rate_analysed_by_age_2015-2019_(%25)_SILC20.png)
  - **Evrensel Gazetesi web sayfası. (2020).** Yoksulların yaşadığı bölgelerde EBA kullanımı gün geçtikçe düşüyor. Erişim tarihi 02.09.2020  
<https://www.evrensel.net/haber/401717/yoksullarin-yasadiqi-bolgelerde-eba-kullanimi-gun-gectikce-dusuyor>
  - **Families First Coronavirus Response Act web sayfası (2020).** Erişim tarihi 04.09.2020. <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employer-paid-leave>
  - **Financial Times gazetesi web sayfası (2020).** Erişim tarihi 02.09.2020  
<https://www.ft.com/content/7eff769a-74dd-11ea-95fe-fcd274e920ca>
  - **Fuss JD. (1840).** Roman Antiquities. Oxford Fleet Street, March. Syf:156-157
  - **Hamel L, Muñana C, Brodie M.** Kaiser Family Foundation/LA Times survey of adults with employer-sponsored health insurance. (2019)  
<http://files.kff.org/attachment/Report-KFF-LA-Times-Survey-of-Adults-with-Employer-Sponsored-Health-Insurance>
  - **Hamzoğlu O. (2006).** Sağlıkta eşitsizlikler ve kullanılan ölçütler. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 21(1);73-78
  - **Hamzoğlu O. (2014).** Eşitlik hakkaniyet hak. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 29(1); 24-31
  - **Hamzaoğlu O, Tüzün H. (2014).** Eşitlik ve sağlık. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 29(1); 3-4
  - **Julia C, Valleron AJ. (2011).** Louis-Rene Villerme (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. J Epidemiol Community Health. Aug;65(8):666-70.
  - **International Labour Organization web sayfası. (2020a).** COVID-19 and the world of work. Second edition Updated estimates and analysis. Erişim tarihi 04.09.2020  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_740877.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_740877.pdf)
  - **International Labour Organization web sayfası. (2020b).** ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Fourth edition Updated estimates and analysis. Erişim tarihi 04.09.2020 [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_745963.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf)
  - **International Labour Organization web sayfası. (2020c).** Social Protection Responses to the COVID-19 Pandemic in Developing Countries: Strengthening resilience by building universal social protection. Erişim tarihi 04.09.2020  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_744612.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_744612.pdf)
  - **International Labour Organization web sayfası. (2020d).** Covid-19 and child labour: a time of crisis, a time to act. Erişim tarihi 04.09.2020  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---ipecc/documents/publication/wcms\\_747421.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipecc/documents/publication/wcms_747421.pdf)



- **International Labour Organization web sayfası.** (2020e). COVID-19 impact on child labour and forced labour: The response of the IPEC+ Flagship Programme. Erişim tarihi 04.09.2020 [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---ipec/documents/publication/wcms\\_745287.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipec/documents/publication/wcms_745287.pdf)
- **İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) Meclisi web sayfası.** (2020a). Erişim tarihi 04.09.2020. <http://isigmeclisi.org/20383-carklar-donuyor-isciler-oluyor-nisan-ayinda-en-az-220-isci-yasami>
- **İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) Meclisi web sayfası.** (2020b). Erişim tarihi 04.09.2020. <http://isigmeclisi.org/20383-carklar-donuyor-isciler-oluyor-nisan-ayinda-en-az-220-isci-yasami>
- **Gallup web sayfası.** (2019). The U.S. Healthcare Cost Crisis. Erişim tarihi 04.09.2020 [https://news.gallup.com/file/poll/248123/The\\_US\\_Healthcare\\_Cost\\_Crisis.pdf](https://news.gallup.com/file/poll/248123/The_US_Healthcare_Cost_Crisis.pdf)
- **Karadal S. (2020).** Okullar açılmalı mı? Sol Haber Portalı web sayfası Erişim tarihi 04.09.2020 <https://sol.org.tr/vazar/okullar-acilmali-mi-13313>
- **King JS. (2020).** Covid-19 and the Need for Health Care Reform. N Engl J Med. Apr 17. Doi: 10.1056/nejmp2000821. [Epub ahead of print]
- **Kindleberger CP. (1986).** The world in depression, 1929-1939. Vol. 4. Univ of California Press. USA
- **Marx K. (2010).** Kapital. Ekonomi Politğin Eleştirisi. I. Cilt Sermayenin Üretim Süreci. Syf: 173. 2010. Çeviren: Selik M, Satlıgan N. Yordam Kitap.
- **Mccartney G, Leyland AH, Watsh D, Dundas R. (2020).** Scaling COVID-19 against inequalities: should the policy response consistently match the mortality challenge? <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090761v1>
- **New York City Department of Health and Mental Hygiene web sayfası.** (2020). Erişim tarihi 02.09.2020 <https://github.com/nychealth/coronavirus-data/blob/master/data-by-modzcta.csv>
- **Office for National Statistics web sayfası.** (2020). Erişim tarihi 04.09.2020 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvedcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand17april?Hootpostid=f8f83cc51cba7b7e20edce0e1993cadf>
- **Office for National Statistics web sayfası.** (2020b). Erişim tarihi 04.09.2020 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvedcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand31may2020#welsh-index-of-multiple-deprivation>
- **Onuroğulları H. (1998).** Toplumsal Eşitsizlikler. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(2); 82
- **Özkan Ö. (2019).** Sağlığın sosyal belirleyicileri sağlıktaki eşitsizliklerin temel nedeni olabilir mi? Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 34(5); 374-395
- **Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. (2020).** Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. N Engl J Med. 2020 May 27 : nejmsa2011686. Published online 2020 May 27. Doi: 10.1056/nejmsa2011686
- **Public Health England web sayfası.** (2020). Disparities in the risk and outcomes of COVID-19. Erişim tarihi 04.09.2020 [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/891116/disparities\\_review.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/891116/disparities_review.pdf)
- **Reid M. (2011).** Behind the “Glasgow effect”. Bull World Health Organ;89:706–707 | doi:10.2471/BLT.11.021011
- **Rutter PD, Mytton OT, Mak M, ve ark. (2012).** Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England. Int J Public Health;57:745–50
- **Schwartz AE, Rothbart MW. (2019).** Let them eat lunch: the impact of universal free meals on student performance. J Policy Anal Manage; published online Oct 10. DOI:10.1002/pam.22175.

- **Sigerist HE. (1941).** Bulletin of the History of Medicine, Vol. IX, No. 1. January. Erişim tarihi 01.09.2020 <http://aspphwebassets.s3.amazonaws.com/delta-omega/archives/mother.pdf>
- **Schmitt-Grohé S, Teoh K, Uribe M. (2020).** Covid-19: Testing Inequality in New York City. The National Bureau of Economic Research Working Paper Series. No. 27019 Issued in April 2020.
- **Sharp C, Nelson J, Lucas M, Julius J, mccrone T, Sims D. (2020).** Schools' responses to Covid-19 The challenges facing schools and pupils in September 2020. National Foundation for Educational Research. Erişim tarihi 02.09.2020
- **The Commonwealth Fund web sayfası (2020).** Erişim tarihi 04.09.2020. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2020/mar/what-are-americans-views-coronavirus-pandemic>
- **Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu web sayfası. (2020a).** Erişim tarihi 13.05.2020. <http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-DISK-Durum-Raporu-3-27-Nisan-2020.pdf>
- **Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu web sayfası. (2020b).** Erişim tarihi 01.09.2020 <http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2020/07/DISK-COVID-19-Alan-Arast%C4%B1rmas%C4%B1-Rapor-8-7-2020.pdf>
- **Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu web sayfası. (2020c).** Erişim tarihi 13.05.2020. <http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2020/05/DISK-AR-May%C4%B1s-2020-Istihdam-Issizlik-Raporu.pdf>
- **Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu web sayfası. (2020d).** Erişim tarihi 10.06.2020 <http://disk.org.tr/2020/06/istihdamda-covid19-depremi/>
- **Türkiye İstatistik Kurumu web sayfası. (2020).** İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Erişim tarihi 10.06.2020 <http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do?id=33787>
- **United Nations Sustainable Development Group web sayfası. (2020).** Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children. Erişim tarihi 10.06.2020 <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-children>
- **United States Department of Agriculture web sayfası. (2019).** Food security in the United States. Erişim tarihi 21.05.2020 <https://www.ers.usda.gov/data-products/food-security-in-the-united-states/>
- **United States Department of Agriculture web sayfası. (2019).** Child Nutrition Programs. Erişim tarihi 21.05.2020 <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/child-nutrition-programs/>
- **United Nations International Children's Emergency Fund web sayfası. (2020).** Erişim tarihi 01.09.2020 <https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>
- **Uytun U, Özgüzel C. (2020).** Covid-19 sonucunda evden çalışabilirlik ve eşitsizliğe etkileri: Türkiye için politika önerileri. Temmuz, 013. Erişim tarihi. 01.09.2020 [https://d4b693e1-c592-4336-bc6a-36c134d6fb5e.filesusr.com/ugd/c80586\\_3edea1ef72b34649a969eb6adf6928b7.pdf](https://d4b693e1-c592-4336-bc6a-36c134d6fb5e.filesusr.com/ugd/c80586_3edea1ef72b34649a969eb6adf6928b7.pdf)
- **Van Lancker W, Parolin Z. (2020).** COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. Lancet Public Health. May;5(5):e243-e244.
- **Velocity. (2020).** Erişim tarihi. 01.09.2020 <https://www.webtekno.com/istanbul-hangi-semtler-evde-kaldi-h88658.html>
- **Villermé L-R. (1830).** De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris, et des causes qui la rendent très différente dans plusieurs d'entre eux, ainsi que dans les divers quartiers de beaucoup de grandes villes. Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legale;3:294e341. Erişim tarihi 21.05.2020, [http://decouverte.quebec.ca/primolibrary/libweb/action/search.do?Scp.scps=scop&e%3A%28CLAA%29&srt=rank&tab=default\\_tab&mode=Basic&dum=true&fn=search&frbg=&ct=search&vid=UQAC&indx=1&vl%28freetext0%29=Louis%20Re%20Villermé&vl%2869065447UI1%29=all\\_items&vl%2811972214UI0%29=any](http://decouverte.quebec.ca/primolibrary/libweb/action/search.do?Scp.scps=scop&e%3A%28CLAA%29&srt=rank&tab=default_tab&mode=Basic&dum=true&fn=search&frbg=&ct=search&vid=UQAC&indx=1&vl%28freetext0%29=Louis%20Re%20Villermé&vl%2869065447UI1%29=all_items&vl%2811972214UI0%29=any)

- **Virchow RC. (2006).** Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. Am J Public Health. 2006 December; 96(12): 2102–2105.
- **Voyvoda E, Yeldan AE. (2020).** COVID-19 Salgının Türkiye Ekonomisi Üzerine Etkileri ve Politika Alternatiflerinin Makroekonomik Genel Denge Analizi. Erişim tarihi 01.09.2020  
[https://yeldane.files.wordpress.com/2020/05/covid\\_voyvodayeldan\\_v2\\_31mayis.pdf](https://yeldane.files.wordpress.com/2020/05/covid_voyvodayeldan_v2_31mayis.pdf)
- **Wadhera RK, Wadhera P, Gaba P, ve ark. (2020).** Variation in COVID-19 Hospitalizations and Deaths Across New York City Boroughs. JAMA. Apr 29. Doi: 10.1001/jama.2020.7197.
- **Williamson E, Walker AJ, Bhaskaran KJ, Bacon S, ve ark. (2020).** “open-safely: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients.” Medrxiv.
- **World Health Organization web sayfası (2020).** Erişim tarihi 21.05.2020.  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/2019-covid-crf-v6.pdf?Sfvrn=c5ff90c6\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/2019-covid-crf-v6.pdf?Sfvrn=c5ff90c6_2)
- **World Health Organization web sayfası (WHO, CSDH). (2008)** Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.WHO: Geneva, Erişim Tarihi 10 Haziran 2020,  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703\\_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703\\_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703_eng.pdf)
- **World Bank web sayfası. (2015a).** The Socio-Economic Impacts of Ebola in Liberia, The Results from a High Frequency Cell Phone Survey, Round 5, April 13, 2015. Erişim tarihi 10.06.2020  
[https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Poverty%20documents/Socio-Economic%20Impacts%20of%20Ebola%20in%20Liberia,%20April%202015%20\(final\).pdf](https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Poverty%20documents/Socio-Economic%20Impacts%20of%20Ebola%20in%20Liberia,%20April%202015%20(final).pdf)
- **World Bank web sayfası (2015b).** The Socio-Economic Impacts of Ebola in Sierra Leone, The Results from a High Frequency Cell Phone Survey, Round 3, June 15, 2015. Erişim tarihi 10.06.2020  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/873321467999676330/The-socio-economic-impacts-of-Ebola-in-Sierra-Leone-results-from-a-high-frequency-cell-phone-survey-round-three>
- **World Bank web sayfası. (2020a).** Projected poverty impacts of COVID-19 (coronavirus) Erişim tarihi 01.09.2020  
<https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/brief/projected-poverty-impacts-of-COVID-19>.
- **World Bank web sayfası. (2020b).** Data Collection in Fragile States. Innovations from Africa and Beyond. Erişim tarihi 10.06.2020  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/438111579759830121/Data-Collection-in-Fragile-States-Innovations-from-Africa-and-Beyond>
- **World Food Programme web sayfası. (2020).** Global monitoring of school meals during covid-19 school closures. Erişim tarihi 10.06.2020  
[https://cdn.wfp.org/2020/school-feeding-map/?\\_ga=2.201921873.1733416669.1586285970-1859366263.1586285970](https://cdn.wfp.org/2020/school-feeding-map/?_ga=2.201921873.1733416669.1586285970-1859366263.1586285970)
- **Yaşlı F. (2020).** Hayat adil değilse, ölüm de değildir. Sol haber web sayfası. Erişim tarihi 03.09.2020 <https://sol.org.tr/yazar/hayat-adil-degilse-olum-de-degidir-13485>
- **Yıldırım K. (2017).** ‘Ulusların Sefaleti’: Sınıfsal eşitsizlikler ve neoliberalizm. Erişim tarihi 01.09.2020. <https://www.birgun.net/haber/uluslarin-sefaleti-sinifsal-esitsizlikler-ve-neoliberalizm-196922>

# COVID-19 VE ÇALIŞMA YAŞAMINA ETKİLERİ

**Dr. Arzu Çerkezoğlu**

Tıp Doktoru, Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK) Başkanı

## Özet

Halk sağlığının yanında toplumsal yaşamı da derinden etkileyen COVID-19 salgını altıncı ayını doldururken, salgın nedeniyle can kayıplarının yanı sıra devasa bir iş ve gelir kaybı da yaşanıyor. İnsan sağlığına değil üretimin her koşulda devam etmesine, çarkların dönmesine odaklı politikalar sadece işçilerin sağlığını değil, toplumun tamamının sağlığını tehdit eder bir noktaya geldi. Öte yandan da Türkiye tarihinin en büyük istihdam kaybı ve işsizlik dalgası ile karşı karşıyayız.

DİSK, COVID-19 salgını ortaya çıkar çıkmaz alınması gereken önlemler ve izlenmesi gereken politikalar konusundaki görüşlerini hükümete iletti ve kamuoyuna açıkladı. Emek ve meslek örgütleri ile birlikte ortak politikalar oluşturdu ve kamuoyuna sundu. Bu yazı salgının altıncı ayında yapılanların, yapılmayanların ve salgının çalışma yaşamına etkilerinin bir bilançosunu sunmaktadır.

## Giriş

COVID-19 salgını ülkemizde altı ayını doldurdu. Salgın halk sağlığı yanında toplumsal yaşamı da derinden etkiliyor. Salgın nedeniyle devasa bir iş ve gelir kaybı yaşanıyor. Kuşkusuz salgının toplumsal ve iktisadi etkileri en çok işçi sınıfını ve dar gelirliileri etkiliyor. Salgının gelir eşitsizliğini, toplumsal adaletsizliği ve yoksulluğu daha da artıracığı sır değil. Tüm dünyada neoliberal dönemde kamusal sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin zayıflatılmasının sonucu olarak COVID-19 salgını büyük halk sağlığı sorunlarına yol açıyor.

## Salgının İşçilerin Sağlığına Etkisi

Salgının ilk aylarında gündeme getirdiğimiz acil ve zorunlu işler dışında ekonominin kapatılması ve diğer bütün işlerin en az 15 gün süreyle durdurulması talebi hükümet tarafından hayata geçirilmedi. “Çarklar dönmeye devam edecek” şeklinde özetlenecek politikaların sonucu olarak milyonlarca işçi toplu taşıma araçlarını kullanarak işlerine gitmeye devam etti. Hatta sokağa çıkma yasağı uygulanan dönemlerde işçilerin çalışması için özel düzenlemeler yapıldı ve işçilerin işe gitmesi sağlandı. Bu durum işçilerin sağlığına olumsuz olarak yansdı. Bu durum DİSK Araştırma Merkezi

(DİSK-AR) tarafından yapılan araştırmalarda da ortaya çıkmıştır. DİSK-AR, DİSK üyelerini kapsayan bir çalışmayla salgının DİSK üyesi işçiler üzerindeki etkilerini ölçmeye çalıştı.<sup>131</sup>

DİSK-AR'ın hazırladığı bu rapora göre, Türkiye'deki toplam COVID-19 pozitif vaka sayısının Türkiye nüfusuna oranı binde 1,3 iken DİSK üyesi işçiler arasındaki vaka sayısının araştırma kapsamındaki DİSK üyesi işçilere oranı binde 4,1'dir. 27 Nisan 2020 tarihi itibarıyla DİSK üyesi işçiler arasındaki COVID-19 pozitif vaka oranı Türkiye genelindeki COVID-19 vaka oranının 3,2 katı olduğu görülmüştür.<sup>132</sup> Bu verilerin DİSK üyesi sendikaların örgütlü olduğu işyerlerini yansıttığı göz önüne alındığında, sendikasız ve kayıtsız işyerlerinde COVID-19 pozitif oranının çok daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. COVID-19, bir işçi sınıfı hastalığı olarak yayılmaktadır.

Temmuz ve özellikle de Ağustos ayında COVID-19 salgını işyerlerinde hızla yaygınlaşırken, işyerlerinde oldukça insafsız uygulamalara tanıklık edildi. Örneğin Çanakkale'de üretim yapan Dardanel fabrikasında kırkı aşkın işçinin COVID-19 testi pozitif çıkınca işveren 26 Temmuz'dan başlamak üzere 15 gün boyunca fabrikada kapalı devre üretim yapılmasına karar verdi. İşçilerin ve halkın sağlığı için işletmenin 15 gün süreyle kapatılması, işçilerin aileleriyle birlikte etkili bir karantina süresi geçirmesi gerekmektedir, hukuk dışı bir biçimde "Kapalı devre çalışma sistemi" adı altında üretim sürdürülmüştür. Benzer biçimde bine yakın pozitif vakanın bulunduğu Manisa'daki Vestel fabrikasında da bantlarda dip dibe çalışan işçiler üretime devam etmiş, bu koşullarda salgın fabrikada hızla yayılmıştır. Bir işçi hasta olduğunda semptom göstermedikçe temasta olduğu işçilere test yapılmamış, bu işçiler karantinaya alınmamış, bantlarda yan yana çalışan işçilerden biri hasta olduğunda yerine yeni işçi getirilerek üretim devam etmiş, insan hayatının önceliği gereği üretimin azaltılması, hatta durdurulması gerekirken üretim sürekli olarak artırılmıştır. Buna paralel olarak işçi sayısı da mesailer de artmış, bu da riski büyütülmüştür.

İnsan sağlığına değil üretimin her koşulda devam etmesine, çarkların dönmesine odaklı politikalar sadece işçilerin sağlığını değil, işçilerin temasta olduğu toplumun tamamının sağlığını tehdit eder bir noktaya gelmiştir.

### **COVID-19'a Karşı Hukuksal, Ekonomik, Sosyal Önlemler**

Türkiye COVID-19 salgınına, 2018 Ağustos ayından beri yaşanmakta olan ve etkileri devam eden ekonomik kriz koşullarında yakalanmıştır. Hükümet salgını takiben ekonomi ve çalışma yaşamına ilişkin bir dizi düzenleme yaptı. Öncelikle söylenmesi gereken, hükümetin salgının başından beri uyguladığı politikaların işçiyi, emekçiyi, işsizi, emekliyi yani halkı koruyan politikalar değil, sermayeyi korumaya yönelik politikalar olduğudur. Dolayısıyla yapılan düzenlemelerin çok yetersiz ve sınırlı olduğu ortadadır. Hükümet çalışma yasalarında COVID-19 nedeniyle bazı değişiklikler yaptı. Bunlardan en önemlisi İşsizlik Sigortası Kanunu ile İş Kanunu'nda yapılan değişik-

27 Nisan 2020 tarihi itibarıyla DİSK üyesi işçiler arasındaki COVID-19 pozitif vaka oranı Türkiye genelindeki COVID-19 vaka oranının 3,2 katı olduğu görülmüştür.

<sup>131</sup> COVID-19 DİSK Raporları, <http://disk.org.tr/>

<sup>132</sup> COVID-19 DİSK Raporu-3, <http://disk.org.tr/2020/04/covid-19-disk-raporunun-ucuncusu-yayinlandi/>



liklerdir. Mart 2020’de kısa çalışma ödeneğinden yararlanma için gereken 600 ve 120 gün koşulları COVID-19 süresince sırasıyla 450 ve 60 güne indirildi. Ancak son üç yılda 450 gün, son 60 günde de kesintisiz prim ödeme koşulu neticesinde milyonlarca işçi Kısa Çalışma Ödeneği’nden faydalanma şansı bulamadı.

**EKONOMİK İSTİKRAR KALKANI**

Koronavirüs salgınına karşı alınan tedbirler kapsamında salgından etkilenecek sektörlerde faaliyet gösteren vatandaşlarımızın mücbir sebep hükümlerinden faydalanması sağlanarak **vergi beyanname verme ve tahakkuk eden vergi ödeme süreleri ertelendi.**

Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında verilmesi gereken muhtasar ve katma değer vergisi beyannamelerinin verilme süresi **27 Temmuz 2020 günü sonuna kadar uzatıldı.**

Beyannamelere istinaden tahakkuk eden vergilerin ödeme süreleri ise **altı ay uzatıldı.**

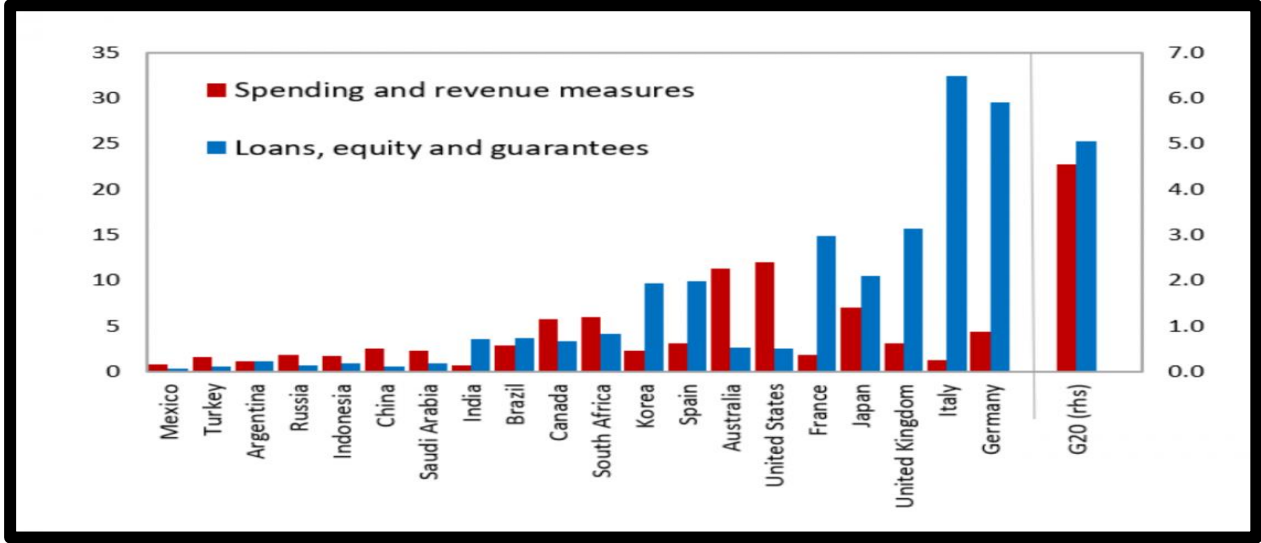
Ödemelerin **Ekim, Kasım ve Aralık** aylarının son haftası içerisinde yapılabilmesi sağlandı.

T.C. HAZİNE VE MALİYE BAKANLIĞI

[www.hmb.gov.tr](http://www.hmb.gov.tr)

17 Nisan 2020’de kabul edilen 7244 sayılı COVID-19’un ekonomik ve sosyal risklerine ilişkin Yasa ile üç ay süre ile işten çıkarma yasağı getirildi. Ancak işten çıkarma yasağı ile birlikte işverenlere işçileri tek taraflı olarak ücretsiz izne çıkarma olanağı tanındı. Ücretsiz izne çıkarılan işçilere ise nakdi ücret desteği (günde 39 TL) verilmesi öngörüldü. Bu kadar düşük bir destek milyonları açlığa mahkûm ederken, istihdam kâğıt üzerinde korunmuş oldu. Bugün işverenler tarafından ücretsiz izne ayrılan işçi sayısı 2 milyona yaklaşmış durumdadır: 2 milyona yakın işçi ailesiyle birlikte günlük 39, ayda 1168 lira ile yaşam mücadelesi veriyor.

Hükümet, Mart 2020’de COVID-19’un etkilerine karşı Ekonomik İstikrar Kalkanı adı verilen bir paket açıkladı. Önce 100 Milyar TL (yaklaşık 15 Milyar ABD Doları) büyüklüğünde olan paketin daha sonra 250 Milyar TL civarında yükseltildiği ilan edildi (36 Milyar ABD Doları). Ancak bu paketin büyük bölümünün fiktif olduğu ve kredi kolaylıkları ile borç ertelemelerinden oluştuğu görüldü. Hükümet tarafından açıklanan ekonomik önlemler paketinin GSMH’ye oranı açısından G20 ülkeleri içinde sondan ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (Grafik 1).

**Grafik 1: G20 Ekonomilerdeki Mali Önlem Paketlerinin GSMH'ya oranı (%)**

Kaynaklar: Bryn Battersby, W. Raphael Lam, and Elif Ture, Tracking The \$9 Trillion Global Fiscal Support to Fight COVID-19, 20 Mayıs 2020.

<https://blogs.imf.org/2020/05/20/tracking-the-9-trillion-global-fiscal-support-to-fight-covid-19/> (28 May 2020)

Ancak daha da önemlisi ekonomik paketten yurttaşlara ve çalışanlara yapılan nakdi ödemelerin düşüklüğüdür. Hükümet tarafından açıklanan ekonomik paketin kapsamındaki kalemlerin yüzde 96'sı borç erteleme ve kredi kolaylığı iken sadece yüzde 4'ü nakit desteğinden oluşuyor (Tablo 1).

**Tablo 1: Türkiye’de COVID-19’a Yönelik Alınan Ekonomik Önlemler**

“Ekonomik İstikrar Kalkanı” Dağılımı				
Destek / Kredi / Borç Türü	Kapsam	Miktar (Milyar TL)	Finansman Türü	Pay (%)
1.000 TL Nakdi Yardım Desteği	5,5 Milyon Aile	5,5	Nakdi Destek	2
Kısa Çalışma, Nakdi Ücret ve İşsizlik Ödeneği	4,5 Milyon Kişi	6	İŞKUR Desteği	2
SSK ve Bağ-Kur Borç Erteleme		66	Borç Erteleme	23
Bireysel İhtiyaç Desteği	6 Milyon Kişi	37	Kredi – Borç	13
Esnaf Destek Finansmanı	1,1 Milyon Esnaf	25	Kredi – Borç	9
İşe Devam Finansmanı	181 Bin İşletme	145,6	Kredi – Borç	51
<b>TOPLAM PAKET</b>		285,1		
Toplam Nakdi Destek (Sosyal Yardım + İŞKUR)		11,5	Nakdi Destek	4
Toplam Kredi ve Borç Desteği – Kolaylığı		273,6	Kredi ve Borç	96

Kaynak: Aziz Çelik, birgün Gazetesi, 25 Mayıs 2020

COVID-19 kapsamında İşsizlik Sigortası Fonu'ndan 4,5 milyon kişiye 6 milyar TL ödenek verildi. Ayrıca 5,5 milyon yoksul aileye biner lira olmak üzere toplam 5,5 Milyar TL sosyal yardım yapıldı. Toplam nakit desteğinin 11,5 milyar TL olduğu görülüyor. Buna karşılık Ekonomik İstikrar Kalkanı paketinde yer alan vergi, ev, sigorta borcu ertelemeleri ile sağlanan kredilerin toplamı 270 milyarı aşıyor.<sup>133</sup>

İşsizlik Sigortası Fonu'ndan işçilere ve işsizlere yapılan transferler de beklenenin çok altında kaldı. 4,5 milyon işçiye 6 milyar TL ödenek verildi. Ortalama ödenek miktarı aylık bin 333 TL olurken, işçi başına kısa çalışma ödeneği bin 591, işçi başına ücretsiz izin ödeneği 502, işsiz başına işsizlik ödeneği de bin 235 TL olarak gerçekleşti. Halen İşsizlik Sigortası Fonu'nda 130 milyar TL kaynak olduğu düşünülecek olursa İşsizlik Sigortası Fonu kaynaklarının etkin bir biçimde kullanıldığını söylemek mümkün değil. Türkiye Hükümeti İşsizlik Sigortası Fonu kaynaklarını iç borçlanma tahvillerine yatırdığı için olası parasal genişleme ve enflasyon kaygısıyla Fon kaynaklarını nakde çevirmek konusunda isteksiz davranmaktadır.<sup>134</sup>

Öte yandan kayıtsız çalışanlar ile yoksulların durumu belirsiz. Şu ana kadar 5,5 milyon aileye bir kereye mahsus bin TL ödeme olmak üzere 5,5 milyar destek sağlandı. Ortalama aile büyüklüğü 4 kişi olarak esas alınacak olursa yoksul ailelere iki ayı geçen salgın döneminde kişi başına 250 TL verildiği görülmektedir.



### **Salgının Türkiye’de Yarattığı İş ve Gelir Kaybı**

Türkiye tarihinin en büyük istihdam kaybı ve işsizlik dalgası ile karşı karşıyayız. AÇSHB ve İŞKUR verilerine göre salgın nedeniyle 4,6 milyondan fazla sigortalı işçi ile işsiz iş ve gelir kaybı nedeniyle İŞKUR ödeneklerinden yararlanmak için başvurdu. Bir diğer ifadeyle kayıtlı sektördeki toplam 14 milyon 211 bin işçinin 4 milyon 665 bini İŞKUR ödeneklerine başvurdu. Bu sayıya kayıtlı olarak çalışan ancak yararlanma koşullarını yerine getiremediği için İŞKUR ödeneklerine başvuramayan sigortalı işçiler ile kayıt dışı çalışıp işsiz kalan veya gelir kaybına uğrayan çalışanlar dahil değil. Türkiye’de tarım dışı sektörde yaklaşık 4,8 milyon kişi kayıt dışı çalışmaktadır.

<sup>133</sup> Aziz Çelik, Birgün Gazetesi, 25 Mayıs 2020.

<sup>134</sup> Aziz Çelik, Birgün Gazetesi, 20 Nisan 2020.

Ayrıca yaklaşık 2,8 milyon kendi hesabına çalışan (esnaf ve serbest meslek sahipleri) bu kapsamda değil.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 10 Ağustos 2020'de açıkladığı ve Mayıs 2020 Hanehalkı İşgücü Araştırması verilerine göre işgücü son bir yılda 2 milyon 742 bin azalarak 32 milyon 426 binden 29 milyon 684 bine geriledi. İstihdam Mayıs 2019 – Mayıs 2020 arasında 2 milyon 411 bin azalarak 28 milyon 269 binden 25 milyon 858 bine düştü. Mayıs 2019'da 26 milyon 961 bin olan istihdam içinde olup işbaşında olanların sayısı 6 milyon 474 bin kişi azalarak 20 milyon 487 bin oldu. İşbaşında olmayanların sayısı ise son bir yılda 4 milyon 63 bin kişi artarak 1 milyon 308 binden 5 milyon 371 bine yükseldi. Revize edilmiş geniş tanımlı işsizlik ve iş kaybı oranı DİSK-AR tarafından yüzde 50 olarak hesaplandı.<sup>135</sup>

Salgının etkisinin büyük kentlerde daha yaygın olduğu gözlenmektedir. CHP İstanbul Başkanlığı tarafından yapılan bir anket çalışmasına göre ise İstanbul'da toplam çalışan nüfusun yüzde 66,2'sinin gelirinde az veya çok bir düşüş yaşandığı görülmektedir. Araştırmaya göre İstanbul'da her 4 çalışandan 1'i işsiz kaldı.<sup>136</sup> DİSK üyesi Birleşik Metal-İş sendikası tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise metal işçilerinin yüzde 75'i Covid-19 salgını nedeniyle gelirlerinin azaldığını belirttiler.<sup>137</sup>

### **Sonuç: DİSK COVID-19 Salgınında Neler Yaptı?**

DİSK, COVID-19 salgını ortaya çıkar çıkmaz alınması gereken önlemler ve izlenmesi gereken politikalar konusundaki görüşlerini hükümete iletti ve kamuoyuna açıkladı. Açıkladığımız görüşler ve politika önerileri işçiler ve tüm toplum nezdinde büyük kabul gördü. Emek ve meslek örgütleri ile birlikte ortak politikalar oluşturuldu ve kamuoyuna sunuldu. Bu yaklaşımlar özetle şöyle:

- Salgın sürecinin şeffaf ve katılımcı bir biçimde yürütülmesini talep ettik. Salgının sağlık boyutunun sağlık meslek örgütleri ile, ekonomik ve sosyal boyutunun ise sendikalar ile birlikte ele alınmasını önerdik. Ancak ne yazık ki hükümet süreci tek başına yürütmeyi tercih etti.
- Salgın süresince işten çıkarmaların kesin olarak yasaklanması, bu konuda bir yasal düzenleme yapılmasını önerdik. Bu önerimiz, oldukça eksik ve yanlış biçimde uygulandı. 17 Nisan 2020'de işten çıkarmalar kısmen yasaklandı ancak işten çıkarma yasağıyla tümüyle ilgisiz biçimde getirilen ücretsiz izin uygulamasıyla işçiler açlığa mahkûm edildi.
- Zorunlu ve acil olmayan tüm işlerin durdurulmasını ve işçilere ücretli izin verilmesi gerektiğini savunduk.

<sup>135</sup> COVID-19 istihdamı vurdu: İşsizlik ve iş kaybı toplamı 17.2 milyon, <http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2020/08/DI%CC%87SK-AR-Ag%CC%86ustos-2020-I%CC%87s%CC%A7sizlik-ve-I%CC%87stihdam%C4%B1n-Go%CC%88ru%CC%88nu%CC%88mu%CC%88-Raporu.pdf>

<sup>136</sup> İstanbul'da Çalışma Hayatının Görünümü Raporu, <https://www.chpistanbul.org.tr/Haberler/11/istanbulda-her-4-calisandan-1-i-issiz-kaldi-86148.aspx>

<sup>137</sup> BİSAM, Covid-19 Sürecinde Gelir Kaybı ve Borçluluk Araştırması (Mayıs 2020). <http://www.birlesikmetal.org/index.php/tr/guncel/basin-aciklamasi/1486-bisam05>



- Salgın döneminde işçilerin gelir kaybına karşı özel sektördeki sigortalı işçiler için kısa çalışma ödeneğinin uygulanmasını, kısa çalışma ödeneğinin alt sınırının asgari ücret olmasını ve salgın koşullarında ön şartsız bütün işçilerin bundan yararlanmasını önerdik.
- İşsizlik Sigortası Fonu kaynaklarının salgın süresince tümüyle işsizlere ve işsiz işçilere tahsis edilmesini, fondan işverenlere yapılan ödemelerin durdurulması gerektiğini söyledik.
- Çalışma sürelerinin gelir kaybı olmaksızın kısaltılması, çalışırken hastalığa yakalanan emekçiler için COVID-19'un iş kazası ve özellikle de sağlık emekçileri için meslek hastalığı olarak kabul edilmesi, işyerlerinde salgın kurulları oluşturulması, işçi servislerinin yeniden düzenlenmesini istedik.
- Kayıtsız çalışan işçiler için düzenli sosyal ödenek ve aile sigortası uygulamasını gündeme getirdik. Salgından etkilenen ve yeterli sosyal güvenlik korumasına sahip olamayan yurttaşların geçiminin hükümetçe sağlanmasını savunduk.
- COVID-19 salgını kadınların ev içi iş yükünü artırırken cinsiyetçi toplumsal işbölümünü derinleştiriyor ve kadına yönelik şiddeti de artırıyor. Bu nedenle toplumsal cinsiyet politikaları kapsamında önlemler alınması gerektiğini savunduk.
- En düşük emekli aylığının asgari ücret seviyesine yükseltilmesini önerdik.
- Hanelerde tüketilen su, elektrik, doğalgaz ve iletişim faturalarının faizsiz olarak ertelenmesini ve bu hizmetlerde KDV'nin sıfırlanmasını savunduk.
- Salgın süresince emekçilerin kredi kartı borç ve temel ihtiyaç kredi ödemelerinin ertelenmesi gerekliliğini savunduk..
- Kaynak yaratmak için bir yandan etkin bir servet vergisini, öte yandan Merkez Bankası kaynaklarının kullanılmasını ve toplumsal ihtiyaçlarla ilgisi olmayan akıldışı mega projelerin iptalini gündeme getirdik.

Bu talepleri birçok emek ve meslek örgütü ile birlikte dile getirmemize rağmen maalesef hükümet istenen adımları atmadı. Hükümet salgına karşı etkin sosyal politikalar üretmedi. Anayasa'nın sosyal devlet ilkesinin gereğini yerine getirmekten kaçındı. Bu görüşlerimizin ne kadar haklı olduğu her geçen gün ortaya çıkmaktadır.

DİSK olarak kısa vadede yukarıda sıraladığımız önerilerin hayata geçirilmesi için, orta ve uzun vadede ise emekçilerin, halkın ve toplumun ihtiyaçlarını önceleyen eşitlikçi, dayanışmacı ve sosyal adalet ilkelerine dayanan yeni bir toplumsal düzen için tüm dostlarımızla beraber omuz omuza mücadeleye devam edeceğiz.

### Kaynaklar

- Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Zehra Zümrüt Selçuk'un açıklamaları: <https://www.trthaber.com/haber/gundem/bakan-selcuk-ucretsiz-izin-destegi-odemeleri-yarin-basliyor-482641.html> (Erişim 10 Mayıs 2020)



- Battersby, B., W. Raphael Lam, and Elif Ture, Tracking The \$9 Trillion Global Fiscal Support To Fight COVID-19, 20 May, 2020.  
<https://blogs.imf.org/2020/05/20/tracking-the-9-trillion-global-fiscal-support-to-fight-covid-19/>
- BİSAM, Covid-19 Sürecinde Gelir Kaybı ve Borçluluk Araştırması (Mayıs 2020).  
<http://www.birlesikmetal.org/index.php/tr/guncel/basin-aciklamasi/1486-bisam05>
- CHP, İstanbul'da Çalışma Hayatının Görünümü Raporu,  
<https://www.chpistanbul.org.tr/Haberler/11/istanbulda-her-4-calisandan-1-i-issiz-kaldi-86148.aspx>
- Çelik, Aziz, Birgün gazetesi, 20 Nisan 2020.
- Çelik, Aziz, birgün gazetesi, 25 Mayıs 2020
- DİSK (2020), Covid-19 Döneminde ve Sonrasında DİSK'in Çalışma Yaşamı Yol Haritası
- DİSK-AR (2020a), Covid-19 DİSK Raporu-1
- DİSK-AR (2020b), Covid-19 DİSK Raporu-2
- DİSK-AR (2020c), Covid-19 DİSK Raporu-3, <http://disk.org.tr/2020/04/covid-19-disk-raporunun-ucuncusu-yayinlandi/>
- DİSK-AR (2020d), İstihdam ve İşsizliğin Görünümü Raporu (Mayıs 2020)
- Dünya Sağlık Örgütü Veri Tabanı, <https://covid19.who.int> (28 Mayıs 2020)
- TÜİK Hanehalkı İşgücü Araştırması, Şubat 2020
- Veysel Bozkurt, Veysel (2020), "Pandemi Döneminde Çalışma", Kovid-19 Salgının Ekonomik, Sosyal ve Siyasal Etkileri ve Türkiye'ye Yönelik Öneriler içinde, Editörler: Dilek Demirbaş, Veysel Bozkurt, Sayım Yorgun, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, yayımlanmamış araştırma.

# COVID-19 NEDENLİ İŞ CİNAYETLERİ VE GÜVENCESİZ ÇALIŞMA

**Murat Çakır**

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi Sözcüsü

## Özet

Salgın sonucu yüzlerce işçi hayatını kaybetmiş, binlerce işçi ise hastalanmıştır. İşçilerin ailelerini ve emeklileri de ekleyince bugüne kadar salgından ölenlerin büyük bir çoğunluğunun işçi sınıfı olduğu gerçeği tüm çıplaklığı ile ortadadır. Bu noktada devlet ve sermaye gerekli önlemleri almamakta, hatta uluslararası işbölümünde daha fazla yer almak için fabrikalar geceli gündüzlü kuralsız bir şekilde çalışmayı artırmaktadır. Devlet de COVID-19'u "iş kazası" olarak görmeyen bir genelge çıkararak bu durumu daha da pekiştirmektedir. Türkiye, tarihin en büyük "işçikırımı" ile karşı karşıyadır.

## **Salgının ilk altı ayında en az 224 COVID-19 nedenli iş cinayeti**

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi (İSİG); 2011 yılından itibaren farklı sektörlerden, işkollarından, mesleklerden işçilerin oluşturduğu bir ağ örgütlenmesidir. 2011 yılının Eylül ayından beri de aylık, yıllık, sektörel ya da işçi kesimlerine dönük (çocuk, kadın, göçmen, yaşlı) iş cinayetleri raporları hazırlamaktadır. Raporların amacı işçi sınıfının en çıplak gerçeği olan iş cinayetlerini merkezine alarak bir işçi sağlığı iş güvenliği politikası oluşturmaktır.

2020 yılında ise iş cinayetleri raporlarının merkezinde pandemi yer almaktadır. İSİG Meclisi; "başta sağlık emekçileri olmak üzere, evden çalışanlar dahil faal işçilerin" SARS-cov-2 virüsü ile bulaşma sonucunda maruz kalacakları COVID-19 hastalığını, iş kazaları sonucu gelişen ölümcül seyirli mesleki bulaşıcı hastalık, ölümleri de iş cinayeti olarak değerlendirmektedir.

Salgın sonucu ölenlerin kimlik bilgilerine ulaşamıyoruz. Ulaşabildiklerimiz çok sınırlı sayıda ve yerel basın, işçilerin mesai arkadaşları-aileleri ve tabip odaları kaynaklıdır. Şu ana kadar tespit edebildiğimiz kadarıyla, yani ilk salgın vakasının açıklandığı tarih olan 11 Mart 2020 tarihi ile 31 Ağustos 2020 tarihi arasında, salgının ilk altı ayında Türkiye'de "EN AZ 224 işçi" çalışırken COVID-19 hastalığına yakalanarak hayatını kaybetmiştir.

Türkiye'de "EN AZ 224 işçi" çalışırken COVID-19 hastalığına yakalanarak hayatını kaybetmiştir.

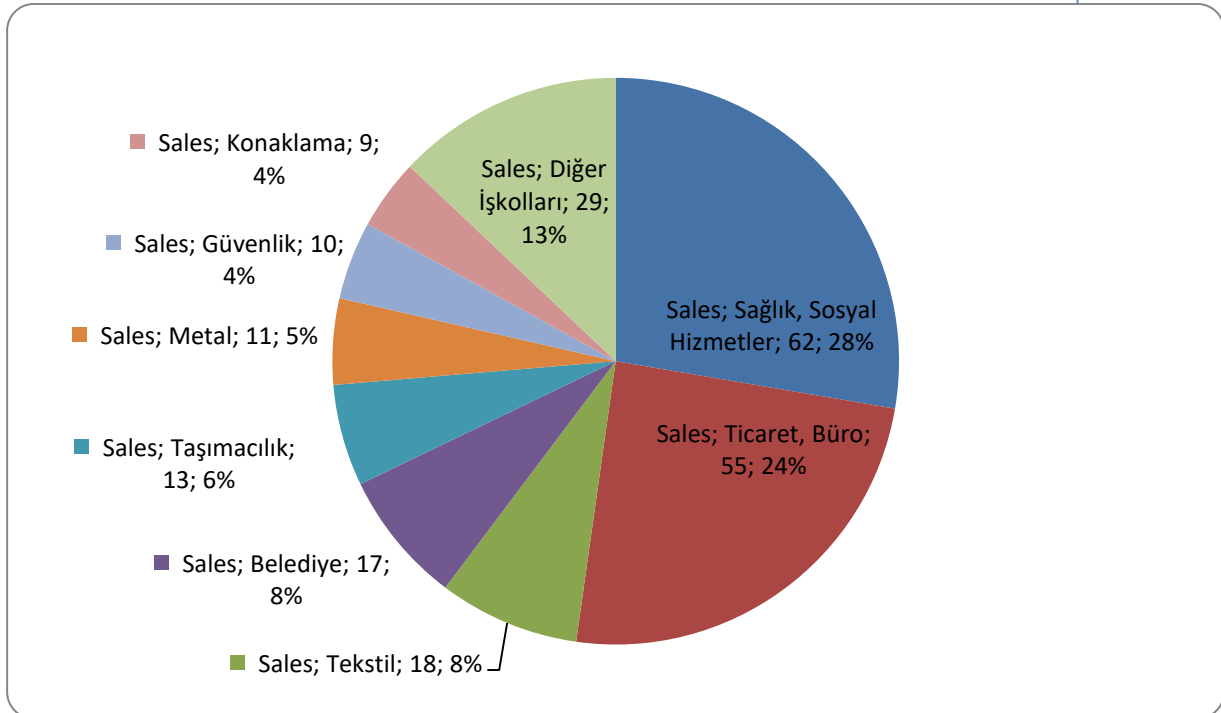
### Neden “EN AZ” diyoruz?

31 Ağustos itibarıyla Sağlık Bakanlığı’nın açıkladığı resmi verilere göre 6,472 kişi salgın nedeniyle hayatını kaybetti. İŞİG Meclisi olarak ölümlerin yüzde 10’una dair bilgimiz bulunmaktadır. 224 işçi ölümü de bu bilgi ışığında tespit edebildiklerimizdir. Gerek bilgimiz olmayan resmi yüzde 90 ölüm, gerek salgın sonucu ölen ama kayıtlara salgın olarak kaydedilmeyenleri de düşündüğümüzde salgının ortaya çıkardığı “işçikırımı”nın boyutlarını daha iyi anlayabiliriz. Bu duruma bir de işçi ailelerini ve emeklileri ekleyince “COVID-19’un bir işçi sınıfı hastalığı” olduğunun altını çizmemiz gerekir.

Bilgimiz dahilinde olan işçilerden hayatını kaybedenlerin 188’i ücretli (işçi ve memur), 36’sı ise kendi nam ve hesabına çalışandır. Öte yandan COVID-19 sonucu hayatını kaybeden emekçilerin yaş ortalaması 50’dir. Bu durum özellikle Türkiye’de genç yaşlarda kronik hastalıkların başladığı ve emeklilik yaşının 50’li yaşlara çekilmesi gerektiğinin bir kanıtıdır da.

Kaybettiğimiz işçilerin en az 20’si sendika üyesiydi. İş cinayetleri raporlarında ölen işçilerin oranı yüzde 1-2 iken, COVID-19 nedeniyle çalışırken ölen sendikalı işçilerin oranı yüzde 10’dur. Bu durum pratiklerini sürekli paylaştığımız sendikalar (ve sendikal merkezler) dışında hakim sendikal anlayışın üyelerini dahi koruyamadığını göstermektedir (Meslek odaları örgütlülüğü bu oranlamaya dahil değildir).

### COVID-19 Nedenli Faal İşçi Ölümlerinin İşkollarına Göre Dağılımı (11 Mart – 31 Ağustos)



Bilgimiz dahilinde olan işçilerden hayatını kaybedenlerin 188’i ücretli (işçi ve memur), 36’sı ise kendi nam ve hesabına çalışandır. Öte yandan COVID-19 sonucu hayatını kaybeden emekçilerin yaş ortalaması 50’dir. Bu durum özellikle Türkiye’de genç yaşlarda kronik hastalıkların başladığı ve emeklilik yaşının 50’li yaşlara çekilmesi gerektiğinin bir kanıtıdır.

Kaybettiğimiz işçilerin en az 20'si sendika üyesiydi. İş cinayetleri raporlarında ölen işçilerin oranı yüzde 1-2 iken, COVID-19 nedeniyle çalışırken ölen sendikalı işçilerin oranı yüzde 10'dur. Bu durum pratiklerini sürekli paylaştığımız sendikalar (ve sendikal merkezler) dışında hakim sendikal anlayışın üyelerini dahi koruyamadığını göstermektedir (Meslek odaları örgütlülüğü bu oranlamaya dahil değildir).

COVID-19 nedenli ölen en az 224 işçinin çalıştıkları işkollarını sınıflarsak;

- Sağlık ve Sosyal Hizmetler İşkolu : En az 62 işçi<sup>138</sup>
- Ticaret / Büro İşkolu : En az 55 işçi
- Tekstil İşkolu : En az 18 işçi
- Belediye İşkolu : En az 17 işçi
- Taşımacılık İşkolu : En az 13 işçi
- Metal İşkolu : En az 11 işçi
- Güvenlik İşkolu : En az 10 işçi
- Konaklama İşkolu : En az 9 işçi
- Diğer İşkolları : En az 29 işçi

Sınıflamadan görüleceği üzere COVID-19'dan en çok sağlık işçileri etkilenmektedir. Birçok hastanede sağlıkçılara günlük bir ameliyathane maskesi ve eldiven ile haftada bir N-95 maske verilmektedir. Yemekhane, giyinme gibi alanlar uygun değildir. Sağlık emekçilerine test yapılmamakta, hatta Sağlık Bakanlığı Genelgesi'nde pozitif hasta ile 15 dakikadan fazla korunmasız temaslı olan sağlıkçılara bile belirti gösterene kadar test yapmama ve pozitif çıkana kadar çalıştırma uygulamaları hayata geçirilmektedir.

Benzer biçimde market, tekstil, belediye ve kargo işçileri ile şoförler de COVID-19 nedeniyle hastalanmakta ve hayatlarını kaybetmektedir.

### ***Devlet ve sermaye cenderesi altında güvencesiz çalışma***

Salgın, gerek siyasi iktidar gerekse patronlar tarafından “fırsat” olarak görülmüştür. Özellikle salgının ilk günlerinde, üretimin/hizmetin durması veya yavaşlaması bahane edilerek pek çok işçi işten çıkarıldı. Patron örgütleri, esnek ve kuralsız çalışma ile işsizlik fonunu daha çok yağmalamaya dönük taleplerini daha yüksek sesle duyurdu.

Salgın krizini işgücü maliyetlerini düşürmek için “fırsat” olarak gören patronlar, kronik rahatsızlığı veya yaşı sebebiyle risk altında bulunan işçileri, ücretsiz izin dayatmasını kabul etmeyen işçileri, işyerinde alınmayan önlemlere itiraz eden ya da ücretli izin talebinde bulunan işçileri ve altı aydan az süredir çalışan işçileri hiçbir haklarını vermeden işten çıkardı.

İşsizliğin koz olarak kullanıldığı işyerlerinde üretim baskısı ve kötü çalışma koşulları devam ederken salgına dair hiçbir önlem alınmamış, işçileri korumaya yetmeyecek göstermelik önlemler alınmış veya pek çok işyerinde işçiler kendi imkanları ile kişisel koruyucu ekipman tedarik ederek sağlıklarını korumaya çalışmıştır.

Salgın, gerek siyasi iktidar gerekse patronlar tarafından “fırsat” olarak görülmüştür.

<sup>138</sup> Türk Tabipleri Birliği, faal çalışmayan doktorları da verilerine dahil etmektedir

Salgın sürecinde bazı sektörlerdeki talep artışı patronların işçiler üzerindeki çalışma baskısını yoğunlaştırmıştır. Bu süreçte işçiler, açlık tehdidiyle çalıştırılırken, başta sağlık çalışanları, kargo emekçileri, market çalışanları olmak üzere pek çok sektörde aşırı ve esnek çalışma dayatılmaktadır. Çalışma süreleri fiilen uzatıldığı gibi, pek çok işyerinde fazla mesai ücreti ödenmemekte, salgından istifade eden patronlar işçileri angaryaya zorlamaktadır. İşsizlikle tehdit edilerek uzaktan çalışmanın olduğu yerler de dahil olmak üzere esnek çalışmanın kalıcılaşması üzerine adımlar atılmaktadır. Talep ve iş yükü artan sektör ve alanlarda patronların işçi istihdam etmek yerine var olan işçilerle sürdürdüğü aşırı/yoğun ve kurlsız çalışma, işçilerin vücut direncini düşürmekte, salgına yakalanmaya daha da açık biçime getirmektedir.

COVID-19 pandemisi sürecinde alınması gereken önlemlerin bireysel önlemlere indirildiği ve “evde kal”, “fiziksel mesafe”, “kendi OHAL’ini ilan etme” çağrısı gibi söylemlerin yaşamak için çalışmak zorunda olan ve evde kalamayacak olan milyonlarca işçiyi ve ailelerini kapsamadığı bir gerçektir. İşçi sınıfına “şantiyede ol”, “fabrikada ol”, “markette ol”, “tersanede ol” denmeye devam edilmektedir. Siyasi iktidar, sermaye ile kolkola girerek, üretimin devam etmesi ve patronların çıkarlarının korunması temelinde politik “tedbirler” almaktadır.

Salgın sürecine ayrılan kaynakların nasıl kullanılacağına ilişkin “Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi”, yaş sınırlamalı sokağa çıkma yasağı, 20 yaş altına uygulanan sokağa çıkma yasağının işçilerde istisna olması, şehirlerarası geçiş yasağında işçilerin istisna tutulması, işçi eylemlerini yasaklayan valilik kararları, işyerinde alınmayan önlemleri deşifre eden sendikacıların gözaltına alınması gibi uygulamalar üretimin her koşulda devam ettirileceği bir politikayı net bir biçimde ortaya koymuştur. Salgın dönemi, hem üretim ilişkilerinde hem siyasi karar alma süreçlerinde mevcut sınıfsal ayrımı keskinleştirmiş ve görünür kılmıştır.

İşçilere bir gelir güvencesi ve devlet korumasının sağlanmaması, işçilerin kendi ödediği fonda biriken parayı aldığı ve asıl olarak patronları korumak üzere başvuru alan “kısa çalışma ödeneği” dahi fazla bulunmuştur. “İşten atmayı yasaklama” adı altında “ücretsiz izin” görünümü, günlük 39 TL’lik (aylık 1,177 TL) bir miktar optimum sefalet ücreti olarak işçilere dayatılmaktadır. Bu uygulama yıl sonuna kadar uzatılmıştır.

### **Dardanel ve Vestel**

Emekçiler, bir yanda güvencesiz ve koronavirüse karşı önlem alınmayan çalışma koşulları, diğer yanda ise işsizlik-açlık baskısı ile başbaşa bırakılmıştır. Sermayenin işçi sınıfını güncel olarak cenderesine aldığı durum budur. Bugün Dardanel’de, Vestel’de, şantiyelerde, tekstil fabrikalarında, kargo firmalarında vs. Yaşananlar işçi sınıfına karşı işlenen suçlar olarak tarihe geçmektedir.

MÜSİAD tarafından dile getirilen “kapalı devre çalışma sistemi”, COVID-19 pandemisi döneminde Dardanel’de fiilen hayata geçirildi. Çanakkale İl Hıfzısıhha Kurulu, fabrikadaki salgın nedeniyle üretime ara verilmesi kararını vermesi gerekirken, çalışmanın devamına ve işçilerin gösterilen yerde konaklamasına karar vermiştir. Çanakkale Belediye Başkan Yardımcısı İrfan

İşçi sınıfına “şantiyede ol”, “fabrikada ol”, “markette ol”, “tersanede ol” denmeye devam edilmektedir. Siyasi iktidar, sermaye ile kolkola girerek, üretimin devam etmesi ve patronların çıkarlarının korunması temelinde politik “tedbirler” almaktadır.



Mutluay'ın “Bir tarafta halk sağlığı, bir tarafta bayram öncesi işsiz kalacak insanlar vardı. Çok düşünmeden, yoğunluk içerisinde bir karar almak zorunda kaldık” demesi işçi sınıfına sunulan seçenekleri özetlemektedir.

Vestel'de ise Beyaz Eşya Genel Müdürü Erdal Haspolat, yapılan eleştiriler sonucu “Manisa'daki fabrikada 2 işçi koronavirüsten hayatını kaybetti, 380 işçi koronavirüse yakalandı” açıklamasını yapmak zorunda kaldı. Ancak yaptığı açıklamada ne haftada 60 saati aşan çalışma saatlerinden ne de işçilerin bir bütün olarak çalışma koşullarından bahsetti.

Hal böyleyken bu iki fabrika devlet tarafından ödüllendirildi. Fabrikalarda virüs bulaşmış işçiler varken Türk Standartları Enstitüsü, Vestel ve Dardanel'e “güvenli üretim belgesi” verdi. Bu durum verilen belgelerin işyerlerini olası davalar için koruma amacı mı taşıdığı sorusunu akıllara getirmektedir.

### **COVID-19 iş kazası / meslek hastalığıdır**

Sosyal Güvenlik Kurumu, sermayeyi korumak için COVID-19'un iş kazası olmadığına dair bir genelge yayınladı. Tabi bu genelgeye karşı TTB, SES, Dev Sağlık-İş, Nakliyat-İş gibi sendikalar dava açtılar. Bu süreçte uluslararası sendikal hareket de bir çağrı yaptı. Küresel sendikal federasyonlar sermayenin ve devletin sorumluluklarını belirtip COVID-19'un işçiler için meslek hastalığı sayılması ile ilgili bir deklarasyon yayınladılar. İşçi ve ailelerinin korunması konusunda adımlar atılması gerektiğini belirtip en riskli meslek gruplarını sıraladılar. Yine Türkiye'nin önemli işçi sınıfı hukukçuları da yaptıkları açıklamalarda COVID-19'un iş kazası/meslek hastalığı olduğu hususunun altını çizdiler.

Tekrar yinelemek gerekli: Bu süreçte emek örgütlerimizin ve tüm işçilerin COVID-19'un iş kazası/meslek hastalığı olduğunun bilincinde olması ve bu yaklaşımı/talebi savunması önemlidir. Sadece dava açarak ve davaları takip ederek değil aktif bir kampanya haline getirerek bu talep savunulmalıdır.

Diğer yandan salgın koşulları önümüzdeki dönem daha da ağırlaşarak devam edecektir. Bizler; “İş Cinayetlerine, İşsizliğe, Açlığa, Güvencesiz Çalıştırılmaya ve Salgına Karşı: Direniş ve Dayanışma Yaşatır” şiarını yükselterek meydana gelen “işçikırımı”na dur demeliyiz. Çünkü emeğin korunması yaşamın savunulmasıdır...



**Kaynaklar**

- **İSİG Meclisi**, Covid-19 Salgını Döneminde İşçi Sağlığı ve Güvenliği Raporu-1, Erişim Tarihi: 5 Eylül 2020, <http://isigmeclisi.org/20367-covid-19-salgin-doneminde-isci-sagligi-ve-guvenligi-raporu-1>
- **İSİG Meclisi**, Covid-19 Salgını Döneminde İşçi Sağlığı ve Güvenliği Raporu-2, Erişim Tarihi: 5 Eylül 2020, <http://isigmeclisi.org/20389-salginin-ikinci-ayi-isyerleri-salginin-can-pazarina-donusturuldu>
- **İSİG Meclisi**, Çarklar dönüyor işçiler ölüyor... Nisan ayında en az 220 işçi yaşamını yitirdi, Erişim Tarihi: 5 Eylül 2020, <http://isigmeclisi.org/20383-carklar-donuyor-isciler-oluyor-nisan-ayinda-en-az-220-isci-yasami>
- **İSİG Meclisi**, İş Cinayetlerine, İşsizliğe, Açlığa ve Salgına Karşı: Direniş ve Dayanışma Yaşatır!... Temmuz ayında en az 164 işçi hayatını kaybetti, Erişim Tarihi: 5 Eylül 2020, <http://isigmeclisi.org/20499-is-cinayetlerine-issizlige-acliga-ve-salgina-karsi-direnis-ve-day>
- **İSİG Meclisi**, Yılın ilk sekiz ayında en az 1306, Ağustos ayında ise en az 208 işçi hayatını kaybetti, Erişim Tarihi: 5 Eylül 2020, <http://isigmeclisi.org/20518-yilin-ilk-sekiz-ayinda-en-az-1306-agustos-ayinda-ise-en-az-208-isci-haya>

## COVID-19 PANDEMİSİNDE ÇALIŞMA REJİMİ

**Murat Özveri**

Avukat, Çalışma ve Toplum Dergisi Yayın Yönetmeni

Çalışma, çok değişik biçimlerde gerçekleştirilen bir faaliyettir. Sanayi devriminden sonra belirleyici olan çalışma biçimi ise “bağımlı çalışma”dır. “Çalışma rejimi” başlığı altında bu yazıda ele alınan, bağımlı çalışmadır.

Bağımlı çalışmanın bir tarafında, işgücünü işverene ücret karşılığı satan, işverenin emir talimatları doğrultusunda işgücünü tüketen ve adına işçi denilen kişi vardır. İş hukuku açısından bağımlı çalışan kişinin mesleğinin önemi yoktur. Mesleği doktor, avukat, mühendis vb. Olabilir; bağımlı çalışıyorsa, yani bir işverene bağlıysa, mesleği ne olursa olsun iş hukuku açısından “işçi”dir. İşvereni ile anlaşmazlığa düştüğünde tabi olacağı kanun aynıdır. İşçinin muhatabı işveren, satın aldığı işgücü üzerinde bir tür mülkiyet hakkı kurmuştur. Belirli bir zaman diliminde işgücünün nasıl bir faaliyet içerisinde kullanılacağını belirlemek, işgücünü kendi öngördüğü faaliyet içerisinde harcatmak işverenin en önemli yönetim hakkıdır.

COVID-19, insan yaşamını ciddi olarak tehdit eden küresel bir salgındır. Bu salgından korunmak herkes için bir hak, devletin salgından koruyacak önlemleri herkes için alması ise bir yükümlülüktür. Hangi nedenle olursa olsun korunma hakkına sahip “herkes” öznesinin daraltılıp, birileri için korunma önlemleri en üst noktada alınırken bir başkası bu önlemlerin tamamen veya kısmen dışında tutuluyorsa yaşama hakkına haksız müdahale vardır.

Küresel salgının başladığı günden bugüne çalışma yaşamında alınan veya alınmayan önlemler aslında bireyi korumaya dönük hukuki düzenlemelerin herkes için olup olmadığının sınanmasıdır. Bu sınanmada ne yazık ki bağımlı çalışanlar “herkes” öznesinin dışında bırakılmıştır. Üretimin sürmesi adına yetersiz hukuki düzenlemelerle korunmasız bırakılmış, koruma hukuku dar yorumlanarak, bağımlı çalışanlar, “işim mi, sağlığım mı, gelirim mi” açmazı içerisine bırakılmışlardır. İşverenler ise yasalara aykırı olmasına aldırmaksızın kendi çalışma biçimlerini gündeme getirip yaşama geçirmişlerdir.

Bu bölümde, çalışma yaşamının normal koşullardaki durumu ele alınıp, koronavirüs koşullarında işçiler için gereken yeni çalışma koşullarının neler olabileceği belirlenmeye çalışılmıştır.

İş hukuku açısından bağımlı çalışan kişinin mesleğinin önemi yoktur. Mesleği doktor, avukat, mühendis vb. olabilir; bağımlı çalışıyorsa, yani bir işverene bağlıysa, mesleği ne olursa olsun iş hukuku açısından “işçi”dir. İşvereni ile anlaşmazlığa düştüğünde tabi olacağı kanun aynıdır.

### **Çalışma Koşulları (Çalışma Rejiminin Normali)**

İşçinin ücreti, işin nerede görüleceği, haftada ve günde kaç saat çalışacağı, gece çalışıp çalışmayacağı, ara dinlenmesi ve süresi, yıllık izin süreleri, işe götürülüş getiriliş koşulları, işçiye işyerinde yemek verilip verilmeyeceği, hastalık halinde ücreti, işçinin işe gelmemesi durumunda izlenecek yol, işçinin işe gelmesine karşın işverenin iş vermemesi halinde doğacak sonuçlar vb. Tamamı çalışma koşulları kavramı içerisinde yer alır.

Çalışma koşulları, kural olarak sözleşme özgürlüğü temelinde işçi ve işverenin anlaşmasıyla belirlenir. Ne var ki başta Anayasa olmak üzere yasalar, sözleşme özgürlüğünü sınırlandırmış ve tarafların, yasaların emredici hükümlerine aykırı çalışma koşullarını kararlaştırmasını yasaklamıştır.

Hukuk kurallarını oluşturan, bu kuralları görünür kılan, yol, yöntem ve şekillerin bütünü hukuk dilinde “kaynak” sözcüğü ile ifade edilmiştir (**Gözübüyük, 2011, Önen, 1999**).

Devlet, hukuk kuralları koyma gücüyle donatılmış ve kural koyma tekeline sahip tek kurumdur. Devletin koyduğu bu hukuk “pozitif hukuk” olarak adlandırılır. Devlet ya bizzat kural koyarak ya da konulmuş, var olan kuralları tanıyarak hukuku var eder (**Tanilli, 1981**).

Pozitif hukuk kendisini yasa, tüzük, yönetmelik, uluslararası sözleşme vb. Yapılış şekilleri, etkileri, yaptırım güçleriyle farklı metinler içerisinde görünür kılar. Hukukun kendisini gösterdiği bu kaynaklar arasında alt norm-üst norm ilişkisi söz konusudur. Kural olarak üst norm genel ve soyuttur. Kendisinden sonra gelen alt normun geçerliliğini, alt norma göre daha genel ve soyut olan üst norm belirler. Klasik sıralamaya göre, en üst norm olarak Anayasa yer alır. Anayasa, yasaların geçerliliğini belirler. Anayasa’nın altında yer alan yasalar Anayasa’ya, yasaların altında yer alan tüzükler yasalara, tüzüklerin altında yer alan yönetmeliklerse tüzüklere ve yasalara, dolaşısıyla da Anayasa’ya aykırı olamazlar.

Kısaca, normlar hiyerarşisi olarak adlandırılan üst normun bağlayıcılığı kuralı kuvvetler ayrılığıyla birlikte hukuk devletinin iki önemli unsurunu oluşturur (**Kabaoğlu, 2010**). Normlar hiyerarşisi Anayasa’da açıkça ifade edilmiştir. Anayasa Madde 11: “Anayasa hükümleri, yasama, yürütme ve yargı organları, idare makamları ve diğer kuruluş ve kişileri bağlayan temel hukuk kurallarıdır. Kanunlar Anayasaya aykırı olamaz”. Anayasa’nın 11. Maddesinin gerekçesinde de Anayasa’nın üstünlüğü kuralı bir kez daha vurgulanmıştır. Gerekçe ise şöyledir: “Bu madde ile Anayasanın üstünlüğü bir ilke halinde açıklanmakta ve Devlet faaliyetlerinin Anayasaya uygun olarak düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Anayasa, sadece Devlet iktidarını değil, kişileri de bağlayan temel hukuk kurallarıdır. Yasama, yürütme ve yargı kuvvetleri Anayasaya uymak zorundadırlar ve yargı kuvveti gerektiğinde Anayasayı diğer kanunlar gibi uygulayabilecektir.”

Çalışma koşullarına müdahale eden mevzuatı kanunlar hiyerarşisine uygun bir şekilde başlıklar halinde sıralarsak en başta Anayasa hükümleri yer alır. Anayasa, 48. Maddesinde önce sözleşme özgürlüğünü vurgulamıştır. Maddeye göre “herkes, dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetlerine sahip-

tir”. Anayasa’nın 49. Maddesi, çalışmanın herkes için bir hak ve ödev olduğunu belirtir. Genel kuralı “herkes” öznesiyle belirten Anayasa, 50. Maddesinde bu “herkes” öznesini “kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz” hükmüyle sınırlar. Aynı madde, dinlenme hakkını temel bir hak olarak kabul eder.

Çalışma koşullarını belirleyen en önemli kaynaklar kuşkusuz başta 4857 sayılı İş Yasası olmak üzere, Basın İş Yasası, Deniz İş Yasası, Borçlar Yasası ve İş Sağlığı İş Güvenliği Yasası gibi yasal düzenlemelerdir. Bir diğer hukuki kaynak, uluslararası sözleşmelerdir. Yasalar temel insan haklarına ilişkin usulüne uygun şekilde onaylanmış uluslararası sözleşmelerle çeliştiklerinde uluslararası sözleşme hükümleri uygulanacaktır.

Sözleşme özgürlüğü, mevzuat tarafından çizilen bu sınırlarda başlar. İşçi ile işveren arasındaki ilişkinin hukuki alanda karşılığı iş sözleşmeleridir. İş sözleşmesiyle işçi işgücünü ücret karşılığı işverene satmaktadır. İşveren satın aldığı işgücünü kararlaştırılan zaman dilimi içerisinde kullanma hakkını elde etmiştir. İşçi işgücünü işverenin emir ve talimatına hazır tutacak, işverenin emir talimatı çerçevesinde işgücünü harcayarak iş görme borcunun gereklerini yerine getirecektir.

İşçi ve işveren sözleşme özgürlüğü çerçevesinde yasanın çizdiği sınırlar içerisinde çalışma koşullarını diledikleri gibi belirleyebilirler.

İş sözleşmesi yaparken tarafların sözleşme özgürlüğü iki ana eksen üzerinden sınırlandırılmıştır. Birinci ekseninde genel olarak sözleşmelerin geçerli olması için gerekli koşullar vardır. Her sözleşme irade özgürlüğünün var olduğu koşullarda yapılmalıdır. İrade özgürlüğünün olmadığı veya iradenin hukuka aykırı eylem veya durumlarla sakatlandığı koşullarda yapılan sözleşmeler duruma göre tamamen ya da kısmen geçersiz kabul edilecektir. İş sözleşmelerinin de geçerli olabilmesi için hata, hile, gabin gibi irade sakatlıklarından birisinin etkisiyle yapılmamış olması gerekir. Konusu imkânsız veya kanuna aykırı sözleşmeler de bir diğer geçersizlik nedenidir. Sözleşmelerin geçersizlik nedenleri aynı zamanda sözleşme özgürlüğünün sınırlarını oluşturur.

İş hukukunda bu genel sınırlamanın yanında çalışma yaşamını düzenleyen emredici veya nispi emredici düzenlemeler iş sözleşmesinin sınırlarını çizer. Tarafların haftalık çalışma süresini 45 saatin üzerinde kararlaştıramamaları, ücretin asgari ücretin altında olamaması, günlük çalışma süresinin 11 saati, gece çalışma süresinin 7,5 saati aşamaması gibi hükümler iş hukuku alanında sözleşme özgürlüğünü sınırlandıran yasa hükümlerine örnek olarak verilebilir.

Tüm sözleşmeler gibi iş sözleşmesinde de asıl olan, tarafların sözleşmesiyle üstlendikleri karşılıklı borçlarını yerine getirerek ilişkinin sorun, ihtilaf çıkmadan sürdürülmesi, bu yolla düzenin sağlanmasıdır.

Teorik olarak net ve basit gibi görünen işçi işveren ilişkisi, yaşamın içerisinde ne yazık ki sözleşme özgürlüğü eksenini üzerinden açıklandığı kadar basit ve yalın bir şekilde yaşanmaz. Öncelikle işveren, kurduğu iş üzerinden iktisadi bir amacı gerçekleştirme hedefinde olan gerçek veya tüzel kişidir. İkti-

Her sözleşme irade özgürlüğünün var olduğu koşullarda yapılmalıdır. İrade özgürlüğünün olmadığı veya iradenin hukuka aykırı eylem veya durumlarla sakatlandığı koşullarda yapılan sözleşmeler duruma göre tamamen ya da kısmen geçersiz kabul edilecektir.



sadi amacın tek kelimelik anlamı kârdir. Her işveren kâr elde etmek için işyeri kurar, işçi istihdam eder. İşveren bir yandan en az maliyetle en fazla kâr elde ederek iktisadi amacını gerçekleştirecek, öte yandan da bu faaliyeti sürekli kılmanın güvencesini yaratacaktır. İşverenin piyasa koşullarında maliyet ve rekabet gibi iki büyük açmazı vardır. Maliyetin artması ürünün satışını zorlaştıracaktır. Diğer yandan ise kendisiyle aynı işi yapan ve pazarda pay kapma yarışında olan diğer işverenlerden daha düşük maliyetle üretimi sürdürmesi işveren için var olma sorunudur. Bu nedenlerle işçi ücretleri işverenler açısından “maliyet” kalemidir. İşveren bu ücreti ne kadar düşük tutarsa kârı ve rekabet gücü de o oranda artacaktır.

Çalışma, çalışarak topluma katılma kapitalizmde kutsanmıştır. İşçi ise en basit tanımıyla işgücünü satarak yaşamını sürdürmek zorunda olan kişidir. Amacı kâr elde etmek değil, yeteneklerine ve eğitimine uygun bir işte insan onuruna yakışır bir yaşam sürdürmektir. Üstelik içinde yaşadığı kapitalist düzen içerisinde, iş sahibi olması nerdeyse insan yerine konulmasının önkoşulu haline getirilmiştir. İş olmayanın diğer tüm sosyal kimliklerini yaşaması olanaksız hale getirilmiştir. İşçi, çalışmanın kutsandığı bir düzende çalışmak zorunda olan, çalışmazsa toplumdan dışlanacak olan kişidir. Muhtaç olmadan yaşamak için işe, iş sayesinde ücrete gereksinimi olan işçi açısından işverenle karşı karşıya geldiği iş sözleşmesinin kuruluş aşamasında (yani işe girerken) irade özgürlüğü, işçi olması, işgücünü satmak zorunda olan bir kişi olması nedeniyle sınırlandırılmıştır. Dolayısıyla işçinin sözleşmenin tarafı olarak iş sözleşmesinin kuruluş aşamasında işverenle eşit düzeyde irade özgürlüğü yoktur. Bu nedenle de bağımlı çalışma eğer sınırlandırılmazsa ister istemez, işçinin emeğinin yağmalanmasına, işçinin insanlık dışı çalışma koşullarına mahkûm olmasına neden olan bir ilişki biçimidir.

İşçinin ekonomik olarak güçlü işveren karşısında pazarlık şansını artırabilmesi, en azından işverenle eşit sözleşme tarafı haline gelebilmesi onun varlık koşullarından birisi haline gelmiştir. İş yasalarıyla elde edemediği korumayı işçi kendisi gibi olan işçilerle birlikte üretimi durdurarak sağlama riskini almanın dışında etkili bir araca sahip değildir.

Diğer yandan üretimin kesintisiz sürmesi, işçi ile işveren arasındaki bu çatışmayı bir yerde uzlaştırmayı zorunlu kılar. Sürekli çatışmanın olduğu iş yaşamında üretimin devamlılığının sağlanması olanaklı değildir.

Kapitalist bir ekonomide çatışma olanağını ortadan kaldıracak bir uzlaşma sağlanmasının hukuki aracı toplu iş sözleşmeleri olmuştur.

Toplu iş sözleşmeleriyle işçiler çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ücret ve sosyal haklarının artırılması karşılığında çatışmadan vazgeçme üzerinden işverenle uzlaşmışlardır. Bu uzlaşma öğretide toplu iş sözleşmelerinin işlevleri üzerinden hukuki ifadesini bulmuştur.

Uzlaşmanın bir tarafında işçilerin haklarının etkin bir şekilde korunması, diğer ucunda ise düzenin kargaşaya bırakılmadan devamının sağlanması, kısaca verili düzenin korunması amacı yer almaktadır. Toplu iş sözleşmesi hakkının işlevleri de bu çerçevede içerisinde tanımlanmıştır. Nitekim “Genel kuram açısından, toplu iş sözleşmesinin üç işleve sahip olduğu kabul edilir:

İşçinin sözleşmenin tarafı olarak iş sözleşmesinin kuruluş aşamasında işverenle eşit düzeyde irade özgürlüğü yoktur. Bu nedenle de bağımlı çalışma eğer sınırlandırılmazsa ister istemez, işçinin emeğinin yağmalanmasına, işçinin insanlık dışı çalışma koşullarına mahkûm olmasına neden olan bir ilişki biçimidir.

Çalışma ilişkilerini düzenleme işlevi (düzenleme işlevi); işçiyi, kendisine nazaran daha güçlü bir konumda bulunan işverene karşı koruma (koruma işlevi); toplu iş sözleşmesi süresi boyunca hükümlere uyulması; çıkar uyumsuzlukları çıkarılmayarak özellikle grev ve lokavta başvurmama (barış işlevi)” (**Sur, 1991**). İş hukuku öğretisinde bazı yazarlarca ise, iş barışı sağlama işlevine özellikle vurgu yapılmış, bu işlevi gerçekleştirmenin toplu iş sözleşmesinin niteliğinden doğan bir “yükümlülük” (**Esener, 1978**) olduğunun altı çizilmiştir.

Düzenin korunması için işçiler sorunlarını öncelikle toplu iş sözleşmesi haklarını kullanarak çözmeye çalışacaklardır. Toplu iş sözleşmesi hakkının, kabul gören işlevlerini dengeli bir biçimde gerçekleştirebilmesinin, bu hakkın gerçek anlamda var olduğundan söz edebilmenin ilk koşulu sendika özgürlüğünün güvence altında olmasıdır. Sendika özgürlüğünün olmazsa olmazını ise sendikaların bağımsızlığı, (saflığı), sendika çokluğu ilkeleri ve sendikan seçme özgürlüğünün güvence altına alınmış olmasıdır. Çalışanların özgürce birden fazla sendika kurabilmeleri, sendika özgürlüğü ve sendika çokluğu ilkesinin mantıksal sonucudur.

İşverenlerin sendika kurdurarak, bu yoldan sendika hakkını işlevsiz kılmayı başardığı sık görülen bir durumdur. “Sarı Sendika” olarak adlandırılan bu yapılanmaların çalışma yaşamına hâkim olmasına izin vermeden, sendika özgürlüğünü zedelemekten gerçek anlamda çalışanları temsil eden sendikaya toplu iş sözleşmesi yapma hakkı ve erkini tanımak gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki sarı sendikalar da sendika kurma özgürlüğünden hareketle kurulmuş, faaliyetlerini sendika çokluğu ilkesiyle meşrulaştırmışlardır.

Klasik tanımla ifade etmek gerekirse, toplu iş sözleşmeleri, güçlü işveren karşısında tek tek güçsüz olan işçilerin güçlerini bir araya getirip, arkalarına grev hakkını alarak, işveren karşısında güçlerini eşitlemesiyle, sözleşen tarafları sözleşmenin başlangıç aşamasında eşitlemektedir. Toplu iş sözleşmesinin koruma işlevi denilen bu özelliği, (**Ekmekçi, 1996**) ister istemez tek tek anlamlı bir güç oluşturmayan işçilerin güçlerinin birleştirilmesini sağlayacak bir örgütlenmeyi zorunlu kılmaktadır.

### **Çalışma Mevzuatının Küresel Salgın Koşullarındaki Yetersizliği**

Çalışma ilişkilerinin yasa ve sözleşmelerle tanımlanmış “normali” ile Covid-19 salgını sonrası ortaya çıkan koşullarla örtüşmemektedir.

Salgın öncelikle herkes gibi işçilerin sağlığını dolayısıyla da yaşama hakkını tehlikeye atmaktadır. Herkes gibi işçinin yaşama hakkı, sağlık hakkı, anayasal güvence altındadır. Hiç kimse işçileri sağlığını riske etme pahasına çalışmaya zorlayamaz. Yani işçiler istemeseler çalışmak zorunda değildirler denilebilir. Ne var ki, işçinin çalışmaması, işsiz, dolayısıyla gelirsiz kalması demektir. Hukuken hiç kimsenin salgın koşullarında çalışmaya zorlayamayacağı işçi, gerçekte yaşamını sürdürmek için her koşulda risk alıp çalışmak zorundadır.

Daha açık anlatımla, işçiler açısından küresel salgın koşullarında yaşama hakkının, sağlık hakkının güvence altında olduğunu, çalışmak zorunda olmadığını söyleyebilmemiz için, yasalardaki güvencenin kağıt üzerinde kal-

İşçiler açısından küresel salgın koşullarında yaşama hakkının, sağlık hakkının güvence altında olduğunu, çalışmak zorunda olmadığını söyleyebilmemiz için, yasalardaki güvencenin kağıt üzerinde kalmaması için, çalışmayan işçinin ve gelirinin güvencede olması gerekir.

maması için, çalışmayan işçinin ve gelirinin güvencede olması gerekir. İşçinin işini, gelirini, sağlığını güvence altına almadan, “çalışmama hakkın var” demek, içi boş, yaşamda karşılığı olmayan, uygulanması olanaksız bir sözden öte değildir.

İşinin işini, sağlığını ve gelirini tehdit eden risklere karşı, işçinin sağlığını, uğradığı gelir kaybını gidererek işçinin hiç kimseye muhtaç olmadan yaşamını sürdürmesini sağlamak için sosyal güvenlik sistemleri oluşturulmuştur.

Küresel salgın durumunda işçilerin korunup korunmadığını belirlemek için bakmamız gereken yer, çalışma ilişkilerini düzenleyen yukarıda özetlediğimiz mevzuatımız ve sosyal güvenlik sistemimizdir.

### **İş Yasası ve Pandemi**

İş yasamızda, pandemi koşullarında işçinin işini, gelirini ve sağlığını koruyacak düzenlemeler yer almamaktadır. Çalışma ilişkilerinin normalini düzenleyen 4857 Sayılı İş Yasası küresel bir salgını öngörmemiştir. Bu nedenle iş yasasının normaline göre:

- İşçiye sağlanan her türlü yararın (ücret, sosyal haklar) karşılığında işçi önceden çalışmış olmalıdır.
- İşçinin dinlenme süreleri dahil ücret kaybı yaşamadan dinlenme sürelerini (hafta tatili, yıllık izin) önceden yasanın öngördüğü sürelerde çalışmış olması zorunludur.
- İşçinin zorlayıcı nedenlerle işe gidememesi, iş görme borcunu yerine getirmemesi halinde bir haftaya kadar yarım ücret alma hakkının dışında ücrete ilişkin talep edebileceği bir hak yoktur.
- Zorlayıcı nedenlerle işverenin iş vermemesi halinde işverenin yine bir haftaya kadar yarım ücret ödemenin dışında işçiye yönelik herhangi bir borcu yoktur.
- Her iki durumda da bir haftadan sonra işçinin ve işverenin iş sözleşmesini haklı nedenlerle sona erdirmeye hakları vardır.

Görüldüğü gibi işçiye iş yasasıyla getirilen koruma bir haftaya kadar yarım ücret ve iş sözleşmesini sona erdirip süre koşulları varsa kıdem tazminatı almakla sınırlıdır.

### **Fesih Yasağı ve Ücretsiz İzin**

COVID-19'un Türkiye’de resmen görülmesinin ilanından sonra 17.04.2020 tarih ve 7244 sayılı “Yeni Koronavirüs (Covid-19) Salgınının Ekonomik ve Sosyal Hayata Etkilerinin Azaltılması Hakkında Kanun İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kabul edilmiştir.

7244 sayılı yasanın 9. Maddesiyle iş yasasına geçici 10. Madde eklenmiştir. Geçici 10. Madde ile:

- İş yasasının kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın işçilerin işveren tarafından haklı nedenlerin dışında iş sözleşmelerinin feshi yasaklanmıştır.
- Bu üç ay içerisinde işveren, işçileri tamamen veya kısmen ücretsiz izne çıkarabilir.

- Bu süre içerisinde ücretsiz izne çıkarılmış olmak işçiye haklı nedenlerle iş sözleşmesini sona erdirmeye hakkı vermez.
- Ücretsiz izin süresince işsizlik sigortası fonundan işçiye günlük 39,24 TL nakdi ücret desteği yapılacaktır.
- Nakdi ücret desteğinden iş sözleşmesi 15.05.2020 tarihinden sonra sona erdirilen ancak prim gün sayısı nedeniyle işsizlik sigortasından yararlanamayanlar da yararlanacaktır.
- Fesih yasağı ve ücretsiz izin süresi üç ayla sınırlıdır. Cumhurbaşkanı üç aylık süreleri altıya kadar uzatmaya yetkilidir. Nitekim Cumhurbaşkanı bu süreyi 17.09.2020 tarihinden itibaren iki ay uzatmış, karar 4 Eylül 2020 tarih 31234 sayılı Resmi Gazete’de ilan edilmiştir.

### **Uzaktan Çalışma (Evden Çalışma)**

Koronavirüs salgınıyla birlikte istisna olan çalışma biçimleri, yaygınlaşan bir çalışma biçimine dönüşme eğilimine girmiştir. Bunlardan birisi de uzaktan çalışmadır.

Evde çalışmanın iki biçimi vardır. Birincisi evde halı dokutma, evde fermuar diktirme gibi geleneksel olarak evde yaptırılan işlerden oluşan çalışma biçimidir. Bu çalışma biçimi 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu’nda “Evde İş Sözleşmesi” başlığı altında 461-469 maddelerinde düzenlenmiştir.

Evde çalışmanın ikinci biçimi ise İş Yasası’nın 14. Maddesinde “Uzaktan Çalışma” başlığı altında tanımlanmıştır. Dolayısıyla pandemi süreciyle gündeme gelen evde çalışmayla geleneksel olarak yapılan “Evde İş Sözleşmesiyle” çalışma aynı şey değildir. Her ne kadar her iki çalışma biçimi de evde çalışma olarak adlandırılıyor olsa da pandemi süreciyle gündeme gelen evde çalışma “Uzaktan Çalışma” başlığı altında düzenlenmiş olan çalışmadır.

Uzaktan çalışmanın (evden çalışma) yasal dayanağı 4857 sayılı İş Yasası’nın 14. Maddesidir. Bu çalışma uygulamada “evde çalışma” veya “evden çalışma” olarak adlandırılmaktadır. Yasanın tanımına göre: İşçi (çalışan) iş görme edimini işverenin yaptığı iş organizasyonu kapsamında yerine getirecektir. İşçi iş görme edimini evinde veya teknolojik iletişim araçlarını kullanarak işyeri dışında yerine getirecektir. Taraflar bu ilişkiyi yazılı olarak kuracaklardır.

Uzaktan çalışma (evde çalışma) işverenin tek taraflı kararıyla yapılamaz. Tarafların bu çalışma biçimine dönmeyi birlikte kararlaştırmış olması gerekir. İşverenin tek taraflı karar alarak evde çalışmaya geçmesi işçi açısından iş koşullarında esaslı değişiklik niteliğindedir. İşçi altı işgünü içinde bu öneriyi kabul ettiğini yazılı olarak bildirmediği sürece evde çalışmak zorunda değildir. İşverenin yapmış olduğu ve işçi tarafından altı işgünü içinde yazılı olarak kabul edilmeyen değişiklik önerileri işçiye bağlamaz.

İşçi sırf evde çalışmayı kabul ettiği için işveren işçinin ücretinde ve sosyal haklarında indirim yapamaz. İşyerinde çalışırken almış olduğu ücret, ikramiye, giyim yardımı, yemek yardımı, sağlık yardımı vb. Tüm haklarını almaya devam eder. Eğer yol ücreti ödeniyor, servis kullanılmıyorsa yol ücreti

Pandemi süreciyle gündeme gelen evde çalışmayla geleneksel olarak yapılan “Evde İş Sözleşmesiyle” çalışma aynı şey değildir. Her ne kadar her iki çalışma biçimi de evde çalışma olarak adlandırılıyor olsa da pandemi süreciyle gündeme gelen evde çalışma “Uzaktan Çalışma” başlığı altında düzenlenmiş olan çalışmadır.

tinin de geniş anlamda ücret kavramının içine girdiği için işverence ödemesi gerekir.

İşveren evde çalışan işçiye çalışması için gerekli alet ve edevatı sağlamak, bu alet ve edevatın kullanılması nedeniyle doğan maliyetleri karşılamak zorundadır. Evde çalışmada işverenin işçiyle ne zaman nasıl iletişim kuracağı ve çalışma koşulları taraflarca yazılı olarak belirlenmiş olmalıdır. Taraflarca belirlenen çalışma koşulları iş yasasının işin düzenlenmesine ilişkin hükümlerine aykırı olamaz.

Evde çalışmada da günlük çalışma süresi, fazla çalışmalar dahil 11 saati aşamaz. İşveren, ara dinlenmelerine uymak zorundadır. Haftalık 45 saati aşan çalışmalar evde çalışmada da fazla çalışma sayılır ve fazla çalışma hükümlerine uygun olarak fazla çalışma saat ücretinin en az yüzde 50 fazlasıyla ödenmesi gerekir.

Yedi günlük zaman dilimi içerisinde 45 saatlik çalışmayı dolduran evde çalışan kesintisiz 24 saat hafta tatili hakkı elde eder. Bu 24 saat içerisinde işçi ulaşılama hakkına sahiptir. İşveren hafta tatilinde de işçi çalıştırırsa fazla çalışma ve hafta tatili hükümleri uygulanır. Evde çalışan işçi bir yıl bekleme süresini doldurduktan sonra yıllık izni hak eder.

“İşveren, uzaktan çalışma ilişkisiyle iş verdiği çalışanın yaptığı işin niteliğini dikkate alarak iş sağlığı ve güvenliği önlemleri hususunda çalışanı bilgilendirmek, gerekli eğitimi vermek, sağlık gözetimini sağlamak ve sağladığı ekipmanla ilgili gerekli iş güvenliği tedbirlerini almakla yükümlüdür” (4857 Sayılı İş Kanunu 14/6. Md.).

### **Sosyal Güvenlik Sistemi ve Pandemi**

Küresel salgının tehdit ettiği işçinin sağlığını önceleyerek işinden vazgeçmesi halinde yaşayacağı gelir kaybını gidermekle görevli olan, sosyal güvenlik sistemi olmalıdır. Oysa Türk sosyal güvenlik sistemi primli sisteme dayanmaktadır. Primli sistem önceden karşılığında prim almadığı bir hizmeti vermeme esasına dayalıdır. Örneğin işsizlik sigortası primi yatırılmamışsa ya da yasada öngörülen sürelerde yatırılmamışsa işsizlik yardımından yararlanmak olanaklı değildir.

Türk sosyal güvenlik sisteminde tipik bir sosyal risk olan küresel salgın kapsama alınmadığı gibi, primsiz sistemle desteklenmediği için de gelir kaybını giderecek etkili bir mekanizma da bulunmamaktadır.

### **İşsizlik Sigortası Yasası, Kısa Çalışma Ödeneği ve Pandemi**

İşsizlik sigortasının kapsamı, hak ediş koşulları 4447 sayılı yasada düzenlenmiştir. İşsiz kalmadan, işçinin işini korumak için önlem almak da işsizlik sigortası kapsamına alınan bir konudur. İşçinin işini kriz anlarında korumak için işsizlik sigortası kanununun öngördüğü koruma ise kısa çalışma ödeneğiyle sınırlıdır.

Kısa çalışma ödeneği için: a. Zorlayıcı nedenin olması/ b. İşyerinin tamamında veya bir bölümünde iş süresinin en az üçte biri oranında azalması/ c. Veya süreklilik koşulu aranmaksızın en az dört hafta işyerinde faaliyetin tamamen veya kısmen durdurulmuş olması gerekir.

Türk sosyal güvenlik sisteminde tipik bir sosyal risk olan küresel salgın kapsama alınmadığı gibi, primsiz sistemle desteklenmediği için de gelir kaybını giderecek etkili bir mekanizma da bulunmamaktadır.



Kısa çalışma ödeneğinden işçinin yararlanabilmesi için, işverenin kısa çalışma ödeneği için İŞKUR'a yapmış olduğu başvurunun kabul edilmiş olması, işçi adına son yılda en az 600 gün prim yatmış olması, kısa çalışmanın başlangıcından geriye doğru 120 gün kesintisiz çalışmanın bulunması gerekir.

İşsizlik Sigortası Yasası'na eklenen geçici 23. Madde hükmüyle kısa çalışma ödeneğinde işçinin ödenek alması için gereken geriye doğru üç yıl içinde 600 gün prim ödeme koşulu 450 güne, son 120 gün iş akdi ile çalışma koşulu ise 60 güne düşürülmüştür. Bu değişiklik 30.06.2020'ye kadar geçerlidir ve Cumhurbaşkanı bu süreyi 31.12.2020'ye kadar uzatmaya yetkilidir. Son olarak Cumhurbaşkanlığının 31 Temmuz 2020 tarihli ve 2810 sayılı Karar ile bir ay daha uzatılmıştır.

Kısa çalışma ödeneği işçinin son 12 aylık prime esas kazançlarından hareketle hesaplanmaktadır. İşçinin ücreti, fazla çalışma karşılıkları, prim ve ikramiye gibi ücrete ek almış olduğu düzenli ödemelerin tamamı prime esas kazanç içine girmektedir. 12 aylık sürede bildirilen prime esas kazançlar önce 360'a bölünüp 30'la çarpılarak ortalama günlük kazanç hesaplanmaktadır. Kısa çalışma ödeneği, bu şekilde hesaplanan ortalama günlük kazancın yüzde 60'ı kadardır. Bu tutar hiçbir biçimde asgari ücretin brüt tutarının yüzde 150'sini geçemez. 2020 yılı içinde ödenecek en yüksek kısa çalışma ödeneği damga vergisi kesintisi ile 4.380,99 TL'dir.

Kısa çalışma ödeneği, işyerinde işin durması halinde bir haftalık yarım ücret ödenen süreden sonra başlar.

İşyerinde çalışma sürelerinin düşürülmesi, hafta tatili için çalışılması gereken saatlerin altında çalışılması veya işin tümüyle durması durumlarında işçinin hafta tatili tartışma konusu yapılmamalıdır. Bu durumda hafta tatilini hak etmek için gerekli süre 4447 ve 4857 sayılı yasaya göre belirlenen kısa çalışma süresi kadardır. İşin tümüyle durması nedeniyle ödenen kısa çalışma ödeneğinin içerisine, işçinin çalışmadığı halde yasa gereği çalışmış gibi kabul edilen süreler ve dolayısıyla hafta tatili ücretleri de girer.

Kısa çalışma ödeneğinden yapılan ödemeler işçinin ileride alacağı işsizlik ödeneğinden mahsup edilir. Ancak kısa çalışma ödeneğinin işsizlik ödeneğinden mahsup edilip edilmeyeceğini belirlemeye Cumhurbaşkanı yetkilidir.

7244 sayılı yasanın 8. Maddesiyle 4447 sayılı yasaya eklenen geçici 25. Madde ile işverenlerce zorlayıcı neden gerekçesiyle yapılan başvurularda süreç kısaltılmıştır. Yapılan başvurular kısa çalışma ödeneği için gerekli olan uygunluk tespiti tamamlanmadan işveren beyanı esas alınarak sonuçlandırılıp kısa çalışma ödemesi işveren beyanına göre gerçekleştirilecektir. İşverenin hatalı bilgi ve belge verdiği anlaşıldığında yapılan kısa çalışma ödeneği yasal faiziyle birlikte işverenden geri alınacaktır.

## Tır Şoförünün, İş Nedeniyle Yurtdışına Yapılan Sefer Sırasında Bulaşan H1N1 Virüsüne Bağlı Olarak Ölümü İş Kazasıdır

**Yargıtay 21. Hukuk Dairesi**



### **Koronavirüsten Etkilenmek İş Kazası mıdır?**

Sosyal güvenlik hukuku açısından koronavirüsün iş kazası olup olmadığı yaşamsal önemde bir konudur. İş kazası meslek hastalıkları sigortasından sigortalı veya sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine gelir bağlanması için belirli bir süre sigortalılık ve prim ödeme gün sayısını gerektirmemektedir. Koronavirüsün iş kazası sayılmaması halinde sigortalının ölmesi durumunda hak sahiplerinin ölüm sigortasından yararlanmaları için beş yıl sigortalılık ve 1800 gün prim ödeme gününün olması gerekir. Sigortalı 4/a statüsünde ise (işçi ise) beş yıl sigortalılık süresinin doldurulması, her türlü borçlanmalar hariç 900 gün prim ödenmiş olması gereklidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 13. Maddesi'nde hangi durumların iş kazası sayılacağı belirtilmiştir. Maddeye göre iş kazası şöyle tanımlanmıştır:

- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada gerçekleşen,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle meydana gelen,
- Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hâle getiren olaydır.

İş hukuku öğretisi ise iş kazasını, “işçinin işverenin otoritesi altında bulunduğu bir sırada, gördüğü iş veya işin gereği dolayısıyla aniden ve dıştan meydana gelen bir etkenle onu bedence ya da ruhça zarara uğratan olay” olarak tanımlamıştır. **(Güzel/Okur/Caniklioğlu, 2016)**

Yargıtay 21. HD. 15.04.2019 tarihli kararında H1N1 virüsünü yurtdışında alan TIR şoförünün ölümünün iş kazası sayılması gerektiğini vurgulamıştır. Yargıtay'a göre:

“Yasanın iş kazasını sigortalıyı zarara uğratan olay biçiminde nitelendirmiş olması illiyet (nedensellik) bağı iş kazasının bir unsuru olarak ele almayı gerektirmiştir. Ne var ki, burada aranan “uygun illiyet (nedensellik) bağı” olup, bu da yasanın aradığı hal ve durumlardan herhangi birinde gerçekleşme olgusu ile sonucun birbiriyle örtüşmesi olarak anlaşılmalı, yasada olmadığı halde, herhangi başkaca kısıtlayıcı bir koşulun varlığı aranmamalıdır.<sup>[1]</sup> Kısacası; anılan yasal düzenleme, sosyal güvenlik hukuku ilkeleri içinde değerlendirilmeli; maddede yer alan herhangi bir hale uygunluk varsa zararlandırıcı sigorta olayının kaynağının işçi olup olmaması ya da ortaya çıkmasındaki diğer etkenlerin değerlendirilmesinde dar bir yoruma gidilmemelidir. (HGK 2009/21-400 Esas,432 Karar)<sup>[2]</sup> Somut olayda, tır şoförü olan davacı murisinin 26.11.2009 tarihinde davalı işveren tarafından Ukrayna’ya sefere gönderildiği, 11.12.2009 tarihinde Türkiye’ye giriş yaptığı, Adli Tıp Kurumu raporunda, H1N1 virüsünün kuşçu süresinin 1-4 gün arasında değiştiği, murisin 13.12.2009 tarihli hastaneye başvurusunda belirttiği şikâyetlerin hastalığın başlangıç belirtileri olduğu taktirde hastalığın bulaşmasının bu tarihten 1-4 gün öncesinde gerçekleşmiş olacağının bildirildiği, buna göre davacı murisinin, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle Ukrayna’ya yapılan sefer sırasında bulaştığı yukarıda belirtilen rapor kapsamından anlaşılan H1N1 virüsüne bağlı olarak, daha sonra meydana gelen ölümünün iş kazası olarak kabul edilmesi gerektiği açıktır”. (Y. 21. H.D. E. 2018/5018, K. 2019/2931 T. 15.04.2019, Çalışma ve Toplum, 2020/1, s. 521)

Yasada iş kazası, sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren olay olarak tanımlandığından, olayın etkilerinin bir süre devam ederek zaman içinde artması ve buna bağlı olarak sonucun daha sonra gerçekleşmesi mümkündür. Yani, iş kazası ani bir olay şeklinde ortaya çıkıp buna bağlı olarak zarar derhal gerçekleşebileceği gibi, gazdan zehirlenme olayında olduğu şekilde etkileri daha sonra da ortaya çıkabilir. Sonradan oluşan zararlar olay arasında uygun illiyet bağı bulunması koşuluyla olay iş kazası kabul edilmelidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı ise 07.05.2020 tarih, 2020/12 sayılı genelgesiyle COVID-19 virüsünün bulaşıcı bir hastalık olduğundan hareketle “söz konusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara hastalık kapsamında provizyon alınması gerekmektedir” demiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu bu genelgeyle 5510 sayılı yasada belirtilen durumlarda meydana gelen olayları hastalık sigortası kapsamında değerlendireceğini ilan etmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun bu genelgesi ancak kurum içi süreç açısından bağlayıcı olabilir. Kurumun iş kazası olarak kabul etmediği onlarca olay yargı tarafından iş kazası olarak kabul edilmiştir. Yargıtay’ın yukarıda alıntı

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı ise 07.05.2020 tarih, 2020/12 sayılı genelgesiyle COVID-19 virüsünün bulaşıcı bir hastalık olduğundan hareketle “söz konusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara hastalık kapsamında provizyon alınması gerekmektedir” demiştir.

yaptığımız kararı, kurumun iş kazası olarak kabul etmediği, yargı kararıyla iş kazası olduğunun belirlendiği olayların tipik örneğidir.

Unutulmamalıdır ki iş kazası, sigortalıya hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen zarar veren olaydır. İş kazası ani bir olaya bağlı olarak olabileceği gibi etkisini belirli bir süre sonra gösteren bir olay da olabilir. Sosyal güvenlik hukuku açısından bir olayın iş kazası olup olmadığının belirlenmesinde olayın meydana gelmesinde işverenin kusurunun olmamasının önemi yoktur. Dışsal bir etkiyle yasada sayılan durumlarda sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen veya ruhen zarara uğratma olgusunun gerçekleşmesi olayın iş kazası olarak kabul edilmesi için yeterlidir.

Bu durumda 5510 sayılı yasanın 16. Maddesi uyarınca iş kazası sigortasından sigortalı veya hak sahiplerine geçici iş göremezlik, yüzde 10 ve üzeri işgücü kaybında sürekli iş göremezlik ve sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine herhangi bir prim ödenmiş olması veya sigortalılık süresine bakılmaksızın gelir bağlanması gerekmektedir.

Diğer yandan mevcut yasalara göre bile işçinin koronavirüse yakalanmaması için işyerinde teknolojinin olanaklı kıldığı her türlü önlemi almayan işveren kusurludur. İşverenin, işçiye işgücü kayıp oranı sıfır dahi olsa manevi tazminat ödemesi gerekir. Yani işgücü kayıp oranının sıfırdan büyük olduğu her durumda işveren maddi tazminat ödemelidir. İşgücü kayıp oranı, sigortalının koronavirüs nedeniyle kaybettiği çalışma yetenek ve becerilerini eskisi gibi yerine getirebilmesi için kalıcı bir şekilde fazladan efor harcamak zorunda kalması halinde bu fazladan harcanan efordur.

### ***İş Sağlığı İş Güvenliği Yasası ve Pandemi***

İşçi sağlığı ve iş güvenliğini özel olarak düzenlemek için 6331 sayılı İş Sağlığı İş Güvenliği Yasası 2012 yılında yürürlüğe girmiştir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanının özel yasayla düzenlenmesi ne yazık ki işçi sağlığı ve iş güvenliği alanındaki sorunları çözmeye yetmemiştir.

Yasa açıkça işverene, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda teknolojinin, bilimin olanaklı kıldığı her türlü önlemi alma yükümlülüğü getirmiş, ancak bu yükümlülüğü yerine getirip getirmediğini anlamak için işyerlerinin etkin denetimini sağlayacak içsel denetim kurumlarına yer vermemiştir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğini uygulamak amacıyla işyerlerinde sorumluluk verilen iş güvenliği uzmanları ve işyeri hekimleri de güvenceden yoksun bırakılmıştır. Alanın Ortak Sağlık Güvenlik Birimleri (OSGB) aracılığıyla piyasaya açılması bir diğer açmazdır. Piyasanın mantığına uygun olarak “ne kadar az denetim o kadar çok işyeri” OSGB için temel itki olmuştur. Piyasa mantığı hâkim olunca işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemleri kağıt üzerinde kalmıştır.

6331 sayılı yasanın 13. Maddesinde düzenlenen “işçinin çalışmama hakkı” da işveren istemeyince yaşama geçmesi olanaklı olmayan bir diğer düzenlemedir. Maddeye göre çalışanların, “ciddi ve yakın tehlike” nedeniyle çalışmama haklarını kullanabilmeleri için iş sağlığı ve güvenliği kurulundan, kurulun bulunmadığı durumda işverenden acil ve yakın tehlike bulunduğunu tespit ettirmeleri zorunludur. Kurulda işveren temsilcileri çoğunlukta ol-

İşçinin  
koronavirüse  
yakalanmaması için  
işyerinde  
teknolojinin olanaklı  
kıldığı her türlü  
önlemi almayan  
işveren kusurludur.  
İşverenin, işçiye  
işgücü kayıp oranı  
sıfır dahi olsa  
manevi tazminat  
ödemesi gerekir.



duğundan kurul bulunmadığında tespiti işveren yapacağı için çalışmama hakkının devreye girmesi sonuçta işverenin insafına kalmıştır.

### **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Pandemi**

Küresel bir salgın durumunda neler yapılması gerektiğini düzenleyen kanun, 1930 yılında yürürlüğe girmiş olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun "Memleket dahilinde sari ve salgın hastalıklarla mücadele" başlıklı ikinci bölümü (57-96. Maddeler), kimin ne yapması gerektiğini tek tek belirlemiştir. Kanun oldukça uzun ve ayrıntılı, dili eski ama bu, kanunu anlamamıza engel değildir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, önlem almaya karantinadan başlamıştır. Karantinanın dışında alınması gereken önlemler, serum ve aşı uygulaması, fenni temizlik, hastalığa neden olan haşarat veya hayvanların yok edilmesi, seyahat edenlerin muayene edilmesi ve eşyalarının temizlenmesi, umumi mahallerin boşaltılması ve girişin engellenmesi olarak sıralanmıştır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre bulaşıcı ve salgın hastalıklarla topyekûn mücadele gerekmektedir. Örneğin kanuna göre eğer komşu evinde bulaşıcı hastalık çıkmış ise sizin de evinizde bu hastalığın çıkmaması için sağlıkçıların öngördüğü önlemleri almanız zorunludur. Kanuna göre, bu zorunluluğa uyulmaması halinde gerekli işlemler belediye veya hükümetçe yapıp masrafı sizden alınacaktır.

Kısaca Umumi Hıfzıssıhha Kanunu bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, bu mücadeleyi yürütecek kamu kuruluşlarından komşuya kadar herkesin görevini belirlemiş, tam bir seferberlik hali tanımlamıştır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 76. Maddesine göre bulaşıcı veya salgın hastalıkları taşıdığı kesin olan kimselerin geçici olarak veya hastalıktan kurtulana kadar çalışmaları hıfzıssıhha meclisleri kararıyla yasaklanacaktır.

Aynı kanunun 83. Maddesi karantina altına alınanların ve çalışması yasaklananların gelir kaybının önlenmesine ilişkin de düzenleme yapılmıştır. Bu durumda olup da muhtaç olanların ve ailelerinin geçim masraflarının nasıl karşılanacağını hükümetçe düzenleneceği hüküm altına alınmıştır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 72. Maddesi karantinanın ya sağlık merkezlerinde ya da sıhhi şartları taşıyan merkezlerde veya evlerde uygulanabileceğini öngörmüştür. Kanunun 74. Maddesi ise "fabrika ve imalathanelerle.... Sari hastalıklara musap kimselerin alıkonulması memnudur" yani "fabrikalarda bulaşıcı hastalıklara yakalanmış kişilerin bulundurulması, fabrikada tutulması yasaktır" der.

Ayrıca vurgulamak gerekir ki Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun





83. Maddesinde geçen “Cebri tecride tabi olarak müessesatta veya evlerinde tecrit edilen kimselerle” ifadesi 72. Maddede yer alan “sıhhi ve fenni şartları haiz mahaller” anlamına gelmektedir.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden kurum ve kuruluşlar da bu mücadeleyi kanuna göre yapmak zorundadırlar. Yani, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’na göre kurulmuş olan, Umumi Hıfzıssıhha İl Kurulu, Dardanel örneğinde yapmış olduğu gibi yasaya aykırı karar almamalı, aldığı kararları kanuna dayandırmalıdır. Umumi Hıfzıssıhha İl Kurulu kanunun açıkça yasaklamış olduğu bir işleme izin vermemek zorundadır.

### **Krizi Fırsata Çeviren İşverenler**

Küresel düzeyde yaşanan salgına karşı ülkemizde çalışanların sağlığını, işini ve gelirini koruyacak yeterli yasal düzenleme bulunmamaktadır. Kuşkusuz bu durum salgınla mücadelede çok önemli bir eksikliktir. Ne var ki salgın sonrası yaşanan işveren uygulamaları sınırlı mevzuatın dahi uygulanmadığını göstermektedir. Mevzuat uygulanmadığı gibi, çalışanları korumak için yapılan sınırlı sayıda yasal düzenlemeyi de işverenler tam tersine çalışanlar üzerinde bir baskı aracı olarak kullanmayı başarmışlardır.

### **Kısa Çalışma ve Ücretsiz İzin, İşçiler Üzerinde Baskı Aracına Dönüştürülemez**

İşin sevk ve yönetimi işverene aittir. Ancak işveren bu hak ve yetkisini kullanırken keyfi davranamaz. İşverenin yönetim hakkını sınırlandıran en önemli kuralardan birisi eşit işlem borcu ve ayrımcılık yasaklarıdır.

Eşit işlem borcunun ilk yasal dayanağı Anayasa’nın 10. Maddesidir. Anayasa’nın 10. Maddesindeki eşitlik ilkesinden hareketle 4857 sayılı İş Kanunu’nun 5. Maddesinde işverenin “eşit davranma” ve “ayırım yapmama borcu” düzenlenmiştir.

Eşit davranma ilkesinin uygulanabilmesi için işçi-işveren ilişkisinin bulunması, işçilerin aynı işyerinde çalışması, işyerinde aynı işi yapan birden fazla işçinin olması, işverenin aynı durumda olan tüm işçilere yönelik bir işleminin olması, işveren işleminin aynı zaman dilimi içerisinde gerçekleşmiş olması gerekmektedir.

Eşit işlem borcuna göre işveren aynı durumdaki işçilere “objektif ve farklı davranmayı haklı kılacak nedenler bulunmadıkça” eşit davranmak zorundadır. Aynı durumdaki işçiler arasında farklılık yaratılmaması bir işveren yükümlülüğüdür. Ancak işverenler bu yükümlülüğü kolaylıkla yok sayabilmişlerdir. Hem ücretsiz izin hem de kısa çalışmada çalışanlar sonuçta önemli bir gelir kaybı yaşamaktadır.

İşverenler kısa çalışma için başvururken eşit işlem borcunu göz ardı etmezler. Hiçbir işverenin, işten çıkmasını istediği işçileri sürekli kısa çalışma uygulamasına tabi tutma hakkı yoktur. İşverenlerin, kendilerince işyerine daha sadık diye düşündükleri çalışanları normal çalıştırmaya devam ettirip, diğer işçileri ücretsiz izne çıkarmaları eşit işlem borcuna aykırıdır. İşyerlerinde hak aramanın yaptırımını, kısa çalışmaya tabi tutma veya ücretsiz izne çıkarmaya dönüştürülmemelidir.

Eşit işlem borcuna göre işveren aynı durumdaki işçilere “objektif ve farklı davranmayı haklı kılacak nedenler bulunmadıkça” eşit davranmak zorundadır. Aynı durumdaki işçiler arasında farklılık yaratılmaması bir işveren yükümlülüğüdür.

Son günlerde bazı işyerlerinin kısa çalışmadan yararlanırken işçileri normal çalıştırdıkları, kısa çalışmadan alınan ödeneği ücretlerden kestikleri konusunda ciddi iddialar bulunmaktadır. Bu süreçte sendika hakkını kullanan işçilerin hemen ücretsiz izne çıkarıldığı, ücretsiz izne son vermenin koşulu olarak sendikalaşmadan vazgeçmelerinin önlerine konulması ise tek kelimeyle vahimdir.



### **Yeni Adıyla Sunulan ve Yasaya Aykırı Olduğu Göz Ardı Edilerek Uygulanan “Kapalı İşyeri”**

Kapalı işyeri bir işveren örgütü olan Müstakil Sanayici ve İş Adamları Derneği'nin (MÜSİAD) önerisi olarak gündeme gelmiştir.

MÜSİAD tarafından müjde gibi sunulan öneriye göre:

“Dünya çarkları yeniden döndürmek için düğmeye bastı. Türkiye de bu sürece yeni bir modelle dahil oluyor:

İzole üretim üsleri. MÜSİAD'ın standartlarını belirlediği üslerin ilki 15 Haziran'da Tekirdağ'da açılacak. Üs kapıları kapattığında tamamen kendine yeten bir üretim gücüne sahip olacak.

“İzole üretim üsleri” olarak adlandırılan MÜSİAD önerisinde işçiler, eş ve çocuklarıyla birlikte, dışarıya kapatılarak izole edilecek çalışma alanlarında yaşayacak, çocukların eğitimi, kadınların üretime katılması, sosyal yaşam, eğlence, bu izole ortamlarda gerçekleşecek, bu şekilde Türkiye coğrafi avantajlarını da kullanarak Çin karşısında rekabet üstünlüğü sağlayıp krizi fırsata dönüştürecektir. Öneride, üretim maliyetleri açısından elde edilecek avantajlar sırala-



nırken bir tür çalışma kampına hapsedilecek insanların sosyal yaşamları, kreşler, okullar, eğlence merkezleri vaatleriyle şirinleştirilmektedir.

MÜSİAD’ın bu önerisi, bir başka işveren örgütünün Türkiye Metal İşverenleri Sendikası’nın (MESS) önerisiyle bütünleşmiştir. MESS “Yarının teknolojisi” övgüsüyle “MESS Safe” adını verdikleri öneriyi gündeme getirdi. MESS’in geliştirdiğini duyurduğu bu sistemde işçilerin boynuna bir cihaz takılacak. Takılan bu cihaz işçinin hareketlerini izleyecek. İşçi bir başka işçiye ya da makineye yaklaşması gereken mesafeden daha fazla yaklaşırsa cihaz işçiyi ve işvereni uyaracak. Böylece işveren işçilerin tüm hareketlerini izleme olanağına kavuşacak.

Teknoloji yardımıyla işçilerin zamanlarının her saniyesini kontrol etme çabası yeni değildir. Yeni değildir çünkü işçinin çalışma becerilerini sınırlı bir zaman diliminde ücret ödeyerek satın alan işveren, her zaman işçinin işgücünden olabildiğince fazla yararlanmaya çalışacaktır. İşgücünü 24 saat satın alamadığı için iş süresinde her saniye işveren açısından yaşamsal önemdedir.

Konu sadece işçinin zamanı iyi kullanmasını sağlamak da değildir. İşgücü üzerinde denetimi en üst düzeye çıkararak sürdürmek kapitalist sistemin yapısal bir özelliğidir. Nitekim tarihsel gelişimi içerisinde her çalışma organizasyonu işgücü üzerinde denetimin yoğunlaşmasını beraberinde getirmiştir. İşgücü üzerinde denetimi üst noktalara çıkaran sistemin adı Fordist-Taylorist sistem de olsa, Post Fordist sistem de olsa amaç aynıdır. Üretim aşamasında zaman kayıplarını ortadan kaldırarak bir işgününde olabildiğince çok üretim sağlamak, işgücünü denetim altına alarak işverenin otoritesini pekiştirmektir.

Bu nedenle her iki işveren örgütü tarafından dile getirilen ve “yeni” sıfatıyla sunulan öneriler yeni değildir. İşverenler, 19. Yüzyılda kurdukları ve mutlak hâkimiyet altına alıp, işçiler için bir tür cezaevine dönüşen fabrika düzenine geri dönmek istemektedirler.

Kapalı işyeri veya izole işyeri, adı ne olursa olsun amaç, yeni bir çalışma rejiminin inşası değildir. Yeni adı altında emeğin yağmasının sınırsızca sürdüğü, her şeyin sözleşme özgürlüğü ekseninde rıza pazarına göre belirlendiği yüzyıllar öncesi çalışma rejimine geri dönüş çağrısıdır.

### **“Kapalı İşyeri” Uygulaması Yasaya Aykırıdır**

Çanakkale Dardanel fabrikasında işçilerin üretimin sürdüğü koşullarda 14 gün fabrikaya Umumi Hıfzıssıhha İl Kurulu kararıyla hapsedilmesi, Limak İnşaat’ın yapımını üstlendiği Artvin Yusufeli Barajı ve Hidroelektrik Santrali inşaatında Valiliğe bağlı İl Umumi Hıfzıssıhha Kurulu’nun kararıyla işçilerin şantiyeden çıkmasının yasaklanması, şantiyeden ancak iş sözleşmesini sona erdirmeyi kabul edenlerin ayrılmasına izin verilmesi, Manisa’da Vestel işyerinde artan korona sayısına karşın işçilerin 7 gün 12 saat çalıştırılmaya devam ettikleri “iddia”ları basına yansıyan açık yasadışı çalışma biçimleridir.

Çalışma sürelerini düzenleyen hiçbir yasal düzenlemede “kapalı işyeri” diye adlandırılan bir çalışma sistemi öngörülmemiştir. Aksine, günlük ve haftalık çalışma sürelerini düzenleyen yasalara göre işçilerin fazla çalışmalar dahil

İşverenler, 19. yüzyılda kurdukları ve mutlak hâkimiyet altına alıp, işçiler için bir tür cezaevine dönüşen fabrika düzenine geri dönmek istemektedirler.

günde 11 saatten fazla çalıştırılmaları yasaktır. Bir haftalık zaman diliminde bir gün hafta tatili verilmesi zorunludur. Dolayısıyla “kapalı devre çalışma sistemi” adı altında işçilerin 14 gün süreyle fabrikada tutulması yasadışı çalışmadır. Çalışma yaşamını denetlemekle görevli olan bakanlığın böyle bir çalışmayı durdurması gerekir.

“Kapalı devre” olarak adlandırılan çalışmada (hem Dardanel, hem Artvin HES) yasal dayanak olarak Umumi Hıfzıssıhha İl Kurulu kararları gösterilmiştir. Oysa yukarıda da belirttiğimiz gibi, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 72. Maddesi açıktır. “Fabrika veya şantiyelerde karantina uygulaması yapılamaz”. Maddeye göre karantina ya sağlık merkezlerinde ya da sıhhi şartları taşıyan merkezlerde veya evlerde uygulanabilir.

Aynı kanunun 74. Maddesi hükmüne göre bırakın işyerlerinde işçilerin karantinaya alınması, tam aksine bulaşıcı hastalıklara yakalanmış kişilerin fabrikada bulundurulması, fabrikada tutulması yasaktır. Aslında “kapalı devre çalışma”, yasalar çiğnenerek çalışma kampı kurmaktır. İş yasasının işin düzenlenmesi, çalışma süreleri, hafta tatili hakkındaki emredici düzenlemelerine aykırı olmasına aldırılmadan, yasadışı bir çalışma sistemi kriz koşullarında koronavirüs salgını üzerinden dayatılmaktadır. Diğer yandan kapalı devre çalışma önerisi ve uygulaması, işverenin kendisini yasal sınırlamanın üzerinde gördüğünün somut ifadesidir. Kimi işverenler, pandemi sürecini suiistimal ederek “zaruretler yasakları memnu kılar” kuralını tek taraflı uygulama cesaret ve cüreti içerisine girmiştir.

Nitekim Dardanel şirketinin basına yaptığı açıklamada yaptıklarının dayanağı olarak uygulamanın gönüllülük temelinde yapılmış olması gösterilmiştir. Oysa çalışmaya sadece gönüllü çalışanların katılmış olması yasadışı uygulamayı yasal hale getirmez. Yasa 74. Maddesinde açıkça salgın koşullarında “işçilerin fabrikalarda bulundurulmaları yasaktır” demiştir. Bu açık yasak, rızayla ortadan kaldırılamaz. Çünkü burada söz konusu olan, ölümcül tehdit altındaki insan sağlığıdır.

### ***Yeni Bir Çalışma Rejimi İşçiler ve İşçi Örgütleri Tarafından Önerilmelidir***

“İşyeri”, iş yasasında en basit tanımıyla “işin yapıldığı yer” olarak tanımlanmıştır. Günümüzde “işyeri”nin mevcut çalışma koşulları üzerinden tanımını yaptığımızda ise işyeri çalışanların tüm anayasal ve yasal haklarını içeri girerken kapının önünde bırakmak zorunda kaldıkları işin yapıldığı yerdir dememiz gerekmektedir. Çalışanları korumada eksik olduğunu kabul ettiğimiz yasal mevzuatımız, istihdamın çok küçük bir bölümünü oluşturan sendikalı işyerlerinin<sup>139</sup> dışında uygulanmamaktadır.

“kapalı devre çalışma sistemi” adı altında işçilerin 14 gün süreyle fabrikada tutulması yasadışı çalışmadır.

<sup>139</sup> DISK-Ar’ın 2020 yılı raporuna göre “Türkiye’de toplam 15 milyon 799 bin işçinin 14 milyon 104 bini herhangi bir sendikaya üye değildir. Tüm işçiler arasındaki en savunmasız grup olan kayıt dışı işçiler dahil edildiğinde ise fiili sendikalaşma oranı yüzde 12,14’tür. Türkiye’de toplam 15 milyon 799 bin işçinin sadece 1 milyon 229 bini toplu iş sözleşmesinden yararlanmaktadır. İşçilerin yüzde 92,22’si toplu iş sözleşmesi kapsamı dışındadır. Toplu iş sözleşmesi kapsamı dışındaki işçi 14 milyon 953 bin işçi salgına karşı daha ciddi bir tehdit altındadır. Ocak 2020’de toplu iş sözleşmesi kapsama oranı sadece yüzde 7,8’dir. <http://disk.org.tr/2020/04/disk-ardan-covid-19-salgini-doneminde-sendikalasma-arastirmasi/> (Erişim Tarihi: 02.10.2020)



Kaldığı mekânda vatandaşlık hakları kısıtlanmış kişi aslında “işçi” değil, “mahkûm”dur. Vatandaşlık haklarının kullanılmasının önemli ölçüde kısıtlandığı mekân da “işyeri” değil, “cezaevi”dir. İşyerleri, “sağlığım mı, işim mi” ikilemi içerisinde kalmış işçiler için modern cezaevlerine dönüşmüş durumdadır.

Bu durum sürdürülebilir değildir. Süreç işveren inisiyatifine bırakıldığında işverenler kendi çıkarları ekseninde krizi fırsata çevirmek için hiçbir olanağı kaçırmamaktadır. Oysa bir kısmı yasa değişikliği yapılmadan bir kısmı yasa değişikliği yoluyla hem üretimin sürdüğü hem işçinin korunduğu bir çalışma rejimi işçiler, işçi örgütleri, iş hukukçuları ve sosyal politika çalışan bilim insanları tarafından emekten yana örgütler tarafından önerilebilir.



### ***İş Hukuku Açısından Öneriler***

#### ***Pandemi Sürecinde İşçiyi Koruma İlkesine Göre Yasaların Yorumlanması***

Küresel salgın Türkiye’de iş hukukunun öngörmediği bir durumdur. Küresel salgın koşullarında iş hukuku normal koşullara göre yorumlanıp uygulanamaz. En azından işçi ile işveren arasında karşılıklı hak ve borçları düzenleyen iş sözleşmesi normal koşulların ürünüdür. Salgın koşullarında ise işçinin iş görme edimini yerine getirirken almış olduğu riskler normal zamanlara göre kat kat artmış, sözleşme dengesi işçi aleyhine bozulmuştur.

İşçinin iş görme ediminin ağırlaşmasının karşısında işverenin borçlarının aynen kaldığını kabul etmek sözleşme adaletine aykırıdır. **Bu durumda yapılması gereken, işçi lehine yorum ilkesini devreye sokarak bozulan sözleşme adaletini yerine getirmektir.**

İşçi lehine yorum ilkesi bir tercih değildir. 1958 tarihi içtihadı birleştirme kararına dayanmaktadır. İctihadı birleştirme kararları aksi yasayla değiştirilene kadar yasa gibi herkesi bağlayan hukuk kaynaklarıdır. 1958 tarihli içtihadı birleştirme kararına göre:



“Kanun koyucuya İş Kanunlarını kabul ettiren tarihî sebepler ve bunlar arasında iktisadi durumca zayıf olan işçiyi iktisadi durumu daha kuvvetli olan işverene karşı özel şekilde koruyarak içtimai muvazeneyi ve cemiyetin sükûnunu sağlama hedefi ve hukuk hükümlerinin tefsirinde lafzın gayenin ışığı altında mânalandırılmasının gerektiği göz önünde tutulunca iş hukukuna ait hükümlerin tefsirinde tereddüt halinde işçinin lehine olan hal şeklinin kabul edilmesi iş hukukunun ana kaidelerinden olduğu neticesine varılır” (Kar, 2019).

Somut örnek vermek gerekirse, zorlayıcı nedenlerle işin bir haftadan fazla durması halinde işverenin ücret borcu bir hafta ayırım ücretle sınırlıdır. Bir haftadan sonra işverenin iş sözleşmesini sona erdirmeye hakkı vardır. Konuyu düzenleyen iş yasasının 25/III maddesi sözlü yorumu tabi tutulursa işveren, zorlayıcı nedenlerle iş sözleşmesini sona erdirmesi halinde ihbar tazminatı ödemeyecektir. Aynı madde işçi lehine yorum ilkesi ve küresel salgın koşullarıyla birlikte yorumlandığında, bir haftadan sonra ücret dahil hiçbir ödeme yükümlülüğü olmadığı halde iş sözleşmesini sona erdiren işverene ihbar tazminatı ödetmeyerek bir anlamda ödüllendirmek, iş sözleşmesinin sürekliğini sağlama ilkesine, salgın koşullarında işverenin artan gözetim borcuna aykırıdır, sonucuna ulaşılarak işçinin ihbar tazminat hakkı korunmuş olacaktır.

İşçilerin 14 günlük karantina süresini evlerinde geçirmelerinde ücretlerinin ödenip ödenmeyeceği sorunu da benzer yorum yöntemiyle işçi lehine sonuçlandırılabilir.

Diğer yandan işin sevk ve yönetimi işverene aittir. İşçinin borcu eser yaratmak değil, eserin oluşumuna katkı sunmaktır. İşin sevk ve yönetimi hakkını elinde tutan işverenin işletme risklerini de üstlenmesi gerekir. İşletme riski kapsamına giren durumların oluşmasında işverenin kusurlu olup olmamasının önemi yoktur. İşletme riskini işveren kusursuz olsa da üstlenmek zorundadır. İşletme riski kuramı Almanya’da mahkemelerce geliştirilmiş, Federal İş Mahkemesi’nde de benimsenmiştir:

“Federal İş Mahkemesince benimsenen işletme riski kuramı uyarınca, yaptığı işten genellikle kazanç sağlayan işveren, kontrolü dışında da gelişse, üretim sürecini kendisinin planlayıp organize ettiği işletmesinde karşılaşacağı risklere katlanmak zorundadır. Buna göre, kendi kontrolü dışında bir nedenle de olsa, işçilerinin işgörmeye edimini kabul edemeyen işveren, onlara ücretini bir iş karşılığı olmaksızın ödemekle yükümlüdür. Ancak Federal İş Mahkemesi bu gibi durumlarda dahi işçilere ücret ödenmesinin işletmenin varlığını tehlikeye düşürmesini, işletme riski kuramının istisnası kabul etmiş, işletmenin varlığını tehlikeye sokan durumlarda ilkeyi uygulamaktan kaçınarak sınırlandırmıştır” (Başterzi, 2020).

Kaldığı mekânda vatandaşlık hakları kısıtlanmış kişi aslında “işçi” değil, “mahkûm”dur. Vatandaşlık haklarının kullanılmasının önemli ölçüde kısıtlandığı mekân da “işyeri” değil, “cezaevi”dir. İşyerleri, “sağlığımı, işim mi” ikilemi içerisinde kalmış işçiler için modern cezaevlerine dönüşmüş durumdadır.

İşveren, küresel krizin yarattığı sorunları işletme riski kapsamında üstlenmelidir. İşçinin kısa çalışma ödeneği nasıl işsizlik sigortasından kaynaklanıyor, Cumhurbaşkanı'nca aksine karar verilmedikçe ileride işsiz kalması halinde işsizlik ödeneğinden mahsup ediliyorsa kısa çalışma ile işçinin ücreti arasındaki fark işletme riski kapsamında işverence karşılanmalıdır.

Örnekler çoğaltılabilir. Önemli olan, olağan döneme göre işçi aleyhine bozulan sözleşme adaletini, işçinin ağırlaşan iş görme edimini işverenin gözetim borcunu ağırlaştırarak, işletme riski kavramını geniş yorumlayarak, işçi lehine yorum ilkesini öne çıkararak, küresel salgın koşullarında çalışma koşullarına işçi lehine anlam vermenin olanaklı olduğunun görülmesidir.

### ***Çalışma Süreleri Düşürülmeli, Vardiya Sayısı Altıya Çıkarılmalıdır***

#### ***Sosyal Güvenlik Kurumu Devreye Sokulmalıdır***

Koronavirüsten korunmanın en önemli yolu insanların olanaklar ölçüsünde izole edilmesidir. Bu yapılamıyorsa olabildiğince insanların topluluk oluşturan yerlerde bulunmamasını sağlamalı, bunun en önemli aracı ise iş sürelerinin düşürülerek işçinin işyerinde kalan süresinin azaltılmasıdır. Bu nedenle iş sürelerinin düşürülüp vardiya sayısının artırılmasıyla hem işçiler işyerinde daha az kalacak hem hızla artan işsizlik bu yolla yaratılacak ek istihdamla azaltılmış olacaktır. İş sürelerinin düşürülmesine bağlı işçinin yaşayabileceği gelir kaybı işveren ve sosyal güvenlik sistemi arasında paylaşılmalıdır.

Koronavirüs pandemisi, toplumsal risk olması nedeniyle doğrudan sosyal güvenlik sisteminin kapsamına girmektedir. Koronavirüs nedeniyle uğranılan gelir kaybının karşılanması için primli sisteme dayanan sosyal güvenlik sistemimiz içerisinde ya bu ödemeler primsiz ödemeler kapsamına alınmalı ve genel bütçeden karşılanmalı ya da bu ödemeleri karşılayacak Sosyal Güvenlik Kurumu'na kaynak yaratılmalıdır.

Sosyal güvenlik sisteminin mali dengelerini bozmadan yaratılacak kaynak, millî gelirin en yüksek dilimini alan ilk yüzde 20'lik kesimden ek vergi alınmasıdır. Bu bir tür servet vergisi olarak uygulamaya konulur. Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre servet vergilerinin GSYH içindeki oranı yüzde 1,5 seviyesindedir. İngiltere, Fransa, Belçika, Lüksemburg gibi ülkeler başta olmak üzere birçok Avrupa Birliği ülkesinde bu oranlar Türkiye'nin çok üzerindedir.<sup>140</sup> (Ömür/Gerçek, 2017) Türkiye'de servet vergilerinin düşüklüğü karşısında önerilen ek verginin ciddi bir yük olarak görülmemesi gerekir. Bu yolla elde edilen gelirler işsizlik sigortası fonuna ya da Sosyal Güvenlik Kurumuna aktararak, iş sürelerinin düşürülmesi nedeniyle işçilerin yaşadığı gelir kaybının giderilmesinde kullanılmalıdır. Düşen gelirlerin bir kısmı ise işveren tarafından karşılanmalıdır. İşveren, en fazla iki yıl süreceği düşünülen küresel koronavirüs salgını döneminde gerekirse kâr etme-

Olağan döneme göre işçi aleyhine bozulan sözleşme adaletini, işçinin ağırlaşan iş görme edimini işverenin gözetim borcunu ağırlaştırarak, işletme riski kavramını geniş yorumlayarak, işçi lehine yorum ilkesini öne çıkararak, küresel salgın koşullarında çalışma koşullarına işçi lehine anlam vermenin olanaklı olduğunun görülmesidir.

<sup>140</sup> "AB ülkeleri içerisinde servet vergilerinin toplam vergi gelirleri içindeki payı en yüksek olan ülkeler Birleşik Krallık (%12,5), Fransa (%8,9), Lüksemburg (%8,9), Belçika (%7,8) ve İspanya (%7,1) iken, Türkiye (%4,9) bu ülkelerin oldukça gerisinde kalmaktadır. Servet vergilerinin GSYH içindeki payına göre bakılırsa; Birleşik Krallık (%4,1), Fransa (%4,1), Belçika (%3,5), Lüksemburg (3,3) ve İtalya (%2,8) ilk sıralarda yer alırken, Türkiye'de servet vergilerinin GSYH içindeki oranı %1,5 seviyesindedir". (Ömür/Gerçek, 2017)

den, işletmenin ekonomik amacını pandemi nedeniyle askıya alarak çalışmaya katlanmalıdır.

### **İşçi Temsilciliği Zorunlu Hale Getirilmeli**

#### **Sendikal Örgütlenmenin Önündeki Engeller Kaldırılmalıdır**

Halen yürürlükte olan 4857 Sayılı İş Yasası'nın 7. Bölümü, 91-97. Madde arası 6 maddede (97 dahil) çalışma yaşamının nasıl denetleneceği düzenlenmiştir. 4857 Sayılı yasanın 91-97. Maddelerine göre çalışma yaşamını devlet denetlemekle yükümlüdür.

Devlet adına bu denetim Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı teftiş ve denetlemeye yetkili iş müfettişlerince yapılacaktır. Ayrıca 6331 Sayılı İş Sağlığı Güvenliği Yasası'nın 24-27 maddeleri uyarınca işyerlerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından denetimi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı ve "iş sağlığı ve güvenliği yönünden teftiş yapmaya yetkili" bakanlık iş müfettişlerince yapılacaktır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı teftiş ve denetlemeye yetkili iş müfettişleri 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Yasası ve 4904 sayılı Türkiye İş Kurumu Yasası uyarınca da işyerlerinde inceleme yapmak, iş ve işlemleri teftiş etmekle görevlidir.

İş müfettişlerinin denetim görevlerinin kapsamı ise oldukça geniştir. İşyerlerinin denetimine ilişkin ILO'ya rapor hazırlamaktan, bakan emri ile idari soruşturma açmaya, teknolojik gelişmeleri takip edip, bu gelişmelere göre yapılması gereken mevzuat değişikliklerini önermeye kadar geniş bir yelpaze içerisinde görevleri yönetmelikte sıralanmıştır. Tüm bu görevleri yapması istenen denetimle yetkilendirilmiş müfettiş sayısı ise 2017 yılında sadece 873'tür. Devletin denetim yükümlülüğünü yerine getirmek için müfettiş alımı yapması elzemdir.

İşyerlerinin denetimlerine ilişkin bizim ulaşabildiğimiz en yeni resmi veri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2015 yılı çalışma istatistiklerinden oluşmaktadır.

Aşağıdaki tablolardan da görüleceği gibi işyerlerinin sadece yüzde 1,2'si denetlenebilmekte, işçilerin sadece yüzde 15'i denetim gören bir işyerinde çalışabilmektedir.

Devletin denetim yükümlülüğünü yerine getirmek için müfettiş alımı yapması elzemdir.

**Tablo 1. 2015 Yılı Bakanlık Kayıtlarına Göre Denetim Yapılan /Yapılamayan İşyeri Sayısı<sup>141</sup>**

	SAYI
İşyeri Sayısı	1.740.187
İşçi Sağlığı İş Güvenliği Teftişleri	13.296
İşin Yürütüm Teftişleri	8.008
Toplam Teftiş Edilen İşyeri Sayısı	21.304
Denetlenemeyen İşyeri Sayısı	1.718883
Denetlenebilen İşyerlerinin Yüzdesi	1,2

	SAYI
Sigortalı İşçi Sayısı	13.999.398
İşçi Sağlığı İş Güvenliği Teftişlerinde İşçi Sayısı	1.144.387
İşin Yürütüm Teftişlerinde İşçi Sayısı	1.063.161
Toplam Teftiş Gören İşçi Sayısı	2.207.548
Hiç Müfettiş Görmeyen İşçi Sayısı	11.791.850
Müfettişe Muhatap Olan İşçi Sayısı Yüzdesi	15,77

### **İşçi Temsilciliği Nedir?**

İşyerlerinde işçilerin yasal haklarını kullanmamalarının altında işveren otoritesinin yeterince denetlenememesi olgusu yer almaktadır. İşçi, iş güvencesinden yoksun olduğu için hakları ihlal edildiğinde çalışırken bu ihlale karşı çıkamamakta, çıktığında ise işten atılmaktadır. Bu nedenle işyerinde, işverenden, sendikalardan bağımsız, sendika olmasa da çalışma koşullarını denetleyen, mutlak anlamda iş güvencesine sahip, işçilerin işyerinde bir araya gelerek gizli oy açık sayım esası uygulanarak seçtikleri işçi temsilciliği oluşturulabilir. İşçi temsilciliği işyerlerinin denetiminde kilit öneme sahiptir.

İşçi temsilciliği uygulaması yeni bir uygulama değildir. Görevleri, yetkileri ülkeden ülkeye değişse de çalışma yaşamında önemli görevler üstlenmişlerdir. Örneğin işçi temsilcileri İngiltere’de toplu pazarlığın tarafı olabilirler. Fransa’da sendikanın toplu iş sözleşme ehliyetine sahip bir sendika olarak kabul edilebilmesinin koşullarından birisi, işçi temsilciliği seçimlerinde ülke genelinde belirli bir yüzdenin üzerinde oy almasıdır. Almanya’da işçi temsilciliği ve işçi kurulları özel bir yasayla düzenlenmiş ve işçilerin yönetime katılma araçlarından birisi olarak düzenlenmiştir.

<sup>141</sup> Tablolar ÇSGB 2015 Çalışma Hayatı İstatistikleri ve Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

İşçi temsilciliğinin en basit ve en yalın uygulanma biçimi temsilcinin denetim görevini yerini getirerek işyerini içeriden denetlemesidir.

### **İş Güvencesi Olmadan İşçi Temsilciliği Olmaz**

İşverenin otoritesini sınırlandıran her kurumun işyerinde var olması, amacına uygun çalışabilmesinin temel koşulu, işverene karşı mutlak anlamda güvenceye sahip olmasını gerektirir. Örneğin 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası'na göre işyerlerinde görevleri işçi sağlığı iş güvenliği önlemlerinin belirlenmesinde işçi sağlığı iş güvenliği kurulunda öneri getirmekle sınırlı olan “çalışan temsilcisi”, “iş güvenliği uzmanı”, “işyeri hekimi” çalıştırılması zorunludur. Birçok işyerinde de “çalışan temsilcisi”, “iş güvenliği uzmanı”, “işyeri hekimi” vardır. Ne var ki bunlar yeterli iş güvencesine sahip olmadıkları için yapmaları gereken içsel denetimi yapamamaktadırlar. Aksine, iş güvencesi olmayan “çalışan temsilcisi”, “iş güvenliği uzmanı” gibi işveren otoritesine teslim olmak zorunda kalmakta, işverenin yasaya aykırı bir dizi uygulamasının üzerinin örtülmesine vesile olmaktadır.

### **İşçi Temsilciliğinin Güvencesi 135 Sayılı ILO Sözleşmesiyle Düzenlenmiştir**

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), 23/06/1971 tarihinde 135 Sayılı “İşçi Temsilcileri Hakkında Sözleşmeyi” kabul etmiştir. Türkiye 25.11.1992 tarihinde 3845 sayılı kanunla sözleşmeyi onaylamıştır. 11. 12. 1992/21432 Mükerrer sayılı RG yayımlanan 3845 sayılı Kanunun 1. Maddesinde “İşletmelerde İşçi Temsilcilerinin Korunması ve Onlara Sağlanacak Kolaylıklar Hakkında 135 Sayılı Sözleşme'nin onaylanması uygun bulunmuştur” denilmiştir.

Yani Türkiye'nin de imzaladığı ILO 135 sayılı sözleşmenin 1. Maddesine göre işçi temsilcileri etkin bir korumanın kapsamı içerisine alınmışlardır. Aslında Türkiye'deki işyerlerinde seçilen işçi temsilcileri koruma altındadır. Sözleşme sadece koruma dememiştir. Dikkat edilirse “etkin koruma” demidir. Etkin koruma; işçi temsilcisine yönelik zararlandırıcı eylemi işçi temsilciliği sıfatını da koruyarak etkisiz kılacak düzeyde bir korumadır. Kısaca mutlak anlamda iş güvencesi. Yani işçi temsilcisi görevi nedeniyle işten atılan işçinin ücret ve tüm sosyal haklarını temsilciyi çalıştırmasa da işverenin ödemek zorunda kaldığı bir iş güvencesi kurumu ancak “etkin koruma” olarak kabul edilebilecektir.

İşçi temsilcisi için “Etkin korumanın” kapsamına neler girdiğini 135 sayılı sözleşmenin 1. Maddesi sıralamıştır. İşten çıkarma dahil işçi temsilcisine zarar verebilecek her nevi işleme karşı işçi temsilcisi etkin koruma altına alınmalıdır. İşçi temsilcisi, işçi temsilcisi sıfatı taşıdığı için, bu sıfatla faaliyetlerde bulunduğu için, sendika üyesi olduğu veya sendikal faaliyetlere katıldığı için karşılaşacağı her türlü işleme karşı etkin korumadan yararlanacaktır. Tüm bu koruma hükümlerinin uygulanması için 135 sayılı Sözleşmenin 1. Maddesi işçi temsilcileri açısından aradığı tek koşul temsilcilerin yasa ve toplu iş sözleşmesine uygun davranmalarıdır.

135 sayılı ILO sözleşmesi işçi temsilciliği ile sendika temsilcisini 3. Maddesinde ayrı ayrı tanımlamış, ve her ikisini de güvence kapsamına almıştır. 3.

İşçi temsilciliğinin en basit ve en yalın uygulanma biçimi temsilcinin denetim görevini yerini getirerek işyerini içeriden denetlemesidir.



Maddeye göre sendika temsilcileri, sendikalarca veya bu tür kuruluşların üyelerince seçilen veya atanan işçilerdir. İşçi temsilcisi ise “ulusal mevzuat veya toplu sözleşme hükümlerine göre işletmenin işçileri tarafından serbestçe seçilen ve ilgili ülkede, sendikalara tanınan özel ayrıcalıklı faaliyetleri içermeyen görevlere sahip” temsilcilerdir.

135 sayılı sözleşme “işçi temsilcisi” üst başlığında ele aldığı işçi temsilciliği ile sendika işyeri temsilciliğinin birbirinin karşısına konulmaması için 5. Maddesine hüküm koymuştur. Sözleşmenin 5. Maddesi hükümete işçi temsilciliğinin sendika veya sendika işyeri temsilcisinin durumunu zayıflatacak şekilde kullanılmaması ve ilgili bütün konularda seçilmiş temsilcilerle, ilgili sendikalar ve onların temsilcileri arasında işbirliğini teşvik için önlemler alma yükümlülüğü getirmiştir.

### ***İşçi Temsilciliğinin Hukuki Dayanağı Vardır***

4857 sayılı İş Yasası tasarı aşamasında işçi temsilciliği kurumuna yer vermişti. Sendikalar, sendikal örgütlenmede kendilerine rakip olacağı endişesiyle hareket ederek işçi temsilciliğine karşı çıktılar. 2003 yılında 4857 sayılı yasa Meclis’te görüşülürken sendikalar yapmış oldukları kulis çalışmaları sonucu tasarıdan “işçi temsilciliği”ni düzenleyen maddenin çıkarılmasını sağladılar. Böylece İş Yasası’nda işçi temsilciliği düzenlenmemiştir. Ancak, İş Yasası’nda işçi temsilciliğinin düzenlenmemiş olması, işçi temsilciliğinin hukuki dayanağının bulunmadığı anlamına gelmez. İşçilerin kendi aralarında temsilci seçmeleri, demokratik bir haktır. İşveren işçilerin bu demokratik hakkına saygı duymak zorundadır.

İşçi temsilcilerinin “etkin bir korumadan” yararlanma haklarının altını çizen ILO 135 sayılı sözleşme bir diğer hukuki dayanaktır. Bilindiği gibi temel insan haklarına ilişkin uluslararası sözleşmelerle iç hukuk çeliştiğinde Anayasa’nın 90. Maddesi uyarınca uluslararası sözleşme uygulanmak zorundadır. İç hukukta hiç düzenleme yapılmamış bir konuyu uluslararası sözleşme düzenliyorsa artık iç hukukla çelişip çelişmemesine bakılmaksızın uluslararası sözleşme uygulanacaktır. Dolayısıyla 135 sayılı ILO sözleşmesi işçi temsilciliğinin hem hukuki dayanağı hem de güvencesidir.

İşçi temsilciliği, işyeri işçi örgütlenmesinde ancak ilk ilmek olabilir. İşyerinde işçi örgütlenmesi işi temsilciliği ile sadece bireysel iş hukukunun sağladığı hakların uygulanması amacına dönüktür. Yani en alt, en az olanın uygulanmasını sağlamayı hedefler. Bundan sonrası toplu iş hukukunun alanına girer. Kolektif haklar, sendika grev ve toplu iş sözleşmesi, gerçek anlamda korumayı sağlayacak kurumlardır. İşçi temsilciliği ile atılan ilk ilmek, işveren, siyasi iktidardan bağımsız, işçiyi gerçek anlamda temsil yeteneğine sahip sendikaları var ederek tamamlanmalıdır.

### **Kaynakça**

- **Gözübüyük, Ş.** (2011) Hukuka Giriş ve Hukukun Temel Kavramları, 33. Baskı, Ankara, Turhan Kitapevi,
- **Ekmekçi, Ö.** (1996) Toplu İş Sözleşmesiyle Düzenleme Yetkisi, İstanbul, Yılmaz Ajans
- **Esener, T.** (1978) İş Hukuku, 3. Baskı, Ankara, Sevinç Matbaası

- **Güzel, A., Okur, AR., Caniklioğlu, N.** (2016) Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, Yenilenmiş 16. Bası, İstanbul
- **Kabaoğlu, İ.** (2010) Anayasa Hukuku Dersleri (Genel Esaslar), 6. Baskı, İstanbul, Legal Yayınları
- **Kar, B.** (2019) işyargılaması Usulü, Ankara, Yetkin Yayınları
- **Ömür, ÖM., Gerçek, A.** (2017) “Türkiye ve Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde Servet Vergilerinin Karşılaştırılması”, MCBÜ Sosyal Bilimler Dergisi Cilt:15, Sayı:2
- **Önen, M.** (1999) Hukukun Temel Kavramları, 5. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları
- **Sur, M.** (1991) Toplu İş Sözleşmesi Özerkliği ve Teşmil, Ankara, D.E.Ü. Hukuk Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Yayınları No: 21
- **Tanilli, S.** (1981) Devlet ve Demokrasi, İstanbul, Fakülteler Matbaası

# COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE SOSYO-MEKANSAL EŞİTSİZLİKLER VE VERİ / HALK SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

## Aslı Odman - Murat Tülek

Sosyalbilimci, İstanbul İSİG Meclisi, MSGSÜ Öğretim Görevlisi,  
Kent Araştırmacısı

Bu yazı Türkiye'de COVID-19 Pandemisi döneminde kamu otoriteleri tarafından paylaşılan mekansal verilerin kısıtlarını, bu 'veri politikası'nın/politikasızlığının' nedenlerini ve halk sağlığı - mekansal veri ilişkisini ele almaktadır. Verilerin yokluğu, güvenilirmezliği ve kıtlığında, pandeminin görünür kıldığı ve derinleştirdiği sosyo-mekansal eşitsizliklere dair deneysel bir yöntemle bir okuma yapılmaya çalışılacaktır.

## 1. Veri mi, rakam paravanı mı?

Türkiye'de resmen ilk COVID-19 vakasının görüldüğü açıklandıktan on altı gün sonra, 27 Mart 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın [COVID-19 pandemisi bilgilendirme sitesi](#) açıldı. Aynı gün türkuaz renkli 'Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu' ile tanıştık (Şekil No1 ve Şekil No 2)<sup>142</sup>. Tasarımı açısından saatli maarif takvimi yaprağı ile Turizm Bakanlığı logosunun karışımını andıran bu tablonun yaygın kamusal iletişim alanı, akşamları aynı saatlerde Sağlık Bakanı'nın -endişeli vatandaşlardan mürekkep takipçi sayısını hızla artırdığı<sup>143</sup>- şahsi twitter hesabından ([2 Eylül 2020 tarihine dek](#)) paylaşılarak günbegün genişledi. Kamu sağlığını ilgilendiren bu akut konudaki veri paylaşımında, kurumsal değil kişisel bir sosyal medya hesabının kullanılması, toplumsal risk / kriz / afet iletişimi ve kamusalılık anlayışı açısından ayrıca analiz edilmeyi hak ediyor. Burada değinmek istediğimiz nokta

<sup>142</sup> 27 Mart ile bu yazı kaleme alındığında en son yayınlanan 9 Eylül 2020 'Türkiye Koronavirüs Tabloları' arasında da veri kalemleri değiştirilmiş, en az iki alanda karşılaştırılabilirlik ortadan kaldırılmıştır. 29 temmuz'dan sonra paylaşım tablosundan 'yoğun bakım' ve 'entübe hasta' sayılarını çıkarılmış, bunların yerine -tanımı açıkça yapılmayan- 'ağır hasta' sayısı ve 'zatüree oranı' koyulmuştur.

<sup>143</sup> Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca'nın şahsi twitter hesabı, [11 Mart'da 390bin takipçiye sahipken](#), 10 Eylül 2020 itibarıyla bu sayı 6 milyon 100bine ulaşmış,

ise bu her gün yayınlanan tabloda her gün karşımıza çıkan, ayrıştırılmamış verilerin, salgına halk sağlığı adına müdahalede ne gibi kapıları kapadığı ve ya zorlaştırdığıdır. 'Ayrıştırılmamış/paçal veriler' derken, vakaların ve ölümlerin bölge, il, ilçeler ve mahalleler gibi idari ölçeklere, cinsiyete, yaşa, gelir gruplarına, meslek gruplarına / işkollarına, elde edilmiş eğitim imkanlarına, eşlik eden hastalıklara, hastalık bulgularına ve risk gruplarına göre tek tek ve ayrıştırarak dağılımının verilmemesinden bahsediyoruz. Salgının etkilerinin mekanda nasıl toplumsal farklılaşmaları görünür kıldığını sorgulamaya imkan sağlayacak araçların yokluğunda, neye göre farklılaştırarak, isabetli sağlık ve sosyal politikaları uygulanması gerektiğinin bilgisine de eremiyoruz. Bulaşıcı hastalığın farklılaştırılmış yaygınlığını görememek ve analiz edememek, somut risk gruplarına doğru müdahale ölçeklerinin tespit edilememesini beraberinde getiriyor. Bu konuda kamu otoritelerinin veriye yaklaşımı aynı iş cinayetleri, kadın cinayetleri, insan hakkı ihlalleri alanındaki yaklaşımını hatırlatıyor. Verinin birimlerine isim/kavram atama ve tanı koyma yetkisi, toplama ve paylaşımı merkezileşiyor. Şeffaflık ve hesap verebilirlikten uzaklaşarak yok saymanın ve gözetim altına almanın bilgisi haline geliyor. Pandemi özelinde verinin toplumsallaşmaması ve mekansallaştırılmaması, birinci basamak/önleyici tıbbın mekansal örgütlenmesinin<sup>144</sup> yerine geçirilen merkezi örgütlenmenin zaafılarını da, akut ve 'can alıcı' bir şekilde ortaya döküyor.

## 1. Sağlığın Mekansal Örgütlenmesindeki Radikal Dönüşüm ve Pandemi

Türk Tabipleri Birliği, 2007 tarihli raporunda yerel nüfus tabanlı ve önleyici sağlık odaklı Sağlık Ocakları'nın kapatılıp, yerlerine Aile Sağlığı Merkezleri'nin<sup>145</sup> ikame edilmesine eğilmişti. Burada birinci basamak, önleyici tıp hizmetlerinin özelleştirilip, temel sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi amaçlı ölçek büyütme / şehir merkezleri dışına çıkarma sürecinde ortaya çıkan/çıkacak sorunlar arasında bulaşıcı hastalıklarla mücadele alanındaki yapısal açmazlara da değiniyordu:

"Bulaşıcı hastalıklarla mücadele önlemeye değil, çıkan sorunlara müdahale etmeye indirgenmiştir. İndeks olgu, yeni olgu aranması ve hastalık kaynağına yönelik çalışmalar eksik kalmıştır. Bu çalışmaları hekimler temel görevleri olarak tanımla[n]mamıştır. Bulaşıcı hastalıkların bildiriminde sorunlar olmakta, bildirim olsa bile Form 016'lara kayıt eksikliği yaşanmaktadır [...]Daha önce vurgulandığı

<sup>144</sup> Türk Tabipleri Birliği, [Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi. Çok Sektörlü Yaklaşım](#), 2007, Ankara, s. 39.

<sup>145</sup> <http://harita.kent95.org/istanbul/genel> adresinin 'Sağlık' başlığında, hastane, Aile Sağlığı Merkezi, Belediye Sağlık Birimi, Toplum Sağlığı Merkezi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Göçmen Sağlığı Merkezi, Özel Teşhis ve Tedavi Merkezlerinin İstanbul'un 959 mahallesine dağılımını sorgulamak mümkün.

gibi nüfus tabanlı ve basamaklı hizmet anlayışı, sevk ve geri bildirim sistemi, hizmetin sürekliliğini sağlayacak biçimde işletilmelidir. Bu amaçla sağlık ocaklarının ilk başvuru yeri olması sağlanmalı[dır]. "

Öngörülebilene gerçekleşti; niteliği itibarı ile yerel nüfus tabanlı mekansal tanı ve kısıtlamalarla (*cordon sanitaire* - sağlık kuşağı, karantina, enfeksiyon kümelerinin izolasyonu) kontrol altına alınması gereken bulaşıcı hastalık, tanı, tedavi, yetki süreçleri merkezileştikçe ivme kazandı ve kontrolden çıktı.

Bu kısa değerlendirmede, kamu kurumlarının COVID-19 salgınına ilişkin olarak mevcut mekansal bilgi teknolojilerini ve mekansal bilişimi etkin kullanmadığına dair süreç tasviri ile elde olan bilgi kırıntıları ile yapılan bir sosyo-mekansal analiz denemesine yer verilecektir. Bulaşıcı hastalıklar karşısında toplum, mekansal bünyesindeki en zayıf halkaların (mülteciler, göçmenler, yoksul ve yoksunlar, tehlikeli mahallerde riskli işlerde çalışmaya mecbur kalanlar, yaşlılar, sakatlar, yoksun kronik hastalar, erişim imkanlarından mahrum bırakılmış kadınlar ve çocuklar gibi...) Sağlığa erişebildiği ölçüde korunabilir. Bu nedenden de dolayı sağlık ve bulaşıcı hastalık karşısındaki eşitsizlikleri mekansal olarak temsil edebilmek, halk sağlığı faaliyetinin olmazsa olmazlarındandır. Tabi ki bu analizler aşağıda Aile Sağlık Merkezleri'ne dönüşüm sürecinin analizinde öngörülü bir şekilde özetlendiği şekilde, yerelde yetkilendirilmiş sağlık birimleri olmadığı sürece uygulayıcısından mahrum kalmaya mahkumdur:

*'Model aileyi, tüm sosyoekonomik değişkenleriyle bir bütün içerisinde değerlendirme kapasitesi taşımamaktadır. Bireylerin sağlığını, yaşadığı coğrafya, beslenme ve barınma özellikleri, yaşadığı çevre ve bu çevrenin sorunları doğrudan etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetler açısından önemi düşünüldüğünde sunulacak hizmetin bu özellikleri de kapsayacak bir yapıya sahip olması önem taşımaktadır ancak aile hekimliği uygulamasında bu, önemsenmemiştir. Sağlık ocakları, sorumlu oldukları bölgede, sağlığı etkileyebilecek içme ve kullanma suları, akarsu ve dereler, ısınma koşulları, fabrikaların olası etkileri, gıda hijyeni gibi konularda resmi olarak çevre, tarım, belediye gibi kurumlarla işbirliği içinde bulunmakla yükümlü iken; Aile hekimliği uygulaması ise sadece bireye yönelik ve ağırlıklı olarak tedavi edici hizmet sunduğundan, bu bütüncül bakış açısını ve ödevi taşımamaktadır. Bölgede yaşanabilecek salgınlar, seller, deprem gibi olağan dışı durumlarda sağlık ocakları, çok hızlı yanıt verme kapasitesine sahip iken aile hekimlerinin bu durumlarda etkin olabilmesi, ancak görevlendirilmeleri koşuluyla*



mümkün olabilecek ve yanıt kapasitesinde aynı yetkinlik gösterilemeyecektir.'<sup>146</sup>



Şekil No 1: İlk paylaşılan, 27 Mart 2020 tarihli 'Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu'



Şekil No 2: 9 Eylül 2020 tarihli 'Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu'

<sup>146</sup> Türk Tabipleri Birliği, [Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi. Çok Sektörlü Yaklaşım](#), 2007, Ankara, s 45. (vurgu bize ait).

## 2. Mevcut mekansal bilgi altyapısı ve pandemiye dair mekansal veri

Mezkur raporda yerel nüfus tabanlı Sağlık Ocakları ile yerel / mekansal / müdahale odaklı veri ilişkisi bu şekilde tanımlanmıştır:

"Ülkemizde başlıca-en önemli sağlık sorunlarını tespitiye yönelik sürekli toplumdan veri toplayan sağlık ocakları kapatıldığı için duran-aksayan veri akışı, aile doktorlarının muayenahanelerinden gönderdikleri verilerle karşılanamayacak, sağlık sorunları için öncelik ve önem sıralaması yapılamayacak, dolayısıyla halkın sorunlarını öncelleyen bir kaynak tahsisi, bu sorunları çözmeye yönelik bir tıp eğitimi yapılamayacaktır."<sup>147</sup>

Peki yerel sağlık verisinin yerine ne geçiyor veya ne geçebilirdi?

2017 senesinde İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nce, ulusal veri tabanında yer alan adres verilerine mekansal boyut kazandırmak amacıyla adres bilgilerini harita üzerinden de görünebilir kıla-  
cak MAKS Projesi veri üretimi başladığı ve 2020'de tamamlanacağı bizzat [İç İşleri Bakanı tarafından açıklanmış](#). Mekansal Adres Kayıt Sistemi (MAKS) kullanılarak salgından etkilenen vatandaşların bağımsız bölüm düzeyine kadar belirlenmesinde veya 'Hayat Eve Sığar' uygulaması için kullanılıp kullanılmadığı ise bir muamma.<sup>148</sup> Halbuki İçişleri Bakanlığı ile ASELSAN arasında imzalanan bir anlaşma ile altyapısı geliştirilen ve uygulaması il, ilçe ve mahalle ölçeğinde farklı şirketlere ihale edilen MAKS'dan beklenenleri kamu asayiş ve güvenliğinden sorumlu Bakanlık şu şekilde ifade ediyordu: ' [...] Kamu hizmetlerindeki verimlilik artışı, hizmetleri ve yatırımları planlarken daha doğru analizler yapabilme imkanına kavuşmamız, **afet, yangın ve diğer acil durumlarda, asayiş olaylarında müdahale sürelerinin kısılması ve devletin herhangi bir konuda politika belirlerken, sahadaki fotoğrafı daha detaylı, daha sağlıklı görebilmesi, haliyle daha sağlıklı, doğru karar verebilmesidir.**"<sup>149</sup> Pandemi gibi doğrudan halk sağlığını ilgilendiren bir durumda bu altyapının kullanıldığına dair açıklamaların yokluğu, aynı zamanda halihazırda kullanımı ile ilgili var olan haberlerin neredeyse tamamen devlet güvenliği ile ilgili olması kamu otoritelerinin önceliklerini ve 'kamu güvenliği' anlayışını ortaya koymaktadır.

<sup>147</sup> ibid, s. 53.

<sup>148</sup> <sup>148</sup>Caner Güney, [Yasal Düzenlemeler, COVID-19 Salgını ve Mekansal Veri Değerinin Toplum Yararına Dönüşümü](#), 12 Nisan 2020

<sup>149</sup> ["Vizyon Proje MAKS"](#) başlıklı İçişleri Bakanlığı sitesindeki 5 Eylül 2009 tarihli haberinde, bizzat İçişleri Bakanı tarafından ifade edilmiş (vurgular bize ait).

Elimizdeki pandemiye dair mekansallaştırılmış tek veri türü ise, kriterlerine dair açık bir kaynakta yapılan herhangi yazılı açıklamaya rastlamadığımız, 8 Nisan'da Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı tarafından lanse edilen 'Hayat Eve Sığar' (HES) uygulaması. HES uygulaması açıklanmadan önce ise pandemiye dair iki adet mekansal veri paylaşımı olduğunu tespit edebildik.

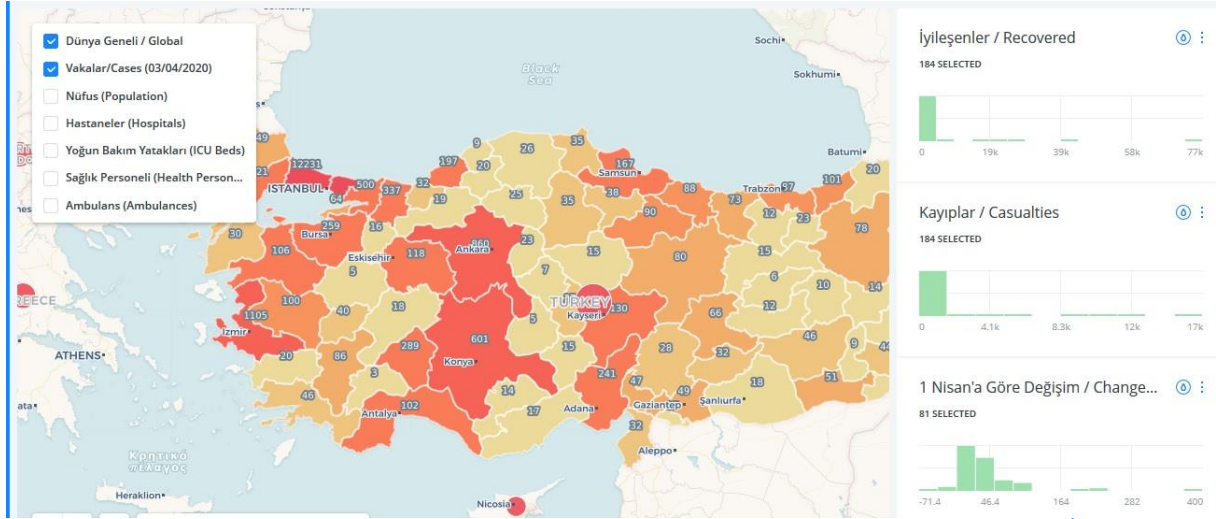
Birincisi, 2013 yılında Silikon Vadisi'nde iki Türkiyeli girişimcinin kurduğu Velocity isimli teknoloji şirketinin, İstanbul'daki GPS operatörlerinden satın aldığı bir milyon abonenin akıllı telefon dolaşım verisini 17 Mart- 24 Mart arasında derleyerek yayınladığı 'evde en çok zaman geçiren [Kadıköy, Ataşehir, Çamlıca, Fatih, Ataköy, Bakırköy, Florya, Etiler ve Şişli] ve evde en az zaman geçiren semtler' [Esenyurt, Bağcılar, Sancaktepe, Sultanbeyli, Pendik, Beykoz] [haritası](#).<sup>150</sup>

İkincisi ise [Yer Çizenler Herkes İçin Haritacılık Derneği](#)'nin 3 Nisan'da paylaşımına açtığı COVID-19 verileri ile Türkiye Sağlık Sistemine dair anahtar verileri çakıştırdığı [görselleştirme](#). Bu şirket ve sivil inisiyatif çalışmalarının, Sağlık Bakanlığı'nın Hayat Eve Sığar uygulamasını kullanıma açması ile durulduğunu görüyoruz.



Şekil 3: Velocity.Com şirketi'nin 1 milyon akıllı telefon dolaşım verisinden 17 Mart -24 Mart tarihleri arasında derlerdiği 'evde en çok ve en az zaman geçirenler' [haritası](#)

<sup>150</sup> [Haritaların](#) altındaki 'evde kalanlara teşekkür...', 'kalmayanlara rica'... eklerinin, Türkiye'deki mevcut bireyselleştirilmiş risk ve tercih lügati ile hayata geçirilen pandemi yönetim dilini benimsemiş bir editör marifetiyle eklenildiğini düşünüyoruz.



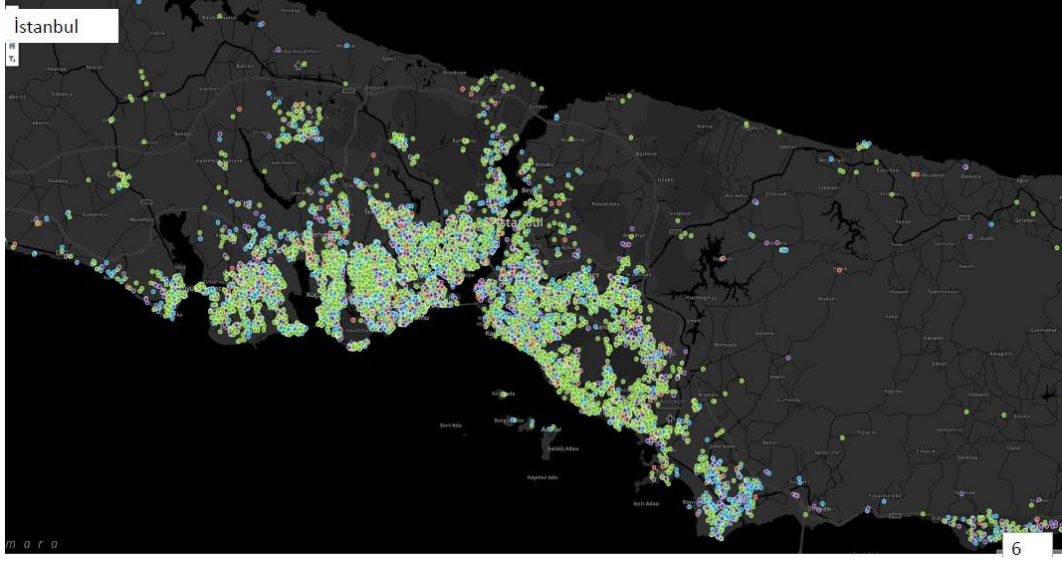
Şekil 4: Yer Çizenler Herkes İçin Haritacılık Derneği'nin dönem COVID-19 verileri ile sağlık sistemi verilerini çaprazladığı görselleştirmesi

Şimdiye kadar mekansal veri olarak Sağlık Bakanlığı tarafından paylaşılan verilerin ise, bölge ve il ölçeğinde keyfi olarak seçilmiş, rastlantısal günlük mutlak vaka rakamlarının ve bir gün öncesi ile karşılaştıran oranların ilerisine geçmediğini görüyoruz.<sup>151</sup> Yani sağlık emekçilerinin, yerel yönetimlerin, çalışanların, yurttaşların ne hastalığa dair temayülleri gösteren zaman serilerini ne de manalı mekansal kümelenmeleri sağlıklı olarak algılamasına ve pandemi ile mücadeleye -doğru ölçeklerde korunarak- katkıda bulunmasına imkan bulunmuyor. Aşağıda Sağlık Bakanlığı'nın 7 Nisan 2020 tarihli basın açıklamasında basın ile paylaştığı, tesadüfen elimize geçen bir pdf belgesindeki ve her gün güncellenen bilgilendirme sitesinden alınan örneklerdeki verilerin, neden 'mekansal olmadığına', bu yüzden veri bazlı pandemi politikası geliştirmeye uygun olmadıklarını temellendirmeye çalışacağız.

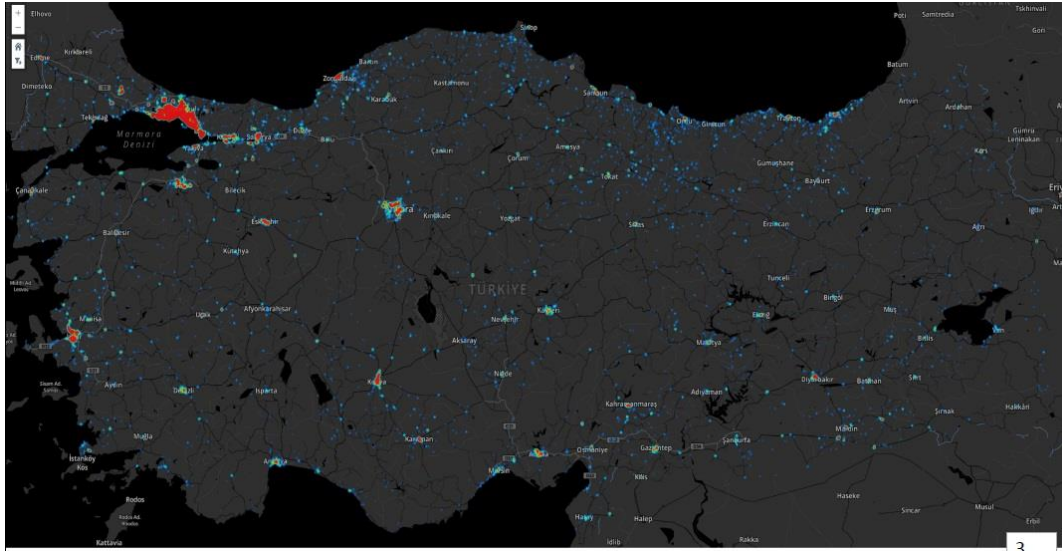
HES uygulamasının temel oluşturan ham veriler ile oluşturulduğunu tahmin ettiğimiz ve bu uygulamanın kamuoyu ile paylaşımından bir gün önce, 7 Nisan'da açıklanan haritalarda (Şekil 5 ve Şekil 6), farklı renklerdeki balonların hangi hastalık durumuna tekabül ettiğine dair bir lejanti yoktur. Mahalle, ilçe ölçekleri birbirinden ayrılmamakta, hatta yoğunluklar birbirinin üzerine bindiğinden anlaşılamamaktadır. Günlük bilgilendirmeler de ise, 'mekansal' diyebileceğimiz tek veri günlük ek vaka sayılarını on iki bölgeye ayırarak veren Türkiye haritasıdır (Şekil 7). Bu, günlük vaka rakamlarındaki bir gün öncesi ile karşılaştırıldığında ortaya çıkan değişim oranları tablosu eşliğinde sunulmaktadır. Bu veri tutma ve sunma şeklinin, somut bir politika verisine dönüştürülmesi mümkün değildir.

<sup>151</sup> COVID-19 Günlük Durum Raporları, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-68443/covid-19-durum-raporu.html>.





Şekil 5: İstanbul, 7 Nisan 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı basın açıklamasında dağıtılan 14 sayfalık pdf belgeden alınmıştır.



Şekil 6: Türkiye Geneli, 7 Nisan 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı basın açıklamasında dağıtılan 14 sayfalık pdf belgeden alınmıştır.





Şekil 1: İBBS-1'e Göre Yeni COVID-19 Vaka Sayısı, Türkiye

Şekil 7: Türkiye Geneli, 9 Eylül 2020 tarihli Sağlık Bakanlığı COVID-19 bilgilendirme sitesindeki mekansal veri

HES uygulaması ise verilerin hükümet kurumlarının doğrudan erişimine ve kontrolüne açan merkezi bir sistem kullanıyor ve halihazırda milyonlarca kişi<sup>152</sup> bu uygulamayı indirmiş ve birer HES numarası edinmiş durumda. HES numarası şehirlerarası toplu taşıma araçları otobüs, uçak ve trenleri kullanmak için ve gittikçe daha fazla kamu kurumlarına (ve merkezi sınavlara, bazı özel kurumlara, fuarlara, hatta halı saha maçları gibi bazı yerlerdeki sair etkinliklere) giriş için mecburi tutulmaya başlandı.<sup>153</sup> Ayrıca yeni eklenen 'ihbarda bulun'<sup>154</sup> uygulaması ile riski, güvenliği ve polisiye tedbirleri de bireyler arasına indirgeyen, toplumsal açıdan çok tehlikeli bir yaklaşım 'teknolojikleştirilmiş' ve her yere taşınan bireysel akıllı telefonlara yerleştirilmiş oldu. Acaba HES uygulamasının kişisel verilerin korunması ve gizlilik ihlali açısından oluşturduğu nâkısalar, bu toplanan verilerin önlem almak için kullanıldığında getireceği halk sağlığı getirisinden daha mı az, daha mı fazla? Bu soruya cevap aramak için HES'deki verilerin niteliğinden bahsetmek gerekiyor.

Acaba HES uygulamasının kişisel verilerin korunması ve gizlilik ihlali açısından oluşturduğu nâkısalar, bu toplanan verilerin önlem almak için kullanıldığında getireceği halk sağlığı getirisinden daha mı az, daha mı fazla?

<sup>152</sup> Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi Başkanı Ali Taha Koç, 6 Mayıs'ta 'Dijital Gündem' adlı internet sitesinin düzenlediği video konferansında Türkiye'de geliştirilen Hayat Eve Sığar uygulamasını 6 Mayıs itibarıyla yaklaşık 5 milyon kişinin indirdiğini söylemişti, ['Hayat Eve Sığar uygulamasındaki veriler kolluk kuvvetleriyle paylaşılıyor'](#), yazısı içinde, 18 Mayıs 2020. Bu rakamın -mükerrer indirme ve silmeleri de kapsadığı da hesaba katılırsa-, Eylül 2020 itibarıyla bir kaç misline çıkmış olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır.

<sup>153</sup> 10 Eylül 2020 tarihinde twitter'da 'HES Kodu zorunlu' ve 'HES Kodu mecburi' anahtar kelimeleri ile yapılan aramada yüzlerce kamu kurumunun bu yöndeki duyurusuna ve kullanıcı deneyimine rastlanmıştır.

<sup>154</sup> Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Sağlık Bakanlığı Toplum Bilim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, AA muhabirine uygulamaya yeni eklenen 'ihbar' bölümünü şu şekilde anlatıyor: Aplikasyona yeni olarak 'İhbar' bölümünün de eklendiğini ifade eden İlhan, "Vatandaşlar, eğer şüpheli bir durum olduğu düşünülüyorsa buradan bildirim yapabilecekler. Yani vatandaşlar 'İhbarda Bulun' uygulamasıyla da gönüllü denetçi olacak. Kurallara uymayanları uyarmak, kimi zaman sorun olarak karşımıza çıkabiliyor. Bir yerde bu noktada bir yoğunluk varsa o yerin bildirilmesi doğru bir yaklaşım. Çünkü, orası herkes için koronavirüs açısından bir tehdit olacaktır." diye konuştu. Burada verilen kişisel bilgilerin kimse ile paylaşılmayacağını da ekrana çıkan yazı ile ihbarda bulunan kişiye iletildiğini anlatan İlhan, bu butona tıkladığında işletme adı, açıklama, adres bilgilerinin girildikten sonra istenirse fotoğrafın da eklenebileceğini söyledi. İlhan, "Açıklamaya, 'Maske kuralına uyulmuyor, düğün yapılıyor.' denilebilir. Ne ise o yazılır. Belli bir kanıt oluşturmak için fotoğraf da kullanılabilir." dedi, , <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/adan-zye-hayat-eve-sigar-uygulamasi-/1963779>, 5 Eylül 2020 .

Öncelikle uygulamada bir bölge için verilen "yüksek, orta, düşük risk" kategorisi tanımının kaç pozitif vaka, kaç can kaybı anlamına geldiği belli değildir. Bu risk derecelerinin, özellikle bu yazı kaleme alındığı günlerde aynı semt için aynı gün içerisinde değiştiğine dair kullanıcı anlatıları sıklaşmış durumda. Kriterler açıkça paylaşılmadığı için, aynı 'Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu'nda olduğu gibi süreç içinde karşılaştırılabilirliği ortadan kaldıran değişikliklere gidilirse, bundan yurttaşların haber almasına da imkan yoktur. Bir diğer sorun da 'ısı haritası' şeklinde görünen alanların, PCR testi pozitif olan hastaların ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nde) kayıtlı oldukları yer ile ikamet ettikleri adres üzerinden yansıtılması ile oluştuğunu tahmin etmemiz, fakat bu hastaların iyileşme veya vefatlarının nasıl takip edilip sisteme yansıtıldığına dair ise bir bilginin olmamasından kaynaklanıyor. Adrese dayalı bu statik temsiliyetin bir başka zaafı da, toplu taşıma araçlarını kullanarak çalışmaya mecbur olan ve kentte hareket etmeye devam edenler için, konut hariç hastane, transfer noktaları gibi pek çok enfekte hastanın bir araya geldiği alanlara dair yanlış bir izlenim uyandırıyor olmasıdır. Yaratılan yanıltıcı 'düşük risk' algısı bu uygulamanın en başta açıklanan amacına da aykırı sonuç vermektedir.

Güvenilir ve açık kriterlerle hazırlanan ve paylaşılan mekansal veri ise sağlık ve sosyal politikalarının doğru şekil, zamanlama ve ölçeğini tespit etmek için olmazsa olmazlardandır.<sup>155</sup> Örneğin New York'da yerel yönetim, COVID-19 verilerini mahalle (borough) ölçeğinde test (sürüntü ve antikor) sayıları, vakalar, vefatlar, ırk/etnisite, cinsiyet, yaş grubu, gelir durumu / yoksulluk olarak ayrıştırılmış olarak paylaşmakta.<sup>156</sup> Bu ise pandemi dönemi yerel politikalar hakkında veri bazlı kararlara imkan sağlayan bir zemin oluşturuyor. Örneğin New York yerel yönetimi mekansal verilerini paylaştığı gibi [COVID-19'dan en çok etkilenenlerin yoğunlaştığı mahallelerde test ve geçici sağlık merkezleri açtı](#).<sup>157</sup>

Türkiye'de henüz yerel yönetimler de, ellerindeki imkanları kullanarak pandemiye dair güvenilir, açık mekansal bilgi sistemleri oluşturarak, merkezi kamu otoritelerinin bu zaafını halk sağlığı adına gidermeye dair adımlar atmamışlardır. Büyükşehir Belediye Başkanları'nın dönemsel vefat sayılarındaki fazlalık ile açıklanan resmi COVID-19 vefatları arasında çelişkilere

<sup>155</sup> Bu konuda dünyadaki yerel yönetimlerin iyi pratiklerine dair güncel bir rapor için bakınız, Bürge Elvan Erginli ve Murat Tülek, [Kentsel Politikanın Desteklenmesi İçin Yeni Araçlar: Açık Veri Platformları ve Dijital Kent Paneli](#), TESEV Yayınları, 2019.

<sup>156</sup> [Covid-19 Data](#), NYC Health, Erişim Tarihi: 10 Eylül, Erin Durkin, 'NYC's poorest neighborhoods have highest death rates from coronavirus' (New York Şehri'nin en fakir mahalleleri, en yüksek Koronavirüs enfeksiyon oranlarına sahip), 18.5.2020, [Politico.com](#); Los Angeles ve New York Verilerinin sosyo-mekansal eşitsizlikler üzerinden karşılaştırılması hk; Sonja Diaz, [Laura E. Martinez](#), Rodrigo Doinguez Villegas, Arturo Vargas Bustamante, Yohualli Balderas-Medina Anaya, David Hayes-Bautista, 'COVID-19 in Vulnerable Communities: An Examination by Race/Ethnicity in Los Angeles and New York City' (Kırılgan Gruplarda COVID-19: Los Angeles ve New York City'de Irk/Etnisiteye dair bir araştırma), UCLA Health Center for the Study of Latino Health and Culture, 2020.

<sup>157</sup> Tabi bu örnekte yerel yönetimlerin ellerindeki yetkilerin farklılaştığını, NYC'de sağlık hizmetlerinden yerel yönetimlerin sorumlu olduğunu unutmamalı.

dair yaptıkları açıklamalar, henüz bu çelişkiye dair yerel yönetimlere has mekansal veri altyapıları kurmaya dair çabalara tercüme edilmemiştir.<sup>158</sup> Belediyelerde bu çelişkileri gösterebilecek veriler için teknolojik altyapı mevcut olsa da, bu verileri hızlı, açık ve şeffaf bir şekilde paylaşacak kurumsal yapı ve irade yeterince gelişmemiştir.<sup>159</sup> Tabi şeffaflık yönündeki bu adımlar yerel yönetimler tarafından atılsa bile oluşturulan politikaların uygulanıp uygulanamaması, tabi ki dönemin somut güç ilişkileri ile ilişkilidir. Fakat bu tip yerel politikaların somut zemini olmadan bu aşamaya bile gelinemeyeceği de aşikardır.

### 3. Hayat Eve Sığar uygulaması verileri pandemi karşısındaki eşitsizlikler hakkında bize ne söyleyebilir?

Bu kısa, deneysel yazımız çerçevesinde amacımız, Hayat Eve Sığar uygulamasından elde ettiğimiz, kriterleri açıkça paylaşılmamış mekansal verilerle, 2019'da tamamlanan İstanbul'un sosyo-mekansal profillerine dair güçlü bir temsil sunan ['Veriye Dayalı Politika Aracı kent95'](#)in verilerini çakıştırarak pandemi karşısında eşitsizliklere dair sorgulamalar yapmak. Pandemi ve sağlık karşısında sosyo-mekansal eşitsizliğin acaba resmini olmasa bile, eskizini çizebilir ve eksiği ve fazlası ile yorumlayabilir miyiz? Zira bu bize sadece pandeminin etkilerinin toplumda yayılması ile ilgili değil, aynı zamanda kadim sosyal eşitsizlikler hakkında da iç görü sağlayabilir. Yetkili ve sorumlu merkezi ve yerel otoriterlerin güvenli açık veri üretmediği bir dönemde bu çabanın sadece emekleme aşamasında kaldığının ve herkesin katkılarına ve eleştirilerine açık olduğunun altını çizmek isteriz.

Bu amaçla ürettiğimiz, aşağıda gördüğünüz harita çakıştırmaları şunları içerir:

Öncelikle, 5-6 Eylül 2020 tarihleri arasında Hayat Eve Sığar uygulamasının İstanbul il sınırları dahilinde sistemde görülen verileri, tek tek ekran görüntüsü alınıp, birleştirilerek bir görsel haline getirildi. Böylelikle bütünsel bir HES verisi tablosu oluşturuldu. Bu HES verisi tablosu, 2019 senesinde Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı'nın (TESEV), Bernard van Leer Vakfı desteği ve Kadir Has Üniversitesi İstanbul Çalışmaları Merkezi'nin işbirliği ile yürüttüğü 'Kent95: Veriye Dayalı Politika Aracı Projesi'nin İstanbul haritası ile [çakıştırıldı](#). Kent95 haritasında, sokak bazında derlenmiş ve her mahalle için ayrı ayrı hesaplanmış rayiç bedel verileri ile TÜİK Yaş aralığı verileri birleştirilerek, İstanbul'un toplam 959 mahallesinin sosyal profilleri çıkarılmış idi. En düşük rayiç bedel / en genç nüfusa sahip mahalleler

Hayat Eve Sığar uygulamasından elde ettiğimiz, kriterleri açıkça paylaşılmamış mekansal verilerle, 2019'da tamamlanan İstanbul'un sosyo-mekansal profillerine dair güçlü bir temsil sunan 'Veriye Dayalı Politika Aracı kent95'in verilerini çakıştırarak pandemi karşısında eşitsizliklere dair sorgulamalar yapmak.

<sup>158</sup> "İmamoğlu ve Yavaş: Sağlık Bakanlığı'nın rakamları gerçekleri yansıtmıyor", Birgün Gazetesi, 29 Ağustos 2020. Ek-ölüm sayılarına dair Bilimler Akademisi'nden Mesut Erzurumluğlu ve Defne Uçar Şaylan'ın sürekli güncel tuttuğu 'İstanbul'da haftalık vefat sayıları' grafikleri için [bakınız](#).

<sup>159</sup> Bunun gelişmesi için atılan adımları da görmezden gelmemek gerekir; örneğin <https://data.ibb.gov.tr>'de toplumsallaştırılmayı ve yerel politika zemini haline getirilmeyi bekleyen veriler örneğinde görüldüğü gibi.

ile yüksek rayiç bedele sahip / yaşlı nüfus ağırlıklı mahalleler arasındaki ilişki, lacivert ile koyu kırmızı arasındaki renk skalasında belirtilmiştir. Haritada rayiç bedel hesaplamaları sokak ölçeğinde derlenip, mahalle ortalamaları alınmış, TÜİK yaş aralığı verileri ise mahalle ölçeğinde elde edilip, işlenmiştir. Yaş aralığı verileri üzerinden yapılan katmanlaştırmada, çocuk yoğun mahalleler ortalamasının üstünde çocuğu olan hanelere de işaret etmektedir. Başka kapsamlı, mekansallaştırılmış sosyal profil verilerinin eksikliğinde, kent95 haritası bizlere mahalle ölçeğinde sosyo-mekansal farklılaşmaya dair ayakları yere basan bir zemin sunmaktadır.<sup>160</sup>

HES verisi, -tahminlerimize göre- enfekte hastaların ikamet ettiği adres bilgisini temsil ettiğinden, bu haritaların işyeri yoğun mahallere dair açıklayıcı olmaktan uzak olduğunu düşünebiliriz. Fakat bir örtüştürme ilişkisini verili kabul etmeden, bu çakıştırma vesilesi ile kent içinde ikamet edilen yer ile çalışma hayatı / toplumsal katmanlar içerisindeki konum arasında sorgulayabileceğimiz pek çok örüntü bulunmaktadır. Bu iki farklı temsili çakıştırmanın amacı, idari sınırların ötesinde, bazen onlara denk düşen, bazen ortadan kesen, bazen ise aykırı akan 'emekanlar'<sup>161</sup>, ortak profiller gösteren çalışma/barınma/beslenme/tüketme/sağlık profilleri / iklimleri olup olmadığını sorgulamaktır.

İstanbululluların pandemi karşısındaki ortak nispi sağlık/hastalık profilleri, idari sınırlar ile sınırlı kalmayan işçi semtlerinin görünmez sınırlarına mı delalet etmekte midir? Bunlara işçi semtleri mi demeliyiz, çalışma hayatı ile ilişkileri bilahare araştırılmak üzere kentsel yoksulluğun yoğunlaştığı semtler/mahalleler kavramını mı kullanmalıyız?

İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin Nisan 2020'den beri aralıksız olarak aylık raporlarında COVID-19 kaynaklı ölümlerin bir numaralı iş cinayeti sebebine dönüştüğünü bildirmekte (Şekil 10 ve Şekil 11). Ağustos Raporunda iş cinayetleri raporlarının ilk derlemeye başlandığı 2011 senesinden beri, Soma faciası hariç ilk defa Manisa'nın en fazla iş cinayeti yaşanan il olduğunu görüyoruz. Keza en fazla iş cinayeti yaşanan diğer illere baktığımızda, bunların Türkiye'de işgücünün en yoğun olduğu, imalat sanayinin de oranının yüksek olduğu eski/yeni 'sanayi kentleri' olduğunu görüyoruz.

<sup>160</sup> Haritaların (2016 yılındaki versiyonu için) vs. nasıl yapıldığına bakmak için: Erginli, B. E., (2018), İstanbul İlçe Belediyelerinde Çocuğa ve Aileye Yönelik Hizmetler, İstanbul: TESEV Yayınları; Güvenç, M., Tülek, M., vd., (2018), 'İstanbul Geneli ve İlçeleri: Yaş ve Rayiç Bedel İtibariyle Katmanlaştırma Haritaları', İstanbul İlçe Belediyelerinde Çocuğa ve Aileye Yönelik Hizmetler, (yaz.) Bürge Elvan Erginli, İstanbul: TESEV Yayınları. 3 Nisan tarihli Velocity Şirketi'nin ürettiği ve basında paylaşılan 'evde az kalanlar / çok kalanlar' haritasının, kent95 ile çakıştırılması bu deneysel yaklaşımın [ilk ürünlerinden](#) biri idi.

<sup>161</sup> Kavram için bkz; Aslı Odman, 'Cemekana değil Emekana Bakmak: TUZLA: Kuzey-Güney, Emek-Marka geriliminde bir ilçe', Kentleri Savunmak. Mekan, Toplum ve Siyaset Üzerine, editörler: Gürkan Akgün, Çare Olgun Çalışkan, Esra Kaya, Aysun Koca, 2013, Notabene Yayınları. İstanbul.

DİSK'in pandemi döneminde konfederasyona üye sendikalılar arasında yaptığı çalışma hayatı raporlarına baktığımızda da benzer bir resim görüyoruz. Sendikalı özel sektör işçileri gibi çalışma hayatı hiyerarşisi içerisinde en aşağıda olmayanlarının bile, ülke ve çalışma çağındaki nüfus ortalamasının iki ila üç misli oranda COVID-19'a yakalanmış olduğunu görüyoruz.<sup>162</sup>

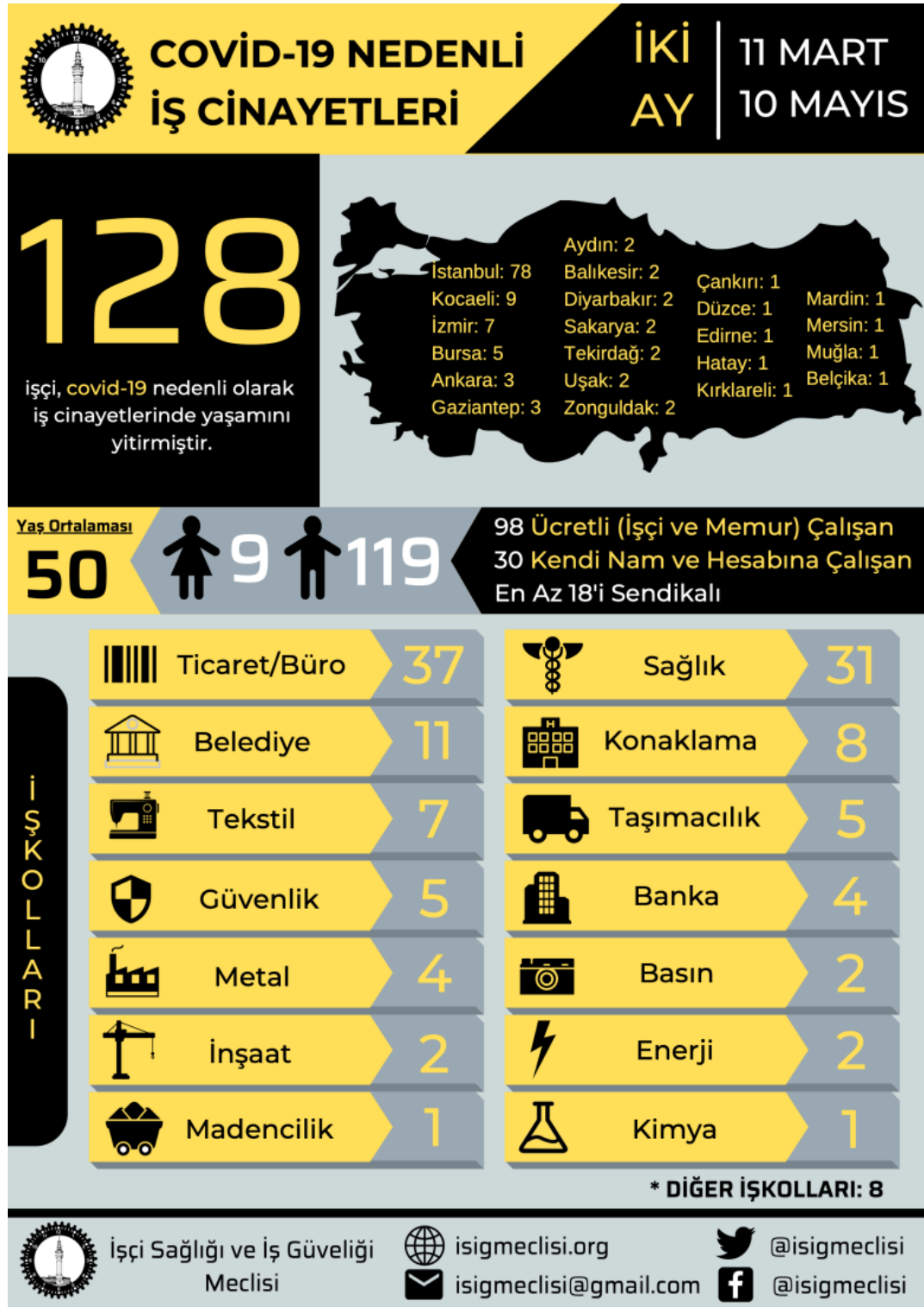
Peki bu belirgin temayüllere işaret eden öncü raporlar, mekanda takip edilebilmekte midir? Birbirine fiziksel olarak yakın mahallelerde/mahallerde ne gibi fiziksel mesafe hatta bariyerler yükselmektedir? Güncel COVID-19 ile enfekte hastaların ikametgah adreslerinin yoğunluklarını gösteren HES uygulaması, sosyo-mekansal mahalle profillerine dair önemli ipuçları veren kent95 verileri ile buluşturulduğunda, kapitalizmin gizli öznesi kapitalin müşahhas formları işyerleri ve her zaman epey gölgede kalan 'özel mülkiyetlerin sınırları dahilindeki' çalışma hayatı bir nebze görünür olmakta mıdır?

En belirgin temayül COVID-19 vakalarının görülme yoğunluğu ile nüfus yoğunluğu arasındaki doğrusal ilişkidir. Türkiye'de yatırımlar ve yatırımların tetiklediği finans hizmetleri, işgücü akışı, konut üretimi, çok dar bir alanda merkezileşmiştir. Bunun ekosistemin korunması, gıda ve su güvenliği ile hava kalitesi açısından olduğu kadar, halk sağlığı açısından da ağır bedellere yol açan sonuçları, pandemi sürecinde bir kez daha belirginleşmiştir. Marmara Bölgesi'nde nüfusun büyük kısmı, sınırlı sayıda yerleşimde yoğunlaşmış, özellikle İstanbul'da 1. Köprü ve D-100 bağlantı yollarının kuzeyindeki yerleşimler kilometrekareye 25.000 ila 100.000 kişi düşecek kadar yoğun alanlardır. Marmara Bölgesi'nde yaşayan 24 milyon insanın 16 milyonu, yani üçte ikisi, İstanbul 2. Boğaz Köprüsü'nün altında kalan yerleşimler, Gebze, Kocaeli, Sakarya, Yalova ve Bursa'nın kentsel merkezlerini içeren daracık bir alana sıkışmış, bu alanlarda ortalama kilometrekareye 1600 kişi düşmektedir.<sup>163</sup> Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu mahallelerin arazi kullanımı, nasıl tipte işyerlerine, çalışma hayatlarında ve sosyo-ekonomik profillere sahip oldukları ise hemen akabinde sorulması gereken sorulardır.

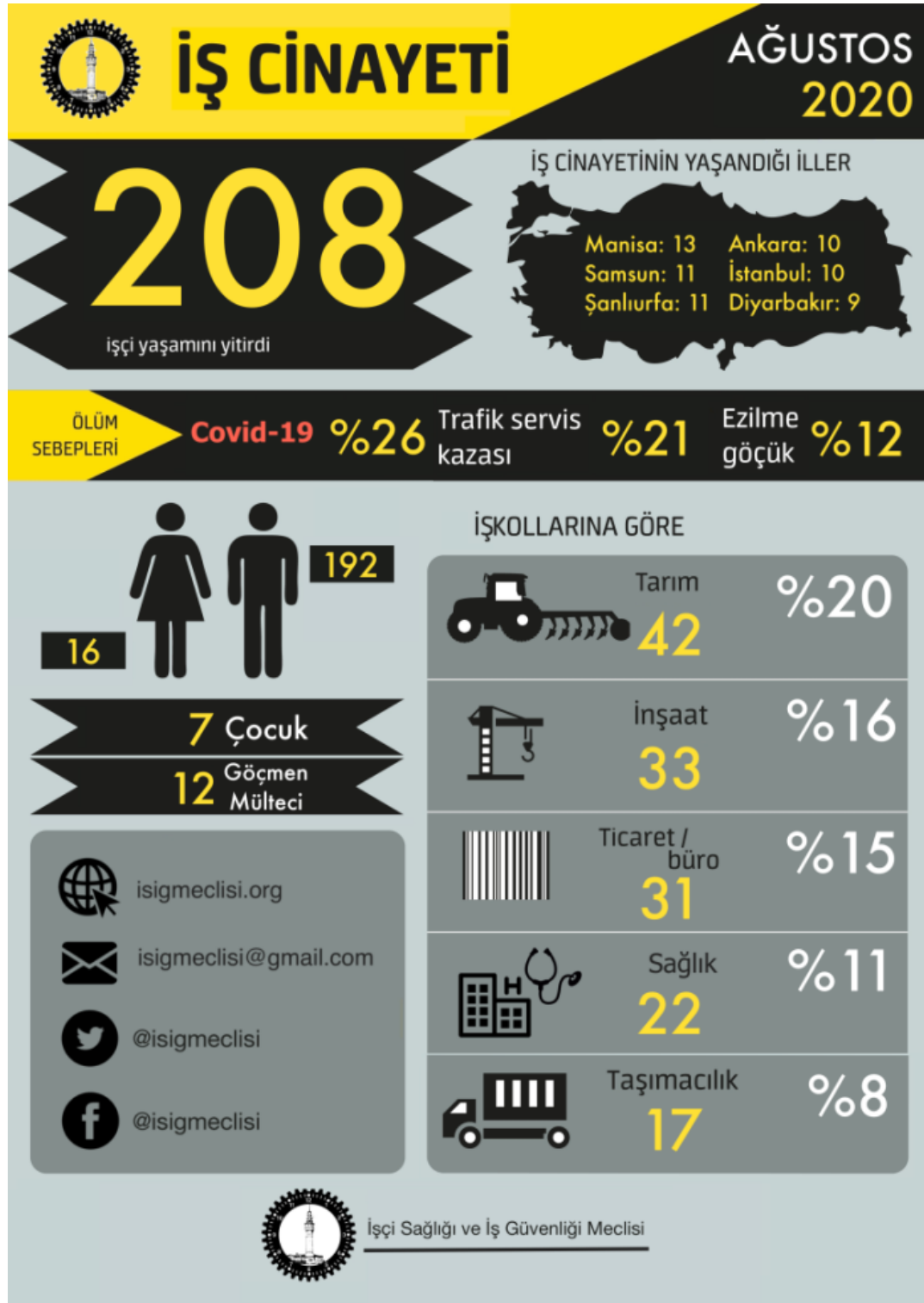
<sup>162</sup> DİSK, [24 Nisan 2020 günü](#) derlediği ve üyelerinin yüzde yetmişine ulaşarak yaptığı (toplam 130.000) bir araştırmada, en az 535 işçinin COVID-19 pozitif olduğunu tespit etmiştir. Bu oran hem Türkiye genelinde, hem de Türkiye çalışma çağındaki nüfus içindeki 1000 kişiye düşen pozitif oranları ile karşılaştırınca (sırasıyla 1,3 / 1,6 / 4,1) en az iki ile üç misli fazladır. Tüm DİSK'in pandemi dönemi raporları için: <http://disk.org.tr/2020/07/disk-ar-raporu-yayinlandi-covid-19-iscileri-nasil-etkiledi/> (8 Temmuz 2020) <http://disk.org.tr/2020/04/covid-19-disk-raporunun-ucuncusu-yayinlandi/> (27 Nisan 2020) <http://disk.org.tr/2020/04/covid-19-disk-raporunun-ikincisi-yayinlandi/> (20 Nisan 2020) <http://disk.org.tr/2020/04/disk-uyeleri-arasinda-salginin-etkileri-covid-19-disk-raporu/> (16 Nisan 2020)

<sup>163</sup> Bununla ilgili, Kadir Has Üniversitesi İstanbul Çalışmaları Merkezi Müdürü Kent Araştırmacısı Murat Güvenç ile yapılmış, İstanbul kentsel bölge / Marmara Bölgesi'nin nüfus yoğunluk dağılımı ile pandemi arasındaki ilişkilere dair bir mülakat için bakınız, '[Kovid-19 riskine nüfus yoğunluğu perspektifinden bakmak](#)', Medyascope, 30 Mart 2020.





Şekil 10: İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi, [COVID-19 İş Cinayetleri Raporu](#)



Şekil 11: İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi, [Ağustos 2020 İş Cınayetleri Raporu](#)

### 3.1 İstanbul Ölçeğinde COVID-19 vakalarının mekansal dağılımında göze çarpan dinamikler

İstanbul Ölçeğinde bu çakıştırmaya [baktığımızda](#) ilk gözümüze çarpan, dikkat çekici bir örtüşme oluyor. 6 Eylül 2020 itibarı ile en çok COVID-19 vakasının görüldüğü 'yüksek ısıli' kırmızı bölgeler ile, kent95'de nispeten orta - orta altı sosyo-ekonomik konuma işaret eden mahalleler (orta/alt rayiç bedel / ağırlıklı alt yaş aralığında nüfusun ikamet ettiği yerler) büyük oranda örtüşüyor. Bunun ciddi bir kısmını nüfus yoğunluğu oranlarına bağlı olduğunu söylemek yanlış değil, fakat eksik olacaktır. Nüfus yoğunluğunun düşük olması ile sosyo-ekonomik profil arasında, özellikle son yirmi yılda yoğunlaşan kapalı site, rezidans tipi konutların coğrafyası düşünüldüğünde sorgulanması gereken ilişkiler vardır.

2017'de yapılan bir araştırmaya göre İstanbul'daki en yoğun nüfuslu mahalleler Zeytinburnu, Esenler, Güngören, Bahçelievler ve Bağcılar ilçelerinde bulunmaktadır.<sup>164</sup> Genel tabloya bakıldığında, İstanbul'daki sanayi alanlarının çevresindeki mahalleler<sup>165</sup> ve sanayi alanlarının ekseriyetle konumlandığı D-100 ve TEM Karayolu ve bağlantı yolları ile, gene sanayi lojistiği için önemli bir transfer noktası olan Ambarlı, Pendik ve Tuzla Limanları'nın çevresinde vakaların daha yoğun olduğunu görmekteyiz. Fakat COVID-19 haritasında Zeytinburnu, Güngören, Esenler, Bağcılar, Bahçelievler, Gazi-osmanpaşa ve Bayrampaşa'nın sosyo-ekonomik profil olarak iki farklı uçta da mahalleler barındıran ilçelerinin, ısı haritasının en sıcak kısmında, birbirinden ayrılmayacak kadar riskli bir lekede buluşmuş olması dikkat çekicidir.

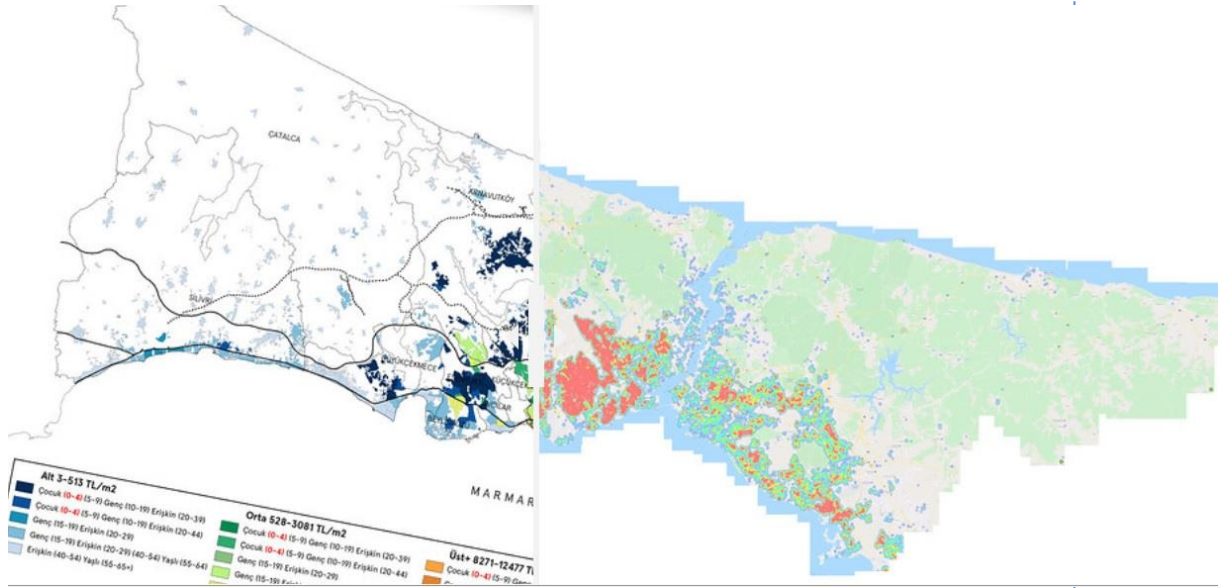
Gene İstanbul'un genel resmine baktığımızda Küçükçekmece, Büyükçekmece, Başakşehir gibi son dönemde ciddi bir kısmında kapalı sitelerin geliştiği, yani sınıflar arası kesişmeler olmadan sınıf içine kapanma imkanı olan mahaller/mahalleler ile çalışma mobilitesi mecburiyeti ve geçit alanı niteliğindeki konumu ile risklere açık daha düşük gelirli mahaller/mahalleler belirgin bir şekilde ayrılmaktadır. Küçükçekmece'nin hala sanayi aksında yer alan doğudaki Halkalı ve çevresinde sanayi alanlarının yakınlarındaki mahalleler ile batıdaki Göl'e yakın kapalı site alanları (Atakent, Yarımburgaz) arasındaki enfeksiyon oranı farkı belirgindir. Başakşehir'in belirgin konut

En çok COVID-19 vakasının görüldüğü 'yüksek ısıli' kırmızı bölgeler ile, kent95'de nispeten orta - orta altı sosyo-ekonomik konuma işaret eden mahalleler (orta/alt rayiç bedel / ağırlıklı alt yaş aralığında nüfusun ikamet ettiği yerler) büyük oranda örtüşüyor.

<sup>164</sup> Mahallem İstanbul Araştırmasının verileri burada [mekansallaştırılmıştır](#).

<sup>165</sup> Temerçin/Aldırmaz'ın 2014 verileri ile yaptıkları araştırmada İstanbul'un sanayisinin işyeri sayısı olarak %33,3'ünü, istihdamın ise %29,1'ini sadece aşağıdaki 17 mahalle bünyesinde barındırmaktadır. Tuzla'da Aydınlı ve Tepeören, Ümraniye'de Yukarı Dudullu, Esenkent ve Esenşehir, Zeytinburnu'nda Maltepe, Eyüp'de Topçular, Bayrampaşa'da Yenidoğan, Bağcılar'da Mahmutbey, Evren ve Bağlar, Bahçelievler'de Yenibosna, Başakşehir'de Ziya Gökalp, Arnavutköy'de Hadımköy, Esenyurt'da Akçaburgaz, Avcular'da Cihangir ve Beylikdüzü'nde Yakuplu mahalleleri sanayi faaliyetlerinin mahalle ölçeğinde yoğunlaştığı alanlardır, Kadir Temerçin / Yolcu Aldırmaz, 2017, 'İstanbul İlinde Sanayi: Tarihî Gelişim, Yapısal Değişim, Mekansal Dönüşüm', *Türkiye'de Mekansal ve Bölgesel Dönüşümler*, Kadir Temurçin, Murat Ali Dulupçu (editörler), Süleyman Demirel Üniversitesi Yayınları, s. 8.

yapısı kapalı siteler olan Bahçeşehir mahalleleri ile İkitelli Sanayi Bölgesi'nin güneybatısındaki Altınşehir, Şahintepe, Güvercintepe mahalleleri risk ısısı açısından belirgin bir şekilde farklılaşmıştır. Büyükçekmece'de ise resmen aynı idari birim, yani Alkent mahallesi içerisinde doğudaki kapalı site alanları ile batı arasında belirgin bir fark oluşmuştur. Maslak-Ayazağa, Tuzla'da da kuzeydeki organize sanayi bölgelerine bitişik mahalleler ile deniz kenarında, Tuzla Tersaneler Bölgesi'nin güneydoğusundaki eski sayfiye konutlarını barındıran mahalleler arasındaki zıtlık ilişkisi de belirgindir. Özetle, sınıfsal olarak 'içe kapanma' (çoğu zaman evde kalabilme de anlamına gelen) imkanı olan mahallelerin COVID-19 tablosunda az riskli alanlarda kaldığını söylemek mümkündür.



Şekil 8: İstanbul Ölçeğinde HES COVID-19 vakası yoğunluk haritası ile sosyo-mekansal mahalle profilleri çıkarışmasından bir ekran görüntüsü. İnteraktif hali için [bakınız](#):





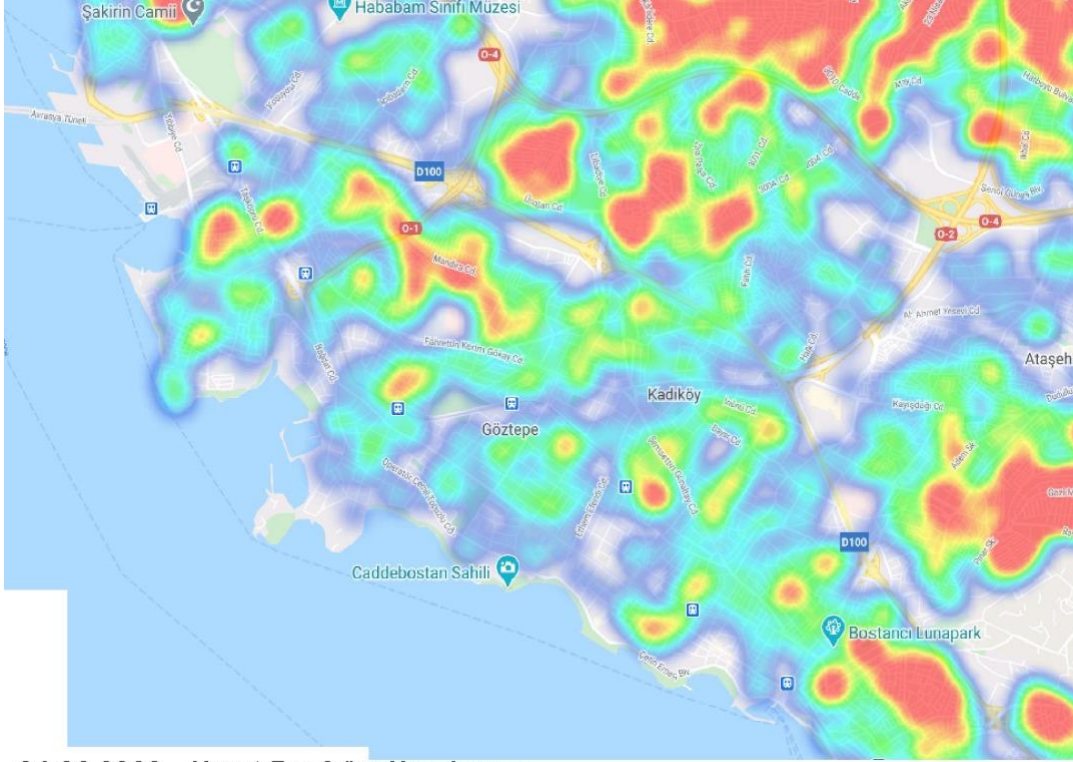


### 3.2. Kadıköy'ün Sahili - Kuzeyi farkı

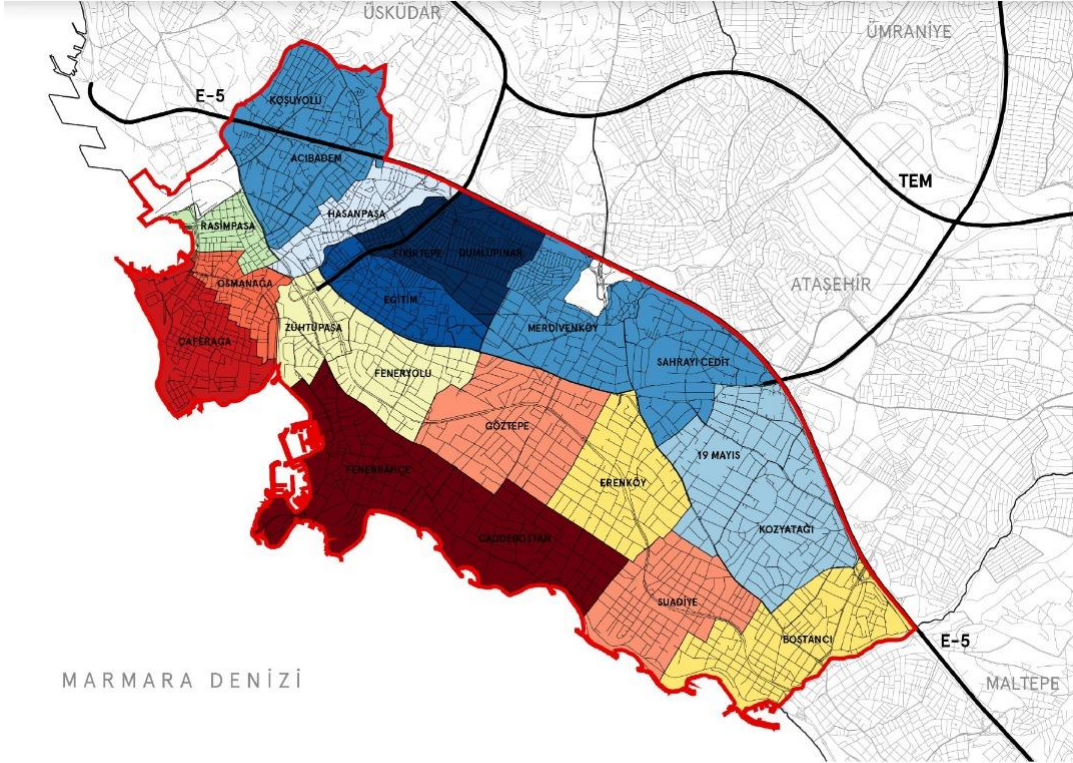
Şimdi İstanbul genelinden iki adet yakın çekim analiz denemesine geçmek istiyoruz. Gene yoğunluk, sosyo-ekonomik profil, büyük ölçekli (OSB, Sanayi alanı vs) veya küçük/orta ölçekli ve sık imalat sanayi işyerlerine yakınlık, mahallelerin içine kapanmışlığını / sınıfsal izolasyonunu sağlayan konut tipleri ve konumunun olup olmaması, topografik konumları ve ulaşım hatlarına mesafeleri açılarından bakarak bir ön-analiz yapmaya çalışacağız.

Kadıköy'ün ilçe ölçeğindeki profilleri yansıtan kent95 haritasında da görüldüğü gibi sahildeki mahalleler ile -haritada en düşük rayiç bedele sahip/koyu mavi görünen- yakın bir zaman önce riski alan ilan ile büyük ölçekli ve şiddetli bir toptan kentsel dönüşüme maruz bırakılan Fikirtepe/Dumlupınar mahalleri arasındaki fark, neredeyse bir sosyo-ekonomik uçuruma işaret ediyor. Bu uçurum, COVID-19 haritasına da damgasını vurmuş. İlçe ölçeğindeki en 'enfekte' mahalleler bu ikisi ile beraber İstanbul ölçeğinde bir transfer merkezi olan Kadıköy Limanı'nın hemen gerisindeki mahalleler. Bunun yanı sıra haritada orta rayiç bedelde ve genç nüfusa sahip yeşil renkli Rasimpaşa/Yeldeğirmeni mahallesinde de COVID-19 vakalarının Kadıköy'ün geneline nazaran yüksek olduğu görülüyor. Bu mahallede -soylulaşma sürecine girmiş olmakla beraber- öğrencilerin ve Kadıköy ölçeğinde daha düşük gelire sahip kentliler ikamet etmesi dikkati çekmektedir.

Sahildeki mahalleler ile -haritada en düşük rayiç bedele sahip/koyu mavi görünen- yakın bir zaman önce riski alan ilan ile büyük ölçekli ve şiddetli bir toptan kentsel dönüşüme maruz bırakılan Fikirtepe/Dumlupınar mahalleri arasındaki fark, neredeyse bir sosyo-ekonomik uçuruma işaret ediyor.



06 09 2020 - Hayat Eve Sığar Uygulaması



2018 Yaş-Rayiç Bedel Haritası (harita.kent95.org)

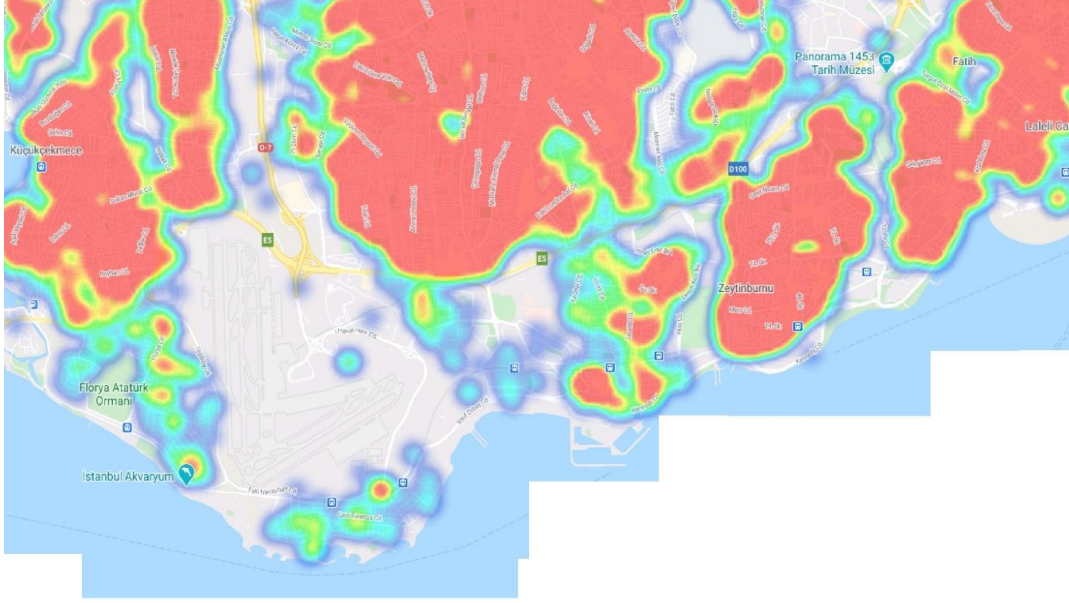
Şekil 8: [Kadıköy İlçesi](#): 6.09.2020 tarihlihes ve kent95 çıkartması

### 3.3. Bahçelievler-Bakırköy İlçeleri arasında

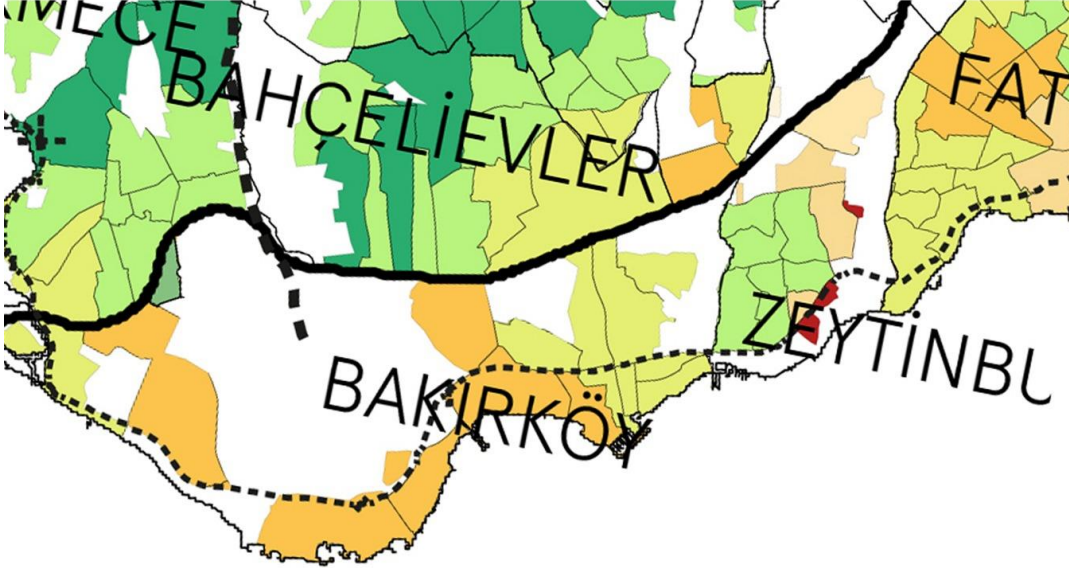
Bu çakıştırırmamızda, iki farklı ilçeye yayılmış ve D-100 otoyolu ile ayrılmış sosyo-ekonomik profillerin, COVID-19 bulaşıcı hastalığına maruz kalma açısından karşılaştırdığımız için, Kadıköy'den farklı olarak tekrar İstanbul genelini gösteren kent95 haritasına dönüyoruz. Buradaki [kent95 haritasında](#) gene koyu kırmızı - sarı - yeşil arasındaki skala yüksek rayiç bedel / yüksek yaş aralığından aşağı doğru inen profillerdir. Buradaki en kolay okunan sınıfsal sınır D-100 otoyolunun kuzey ve güneyinde, Ataköy 7-10. Mahalleler ile Bahçelievler'in güneyindeki Şirinevler, Zafer, Hürriyet, Fevzi Çakmak ve Çobandere mahalleri arasında, set çekilmişçesine değişen COVID-19 tablosudur. Kuzeyde küçük ölçekli hafif endüstrinin (tekstil vs.) Yoğun olduğu sosyal yapının başlangıcından itibaren ısı haritası kırmızıya dönmektedir. Fakat Bakırköy ilçesi'nin güneydoğusundaki üst rayiç bedel aralığında kalan Ataköy 1. Mahallesinde de COVID-19 enfeksiyon oranı daha parçalı da olsa Bakırköy haritasının ortalamasından yüksektir. Burasının Kartaltepe, Cevizlik gibi aynı ilçenin orta rayiç bedel ile nispeten genç nüfusunu barındıran mahalleleri ile neden enfeksiyon profillerinin benzediği sorgulanmalıdır.

Sınıfsal sınır D-100 otoyolunun kuzey ve güneyinde, Ataköy 7-10. Mahalleler ile Bahçelievler'in güneyindeki Şirinevler, Zafer, Hürriyet, Fevzi Çakmak ve Çobandere mahalleri arasında, set çekilmişçesine değişen COVID-19 tablosudur.





06 09 2020 - Hayat Eve Sığar Uygulaması



2018 Yaş-Rayiç Bedel Haritası (harita.kent95.org)

Şekil 9: [Bakırköy ve Bahçelievler](#): 06.09.2020 tarihli HES ve kent95 karşılaştırması

Bu deneysel sorgulamaların kapsamadığı, on binlerce emekçinin çalıştığı işyerlerinin başında inşaat şantiyeleri vardır. Tespit edilen COVID-19 vakalarına rağmen üretimi zorla sürdürme haberleri ile (bir an önce tamamlanmaya çalışılan Beyoğlu Kültür Rotası üzerindeki Galataport, Atlas Sineması, AKM inşaatları, keza bir başka 'rota' teşkil eden Kuzey Marmara Otoyolu şantiyeleri vakaları vb), eklektik bir şekilde bilgisine erbildiğimiz sürekli devinen inşaat şantiyeleri şeklindeki işyerlerinin emekçilerini 'görmek' çok zordur. Süreç içeri-

sinde ve hemen öncesinde edinilen inşaat ruhsatları ve basın taraması ile bu işkoluna dair mekansal veriye ulaşılmaya çalışılabilir.<sup>166</sup>

Bu deneysel yazımızı, Borges'in 'İmparatorluğun Haritası'nı<sup>167</sup> anlattığı hikayesine nazire ile, neleri temsil edemediğimizi sıralayarak bitirelim: İstanbul'da formel çalışan nüfusunun en fazla dörtte biri olduğu tahmin edilen evden çalışanlar,<sup>168</sup> kayıtdışı ve yevmiye bazında çalışanlar,<sup>169</sup> küçük işletmelerde kendi hesabına çalışan esnaf ve zanaatkarlar, kapanan veya cirosu sert bir şekilde düşen hizmet sektörü işletmelerinde çalışan işçiler, ev işçileri, bu haritalarda başta 'sağlık donatısı' (sonra ticaret ve eğitim donatısı) olarak işlenen noktalarda toplumu ayakta tutan elzem işleri ifa eden çalışanlar, bu metropoliten haritada hiç yeri olmayan gıda zincirini ayakta tutan mevsimlik tarım işçileri ve çiftçiler, ikamet adresi olmayan mülteciler/göçmenler<sup>170</sup>...Tüm bu resim içinde COVID-19'da ekosistemin krizini fırsata çevirmeye çalışan sermaye birikimi sürecinin, ortaya çıkan yeni / yenilenmiş mekansal düzenlemelerinin (fabrikaya kapama pratiklerinin meşrulaştırdığı mutlak çalışma kampı tipi düzenler, izole üretim üsleri, verimlilikleştirilmiş ve takip süreçleri teknolojikleştirilmiş evden çalışma, mekandan bağımsız 'kullan-at' işçilikler...) Hangilerini nasıl korumaya çabalayacağı da bir başka, temsil etmesi zor soru olarak karşımızda durmakta. Çalışma hayatının yeni mekansal düzenlemeleri, elbette ki beyaz/mavi yakalı, güvenceli / güvencesiz, evde kalabilen/kalamayan, elzem olan/olmayan, çalışma riski yüksek / düşük ikilemlerinin yeniden ve mücadeleler içinde tanımlanmasını getirecek. Tanımadan, tanımlamak imkansız olduğu için, mekansal veri bazlı çalışmalara devam!

<sup>166</sup> [Emek Çalışmaları Topluluğu, pandemi dönemindeki emek](#) direnişlerini işlediği interaktif haritasında, bir kaç şantiye eylemine daha yer veriyor.

<sup>167</sup> "Bilimin kusursuzluğu üzerine: "... O İmparatorluk'ta Haritacılık Sanatı o denli mükemmelliğe ulaşmıştı ki, tek bir eyaletin haritası bir şehir'i ve İmparatorluk'un kendisinin haritası bütün bir eyalet'i kaplıyordu. Zaman içerisinde, bu ayrıntılı haritalar biraz eksik bulundu ve Haritacılık Okulu, İmparatorluk'la bire bir ölçekte bir İmparatorluk Haritası geliştirdi, öyle ki, harita, noktası noktasına gerçeğiyle çakışıyordu. Haritacılık Bilimine daha az önem veren sonraki kuşaklar, bu boyuttaki bir haritanın kullanışsız olduğuna karar verdiler ve biraz saygısızlık da ederek onu güneş ve yağmur altında yıpranmaya terk ettiler. Batı Çölleri'nde haritanın yırtılmış parçaları bugün bile bir hayvana ya da bir dilenciye barınak olabiliyor; Coğrafya Biliminden tüm ulusa kalan yalnızca budur. "Jorge Luis Borges, Alçaklığın Evrensel Tarihi. (Çev. Zeynep Çağlayan, Telos, 1995), s 123.]

<sup>168</sup> Uğur Aydın, Cem Özgüzel, "Türkiye'nin Evden Çalışması Mümkün Mü?", 12 Nisan 2020.

<sup>169</sup> Anıl Duman, "Artan Eşitsizlik ve Yoksulluk", 23 Haziran 2020.

<sup>170</sup> Pandemi sürecinde veri olarak temsil edilemeyen, sahadan anlatılar olarak derleyen iyi bir gazetecilik çalışması için, Pınar Öğünç'ün Gazetedevar'daki 22 Mart - 22 Mayıs 2020 arasında 36 bölüm halinde yayınlanan, çalışma hayatına dair yazı dizisine [bakınız](#).



## BÖLGEDE COVID-19 PANDEMİSİ

### **Halis Yerlikaya**

Tıp Doktoru, SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey Üyesi

### **Özet**

Ülkemizde de olduğu gibi bölgemizde de devam eden COVID-19 pandemisi altıncı ayını bütün yıkıcı etkisi ile geride bıraktı. Bu yazıda pandeminin bölgemizdeki mevcut durumu, pandemi ile birlikte katmerleşen her türlü eşitsizlik ve ayrımcılık, sağlıksızlığa ve pandemi ile mücadele de başarısızlığa yol açan etmenler ele alındı.

### **Giriş: Mevcut Durum**

Resmi olarak doğrulanmış ilk vakanın açıklanmasından sonra geçen altı aylık süreçte Türkiye’de pandemi bütün yıkıcı etkisi ile devam ediyor. Ne yazık ki salgının birinci dalgası bastırılmadı. Aşı çalışmaları devam etse de henüz etkili aşısı ve bilinen bir tedavisi olmayan, bulaşıcılığı yüksek salgın etkeni toplumsal düzeyde bulaşıcılığa ve can almaya devam ediyor. Bölgede de bir çok faktöre bağlı olarak pandeminin yıkıcı etkisi katmerli bir biçimde yaşıyoruz.

Sağlık Bakanlığı tarafından paylaşılan aylık ve haftalık raporlar, günlük twitter paylaşımları Bölge illerinde durumun vehametini gösteriyor. Gerçeği yansıtmadığını çok iyi bildiğimiz resmi istatistikler dahi Haziran ayı ortalarından sonra en çok vaka artışının Bölge illerinde olduğunu göstermektedir. En son yayınlanan haftalık raporda belli bir azalma olduğu görülsede yenden açılma sürecindeki istatistiklerde Güneydoğu Anadolu bölgesi zirveye oturmuştu. Örneğin: 13-19 Temmuz itibarıyla yeni vaka insidansı (görülme sıklığı) Güneydoğu Anadolu bölgesinde yüz binde 17,8 olup Türkiye ortalamasının (yüz binde 8) iki katından fazla saptanmıştı. Haziran başında en aza inen vaka sayıları Bölgede yeni vaka, hastanede yatan hasta, yoğun bakımda yatan hasta sayılar neredeyse logaritmik olarak artmış, halen sağlık kuruluşlarının kapasitesini zorlayacak noktaya ulaşmıştır.

Tabip odalarının, emek-meslek örgütlerinin, sağlık emekçileri gözlemlerini, yapılan birçok açıklama, karantinaya alınan yereller, salgının Bölge’ye yerleştiğini, hem vaka sayısı hem de yaşanan ölümlerin oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanı Koca’nın twitter paylaşımları da bu göz-

lemleri kanıtlar niteliktedir. Kocanın uzun süre paylaşımlarında yoğun bakımında yatan hasta sayısında artış gösteren beş il arasında Diyarbakır, Urfa, Antep ve Batman yer vermiştir. Diğer bölge illerinde de durum buna benzerdir.

Halen COVID-19 semptomları ile acil servislere başvuran, burada PCR pozitif saptanıp hastaneye yatış gerektiren, ancak hastanelerdeki doluluk oranları nedeniyle yatırılmayan, eve gönderilen, evde takibi de yapılmayan çok sayıda hastanın 7-10 gün içinde genel durumları kötüleşerek tekrar hastane acil servislerine başvurmaktadır. Diyarbakır Tabip Odası'nın sosyal medya hesaplarından duyurduğu üzere Ağustos ayı içerisinde sadece Diyarbakır'da bir hafta içerisinde 30 yaş altında evinde kötüleşip hastaneye başvurduğunda yapılan müdahalelere rağmen 3 ölüm gözlenmiştir. Yine basına yansıdığı üzere bir hasta Diyarbakır ve çevre illeri yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde yer bulamadığı için yaşamını yitirmiştir.

Bölgede de pandemiye karşı bütünlüklü bir yaklaşım olmadığı için hastaneler kifayetsiz kalmakta, hastane yatış ve yoğun bakım gereksinimi karşılanmakta zorluk çekilmektedir. Nitekim Diyarbakır'da pandemi hastanesi olarak ilan edilen Gazi Yaşargil EAH de Ameliyathane ve Yanık ünitesi YBÜ dönüştürülmüş, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi de yeni YBÜ açılmış, Sağlık Bakanlığı tarafından doluluk oranları düşük gösterilse de sağlık çalışanlarının gözlemleri ile doğrulandığı üzere açılan yataklar tamamen dolmakta, artan hasta sayısı nedeniyle yapılan bu düzenlemeler dahi yetersiz kalmaktadır.

Siyasal iktidarın, yetkililerinin salgın kontrolünü ciddiye almadığı, sorumluluğu tümüyle vatandaşa yüklediği, bireysel önlemler ile süreci geçiştirdiği gözlemlenmektedir. Bölgede artan vaka sayıları, yetmeyen hastane ve YBÜ yatak sayıları, giderek tükenen sağlık emekçileri görmezlikten gelinmekte, Türkiye'de erken dönem salgın kontrolünde alınan kamusal önlemlerin (yeterli bulmadığımız ) hiçbirinin devreye sokulmadığına tanık olmaktadır.



Her akşam Turkuaz tabloda yayınlanan rakamların gerçekliği ifade etmediği Bölge Tabip Odaları, emek-meslek örgütlerinin açıklamalarından anlaşılmaktadır. Diyarbakır ve Şanlıurfa Tabip odalarının sosyal medya hesaplarından yapılan paylaşımlardan her iki ilin toplam rakamlarının neredeyse tüm Türkiye'deki rakamlara denk gelmesi verilerin saklandığı/gizlendiğine dair var olan yaygın kanıyı güçlendirmektedir. Aynı durum ölüm sayılarında da yaşanmaktadır. Sadece Diyarbakır Merkez Yenişehir Mezarlığı'nda

“Covid Mezarlığı” olarak belirlenen alanda 540 kişinin gömülmüş olması, bu sayıya merkez köy ve tüm ilçe ve köylerdeki sayının dahil olmaması, kabaca ülke nüfusunun kırkta birisine sahip Diyarbakır’da sadece il merkezindeki ölümlerin tüm ülke için açıklanan ölümlerin onda birisine sahip olması verilerin gerçekliği ne kadar ifade ettiği gözler önüne sergilemektedir. Diyarbakır’da sadece bir pandemi hastanede 24 saatlik zaman dilimi içinde 15 ölümün gerçekleşmesine rağmen aynı gün tüm Türkiye geneli ölüm sayısının 17 olarak açıklanması verilerin gerçekliği ifade etmediğini, sadece PCR pozitif hastalar üzerinden bile çok net olarak ortaya koymaktadır.

Bölge açısından sıklıkla dile getirilen “Düğünde halay çekildi, maske takılmadı, temizliğe dikkat edilmedi, virüs çok yayıldı” söylemi siyasal iktidarın oluşan vahim tablodaki sorumluluğu yurttaşlara yıkma arayışıdır. Siyasal iktidarın toplum sağlığını önemsemediği, ön planda ekonomik kaygıların düşündüğü, pandemiye karşı epidemiyolojik verilere uygun, bölgesel özellikleri/dinamikleri önemseyen etkili bir mücadele yürütmediği açıktır. Sahte bir başarı algısı yaratılarak, yapılması gereken her şeyin yapıldığı ilan edilirken pandeminin yayılmasının, başarısızlıkların sorumlusu olarak yurttaşlar işaret edilmektedir. Bu yaklaşım bile pandemi ile mücadelenin bireysel sorumluluklara indirgendiğinin göstergesidir.

Salgın yönetiminde Türkiye genelinde ‘salgının etkisinin azaltma stratejisi’ yürütüldüğü kabul görmektedir. Bölge açısından ele alındığında, salgın ile mücadelede “sürü bağışıklığı” stratejisinin dahi izlenmediğini söyleyebiliriz. Günü kurtaran, algılar üzerinde yürüyen bir stratejisizlikle karşı karşıya olduğumuz aşıkardır. Bu nedenle pandemiye karşı bütünlüklü bir mücadele stratejisi geliştirmeyen siyasal iktidarın yaşamakta olduğumuz acı sonuçların ana sorumlusu olduğu not edilmelidir.

### ***Pandemi Öncesi Durum***

Pandemi gibi olağan dışı bir durumun ortaya çıkarttığı gereksinimlerin karşılanması olağan zamanlardaki sosyo-ekonomik koşullar ve sağlık hizmetleri ile yakından ilişkilidir. Ne sosyo-ekonomik koşullar ne de sağlık hizmetleri Bölge’de hiç bir zaman iyi olmamıştır. Bölge sürekli olarak yoğun bakım ve yatak ihtiyacı, hekim sayısında yetersizlikler gündeme gelmiştir. Süreklilik kazanmayan, olanaklar ve sağlık çalışanlarının kıtlığının yaşandığı birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Hekimliği Sistemi ile bölge tabanlı olmaktan çıkarılmış, hizmetin parçalanmış tamamen kaosa sürüklenmiştir. Sağlık sistemindeki bu enkaz tablo ile pandemi ile mücadelede başarı beklentisi olsa olsa hayal olacaktı, öyle de oldu.

### ***En Kötü Sağlık Göstergeleri Bölgede***

Pandemi öncesi dönemde diğer bölgeler ile karşılaştırıldığında sağlık açısından eşitsizlik oldukça ciddi düzeydedir. Bebek Ölüm Hızı’ndan, Anne Ölüm Hızına kadar tüm sağlık göstergelerinin en kötü olduğu, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın olumsuz etkisinin en fazla hissedildiği iller bölge illeri olmuştur.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine göre iller bazında bin canlı doğumda bebek ölüm hızına (BÖH) bakıldığında bölgede

Diyarbakır’da sadece bir pandemi hastanesinde 24 saatlik zaman dilimi içinde 15 ölümün gerçekleşmesine rağmen aynı gün tüm Türkiye geneli ölüm sayısının 17 olarak açıklanması verilerin gerçekliği ifade etmediğini, sadece PCR pozitif hastalar üzerinden bile çok net olarak ortaya koymaktadır.

bebek ölüm hızının diğer bölgelere göre yüksek olduğu görülmektedir. Batıda bebek ölüm hızı binde 13 iken bölgede yaklaşık iki katı olan binde 24'tür. BÖH en düşük ilimizde binde 5,0, en yüksek (kötü) olduğu ilimizde ise binde 15,3 ile 3 katından daha fazladır (Hız Oranı: 3,1). BÖH'ün 2016 yılında en düşük olduğu Batı Marmara bölgesinde her bir bebek ölümüne karşılık, aynı yıl BÖH en yüksek olan Güneydoğu Anadolu bölgesinde 2,2 bebek yaşamını kaybetmiştir.

TNSA, Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı anadile göre veri paylaşmadığı için aslında çok daha geniş olan eşitsizliğin gösterilmesi de engellenmektedir. Türkiye'nin batısında da bebek ölümlerinin büyük bir kısmının bölgeden göç etmiş/göç etmek zorunda kalmış yurttaşlara ait olduğunu tahmin edilmektedir. Çocuk sağlığı için en temel göstergelerden olan kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olan bodurluk bölge illerinde en yüksek olup yüzde 8,2'dir. Hizmete erişim açısından da TNSA 2008-2013 verilerine bakıldığında tam aşı olmak için gerekli olan yüzde 90 bağışıklığa bölgemiz en uzak bölgedir.

Daha da fazla uzatılabilecek bir çok sağlık göstergesi açısından hal böyle olunca sadece hastanelerde karşılanma stratejisi/stratejisizliği benimseyen salgın yönetimin de salgına karşı bölgede bir başarı beklemek hayal olurdu. Bölgesel düzeyde alınması gereken kararların merkezi olarak alınması, salgının en başında bölgede çok az vaka varken sokağa çıkma yasağının uygulanması, İstanbul ve diğer illerdeki göstergeleri göre karar alınması, "İstanbul'a kar yağmadan Türkiye'ye kış gelmez" söylemini doğrularcasına bölgede salgın dinamiği daha geriden gelirken; merkezi kararların her yerde aynı biçimde uygulanması, geç dönemde alınması gereken kararların erken dönemde uygulanması, vaka sayılarındaki ciddi artışa rağmen bölgede de bireysel önlemlere uyulması çağrısının yapılması dışında herhangi bir bölgeye özel karar alınmamış olması mevcut tabloyu ortaya çıkartmıştır.

### **Anti-demokratik Salgın Yönetimi**

Tüm süreç boyunca salgın için ihtiyaç duyulan güven veren bir salgın yönetimi Bölgede de yapılamamıştır. Merkezi Bilimsel danışma kurulunda TTB temsilcisinin olmadığı gibi il düzeyinde oluşturulan İl pandemi kurullarında Bölge Tabip Odaları alınmadı. Dahası önceden kararlaştırılıp sadece imzaya açılan İl Hıfzısıhha kararlarına seyirci kalmayan, imza atmayan Bölge Tabip Odaları tek adam rejiminin devreye girmesi ile bu kurullardan çıkartıldı. Zaten demokratik ve işlevli olmayan kurullar 'kayyum anlayışına' devredilmiş oldu.

Bölgede ise valilikler pandemi ile mücadele programında tabip odaları, sağlık alanındaki sendikalar, dernekler ile görüşmez iken Ticaret ve Sanayi Odaları ile çok sayıda görüşme almış, birlikte değerlendirme toplantıları yapmıştır. Bu toplantıların etkisi yeniden açılma sürecine bulaş açısından ciddi tehdit olan AVM'lerin açılmasıyla sonuçlanmıştır. Oysa aynı günlerde açık alanlar, parkların kullanılmasındaki yasak devam etmiştir.

Merkezi Bilimsel danışma kurulunda TTB temsilcisinin olmadığı gibi il düzeyinde oluşturulan İl pandemi kurullarında Bölge Tabip Odaları alınmadı. Dahası önceden kararlaştırılıp sadece imzaya açılan İl Hıfzısıhha kararlarına seyirci kalmayan, imza atmayan Bölge Tabip Odaları tek adam rejiminin devreye girmesi ile bu kurullardan çıkartıldı. Zaten demokratik ve işlevli olmayan kurullar 'kayyum anlayışına' devredilmiş oldu.



## **Sağlık Çalışanlarının Oldukça Kötü Çalışma Koşulları**

Bölgede yürütülen sağlık hizmetlerinin yetersizliği, sağlık emek gücündeki yetersizlikler, istikrarsızlık, ayrımcılık gibi sorunların içerisinde sağlık emekçileri salgınla mücadele etmeye çalışıyor.

Türkiye OECD ülkeleri içerisinde bin kişi başına düşen en düşük hekim ve hemşire sayısına sahiptir. Bölgeler arası dağılımda da belirgin eşitsizlik söz konusu iken, kısıtlı sayıda sağlık çalışanı ile yürütülen sağlık hizmetleri enfekte olan, çalışamayan sağlık emekçileri nedeniyle daha da zorlaşmıştır. Salgından kaynaklanan artan hizmet gereksinimini karşılamak daha yoğun, daha uzun süreli çalışma, birden fazla sağlık çalışanın işinin yüklenilmesi dayatmıştır. Pandemi koşullarında dahi atanmamış sağlık çalışanları ile haklarında kesinleşmiş yargı kararı bulunmaksızın KHK ile görevlerinden ayrılmak zorunda bırakılan sağlık çalışanlarını istihdam etmek için herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Sağlık Bakanlığı sağlık emekçisi yetersizliği konusunda üç maymunu oynamaya devam etmiştir.

Bölgede yerel yöneticilerin liyakatsizliği, siyasal iktidar güdümünde olmalarının yarattığı olumsuzluklar pandemi sürecinde daha da belirginleşmiştir. Hekim dışı sağlık çalışanları arasında torpilli/idareye yakın/malum iktidar yandaşı sendikaya yakın olanların daha kolay yerlerde görevlendirilmeleri, idari izinli sayılmaları hemen hemen tüm yerelerde ve hastanelerde bariz bir biçimde gözlemlenmektedir. Bu durum sağlık çalışanları arasında çalışma barışını bozmuş, bir yandan izin kullanamayan/tatil yapamayan sağlık çalışanları varken diğer taraftan tüm pandemi sürecinde hiçbir şekilde pandemi servislerinde çalışmayan hemşire/sağlık çalışanı gerçekliğini ortaya çıkarmıştır. Mevcut çalışma koşulları, durumun belirsizliği, sağlık emekçilerinin olağanüstü çabasına rağmen sağlık emekçileri salgın yönetimine dahil edilmemiştir. Pandemiye karşı bilimsel, bütünlüklü, şeffaf, halk sağlığını önemseneyen ve toplum katılımının sağlandığı bir mücadele stratejisinin olmaması sağlık çalışanlarında yorgunluğa, kırgınlığa ve tükenmeye yol açmıştır, açmaya devam etmektedir. Batman başta olmak üzere hekimlerdeki tükenmenin bir yansıması olarak istifalar, emekliliğe ayrılmalar, özel sektöre geçişler artmıştır.

Sağlıktaki kaotik ortam, salgının etkisi ile daha da güvencesiz bir sağlık ortamına dönüşmüştür. Bu güvencesiz ortam, Urfa başta olmak üzere sağlıkta şiddet vakalarının artışına neden olmuştur. Dahası siyasal iktidarın “biz her şeyi çok iyi yapıyoruz, varsa bir eksiklik o anda orada olan sağlık çalışanlarının eksikliğidir” söylemi ve anlayışı sağlıkta şiddetin önü daha da açılmıştır. Sürecin başında alkışlarla başlayan sağlık çalışanlarına yönelik olumlu gibi görünen tutum, kısa dönem içerisinde aslına rücu etmiştir.

Özellikle erken dönemde sağlık kuruluşlarında kişisel koruyucu malzeme (KKM) sıkıntısı yaşanmıştır. Halen birinci basamakta KKM dağıtılmamaktadır. Takip eden süreçlerde ise KKM’de ciddi nitelik sorunu ortaya çıkmış, halen yaşanmaya devam etmektedir.

Salgın kontrolünde önemli bir yere sahip olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapboz tahtasına dönüştürülerek işlevsizleştirilmesi, halk sağlığı

Pandemi koşullarında dahi atanmamış sağlık çalışanları ile haklarında kesinleşmiş yargı kararı bulunmaksızın KHK ile görevlerinden ayrılmak zorunda bırakılan sağlık çalışanlarını istihdam etmek için herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.



yöneticilerinin liyakata göre değil itaate göre görevlendirilmesi, KHK'lerle binlerce deneyimli sağlık emekçisinin ihraç edilmesi, atama bekleyen sağlık emekçilerinin güvenlik soruşturmasına takılması vb. Sorunlar hem sağlık emekçilerine hem de halka bulaşın artmasına ve hatta kontrolden çıkmasına neden olmuştur.

### Ertelenen Sağlık Sorunları

Bölgede uzayan ve ne zaman sonlanacağı bilinmeyen pandemi nedeniyle ertelenen sağlık sorunlarının nasıl bir sonuca yol açtığı bilinmemekte, ancak pandeminin ikincil etkileri sahadaki gözlemlere dayalı olarak görülmekte; kanser hastaları daha ileri evrelerde başvurmakta, farklı branşlarda kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklarının progrese olduğu gözlemlenmektedir.

Bölgede de sürekli sağlık gereksinimi olan başta kanser hastaları olmak üzere kronik hastalıkları olan ve mevcut salgın dışı acil durumlardaki yurttaşlarının gereksinimleri tamamen göz ardı edildiği gözlemlenmektedir.

### Bölgede Sosyo-Ekonomik Gerçeklik

**Kürt Sorunu:** İnkâr, imha ve asimilasyondan kaynaklanan Kürt sorunundaki çözümsüzlük pandeminin Bölge'de daha da ağır geçmesine neden olmuştur. Kürt sorununda yaşanan çözümsüzlükle birlikte var olan baskı ve şiddet politikaları so-



nucu kırsal kesimlerin boşaltılarak kentlerde nüfusun yoğunlaşması ile birlikte hane nüfusunda yoğunluk artmış ve bu durum da bulaş oranını arttırmıştır. Kötü yaşam koşullarının nüfus yoğunluğu ile birleşmesi sorunun kat be kat büyümesine neden olmuştur. Seçilen belediye başkanlarının yerlerine atanan kayyumların toplum yararına kullanılan kaynakları “yandaşlarına” peşkeş çekmesi de bu süreçte toplum sağlığını olumsuz etkilemiştir. Batman Belediyesi'nin kayyum öncesi ücretsiz su verilmesi çalışmalarını yerini salgından korunmak için en çok ihtiyaç duyulan şebeke suyunun kesilmesine bırakmıştır.

Salgın yönetiminde toplum katılımının önemi bilinmektedir. Salgınla mücadelede yerel yönetimlerin toplum katılımını esas alarak yürüttüğü çalışmalar iktidar tarafından zor kullanılarak engellenirken, kayyumlarla birlikte oluşturulmaya çalışılan “tekçilik”, yani yerel ve merkezi yönetimin tek elde toplanması kamu yönetimine olan güvensizliği pekiştirmiştir.

Pandemi süreci fırsata çevrilmiş Bölge'de saldırılar daha da yoğunlaşmıştır. Halkların Demokratik Partisine (HDP) yönelik saldırıları, halkın öz iradesi belediyelere kayyum atamaları, kadın örgütlerine yönelik saldırılar, tutuklamaların devam etmesi, tacizler, demokratik kitle örgütlerine saldırılar, baskılar keyfi ve hukuksuz uygulamalar (sürgünler, ihraçlar, izin verilemeyen eylemler vb.), uyuşturucu ve fuhuşun teşvik edilmesi var olan sağlık

Batman Belediyesi'nin kayyum öncesi ücretsiz su verilmesi çalışmalarını yerini salgından korunmak için en çok ihtiyaç duyulan şebeke suyunun kesilmesine bırakmıştır.

sorunlarını daha da derinleştirmiş, pandeminin yıkıcı sonuçlarının önüne geçilmesine engel olmuştur.

*Ayrımcı Politikalar:* Toplumsal eşitsizlik ve toplumsal güç ilişkileri açısından Bölge'ye yönelik ayrımcı politikalar gözlemlenmektedir. Salgın ile mücadelede bütünlüklü bir stratejinin olmaması/stratejisizlik ayrımcılıklarla birleşince ayrımcılığa uğrayan toplumsal kesimler için tam bir yıkıma dönüşmektedir. Bir dönem siyasi diplomasinin baskı aracı olarak kullanılan mülteciler ve yıllardır ötekileştirilen Bölge halkı salgınla birlikte tümünden yok görülmektedir.

Bölge'de salgın yönetimine yönelik toplumsal-kamusal önlemlerin alınması, vaka sayısının daha az olduğu erken dönemde devreye sokulurken, pandeminin Bölge'ye yerleştiği ve vaka sayısının ciddi artış gösterdiği yeniden açılma döneminde gündeme bile alınmamıştır.

Bölge illerinde önemli bir sorun da test yaptıırma konusunda yaşanıyor. Sürecin en başında Türkiye'de sadece üç merkezde test yapılması (İstanbul, Ankara ve Erzurum), test yapılma potansiyeli olan bir çok merkeze izin verilmemesi, bu merkezlerin uzun süre sonra devreye girmek zorunda bırakılması ayrımcı politikaların bir göstergesi olarak dikkate alınmalıdır. Bu durum Bölgede riskli kişilere tanı konulmamasına ya da tanının gecikmesine yol açmıştır. Dahası klinik durumun kötüleşmesine ve ağır hasta statüsünde hastanelere başvurmak zorunda bırakılmıştır. Salgının Bölge'ye yerleşmesine ve artan vaka artışına rağmen test yapılma sınırlanmasında hiçbir esneme yapılmamıştır. Dahası kit sayısının oldukça sınırlı olmasına rağmen günlük testlerin büyük kısmı salgın kontrolü ile ilgisiz, yandaş kişi-kurum ve şirketlere yapılmakta temaslılar ve şüpheli vakalara test yapılamamaktadır. Bu durum tanı koyulamayan bir çok COVID-19 hastasının yaşam alanlarının içinde hiçbir önlem almadan dolaşmasına ve hastalığın daha da yayılmasına neden olmuş/olmaktadır.

Bölgede başlatılan kardeş aile kampanyalarına yoğun saldırılar yapılmış, toplumun öz-örgütlerinin çalışmasına izin verilmemiştir. Siyasal iktidar böylelikle sosyoekonomik durumu düşük hanelere ulaşma noktasında kendisinden başka hiçbir kuruma izin vermeyerek asimilasyon politikalarına yenisini eklenmiştir.

Pandemi de ile mücadelede iktidarın siyasal tutarsızlığını da gözler önüne sermiştir. Bölgede HDP yürüyüşüne ve kadın eylemliliklerine izin verilmezken, 15 Temmuz kutlamalarına izin verilmesi, süreçte halk sağlığının değil siyasal tercihlerin önemsendiğini, pandeminin antidemokratik uygulamaların gerekçesi yapıldığını göstermektedir.

Bölgede halk bir yandan koronavirüs ile mücadele ederken bir yandan da devletin ayrımcı politikalarıyla mücadele etmek durumundadır. Belediyelere atanan kayyumlar, askeri operasyonlar, infaz yasasında siyasi tutsakların kapsam dışı bırakılması, yoğunlukla işçi olan bölge halkının evde kalamaması, mevsimlik işçilerin hareketliliğini kısıtlayacak destek ve tedbirlerin alınmaması, işsizliğin yol açtığı yoksulluk ve yıkımların getirdiği kötü yaşam koşulları salgın tehdidini arttırmış, daha yıkıcı sonuçların ortaya çıkartmıştır.

Belediyelere atanan kayyumlar, askeri operasyonlar, infaz yasasında siyasi tutsakların kapsam dışı bırakılması, yoğunlukla işçi olan bölge halkının evde kalamaması, mevsimlik işçilerin hareketliliğini kısıtlayacak destek ve tedbirlerin alınmaması, işsizliğin yol açtığı yoksulluk ve yıkımların getirdiği kötü yaşam koşulları salgın tehdidini arttırmış, daha yıkıcı sonuçların ortaya çıkartmıştır.

**Yoksulluk:** Yoksulluğun yoğun olduğu Bölge illerinde devletin desteği yok denecek derecede az, var olan ise siyasal iktidarın yok sayan ve tabi kılan politikalarının aracına dönüştürülmüştür. Salgın koşullarında çalışmak zorunda olan halkın bu dönemde tarım alanına yönelmesi sebebiyle COVID-19'a bağlı ölüm oranlarında ciddi bir artış olmuştur.

Bölgede köylerin yakılması ve boşaltılması kentleşmeyi büyütmüş, bölge halkı kentlerde işsiz ve yoksul yaşamaya mahkum edilmiştir. Bölgede halkın en yoğun ekonomik uğraşı olan tarım ve hayvancılık, yılları bulan yayla yasaklarıyla elinden alınmış halk adeta işsizlik ve yoksulluğa itilmiştir.

Salgın ile mücadelede en etkili yöntemler olarak hijyen, yeterli dengeli beslenme ve fiziksel izolasyon olduğu sıklıkla dile getirilmektedir. Gereke medikçe kalabalık ortamlarda bulunmaması önerilmektedir. Bölge halkı, bu önerileri yaşama geçirecek geçim, barınma, ulaşım, yeterli ve dengeli beslenme olanaklarına sahip değildir. Pandemi döneminde dahi Bölge halkına devlet tarafından yeterli sosyal destek sağlanmamıştır. Kendi geçimini sağlayabilmek için çalışmak zorunda kalan işçilere-emekçilere bulaşın daha fazla olduğu ulaşım, çalışma ve toplu yaşam alanlarında bulunma dayatılmıştır. Dolayısıyla bulaş artmış, hatta temaslı ve hasta olmasına karşın bu çalışma yaşam koşullarını sürdürmek zorunda kalınmıştır. Bu durum vaka sayısında patlamayla karşılık bulmuştur.

Tekrar hatırlatmakta yarar var: TTB olarak hep vurguladığımız gibi düzenli geliri olmayanların, günlük kazanabilenlerin, yoksulların günlük zorunlu gereksinimlerinin karşılanmasının mümkün olmadığı koşullar değiştirilmeden; toplum hareketliliğinin kısıtlanması başta olmak üzere tek başına salgına karşı alınması gereken bireysel önlemleri tartışmak yeterli değildir. Bölge gerçekliği bunu tüm çıplaklığı ile göstermiştir.

**Anadilde Sağlık:** Tek dilli sağlık hizmeti dilin biriktirdiği birikimi, kültürü, bilgiyi yok etmek anlamına gelmektedir. Anadilde sağlığın engellenmesi ulus-devletlerdeki etnik, dini, cinsiyet, kültürel farklılıkları yok saymaktadır. COVID-19 pandemi süresince yapılan uyarıların ve bilgilendirmelerin sadece Türkçe olarak yapılması, toplumun nerdeyse tamamının Kürtçe konuştuğu ve Arapça, Zazaca, Ermenice, Süryanice dillerde yapılmaması toplumda bir karşılık bulamamaktadır.

Bilindiği gibi sağlık hizmetinin Anadilde sunulması ile sağlığa erişim kolaylaşacak, hastaların daha nitelikli bir sağlık hizmetinden faydalanmasının önü açılacaktır. Anamnez'in doğrudan hastadan alınması ile hasta-hekim arasındaki güveninin sağlandığı bilinmektedir. Hasta ile hekim arasında tercüman kullanılmasının beraberinde ciddi eksiklikler ve yanlışlıkları getirdiği, tercüman aracılığı ile alınan Anamnezde hasta mahremiyetinin ortadan kalktığı bilinmektedir. Oysa bölgede kendi imkanlarıyla bazı kurumların Kürtçe olarak hazırladığı bilgilendirmelerin engellenmesi, Kürtçe yapılan duyuruların yaygınlaşmasının önlenmeye çalışılması ayrımcı politikaların bir devamı olarak salgının gidişini ağırlaştırmıştır.

**Belediye Hizmetleri:** Pandemide belediye hizmetlerinin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Bölgede halk iradesini hiçe sayarak yapılan kayyum uygu-

COVID-19 pandemi süresince yapılan uyarıların ve bilgilendirmelerin sadece Türkçe olarak yapılması, toplumun nerdeyse tamamının Kürtçe konuştuğu ve Arapça, Zazaca, Ermenice, Süryanice dillerde yapılmaması toplumda bir karşılık bulamamaktadır.

lamaları pandeminin yayılmasının da önünü açmıştır. Belediyelere atanan kayyumların ilk yaptığı faaliyetler kadın, eğitim ve sağlık başta olmak üzere belediyelerin öz-örgütlenmeye dayalı kurumlarının ve toplumsal sağlık hizmeti için yoğunlaşmış sağlık merkezilerinin kapatmak, uyuşturucu ile mücadele kapsamında gençlere yönelik çalışmaların baskılamak, anadilde sağlık hizmetlerinin engellenmek ve toplumsal sağlığın inşacısı sağlık emekçilerini ihraç etmek olmuştur. HDP'li belediyeye kayyum atanması, eşbaşkanların tutuklanması salgın ile mücadeledeki toplumsal dayanışmayı ortadan kaldırmıştır. Bu çerçevede birlikte halk sağlığı adına pek çok adımlar atan meslek ve emek örgütleriyle birlikte faaliyet yürüten meslektaşımız ve eski oda başkanımız Dr. Adnan Selçuk Mızraklı ve Dr. Mehmet Demir'in eksikliği pandemi döneminde net olarak hissedilmiştir.

*Toplum Katılımında Yaşanan Eksiklik:* İktidarların toplumu yok sayan anlayışı nedeniyle toplum katılımı ile ilgili mekanizmalar oluşturulmamıştır. Ülkemizde geçmişten bugüne süregelen antidemokratik yönetim anlayış, son yıllarda süreklileşen OHAL rejimi ile bölgede salgın sürecinin kontrolünü daha da güçleştirmiştir. Mücadelenin planlanması ve yürütülmesinde sağlanacak toplum katılımı, yapılacak uyarıların ve bilgilendirmenin hayata geçirilmesi açısından önemlidir. Ancak bu gerçeklere karşın meslek örgütlerinin ve uzmanlık derneklerinin sürece katkı koyabileceği mekanizmalar kurgulanmamıştır.

Salgın kontrolünde esas olan bulaşın kesilmesi, birinci basamak tarafından yapılacak fiyasyon çalışması ile temaslıların bulunması ve izolasyon önlemlerinin alınması, başta temaslılar olmak üzere riskli gruplara test yapılarak şüpheli vakaların erken saptanması, sağlık emekçileri ve toplum ile birlikte bölgeye özgün alınacak önlemlerin belirlenmesi ve bunların yaşama geçirilmesi için olanakların güçlendirilmesi, salgının boyutunun şeffaf olarak toplum ile paylaşılması, toplumun örgütlü tüm güçleri ile birlikte salgının kontrol altına alınması, yerel yönetimlerin çalışmalara aktif katkı vermesi vb. Bir çok salgın kontrolüne yönelik çalışma konusunda ne yazık ki yol alınamamıştır. Tüm Türkiye'de olduğu gibi Bölge illerinde de salgın yönetimi halk sağlığı yaklaşımlarından uzak, anti-demokratik şekilde yürütülmektedir.

Bu süreçte merkezi düzeyde TTB ve yerelde tabip odaları olarak salgın sürecinin şeffaf yürütülmesi ve epidemiyoloji biliminin gereğine göre hareket edilmesi için çeşitli önerilerde bulunulmuş ve salgının etkisinin azaltılması için dayanışma çağrıları yapılmıştır. Ancak ne yazık ki bu çağrılar karşılık bulmadığı gibi özellikle yerelerde tabip odaları yöneticilerinin toplumu bilgilendirmeye yönelik sosyal medya paylaşımları ve basın açıklamaları gerekçe gösterilerek açılan soruşturmalarda baskı altına alınmaya çalışılmıştır. Başta Şanlıurfa, Mardin ve Van-Hakkari Tabip Odalarımız olmak üzere bir çok tabip odası yöneticisi karakollarda ifade vermeye çağırılmış, haklarında soruşturmalar açılmıştır.

*Sağlıksızlığa Yol Açan Ekolojik Tahribat:* Hasankeyf'in sular altında kalması, kentsel dönüşümle rant alanlarının yaratılması ve Munzur'a HES'ler yapılması bölgedeki ekolojik tahribatın derinliğine işaret etmektedir. Ilısu ba-

Yerelerde tabip odaları yöneticilerinin toplumu bilgilendirmeye yönelik sosyal medya paylaşımları ve basın açıklamaları gerekçe gösterilerek açılan soruşturmalarda baskı altına alınmaya çalışılmıştır. Başta Şanlıurfa, mardin ve van-hakkari tabip odalarımız olmak üzere bir çok tabip odası yöneticisi karakollarda ifade vermeye çağırılmış, haklarında soruşturmalar açılmıştır.



raji ile seksene yakın köy sular altında kalmış ve bölge iklimi ciddi bir biçimde değişime uğramıştır. Bugün itibariyle bölgede yetişen birçok endemik bitki ve yabani hayvanlar risk altındadır. Güvenlikçi politikalar nedeniyle ormansızlaşma yaşanmaktadır. Yaşanan ekolojik yıkım, bölge halkı için ekonomik yıkım, mülksüzleştirmedir, bağımlı kılmanın aracıdır. Yaylalarda da hayvancılık faaliyetlerinin bitmesi, yaylaların yasaklanması, kayyumların tarım arazilerini imara açması tarım faaliyetlerini olumsuz etkilemekte yörenin yoksullaşmasına yol açmaktadır. Ekolojik tahribat eşliğinde yaşanan yoksullaşma ve çevrenin tahribi sağlıklı yaşamın gelişmesine izin vermemektedir.

**Zorunlu Göç:** Doksanlarda yakılan ve boşaltılan köyler nedeniyle zorla yerinden edilen bölge halkı bugün itibariyle şehirlerin varoşlarında ve yoksul mahallelerde yaşam savaşı vermeye devam etmektedir. 1989-1999 yılları arasında ortaya çıkan göç hareketi, 4 ile 4.5 milyon arasında anadili Kürtçe olan Türkiye Cumhuriyeti yurttaşını, yaşadığı yerleşim alanından kopartmış, üreticilik niteliklerinin kaybolmasına sebep olmuştur. Günümüzde ise savaşın ve çatışmanın yol açtığı yıkımlar ve sokağa çıkma yasaklarıyla insanlar yerlerinden edilmiştir.

Türkiye’de resmî tahminlere göre yaklaşık 300 bin kişi, genel kabul olarak 500 bin-1 milyon arasında kişi mevsimlik ve gezici tarım işçisi bulunmaktadır. Bunların içinde ucuz emek gücü olarak görülen çocuklar ve kadınlar yoğunluktadır. Urfa, Adıyaman, Diyarbakır, Batman, Mardin, Şırnak gibi iller başta olmak üzere bölgede sayıları milyonlarla ifade edilen gezici mevsimlik işçi ilkbahardan başlayıp sonbahara kadar Türkiye’nin farklı bölgelerine çalışmaya gidiyor. Barınma, ısınma, beslenme, suya erişim, hijyen, yaşam ve çalışma koşulları açısından ciddi yetersizlikler yaşıyorlar. Tarlalara yakın bölgelerde su, sağlık, beslenme gibi ihtiyaçlara uzak yaşayan mevsimlik tarım işçilerinde anne ölüm riskinin on, bebek ölüm riskinin beş kat fazla olduğu ifade ediliyor. Gastroenterit, ASYE, bit-uyuz vb. Kötü hijyen koşullarına enfeksiyon hastalıkları oldukça yaygın biçimde yaşanmaktadır. Yine yeterli ve dengeli gıdaya erişim olanağı olmaması beslenme bozukluklarının her türlüüne yol açıyor (Malnutrisyon, demir eksikliği anemisi, vitamin yetersizlikleri vb.).

Çalışma, barınma-yaşam koşullarının ağırlığından dolayı her yıl onlarca mevsimlik tarım işçisinin yaşamını kaybediyor. Trafik kazaları, zehirlenme, yılan-akrep sokması, güneş çarpması, iklimsel faktörler ve çok sık yer değiştirme ölüm nedenleri olarak öne çıkıyor. 2017 yılında 198 mevsimlik tarım işçisinden 101’inin ölüm nedeni trafik kazasıdır. Mevsimlik tarım işçilerine dayatılan güvencesiz ve güvenliksiz çalışma koşulları, traktörlerin, kamyonların kasalarında yahut minibüslere kapasitenin çok üstünde bindirilerek yaptıkları yolculuklarla başlıyor. Mevsimlik tarım işçilerinde sosyal dışlanma, istismar, ihmal, şiddet gibi sorunlarla da sıklıkla karşılaşmaktadır. Kürt işçiler mevsimlik işçi olarak çalıştıkları yörelerde en son Sakarya ili örneğinde görüldüğü üzere ırkçı söylemlerle ve anadilin kullanılmasıyla linç tehdidi ile yaşamaya mecbur bırakılmaktadır.

Türkiye’de resmî tahminlere göre yaklaşık 300 bin kişi, genel kabul olarak 500 bin-1 milyon arasında kişi mevsimlik ve gezici tarım işçisi bulunmaktadır. Bunların içinde ucuz emek gücü olarak görülen çocuklar ve kadınlar yoğunluktadır.



Tüm bu yapısal sorunlar, Türkiye genelinde zorunlu olarak göç etmek zorunda kalan bu insanların COVID-19 hastalığına daha çok yakalanmasına ve hastalığın yıkıcı sonuçlarıyla daha sık karşılaşmasına neden neden olmaktadır.

### **Sonuç**

Sağlıklı yaşam olanaklarına sahip olmak ya da olmamak, bölgede de pandeminin yaygınlığı ve akıbetinin belirleyici temel faktördür. Sağlıklı yaşamı sürdürmek için sadece sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı açıktır. İş, insanca yaşanacak gelir, sosyal güvence, beslenme, barınma, ısınma, ulaşım, eğitim, kırsal ve kentsel alt yapı, korunan çevre, sosyal yaşam ortamları, demokratik katılım ve şiddetten arınmış barış ortamı sağlıklı yaşam için vazgeçilmez koşullardır. Boşaltılan köyler, zorunlu göç, tarım ve hayvancılık yapma olanaklarının ortadan kalkması, kentlerde hızla yükselen nüfus, kötü yaşam koşulları, yüksek işsizlik zaten yoksul olan halkı daha da yoksullaştırmakta, mevcut zorlu koşullar ve yaşamı sürdürmenin zorluğu ise en sağlıklı koşullarda çalışmayı adeta kader haline getirmektedir. Bu nedenle bölgenin sosyo-ekonomik koşulları değişmeden pandemi(ler) ile mücadelenin başarıya ulaşmayacağı açıktır.

## ERTELENEN SAĞLIK SORUNLARI

### | Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Uzmanlık dernekleri pandemi döneminde COVID dışı tanılı hastaların izlemlerinde; hastanelerin büyük oranda pandemi hastanesine dönüşmesi, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının COVID-19 polikliniklerinde görevlendirilmesi ve hastaların enfekte olmaktan duydukları korku nedeni ile aksamalar yaşandığını belirtmişlerdir.

Uzmanlık derneklerinden alınan veriler ışığında ertelenen sağlık sorunları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Girişim gerektiren durumlarda hastaların korkusu nedeni ile pandeminin ilk ayında yoğun bir iptal ve erteleme yaşanmıştır. İlerleyen günlerde önlemler alınarak işlemlere başlanmıştır ancak hem devam eden kaygı hem de hastanelerin COVID-19 hasta yükü nedeni ile işlem sayısı düşük devam etmiştir. Girişimlerin ertelenmesi hem tanı hem de izlemede aksamalara neden olmuştur. Tanıda ve kontrollerde gecikmelerin ilerlemiş vakalara yol açmaktadır.
2. Radyolojik görüntüleme gereken hastalarda randevuların azaltılması, hastaların çekinmesi, BT sayılarının artması nedeni ile hastaların bu hizmete ulaşmalarında zorluklar yaşanmaktadır.
3. Düzenli takibi gereken hastalıklarda takibin sürdürülememesi hastaların ilaçlarını aksatma, ilaçlarını kesme, doğru olmayan yöntemlere başvurma gibi olumsuzluklara yol açmıştır. Bu durum hastalıkların aktivasyonu ya da ilerlemesine neden olabilmektedir.
4. Hemen her alanda onkoloji hastaları, immun baskılayıcı tedavi alan hastalar hastaneler başvurmamış, uzaktan ulaşım yollarını kullanarak sorunlarını çözmeye çalışmıştır. İlaça ulaşımında zorluk ya da immun supresif içerik taşıması gibi nedenlerle palyatif amaçlı tedavilerde düzenlemeler yapılmasına gerek olmuş ancak takibi zorlaşmıştır.
5. Kemik iliği nakli hastaları için de acil nakiller dışındaki kemik iliği nakilleri ertelenmektedir. Yurt içi veya yurt dışı akraba dışı vericilerin hazırlanması ve büyüme faktörlerinin uygulanması, kök hücre toplama işleminin gerçekleştirilmesi veya toplanan kök hücrenin transferinde çeşitli karşılaşılan zorluklar ve bağışçıların işlemlerden vazgeçmesi nedeni ile akraba dışı verici yerine haploidentik nakiller bu dönemde tercih edilmeye başlanmıştır.

6. Sağlık Bakanlığının elektif ameliyatları durdurması ile ortopedi ve travmatoloji gibi elektif vakaların yoğun olduğu alanlarda sorunların büyüyerek ötelenmesine yol açmıştır.
7. Yeni doğan servislerinde işleyiş pandemi nedeni ile büyük değişikliklere yol açmamıştır. Ancak ailelerin çekinceleri nedeni ile doğum sonrasına erken kontrollerde aksamalar hiperbilirubinemi ve emzirme sorunlarında artışa neden olabilmektedir. Hastanede gözetim altında tutulan orta ve ileri preterm bebeklerde ziyaret kısıtlamaları nedeni ile anne bebek bağlanmasında gecikmeler yaşanabilmektedir.
8. Sağlam çocuk izlemleri ailelerin hastaneye geliş korkusu nedeniyle ertelenmiş, aşı programları ise yakın aile sağlık merkezlerine yönlendirilmiş ancak takipleri yapılamamıştır.
9. Acil ve pandemi ile bağlantılı psikiyatrik sorunu dışında neredeyse psikiyatri hizmet arzı durmuştur. Sadece önceden takip edilen hastalara olabildiğince telefonla hizmet (ilaç yazma, kısa değerlendirmeler yapma) verilebilmiştir. Özel muayenehane hekimliği içinde telepsikiyatri ile bazı psikoterapi uygulamaları yapılmaktadır, ancak burada da pandemi öncesi verilen hizmetin çok sınırlı bir sayıya düşmüştür.

Uzmanlık dernekleri, söz konusu hizmetlerin kesintisiz sürdürülebilmesi ve hastaların hastanelere başvurabilmeleri için pandemi hastaneleri uygulamasının belli hastaneleri kapsayacak şekilde daraltılması ve önlemlerin geliştirilmesi sırasında COVID-19 dışı hastaların muayene ve tetkiklerinin enfeksiyon yayılımını önleyecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Öte yandan dernekler, elektif cerrahi yapılacak hastaların da anestezi öncesi yapılacak tetkiklerinin uluslararası rehberlere ve uzmanlık alanlarının hasta ve çalışan güvenliğine yönelik önerilerine uygun yapılmasının hasta ve hekim güvenliği ve sağlığı için önemi vurgulamışlardır.

# ÜLKEMİZDE COVID-19'A BAĞLI ÖLÜMLER VE BAŞARI DEĞERLENDİRMESİ

## Dr. Erhan Eser

Tıp Doktoru, Profesör, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

### Özet

Türkiye'deki COVID-19'a bağlı mortalite hızlarını diğer ülkelerle karşılaştırırken bu ülkelerin yaş dağılımının dikkate alınması gerekir. Çünkü yaş dağılımı (ya da ne kadar genç ya da yaşlı oluşu) gerçek hastalanma ve ölüm rakamlarını saptırır. Bu çalışmada Türkiye'deki COVID-19 ölümleri diğer ülke ölüm verileriyle Standardize Ölüm Oranları (SÖO) kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Türkiye'de gözlenen COVID-19 nedenli ölümlerin Çin (Wuhan), Belçika, İskoçya, Birleşik Krallık, ABD, İtalya, İsveç, Hollanda, Kanada ve İsrail'den daha düşük; buna karşılık Almanya, Güney Kore, Avustralya, Polonya, Portekiz ve Japonya'dan daha yüksek olduğunu görüyoruz. Türkiye'deki standardize COVID-19 ölüm oranları ise ve İsviçre ve Hindistan ile çok benzer düzeydedir.

Türkiye, COVID-19 ölümleri açısından, nüfusunun çok genç oluşu ve yaşlı nüfusu içinde COVID-19 ölüm olasılığı daha düşük olan kadın cinsiyetin gelişmiş ülkelerden daha yüksek oranda olması nedeniyle çifte avantaja sahiptir. COVID-19 nedenli ölümlerin bazı ülkelerde Türkiye'de gözlenenden daha düşük olduğu, bazı ülkelerde ise daha yüksek olduğu izlenmektedir. Bu sonuçlar bize "Türkiye, COVID ölümleri açısından diğer bütün ülkelere göre daha iyidir ya da daha kötüdür" demek için rakamların daha dikkatle yorumlanması gerektiğini göstermektedir. Kesin sonuçların bütün ülkelerde salgın sonuçlandığında ortaya çıkması beklenir.

### ***Neden Böyle Bir Karşılaştırmaya Gerek Duyduk?***

Bu çalışmayı planlamamızın temel nedeni, başta kanser sıklıkları gibi Türkiye'nin hastalık ve ölümlülük sıklıklarını karşılaştırırken gördüğümüz yaşın yanıltıcı etkisidir. Yaşın hastalanma ya da ölüm üzerinde etkili olduğu bilinen sağlık sorunlarında bölgeler ve ülkelerin hız ve oranlarının yaşı standardize ederek karşılaştırılması epidemiyolojik bir gerekliliktir. Nitekim Türkiye'nin toplam nüfusu içindeki 65 yaş ve üstü nüfus oranının yüzde 9'lar

civarındayken bu oran hemen diğer bütün Avrupa ülkelerinde yüzde 19-23 ‘dur. Bu da bize, COVID-19 ölüm riskini en çok artıran ileri yaş açısından Türkiye’nin diğer gelişmiş ülkelere göre daha farklı sonuçların (daha az ölümün) beklendiği bir ülke olabileceğini düşündürür. Bu araştırmanın amacı Türkiye’nin ve diğer bazı batılı ülkelerin COVID-19 nedeniyle bildirilen ölümlerini, yaşın yanıtıcı etkisini ortadan kaldırarak ortaya koymaktır.

Toplumdaki sağlık sorunları ve hastalıkların sağlık sistemi tarafından nasıl yönetildiği hakkında, hastalanma ve ölümlülük göstergelerine bakarak bir fikir edinebiliriz. Ölüm göstergeleri temel olarak iki temel gruba ayrılır. Ölümlülük (Mortalite) ve Öldürücülük (Fatalite). Bu iki ölüm göstergesini de bir orantı gibi düşünürsek her zaman “pay” kısmında ölüm sayısı olur. Değişen şey paydaya ne koyduğumuzdur. Ölümlülükte (mortalite) paydaya “nüfus” konur, Öldürücülükte (Fatalite) ise paydaya “hastalığa yakalananlar” konur. Son günlerde çeşitli ortamlarda gördüğümüz “Vaka Ölüm Oranı” olarak söylenen gösterge aslında “Olgu Fatalite Hızı”dır. Toplumdaki ölüm yükü mortalite ile ölçülürken klinikteki başarı fatalite ile ölçülür. Ancak farklı toplumların verilerini karşılaştırırken her ikisi için de epidemiyologların özellikle çok dikkat ettikleri ve özenle izledikleri konu “toplumların yaş dağılımıdır”. Toplumun yaş dağılımı (ya da ne kadar genç ya da yaşlı oluşu) gerçek hastalanma ve ölüm rakamlarını saptırır, bizi rakamları yorumlarken yanıltır, sonuçlarda karışıklıklara yol açar. Nitekim COVID-19 salgınında da toplumların yaş dağılımının ülkeleri karşılaştırırken dikkate alınması gerektiği özellikle bildirilmektedir. Bu karışıklığı ve olası hatayı önlemek için yapacağımız iki şey vardır. Ya rakamları verirken “yaşa özel olarak” verirsiniz (örneğin mortalite ya da fatalite hızlarını tüm toplum için vermek yerine yaş gruplarına özel olarak verirsiniz ve bu yaşa özel hızları karşılaştırırsınız), ya da karşılaştırılan toplumların “yaş dağılımı benzer olsaydı ölüm oranları nasıl olurdu?” Sorusuna yanıt vermek üzere rakamları ona göre düzeltilmiş olarak verirsiniz. Bunu daha kolay anlamak için ortaokul yıllarımızı anımsarsak orada “paydaları eşitleme” diye kullanılan matematik kavramı aklımıza getirmeliyiz. İşte ölüm gibi yaştan etkilenen bir olayı inceliyorsak, yaş açısından karşılaştırılacak iki toplumun paydalarını eşitlemeliyiz. Bu yazıda Türkiye COVID-19 ölümlerinin boyutu, diğer ülke ölümleri ile bu yaklaşım ile karşılaştırılarak gösterilmektedir.

## Yöntem

Bu çalışmada, çeşitli ülkelerin nüfuslarının ve ölümlerinin yaşa göre dağılımları ve Türkiye nüfusunun yaşa göre dağılımı ilgili resmi web sitelerinden olabildiğince elde edilmiştir. Bazı ülkelerin (özellikle İran ve Brezilya gibi) ölümlerinin yaş dağılımına -Türkiye’de olduğu gibi- ulaşılmadığından tablolarda bu ülke karşılaştırmasına yer verilememiştir. Yaş ve ölümlerin yaşa göre dağılımının elde edildiği her ülke, referans toplum kabul edilmiş ve her birinin yaş dağılımı referans alınarak Türkiye için o tarihteki yığılımlı beklenen ve gözlenen COVI-19 nedeniyle ölüm sayıları hesaplanmıştır. Buna göre yaşa göre “Standardize Ölüm Oranları” (SÖO) hesaplanmıştır. SÖO’nın hesaplanması, epidemiyolojinin konusu olan “indirekt (dolaylı) standardizasyon” yöntemine dayanmaktadır. Basitçe SÖO, hedef ülkedeki (ki burada hedef ülke Türkiye’dir) gözlenen ölüm sayılarının beklenen ölüm sayıla-

Toplumdaki ölüm yükü mortalite ile ölçülürken klinikteki başarı fatalite ile ölçülür. Ancak farklı toplumların verilerini karşılaştırırken her ikisi için de epidemiyologların özellikle çok dikkat ettikleri ve özenle izledikleri konu “toplumların yaş dağılımıdır”.



rına bölerek elde edilecek olan katsayıyı ifade etmektedir. Bu çalışmada çeşitli ülkelerdeki COVID-19 Ölümleri ile Türkiye COVID-19 ölümleri karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmada, öncelikle Türkiye'deki “beklenen ölüm sayısı” hesaplandı. Hesaplamaların nasıl yapıldığını göstermek amacıyla Almanya ile yapılan karşılaştırmanın ayrıntılı verileri tablo 1’de sunuldu.

Almanya nüfusunun yaş dağılımı hesaba katılarak Türkiye’de beklenen ölüm sayısı hesabı şöyle yapılmıştır: Her bir yaş grubu için ayrı ayı olmak üzere, Almanya’da gözlenen ölüm sayısı, aynı yaş grubundaki Almanya’daki nüfusa bölündü ve çıkan rakam 100.000 ile çarpıldı ve Almanya için o yaş grubuna özel yığılımlı Ölümlülük (mortalite) hızı hesaplandı. Bu hız daha sonra Türkiye’nin aynı yaş grubu nüfusuyla çarpılarak Türkiye’de o yaş grubu için beklenen ölüm sayısı hesaplandı. Daha sonra her bir yaş grubu için ayrı ayrı hesaplanan Türkiye’de beklenen ölüm sayıları toplanarak Türkiye için 17 Ağustos 2020 tarihine kadar olması beklenen toplam yığılımlı ölüm sayısı (2778) hesaplandı. Buradaki varsayım, yukarıda da belirttiğimiz gibi “eğer Türkiye’deki yaş dağılımı Almanya’daki gibi olsaydı Türkiye’de kaç ölüm olması beklenirdi” sorusunun yanıtıdır. Daha sonra da Türkiye için gözlenen (Sağlık Bakanlığı tarafından saptanan) ölüm sayısı (5996), burada hesaplanan beklenen ölüm sayısına (2778) bölünerek SÖO (2.16) hesaplandı. Diğer ülkeler için aynı yöntem kullanılarak SÖO’ları hesaplandı.

Örneğin 0-9 yaş grubu için Almanya’da gözlenen yaşa özel COVID-19 yığılımlı mortalite (ölümlülük) yaklaşık olarak 100 binde 0,012 düzeyindedir. Bu sayıyı Türkiye’de 0-9 yaş grubundaki nüfusla (13 501 499) çarpınca o yaş grubu için Türkiye’de 1,62 olgu beklendiği sonucuna ulaşılır. Örneğin benzer hesaplamayı 70-79 yaş için yaptığımızda Almanya’da saptanan (gözlenen) COVID-19 tanılı 1869 ölüm aynı yaş grubundaki nüfusa (7 589 596) bölünüp çıkan sayı 100 bin ile çarpıldığında elde edilen 70-79 yaşa özel yığılımlı mortalite hızı (24.625), Türkiye’nin aynı yaş grubundaki nüfusuyla ( 3 216 491) çarpıldığında Türkiye’de 70-79 yaş grubunda beklenen COVID-19 nedeni ölüm sayısı 792 olarak hesaplandı.

### **Bulgular (Özet)**

Tablo 1’de Almanya örneğinde, Yaşa göre “Standardize Ölüm Oranları”nın nasıl hesaplandığı gösterilmiştir. Almanya’da 17 Ağustos tarihinde gözlenen ölüm sayısı (9228) Türkiye’nin ölüm sayısı olan 5996’dan yaklaşık iki katı kadar daha yüksektir, ancak SÖO 2.16 olarak hesaplanmıştır. Yani Almanya yaş dağılımı referans yaş grubu olarak kabul edildiğinde Türkiye’de gözlenen ölümler, beklenenden %116 oranında, yani yaklaşık 2 kattan daha yüksektir. Diğer ülkelerle ilgili hesaplamaların ayrıntısına burada değinmiyoruz ancak Almanya örneğindeki yöntem diğer ülke karşılaştırmaları için de kullanıldığını belirtelim.

Almanya yaş dağılımı referans yaş grubu olarak kabul edildiğinde Türkiye’de gözlenen ölümler, beklenenden %116 oranında, yani yaklaşık 2 kattan daha yüksektir.

**Tablo 1- 17 Ağustos 2020 gününe dek COVID-19 nedeniyle bildirilen tüm (yığılımlı) ölüm verilerine göre, Almanya ile karşılaştırıldığında Türkiye’de bildirilen ölümler “Yaşa Göre düzeltilmiş” beklenen ve gözlenen ölüm sayılarının oranı.**

Yaş Grubu	Türkiye			Almanya	
	Beklenen Ölüm sayısı	Nüfus	Gözlenen Ölüm Sayısı	Nüfus (yuvarlanmış)	Mortalite (100 binde)
0-9 yaş	1.62	13501499	1	7726915	0.012
10-19 yaş	3.39	13585939	2	7948424	0.025
20-29 yaş	12.56	13087611	9	9421661	0.096
30-39 yaş	23.58	12748548	20	10770439	0.185
40-49 yaş	67.89	11221844	63	10400203	0.605
50-59 yaş	180.65	8664742	283	13574883	2.085
60-69 yaş	447.04	5968559	775	10347526	7.490
70-79 yaş	792.21	3216491	1869	7589596	24.625
80-89 yaş	1023.09	1294087	3762	4758437	79.059
90-99 yaş	222.31	139129	1536	961269	159.79
> 100	3.27	1158	50	17692	282.61
TOPLAM	2777.61	83429607	ALM = 9228 TR = 5996	83517045	

**Tablo Dipnotu:** Türkiye’de 17 Ağustos 2020 tarihinde gözlenen COVID-19 nedeniyle bildirilmiş Yığılımlı (Gözlenen) Ölüm sayısı= 5996; Almanya’daki yaş dağılımı Türkiye’de olsaydı (yaşa göre düzeltme) Türkiye’de beklenen COVID-19 nedenli ölüm sayısı 2778 olacaktı. Standardize Ölüm Oranı=  $5996/2778 = 2.16$ .

Çeşitli ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye’de COVID-19 nedeniyle bildirilen Yaşa Göre düzeltilmiş beklenen ve gözlenen ölüm sayılarının oranı (Yaşa göre Standardize Ölüm Oranları) Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2’de çeşitli ülkelerde gözlenen COVID-19 nedenli ölümler referans olarak alındığında hesaplanan SÖO’ları açısından Türkiye’de gözlenen COVID-19 nedenli ölümlerin;

- Çin (Wuhan), Belçika, İskoçya, Birleşik Krallık, ABD, İtalya, İsveç, Hollanda, Kanada ve İsrail’den daha düşük
- Almanya, Güney Kore, Avustralya, Portekiz, Polonya, Japonya’dan daha yüksek
- İsviçre ve Hindistan ile çok benzer olduğu görülmektedir.

**Tablo 2- Türkiye’de yaşa göre düzeltilmiş COVID-19 nedeniyle bildirilen ölüm oranlarının diğer bazı ülkelere bildirilen ölüm oranları ile karşılaştırılması (Standardize Ölüm Oranları)**

Referans Ülke	Yığılmış COVID-19 Ölüm Tarihleri	Hedef Ülke ve Türkiye’de O Tarihte Bildirilen COVID-19 Ölüm Sayıları	Türkiye’de COVID-19 Nedenle Standardize Ölüm Oranı ve Fazladan Ölüm Yüzdesi*
Belçika	8 Eylül 2020	29328/6782	-4.32 (%320)
Hollanda	11 Ağustos 2020	13125 / 5873	-2.23 (%123)
Güney Afrika	21 Haziran 2020	4950 / 3973	-1.24 (%24)
İskoçya	11 Ağustos 2020	32610 / 5873	-5.55 (%455)
İsveç	14 Ağustos 2020	18029 / 5934	-3.04 (%204)
İtalya	25 Ağustos 2020	26163/6163	-4.25 (%325)
	11 Ağustos 2020	18678 / 5873	-3.02 (%202)
	22 Nisan 2020		-4.39 (%339)
	13 Nisan 2020		-8.09 (%709)
Kanada	16 Ağustos 2020	8050 / 5974	-1.34 (%34)
Birleşik Krallık	28 Ağustos 2020	31 775 / 6245	-5.09 (%409)
	14 Nisan 2020	30 022 / 5813	-5.10 (%410)
ABD	19 Ağustos 2020	25806 / 6284	-4.10 (%310)
	8 Ağustos 2020	21474 / 5829	-3.68 (%268)
İspanya	29 Mayıs 2020	14528 / 4489	-3.23 (%323)
İsrail	7 Eylül	8208 / 6730	-1.22 (%22)
Çin /Wuhan)	15 Nisan 2020		-5.69 (%469)
Güney Kore	24 Ağustos 2020	6139 / 375	+16.4 (%1540)
	27 Temmuz 2020	5630 / 298	+20.8 (%1980)
	15 Nisan 2020		+6.29 (%529)
Polonya	8 Eylül 2020	6782 / 2407	+2.82 (%182)
	14 Ağustos 2020	5934 / 2045	+2.90 (%190)
Portekiz	5 Eylül 2020	6620 / 4794	+1.38 (%38)
Japonya	7 Mayıs 2020	3641 / 76	+47.9 (%4690)
Almanya	7 Eylül 2020	6730 / 3185	+2.11 (%111)
	17 Ağustos 2020	5996 / 2778	+2.16 (%116)
	07 Mayıs 2020		+1.26 (%26)
	21 Nisan 2020		+1.37 (%37)
	13 Nisan 2020		+1.26 (%26)
Avustralya	7 Eylül	6730 / 612	+10.99 (%999)
İsviçre	14 Ağustos 2020	5934 / 5650	+1.05 (%5)
Hindistan	9 Temmuz 2020	5300 / 5283	+1.003 (%0.3)

\* Rakamın yanındaki (+) işareti Türkiye’deki fazladan ölümleri, (-) işareti ise karşı ülkedeki fazladan ölümü belirtmektedir.

## Tartışma

Bu yazıda, bazı ülkeler referans kabul edilerek Türkiye'nin COVID-19 ölümleri, bu ülkelerle yaşın karıştırıcı etkisi ortadan kaldırılarak karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmiştir.

Almanya örneğinde görüldüğü gibi toplumların yaşlı nüfus oranları bizi yanıltabilmektedir. Almanya'da 17 Ağustos 2020 tarihinde gözlenen (bildirilen) ölüm sayısı (9228) Türkiye'nin Covid nedenli ölüm sayısı olarak bildirilen 5996'dan yaklaşık 1.5 kat daha yüksek olsa da -her iki ülkenin nüfus büyüklüklerinin neredeyse eşit olduğu da düşünüldüğünde- yaşa göre düzeltmeyi yaptığımızda-, yani yaş açısından her iki ülkenin paydalarını eşitlediğimizde, aslında Türkiye'de COVID-19 nedeniyle saptanan ölüm sayısının Almanya'da bildirilen ölüm sayısından yüzde 116 oranında (iki kattan) daha fazla olduğunu görüyoruz. Bu da bize ülkelerin nüfus yaş grubu dağılımlarının, bizi ölüm ve hastalanma sıklıklarını yorumlarken önemli ölçüde yanıltabileceğinin bir göstergesidir. Türkiye'deki COVID-19 ölümlerinin benzer şekilde Güney Kore'den de 20.8 kat daha fazla olduğunu tablo 2'den izliyoruz.

Ancak aynı tabloda, Türkiye'de gözlenen COVID-19 ölümlerinin örneğin İtalya'dan 3.02 kat, Hollanda'dan ise 2.23 kat daha az olduğunu da görüyoruz.

Görüleceği gibi ölümlerin bazı ülkelerde Türkiye'de gözlenenden daha düşük olduğu, bazı ülkelerde ise daha yüksek olduğu izlenmektedir.

Tablo 2'deki sonuçları yorumlarken dört önemli noktayı mutlaka göz önünde tutmak gerekir:

1. Bunlardan birincisi ve en önemlisi, bu ülkelerdeki “vaka tanımının” nasıl yapıldığıdır. Türkiye DSÖ'nün Mart ayında önerdiği uluslararası hastalık sınıflamasını (ICD) hâlâ kullanmamakta ısrar etmektedir. DSÖ'nün revize ettiği ICD kodlamasında iki tanım vardır: “Kesin (PCR pozitif) olgu ya da Kuvvetli şüpheli (BT pozitif) olgu. Bütün ülkelerdeki yaklaşımı henüz bilemesek de örneğin Birleşik Krallık (UK), vaka tanımında DSÖ kriterlerini uyguladığını söylemektedir. Yani Birleşik Krallık ölümleri hem test (PCR) pozitif kesin olguları hem de şüpheli olguları içermektedir. Yani Tablo 2'de gördüğümüz Türkiye Birleşik Krallık (UK) karşılaştırmasında bunu da dikkate almalıyız. Çünkü Türkiye sadece PCR pozitif olgularını bildirmekte, şüpheli olgular istatistiklere yansımamaktadır. Benzer bir yaklaşımı, salgının ilerleyen günlerinde Çin de uygulamıştır. Nitekim Çin daha sonra şüpheli ölümlerini de olgu sayılarına eklemiştir. Yani olgu tanımındaki temel sorun, aşağıda belirtilen Olgu Fatalite (Öldürücülük) Hızları'nın hesaplanmasında ortaya çıkan paydadaki hasta sayısı karmaşasıdır. Paydaya sadece PCR pozitifleri mi koyacağız, belirti vermemiş olsa da tüm hastaları mı?
2. Bizi yanıltabilecek ikinci nokta ise burada yaptığımız ülkeler arası ölüm sayısı karşılaştırmalarını o güne kadar olan ölümler için yapmış olmamızdır. Salgının çeşitli ülkelerdeki başlayış ve ilk ölüm tarihi

Almanya'da 17 Ağustos 2020 tarihinde gözlenen (bildirilen) ölüm sayısı (9228) Türkiye'nin Covid nedenli ölüm sayısı olarak bildirilen 5996'dan yaklaşık 1.5 kat daha yüksek olsa da -her iki ülkenin nüfus büyüklüklerinin neredeyse eşit olduğu da düşünüldüğünde- yaşa göre düzeltmeyi yaptığımızda-, yani yaş açısından her iki ülkenin paydalarını eşitlediğimizde, aslında Türkiye'de COVID-19 nedeniyle saptanan ölüm sayısının Almanya'da bildirilen ölüm sayısından yüzde 116 oranında (iki kattan) daha fazla olduğunu görüyoruz.

önemlidir. Yani ülke karşılaştırmaları ilk ölüm tarihinden sonraki aynı günlerde yapılmalıdır (örneğin ilk ölümden sonraki 30'uncu günde vb.). Bu nedenle ilk ölüm tarihi diğer bütün ülkelerden çok daha geç olan (16 Mart 2020) ve daha tepe (pik) noktasına ulaşmamış olan Türkiye'deki ölümlerin henüz daha beklenenden düşük olacağını tahmin etmek zor değildir. Dolayısıyla bu karşılaştırmaların, veriler elde edilebilseydi, karşılaştırılan iki ülkede de ilk ölümden sonraki aynı günler için yapılması daha uygun olurdu. Verilerimizde bununla ilgili kanıtlar da sunuyoruz. Tablo 2'ye bakıldığında Almanya, İtalya ve Güney Kore ile ölüm sayılarının farklı tarihlerde yapılan karşılaştırmalarında Standart Ölüm Oranlarında değişimler izliyoruz. Türkiye'deki COVID-19 ölümlerinin zaman geçtikçe Almanya'dan daha fazlalaştığı, Almanya, ve İtalya ölümleri ile Türkiye ölümleri arasındaki farkın da azaldığını görüyoruz. Bu da Türkiye'nin salgının daha tırmanma aşamasında olduğunu, salgın başlangıç günü açısından diğer ülkelerden daha geride olduğunu göstermektedir. Bunu gösteren iki kanıtımızdan birisi, Türkiye ile Almanya'daki COVID-19 ölümlerinin Türkiye'deki olgularının düşüşte olduğu 7 Mayıs tarihinde karşılaştırdığımızda SÖO'larının düşmeye başlaması ve diğeri salgının şiddeti Türkiye'den çok daha önce yavaşlamış olan Hollanda ile yapılan SÖO'larının gideren düşmekte olduğudur.

3. Toplumlari karşılaştırırken yaş dışında COVID-19'a özel bir diğer karıştırıcı değişken ise cinsiyettir. Bilindiği gibi COVID-19 erkeklerde kadınlara göre çok daha büyük sıklıkla gözlenmekte ve ölümler de erkeklerde çok daha fazla orandadır. Bu açıdan da Türkiye'nin gelişmiş batılı ülkelere göre bir avantajı vardır. Ne yazık ki bu avantaj, Türkiye'nin dezavantajlı olduğu diğer bir sağlık sorununun (Türkiye'de erişkin erkeklerin olasılıkla kardiyovasküler hastalıklar ve diğer çevresel nedenlerle erken ölümlerinin) bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Ölümlerin daha yüksek olduğu ileri yaş gruplarında kadın erkek oranı Türkiye'de diğer batılı ülkelerdeki orandan çok daha yüksektir. Bu da 65 yaş üstündeki yaş gruplarında COVID-19 ölümlerini daha da düşürmüş olabilirdi. Ancak Haziran ayı sonrasındaki önlemlerin gevşetilmesiyle Türkiye bu avantajını da kaybetmeye başlamıştır.
4. Sonuçları daha dikkatle değerlendirmemizi gerektiren son unsur da ülkelerdeki ölümlülük düzeyinin her zaman o ülke için iyi veya kötü olarak yorumlanmasındaki güçlülüdür. Örneğin göreceli kapalı bir toplumda ölümlülüğün, ticari ve turizm hareketliliği yüksek olan toplumlardan daha yüksek vaka sayısı ve dolayısıyla ölüm olasılığına yol açması beklenir. İşte bu son kısıtlılığın önlenmesi ise yukarıda sözünü ettiğimiz, ülkelerin yaş grupları içinde "fatalite hızları"nın (Vaka Ölüm oranlarının) ortaya konması ile mümkün olacaktır. Ancak Olgu Fatalite Hızları'nın da süregiden salgınlarda dikkatle hesaplanması gerektiğini de anımsatmak gerekir. Örneğin varsayalım ki; 22 Nisan tarihi için fatalite hızını, 22 nisan tarihine kadar olan yığılımlı/birikimli ölüm sayısını, yine o tarihe kadar olan vaka sayısına



bölerek hesaplamak hatalı olur. Bunun için o ülkedeki ilk tanıdan ölüme kadar geçen ortalama sürenin (T süresinin) hesaplanarak “T süresi” kadar önceki günde saptanan yığılımlı vaka sayısı paydaya yerleştirilmelidir. Örneğin bu süre on gün ise o zaman paydaya konulacak hasta sayısı 12 Nisan günündeki yığılımlı olgu sayısı olmalıdır. Dolayısıyla görsel basında Sağlık Bakanlığı’nın aynı tarihte tesbit edilen yığılımlı ölüm sayısını aynı tarihteki yığılımlı ölüm sayısına bölerek verdiği Vaka Ölüm Oranı (ki 22 Nisan 2020 günü bu hız 2.4 olarak verilmişti) hatalı bir yaklaşımdır.

Bu çalışmanın, özellikle Türkiye’deki veri kaynaklarına ulaşamamaya dayanan bazı kısıtlılıkları vardır. Bilindiği gibi Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, COVID-19’a bağlı ölümleri sadece günlük sayılarla toplumla paylaşmakta, ölümlerin yaş, cinsiyet, coğrafi dağılım gibi sosyo-demografik değişkenlere dağılımı araştırmacılar tarafından bilinmemektedir. Eğer yaş dağılımı verilebilseydi doğrudan yaş düzeltilmesi yapılabilir, cinsiyet verilebilseydi burada görülen çözümlerler cinsiyete göre tabakalı olarak da sunulabilirdi.

### Sonuç

Bu araştırmanın bulguları, -epidemiyojide çok iyi bilinen- hastalanma ve ölümlülük gibi yaştan etkilenen sorunlarla ilgili bölgesel ya da ulusal karşılaştırmalarda salt hastalık ya da ölüm sayılarına dayanılmasının bizi ciddi yanılgılara götürebileceği gerçeğini bir kez daha ortaya koymuştur. Dolayısıyla bu sonuçlar bize “Türkiye COVID-19 ölümleri açısından diğer bütün ülkelerden daha başarılıdır ya da başarısızdır” demek için rakamların daha dikkatle yorumlanması gerektiğini göstermektedir.

Türkiye, COVID-19 ölümleri açısından, nüfusunun çok genç oluşu ve yaşlı nüfusu içinde COVID-19 ölüm olasılığı daha düşük olan kadın cinsiyetin gelişmiş ülkelerden daha yüksek oranda olması nedeniyle çifte avantaja sahipti. Ancak bu avantajını ne kadar iyi kullanabildiğinden emin değiliz.

Türkiye’deki COVID-19 ölüm oranları, bazı ülkelerden daha iyi, bazılarının ise daha kötüdür ve gidişat ne yazık ki iyi doğru değil kötüye doğrudur. Kesin sonuçların bütün ülkelerde salgın sonuçlandığında ortaya çıkması beklenir.

### Kaynaklar

- Neil Monnery. Adjusting COVID-19 expectations to the age profile of deaths. <https://blogs.lse.ac.uk/businessreview/2020/04/09/adjusting-covid-19-expectations-to-the-age-profile-of-deaths/> Erişim tarihi: 23 Nisan 2020.
- WHO. Emergency use ICD codes for COVID-19 disease outbreak. Erişim tarihi: 23 Nisan 2020. <https://www.who.int/classifications/icd/covid19/en/>
- The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. China CDC Weekly > 2020, 2(8): 113-122. <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>
- Giacomo Grasselli, Alberto Zangrillo, Alberto Zanella, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-cov-2 Admitted to icus of the Lombardy Region, Italy. JAMA. Published online April 6, 2020. Doi:10.1001/jama.2020.5394.

Türkiye, COVID-19 ölümleri açısından, nüfusunun çok genç oluşu ve yaşlı nüfusu içinde COVID-19 ölüm olasılığı daha düşük olan kadın cinsiyetin gelişmiş ülkelerden daha yüksek oranda olması nedeniyle çifte avantaja sahipti.

- Battegay Manuel, Kuehl Richard, Tschudin-Sutter Sarah, Hirsch Hans H, Widmer Andreas F., Neher Richard A. 2019-Novel Coronavirus (2019-ncov): estimating the case fatality rate – a word of caution. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20203. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20203>
- Evgeniya Koptug. Number of coronavirus (COVID-19) deaths in Germany in 2020, by gender and age. Statista 2020. Erişim tarihi: 23 Nisan 2020. <https://www.statista.com/statistics/1105512/coronavirus-covid-19-deaths-by-gender-germany/>
- Hill Kulu, Peter Dorey. The Contribution of Age Structure to the Number of Deaths from COVID-19 in the UK by Geographical Units. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.16.20067991v1> doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067991> Erişim tarihi: 23 Nisan 2020.
- Statista Research Department. Distribution of deaths due to the coronavirus (COVID-19) in the Netherlands as of April 21 2020, by age group. <https://www.statista.com/statistics/1109459/coronavirus-death-casualties-by-age-in-netherlands/>
- Statista Research Department. Age comparison of COVID-19 fatality rate South Korea 2020 <https://www.statista.com/statistics/1105088/south-korea-coronavirus-mortality-rate-by-age/>
- Almanya Nüfus Piramidi 2019. <https://www.populationpyramid.net/germany/2019/>
- Hollanda Nüfus Piramidi 2019. <https://www.populationpyramid.net/netherlands/2019/>
- Türkiye Nüfus Piramidi 2019. <https://www.populationpyramid.net/turkey/2019/>
- Evgeniya Koptug. Number of coronavirus (COVID-19) deaths in Germany in 7th May 2020, by gender and age. Statista 2020. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2020. <https://www.statista.com/statistics/1105512/coronavirus-covid-19-deaths-by-gender-germany/>
- Distribution of deaths due to the coronavirus (COVID-19) in the Netherlands as of May 6 2020, by age group (Hollanda. COVID-19 Ölümlerinin Yaş gruplarına dağılımı. 6 mayıs 2020). <https://www.statista.com/statistics/1109459/coronavirus-death-casualties-by-age-in-netherlands/> Erişim tarihi 10 Mayıs 2020.
- Statista Research Department. Coronavirus death rate in Italy as of April 22, 2020, by age group <https://www.statista.com/statistics/1106372/coronavirus-death-rate-by-age-group-italy/>
- <https://dc-covid.site.ined.fr/en/data/belgium/>
- [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_in\\_Portugal/Statistics#Total\\_confirmed\\_deaths](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Portugal/Statistics#Total_confirmed_deaths)
- <https://www.statista.com/statistics/1109459/coronavirus-death-casualties-by-age-in-netherlands/>
- <https://www.statista.com/statistics/1127280/coronavirus-covid-19-deaths-by-age-distribution-south-africa/>
- <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-52214177>
- <https://www.statista.com/statistics/1107913/number-of-coronavirus-deaths-in-sweden-by-age-groups/>
- <https://www.statista.com/statistics/1105061/coronavirus-deaths-by-region-in-italy/>
- <https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Death-Counts-by-Sex-Age-and-S/9bhg-hcku>
- <https://www.statista.com/statistics/1105596/covid-19-mortality-rate-by-age-group-in-spain-march/>
- <https://www.statista.com/statistics/1110890/poland-coronavirus-covid-19-fatalities-by-age/>
- <https://www.statista.com/statistics/1105080/south-korea-coronavirus-deaths-by-age/>
- <https://www.statista.com/statistics/1105512/coronavirus-covid-19-deaths-by-gender-germany/>
- <https://www.health.gov.au/resources/covid-19-deaths-by-age-group-and-sex>
- <https://blogs.timesofisrael.com/total-covid-19-deaths-israel-us-uk-and-canada/>
- <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/israel/>
- <https://www.statista.com/statistics/1110522/india-number-of-coronavirus-cases-by-age-group/>
- <https://covid19.who.int/table>
- <https://www.statista.com/statistics>



# COVID-19 PANDEMİSİ VE DERİNLEŞEN EĞİTİM EŞİTSİZLİKLERİ

**Dr. Ahmet Yıldız\***, **Dr. Ruken Akar Vural\*\***

\* Doçent, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Hayat Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı

\*\* Profesör, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, EPÖ Anabilim Dalı

## Özet

Bireyler iktisadi ve kültürel sermayeye hangi oranda ve hangi düzeyde sahipse ona uygun bir toplumsal tabakada konumlanmaktadır ki bu tabaka yaşam boyunca sahip olacakları olanakları da büyük ölçüde belirlemektedir. Bu tabaka ve eşitsiz yapı, eğitim kurumları aracılığıyla değişebilir görünse de son yıllarda eğitim kurumları bireyin bulunduğu sınıf ve tabakadaki yerini okullar aracılığıyla meşrulaştırmakta ve yeniden üretmektedir. Bu yazıda, neoliberal politikalar sonucunda giderek derinleşen eğitim eşitsizliğinin, yaşanan pandemi sürecinde nasıl bir hal aldığı, incelenen ulusal ve uluslararası raporlar temelinde betimlenmiştir. Sonuç olarak, sınıf ve toplumsal tabakalar arası eğitim eşitsizliğinin giderek derinleştiğini görünür hale getiren pandemi dönemi sonrası, tüm ülkelerde eğitim kurumlarının işlevlerinin gözden geçirilmesi, özellikle hassas/kırılgan ve dezavantajlı öğrenenleri kapsayıcı nitelikli, kamusal, eşit ve ücretsiz eğitim olanaklarının işe koşulması önerilmektedir.

## Giriş

COVID-19 salgını, 190'dan fazla ülkede ve tüm kıtalarda yaklaşık 1,6 milyar öğrenciyi etkileyen, tarihteki en büyük eğitim kesintisine yol açtı. Salgın, örgün eğitimden yaygın eğitime; okul öncesi eğitimden yükseköğretime; mesleki teknik eğitim kurumlarından üniversitelere değin tüm dünyadaki öğrenciler ve öğretmenler üzerinde neredeyse evrensel bir etkiye sahipti. Bu yazıda da pandeminin eğitim alanındaki etkileri eşitsizlik bağlamında ele alınmıştır.

Eğitimsel eşitsizlik kavramını çerçevelemek için toplumsal tabakalar ve sınıf kavramından başlamak gerekir. Toplumsal tabakalar açısından eğitim kurumlarına bakıldığı zaman Bowles ve Gintis (1976), Bourdieu ve Passeron (2000), Bernstein (1975, akt. Gidens, 2005), Illich (1973) ve Willis'in

(1977) çalışmaları dikkati çekmektedir. Bowles ve Gintis (1976), okulların toplumdaki işbölümünü devam ettirdiklerini savunmuşlardır. Bourdieu (2000), Bowles ve Gintis (1976) gibi eğitim sistemine “toplumsal sınıfların yeniden üretimi” çerçevesinde bakmaktadır. Bourdieu (2000) “Eğitim, Toplum ve Kültürde Yeniden Üretim” çalışmasında eğitimsel eşitsizlikleri irdelemiştir. Bireyler iktisadi ve kültürel sermayeye hangi oranda ve hangi düzeyde sahipse ona uygun bir tabakada yer almaktadırlar. Bu tabaka ve eşitsiz yapı, eğitim kurumları yoluyla da meşrulaştırılmaktadır. Willis (1977) çalışmasında, işçi sınıfından gelen çocukların okullarda dayatılan kültüre karşı çıktıkları ve onu benimsemekte direnç gösterdiklerini, alternatif bir alt kültür yarattıklarını ortaya koymuştur. Bu bulgular “yeniden üretim” kuramcılarının okullarda verilen orta sınıf kültürünün hiçbir direnç görmeden işçi sınıfından gelen öğrenciler tarafından benimsendiği yargısına ters düşmektedir. Bununla birlikte Willis (1977), alt sınıftan gelen çocukların sosyal hareketlilik gösterme şansının da zayıf olduğunu belirtmektedir.

Okulsuz toplumu savunan Illich (1973), okulun açık ve örtük eğitim programları yoluyla çocukları muhafaza altında tutma, mesleki rol dağılımını sağlama, hakim bilgi beceri ve değerleri aktarma görevini işlediğini ifade etmektedir. Dolaylı olarak okul, bireylerin eşitsizliğini yeniden üretmektedir. Bu da Bourdieu’nun kavramları ile “Okul tarafından sağlanan kültürel aktarımın etkinliği, doğrudan aileden miras alınan kültürel sermayenin hacmine bağlıdır.” Sözüne karşılık gelmektedir. Ailelerinin ekonomik durumu ve eğitim düzeyi yükseldikçe öğrencilerin eğitimden yararlanma olanakları daha da artmaktadır.

Bowles ve Gintis, okulların işyerlerine hazırlık olarak işlev görmesini sınıf çatışması açısından yorumlayarak, eğitimin üretim araçlarını ellerinde bulunduran sınıfın çıkarına hizmet ettiğini göz önüne sererler. Okulun örgütlenmesi ve içeriği de öğrencilerin sınıfsal yapısına göre değişir. Seçkin konumlara gelecek öğrencilerin yetiştiği okullarda esneklik ve yaratıcılık hâkimdir. Geleceğin emekçileri olacak çocukların gittiği okullarda ise uyum, itaat, disiplin, otoriteye saygı, düzenli ve dakik olma gibi değerler içselleştirilir. **(Gök, 1999)** Onlara göre modern kapitalist toplumlarda eğitim sisteminin, sınıf yapısını ve toplumsal eşitsizliği meşrulaştırması ve yeniden üretmesi temelde iki biçimde gerçekleşir. Birincisi, ekonomik başarının birincil olarak beceri, uygun nitelik ve eğitime sahip olmakla gerçekleşebileceği düşüncesi yaygınlaştırılarak; ikincisi de, kapitalist ekonomiye uygun inançlar, fikirler, nitelikler ve kapasitelerle genç insanları yabancılaşmış işe ve sınıf egemenliği dünyasındaki yerlerine hazırlayarak. **(Blackledge ve Hunt, 1991)**

Eleştirel yaklaşımı savunan çoğu düşünür ana akım eğitim uygulamalarını öğrenenlerin ihtiyaçlarını ve kişisel arka planlarını dikkate almaması ve ‘herkes için geçerli bir model’ anlayışıyla önceden belirlenmiş eğitim programlarını dayattığı için eleştirmektedir. Başka bir deyişle, onlara göre ana akım programlar, öncelikle insanları marjinalleştiren politik, toplumsal ve ekonomik faktörleri ihmal ettiği için tartışma götürmektedir. Onlara göre bu programlarda, öğrencilerin kendi hayatlarının dönüşümündeki rolleri tanınmamakta, öğrenciler öğretmenin bilgisinin pasif bir alıcısı olarak görül-

Okulsuz toplumu savunan Illich, okulun açık ve örtük eğitim programları yoluyla çocukları muhafaza altında tutma, mesleki rol dağılımını sağlama, hakim bilgi beceri ve değerleri aktarma görevini işlediğini ifade etmektedir. Dolaylı olarak okul, bireylerin eşitsizliğini yeniden üretmektedir. Bu da Bourdieu’nun kavramları ile “Okul tarafından sağlanan kültürel aktarımın etkinliği, doğrudan aileden miras alınan kültürel sermayenin hacmine bağlıdır” sözüne karşılık gelmektedir. Ailelerinin ekonomik durumu ve eğitim düzeyi yükseldikçe öğrencilerin eğitimden yararlanma olanakları daha da artmaktadır.



mektedir. Bu anlamda eleştirel eğitimciler, yetişkin eğitimi programlarının katılımcı odaklı ve toplumsal açıdan güçlendirici bir yaklaşımla eleştirel pedagojiyi yansıtmaması gerektiğine inanmaktadır ki güncel eğitim programlarının da bu ekseninde gözden geçirilmesi önemli bir gereksinimdir.

### ***Pandemi Döneminde Eğitimde Küresel Eşitsizlik***

Pandemiden önce dünya, temel bir insan hakkı olarak eğitimi sağlamada zaten büyük zorluklarla karşı karşıyaydı. Çoğu ülkede zorunlu temel eğitim uygulamalarına rağmen, olağanüstü sayıda çocuk - 250 milyondan fazla - okula gitmiyordu<sup>171</sup> ve yaklaşık 800 milyon yetişkin okuma yazma bilmiyordu.<sup>172</sup> Dahası, okula devam edenler için bile öğrenme her zaman gerçekleşmiyordu; öyle ki, dünya çapında ilköğretim çağındaki çocukların yaklaşık 387 milyonunun veya yüzde 56'sının temel okuma becerilerinden yoksun olduğu tahmin ediliyordu.<sup>173</sup>

Pandemiden sonra eğitimdeki bu olumsuz tablonun daha da kötüleştiği görülüyor. Pandemi krizinden özellikle toplumların kırılgan nüfus gruplarının daha fazla etkilendiğini ve pandeminin mevcut eğitim eşitsizliklerini daha da derinleştirdiğini de söylemek gerekir. Özellikle merkez kapitalist ülkeler ile çevre ülkeler arasındaki eğitim eşitsizliği çarpıcıdır. Örneğin pandemi kaynaklı okul kapanışları ülkelerin gelişim düzeyine göre çarpıcı bir şekilde değişmektedir: 2020'nin ikinci çeyreğinde, insani gelişmenin düşük olduğu ülkelerde ilköğretimdeki çocukların yüzde 86'sı okula gitmezken insani gelişmenin yüksek olduğu ülkelerde bu oran yalnızca yüzde 20'dir.

COVID-19 krizinin eğitim üzerindeki tam etkisini henüz ölçememiş olsak da, milyonlarca öğrencinin eğitim kurumlarına geri dönmeme riski altında olduğu açıktır. Bu duruma yol açan etmenler şu şekilde sınıflandırılmaktadır:<sup>174</sup> a) mali kısıtlamalar ve işe başlama baskısı, b) ev işleri, c) çocuk bakımı, özellikle ebeveynler ya da bakıcılar hasta olduğunda veya öldüğünde, d) erken ve zorla evlilik ve / veya kızların özellikle savunmasız olduğu erken ve istenmeyen gebelik e) virüsün yeniden ortaya çıkma korkusu. Ek olarak, okulların kapalı olduğu dönemde ortaya çıkan öğrenme kayıpları ve öğrenme boşlukları, dezavantajlı öğrencilerin eğitimden uzaklaşmasına neden olabilir. Dahası, uzaktan öğrenmenin etkili olmadığı yerlerde, öğrenciler okullar yeniden açıldıktan sonra bile eğitime ilgisiz kalabilirler. Nitekim kronikleşen akademik başarısızlık ve ulusal merkezi sınavlarda hedeflenen başarı puanlarını elde edememek öğrenciyi sistemin dışına itmekte ve okul bırakma eylemine dönüşebilmektedir.

180 ülke ve bölgeyi kapsayan UNESCO projeksiyonları, 2020 yılında yaklaşık 24 milyon öğrencinin (okul öncesinden yükseköğretime kadar okullar, üniversiteler veya diğer eğitim kurumları dahil olmak üzere eğitim kurumla-

Pandemi krizinden özellikle toplumların kırılgan nüfus gruplarının daha fazla etkilendiğini ve pandeminin mevcut eğitim eşitsizliklerini daha da derinleştirdiğini de söylemek gerekir. Özellikle merkez kapitalist ülkeler ile çevre ülkeler arasındaki eğitim eşitsizliği çarpıcıdır.

<sup>171</sup> 2018'de 258 milyon, UNESCO Institute for Statistics (UIS), "Out-of-School Children and Youth", Erişim: <http://uis.unesco.org/en/topic/out-school-children-and-youth>.

<sup>172</sup> Son verilere göre 773 milyon: <http://uis.unesco.org/en/topic/literacy>.

<sup>173</sup> UIS 2017 Fact Sheet, : <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs46-more-than-half-children-not-learning-en-2017.pdf>.

<sup>174</sup> UNESCO COVID-19 Education Response. How many students are at risk of not returning to school? Advocacy paper 30 July 2020.

rına geri dönmeme riski altında olacağını tahmin etmektedir. Bunların 10,9 milyonu ilk ve orta öğretim düzeyinde; 11,2 milyonu kızlar ve genç kadınlar olup, bunların 5,2 milyonu ilk ve ortaokul öğrencileridir. Kayıta tahmini yüzde 3,5 düşüşle ve 7,9 milyon daha az öğrenciyle sonuçlanan yükseköğretim en çok etkilenen eğitimidir. Bunu, 5 milyon çocuğa karşılık gelen kayıtlarda tahmini yüzde 2,8'lik düşüşle okul öncesi eğitim izliyor. İlk ve orta öğretimin nispeten daha az etkilenmesi muhtemeldir. Okula dönmeme riski taşıyan öğrencilerin en büyük payı Güney ve Batı Asya (5,9 milyon) ve Sahra altı Afrika'da (5,3 milyon) bulunmaktadır. Küresel olarak üniversite düzeyinde, erkeklerin okula dönmeme riski kızlardan daha büyüktür, ancak ilk ve orta öğretimde kızlar daha fazla risk altındadır. Güney ve Batı Asya'da okul öncesi eğitimdeki kızların (%3,41) etkilenme olasılığı erkeklerden (%3,15) daha fazladır. Sahra altı Afrika'da, tüm eğitim seviyelerinde kız çocuklarının daha yüksek bir yüzdesinin, erkeklere (%1,90) kıyasla etkilenmesi olasıdır (%1,99). Buna ek olarak, Sahra altı Afrika'da, okul öncesi eğitim en çok etkilenecek ve hem erkek hem de kız çocukları için kayıtların yüzde 7,9 düşmesi bekleniyor. Yoksulluk ve marjinalleşme içinde yaşayan öğrenciler ile göç ve çatışma altındaki öğrenciler en fazla olumsuz etkilenenler olmaktadır.



### ***Pandemi Döneminde Türkiye’de Eğitim Eşitsizlikleri***

Küresel pandemi krizinin eğitim üzerindeki etkileri ülkemizde de doğrudan hissedildi. Eğitim sisteminin pandemi öncesinde de halihazırda bir kriz içinde bulunduğunu belirtmek gerekir. AKP iktidarda kaldığı yaklaşık yirmi yıl boyunca neo-liberal ve neo-muhafazakâr kuşatmanın altında eğitim sistemi kronikleşmiş sınıf, ırk ve cinsiyet ayrımcılığı yanında hızla piyasalaşmıştır ve dincileşmiştir. **(Uysal ve Yıldız, 2014)** Yeni sağın son temsilcisi İslamcı muhafazakârların eğitim alanına ve okullara ideolojik müdahalesi önceki dönemlere göre nitel bir sıçrama göstererek siyasal bir saldırı boyutu kazanmıştır. **(Sayılan ve Türkmen, 2013)**

Eğitim hakkının evrensel bir insan hakkı olarak değerlendirilmesi, ülkenin tüm çocuklarına nitelikli parasız eğitimin sağlanması bağlamında Türkiye’de

pandemi öncesinde eğitimin durumu düşünüldüğünde eğitim alanının bir sorun olmaktan çıkmış bir krize dönüşmüş olduğu söylenebilir. Nitekim son yirmi yılın eğitim sistemi sistematik olarak laik/seküler, aydınlanmacı birey yetiştirmeye karşı dindar ve piyasacı nesil yetiştirme yaklaşımıyla alt üst edilmiştir. Eğitim ile ülkenin kalkınması arasındaki bağ tamamen terk edilmiş; çağdaş ve nitelikli insan gücü yetiştirmek yerine itaatkâr ve dindar nesil yetiştirme hedefi seçilmiştir. Devletin anayasal olarak eğitim hakkını sağlama yükümlülüğü yerine getirilmemiş, parasız ve nitelikli eğitimi ve devlet okullarını güçsüzleştirici politika ısrarla sürdürülmüştür. Aynı zamanda bütçeden eğitime ayrılan pay yıllar itibarıyla sürekli azaltılmış, ailelerin eğitime katkısı ise arttırılmıştır. İktidar bu yolla açık ve örtük biçimde eğitimi ticarileştirmiştir. Sonuçta da ülkede kamusal eğitim çökertilmiştir. Nitelikli ve çağdaş eğitim giderek yüksek gelirli kesimin ayrıcalığı haline gelmiştir. Eğitimin dinselleştirilmesi ve niteliğini kaybetmesi nedeniyle ülkemizde özel okullarının oranı yüzde 25'e gelmiş ve eğitimde eşitsizlik artmıştır. Eğitim programlarına yönelik ideolojik müdahale ise çağdaş ve bilimsel eğitimi ortadan kaldıracak düzeye gelmiştir. Nitekim uluslararası standart sınavlara da yansıdığı biçimiyle öğrenci başarısı düşmüş, eğitimdeki nitelik kaybı açıkça görünür hale gelmiştir. Dahası gelir düzeyi düşük ailelerin eğitim harcamaları arttıkça kısıntı gıda ve sağlık giderlerinden yapılmaktadır. Yani eğitimin sınıfsal karakteri giderek belirginlik kazanmakta, halk sınıflarının nitelikli eğitime erişim olanakları giderek kaybolmaktadır. Kamu okullarında velilerin gelir düzeyi okullardaki eğitim kalitesini etkilemekte, özellikle yoksul mahallelerin çocukları kaderlerine terk edilmektedir. Adeta eğitim yoluyla toplumsal ayrışma sağlanmaktadır.

Eğitim sisteminin yıllardır çözüm bekleyen sorunları arasında yer alan ikili öğretim, nitelsiz eğitimin sunumu, eğitimi özelleştirme adımları, kalabalık sınıflar, karma eğitim karşıtı uygulamalar, taşınmalı eğitim, fiziki altyapısı yetersiz okullar, okullarda öğrenciler arasında ve öğretmenlere yönelik şiddet, öğrencilerin MEB eliyle cemaat ve vakıfların siyasal istismarına açık hale getirilmesi, sözleşmeli-ücretli öğretmenlik uygulaması, norm kadro ve tayinlerde yaşanan sorunlar, ataması yapılmayan öğretmenler, eğitim kadrolarında liyakatı dışlayan atamalar ve üniversitelerin durumu ortada bir sorun olarak dururken, iktidarın eğitim politikaları bu sorunları çözmek bir yana sorunun kaynağını oluşturmaktadır.

Kısacası pandemi öncesinde ülkede süregelen bir eğitim krizi söz konusudur. Pandemi süreciyle birlikte ise bu kriz hızla derinleşmiştir. Pandemi koşullarında okulların kapalı kalmasının neden olduğu kayıplar bireylerin ve toplumun geleceğini etkileyecek nitelik ve boyut almıştır. Bu kayıplar şöyle özetlenebilir:<sup>175</sup>

<sup>175</sup> TEDMEM. 2019. COVID-19 Sürecinde Eğitim: Uzaktan Öğrenme, Sorunlar ve Çözüm Öneriler. Erişim: <https://tedmem.org/download/covid-19-surecinde-egitim-uzaktan-ogrenme-sorunlar-cozum-onerileri?wpdmdl=3411&refresh=5f572800ee3741599547392>

- Öğrencilerde telafi edilmesi oldukça güç öğrenme kayıpları ve eksikleri oluşması ve okulların kapalı olduğu süre uzadıkça kayıpların artması.
- Öğrenme kayıplarının dezavantajlı öğrencilerde daha fazla olması.
- Öğrencilerin sosyal ve duygusal gelişiminin olumsuz etkilenmesi.
- Beslenme ve davranış sorunlarının oluşması.
- Öğrencilerin fiziksel olarak hareketsiz kalmaları sebebiyle orta ve uzun vadede sağlık sorunları ortaya çıkması.
- Temel becerilerde oluşan eksikliklerin ekonomik etkisi.

Tahmin edileceği üzere, eğitimin krizinden toplumun en kırılgan unsurları daha fazla etkilenmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de pandemi döneminde eğitim eşitsizliklerini şu başlıklarda ele almak mümkün:

*Pandemi Sürecinde Uzaktan Eğitim Uygulamaları ve Dijital Yarılmanın Sınıfsallığı:* Pandemi sürecinde eğitimde teknoloji kullanımı artmıştır. Teknolojilerin toplumların yaşamlarını giderek daha fazla etkilemesi sonucu eğitime olan talep artmış ve eğitim daha önce hiçbir çağda olmadığı ölçüde önem kazanmıştır. Eğitimin ve teknolojinin öneminin artmasıyla birlikte bu bilgi ve teknolojiye ulaşabilenler ve ulaşamayanlar arasında “dijital” bir bölünme ortaya çıkmıştır. Eğitim sistemlerinde gözlemlenen teknoloji vurgusu ve eğitimin yeni tanımlamalarının son dönemde yaşanan neo-liberal politikalarla birlikte gündeme gelmesi rastlantı değildir. Bu süreç yeni liberal politikaların küreselleşmesi ile teknolojik araçların ve ürünlerin bütün resmi eğitim kurumlarına taşınması, reklamları ve baskısı yoğunlaşmıştır.

Esasen eğitimde teknoloji kullanımı sosyal adalet ve eşitlik çerçevesinde dezavantajlı kesimlerin eğitime erişimini kolaylaştırabilir, yetişkinlere yaşam boyu öğrenme olanakları sunabilir, pedagojik bir yaklaşımla dersin tasarımına doğru bir şekilde entegre edildiğinde, öğretmen ve öğrencilerin teknoloji kullanma becerileri geliştirildiğinde öğrenmeyi güçlendirebilir. Bu anlamda eğitimde teknoloji kullanımı bir amaç değil öğrenmeyi destekleyen bir araçtır. Öte yandan teknoloji kullanımının amaç haline getirilmesi öğrenme süreçlerinde teknolojinin varlığının öğrenmenin teminatı olarak görülmesi ve eğitimde piyasalaşmaya uygun bir zemin hazırlaması gibi tehlikeleri de içinde barındırır. Öyle ki teknolojiye eşit erişim söz konusu olmadığında “dijital yarıma” olarak ifade edilen teknoloji kullananlar ve kullanamayanlar arasındaki eşitsizliği artırabilir. Nitekim pandemi süreciyle birlikte Türkiye’de öğrencilerin uzaktan eğitime erişimiyle ilgili veriler uzaktan öğretim araçlarının etkililiği ile birlikte değerlendirildiğinde ciddi sınırlılıklar olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin yüzde 60’ı bu süreçte EBA’ya giriş dahi yapmamıştır. Bu öğrencilerin öğrenmelerini nasıl sürdürdüğü, EBA TV’ye erişimlerinin olup olmadığı, EBA TV üzerinden sunulan içeriklerin farklı sınıf seviyelerinde öğrenmeyi ne ölçüde destekleyebildiği, öğrenciler tarafından ne ölçüde izlendiği, ebeveynlerin çocuklarına ne kadar öğrenme desteği sağlayabildiği bilinmemektedir.<sup>176</sup>

Eğitimin ve teknolojinin öneminin artmasıyla birlikte bu bilgi ve teknolojiye ulaşabilenler ve ulaşamayanlar arasında “dijital” bir bölünme ortaya çıkmıştır.

<sup>176</sup> TEDMEM. 2019. COVID-19 Sürecinde Eğitim: Uzaktan Öğrenme, Sorunlar ve Çözüm Önerileri



Uzaktan eğitim sürecinde ağırlıklı olarak aygın bir erişim olanağı sunan EBA TV kullanılmıştır. Televizyonla uzaktan eğitimde öğretmen-öğrenci etkileşiminin olmadığı, öğrencinin tepkilerinin izlenmesinin ve dönüt sağlanmasının mümkün olmadığı, bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulmadığı dikkate alındığında, TV yayınlarının özellikle akademik başarı düzeyi düşük, kendi kendine öğrenme becerileri yeterince gelişmemiş, öz-düzenleme becerileri ve bilişsel farkındalık düzeyleri görece düşük öğrencilerin öğrenmesinde ciddi boyutta yetersiz kalması muhtemeldir.<sup>177</sup> Kısacası pandemi dönemi uzaktan eğitim uygulamaları öğrenmede fırsat eşitliğine zarar vermiş dijital yarılmayı derinleştirmiştir. Unutulmamalı ki, teknolojinin kendisi tek başına ne demokratik ve eşitlikçi bir toplumu kurmaya ne de eğitimde eşitliği sağlamaya ve eğitimi geliştirmeye yeterlidir. Yeni iletişim teknolojilerinin büyük bir eğitimsel potansiyel taşıdığı kuşku götürmez. Ancak bu iletişim teknolojilerinin yalnızca varoluşları gereği eğitimdeki tüm olumsuzlukları kaldıracağı yönündeki beklenti gerçekçi değildir. Bu anlamda sorun eğitimde teknoloji kullanımının iyi ya da kötü olması değildir. Teknolojiye hayran olmak ya da düşman olmak da değildir. Sorun bu teknolojinin nasıl kullanılacağıdır. **(Kellner, 2002)** Demokratik ve özgür bir toplumu inşa etmek için geliştirilen eğitimsel olanaklar için mi, yoksa küresel eşitsizlikleri artıran bir eğitim için mi kullanılacağıdır. Bu da özünde politik bir sorundur ve toplumsal mücadele ile belirlenir.

Pandemi koşullarında eğitime erişim ve devamlarının sağlanmasında en temel sorun, kırılğan nüfusu oluşturan ailelerin, içinde bulundukları ekonomik koşullardır. Ailelerin yoksunluk koşulları eğitimsel sorunların kaynağını oluşturmaktadır. Bu koşulların çözümüne yönelik daha etkili sosyal politikalar geliştirilmediği sürece arzu edilen sonuçların alınamayacağı açıktır. Aynı zamanda mevcut “fırsat eşitliği” politikası da sorunun çözümünü kolaylaştırmamaktadır. Çünkü eğitimi bir yurttaşlık hakkı olarak tanımlayan ve erişimi tüm sosyal gruplara açan bu türden uygulamalar, dezavantajlı/eşitsiz koşullarda yaşayanların durumunu gözetmemektedir. Bu nedenle bu tür sosyal gruplara yönelik fırsat eşitliğini, fırsat önceliği ya da telafi edici yaklaşımlarla sürdürme gerekliliği açıktır. Temel eğitim hizmeti, velilerin ya da çocukların istedikleri takdirde yararlanacakları bir olanak olmanın ötesinde yasal bir zorunluluktur. Bu nedenle temel eğitime dönük hizmetler su, kanalizasyon gibi altyapı hizmetlerinden farklılık taşır. Dolayısıyla yetkililer hizmeti sunmak kadar, hizmetten yararlanılmasını sağlama konusunda da sorumluluk taşımaktadırlar. Yaygın bir olgu olarak karşımıza çıkan çocuk işçiliği ve eğitimi etkileyen diğer olumsuz koşullar verili bir durum olsa da, çocukların eğitim hakkının ihlal edilmesinin önüne geçilmesinde yetkililerin önemli rolü bulunmaktadır.

*Pandemi sürecinde Ulusal Sınav Merkezli Eğitim Yapısı ve Akademik Başarının Sınıf Tabanlı Gelişimi:* Uzaktan eğitim ya da öğretim kanalıyla evde eğitim süreci, her bir öğrenen için yeni gereksinimler yaratmıştır. Bunlar, sessiz, dikkati dağıtacak minimum uyarının olduğu bireysel bir öğrenme mekanı, yüksek hızlı bir internet bağlantısı, diğerleri ile paylaşmaya gereksi-

Televizyonla uzaktan eğitimde öğretmen-öğrenci etkileşiminin olmadığı, öğrencinin tepkilerinin izlenmesinin ve dönüt sağlanmasının mümkün olmadığı, bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulmadığı dikkate alındığında, TV yayınlarının özellikle akademik başarı düzeyi düşük, kendi kendine öğrenme becerileri yeterince gelişmemiş, öz-düzenleme becerileri ve bilişsel farkındalık düzeyleri görece düşük öğrencilerin öğrenmesinde ciddi boyutta yetersiz kalması muhtemeldir.

<sup>177</sup> AGE.



nim duyulmayan bireysel ekipmanlar (bilgisayar, kulaklık, kamera vb), ebeveyn süpervizyonu ve rehberliği olarak kategorize edilebilir. Elbette ki öğrenenin bireysel farklılıkları bir yana dursun, bu temel gereksinimlere sahip olup olmama bu dönemde ülkeler arası ve her ülke içinde de sınıflar arası erişim farklılıklarının temel belirleyicisi olmuştur. 2020 Küresel Eğitimi İzleme Raporu, pandemi döneminin eğitimde eşitsizliği derinleştirdiğini, dünya ülkelerinin yüzde 40'ının hassas ve risk altındaki öğrenenleri kapsayan bir eğitim sistemi dizayn edemediğini ifade etmektedir. Eğitim sistemlerinin farklı öğrenme gereksinimleri gösteren tüm öğrenenleri kapsayıcı bir yapı olarak işlev görmesi temelde bir yurttaş hakkıdır. Bu hakkın her öğrenen için eşit ve ulaşılabilir biçimde kriz dönemlerinde de sürdürülmesi gerekmektedir. Özellikle kademeler arası geçişi düzenleyen merkezi sınavların bulunduğu (8. Sınıf ve 12. Sınıf gibi) ülkelerde okul eğitiminin kesintiye uğramaması ve öğretim programlarının sürdürülmesi akademik başarı ve eğitim kurumları arasında geçiş açısından oldukça önemlidir. Örneğin **Carlston ve arkadaşları (2015)** İsveç'te gerçekleştirdikleri ve farklı sürelerde bir öğretim kurumuna devam etmenin, öğrencilerin test başarıları üzerindeki etkisini belirlemeye çalıştıkları araştırmada, sadece 10 gün fazladan eğitim kurumuna devam etmenin sınava giren öğrenciler arasında yüzde 1'lik bir standart sapma farkı yarattığını ortaya koymuşlardır. Türkiye açısından bakıldığında sınıfsal farklılıkların akademik başarı ve kurumlararası geçişi nasıl yordadığı oldukça açıktır.

PISA 2006 sonuçları üzerinden **Dinçer ve Uysal-Kolaşın (2009)** tarafından gerçekleştirilen analizler, ebeveynlerin eğitim ve istihdam durumunun PISA kapsamında gerçekleştirilen okuma, fen ve matematik testleri sonuçları üzerinde belirleyici olduğu sonucuna ulaşmıştır. Babası en az lise mezunu olan çocukların, PISA sonuçları 6 ila 13 puan daha yüksektir. Ebeveynlerin istihdam durumunun, çocuğun başarısında ebeveynlerin eğitim durumuna göre daha büyük etki yarattığı söylenebilir. Babası çalışmakta olan çocuklar, 10 ila 14 puan daha fazla almaktadır. Annenin eğitim durumu anlamlı etki yaratmasa da istihdam durumu, en az babanın istihdam durumu kadar etkili görünmektedir. İstihdamın ebeveyn eğitim düzeyinden daha etkili olması, hane gelirinin önemli bir belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Evinde bilgisayar olan çocukların test sonuçları 11 ila 17 puan daha yüksektir. Hanede bilgisayar bulundurmanın önemli bir etkiye sahip olması, eğitimde başarıda sosyoekonomik durumun belirleyiciliğini göstermektedir. PISA testi sonuçlarında bölgeler arası farklarla ilgili veriler incelendiğinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki öğrencilerin diğer bölgelerden keskin bir biçimde ayrıldığı gözlemlenmektedir. İstatistiksel analizler Güneydoğu Anadolu'da bulunan bir öğrencinin Marmara'da bulunan bir öğrenciye göre 26 ila 33 puan düşük aldığını göstermektedir.

Milli Eğitim Bakanlığı'nın 2020 örgün eğitim istatistikleri ise lise okullaşma oranlarında önemli bir düşüşün olduğuna işaret etmektedir. Bu durum özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da pandemi döneminde sistemden görünür bir kopuş olduğu biçimde açıklanabilir. Öyle ki Doğu Anadolu'da ortaokuldaki yüzde 94,82 okullaşma oranı lisede yüzde 73,86'ya düşmüştür. Güneydoğu Anadolu'da ise ortaokulda yüzde 94,96 okullaşma oranı,

Ebeveynlerin eğitim ve istihdam durumunun PISA kapsamında gerçekleştirilen okuma, fen ve matematik testleri sonuçları üzerinde belirleyici olduğu

lisede yüzde 71,74'e gerilemiştir. Lise okullaşma oranı Batı Marmara için yüzde 87,58, Doğu Marmara için ise yüzde 90,82 biçimindedir. Öyleyse pandemi dönemi lise okullaşma oranları açısından ülkenin doğusu ve batısı arasındaki makasın açılmasına da neden olmuştur. Salgının kapattığı okulların bazı kız çocukları için ve gelir getirici bir işte çalışmak zorunda olan yoksul gençler için tekrar açılmayacağını söyleyebiliriz.

**Sonuç olarak;** toplumsal sınıf değişkeninin öğrenen başarısı ve kademeler arası geçişte en belirgin yordayıcı olduğu Türkiye Eğitim Sistemi'nde pandemi sürecinin derinleştirdiği bazı eğitimbilimsel sonuçlar şu şekilde sıralanabilir;

- İnternet erişimi olmayan, bilgisayar, laptop hatta televizyonu olmayan dar gelirli hane çocukları ve gençleri uzaktan eğitimden yeterince yararlanamamıştır. Özellikle kademeler-arası geçişi sağlayan ulusal merkezi sınavlara girmesi gereken aşamada bulunan öğrenciler (8. Ve 12. Sınıf) açısından bu erişim eşitsizliği daha yoğun yaşanmıştır. Ailesi çalışmaya devam etmek durumunda olan öğrenciler de EBA TV üzerinden sunulan dersleri takip etmekte sorun yaşamıştır.
- EBA TV üzerinden sunulan içerikleri kendi olanakları ile takip eden öğrencilere evde kullanabilmeleri için destekleyici yazılı materyaller sağlanmadığından, kamu okullarına devam eden çocuklar arasında da (okuma kitapları, çalışma yaprakları, test kitapları vb.) Eşitsizlik daha belirgin hale gelmiştir.
- Özelde anne eğitim düzeyi, genelde ise anne-baba ya da çocuğa bakım veren kişilerin eğitim düzeyi pandemi döneminde yetişkin rehberliğine gereksinim duyan çocuklar arasında önemli bir eşitsizlik yaratmıştır. Ebeveyn ya da çocuğa bakım veren yetişkinlerin eğitim düzeyi yükseldikçe evde öğrenme sürecinin olanakları ve niteliği de artmaktadır.
- Özel eğitime gereksinim duyan, pandemi dönemi öncesinde de evde eğitim alan kronik hasta çocuklar, pandemi döneminde eğitim olanaklarına yeterince erişememiştir.
- Anadili Türkçe olmayan öğrenciler, göçmen, mevsimlik işçi ve sığınmacı ailelerin çocukları uzaktan eğitimden eşit yararlanamamıştır.
- Uzaktan eğitimde kullanılan öğretim programları, ders içerikleri, derslerin anlatım hızı ve öğretimsel materyaller belli düzeyde hazır-bulunurluk, dil yeterliği, özdüzenleme, bilişsel farkındalık, öğrenen otonomisi ve psiko-motor yeterlik ve becerilere sahip olduğu varsayılan hedef kitle için uygundur. Bu nedenle giriş özellikleri açısından akademik, sosyal, duygusal yetersizliğe sahip öğrenenlerin eğitime erişiminde yoğun bir eşitsizlik yaşanmıştır. Öğrenenin bireysel ve kültürel farklılıklarının dikkate alınması için gerekli önlemler alınamamıştır.
- Özel okullar uzaktan eğitim portalleri temin ederek on-line öğretime olabildiğince erken başlamış ve sanat eğitimi ve okul psikolojik danışma ve mesleki rehberlik hizmetlerini de kapsayan görece çok boyutlu eğitim- öğretim programları işe koşmuşken, kamu okulları bu fırsatı yeterince sağlayamamıştır. Özellikle çocuğun bilişsel, duyuşsal

ve psiko-motor gelişimi açısından kritik öneme sahip okul öncesi dönem yoksul çocukların pandemi döneminde sistemin büyük oranda dışında kaldığı gözlenmiştir.

- Pandemi sürecinde hassas, kırılgan ya da dezavantajlı olarak tanımlayabileceğimiz öğrenen gruplarının (kronik kasta, bir/birden fazla engel ya da yetersizliğe sahip, anadili Türkçe olmayan, göçmen, sığınmacı, yoksul, çalışan vd.) Eğitim sisteminden kopuşu pandemi süreci sonrasında da okullaşma oranında düşüşün gözlenmesine neden olacaktır.

## Kaynaklar

- UNESCO, AUGUST 2020. Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond. Erişim: [https://www.un.org/development/desa/dspd/wpcontent/uploads/sites/22/2020/08/sq\\_policy\\_brief\\_covid-19\\_and\\_education\\_august\\_2020.pdf](https://www.un.org/development/desa/dspd/wpcontent/uploads/sites/22/2020/08/sq_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf). Erişim tarihi, 05.09.2020.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (2000). Reproduction in education, society and culture. (İngilizceye çev; R. Nice). Sage Publication, London.
- Bowles, S., & Herbert G. 1976. Schooling in Capitalist America: Educational Reform and the Contradictions of Economic Life, New York: Basic Books. Ottaway, A. K. C. (2010). Education and Society, Routledge.
- Carlsson, M., Dahl, B., Öckert, B. & Rooth, D. (2015), "The Effect of Schooling on Cognitive Skills", Review of Economics and Statistics, 97(3): 533–547.
- Dinçer, M. A. & Uysal-Kolaşın, G. (2009). Türkiye’de Öğrenci Başarısında Eşitsizliğin Belirleyicileri, Eğitim Reformu Girişimi.
- Gidens, A. (2005). Sosyoloji, (Haz. Cemal Güzel). Ayraç Yayınevi.
- Gök, F. (1999). 75 Yılda İnsan Yetiştirme Eğitim ve Devlet, Fatma Gök (Editör). 75 Yılda Eğitim. İstanbul. Tarih Vakfı Yayınları, ss. 1-8.
- Illich, I. (1975) Okulsuz Toplum, çev. Mehmet Özay (2017), Şule Yayınları, İstanbul.
- Kellner, D. (2002). Technological revolution, multiple literacies, and the restructuring of education, in Ilana Snyder (Ed.) Silicon Literacies, pp. 154-169. London and New York: Routledge.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2020). Milli Eğitim İstatistikleri: Örgün Eğitim [http://sqb.meb.gov.tr/www/icerik\\_goruntule.php?KNO=396](http://sqb.meb.gov.tr/www/icerik_goruntule.php?KNO=396). Erişim tarihi: 04.09.2020.
- Sayılan, F. & Türkmen, N. (2013). "Austerity Capitalism and Education in Turkey," Immiseration Capitalism and Education: Austerity, Resistance and Revolt. Ed. Dave Hill. The Institute for Education Study Policies. UK. 2013: 72-91.
- Tedmem, (2019). COVID-19 Sürecinde Eğitim: Uzaktan Öğrenme, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, <https://tedmem.org/download/covid-19-surecinde-egitim-uzaktan-ogrenme-sorunlar-cozum-onerileri?Wpdmdl=3411&refresh=5f572800ee3741599547392>. Erişim tarihi, 06.09.2020.
- Uysal, M. & Yıldız, A. (2014). Sunuş. Eleştirel Eğitim Yazıları. Edit: Meral Uysal-Ahmet Yıldız. Siyasal Yayınevi: 9-16.
- Willis, P. (1977). Learning to Labor, New York: Columbia University Press.

## PANDEMİDE OKUL SAĞLIĞI

### Dr. Sibel Sakarya

Tıp Doktoru, Profesör, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Çocukların influenza gibi viral salgınlarda hastalığın toplumdaki yayılımında önemli rolleri olduğu bilinmektedir (1). 1918 İspanyol gribinden bu yana görülen salgınlar incelendiğinde okulların kapatılmasının salgını kritik bir şekilde engellediği görülmüştür (2). Dünya Sağlık Örgütü de 2009'da yayımladığı Pandemi İnfluenza Hazırlık Belgesi'nde, salgın durumunda okulların kapatılmasını önermiştir (3). SARS cov-2 etkenine yönelik özel bir kanıt bulunmamakla birlikte, COVID-19 pandemisinin ilanından sonra, yukarıdaki gerekçelerle ve hastalığın bulaşmasında insanlar arası temasın temel bir yol olması nedeniyle salgından etkilenen hemen bütün ülkelerde okulların kapatılması ve yüzyüze eğitimin durdurulması kararı alınmıştır. Bu karar dünya çapında 1,4 milyar çocuğu etkilemiştir. Daha sonra yapılan çalışmalar, okulların kapatılmasının COVID-19 insidansının ve mortalitesinin azalmasıyla ilişkili olduğuna dair kanıtlar ortaya koymuştur (4). Okulların kapatılması, genel olarak tek başına alınan bir önlem olmayıp, yanı sıra bulaşmayı sınırlayıcı başka önlemler de alındığı için, okul kapatmanın tek başına hastalığın yayılmasına olan etkisini göstermek güçtür. Imperial College'ın Mart ayında yayımladığı raporda, temel bulaştırıcılık katsayısı ( $R_0$ ) 2,4 varsayıldığında; gönüllü karantina, evde izolasyon ve mesafe önlemleriyle COVID-19 mortalitesinin yüzde 13 azalacağı, bu önlemlere okulların kapanmasının da eklenmesiyle azalmanın yüzde 29'a ulaşacağı bildirilmiştir (5). Öte yandan okulların kapatılmasının, bu önlem salgının erken evresinde alındığında, atak oranları çocuklarda yetişkinlere göre daha yüksek olduğunda ve söz konusu enfeksiyon sınırlı yayılma oranına sahip olduğunda en etkili olduğu bildirilmiştir; ki bu koşullardan bazıları COVID-19 için geçerli değildir (6).

Türkiye'de de 11 Mart'ta ilk olgunun bildirilmesinin ardından 16 Mart 2020'de eğitime ara verilmiş, daha sonra eğitimin bütün düzeylerde uzaktan eğitim olarak tamamlanması kararı alınmıştır. Ülkemizde de Milli Eğitim Bakanlığı İstatistiklerine göre 2018-2019 eğitim döneminde 66.849 okul, 18.108.860 öğrenci, 1.077.307 öğretmen bulunmakta olup bu süreçten öğrenci ve öğretmenlerin yanısıra başta diğer okul çalışanları, aileler olmak üzere milyonlarca kişi daha etkilenmektedir. Eylül 2020 itibari ile ülkemizde okulların yeniden eğitime açılması gündemdedir.

Dünyada Mayıs başı itibariyle çeşitli ülkeler riskin azalmasıyla birlikte okulları açma kararı almıştır. Okulların yüzyüze eğitime açılması tartışmaları daha çok üniversite öncesi düzey için tartışılmakta, üniversitelerin kendi olanaklarına göre kara almaları yönünde bir eğilim olduğu görülmektedir. Türkiye’de yakın zamanda, Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) Sağlık Bakanlığı’ndan bu konuda görüş istemiş, gelen yanıtta 2020-2021 eğitim ve öğretim yılının güz döneminde örgün eğitimlerde teorik derslerin mümkün olduğunca uzaktan ve dijital öğretim yöntemleriyle yapılması, uygulamalı eğitimlerin zorunlu olduğu programlarda uygulamaların mümkünse ertelenmesi önerilmiştir.

Pandeminin halen devam ettiği ve yakın zamanda bitmesinin olası görünmediği bu dönemde, çocukların ve gençlerin bir an önce güvenli bir biçimde okullarına geri dönebilmeleri için çözüm arayışları devam etmektedir. Ancak okulların yüz yüze eğitime açılması kararı, toplum sağlığı açısından önemli sonuçları olabilecek, çok boyutlu bir süreç olarak karşımızda durmaktadır. Bu karar, kanıta dayalı iyi bir planlamayı, sektörler arası işbirliğini, sürekli izlemi, müfredat da dahil olmak üzere okul yaşamında önemli değişiklikleri ve yeni düzene uyum için çabayı gerektirecek; ayrıca açılma için gerekli şartların sağlanmasının belli bir maliyeti olacaktır. Okulları yeniden açmak söz konusu olduğunda temel olarak şu üç sorunun yanıtlanması gerekmektedir: Ne zaman yeniden açılmalı? Kim için açılmalı? Ve son olarak hangi sağlık ve güvenlik önlemleri uygulanmalı? Okulları yeniden açmaya yönelik karar sürecinde, eğitimdeki uzun ve derin eşitsizlik geçmişi de dikkate alındığında, bu soruların yanıtlarını bulmak daha da güçleşmektedir.

### ***Okulların yüz yüze eğitime açılmasının önemi***

Okullar, öğrenciler için güvenli öğrenme ortamı sağlayan, bu sayede ebeveynlerin veya birincil bakım verenlerinin çalışma yaşamına katılımına olanak veren ve başta öğretmenler olmak üzere diğer okul personelinin istihdam edildiği mekânlar oldukları için toplumun önemli bir parçasıdır. Ayrıca okulların öğrencilere sundukları okul yemeği programları ile sosyal, fiziksel, davranışsal ve zihinsel gelişime yönelik hizmetler de önemli yer tutmaktadır. Okulların yüz yüze eğitime kapatılması, bu önemli hizmetlerin çocuklara ve ailelere sunulmasını aksatmaktadır; özellikle düşük sosyoekonomik gelire sahip aileler için bu önemli bir kayıptır. Bazı aileler, çocuklarının uzaktan öğrenmeye katılması için gerekli donanımına sahip olmayabilir. Bu durum okullar kapalı olduğunda eğitimde var olan eşitsizliklerin daha da derinleşmesine; ayrıca aile içinde bazı çatışmalara da neden olabilecektir (7, 8).

COVID-19 pandemisi, sağlığı korumanın ve el yıkama, temizlik, solunum hijyeni gibi davranışların ve bilginin önemini anlaşılmaması gibi bazı faydalar sağlamıştır. Okul, bu tür kazanımların pekiştirilmesi ve bilgiye dayalı sağlık kültürünün geliştirilmesi açısından uygun bir ortamdır. Öğretmenler, sağlıklı davranışları teşvik ederek, riskli davranışların sonuçları hakkında farkındalığı artırarak, öğrencilerinin sağlığını korumalarını ve geliştirmelerini destekleyebilirler.

Okulları yeniden açmak söz konusu olduğunda temel olarak şu üç sorunun yanıtlanması gerekmektedir: Ne zaman yeniden açılmalı? Kim için açılmalı? Ve son olarak hangi sağlık ve güvenlik önlemleri uygulanmalı?



Bütün bu gerekçelerle, başta özel gereksinimi olanlar, küçük çocuklar, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olanlar olmak üzere çocukların sağlığı, iyilik hali ve eğitimleri açısından okulların uygun koşullarda açılmasını sağlamak önemlidir. UNESCO Sağlık Eğitimi ve Sürdürülebilir Kalkınma Başkanı “eğitim sağlıktır” sözüyle eğitim ve sağlık arasındaki sıkı ilişkiye işaret etmiştir (8).

Ancak bu karar alınırken öğrenciler, öğretmenler, okul çalışanları da dahil olmak üzere toplumun sağlığının korunması öncelikli olmalıdır. Okulların kapalı kalmasının yaratacağı eğitimsel ve diğer riskler, okulların açılması halinde toplum sağlığı açısından yaratacağı riskle kıyaslanarak değerlendirilmelidir. Karar sürecinde ve sonrasında toplumun (aileler, öğrenciler, okul yönetimi, yerel sağlık otoriteleri vb) düşünceleri, beklentileri ve değerlendirmeleri de dikkate alınmalıdır (9).

### ***Okulların açılmasının çocuklar, erişkinler ve toplum açısından yaratacağı riskler***

Okulda verilecek eğitimin çok yönlü yararlarının iyi bilinmesine karşın, bunun çocuklar, öğretmenler ve toplum için oluşturduğu risklere ilişkin veriler sınırlıdır (10, 11). Çocukların COVID-19’u birbirlerine ve başkalarına bulaştırmadaki rolleri konusunda bilimsel bir uzlaşma sağlanmış değildir (9-11). Öte yandan bugüne kadar elde edilen verilerden, çocukların yetişkinlere kıyasla hastalığa yakalanmasının daha nadir olduğu ve hastalığı daha hafif geçirdikleri bilinmektedir (7). ABD’den bildirilen verilere göre 18 yaş altı çocuk ve ergenler COVID-19’a bağlı ölümlerin binde 1’inden daha azını oluşturmaktadır (7). Bazı çocuklar COVID-19 hastası olmakla birlikte, bildirilen COVID-19 olgularının yaklaşık yüzde 95’i yetişkin yaş grubuna aittir (7, 12). Türkiye’de ilk COVID-19 olgusunun bildirildiği 11 Mart 2020 tarihinden itibaren 30 Ağustos 2020 tarihine toplam 269.550 laboratuvar onaylı COVID-19 vakası bulunmaktadır. Olguların yüzde 6,9’unu 15 yaş ve altı çocuklar, yüzde 13,9’unu ise 15-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır. Yine aynı tarihe kadar COVID-19 nedeniyle toplam 6326 ölüm meydana gelmiş, 15 yaş ve altı çocuklarda COVID-19 nedeniyle 12 ölüm bildirilmiştir (tüm ölümlerin binde 2’si). 5-14 yaş arasındaki olgularda ölüm hızı onbinde 4, 15-25 yaş grubunda ise onbinde 3 olarak bildirilmiştir (13).

Çocuklarla ilgili önemli bir bilgi, erişkinlerde olduğu gibi altta yatan hastalığı, zihinsel ve gelişimsel engeli olan çocuklarda hastalığın daha şiddetli seyrettiğidir (11). Ayrıca, şiddetli ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olan multisistem inflamatuvar sendromun (MIS-C) yakın zamanda ortaya çıkması da ek endişeler doğurmaktadır. MIS-C, SARS-cov-2 enfeksiyonu sonrası nadir görülen bir olay gibi görünmekle birlikte, hangi çocukların bu komplikasyonu geliştirebileceğini tahmin etmek şu anda mümkün değildir.

Çocuklar arasında SARS-cov-2 bulaşmasına ilişkin veriler sınırlı olmakla birlikte, diğer ülkelerden elde edilen kanıtlar, COVID-19’lu çocukların çoğunun bir aile üyesinden virüsü alarak enfekte olduğunu göstermiştir (14, 15). Temaslı izlem çalışmalarından elde edilen sonuçlar, COVID-19 pozitif olan çocukların virüsü diğer çocuklara bulaştırma olasılığının, hane halkına bulaştırmalarına göre daha düşük olduğunu göstermektedir (16-18). Kuzey

Başta özel gereksinimi olanlar, küçük çocuklar, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olanlar olmak üzere çocukların sağlığı, iyilik hali ve eğitimleri açısından okulların uygun koşullarda açılmasını sağlamak önemlidir.

Fransa'da yapılan bir çalışmada, 14-18 yaş çocuklar ve erişkinlerdeki enfeksiyon atak hızının ilkökul çocuklarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (19, 20). Benzer biçimde Güney Kore'den bildirilen bir çalışmada da indeks olgu 10 yaşından küçük olduğunda ev halkı temaslıları arasında olgu görülme hızı, 10-19 yaşındaki hasta çocuğa göre daha düşük olarak bildirilmiştir (15). Buna göre küçük çocukların daha az bulaştırıcı olduğu, bulaştırmalarının tahminen ergenlik döneminden başlayarak erişkinlere benzer düzeye geldiği varsayılmaktadır. Sonuç olarak, mevcut veriler, özellikle uygun önlemler alındığında, küçük okul çocukları ve öğrencilerden öğretmenlere bulaşma oranının düşük olduğunu göstermektedir (7).

Okula geri dönüşün toplumdaki bulaşmayı ve salgın düzeyini artırıp artırmayacağı ile ilgili kanıtlar farklılık göstermektedir (11). Fransa, Belçika, Avusturya, Tayvan, Singapur, Danimarka okulları farklı uygulamalarla açmış, farklı deneyimler yaşamıştır. Danimarka'da okulların kapasitesi, öğrencilere küçük gruplarda eğitim vermek için yeterlidir ve bu şekilde temasın olabildiğince azaltılması başarılabilmektedir. Danimarka'da pandemi izlemini yürüten devlet kurumunun yaptığı açıklamada, aradan geçen zamana ve tüm korkulara rağmen okulların açılmasının COVID-19 salgınını kötü etkilemediği ve olgu sayısının artmasına sebep olmadığı belirtilmiştir (21). Okulları Mart ayında kapatıp, Mayıs ayında tekrar açan Finlandiya'da ise, 16 yaş altındaki çocuklarda yapılan test sonuçlarına göre, hastalığın okulda salgın yapmadığı gösterilmiştir. Ayrıca bu yaş grubundaki enfeksiyon hızında, okulların kapatıldığı Mart ayı ile yeniden açıldığı Mayıs ayı arasında bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Okulları hiç kapatmamış olan İsveç ile Finlandiya arasında yapılan karşılaştırmada, enfeksiyon oranlarının benzer olduğu gösterilmiştir (22). Öte yandan, toplumdaki bulaşıcılık hızının yaygın olduğu bir dönemde okulları açan İsrail'de, okulların açılmasından 10 gün sonra bir lisede salgın ortaya çıkmış, 153 öğrenci ile (atak hızı yüzde 13,2), 25 personelin enfekte olduğu bulunmuştur (atak hızı yüzde 16,6). İsrail'deki okul salgınına neden olabilecek etkenler olarak; yaşanan üç günlük sıcak hava dalgası nedeniyle okullarda maske kullanım zorunluluğunun iptal edilmesi, çocuk başına düşen fiziksel alanın önerilenden az olması, çocukların okulda 6-7 saat gibi uzun süreler geçirmeleri ve çoğunluğunun 25-45 dakika süren servis yolculuğu ile okula gelmeleri gösterilmiştir (23). Bunun üzerine, İsrailli yetkililer, salgınları önlemek için yeni düzenlemeler yapmış ve özellikle yüksek enfeksiyon oranlarına sahip şehir ve kasabadaki okulları kapalı tutmaya karar vermiştir. Fransa'da 12 milyondan fazla öğrencinin okula geri dönmesinin ardından arka arkaya okul salgınları meydana gelmiş, toplam 12 okul kapatılmıştır. Salgınların daha çok okul dışı bulaşmayla, örneğin, yüksek riskli bölgelerde tatil yapıp geri dönen kişilerle ilişki olduğunu söylemiştir (24). Belçika'da ise 5 yaş ve üstü çocuklar Eylül başı itibarı ile okula başlamışlardır; sadece yüksek risk grubundakilerin evde kalmasına izin verilmiştir. Enfeksiyon oranlarının yüksek olduğu bölgelerde tatilden dönen çocukların 14 gün okula gelmelerine izin verilmemektedir (25).

Gerçek deneyimler dışında, okulların farklı modellerle açılmasına yönelik hipotetik çalışmalar da bulunmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada,

İsrail'deki okul salgınına neden olabilecek etkenler olarak; yaşanan üç günlük sıcak hava dalgası nedeniyle okullarda maske kullanım zorunluluğunun iptal edilmesi, çocuk başına düşen fiziksel alanın önerilenden az olması, çocukların okulda 6-7 saat gibi uzun süreler geçirmeleri ve çoğunluğunun 25-45 dakika süren servis yolculuğu ile okula gelmeleri gösterilmiştir

okulların yüzyüze eğitime kısmen veya tamamen açılması şeklindeki ikili senaryoyu; test etme, izolasyon ve temaslı takibinin değişen kapsayıcılığı ile inceleyen modellerden denetlenmiştir (26). Bu çalışmanın sonuçları; semptomatik ve/veya yüksek temaslı olguları test etme, temaslı izleme ve izolasyon önlemlerinin yokluğunda veya bu önlemler sınırlı bir gruba uygulandığında, okulların yeniden açılmasının (kısmen de olsa), buna yaşamın diğer alanlarında meydana gelen “normalleşme” de eklendiğinde, olgu sayılarında önemli artışa yol açacağı gösterilmiştir. Öte yandan eğer yeterli test, izlem ve izolasyon kapasitesi varsa okulda ortaya çıkacak olgulardan meydana gelecek ikincil salgınlar önlenmektedir.

Özetle; uluslararası deneyimlerden elde edilen kanıtlar, enfeksiyonun yayılma hızının düşük olduğu toplumlarda, iyi bir plan, okullarda gerekli önlemlerin uygulanması, iyi bir test, temaslı izlemi ve izolasyon sistemiyle okulların yeniden açılmasının güvenli olabileceğini göstermektedir. Öte yandan, bulaşma hızının halen yüksek olduğu toplumlarda okulların yeniden açılmasının, riski artırabileceğini öne sürülmektedir (4, 7, 9).

### **Risk değerlendirme**

Burada vurgulanması gereken iki önemli nokta bulunmaktadır; bunlardan birisi riskin var veya yok şeklinde ikili bir durum olmadığıdır. Bununla bağlantılı olarak diğer önemli nokta ise, önlemler tam olarak alınsa bile riski tamamen elimine etmenin mümkün olmayacağıdır. Bu nedenle, 2020-2021 eğitim-öğretim yılında okulların yüz yüze eğitim için (tamamen veya kısmen) yeniden açılmasını düşünürken, bulaşmayı tamamen önlemenin mümkün olmayacağını anlamak; planı buna göre yapmak gerekir. Burada asıl soru yeni olgu görülüp görülmeyeceği değil, görülürse yayılımın nasıl olacağı ve nasıl yönetileceğidir. Bu nedenle, okulların açılması süreci dinamik bir süreç olarak planlanmalı; ne(ler) olursa veya hangi durumda yeniden kapanmanın gündeme geleceği, kabul edilebilir risk düzeyleri, önlemlerin ne zaman sıkılaştırılacağı veya gevşetileceğine dair eşik düzeyleri belirlenmelidir (9). CDC'nin okul karar ağacına göre, hastalığın toplumdaki yayılımının yaygın olduğu yerlerde genişletilmiş okul kapanışları uygulaması gerekebilir. Bu nedenle, bu yaygın bulaşmayı neyin oluşturduğuna ve okulların hangi koşullar altında tekrar kapatılacağına ilişkin kararların önceden verilmiş olmasını önerilmektedir (9).

Okulların yeniden açılması kararı verilirken yapılacak risk değerlendirme-sinde yerel durum ve koşullar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Okulların koşulları ve hastalığın epidemiyolojisi bölgelere göre farklılık gösterdiğinden, yerel durumu dikkate almayan toptancı bir yaklaşımla risk değerlendirmesi yapmak uygun olmayacaktır.

Gerek eğitimde seçilecek modele gerekse uygulanacak zarar azaltma önlemlerine karar vermek için kullanılan anahtar göstergelerden en önemlisi *hastalığın toplumdaki yayılımının boyutudur*. Yayılımın boyutunun yanı sıra dikkate alınması gereken diğer etkenler şunlardır: *toplumun özellikleri* (nüfus büyüklüğü, yoğunluğu, hassas grupların varlığı gibi), *sağlık sisteminin kapasitesi ve halk sağlığı kapasitesi* (test yapma kapasitesi, temaslı izleme kapasitesi, izolasyon olanakları gibi). Hastalığın toplumdaki yayılımının bo-

Okulların açılması süreci dinamik bir süreç olarak planlanmalı; ne(ler) olursa veya hangi durumda yeniden kapanmanın gündeme geleceği, kabul edilebilir risk düzeyleri, önlemlerin ne zaman sıkılaştırılacağı veya gevşetileceğine dair eşik düzeyleri belirlenmelidir

yutnu değerlendirmek için 100 bin kişi başına günlük yeni olgu sayısı ile test pozitifliği yüzdesi kullanılmaktadır. Buna göre riskin en düşük olduğu düzey, günlük yeni olgu sayısının yüzbinde 1'den küçük olduğu durumdur ve yeşil ile ifade edilmektedir. En yüksek risk ise kırmızı bölgedeki insidans hızına aittir ( $>25/100.000$ ) (27). Risk değerlendirmesine test pozitifliği yüzdesi de eklenebilir; yüzde 5'den küçük test pozitifliği düşük toplumsal bulaşıcılığa; yüzde 10'dan büyük pozitiflik ise yüksek bulaşıcılığa işaret etmektedir (Tablo).

**Tablo: COVID Risk Düzeyi**

Risk Düzeyi	Olgu İnsidans Hızı	
Çok Yüksek (Kırmızı)	$> 25$	Günlük Yeni Olgu / 100.000
Yüksek (Kavuniçi)	10-25	Günlük Yeni Olgu / 100.000
Orta (Sarı)	1-10	Günlük Yeni Olgu / 100.000
Düşük (Yeşil)	$< 1$	Günlük Yeni Olgu / 100.000

Okulların açılma kararı alındıktan sonra da hastalığın toplumdaki aktivitesi izlenmelidir. Okullara özel olarak *öğrenci, öğretmen ve çalışanlar arasında devamsızlık oranları* bu açıdan önemli bir göstergedir. İzlemede kullanılacak verinin bölge, yaş, etnik grup, gelir gibi özelliklere göre ayrıştırılmış olması gerekir. COVID-19'un kaynak yetersizliği olan topluluklar üzerindeki orantısız etkileri bilindiğinden, ayrıştırılmış veriler, zararı azaltmaya veya önlemeye yönelik müdahalenin nasıl adil bir şekilde yapılacağı konusunda yol gösterici olacaktır. İl veya ilçedeki hastalık aktivitesini sürekli değerlendirmek ve bilgiye dayalı kararlar almak için, okul yöneticileri ile merkezi veya yerel sağlık kuruluşları sürekli iletişim içinde olmalıdır.

Test konusu da okulların açılması ile gündemde olan önemli tartışma konularından birisidir. CDC, 12. Sınıfa kadar olan öğrencilerin ve personelin kitlesel olarak test edilmesini, yani asemptomatik olan ve herhangi bir temas öyküsü bulunmayan kişilerin teste tabi tutulmasını önermemektedir (28). Bu tür bir test yaklaşımının bulaşmada azalmaya katkıda bulunup bulunmadığına ilişkin kanıt yoktur. Ayrıca yaygın ve tekrarlayan test stratejisinin lojistik, maliyet, kabul ve katılım gibi zorlukları olacak; eğitim ortamı bu düzenlemeden olumsuz etkilenecektir. Ancak, şüpheli bir olgu saptandığında bunun yönetimi ve temaslıların izlemi açısından test kapasitesi son derece önemlidir ve gerektiğinde teste ulaşım mutlaka sağlanmalıdır. Testin okula ait izleme planına nasıl dahil olacağı ve temaslı izlemi konusunda okul ile yerel sağlık yöneticileri işbirliği yapmalıdır.

Burada çok önemli konulardan birisi ailelerin ve tüm personelin COVID-19 semptomları, evde kalma talimatları, korunma yöntemleri hakkında eğitim almalarının sağlanmasıdır. Hastalık belirtisi gösteren öğrencilerin ve okul personelinin evde kalması çok önemli bir tedbir olacaktır. Çocuklara da

CDC, 12. sınıfa kadar olan öğrencilerin ve personelin kitlesel olarak test edilmesini, yani asemptomatik olan ve herhangi bir temas öyküsü bulunmayan kişilerin teste tabi tutulmasını önermemektedir



eğitim döneminin başlangıcında bu eğitimler uygun yöntemlerle verilmelidir.

### **Okullarda alınacak önlemler**

Öğrenciler, aileler ve okul çalışanları, bu olağanüstü dönemde, toplumun sağlığını korumak için okulların “normal” olarak faaliyet gösteremeyeceğini; pek çok yeni uygulamanın yürütüleceğini bilmelidirler. Yeni dönemde okulda hastalığın bulaşma riskini azaltmak için yeni uygulamalar yapılacak, eski rutin değiştirilecektir. Okullarda alınacak önlemlerin etkinliği hakkında halen belirsizlikler vardır; bu belirsizliklerin bir kısmı okulların açılması ile birlikte çalışılıp, değerlendirilecektir.

Mühendislik önlemleri olarak adlandırılan sınıfların uygun havalandırılması, fiziksel mesafenin ayarlanması, düzenli temizlik yapılması, ateş ölçümü ve semptom taraması gibi işlemler açılan okulların hemen hepsinde uygulanmaktadır (11). Ateş ölçümü tek başına değil, semptom değerlendirmesi ile birlikte daha anlamlıdır. İdari önlemler olarak adlandırılan önlemler ise, eğitimin yürütülmesinin yeniden düzenlenmesi, okullarda kalabalık toplanmaların yapılmaması, teması sınırlayan küçük öğrenci grupları oluşturulması, el yıkama rutinlerinin yerleştirilmesi, eğitimler düzenlenmesi gibi uygulamalardır. Danimarka’da uygulanan kohort yöntemi (cohorting) buna bir örnek olarak verilebilir. Bu uygulamada, okullarda küçük öğrenci grupları oluşturup bu grubun başka gruplarla karışmaması ve mümkünse gün boyu aynı öğretmen ile kalmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

Kişisel koruyucu ekipman kullanılması açısından da ülkeler arasında fark bulunmaktadır. Danimarka’da öğrenciler veya öğretmenler için yüz maskeleri kullanılmamaktadır. Çünkü kontroller hiyerarşisinin daha yüksek basamaklarındaki mühendislik ve idari önlemleri iyi bir şekilde uygulama kapasitesine sahiptirler. Almanya’da ise sadece ortak alanlarda maske uygulanmış, öğrencilerin diğer gruplarla minimum temas ve düzenli el yıkama uygulamasına iyi uyum sağladıkları bildirilmiştir. Rusya’da Eylül başında açılan okullarda sınırlı sayıda önlem alındığı; öğretmenlerin ve çocuklar için maske takması uygulaması yapılmayacağı bildirilmiştir. Öte yandan İspanya’da 5 yaş üzeri çocuklar için maske zorunluluğu bulunmaktadır (25). İngiltere’de ise, okulda maske kullanılması ile ilgili ülke çapında bir kural yoktur. Hükümet bu kararları tek tek okullara bırakmıştır ve ilkokuldaki çocuklar için gerekli olmadığı bildirilmiştir (25).

### **Okuldaki paydaşların sürece katılımı**

Okullar açılmadan önce ve açıldıktan sonraki süreçte, alınan önlemlerle yapılması gerekenlerin gerekçeleriyle birlikte öğrenciler, öğretmenler, personel ve aileler ile paylaşılması sürecin iyi yönetilmesi için anahtardır. Okul binasındaki uygun yerlere önlemleri ve okulda güvenli biçimde nasıl hareket edileceğini hatırlatan poster ve uyarı işaretleri asılmalı, fiziksel mesafeyi korumayı kolaylaştıracak işaretlemeler yapılmalıdır. Öğrencilerin, öğretmenlerin, okul personelinin ve ailelerin her bir önlemin gereğini ve bulaşmadan nasıl koruduğunu anlamaları çok önemlidir; bu tür bir anlama sağlığı okuryazarlığını da güçlendirecektir. Bu eğitimlere varsa okul hemşiresi,

Danimarka’da uygulanan kohort yöntemi (cohorting) uygulamasında, okullarda küçük öğrenci grupları oluşturup bu grubun başka gruplarla karışmaması ve mümkünse gün boyu aynı öğretmen ile kalmasının sağlanması amaçlanmaktadır.



mümkünse yerel halk sağlığı yöneticileri de katılmalıdır. Kurallara uyumun izlenmesi için de bir mekanizma oluşturulmalı; kurallara uymak konusunda cezalandırma yerine teşvik edici bir yaklaşım kullanılmalıdır.

Semptomu olan öğrencilerin ve çalışanların evde kalması önemlidir; devamsızlık çocuklar için de çalışanlar için de bir ceza mekanizması olmaktan çıkarılmalıdır.

Alınan önlemlere karşın bazı kişilerin hastalığa yakalanacakları öngörülebilir. Öncelikle aileler ve çalışanlar COVID-19 semptomlarını ve hangi durumda evde kalmaları gerektiğini bilmelidirler. Ailede pozitif olgu varsa bütün aile üyeleri yakın temaslı sayıldığından, evdeki çocuk okula gönderilmemelidir. Okul sırasında herhangi bir kişide semptom gelişirse kişi derhal izole edilmelidir. Bunun için okullarda izolasyon için ayrılmış yerler ve bu göreve atanmış personel (varsa okul hemşiresi) bulunmalıdır. Olgu ortaya çıkması durumunda yerel sağlık kuruluşlarından destek alınmalı, gizlilik ilkelere özen göstererek, okul çalışanları, aileler ile yerel sağlık otoritesi hızla bilgilendirilmelidir. Bir okuldaki tek bir COVID-19 olgusu, özellikle toplumdaki bulaşıcılık düzeyleri yüksek değilse, tüm okulun kapatılmasını gerektirmeyebilir. Okulu yeniden kapatmadan önce, toplumdaki bulaşıcılık düzeyi ile SARS-cov-2 testi pozitif olan bireyin yakın temaslarının kapsamı dikkate alınmalıdır (7).

### **Sonuç ve öneriler**

Literatürden elde edilen bilgiler genellenecek olursa, çocukların birbirlerine bulaştırıcılığının daha az, hastalığa yakalanma olasılıklarının daha düşük olduğu ve hastalığa yakalandıklarında da daha hafif geçirecekleri durumda okulları kapalı tutmak, eğitim ve başka pek çok açıdan bir kayıp olacaktır. Öte yandan COVID-19 ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır, değişmektedir ve farklılık göstermektedir. Eğer çocukların hastalığı bulaştırmada önemli rolleri varsa, okulların açılması olgu sayılarının artmasına, salgınların ortaya çıkmasına neden olacak ve önemli riskler yaratacaktır (29); Türkiye gibi halen yüksek olgu hızına sahip toplumlarda bu daha da önem kazanacaktır.

Bu verilerin de ışığında, önceki deneyimler ve yayımlanan rehberlerde işaret edilen önemli konular, ülkemiz açısından değerlendirilerek özetlenmiştir (9):

1. Açılma ile ilgili karar verilirken, hastalığın toplumdaki yaygınlığı (yukarıda belirtilen göstergeler kullanılarak), bölgenin/ilin hasta bakım kapasitesi, halk sağlığı hizmetlerinin durumu ile bölge nüfusunun özellikleri ve bölgedeki/ildeki okulların koşulları mutlaka dikkate alınmalıdır. Öte yandan, hemen her sektörde açılma gerçekleşmişken, en temel gereksinimlerden olan eğitimden ve eğitimin okullarda yapılmasının sağlayacağı yararlardan kolayca vazgeçmemek gerekir. Yalnızca uzaktan eğitime dayalı bir model, kaynakları sınırlı olan aileler ve öğrenciler için özellikle sorunludur. Bu nedenle, salgınla etkili mücadeleye devam etmek, olgu sayılarındaki artışa neden olan etkenleri iyi değerlendirilip bunların iyi iletişimini yaparak önlemlere uyumu artırmak, test, temaslı izlemi, karantina ve izolas-

Semptomu olan öğrencilerin ve çalışanların evde kalması önemlidir; devamsızlık çocuklar için de çalışanlar için de bir ceza mekanizması olmaktan çıkarılmalıdır.

yon süreçlerini ve kapasitelerini güçlendirmek ve bunlar olurken de okulların güvenle açılabilmesi için uygun modeller geliştirmek en iyi çözüm olacaktır.

2. Okulların açılması ile ilgili kararın, tüm ülke için tek model olarak değil, illere göre farklı modeller ve gerekirse farklı zaman biçiminde planlanması uygun olacaktır. Küçük çocukların okul eğitimine olan gereksinimleri dikkate alınarak önce ilkokullar açılıp, sırayla daha büyük çocuklara ilişkin bir planlama da yapılabilir. Model olarak ise mevcut durumda, kişiler arası teması en aza indirecek, aynı anda okulda bulunan öğrenci sayısını sınırlayacak, kapalı ortamlarda uzun süre kalmayı azaltacak uygulamalar öncelenmelidir. Buna göre uzaktan eğitimle yüz yüze eğitimin birlikte yürütüldüğü hibrit model kaçınılmaz olacaktır. Öğrencilerin sayıları azaltılmış da olsa okulda bulundukları sürede, okulun her ortamında (sınıf, koridor, bahçe vb) birbirleriyle temasını en aza indirecek, farklı grupların birbiriyle karşılaşmalarını sınırlayacak yöntemlerin kullanılması uygun olacaktır. Yine, mümkün olduğu sürece açık hava sınıfları gibi modeller de düşünülmelidir. İklim dahil olmak üzere şehirlerin pek çok açıdan farklı olması nedeniyle merkezi değil, yerel kararlar alınması önem kazanmaktadır.
3. Okullarda Sağlık Bakanlığının hazırladığı rehberde belirtilen önlemlerin (30) uygulanabilmesi için yapısal eksiklikler giderilmelidir.
4. Okullarda tüm öğretmenler ve personel için cerrahi maske ile okul binalarına giren herkes için el hijyeni sağlayacak malzeme sağlanmalıdır. Ortak kullanım alanlarında ve sınıflarda yeterli miktarda el antiseptiği bulundurulmalıdır. El temizliği sağlığın korunmasının en temel ilkelerinden birisidir; ellerin su ve sabunla yıkanması özellikle teşvik edilmeli, malzeme eksikliği giderilmelidir.
5. Yerel düzeyde okul yönetimleri ve halk sağlığı yöneticileri arasında okulların hazırlıklılığı, şüpheli olguların izlenmesi ve yönetimi, okulların kapatılma kararının tartışılması, okulda COVID-19 eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi konularında işbirliği yapılmalıdır.
6. Okulların açılmasına ilişkin planlar yapılırken, okullar arasındaki eşitsizlikler dikkate alınmalıdır. Okulların fiziksel şartları, personel sayısı, öğrenci sayısı, sınıfların kapasitesi ve uzaktan öğrenme altyapıları değerlendirilmelidir. Ailelerin durumu da dikkate alınmalıdır. Koşulları sınırlı olan okullarda bu gerekli önlemlerin alınması için uygun çözümler geliştirilmeli, çözüm için rehberlik yapılmalı, çocuklar ve çalışanlar kapalı ve kalabalık ortamlarda eğitime mahkûm bırakılmamalıdır. Öğrenci sayısını azaltmaya yönelik uygun yöntemlerin bulunması için MEB, öğretmen sendikaları ve ilgili sivil toplum kuruluşlarıyla farklı eğitim modellerini tartışmak üzere çalıştaylar düzenleyebilir. Sınıf sayısını artırmak için o bölgede kullanılmayan kamu binalarının eğitime ayrılması bir çözüm olarak düşünülebilir. Ayrıca, atanamayan öğretmenler istihdam edilerek küçük grup eğitimlerinin yapılması için olanak artırılabilir. Okullar, etki azaltma stratejilerini uygulamadaki tüm mali yükü üstlenemeyecektir. İlçelere ve okullara, bireysel ve toplum sağlığını korumak ve okulların açık kal-

masını sağlamak için gerekli önlemleri alabilmeleri için önemli miktarda kaynak sağlanmalıdır.

7. Önlemlerin hepsini birden tam olarak uygulamak zor olduğunda daha etkili olanı öncelemek gerekecektir. COVID-19'un bulaş yoluyla ilgili mevcut bilgimize dayanarak, maske takmaya, el antiseptiği sağlamaya, fiziksel mesafeye ve büyük toplantıları sınırlamaya öncelik verilmelidir.
8. Mevcut bilgiler, güçlü bir temaslı izlem sistemi ile, semptomu olanlar ve temaslıları için yeterli test kapasitesinin okulları güvenle açmak için önemli olduğunu göstermektedir.
9. Okulların açılması ve toplum sağlığına etkisiyle ilgili olarak aşağıdaki konularda çalışmalar yapılması önerilir:
  - Çocukların COVID-19'u birbirlerine ve başkalarına geçirmelerindeki rolleri
  - Okulların açılmasının toplumda koronavirüsün yayılmasına olan etkisi
  - Hava yoluyla bulaşmanın rolü
  - Zarar azaltma önlemlerinin göreceli etkinliği

Sonuç olarak okulların açılıp açılmama kararı bilimsel ve idari açıdan özenle ele alınması gereken bir karardır. İlgili tarafların, uzmanların, toplum temsilcilerinin görüşleri alınarak ve onların katılımıyla yapılacak iyi bir planlamayı, iyi izlem protokollerini, iyi iletişimi ve yeterli kaynak aktarımını gerektirir. En önemlisi, gerek açılma kararı için, gerekse okullar açıldıktan sonraki süreçte hastalığın toplumdaki (ve okullardaki) durumuyla ilgili bilgilerin açık biçimde, sürekli olarak, değiştirilmeden ve karşılaştırmaya olanak sağlayacak şekilde paylaşılmasıdır. Yöneticilere ve açıklanan verilerin doğruluğuna duyulan güven, salgınla mücadelenin her aşamasında, salgının iyi yönetilmesi ve uyumun artması için en önemli gerekliliklerden birisidir. Ailelerin, öğrencilerin, okul çalışanlarının ve tüm toplumun okulların açılmasına ilişkin bu önemli kararın gerekçesini ve alınacak önlemleri bilmeleri, onların da sürece katılması, uyumu ve işbirliği için gereklidir. Uzun soluklu olduğu anlaşılan bu süreçte toplumsal dayanışma için şeffaflık ve açıklık şarttır. Bu ilkenin gereğince yerine getirilmemesi, okulların açılmasının tartışıldığı bu dönemde önümüzdeki en önemli zorluk olarak durmaktadır. Öte yandan, okul ortamında verilen eğitimin çocuklar ve gençler için sağladığı yararlar dikkate alınarak, okulların güvenli biçimde açılmasını sağlamak için gerekli bütün çaba gösterilmelidir.

### Kaynaklar

1. Worby CJ, Chaves SS, Wallinga J, et al. On the relative role of different age groups in influenza epidemics. *Epidemics*. 2015; 13: 10-16
2. Hatchett, R.J., C.E. Mecher, and M. Lipsitch, Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 Influenza pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2007. 104 (18): p 7582-7587.
3. Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. 2009: World Health Organization.

Gerek açılma kararı için, gerekse okullar açıldıktan sonraki süreçte hastalığın toplumdaki (ve okullardaki) durumuyla ilgili bilgilerin açık biçimde, sürekli olarak, değiştirilmeden ve karşılaştırmaya olanak sağlayacak şekilde paylaşılmasıdır. Yöneticilere ve açıklanan verilerin doğruluğuna duyulan güven, salgınla mücadelenin her aşamasında, salgının iyi yönetilmesi ve uyumun artması için en önemli gerekliliklerden birisidir.

- [https://www.who.int/influenza/resources/documents/pandemic\\_guidance\\_04\\_2009/en](https://www.who.int/influenza/resources/documents/pandemic_guidance_04_2009/en)
4. Auger K, Shah SS, Richardson T. Et al. Association Between Statewide School Closure and COVID-19 Incidence and Mortality in the US. JAMA doi:10.1001/jama.2020.14348. Published online July 29, 2020.
  5. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (npis) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College COVID-19 Response Team, March. 2020; 16
  6. Flattening the COVID-19 peak: containment and mitigation policies. OECD. March 2020.
- <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/flattening-the-covid-19-peak-containment-and-mitigation-policies-e96a4226/>
7. The Importance of Reopening America's Schools this Fall. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/reopening-schools.html>
  8. Colao A, Piscitelli P, Pulimeno M, Colazzo S, Miani A, Giannini S. Rethinking the role of the school after COVID-19. The Lancet. Published Online May 25, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30124-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30124-9)
  9. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2020. Reopening K-12 Schools During the COVID-19 Pandemic: Prioritizing Health, Equity, and Communities. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25858>.
  10. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Public Health Decision Making during COVID-19 — Fulfilling the CDC Pledge to the American People. The New England Journal of Medicine. July 29, 2020. DOI: 10.1056/nejmp2026045
  11. Preparing K-12 School Administrators for a Safe Return to School in Fall 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/prepare-safe-return.html>
  12. Bialek S, Gierke R, Hughes M, mcnamara LA, Pilishvili T, Skoff T. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69: 422–426
  13. TC Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Haftalık Durum Raporu 24/08/2020 – 30/08/2020. Türkiye
- [https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38609/0/covid-19-haftalik-durum-raporu---35-haftapdf.pdf?\\_tag1=49A327CBDF8BDB90BB94DB427B6D677518AAF42](https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38609/0/covid-19-haftalik-durum-raporu---35-haftapdf.pdf?_tag1=49A327CBDF8BDB90BB94DB427B6D677518AAF42)
14. Rajmil L. Role of children in the transmission of the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. *BMJ Paediatr Open*. 2020; 4: e000722.
  15. Park YJ, Choe YJ, Park O, et al. Contact tracing during coronavirus disease outbreak, South Korea, 2020. *Emerging Infect Dis*. 2020 July 16
  16. Danis K, Epaulard O, Bénet T, Gaymard A, Campoy S, Botelho-Nevers E, et al. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the French Alps, 2020. *Clin Infect Dis*. 2020; ciaa424.
  17. National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS). COVID-19 in schools – the experience in NSW. Sydney, Australia: ncirspdf icon; 2020.
  18. Laura H, Geraldine C, Ciara K, David K, Geraldine M. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Euro Surveill*. 2020; 25: pii=2000903.

19. Fontanet A, Tondeur L, Madec Y, et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective cohort study. Medrxiv 2020; published online April 23. <https://doi.org/10.1101/2020.04.18.20071134> (preprint).
20. Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. SARS-cov-2 infection in primary schools in northern France: a retrospective cohort study in an area of high transmission. Medrxiv 2020; published online June 29. <https://doi.org/10.1101/2020.06.25.20140178> (preprint).
21. How reopened schools in Denmark keep children safely apart. BBS news. <https://www.bbc.com/news/education-52550470>
22. COVID-19 in schoolchildren. A comparison between Finland and Sweden. Public Health Agency of Sweden, Year 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c1b78bffbde4a7899eb0d8ffdb57b09/covid-19-school-aged-children.pdf>
23. Chen SZ , Nitza A, Hanna S, et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. Eurosurveill. 2020; 25 (29): pii=2001352. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.29.2001352>
24. Days after reopening, France shuts 22 schools after COVID-19 outbreaks. <https://www.france24.com/en/20200904-france-shuts-22-schools-after-covid-19-outbreaks>
25. Across the Globe, Students Head Back to School. <https://www.nytimes.com/2020/09/01/world/schools-reopen-globe-students.html>
26. Panovska-Griffiths J, Kerr CC, Stuart RM, et al. Determining the optimal strategy for reopening schools, the impact of test and trace interventions, and the risk of occurrence of a second COVID-19 epidemic wave in the UK: a modelling study. Lancet Child Adolesc Health 2020; published online Aug 3. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30250-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30250-9).
27. The Path to Zero and Schools: Achieving Pandemic Resilient Teaching and Learning Spaces. Harvard Global Health Institute. [https://globalepidemics.org/wp-content/uploads/2020/07/pandemic\\_resilient\\_schools\\_briefing\\_72020.pdf](https://globalepidemics.org/wp-content/uploads/2020/07/pandemic_resilient_schools_briefing_72020.pdf)
28. Interim Considerations for K-12 School Administrators for SARS-cov-2 Testing. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/k-12-testing.html>
29. Edmunds WJ. Finding a path to reopen schools during the COVID-19 pandemic. Lancet Child Adolesc Health. 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30249-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30249-2)
30. TC Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. 17 Temmuz 2020. [https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/toplumda-salgin-yonetimi/salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi/COVID-19\\_SALGIN\\_YONETIMI\\_VE\\_CALISMA\\_REHBERI.pdf?](https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/toplumda-salgin-yonetimi/salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi/COVID-19_SALGIN_YONETIMI_VE_CALISMA_REHBERI.pdf?)



# PANDEMİDE TIP FAKÜLTESİNDE ÖĞRENCİ OLMAK

## | Türk Tabipleri Birliği – Tıp Öğrencileri Kolu

COVID-19 pandemi süreci yaşamın her alanını etkilediği gibi biz tıp öğrencilerini de birçok farklı açıdan etkilemiştir. Bu süreçte tıp eğitiminde yaşadıklarımızı net bir şekilde görebilmek adına yaptığımız anket çalışmasıyla birçok fakülteden öğrenci arkadaşlarımızın görüşlerine ve yaşadıklarına ulaşabildik.

Anket bulgularından gördük ki; tıp eğitimi özelinde yaşanan sorunlar diğer bölümlerdeki öğrenci arkadaşlarımızın yaşadığı sorunlardan çok da farklı değil. Sürecin başlangıcından beri yaşatılan belirsizlik ve kaos ortamı, eğitim materyallerine ulaşımında yaşanan fırsat eşitsizlikleri, ders içeriklerinin yetersiz kalması, pratik eğitimlerin aksaması...

Her bir neden bizler için ekstra birer stres kaynağı oluyor kuşkusuz.

Pandemi sürecinin başlangıcından itibaren sürekli değişen ve ağırlıklı olarak online ilerleyen tıp eğitimi, ileri dönemdeki mesleki sorumluluğumuz da düşünüldüğünde yetersiz kalmış yeri doldurulması zor boşluklar oluşturmuştur. Her bölgeden binden fazla öğrenci arkadaşımızın yanıtladığı anket sonuçlarına baktığımızda durumun vehametini daha net gördük.

Pandemi süresince uygulanan tıp eğitimi değerlendirilmeye yönelik yaptığımız anket sonuçlarına göre tıp öğrencilerinin yüzde 78'si bir önceki dönem yapılan online eğitimlere katıldı. Derslere katılmayan öğrencilerin katılmama gerekçelerine baktığımızda öğrencilerin;

- Yüzde 52'si verim alamayacağını düşündüğü için,
- Yüzde 33'ü hocaların online eğitime uyum sağlayamadığını düşündüğü için,
- Yüzde 32'si internete erişimde sorun yaşadığı için,
- Yüzde 25'i ise uygun çalışma ortamı bulamadığı için online eğitim sürecine katılmadığını belirtti.

Öğrencilerin yüzde 78'i pandemi sürecinde aldıkları eğitimin verimsiz olduğunu belirterek, bunun en önemli nedeninin tıp eğitiminin -hocaların online eğitime uygun olmadığı- uyum sağlayamadığı biçiminde belirtmiştir. Öte yandan öğrencilerin yüzde 35'i derse katılacak uygun ortamı bulamamış,

yüzde 34'ü internet erişimini sağlayamamış ve %28'i de yeterli ekipmana ulaşamadığı için verilen eğitimden verim alamadığını belirtmiştir.

Verilerimiz pratikten, gözlemden ve toplumdan bağımsız düşünölemeyecek tıp eğitiminin online uygulamasının ne kadar yetersiz kaldığına işaret etmektedir. Aynı zamanda ilkokuldan üniversiteye kadar bütün eğitim sürecinde var olan fırsat eşitsizliği durumunun derinleştiğini de açık bir şekilde göstermektedir. Pandemi döneminde ne yazık ki öğrencilerin önemli bir bölümü internet, elektronik materyal, uygun çalışma ortamı vs. Bulamadığı için eğitim haklarından mahrum kalmışlardır.

Araştırmamız üzerine verilen ve uygulanan kararların primer olarak bizleri etkilediği tıp eğitimi planlama aşamalarına dahil edilmediğimizi de ortaya koymuştur. Ankete katılan öğrencilerin yüzde 83'ü fakültelerin eğitim süreciyle ilgili karar alırken sürece dahil edilmediklerini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin yüzde 80'i yeni dönemde alacağı eğitimin etkili ve verimli olacağını düşünmemektedir. Bunun en başta gelecek nedeninin (%80) pratik eğitimlerin eksik kalacak olması oluşturuyor. Diğer nedenler ise geçmiş eğitimlerin verimsizliği için gerekçe gösterilen nedenlerle benzer biçimde ifade edilmekte...

COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanları kadar sahada olan sağlık öğrencilerinin de risk altında olduğu ve bu durumun göz ardı edilmesi riski daha da arttırmaktadır. Bu süreçte onlarca COVID-19'a yakalanmış intörn haberleri gelmeye devam ederken intörlük sürecinde COVID-19'dan kaybettığımız Merve Mercan arkadaşımızın da acısını yaşadık.

Halen yüz yüze eğitimleri devam eden stajyer ve intörnlerin yüzde 62'si kişisel koruyucu ekipman yetersizliği yaşadığını ifade etmekte, yüzde 76'sı çalıştığı-eğitim aldığı ortamın kendisi ve çevresi için risk oluşturduğu vurgulamakta. Benzer biçimde eğitim alan öğrencilerin yüzde 59'u eğitim alacağı yere ulaşma sürecinin de kendisi ve çevresi için risk oluşturduğunun altını çizmekte. Kuşkusuz bu durumlardan her birisi hepimize önemli derecede kaygı-stres yaşatmakta...

Nasıl bir eğitim istediğimizi sordüğümüzda ise gelen yanıtlardan gördük ki, sadece online verilen ve bütün sorumluluğu biz öğrencilere yıkan mevcut durum yeterli ve ulaşılabilir değil. En başından beri ve şu andan iti-


**Türk Tabipleri Birliği**  
@ttborgtr

Tıp öğrencileri toplum sağlığının geleceğidir.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi intern Dr. Merve Mercan Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle hayatını kaybetti.

Acımız tarifsiz.

Ailesine ve tüm sağlık camiasına başsağlığı dileriz.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi  
intern Dr. Merve Mercan  
Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle  
hayatını kaybetti.



Dr. Merve Mercan


**Türk Tabipleri Birliği**

baren yapılması gereken; bizleri sürece dahil ederek, sağlığını, toplum sağlığını ve mesleki sorumluluğumuzu göz önünde bulunduran bir yöntem izlenmesidir.

Yaptığımız çalışma gösterdi ki; biz öğrencilerin tıpkı toplumun geri kalanı gibi birçok noktada kaygısı var. Kaygılarımız geçtiğimiz dönem yaşadığımız tecrübelerden geliyor. Korona sürecine hazırlıksız yakalanan fakülteler verimli eğitim sunamadı. Verilen online eğitimde alt yapı sorunları nedeniyle katılamayan öğrenciler oldu. Katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu verim alamadığını belirtti. Online dersleri sunan hocaların yüz yüze sundukları eğitime kıyasla uyum sağlayamaması bu sorunlar için en büyük etken oldu. Ders anında odaklanmaya engel olan ortam şartları da yine verimsizliği arttıran nedenler arasında. İnternet erişimi sorunu, ders içeriğine ulaşma ve ders anında odaklanma problemleri yarattı.

Tıp hayatında hayati derecede önemli olan hastaya yaklaşım ve bazı önemli pratiklerin uygulamalı olarak öğrenilmemesi ve telafisinin olmaması büyük eksiklik yaratacaktır. Stajyer öğrenciler uygulamalı dersleri pratikte görememenin eksikliğini hissetmektedirler. Pratik derslerin sadece online olmayacağı ama hastanedeki riskten de kaygılanan stajyer öğrenciler ikilemde kalmış durumda.

Tıp öğrencisi olarak hastanede kendini konumlandırmakta zorlanan, görev tanımı belli olmayan intörnler de birçok risk faktöründen kaygılanmaktadır. Birçok intörn yeterli ve gerekli ekipmana ihtiyaç halinde dahi ulaşamamaktadır. Ekipman eksikliği nedeniyle oldukça riskli şartlarda çalışmaktadırlar.

Yüz yüze eğitim gören yada görececek öğrenciler hem kendileri için hem de çevresi için kaygı taşımaktadırlar. Gerek ulaşım koşulları, gerek hastanedeki koşullar nedeniyle virüse maruz kalma ihtimalimiz oldukça yüksek. Özellikle kendisinde veya yakınlarında kronik hastalığı olan öğrencilerin maruz kaldıkları risk çok daha fazla. Evde kalan öğrenciler ailesine ve arkadaşlarına virüs bulaştırma endişesi taşımakta. Birçok yerde oldukça riskli olan ulaşım ve barınma koşulları ise akıllarda büyük soru işaretleri yaratmakta...

Biz öğrenciler en az şekilde riskli ve olabildiğince verimli geçecek eğitimin koşullarını ve yöntemlerini arayıp tartışmaktayız. Fakülteler, yaşadığımız tüm bu sorunların çözümü için öğrencilerin sesi olmalı ve karar verici noktada bizlerle birlikte hareket etmelidirler.

## TIP EĞİTİMİ VE COVID-19 SALGINI

**Dr. A. Hilal Batı\*, Dr. İskender Sayek\*\***

\* Doçent, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

\*\* Tıp Doktoru, Profesör, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Emekli Öğretim Üyesi

### ***Tıp eğitimi ve sağlık***

Tıp eğitimi, toplum için nitelikli koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmeti sunmayı amaçlayan bilgi, beceri, değer ve davranışlar konusunda yeterli ve yetkin “iyi hekimler” yetiştirmeyi hedefler. Bu hedefler doğrultusunda eğitim, araştırma, hizmet etkinliklerini toplumun sağlık gereksinimleri doğrultusunda planlayıp uygulayan ve ilgili taraflarla çalışarak toplum için geçerli, yüksek nitelikli eşit ve maliyet etkin sonuçlar verdiğini gösteren sosyal güvenilir bir eğitim gerçekleştirilmelidir.

Alma Ata’da gerçekleşen temel sağlık hizmetleri konferansında (1978) toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için hizmet vereceği toplumu tanıyan ve öncelikli sağlık sorunlarını bilen hekimlere gereksinim olduğu konusu tartışılmıştır. Edinburgh Bildirgesinde (1988) ise tıp eğitimi programlarının ulusal sağlık sorunlarına ve koşullarına uygun olması, eğitimin bilgi yanında mesleki beceri ve sosyal değerleri de kazandırması ve yaşam boyu sürmesi ile ilgili ilkeler yayınlanmıştır. General Medical Council tarafından 1993’te yayınlanan “Tomorrow’s Doctors” raporunda tıp fakültesi mezunlarının sahip olması gereken yetkinlikler belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ise 1995’te sağlık hizmeti sunan, karar veren, iletişimci toplum lideri ve yönetici olarak “beş yıldızlı hekim” kavramını tanımlamıştır. 2010 yılında yayınlanan “Global Independent Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century” makalesinde sağlık çalışanlarının eğitiminin temel amacının toplumun sağlığını iyileştirme olduğu ve uygulanacak müfredatta morbiditesi ve mortalitesi yüksek hastalıklara yer verilmesi gerektiği tanımlanmıştır (**Chen F, 2010**). Bu kapsamda tıp eğitimi programlarının, toplumun gereksinimleri ve sağlık politikaları ile uyumunun sağlanması, kuramsal bilgiler yanında beceri kazandıran uygulamalara, davranış bilimleri ve etik konularına yer verilmesi, eğitimin hastaneler dışında toplum içinde ve yerel sağlık birimlerinde de gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (**Batı AH, 2018**).

Ondokuzuncu yüzyılda gerçekleşen Sanayi Devrimi, yirminci yüzyılın ikinci yarısındaki İletişim-Bilişim Devrimi ve ardından Dördüncü Sanayi Devrimi ile digital teknolojinin yaşamımıza girmesiyle sanayi toplumundan bilgi top-

Sağlık çalışanlarının eğitiminin temel amacının toplumun sağlığını iyileştirme olduğu ve uygulanacak müfredatta morbiditesi ve mortalitesi yüksek hastalıklara yer verilmesi gerektiği tanımlanmıştır

lumuna sancılı bir dönüşüm yaşanmıştır. Sanayi 4.0 Devrimi ile yaşamın tüm alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da teknolojinin (yapay zeka, 3D yazıcılar, mobil, giyilebilir ve bilişim teknolojileri) kullanımı artmış ve sağlık hizmetleri ve eğitimi de bu dönüşümden etkilenmiştir.

Günümüzde sağlık alanında bilginin hızla artışı, tanı ve tedavideki gelişmeler, nüfusun yaşlanması, toplumun nüfus yapısının değişmesi, kronik ve dejeneratif hastalıklarda artış, kültürel farklılaşma, toplum beklentilerinde değişim, göçler ve sağlık hizmet sunumunun küreselleşmesi, teknolojik gelişmelerle birlikte aşırı teknoloji kullanımı, genom projesi, yeni yasa ve düzenlemeler gibi değişiklikler tıp eğitimine de yansımıştır **(Roberts T, 2014)**. Ayrıca tıp fakültelerinden sosyal güvenirliliği/hesap verebilirliği sağlamak amacıyla sağlık hizmet sunumunun nitelik, eşitlik, uygunluk ve etkinliğinin geliştirilmesi, toplumsal önceliklerle uyumsuzluğun azaltılması, sağlık çalışanlarının rollerinin yeniden tanımlanması ve toplumun sağlık durumuna etkisi ile ilgili kanıt sağlaması da beklenmektedir. Tıp eğitiminin toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamada duyarlı olması gerekliliği sağlığın gelişmesini sağlayan ve koruyan, sağlık belirleyicileri üzerinde çalışan ve bunun sağlık sistemine adaptasyonuna katkı sunan ve değişim yapan hekimler yetiştirmeyi zorunlu kılmaktadır **(Murray RB, 2012)**.

Tıp eğitimi programlarında ise bu dönüşüm, bilimsel gelişmeler ve değişen tıbbi uygulamalar ile hasta ve toplum beklentilerinin karşılanması konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Bu sürece uyum için tıp eğitiminin yeniden yapılandırılması kaçınılmaz görünmektedir. Yapılandırma sürecinde aşağıdaki başlıkların ele alınması ve mezunlara yeterlik kazandırılması önem taşımaktadır (WFME):

- Toplum gereksinimleri ve beklentilerini karşılayabilme
- Hızla gelişen bilgi ve teknolojinin üstesinden gelme
- Yaşam-boyu öğrenme
- Yeni/Gelişen bilişim teknolojilerinin kullanabilme
- Değişen sağlık uygulamalarına uyum sağlama

Sonuç olarak tıp eğitiminin hekimlik mesleğine yönelik katkıları bilimsel anlamda bilgi kazanmak, analitik ve eleştirel düşünme becerileri; mesleki uygulamalarda yetkinlik ve ustalık yanı sıra insani bilimlere yönelik kazanımlarla mesleğin sanat olarak uygulanması ve teknoloji alanında yetkinlik kazanarak mesleki uygulamalarda uygun kullanma olarak evrilmek durumundadır. Bireyi önceleyen ve onunla işbirliği içinde sunulan Hassas Tıp (Precision Medicine) uygulamaları ile hekimin tüm bu donanıma sahip olması kaçınılmaz olmaktadır **(Konig IR, 2017; Hokken TW, 2020)**.

## COVID-19 salgını

Dünyada yaşamı etkisi altına alan COVID 19 salgını, beklenmedik bir durum olarak tüm insanların sağlığını tehdit ederek sağlık hizmet sunumu dışındaki çalışma yaşamında yüz yüze iletişim ve etkileşimde kesintiye yol açmıştır. Sağlık kurumları ve sağlık çalışanları için çalışma yaşamı aktif olarak devam etmiş ve hizmet sunumundaki yoğunluk, koruyucu malzemeler-



deki sınırlılık nedeniyle ciddi anlamda risk taşıyan iş yükü artışına neden olmuştur. Yoğun çalışma temposundaki işyükü, enfekte olan sağlık çalışanlarının kaybı ile tükenmişlik ya da posttravmatik stres bozukluğu gelişmesine yol açmıştır. Toplumun güvenlik açısından duyduğu kaygı ise kısa sürede düzelmesi mümkün olmayacak agorafobi boyutu kazanmış, hareketlilik büyük ölçüde azalmış ya da sınırlanmıştır. Böylece tehlikeli durumlarda yaşanan anlamlı ve önemli bir tepki olan kaygı ve korku, salgın sürecinde bireylerin özel ve iş yaşamını ciddi düzeyde olumsuz etkileyen bir hastalık durumuna dönüşmüştür.

Sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, böyle bir sağlık sorunu karşısında yetersizlik ve hazırlıksız olma dikkat çekicidir. Sağlık kurumları ve özellikle hastanelerde aşırı yüklenme altyapı yetersizliklerini ortaya koymuştur. Çalışma ortamları hem sağlık çalışanları hem de hastaların güvenliği açısından risk taşımaktadır. COVID 19 ile mücadelede önlemlerin etkili uygulanması için yeni nesil teknolojiler büyük destek sağlamaktadır.

Salgın, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerine ilişkin farkındalığı artırma, sağlık çalışanları arasında ekip çalışması ve disiplinler arası işbirliğini geliştirme, hijyen ve koruyucu hekimliğin önemini ortaya koyma, doğanın ve sosyalleşmenin değerini anlama, çevrim içi eğitimler gibi olumlu etkiler yaratmıştır. Bununla birlikte özellikle yaşlılar ve kronik hastalıkları olanlara yönelik sağlık hizmetlerinin aksaması, kaygıya bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişimi engellemesi, kongre ve sempozyumların ertelenmesi ve tıp eğitiminde aksama gibi olumsuz sonuçlar da yaratmıştır.

### COVID 19 salgını ve tıp eğitimi

COVID 19 salgını, tüm dünya ülkelerinde virüsün yayılmasını engellemeye yönelik acil durum planlarının, maske ve fiziksel mesafe stratejilerinin uygulanmasına yol açmıştır. İzolasyon amaçlı bu önlemler yaşamın tüm alanlarını olduğu gibi eğitimi de etkilemiş, her düzeydeki eğitim kurumları ve üniversitelere devamların da kesintiye uğramasına neden olmuştur. Dünyada eğitimin kesintiye uğramasından etkilenen 1,5 milyar öğrencinin olduğu tahmin edilmektedir (**Taha M, 2020**). COVID-19, küresel düzeyde sağlık ve ekonomi etkilerinin yanı sıra eğitimde öğrencilerimizle öğretme, öğrenme ve iletişim kurma şeklimizi değiştiren yıkıcı bir etki yaratmıştır. Benimsenen ve düzenli olarak sürdürülmeye çalışılan eğitim modeli ve standart hale gelen uygulamaları aksatmıştır (**Taylor D, 2020**).

Tıp eğitimi kuramsal bilgi aktarımı yanında uygulamalı laboratuvar ve klinikte eğitimle bütünleşen bir eğitim sürecidir. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi kadar uzmanlık eğitimi ve Sürekli Tıp Eğitimi/Sürekli Mesleki Gelişim (STE/SMG) etkinlikleri de bu salgından olumsuz etkilenmiştir. Salgının ne kadar süreceğinin bilinmemesi, etkileşimi azaltarak bulaşı önleme, öğrenci-sağlık çalışanı ve hastaların enfekte olma riskini azaltma ve kişisel koruyucu malzemelerdeki yetersizlikler nedeniyle tüm eğitim süreçlerinde olduğu gibi tıp fakültelerinde de eğitime ara verilmesi eğitim sürecini telafisi güç bir duruma sürüklemiştir. Bu dönemde uzmanlık öğrencilerinin acil servis ve pandemi kliniklerinde görev alması, COVID dışı olguların hastaneye yatmaması, rutin izlemlerin yapılamaması, elektif cerrahi girişimlerin yapıla-

Salgın, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerine ilişkin farkındalığı artırma, sağlık çalışanları arasında ekip çalışması ve disiplinler arası işbirliğini geliştirme, hijyen ve koruyucu hekimliğin önemini ortaya koyma, doğanın ve sosyalleşmenin değerini anlama, çevrim içi eğitimler gibi olumlu etkiler yaratmıştır.

maması gibi nedenlerle uzmanlık eğitiminde de aksaklıklar ortaya çıkmıştır. STE/SMG etkinlikleri de ertelenerek mesleki eğitimin sürekliliği sağlanamamıştır.

Salgın süreci, öğretim üyelerinin sağlık hizmet sunumundaki yoğun görevleri, öğrencilerin virüsü yayma potansiyeli ve eğitim sırasında enfekte olabilecekleri ve hasta güvenliği öngörüsüyle pratik ve lojistik zorluklar doğrultusunda endişeler yaratmıştır (**Rose S, 2020**). Özellikle son on yılda sağlık alanındaki değişim sürecinin yansımaları sonucu tıp eğitiminin yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmalar sürse de 2019 yılı sonu itibarıyla tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgını durumu daha görünür ve acil duruma getirmiştir. Bir anlamda süreci hızlandırıcı bir etki yaratmıştır (**Lucey CR & Johnston SC, 2020**). Bu aşamada dünyadaki birçok tıp fakültesinde tüm aşamalardaki öğrencilerin COVID-19 ve korunmaya yönelik bilgilendirilmesi sağlanmıştır.

Küresel salgın dönemine kadar geleceğin hekimlerini yetiştirme konusunda bu yoğunlukta kaygı duyulmamıştır. COVID-19 salgınının yarattığı etki, hekimlerin gelecekteki eğitim şeklini biçimlendirme için bir dönüm noktası oluşturmuştur (**Rose S, 2020**). Salgın sürecinde tıp fakültelerinde kesintiye uğrayan mezuniyet öncesi eğitimde kuramsal derslerin digital ortamda gerçekleştirilmesi gereği doğmuştur (**Ferrel MN & Ryan JJ, 2020; Goh P-S & Sandars J, 2020**). Hazırlıksız olma, bilgisayar donanımı ve işletim sistemine ilişkin altyapı yetersizliği, teknolojik okuryazarlık farklılıkları gibi nedenlerle değişiklik gösteren bu uygulamalar iki şekilde gerçekleştirilmiştir:

1. Asenkron Dersler - Çevrim içi eş zamanlı olmayan dersler (slayt sunuları, zenginleştirilmiş slayt sunuları, video kayıtları vb)
2. Senkron Dersler - Çevrim içi eş zamanlı dersler (Videokonferanslar, MS Teams, Zoom, Skype gibi programlar kullanılarak yapılan canlı dersler, tartışma oturumları vb)

Öğretim üyeleri ve öğrencilerin fakültenin dışında olması, teknolojik olanaklar ve kullanma becerilerindeki farklılıklar eğitimin niteliği üzerinde belirleyici rol oynamıştır. Teknik destek gereksinimleri sıklıkla akranlar tarafından karşılanırsa da önemli aksaklıklar yaşanmıştır. Eğiticiler için etkileşim kurulamayan bir kitleye ders vermek, öğrenciler için uzun süre ekran karşısında kalmak ve sorulara yanıt alamamak gibi zorluklar yaşanan acil durumda uzaktan yürütülen derslerde nitelikten önemli düzeyde ödün verilmiştir. Kısaca eğitim ve öğrenimin en önemli parçası olan eğitici-öğrenen etkileşiminin olmaması, öğrenci ve eğiticilerin alışık olmadıkları yeni bir ortam ve yaklaşıma uyum sorunları ve en önemlisi tıp ve sağlık bilimleri eğitimi için yokluğu düşünülemeyecek uygulamalı eğitimler ve klinikte eğitimin yapılamaması en büyük sorunu oluşturmuştur. Tıp eğitiminde sıklıkla kullanılan interaktif küçük grup tartışmaları, olgu temelli eğitim ve ekibe dayalı eğitimin gerçekleştirilememesi öğrenci ve eğiticilerin bu acil ve kaotik ortamdaki uyumunu daha da güçleştirmiştir (**Ferrel MN & Ryan JJ, 2020**).

Tıp fakültelerinde sınav sistemleri olanaklar ölçüsünde çevrim içi ortamlara taşınarak gerçekleştirilmeye çalışılmış ancak güvenli ve etik koşulların

Eğiticiler için etkileşim kurulamayan bir kitleye ders vermek, öğrenciler için uzun süre ekran karşısında kalmak ve sorulara yanıt alamamak gibi zorluklar yaşanan acil durumda uzaktan yürütülen derslerde nitelikten önemli düzeyde ödün verilmiştir.

bütünüyle sağlanması mümkün olamamıştır. Öğrenci başarısını değerlendirmeye yönelik ödevler, amaç ve hedefler doğrultusunda kazanılması gereken bilgiyi sınırlı düzeyde ölçebilirken, birçok fakültede gerçekleştirilemeyen uygulamalı eğitimlere yönelik bir değerlendirme yapılması da mümkün olamamıştır. Öğrenciler sınırlı kazanımlarla başarılı kabul edilmek zorunda kalmış, öğretim üyeleri ve öğrenciler bu yoksunluğu en üst düzeyde hissetmiştir.

Ülkemizde tıp fakültelerinin son yılını oluşturan intörnlük dönemi ilk beş yılda edinilen bilgi ve becerilerin uygulamasına yönelik olarak programlanmaktadır. Hekimliğe hazırlık sürecini oluşturan ancak özellikle son 15-20 yılda öğrenciler tarafından uzmanlık eğitime hazırlık amaçlı değerlendirilen bu kritik dönem salgın sürecinde bütünüyle aksamıştır. Tıp Fakülteleri, Yüksek Öğretim Kurumu'nun yönergeleri doğrultusunda kararı öğrenci ve/veya kuruma bırakan farklı programlar uygulamak durumunda kalmıştır. Canlı dersler, webinerler, videokonferanslar şeklinde yürütülen bu programlar intörnlük döneminin amaç ve hedeflerini karşılamakta eksik kalmış, fakülteler, öğretim üyeleri ve öğrenciler yetersizlik kaygısıyla eğitim sürecini tamamlamak zorunda kalmıştır.

### **Tıp eğitiminde salgın sonrası sorumluluklar**

Salgın sonrasında, acil ve kısa sürede zorlayıcı kararlar almayı gerektiren sürecinin tıp eğitimi üzerinde yapıcı etkiler yaratacağına inançla eğitici ve öğrencileri farklı sorumluluklar beklemektedir. Özellikle eğiticiler için öğrencilere göre daha belirgin olan teknoloji ile çok daha yakınlaşma ve süreçte edinilen deneyimler öğretim ve öğrenime yansıtılacaktır. Bu yansıma derslerin dijital ortamda sunumunun ötesinde yüz yüze eğitim yanı sıra öğrencilerin de aktif katılım sağlayacağı çevrim içi ortamlar ve yeni teknolojinin yaygın kullanılacağı bir entegrasyon sağlayacaktır. Tıp eğitiminde dönüşümsel bir değişimin ivme kazandığı bu aşamada uyarlanabilir (adaptif) öğrenme ve genişletilmiş gerçeklik hayata geçecektir **Goh P-S & Sandars J, 2020).**

Uyarlanabilir (Adaptif) Öğrenme:

- Bireyselleştirilmiş yaklaşım
- Öğrencinin gereksinimini karşılama: Öğrenci ile etkileşim
- Yapay zeka (Artificial Intelligence) ile öğrenme analitiklerinin (Learning Analytic) birlikte kullanımı
- İçerik ve değerlendirmenin yapılması ile süreç, eğitim kazanımları ile ilgili bilgi toplama ve eğitici ile paylaşım

Genişletilmiş Gerçeklik:

- Fiziksel ve sanal gerçekliğin birlikteliği
- Gerçek-yaşam deneyimlerinin replikasyonu, mobil aletlerle dokunma (haptic) simülasyonu

Eğiticiler için öğrencilere göre daha belirgin olan teknoloji ile çok daha yakınlaşma ve süreçte edinilen deneyimler öğretim ve öğrenime yansıtılacaktır. Bu yansıma derslerin dijital ortamda sunumunun ötesinde yüz yüze eğitim yanı sıra öğrencilerin de aktif katılım sağlayacağı çevrim içi ortamlar ve yeni teknolojinin yaygın kullanılacağı bir entegrasyon sağlayacaktır

Gelecekte tıp eğitiminde hekimlerin akıllarını, ellerini ve yüreklerini şekillendirecek yeni yaklaşımlara gereksinim olacaktır. Bu kapsamda farklı yaklaşımlar uygulanabilecektir;

1. Farklı eğitim teknolojilerinin, çevrimiçi öğrenme ve yüz-yüze öğrenme süreçlerinin, hedeflenen öğrenme kazanımlarının doğasına uygun bir akış içinde, belirli oranlarda ve birlikte kullanılmasıyla gerçekleşen harmanlanmış öğrenme (Blended learning). Harmanlanmış öğrenme, çevrimiçi eğitim materyallerini ve çevrimiçi etkileşim fırsatlarını geleneksel mekana dayalı sınıf yöntemleriyle birleştiren bir eğitim yaklaşımıdır (**Ilic D, 2015**).
2. İşbirliğine dayalı öğrenmeyi teşvik etmek için harmanlanmış öğrenme çözümlerinin (eğitici liderliğinde, çevrimiçi, mobil, sürekli performans desteği) kullanımını vurgulayan dağıtık öğrenme (Distributed Learning). Bu modelin üç ana bileşeni; teknoloji, deneyim ve insanlardır. Organizasyonel kısıtlamalara, öğretim gereksinimlerine ve öğrenci ihtiyaçlarına bağlı olarak bu bileşenlerin her birinden yararlanılabilmektedir (**Victor S & Hart S, 2016**).

Öğrenciler ve eğitimciler, yeni ilkeleri ve uygulamaları öğrenmek ve geleceğe uygulamak için mevcut değişikliklerin etkilerini değerlendirme ve analiz etmeye yardımcı olabilir. Bu, tıp eğitimi programlarının yenilenme ve dönüşümü ortamında tıp eğitiminin ilerlemesine katkıda bulunmanın yanı sıra birçok tıp disiplini için de ufuk açıcı olacaktır (**Rose S, 2020**). Bunun için de öncelikle öğrencilerin bu yeni yaklaşıma hazırlanması ve öğretim üyelerine eğitimde gelişen teknoloji konusunda eğitici eğitimi verilmesi gereklidir.

Buradan yola çıkarak tıp eğitimi programlarında kapsanması gereken temel başlıklar şunlar olmalıdır;

- Toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanması
- Koruyucu hekimlik: Salgın yönetimi, salgında hekimlik
- Sosyal tıp kavramının eklenmesi
- Etik ve mesleki sorumlulukların kapsanması (profesyonizm)
- Gelişen eğitim teknolojilerinin kullanımı
- Teletıp

Tüm bu değişime, beklentilere ve tehditlere karşın en önemli aracımız ise “iyi hekimlik” kavramının içselleştirilmesi olacaktır.

#### Kaynaklar:

- **Bati, AH.** (2018) [Tıp Eğitimi Modelleri, Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Tıp Eğitimi](#), Budakoğlu I.İ., Yakıncı C., Ed., İnönü Üniversitesi Yayınevi, Malatya, ss.91-96
- **Chen, F. Ve ark.** (2010) [Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world](#), The Lancet 2010 ; 376: 1923-58.
- **Ferrel, MN. & Ryan, JJ.** (2020) The Impact of COVID-19 on Medical Education, [Cureus](#); 12 (3): e7492.

Öğrencilerin bu yeni yaklaşıma hazırlanması ve öğretim üyelerine eğitimde gelişen teknoloji konusunda eğitici eğitimi verilmesi gereklidir.

- **Goh, P-S. & Sandars, J.** (2020) A vision of the use of technology in medical education after the COVID-19 pandemic, J Med ED, 26/03/2020, <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000049.1>
- **Hokken, TW. Ve ark.** (Apr 23, 2020) Precision Medicine in Interventional Cardiology, Interv Cardiol, 15; e03.
- **Ilic, D. Ve ark.** (2015) A randomised controlled trial of a blended learning education intervention for teaching evidence-based medicine, BMC Medical Education, 15: 39.
- **Konig, IR. Ve ark.** (2017) What is precision medicine?, Eur Resp J, 50: 1700391.
- **Lucey, CR. & Johnston, SC.** (Published online August 26, 2020), The Transformational Effects of COVID-19 on Medical Education, JAMA (<https://jamanetwork.com/> on 09/03/2020).
- **Murray, RB. Ve ark.** (2012) Medical schools as agents of change: socially accountable medical education, The Medical Journal of Australia, 2; 196: 1-5
- **Roberts, T.** (2014) AMSE, Berlin.
- **Rose, S.** (June 2, 2020) Medical Student Education in the Time of COVID-19, JAMA, Volume 323, Number 21, 2131-32.
- **Taha, M. Ve ark.** (2020) Curriculum delivery in Medical Education during an emergency: A guide based on the responses to the COVID-19 pandemic, meded-publish, <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000069.1>.
- **Taylor, D. Ve ark.** (2020) Transformation to learning from a distance, meded-publish, <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000076.1>
- **Victor, S. & Hart, S.** (November14-16, 2016) Distributed Learning: A Flexible Learning and Development Model. Conference paper: E-Learn 2016-Washington DC, United States.
- **WFME Web Sayfası.** (2020) <https://wfme.org/> Erişim Tarihi 1 Eylül 2020.



## UZMANLIK EĞİTİMİ

### | Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

Pandemi sürecinde üniversite ve eğitim hastanelerinin pandemi hastanesine dönüştürülmesi, uzmanlık öğrencilerinin rotasyon ile COVID-19 hastalarının bakımında görevlendirilmesi, uzmanlık alanına özel başvuran hasta sayısının azalması, girişim ve ameliyatların durması nedeni ile uzmanlık eğitimi bazı alanlarda önemli derecede aksamıştır.

COVID-19 ile doğrudan ilişkili olamayan alanlarda hasta ve yatak sayısının azalması, endoskopi ve benzeri girişimlerin, elektif cerrahilerin durması eğitimi sekteye uğratarak, COVID-19 ile doğrudan ilişkili alanlarda ise hasta yükü nedeni ile hasta çeşitliliğinde azalma olmuştur.

Uzmanlık eğitiminin önemli bir bileşeni olan konferans, kongre gibi etkinlikler iptal edilmiştir.

Eğitim kurumları uzaktan eğitim yollarının kullanarak teorik müfredatı tamamlamaya çalışmıştır. Burada kurumlar arasında olanaklar bakımında farklılıklar olmakla birlikte uzmanlık derneklerinin çabaları ile bunlar giderilmeye çalışılmıştır. Ancak uygulamalı eğitimin en önemli unsur olduğu uzmanlık eğitiminde özellikle cerrahi alanlarda eğitim durma aşamasına gelmiştir.

21 Mart'ta 31075 sayılı Resmi Gazete'de Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 11 inci maddesinin dördüncü fıkrasına "Ancak deprem, sel baskını, salgın hastalık gibi olağandışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği hallerde uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim gördüğü kurumun dışındaki aynı il sağlık tesislerine 3 ayı geçmemek üzere görevlendirilebilir. Bu görevlerde geçen süreler eğitim süresinden sayılır" cümlesi eklenmiştir. Özlük hakları bakımından önemli olan bu değişiklikte bu sürede alınamayan eğitiminin nasıl telefi edileceğine dair bir düzenleme yapılmamıştır ve eğitim kurumlarının telafiye yönelik bir çalışmasına rastlanmamıştır.

Özellikle tez aşamasında olan uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere görevlendirildikleri süre sonunda tezleri için uygun bir süre ve ortam sağlanıp sağlanmayacağına dair açıklama olmadığından kaygı yaşamıştır. Uzmanlık derneklerinin asistan ve genç uzman hekimleri ile gerçekleştirilen değerlendirmelerde COVID-19 poliklinikleri ve sahada görevlendirilen uzmanlık öğrencileri kişisel korunma ve alan dışı çalışma koşulları nedeni ile kaygılarının arttığı görülmüştür.

Alınamayan eğitiminin nasıl telefi edileceğine dair bir düzenleme yapılmamıştır ve eğitim kurumlarının telafiye yönelik bir çalışmasına rastlanmamıştır.

TTB-UDEK uzmanlık derneklerinin ve uzmanlık öğrencilerinin aşağıda belirtilen taleplerini TTB Merkez Konseyi aracılığı ile Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğrenim Kurumuna iletmıştır:

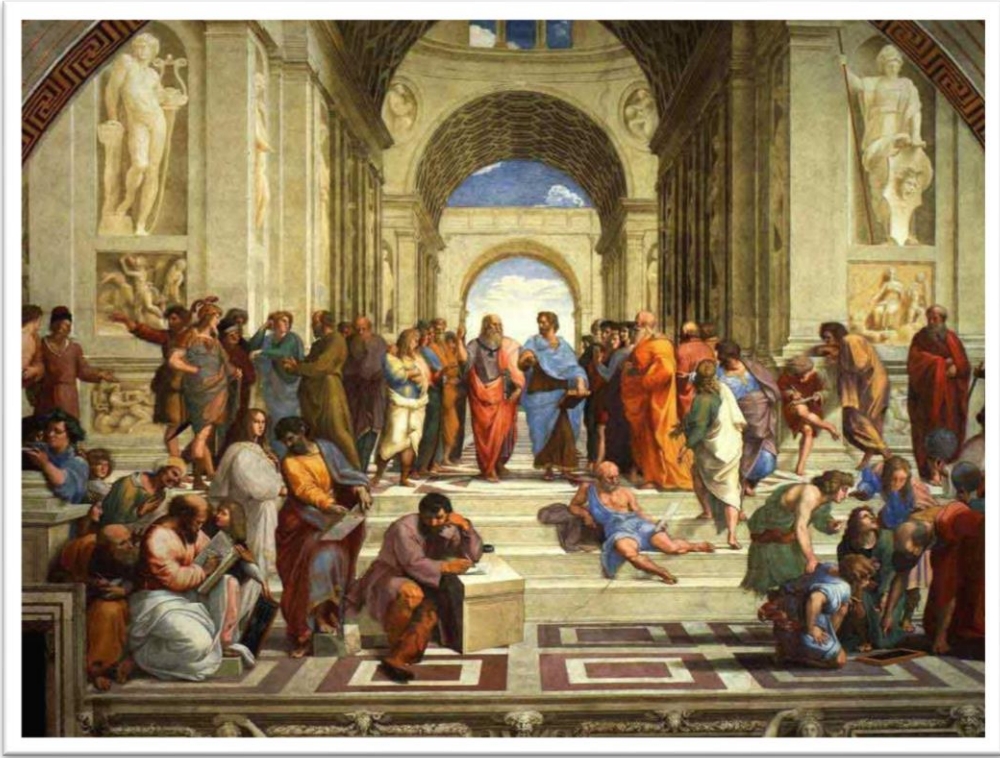
- Pandemi nedeni ile kesintiye uğrayan uzmanlık eğitiminin telafisi için alanlara uygun yöntem belirlenmesi, talep eden uzmanlık öğrencilerine ek süre verilmesi
- Çalışma koşullarının, saatlerinin, görevlendirmelerin tükenmeye yol açmayacak şekilde düzenlenmesi
- COVID-19 poliklinikleri ve sahada görevlendirilenlerin önce standart bir eğitime alınmaları, kişisel koruyucu ekipmanlarının sağlanması

01 Nisan 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık tez ve değerlendirmesi ve uzmanlık sınavlarını durdurdu. Önlemlerde gevşeme ile birlikte 27 Mayıs tarihinden itibaren tıpta uzmanlık bitirme sınavlarının yapılabileceği bildirildi. Uzmanlık sınavlarının yapılması ve yöntemi konusunda derneklerden görüş istendi. Gelen görüşler uzmanlık sınavının aynı ilde yeterli sayıda jüri üyesi bulunması durumunda önlemler alınarak yüzyüze yapılabileceği, uygulama ağırlıklı olmayan sınavların uzaktan yapılabileceği, uygulama sınavları için jüri üyelerinin kısmen uygulama mekânında bulunabileceği, uygulama sınavlarının uzaktan yapılamayacağı görüşleri ağır bastı.

Uzmanlık dernekleri yeterlik kurullarından pandemi sürecinde durdurulan kurum ziyaretlerinin başlaması konusunda talep eden yeterlik kurulları, UDEK ve UYEK yürütücüleri bir toplantı düzenledi ve konu ile ilgili TEPDAD'ın görüşüne de başvurdu. Yapılan görüşmeler sonucunda kurum ziyaretlerinin ertelenmesi ve reakkreditasyon süresindeki kurumların akredite pozisyonlarının korunması şeklinde tavsiye kararı alındı.

Derneklerden gelen değerlendirmelerde aksayan eğitim ve hizmetin telafisi için sıklıkla uzaktan eğitim ve tele-tıp yöntemlerine başvurulduğu anlaşılmıştır. Ancak uygulamalar ve yaklaşımlar farklılıklar göstermektedir. Uzaktan eğitim ve tele-tıp konularında bilimsel, etik bir ortak çerçeveyi oluşturmak üzere dernek temsilcilerinin yer aldığı çalışma grubu oluşturuldu.

# İNSAN TOPLUM BİLİMLERİ



## “LIBERAL ÖJENİ” OLARAK SALGIN POLİTİKALARI ÜZERİNE BİR DİYALOG...

### **Dr. M. Murat Civaner**

Tıp Doktoru, Profesör, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

- Ekvador’da bir çift “Dünyanın en yaşlı çifti” olup Guinness Rekorlar Kitabı’na [girmiş](#)...
- Kaç senedir evlilermiş?
- 79! Biri 110, diğeri 104 yaşındaymış...
- Hmm... Ne var canım, bizim de şunun şurasında 24 yılımız kalmış!
- Sahiden... Nasıl geçmiş 55 sene... Ne zaman geçmiş...
- Bilmiyorum. İnanılmaz geliyor bazen.
- Evet bana da inanılmaz geliyor: Dünyanın en güzel kadınıyla 55 sene!
- Tabii tabii... Yalandan kim ölmüş!
- Valla bizim memlekette ben duymadım :) Baksana, salgında iş o boyuta vardı ki, artık kimse ne yöneticilere ne de politikacılara inanmıyor... Şu habere bak: Geçen ay yapılan bir [araştırmaya göre](#) “Hükümetin koronavirüs verilerinin şeffaf olduğunu düşünüyor musunuz?” Sorusuna katılanların üçte ikisi “hayır” demiş. Nisan ayında bu oran üçte birmiş... Herkes verilerin gizlendiğini, gerçekte salgının çok daha yayılmış olduğunu düşünüyor.
- Abartmadın mı biraz? Hem gerçeği bulmak çok zor değil mi?
- Evet herkes inanmıyor değil elbette. Ve evet, zor. [Bir çalışma](#) enfekte olanların %78’inin semptomu olmadığını göstermiş. Zaten testlerin güvenilirliği belli bir dereceye kadar. Üstelik herkese test yapılıyor, hatta test isteme ölçütleri sıkılaştırıldı geçenlerde. Ölüm ve hastalık tanılarının “Covid” yerine “viral pnömoni” diye kodlanması

desen [ayrı sorun](#). Ama hiç olmazsa ne bulunduğunu bilmek istiyoruz.

- Doğru... TTB sürekli [sordu](#) aslında, diğer meslek örgütleri, partiler, hemen herkes sordu. Açıklama bir yana, bilimsel araştırmalar bile resmi yazıyla Bakanlık iznine bağlandı ne yazık ki...
- Onlara tüm veriler açık ama... Bir taraftan da o kadar veriye hakim olmak güç tabii: Geçenlerde Bakanlık çalışanlarının yayımladığı [bir makalede](#) gerçeğin gizlendiği istemeden ifşa olmuş: Makaleye göre 65 yaş üstü ölenlerin sayısı Bakanlık'ın açıkladığı sayının [iki katıymış!](#)
- Belediye başkanları, hatta bazı valiler de Bakanlık rakamlarından farklı açıklamalar yaptılar. TTB'nin raporunda gerçek sayının açıklanandan yaklaşık 10 kat fazla olduğu söyleniyordu diye anımsıyorum. Niye böyle yapılıyor aslında, değil mi?...
- Devlet-i Âli'yi koruma refleksi... Herşeye hakimiz, herşey kontrol altında, paniğe gerek yok... Asıl bu yaklaşım paniğe ve güvensizliğe yol açıyor ve insanlar genellikle böyle davranıldığını tecrübeyle bildikleri için 'demek ki durum ciddi' diye düşünüyorlar... Ve yapılanların gerçekten doğru olduğundan kuşkuya düşüyorlar. Ne yapılması gerektiği hakkında ne kadar bilgileri ve fikirleri var? Çok geç olmadan yeterince önlem alınabilecek mi? Yoksa insanlara sürü muamelesi mi yapılıyor, "sürü" bağışıklığı yöntemiyle? "Nasıl bir süre sonra genel bağışıklık gelişecek; kalan sağlar bizimdir" mi deniyor?
- Onun etik boyutu bir yana, bilimsel olarak geçersiz olduğu da ortaya çıktı; bu yöntemi uygulamaya kalkan İngiltere ciddi biçimde eleştirildikten sonra geri adım attı, biliyorsun değil mi? Israrla sürdüren İsveç'te ise son 150 yıl için en yüksek ölüm sayısı [görüldü](#).
- Bir taraftan da "Bilim Kurulu" kurup politikalar onların kararlarına göre oluşturuluyormuş görüntüsü veriliyor. Halbuki Kurul üyelerinin bazıları bile kendi önerilerinin dikkate alınmadığını, politikaları onaylamadıklarını açıkladılar basına. Üyelerin buna rağmen orada olmaları bir yana, esasen bu da tehlikeli bir politika: İnsanların bilimin otoritesine güvenini azaltıyor çünkü. Toplum zaten komplo teorilerine ve olmadık 'çare'lere bayılır; böyle olunca iyice... Oysa bilgi paylaşımı hem toplum sağlığı hem de toplumda güven sağlamak için önemli...
- Kesinlikle... Paniği yatıştırıp önlemlere uyulmasını sağlayacak olan da bu. Anımsayacaksın, bir baba COVID hastası kızını [hastaneden kaçırmıştı](#). Yani bırak maskeyi mesafeyi, tedavi aşamasında bile insanlar ikna edilemiyor. Gerçeğin gizlenmesi hem güvensizliğe neden oluyor, hem de temelsiz bir rahatlık duygusu oluşturuyor.
- Hele yaz gelince, insanlar artık iyice sıkılmışken, bir de 'herşey iyiye gidiyor, vakalar azalıyor' deyince toptan boşverildi.
- Maske dirseklik oldu :)



- “Halk cahil” deyip geçiyorlar... Tamam, sahiden gülünç örnekler var, ama eğlenmekle sorun çözülmüyor.
- Şunu atlama: Dalga geçmek bazen hem etkili bir politika, hem de baş etme mekanizması olur...
- Ya tabii, dalga geçilecek şey çok o anlamda. Mesela bir taraftan veriler gizleniyor, bir taraftan da neredeyse her ünlü hastanın kimliği medyada! Hatta ünlü olmasa da kişinin ilgi çekici bir özelliğinin olması yetiyor... Tabii bu talep de ediliyor, ‘kim hasta bilelim, ona göre kendimizi koruyalım’ düşüncesiyle.
- Bir tuhafılık da bu aslında: Bilinenlerin gerçeğe göre ne kadar az olabileceğini, hastalığın ne kadar hızlı yayılabildiğini dikkate almadan böyle korunulabileceğini düşünmek...
- Cüzamlılardan uzaksan hastalıktan da uzaksın yani :)
- Gibi... Bulaş biçimini, üstel artışı kavramak insanlara güç geliyor.
- Ne üsteli; çoğunluk yüzde okumayı bilmiyor; sadece rakam bazında değerlendirme yapıyor “artmış / azalmış” diye.
- Ama politika yapanların kavrayamaması...
- Tabii böyle durumlarda toplumda her türlü tepki / düşünce oluşabilir, çünkü olağandışı durumlarda riskin büyüklüğüyle doğru orantılı olarak bencil davranışlar artıyor, dayanışma azalıyor genellikle.
- Evet... O nedenle de önemli olan politikaların nasıl düzenlenip uygulandığı. Çünkü yaşamsal risk doğuran olağandışı durumlarda devlet aparatına gereksinim duymayan bir toplumsal örgütlenmemiz yok ortada. Tabii aslında önemli olan toplumsal dayanışma. Ve yine tabii: Kastım, deprem bölgesine yardım göndermekten öte, evin yıkıldığında evi yıkılan diğerlerine adil davranmak için özen göstermek. Bana kalırsa denizde boğuluyor olmak gibi hayvani reflekslerin öne çıktığı durumlar dışında böyle toplumlar yaratmamız gerek. Ama işte...
- Ha! Kaldık mı gene devlet babaya :) O da ne yaptı, daha doğrusu onu yönetenler ne yaptı: Polisiye önlemlerle bu işin yönetilebileceğini düşünerek mobil uygulamalar hazırladılar: Hem bölgedeki hastaların yoğunluğunu görebileceksin, hem de izolasyondaki kişi evden çıkarsa uyarı verecek! Bu uygulamaların beklenen yararı sağlamayacağı, aksine kişisel verilerin güvenliğini tehlikeye atacağı, sustimal edilebileceği kaç kez [söylendi](#) halbuki.
- Öyle deme; o yoğunluk haritaları turkuvaz tablolarındaki sayıların tutarsızlığını iyice görünür kıldı en azından ;)
- Bak bu doğru... Bir de yasaklamak var tabii, temel politikamız olarak.
- Ne yapalım peki yasaklamayıp? İstanbul Valisi gibi [“Allah rızası için sokağa çıkmayın!”](#) Mı diyelim? Bütün dünyada böyle yapılmıyor mu? Avustralya’da yasağa uymayanları [hapse atıyorlarmış](#) hatta!

- Gerekiyorsa bazı şeyler yasaklanmalı elbette... Kişilik haklarına ola-bildiğince dikkat ederek...
- Kişilik hakkı dedin de, ABD’de insanlar “Benim bedenim benim ter-cihim” diyerek kısıtlamalara [karşı çıkıyorlarmış](#), duydun mu?
- Ciddi mi? Ben de motosikletlilere kask takma zorunluluğuna aynı argümanla karşı çıktığımı işitmiştim. Hatta yeni [okudum](#): Hekimle-rin kısıtlamalara karşı yürüyüşleri eleştirirken “Siyah Hayatlar Önemlidir” yürüyüşlerine katılmalarını ikiyeüzü bulanlar varmış!
- Liberal kafa eğitilmişleri bile nasıl saçmalatıyor, inanılır gibi değil...
- Birey özerkliği ‘normal’ zamanlarda elbette öncelikli; ama bunun gi-bi olağandışı durumlarda toplum yararı üstte çıkabilir. Ama sorun da bu: Sence bu kısıtlamalar gerekli olduğunda, gerektiği yerde ve ge-rekli kişiler için uygulandı mı bugüne dek?
- Orası şüpheli... “AVM’de, düğünde, camide, işyerlerinde bulaşma-yıp sokakta, okulda bulaşan bir virüs” diyorlardı ya... Ayrıca yasak-ların getirilmesinde geç kalındığı ve sonrasında da erken kaldırıldığı eleştiri konusu oldu. Şimdi yaşadığımız birinci dalganın ikinci piki buna bağlanıyor.
- Ya 65 yaş üstüne sokağa çıkma yasağına ne demeli? TTB 65 yaş üzerine getirilen kısıtlamaların ölçsüz ve tutarsız olduğunu [açıkladı](#). Hangi bilgiye dayandığı da, bu politika sonucunda nasıl bir çıktı el-de edildiği de belirsiz. Bilimselliği bir yana, 65 yaş üstü insanlar sal-gının sorumlusu gibi görüldüler, sokakta şiddete uğradılar, ilaçlarını alamadılar. Evdeyse fiziksel sağlıkları ve psikolojileri [olumsuz etki-lendi](#). Şu Ekvador’daki çift “artık büyük aile buluşmaları gerçekleş-mediği için depresyona girdik” demiş...
- Seninle ne güzel yürüyüşler yapıyorduk her gün... Mızızlanıyordun ama bana çok iyi geliyordu ;) Bizimkilerin de uğradığı yok, ‘bulaştırı-rız’ korkusundan... İyi ki yanımdasın...
- İyi ki... Ne yapardım sensiz...

\*\*\*

- Başka ülkelerde yaşlıları yalnız bırakmamaya çalışıyorlar, bizdeyse maalesef... Toplumun yaklaşık yüzde 10’unu eve kapatıyorsun ve bu insanların beşte biri evde [yalnız yaşıyor](#).
- Daha birkaç gün önce evde izolasyona sokulan 75 yaşında bir kadı-nın ölü bulunduğu [haberi](#) vardı.
- Kahredici...
- Maalesef...
- Bir de evde izolasyon işi var değil mi? Çaresizliğin başka bir boyutu aslında...
- Bu olağandışı bir durum; unutuyorsun. Böyle durumlarda olağandı-şı işler yapmak durumunda kalabilirsin. Hem demiyor muydun bi-

rey özerkliğine azami dikkat diye? Onam belgesi imzalatılıyormuş işte...

- O aydınlatılmış onam filan değil [taahhüname](#)! “Evden çıkmayacağım, aksi halde...”
- Yahu her neyse, sonuçta böyle bir salgında ne hastane yeter ne yatak; mecbur eve gönderecekler.
- İyi de, eve gönderince sorun çözülmüyor ki? Bu insanları hergün izlemek gerekiyor. Evde başkaları varsa onları da enfekte edebilirler, yalnızlarsa zaten ayrı sorun.
- Doğru...
- Ayrıca, evde izole edilenlere hâlâ [hidroksiklorokin verilmesine](#) ne diyorsun? DSÖ’nün “önemli yan etkileri var ve etkili olduğuna dair kanıt yok; kullanmayın” [demesine](#) rağmen? Evde kullandıkları diğer ilaç neydi, ha, favipiravir, hani şu muadil ilacı “milli ilaç” diye tanıttıkları şey; ona dair de benzer şeyler okuyorum...
- Sana kalsa hiçbir ilaç vermeyeceğiz, çünkü şu anda etkili ve güvenli olduğu bilinen bir ilaç yok? “Deneyisel tedavi” diye birşey var biliyorsun. Hem, neydi bizim Deontoloji Nizamnamesi’ndeki madde? Klasik tedavi yoksa farklı yöntemler denenebiliyor diyordu... Beklenen yarar ile olası zarar muhasebesini olabildiğince iyi yapmak şartıyla tabii...
- Dur bakayım hemen... İşte burada, [madde 11](#): “Klasik metodların bir hastaya fayda vermeyeceği klinik veya laboratuvar muayeneleri neticesinde sabit olduğu takdirde, daha önce, mutata tecrübe hayvanları üzerinde kâfi derecede denenmek suretiyle faydalı tesirleri anlaşılmış olan bir tedavi usulünün tatbiki caizdir. Şu kadar ki, bu tedavinin tatbik edilebilmesi için hastaya faydalı olacağının ve muvaffakiyet elde edilmemesi halinde ise mutata tedavi usullerinden daha elverişsiz bir netice alınmayacağına muhtemel bulunması şarttır. Evvelce tecrübe edilmiş olmamakla beraber, zarar vermesine ihtimal bulunmayan ve hastayı kurtarması kati görülen bir müdahale yapılabilir.” Ohoo... Gördüğün gibi bir ton koşul var böyle birşey yapabilmek için. Sence aksi yönde bilgiler varken hala kullanmak kabul edilebilir sınırların dışına çıkmak olmuyor mu?
- Öyle görünüyor...
- Bu kadar kolay mı? Kim verecek bu yaşamların hesabını?
- Haklısın... İşin bir de pratik yönü var: Evde “genç” birisi varsa yasağın anlamı kalmıyor. Dün okudum: Fransa Sağlık Bakanı “Koronavirüs 40 yaş altında 65 yaş üstünün dört katı daha fazla yayılıyor” [demis](#)... Üstelik madem ‘daha riskli grubu korumak’ gibi bir mantığı var, hiç olmazsa iç tutarlı olmak adına sigara içeninden kronik hastalığı olana herkesi evde tutmaları gerekmez miydi? Tabii belki de en başta yoksulları, işsizleri, üç otuz paraya onca riski almak zorunda kalanları. Elbette destekleyerek.

- Öyle bir mantığı olup olmadığı da kuşkulu... Keyfi, sonuçlarını iyi düşünmeden, uzman görüşlerini dikkate almadan yapılan ‘orjinal’ bir iş daha. Zaten insanların, daha doğrusu oy verenlerin tepkilerinden çekinerek belirlenmiyor mu bu politikalar? Bizde öyledir. Bili-min gösterdiği belli, ama onu yaparsak oy kaybederiz, ama hiç yapmasak da olmayacak, e ne yapalım, biraz ondan biraz bundan; ‘ortaya karışık’ kültürü... Hemen her politikamız kendimize özgü tam bu nedenle!
- Sahiden...
- Bunun adı resmen ayrımcılık yahu! Sadece yaşına bakıp insanların özgürlüklerini kısıtlıyorsun, risk iletişimine dikkat etmeyip damgalıyorsun, sonra da toplum hastalığın sorumlusu onlar sanıp zorbalık yapıyor. Şu senin sözünü ettiğin ‘boğulma’ refleksi gibi. Politikacıların niyeti yaşlıları korumaksa gerçekten, kötü bir şakaya benziyor bu...
- Bak, internette “[65 Yaş Üstü Sosyal Medya Grubu Manifestosu](#)” diye birşey var; şöyle sormuşlar bu kararları alanlara: “Hapsedildiğiniz daracık evde yürüyememekten kaslarınızın erimesini seyrettiniz mi, kalp krizi, felç ve daha birçok hastalık tehdidi altında bitmeyen günleri saydınız mı hiç?”
- Durum bu... Zaten bu tür konularda ilk akla gelen hep yaş olur. ‘Yaşamın değeri’ tartışmalarında iki kişiden biri feda edilecekse çoğunluk hemen daha yaşlı kimse onu feda eder. Baksana, İtalya’da mesela, 80 yaş üstünü yoğun bakıma yatırmama kararı almış [hekimler](#). İngiltere’de de ölme olasılığı yüksekse solunum desteğinin daha gençlere verilmesine dair [mahkeme kararı](#) alınmış.
- Evet... Tıbbi hizmetten yararlanma kapasitesi daha azsa düşünülebilir bu. Ama triyaj için genellemek yanlış bence. Zaten ayrımcılığın kökeninde bu yok mu: Kendi normunu sabit alıp dışında kalanları kategorize etmek, etiketlemek... Yaşlıysan, yasaları çiğnemişsen, işsizsen, alkol kullanıyorsan, heteroseksüel değilsen, hatta “ahlaksız”san kabahatin büyüğü sende; öyleyse sağlık hizmetinde de önce sen feda edilirsin... Bu kadar dramatik durumlarda seçme sadece tıbbi ölçütlerle haklı çıkarılabilir bence; onun dışında her ölçüt ayrımcılığa kapı açar.
- Katılıyorum buna. Tabii bir de o kişinin ne düşündüğü önemli! Belki de tıbbi girişimi reddedecek? Belki istese bile özgeci davranacak? Belçika’da bir kadın “solunum cihazını gençlere saklayın” demiş ve solunum desteğine bağlanmayı [reddetmiş](#) mesela...
- Tabii, o da var...
- Aslında seninle birkaç kez “konuşmamız gerek” dediğimiz konuyu anımsadım şimdi... Hani şu Hasta Hakları Yönetmeliği’ne de ekledikleri ‘önceden açıklanmış istek’ meselesi... Bilincimiz açıkken bilincimizin kapalı olacağı durumlara dair irade beyanında bulunma hakkı.

- Hiç açmasak şimdi... Bunu konuşmak istemediğimi biliyorsun.
- Ama sen de hekimsin ve neden söz ettiğimi iyi biliyorsun. Gelirse o gün, ben evimde ölmek istiyorum... Bak yine söylüyorum; ne olur o makineleri soğuk yatakları uzak tut benden! Kollarına alsan, başımı okşasan yeter...
- Offf... Salgından sonra konuşalım, tamam mı?
- Tamam tamam.

\*\*\*

- Nereden de getirdik konuyu buralara...
- Ben getirdim aslında; önce yaşlıları feda ediyorlar, buna ayrımcılık denir diyordum... Yoğun bakımlar için başka ölçütler de ileri sürüyorlar, biliyor musun?
- Konu yine oraya gelmeyecekse: Nasıl mesela?
- Mesela pür şansa bırakmak için piyango makinesi gibi birşey kullanılsın diyordu ABD’li bir etikçi...
- Pür şansa bırakmak adil değil ki? Hastaların durumları farklı olabilir? Ben de “önce gelene önce hizmet sunmak” ölçütünü savunanları okumuştum. Ki, Türkiye’de de durum bu biliyorsun.
- Kulağa adil geliyor; ama bence değil.
- Neden? Piyango makinesinden daha adil bence?
- Tek farkı zamanlama. ‘Piyango makinesi’ aynı anda iki hasta varsa, ‘önce gelen’ formülü ise adı üstünde, önce gelene öncelik tanıyor. İkisi de pür şansa dayalı temel olarak.
- Doğru... Aslında ikisi de hastaların tıbbi durumlarını dikkate almıyor.
- Kesinlikle. Aynı nedenle sadece ‘yatak hangi hastaya verilmeli?’ sorusunu değil, ‘yatan hastaya tıbbi girişim kesilip yatak başka hastaya verilmeli mi?’ sorusunu da adil yanıtlamıyor bu öneriler. Dediğin gibi Türkiye’de dramatik biçimde yaşıyoruz bunu biliyorsun.
- Evet ama hekimlerin çok anlaşılır kaygıları yok mu? Dava korkusu, şiddet, ‘ötanazi mi yapmış olurum?’, ‘cinayetle mi suçlanırım?’ gibi kaygılar?
- Doğru, bu kaygılar çok anlaşılır. Çünkü bizim memlekette ne DNR, ne tedavinin kesilmesi ya da yarıda bırakılmasına dair özel düzenleme var, ne de tıbbi vasiyet tanımlanmış. A pardon, bak o ‘önceden açıklanmış istek’le tanımlanmış durumda ama konuyu oraya getirmeyecektik :)
- Başka ülkelerde hekimlerin bir de ‘etik konsültasyonu’ diye bir ola-nağı var ayrıca; Hastane Etik Kurulu’na ya da hastanede istihdam edilen bir Tıp Etiği uzmanına danışarak karar alabiliyorlar; bu omuzlarındaki yükü epey hafifletiyordur.
- Evet, hele bu kadar dramatik kararlarda kesinlikle gerekli bir yapılanma... Sözü ettiğin kaygıları azaltır, herkes için daha adil karar-



lar alınabilir. Elbette eldeki seçenekler arasında... Ama bizde şu an evde bakım hastası olmasına rağmen yoğun bakımda yatıyor hasta ve o yataktan gerçekten yararlanabilecek birileri yatak ararken hastayı kaybediyor. Hasta yakınları ‘ne gerekiyorsa yapın!’ deyip bütün yükü hekimlerin üstüne atmış oluyor. Hekimlerse bu koşullarda bu dramatik kararları alacak dayanaktan yoksun eldeki hastayla ‘sonuna kadar’ ilgileniyor... Halbuki bizim Nizamname ne der: Hekim hastaya “gerekli” tıbbi girişimi uygulamakla yükümlüdür! Gereksiz, yani ‘boşuna’ ise neden uygulamakla yükümlü olsun?

- Sen tabii akademide kala kala işin duygu tarafından uzaklaştın. Bu anlattıklarına bir klinisyen ne derdi acaba :)
- Aman tamam tamam, anlaşıldı Doktor Hanım. Ben meseleye gayet global bakıyorum bir defa. Sağlık hakkı öyle duygusallıklarla filan örselenemez; asıl berbat olan sağlık hakkının ihlal edilmesi değil mi herkes için?
- Evet de, hekimleri, sağlık çalışanlarını dinlemezsen, anlamazsan ve de dikkate almazsan işin zor. Sadece yoğun bakımda değil ki üstelik? Bu insanlar acillerde, polikliniklerde salgının ilk gününden beri maskesiz, eldivensiz kaldılar, bırak siperliği önlüğü filan. Halbuki hastalık bulaşması öncelikle onlar için önlenmeli, çünkü sadece kendilerine ve ailelerine değil, onlarca hastaya da bulaştırabilirler. Ama ne risk değerlendirmesi yapılıyor, ne düzenli test. Meslek hastalığı da sayılmıyor iş kazası da. 38 hekim öldü bugüne dek, bildiğim... Ne olacak geride kalanlara?
- Çok acı...
- Evde izole edilenlerin her gün izlenmesi gerek diyorsun da, birinci basamakta sağlık çalışanları gece 12'lere kadar kapı kapı fiyasyonla mı uğraşsın yoksa evdekileri mi izlesin...
- Tamam yahu, amma sinirlendin...
- Haksız mıyım sinirlenmekte? Önceleri alkışlandılar, galiba üç gün, sonra şiddet, idari / siyasi her türden baskı, emeklerinin ödenmemesi... Sen böyle koşullarda çalışmaya devam eder miydin? Bazen iyi ki emekliyiz diyorum...
- Haklısın tabii, ne diyebilirim... Sağlık çalışanları arasında istifa, emeklilik ve ücretsiz izin isteyenler [artıyormuş](#) nitekim. Ben olsam... Kişisel koruyucular yoksa hasta da acil değilse kendimi, yakınlarımı ve diğer hastaları koruma refleksim öne geçerdi ve hizmet sunmayı reddeddim sanırım... Hollanda'da hekimlerin meslek örgütü “Koruyucu ekipman yoksa çalışmayın” [çağrısı yapmıştı](#) buna benzer şekilde. SARS'tan da hatırlarsın; bir hemşire annesi immünosüpresif aldığı ve kızına bakacak başka kimse olmadığı için SARS hastasına bakmayı reddetmişti. Ben de hizmetten çekilirdim sanırım; gereğinde işi bile bırakmayı göze alarak...
- Hmm... Kim bakacak o hastalara; ona ne diyorsun peki? Bizim mesleğin temelindeki iddia ‘yardım etmek’ değil mi? Sonuçta toplum

sözleşmemiz bunun üzerine kurulmuş durumda. Hastaları yüzüstü bırakmayacağız herhalde?

- Güzel soru. Kesinlikle iyi yanıtlara ihtiyacı var. Yarın yeni salgınlar, olağandışı durumlar çıkacak karşımıza ve bu soru hep bizi zorlayacak. Ama eksikli bir soru: Tüm yükün bana yüklenmesi adil mi? Politikaların yani politikacıların sorumlulukları göz ardı edilmiş olmuyor mu soruyu buradan sorarak? Yine aradan çekilip hastayla hekimi karşı karşıya / bir başlarına bırakan yaklaşımın oyununa gelmiş oluyorsun, deyim yerindeyse...
- Herşeyi getirip politikalara bağlayınca mesele hallolmuyor ki? Tıp kurumunun da biraz kendisine dönüp bakması gerekmiyor mu?
- Nasıl mesela?
- İzlemiyor musun haberleri? İlaç şirketleri bildiğimiz gibi; bir taraftan ilaçlarının pazarını artırmaya çalışıp patentle koruma altına alırken diğer taraftan araştırmaları yönlendiriyorlar. Sadece ilaca değil, tıba, hekimlere güveni de azaltıyorlar... Lancet'teki hidroksiklorokin çalışmasını anımsıyorsun değil mi? DSÖ o yayını dikkate alıp kendi çalışmasını durdurdu, ülkeler kullanımından vazgeçti, sonrasında makale verilerin kaynağı açıklanmadığı için geri çekildi. Bunun üzerine hidroksiklorokin denemelerine tekrar başlandı, ama bu sefer gerçekten de önemli riskleri olduğunu ve ayrıca etkili olmadığını gösteren başka çalışmalar yayımlandı. Fakat bu süreçte kafalar iyice karıştı tabii...
- Ha, ben de 'tıp kurumu' deyince tıbbın kendisini anlamıştım. Şirketlerden başka nasıl davranmasını bekliyorsun ki? Toplum yararını mı öncelesinler :) Şirket dediğin böyle birşey... Sadece ilaç şirketleri de değil ki üstelik; her türden şirket bu salgını bir şekilde ya fırsata çeviriyor ya da ayakta kalmak için herşeyi, en başta insanı ezip geçiyor. Üç kuruşluk maskeyi, sanitasyon malzemesini karaborsa fiyatına satanlar, COVID hastalarından onca söze rağmen ücret alan [özel hastaneler](#), testleri bilmem kaç katına satan [firmalar](#)... İşçileri "izolasyona alıyoruz" diyerek zorla fabrikaya kapatıp [çalıştıranları](#), işçilerin boynuna izleme cihazı [takmaya çalışanları](#) hatırla...
- Hayır toplum yararına çalışacak değiller elbet; o kadar naif değilim herhalde. Bugün bilimsel olarak yaptığımız şeylerin güvenilirliğinden söz ediyorum.
- Şunu kaçırıyorsun: Pozitivizmin epistemolojik ve buna bağlı metodolojik sorunları başka mesele, kapitalizmininki başka. Verdiğin örnek ikincisiyle ilgili ;)
- Böyle fiyakalı söyleyince çok mu etkileyici olduğunuzu sanıyorsunuz acaba Doktor Bey? Ben de şimdi size "Pozitivizmi aşip yerine diyalektik bir yöntem geliştiremeyenler böyle cafcıflı laflar etmekten başka birşey yapmıyorlar" desem nasıl olur :)
- Ya işte idare et, değiştiremedim şu dilimi... Demem o ki, evet bilimsel açıdan hatalı işler yapıldığını görüyoruz, biraz da karanlıkta el

yordamıyla ilerlediğimiz için. Ama pazar ekonomisi içindeyken ne aşığı ne ilacı geliştirmenin pazar dinamiklerinden bağımsız kalabileceğini düşünüyor musun? Tabii bu nedenle şirket çıkarları maalesef bilimsel alanda da etkin oluyor.

- Peki ne zaman atlatacağız bu salgını, onu da söyleyiniz lütfen!
- Atlatmayacağız, alışacağız! Kısa dönemde kurtulmamız zor görünüyor bana... Aşı için 100'den fazla çalışma varmış ama etkili ve güvenli bir aşı hemen çıkmaz ortaya. [DSÖ'ye bakılırsa](#) en erken 2021 ortasında... Mutasyon hızına ve halihazırdaki varyantlara bakılırsa bence de makul bir tarih...
- Üstelik Türkiye'ye daha da geç gelebilir; çünkü "Aşı milliyetçiliği" diye bir fenomen doğdu şimdilerde. Varsıl ülkeler umut vaad eden aşılara için şirketlere şimdiden milyarlarca dolar ödeyip üretecekleri aşılara el koydular bile. Daha önce de birbirlerinin uçaklar gemiler dolusu maskesine, tıbbi malzemesine zorbalıkla el koymuşlardı hatırlarsan.
- Can Baba deyişiyle "yukarı yarımkürre" salgından önce 'küreselleşme' filan diye diye "aşağı yarımkürre"yi eziyordu, salgındaysa ulus-devlet refleksleri yeniden doğuverdi!
- Olan da aşağı yarımkürreye, ezilenlere oldu yine...
- Öyle... Zaten aşı geliştirme hızlı olmamalı; tıp tarihinde ürkütücü örnekleri var bu için. Umarım Trump'ın seçimlere yetiştirme gayretiyle sıkıttığı palavralar karşılık bulmaz... Ama CDC'yi baskı altına almış görünüyor maalesef...
- Umarım... Rusya'da ve Çin'de geliştirilen aşılara da aynı nedenle kuşkuyla bakılıyor, değil mi... Tabii işin pazar tarafı da var. Umarım aşı pazar ve politik baskılara yenilip vaktinden önce çıkmaz ortalığa.
- Şirketler de bunun bilincinde; onun için ileride açılacak tazminat davaları için [muafiyet istiyorlarmış!](#) Açık açık söylemiş adamlar, "Süreci kısaltmak kaçınılmaz riskler getirir!" Diye...
- Eğer böyle bir şey olursa aşı karşıtlarına malzeme çıkar ve bunu diğer aşılara da yansıtırlar maalesef... Şu anda bile "Koronavirüs'ün aşısı bulunsaydı yaptırır mıydınız?" Sorusuna insanların yaklaşık yarısı "Hayır" demiş bir [araştırmada!](#)
- Etkili ve güvenli bir aşıya da hayır diyecekler mi acaba?
- Ben hiç emin değilim ondan. Alternatif yöntemlere daha bile çok başvurabilirler.
- Sen daha dalga geç. Görmedin herhalde, alternatif yöntemlerin koronadan hem koruduğuna hem de tedavi ettiğine dair [yayınları?](#) "Bilimsel" dergilerimizde!
- ??

- Gel, bak... Bitkisel yağlar, homeopati, akupunktur; yok yok, hepsi işe yarıyor kardeşim! Derginin tarihine bak bir de: 1 Mayıs 2020. Bilim insanlarımız salgının altıncı ayında meseleyi çözmüş!
- Nutkum tutuldu... Şaka mı bu?
- Ne demek şaka mı? Kapı gibi dergi gösteriyorum sana? Sizin gibi dar kafalı modernistler yok mu ah...
- Hem modernizmi eleştirip hem modernizmin yöntemlerini kullanmanızı alkışlıyorum bu arada.
- Ehem... Geçiş dönemlerinde olur öyle şeyler canım. Paradigma değişiyor kolay değil :)
- O değişim insanların hayatına mal oluyor ama!
- İşte sizin yüzünüzden ilaç şirketlerinin elindeyiz böyle! Yeter! Düşün milletimin yakasından kardeşim! Açın önümüzü!
- Bu şaka uzamadı mı artık?
- Tamam tamam... Hem, sen demiyor muydun ‘şaka baş etme yöntemidir bazen’ diye?
- Bu arada, en azından etkili ve güvenli bir korona aşısı için “zorunlu olmalı mı?” Tartışması olmaz umarım...
- Bir de naif değilim diyordun?
- Off... Sakin kalmak sahiden zor...
- Biraz kahve?

\*\*\*

- Ben tıbbın kendisini sorgulamasını şu anlamda gerekli görüyorum; esas onu diyecektim: Halk sağlığı bakışı politikacılarda yok diyoruz ama önce tıbbın kendisi edinmeli bu bakışı, öyle değil mi? Sağlık hizmetleri bir bütün değil mi? Asıl olanın korumak olduğu unutulmuş görünüyoruz. Salgında değil sadece, esasen rutinde. İş buralara varduktan sonra şimdi böyle dramatik şeyler konuşuyor oluyoruz.
- Tabii ki öyle... Olağandışı durumlarda önemli olan hazırlıklı olmak... Bu salgın geliyorum diyordu üstelik; sekiz yıl önce Almanya’da hazırlanan [bir raporda](#) belirtmiş bilim insanları. Virüsün ilk olarak Güney Asya’da pazarlarda satılan hayvanlardan insanlara bulaşacağını dahi söylemişler.
- Müthiş... Zaten şimdi de söylüyoruz yenileri gelebilir diye. Zoonotik hastalıkların insanlara geçiş nedeninin vahşi yaşam alanlarının insan eliyle yok edilmesi olduğunu [göstermişler](#). Öngöründe bulunmak hiç zor değil...
- Orada şu akla gelebilir: Bu 100 yıldır yaşanmayan bir olay. Korunmak güç, aşısı, tedavisi yok. [Bulaş yollarından](#) bile kesin biçimde emin değiliz. Dünyada etkilemediği yer kalmadı, [bilindiği kadarıyla](#) 27 milyon kişiyi enfekte etti, bunların yaklaşık bir milyonu öldü. Bu

kadar büyük çaplı bir salgında devletler elbette bocalıyor. Ama devletlerin hazırlıklı olduğu söylenebilir mi?

- Yanıtlamak zor... Türkiye içinse kolay :)
- Aslında mesele halk sağlığı yaklaşımının neden benimsenmediğiyle ilgili. Politikacılar bilimsel bilginin ne gösterdiğini biliyorlar, anlıyorlar; kimse aptal ya da cahil değil. Sonuçta yaptıkları politik bir tercih. Sağlığı piyasaya açmaya karar verdiler biliyorsun; piyasa aklıyla da ilerliyorlar. Koruyucu hizmeti verecek birinci basamak örgütlenmesini yok ettiler, önceliği kâr getirecek girişimlere, tedaviye verdiler. Şimdi salgın çıkınca da salgını doktorla hastaneyle yönetebileceklerini sanıyorlar. Savaşı önlemeyip, üstüne cephede savaşmayıp, sadece cephe gerisinde yaralı tedavi etmeye benziyor bu.
- “Neden en çok vaka ABD’de?” Sorusunu da yanıtlıyor bu aslında...
- Rusya ve Çin gizlediği için mi? Hindistan ve Brezilya’da yeni yeni artmaya başladığı için mi? Kısmen... Ama bence esas neden sağlık hizmetleri kârlılık üzerine kurulduğu için. En yüksek teknolojilere sahipler, ama sistemin aczi böyle zamanlarda ortaya çıkıyor. Liberalizmin kalesinde herkese devletçe sağlık hizmeti sunulması anayasaya aykırı bir defa; Obama ‘herkese sağlık hizmeti’ gibi birşeyler geveledi diye adı sosyalist’e çıkmıştı!
- Anımsadım... TTB de “salgın yönetimini Halk Sağlıkçılara bırakın” diye bas bas bağırmıştı ama nafile... Sağlık Bakanı ‘filyasyon’ sözcüğünü ağzına aldığı anda 40. Gün müydü?
- İşte onu diyorum; Sağlık Bakanı özel hastane sahibi bir klinisyen. Kendisini içinde bulduğu pozisyonda -elbet “imkânlar dahilinde”- kendince bir çıkış bulmaya çalışıyor. Fakat mesele onun başarısı ya da beceriksizliği değil; yönetimin iyiliğini kötülüğünü tartışmak yetmez. Şirketlerden, iş dünyası akıllarından ari kalmadıkça halk sağlığı yaklaşımını anlasan da benimseyemezsin, hayata geçiremezsin.
- Haklısın... Öyle olunca “Ekonomi mi, insan mı?” Sorusunu ekonomi diye yanıtlıyorlar çekinmeden... Teksas’ta bir politikacının ne dediğini duydun mu: Ekonomiyi kurtarmak için yaşlıların çalışmaya devam ederek kendilerini feda etmeleri gerektiğini [söylemiş!](#)
- Liberal anlayışın kusursuz bir örneği bu! Bana bir makaleyi anımsattı: “[Utanç verici olanı meşrulaştırmak](#)”. Belki okumuşsundur Toplum ve Hekim’de... Ötanazi tartışmalarının nasıl kısır bir yerden yapıldığını, asıl sorunun yararcı anlayış olduğunu söylüyordu. Maliyet-etkinlik analizinin “hayatta kalmaları topluma acı dolu yükler getiren bireyler” için de uygulanmasını, böylece milyarlarca dolar tasarruf! Edilmesini savunanları eleştiriyordu.
- Ben de Birleşmiş Milletler’den bir yetkilinin kullandığı “[Liberal öjeni](#)” deyimini anımsadım... Engellilere yaklaşım bağlamında kullanmıştı bu deyim. Pazarın ve toplumsal normların dayatmalarıyla engellilerin hiç doğmamış olması, doğdularsa da bir an önce ölmeleri gerektiğini vaaz edenleri eleştiriyordu.



- İşte tam da bu! Bütün meseleyi çok iyi anlatıyor bu deyim! Sağlığı ticaretin nesnesi haline getir, maliyet-etkin olmayan hizmetlerin bedelini karşılama, koruyucu hizmetleri boşver, ondan sonra da salgın çıkınca hastane yapıp çalışanlara yüklenmekten başka çaren kalmasın... Asıl triyaj bu! Trajikomik değil mi: Salgında ‘bir yatak/iki hasta’ sorunu aklımıza geliyor da ‘normal’ zamanlardaki triyaj aklımıza gelmiyor...
- “Nüfusu azaltmak için salgını Bill Gates yarattı” gibi komplo teorileri doğru mu diyorsun yoksa?
- Hayır demiyorum elbette. Böyle bir saçmalığa ihtiyacı yok ki kapitalizmin? Herşey iyi gidiyordu da ‘nüfus arttı’ diye şimdi böyle bir cinliğe mi ihtiyaç duydular yani? Hayır tam tersi; zaten sistemin doğası, doğal gidişatı nüfusu ölüme terk ediyor. Ben ‘normal’ zamanlardan da söz ediyorum. Triage ne demek: “Ayırmak” demek. Ödeyebilenler bir tarafa ayrılıyor, ödeyemeyenler içinse üzgünüz! Asıl öjeni bu değil mi? Genlerine göre değil parasına göre seçiyoruz.
- Hmm...
- “Kaynakların akılcı kullanımı” diyorlar: Hangi akılla hareket ettiğine göre değişir bu. Benimsediğin adalet kuramına göre değişir. Neye ‘eşitsizlik’ dediğine, eşitsizlikleri kabul edip etmediğine...
- Aslında temel mesele bu tabii; verilerin gizlenmesi, polisiye önlemlerin haklılığı vs hepsi salgın zamanında, oluştuktan sonra tartışmak durumunda kaldığımız işler.
- Kesinlikle! Salgın elbette kendine özgü ikilemler ortaya çıkarıyor; ama aslında rutin öncesi bir şekilde idare edilen, görmezden gelinen, alışılan sorunsallar böyle olağandışı durumlarda ayağa kalkıp hayatımızın ortasına dikiliyorlar. O nedenle bu sorunların “olağan” zamanlarla bağlantısını görmemiz lazım, asıl triyajı, asıl öjeniyi konuşmamız lazım... Bir insan hastalandığında, bir insan yaşamı yitirdiğinde bunun önlenebilir olup olmadığını sormamız lazım. Onca sağlık çalışanı öldü; acaba tümü kaçınılmaz mıydı örneğin?
- Elbet insana sahiden değer veriyorsak.
- Bak [İtalya’da](#), [İspanya’da](#) insanlar hükümetlerini dava ettiler, yeterince önlem almayıp ölümlere yol açtıkları için. Şimdi bilirkişi olsan hata-zarar ilişkisini nasıl kurardın, bu bir malpraktis mi yoksa komplikasyon mu diye ayırmak için?
- Anladım dediğini... Sadece idari kusura bakmazdım tabii; kök nedenleri, uygulanan politikaları da değerlendirirdim.
- Ve?
- Ve liberal politikaların etkisini görünür kılardım. Ve taksirle ölüme sebebiyetten... Yahu bir dakika, sen beni ittire ittire nereye getirdin!
- Katılmıyor musun yani? “Liberal öjeni” diyen sendin?

- Katılıyorum da.... Sen bütün bunları Facebook'a filan yazmıyorsun umarım?
- Facebook yaşlılar için; ben Twitter kullanıyorum canım :)

# PANDEMİYE VERİLECEK YANITLARI TOPLUM BİLİMLERİYLE BÜTÜNLEŞTİRMEK

**Dr. Yücel Demirer**

Doçent, Kocaeli Dayanışma Akademisi

## Özet

Toplum bilimleri araştırmaları, COVID-19'dan etkilenen kesimlerin karşı karşıya kaldığı ekonomik, sosyal, psikolojik ve kültürel sorunların anlaşılmasında kritik öneme sahiptir. Pandemiye karşı mücadelede uygulanan yöntemlerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında, insanın gerek bireysel düzeyde ve gerekse kolektif bir biçimde karşılaştığı sorunlar ve bilimsel yöntemler çerçevesinde ölçülmüş zorluklar en önemli veri kaynağını oluşturmaktadır. Toplum bilimleri alanında yapılacak araştırmalar, COVID-19 pandemisinin sonlandırılması sürecinde yanıtlanmayı bekleyen sorulara ilişkin bilgi eksikliğini tamamlarken, aynı zamanda gelecekteki benzeri afetlerde yararlanılacak deneyimin biriktirilmesine de katkı sunacaktır.

COVID-19 pandemisinin toplumsal yaşam ve onun öznesi olan birey üzerinde yarattığı sorunların listelenmesi ve bu başlıklar altında yapılmasına ihtiyaç duyulan araştırmalara alan açılması pandemi ile mücadelenin etkisinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu yapılırken bürokratik merkezîyetçi aklın halkı azarlayarak, eleştirerek tek tip reçeteleri uygulamaya sokarak çözmeye çalıştığı güncel problemler hakkında bilimin sesinin yükseltilmesine olanak sağlayacak kurumsallaşmaların önü açılabilir. Yakıcı güncel bilgi eksikliği, yoğun kafa karışıklığı ve bürokratik hegemonyanın üniversiteleri içine sürüklediği ürkeklik ortamında, bahsi geçen konularda bilgi üretip ve çözüm önerebilecek nitelikli kadrolar elde mevcut olmasına rağmen, buna öncülük edecek bir iradenin eksikliği, akademik ve düşünsel emeği bir araya getirecek araştırma gruplarının oluşumunun da ilgi alanımız içinde olmasını ve çok boyutlu politika üretimine katkı sunan bir sorumluluğun üstlenilmesini gerektirmektedir.

Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda COVID-19 pandemisinin yarattığı tahribatın değişik yönleri üzerine tartışmalar yapılabilecek ortamlar organize edilmeli, ilgi alanları çakışan araştırmacıları bir araya getirecek tematik ve kurumsal şemsiyeler oluşturulmalı ve halen bir araya gelmiş çalışma gruplarının gereksinim duyduğu mekânsal ve finansal kaynakların sağlanması için yaratıcı öneriler yapılmalıdır. Yapılacak araştırmaların şu üç ana başlık altında toplanması anlamlı görünmektedir:

Bürokratik merkezîyetçi aklın halkı azarlayarak, eleştirerek tek tip reçeteleri uygulamaya sokarak çözmeye çalıştığı güncel problemler hakkında bilimin sesinin yükseltilmesine olanak sağlayacak kurumsallaşmaların önü açılmalıdır.

1. Kamu sağlığı politikalarının geliştirilmesi ve güncelleştirilmesi
2. Önlem ve tedavi süreçlerinin 'insan odaklı' yöntemlerle geliştirilmesi
3. Algıyı belirleyen etmenlerin iletişim ve haberleşme teknikleri üzerinden yeniden düşünülmesi



Veri kısıtını aşacak yaratıcı yöntemler geliştirilerek yaş, gelir, statü, cinsel yönelim gibi nedenlerle pandemiden katlanarak etkilenen kesimler saptanmalı ve bunlara yönelik ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını hedefleyen politikalar geliştirilmelidir. Özellikle önyargı ve ayrımcılığa karşı bir dilin nasıl kurulabileceği sorusu sahibini beklemektedir.

Pandemi sürecinde milyonların hayatı eve sığmamıştır. Üretim sürecinde yer alanların çalışma, ulaşım, bulaşı önleme koşullarını COVID-19'un bir 'işçi sınıfı hastalığı' olduğu bilinciyle ele alan araştırmalar yapılmalıdır. Nüfusun farklı kesimlerini içeren yurttaş tepkileri, davranış kalıpları ve tercihleri, neden farklı davranışlar geliştirdiklerini anlamamıza yardım edecek standart anketlerin hazırlanması ve uygulanması yoluyla incelenmelidir.

Kapatılan eğitim kurumlarını ikame etmesi düşünülen çevrimiçi yöntemler yoksulluk ve teknik altyapı eksikliği duvarına çarpmış görünmektedir. Kapatılı okulları güncel pedagojik boyutları ile incelemek yanında, sosyal ve ekonomik yanlarını da araştırmak zorunlu görünmektedir. Bu çerçevede, eğitim-öğretimin özelleştirilmesi (ticarileştirilmesi) süreci ve bu sürecin fırsat eşitliğini bütünüyle ortadan kaldırdığı gerçeği bir defa daha etkili söylem ve araştırmalarla ortaya konulmalıdır.

Araştırma süreçlerine ivme kazandıracak alternatif kaynakların oluşturulması ve mevcut kaynakları halk yararına kullanmaya yöneltecek şeffaflık mekanizmalarının oluşturulması gereklidir.

Pandeminin beklenmedik sonuçlarından biri ciddi bir yönetim ve liderlik krizi olarak şekillenmiştir. Kitlelerden şikayetçi olan ve bazen yalvaran kamu yöneticileri gözlenmiştir. Kriz önleme sürecinden kriz yönetme sürecine kadar karar piramidinin tepesindeki kamu otoritesi ve yereldeki mülki idare amiri-sağlık müdürü ikilisinin pandemi önlem politikaları sistemli olarak tartışılmalı, acil durum yönetim mekanizmaları oluşturmak ve karar verme süreçlerini demokratikleştirmek konusunda araştırmalar yapılmalıdır.

Yaş, gelir, statü, cinsel yönelim gibi nedenlerle pandemiden katlanarak etkilenen kesimler saptanmalı ve bunlara yönelik ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını hedefleyen politikalar geliştirilmelidir.

İç ve dış göçün pandemiye etkisi bilinmeden ulusal sınırlar içinde sürdürülecek bir mücadele anlamlı görünmemektedir. Toplumun birbirinin aynısı bireylerden oluştuğu yanılması içeren bu toptancı yaklaşımlara karşı korku, tehdit ve risk algısı ve karar verme dinamikleri arasındaki farkı anlamaya yönelik araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Eşine az rastlanan uzunlukta bir ev hapsi ve sosyal izolasyon kaynaklı ev içi şiddet ve boşanma eğilimi incelenmeyi gerektirmektedir.

Sağlık emekçilerimiz ölüyor ve tükeniş duygusu üst düzeyde. Bu türden bir ortamda giderek artan boyutlarda gereksinim duyulan psikolojik desteğin nerede, nasıl ve öncelikli olarak kime sunulacağı konusu layık olduğu ilgiyi beklemektedir.

Düğün, taziye ve benzeri geleneksel kültür öğelerinin etkileri konusunda etkili ikna biçimleri geliştirilmeli, hayatın olağan akışına engel olmayacak evlilik, taziye ve tören biçimleri önerilmelidir.

Toplu halde birarada bulunmayı içeren dini pratikler, üzerinde düşünülme-yi gerektirmektedir. Özellikle kutuplaştırıcı dilden medet umarak yapılan siyasetin etkili olduğu ülkemizde, konunun güncel ihtiyaçlar doğrultusunda ve bilimsel bir bakış açısı içerisinde incelenmesi bir zorunluluktur.

Pandemi kısıtlamalarının şeklini verdiği hayat tarzı değişikliklerinin bireysel ve kamusal mekânlara yansımaları dikkatle incelenmeli, ‘mekân’ın geleceği üzerine katılımcı bir düşünme, tartışma, araştırma süreci başlatılmalıdır.

COVID-19 ile mücadele sürecinde ateş yükseldiğinde ne yapılması gerektiği sorusuna yanıt vermekten, aşı çalışmalarının geldiği son duruma ilişkin bilgi sunmaya, fiziksel mesafe ölçütlerinden yaş gruplarına ilişkin özgül sorunlara kadar ihtiyaç duyulan bilginin sunulacağı, nesnel ve teknik bilgi ile sınırlı bir iletişim ortamının oluşturulması büyük fayda sağlayacaktır.

Acil müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi halkın ve acil sağlık görevlisinin daha iyi hazırlanması gerekmektedir. Korkuları, kültürel bariyerleri, hassasiyetleri yanıtlaması gereken bu faaliyetler özellikle henüz acil ihtiyacı doğmadan yurttaşların acil desteğin içeriğine ve biçimine ilişkin bilgilendirme sunması açısından önemlidir.

COVID-19 ile mücadele sürecinde kişisel sorumluluk vurgusunu öne çıkaran ülkeler olduğu gibi virüsü düşmana benzeten bir savaş benzetmesinden veya dış güçlerin sorumsuzluğunu ve önlem almada geç kalmasını işaret eden yaklaşımların kullanıldığı da olmuştur. Anlaşılması kolay, gönül okşayan, rahatlatıcı ve karar verici iradenin başarısını öne çıkaran ve bu doğrultuda ona itaati öneren öykülerin bürokratik hakimiyeti ve otoriterleşmeyi pekiştirme tehlikesine karşı uyanık olunmalı, temel hak ve özgürlüklerin korunması için mücadele edilmelidir.

Pandemi sürecinde fikir üreten kesimler arasındaki iletişim kalitesini yükseltecek ve “fiziksel mesafe – fiziksel mesafe”, “karantina – sokağa çıkma yasası” ve benzeri kavramsal ayrımlarda olduğu gibi algıyı olumlu yönde dönüştürecek bir dilin oluşturulması için bir COVID-19 Sözlüğü hazırlanmalıdır.

Anlaşılması kolay, gönül okşayan, rahatlatıcı ve karar verici iradenin başarısını öne çıkaran ve bu doğrultuda ona itaati öneren öykülerin bürokratik hakimiyeti ve otoriterleşmeyi pekiştirme tehlikesine karşı uyanık olunmalı, temel hak ve özgürlüklerin korunması için mücadele edilmelidir.



“Sözlü Tarih” yönteminin, bir yıla yaklaşan COVID-19 ile mücadele sürecinde biriken deneyimi toparlamak ve gelecek kuşaklara yansıtmak konusundaki kapasitesi akılda tutulmalıdır. Artan doğa tahribatından dolayı koronavirüs ailesinden olsun olmasın çeşitli gerekçelere dayanan pandemilerin sıkça kapımızı çalacağı bir gelecek bizi beklemektedir. Pandemiyle mücadelenin profesyonel boyutu yanında gündelik içeriğinin de yansıtılması ve bundan dersler derlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Veri saklanması gerçekliği gündemdeyken alternatif ve kamu kontrolünden azade veri toplama yöntemlerini geliştirecek ve uygulayacak mekanizmalar üretmek, başta deprem sonrası normale dönüş faaliyeti olmak üzere benzer deneyimlerin bu mecraya aktarılması için çalışmalar yapmak ve her şeyden önce “COVID-19 Toplum Bilimleri Çalışma Grupları” oluşturarak bunların birbirlerinden haberdar düşünce üreteceği bir kurumsal şemsiye hazırlığı anlamlı görünmektedir.

## Giriş

21. Yüzyıl benzeri az görülmüş ve son derece karmaşık sağlık sorunlarını beraberinde getirdi. Bazı bilimcilerin, kontrolsüz bir tüketim düzeyi ve buna bitişik doğa talanından kaynaklandığını iddia ettiği hayvandan insana bulaşan virüsler, son olarak COVID19 örneğinde gördüğümüz türden çok boyutlu bir yıkıma neden olmuş bulunmaktadır. Pandemiler bir yandan insanlık olarak sahip olduğumuz bilimsel bilginin sınırlarını bize gösterirken, diğer yandan yaşanan pandemi kaynaklı ve çok boyutlu yıkımlara karşı toplum bilimlerine dayalı çözümlerin geliştirilmesini gerektirmiştir. COVID-19 ile hazırlıksız bir biçimde karşıya kalan toplumların ve toplumsal kesimlerin algı ve tepkileri ile bunların üzerinde yükseldiği toplumsal, ekonomik ve kültürel arka planın anlaşılması gereksinimi, hem afetin doğurduğu sorunların doğru tanımlanması hem de buna paralel olarak verilen yanıtların geliştirilmesi bakımından öne çıkmıştır.

Buna ek olarak COVID-19 eksenli toplum bilimleri çalışmaları, geniş ölçekli yıkıcılığı artarak süren ve tarihsel deneyimin çok sınırlı olduğu bu tehlikeye karşı insanların anlama düzeyini artırmak ve önlemlere gönülden katılımlarını sağlamak açısından da kritik öneme sahiptir. Bu konuda toplum bilimleri camiasının bir bütün olarak önceden yapmış oldukları çalışmalardan esinlenen uygulamaların ve yeni araştırmaların hayata geçirilmesi zorunludur. Karşı karşıya kalınan sorunların karmaşıklığıyla doğru orantılı olarak disiplinlerarası bir bakış gerektiren araştırmaların kısa süre içinde uygulanır olmasının sağlanması ayrı bir görev olarak önümüzde durmaktadır. Ayrıca, birbirinden kopuk olarak yapılmış, kapsamı dar tutulmuş ve diğer çalışmalarla köprülenmediği için etki ve uygulaması sınırlı kalan çalışmaların bütünlüklü bir çerçevede yeniden toparlanması, güncel ihtiyaçlara uyarlanması ve uygulamaya ilham verecek şekilde sunulması, öncelikle ele alınması gereken bir başka ‘acil gündem maddesi’dir.

Bu doğrultuda gerçekleştirilmesi gereken toplum bilimleri araştırmalarında pandeminin ve pandemiye bağlı yıkımların yaşandığı ortamlardaki toplum-

sal ilişki ve güç dinamiklerinin, kitleyi bir arada tutan kültürel değerlerin ve bu değerler üzerinde şekillenen normların incelenmesi ve bu bağlamda önceden yapılmış araştırmaların işlevli hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Anlama ve anlamlandırma işlevi yanında, toplumun tüm katmanlarının katılım düzeyini ve sorumluluk bilincini artırma arayışı doğrultusunda;

- Konu üzerinde uzlaşılmış bir hedef tanımı yapılarak öncelikli faaliyet alanlarının saptanması,
- Masa başında ifade edilen temennilerin somutlanmasına olanak sağlayacak kurumsal yapıların oluşturulması ve gerekli iletişim kanallarının açılması,
- Standardize edilmiş mekanizmalar oluşturularak aktörler arasında sağlıklı bir veri ve deneyim paylaşımı ortamı sağlanması,
- Ulusal ve yerel düzeyde bilginin entegre edilmesine özen gösterilmesi,
- Temsil yeteneğine sahip tarihsel ve güncel örneklerin bilgisinin kitle-sel ikna süreçleri için hazır edilmesi,
- Tüm bunlar yapılırken sahanın ve ön cephede çalışan sağlık emekçisinin bilgi ve ihtiyaçlarının asıl olduğunun akıldan çıkarılmaması,
- Akademik jargon ve üniversiter önceliklerin, epistemik otoritenin bilgisinin, sahanın bilgisi ve gereklilikleri ile terbiye edilerek mutlaklaştırılmamasına özen gösterilmelidir (**Lavazza ve Farina, 2020**).

Bu yazıda yıkımı giderek artan COVID-19 ile mücadele sürecinde toplum bilimcilerin pandemi ile mücadeleye katkı sunabileceği alanlara işaret edilip, bu alanda yapılabilecek çalışmaların gerektirdiği olası ortam ve mecralar sıralanacaktır. “COVID-19 Toplum Bilimleri Çalışma Grupları” olarak örgütlenmesi önerilen araştırma gruplarının çalışmalarına acil olarak gereksinim duyulan alanların listelenmesi yanında, henüz uç vermemiş sorunlar üzerine hızla çözüm üretebilecek mekanizmaların nasıl oluşturulabileceği meselesi üzerinden de sorular sorulacaktır.

Yaşayarak gördüğümüz üzere COVID-19 pandemisi toplumsal yaşamı pek çok açıdan etkilemiş, kanıksanmış tutum ve davranışlara meydan okumuş, farklı düzey ve alanlarda önceden tahmin edilenden akla gelmeyecek olana kadar geniş kapsamlı yıkımlara yol açmıştır. Bu kısa metinde COVID-19 pandemisinin toplumsal yaşam ve onun öznesi olan birey üzerinde yarattığı sorunlar listelenecek ve bu başlıklar altında yapılmasına ihtiyaç duyulan araştırmalara değinilecektir. Bu yapılırken bürokratik merkezîyetçi aklın halkı azarlayarak, eleştirerek tek tip reçeteleri uygulamaya sokarak çözmeye çalıştığı güncel problemler hakkında bilimin sesinin yükseltilmesine olanak sağlayacak kurumsallaşmalara ilham verilmesi amaçlanmaktadır. Yakıcı güncel bilgi eksikliği, yoğun kafa karışıklığı ve bürokratik hegemonyanın üniversiteleri içine sürüklediği ürkeklik ortamında, bahsi geçen konularda bilgi üretip ve çözüm önerebilecek nitelikli kadrolar elde mevcut olmasına rağmen, buna öncülük edecek bir iradenin eksikliği, akademik ve düşünsel emeği bir araya getirecek araştırma gruplarının oluşumunun da ilgi alanımız içinde olmasını gerektirmektedir. Toplumsal yaşamın dinamizmine uygun bir biçimde ve tamamlanmışlık iddiası olmaksızın aşağıdaki listede değinilen konular üzerine düşünenlerin bir araya gelebilmeleri için bir ‘davet’ ni-

teliği taşıyan bu yazıda, pandeminin değişik boyutlarına ilişkin acil çözüm bekleyen sorunlara değinilecektir. Bunun yanı sıra konunun değişik boyutları hakkında bilgi ve fikir sahibi olanların birikimini, toplumsal yaşamı dönüştürebilecek araştırmalarda biraraya getirmek üzere bir yol haritası dilendirilecektir. Gizlemeye gerek duymadığımız niyetimiz ise sadece kendisinden görüş sorulduğunda raporunu yazıp geriye çekilen uzman tipolojisinin ötesine geçen, sahadan öğrenen ve oradan gelen veriyi tarihsel deneyim ve kuramsal donanım imbiğinden geçirerek politika üretimine katkı sunan bir sorumluluğa da vurgu yapmaktadır.

Anılan ihtiyaçlar doğrultusunda COVID-19 pandemisinin yarattığı tahribatın değişik yüzleri üzerine tartışmalar yapılabilecek ortamlar organize edilmeli, ilgi alanları çakışan araştırmacıları bir araya getirecek tematik ve kurumsal şemsiyeler oluşturulmalı ve halen bir araya gelmiş çalışma gruplarının gereksinim duyduğu mekânsal ve finansal kaynakların sağlanması için yaratıcı öneriler yapılmalıdır. Bunlara ek olarak, aşağıda belirtilen konu ve olguların takibini yapan araştırmacıların başka ülkelerde faaliyette olan meslektaşları ile temasa geçmeleri ve bilgi akışına açık olmalarını sağlayacak ortamların oluşturulması da ihtiyacın bir diğer boyutunu oluşturmaktadır.

### **Araştırma Alanları**

Toplumsal yaşam COVID-19 pandemisinin yıkımından birbirinden çok farklı boyut ve alanlarda etkilenmiştir. Aile ortamından üretim süreçlerine, eğitimden uluslararası ilişkilere kadar pek çok boyutu etkileyen ve hızla üzerinde durulup çözüm üretilmeyi bekleyen sorunlar gündeme gelmiştir. Toplum bilimleri araştırmalarının çözüm üretmesi gereken konu öbeğine her gün yeni boyutlar eklenmekte, COVID-19 pandemisinin yıkım alan ve düzeyini anlayıp, yanıt üretilmesini gerektiren başlıklar hızla artmaktadır. Değinilen karmaşıklığa rağmen ve virüsün eldeki bilgiden hızlı ilerlediği bir süreçte yapılan liste, pandeminin ağırlığı ve bulaşmanın hızı doğrultusunda yapıldığı anda eskimektedir. Dolayısıyla bu gerçeklik akılda tutularak şu üç ana izlek üzerinde yoğunlaşmak gerekmektedir:

1. Kamu sağlığı politikalarının geliştirilmesi ve güncelleştirilmesi
2. Önlem ve tedavi süreçlerinin 'insan odaklı' yöntemlerle geliştirilmesi
3. Algıyı belirleyen etmenlerin iletişim ve haberleşme teknikleri üzerinden yeniden düşünülmesi

### **Kamu Sağlığı Politikalarının Geliştirilmesi ve Güncelleştirilmesi**

- **Riske Açık Grupların Saptanması ve Özgün Mücadele Yöntemlerinin Geliştirilmesi:** Pandemi süreci her türden eşitsizliğin etkisini gösterdiği bir dönem olmuştur. Veri kısıtını aşacak yaratıcı yöntemler geliştirilerek yaş, gelir, statü, cinsel yönelim gibi nedenlerle pandemiden katlanarak etkilenen kesimler saptanmalı ve bunlara yönelik ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına ilişkin politikalar geliştirilmelidir. Özellikle önyargı ve ayrımcılığa karşı bir dilin nasıl kurulabileceği sorusu sahibini beklemektedir. Kültür ve sosyal normların pandemiye ilişkin önlemleri nasıl etkilediği ve özellikle ülkemizde

Pandemi süreci her türden eşitsizliğin etkisini gösterdiği bir dönem olmuştur.

yoğun olarak yaşanan toplumsal ayrışmanın sonuçları risk algısı ve risk tercihi bağlamında değerlendirilmelidir.

- **İşçi Sınıfı Hastalığı Olarak COVID-19:** Pandemi sürecinde milyonların hayatı eve sığmamıştır. Üretim sürecinde yer alanların çalışma, ulaşım, bulaşı önleme koşullarını COVID-19'un bir 'işçi sınıfı hastalığı' olduğu bilinciyle ele alan araştırmalar yapılmalıdır. Toplumsal eşitsizliğin nasıl COVID riskini ve tedavi yükünü artırdığı incelenmeli, emekçileri önceleyen sağlıklı bir çalışma ortamının aslında nasıl toplumun bütününü ilgilendiren bir konu olduğu kanıtla- rıyla ortaya konulmalıdır.
- **Ölçme ve Değerlendirmede Etkili Yöntemler Geliştirilmesi:** Pandemi sürecinde ve içinde bulunduğumuz veri kısıtlaması orta- mında ülkeden ülkeye değişen ve nüfusun farklı kesimlerini içeren yurttış tepkileri, davranış kalıpları ve tercihleri, neden farklı davra- nışlar geliştirildiğini anlamamıza yardım edecek standart anketlerin hazırlanması ve uygulanması yoluyla incelenmelidir. Bu türden araş- tırmalar yurttışların ihtiyaçlarının net bir biçimde saptanması ve ge- reğince yanıtlanmasına olanak sunması yanında, üzerinde oydaşma bulunan ve bulunmayan konuların bilinmesini sağlayıp, karar verme süreçlerini etkileyen faktör ve mekanizmaları gözler önüne serecek- tir. Söz konusu incelemeler hangi kesimlerin daha çok bilgilendiril- mesi gerektiğini gösterirken, özellikle çok kısa bir süre içinde yanıt- lanması gereken meseleler konusunda da süratle işlevli olabilen bir zihinsel çerçeve geliştirilmesine de katkı sunacaktır.
- **Eğitim, Öğretim ve Çevrimiçi Öğretim:** COVID-19 pandemisi tüm dünyada eğitim sistemini altüst etmiş ve öğretimi her düzeyde aksatmıştır. Kapatılan eğitim kurumlarını ikame etmesi düşünülen çevrimiçi yöntemler yoksulluk ve teknik altyapı eksikliği duvarına çarpmış görünmektedir. Kapalı okulları güncel pedagojik boyutları ile incelemek yanında, sosyal ve ekonomik boyutları ile incelemek de zorunlu görünmektedir. Bu çerçevede, eğitim-öğretimin özelleşti- rilmesi (ticarileştirilmesi) süreci ve bu sürecin fırsat eşitliğini bütünüy- le ortadan kaldırdığı gerçeği bir defa daha etkili söylem ve araştır- malarla ortaya konulmalıdır.
- **Devlet ve İlaç Tekelleri Ötesinde Araştırma Finansmanı:** Pandemi sürecinde COVID-19 bulaşının önlenmesi ve aşı araştırma- ları sürecinde kapitalist hegemonyanın etkisi yoğun olarak hissedil- miştir. Araştırma süreçlerine ivme kazandıracak alternatif kaynakla- rın bulunması ve mevcut kaynakları halk yanlısı olmaya sevk edecek şeffaflık mekanizmalarının oluşturulması, üzerinde düşünölmeyi ge- rektirmektedir. Bununla ilişkili olarak sağlık alanındaki özelleştirme (ticarileştirme) politikalarının ortaya koyduğu eşitsizlik ve kaynak is- rafi gerçeği sürekli olarak gündemde tutulmalıdır.
- **Sağlık Politikalarına Uygun Liderlik ve Yönetim Biçimleri:** Pandeminin beklenmedik sonuçlarından biri ciddi bir yönetim ve li- derlik krizi olarak şekillenmiştir. Kitlelerden şikayetçi olan ve bazen yalvaran kamu yöneticileri gözlenmiştir. Kendisi ve ailesi de bu top- lumda yaşayan ve virüsten endişelenen bir kamu yöneticisinin yö-

Pandemi sürecinde COVID-19 bulaşının önlenmesi ve aşı araştırmaları sürecinde kapitalist hegemonyanın etkisi yoğun olarak hissedilmiştir.

neticilik tarzı üzerine yapılacak tartışmalar, güncel yararı ötesinde, gelecek yüzyıllara bırakılacak bir miras da olacaktır. Kriz önleme sürecinden kriz yönetme sürecine kadar karar piramidinin tepesindeki kamu otoritesi ve yereldeki mülki idare amiri-sağlık müdürü ikilisinin pandemiye ilişkin kararları sistemli olarak incelenmeli, acil durum yönetim mekanizmaları oluşturmak ve karar verme süreçlerini demokratikleştirmek konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

- **Göç ve Toplu Hareketlilik:** Yakın zamana kadar göç vermesiyle bilinen Türkiye, son yıllarda ciddi bir düzeyde göç almaktadır. İç ve dış göçün pandemiye etkisi bilinmeden ulusal sınırlar içinde sürdü-rülecek bir mücadele anlamlı görünmemektedir.
- **Yeniden Açılma Süreci:** Uzun ve zahmetli bir pandemi sürecin-den sonra açılma ve olağan akışa dönüşün de özel bir ilgi gerektirdi-ği ve kontrolsüz bırakılmasının mümkün olmadığı ortadadır. Nor-malleşme sürecine yönelik iyi bir hazırlık, kolektif travmanın hiç ol-mazsa pandeminin son aşamasında yaşanabilecek kısmını azaltabi-lecektir.

### **Önlem ve Tedavi Süreçlerinin İnsanı Merkezine Alan Yöntemlerle Geliştirilmesi**

- **Fiziksel Mesafe ve Maske Kullanımı:** Fiziksel mesafeye uyul-madığı ve maskenin gerektiği gibi kullanılmadığı yönünde şikayetler sağlık bürokrasisinin en tepe noktalarından bile sıkça duyulmaktadır. Toplumun birbirinin aynısı bireylerden oluştuğu yanılsaması içeren toptancı yaklaşımlara karşı korku, tehdit ve risk algısı ile karar verme dinamikleri arasındaki farkı anlamaya yönelik araştırmalar yapılması gerekmektedir. Konunun materyal kültürel boyutunun anlama faali-yetine katılarak bilginin zenginleştirilmesi olanaklı görünmektedir.
- **Sosyal İzolasyonun Doğurduğu Sorunlarla Mücadele:** Uzun döneme yayılmış izolasyon kaynaklı ev içi şiddet ve boşanma eğili-mi, incelenmeyi gerektirmektedir. İzolasyondan doğan sosyal ve psikolojik problemler yanında, çevrimiçi bir dünyada mekân ve izo-lasyon kavramlarının yeniden tanımlanması ihtiyacından bahsetmek bugün için anlamlı görünmektedir.
- **Sağlık Çalışanları Üzerindeki Yükün Psikolojik Boyutları:** Sağlık emekçilerimiz ölüyor ve tükeniş duygusu üst düzeyde. Bu türden bir ortamda giderek artan boyutlarda gereksinim duyulan psikolojik desteğin nerede, nasıl ve öncelikli olarak kime sunulacağı konusu layık olduğu ilgiyi beklemektedir.
- **Gelişkin İzleme ve Geri Bildirim Mekânizmaları Geliştir-mek:** Sağlık Bakanlığı'nca uygulanan filyasyon uygulamalarının en önemli zaafı bazı illerde konuya vakıf ve yetkin olmayan sağlık per-sonelinin de bu konuda görevlendirilmesidir. Uzman sağlık persone-linin modern teknoloji ile donatıldığı bir filyasyon süreci başarı için kaçınılmaz öneme sahiptir.
- **Geleneksel Kültürün Negatif Etkisini Dönüştürecek Meka-nizmalar Üretmek:** Düğün, taziye ve benzeri geleneksel kültür öğelerinin etkileri konusunda etkili açıklama biçimleri geliştirilmeli,

Toplumun birbirinin aynısı bireylerden oluştuğu yanılsaması içeren toptancı yaklaşımlara karşı korku, tehdit ve risk algısı ile karar verme dinamikleri arasındaki farkı anlamaya yönelik araştırmalar yapılması gerekmektedir.



hayatın olağan akışına engel olmayacak evlilik, taziye ve tören biçimleri önerilmelidir. Bu bağlamda posterler, kitapçıklar, el ilanları, çizgi filmler, dijital oyunlar hazırlanmalı, zorlama yerine ikna yöntemleri kullanılmalıdır.

- **Ulaşım Güvenliği:** Kent içi ve dışı ulaşım gündelik yaşamın odak noktalarından biridir. Özellikle yalıtım ve evde kalmayı gerektiren bir dönemde ‘emekçi dostu bir ulaşım politikası nasıl olmalı?’ sorusunun sorulması, ücretsiz ve esnek programlı bir ulaşım programı oluşturulması için araştırmalar yapılması ve uygulanması her zamankinden daha büyük bir önem ve öncelik taşımaktadır.
- **Dini Kural ve Uygulamaları Yeniden Düşünmek:** Fiziksel mesafe ve ev merkezli hayatın en etkili çözüm olarak tanımlandığı COVID-19 önleme ve tedavi sürecinde toplu halde birarada bulunmayı içeren dini pratikler, üzerinde düşünülme gerektirmektedir. Özellikle kutuplaştırıcı dilden medet umarak yapılan siyasetin etkili olduğu ülkemizde, konunun güncel ihtiyaçlar doğrultusunda ve bilimsel bir bakış açısı içerisinde incelenmesi bir zorunluluktur.
- **Mimari Dönüşümler:** Pandeminin toplumsal yaşama getirdiği sınırlandırmalar, yerleşik yaşamın ‘elde var bir’ saydığımız pek çok boyutuna meydan okumaktadır. Önlem amaçlı hayat tarzı değişikliklerinin bireysel ve kamusal mekânlara yansımaları dikkatle incelenmeli, ‘mekân’ın geleceği üzerine katılımcı bir düşünme ve araştırma süreci başlatılmalıdır.

### ***Algıyı Belirleyen Etmenlerin İletişim ve Haberleşme Teknikleri Üzerinden Yeniden Düşünülmesi***

- **COVID-19 İletişim Ağı Kurmak:** Başta Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı kuruluşlar olmak üzere pandemiyle mücadele sürecinde aktif aktörler arasında iletişim sağlayacak, farklı yurttaş gruplarına yönelik en uygun mecra ve yöntemlerle güncel mesajları iletecek, COVID-19 ile mücadele sürecinde ateş yükseldiğinde ne yapılması gerektiği sorusuna yanıt vermekten, aşı çalışmalarının geldiği son duruma ilişkin bilgi sunmaya, fiziksel mesafe ölçütlerinden yaş gruplarına ilişkin özgül sorunlara kadar ihtiyaç duyulan bilginin sunulacağı, nesnel ve teknik bilgi ile sınırlı bir iletişim ortamının oluşturulması büyük fayda sağlayacaktır. Posterler, kısa filmler, sosyal medya mesajları ile desteklenecek bu faaliyet aynı zamanda yanlış bilgilendirmenin ve komplo teorilerinin ve dezenformasyonun bozucu etkisinin de önüne geçecektir.
- **Acil Sağlık Desteğini Toplum Bilimleri Desteği ile Geliştirmek ve İşbirliğini Teşvik Eden Bir Risk İletişimi Ortamı Oluşturmak:** Pandemi sürecinde sunulan acil sağlık hizmetleri, her türden salgın ve doğal afet örneklerinde olduğu gibi müdahalenin ön cephesinde yer almakta ve görünen yüzü olmaktadır. Bu türden hassas durum ve dönemlerde acil sağlık hizmetinin bu hizmeti alan indindeki anlamı yaş, eğitim düzey, gelir durumu ve benzeri faktörlerle belirlenmektedir. Acil sağlık hizmeti sunan sağlık personeli ile hizmeti alan arasındaki iletişim köprüsünü kurmak özel bir çaba ge-

Düğün, taziye ve benzeri geleneksel kültür öğelerinin etkileri konusunda etkili açıklama biçimleri geliştirilmeli, hayatın olağan akışına engel olmayacak evlilik, taziye ve tören biçimleri önerilmelidir.

rektirmektedir. Risk iletişimi olarak adlandırılan bu köprü kurma faaliyetinde sağlık profesyonelinin dili, hizmetin formatı ve detayları, profesyonelin güven vermesi önemlidir. Korkuları, kültürel bariyerleri, hassasiyetleri yanıtlaması gereken bu faaliyetler özellikle henüz acil ihtiyacı doğmadan yurttaşların acil desteğin içeriğine ve biçimine ilişkin bilgilendirme sunması açısından önemlidir. Aynı şekilde değişik kesim ve kategorilerin tercih ve hassasiyetleri konusunda acil sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve böylelikle acil sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması da büyük önem arz etmektedir.

- **COVID-19'un Siyasal Öykülemesi ve Siyasal Sınırlandırma:** Pandemi sürecinde ülkelerin birbirinden farklı mücadele yöntemleri geliştirdikleri gözlenmiştir. Kişisel sorumluluk vurgusunu öne çıkaran liderler olduğu gibi virüsü düşmana benzeten savaş benzetmelerinin, başka ülkelerin önlem almada geç kalmasını işaret eden yaklaşımların kullanıldığı da olmuştur. Anlaşılması kolay, gönül okşayan, rahatlatıcı ve karar verici iradenin başarısını öne çıkaran ve bu doğrultuda siyasi iradeye itaati öneren öykülemeler, bir yandan bilgi eksikliğini kullanışlı öyküler aracılığıyla tamamlarken, diğer yandan bürokratik hakimiyeti ve bazı ortamlarda otoriterleşmeyi pekiştirmektedir. Oysa bilindiği gibi öyküler iktidar ilişkilerinin en saf haliyle yansıtıldığı mecralar olup, İsveç'e gönderilen kurtarma uçağından, hiç eksilmeyen yerli aşı haberlerine, bilim kuruluna dayandırılan kararlardan yerli milli başarı öykülerine kadar morali yükselttiği kadar konuyu hafife almayı da beraberinde getiren anlatılar, anlaşılmayı ve değerlendirilmeyi beklemektedir.
- **Temel Hak ve Özgürlüklerin Kısıtlanması:** Pandemi sürecinde temel hak ve özgürlüklerin COVID-19 ile mücadele çerçevesinde askıya alınması durumuna pek çok ülkede rastlanmıştır. Türkiye'nin de aralarında yer aldığı bazı ülke yönetimlerince bu kısıtlamaların daha yoğun uygulandığı ve veri paylaşılmaksızın kararlar verildiği gözlenmiştir. İstisnai durumların ve pandemi mücadelesiyle açıklanması mümkün olmayan hak ve özgürlük kısıtlamaları listesi araştırılmayı beklemektedir.
- **Ev İçine Daralan Özel Hayat:** Eşine az rastlanan uzunlukta bir ev hapsi ve ev merkezli hayat sosyalleşme kanallarını önemli oranda etkisizleştirmiştir. Eve kapanmanın bunaltısına 'evde çalışma' ve çocuklar/gençler için 'evde eğitim' zorunluluğu eklenince gündelik hayat müthiş zorlaşmıştır. Virüs kapma endişesiyle fiziksel ilişkiler kısıtlanmış ve hatta sonlandırılmıştır. Akraba ve az sayıda yakın arkadaştan örülü bir sosyal ilişki ağı geliştirilmek zorunda kalınmıştır. İş bitiminde eve dönmek bir endişe kaynağı olmuştur. Tüm bunlar olurken sosyal ve özel yaşamın en insani boyutları akamete uğramıştır. Bu sorun dayanışmanın çok daha kritik öneme sahip olduğu kırsal yaşam için daha da yüksek düzeyde geçerlidir. Kent hayatına göre daha çok dayanışma gerektiren köy/kasaba ortamında yaşanan zorluklar özel bir anlama çabasını gerektirmektedir. Bu bağlamda yaşlıların durumu ve çocukların eğitimi de ele alınmalıdır.

Pandemi sürecinde temel hak ve özgürlüklerin COVID-19 ile mücadele çerçevesinde askıya alınması durumuna pek çok ülkede rastlanmıştır.

- **Pandemi Sözlüğü Hazırlanması:** Pandemi sürecinde fikir üreten kesimler arasındaki iletişim kalitesini yükseltecek ve “fiziksel mesafe – fiziksel mesafe mesafe,” “karantina – sokağa çıkma yasağı” ve benzeri kavramsal ayrımlarda olduğu gibi bütünlük içeren bir metnin oluşturulması önümüzdeki yüzyıla hazırlık yapılması anlamına da gelecektir.
- **Sözlü Tarih Çalışmaları Yapılması:** Sözlü Tarih yönteminin bir yıla yaklaşan COVID-19 ile mücadele sürecinde biriken deneyimi toparlamak ve gelecek kuşaklara yansıtmak konusundaki kapasitesi akıldan tutulmalıdır. Artan doğa tahribatından dolayı koronavirüs ailesinden olsun olmasın çeşitli gerekçelere dayanan pandemilerin sıkça kapımızı çalacağı bir gelecek bizi beklemektedir. Pandemiyle mücadelenin profesyonel boyutu yanında gündelik içeriğinin de detaylı olarak kamuoyuna yansıtılması ve bundan dersler derlenmesi büyük önem taşımaktadır. Mikro deneyimden süzülen metnin bilimi merkezine alan düşünme biçiminin kitleselleşmesi açısından da önemi büyüktür.

### Ortam ve Mecralar

Van Bavel ve arkadaşları (2020) COVID-19 pandemisine verilecek yanıtta toplum ve davranış bilimlerinin potansiyel katkısını tartıştıkları makalenin sonuç bölümüne, 1919 yılında *Science* Dergisi’nde yayınlanan bir makaleden bahsederek başlamışlardır. İspanyol Gribi deneyiminden alınan dersleri içeren bu makaleye göre, İspanyol Gribinden korunmanın önünde insanların a) taşıdıkları riskin önemini kavramamış olmaları, b) başkalarını korumak için kendilerini izole etmeyi arzu etmemeleri, c) çoğunlukla bilinçsizce kendilerini ve başkalarını tehlikeye atma eğiliminde olmaları yer almıştır. İçinden geçtiğimiz dönemin dinamiklerine benzeyen yönlerin fazlalığına rağmen iyimser olmak için pek çok neden mevcut görünmektedir.

Yukarda sayılan konularda akademik makale üretimini teşvik etmek, akademik yayın süresinin uzunluğu dikkate alınarak yayın aşamasındaki araştırma sonuçlarının paylaşılacağı forumlar oluşturmak, yurtiçinde ve dışında yaşayan ve ortak ilgileri olan uzman ve akademisyenlerin uzmanlık grupları içinde bir araya getirilmesini sağlamak, olası acil durumlar için potansiyel uzmanlık kriz masaları oluşturmak, bu yıldan başlayarak COVID-19 pandemisinin farklı boyutlarına ilişkin verilecek dersler için bir ders izlencesi havuzu oluşturmak, veri saklanması gerçekliği gündemdeyken alternatif ve kamu kontrolünden azade veri toplama yöntemlerini geliştirecek ve uygulayacak mekanizmalar üretmek, başta deprem sonrası normale dönüş faaliyeti olmak üzere benzer deneyimlerin bu mecraya aktarılması için çalışmalar yapmak ve her şeyden önce “COVID-19 Toplum Bilimleri Çalışma Grupları” oluşturarak bunların birbirlerinden haberdar düşünce üreteceği bir kurumsal şemsiye hazırlığı anlamlı görünmektedir.

COVID-19 pandemisinin farklı boyutlarına ilişkin verilecek dersler için bir ders izlencesi havuzu oluşturmak, veri saklanması gerçekliği gündemdeyken alternatif ve kamu kontrolünden azade veri toplama yöntemleri geliştirmek gereklidir.

## Kaynaklar

- **Lavazza, A. And Farina, M.** (2020) The Role of Experts in the COVID-19 Pandemic and the Limits of Their Epistemic Authority in Democracy. *Front. Public Health* 8:356. Doi: 10.3389/fpubh.2020.00356.
- **Soper, G. A.** (1919) The Lessons of the Pandemic. *Science* 49: 501–506.
- **Van Bavel, J.J., K. Baicker, [...], R. Willer** (2020) Using Social and Behavioural Science to Support Covid 19 Pandemic Response. *Nature Human Behaviour*, 4: 460-471.

# COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE RUH SAĞLIĞI

## Dr. Raşit Tükel

Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

### Özet

Pandemi sırasında ortaya çıkan psikolojik tepkiler aşırı korkudan kayıtsızlığa kadar giden bir çeşitlilik gösterebilmektedir. Bu dönemdeki psikolojik etkilerin her zaman kısa süreli olmadığı, şiddetli ve kalıcı ruhsal sorunlara yol açabildiği bildirilmiştir. Pandemide en sık görülen ruhsal bozukluklar; duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğudur. Pandemi sırasında fiziksel ve sosyal kısıtlılıkların ruh sağlığı üzerine olan etkilerini dikkate alan bir yaklaşım gösterilmelidir. Salgının uzun dönemli ruhsal etkileri arasında sosyal ağların, kişiler arası ilişkilerin zayıflaması da yer alır. Pandemi sürecinde sosyal bağlantılarımızı sürdürmek, yakınlarımız, arkadaşlarımız ve dostlarımızla iletişim içinde olmak, bize duygularımızı paylaşmak için olanak ve stresi azaltmak için çıkış yolları sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde maruz kaldığı stres etkenlerinin başında kişisel koruyucu donanım erişim zorlukları, hastalanma riski, uzun ve yoğun çalışma saatleri yer almaktadır. COVID-19 ile ilişkili olarak hastalara, hastaların ailelerine, sağlık çalışanlarına yönelik sosyal damgalama ve ayrımcılık görülebilmektedir. Damgalamayı durdurmak, insan hakkı ihlallerini engellemek için olduğu kadar, toplulukları ve bireyleri ruhsal olarak dayanıklı kılmak açısından da önemlidir. Sağlık otoritesi, gerekli koruyucu önlemlerin hayata geçirilebilmesi, insanların ruhsal olarak kendilerini güvende hissedebilmeleri için salgınla ilgili bilgileri, atılan adımları toplumla açık bir biçimde paylaşmalı, şeffaf bir yönetim anlayışı içinde olmalıdır. Pandemi nedeniyle oluşan yaraların sarılmasında toplumsal dayanışma ve paylaşım önemli bir rol oynar.

### Pandemide Psikolojik Tepkiler

Korku ve kaygı arasındaki farkın tanımlanması her zaman zor olmuştur. Korku ve kaygı arasında ayırım yapmanın en yaygın yolu, çoğu insanın gerçek olarak kabul edeceği açık ve bariz bir tehlike kaynağının olup olmadığıdır. Tehlikenin kaynağı belli olduğunda, yaşanan duyguya korku denir. Kaygı ise, kişinin, güncel koşullar tarafından tümüyle öngörülme- yen, kötü bir şeyin olmasını beklediği hoş olmayan bir duygu olarak deneyimlenir.

Tehlikenin kaynağı belli olduğunda, yaşanan duyguya korku denir. Kaygı ise, kişinin, güncel koşullar tarafından tümüyle öngörülme- yen, kötü bir şeyin olmasını beklediği hoş olmayan bir duygu olarak deneyimlenir.



Korku ve kaygı fizyolojik açıdan, sempatik sinir sisteminin “savaş ya da kaç” yanıtını etkinleştirmeyi içeren temel duygulardır ve yakın bir tehditle karşı karşıya kaldığımızda hızlı tepki verebilmemizi sağlar. Pandeminin hem toplumda hem de sağlık çalışanlarında korku ya da kaygı oluşturmalarının en önemli nedeni; enfeksiyonun (i) bulaşıcı olması, (ii) yakın tehdit oluşturmaması, (iii) gözle görülür olmaması, (iv) etki alanını giderek artırmasıdır (**Pap-pas ve ark. 2009**).

Pandemi sırasında ortaya çıkan psikolojik tepkiler aşırı korkudan kayıtsızlığa, kaderciliğe kadar giden bir çeşitlilik gösterebilmektedir. Bazı insanlar tehlide uyum sağlar ve daha az endişe yaşarlar. Bazı durumlarda psikolojik etkiler şiddetli ve uzun süreli olabilir. SARS salgını üzerine yapılan araştırmalar, psikolojik etkilerin her zaman kısa süreli olmadığını, şiddetli ve kalıcı ruhsal sorunlara yol açabildiğini göstermiştir (**Taylor, 2019**).

Salgınlarda psikolojik tepkiler şu başlıklar altında toplanabilir (**IASC, 2020**):

- Hastalanma ve ölüm korkusu,
- Tedavi gereken durumlarda hastalığı kapma endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinme,
- Geçim kaynaklarını kaybetme, izolasyonda iken çalışmama, iş-ten çıkarılma korkusu,
- Hastalıkla ilişkilendirilip toplum tarafından dışlanma ya da temaslı olarak değerlendirilip karantina altına alınma korkusu,
- Sevdiklerini koruyamama, onlara virüs bulaştırma ve virüs yüzünden sevdiklerini kaybetme korkusu,
- Karantina uygulaması nedeniyle sevdiklerinden ve bakım verenlerden ayrı tutulma korkusu,
- Ebeveynleri veya bakım verenleri karantina altına alındığı için yanında refakatçisi olmayan ve onlardan ayrı tutulan çocuklar, engelliler veya yaşlılarla ilgilenmeyi hastalık kapma korkusuyla reddetme,
- İzolasyon koşullarından dolayı çaresizlik, sıkıntı, yalnızlık ve depresif hissetme.

İnsanlar enfeksiyon tehdidine yanıt olarak yineleyici kontrol etme ve güvence arama davranışı gösterilebiliyorlar. Aşırı ve tıbben gereksiz kontrol ve güvence arama, sağlıkları hakkında aşırı endişe duyan insanların temel bir özelliği olarak görülebilir. Enfeksiyona yakalanma konusunda endişesi fazla olan kişiler kendilerini korumak için uzun bir zaman harcayabiliyorlar. Kişiler, yerler ve hastalıkla ilişkilendirilen eşyalar dahil olmak üzere enfeksiyonla ilgili uyaranlardan kaçınma kimi durumlarda aşırı boyutlara ulaşabiliyor. Benzer şekilde, insanlar algıladıkları enfeksiyon kaynaklarını bulaştan arındırmak veya bulaştırmacıları kendilerinden uzaklaştırmak için, hijyen kurallarını uygulamaktan, örneğin önerilen şekilde el yıkamaktan daha ağır davranışlar ya da aşırı korunma veya güvenlik davranışları gösterebiliyorlar.

Pandemide en sık görülen ruhsal bozukluklar; duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB). TSSB, ölümlere tanık olma ve sevdiklerinin ölümü de dahil olmak üzere pandemi

Pandemide en sık görülen ruhsal bozukluklar; duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğudur.

ile ilişkili çeşitli stres faktörleri tarafından tetiklenebilir. 2-46 aylık uzunlamasına bir çalışmada, SARS hastalarının yüzde 44'ünün TSSB geliştirdiği görülmüştür (**Hong ve ark., 2009**). Birçok SARS hastasında TSSB belirtileri de dahil olmak üzere psikolojik sorunların, virüsünün fiziksel etkileri ortadan kalktıktan yıllar sonra da devam ettiği bildirilmiştir (**Gardner ve Moallem, 2015**).

Bir salgın sırasında sevdiklerini kaybeden insanlarda depresyon veya şiddetli keder gelişebiliyor. Kişi, sevdiklerini kurtarması gerektiğine veya bir şekilde hastalığın yayılmasından sorumlu olduğuna inanırsa, yoğun suçluluk duyguları yaşayabiliyor.

Çalışmalardan elde edilen ilk kanıtlar, COVID-19'un ruhsal hastalıklar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (**Lai ve ark. 2020**). Sosyal medya üzerinden 9 bin 9 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların yüzde 67,3'ünün COVID-19 konusunda çok veya aşırı derecede endişeli olduğunu, yüzde 48,8'inin ise COVID-19'dan kaçınmak için çoğu zaman kendi kendini yalıttığı ortaya konmuştur (**Nelson ve ark. 2020**).

Bazı insanlar ise pandemi gibi felaket durumlarında büyük bir özgeci ve dayanışmacı tutum sergilerler; başa çıkma ve direnç gösterme yolları bulduklarında kendinden hoşnut olma gibi olumlu deneyimler, diğerlerine yardım etmekten dolayı anlamlı bir doyum yaşayabilirler.

### ***Pandemide Psikososyal Etmenlerin Ruh Sağlığına Etkisi***

Yaşadığımız, çalıştığımız koşullar, sağlıklı ve iyi olma halini etkileyen temel etmenlerdir. Bireyin kontrolü altında olmayan ekonomik, sosyal ve çevresel etmenlerin, ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarının gelişmesine zemin hazırladığı biliniyor.

Salgın dönemi gibi olağandışı durumlar, yoksul kesimlerin yaşam koşullarını daha da zorlaştırmaktadır. Evde kalmanın önerildiği salgın dönemlerinde stresle başa çıkmaya, psikolojik ve fiziksel dayanıklılığı artırmaya yönelik önerilerin halkın geniş kesiminde bir karşılık bulabilmesi için, öncelikli olarak yoksulların, dar gelirli olanların çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerekir. Gerektiğinde zorunlu olmayan iş kollarında üretimin durdurulması ve çalışan işçilere ücretli izin verilmesi, zorunlu hizmetlerde çalışan işçiler için işyerine güvenli ulaşım imkânı sağlanması ve çalışma saatlerinin sınırlandırılması, işsizlere sağlıklı beslenme, barınma imkânı ve işsizlik maaşı verilmesi gibi düzenlemeler psikososyal iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesi için gereklidir.

Ruh sağlığı, travmatik olaylara ve bunların sosyal ve ekonomik sonuçlarına duyarlıdır. Daha da önemlisi, kitlesel travmatik olayların ruhsal sağlık sonuçları farklı popülasyonlar arasında eşit olarak dağılmaktadır. Daha düşük gelir düzeyine, daha az mal varlığına sahip olmak ve işsizlik daha fazla ruhsal hastalık yükü ile ilişkili bulunmuştur (**Ettman ve ark. 2020b**). Özellikle işsiz olan, sosyal ve ekonomik sıkıntılardan daha fazla etkilenen bireyler arasında ruhsal hastalıklar daha sık görülmektedir. ABD'de 1441 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, depresyon belirtilerinin yaygınlığının COVID-19 sırasında pandeminin öncesine göre üç kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Evde kalmanın önerildiği salgın dönemlerinde stresle başa çıkmaya, psikolojik ve fiziksel dayanıklılığı artırmaya yönelik önerilerin halkın geniş kesiminde bir karşılık bulabilmesi için, öncelikli olarak yoksulların, dar gelirli olanların çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerekir.

Pandemi sırasında daha yüksek depresyon belirtileri riski, daha düşük sosyal kaynaklara ve daha düşük gelire sahip olma, daha fazla strese maruz kalma (örneğin, iş kaybı) ile ilişkili bulunmuştur **(Ettman ve ark., 2020b)**.

Bir çalışmada küresel pandemi krizi sırasında hükümete düşük güven duyma ruh sağlığı açısından bir risk faktörü olarak bildirilmiştir **(Mana ve Sagy, 2020)**.

### ***Pandemide Fiziksel Kısıtlamalar, “Sosyal Mesafe” ve ve Ruh Sağlığı***

COVID-19 pandemisi için birincil önleyici çabalar arasında el yıkamanın yanı sıra fiziksel mesafe oluşturulması (bilinmeyen bulaşmayı azaltır), karantina (potansiyel bulaşmayı azaltır) veya izolasyon (bulaşmayı azaltır) şeklindeki fiziksel kısıtlamalar yer alır. Bu fiziksel kısıtlamaların daha sıklıkla ekonomik sonuçları üzerinde durulurken, ruhsal sonuçları göz ardı edilebilmektedir.

Sistemli bir gözden geçirme çalışmasında, fiziksel kısıtlamalardan kaynaklanan sosyal izolasyon ve yalnızlığın hem ruhsal hem fiziksel sağlığı olumsuz etkilediği gösterilmiştir **(Leigh-Hunt ve ark., 2017)**. Bir meta-analiz çalışması, öznel ruhsal iyi olma hali ile sosyal yaşam arasındaki ilişkide sosyal



ilişkilerin niceliğinden çok niteliğinin önemli olduğunu **(Pinquart ve Sörensen, 2000)**; iki sistematik gözden geçirme çalışması, nitelikli ilişkilerle birlikte olan sosyal ağların kişiyi depresyondan koruduğunu ortaya koymuştur **(Santini ve ark., 2015, Schwarzbach ve ark. 2014)**.

Pandemi sırasında fiziksel kısıtlılıkların ruh sağlığı üzerine olan etkileri dikkate alınmadan verilen mesajlar, “yalnızlık” ve “izole olma” temasını pekiştirici

bir etki gösterebilmektedir. Örneğin, “sosyal mesafe” yerine kullanılan fiziksel mesafe terimi, kendini sosyal olarak izole etme algısına katkıda bulunmaktadır.

Dünyanın dört bir yanındaki hükümetler, COVID-19 ile mücadele stratejilerinin bir parçası olarak “sosyal mesafe”yi teşvik etmektedirler. Oysa “sosyal mesafe”den sosyal izolasyona giden yol oldukça kısadır. Çalışmalar, sosyal izolasyonun artmış hareketsizlik, sigara, alkol kötüye kullanımı, sağlıksız beslenme, depresyon, içe dönüklük, zayıf sosyal beceriler ve TSSB ile ilişkili olduğunu ve bunun özellikle de yaşlı insanlarda daha fazla kardiyovasküler hastalık, demans ve erken ölüm riskine yol açtığını ortaya koymuştur. **(Do-uglas ve ark. 2020, Razai ve ark. 2020)**.

Bu süreçte sosyal çevremizle bağlantı içinde kalmalıyız. Sosyal ağlarımızı sürdürmek, yakınlarımız, arkadaşlarımız ve dostlarımızla iletişim içinde ol-

“Fiziksel mesafe” yerine kullanılan “sosyal mesafe” terimi, kendini sosyal olarak izole etme algısına katkıda bulunmaktadır.

mak, bize duygularımızı paylaşmak için olanak ve stresi azaltmak için çıkış yolları sağlayacaktır. Sosyal izolasyon ve yalnızlığın olumsuz sonuçlarının üstesinden gelmeye yönelik müdahaleler geliştirmek özellikle de yaşlı insanlar açısından kritik bir öneme sahiptir. Verilecek olan bakımın kabul edilebilirliğini ve bakıma ulaşımı artırma, sürekli temas içinde olmayı sağlama, kişisel ihtiyaçların yerel örgütlenmelerle karşılanması, ailenin bu süreçte dahil edilmesi, ihtiyacı olanları ekonomik açıdan destekleme, bu konuda ilk yapılması gerekenlerdir. Fiziksel mesafeyi korurken “sosyal mesafe” değil sosyal bağlantılılık artırılmalıdır!

### ***Karantina ve İzolasyon Durumları***

Karantina ve izolasyonda görülebilen ruhsal belirtiler arasında kaygı, endişe, panik atakları, korku, huzursuzluk, sinirlilik hali, çaresizlik hissi, tetikte olma hali, kas ağrıları, sağlık kaygısı, değersizlik hissi, suçluluk hissi, motivasyon kaybı, isteksizlik, dikkatini toplama güçlüğü, iştah kaybı ya da iştahta artma, uykusuzluk, öfke ve tahammülsüzlük, tükenmişlik ve yalnızlık hissi yer alır.

Kaygı, karantina ve izolasyon durumlarında ortaya çıkan gelişmelere uygun bir belirtidir. Kişiler, yakın gelecek planlarının aniden ve dramatik bir şekilde değiştiğini fark ederler. Bilmedikleri bir ortama alınabilir ve sosyal ilişkilerinden ayrılmak zorunda kalırlar. Kaygıları da, işlerini yürütememe veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ihtiyaçlarını karşılayamama durumundan dolayı daha da artabilir (**Huremović, 2019**).

İzolasyon ya da karantina uygulaması ile karşılaşan bireyler, öfke ve eyleme dökmeye yol açabilecek korku ve kaygıyla tepki verilebiliyor; umutsuzluk içine girebiliyorlar. Birçok çalışmada, izolasyonun hastanın ruh sağlığı üzerindeki etkisi inceleniyor ve izolasyondaki hastaların depresyon, kaygı ve öfke için daha yüksek puanlar aldıkları gösteriliyor (**Huremović, 2019**).

İzolasyon ve karantina durumlarında, kişilerde, hayatları üzerindeki kontrolü kaybetme ve buna eşlik edebilen bir çaresizlik duygusu görülebiliyor. Bireyleri en azından belirli durumlar için karar verme sürecine katarak karantina ya da izolasyon sırasında ruhsal olarak güçlendirmek, herkes için zor olan bu tür durumlarda onların onur ve öz saygı duygusunu yeniden kazanmalarına yardımcı olacaktır (**Abad ve ark., 2010**).

İzolasyon veya karantina, bu uygulamaya maruz kalan kişilerde, diğer koşullara da bağlı olarak travmatik bir etki gösterebilir. Bu süreçte yaşanan sevdiklerinin hastalık ve ıstırap çektiğine tanık olmak, hastalıktan ölenleri görmek gibi dramatik olaylar, kişinin kendisinin ve sevdiklerinin güvenliğiyle ilgili korkularıyla birleşerek travmatik stres belirtilerine yol açabilmektedir.

İzolasyondaki hastaya yaklaşım önemlidir. Sağlık çalışanları hastalara izolasyonda yeteri kadar zaman ayıramadıklarında ve hastalar sağlık hizmeti sunanlar tarafından bilgilendirilmediklerini hissettiklerinde, izolasyondan olumsuz etkilenme daha fazla olmaktadır. Depresyon ve kaygı belirtileri; destek ve güvenceye, karantina ve izolasyon durumu hakkında doğru ve

zamanında bilgiye olumlu yanıt verme eğilimi gösterir **(Huremović, 2019)**.

Karantina ya da izolasyon altında olabilecek kişiler için psikososyal desteğe yönelik etkinlikler arasında telefonlaşma, mesajlaşma yoluyla sosyal ilişkinin devam ettirilmesi, ailelerinden ve bakım verenlerden ayrı kalanlara gerekli bakım ve desteğin sunulması yer almaktadır.

### **Salgının Uzun Dönemli Sonuçları**

Salgının uzun dönemli ruhsal etkileri arasında sosyal ağların, kişiler arası ilişkilerin zayıflaması, sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkan aksaklıklar ya da pandemi ile ilişkili sağlık sorunları nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı olumsuz duyguların, öfke ve saldırganlığın ortaya çıkması sayılabilir. Ayrıca, psikiyatri kliniklerine gidilememesi ya da başvuruların ertelenmesi nedeniyle alkol ve madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere ruhsal hastalıklarda şiddetlenme ya da nüksetmeler görülebilmektedir.

Salgının uzun dönemli etkilerinden bir diğeri ise aile içi şiddet ve yakın partner şiddetidir **(IASC, 2020)**. Salgın sürecinde aile içi psikolojik baskı ve şiddette artma gözlenmektedir. Öfkeli ve saldırgan tutumların hedefinin sıklıkla kadınlar ve çocuklar olduğu görülmüyor. Evin kadınlar için her zaman güvenli bir yer olmaması, gerektiğinde acil güvenli bir ortama erişim yollarının açık, erişimle ilgili ilgili bilgilerin mevcut olmasını önemli kılıyor. Bu dönemde ev işleri ve çocuk bakımı gibi işleri kadınların üstlenmesinin, ev içi emek eşitsizliğini artırdığı gözleniyor.

Damgalama ve ayrımcılık bulaşıcı hastalıklarda, hastalığı yaşayan bir kişi veya gruba, hastalığın görüldüğü yerlere ve hastalıklı ilgili şeylere dair olumsuz, kötüleyici, düşmanca, değersizleştirici ve ayrımcı tutumları içerir. Daha önceden ayrımcılığa maruz kalan yaşlılar, mülteciler, eğitim düzeyi düşük olanlar, yoksullar vb. Salgın dönemlerinde de sıklıkla damgalamanın hedefinde yer alabiliyorlar.

COVID-19 ile ilişkili olarak hastalara, hastaların ailelerine, sağlık çalışanlarına yönelik sosyal damgalama ve ayrımcılık görülebiliyor. Damgalama, sadece kişinin hastalığı bulaştırma döneminde değil, örneğin karantina dönemi sonrasında virüsü başkalarına yayma riski ortadan kalktıktan sonra da görülebilmektedir. COVID-19'a yakalanıp hayatta kalan hastalar, damgalanma ve toplum tarafından dışlanma ile ilgili korkular yaşayabiliyorlar. Damgalanmış kişiler, ayrımcılığa, sosyal olarak dışlanmaya, reddedilmeye, fiziksel şiddete maruz kalabiliyorlar. Damgalama, başkaları üzerinde yarattığı korku ve öfke nedeniyle sadece damgalamaya uğrayanları değil herkesi inciten bir etki gösteriyor.

Damgalama, damgalanmış grupların ve içinde yaşadıkları toplulukların ruhsal sağlığını etkiler. Damgalamayı durdurmak, insan hakkı ihlallerini engellemek için olduğu kadar, toplulukları ve bireyleri ruhsal olarak dayanıklı kılmak açısından da önemlidir. COVID-19 pandemi sürecinin her aşamasında damgalama ve ayrımcılığa karşı durulması ve bu konuda önleyici adımların atılması pandemi ile mücadelede önemli bir yer tutmaktadır.

Damgalanmış kişiler, ayrımcılığa, sosyal olarak dışlanmaya, reddedilmeye, fiziksel şiddete maruz kalabiliyorlar. Damgalama, başkaları üzerinde yarattığı korku ve öfke nedeniyle sadece damgalamaya uğrayanları değil herkesi inciten bir etki gösteriyor.



### **Pandemide Kaybedilenin Yasını Tutma**

Yas sevilen birinin ölümüne doğal bir tepkiyi temsil eder. Yakınını kaybeden bireylerin büyük çoğunluğu, genellikle 6 ila 12 aylık bir süre içinde bu duruma uyum sağlar ve ardından yaşamlarında yeni bir döneme girerler. İnsanlar sürekli bir şekilde yasin içinde sıkışıp kaldıklarında, ölümü işlemleri ve yaşamlarına devam etmeleri engellendiğinde, belirli bir süre sonra “karmaşık yas” olarak bilinen bir durum ortaya çıkabilmektedir.

Doğal bir felaket sırasında sevilen birinin kaybı, ölümün genellikle aniden ve beklenmedik bir şekilde gerçekleşmesi nedeniyle travmatik olabilmektedir. COVID-19 nedeniyle ölen insanlar, sıklıkla yoğun bakım ünitesine kabul edildikten ve sevdiklerinden izole kaldıktan sonra yaşamlarını yitiriyorlar. Bu, kaybın üzerinde ağır bir yükün oluşması anlamına geliyor (**Gesi ve ark., 2020**).

Başlarda kaybedilen kişinin öldüğüne inanmama, kaybın gerçekliğinin kademeli olarak kabul edilmesini kolaylaştırıcı bir işlev görebiliyor. Yas sürecinde belli bir süre sonra kaybın gerçekliğine uyum sağlanarak kaybedilenin geri geleceği umudu terk edilmeye başlanır. Bu dönemde kayıp nesnenin tasarımıyla yatırım çekilirken, nesne ile özdeşleşme devam eder. Zaman ilerledikçe, hayatta kalan kişi kaybedilen nesneyle özdeşleşme yoluyla iç ilişkisini korurken, ölen kişinin olmadığı bir hayatın gerçekliğini de yavaş yavaş kabul eder.

Kaybedilenle vedalaşmak, son görevleri yerine getirmek, kaybedilenin geri gelmeyeceği gerçeğini kabul etme açısından önemli bir aşamadır. Sevdiklerine uygun bir cenaze töreni düzenlenememesi, mezarlık ziyaretlerinin engellenmesi, taziyelerin yapılamaması, yas tutanların ölümün gerçekliği hakkında farkındalıklarını ve kayıplarını idrak etmelerini engelleyebiliyor. Bu engellenmeler aynı zamanda da kayıp yaşayanlar için önemli bir sosyal destekten yoksun kalma anlamına geliyor. Tüm bu süreçlerde iyileştirici olanın ise, toplumsal paylaşım ve dayanışma olduğunu görüyoruz.

### **Salgının Sağlık Çalışanları Üzerine Ruhsal Etkileri**

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı stres etkenlerinin başında, kişisel koruyucu donanıma erişim zorlukları ve hastalanma riski yer alıyor. Sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun çalışma saatleri, mesai dışında otel, yurt vb. Ortamlarda yaşama, yakınlarından uzak kalma, yoğun bir çalışmayı sürdürürken bir yandan da COVID-19 ile ilgili güncel uygulamaları ve bilgileri takip etmek durumunda olma, bu süreçteki önemli stres etkenleri arasında sayılabilir. Ayrıca, koruyucu ekipmanların neden olduğu fiziksel rahatsızlıklar, hastalık nedeniyle stres altında olan bir kişiye izolasyon nedeniyle rahatlatma sağlamanın zorlaşması ve bunun getirdiği çaresizlik hissi, sürekli dikkatli ve tetikte olma durumu, kendiliğindenliği ve özerkliği önleyen katı prosedürler sağlık çalışanlarında zorlanmayı getirmektedir. Öz bakım uygulama olanaklarının azalması ya da bu olanaklara ulaşma zorlukları, sağlık kurumlarında çalışanların COVID-19'u arkadaşlarına ve aile bireylerine bulaştıracağı korkusu, çalışma koşulları nedeniyle sosyal desteğin azalması, damgalayıcı yaklaşımlar, COVID-19 hastalarına sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları

Sevdiklerine uygun bir cenaze töreni düzenlenememesi, mezarlık ziyaretlerinin engellenmesi, taziyelerin yapılamaması, yas tutanların ölümün gerçekliği hakkında farkındalıklarını ve kayıplarını idrak etmelerini engelleyebiliyor.

şanlarının pandemiyle ilgili olarak yaşadıkları diğer stres etkenleridir **(IASC, 2020)**.

COVID-19 tanılı hastalarla çalışan sağlık çalışanlarının, psikolojik sıkıntı, uykusuzluk, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, TSSB belirtileri, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, öfke, yüksek stres algısı gibi ruhsal sorunlar açısından yüksek risk altında oldukları ve uyuma yönelik olmayan başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıkları bildirilmiştir **(Stuijzand ve ark., 2020)**.

Sağlık çalışanlarının mesleki rolleri ve uygulamaları ruh sağlıklarını etkileyebilmektedir. Enfekte hastalarla doğrudan temas halinde olanlarda en kötü psikolojik sonuçlar görülmektedir. Hemşirelerin psikolojik sonuçları doktorlardan daha kötüdür. Yetkinlik kazanmaya yönelik eğitimlerin ve hazırlıklı olmanın, stres ve kaygıya karşı koruyucu bir etken olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık, eğitimin yetersiz olarak algılandığı yerlerde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve TSSB belirtileri yaşama olasılığı daha yüksek bulunmuş ve bu belirtiler genellikle daha uzun sürmüştür. Yüksek riskli ortamlar (enfekte hastalara yüksek düzeyde maruz kalma riski) daha yüksek düzeyde anksiyete, stres, TSSB, alkol tüketimi, tükenmişlik ve uyku sorunu belirtileri; karantinede olmak ise daha yüksek düzeyde akut stres bozukluğu, TSSB ve alkol alımı belirtileri ile ilişkilendirilmiştir. Karantina ne kadar uzun olursa, öfke belirtileri ve kaçınma davranışları üzerindeki olumsuz etki o kadar büyük olmaktadır **(Stuijzand ve ark., 2020)**.

SARS salgını sırasında Pekinli hastane çalışanlarının yaklaşık yüzde 10'unda TSSB belirtileri geliştiği gözlenmiştir. Karantinaya alınan, SARS servisleri gibi yüksek riskli yerlerde çalışan veya SARS'a yakalanan arkadaşları veya yakın akrabaları olanların; bu tür bir duruma maruz kalmayan kişilere göre TSSB belirtileri geliştirme olasılığı 2-3 kat daha fazla bulunmuştur **(Wu ve ark., 2009)**.

Çin'de COVID-19 tedavi süreçlerinde yer alan ve kesitsel bir araştırmaya yanıt veren bin 257 sağlık çalışanında en sık olarak genel sıkıntı (%71,5), depresyon (%50,4), kaygı (%44,6) ve uykusuzluk (%34) belirtileri gözlenmiştir. Bu belirtiler kadınlarda erkeklere göre, hemşirelerde hekimlere göre daha şiddetli bulunmuştur **(Lai ve ark., 2020)**.

Çin'de 230 birinci basamak sağlık çalışanının kaygı ve TSSB öz bildirim ölçeklerine verdiği yanıtlar değerlendirilmiş ve kaygı görülme sıklığı çalışmaya katılan tüm sağlık çalışanlarında yüzde 23 bulunurken, bu oran kadınlarda (%26) erkeklere (%12) göre, hemşirelerde (%27) hekimlere (%14) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0.045$  ve  $p=0.039$ ). Çalışmada ayrıca TSSB sıklığı yüzde 27,4 olarak saptanmış; TSSB şiddetinin ise kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0.01$ ) **(Huang ve ark., 2020)**.

Sağlık çalışanlarının iş stresi, özellikle işini yapma yeteneğinin tehlikeye atıldığı, işini kontrol edemediği ve enfekte hastalarla çalışmak için isteği dışında görevlendirildiği durumlar ruh sağlığı sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Örneğin, enfekte hastalara istemeden bakması gerekenler, gönüllülerden daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri bildirmiş-

Hemşirelerin psikolojik sonuçları doktorlardan daha kötüdür.

lerdir. Güvenlik tehdidi, ruh sağlığı için risk faktörüdür. Ekipman ve enfeksiyon kontrol prosedürlerine duyulan güven arttıkça, duygusal tükenme ve duruma yönelik öfke daha düşük düzeyde görülmektedir. Benzer şekilde, iş yerinde ihtiyati tedbirlere olan inancın artması endişeleri azaltmaktadır. Buna karşılık, kişisel risk algısının yüksek olması, TSSB belirtilerini yordayıcı bir özellik gösterir **(Stuijzand ve ark., 2020)**.

Pandemide sağlık çalışanlarına psikososyal bir örgütlenme üzerinden sağlanan destek, aile ve sosyal çevre desteği yeterli düzeylerde olduğunda koruyucu etmenler olarak işlev görebilmektedir. Buna karşılık, psikolojik desteği de içeren örgütlü desteğin yetersizliği ruh sağlığı için bir risk faktörüdür. Aynı şekilde, sosyal reddedilme veya izolasyonun, daha kötü ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür **(Stuijzand ve ark., 2020)**.

### ***Kırılganlık Etmenleri Olarak Kişilik Özellikleri***

Kişilerin stres verici olaylar karşısında verecekleri tepkiler, kişilik özellikleri ve geçmiş yaşantılarına göre farklılık gösterir. Salgın dönemlerinde de kimi kişilik özellikleri ruhsal sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı bir işlev görebilmektedir. Salgın dönemlerinde kırılganlığı artıran kişilik özellikleri arasında olumsuz duygusallık, sürekli kaygı ve zarardan kaçınma, tehdidi fazla algılama ve belirsizliğe tahammülsüzlük öne çıkmaktadır.

#### ***Olumsuz Duygusallık***

Olumsuz duygusallık, itici, hoş olmayan (aversive) uyaranlardan kolayca rahatsız olma eğilimini içerir ve çeşitli duygudurum ve kaygı bozuklukları için bir risk etkenidir. Olumsuz duygusallık aynı zamanda kişinin genel sağlığı konusunda duyduğu kaygı ile de ilişkilidir. Olumsuz duygusallık yaşayanlar bedensel duyumlarını ciddi hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlama eğilimi gösterirlerken sürekli bir tıbbi güvence veya hekime başvuru arayışı içinde olabilirler **(Taylor, 2019)**.

#### ***Sürekli Kaygı ve Zarardan Kaçınma***

Sürekli kaygı, kaygıyı deneyimleme eğilimidir. Sürekli kaygısı yüksek olan insanlar dünyayı tehlikeli ve tehditkâr olarak görme eğilimindedirler. Zarardan kaçınma ise, potansiyel riskten kaçınma eğilimini ifade eder. Zarardan kaçınma düzeyi yüksek olan insanlar, korkma ve aşırı derecede endişe duyma eğiliminde olurlar **(Taylor, 2019)**.

#### ***Tehdidi Fazla Algılama***

Tehdidi fazla algılayan kişiler olumsuz olayların gerçekleşme olasılığını ve sonuçlarını abartırlar ve kendilerini bu tehditlere karşı kırılgan olarak görürler. Bu tür insanlar şu tür bilişsel çarpıtmaları sık kullanmaktadır: “Kötü şeyler diğer insanlara göre daha fazla olasılıkla benim başıma geliyor.” “Küçük şeyler hayatımda her zaman büyük olaylara dönüşüyor.” **(Taylor, 2019)**.

#### ***Belirsizliğe Tahammülsüzlük***

Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirli konularda aşırı endişe duyma eğilimi ve sağlık kaygısı ile ilişkilidir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü olanlar, belirsizlik ile

Pandemide sağlık çalışanlarına psikososyal bir örgütlenme üzerinden sağlanan destek, aile ve sosyal çevre desteği yeterli düzeylerde olduğunda koruyucu etmenler olarak işlev görebilmektedir.

karşılaştıklarında kararsızlık nedeniyle hareketsiz kalabilirler. Ayrıca, ihtiyaç duydukları tüm bilgilere sahip olmamaları veya kararlarının sağlamlığına güvenmemeleri nedeniyle endişelendikleri için, karar veremez veya kararlarını uygulayamazlar ve önemli kararları erteleme eğiliminde olurlar (**Taylor, 2019**).

Pandemi süreci; enfeksiyona yakalanma, enfeksiyonun etrafındaki insanlara, nesnelere veya yüzeylere bulaşıp bulaşmadığı, tedavi türü veya koruyucu önlemler, pandeminin hangi aşamada olduğu veya sonlanıp sonlanmadığı gibi çeşitli konularda belirsizlikler içerir. Yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü olanlar, kontrol etme ve güvence arama gibi davranışlar yoluyla belirsizliği azaltmaya çalışırlar. Sağlıkla ilgili belirsizlik durumlarında, interneti tıbbi bilgiler için tekrar tekrar kontrol etme ve hekimlerden sürekli olarak güvence arama davranışı görülebilir (**Taylor, 2019**).

Pandemi dönemlerinde, insanların belirsizliği tolere edebilmesi veya kabul edebilmesi önemlidir. Belirsizliği kabul edemeyen veya kabul etmek istemeyen kişilerin ruhsal sıkıntı yaşama olasılıkları artar. Yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü olanlar, pandemi gibi tehdit oluşturan bir durum üzerinde sınırlı bir kontrole sahip olduklarını düşündükleri için endişeli olma eğilimindedirler (**Taylor, 2019**).

### ***Pandemide Halkın Doğru Bilgilendirilmesi ve Ruh Sağlığı***

Halkın salgına neden olan enfeksiyon hakkındaki bilgisi ile risk algısı ve dolayısıyla gerekli önlemleri hayata geçirmesi arasında bir ilişki olduğundan söz edilebilir. Kitle iletişim araçları, halkın bulaşıcı hastalık tehdidine fiziksel ve psikolojik tepkilerini şekillendirebilen önemli bir etmendir. Bu, olumlu bir yönde olduğu gibi, doğrulanmamış ya da insanları yanlış yönlendiren bilgilerin dolaşıma sokulması ve yaygınlaştırılmasına olanak tanıma şeklinde de olabilmektedir.

Kaygı, düzeyine bağlı olarak korunma önlemlerinin benimsenmesinde kolaylaştırıcı ya da engelleyici bir işlev görebiliyor. Hong Kong'ta SARS salgını sırasında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, orta derecede kaygı düzeyine sahip olanlar enfeksiyona karşı kapsamlı önlemleri daha fazla olasılıkla almışlardır (**Leung ve ark., 2003**). Aşırı ya da düşük kaygı düzeylerine sahip olanların ise, bulaşıcı hastalığın yayılmasını önlemek için gerekli adımları atma olasılıklarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgular, halk sağlığına yönelik bilgilendirmelerde, aşırı psikolojik güvence verme veya normalleştirme ile toplumda gereksiz yere panik yaratma arasında hassas bir dengenin kurulmasının önemini vurgulamaktadır. Var olan duruma uygun, riskin boyutuyla orantılı bir kaygı düzeyinin yokluğu, önlemlerin yeterli düzeyde benimsenmesi zorlaştıran toplumsal bir ataletten olabilmektedir.

Sağlık otoritesi, gerekli koruyucu önlemlerin hayata geçirilebilmesi, insanların ruhsal olarak kendilerini güvende hissedebilmeleri için salgınla ilgili bilgileri, atılan adımları toplumla açık bir biçimde paylaşmalı, şeffaf bir yönetim anlayışı içinde olmalıdır. Çin'de yeni koronavirüs salgını sırasında yapılan çalışmada, hükümet ve sağlık otoritelerinin salgın sırasında söylentilerin

Sağlık otoritesi, gerekli koruyucu önlemlerin hayata geçirilebilmesi, insanların ruhsal olarak kendilerini güvende hissedebilmeleri için salgınla ilgili bilgileri, atılan adımları toplumla açık bir biçimde paylaşmalı, şeffaf bir yönetim anlayışı içinde olmalıdır.

etkisini azaltmak için doğru sağlık bilgileri sağlamaları gerektiğinin altı çizilmiş ve sağlık bilgisinden memnuniyet daha yüksek olduğunda, insanlarda salgının psikolojik etkisinin ve stres, kaygı ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (**Wang ve ark., 2020**). Çalışmada ayrıca, salgın sırasında sağlanan sağlık bilgilerinin içeriğinin olumsuz psikolojik tepkileri önlemek için kanıta dayanması gerektiği vurgulanmıştır.

Korkularımız ve endişelerimizle başa çıkmanın basit ama en etkili yollarından biri, bilgilenmemizin güvenilir kaynaklardan olmasıdır. Panik hissi ve sağlık kaygısı, hastalık belirtisi gösterenlerin akıl dışı çözüm arayışları içine girmesine neden olabilmekte, yanlış bilgi ve inançlara bağlı olarak hastalıktan korunma, hatta tedavi olma adına belirli gıda maddelerinin tüketilmesi ya da bitkisel ürünlere başvurulması gündeme gelebilmektedir. Sağlığın her alanında olduğu gibi salgınlar sırasında da, akıl, deney ve gözleme dayanan bilimsel yöntemle oluşturulmuş bilgiler dikkate alınmalıdır. Bilim dışı öneriler, yanlış bilgilendirmeler ile tehlikenin boyutlarını aşırı artırarak ya da tam tersi, süreci normalleştirip sıradanlaştırarak kişisel koruma önlemlerinin alınması ve uygulanmasını engelleyebilmektedir.

### **Sonuç Olarak**

COVID-19 nedeniyle yaşadığımız ruhsal sorunlarda yalnız olmadığımızı, destek alma, destek verme ve dayanışmanın stresle başa çıkmada etkili bir yol olduğunu bilelim.

COVID-19'dan etkilenmiş insanlarla hiçbir ayrıma gitmeden empati kurmalı, kayıp yaşayanların acılarını dert edinmeli, yaslarını yaşamalarına imkan sağlamalıyız. Kayıplarımızı, istatistiklerin, sayısal ifadelerin ötesine taşıyarak toplumsal düzeyde anmanın yollarını bulalım. Bilelim ki toplumsal dayanışma ve paylaşım iyileştirir!

Ayrımcılık ve damgalamaya karşı koymayı, COVID-19 ile mücadelenin bir parçası olarak görelim ve aralıksız sürdürelim.

Sağlık çalışanları olarak pandemi döneminde, olağan dönemler için olduğu gibi, ruh sağlığımızı korumak adına daha iyi çalışma ve yaşam koşulları için mücadele edelim.

Son olarak da, koronavirus hakkındaki endişelerimizin hayatınızı kontrol etmesine izin vermeyelim. Koronavirüs nedeniyle yaşadığımız stres veya endişenin günlük hayatımızı olumsuz etkilediğini, işlevselliğimizi bozduğunu görüyorsak, ruhsal destek almayı düşünelim. Salgın sırasında psikolojik destek ve terapötik müdahaleler, o dönemin ihtiyaçlarına uyacak şekilde uzaktan, çevrimiçi olarak da sağlanabilmektedir.

### **Kaynaklar**

- Abad, C., Fearday, A., Safdar, N. (2010) Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. J Hosp Infect, 76(2): 97-102.
- Douglas, M., Katikireddi, S.V., Taulbut, M., mckee, M., mccartney, G. (2020) Mitigating the wider health effects of COVID-19 pandemic response. BMJ 369, m1557.
- Ettman, C.K., Cohen, G.H., Galea, S. (2020a) Is wealth associated with depressive symptoms in the United States? Ann Epidemiol 43, 25-31.e1.



- Ettman, C.K., Abdalla, S.M., Cohen, G.H., Sampson, L., Vivier, P.M., Galea, S. (2020b) Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 3(9), e2019686.
- Gardner, P.J., Moallem, P. (2015) Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology* 56, 123-135.
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I.M., Dell'Osso, L. (2020) Complicated grief: What to expect after the coronavirus pandemic. *Front Psychiatry*, 11: 489.
- Hong, X., Currier, G.W., Zhao, X., Jiang, Y., Zhou, W., Wei, J. (2009) Posttraumatic stress disorder in convalescent severe acute respiratory syndrome patients: a 4-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 31(6), 546-554.
- Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K., Zhou, X.P. (2020) [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi* 38(3), 192-195.
- Huremović, D. (2019) Mental Health of Quarantine and Isolation, in D. Huremović (Ed.), *Psychiatry of Pandemics, A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Switzerland: Springer.
- Kuruluşlararası Daimi Komite (IASC) Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Referans Grubu (2020) COVID-19 Salgının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y. Ve ark. (2020) Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020, 3(3), e203976.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., Caan, W. (2017) An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health* 152, 157-171.
- Leung, G.M., Lam, T.-H., Ho, L.-M., Ho, S.-Y., Chan, B.H.Y., Wong, I.O.L., Hedley, A.J. (2003) The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 57, 857-863.
- Mana, A., Sagy, S. (2020) Brief Report: Can Political Orientation Explain Mental Health in the Time of a Global Pandemic? Voting Patterns, Personal and National Coping Resources, and Mental Health During the Coronavirus Crisis. *Journal of Social and Clinical Psychology* 39(3), 165-171.
- Nelson LM, Simard JF, Oluyomi A ve ark. (2020) US public concerns about the COVID-19 pandemic from results of a survey given via social media. *JAMA Intern Med*, 180(7), 1020-1022.
- Pappas, G., Kiriaze, I.J., Giannakis, P., Falagas, M.E. (2009) Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clin Microbiol Infect* 15(8), 743-747.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2000) Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective wellbeing in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging* 15(2), 187-224.
- Razai, M.S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., Stokes-Lampard, H. (2020) Mitigating the psychological effects of social isolation during the COVID-19 pandemic. *BMJ* 369: m1904.
- Santini, Z.I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., Haro, J.M. (2015) The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord* 175, 53-65.
- Schwarzbach M, Lupp M, Forstmeier S, König H-H, Riedel-Heller SG. (2014) Social relations and depression in late life-A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 29(1), 1-21.
- Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, C.T., Jaques, C., Elmers, J., Horsch, A. (2020) Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health* 2020; 20(1), 1230.
- Taylor, S. (2019) *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X. Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., Ho, R.C. (2020) Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 17(5), 1729.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C.J., Susser, E., Lu, J., Hoven, C.W. (2009) The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 54(5), 302-311.

## PANDEMİDE SANAT

### Dr. Esin Şenol

Tıp Doktoru, Profesör, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları  
Anabilim Dalı

2019 yılı biter ve 2020 yılı başlarken, Çin'in Wuhan kentinde yeni bir koronavirüsün neden olduğu ağır zatürre salgını olduğunu haber aldık. Ve yaşamlarımız bir gecede distopyaya dönüştü. Pandeminin hâlâ bilinmezler ile dolu sekizinci ayında ve bu ürkütücü süreçte bildiğimiz önemli gerçek, virüsün bizimle uzunca süre kalmaya kararlı olduğu. Ve yönetenlere göre hayatın anahtar alanları ile varoluş serüvenine kaldığı yerden devam etmek isteyen bireyin yaşamındaki anahtar alanlar örtüşmüyor. Hayat düğüm oldukça bireyin umutsuzluğu, bilimin de doğru soruları tükeniyor. Kendine bir soluk arayan insanoğlu varoluş serüveninde hep olduğu üzere bilime doğru yönü gösteren sanatla tekrar buluşabilecek mi? Bu yazıda pandemi ile örtüşen kendi bireysel yolculuğumda, sanat ile buluşma ve buluşturma çabalarımı anlatarak, soğuk ve ağır geçecek kış mevsiminde sanat hayatımızda ne şekilde olacak sorusuna cevap vermeye çalıştım.

Bizi “sağkalım refleksi” ile “varoluş ısrarı” arasında sürükleyen bir afet düştü payımıza. Daha önceki bir yazımda, “maskeli balo kıyafetlerimizle ıssız bir adada kalmış gibiyiz” demiştim.<sup>178</sup>

Biz enfeksiyon uzmanları, 20. Yüzyıl 21. Yüzyıla döndüğünde karşılaştığımız iki önemli salgın (2002 SARS ve 2009 H1N1) nedeniyle “bu yüzyıl viral olacak” cümlesini sıklıkla kullanır olmuştuk. Ama HIV Hepatit B ve C tedavilerinde katettiğimiz yol, güvenli bir yolculuk ile Ebola ve sıtma aşılarna erişmemiz bize hem güven veriyor, hem de doğrusu mikroorganizmalara sağladığımız üstünlüğün haklı kibirini taşıyorduk. Ancak, başlangıcından yaklaşık iki ay sonra, Çin'den kalkan uçaklar ile uçarak çoktan tüm dünyaya yayılan virüsün hayatımızda kalıcı olduğunu anladık.

Anlayamadığımız ise bilimi bir türlü masaya oturtmayan, bilime kulaklarını tıkayan yönetenlerin, politikacıların salgını inkar etmekteki ısrarları idi.

Ve toplumda yönetilemeyen salgının hızına, tedavi edici hekimlik yetişemiyordu. Kartların yeniden dağıtılmasını sağlayacak olan ise pandemi hızına yetişmesi için bilim tarihinde bir rekor kırmayı beklediğimiz koruyucu bir

“Sağkalım refleksi”  
ile “varoluş ısrarı”  
arasında  
sürükleyen bir  
afettiriz.

<sup>178</sup> <https://t24.com.tr/yazarlar/esin-senol/hayat-ne-zaman-normalde-donecek.26157>

“aşı” idi ve bu rekor için bile belirleyebildiğimiz en kısa süre yaklaşık 12-18 ay.

Önümüzdeki bu sürede bu afetin bir felakete dönüşmemesi için ise aylar önce tüm dürüst ve bilen bilim insanlarının söylediği üzere, ya yöntemsel bir yaklaşım belirlenecek, ya da afetin felakete dönüştüğü katastrofik bir süreç yaşayacaktık.

Bazı ülkeler, yöntemsel yaklaşım ile okul, riskli hasta grupları ve COVID-19 dışı hastalar için sağlık bakımı, açık havada ya da uygun koşullarda kontrollü, küçük toplanmalar gibi hayatın anahtar alanlarını açmaya çalışıyorlar çoktan. Açtıkları alanlarda sorun çıktığında ise, yeniden toplumdaki salgına dönüp, salgını yönetmeye uğraşıyorlar. Henüz salgında başarıya ulaşmış bir ülke yoksa da, başetmekte iyi olan ülkeler var. Biz ve salgını kontrol edemeyen ülkelerde ise salgınla başetmek ve riski minimize ederek korunmak, hiç kolay olmasa da tümüyle bireylere düşüyor. Tabii, hayatın düğüm olduğu alanlarda bir başına kalmış diğer tüm bireylerden farklı ve bu hastaları izleyen - tedavi eden bir hekim ve akademisyen olarak ise koordinat verilmeksizin cepheye sürülmüş bir asker misali hem endişe, hem yorgunluk, hem kızgınlık düşüyor payıma. Hayat tüm renklerini kaybetmiş, yalnızca siyah ve beyaz arasına sıkışmış sıkıcı bir grilikten ibaret. Meğer sanatsız, sokaksız ve insansız yaşamak, varoluş ısrarından başka bir şey değilmiş.

Doğrusu kendimi soluksuz kalmış hissederken, teselli gibi bir teklifle karşılaşınca hiç duraksamadan analize başladım. Ankara’da olağan koşullarda, Haziran’da yapılması planlanan ama hem kendilerini güvende hissetmedikleri için hem salgının biraz olsun yatışmasını umut ettikleri için yapamadıkları 31. Ankara Uluslararası Film Festivali’nin yapılabilme olanağını değerlendirmem için festivalin bilimsel danışmanı olma sürecim de böylelikle başlamış oldu.

Tüm fiziksel koşulları gözden geçirip, bir cadde sineması olan Büyülü Fener’in müstakil ve doğal havalandırma ile havalandırıldığını anlayınca işim de kolaylaşmış oldu.



**31. ANKARA  
ULUSLARARASI  
FİLM FESTİVALİ**  
31<sup>st</sup> ANKARA INTERNATIONAL FILM FESTIVAL  
3 - 11 EYLÜL / SEPTEMBER 2020

Sinema salonlarından ikisinde, fiziksel mesafe koşullarını sağlamak üzere, salon kapasitesinin yarısından azı kullanılarak, belirlenen koltuklar için ise tek kullanımlık koltuk örtüleri ve seyircilere güvenli maskeler sağlandı. Düşük teknolojili ama çok etkili olan bu önlemlerimize ek olarak seans aralarında salonlarda robotik UVC ve hidrojen peroksit ile dezenfeksiyon gibi yüksek teknolojiden de yararlanıldı.

Aslında bilim, salgının ateşinde kavrulmakta olan sanata gölge oldu demeliyim. Çünkü tüm insanlık serüveni boyunca sanat hep bilime nefes olmuştur.

Festival açılışında ödül almak üzere sahneye çıkan Tamer Levent'in şu sözlerine tümüyle katılıyorum; "Sanat organiktir. Bilimden önce insan beyni sanatı keşfetti ve böylece bilimi buldu"

Salgın ile ilişkili 2012'de bir kitap yazacak ve kitabında bugün olacakları tamamen bilecek kadar öngörülü bir bilim insanı olan David Quammen ile yapılan ilham verici bir röportaj okuyorum (**Drollette D, 2020**). Salgın başladığında kendini bir dağ evinde karantinaya alan ve sıfır risk ile yaşamını sürdüren Quammen şöyle diyor (**Quammen D, 2012**): "Wuhan'a seyahat kısıtlaması açılır açılmaz yeniden yarasaları incelemek üzere yola çıkacağım"

Ve sözlerini şöyle sürdürüyor

"Bu virüs artık bizimle, hiçbir yere gitmeyecek ve torunlarımızın torunları bile aşığı yaptırtıyor olacak, bu yüzden virüsün hayatımıza getirdiği riske saygı göstermeli ve hayatımızı risk yönetimi ile sürdürmeliyiz".

Bu salgında bireye düşen en öncelikli görev, riskini iyi yöneterek hasta olmamak ve böylece yakın ve uzak çemberini korumak. Ancak hayatın öncelikli alanı olan sanata bilimin büyük bir borcu var. Var olma ısrarını sürdürmek zorunda olan bireyi riske etmeden sanatı hayatımızda tutmak.

#### Kaynakça

- Drollette D, 11 June 2020. How it feels to predict a pandemic: Interview with David Quammen, author of Spillover. Bulletin of the Atomic Scientists. <https://thebulletin.org/2020/06/how-it-feels-to-predict-a-pandemic-interview-with-david-quammen-author-of-spillover/>
- Quammen D. (2012) Spillover: Animal Infection and the Next Human Pandemic, W.W. Norton & Company, Inc.: New York.

## COVID-19 PANDEMİSİ VE MEDYA

### **Dr. Yasemin Giritli İnceoğlu**

Profesör, Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi, Emekli Öğretim Üyesi

Medya Tekzip Merkezi ve ASULİS Nefret Söylemi Laboratuvarı Danışma Kurulu Üyesi

Türkiye Gazeteciler Cemiyeti Meslek İlkelerini İzleme Komisyonu Üyesi

Medya uzun zamandır dünyayı ve kendimizi nasıl deneyimlediğimizi şekillendiren bir güç olarak kabul edilmekte. COVID-19, dünyamızı ve günlük yaşamlarımızı algılama biçimi üzerine derin etkisi olan küresel bir sağlık krizi yarattı. Küresel salgınlar, doğal afet veya trajedilerden farklı olarak, tek bir yerle veya bir grup kurbanla sınırlı olmayıp, öngörülemeyen travmalar yaratma potansiyeline sahipler; sevdiklerini yitirmek, sağlık hizmetlerine erişememek, zoraki tecrit altında tutulmak bireyleri doğal olarak çok kötü etkiliyor.

### **Korku**

Pandemi döneminde söylentiler ve yanlış bilgilendirme, sahte haberler ve propaganda, virüsün kendisinden çok daha hızlı yayıldı, sağlık stratejilerine zarar verdi. Kuşkusuz “korku” silahının büyük bir psikolojik gücü var. Süper güçlerin ve küresel medyanın “Pandemi” ile tahakküm kurarak, bireylerin direncini psikolojik olarak zayıflatmak için kullandıkları korkutma taktikleri ürktücü boyuta varabiliyor.

Bu yaratılan korkunun neden olduğu eylemlere örnek olarak, çevrimiçi / çevrimdışı yalan, yanlış haber, spekülasyon, komplo teorilerini dolaşıma sokmayı, yüz maskeleri, dezenfektanları, yiyecekleri istiflemeyi veya salgın için belirli grupları günah keçisi ilan etmeyi vs. Sayabiliriz.

COVID-19’un bilinmez, belirsiz ve öngörülemez olma özelliklerinden ötürü aşırı korku ürettiği de bir gerçek. Bu konuda Fox News’a konuşan New York Sağlık ve Hastane (City Health and Hospital) yöneticisi Syra Madad’ın sözlerine kulak verelim;

“Açıkçası bu kadar çok korku ve endişe olmasının nedenlerinden biri, virüsün yeni, yani bilinmeyen olması ve kimsenin de bilinmeyi sevmemesi.”

Son günlerde en çok gündeme gelen konulardan biri, korku ve paniğin virüsün kendisinden daha bulaşıcı olabileceği. COVID-19 yüzünden dünyada 350 bine yakın insan öldü, ülkelerin sağlık sistemleri çöktü, birçok



gelişmiş ülke gerek ekipman gerek sağlık çalışan kapasitesi açısından iyi sınav veremedi.

### **Medyada Korku**

Medyada küresel salgını tanımlamak için kullanılan dil şüphesiz hastalıkla ilgili kitlesel histeriye katkı sunmakta. Örneğin sıklıkla kullanılan, “Gizli virüs taşıyıcıları”, “Virüs patlaması”, “Ölümcül virüs”, “halk sağlığı acil durumu” gibi korku dolu ifadeler paniğe yol açıyor.



**GİZLİ KORONAVİRÜS  
TAŞIYICISI  
OLABİLİRSİNİZ  
Eğer aniden burnunuz...**

Cardiff Üniversitesi İletişim Fakültesi öğretim üyelerinden Karin Wahl-Jorgensen’in, salgının başlangıç dönemi olan 12 Ocak-13 Şubat tarihleri arasında lexisnexis İngiltere veri tabanını kullanarak sürdürdüğü araştırmaya göz atmak lazım.

Araştırmada; sayıları 100’e yakın yüksek tirajlı İngilizce dilinde yayımlanan uluslararası gazetede yer alan salgınla ilgili 9 bin 387 haber incelendi, Bin 66’sında “korku” ile ilgili kelimenin yer aldığı, 50 makalede ise “katil virüs” ifadesinin kullanıldığı saptandı.

Telegraph gazetesindeki bir makalede, kaynak olarak sosyal medyada Wuhan’dan paylaşılan sahnelerle şu şekilde yer verildi; “Sokakta baygın yatan maskeli hastalar... Yüzlerce korkulu vatandaş, acı içinde kıvranan doktorlar tarafından tedavi edilmeyi beklerken, dar hastane koridorlarında birbirlerine virüsü bulaştırma riskiyle karşı karşıyalar”.

The Sun ve The Daily Mail gibi tabloid gazetelerin, sansasyonelizm rehavetine kapılarak, korku uyandırıcı dil kullanmaları şaşırtıcı değil. The Sun virüse “ölümcül bir hastalık” olarak atıfta bulunurken, Manchester Evening News, “Koronavirüs korkusu Çinlilere ait işletmelere büyük darbe vuruyor, bazıları ise salgından bu yana yüzde 50 oranında düşüş bildirdi” haberi ile salgına yerel etki payı katmış oldu.

Daha önceki salgın hastalıkların içeriği üzerine yapılan araştırmalar da korkuya benzer bir vurgunun yapıldığı üzerinde durmaktalar. Örneğin; 2003 yılında baş gösteren SARS salgınında, tarihçi Patrick Wallis ve dilbilimci tarafından yapılan bir araştırma; “kullanılan ana kavramsal metaforun “katil SARS” olduğunu, Hollanda’daki H1N1 salgını ile ilgili olarak da medya uzmanları Peter Vasterman ve Nel Ruigrok, “endişe, kaygı verici” tonda haberler yapıldığını ortaya koyuyor. Genel anlamda, korona virüsü gibi, bu salgınlar da belirsizlik, yayılma korkusu ve panik ile karakterize edilmişlerdi.

Sahte haberler ve sağlık iletişimi konusunda araştırmalar yapan Khudejah Ali, sağlık habercilerinin küresel salgın döneminde kamuoyuna verilen sağlık riski ile ilgili mesajlarda yer alan, “orta düzeyde korku uyandıran sansasyonelizm”in, insanların kendilerini korumalarına veya semptomları teşhis

Sağlık habercilerinin küresel salgın döneminde kamuoyuna verilen sağlık riski ile ilgili mesajlarda yer alan, “orta düzeyde korku uyandıran sansasyonelizm”in, insanların kendilerini korumalarına veya semptomları teşhis etmelerine yardımcı olduğunu, ama bu dozajın iyi ayarlanması gerektiğini vurguluyor.

etmelerine yardımcı olduğunu, ama bu dozajın iyi ayarlanması gerektiğini vurguluyor.

Kâr amacı gütmeyen bir gazetecilik okulu ve araştırma kuruluşu olan Poynter Medya Çalışmaları Enstitüsü korona virüse “ölümcül virüs” demenin yanıltıcı olabileceğini, zira virüsün çoğu insan için (nüfusun %80’inin) ölümcül olmadığını altına çiziyor.

Burada gazetecinin kilit görevlerinden biri, halkın ihtiyaç duyduğu gerçeklere odaklanarak, geleceğe dair senaryolar sunmaksızın olgusal bilgiye yer vererek, daha fazla korkuya neden olabilecek spekülasyonların kullanımından kaçınmak. Bu süreçte olgusal gerçeklere sadık adil-barış odaklı haberciliğe her zamankinden fazla gereksinim var.

### **Barış Gazeteciliği**



İlk kez 1970’li yıllarda kullanılmaya başlanan Barış Gazeteciliği’nin isim babası, Oslo Barış Araştırmaları Enstitüsü’nün kurucuları arasında yer alan ve 1964 yılında Journal of Peace Research ismi ile yayın hayatına başlayan akademik derginin kurucusu olan Norveçli Profesör Johan Galtung.

Kavramın gelişmesinde ve yaygınlaşmasında eşsiz katkısı olan Annabel mcgoldrick ve Jake Lynch, “barış gazeteciliği”nin toplumlar için fırsatların yaratıldığı haberlerin seçimi ile alakalı olduğunu söylemekteler. Gerçekten de barış gazeteciliği ilkeleri arasında; farklılıkları ve hatta karmaşıklığı da göz ardı etmeden sergileme, bu durumu anlama çabası içinde olma, dengeyi her iki tarafın algı ve öykülerine yer vererek, yaratıcı çözümler arama, lider odaklı değil, insan odaklı habercilik yapma ve en önemlisi barış dilini kullanma sayılabilir.

COVID-19 küresel salgını sırasında barış gazeteciliği nelere katkı sağlar sorusu aklımıza gelebilir. Öncelikle farklı yaş gruplarında ve sosyoekonomik koşullarda psikolojik kaynakları ve dayanıklılığı artırmak için sürdürülebilir önleyici tedbirlerin benimsenmesi ve yanlış bilgilendirmenin azaltılması için etkili sağlık iletişiminin önemini algılamaya katkı sağlar. Bireylerin sosyal ve fiziksel mesafeyle baş etmelerine yardımcı olacak etkili stratejiler ortaya

Barış Gazeteciliği, bireylerin sosyal ve fiziksel mesafeyle baş etmelerine yardımcı olacak etkili stratejiler ortaya koymaya yardımcı olur ve şüphesiz damgalama, önyargı, ayrımcılık ve eşitsizliklerin azaltılmasına ön ayak olur.

koymaya yardımcı olur ve şüphesiz damgalama, önyargı, ayrımcılık ve eşitsizliklerin azaltılmasına ön ayak olur.

Diğer taraftan, barış gazeteciliği **şu sorulara yanıtlar** arayabilir;

- Virüs çatışma bölgelerini ve özellikle mülteciler gibi belirli risk altında olanları nasıl etkileyecek ve bu konular nasıl güvenli bir şekilde raporlanabilir?
- Fiziksel mesafe ve sokağa çıkma yasağı veya karantina altında ne şekilde habercilik yapılabilecek? Katılım nasıl sağlanacak?
- Acil sağlık ve kamu politikası ile ilgili haberlerin yapılabilmesi için gerekli olan bilgi ve yaklaşımlar nelerdir?
- Baskı rejimleri, ifade özgürlüğünü daha da çok kısıtlamak için salgını bahane mi edecekler?

### **Hastalarla Söyleşi**

Virüsten etkilenen insanlarla (çevrim içi veya yüz yüze) görüşmenin de kendine göre zorlukları var elbette. Aşırı endişe yaşamaları muhtemel olan hastalarla söyleşi yaparken, şu hususlara dikkat etmekte yarar var;

- Söyleşi için onay verildiğinden emin olunmalı ve söyleşinin nerede çıkacağı/yayımlanacağı hakkında mümkün olduğunca açık bilgi verilmeli.
- Mümkünse (video konferans) aracılığıyla görüşmeler gerçekleştirilmeli, aynı mekanda olma durumunda, fiziksel mesafe korunmalı. Göz teması her zamankinden daha fazla dikkat ederek mesafe unsuru telafi edilmeli.
- Sadece ulaşmak istenen bilgilere odaklanmak yerine, onların anlatmak istedikleri şeylere kulak verilmeli.
- Onlardan bu süreci nasıl yönettiklerini açıklamaları istenmeli.
- Kişinin söylemek istediği başka bir şey olmadığından emin olduktan sonra görüşmeyi gerçekleştiren kişi iletişim bilgilerini vererek görüşmeyi sonlandırmalı.
- Henüz netliğe kavuşmamış, içinde bilinmezlik barındıran başlıklar, beklenmedik hikayeler gözden kaçırılmamalı.
- Bu karamsar günlerde mizaha da başvurmak, haberlere yaratıcılık duygusu katacaktır.

### **Ne Tür Habercilik**

Gazeteciler COVID-19 ile ilgili yaptıkları haberlerin sonuçları üzerine düşünmeli, gereksiz panik oluşturuyor muyum sorusuna yanıt bulmalılar, sessizlerin sesi olmalılar; örneğin ücretli çalışanların, evsizlerin, mahkumların seslerine yer vermeliler, aileleri bu durumdan nasıl etkileniyor vs. Konularını işlemeliler. Haberlerde, “ölümcül”, “harap,” “korkunç” gibi sıfatlardan kaçınılmalı, gereksiz, abartıcı veya manipülatif grafiklere ve fotoğraflara yer verilmemeli. Panik yaratma dilde ve resimlerde kaygıyı artırabilir; örneğin boş süpermarketlerdeki adeta yağmalanmış algısı yaratan / görüntüleri gerginlik ve gereksiz panik yaratır. Irk profili oluşturmamak lazım. Virüsten etkilenen insanların isimleri, görüntüleri verilmemeli, ilgili kişiler ile ilgili izinsiz bilgi veya fotoğraf paylaşılmalı.

Gazeteciler COVID-19 ile ilgili yaptıkları haberlerin sonuçları üzerine düşünmeli, gereksiz panik oluşturuyor muyum sorusuna yanıt bulmalılar, sessizlerin sesi olmalılar; örneğin ücretli çalışanların, evsizlerin, mahkumların seslerine yer vermeliler.

- Adil olunmalı, gerçekler bildirin; söylentileri önlenmeli, spekülasyon yapmamalı.
- Gerçek uzmanlardan - sağlık görevlileri ve konunun uzmanı bilim insanlarından- görüş alınmalı.
- İnsanlara güvenilir bilgi kaynakları sunulmalı, bağlamdan kopuk haber verilmemeli.
- Okuyuculara sahte umutlar veren, “aşı bulundu” “ilaç piyasada” türünden başlıklarla habercilik yapılmamalı.
- İlla şiddetin görünen yüzü değil aynı zamanda görünmez etkilerine de odaklanılmalı; sosyal izolasyon, sürekli gözetim altında olma vs. Gibi yaşanan psikolojik sorunlara da ses vermek gerekir.

### **Soru Biçimlerine Örnekler**

- “Kaç tane test kitiniz var?” **Yerine**, günde ortalama kaç tane hastaya test yapıyorsunuz?
- “Laboratuvarınızda şu anda günde kaç test yapılıyor?” **Yerine** günlük maksimum test kapasiteniz nedir? Sonuç almak kaç saat sürüyor?
- Ölüm oranı yüzde 2.5 demek **yerine**, bilim insanları, sahip oldukları bilgilere dayanarak ölüm oranının yüzde 2.5 olduğunu tahmin ediyorlar.
- Vaka sayınız şu tarih/zaman itibarı ile kaç olacak sorusu **yerine**, vaka sayısı tahmininizi hesaplamak için hangi varsayımlar kullanıldı? Bunun alt ve üst aralığı nedir?

Barış gazeteciliğini savunanları “naif” olarak tanımlayanlar, uygulanabilirliğini “çocuksu bir idealizm” olarak sorgulayanlar veya onu geleneksel medyanın artık demode kalmış “tarafsızlık” ilkesini uygulamadığı için eleştirenler olabilir ancak yine de kanımca barış gazeteciliği şu anda olmazsa olmaz.

Öncelikle yerleşik bazı kanılar var, bunlarla ilgili olarak birkaç hususa değinmek yararlı olabilir. Öncelikle, barış gazeteciliğinin yalnızca “savaş karşıtı” veya barıştan yana bir gazeteciliği ifade etmediğini, özellikle de her türlü ihtilafı, çatışmalı durumlarda ve kriz zamanlarında çözüm odaklı, yapıcı ve yaratıcı, özetle “kötü gazeteciliğe” karşı “iyi gazeteciliğe” vurgu yaptığını söyleyebiliriz. Buna da “gazetecilik mesleği doğası gereği barıştan yanadır, barış karşıtı gazetecilik mesleğin doğasına zaten uymaz ki” itirazları yüksek olabilir doğal olarak. Ancak, iyi gazetecilik örneklerinin geleneksel medyada cımbızla çekildiği bu dönemlerde, barış gazeteciliği kendine yöneltilen tüm eleştirilere rağmen, alternatif medyanın oksijeni...

### **Medyada Belli Gruplara Yapılan Ayrımcılığa Örnekler**

Medya, kimlik inşasında biz ve ötekiler olgularının sınırlarının çizilmesine ve bir sosyal harita oluşturulmasına yardımcı olurken, ötekine dair yer bulan görsel göstergeler, anlam şemalarının oluşmasını sağlar.

*Suriyeli Mülteciler Örneği:* Genelde mültecilerle ilgili haberlerde standart kalıp yargılar aşılamıyor, derinlikten yoksun, bağlamdan kopuk bir biçimde yer veriliyor. Mülteciler haberlerde ekonomik külfet, kira artışları, iş gücü kaybı, ucuz iş gücü gibi sorunların kaynağı olarak gösteriliyorlar. Haber

kaynakları ya emniyet yetkilileri ya da Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları arasından seçiliyor haber üretim sunum aşamalarında yer verilmiyor. Bu durum, hem mültecilerin haber sürecine katılımını hem de haberin kapsayıcılığını, bir başka deyişle habere dahil olma hakkını ihlal etmiş oluyor.

Oysa Suriyelilerin konu olduğu çok sayıda olay ve eylem haber değeri taşıyor. Suriyeliler hakkında haber yapılsa bile, ana akım haber aktörleri ve kurumlarından çok daha az ve ciddiye alınan bir tonla görüşlerine yer veriliyor. Suriyeliler, özellikle de sosyoekonomik konumları ile ilgili olduğu zaman derinlikten yoksun, bağlamdan kopuk bir biçimde, çoğu zaman da olumsuz özellikler ve sözcüklerle tanımlanarak, ulusu tehdit eden veya bizler için bir sorun olarak medyada temsil ediliyorlar.

COVID-19 salgınından hemen önce, Suriyeli mülteci sorunu medya gündeminin en ön sıralarında yer alıyordu. Diğer ülkelere göre daha fazla kayıtlı Suriyeli mülteciye ev sahipliği yapan ülkemiz ana akım medyasında mülteciler aniden görünmez oldular.

Mültecilerle ilgili olumlu haberler yapmak son derece önemli. Euro-news'dan Menekşe Tokyay'ın mülteci iki hekimle ilgili yaptığı haber- İstanbul'da çalışan acil hekimi Dr. Zahra Mozaffari ve Kayseri'de çalışan Dr. Zakira Hekmat ile- güzel bir örnek oluşturuyor.

Dünyadaki tüm mültecilerin güvenliğinin sağlanması, onları koruma sorumluluğunun eşit bir şekilde küresel ölçekte paylaşılması, uluslararası insan haklarına, mülteci hukukuna ve insanlık onuruna saygı duyulması, tüm insanlığın çıkarına olacak.

Sosyal medyada da bu zihniyet yapısının izdüşümünü görmek mümkün. Bilindiği üzere, Haziran, tüm dünyada LGBTİ+'ların onur yürüyüşleri ve çeşitli etkinliklerinin yapıldığı ay, ancak koronavirüs yüzünden bu etkinliklerin hepsi iptal edildi, çevrimiçi ortamda düzenlendi.

Sosyal medyada yalnız Çiçek Sepeti için değil Nivea, Decathlon, Shell gibi firmalar için de adeta linç kampanyasına dönen boykot çağrıları yapıldı. Nedeni LGBTİ amblemi taşıyan sırt çantası ve telefon kılıfı vs. Aksesuar satışı yapmalarıydı. E-ticaret sitesi olan Çiçek Sepeti ile ilgili yapılan yorumlarda, firmanın bu ürünleri satması ile eşcinselliği, sapkınlığı yaydığı, çocuklara gençlere kötü örnek olup özendirdiği, Müslüman mahallesinde salyangoz sattığı, eşcinselliğin tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğu sürekli dolaşımda idi.

*Yaşlılara Yönelik Ayrımcılık Örneği; Yaşçılık:* Medya kuşkusuz yaşlılara yönelik toplumsal imgelerin ve tutumların oluştuğu en büyük kültürel arena. Küresel nüfus yaşlanmasına rağmen, yaşlılar medyada yanlış ve eksik olarak temsil edilmekteler.

Mağdur, yalnız, beceriksiz, savunmasız, bakıma muhtaç hatta topluma bir yük olarak yer alıyorlar. Uzmanların, yeni Koronavirüs (COVID-19) salgınıyla mücadele etmek için yaş ayrımcılığına dayalı politikanın maşası olmaması gereken medyayı kullandıkları dil konusunda uyarmaları gerekiyor.



Özellikle hedef kitlesi gençlerin olduğu sosyal medya paylaşımlarında yaşlı yetişkinler, ya alay konusu ya da ‘öteki’ olarak karikatürize ediliyorlar. Ülkemizde son günlerde bununla ilgili oldukça seviyesiz espriler eşliğinde ortalıkta gezen çok sayıda videoya maruz kaldık. Yaşlıların şeytanileştirildiğine dair birçok olaya da tanıklık ettik. Örneğin, bir haberde, toplu taşıma aracına alınmayınca aracın önüne yatan 65 yaş üstü bir kadını görüntüleyip, hakaret eden iki kişiden biri, kadına ”Çekil pis koronali!” Demekle kalmayıp, fiziki olarak da rahatsızlık veriyordu.

Günlük korona virüsü vaka ve ölüm bilançosu vermek için yapılan “Yaşlı ve direnci zayıf şu kadar sayıda hastamızı yitirdik”, “Hayatını kaybedenlerin yüzde 80’i, 60 yaş üstünde” “yoğun bakımda olanların yüzde 75’i 60 yaş üstü” vs. Açıklamaları son derece rahatsız edici, bu vurguya yapılan eleştiriler ne yazık ki pek işe yaramadı halen aynı söylem azalmış olsa da devam ediyor.

### **Önyargılar Zararlı**

Yaşlılık/Ageism, toplumdaki önyargının son kalesi. ‘Yine de yaşlıydı’, ‘iyi bir yaşam sürdü’ ‘dünyaya kazık çakacak değil ya’ gibi ifadeler, gerçekten ne anlama geldikleri ve ne tür bir etki yarattıkları düşünülmeden kullanılıyor.

Yaşa dayalı önyargı birçok toplumda oldukça yaygın ve içselleştirilmiş halde, bu durum da doğal olarak yaşlıların ruh sağlığını olumsuz yönde etkiliyor. Çalışmalar, yaşlıların yüzde 85’inin sağlık bakımına erişimlerinin engellendiğini ve bu yüzden yaşlıların yüzde 95’inde, zaman içinde özellikle depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıkların çıktığını ortaya koymakta.

Yale Üniversitesi’nden Toplum Sağlığı ve Psikoloji bölümü öğretim üyesi Becca Levy yaşlılık ile ilgili olumsuz yargıların yarattığı stresin beyinde patolojik değişimlere neden olduğuna dair bulgulara ulaştıklarını açıklamıştı. Halbuki uzmanlar yaşlıların olumsuz yargılar ile anılmadığı takdirde, endişe, umutsuzluk ve intihara eğilimli davranışlardan uzaklaştıklarını iddia ediyorlar.

### **İnfodemik**

Kriz dönemlerinde, yanlış-eksik bilgilendirme ve aşırılık, gündemi belirlemede birbirlerini karşılıklı olarak beslerler; halbuki kamuoyunun en çok doğru bilgilenmesi gereken zaman da kriz dönemleridir zira bu süreçte komplo teorileri, histeri, nefret, yalan haber her zamankinden çok pompalanır. Bilimsel bilgi akışı durduğunda, gedikleri klişeler, önyargılar, spekülasyonlar ve nefret söylemi doldurur.

Yanlış bilgilendirme, kafa karıştırıcı veriler ve sahte haberler şüphesiz kamu güvenliği ve sağlığı için açık ve mevcut bir tehlike oluşturmakta. Dengesiz ve sansasyonel sağlık haberciliğine bir de önyargılarımızı ve empati yokluğunu eklediğimizde, savunmasız insanlar adeta potansiyel “ölümcül mikrop taşıyıcıları” olarak gösterilerek, yalnız ırkçılık ve nefret değil, aynı zamanda korku kültürü de tetiklenmiş olur.

Kriz dönemlerinde, yanlış-eksik bilgilendirme ve aşırılık, gündemi belirlemede birbirlerini karşılıklı olarak beslerler; halbuki kamuoyunun en çok doğru bilgilenmesi gereken zaman da kriz dönemleridir

Aralık ayı başında, Çin'in merkezindeki yaklaşık 11 milyon kişinin yaşadığı Wuhan şehrinde baş gösteren ve daha sonra Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19 adını verdiği Koronavirüs, küresel ve sosyal medyada - Instagram, Facebook, Twitter ve tiktok gibi diğer platformlarda- 2020 yılının "yaratılan küresel krizi" haline geldi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) açıkladığı üzere, sadece bir virüs salgını ile değil, aynı zamanda bir "infodemik" ile de karşı karşıyayız. Bu enfeksiyon salgını; doğru olsun olmasın, çok miktarda koronavirüs bilgisini tanımlamak için kullanılmış bir sözcük.

Koronavirüs salgını bir ilk değil. SARS ve Ebola virüs salgınları döneminde de aynı enfeksiyon bombardımanı içinde önyargı, kalıp yargılar, yaftalama, hedef gösterme, şeytanileştirme vs. Mevcuttu. Anlaşılan o ki dünya medyası eski salgınlardan pek bir ders çıkaramamış.

### **Sosyal Medya**

Çin hükümeti uzun süre sosyal medyayı sansürledi, daha Ocak ayının başında insandan insana virüsün bulaştığını bilmesine rağmen hiçbir açıklama yapmadı, gerçek vaka ve ölü sayıları verilmedi, salgının ciddiyetini açıklamak isteyen sekiz kişi tutuklandı. Çin makamları, Weibo ve diğer platformlarda paylaşılan tüm bilgileri yakından izleyip, hükümeti eleştiren paylaşımlar hakkında yaptırım uyguladı.

Sosyal medya, yarattığı ve ışık hızıyla yaydığı bilgi kirliliğiyle ve ürettiği nefret söylemiyle, yalnız öfke patlamasını tetiklemekle kalmadı, aynı zamanda adeta linç kampanyalarına varan ve sonu nefret suçlarıyla neticelenen olaylara da zemin hazırladı.

Wuhan'da bir hastanede çekildiği öne sürülen, bir hastanın geçirdiği kriz nöbeti videosu, sosyal medyada izleyenleri dehşete düşürdü.

Virüs hakkında birçok dezenformasyon kampanyası -planlı salgın senaryosu, biyolojik silah saldırısı iddiaları, hemşire videosu, casusluk söylentileri- üretildi. Ölümcül Wuhan virüsünün laboratuvarında üretilip, yanlışlıkla patentlendiği ve bir aşının zaten mevcut olduğu dezenformasyonu da hızla yayılmaya başlandı.

Yarasa çorbası, Çin'de yaygın bir yiyecek olmamasına rağmen, sosyal medyada, Çinli bir kadının kameraya gülümseyerek yarasa çorbası içtiği videoda, virüsün Çinlilerin yeme alışkanlıklarından yayıldığı iddia edildi. Halbuki video Çin'de değil, 2016 yılında Batı Pasifik'teki Palau adasında çekilmişti.

Van Dijk, söylemsel manipülasyonun "bizim iyi şeylerimiz" in ve "onların kötü şeyleri" nin vurgulanmasında olduğu gibi, biz olarak görülenlerin olumsuzlukları gizlenirken "onlar" olarak görülenlerin olumsuzluklarının sergilendiğini ifade eder. Yarasa çorbası örneğinde olduğu gibi; "Bizim, yani Batının yeme alışkanlıklarına benzemeyen, onların yani Çinlilerin garip, anormal, sağlıksız ve ilkel yeme alışkanlıkları virüsün sorumlusu!" Mesajı sıklıkla yinelenildi.

Van Dijk, söylemsel manipülasyonun "bizim iyi şeylerimiz" in ve "onların kötü şeyleri" nin vurgulanmasında olduğu gibi, biz olarak görülenlerin olumsuzlukları gizlenirken "onlar" olarak görülenlerin olumsuzluklarının sergilendiğini ifade eder.

Çin'den gelenlerin ülkeye alınmaması için başlatılan ve 650.000'den fazla Güney Korelinin imzaladığı kampanya dilekçesi Çin Devlet Başkanı'na sunuldu. Bazı muhafazakâr muhalefet milletvekilleri de bu konuda halka açık bir şekilde destek verdiler.

Hong Kong'da bir Japon restoranı olan Tenno Ramen, Çinlilere hizmet vermeyi reddettiğini Facebook hesabından şu şekilde açıkladı: “Daha uzun yaşamak istiyoruz. Yerel müşterileri korumak istiyoruz. Lütfen bizi affedin”.

Japonya'da da “Lütfen Çinlilerin ülkeye girişini yasaklayalım”, “Çocuğumun virüsü kapacağından endişeliyim” tarzı tweetler atıldı.

Malezya halkı, ülkeye Çinlilerin girişini yasaklamak ve hükümete “ailemizi ve çocuklarımızı kurtarma” amaçlı bir çağrıda bulunmak üzere 400.000'i aşkın imzalı bir sosyal medya kampanyası başlattı.

Japonya'da #chinesedon'tcometojapan (Çinliler Japonya'ya gelmeyin) yazılı etiket twitterın en trend başlıklarından biri oldu.

### **Batı Medyası**

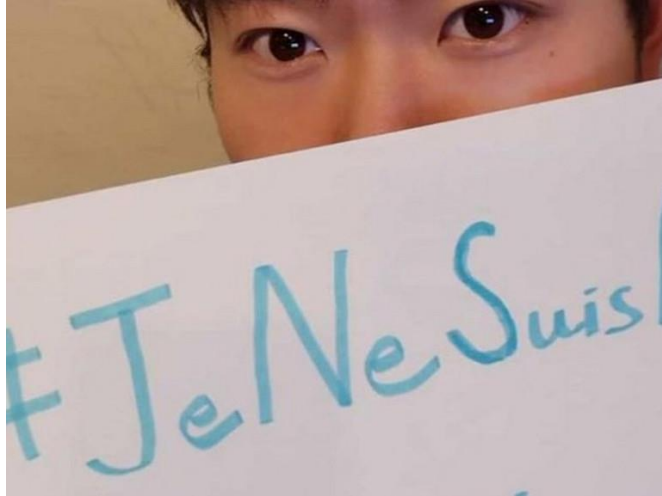
Batı medyasında da durum daha farklı değildi.

İngiliz gazeteleri Daily Mail ve göçmenlik karşıtı manşetleriyle ünlü The Sun, Çin halkının yarsa ve diğer hayvanları yeme alışkanlıkları yüzünden bu salgına yakalandıklarını iddia ettiler.

Danimarka'da Jyllands-Posten gazetesi, Çin bayrağındaki 5 yıldızın yerine virüs sembollerini kullanan bir karikatür yayınladı.

Alman Der Spiegel dergisi, “Çin'de üretildi” başlığı ile maskeli, elinde telefon tutan bir Çinlinin fotoğrafını yayınladı.

Fransa'da, 26 Ocak'ta yayımlanan Le Courrier Picard gazetesinin, “Sarı Tehlike” başlığıyla koronavirüs salgını hakkında yaptığı haber sonrası, Asya kökenli Fransızlar öfkelerini ifade etmek için sosyal medyada #jenesuispasunvirus (#iamnotavirus-Ben bir Virüs Değilim) etiketini yarattı. Hatta Twitter hesabından Lou Chengwang “ben Çinliyim ama bir virüs değilim, virüsten korkmanızı anlayabiliyorum ama lütfen önyargılı olmayın” tweetini attı.



Bilindiği üzere, nefret söylemi bir şahıs veya grubu hedefleyen ve bu bireylerin doğuştan gelen birtakım mevcut ya da fark edilen özellikleri nedeniyle onları incitici, kişilişsizleştirici, taciz edici, aşağılayıcı ve en tehlikelisi de bu gruplara karşı duyarsızlık, gaddarlık ve şiddeti özendirici bir amaç gütmektedir.

Koronavirüs vakasında da insanlar sadece Çinli oldukları için virüsü yaymalarının olası olduğunu düşünmekte, hatta çekik gözlü herhangi bir ülke vatandaşı olmak bile potansiyel bir Çinli virüs taşıyıcısı olmak gibi algılanmakta.

Ülkemizde sosyal medyada Çinlilere yönelik üretilen nefret söylemi yeni bir şey değil. 2005’de Doğu Türkistan ve Uygur Türkleri ile ilgisi olmayan video ve fotoğraflar paylaşıldı, ‘-Boynumuza asarsın urgan ipi, Yediğin yemek köpek eti. Bir gün köşeye sıkıştığında, af dileme Çinli piçi.’ ‘-Köpek yiyen kızıl Çin. Köpek soyun kurusun. Kanlı intikam için. Tanrı Türk’ü korusun.’ türü dehşet veren paylaşımlarda bulunuldu.

Ekşi sözlükte “Wuhan virüsü ve Uygurlar arasındaki gizemli ilişki” başlıklı entry deki paylaşımlara baktığımızda, Wuhan virüsünü ilahi adalet ve karma ile ilişkilendiren yorumlara rastlanmakta: “Çinliler Uygur Türklerini sebpsiz yere hapsediyordu, şimdi kendileri virüs yüzünden sokağa çıkmaz hale geldiler.”, “Karma realitesi var, ettiğini bulmama gibi bir şansın yok”

Türkiye’den atılan tweetlerde de “Hayvanları canlı canlı kaynar suya atarken düşünecektiniz”, “İlahi adalete bakın, Türkiye’de otobüsle seyahat eden bir Çinliye yapılan muamele... Düne kadar Müslümanlara mikrop gözü ile bakan Çinliler, şimdi dünyada hastalık, virüs, pislik, mikrop sembolü oldular”.

### **Neler Yapılabilir?**

Koronavirüsün yayılmasını önlemek için Dünya Sağlık Örgütü’nün açıklamaları, videolar, kamu spotları sürekli yayınlanmalı. Koronavirüs yalnız bir sağlık sorunu olmaktan öte diğer yönleriyle de ele alınmalı, ekonomik, hukuki- insan hakları sorunu- vs. Yönleriyle incelenmeli.

Konda’nın yaptığı araştırmaya göre; Türkiye’de toplumun %97’si koronavirüsten haberdar, %86.5 virüsün nasıl yayıldığını biliyor ancak uygulanma oranı %55 lerde.

Yayınlarda örneğin Dünya Sağlık Örgütü’nün koronavirüs ile mücadelede 7 yöntemi içeren videosu TV yayınlarında gösterildikçe insanlarımız uygulama konusunda özendirilmiş olurlar.

Yayıncılar ekranlara çıkardıkları kişileri tamamen konusunun uzmanı olanlar arasından seçmeli, ekranlarda adeta “kadrolu konuk” havasında insanları görüyoruz, her konuda ahkam kesme hakkını görüyorlar, egolar şişik, her şeyin uzmanları. Pierre Bourdieu’nun fast-thinkers- malumatfuruş olarak nitelendirdiği bir tür “medya entelektüelleri”, her konuda hızlı ve çok düşünüp, çok konuşan, yayıncıya sorun çıkarmayan, çanak soruları her an yanıtlamaya hazır olan iyi huylu müşterilerdir.

Korona virüsü gibi diğer salgın hastalıkların nedenini evlilik dışı ilişkiye ve eşcinselliğe bağlayanından tutun da, Wuhan’da balık satanların bu virüsten aşılandıkları gibi, kedi köpek besleyenlerin de koronayla aşılandıklarına varana kadar bir sürü uyduruk, bilim dışı yalan yanlış bilginin yayılması için ortam sağlayan ve katkı sunan bir yayıncılık son derece yanlış. Ünlü gaze-

Koronavirüsün yayılmasını önlemek için Dünya Sağlık Örgütü’nün açıklamaları, videolar, kamu spotları sürekli yayınlanmalıdır. Koronavirüs yalnız bir sağlık sorunu olmaktan öte diğer yönleriyle de ele alınmalı, ekonomik, hukuki- insan hakları sorunu- vs. yönleriyle incelenmelidir.

tecilerin birbirleriyle giriştikleri polemikler de medya terörünün başka bir yansıması.

Dezenformasyona karşı girişimleriyle bilinen First Draft'ın koronavirüs haberlerine ilişkin bir rehber niteliğindeki yazısında özetle şunlar var:

- Sansasyonel dil kullanımından kaçının.
- Görsel seçiminde titiz davranın.
- Spekülasyon yapmaktan ya da uzmanlara spekülatif projeksiyonlar yaptırmaktan kaçının.
- Okurlara, mevcut durumda yapabileceklerine ilişkin spesifik bilgiler sağlayın.
- Okurları -Dünya Sağlık Örgütü vb.- resmi kaynaklara yönlendirin.
- Haber öykülerinizde araştırmaları ele alacaksanız titiz ve dikkatli davranın.
- Bir değil, birden fazla uzman görüşüne başvurun.
- Sınırlı topluluklarda yayılan söylentiye haberleştirirken dikkat edin. Bu noktada söylentiye kitlelere yayma riski söz konusu.
- İçeriklerinizin okunma ve anlaşılma açısından mümkün olduğunca sade ve basit olmasına çaba gösterin.
- Alaycı veya aşağılayıcı dilden kaçının. Komplo teorileri ya da korkularla hareket eden okurları alaycı ve aşağılayıcı bir dille yabancılaştırmaktan kaçının.
- Okurların ne istediğini anlayın ve veri boşluklarını sorumlu gazetecilikle doldurmaya çalışın.
- Haber içeriklerinde haritalama gibi veri görselleştirme ve tasarım gerektiren unsurları dikkatli ve doğru şekilde yapılandırın.
- First Draft'ın rehber niteliğindeki yazısında örnek olması açısından doğru haber başlıkları ve yararlı kaynaklara ilişkin de bir listeleme mevcut.

Küresel medya şirketleri, korku, panik ve öfkeye neden olabilecek yanlış, çarpıtılmış bilgilerin yaygın bir şekilde yayılmasını önleme, krizin acil olarak kontrol altına alınması ve hafifletilmesi amacıyla yönelik olarak Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi önde gelen sağlık kurumlarıyla yakından çalışmalılar.

Etkileşimli platformlar, hasta hakları gözetilerek virüs salgını ve vakalar ile ilgili olarak ana akım medya tarafından göz ardı edilen, haber görüntülerine ve videolarına yer vermeye devam etmelidirler. Bizler de iyi birer medya ve dijital okuryazarı olarak sorgulamadan, resmi kaynak dışındaki, birincil kaynaklara ulaşmadan, çapraz okuma yapmadan önümüze gelen her habere inanmamalıyız.

Sevindirici olarak sayıları az da olsa iyi örnekler var, bunların da haber dolaşımı içinde hak ettikleri yeri almaları lazım, zira iyi örnekler özendirici nitelik taşıyorlar. İki örnek de Güney Kore'den. Biri, Çinli turistlerin uğrak yeri olan popüler bir Seul deniz ürünleri restoranının, kapısına "Çinliler giremez" yazılı bir tabela asması üzerine sosyal medyadan o kadar yoğun tepki geldi ki sonunda restoran tabelayı kaldırmak zorunda kaldı. İkincisi de yük-



sek tirajlı Joong Ang Ilbo gazetesinin akılcı ve yerinde olan açıklaması. Gazete şöyle diyordu “Çinlilere karşı koşulsuz yabancı düşmanlığı yoğunlaşıyor, bulaşıcı hastalıklar, duygusal tepkilerle çözülebilecek bir sorun değil, bir bilim meselesi”.

Küresel gazetecilik, içinde çatışmayı ve krizleri barındırır; küreselleşmenin olmazsa olmazı sayılan -alan, güç, kimlik- unsurlarını formüle ederken sorduğu; “dünyanın farklı coğrafyalarında süregelen çatışma ve krizler ne ölçüde ve ne şekilde ele alınmaktadır?” Sorusunu yanıtlamadan önce, küresel medyanın, ifade özgürlüğünü manipülatif amaçla kullanarak istismar eden elit bir güç olduğunu unutmamak lazım.

#### Kaynaklar

- [Http://bianet.org/bianet/saglik/220516-koronavirus-covid-19-krizi-ve-medya](http://bianet.org/bianet/saglik/220516-koronavirus-covid-19-krizi-ve-medya)
- [Http://bianet.org/bianet/yasam/221878-en-tehlikeli-virus-nefret](http://bianet.org/bianet/yasam/221878-en-tehlikeli-virus-nefret)
- [Http://bianet.org/bianet/toplum/228174-pandeminin-diger-otekileri-multeciler](http://bianet.org/bianet/toplum/228174-pandeminin-diger-otekileri-multeciler)
- [Http://bianet.org/bianet/toplumsal-cinsiyet/226646-covid-19-pandemisi-ve-lgbti-nefreti](http://bianet.org/bianet/toplumsal-cinsiyet/226646-covid-19-pandemisi-ve-lgbti-nefreti)
- [Http://bianet.org/bianet/saglik/224506-medyada-korku-virusu](http://bianet.org/bianet/saglik/224506-medyada-korku-virusu)
- [Http://bianet.org/bianet/toplum/223830-korona-gunlerinde-baris-gazeteciligi](http://bianet.org/bianet/toplum/223830-korona-gunlerinde-baris-gazeteciligi)
- [Http://bianet.org/bianet/yasam/222573-yascilik-virusu](http://bianet.org/bianet/yasam/222573-yascilik-virusu)

# DOĞRUYU "TEYİT": TEYİT'İN COVID-19 İNFODEMİSİ İLE SEKİZ AYLIK MACERASI

**Nilgün Yılmaz\* , Öyküm Hüma Keskin\*\***

\* Editör

\*\* Facebook Sağlık Dezenfeksiyonu Bursiyeri

## Özet

Türkiye'nin ilk doğruluk kontrolü organizasyonlarından biri olan Teyit, COVID-19 salgınının başından bu yana, bir "epidemi" haline dönüşen yanlış bilgi sorunuyla baş etmek için çabalıyor. Bugüne kadar 250'den fazlası yazılı olmak üzere, COVID-19 özelinde birçok içerik üreten Teyit, infodeminin yaratacağı olası tehditleri (halk sağlığını tehdit, kutuplaşma, sosyal damgalama) bertaraf edebilmek için birçok araç geliştirdi. Teyit'in salgın boyunca infodemi hakkındaki gözlem ve tespitleri de iki ana başlığa ayrılıyor: En çok yanlış bilgiye salgının ilk zamanlarında maruz kaldığımızı düşünüyoruz ve salgın ilerledikçe ilginizi yitiriyoruz. Teyit'in tespitlerine göre infodemi kapsamında en çok maruz kaldığımız yanlış bilgiler ise dört kategoride toplanabilir: Hatalı ilişkilendirilen görüntüler, belgeler ve haritalar, virüs ve yol açtığı COVID-19'un özellikleri, sahte tedavi yöntemleri ile ilaçlar, son olarak da salgının ortaya çıkışı ve yönetimi ile ilgili komplo teorileri. Teyit'in infodemi ile baş etmek için temel önerileri ise şöyle: Kendi hesabına değil, belli bir kurumu temsilen konuşan uzmanlara kulak vermek, aşırı enformasyon maruziyetinden kaçınmak ve kaynakları önceliklendirmek ve çeşitlendirmek, bilimsel araştırmaların olgunluğunu tartmak, duylulara hitap eden dramatik içeriklere şüpheyle yaklaşmak, son olarak da doğrulama için kullanılabilecek bazı basit dijital araçlar konusunda kabiliyetimizi geliştirmek

## Infodemi Nedir? Teyit Bu Soruna Nasıl Yaklaşıyor?

2016 yılından bu yana internette yayılan yanlış bilgilerle mücadele eden Teyit için, afet, çatışma ya da salgın gibi kriz zamanları hep hareketli geçer. Böyle zamanlarda yükselen kaygı ve korku, duygusallaşma eğilimi ve bazen de toplumsal kutuplaşmanın, yanlış bilginin yayılımını hızlandırdığını biliyoruz. **(Tatlı, 2016)** Böyle zamanlar, özellikle sosyal medyada daha fazla takipçi ve etkileşim elde etmek isteyenler açısından da uygun bir ze-

min yaratıyor. Dolayısıyla Teyit, kriz zamanlarında bilgi ekosisteminin sıhhati için normalden daha fazla mesai harcıyor.

Dünyanın Ocak ayında haberdar olduğu ve daha sonrasında pandemi halini alan COVID-19 salgınında da durum benzerdi. Salgın haberinin yayılmasının peşi sıra, özellikle sosyal medyada müthiş bir enformasyon akışı başladı. Bu enformasyonun mühim bir kısmı da bizim açımızdan “şüpheli” idi. Virüs ve neden olduğu hastalık hakkında bilgimiz kısıtlı, iddialar ise muhtelif. Teyit salgının Çin sınırlarını aşması üzerine konuyu “kriz” olarak ele almaya karar verdi ve derhal önceliklendirdi. Çünkü konu, önceliklendirme kriterlerimizden hemen hepsine yakından temas ediyordu:

- Halk Sağlığını Tehdit:** Yanlış bilgi nedeniyle yanlış önlem ve tedavi yöntemleri ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir, bilim inkarcılığı salgınıla mücadelenin önünü tıkayabilirdi.
- Demokrasiyi Tehdit ve Kutuplaşma:** Salgının yaratacağı korku ve panik ortamı, karar alma mekanizmalarımızı etkileyebilir; virüs ve neden olduğu hastalık üzerinden toplumsal kutuplaşma derinleşebilir, taraflar birbirini itham edebilir ve bu sırada topyekun mücadele tehlikeye düşebilirdi.
- Sosyal Damgalama:** Virüs ve neden olduğu hastalık, belli bir etnik köken, milliyet, cinsiyet, yaş ya da inanç grubunun damgalanmasına neden olabilirdi.

Nitekim bu tehditlerden her biriyle yolda karşılaştık. Bu nedenle yoğun ve kirli enformasyon akışını bir “infodemi” olarak adlandırmaktan da çekinmedik.

Infodemi, özellikle sağlık alanında hızla yayılan, “viralleşen” aşırı miktarda doğru ya da yanlış bilgiye [deniyor](#). (DSÖ, 2020) Bu yığılma, sağlıklı bir bilgi ekosistemini ortadan kaldırıyor, ilgili sağlık sorunuyla baş edilmesini tehdit edecek hale gelebiliyor. Bu, salgını yönetmekten sorumlu kurumlara ve bilim insanlarına güvensizliği de beraberinde getiriyor.

Bu tanımda dikkat etmek istediğimiz bir kısım var: Mart ayında Dünya Sağlık Örgütü, Kızılhaç ve BBC Media Action tarafından düzenlenen “COVID 19 ile mücadele ve hayat kurtarmada medyanın rolü” adlı bir webinara [katıldık](#). (Yılmaz, 2020)

Dünya Sağlık Örgütü, infodemiye yalnız yanlış bilgi üzerinden tanımlamıyordu. Doğru olsa da aşırı, karmaşık, belirsiz ve teknik bilgiye maruz kalmak da infodemi iklimini oluşturan diğer bileşenlerdi. Biz de bu andan sonra infodemi kavramını bu geniş çerçevede ele almaya ve yalnız doğru değil, anlaşılır, net ve



yeteri kadar bilgi aktarmaya da odaklanmaya başladık. Bundan sonraki adımlarımızı da buna göre planlayacaktık.

### ***Teyit Salgının Başından İtibaren Nasıl Bir Yol İzledi?***

A) *Strateji*: COVID-19 infodemisi ile mücadelemizde stratejimizi bu üç temel ayak üzerine kurduk. Bilgi yoğunluğu ve karmaşasından uzak duracak, yoğun terminoloji kullanımından kaçınacak, en çocuksu iddialara bile aynı ciddiyetle yaklaşacak ve olabildiği kadar “sarih” kalmaya özen gösterecektik. Stratejimizin merkezine, kullandığımız araçlar ve işbirliği yaptığımız kurumların sayısını artırmayı da ekledik. Çünkü konu acil, ciddi, zor ve teknikti. Desteğe ihtiyacımız vardı.

B) *Metot*: Teyit’in olağan şartlar altında sadık kaldığı ve Uluslararası Doğruluk Kontrolü Ağı’na karşı sorumluluğunun da bir gereği olan keskin bir [metodolojik yaklaşımı](#) var. (Birbirini doğrulayan ve açık kaynaklardan erişilebilen en az iki delil) Salgın boyunca ürettiğimiz tüm içeriklerde de, konu her ne kadar acil olursa olsun, bu metodolojiye uyduk, aktardığımız bilginin doğruluğundan emin olana kadar zamanla yanışmayı reddettik. Bu bize okuyucuların güveni olarak döndü.

COVID-19 meydana çıkmadan öncesinde başladığımız, Soner Yalçın’ın Karakutu adlı kitabı üzerinden aşı ve modern tıp karşıtı tezlere odaklanan kapsamlı çalışmamız [Salgın Var’da](#) edindiğimiz tecrübe de, metodolojik açıdan pandemi ile baş etmemizi kolaylaştırdı. Konuya bir nevi bağışıklığımız vardı.

### ***C) Araçlar***

1. *Analiz, Dosya ve Büyüteçler*: Teyit koronavirüs olarak etiketlenmiş 500’e yakın tekil ihbar aldı ve bunlardan 250’den fazlası hakkında [analiz üretti](#). Analizlerin yanı sıra, birden fazla boyutu olan, doğru ya da yanlış olarak etiketleme yapmanın mümkün olmadığı konularda “büyüteç” başta olmak üzere farklı kategorilerde içerikler de ürettik. Örneğin virüsün “Türkleri genlerinden dolayı etkilemeyeceği” iddiası bir analiz olarak [yanışlanırken](#), salgının yemek kültürü üzerinden Uzakdoğulular hakkında yarattığı peşin yargıları, “büyüteç” kategorisinde [sorguladık](#). (Yılmaz, 2020) (Keskin, 2020)
2. *COVID-19 Postası*: Salgının yarattığı yanlış bilgi atmosferiyle yalnız ürettiğimiz içeriklerle baş etmemizin zor olduğu anlaşıncı, Türkiye’de ilk resmi vaka açıklanmadan birkaç hafta önce, bir e-posta bülteni de hazırladık. Şubat-Temmuz ayları arasında 12 bin tekil kullanıcının posta kutularına haftada üç gün ulaşan COVID-19 Postası, salgın hakkındaki teyitli son gelişmeler, doğru bilinen yanlışlar ve temel bilgiler ile karantina koşullarında destekleyici önerilerden [oluşuyordu](#). (Yılmaz, 2020)
3. *Modyo & habertürk*: 2019 sonunda Modyo ile İstanbul’daki toplu taşıma araçlarında da vatandaşların genelini yakından ilgilendiren yanlış bilgileri doğrulamaya, yanı sıra kullanıcılarda medya okuryazarlığını geliştirecek ipuçları paylaşmaya [başlamıştık](#). (Çavuş, 2020) Salgının başından itibaren Modyo için hazırladığımız içerikle-

rin sayısını artırdık ve konu olarak da salgını ve salgın döneminde yanlış bilgi ile baş etme metotlarını önceliklendirdik. Mart ayından itibaren her ay toplu taşıma araçlarında altı video yayınlandı. Nisan itibarıyla, bu içerikler her gün Haber Türk ekranlarında da yayınlanmaya [başladı](#). **(Keskin, 2020)**

4. *Canlı Yayınlara Katılım & Çevrimiçi Etkinlikler*: Teyit yazarları ve editörleri, salgının başından itibaren infodeminin yarattığı tehlikeye işaret etmek ve kullanıcıları doğru bilgi edinme yollarına sevk etmek için, gelen canlı yayın ve çevrimiçi etkinlik tekliflerine olabildiği kadar yanıt verdi. Haber Türk, Haber Global, Halk TV gibi pek çok ekranda yer almanın yanı sıra, kurumların gerçekleştirdiği çevrimiçi etkinliklere de katıldık ve elimizden geldiğinde yanlış bilgi ile farklı mecralarda mücadele ettik.
5. *Video İçerikler*: Salgın ve ona neden olan virüs hakkındaki bilgiler çoğunlukla teknik uzmanlık istediğinden, içeriklerimizi kolay sindirilebilir ve geniş kitlelerce anlaşılabilir kılmak için birçok video içerik [ürettik](#).
6. *Podcast*: Teyit'in podcast programı t Cetveli'nin birkaç bölümü salgın ve salgın hakkında yayılan yanlış bilgilere [ayrıldı](#).
7. *Araştırma – Tandans*: Tandans Veri Bilim Danışmanlığı ile, "Pandemi Sürecinde Yanlış Bilgi Sorunu: Yanlış Bilgi, Haber Tüketimi ve Teyit Etme Davranışları" başlıklı, bulgularını aşağıda özetleyeceğimiz bir araştırma [gerçekleştirdik](#). **(Yılmaz, Çavuş, Tanca, 2020)**
8. *IFCN ile İşbirliği*: Teyit, infodemi ile mücadelede uluslararası dayanışma için, Uluslararası Doğruluk Kontrolü Ağı (IFCN) tarafından koordine edilen *#coronavirusfacts* adlı işbirliğinin de bir parçası idi. Yayınladığı tüm içerikleri uluslararası partnerleri ile paylaştı, ortak çalışmalar gerçekleştirdi. Programın internet sayfası üzerinden, infodeminin uluslararası panoraması da [izlenebiliyor](#).

D) *İşbirlikleri*: Teyit editörler ve yazarlardan oluşan bir organizasyon ve bünyesinde bir tıp ya da viroloji uzmanı barındırmıyor. Diğer yandan insan hayatını doğrudan tehdit eden küresel bir salgın sırasında infodemi ile baş ederken, bu uzmanlıklara her şeyden daha çok ihtiyacımız vardı. Bu nedenle salgının ilk günlerinden itibaren Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Şubesi, Türk Tabipleri Birliği, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği gibi tıp örgütlerinin yanı sıra, Evrim Ağacı ile de hep iletişim içinde olduk. Ayrıca Vircon ile yaptığımız işbirliği sonucunda pandemi boyunca medya tüketim alışkanlıklarındaki değişime odaklanan bir [rapor](#) yayınladık. **(Saklıca, 2020)** En başta konuyu iyi kavramak, sadeleştirmek, sonrasında da doğruluğundan emin olmadığımız herhangi bir bilgiyi yayınlamamak ve yanlış yeniden üretmemek için azami dikkat gösterdik.

### ***Teyit'in Salgın Boyunca Infodemi Gözlem ve Tespitleri***

COVID-19 salgını boyunca, hatta salgın henüz resmi olarak Türkiye'ye ulaşmadan başlamak üzere, halk sağlığını doğrudan tehdit eden birçok

Bu nedenle salgının ilk günlerinden itibaren Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Şubesi, Türk Tabipleri Birliği, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği gibi tıp örgütlerinin yanı sıra, Evrim Ağacı ile de hep iletişim içinde olduk.



şüpheli ve yanlış bilgi paylaşıldı. Gündemi neredeyse tamamen domine eden infodemi krizinde, teyitçilerin odak noktası da koronavirüstü. Teyit'in incelemeye aldığı iddialar arasında okuyucuların şüphelenerek bize gönderdiği ihbarlar ve teyitçilerin radarına takılan çeşitli şüpheli bilgiler vardı.

Teyit salgın döneminde Tandans Veri Bilim Danışmanlığı ile *Pandemi Sürecinde Yanlış Bilgi Sorunu: Yanlış Bilgi, Haber Tüketimi ve Teyit Etme Davranışları* başlıklı bir [araştırma](#) yaptı. **(Yılmaz, Çavuş, Tanca, 2020)** Bu araştırmaya Türkiye genelini temsil edecek şekilde tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak bin 25 internet kullanıcısı seçildi ve edinilen izlenimlerin bireylerin tutumlarıyla ne denli örtüştüğü anlaşılmaya çalışıldı.

A) *En Çok Yanlış Bilgiye Salgının İlk Zamanlarında Maruz Kaldığımızı Düşünüyoruz:* Araştırmada katılımcılara pandemi sürecinde yanlış bilgilere en çok hangi dönemde rastladıkları soruldu. Yanıtlar ağırlıklı olarak salgının ilk dönemlerine ve “virüs Türkiye’ye girmeden öncesine” işaret ediyordu. Bunun sebebi virüsün özellikleri, etkileri ve tedavi yöntemleri hakkında henüz yeterli bilgiye sahip olunmaması olabilir.

Araştırma kapsamında edinilen bir diğer izlenim ise haber programlarında yaşanan “uzman” enflasyonunun bilgi ekosisteminde yarattığı kirlilikti. Salgın başladığından beri her gün onlarca televizyon kanalına kimi zaman uzmanlık alanı dışında fikir beyan eden bir sürü kişi katıldı. Zaten halihazırda birçok belirsizlik taşıyan virüs ve neden olduğu hastalıkla ilgili, zihinler iyice bulandı. Katılımcılara hangi kaynaklarda yanlış bilgiye rastladıklarını düşündüklerini sordulduğunda, yüzde 49 ile “televizyondaki haber programları” seçeneği ilk sırada yer aldı. Katılımcıların yüzde 78’i bu süreçte “bilim insanları ve sağlık uzmanları”nı güvenilir bulduklarını belirtirken, yüzde 72’si “hastalığı geçirmiş kişiler”e güvendiklerini ifade etti. Aile bireyleri ve arkadaşlarından gelen bilgileri güvenilir bulanların oranının yüzde 48 olduğu ortaya çıktı.

Ocak ayında Çin’de yeni koronavirüs vakaları ilk defa ortaya çıktığında Teyit olarak yaygın iddiaları incelemeye koyulduk. Bu sayede Mart ayında Türkiye’de ilk vaka görüldüğünde, ekibimiz aylar öncesinden COVID-19 hakkında üretilen hatalı bilgiler ile mücadele etmeye başlamıştı. Örneğin daha sonra da sosyal medya ve televizyonlarda bir çok kez karşımıza çıkacak olan su içerek koronavirüsün akciğerinize inmesini engellenebileceği iddiasının doğru olmadığını [ortaya koyduk](#). **(Yılmaz, 2020)**



B) En Sık Karşılaşılan Yanlış Bilgi Türleri: Salgın boyunca Teyit'in incelediği analizleri kabaca dört kategoriye ayırabiliriz:

1. *Hatalı İlişkilendirilen Görüntüler / Belgeler / Haritalar:* Hatalı ilişkilendirilen görüntüler kategorisinde filmlerden, dizilerden sahnelerin gerçekmiş gibi sunulduğu ya da önceden kaydedilmiş görüntülerin salgın sürecindenmiş gibi paylaşıldığı içerikler yer alıyor. Örneğin The Simpsons senaristlerinin Çin'de ortaya çıkan koronavirüsü önceden bildiği [iddiası](#) ortaya atılmıştı. **(Arabacı, 2020)** Ancak bölümde virüs Çin'den değil, Japonya'dan geliyordu ve dizideki hastalık "Osaka flu" olarak adlandırılıyordu. Benzer şekilde, [fotoğrafın](#) COVID-19'dan etkilenen insanları gösterdiği iddia edilse de görüntüler 2014 yılında Almanya'da düzenlenen bir etkinlikteydi. **(Arabacı, 2020)**

Bu tarz hatalı ilişkilendirilen görüntülerin çoğunlukla sosyal medyada ve kapalı mesaj gruplarında yayıldığını söylemek mümkün. Aslında hatalı ilişkilendirme kategorisi yalnızca salgın sürecinde değil, normal zamanlarda da en çok karşımıza çıkan hatalı bilgi türlerinden. İncelediğimiz analizlerde hatalı ilişkilendirilen görüntüler [yüzde 43,5](#) ile en çok iddianın içerisinde yer aldığı kategori. **(Çavuş, 2020)**

2. *COVID-19'un Özellikleri: Pandemi Sürecinde Yanlış Bilgi Sorunu: Yanlış Bilgi, Haber Tüketimi ve Teyit Etme Davranışları* başlıklı [araştırmada](#) belirtildiği gibi yanlış bilgiye en çok maruz kalınan dönem virüsün henüz ortaya çıktığı zamanlardı. **(Yılmaz, Çavuş, Tanca, 2020)** Bu durumun sebebi COVID-19'un özellikleri hakkında henüz yeterince bilgiye sahip olunmaması olabilir. Bu yüzden de virüsün özellikleri, kimleri etkilediği, yüzeylerde yaşama süresi, hatta mevsimsel gripten farkı olmadığı gibi çeşitli başlıklarda birçok iddia ortaya atıldı. Bu iddiaların birçoğunun kısa sürede yanlış olduğu ortaya kondu. Yeni koronavirüsün özellikleri ve insan vücudundaki etkileri halen araştırılan bir konu olduğu için zaman zaman bilgilerimizi gün-

cellememiz gerekiyor. Bu yüzden teyitçiler olarak Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası ve denetim mekanizması sağlam sağlık örgütlerini yakından takip ediyoruz.

3. *Sahte Tedavi Yöntemleri ve İlaçlar:* COVID-19 pandemisine henüz aşı ve ilaç gibi bilimsel bir tedavi yöntemi bulunmamışken gündeme gelen iddialardan bir diğeri ise virüsten nasıl korunacağımız ya da virüsü nasıl yeneceğimizle alakalıydı. Muhtemelen birilerini virüsten korumak için yaygınlaştırılan şüpheli tedavi yöntemleri, bazı insanların sağlığını da tehdit etme potansiyeli taşıyordu. Bu başlıkta en çok karşımıza çıkan iddialar, virüsten koruyacağına inanılan mucizevi gıdalar oldu. Örneğin limon kürü, rakı, sumak suyu, kahve, tonik, üzüm sirkesi tüketmenin COVID-19'dan koruyacağı iddia edildi. Bu gibi mucizevi gıda iddialarında kaynak olarak bilimsel araştırmaları ve güvenilir sağlık otoritelerinin ifadelerini baz aldık. Uzmanlar bağışıklığı güçlü tutmayı tavsiye etse de, virüsün bulaşmasını engelleyebilecek ya da virüsü öldürebilecek mucizevi bir gıda bulunmuyor.

Bunlarla birlikte bir de bilimsel dayanağı olmayan çeşitli tedavi yöntemleri sıkça gündemdeydi. Örneğin [buhar solumanın](#) ya da [sırt üstü öksürmenin](#) COVID-19'u tedavi ettiği, [saç kurutma makinesinin COVID-19'u öldürdüğü](#) iddialarını inceledik. **(Uludağ, 2020), (Keskin, 2020), (Korkmaz, 2020)** Bu iddialarda da çoğunlukla referans olarak alternatif tıp yöntemleri ya da kulaktan dolma bilgilerin sunulduğunu söylemek mümkün.

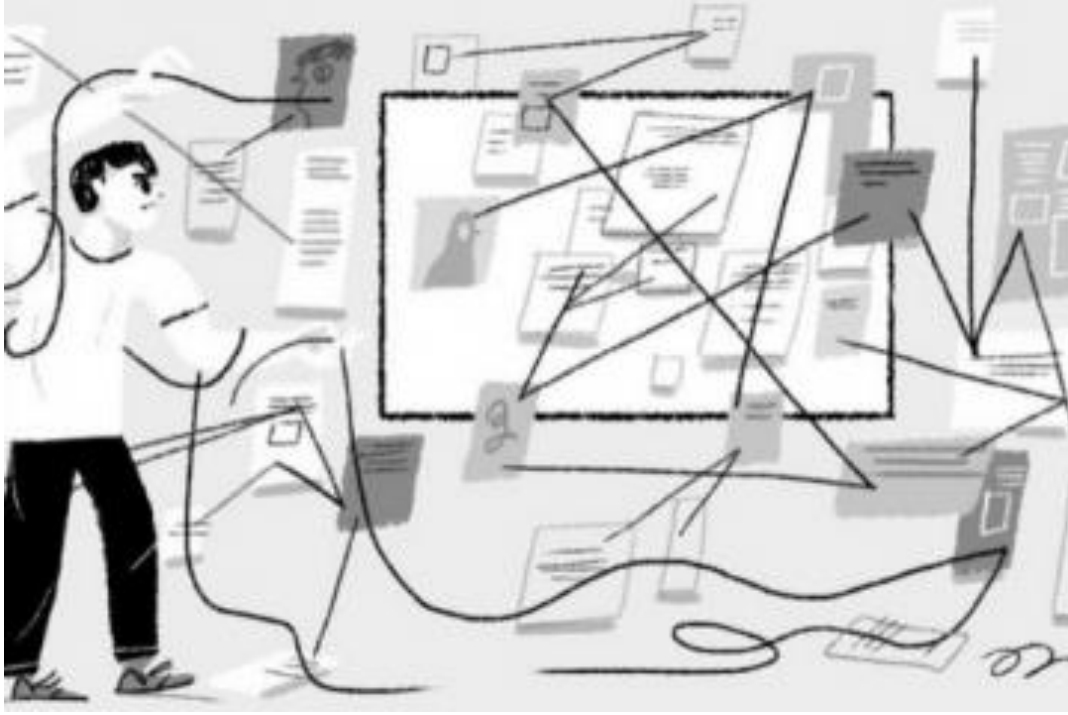
4. *Komplo Teorileri:* COVID-19 virüsünü henüz yeni tanımaya başladığımız dönemde popüler olan her alanda olduğu gibi pandemi sürecinde komplo teorisyenleri COVID-19 hakkında çeşitli teoriler üretti. Çünkü virüs hakkında henüz pek bir şey bilinmiyor, komplo teorisyenleri de bu zeminden faydalanıyordu. Bunlar arasında virüsün laboratuvar ortamında [üretildiği](#), hastalığın gerçek nedeninin virüs değil [5G olduğu](#) gibi iddialar yer alıyor. **(Yılmaz, 2020), (Toprak, 2020)**

Olmayan bir şeyi doğrulamak ya da yanlışlamak epey güç. Komplo teorilerine inananları belirli bir yaş, cinsiyet ya da sınıf özelinde birleştiremesek de hemen hepsinin ortak özelliği olarak *gerçeğin onlardan gizlendiği* hissine sahip olduklarını söyleyebiliriz. Bu durumda teyitçiler olarak gerçeği bilimsel kanıt ve olgular ile aktarmaktan başka bir şey yapmadık. Fakat bunu teorilere inananların inanış biçimlerini ve mantıklarını küçümsemeden yapmak biraz güçtü. Bu yüzden inanışlarına ters düşen ifadelere yer vermek, zaman zaman geri tepme etkisini de beraberinde getirdi. Dolayısıyla süreçte en zorlandığımız alardan birinin komplo teorileri olduğunu söylemek mümkün.

C) *Salgın Ciddileştikçe İlgimizi Kaybediyoruz:* Tandans ile yapılan [araştırma](#) ve yanlış bilgi türlerinin öbeklendiği konulara ek olarak, başka bir gözlemimizi de aktarabiliriz. **(Yılmaz, Çavuş, Tanca, 2020)** Salgının başla-

mucizevi gıda iddialarında kaynak olarak bilimsel araştırmaları ve güvenilir sağlık otoritelerinin ifadelerini baz aldık.

rında, enfeksiyonun henüz her yere yayılmadığı safhalarda kamuoyunda konuya aşırı bir ilgi ve açlık vardı. Bunu bize ulaşan ihbarlardan bültenin okunma oranlarına, hemen her göstergede izleyebiliyorduk. Ancak zamanla virüs ve COVID-19'a ilgili dramatik bir düşüş [sergiledi](#). (**Kalogeropoulos, 2020**) Bu düşüş, hastalığın yayılımı ile ters orantılıydı ve daha tehlikeli bir trende de eşlik ediyordu: Yalnızca merakımız değil, tedbir eğilimimiz de gevşiyordu. Bu gözlem “ilk dalganın ikinci zirvesi” olarak tanımlanan, salgının Türkiye’deki mevcut seyri ile de uyumlu görünüyor.



### ***Sağlık (Bilim) Okuryazarlığı İçin Bazı İpuçları***

Aslında bir pandemi ya da başka bir halk sağlığı sorununda yanlış bilgi ile baş etmek için gerekenler, genel eleştirel düşünce ve medya okuryazarlığı alışkanlıkları edinmekten çok da farklı değil. Ancak yine de bugüne kadarki tecrübelerimizden şu basit başlıkları çıkarabiliriz.

**A) Kimlere Kulak Vermeli?:** Salgının başlarından beri kimler dinlenmeli konusunda iki önemli kıstasa işaret ettik: Konusunda uzman olanlar ve belli bir kurumu temsilen söz alanlar. Bu kıstaslardan ilki liyakat ve doğru bilgi için kategorik bir zorunluluktur. İkincisi ise, kurumsal bir hesap verme sorumluluğunun, mesleki hırslar ve şahsi zaafı bertaraf edebilme gücüne duyduğumuz inançtan geliyordu. Bunu bugün de tavsiye ediyoruz; kendi hesabına değil, belli bir kurumu temsilen konuşan uzmanlar, böyle zamanlarda en güvenilir kaynaklardır.

**B) Ne Kadar Haber Tüketilmeli?:** Belirsizlik dönemlerinde bilgiye saldırmak ve aşırı enformasyon tüketimi, en az yokluğu kadar tehlikeli olabiliyor. Bize ulaşan ihbarlarda yanlış bilgi kadar, bu aşırı maruziyetin getirdiği bulanıklık ve kafa karışıklığı ile de karşılaştık. Her şeyi tüketmek yerine, günde belli bir zamanda, belli ve çeşitli, güvenilir kaynaklardan bilgi edinme üzerine kurulu bir “sosyal medya” orucu tavsiye ediyoruz. Hele de uzmanı olmadığımız



bir alanda aşırı enformasyona maruz kalmamız, o konu etrafındaki gizem ve korkuyu beslemekten başka bir işe yaramıyor.

*C) Bilimsel Araştırmalara Nasıl Yaklaşılmalı?:* Bize gelen ihbarlar ve yakaladığımız şüpheli bilgiler içinde mühim bir örüntü daha vardı: Bazıları bilimsel yayınlara dayanıyorlardı. Kullanıcılara tavsiyemiz, bilimsel referanslı bir bilgi ile karşılaştıklarında iki temel kıstasa dikkat etmeleri: İlkin; bu bilimsel araştırma, belli bir konudaki bilimsel bilginin kesinliğini kanıtlamaya yetiyor mu? Bunun için [kanıt piramidini](#) kullanabiliriz. (**Çavuş, 2020**) Yani araştırma, birden fazla birbirinin doğrulayan, geniş örneklem gruplarından elde edilmiş bilgilerin bir araya getirildiği meta analizlere mi, yoksa henüz hakem onayından bile geçmemiş ve kısıtlı bir örneklem grubundan elde edilmiş bulgulara mı dayanıyor? Tek tek araştırmalar bilimsel ilerleme için ne kadar hayati iseler, kesin bir sonuca varmak için bir o kadar da yetersizler. Tek bir araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak “karar alma” mekanizmalarımızı şekillendirmemek ve tıp otoritelerinden gelecek tavsiyeleri beklemek, bilim okuryazarlığı için mühim bir eşik.

*D) Duygular Nasıl Kötüye Kullanılabilir?:* Pandemi ile mücadele için vatandaşların başvurabilecekleri başka bir ölçü de, önlerine düşen bilginin duygulara ne kadar hitap ettiğini tartmak [olabilir](#). (**Tanca, 2020**) Bir içerik hem olumlu hem de olumsuz anlamda fazla dramatik, dehşetengiz, ürkütücü, eksantrik, büyülü, fazla ümitvar, heyecan verici ya da rahatlatıcı ise, bir kez daha düşünmekte fayda var. Bu bizim de Teyit olarak bir içerikten şüphelenme kıstaslarımızdan [biri](#). Umutmamalıyız ki duygularımızdan faydalanmak, özellikle sosyal medyada etkileşim ve etki peşinde koşanların en sık başvurdukları yol. Daha sıkıcı olsalar da, sağduyulu ve soğukkanlı içerikler, rasyonel tarafımızı hedeflemek ve doğru bilgiye işaret etmek konusunda, duygularımıza hitap edenlerden çok daha olgunlaştırıcılar.

*E) Kullanılabilecek Basit Dijital Araçlar Nelerdir?:* Pandeminin devam ettiği dönemde kendinizi şüpheli içeriklerden koruyabilmek için kullanabileceğiniz bazı basit dijital araçlar da var. İlk olarak doğruluğundan şüphe ettiğiniz bir içeriği paylaşmadan önce düşünmek birçok şeyi [değiştirebilir](#). (**Tanca, 2020**) Aynı şekilde kaynağı kontrol ederek, iddianın itibarını değerlendirebilirsiniz. Görsellerin doğruluğunu kontrol etmek için Google, Yandex ve tineye gibi arama motorlarını kullanarak tersine görsel arama yapabilirsiniz. Eğer bir COVID-19 döneminde kaydedildiği iddia edilen bir görselin daha eskiden paylaşıldığını saptayabiliyorsanız, iddianın yanlış olduğunu söyleyebilirsiniz. Bunu yaparken birden fazla kaynağa danışmak sonucu sağlamlaştırır. Bunun için yapabileceğiniz bir diğer şey, harita uygulamalarını kullanarak görüntülerin bulunduğu bölgeyi tespit etmek.

Salgın Çin’den başladığından, birçok iddiada Çince metinler, görüntü ya da ses kayıtlarıyla karşılaştık. Aratmak istediğiniz bir kelime ya da cümleyi önce bir çeviri programına yazar ve Çinceye çevirdikten sonra aratırsanız, istediğiniz sonuçlara ulaşma olasılığınız daha fazla. Google ve Yandex gibi sık kullanılan arama motorları dışında Baidu gibi Çinli arama motorlarına başvurmak çok daha fazla ve anlamlı sonuca ulaşmanızı sağlayabilir.

Google, Yandex ve TinEye gibi arama motorlarını kullanarak tersine görsel arama yapabilirsiniz.



## Sonuç

COVID-19 salgını, Teyit'in kurulduğu 2016 yılından bu yana baş etmek zorunda kaldığı ilk kriz olmasa da, en uzun soluklu ve hayatımızı en yakından etkileyeni idi. Kurum salgının akliselimle yönetilmesi ve rasyonel karar alabilmekte gerekli enformasyon iklimini destekleyebilmek için, 250'den fazla yazılı içerik üretmekle kalmadı, süreçte kazandığı tecrübeyi de dokümente etti. Birincil amacı kullanıcılara medya okuryazarlığı ve eleştirel düşünce kabiliyeti kazandırmak olan Teyit, burada birkaçı aktarılan doğrulama yol ve yöntemlerini, içeriklerinde de açıkça gösteriyor.

## Kaynaklar

- **Kriz anlarında neden söylenti ve yanlış bilgi paylaşıyoruz?** (2016) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/kriz-anlarinda-soylenti-yanlis-bilgi-paylasiyoruz>
- **Infodemic Management - Infodemiology** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management>
- **DSÖ: Gazeteciler sağlık sisteminin doğal bir parçası** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/dso-gazeteciler-saglik-sisteminin-dogal-bir-parcasi>
- **Teyit'in Yayın İlkeleri** (2020) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://teyit.org/yayin-ilkeleri>
- **Teyit Salgın Var** (2020) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://salginvar.teyit.org/>
- **Teyit.org COVID-19 hakkında yapılan tüm analizler** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/detayli-arama?Topic=Koronavir%C3%BCs>
- **Genetik yapımızın bizi koronavirüsten koruyacağı iddiası** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/genetik-yapimizin-bizi-koronavirusten-koruyacagi-iddiasi>
- **Büyüteç: Çin mutfacı ve koronavirüs salgını nasıl yanlış ilişkilendirildi?** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/buyutec-cin-mutfagi-ve-koronavirus-salgini-nasil-yanlis-iliskilendirildi>
- **COVID-19 Postası: 12 bin kişilik bir mektup** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/covid-19-postasi-12-bin-kisilik-bir-mektup>
- **Teyit yeniden İstanbul'un toplu taşıma araçlarında** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/teyit-yeniden-istanbulun-toplu-tasima-araclarinda>
- **COVID-19 Postası videoları Habertürk ekranlarında** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/covid-19-postasi-videolari-haberturk-ekranlarinda>
- **COVID-19 Postası #1 - Teyitli Güncel Gelişmeler, Asparagas Güncesi, Dezenfactan** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, [https://www.youtube.com/watch?V=mbdmv\\_\\_qnbw&t=1s&ab\\_channel=Teyit](https://www.youtube.com/watch?V=mbdmv__qnbw&t=1s&ab_channel=Teyit)
- **T Cetveli Podcast** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://open.spotify.com/show/59tuodockxrxjmbdtkgqlh5>
- **Rapor: COVID-19 dijital platformlarda haber alma alışkanlıklarımızı nasıl değiştirdi?** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/rapor-covid-19-dijital-platformlarda-haber-alma-aliskanliklarimizi-nasil-degistirdi>
- **Araştırma: Türkiye'de bilgi ekosistemi pandemi sürecinden nasıl etkilendi?** (2020) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://teyit.org/turkiyede-bilgi-ekosistemi-pandemi-surecinden-nasil-etkilendi>

- **Su içerek koronavirüsün akciğerlerinize ulaşmasını engelleyemezsiniz** (2020) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://teyit.org/su-icerek-koronavirusun-akcigerlerinize-ulasmasini-engelleyemezsiniz>
- **The Simpsons Çin’de ortaya çıkan koronavirüsü önceden bildi mi?** (2020) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://teyit.org/the-simpsons-cinde-ortaya-cikan-koronavirusu-onceden-bildi-mi>
- **Fotoğrafın koronavirüsten etkilenen insanları gösterdiği iddiası** (2020) Erişim Tarihi 4 Eylül 2020, <https://teyit.org/fotografin-koronavirusten-etkilenen-insanlari-gosterdigi-iddiasi>
- **Salgının en gözde yanlış bilgileri** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/salginin-en-gozde-yanlis-bilgileri>
- **Buhar solumanın COVID-19’u tedavi ettiği iddiası** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/buhar-solumanin-covid-19u-tedavi-etdigi-iddiasi>
- **Koronavirüsün akciğerlerde biriktirdiği tutkalsı yapıdan sırt üstü öksürerek kurtulunabileceği iddiası** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/koronavirusun-akcigerlerde-biriktirdigi-tutkalsi-yapidan-sirt-ustu-oksurerek-kurtulunabilecegi-iddiasi>
- **Saç kurutma makinesinin yeni koronavirüsü yenmede etkili olduğu iddiası** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/sac-kurutma-makinesinin-koronavirusu-yenmede-etkili-oldugu-iddiasi>
- **Koronavirüs hakkında seri iddialar içeren tweet zinciri** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/koronavirus-hakkinda-seri-iddialar-iceren-tweet-zinciri>
- **5G whatsapp mesajı III: 5G ve yeni koronavirüs arasında bağ kurmak mümkün mü?** (2020) Erişim Tarihi 5 Eylül 2020, <https://teyit.org/5g-whatsapp-mesaji-iii-5g-ve-yeni-koronavirus-arasinda-bag-kurmak-mumkun-mu>
- **Aşı otizm arasında bağ olduğunu söyleyenlerin bilimsellik iddiası** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/asi-otizm-arasinda-bag-oldugunu-soyleyenlerin-bilimsellik-iddiasi>
- **Yanlış bilgiyi önlemek için dört adım** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://teyit.org/yanlis-bilgiyi-onlemek-icin-dort-adim>
- **Coronavirus: a growing number of people are avoiding news** (2020) Erişim Tarihi 7 Eylül 2020, <https://theconversation.com/coronavirus-a-growing-number-of-people-are-avoiding-news-139246>

# SALGIN HASTALIK VE İKTİDAR

## Dr. Ferda Keskin

Doçent, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Felsefe ve Toplumsal Düşünce Yüksek Lisans Programı

### Özet

Bu yazıda salgın hastalık fenomeni ile politik iktidar arasındaki ilişki Michel Foucault'nun yapmış olduğu iktidar analizinden hareketle tartışılmakta ve bu tartışma COVID-19 salgını dolayısıyla devreye sokulan önlemler veya çözüm girişimleri ile eleştirel bir açıdan ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak, salgın hastalıkların sadece tıbbi bir sorun olmadığı, çok daha geniş bir toplumsal, politik, ekonomik çerçeve içinde ele alınmaları gerektiği savunulmaktadır.

\*\*\*

Salgın hastalık yapısı gereği sadece hastanın tedavisiyle çözümlenebilecek bir sorun olmadığı ve hastalığın toplumsal ilişkiler yoluyla yayılmasının önüne geçmeyi gerektirdiği için belki de tıp ile politik iktidar ilişkisinin tarihsel olarak en görünür olduğu fenomenlerden biridir. Tam bu yüzden, Açık Radyo'da 9 Nisan 2020 tarihli Metropolitika Programına katıldığımda söz konusu ilişkinin tarihi ile Batı kültürüne yansımış biçimlerinden örnekler vermiştim.

Bu örneklerden ilki, Antik Yunan mitolojisinin en önemli figürlerinden biri olan Oidipus'un hikayesinin Sophokles tarafından *Oidipus Tyrannos* başlığı altında anlatılan tragedyasıydı. Bilindiği üzere söz konusu oyunun açılışında öldürücü bir salgın hastalığın musallat olduğu Thebai'nin halkı bir çözüm bulması için şehrin tiranı ve dolayısıyla hükümrân olan Oidipus'a gelir. Oidipus'un sözleriyle “kent her yanından buhur dumanları, matem havaları, inilti” yükselmektedir ve Oidipus'a “yurdumun hükümdarı” diye seslenen halkın temsilcisi rahip, daha önce tanrıların yardımına ihtiyaç duymadan Thebai'yi kurtarmış olan, insanların birincisi Oidipus'tan yine aynı şeyi beklediklerini söyler. Oyunun devamı ise salgın hastalığın nedeni olan ve Antik Yunancada *miasma* olarak adlandırılan kent üzerindeki lekenin hükümrân tarafından tespit edilip lekenin müsebbibi olan kişinin sürgüne gönderilmesinin hikayesidir. Yani Oidipus'un lekenin aslında kendisi olduğunu ve kendini kör edip sürgüne göndermesinin hikâyesi. Çok iyi bilinen ve üzerine binlerce sayfa yazılmış bu tragedyaya, bir bakıma salgın hastalığın

nedeninin bulunması ve bulunan nedensel ilişkiden hareketle, tıbbi değil politik çözümü *hükümranın* üstlenmesini anlatır.<sup>179</sup>

Batının tarihinde iktidarın salgın hastalık ve dolayısıyla tıp pratikleri ile kurduğu ilişki kuşkusuz kilise ve/veya devlet üzerinden dolayımınarak çok farklı biçimler almıştır. İktidar kavramının farklı boyutlarıyla felsefe ve insan bilimlerindeki kullanımına dair yakın tarihin en önemli analizlerine imza atan Michel Foucault’nun bu farklı biçimlere dair söyledikleri ise günümüzde COVID-19 salgınına verilen küresel cevabın farklı veçhelerini anlamak için çok önemli bir çerçeve sunar. Foucault’nun iktidar analizleri 1970’li yıllarından başlarından itibaren Collège de France’ta verdiği derslerle başlamış, ardından *Gözetleme ve Cezalandırma* (1975) ile *Bilme İstenci* (1976) kitaplarında geliştirilmiş olsa da en geniş çerçevesini *Güvenlik, Toprak, Nüfus* başlığı altında yayımlanan 1977-1978 Collège de France derslerinde bulmuştur. Bu derslerde Foucault daha önce yaptığı analizlerin bir adım ötesine geçerek Batı’nın tarihinde ortaya çıkmış üç iktidar modelini birbirinden ayırır: Hükümrancılık, disiplinci iktidar ve yönetimsellik. İlginç bir biçimde, bu üç modelin nasıl işlediğini göstermek için Foucault’nun verdiği üç örnekten biri, diğer ikisi şehirleşme ile tahıl ürünlerindeki azlık olmak üzere, salgın hastalıktır.

Salgın hastalık örneğine geçmeden önce bu üç ayrı iktidar modelin kabaca tarif etmek gerekirse, hükümrancılık farklı iktidar odakları arasındaki çatışmaları ortadan kaldırmak üzere sözleşme mekanizmaları tahayyül eden; “feodal bir toprakta doğmuş ve kabaca bir yasa -yazılı ve sözlü yasalar- topluma denk gelen” bir iktidar modelidir. Bu modelde yasalar özgürlüğü neyin yapılmayacağını söyleyerek, yani yasaklayarak sınırlandırır ve devlet kurumunu şekillendiren ilke adalettir.<sup>180</sup>

İkinci model olan disiplinci iktidar ise Foucault’nun *Gözetleme ve Cezalandırma* kitabıyla birlikte incelemeye başladığı modeldir. Aslında disiplin Foucault’nun *Bilme İstenci*’nde “biyoiktidar” adını vereceği ve insanın biyolojik varlığını üzerinde işleyen yepyeni bir iktidar kipinin aldığı ilk biçimdir. Hükümrancılık modeli gibi disiplinci iktidar da özgürlükleri sınırlandırarak işler, ama onun tam tersine bu sınırlandırmayı neyin yapılmayacağını söyleyerek veya yasaklayarak değil, neyin yapılacağını söyleyerek, yani buyurarak yapar. İnsan bedenindeki emek gücünü kapitalizmin ihtiyaçlarına uygun olarak buyurduğu “talim ve terbiye” pratikleriyle çoğaltan ve şekillendiren disiplinci model için mekân temel bir önem taşır. Böylece bedenin disipline edilmesine yönelik *pratiklere* denk düşen *kurumlar* ile onların mekânsal düzenlemeleri birincil bir önem kazanır. Bu anlamda Foucault’nun söz konusu iktidarın analizini yapmak için hapishaneyi seçmesi ve kurumlar silsilesi içinde askeri kışlaya kadar geri gitmesi de tesadüf değildir. Ama disiplin mekanizmalarının tek işlevi elbette bu tür kurumlarda gerçekleşen pratikler değildir. Zira disiplin, salgın hastalık gibi kriz durumlarında mekânsal düzenleme yoluyla bedeni buyruk altına almak, yalıtım ve tedavi etmek için

<sup>179</sup> Sophokles, *Kral Oidipus*.

<sup>180</sup> M. Foucault (2013), s. 99. Aşağıda 20176 tarihli “Hükümrancılıktan Yönetimselliğe Türkiye’de Neoliberalizm” başlıklı yazımızdan bazı pasajlar değiştirilmeden aktarılmıştır.

de önemli imkanlar sunar. Dolayısıyla, bu iktidar kipinin salgın hastalık karşısında mekân üzerinden aldığı önlemlere dair örnekleri Foucault ilk olarak, aşağıda geri döneceğimiz, *Gözetleme ve Cezalandırma* kitabında işlemiştir.

Foucault yaptığı analizdeki üçüncü iktidar modelini ise ‘yönetimsellik’ olarak adlandırır. Bu analize göre yönetimsellik temel hedefi veya nesnesi nüfus, kullandığı bilgi biçimi ekonomi-politik ve temel teknik aracı da güvenlik düzenekleri olan bir modeldir. Bu modelde disiplinci modelin yoğunlaştırıcı, gözetlemek üzere mekânı sınırlandırıcı ve merkezileştirici eğiliminin tersine, Foucault’nun ‘dispozitif’ adını verdiği güvenlik düzenekleri sürekli bir genişleme eğilimi gösterirler. Güvenlik, yasanın yasaklaması veya disiplinin buyurmasından farklı olarak, insanları *yapmaya bırakan* bir iktidar tekniği uygular. Yönetimsellik modeli, yönetimin uygulama alanını insanlar veya edimlerden ziyade şeyler olarak görür; ama bu şeyleri de insanların hem mekanla hem toprakla hem de ekonomik mübadele ile olan ilişkilerinin toplamı içinde düşünür. Burada “şeyler” ile kastedilen sadece cansız nesneler değildir. Söz konusu olan, insanları ve hükümrancılık modeli için çok önemli olan toprağı da kapsayan, çok farklı unsurlar arasında kurulan bir ilişkiler bütünüdür.

Dolayısıyla, yönetimsellik modeli için amaç, mevcut gerçekliği bu şekilde görebilmek ve yönetimi de fiili gerçeklikler düzeyinde ele almaktır: Başka bir deyişle, gerçekliğin kendisine bakmak, onu kayıt altına almak, ölçülebilir bir şey haline getirmek suretiyle, yani istatistik tekniğini kullanarak o gerçeklik içerisinde neyin hangi aralıklarla gerçekleşme ihtimali taşıdığını görmek, olabilecekleri önceden engelleyecek önlemleri almak veya olması istenen şeylerin olabilmesi için teşvikte bulunmak.

Size demin sunduğum haliyle güvenlik düzeneğinde ise söz konusu olan, engellenen şeyin ya da zorunlu olan şeyin bakış açısından bakmak değil, istenen ya da istenmeyen şeylerin meydana geldiği noktayı yakalamaya yetecek kadar uzaktan bakabilmektir... Güvenlik mekanizması, bu gerçeklikten hareketle, ona dayanmaya ve onu harekete geçirmeye, onun öğelerini kendi aralarında oynatmaya çalışarak işler. Başka türlü söylersek, yasa yasaklar, disiplin buyurur, güvenlik ise yasaklamaksızın ve buyurmaksızın, ancak yine de tali olarak yasa ve buyrukların kimi araçlarını kullanarak, gerçekliğe onu iptal edecek –iptal edecek, sınırlayacak, frenleyecek ya da kurula bağlayacak– bir biçimde cevap verme işlevine sahiptir. Gerçeklik öğesindeki bu regülasyon, güvenlik düzeneklerinde bence temeldir.<sup>181</sup>

Dolayısıyla hükümrancılık ile disiplinin tersine yönetimsellik özgürlükleri sınırlandırarak değil, yöneterek ve düzenleyerek işleyen bir modeldir. Yönetimsellik gerçekliği düzenlerken şeylerin kendi içlerindeki *dolaşımını* sağlamayı hedefler. Foucault’ya göre bu dolaşım imkânı *özgürlüktür* ve yönetimsellik böyle bir özgürlük olmadan mümkün değildir. Özgürlük şartı, elbette “*laissez-faire*,” yani “bırakınız yapsınlar” düsturunun da hatırlattığı gibi libera-

Hükümrancılık ile disiplinin tersine yönetimsellik özgürlükleri sınırlandırarak değil, yöneterek ve düzenleyerek işleyen bir modeldir. Yönetimsellik gerçekliği düzenlerken şeylerin kendi içlerindeki dolaşımını sağlamayı hedefler.

<sup>181</sup> A.g.y., s. 46.



lizmin ortaya çıkması ve gelişmesiyle çok yakından ilişkilidir. Ama buradaki “bırakınız yapsınlar” ilkesi, şeyleri kendi haline bırakmak değil, şeylerin yapılabilmesi, özgürlüklerin gerçekleştirilebilmesi, dolaşımın mümkün olabilmesi için gerekli güvenliği sağlayacak müdahalelerde bulunmak anlamına gelir.

Tabii burada özgürlük kelimesinin 18. Yüzyıldaki modern anlamını kast ediyorum: Bir kişiye bağlı olan ayrıcalıklar ve muafiyetler değil, insanlarla şeylerin hareketlerinin, yer değiştirmelerin ve dolaşım süreçlerinin imkânı anlamındaki özgürlük. Özgürlük kelimesinden anlaşılması gereken, geniş anlamıyla bu dolaşım özgürlüğü, bu dolaşım yetisidir, bunu da güvenlik düzeneklerinin yerleşmesinin yüzlerinden, çehrelerinden, boyutlarından biri olarak kavramak gerekir.<sup>182</sup>

Foucault’nun da birçok yerde özellikle vurguladığı gibi hükümrancılık, disiplin ve yönetsellik modellerinin hiçbirisi ortaya çıkıp güçlendikten ve hâkim duruma geldikten sonra bir önceki iktidar modelini toptan iptal etmez. Tersine, yeri geldiğinde veya ihtiyaç duyduğunda onun tekniklerini alır ve kendisine uyarlar. Örneğin, hükümrancılıkta geçerli olan yasa mekanizması disiplin toplumu içinde çok önemli bir işlev görür; ama bu işlevin içeriği artık önceden verili normlara bağlı olarak değişmiş, hatta yasa bir norm gibi işlemeye başlamıştır. Aynı şekilde güvenlik devletinde, daha doğrusu yönetsel modelde, hem yasa hem de disiplin teknikleri kullanılır, ama kullanılış amaçları ve hizmet ettikleri stratejiler farklıdır.

Yukarıda sözünü ettiğimiz bu üç iktidarın modelinin nasıl geliştiğini göstermek üzere Foucault, daha önce belirttiğimiz üzere üç örnek kullanır. Bunlar şehirleşme, tarım ürünlerinde azlık dönemleri ve salgın hastalıktır. Söz konusu olan salgın hastalık olduğunda ise Foucault’nun verdiği üç örnek cüzam, veba ve çiçektir. İlk olarak, cüzamlıların Ortaçağ boyunca, Ortaçağ’ın sonuna kadar yaşadıkları dışlanma örneği. İkili bir ayırım getiren, cüzamlı olanlarla olmayanları birbirinden ayıran bu dışlama, başka özellikleri olsa da, temel olarak yasalardan, nizamnamelerden oluşan hukuki bir bütüne, aynı zamanda da ritüellerden oluşan dinî bir bütüne dayanır. İkinci örnek, veba... Ortaçağ’ın sonlarına doğru, 16. Ve 17. Yüzyıllardaki biçimiyle vebaya dair ... nizamnameler[de] söz konusu olan, vebanın olduğu bölgeleri, şehirleri tam anlamıyla çerçeveleyip sınırlamaktır: İnsanlara ne zaman, nasıl, hangi saatte buralardan çıkabileceklerini, evlerinde ne yapmaları gerektiğini, nasıl beslenmeleri gerektiğini belirten, kimi görüşmeleri onlara yasaklayan, mufettiş karşısına çıkmalarını zorunlu kılan, evlerini mufettişlere açmaya zorlayan nizamnameler bunlar. Buradaki sistemin disiplinci olduğu söylenebilir. Üçüncü örnek: ... çiçek hastalığı ve 18. Yüzyıldan itibaren ortaya çıkan aşılama pratikleri. Burada sorun, disiplin yardımı çağrılrsa bile, bir disiplini dayatmak değil, kaç kişinin, kaç yaşında, hangi sonuçlar ve hangi ölüm oranlarıyla çiçek hastalığına yakalandığını, nasıl izler taşıdığını, aşının taşıdığı riskleri, bir bireyin aşya rağmen ölme ya da hastalığa yaka-

<sup>182</sup> A.g.y., s. 48.

lanma risklerini, nüfus üzerindeki genel etkileri bilmektir. Yani asıl sorun, cüzamdaki gibi bir dışlama sorunu, vebadaki gibi bir karantina sorunu olmaktan çıkıp, salgın ya da yerleşik fenomenleri önlemeye uğraşan tıbbi mücadeleler sorunu, salgın hastalıklar sorunu haline gelecektir.<sup>183</sup>

Aslında yukarıdaki alıntıda cüzam ile veba karşısında başvurulacak yöntemler arasındaki kontrast Foucault'nun *Gözetleme ve Cezalandırma* kitabının "Panoptisizm" başlıklı bölümünde de ayrıntılı olarak ele alınır.<sup>184</sup> Aynı alıntının gayet açık bir biçimde belirttiği üzere cüzam salgınına karşı hükümlerlik modelinin kullandığı teknik dışlama (*exclusion*), vebaya karşı disiplin toplumunun kullandığı teknik karantina yoluyla hastayı kapatma yani içeri alma (*inclusion*) iken, yönetimselliğin çiçek karşısındaki tavrı bu salgını yasaklayıcı önlemler kullanmak yerine yönetmektir. Her üç model de yeri geldiğinde, örneğin kullandığı tekniklerde bir yetersizlik veya kriz ortaya çıktığı takdirde, kolaylıkla birbirlerinin tekniklerine geri dönme eğilimi gösterirler.

Kuşkusuz, geride bıraktığımız yaklaşık elli yıllık sürede önce Şili ve Türkiye'deki gibi askeri darbeler, ardından da Thatcher ve Reagan'ın seçilmesiyle yavaş yavaş dünyaya hâkim olan küresel neoliberalizmin işleme koyduğu iktidar modeli oldukça gelişmiş bir yönetimsellik mekanizmasıdır. Makro düzeyde, liberalizmin minimize etmek istediği devlet müdahalesini sermaye lehine düzenleyici olarak geri getirerek; mikro düzeyde ise neoliberal bir özneliği yaşamın tüm katmanlarına yayarak işleyen neoliberal sistemin bir yandan da ciddi krizlerle karşı karşıya kaldığı açıktır. Önce 11 Eylül'ün ardından dünyada giderek yükselen şiddet eylemleri, ardından başlayan göç dalgalarının tetiklediği bu krizlerin her şeyden önce neoliberal yönetimselliği temellendiren sermaye, mal ve emeğin küresel dolaşım özgürlüğü ilkesini tehdit eder hale geldiğini ve bu tehdit karşısında Batının hükümlerlik ile disiplin tekniklerine ciddi bir geri dönüş arayışı içinde olduğunu söylemek de yanlış olmayacaktır. İki bariz örnek vermek gerekirse, İngiltere'nin Brexit ile Avrupa Birliği'nden ayrılması ve Donald Trump'ın ABD'de başkanlığa seçilmesinde kullanılan argümanlar (ulus devlet sınırlarına çekilme) ile bu argümanları temellendiren değerlere (ulusalcılık görünümü bir yabancı düşmanlığı, hatta ırkçılık) dair bir söylem analizi bu tespiti haklı çıkartacak güçtedir.

Öte yandan, neoliberal yönetimselliğin bu krizlerine eklenen son halkanın COVID-19 salgını olduğu da açıktır. Salgın karşısında farklı ülkelerin aldığı önlemler veya önlemlerde gitmek zorunda kaldıkları değişiklikler, şu ana kadar aktarmaya çalıştığımız iktidar modelleri şeması açısından oldukça anlamlıdır. Çiçek hastalığı örneğinde olduğu gibi "kaç kişinin, kaç yaşında, hangi sonuçlar ve hangi ölüm oranlarıyla bu hastalığa" yakalanacağını bilinemiyor olması; herhangi bir aşı geliştirilmediği için "bir bireyin asıya rağmen olme ya da hastalığa yakalanma" riskinin hesaplanamıyor olması; kısacası, salgının nüfusla ilişkisini yaklaşık da olsa tespit edebilmek için ihti-

<sup>183</sup> A.g.y., s. 10-11.

<sup>184</sup> M. Foucault (1975), s. 197-200. İngilizce çeviri için bkz. M. Foucault (1977), s. 195-199. Bu kitabın Türkçe çevirisi özgün metni aşırı derecede tahrif ettiği için söz konusu çeviriye göndermede bulunmuyoruz.

yağ duyulan *istatistik* verilerin yokluğu COVID-19'un Foucault'nun tanımladığı anlamda yönetilmesini bugüne kadar imkânsız kılmıştır. İngiltere örneğinde olduğu gibi sürü bağışıklığını bir an önce sağlamak üzere virüsü 'özgür' olarak dolaşmaya bırakmanın ise 'yönetim' mekanizmalarının yokluğunda "gerçekliğe onu iptal edecek..., sınırlayacak, frenleyecek ya da kurala bağlayacak...bir biçimde cevap verme işlevine" sahip olmadığı anlaşılmıştır.

Burada COVID-19 için Foucault'nun çiçek hastalığı üzerine yapılabildiğini gösterdiği hiçbir şeyin yapılamadığı gözlenmektedir. Elbette, çiçek gibi COVID-19 da "17. Yüzyıl ve hatta 18. Yüzyıl tıbbının tanımladığı ya da betimlediği anlamda hakim hastalık, fiziksel bir yeri olan" hastalık değildir. "Yani bir ulkeyle, bir şehirle, bir iklimle, bir insan grubuyla, bir bölge ve bir yaşama biçimiyle maddi anlamda bütünleşmiş" değildir. Ama çiçek hastalığından farklı olarak bu hastalığa dair yeterli niceliksel veya istatistik analiz yapılamadığı için hastalığı "zamanda ve mekânda sınırları belli olan bir nüfusun içindeki vakaların bir dağılımı olarak" görmek, dolayısıyla doğru bir risk hesabı yapmak mümkün olmamış; 'risklerin' hesaplanamadığı yerde ise 'tehlikenin' saptanamayacağı ve dolayısıyla 'krizin' bu şekilde kontrol edilemeyeceği anlaşılmıştır.<sup>185</sup>

Bu şartlar altında, yani yönetimselliğin çözüm bulamadığı noktada, iktidarın diğer iki modelin tekniklerine geri dönmesi kaçınılmaz olmuştur. Hükümrancılık modeline özgü dışlama tekniklerinin mevcut kapitalizm koşullarında çok da geçerli olamayacağı dikkate alındığında disiplinci iktidarın karantina ve karantinayı da aşan dijital teknoloji destekli gözetleme yöntemlerine dönmesi şaşırtıcı değildir.

Dolayısıyla, COVID-19 ile klasik tıbbi müdahaleler üzerinden başa çıkılamayacağı anlaşıldığından beri dünya yeni iktidar kombinezonlarına tanıklık ediyor. Şimdiki zaman kipini kullanırsak: Sorun sadece insanların yaşları veya mevcut tıbbi sorunları gibi kriterler dolayısıyla sınıflandırılması ve tecrit edilmesi değil; risk grubu tanımlanırken kullanılan kriterlerin neredeyse tamamen biyolojik nitelikli olması ve bedenlerin üretim sürecinde yüklendiği roller ile bu rollerin yerine getirildiği *toplumsal/ekonomik* koşulların özenle değerlendirme dışı bırakılması.

Sorun sadece karantina, gözetleme ve cezalandırma tekniklerine geri dönüş veya bu tekniklerin yönetimsellik stratejileri için ihtiyaç duyulan veriyi toplamak üzere bir araç haline gelmesi de değil. Sorun akıllı telefonlara yüklenmesi istenen uygulamalardan bedenlere çip takmaya kadar giden, her geçen gün gelişen teknolojilerle beslenen, insanın tüm varlığını kuşatan ve hükümrancılığa özgü yasa mekanizmalarıyla dayatılan bu *disiplin* araçlarının yönetimselliğin ihtiyaç duyduğu *güvenlik* tertibatlarını kurmak için kullanılıyor olması.

Yönetimselliğin çözüm bulamadığı noktada, iktidarın diğer iki modelin tekniklerine geri dönmesi kaçınılmaz olmuştur. Hükümrancılık modeline özgü dışlama tekniklerinin mevcut kapitalizm koşullarında çok da geçerli olamayacağı dikkate alındığında disiplinci iktidarın karantina ve karantinayı da aşan dijital teknoloji destekli gözetleme yöntemlerine dönmesi şaşırtıcı değildir.

<sup>185</sup> Foucault'nun vaka, risk, tehlike ve kriz mefhumlarını konusunda çiçek hastalığı örneğinden hareketle yaptığı tartışma için bkz. M. Foucault (2013), s. 53.

Daha da önemlisi, sorun sadece mevcut değil aynı zamanda mümkün pandemi(ler)in bugüne kadar hiç olmadığı kadar yoğun bir tehdit oluşturduğu bir dünyada geliştirilen teknolojik gözetleme yordamlarını gerektiren güvenlik ihtiyacının yepyeni bir normativite, hatta bir rasyonalite üretmesi, bu normativite ve/veya rasyonalitenin yaşamın tamamına nüfuz etmesi ve en beteri, bu normativitenin insan öznelliğini neredeyse *online* olarak şekillendiren temel bir parametre haline gelmesi.

Dolayısıyla, artık toplumsal, ekonomik ve politik ilişkilerin ‘online’ olarak da sürdürülebileceği ve belki de yukarıdaki tehdit dolayısıyla sürdürülmesi gerektiği vaaz edilen bir dünyaya açılan kapının eşiğini atlادık. Sınıf ayrımı *online* olabilen sektörler ve bireyler ile olamayan sektörler ve bireyler dolaşımıyla yeni bir ifade buluyor. Ama bu ayrımın ne tür bir ayrıcalık getirdiği kuşku. Zira online sürdürülen faaliyetler kayda alınıyor; bu kayıtlar dolaşıma giriyor, sınıflandırılıyor ve arşivleniyor. Böylece sadece *online* emeğin ürününü *temellük* etmek daha da kolaylaşmıyor, aynı zamanda yasa ve disiplin mekanizmalarının mümkün müdahale alanı bugüne kadar görülmemiş bir biçimde genişliyor. Sorunun çözümünü *demokratik* katılımı aramak ise giderek arkaik hatta tehlikeli bir talep olarak tanımlanıyor. Başka bir deyişle neoliberal kapitalizm bu krizi de bir fırsat olarak kullanmaya başladı bile. Bu yüzden COVID-19’a karşı mücadelenin aslında çok daha geniş bir direnme pratiğinin parçası olduğunu hatırlamak gerekiyor.

**HES KODU NASIL ALINIR?**

**KISA MESAJ (SMS) İLE**

HES yazıp aralarında boşluk bırakarak sırasıyla T.C. Kimlik Numarası, T.C. Kimlik Seri Numarasının Son 4 Hanesi ve Paylaşım Süresi (gün sayısı olarak) yazılır ve 2023'e kısa mesaj (SMS) olarak gönderilir.

2023  
HES 12345678901  
1232 45

[saglik.gov.tr](http://saglik.gov.tr) | /SaglikBakanligi

### Kaynaklar

- Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1977), *Discipline and Punish The Birth of the Prison*, çev. A. Sheridan. New York: Vintage Books: 1977.
- Foucault, M. (2013), *Güvenlik, Toprak, Nüfus*, çev. Ferhat Taylan. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2013.
- Keskin, F. (2016), "Hükümlerlikten Yönetimselliğe Türkiye'de Neoliberalizm." *Felsefelogos*, Yıl 20, sayı 63. İstanbul: Fesatoder Yayınları,
- Sophokles (2018), *Kral Oidipus*, çev. B. Tuncel. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2018.

# COVID-19'UN İKTİSADİ ETKİLERİ

**Erol Taymaz**

Bilim Akademisi Üyesi

Orta Doğu Teknik Üniversitesi, İktisat Bölümü

## Özet

COVID-19 pandemisi çok kısa zamanda dünyada yayıldı. COVID-19'un yayılmasını engellemek amacıyla hemen hemen tüm ülkelerde ekonomik faaliyetleri ve insanların hareketliliğini kısıtlayan tedbirler alındı. Bu tedbirler sonucu ekonomik faaliyetlerde ani ve şiddetli bir daralma yaşandı, işsizlik olağanüstü boyutlarda arttı. Bu çalışmada COVID-19'un Türkiye ekonomisine etkileri büyüme ve istihdam göstergeleri kullanılarak incelenmiştir. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlara göre Türkiye ekonomisi COVID-19 sürecinde hızla küçülmüş, bunun sonucu olarak kayıt dışı çalışan işçilerin yaklaşık 1/3'ü işini kaybetmiştir. İşten çıkarma yasağı sonucu kayıtlı çalışan işçiler arasında işten çıkarma oranı oldukça düşük düzeyde kalmış fakat üretim ve dolayısıyla işgücü talebindeki sert düşüş sonucu kayıtlı işçilerin de yaklaşık 1/5'i kısa çalışma ödeneği ve nakdi ücret desteği kapsamına alınmış ve ücret gelirleri önemli oranda azalmıştır.

## Giriş

COVID-19 pandemisi çok kısa zamanda dünyada yayıldı. COVID-19'un yayılmasını engellemek amacıyla hemen hemen tüm ülkelerde ekonomik faaliyetleri ve insanların hareketliliğini kısıtlayan tedbirler alındı.

Türkiye'de 11 Mart 2020'de tespit edilen ilk vakadan sonra okulların kapatılması, kademeli olarak belirli sektörlerdeki faaliyetlerin durdurulması, ulaşım kısıtlamaları, 65 yaş üstü ve 20 yaş altı sokağa çıkma yasağı ve son olarak (kısa süreli) genel sokağa çıkma yasağı gibi tedbirler alındı. Bu tedbirler sonucu bazı sektörlerin üretimlerinde keskin bir düşüş yaşandı. Üretimin düşmesi, işgücü talebinde daralmaya ve ücret ve ücret dışı gelirlerde düşüşe yol açtı.

COVID-19 kısıtlamaları tüm sektörleri aynı şekilde etkilemedi. İdari kararlar bazı sektörleri doğrudan hedef aldığı için talepteki düşüş bu sektörlerde daha fazla oldu. Sektörlerin işgücü kompozisyonundaki farklılıktan dolayı bazı kesimler (örneğin kayıt dışı çalışanlar) daha olumsuz etkilendiler.



COVID-19 kısıtlamalarının olumsuz etkilerinin azaltılması için firmalara yönelik olarak vergi ve kredi borç ödemelerinin ertelenmesi ve çalışanlara yönelik olarak işten çıkarmanın yasaklanması, kısa çalışma ödeneği (KÇÖ) ve nakdi ücret desteği (NÜD) gibi tedbirler alındı. Çalışanlara yönelik tedbirler sadece kayıtlı çalışanları kapsadığı için, işsizlikten en çok etkilenen kayıt dışı çalışanların kayıpları telafi edilemedi.

Bu çalışmada Türkiye’de COVID-19’un yayılmasını engellemeye yönelik tedbirlerin çalışanlar açısından ekonomik etkileri değerlendirilmiştir.

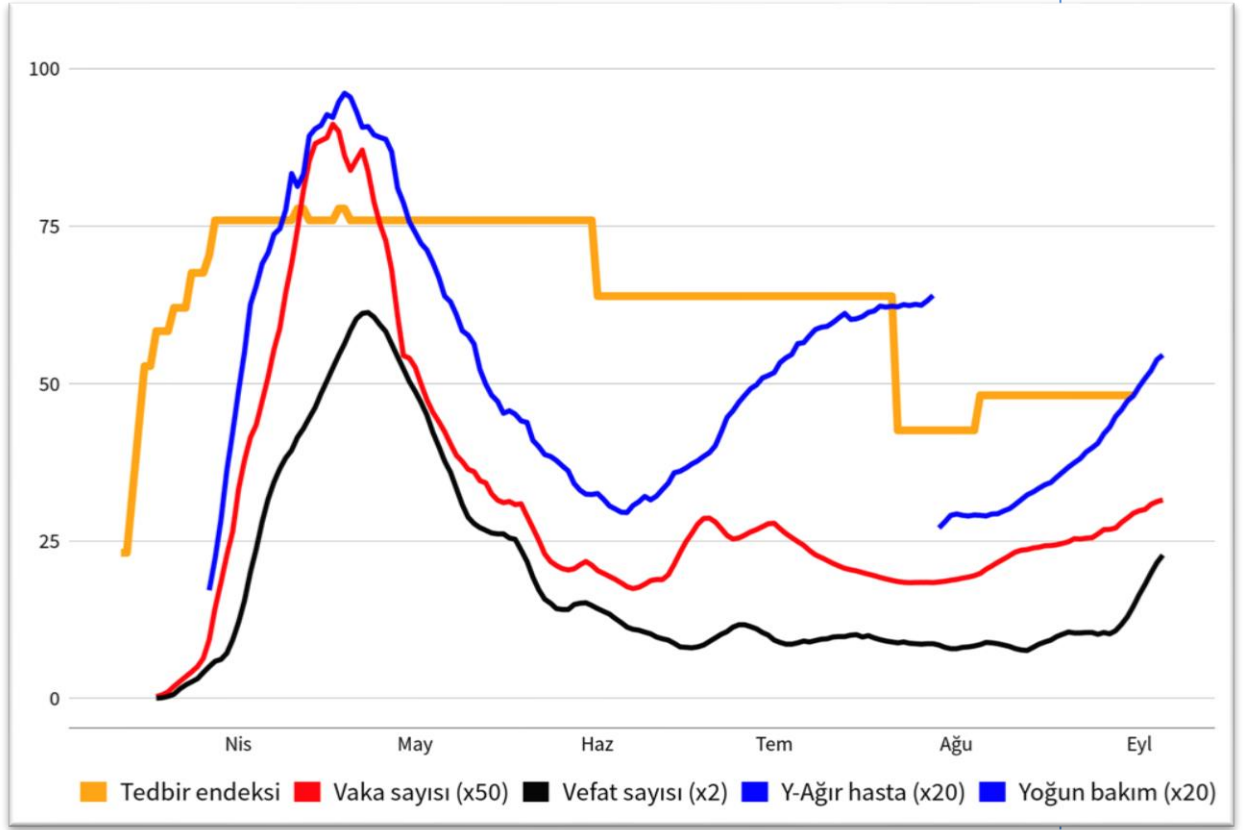
Dört bölümden oluşan çalışmanın giriş bölümünden sonraki 2. Bölümünde COVID-19’a karşı alınan tedbirler ve pandeminin seyrine ilişkin özet bilgi sunulmuştur. 3. Bölümde COVID-19’a yönelik tedbirlerin iktisadi etkileri değerlendirildikten sonra çalışmanın son bölümünde geleceğe yönelik bazı çıkarımlar özetlenmiştir.

## **2. COVID-19 Tedbirleri ve Sağlık Göstergeleri**

COVID-19 vakalarının yaygınlaşması ile birlikte tüm ülkelerde, farklı düzeylerde olmakla birlikte, benzer tedbirler alınmaya başlandı. Oxford Üniversitesi’nde günlük bazda tedbirlere ilişkin veriler derlenerek her ülke için Tedbir Sıklık Endeksi (“Stringency Index”) oluşturuldu. (1) Bu endeks okulların kapatılması, işyerlerinin kapatılması, konser ve festival gibi toplu etkinliklerin kısıtlanması, toplu ulaşım, şehirler arası ulaşım ve ülkeler arası ulaşımın kısıtlanması, sokağa çıkma yasağı ve bilgilendirme kampanyası gibi uygulamalara verilen değerlerden hesaplanıyor.

11 Mart 2020’de ilk vakanın tespit edilmesinden sonra Türkiye’de hızla okulların kapatılması, bazı sektörlerde işyerlerinin kapatılması, 65 yaşın üzerindeki kişilere sokağa çıkma yasağı gibi tedbirler alındı. Tedbirlerin en sık olduğu dönemde (Nisan-Mayıs) Tedbir Sıklık Endeksi en yüksek düzeyine (75) ulaştı ve Haziran başında tedbirlerin tedrici olarak kaldırılmasıyla düşüşe geçti (bkz Şekil 1). Tedbirlerin etkisi ile günlük yeni vaka sayısı, toplam ağır hasta sayısı ve vefat sayısı gibi göstergeler Nisan ayı ortasından itibaren düşmeye başladı. Haziran ayı başında tedbirlerin kaldırılmaya başlamasıyla birlikte yeni vaka ve vefat sayısındaki düşüş durdu, fakat yoğun hasta sayısı hızla artmaya başladı. Temmuz sonuna doğru ağır hasta sayısı verilerinin yayınlanması durduruldu, bunun yerine “ağır hasta” sayısı verileri yayınlanmaya başladı. Ağır hasta verileri de yayınlanmaya başladığı günden itibaren hızlı bir artış gösterdi. (2)

Çalışanlara yönelik tedbirler sadece kayıtlı çalışanları kapsadığı için, işsizlikten en çok etkilenen kayıt dışı çalışanların kayıpları telafi edilemedi.



**Şekil 1: COVID-19 Tedbirleri ve Sağlık Göstergeleri, Mart-Eylül 2020**

Kaynak: Tedbir endeksi, Oxford COVID-19 Government Response Tracker;  
diğer veriler: Sağlık Bakanlığı

Sonuç olarak, Nisan ve Mayıs aylarında alınan tedbirlerin vaka ve vefat sayısının azalmasını sağladığı, Haziran başında tedbirlerin kaldırılması ile vaka ve vefat sayılarının (özellikle Ağustos sonundan itibaren) tekrar artmaya başladığı söylenebilir.

### 3. COVID-19 Tedbirleri ve İktisadi Etkileri

COVID-19'un yayılması engellemek amacıyla alınan tedbirlerin önemli iktisadi etkileri oldu. Bu etkileri kısa ve uzun dönemde ele alabiliriz.

**Kısa dönemde**, COVID-19'un en ani ve doğrudan etkisi belirli ekonomik faaliyetlerin kısıtlanması oldu. Eğlence yerlerinin kapatılması, ulaşımın kısıtlanması gibi tedbirler nedeniyle bu sektörlerin üretimi düştü. İkincil etki, insanların belirli ürün ve hizmetlere olan talebindeki düşüş sonucu üretim kayıplarının yaşanması (örneğin giyim eşyası talebinin düşmesi). Üçüncü etki, artan belirsizlik nedeniyle kişilerin ve firmaların yatırımlarını ertelemesi (kişilerin buzdolabı ve otomobil gibi dayanıklı tüketim malı almaması, firmaların yatırım faaliyetlerini durdurması). Son olarak, yukarıdaki nedenlerle üretimin düşmesi sonucu bu sektörlerin geliri ve işgücü talebi de düşüyor. İşgücü talebinin düşmesi istihdamı ve dolayısıyla ücret gelirlerini azaltıyor, gelirin azalması sonucu tüketim talebi düşüyor ve aynı döngü yaşanıyor. Tüm bu etkenler yurt dışı talep için de geçerli, yurt dışı talebin düşmesi ihracatın azalmasına yol açıyor.

**Uzun dönemde,** COVID-19'un belki en önemli etkisi, insanların bilgi ve becerilerindeki ("beşeri sermaye") kayıplar. Eğitimdeki aksamalar, yeni mezunların iş bulamaması ve insanların işsiz kalması bilgi ve beceri birikiminin aksamasına yol açıyor. COVID-19 nedeniyle gerekli sağlık hizmetine eriş(e)mediği için hastalanan veya hayatını kaybeden binlerce insanın da uzun dönemli kayıplar arasında sayılması gerekiyor. Bunlara ek olarak, belirsizliklerin uzun süreli olması halinde bazı yatırımlardan vazgeçilmesi sermaye birikim sürecinin yavaşlamasına neden olabiliyor.

Bu çalışmada bir bütün olarak kısa dönemli etkilere bakıyoruz. COVID-19 salgını Türkiye'nin 2019 başında yaşanan krizden kredi genişlemesi yoluyla çıktığı döneme denk geldi. 2019'un birinci ve ikinci çeyreğinde (2019:1 ve 2019:2) Türkiye ekonomisi (GSYİH) yüzde 2,6 ve yüzde 1,7 daralmıştı. (3) Ekonominin büyüme hızı, uzun dönemli ortalamasına yaklaşırken Mart 2020'den itibaren alınan tedbirler sonucu tekrar ve çok hızlı bir şekilde tekrar düştü. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2020:2'de GSYİH hasıla 2019:2'ye göre yüzde 9,9 küçüldü, yani ekonomi üç ay içerisinde yaklaşık yüzde 10 azaldı. Burada karşılaştırma yapılan dönemde de (2019:2) ekonominin yüzde 1,7 daralmış olduğunu hatırlatalım. Bir başka deyişle 2020'nin Nisan-Mayıs-Haziran aylarında Türkiye'nin milli geliri 2018'in aynı dönemine göre reel olarak yüzde 11,4 düştü. Türkiye'nin uzun dönemli ortalama büyüme hızının yüzde 4-5 olduğu göz önüne alındığında iki yıl içerisinde yüzde 9-10 büyümesi gerekirken yüzde 11,4 küçülmesi bu düşüşün ne kadar büyük olduğunu gösteriyor.

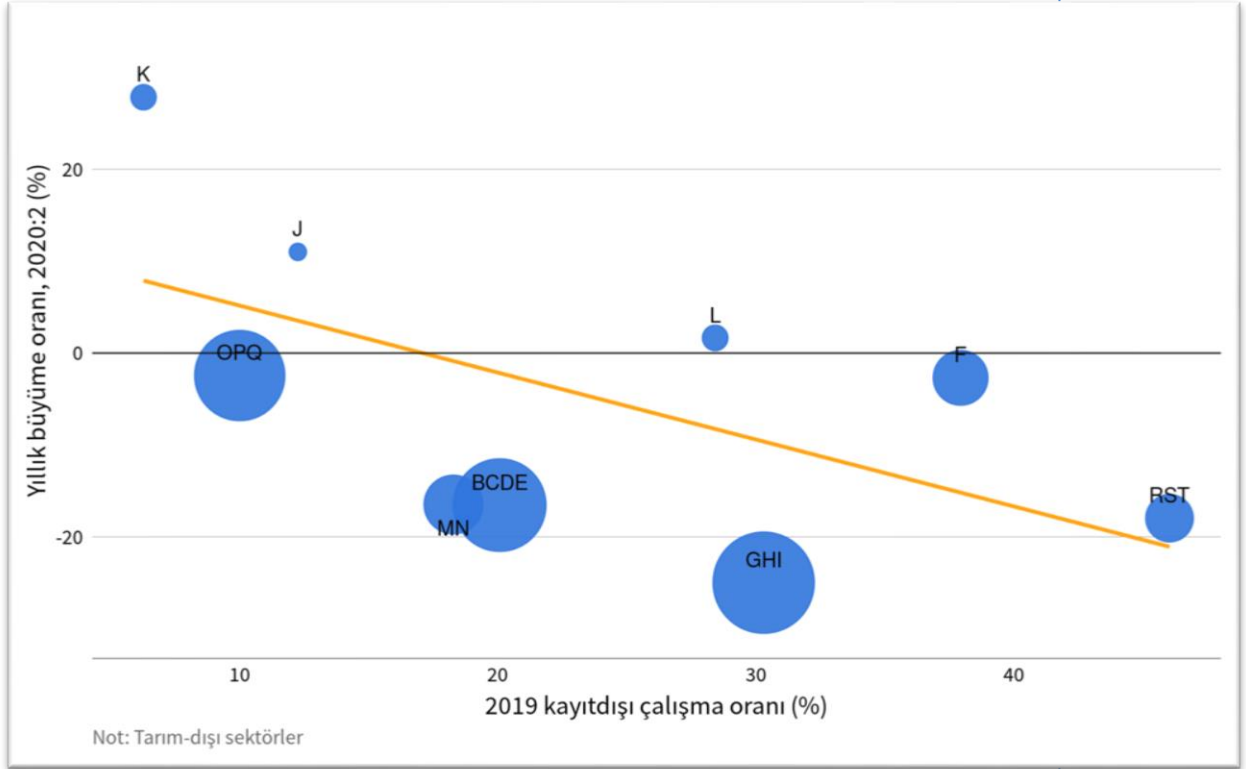
Üretimdeki kısıtlamalardan dolayı işsizliğin artmaması için hükümet çeşitli tedbirler aldı. Bu tedbirlerden ilki işten çıkarmanın yasaklanması oldu. Yapılan yasal düzenleme ile "ahlak ve iyi niyet kurallarına uymayan haller, iş veya hizmet sözleşmelerinde sürenin sona ermesi, iş yerinin faaliyetinin sona ermesi, işin sona ermesi halleri dışında" işten çıkarmalar yasaklandı. İşten çıkarma yasaklandığı için üretimi azalan veya duran işyerlerinde çalışan işçiler için kısa çalışma ödeneği (KÇÖ) koşulları kısmen hafifletildi ve kapsamı genişletildi. Son olarak, KÇÖ'den veya işsizlik ödeneğinden yararlanamayan işçilere (herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan yaşlılık aylığı almamak kaydıyla) ücretsiz izinde bulundukları veya işsiz kaldıkları süre boyunca günlük 39,24 TL nakdi ücret desteği (NÜD) verildi.

Türkiye'de tarım dışı sektörlerde çalışan insanların yaklaşık 1/4'ü kayıt dışı olduğu için bu tedbirler çalışanların önemli bir kısmını kapsamıyor (Tarım kesiminde çalışanların ise yaklaşık yüzde 90'ı kayıt dışı). Kayıt dışı çalışanlar ücret ve çalışma koşulları açısından en dezavantajlı kesim olmasına karşın söz konusu desteklerden yararlanamıyorlar. COVID-19 tedbirleri kapsamında gelir desteği politikası öneren akademisyenlerin kayıt dışı kesimin göz ardı edilmemesi gerektiğini özellikle vurguladığını belirtelim (bkz. Taymaz, 2020; Yeldan ve Voyvoda, 2020; Bayar, Günçavdı ve Levent, 2020).

COVID-19'un kayıt dışı istihdama etkisi, hangi sektörlerin COVID-19'dan daha çok etkilendiğine ve bu sektörlerde kayıt dışı çalışmanın yaygınlığına bağlı. Şekil 2'de 2019'da sektörel düzeyde kayıt dışı çalışanların oranı ile bu sektörlerin 2020:2'deki büyüme oranları yer alıyor. Şekildeki her nokta

2020'nin Nisan-Mayıs-Haziran aylarında Türkiye'nin milli geliri 2018'in aynı dönemine göre reel olarak yüzde 11,4 düştü. Türkiye'nin uzun dönemli ortalama büyüme hızının yüzde 4-5 olduğu göz önüne alındığında iki yıl içerisinde yüzde 9-10 büyümesi gerekirken yüzde 11,4 küçülmesi bu düşüşün ne kadar büyük olduğunu gösteriyor.

bir sektörü gösteriyor ve noktaların büyüklüğü sektörde çalışan sayısı ile orantılı. Bu iki değişken arasında negatif ve güçlü bir ilişki var: COVID-19'dan en çok etkilenen sektörler (GHI ticaret, ulaşım, konaklama ve yiyecek, RST eğlence ve diğer sektörler, BCDE sanayi ve MN teknik, profesyonel ve idari hizmetler) en büyük üretim kaybı yaşayan sektörler. Kamu hizmetleri (OPQ), finans (K), bilgi ve iletişim (J) ve gayri menkul (L) sektörleri bu dönemde kısmen büyüyen sektörler. İnşaat (F) sektöründe 2020:2'deki düşüş görece olarak az (%2.7), çünkü inşaat sektörü 2019:2'de zaten yüzde 11.7 küçülmüştü.

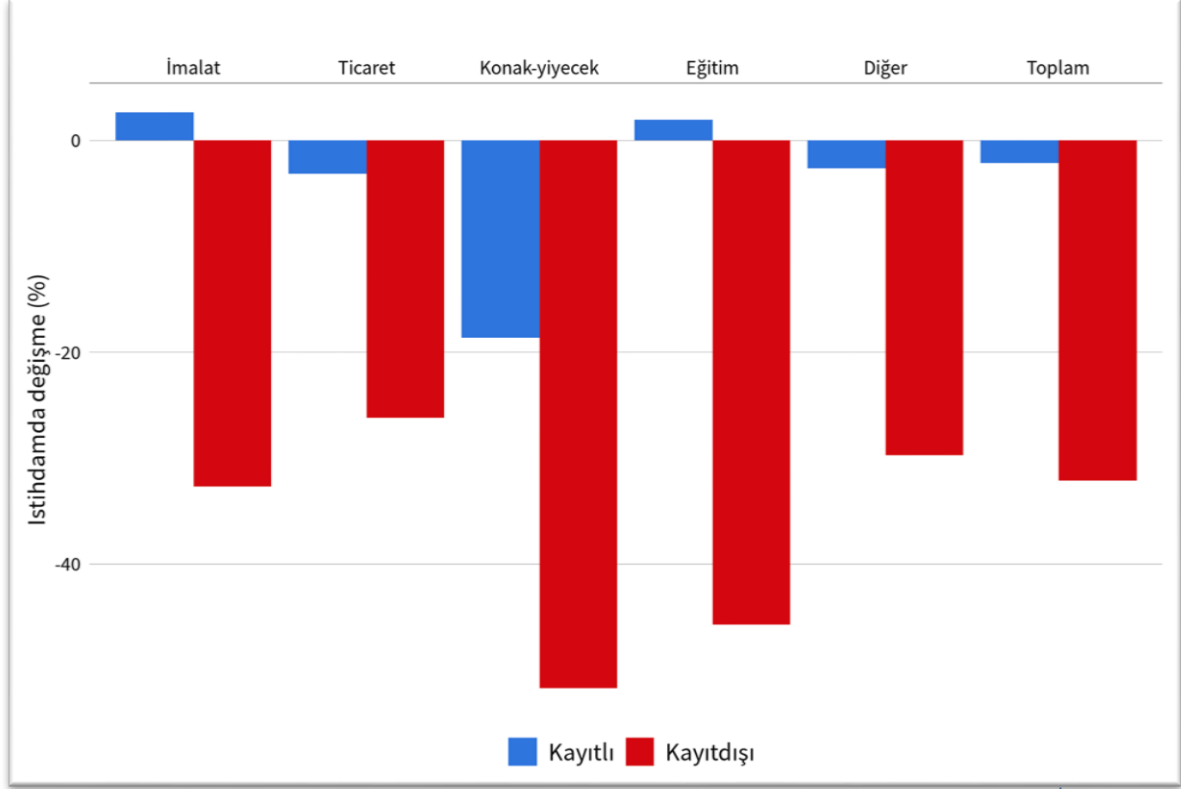


**Şekil 2: Sektörel Büyüme ve Kayıt Dışılık İlişkisi, 2020:2**

Kaynak: TÜİK, Hanahalkı İşgücü Anketi ve Gayrisafi Yurt İçi Hasıla İstatistikleri

COVID-19'dan en çok kayıt dışılığın yaygın olduğu sektörlerin etkilenmesi ve işten çıkarma yasağının kayıt dışı çalışanları kapsamaması sonucu, kayıt dışı istihdam kayıtlı istihdamda göre daha hızlı azaldı. Şekil 3'de Nisan 2019'dan Nisan 2020'ye kayıtlı ve kayıt dışı istihdamdaki değişim (yüzde olarak) görülüyor. (4) Bekleneceği gibi (oransal olarak) en büyük kayıp, kısıtlamaların en yoğun uygulandığı ve kayıt dışılığın yaygın olduğu konaklama ve yiyecek sektöründe. Bu sektörde çalışan kayıt dışı işçilerin yaklaşık yarısı Nisan 2020'de işini kaybetmiş durumda. Kayıt dışı çalışanları en çok etkileyen ikinci sektör de eğitim sektörü. Bu sektörde kayıt dışı çalışan sayısı az fakat uzaktan eğitime başlanması ile birlikte eğitim sektöründe (muhtemelen genelde güvenlik ve temizlik gibi işlerdeki) kayıt dışı çalışanların yüzde 45'den fazlası işten çıkarıldı. Diğer sektörlerin tamamında işini kaybeden kayıt dışı işçi oranı yüzde 25'i geçiyor. Bu veriler COVID-19'un gelir destek politikalarından yararlanamayan kayıt dışı işçiler için ne kadar büyük bir yıkıma yol açtığını gösteriyor.

İşten çıkarma yasağının kayıtlı işçiler açısından (bu yasak devam ettiği sürece) bir güvence sağladığı açık. Süreli/mevsimsel sözleşmeler yaygın olduğu için konaklama ve yiyecek sektöründe kayıtlı işçilerin yaklaşık 1/5'ü işten çıkarılmış durumda. Diğer sektörlerde kayıtlı işçi sayısındaki düşüş oldukça az.

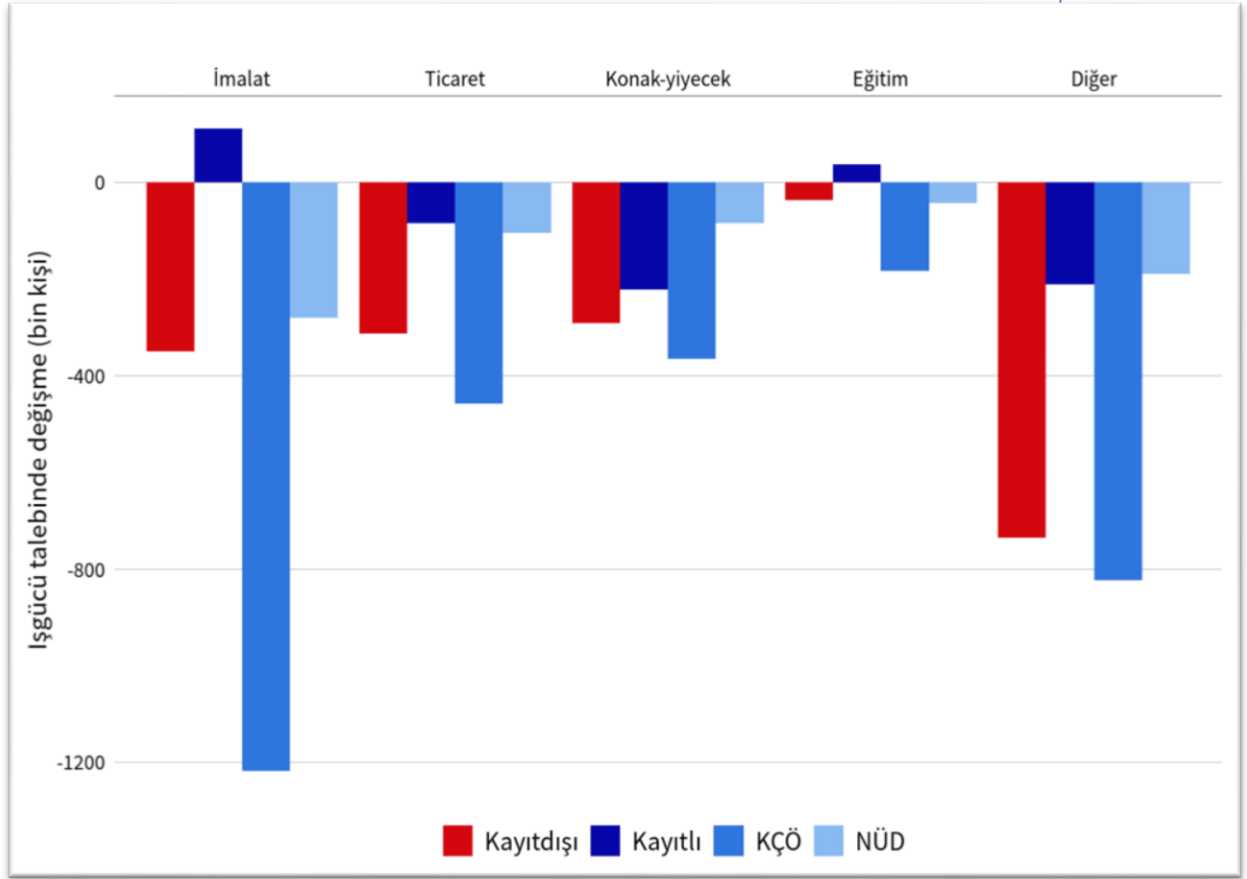


**Şekil 3. İstihdamdaki Değişme, Nisan 2019-Nisan 2020**

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi

Kayıtlı çalışanların önemli bir kısmı işten çıkarılma yasağından yararlanmakla birlikte işgücü talebindeki düşüş sonucu firmaların önemli bir kısmı KÇÖ ve NÜD'nden yararlanmak için başvurdu. Her iki durumda çalışanlar işlerini kaybetmediler fakat önemli gelir kaybı yaşadılar. Nisan ayı verilerine göre KÇÖ ve NÜD'den yararlanan işçi sayısı 4 milyona yaklaşıyor (Şekil 4). (5)



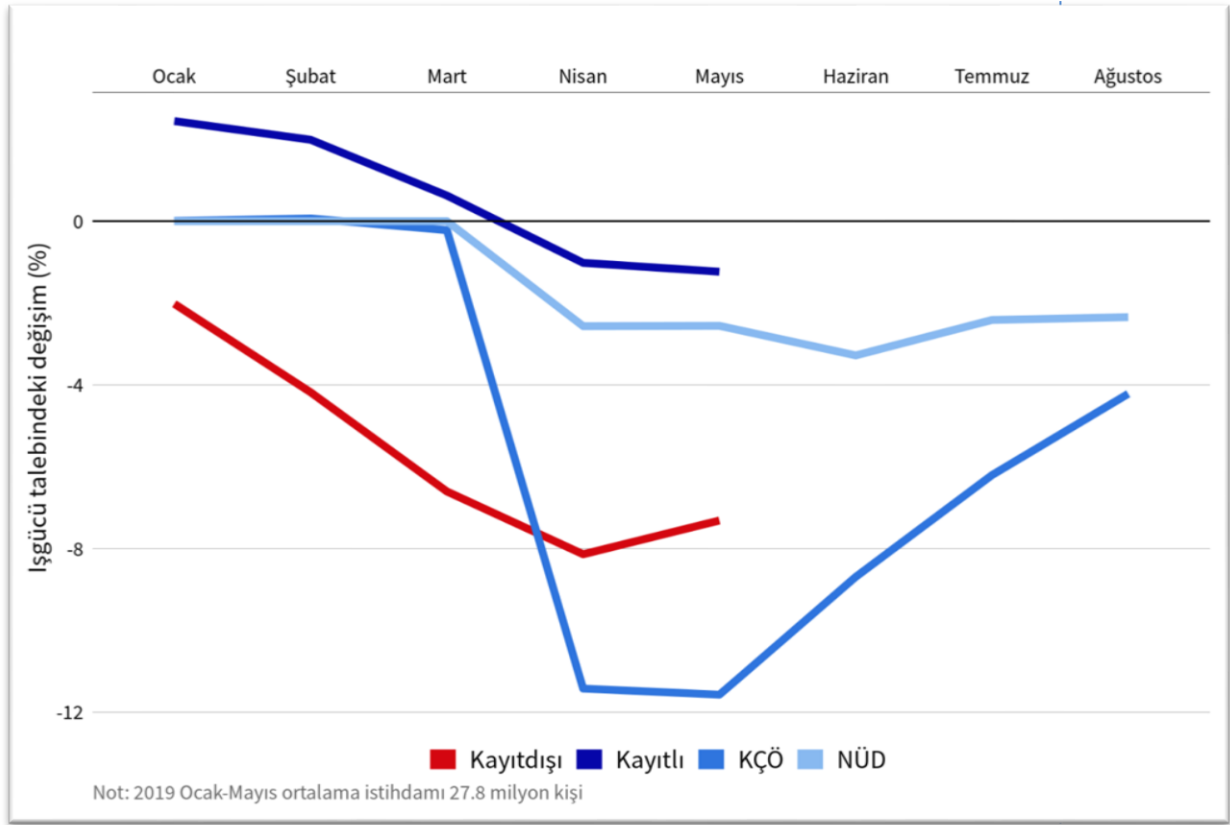


**Şekil 4: İstihdamdaki Değişme ve Gelir Desteğinden Faydalanan Sayısı, Nisan 2020**

Kaynak: Kayıtlı ve kayıt dışı çalışan sayısı: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi; KÇÖ ve NÜD'den faydalanan sayısı, İşkur, İşsizlik Sigortası Bülteni verilerinden hesaplandı

KÇÖ'den en çok yararlanan sektör imalat sanayii. Bu sektörde Nisan 2020'de 1,2 milyondan fazla işçi istihdam dışı kalarak KÇÖ'den yararlandı. Ticaret, konaklama ve yiyecek ve eğitim sektörlerinde yaklaşık bir milyon, diğer sektörlerde de 800 binden fazla işçi KÇÖ kapsamına alındı. NÜD kapsamında zorunlu izne çıkarılan işçi sayısı da yaklaşık 700 bine ulaştı.

Şekil 5'de kayıtlı ve kayıt dışı istihdamdaki değişme (Ocak-Mayıs) ile KÇÖ ve NÜD kapsamındaki (kayıtlı) işçi sayısı oranı görülüyor. Değişim oranının hesaplanmasında 2019 yılı ortalama (tarım dışı) çalışan sayısı kullanıldı. Genel ekonomik durumun kötüleşmesi ile birlikte kayıtlı ve kayıt dışı istihdamın artış hızı Ocak ayından itibaren düşme eğiliminde. Nisan ayında hem kayıtlı, hem de kayıt dışı çalışan sayısı 2019 ortalamasının altına düştü. KÇÖ ve NÜD kapsamındaki çalışan sayısı Nisan ayında toplam istihdamın yüzde 15'ine yaklaştıktan sonra Haziran ayında kısıtlamaların tedrici olarak kaldırılması ile düşmeye başlıyor.



**Şekil 5: İşgücü Talebindeki Değişim, Ocak-Ağustos 2020**

Kaynak: Kaynak: Kayıtlı ve kayıt dışı çalışan sayısı: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi; KÇÖ ve NÜD'den faydalanan sayısı, İşkur, İşsizlik Sigortası Bülteni verilerinden hesaplandı

İstihdama ilişkin veriler işten çıkarmanın yasaklanması sonucu kayıtlı işçi istihdamındaki düşüşün büyük ölçüde kontrol edilebildiğini, fakat KÇÖ ve NÜD kapsamındaki çalışan oranının toplam tarım dışı istihdamın yüzde 14'üne ulaştığını gösteriyor. KÇÖ ve NÜD kapsamındaki çalışan sayısı Nisan ve Mayıs aylarında 4 milyona ulaştıktan sonra düzenli olarak azalmaya başladı. Ekonominin hemen hemen bütünüyle açılmasına karşın Ağustos ayında hala yaklaşık 1.9 milyon kişi KÇÖ ve NÜD kapsamında bulunuyordu, bir başka deyişle çalışmıyordu.

Nisan-Ağustos döneminde KÇÖ ve NÜD kapsamındaki işçilere yapılan toplam ödeme miktarı, sırasıyla, 18.6 ve 4.4 milyar TL tuttu. Kişi başına yapılan ortalama ödeme ise ayda yaklaşık bin 200 TL (NÜD) ve bin 550 TL (KÇÖ). Bu değerlerin kayıtlı çalışanların net ücretlerinin çok altında olmasından dolayı kayıtlı işçiler de çok ciddi bir gelir kaybı yaşadı.

Özetlersek; Nisan 2020'de, 2019 ortalamasına göre, kayıt dışı çalışanların yaklaşık 1/3'ü işini kaybetti. Kayıtlı çalışanlar arasında işini kaybedenlerin oranı yaklaşık yüzde 1 olmakla birlikte bu işçilerin de yaklaşık 1/5'i işgücü talebindeki sert düşüş nedeniyle KÇÖ ve NÜD kapsamına alınarak çok ciddi bir gelir kaybı yaşadılar.

İşten çıkarmanın yasaklanması sonucu kayıtlı işçi istihdamındaki düşüşün büyük ölçüde kontrol edilebildiği, fakat KÇÖ ve NÜD kapsamındaki çalışan oranının toplam tarım dışı istihdamın yüzde 14'üne ulaştığı görülmektedir.

#### 4. COVID-19 ve Gelecek

Kısa dönemde ve orta dönemde ekonomide nasıl bir gelişme beklenebilir? Ekonominin önümüzdeki dönemde nasıl bir seyir izleyeceği iki etkene bağlı.

İlk etken COVID-19'un nasıl bir seyir izleyeceği. Ekonominin erken açılması sonucu pek çok ülkede gibi Türkiye'de de vaka sayılarında artışlar yaşanıyor. Bu durum hem belirsizlikleri artırıyor, belirsizlik sonucu ekonomik faaliyetler de olumsuz etkileniyor, hem de artan vaka sayısı yeniden kısıtlamaların gündeme gelmesine yol açıyor. COVID-19'u kontrol altına alarak ekonominin açılması sağlanabilirse, özellikle ertelenmiş talebin gündeme gelmesinden dolayı (gelir politikalarının da devam etmesi koşuluyla) görece hızlı bir toparlanma yaşanabilir. Fakat COVID-19'un gündemde kalması her durumda ekonomik toparlanmayı yavaşlatacak ve ekonomik yapıda bir dönüşümü zorlayacaktır.

İkinci etken, uygulanacak ekonomi politikaları ile ilgili. Türkiye'de son yirmi yılda uygulanan ekonomi politikaları sonucu Türkiye ekonomisi ancak cari açık vererek ve bu cari açığı dış borç ile finanse ederek büyüyebiliyor. Dış borç alınabildiği durumda, özellikle üretken olmayan inşaat ve gayri menkul sektörlerindeki yatırımlar ile büyüme politikası sürekli ve yüksek oranda büyüyemiyor ve dış kaynağa bağımlı olduğu için büyüme hızlarında büyük dalgalanmalar yaşanıyor. (6)

Yazının başında da belirtildiği gibi Türkiye ekonomisi 2019'un ilk yarısında yaşanan daralmadan ancak kredi genişlemesi ile kısa dönemli bir büyüme patikasına girmişti ve COVID-19 krizi olmasaydı da 2020 yılında büyüme hızının düşmesi bekleniyordu.

Sonuç olarak COVID-19'un kısa sürede gündemden düşmesi durumunda bile büyüme politikalarında köklü bir dönüşüm yaşanmadan sürekli ve sürdürülebilir bir büyüme ve toparlanma sürecinin başlamayacağını söyleyebiliriz.

#### Notlar

1. Detaylı bilgi için bkz. Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://github.com/oxcgrt>
2. Burada Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan günlük verileri kullanıyoruz. Özellikle Haziran ayından itibaren yayımlanan yeni vaka ve vefat sayılarının gerçek değerlerin altında olduğu yönünde çeşitli kişi ve kuruluşlardan çok sayıda eleştiri geldiğini belirtelim.
3. Mevsimsel etkilerinden arındırmak ve yıllık bazda tanımlamak için büyüme hızlarını bir önceki yılın aynı dönemine göre hesaplıyoruz. Örneğin 2020:2'deki büyüme, GSYİH'nın 2019:2'den 2020:2'ye ne kadar arttığını göstermektedir.
4. Şekil 2'de kullanılan sektör sınıflaması ulusal hesaplarda kullanılan sınıflama. Şekil 3 ve Şekil 4'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Zehra Zümrüt Selçuk'un 20 Nisan 2020'de KÇÖ

COVID-19'un kısa sürede gündemden düşmesi durumunda bile büyüme politikalarında köklü bir dönüşüm yaşanmadan sürekli ve sürdürülebilir bir büyüme ve toparlanma sürecinin başlamayacağını söyleyebiliriz.

başvurularına ilişkin yaptığı açıklamada kullanılan sınıflama esas alındı.

5. İşkur'un aylık İşsizlik Sigortası Bülteni'nda NÜD'den faydalanan kişi sayısı ve bu kişilere yapılan toplam ödemeler birikimli olarak verildiği için aylık kişi sayısı aylık ödeme miktarından tahmin edildi. Nisan ayı için ayrı veri olmadığından Nisan ve Mayıs aylarında NÜD'den faydalananların sayısının eşit olduğu varsayıldı. Sektörel bazda veri olmadığı için NÜD'ün sektörel dağılımı KÇÖ ile aynı kabul edildi.
6. Türkiye'nin büyüme politikalarına ilişkin kısa bir değerlendirme için bkz. Taymaz (2020b).

### Kaynaklar

- **Bayar, A.A., Günçavdı, Ö. Ve Levent, H.** (2020) COVID-19 salgınının Türkiye'de gelir dağılımına etkisi ve mevcut politika seçenekleri. İstanbul Politik Araştırmalar Enstitüsü Politika Raporu No 7, İstanbul.
- **Sak, G. Ve Özatay, F.** (2020) Salgın uzarsa dış borç ödemelerini hazine yapsın. Dünya, Erişim tarihi 13 Nisan 2020, <https://www.dunya.com/ekonomi/salgın-uzarsa-dis-borc-odemelerini-hazine-yapsin-haberi-467588>.
- **Sak, G. Ve Özatay, F.** (2020), COVID-19 ve normalleşme. Dünya, Erişim tarihi 8 Mayıs 2020, <https://www.dunya.com/kose-yazisi/covid-19-ve-normallesme/469794>
- **Taymaz, E.** (2020a) COVID-19 tedbirlerinin Türkiye ekonomisine etkisi ve çözüm önerileri. Sarkaç, Erişim tarihi 8 Nisan 2020, <https://sarkac.org/2020/04/covid19-tedbirlerinin-turkiye-ekonomisine-etkisi-cozum-onerileri/>
- **Taymaz, E.** (2020b) Doğalgaz, cari açık ve büyüme. Yekin Report, Erişim tarihi 2 Eylül 2020, <https://yetkinreport.com/2020/09/02/dogal-gaz-cari-acik-ve-buyume/>
- **Yeldan, E. Ve Voyvoda, E.** (2020) COVID-19 Salgının Türkiye Ekonomisi Üzerine Etkileri ve Politika Alternatiflerinin Makroekonomik Genel Denge Analizi. Yayınlanmamış rapor, [https://yeldane.files.wordpress.com/2020/05/covid\\_voyvodayeldan\\_v2\\_31mayis.pdf](https://yeldane.files.wordpress.com/2020/05/covid_voyvodayeldan_v2_31mayis.pdf)

# COVID-19 SALGININA ANTROPOSEN PENCERESİNDEN BAKMAK

## Dr. Haluk Çalışır

Tıp Doktoru, Doçent, Türk Toraks Demeği Çevre Sorunları ve Akciğer Sağlığı  
Çalışma Grubu Yönetim Kurulu Üyesi

Gezegeneimizin 4.5 milyar yıl önce var olduğu bilinmektedir. İlk canlı formu olan tek hücreli yaşam biçimleri varoluşu üzerinden, milyarlarca yıl geçtikten sonra, günümüzden yaklaşık 4.5 milyon yıl önce ilk insanımsılar (hominidler) dünya üzerinde dolaşmaya başladı. Gezegenein var oluşundan, ilk insanımsıların evrilmeye başlamasına kadar geçen süre içerisinde, yerküre çok sayıda yapısal değişiklik geçirdi. Geleceğe doğru da sürekli değişen, değişeceğini bildiğimiz gezegenimiz, gerek tektonik hareketler, gerekse de volkanik aktiviteler ile sürekli bir dönüşüm halindedir. Yerkürenin kendi dinamikleri dışında da, bazen gezegenimize çarpan büyük bir meteor tüm dünyayı etkileyecek yüksek enerjisi ile yok oluşlara neden olmuştur. Bu sayılan yer küre hareketlerinin şiddetleri tüm gezegeni değiştirecek boyutlara ulaştığında canlı türlerinin önemli bir kısmı ortadan kalkmıştır.

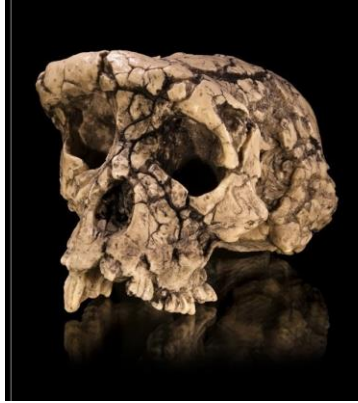
Her bir değişiklik, insanların zamansal algı düzeylerimizle farkına varamayacağımız kadar uzun süreler içerisinde gelişti. O dönemlerde yeryüzünde bulunan türlerin önemli bir kısmı yok oldu. Yok olan türlerin yerini yeni koşullara daha iyi uyum sağlayan başka yeni türler aldı. Bu ana yıkımları bir tür “kıyamet” olarak adlandırabiliriz. Her bir jeolojik değişiklik ekolojik değişimleri ve yeni canlı türlerini var etti. Jeolojik dönemler ve zaman skalasına baktığımızda yeryüzü bugüne kadar beş kez büyük yok oluş ile karşı karşıya kalmıştır. Bu büyük yok oluşların hiçbirisinde de insan ya da yeryüzünde o dönemde yaşamakta olan canlı türünün bir rolü yoktur.

Yer bilimi, dünyada değişen koşulları ve kronolojisini incelemek için jeolojik zaman dönemlerini kullanmaktadır. Her biri milyonlarca yıl sürebilen çok sayıda jeolojik dönem tanımlanmıştır. Halen içerisinde yaşadığımız dönem ise Holosene olarak adlandırılmaktadır. Günümüzden 11 bin 700 yıl önce başladığı düşünülen ve mini buzul çağından sonraya gelmesi nedeniyle son dönemi tanımlamak üzere Holosen sözcüğü (tümüyle yeni, en yeni, en modern) seçilmiştir. (1)



## Beş Büyük Yok Oluş

450 milyon yıl önce Ordovisiyen-Siluriyen olarak tanımlanan jeolojik dönemde gerçekleşen ilk büyük yok oluşta, tüm türlerin yüzde 85'inin ortadan kalktığı bilinmektedir. Bir sonraki yok oluş ise 375 milyon yıl önce Üst Devoniyen dönemde gerçekleşmiş ve türlerin yüzde 75'i yok olmuştur. 250 milyon yıl önce Permien-Triyas döneminde 'Büyük Ölüm' diye tanımlanan üçüncü yok oluşta ise türlerin yüzde 95'i ortadan kalkmıştır. Bu büyük yok oluştan yaklaşık 50 milyon yıl sonrasında, günümüzden 210 milyon yıl önce, Triyas-Jura döneminde dördüncü büyük yok oluşta türlerin yüzde 76'sı ve en son günümüzden 65 milyon yıl önce Kretase döneminde, Meksika'da Yukatan yarım adasına 10 kilometre çapında bir meteorun çarpması sonucunda dinazorlar da dahil olmak üzere tüm türlerin yüzde 80'i yok olduğu saptanmıştır. (2, 3)



Sahelanthropus  
**tchadensis**

Dünyayı çok önemli ölçüde değiştiren insanın ilk atalarının yeryüzünde görülmesi, dünyanın yaşı ile karşılaştırıldığında, en son yok oluştan milyonlarca yıl sonrasına düşmektedir. Sayılan beş büyük yok oluş sırasında insan ve ataları henüz ilk adımlarını atmamışlardı daha. Bilinen ilk insanın atası diyebileceğimiz *Sahelanthropus tchadensis* 2001 yılında Orta Afrika'da bulunmuş ve 6 ila 7 milyon yıl öncesine tarihlenmiştir. Daha önce 1974 yılında Doğu Afrika'da bulunması ile bilim dünyasında ses getiren ve daha fazla bilinen ve 'Lucy' diye anılan *Ardipithecus afarensis* ise bulunabilmiş 300'e yakın akrabası ile 3,85 milyon yıl ile 2,97 milyon yıl arasında tarihlenmektedir. (4)

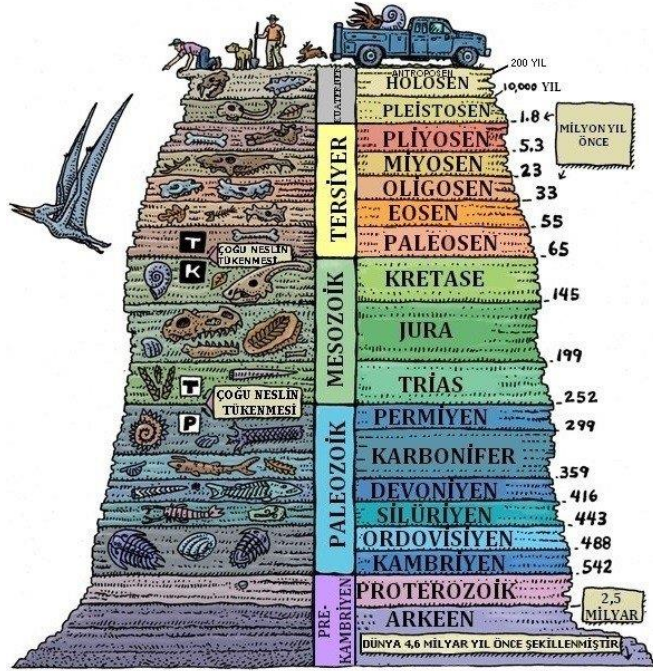
Gezegen üzerinde ilk insanların ayak izleri Orta ve Doğu Afrika'da bulunmuştur ve yeryüzüne de buradan yayıldığı düşünülmektedir. (5) Modern insanın (*Homo sapiens*), Afrika'dan diğer kıtalara doğru yola çıkışının tarihi en son 180 ile 210 bin yıl öncesine işaret eder. (6, 7) İnsanın yeryüzünde dolaşmaya başlamasından önceki dönemlerde yeryüzü kendi ekolojik, jeolojik koşulları sonucunda değişim geçirirken, insan nüfusunun artması ve yayılması, yerküreyi değiştirecek faktörlere bir yenisini eklemiştir.

Günümüzden 11 bin 700 yıl öncesine başlangıcı zamanlandırılan Holosen çağının, diğer jeolojik zaman süreçlerinden önemli bir farkı bulunmaktadır. Daha önceki jeolojik dönemlerde, hominid ve *Homo sapiens*'in doğaya, ekolojik ortama yaptığı etkiler, diğer türlerin katkısından önemli bir fark içermez iken, Holosen döneminde insanlığın toplumsal yaşamı ve gelişimine paralel bir şekilde artan şiddette doğaya müdahale etmesi ekolojik dengeyi etkiler ve bozar duruma gelmiştir. Bu nedenden dolayı Holosen çağına yeni ve ironi içeren bir isim önerilmektedir: Antroposen.

İnsanın yeryüzünde dolaşmaya başlamasından önceki dönemlerde yeryüzü kendi ekolojik, jeolojik koşulları sonucunda değişim geçirirken, insan nüfusunun artması ve yayılması, yerküreyi değiştirecek faktörlere bir yenisini eklemiştir.

## Antroposen: İnsan Çağı

Bu terimde insan vurgusu (*Anthropo: insan – Cene: yeni*) bulunması, yer-küre perspektifinden bakıldığında bir güzellemeden öte, olumsuzluğa vurgu yapmaktadır. Bu sözcüğün kullanım önerisi daha önceki yıllarda da yapılmasına rağmen, asıl vurgu Nobel Ödülü Sahibi Paul Crutzen ve ekolog Eugene Stoermer'in 2000 yılında yazdıkları makaleden (8) sonra, daha çok tartışılır hale gelmiştir. Her jeolojik dönem için bir başlangıç noktası (Golden Spike), zamanı belirlenmektedir. Crutzen ve Stoermer, antroposen başlangıcı için, sanayii devrimi ve James Watt'ın 1784 de buhar makinasını keşfetmesini dönüm noktası olarak önermişlerdir. Bunun



dışında başlangıcı, neolitik çağda Güney Doğu Asya'da pirinç tarımı ve geniş getiren hayvan yetiştirilmesinin neden olduğu metan emisyonlarına, Christopher Columbus'un Amerika kıtasını keşfine kadar götüren araştırmacılar da bulunmaktadır. Yine ikinci dünya savaşı sırasında kullanılan atom bombası sonrası da, antroposen başlangıcı için önerilmektedir.

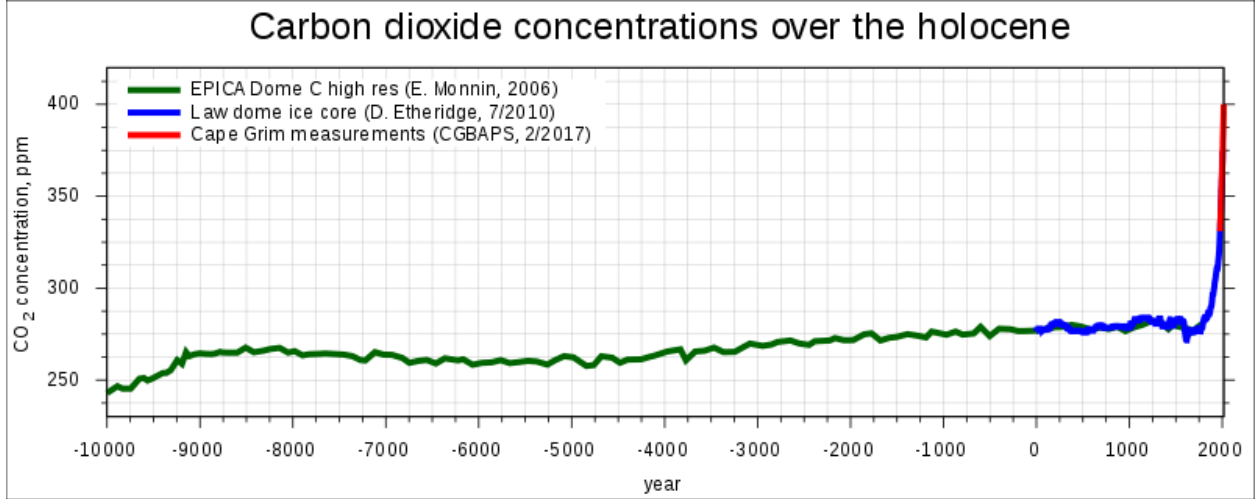
Öte yandan bu yeni dönem için başka isim önerileri de bulunmaktadır. Plantasyonosen, Kapitalosen gibi isimlerin önerilmesi dönemin hızla yok oluşa doğru gittiğini göstermek, uyarmak ve evrendeki tahribatın altını çizmeye yöneliktir. Donna Haraway ve Anna Tsing tarafından, özellikle kolonyal dönem ile başlayan plantasyonların, monokültür, işgücü dağılımı, toprak kullanımı gibi sonuçlarıyla gezegeni değiştirdiğini, bunun günümüzde de palmiye yağı, kauçuk vb. Bitkilerin plantasyonları ile devam ettiğini ifade ederek bu yeni dönemin Plantasyonosen olarak anılmasını önermektedirler. (9) Kapitalosen de bir başka isim önerisidir. Kapitalizmin doğayı ucuz bir meta olarak kullandığı ve çıktıları ile yeryüzünün ekolojik yapısını etkileyerek, küresel yok oluşa sürükleyen neden olduğuna dair bir göndermedir. (10)

## İklim Krizi ve Getirdikleri

Homo sapiens'in yeryüzüne yayılması ile lokal değişiklikler dışında doğanın dengesinde değişiklik gözlenmez iken, belirli bir aşamadan sonra insan ya da insanlık da yeryüzünü değiştirebilen önemli bir güç haline gelmiştir. İnsanlığın yeryüzünü değiştirme gücü ve potansiyeli günümüzde öyle bir noktaya gelmiştir ki, dünyayı altıncı kez büyük bir yok oluşa sürüklemektedir. Doğa üzerinde insan baskısı, insan temelli olarak doğaya yapılan çok sayıda müdahale, birbirleri ile etkileşerek, tüm ekolojik dengeyi bozar hale

Crutzen ve Stoermer, antroposen başlangıcı için, sanayii devrimi ve James Watt'ın 1784 de buhar makinasını keşfetmesini dönüm noktası olarak önermişlerdir.

gelmiştir. Bu ekolojik baskının birleştiği belki en önemli etki küresel ısının artmasıdır. Bu artışta en önemli rol, atmosferik sera gazları ve karbondioksit emisyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde dünya nüfusunun belirli bir kısmının faydalanabildiği, yerküre kaynakları (enerji, maden, doğal kaynaklar vb.) Tüketilerek üretilen teknolojik, bilimsel gelişmelerin arka planında, önemli ölçüde fosil yakıtların yakılması sonucunda ortaya çıkan enerji kullanılmakta ve sonucunda karbondioksit başta olmak üzere sera gazları atmosferde birikmektedir. Sera gazı artışı da küresel ısının artmasına neden olmaktadır. Şekil 1’de, Holosen çağı boyunca atmosferik karbondioksit konsantrasyonları izlenmektedir.



**Şekil 1: Holosene Dönem Boyunca Atmosferdeki Karbondioksit Konsantrasyonları**

(<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1d/Ghgs-epcia-holocene-CO2-en.svg>) (1.9.2020:21:21)

1950 yılından sonra hızla yükselen konsantrasyonlar yeryüzü geçmişinde kendi döngüsel süreçlerinde hiçbir zaman görülmemiş bir şekilde 400 ppm üzerine çıkan düzeylere ulaşmıştır. (11) 31 Ağustos 2020’de yapılan global ölçümde ise bu seviye 412.98 ppm’dir. (12) Karbondioksitin küresel ısıtmaya neden olan faktörler içerisindeki katkısı yüzde 64’dür. Halen atmosferdeki konsantrasyonları, endüstri öncesi dönemden yüzde 40 kadar daha fazladır. Diğer sera gazları miktar olarak karbondioksitten daha az olmalarına karşın, ısıyı tutma kapasiteleri daha yüksektir. Metanın küresel ısınmaya katkısı yüzde 17, nitrik oksidin katkısı ise yüzde 6’dır. Ayrıca florlu gazların endüstride çeşitli amaçlar ile kullanılması sonucu ortaya çıkan emisyonları da miktar olarak diğer faktörlerle karşılaştırıldığında oldukça az olmasına karşın, etki gücü açısından karbondioksitten 23 bin kat daha büyük sera gazı etkisi yapmaktadır. (13) Küresel ısınma sonucunda, 1,5°C’lik bir ısınma halinde, 105 bin tür üzerinde yapılan bir çalışmada, böceklerin yüzde 6’sı, bitkilerin yüzde 8’i ve omurgalı hayvan türlerinin de yüzde 4’ünün yok olacağı hesaplanmıştır. Isınma 2°C’ye çıkarsa, sırasıyla sayılan habitatın yüzde 18, yüzde 16 ve yüzde 8 oranında yok olacağı hesaplanmıştır (14) Küresel ısınmanın biyoçeşitlilik üzerindeki bu olumsuz etkisi, tüm ekolojik sistemin geri dönülmez bir şekilde değişmesine neden olacaktır

Küresel ısınma sonucunda, 1,5°C’lik bir ısınma halinde, 105 bin tür üzerinde yapılan bir çalışmada, böceklerin yüzde 6’sı, bitkilerin yüzde 8’i ve omurgalı hayvan türlerinin de yüzde 4’ünün yok olacağı hesaplanmıştır.

Yeryüzü kaynaklarının ‘insanlık’ adına ‘yağmalanarak’ elde edilen ulaşım, güvenlik, iletişim olanakları, eğitim, sağlık, yaşam konforu ve refahtan insanlığın belirli bir kısmı yararlanırken, önemli bir kısmının yeterince yararlanamadığı, hatta oldukça yoksul ve ilkel koşullar içerisinde yaşadığı bilinmektedir. İronik bir şekilde küresel ısınma sonucu yerkürede oluşan ve oluşacak tüm olumsuz değişikliklerden ilk önce ve en fazla bu yoksul kesimler etkilenmektedirler. Üstelik bu bedeli sadece yoksullar ödememekte, aynı zamanda insan temelli ulaşım, türlerin de yok olmasına biyoçeşitliliğin azalmasına neden olmaktadır.

Yerkürenin ekolojik durumu, her biri tüm insanlığı ve canlıları etkileyecek çok sayıda tehditler içermektedir. Günümüzde yeryüzünde buzul olmayan karasal alanların önemli bir kısmı, yüzde 75’i insan kullanımı ile etkilenmiştir. Ekili alanlar, karasal alanların yüzde 12-14’ünü oluşturmaktadır. 1961 yılından beri, kişi başı kalori tüketimi yaklaşık yüzde 30 civarında artmıştır. Bu artış, bitkisel yağ ve et tüketiminin artışı ile olmuştur. Bu artışa paralel olarak inorganik azotlu gübre kullanımı dokuz kat, tarımsal sulamada kullanılan su miktarı iki katına çıkmıştır. Ormanların yüzde 60-85’i, savanaların yüzde 90’ı, otlak ve meraların yüzde 70-90’ı insan kullanımı tarafından etkilenmiştir. Toprak kullanımının bu şekilde insan türünün lehine ya da çıkarlarına yönelik olması, yaşayan tüm canlı türlerinin çeşitliliğinde yüzde 11-14 arasında bir azalmaya neden olmuştur. (15) Özellikle küresel ısının artması, arktik bölgede bulunan permafrost tabakanın ve buzulların erimesine, okyanus sularının yükselmesine neden olmaktadır. Endüstriyel tarım amaçlı ormanların kesilmesi yerine monokültür plantasyonların yapılması, ekolojik dengeyi bozmakta ve biyoçeşitliliği azaltmaktadır. Ormansızlaşma, ormanların karbondioksit emme gücünü azaltarak, emisyonların yüksek kalmasını dolaylı olarak desteklemektedir. Tarım amaçlı olarak kullanılan azot bazlı gübreler, yağmur suları ile karışarak okyanuslara ulaşmakta ve okyanus sularını asitlendirmektedir. Bu da önemli bir karbondioksit tutucusu olan mercan resiflerinin ölmesine, popülasyonlarının azalmasına neden olmaktadır. Endüstriyel hayvancılık için yapılan tarım, tarım ilaçları ve gübre kullanımı, hayvanların toplu bir şekilde kapatılması ve barsak gazlarından metan çıkışı, bir yandan okyanus sularının asitlenmesine katkı sağlarken, metan gazı emisyonuna da neden olmaktadır. Dünya üzerinde yaşayan türlerin aleyhine olarak doğanın bu şekilde insan temelli kullanılması, toprak bozulmasına ve çölleşmeye yol açmaktadır. Ormanlar içerisinde yaşayan canlı türlerinin normalde insanlar ve diğer türler ile karşılaşma olasılığı çok düşük iken, ekvatorial kuşakta ormanların tarım amaçlı, madencilik ve kereste ticareti için kesilmesi, yakılması sonucu yoğun bir şekilde karşılaşmalarına neden olacak süreçlere yol açmaktadır. SARS-cov-2 salgınına neden olan korona virüsünün böyle bir süreç sonucunda ıslak et pazarlarında, kendi ekolojik ortamları içerisinde birbirleriyle temas etme olasılıkları çok düşük olan pangolin ile yarasanın karşılaşması sonucunda, virüsün pangoline geçtiği, mutasyon yaptığı ve insanlara bulaşabilir ve hastalık yapabilir hale geldiği düşünülmektedir.

Toprak kullanımının bu şekilde insan türünün lehine ya da çıkarlarına yönelik olması, yaşayan tüm canlı türlerinin çeşitliliğinde yüzde 11-14 arasında bir azalmaya neden olmuştur.



## Yarasalar ve Koronavirüs

Dünyadaki memeli popülasyonlarının yüzde 20'sini yarasalar oluşturmaktadır. Antarktika dışında tüm kıtalarda yaklaşık bin 300 civarında türü bulunmaktadır. Eko sistem için önemli bir yeri olan yarasaların eti gıda ve ilaç amaçlı olarak tüm bu coğrafyalarda tüketilmektedir. Yarasalar doğada insekt kontrolü, tohum yayılması, polen dağılımı gibi oldukça önemli bir işlev ve sahiptirler.

Yarasa türlerinin önemli bir kısmı bilindiğinin aksine kan ile değil, sinek, meyve ve nektar ile beslenirler. Sadece bazı türleri kan emerler. İnsanlara kuduz bulaştırdıkları bilinmektedir. Ancak pek çok başka virüs için de rezervuardırlar. Rezervuar; bulaşıcı bir ajanın süresi bilinmeyen bir süre hayatta kaldığı ekolojik bir ortamdır ve kendisi



hastalık belirtisi gösterebilir ya da göstermeyebilir. Spillover konak, rezervuar tarafından enfekte edilen yeni canlı türünü ve süreci tanımlamaktadır. Enfeksiyon yeni canlı popülasyonunda hastalık belirtileri göstermeyebilir. Özellikle viral ajanlar bu yayılma sırasında mutasyonlar geçirebilir. (16) Yarasalar, koronavirüsler gibi çok sayıda virüs taşımalarına rağmen, yüksek metabolik hızları ve immun sistemlerinin özelliği nedeniyle kendilerinde önemli bir hastalık oluşmaz.

Tek sarmallı RNA içeren bir virüs olan koronavirüslerin dört cinsi bulunmaktadır. Alphacoronavirus ve betacoronaviruslar memelilerde, gammacoronavirus ve deltacoronaviruslar temel olarak kuşlarda bulunmaktadır. Koronavirüsler, insanlarda ve hayvanlarda solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına neden olmaktadır. Genel olarak insanlarda üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden olmakta iken, Şubat 2003'te Çin Halk Cumhuriyeti Guangdong eyaletinde, akut solunumsal sendroma yol açması (SARS-Cov) ile dünya sağlık gündemine gelmiştir. Sekiz ay süren salgın dünya çapında yayılmış ve 8 bin 98 konfirme vaka ve 774 ölüme neden olmuştur. (17) Bu salgından yaklaşık on yıl sonra Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-Cov) olarak adlandırılan ve yüksek patojenite sahip yeni bir koronavirüs salgını Suudi Arabistan'da ortaya çıkıp 27 ülkede, 2 bin 206 konfirme vaka ve 803 ölüme neden olarak sonuçlanmıştır. Bu iki şiddetli ölümcül sonuçları da olan koronavirüs dışında hcov-OC43, hcov-NL63, hcov-HKU1 ve hcov-229E olarak adlandırılan hafif üst solunum yolu enfeksiyonuna yol açan dört cinsi daha bulunmaktadır. (18)

Alfa ve beta corona virüslerin doğal rezervuarı yarasalardır. Yarasalardan çoğunlukla başka hayvanlara bulaşmakta, onlar da hastalık yaparken geçirdikleri mutasyon sonrasında insanlara bulaşma özelliği kazanmaktadırlar. 2003'te Çin'de saptanan SARS-cov salgınında Misk kedileri kaynak olarak



düşünülmüş, daha sonra da yarasalardan misk kedilerine bulaştığı, onlardan da insanlara geçtiği ve insandan insana geçiş özelliği kazandığı bildirilmiştir. MERS-cov, salgınında ise hastalık develerden insanlara bulaşmıştır. 1980'lerde toplanmış deve serumlarında MERS-cov'a karşı antikorlar saptanmıştır. Ayrıca MERS-cov'ın filogenetik olarak develerdeki corona virüs kaynağının yarasalardan kaynaklandığına yönelik bulgular bulunmaktadır. (19)

2019 yılının son aylarında Çin Halk Cumhuriyeti'nde Wuhan'da ortaya çıkan ve COVID-19 olarak adlandırılan, SARS-cov2 virüsünün de kaynağının yarasalar olduğu, ara konak olarak pangolinler üzerinden insanlara bulaştığı gösterildi. (20) Koronavirüsler firavun faresi, deve, yılan, timsah ve maymun gibi ara konaklarda da gösterilmiştir. Ayrıca atlara bulaşp, insanlarda ölümcül sonuçlar doğurabilen diğer bir zoonotik hastalık olan *Paramyxoviridae* grubuna ait Hendra ve Nipah virusların da kaynağı yarasalardır. Nipah virusunun domuzlar aracılığı ile insanlara geçtiği düşünülmektedir. Hendra ve Nipah viruslara konakçılık yapan meyva yarasaları Avustralya, Endonezya, Malezya ve bazı pasifik adalarında bulunmaktadır. Eylül 1998 ile Nisan 1999 yılları arasında Malezya'da Nipah virusa bağlı ensefalit salgını sırasında, 265 kişi enfekte olmuş, bunların 105'i ölmüştür. (21)

### ***Islak Pazarlar (Wet Markets) Pangolin ve Yabani Hayvan Eti (Bush Meat)***

Yarasalar da dahil olmak üzere bir çok tür yabani hayvan, özellikle ormanlarda yaşayan yerel topluluklar tarafından tüketilmektedir. Bunlar o yerel topluluklar için önemli bir protein kaynağını oluşturmaktadır. Ormanlara yukarıda sayılan, kereste, madencilik vb. Gerekçeler ile çok kısa bir yol bile açılmış olması, diğer insanların bu alana girebilmesi için bir başlangıç olmaktadır. Orman

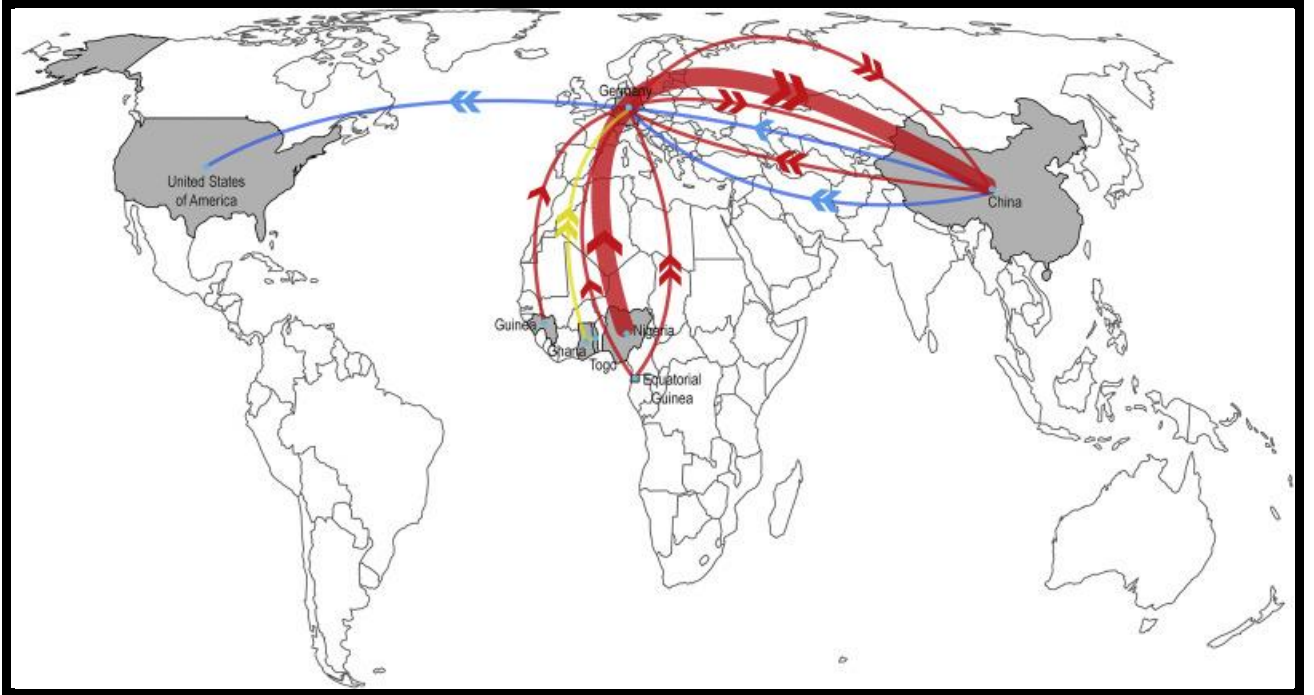


içerisinde ağaç kesen ve onları kamyonlar ile taşıyan çalışanlar için de yaban hayvanları ucuz et kaynağı oluşturmakta, zaman içerisinde bu alanlarda, yerel toplulukların kendi ihtiyaçları için avladıkları yaban hayvanları, daha yüksek miktarlarda avlanmaya başlanmakta ve yerleşim yerlerinde pazarlar kurularak oralara, yine bu kamyonları kullanan şoförler aracılığı ile taşınıp ticareti yapılmaktadır. Yerel yoksul nüfus açısından da ucuz protein kaynağı olan yaban hayvan eti Bushmeat olarak isimlendirilmektedir. (22) Çalılar arasında dolaşan hayvan eti anlamına gelen, yaban hayvan eti o kültürlerde ucuzluğu yanı sıra daha doğal (organik) ve temiz olarak da kabul edilmektedir. Bu nedenle geleneksel yerel ilaçların yapımında da kullanılmaktadırlar. Özellikle tropikal kuşağın olduğu Amazon Havzası, Orta Afrika ve Güneydoğu Asya başta olmak üzere dünya üzerinde önemli bir Bushmeat ticareti bulunmaktadır. Ana alıcısı Çin Halk Cumhuriyeti'dir ve dünyadaki bu merkezlerden Çin'deki bu pazarlara tonlarca yaban hayvan eti akmaktadır. Bushmeat sadece Çin'de değil, Vietnam ve Malezya gibi

Tropikal kuşağın olduğu Amazon Havzası, Orta Afrika ve Güneydoğu Asya başta olmak üzere dünya üzerinde önemli bir Bushmeat ticareti bulunmaktadır.

ülkelerde hem yerel halk tarafından, hem de lüks marketlerde ve restoranlarda lüks tüketim olarak yerini bulmaktadır. Önemli bir kısmı koruma altında olan bu türler, kaçak yollardan bu pazarlara ulaşmaktadır. Her ne kadar Çin Halk Cumhuriyeti, Vietnam, Malezya gibi belirgin bir coğrafyada bulunan ülkelerdeki Bushmeat ticareti öne çıkıyorsa da, dünyada yaygın bir yaban hayvan eti ticareti olduğu bilinmektedir. COVID-19 salgınında rol aldığı bilinen pangolinler tehdit altındaki türler arasındadır. 2010-2015 yılları arasında pangolin ticaretinin en yoğun olduğu ilk yedi ülke Çin, Vietnam, Malezya, Hong Kong, Tayland, Laos ve Endonezya'dır. Bu ülkeleri ise ABD, Nijerya ve Almanya takip etmektedir. (23) (Şekil 2)

**Şekil 2: Uluslararası Pangolin Ticaret Rotaları** (Heinrich S, Koehncke A, Shepherd CR)



### Gıda Güvenliği

Gıda güvenliği; bütün insanlar için, tüm zamanlarda beslenme tercihlerine göre aktif ve sağlıklı bir yaşam için, güvenli ve besleyici gıdaya fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak ulaşılabilirlik kavramını tanımlamaktadır. *Orta Dereceli Gıda Güvensizliği* kavramı, yeterli miktar ve/veya kalitede gıdaya ulaşma olanağının belirsizliğini ifade etmektedir. *Şiddetli Gıda Güvensizliği* kavramı ise gıdanın tükendiği, günler boyunca hiçbir gıdanın yenilemediği, insan sağlığı ve esenliğinin büyük risk altında olduğu durumları, açlığı ifade etmektedir. (24)

2019 Birleşmiş Milletler Raporu'na göre; 2018 yılında dünya nüfusunun yüzde 26.4'ü, Afrika nüfusunun yüzde 52.5'i, Latin Amerika nüfusunun yüzde 30.9'u, Asya nüfusunun yüzde 22.8'i ve Kuzey Amerika ile Avrupa nüfusunun ise yüzde 8'i orta dereceli ya da şiddetli gıda güvensizliği yaşamakta olduğu bildirilmiştir. Görüldüğü gibi, 'küresel kuzey' olarak tanımlanan Avrupa, Kuzey Amerika ile, 'küresel güney' olarak adlandırılan sahra altı Afrika, Güney Amerika ve Asya arasında önemli eşitsizlik bulunmaktadır.

Gıda güvenliği; bütün insanlar için, tüm zamanlarda beslenme tercihlerine göre aktif ve sağlıklı bir yaşam için, güvenli ve besleyici gıdaya fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak ulaşılabilirlik kavramını tanımlamaktadır.

dır. Bu orta ve şiddetli gıda güvensizliği yaşanan bölgelerin ortak özelliği, tropikal kuşak ve çevresinde olmaları, zengin doğal kaynakları, oldukça zengin orman ve yabanıl hayatın olduğu bölgeler olmasıdır. Bu bölgeler doğal kaynaklar bakımından da oldukça zengin olduğu kadar ekolojik çeşitliliğin tehdit altında olduğu bölgelere denk düşmektedir. Gıda güvensizliğinin yaşandığı bölgeler, aynı zamanda son yirmi yıldır önemli pandemilerin çıkış bölgeleridir. (25)

### **Kıyameti Beklerken**

Yerküremiz özellikle insan aktiveleri nedeniyle, adeta daha önce türlerin çoğunun yok oluşuna neden olan büyük yok oluşlar gibi yok olma tehditti altındadır. Dünyanın başına gelme olasılığı hiç de küçümsenmeyecek bir durum olan altıncı kez yok oluş, bitmez tükenmez kâr hırsı ve gezegen kaynaklarını neoliberal çıkarlar için sorumsuzca tüketmeye bağlıdır. İklim değişikliği bir tarihten sonra gelecek büyük bir felaketten öte, artık günlük hayatımızda çok sayıda gözlediğimiz sel, heyelan, şiddetli yağışlar, kuraklık, kıyıların sular altında kalması gibi etkilerini belki de bizlerden uzakta başkalarının hayatına değen şekilde görmekteyiz. Bu nedenle de sorunu yeterince içselleştirememiş olabiliriz. Ancak dünyayı şiddetle sarsan, hepimizi, ancak her zaman olduğu gibi en çok yoksul ve kırılgan grupları etkileyen, SARS-cov-2'nin neden olduğu büyük salgın, aslında küresel ekolojik dengelerin bozulması ile oldukça ilişkilidir. Belki de COVID-19 salgınının küresel ısınmanın tüm insanlığı birden etkilediği, hayatı önemli ölçüde değiştirdiği, bir tür beklenen iklim felaketi olduğunu düşünebiliriz ya da konuyu bu bakış açısı ile de görmeyi, bağlantıları kurmayı deneyebiliriz, denemeliyiz.

Bu yazı, konuya iklim değişikliğinin oluşmasında katkı sağlayan faktörlerin COVID-19 salgını bağlamında küresel bir felaket getirebileceğinin ipuçlarını arama amacıyla kaleme alınmıştır. COVID-19 salgını doğada her biri farklı mikrobiyal florası olan iki canlının (yarasa-pangolin), doğada yan yana gelme olasılığından çok yüksek bir şekilde temaslarına yol açan olaylar zinciri sonrasında gelişmiştir. Bir koronavirüsün yarasadan pangoline geçerek enfekte etmesi sonucunda ortaya çıkan mutasyon ile insanlara bulaşma yeteneği kazanması ve böylece pandemi yapar boyutlara ulaşır hale gelmesi söz konusudur.

Dünyanın pandemiye cevabı ülkeden ülkeye değişmektedir, ancak her ülkede en çok kırılgan nüfus etkilenmektedir –tıpkı diğer iklim felaketi örneklerinde olduğu gibi. Üstelik yarasa ve pangolini bir araya getiren koşullar ve nedenler devam ettikçe dünyanın yeni salgınlara gebe olduğunu söylemek hayalcilik olmasa gerekir. Bu salgın, 7 Eylül 2020 tarihi itibarı ile, başlangıcından itibaren sekiz ay geçmeden, 27 milyon 439 bin 53 kişinin hastalanıp, 895 bin 456 kişinin yaşamını yitirmesine neden olmuştur. (26)

Sözün kısası; kıyameti beklerken sanırım kendimizi içerisinde bulduk...

Dünyanın başına gelme olasılığı hiç de küçümsenmeyecek bir durum olan altıncı kez yok oluş, bitmez tükenmez kâr hırsı ve gezegen kaynaklarını neoliberal çıkarlar için sorumsuzca tüketmeye bağlıdır.

## Kaynaklar

1. Gibbard, Philip & Walker, M.. (2013). The term ‘Anthropocene’ in the context of formal geological classification. Geological Society, London, Special Publications. 395. 29-37. 10.1144/SP395.1.
2. Dellasala, DA, Goldstein MI, Elias, SA, et al. The Anthropocene: how the great acceleration in transforming the planet at unprecedented levels, dellasala, DA, Goldstein MI, Elias Encyclopedia of the Anthropocene 3. 2018 Elsevier Inc.;2018:p1-7. 10.1016/B978-0-12-409548-9.09957-7.
3. Van Uhm D.P. (2016) The Sixth Mass Extinction. In: The Illegal Wildlife Trade. Studies of Organized Crime, vol 15. Springer, Cham
4. <https://humanorigins.si.edu/evidence/human-fossils/species/australopithecus-afarensis> Başvuru: 30.8.2020 15:19
5. López, S., Van Dorp, L., & Hellenthal, G. (2015). Human Dispersal Out of Africa: A Lasting Debate. Evolutionary Bioinformatics, 11s2, EBO.S33489. Doi:10.4137/ebo.s33489
6. Stringer, C., & Galway-Witham, J. (2018). When did modern humans leave Africa? Science, 359(6374), 389–390. Doi:10.1126/science.aas8954
7. Harvati, K., Röding, C., Bosman, A. M., Karakostis, F. A., Grün, R., Stringer, C., ... Kouloukoussa, M. (2019). Apidima Cave fossils provide earliest evidence of Homo sapiens in Eurasia. Nature. Doi:10.1038/s41586-019-1376-z
8. Crutzen, P.; Stoermer, E. F. The “Anthropocene”. Global Change Newsletter of the International Geosphere–Biosphere Programme 2000, 41, 17–18.
9. Haraway, D. (2015). Anthropocene, Capitalocene, Plantationocene, Chthulucene: Making Kin. Environmental Humanities, 6(1), 159–165. Doi:10.1215/22011919-3615934
10. Moore JW. Anthropocene or Capitalocene? Nature, History, and the Crisis of Capitalism: In: Anthropocene or Capitalocene? Nature, History, and the Crisis of Capitalism Edited by Jason W. Moore © 2016 PM Press.1-11
11. <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1d/Ghgs-epcia-holocene-CO2-en.svg> (1.9.2020:21:21)
12. [https://www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/gl\\_trend.html](https://www.esrl.noaa.gov/gmd/ccgg/trends/gl_trend.html) (2.9.2020: 13:33)
13. [https://ec.europa.eu/clima/change/causes\\_en](https://ec.europa.eu/clima/change/causes_en) (4.5.2020; 15:42)
14. IPCC, 2018: Global Warming of 1.5°C. An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty [Masson-Delmotte, V., P. Zhai, H.-O. Pörtner, D. Roberts, J. Skea, P.R. Shukla, A. Pirani, W. Moufouma-Okia, C. Péan, R. Pidcock, S. Connors, J.B.R. Matthews, Y. Chen, X. Zhou, M.I. Gomis, E. Lonnoy, T. Maycock, M. Tignor, and T. Waterfield (eds.)].p.18 In Press.
15. Elbehri, A., Challinor, A., Verchot, L., Angelsen, A., Hess, T., Ouled Belgacem, A., Clark, H., Badraoui, M., Cowie, A., De Silva, S., Erickson, J. Joar Hegland, S., Iglesias, A., Inouye, D., Jarvis, A., Mansur, E., Mirzabaev, A., Montanarella, L., Murdiyarso, D., Notenbaert, A., Obersteiner, M., Paustian, K., Pennock, D., Reisinger, A., Soto, D., Soussana, J-F., Thomas, R., Vargas, R., Van Wijk, M. & Walker, R. FAO-IPCC Expert Meeting on Climate Change, Land Use and Food Security: Final Meeting Report; January 23-25, 2017 FAO HQ Rome. FAO and IPCC, 2017.
16. Markotter W, Coertse J, De Vries L, Geldenhuys M, Mortlock M. Bat-borne viruses in Africa: a critical review [published online ahead of print, 2020 Feb 18]. J Zool (1987). 2020;10.1111/jzo.12769. Doi:10.1111/jzo.12769
17. CDC Severe Acute Respiratory Syndrome. <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars.html>. ( 10.5.2020)
18. Banerjee A, Kulcsar K, Misra V, Frieman M, Mossman K. Bats and Coronaviruses. Viruses. 2019;11(1):41. Published 2019 Jan 9. Doi:10.3390/v11010041
19. Cui, J., Li, F. & Shi, Z. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol **17**, 181–192 (2019).

20. Lorentzen HF, Benfield T, Stisen S, Rahbek C. COVID-19 is possibly a consequence of the anthropogenic biodiversity crisis and climate changes. Dan Med J. 2020 Apr 28;67(5). Pii: A205025.
21. Weekly epidemiological record 79, 2004, 86-88
22. Wolfe ND, Daszak P, Kilpatrick A, Burke DS. Bushmeat Hunting, Deforestation, and Prediction of Zoonotic Disease. Emerg Infect Dis. 2005;11(12):1822-1827.
23. Sarah Heinrich, Arnulf Koehncke, Chris R. Shepherd, The role of Germany in the illegal global pangolin trade, Global Ecology and Conservation, Volume 20, 2019, e00736, ISSN 2351-9894,
24. <http://www.fao.org/hunger/en/> (8.5.2020. 14:03)
25. Holst J. Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. Global Health. 2020;16:42. Published 2020 May 6. Doi:10.1186/s12992-020-00573-4
26. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (7.9.2020: 23:50)



## TEK SAĞLIK

### Dr. Adnan Serpen

Veteriner Hekim, İzmir Veteriner Hekimleri Odası Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu

### Özet

İnsan, hayvan ve ekosistem arasındaki ilişki dünyanın var olduğu günden bu yana süre gelmektedir. Bu üçlü arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Ekosistemde meydana gelen her türlü değişiklikler doğrudan insan ve hayvan sağlığına yansımaktadır. Her iki canlıda meydana gelen sağlık sorunları insanın avcılık ve yerleşik döneme geçtiği dönemlerden günümüze kadar sürmektedir. İnsan ve hayvalar arasında ki ilişki köklü kültürel değerler ile bağlantılıdır. İnsanoğlunun yaklaşık 10 bin yıl önce tarım devrimiyle yerleşik döneme geçmesiyle bu iki canlının yaşamış olduğu sağlık sorunları insanoğlunu çözüme zorlayarak gözlem yapmasını sağlamıştır. Bunun sonucunda insan gerek kendisi, gerek birlikte yaşadığı hayvanlarında sağlık sorunlarıyla ilgilenerek ve karşılaştırmasını yaparak bir takım tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Bu yöntemleri geliştirirken zaman zaman doğadan faydalanmış, doğada meydana gelen değişimi dikkatle izlemiştir. Doğadaki değişim insanı bazı tedbirler almaya sevk etmiştir. Özellikle yıl içinde dört mevsimde oluşan coğrafi şartlar bu değişimin en önemli can alıcı noktalarındandır. Dünyada yaşanan sanayi devrimiyle birlikte “Ekosistem + Hayvan + İnsan” üçgeninde daha ciddi sağlık sorunlar gündeme gelmeye başlamasıyla bilim insanları bu sağlık sorunlarını çözüme kavuşturabilmek için bu üçgeni oluşturan alanlarla daha yakından ilgilenmeye başlamıştır. Çünkü sanayileşme ile birlikte tüm dünyada ciddi ekolojik tahribatlar yaşanmaya başlandı ve hâlâ da bu tahribat bütün hızıyla sürmektedir. Bunun sonucu 1950 yılında dünya üzerinde görülen toplam zoonoz sayısı 86 iken günümüzde bu sayı 2002 yılı itibarıyla 832’ye ulaşmıştır. Son yıllarda ortaya çıkan hayvan orijinli koronavirus vakaları tüm dünyayı tehdit eder hale gelmesinin arkasında dünya önemli bölgelerinde bulunan yaban hayat ekosisteminin tahribatı bulunmaktadır. Bugün tüm dünyayı kasıp kavuran SARS-cov-2 bunlardan birisi olup aynı zamanda bir zoonozdur. Bu koronavirus’un meydana getirdiği COVID-19 pandemisi ne yazık ki bugüne kadar engellenememiş, tüm dünya bu pandemi karşısında adeta çaresiz kalmıştır. Tüm uzmanlar COVID-19 pandemisiyle mücadele edebilmek için “disiplinlerarası işbirliği ve beraber çalışma ruhu” gerektiğini dile getirmektedir. Bu birlikte çalışma ruhu 2007 yılında Amerikan Veteriner Hekimleri Birliği ve Amerikan Tabipler Birliği’nin çok sayıda bilim insanı ile birlikte

Sanayileşme ile birlikte tüm dünyada ciddi ekolojik tahribatlar yaşanmaya başlandı ve hâlâ da bu tahribat bütün hızıyla sürmektedir. Bunun sonucu 1950 yılında dünya üzerinde görülen toplam zoonoz sayısı 86 iken günümüzde bu sayı 2002 yılı itibarıyla 832’ye ulaşmıştır.

Washington DC’de tüm dünyaya deklare ettikleri yeni bir sağlık yaklaşımı olan “Tek Sağlık” ile mümkün. Günümüz dünyasında zoonotik hastalıkların kaynağı konumunda olan yaban hayatı koruyan bir sağlık anlayışının olmaması, insanlar arasında hayvan kökenli zoonotik hastalıklarda ciddi artışlar yaşanması, insanlarda görülen bulaşıcı hastalıklarının yüzde 75’nin hayvan kökenli, zoonotik olması “Tek Sağlık (One Health)” anlayışını gündeme getirmiş ve başta DSÖ [WHO (World Health Organization)], UN/FAO [United Nations / Food and Agriculture Organization (Birleşmiş Milletler Gıda Tarım Teşkilatı)], OIE [Office International des Epizooties (Uluslararası Dünya Bulaşıcı Hayvan Hastalıkları Örgütü <U.D.B.H.H.Ö )] gibi dünya çapında önemli kuruluşlar olmak üzere tüm dünyaca benimsenmiştir. İnsan, hayvan ve ekosistem üçlüsü arasında oluşturulacak entegre bir sağlık anlayışı olan “Tek Sağlık” anlayışına dayalı sağlık anlayışı ile özellikle yaban hayatı koruyan, yaban hayat kaynaklı bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Çünkü özünde “Yaban Hayat ve Ekosistem Sağlığı”nın korunması yer almaktadır. Günümüz dünyasında uygulanmakta olan sağlık sistemi “Koruma Tedaviden Önemlidir” prensibinden uzak, tıbbın farklı disiplinlerini bir araya getirmede gibi eşgüdüm içinde çalışmasını önleyen ve sağlığa ayrılan kıt kaynakların en yararlı bir şekilde kullanılmasına müsaade etmeyen, “Yaban Hayat ve Ekosistem Sağlığı”nın korunmasını esas almayan, halkın sağlığının korunmasından ziyade ticari zihniyetle pekiştirilmiş bir sağlık anlayışı yapısına sahip bir sistem olduğu için “Tek Sağlık” anlayışına ihtiyaç var. Tek Sağlık, halka daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek için “koruma tedaviden üstündür” prensibinin esas alındığı, birden fazla farklı sektörlerin iletişim halinde olduğu, birlikte entegre çalıştığı, geleceğe yönelik olarak ortak politikaların ve fikirlerin üretildiği, sağlığın bütünsel olarak korunmasına yönelik farklı disiplinlerin birlikte ortak araştırmalar yaptığı bir uygulama ve yaklaşımdır. O nedenle sağlıkta “Tek Sağlık” gibi işbirlikçi yaklaşımlar umut vericidir, ulusal ve küresel sağlığın korunması için gerekli ve önemli bir sağlık yaklaşımıdır.

## Giriş

Bir hekimin başlıca üç hedefi vardır. Birinci hedefi, insanları hasta etmemek; ikincisi, hastalıkları vaktinde teşhis ederek başkalarına bulaşmasına mani olmak; üçüncüsü de hastaların tedavisiyle uğraşmak. Tıbbın bu üç hedefinden birincisi ve ikincisi hekimliğin en esaslı gayelerini oluşturur. Bu iki esas gaye insan ve veteriner hekimliğinde müşterektir. Bu iki meslek bu amaçlarına ulaşmak için her iki kardeş tababet birçok şubeleriyle geçmişten günümüze kadar durmaksızın çalışmış ve çalışmaktadır. (1)

Sağlık hizmetlerinin birinci amacı ve sağlık personelinin temel sorumluluğu, kişilerin sağlıklı yaşamaya devam etmelerini sağlamak ve hasta olmamaları için çalışmak için çalışmaktır. Ancak, herkesi her hastalıktan korumak olanaksızdır. İşte o zaman, hekimin ikinci görevi olan hastaları tedavi ve rehabilite etmek devreye girmektedir. (2) İnsan hekimi ve veteriner hekimliği meslekleri, tıbbın üç ana hedefini ve hekimliğin esas gayesini oluşturan

birinci ve ikinci hedefler ile müşterek gayeye sahip olmaları, sağlık hizmetlerinin birinci amacı için ortak hareket etme mecburiyetinde olduklarını ortaya koymaktadır. Çünkü 1762 yılında Fransa'nın Lyon şehrinde dünyada ilk olarak veteriner hekim yetiştirmek amacıyla açılan veteriner okulu faaliyete geçtiğinde veteriner hekimliği mesleğinin, veteriner biliminin sadece hayvan sağlığından ibaret olduğu düşünülmüş olsa da çok kısa bir süre içinde böyle olmadığı, insan sağlığının korunmasına yönelik katkıda bulunabilecek bir çok bilimsel yönlerinin de olduğu görülür ve o tarihlerden bugüne bu işbirliği sürüp gelmiştir. Nitekim bir veteriner hekim kadar bilgili olan ünlü tıp bilim insanı Prof. Dr. Rudolf L. K Virchow (1821-1905) 1855 yılında *Trichinella* ile ilgili yapmış olduğu araştırma sonucunda karşılaştığı patojenin o güne kadar karşılaştığı patojenlerden çok farklı bir patojen olması nedeniyle zoonosis terimini kullanarak insan ve hayvan enfeksiyonları arasında bağlantı kuran ilk bilim insanı olarak bu çalışmasıyla bilimsel, tarihi gerçeği dile getirir ve “Ben sadece şunu bilirim ki; insan tıbbı ile veteriner tıbbı arasında bir fark yoktur, olmamalıdır da, zaten bir alanda elde edilen deneyim diğer alanın gelişmesini destekleyecektir” şeklinde açıklamalarda bulunarak insan ve veteriner tıbbının işbirliğinin önemini vurgular. Daha sonra, Almanya’da Prof. Dr. Rudolf L.K Virchow’un yanında kısa bir süre çalışan öğrencisi modern tıbbın babası olarak bilinen Kanadalı Dr. William Osler (1849-1919), “Veteriner Hekimlik ve İnsan Hekimliği birbirini tamamlamaktadır ve tek tıp/tek hekimlik olarak düşünülmeli, kabul edilmelidir “ şeklinde ki açıklamalarıyla hocası olan Virchow’u desteklemiştir. Aradan geçen uzun bir süre zarfında her iki meslek 20. Yüzyılda kendi alanlarına çekilmiş, bu işbirliğinden uzaklaşmışlardır. Fakat 21. Yüzyıla gelindiğinde tıpta ve insanların yaşam standartlarında dikkat çekici ilerlemeye rağmen tüm dünyada insan sağlığında yaşanan sağlık sorunları tüm dünyada ki sağlık otoritelerini bu sorunların çözümü için bir araya sevk etmiştir. Epidemiyolojinin babası olarak bilinen Prof. Dr. Calvin W.Schwabe, (1927-2006) 21. Yüzyılın en önemli zorluklarından olan “Zoonozlarla Mücadelede”, tıbbın iki farklı disiplini olan “İnsan Tıbbı” ile “Veteriner Tıbbı”nın işbirliğini önererek “TEK TIP, TEK SAĞLIK” çatısı altında toplanarak ortak hareket etmeleri halinde başarı elde edilebileceğini belirtmiştir. (3) Üç baskı halinde yayınlamış olduğu “Veterinary Medicine and Human Health” adlı kitabının ilk baskılarında bahsettiği “Tek Sağlık (One Health)” terimini, aynı kitabının 1984 yılında yayınlanan üçüncü baskısında tekrar kullanarak kitabın birinci bölümünde “The Challenge of “One Medicine” başlığı ile bu konuya geniş yer vermiştir.



### **Tek Sağlık Nedir? Ve Nasıl Ortaya Çıktı?**

“Tek Sağlık” yeni bir kavramdır. Geçmiş 1800’lü yıllara kadar uzanmakla birlikte tarihin değişik dönemlerinde rastlamaktayız. Gelişme süreci Hipokrat (M.Ö 370-460)’a kadar uzanır. Hipokrat ilk defa halk sağlığının temiz bir çevreye bağlı olduğu kavramını “On Airs, Waters, and Places” başlıklı yazısında belirterek ortaya atmış ve geliştirmiştir. (3) İnsanlık tarihine baktığımızda tüm dönemlerde insan hastalıklarıyla, hayvan hastalıklarının daima ilişkili olduğu görülmektedir. Hatta ilk insanlar, yaşadıkları mağaraların duvarlarına çizdikleri hayvan figürleri ve av sahneleriyle insan ve hayvan ilişkisini anlatmaya çalışmışlardır. Eski çağlardan beri çeşitli parazitlerin insan ve hayvanlarda ortak olarak bulunduğu ya da birinden diğerine bulaştığı bilinmekteydi. Ortaçağ boyunca gerek Avrupa’da gerekse İslam uygarlığı etkilerinin görüldüğü ülkelerde yazılmış tıp eserlerinde insanlarla birlikte at, köpek, balık ve diğer evcil hayvan türlerinin parazitleri ve bunların neden olduğu hastalıklara birlikte yer verilmiştir. İlk insan toplulukları kendilerinde ya da hayvanlarında ortaya çıkan hastalıkların nedenlerini, açıklama getiremedikleri doğa olayları gibi olağanüstü bazı güçlere bağlamışlardır. Hayvanlarda görülen hastalıkların hem ekonomik hem de sağlık yönünden insanları etkilemesi hastalıklardan korunma ve sağlıklı olma yolunda çeşitli kuralları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle bazı dinlerde ve onların kitaplarında parazitlerle bulaşmış hayvanların etlerinin tüketilmesi yasaklanmıştır. Kurallar belirlenmesine rağmen insanlığı, insanlar arasında görülen salgın hastalıklar kadar hayvan salgınları da son derece korkutmuş, özellikle insan ve hayvanlarda görülen salgınlar çok sayıda ölüme, kıtlık ve açlığa neden olmuştur. Hekimlikteki yeni buluş ve uygulamalar insan sağlığına olağanüstü katkılar yaparken, hayvan hastalıkları tüm ülkelerde zarar boyutlarını genişleterek devam ediyordu.

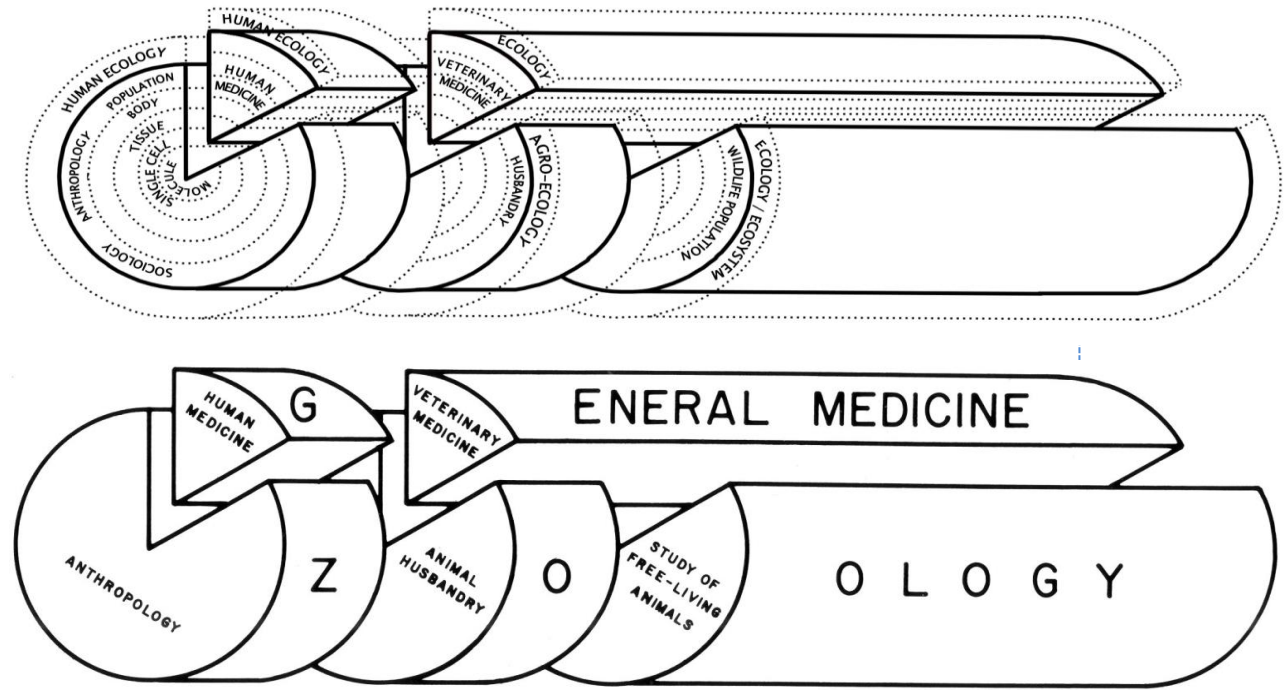
Batı Avrupa’da 1711 ile 1769 yılları arasında elli yıl içinde 200 milyondan fazla sığır, sığır vebasından ölmüştü. (4) O tarihlerde veteriner hekim yetiştiren okullar olmaması nedeniyle veteriner hekimliği mesleği mevcut değildi. Hayvan sahipleri insan, hayvan fark etmez, ikisi de benzer canlılar deyip çareyi zamanın insan hekimlerine gidip yardım istemişler. Hekimler hayvanlarda görülen hastalıkların çok farklı bir hekimlik alanı olduğunu bunun için çok özel bir eğitim gerektiğini belirtmişlerdir. Nitekim zamanın hekimlerinden İtalya’da Dr. Lancisi ve İngiltere’de Dr. Bates hastalığın söndürülmesi için hazırladıkları ve ülkelerinin hükümetlerine sundukları raporda gerekli önlemlerin alınması yanında hastalıkla başarılı olunabilmesi için “Veteriner Hekimliği” okullarının açılmasının zorunlu olduğunu ilk kez dile getirmişlerdir. Bu öneri 13 Şubat 1762 tarihinde Claude Bourgelat tarafından dikkate alınarak Fransa’nın Lyon şehrinde dünyanın ilk “Veteriner Okulu”nun açılması ile dünyada ilk veteriner hekimliği eğitimi böylece başlamış olur. (3) Bazı bilim insanları dünyada Veteriner Hekimliği eğitiminin Lyon’da başlamasıyla “Tek Sağlığın Doğuşu” olarak bilimsel konferanslarda ve kongrelerde dile getirmektedirler. (5) Nitekim “Veteriner Hekimliği” eğitiminin başladığı yıllarda veteriner hekimliği mesleğinin faaliyet alanının sadece tarım sektörü içinde hayvan sağlığına yönelik olduğu kabul edilmiş olsa da zaman içinde “Veteriner Hekimliği Mesleğinin” faaliyet alanının

İlk insan toplulukları kendilerinde ya da hayvanlarında ortaya çıkan hastalıkların nedenlerini, açıklama getiremedikleri doğa olayları gibi olağanüstü bazı güçlere bağlamışlardır.

sadece hayvan sağlığı hizmetiyle sınırlı olmadığı insan sağlığına yönelik bir takım katkılarının da olabileceği fark edilir ve ilk ortak çalışma “Bulaşıcı Hastalıklara” yönelik olarak insan hekimliği ve veteriner hekimliği işbirliği başlar. Bu iş birliği sayesinde, mikrobiyoloji alanında çok önemli interdisipliner çalışmaların yapılmasıyla dünyada mikrobiyoloji biliminin temellerinin atılması gerçekleşir. Aynı dönemde bir veteriner hekim kadar bilgili olan patolog, fizyolog, anatomist, antropolog, halk sağlıkçı, sosyal hekimliğin en önemli temsilcilerinden olan ünlü Alman tıp bilim insanı Prof. Dr. Rudolf L.K Virchow önemli bir halk sağlığı sorunu olan *Trichinella* ile ilgili 1855 yılında yapmış olduğu araştırma ile elde ettiği bilgiler sayesinde dünyada ilk kez insan ve hayvan enfeksiyonları arasında bağlantı kuran bir bilim insanı olarak veteriner hekimli mesleğinin ve veteriner tıbbının insan sağlığı için vazgeçilemez bir öneme sahip olduğunu görür ve “Ben sadece şunu bilirim ki; insan tıbbı ile veteriner tıbbı arasında bir fark yoktur, olmamalıdır da, zaten bir alanda elde edilen deneyim diğer alanın gelişmesini destekleyecektir” şeklinde açıklamalarda bulunarak tarihi bir gerçeği dile getirir. Aynı şekilde kısa bir süre yanında çalışan öğrencisi olan ve modern tıbbın babası olarak da bilinen Kanadalı Dr. William Osler, “Veteriner Hekimlik ve İnsan Hekimliği birbirini tamamlamaktadır ve tek tıp/tek hekimlik olarak düşünülmeli, kabul edilmelidir” şeklinde açıklamalarda bulunarak hocası olan Virchow’u desteklemiştir. (3) 21. Yüzyıla gelindiğinde birbirini tamamlayan bu iki mesleğin, gerek insan ve hayvan sağlığı arasındaki yakın etkileşim, gerek insan ve veteriner sağlık çalışanlarının çıkarları arasında ki benzerliği dikkate alan Prof. Dr. Calvin W. Schwabe vefatından kısa bir süre önce “Tek Tıp, Tek Sağlık” çatısı altında birlikte ortak hareket edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Çünkü 21. Yüzyılda sayıları gittikçe artan zoonozlar ile mücadelede başarının ancak bu iki mesleğin “Tek Tıp, Tek Sağlık” çatısı altında toplanmaları halinde mümkün olabileceğini belirtmiştir. (6) Dünyada ‘Tek Sağlık’ 2000’li yıllara kadar “One Medicine / Tek Tıp”, 2000-2008 arasında “One World-onehealth /Tek Dünya-Tek Sağlık” olarak gündem olmuştur. Uluslararası literatürde 2008’den sonra, “One Health / Tek Sağlık” olarak kullanılmaya başlamıştır. (7)

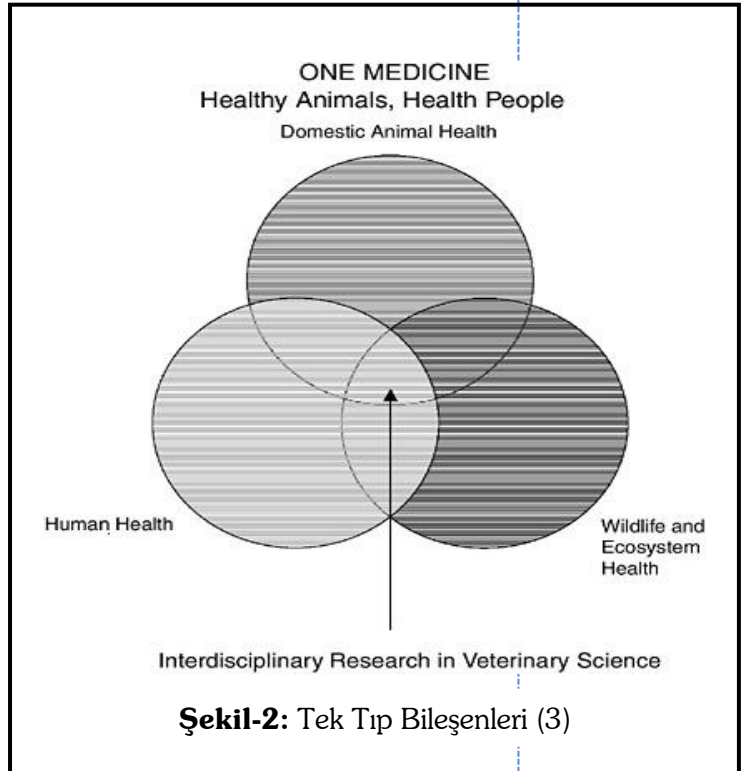
İnsan ve veteriner hekimliği meslekleri tıbbın iki farklı disiplinidir. Ünlü tıp bilim insanı Prof. Dr. Rudolf L.K Virchow, “Ben sadece şunu bilirim ki; insan tıbbı ile veteriner tıbbı arasında bir fark yoktur, olmamalıdır da, zaten bir alanda elde edilen deneyim diğer alanın gelişmesini destekleyecektir” şeklinde belirttiği gibi bir alanda elde edilen deneyim diğer alanın gelişmesini desteklemektedir. Çünkü her iki meslek de Şekil-1’de görüldüğü üzere tüm türlere ait anatomi, fizyoloji, patoloji, epidemiyoloji ve etiyolojiden oluşan ortak bir havuzdan beslenmektedir. Yine veteriner hekimliğin, genel hekimlik hizmetleri içindeki faaliyet alanı insan hekimliği ile kıyaslandığında oldukça geniş bir alanı kapsamakla birlikte (Şekil-1) her ikisi de genel tıbbın anatomi, fizyoloji, patoloji ve tüm türlerdeki hastalıkların kökenleri konularında ortak bilgi birikimini paylaşır. (8) Lyon’da “Veteriner Okulu”nun açılması ile mikrobiyoloji alanında devrim niteliğinde gelişmenin sağlanması, Virchow ile birlikte hücrel patoloji alanında önemli çalışmalar yapması ile veteriner tıbbı ile insan tıbbını karşılaştırmalı tıp olarak bir araya getirmiştir. (3, 6)





**Şekil 1:** İnsan ve veteriner hekimliği mesleklerinin genel hekimlik içindeki payları, hayvan ve insan sağlığı ilişkisinin genel sistem içindeki dinamikleri ve hayvanların sosyo-ekolojik sistemde dağılımı. (6, 8)

Tek Tıp, 1964 yılında hayvan ve insan sağlığı arasındaki karşılıklı ilişkiyi ve hayvanlarla insanlar arasında bulaşabilen zoonotik hastalıkları veya “zoonozları” önleme ve kontrol etmenin tıbbi gerçeklerini anlatabilmek için dünyaca ünlü epidemiyolog Prof. Dr. Calvin W. Schwabe’nin ortaya attığı bir terimdir, kavramdır. Bu sayede tüm dünya zoonozların insanlar, gıda kaynakları ve ekonomileri için oluşturduğu risklerin farkına varır. (9) Tek Tıp, tüm insan ve hayvan sağlığı ile ilgili hastalıklarının genel ifadesidir (Şekil-2). İnsan ve hayvan sağlığında konu olan hastalıklar zoonozlardır. Bir diğer husus ise insan sağlığına yönelik olarak deney hayvanlarında yapılan bilimsel çalışmalar bu iki mesleğin “Tek Tıp”ta birleştikleri ortak alandır.



**Şekil-2:** Tek Tıp Bileşenleri (3)

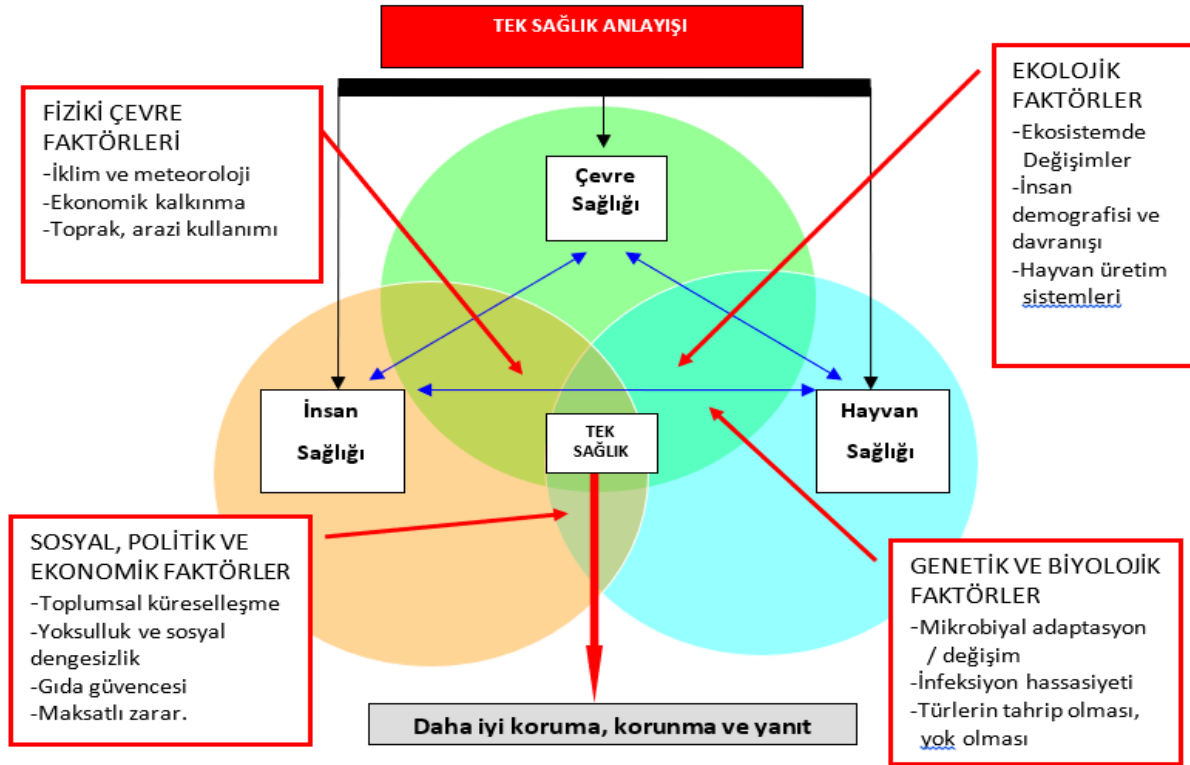
Tek Sağlık ise daha geniş bir sağlık ve hastalık anlayışı ile yalnızca insan, evcil hayvan ve yaban hayatı sağlığının birlikte ele alındığı uzlaşa ile elde edilebilecek bir yaklaşımdır. Çünkü böyle bir sağlık anlayışı; insan, evcil hayvan ve yaban hayatı sağlığı ile hastalıklarının insanlara, gıda kaynaklarına ve ekonomilerine ve biyolojik çeşitliliğe yönelik tehdit oluşturmaları ara-

sındaki temel bağı kurmak hepimizin ihtiyaç duyduğu sağlıklı ortamları ve işleyen ekosistemleri korumak için çok önemlidir. (10)

### **Neden Tek Tıp, Tek Sağlık?**

1. Hem yeni yeni zoonoz hastalıkların her geçen gün mevcut zoonoz hastalıklara dahil olması, hem de bazı zoonoz hastalıkların tekrar eder bir biçimde tüm dünya’da ortaya çıkması
2. Birçok hastalığın çevre, insan ve hayvan kaynaklı olması ve ilişkilerin kompleksliği konusunda yetişmiş personele olan ihtiyaç;
  - Veteriner hekimler ile insan hekimlerinin fizyoloji, patoloji, epidemiyoloji gibi temel tıp bilimlerinde ortak bilgi havuzlarının olması ve veteriner hekimlerin zoonoz hastalıklar konusunda tür genişliğine sahip olması nedeniyle bilgi kapsamlarının geniş olması nedeniyle bu ihtiyaca cevap verebilecek kapasite de olmaları
3. Gıda güvenliği, gıda koruma, beslenme, gıda kaynaklı hastalıklar ve protein kaynaklarının sağlanmasına yönelik sorunların giderek artması
4. Zoonoz hastalıkların erken dönemde tespit edilmesinde bütünleşmiş bir gözetim sistemi nin sağlanarak zaman kazanılmasının gerekliliği
5. Halk sağlığı alanında veteriner hekimler ile insan hekimleri ve halk sağlığı profesyonellerinin işbirliğine olan ihtiyaç:
  - Kişisel sağlık açısından
  - Toplum sağlığı açısından
  - Karşılaştırmalı tıp araştırmaları açısından
6. Yeni hastalıkları ortaya çıkması ve artışı
7. Bio-Agro terörizm açısından
8. Acil yardım taleplerine yanıt verebilmek için
9. Multidisipliner biomedikal araştırmalar için
10. Sakatlıkların önüne geçilmesi ve özürhaneler için
11. Antibiyotik direnci açısından
12. Çevre sağlığı açısından
13. Ruh sağlığı açısından
14. Başta hayvan kaynaklı yaralanmalar ve kazalar olmak üzere çeşitli yaralanma ve kazaların önlenmesi ve bu tip olaylarda acil müdahale için
15. Mesleki iş sağlığı açısından
16. Sağlık eğitimi açısından

17. Obezitenin önlenmesi, fiziksel aktivite açısından “Tek Tıp Tek Sağlık Konsepti”nin gerekliliğini ve önemini mecbur kılmaktadır. (11-13) (Şekil-3)



Şekil 3: Tek Sağlık Anlayışı (3)

Amerikan Veteriner Tıp Birliği [American Veterinary Medical Association (AVMA)], 2006 yılı içerisinde halk sağlığının iyileştirilmesi adına, insan ve veteriner tıbbının birleştirilmesi konusunda çalışmalara başlayarak nisan ayında veteriner hekimlerin, insan tıbbı ile ilgilenen diğer meslektaşlarıyla ortaklaşa çalışma yolları konusunda öneride bulunmak için on iki kişiden oluşan bir çalışma grubu oluşturarak çalışmalarına başlar. Aynı şekilde Amerikan Tabipler Birliği [American Medical Association (AMA)], AVMA ile diyalogun geliştirilmesi, tıp okulları ile veteriner biliminin arasındaki bağın güçlendirilmesi, gözlemlene süreçinde birlikteliğin desteklenmesi ve tür bariyerleri arasında teşhis, ilaç ve aşı gelişiminin desteklenmesi adına düzenlenen “**Tek Sağlık Girişimi One Health Initiative**” şeklinde bir önerge ile veteriner birliğinin hazırladığı proje konusunda kendilerinin destekleyeceklerini bildirirler. Önerge, Haziran 2007’de AVMA’nın Washington DC’deki toplantısında kabul edilir. “Tek Tıp Tek Sağlık Konsepti” verilen önerge ile “Tek Sağlık Konsepti” şeklinde evrilerek çalışmalara dünya çapında devam edilmesine karar verilir. Tek Sağlık Konsepti’nin onaylanmasına; Amerikan Tropikal Tıp ve Hijyen Birliği [American Society of Tropical Medical and Hygiene (ASMTH)], AVMA, AMA ve 300’den fazla ünlü bilim adamı, insan hekimleri, veteriner hekimler (Türkiye’den o tarihlerde A.B.d’nin Boston şehrinde bulunan İzmir Veteriner Hekimleri Odası Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu adına Veteriner Hekim Arzu Temizyürek

destekledi), nobel ödülüne sahip kişiler, bilim insanları, hükümet liderleri ve ulusal bilim akademisi üyeleri katıldı ve start verildi. Bugün tüm dünyadaki insan hekimleri ve veteriner hekimlerle, bu meslek mensuplarının meslek örgütleriyle iletişim halinde global anlamda halk sağlığına yönelik “Tek Sağlık” uygulamaları konusunda meydana gelen gelişmeler hakkında sürekli bilgilendirmeler **“Tek Sağlık Girişimi One Health Initiative”** merkezi tarafından yapılmaktadır. (11) Tek Sağlık tanımı üzerinde uluslararası kabul görmüş tek bir tanım yoktur, ancak birkaçı önerilmiştir. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri ve Tek Sağlık Komisyonu tarafından paylaşılan en yaygın olarak kullanılan tanım şudur: Tek Sağlık, yerel ve evrensel anlamda; insanların, hayvanların ve çevrenin optimal sağlığına ulaştırılması için multipldisiplinlerin birlikte çalışarak işbirliği aracılığıyla dünya sağlığının (global sağlığın) korunması veya güvenliğinin sağlanmasıdır. (14, 15) Tek Sağlık, belirli disiplinlerin yerini almak veya önemini azaltmak için değil, daha ziyade, farklı disiplinlerden bilgilerini bir araya getirerek ilgili konuları daha etkin bir şekilde öngörmek ve ele almak için onların katkılarını ve katılımını sağlayan bir anlayıştır. (16)

Türkiye’de “Tek Sağlık”, A.B.d’deki gelişmelere paralel olarak ilk defa İzmir Veteriner Hekimleri Odası, Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu Üyesi Veteriner Hekim Arzu Temizyürek tarafından kaleme alınan ve Veteriner Hekimleri Derneği Dergisi’nin 2007 yılı, dört sayısında yayınlanan “Veteriner Hekimler ile İnsan Hekimleri Tek Sağlık Konseptine Geri Dönüyorlar” başlıklı makalesi ile gündeme taşınmıştır. Tüm bu gelişmeler ışığında Türk Veteriner Hekimleri Birliği ile Türk Tabipleri Birliği 25 Nisan 2009 tarihinde “Tek Dünya – Tek Sağlık” bildirgesini imzalamıştır. İzmir Veteriner hekimleri Odası tarafından çeşitli tarihlerde çalıştaylar düzenlenmiş ve düzenlenmekte, çeşitli televizyon programlarına katılarak, yine İzmir Veteriner Hekimleri Odası, Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu Üyeleri tarafından çeşitli konferans, kongre ve sempozyumlara katılarak kamuoyu ve bilim insanları Tek Sağlık konusunda bilgilendirilmektedir. İzmir Veteriner Hekimleri Odası ve İzmir Veteriner Hekimleri Odası, Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu’nun dışında çeşitli meslek kuruluşları, üniversiteler ve bilimsel dernekler benzer etkinliklerde bulunmaktadır. Bu etkinlikler dünya ile kıyaslandığında yeterli mi? Elbette hayır...

Tek Sağlık uygulamalarının aşama aşama hayata geçirilmesi gerekiyor. Tek Sağlık Girişimi’nin amaçlarından bazıları şöyle sıralanabilir:

1. İnsan tıbbı, veteriner tıbbı okulları ile halk sağlığı okullarının eğitim sistemindeki entegrasyonu
2. Profesyonel yayınlar, konferanslar ve sağlık örgütleri arasında disiplinlerarası iletişimin geliştirilmesi
3. Türler arası hastalık aktarımları üzerinde araştırmaların yapılması
4. İnsan, hayvan ve yaban hayvanı hayatı hastalıklarının gözlemleme kontrollerinin entegrasyonu
5. Hem insan hem de hayvanları etkileyen örneğin diyabet, kanser, otoimmün hastalıklar ve obezite gibi hastalıklar konusunda karşılaştırmalı araştırmaların yapılması

Tek Sağlık, yerel ve evrensel anlamda; insanların, hayvanların ve çevrenin optimal sağlığına ulaştırılması için multipldisiplinlerin birlikte çalışarak işbirliği aracılığıyla dünya sağlığının (global sağlığın) korunması veya güvenliğinin sağlanmasıdır.

6. Türler arası hastalıkların kontrolünde ve önlenmesinde yeni teşhis metotlarının, ilaçların ve aşıların değerlendirilmesi ve geliştirilmesi konusunda akademiler, işletmeler ve hükümetler arasında birlikteliğin sağlanması
7. Halkın ve siyasi liderlerin haberdar edilmesi ve eğitilmesi konusunda birlikte hareket edilmesi (14)

Tek Sağlık Konsepti'nin faaliyet alanları ise şöyle sıralanabilir (14):

1. Biyomedikal araştırmalar
2. Biyoterörizm
3. Besin güvenliği ve koruma
4. Global besin ve su üretim sistemleri
5. Enfeksiyöz hastalıklar
6. Mikrobiyoloji eğitimi
7. Antimikrobiyal dirençlilik
8. İklim değişikliğinin etkileri
9. Halk Sağlığı
  - a. Ulusal
  - b. Uluslararası
10. Çevre sağlığı ve çevrenin korunması
11. Bulaşıcı hastalıkların ekolojisi
12. Veteriner ve profesyonel çevre sağlığı ve organizasyonları
13. Yaban hayatın korunması ve desteklenmesi
14. Karşılaştırmalı tıp
15. Koruyucu hekimlik

“Tek Sağlık” faaliyet alanında görev alan meslek grupları ise hemşireler, hekimler, diş hekimleri, veteriner hekimler, epidemiyologlar, halk sağlığı danışmanları, halk sağlığı uzmanları, endüstriyel hijyenistler, çevre uzmanları, laboratuvar bilimcileri, sosyologlar, sağlık eğitimcileri, yaban hayat biyologları, hayvan yetiştiriciliği yapanların temsilcisi, bilim insanları, istatistikçiler ve hukukçuları kapsamaktadır (17)

### **“Tek Sağlık” Konsepti Faaliyetleri**

#### *Eğitim Alanında Yürütülen Çalışmalar:*

Günümüzde dünyanın karşı karşıya kaldığı sağlık tehditleri tek sağlık konseptinin tekrar hayata geçirilmesini gerekli kılmış ve 2007 yılından itibaren hayata geçirilmiştir. Özellikle insan (halk) sağlığı - hayvan sağlığı ve ekosistem sağlığı ilişkisinin konusunda yeterli derecede eğitilmiş kişilerin eksikliğini gidermek için, bugüne kadar üniversiteler bünyesinde çeşitli eğitim programları hayata geçirilmeye başlanmış ve başarılmıştır. Bu gereksinimi vurgulamak için Illinois Veteriner Koleji ile Chicago Halk Sağlığı Okulu 2004 yılında veteriner hekimlere çift diploma sunan DVM/MPH [Doctor of Veterinary Medicine/Master of Public Health (Halk Sağlığı Master HSM)] programını oluşturmuştur. Veteriner tıbbın ilk dört yıllık doktora programına başlayan öğrenciler ilk yıllarında, beş yılda tamamlayabilecekleri çift diplomaya sahip olabilecekleri HSM programına başvurabilmeleri sağlanmıştır. Tufts Üniversitesi Veteriner Hekimliği Okulu'nda veteriner hekimler,



çift diploma kapsamında aynı şekilde Halk Sağlığı çalışmalarının bir kısmını Tufts Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde devam ederek gerçekleştirmişler/gerçekleştirmektedirler. (14)

Yine tıp öğrencilerine veteriner tıbbını tanıtmak ve zoonoz hastalıkların tanıtılması amacıyla veteriner fakültelerinde, okulları ve kolejlerinde eğitim verilerek bilgilendirilmeye çalışıldı. Aynı şekilde veteriner fakültesi, okulu ve koleji öğrencilerine de insan hastalıkları konusunda bilgilendirme çalışmaları yapıldı/yapılıyor. Klinik bilimlerinden özellikle ortopedi konusunda ortak çalışmaların yapıldığı üniversiteler mevcut. Entegrasyonun geliştirilmesi adına ilgili fakülte ve okulların açılış konuşmalarında dekanlar öğrencileri konsept konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirerek ve mezuniyet törenlerinde ise karşılıklı okulların öğrencileri birbirlerine davet ederek aradaki ilişkiler, işbirliği güçlendirilmektedir. (11)

Türkiye'de tıp ve veteriner fakültelerinde benzer çalışmalardan bahsetmek çok zor. Ancak, sadece YÖK (Yüksek Öğretim Kurulu) onaylı, Kocaeli Üniversitesi'nde 2016-2017 eğitim öğretim yılından itibaren "Tek Sağlık ve Biyogüvenlik" dersi lisans dersi olarak Dr. Öğretim Görevlisi Rüştü Taştan tarafından, Balıkesir Üniversitesi, Kapsüt Meslek Yüksek Okulu'nda "Tek Sağlık Uygulamaları" adı altında Dr. Öğretim Görevlisi Orkun Babacan tarafından eğitim verilmektedir. (18)

#### *İş Hayatında ve Bilim Alanında Uygulamaya Yönelik Yürütülen Çalışmalar:*

A.B.d'de HSM programına katılarak belgelerini alan insan ve veteriner hekimler başta besin (gıda) güvenliği dahil çevre sağlığı gibi halk sağlığını ilgilendiren bir çok alanlarda A.B.d'lerinin FDA (Food and Drug Administration), CDC (Centers for Disease Control and Prevention), FSIS (The Food Safety and Inspection Service) ve CFSAN (The Center for Food Safety and Applied Nutrition) gibi önemli bir çok kuruluştaki uzman statüsü ile kontrol ve denetim dahil, bilimsel çalışmalar bir çok alanda ve konularda görevlendirilerek istihdam edilmektedirler. 2007 yılındaki tespitlere göre FDA bünyesinde habersiz baskın denetim yapan, topladıkları örnekleri FDA laboratuvarına gönderen MPH (HSM) yapmış 700 dolayında Halk Sağlığı Müfettişi görev yapmaktaydı. Bu müfettişler besin (gıda)ların hazırlanması ve dağıtılması dışında A.B.d'de her eyalette veya eyaletler arasında karayolları üzerinde bulunan besin (gıda) tüketim merkezlerinin (restaurant ve fast food türü iş yerleri) düzenlenmesi ile ilgili görevleri de bulunuyor. (11)

Halk sağlığı konusunda özellikle Yellow Fever-Sarı Humma hastalığının birçok sivil ve hekimin ölümüne yol açtığı 1800'lü yıllarda tıbbi araştırmalarıyla ünlü "John Hopkins Tıp Merkezi", veteriner hekimler ile insan hekimlerinin birlikte araştırmalarını yürüttükleri bir merkez konumundadır. Bu merkez Moleküler Karşılaştırmalı Patobioloji Departmanı'nda (The Department of Molecular & Comparative Pathobiology) olmak üzere veteriner hekimler ve insan hekimleri tarafından yürütülen birçok çalışma mevcuttur.

Departman özellikle insan hastalıklarında hayvan modellerinin geliştirilmesi konusuna odaklanmış ve araştırma çalışmalarını şu konular üzerine devam ettirmektedir:

- AIDS hastalığının hayvan modelini oluşturmak
- Kardiyovasküler hastalıklar ve kanser üzerine rodent modellerinin araştırılması
- Rodent fenotiplendirilmesi

Departman ayrıca hem insan sağlığı hem de hayvan sağlığı alanında aşağıdaki konular da önemli buluşlara da hizmet etmiştir :

- HIV'in Lentivirus olarak identifikasyonu
- Kistik fibrosis gen terapisi
- Kızamık aşısının geliştirilmesi
- Kanser genetik temelini identifikasyonu (11)

Bugün Tek Sağlık uygulaması çerçevesinde karşılaştırmalı ve disiplinlerarası araştırmalar insan sağlığına yeni bir bakış açısı getirmekle kalmayıp bilimsel gelişmelerin bir alandan diğer bir alana ya da bir türden diğer bir türe aktarılmasını sağlayarak halk sağlığının korunmasına büyük hizmet etmektedir. Bu çerçevede günümüz kalkınmış dünya ülkelerine baktığımızda, halk sağlığı, bütüncül sağlık anlayışıyla donanmış, multidisipliner bilim insanlarıyla etkileşim içinde olan ve etkinlik sürdüren sağlık yaklaşımı olarak ele alındığını görüyoruz.

#### *Yasal Anlamda Halk Sağlığı Açısından Yürütülen Çalışmalar:*

Halk sağlığı açısından Tek Sağlık uygulamalarına yönelik olarak veteriner ve insan hekimlerinin çalışmalarını daha etkin hale getirebilmek ve yürütebilmek için her iki meslek mensuplarını bir araya getiren işbirliği çalışmalarına yönelik olarak bilim adamları tarafından yasal anlamda bir takım yapısal zemin oluşturma çalışmalarına hız verilmiştir. (14) Her iki meslek alanlarının çeşitli birimlerinde (AVMA ile AMA arasında) sürekli güncellenen yukarıda bahsi geçen önergelerin imzalanması gibi.

A.B.d'de AVMA ve AMA tarafından "Tek Sağlık" konusunda alınan kararların her iki meslek kuruluşunca onaylanıp safha safha uygulamaya başlanması üzerine FVE [Federation of Veterinarians of Europe (Avrupa Veteriner Hekimleri Federasyonu)] tarafından yakından izlenmiş, alınan kararların salgın bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından önemli bulduklarını resmi internet sitelerinde bildirmişler ve özellikle bu kararların AB'nin zoonozlarla ilgili direktiflerinde yer alacağı dile getirilmiştir. Alınan kararların besin (gıda) güvenliği açısından da ayrı önemi olması nedeniyle Hollanda Halk Sağlığı Enstitüsü'nden Prof. Dr. Roel Countinho, birçok insan hastalıklarının hayvan ve hayvansal ürünlerle geçmesi söz konusu olduğu için hayvan ve insan hastalıklarının tek bir sağlık kavramı olarak ele alınmasını onayladığını belirtmiştir. AB'nin önemli kuruluşlarından EFSA [The European Food Safety Authority (Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi)], "Tek Sağlık Konsepti"ndeki gelişmeler ışığında A.B.d'deki FDA ile işbirliğine gittiklerini dile getirerek özellikle besin (gıda) güvenliği risklerinin değerlendirilmesi açısından "Tek Sağlık Konsepti" çerçevesinde alınan kararların ilk anlaşma olma özelliğini taşıdığını dile getirmişti. (11) Bunların dışında Amerika Bir-

Tek Sağlık uygulaması çerçevesinde karşılaştırmalı ve disiplinlerarası araştırmalar insan sağlığına yeni bir bakış açısı getirmekle kalmayıp bilimsel gelişmelerin bir alandan diğer bir alana ya da bir türden diğer bir türe aktarılmasını sağlayarak halk sağlığının korunmasına büyük hizmet etmektedir.

leşik Devletleri'nde Tek Sağlık yaklaşımına dayanan birçok düzenleyici ve yasal olmayan eylemin halk sağlığı açısından yararlı olduğu görülmüştür. Örneğin, ABD Gıda ve İlaç İdaresi'nin küçük kaplumbağaların satışına getirdiği yasak sonucunda, 1976 ile 1980 yılları arasında çocuklar arasında her yıl tahminen 100.000 salmonelloz vakasını önlediğini gösterdi. Bununla birlikte, düzenlemeler parçalı ve / veya uygulanmamış olmaya devam etmekte bu da halk sağlığının sürekliliğini tehdit etmektedir. (16)

#### *İnsan Hekimleri ile Veteriner Hekimlerini Buluşturan Konferanslar:*

Önergenin kabul edilmesi ile birlikte; zoonoz hastalıklarla ilgili olarak hem halkı bilinçlendirmek hem de hekimlerin ve halk sağlığı çalışanlarının eğitilmesi, koordinasyonun sağlanması ve iletişimin geliştirilmesi için konferans, seminer ve toplantılar düzenlenmiştir. Bunlardan bir tanesi 4 Aralık 2007 tarihinde ABD'nin Rhode Island eyaletinde gerçekleştirildi. (14) İnsan hekimleriyle veteriner hekimleri bir araya getiren konferansta, konuşmacı olarak her biri kendi alanı ve zoonoz hastalıklar, enfeksiyöz hastalıklar konusunda uzman olan veteriner hekim ve insan hekimleri bulunmaktaydı. Bu tarihten sonra dünyanın değişik yerlerinde ve merkezlerin de benzer konferans toplantılar düzenlendi ve düzenlenmeye devam edilmektedir. Türkiye'de şimdiye kadar çok sınırlı sayıda benzer konferanslar yapılmış olsa da gerçek anlamda insan hekimi ile veteriner hekim'lerin bir araya gelip tartıştıkları "Tek Sağlık Uygulamalarına" yönelik bir konferanstan bahsetmek çok zor.

#### *Halk Sağlığı Açısından Tek Sağlık Uygulamalarına Yönelik Diğer Çalışmalar:*

Hayvan ve insan enfeksiyöz hastalıklarının gözlemlene prosedürlerinin bir araya getirilip harmonize edilmesi gereklidir. Ancak bu konuda yurt dışında toplantılar yapılmasına rağmen ülkemizde böyle bir çalışmadan bahsetmek pek mümkün değildir. Bunun en canlı örneği SARS-cov-2 koronavirüs pandemisinde yaşanmaktadır.

Veteriner hekimler ile halk sağlığı çalışanlarının yeni ve olağandışı olan zoonotik patojenler ile mücadelede yeni teknikler konusunda karşılıklı olarak eğitilmesi ve laboratuvar teşhisi konusunda geliştirilmesi konusunu bahsedebiliriz. (11)

#### **"Tek Sağlık" ve COVID-19**

Küresel anlamda yılda bir milyardan fazla insan zoonozlardan kaynaklanan enfeksiyon vakasına maruz kalmakta, bir milyon insanın ise zoonozlardan hayatını kaybettiği belirtilmektedir. (16) Tüm bu gerçekler ortada iken DSÖ tarafından yapılan çalışmalarda 21. Yüzyılda sağlık hizmetlerinin herkese ulaştırılması amaçlandığı, bu amacın gerçekleştirilmesi için iki yol izlendiği, bunlardan birincisinin; sağlığı insan gelişiminin merkezi olarak görmek, ikincisinin ise; insanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayacak sürekli sağlık birimlerinin kurulması olduğu, yaklaşık 20 yılı aşkın bir süre zarfında bu amaç doğrultusunda özel sağlık birimlerinin önemli çalışmaları olmasına karşın ancak bu süre zarfında sektörler arası yardımlaşmayı sağlamayan politik kararlar bu alanda daha fazla yolun

kat edilmesini engellendiğini (19) dile getirmesi dikkat çekicidir. Yine tüm dünyada bürokratik zorluklar, Tek Sağlıkın somut ve sürekli uygulanmasının önünde önemli engeller oluşturmaktadır. (16) Yaşanan bu sıkıntılar bugün tüm dünyada ve ülkemizde yaşanmakta olan SARS-cov-2 koronavirüse bağlı ortaya çıkan COVID-19 Pandemisiyle mücadeleyi zorlaştırmaktadır. Çünkü COVID-19 pandemisi mücadelesinde başarılı olabilmek, geriye dönüşü çok zor olabilecek ekonomik tahribatı önlemek veya azaltabilmek için A.B.D Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'ndan sayın Prof. Dr. Gökhan Hotamışlıgil'in belirttiği gibi "disiplinlerarası işbirliği ve beraber çalışma ruhunu" kazanmamız gerekiyor. (20) Dünya üzerinde böyle bir çalışma ruhu ancak Tek Sağlık ile mümkün görünmektedir. COVID-19 ile mücadelede sektörler arası işbirliği asla yadsınamaz, başarılı olabilmek için sektörler arası interdisipliner çalışmaya ihtiyaç var. Çünkü COVID-19'a neden olan SARS-cov-2 koronavirüsü bir zoonozdur. Zoonoz ile mücadelelenin temelinde, özünde insan hekimi ile veteriner hekimin muhakkak interdisipliner çalışma mecburiyeti bulunmaktadır.

Halk sağlığı açısından önemli olan endemik ve ortaya çıkan zoonotik hastalıkların etkisini azaltmak, çok sektörlü işbirliği ve disiplinler arası ortaklıklar gerektirir. (21) Bugün dünya üzerinde insanlarda ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların yüzde 75'inden fazlasının köken olarak zoonotik olması disiplinlerarası, çok sektörlü "Tek Sağlık" yaklaşımı, etkili önleme ve kontrol için kilit bir strateji olarak görülmektedir. (22) Küresel zoonozla mücadelede "Tek Sağlık", ihtiyaç duyulan bütüncül, tek bir hedefe yönelmeyi, ortak karar vermeyi sağlayan bütünleştirici bir sistemdir. (3) Zoonotik hastalıklar, hayvanlar ve insanlar arasında bulaşan enfeksiyonlardır ve ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların başlıca kaynağıdır. (23)

Zoonozların bir hayvan, bir de insan boyutu vardır. Zoonozların insana kadar olan safhası doğrudan veteriner hekimleri, insana bulaşmasından itibaren ise doğrudan insan hekimlerini ilgilendirmektedir. Zoonozların insana olan bulaşmasından itibaren her ne kadar insan hekimlerini ilgilendirse de zoonozun kontrol altına alınması açısından veteriner hekimler insanda yaşanan vakaları yakından takip ederler/etmek zorundadırlar. Çünkü bazı zoonozlar çok ciddi mutasyon özelliğine sahip oldukları için insandan tekrar hayvana, hayvandan tekrar insana veya doğadaki hayvanlara bulaşarak yayılma özelliği gösterir. Tüm bunların olmaması için zoonozlar ile mücadelede insan hekimleri ile veteriner hekimler arasında karşılıklı bilgi alışverişi çok önemlidir ve kaçınılmazdır. Karşılıklı bilgi alışverişi aynı zamanda bir otokontrol görevi görür ve gözden kaçan ayrıntılar veya önemli konular olduğunda taraflar karşılıklı olarak birbirlerine aktararak alınacak tedbirlerin, yapılacak mücadelenin gözden geçirilmesi sağlayarak kontrol sağlanır. Tek Sağlık böyle bir işbirliğinin temellerini atarak hayata geçmesini sağlayarak ulusal ve küresel düzeyde halk sağlığının korunmasına büyük bir katkıda bulunur. Tek Sağlık kavramı, insanlar, hayvanlar ve paylaşılan çevreleri arasındaki sağlık ilişkileriyle ilgilendiği için bu üçlünün sağlıklarından birisinde bir sorun yaşandığında bu sorunu ve bu sorunun yaşandığı canlı grubunun saptanmasını kolaylıkla sağlar. Değişen ortamlarda birden çok türü ve patojeni etkileyen karmaşık sorunları ele alıp çözüme kavuş-

Halk sağlığı açısından önemli olan endemik ve ortaya çıkan zoonotik hastalıkların etkisini azaltmak, çok sektörlü işbirliği ve disiplinler arası ortaklıklar gerektirir.

turmak için hekim, veteriner hekim ve diğerleri arasında profesyonel işbirliğini destekler. O nedenle COVID-19 ile mücadelede Tek Sağlık büyük önem taşır.

Hayvan, insan ve çevre dünyası birbirine bağlıdır, bu durumda bir dizi faydanın yanında zoonoz ve çok faktörlü kronik hastalıklarında yayılmasına neden olur. Tek Sağlık, insanlar, hayvanlar ve çevre için en uygun sağlığı sağlamak için halk sağlığı, sağlık hizmetleri, ormancılık, veterinerlik, çevre ve diğer ilgili disiplinlerden yerel, ulusal ve küresel uzmanlar arasındaki bütüncül bir tür işbirliğini ifade eder. Tek Sağlık yaklaşımı, ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklarla, SARS veya Ebola gibi zoonotik tehditlerle mücadelede küresel olarak standart yaklaşım olarak giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Tek Sağlığın uygulanmasındaki başlıca darboğazlar, uygulamak için yasal bir çerçevenin bulunmaması, farklı devlet kurumları ve özel kurumlar arasında zayıf koordinasyon, hayvan hastalıklarının uygun şekilde gözetim eksikliği, sektörler arasında zayıf veri paylaşım mekanizması ve sınırlı bütçenin olmasıdır. (23)

Hayvanlar ve insanlar arasındaki yakın temasın yanı sıra, diğer faktörler muhtemelen bulaşıcı hastalıkların türlerarası bulaşmasına katkıda bulunur. En büyük endişe kaynağı olan endemik zoonotik hastalıkların üstesinden gelmek için farklı sektörleri bir araya getirerek yeni tehditler ortaya çıkmadan önce hayvan, insan ve çevre sağlığı sektörleri arasında koordinasyon ve işbirliği için etkili mekanizmalar oluşturmak çok önemlidir. (21) Bu nedenle COVID-19 mücadelesinde “Tek Sağlık” ve insan hekimi ve veteriner hekim işbirliği büyük öneme sahiptir. Çünkü uzun yıllar hayvanlardaki koronavirüs vakalarıyla ilgilenen veteriner hekimler oldukça insan tıbbının sahip olmadığı geniş koronavirüs birikimine sahipler. Bugüne kadar hayvan koronavirüslerinden toplanan bu veriler günümüzde SARS-cov ‘nun daha detaylı tanınmasına yardımcı olmaya devam etmektedir. (24) Tüm bunların yanı sıra COVID-19 21. Yüzyılın, yaygın insan ölümlerine ve milyonları aşan sayıda insanın hastalanmasına neden olan COVID-19 pandemisi çeşitli uluslararası krizler yaratmış bulunmaktadır. Bu ağır krizin “Tek Sağlık” kapsamında çözüme kavuşturulabilmesi amacıyla önlemek ve kontrol etmek için işbirliğinin sadece insan hekimi ve veteriner hekimlerden ibaret olmayıp bu iş birliğinin daha büyük ve geniş kapsamlı olduğunu aynı zamanda yaban hayatı uzmanlarını, çevrecileri, antropologları, ekonomistleri ve sosyologları da içermesi gerektiğini dünyanın önemli bilim insanları ve devlet adamları dile getirmektedir. İşte Tek Sağlık böyle bir disiplinler arası birliğini teşvik etmek ve desteklemek için önerilmekte olan bir kavramdır.

Bugün tüm dünyanın COVID-19 pandemisinden kurtulması ciddi anlamda organize edilmiş böyle bir işbirliğine bağlıdır. Türkiye açısından baktığımızda böyle bir kavramdan ve iş birliğinden fersah fersah uzak olduğunu görüyoruz. Mücadele bir plan dahilinde değil dünyanın değişik bölgelerindeki vakalarda yaşanan gelişmeler dikkate alınarak hastane odaklı, yoğun bakımlarına hasta akışını azaltmaya yönelik bir politika güdülmektedir. Oysa asemptomatik vakaların ilk sokağa çıkma kısıtlamaları döneminde yapılması gerekirken bugüne kadar yapılmadığı görülmektedir. Bir diğer husus ise epidemiyolojik uygulamalar bilimsel kurallar çerçevesinde yapılması gere-

Türkiye’deki COVID-19 mücadelesi, bir plan dahilinde değil, dünyanın değişik bölgelerindeki vakalarda yaşanan gelişmeler dikkate alınarak hastane odaklı ve yoğun bakımlarına hasta akışını azaltmaya yönelik bir politika olarak sürdürülmektedir.



kirken buna uyulmuyor ekonomik kaygılar göz önünde bulundurularak yapılmakta ve dolayısıyla COVID-19 pandemisiyle mücadelede istenen sonuç alınamamaktadır.

Tek Sağlık açısından baktığımızda göze çarpan bir aksaklıkta Türk Tabipler Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği Merkez Konseyi gibi kuruluşların “Bilim Kuruluna” ve illerde oluşturulan pandemi kurullarına gerek tabip odalarının, gerekse veteriner hekimleri odalarının kabul edilmemesi COVID-19 ile mücadeleyi olumsuz etkilemektedir. Tek Sağlık açısından baktığımızda Türkiye’de COVID-19 ile mücadelede veteriner tıbbi camiası ile insan tıbbi camiası arasında elle tutulur, gözle görülür bir işbirliğinden bahsedemeyiz. Bu iki alan arasında büyük bir kopukluk vardır ve söz konusu kopukluk belirli aralıklarla toplanan “Bilim Kurulu” toplantılarına daha sonradan dahil edilen iki veteriner hekim bilim insanının katılımı ile giderilmiş gibi görünse de göstermelidir.

Oysa Tek Sağlık kapsamında Mart 2020’den itibaren veteriner tıbbi camiası ile insan tıbbi camiası asemptomatiklerin tespitine yönelik ortak epidemiyolojik çalışma yapabilirdi Gerek hayvanlarda, gerek insanlardaki korona vakalarının izlenmesi ve erken teşhis gibi çalışmaların veteriner tıbbi camiası ile insan tıbbi camiasının birlikte eşgüdüm halinde “Tek Sağlık Konsepti” çerçevesinde yürütmeleri durumunda hem mevcut salgınla mücadelede hem de gelecekteki salgınların olası tahminleri için kritik ve önleyici eylemler için bizlere önemli ipuçları verecektir. Bugün ülkemizin çok ağır bir şekilde yaşadığı COVID-19 salgını bertaraf edebilmesi için “disiplinlerarası işbirliği ve beraber çalışma ruhunu” çok gecikmeden kazanmamız gerekiyor –ki bu da ancak “Tek Sağlık” ile mümkündür.

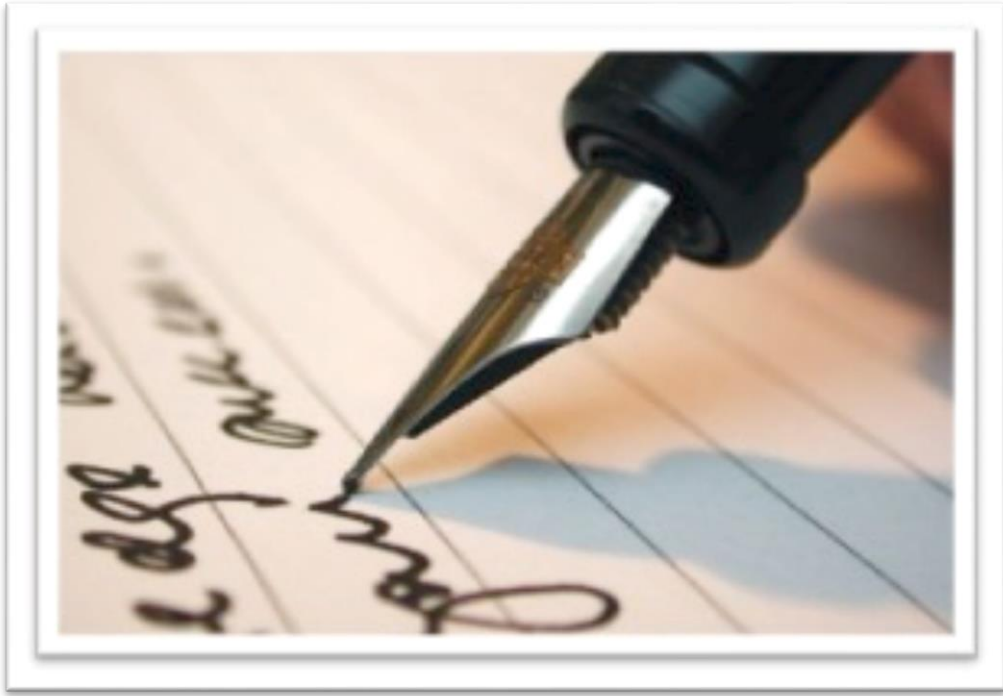
Tek Sağlık kapsamında Mart 2020’den itibaren veteriner tıbbi camiası ile insan tıbbi camiası asemptomatiklerin tespitine yönelik ortak epidemiyolojik çalışma yapabilirdi.

### Kaynakça

1. Aygün, ST. (1937) Bulaşık ve Salgın Hastalıklar Bilgisi. Ankara
2. İnce, N. Sağlık Hizmetlerinin Dünyada ve Türkiye’de sunumu, sağlık insan gücü. Erişim tarihi 10 Şubat 2018
3. Yılmaz, O ve ark. (2018) Zoonozlarla Mücadelede Veteriner Halk Sağlığı ve Tek Sağlık. İzmir.
4. Özgür, A. (1995) Türkiye’de Veteriner Hekimliği Halk Sağlığı Çalışmalarının Tarih-sel Gelişimi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
5. Shimshony, A. (2011) Participatory surveillance (involving farmers and paraprofessionals). OIE Global Conference on Evolving Veterinary Education for a Safer World, 12–14 October 2009 Paris (France). 57-62, Erişim Tarihi 08.09.2020 <https://www.oie.int/doc/ged/D12079.PDF>
6. Zinsstag, J. Ve ark. (2005) Potential of cooperation between human and animal health to strengthen health systems. The Lancet, Volume 366, Issue 9503, P 2142-2145, December 17, 2005
7. Taştan, R. Ve ark. (2019) Tek Sağlığın karşılaştırmalı tarihçesi: dün, bugün ve gelecek önerileri. Özel sunum, Erişim tarih: 02.11.2019
8. Zinsstag, J. Ve ark. (2011) From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. Preventive Veterinary Medicine, 101 (2011) 148 – 156
9. People, Pathogens, and Our Planet : Volume One - Towards a One Health Approach for Controlling Zoonotic Diseases. Erişim Tarihi: 07.09.2020 <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2844>

10. One World, One Health. Erişim tarihi 06.09.2020  
<http://www.oneworldonehealth.org/>
11. Serpen, A., Temizyürek, A. (2010) Halk Sağlığı Açısından Tek Sağlık Uygulamasının Önemi. Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Türk Tarım Dergisi, Ocak – Şubat 2010, Sayı 191, 39-48 – Ankara
12. Pappaioanou, M. Building an Integrated Health Team and a Vision of Health Care Reform. Erişim Tarihi 07.09.2020 <https://www.slideserve.com/demitrius/building-an-integrated-health-team-and-a-vision-of-health-care-reform>
13. Khan, Radm Ali S. (2010) One Health: The Human Public Health Perspective. Erişim Tarihi 07.09.2020 <https://www.astho.org/Programs/Environmental-Health/Natural-Environment/Vector-Borne-and-Zoonotic-Diseases/Webinars/One-Health-Webinar/>
14. Temizyürek, A (2007) Veteriner Hekimler ile İnsan Hekimleri Tek Sağlık Konseptine Geri Dönüyorlar. Veteriner Hekimler Derneği Dergisi, Cilt:78, Sayı:4, Yıl:2007, 16-23 – Ankara
15. Mackenzie, JS. Ve Jeggo, M. (2019) The One Health Approach-Why Is It So Important ?. Tropical Medicine Infectious Disease, 2019 Jun;4(2):88, 1-4
16. Advancing a 'One Health' Approach to Promote Health at the Human-Animal-Environment Interface. Erişim Tarihi 07.09.2020 <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2018/01/18/advancing-a-one-health-approach>
17. Pappaioanou, M. (2010) Zoonotic Stressors and Infrastructure Implosion; One Health Approach to sustainable Surveillance, Prevention. Erişim Tarihi 07.09.2020, <https://www.farmfoundation.org/wp-content/uploads/attachments/1727-Marguerite%20Pappaioanou.pdf>
18. Kocaeli Üniversitesi'nden Öğretim Görevlisi Dr. Rüştü Taştan ile 07.09.2020 tarihinde " Türkiye'de eğitim alanında yapılan Tek Sağlık çalışmaları " hakkında yapılan telefon görüşmesi.
19. Serpen, A. (2005) Veteriner Halk Sağlığının 21.yy'daki faaliyet alanları ve gelecekte ilgilendirebilecek yeni akımlar. İfovet Aylık Hayvan Sağlığı Sektörü Dergisi, Aralık 2005, Sayı:24 – İstanbul
20. Hotamışlıgil, G. (2020) COVID-19 pandemisiyle mücadele ve dünyadaki gelişmeler 02.04.2020 tarihli Habertürk TV canlı yayın bağlantısı röportajı
21. Belay, ED. Ve ark. (2017) Zoonotic Disease Programs for Enhancing Global Health Security. Erişim Tarihi 07.09.2020 [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/13/17-0544\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/13/17-0544_article)
22. Munyua, PM. Ve ark. (2019) Successes and challenges of the One Health approach in Kenya over the last decade. Erişim Tarihi 07.09.2020 <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6772-7>
23. Aggarwal, D ve Ramachandran, A. (2020) One Health Approach to Address Zoonotic Diseases. *Indian J Community Med*. 2020 Mar; 45(Suppl 1): S6–S8
24. Weiss, SR. Ve ark. (2020) Coronavirus Pathogenesis and the Emerging Pathogen Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus. *MICROBIOLOGY AND MOLECULAR BIOLOGY REVIEWS*, Dec. 2005, Vol.64, No:4, p. 635–664

# GÖRÜŞLER



# AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDEN BAKINCA TÜRKİYE

## Dr. Ergin Koçyıldırım

Tıp Doktoru, Doçent, Pittsburgh Üniversitesi Kardiyotorasik Cerrahi Bölümü  
Öğretim Üyesi

Türkiye'deki ilk koronavirüs vakasının açıklanmasının üzerinden altı ay geçti. Özellikle belli kentlerde ve bölgelerde, kırsal kesimi de çok fazla etkileyen, zamanında yeterli karantina ve izolasyon önlemlerinin alınmaması, yeniden açılım döneminde plansız ve aceleci atılan adımlar sebebiyle gerçekleştiği şüphe götürmeyen endişe verici boyuttaki yeni hasta ve hayatını kaybedenler sayısındaki artışlarla karşı karşıyayız.

Bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde, bu yazının kaleme alındığı tarih itibarıyla 6,5 milyona ulaşmış tanısı konmuş COVID-19 vakası bulunuyor. Yaşamını kaybedenlerin sayısı da 195 bini geçmiş durumdadır. Yeni tanısı konmuş hasta sayısının bu kadar fazla olmasının temel sebebi her ne kadar günde 1 milyona ulaşmış test sayısı ise de yine Türkiye'ye benzer sebeplerle, özellikle yeniden açılımın erken başladığı güney ve güneybatı eyaletlerinde vaka sayılarında ciddi artışlar tespit edilmektedir. Buna karşın, doğu eyaletlerinde ise vaka sayılarının giderek azalması da, zamanında alınan tedbirlerin tam olarak alınmış olması ve özellikle yeniden açılım dönemindeki atılan adımların ise sabırlı ve yavaş atılmaları sebebiyle olduğu tartışma götürmez bir gerçektir.

Amerika Birleşik Devletleri'nden Türkiye'ye bakınca karşılaşılan tabloyu kısa başlıklar altında incelemek gerekirse:

1. Salgının ilk günlerinde, sosyal medya kanalları aracılığıyla, belli sayıdaki karaktere sığdırılmaya çalışılan veri paylaşımı, zaman içinde günlük tablolarla ve son bir buçuk aydır günlük ve haftalık raporlar halinde kamuoyu ile paylaşılmaya başlanmıştır. Bu olumlu gelişmelere rağmen başta halk sağlığı uzmanlarının ve bilim insanlarının; detaylı bir takım analizler ya da çalışmalar yapmalarını, öngörülerde bulunmalarını sağlayacak veriler ve bunların paylaşımı ile ilgili istenilen seviyedeki detay ve şeffaflığın, salgının altıncı ayına geldiğimiz halde henüz sağlanamadığı dikkati çekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın her fırsatta ısrarla süreci şeffaf yürüttüklerine dair söylemlerine rağmen, birçok konuda şeffaflık, doğru ve güvenilir veri paylaşımı henüz gerçekleştirilememiştir.

Bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde, bu yazının kaleme alındığı tarih itibarıyla 6,5 milyona ulaşmış tanısı konmuş COVID-19 vakası bulunuyor. Yaşamını kaybedenlerin sayısı da 195 bini geçmiş durumdadır. Yeni tanısı konmuş hasta sayısının bu kadar fazla olmasının temel sebebi her ne kadar günde 1 milyona ulaşmış test sayısı ise de yine Türkiye'ye benzer sebeplerle, özellikle yeniden açılımın erken başladığı güney ve güneybatı eyaletlerinde vaka sayılarında ciddi artışlar tespit edilmektedir.

2. Lancet dergisinde, Bayram ve arkadaşlarının yazdığı makalede de açıkça dile getirildiği üzere Türkiye’de COVID-19 hastalığı ile ilgili tüm verilerin Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunması, akademik çalışmaların anayasaya aykırı bir şekilde serbest olarak yapılamaması ve özel bir kuruldan onay alınmak zorunda olunması, ülkemizden salgınla mücadele konusundaki özgün yaklaşımlar ve deneyimler konusunda değerli çalışmaların önünü tıkamaktadır. (1)<sup>1</sup>. Yapılması istenilen bilimsel çalışmanın içeriği ve tasarımı ne olursa olsun gerçekleştirilemiyor oluşu, Türkiye’deki akademik özgürlükler açısından oldukça endişe vericidir. Kaldı ki her kurum ve enstitü kendi etik kurullarını oluşturmuş ve bu kurullar eserin ve çalışmanın bilimsel ilkelere ve kurallara uygunluğunu incelemekte iken, Sağlık Bakanlığı’nın bu tür bir aşırı korumacı yaklaşımı, işlevleri ve aldıkları sorumluluklar açısından bu etik kurulları değersizleştirmektedir.
3. Dikkati çeken bir başka konu da alınan tedbirler ve kararlar bağlamında, tüm bu adımların devletin belli mevkilerinden alınan kararlarla atılıyor olması, yerel yönetimlerin, Sağlık Bakanlığı çatısı altında çalışan kurumların, özgür ve yapıcı girişimlerle sürece dahil olmadığıdır. Özellikle salgının erken dönemlerinde yerel yönetimlerin, meslek örgütlerinin, sendikaların ve sivil toplum örgütlerinin pandemi ile mücadele sürecine dahil edilmemesi, bu kurumların yardım toplama faaliyetlerinden, yerel karar alma mekanizmalarına kadar her türlü iyimser girişimlerinin engellenmesi, tüm bu faaliyetlerin tek bir noktadan yapılmaya çalışılması, salgınla mücadelede gelinecek noktadaki olumsuzların bir başka sebebidir.
4. Amerika Birleşik Devletleri’nden bir örnek vererek, hastalığın şu an için en çok görüldüğü eyalet olan Kaliforniya eyaletinde salgının neden endişe verici boyutta olduğunu incelememize ve yorum yapmamıza sebep olacak bazı verilerden bahsedelim. Bu arada Kaliforniya eyaletinin Amerika Birleşik Devletleri’nin en fazla nüfusa sahip olan eyaleti olduğunu ve nüfus olarak Kanada’dan daha büyük olduğunu hatırlatmak isterim. (2)<sup>2</sup>. Kaliforniya’da, tanısı konmuş hastaların yüzde 56’sının ve hayatını kaybedenlerin de yüzde 42’sinin Latin kökenli olduğu dikkati çekiyor. (3)<sup>3</sup>. Latin kökenliler Kaliforniya nüfusunun yüzde 39’unu oluştururken, toplam COVID-19 vakalarının sadece yüzde 17’sini oluşturan beyaz nüfus ise Kaliforniya nüfusunun yüzde 37’sini oluşturmaktadır. Latin kökenliler, düşük gelir gruplarından oluşmakta, evden çalışmanın mümkün olmadığı sektörlerde özellikle zaruri ve az kazanç getiren işlerde (tarım, gıda, temizlik, vb.) çalıştıkları, hasta hissettiklerinde işe gitmemeyi göze alamayacakları gelir düzeylerinin oluşu, kalabalık ortamlarda ve evlerde yaşıyor olmaları, dil problemlerinin varlığı temaslı taraması işlemlerini zorlaştırmakta ve salgının bu grupta fazla sayıda görülmesine sebep olmaktadır. (4)<sup>4</sup>. Benzer şekilde Türkiye’deki COVID-19 tanısı konan kişilerin yaş ve cinsiyet dağılımları dışında, detaylı demografik analizlerinin yapılması, sosyokültürel ve iş sağlığı açısından hasta kişilerin temsil ettiği sosyal kesimler ve etnik farklılıkların bilinmesi, salgınla mücadelede önemli bir role sahiptir. Halen benzer



kaygılarla, işlerini kaybetmemek için bir takım şikayetleri olan kişilerin toplu taşıma kullanarak işlerine gidip gelmek zorunda oldukları bir gerçektir. Konunun bir halk sağlığı mevzusu olduğu akıldan çıkarılmamalı, bu kişilerin iş garantilerinin sağlanarak gerekli tedbirlerin alınması konusunda adımlar atılmalıdır. Bununla beraber sosyal medyada görülen ve Ankara'daki bir hastanenin koridorlarında şüpheli koronavirüs hastalarının uzun kuyruklar oluşturması ve test için sırada beklemeleri, Sağlık Bakanlığı'nın şüpheli vakaların sağlık kuruluşlarına başvurma koşullarını ve test merkezlerinin çalışma şartlarını gözden geçirmesi gerektiğini açıkça ortaya koyuyor.

5. Özellikle son zamanlarda, yeniden açılım adı altında alınan önlemlerde rahatlamaların sağlanması, gerek Sağlık Bakanlığı gerekse de Bilim Kurulu tarafından salgınla ilgili başarılarından bahsedilerek, vatandaşın hastalık algısının değişmesine yol açan bir takım söylemler oldu. (5)<sup>5</sup>. Bu algının değişmesi özellikle fiziksel mesafe ve maske kullanımı konusunda bazı ihmallere sebep oldu. Maske kullanımının önemi özellikle son zamanlarda Amerika'daki vaka sayılarının artmasına rağmen hastaneye yatan ya da yoğun bakımda takip edilen hastaların sayısındaki azalmaya sebep olarak gösterildiği, maske kullanımı sebebiyle az miktarda virüs yükünün olmasının enfeksiyonun hafif geçirildiğini speküle eden bir takım çalışmalar dikkati çekiyor. (6)<sup>6</sup>. Riskin bütün şeffaflığı ile kamuoyu ile paylaşılması, durumun ciddiyetinin toplumun tüm kesimleri tarafından algılanması, salgınla mücadelede temel olmalıdır.
6. Türkiye'de son günlerde yeniden yükselişe geçen koronavirüs vaka sayılarına karşı alınan tedbirlerin yurt sathında alınıyor olması da bir başka önemli başlık olarak karşımıza çıkıyor. Sağlık Bakanlığı'nın konu ile günlük ve haftalık durum raporlarında da belirtildiği üzere, salgın ülkenin her yerinde aynı sıklıkta görülmemekte, bazı iller ve bölgelerde durumun ciddiyeti açıktır. Gerek bu bölgesel hasta sayısı, gerekse de bu hastaların sağlık sistemi üzerine etkileri ancak alınabilecek yerel tedbir ve kararlarla aşılabılır. Özellikle karantina ve izolasyon tedbirlerinin, bölgesel olarak alınması gerekliliği salgının kontrol ve takibi açısından anahtar rol üstlenmektedir. Bu kararları alırken de İl Pandemi Kurullarının, yerel yönetimlere, meslek örgütlerine, sendikalara ve sivil toplum kuruluşlarının en fazla söz hakkı vererek sürece dahil etmeleri gerekmektedir.
7. Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletten eyalete değişiklik göstermekle birlikte, ilk, orta, lise ve yüksek öğrenimde 2020 sonbahar ve kış döneminin çoğunlukla uzaktan eğitim yoluyla yapılmasına karar verilmişken, üniversitelerin açılmaya başladığı Temmuz ayından itibaren vaka sayılarında önemli bir artış izleniyor. Üniversite öğrencileri, uzaktan eğitim bile olsa, kampüslerine, yurtlarına ve üniversite kentlerine dönmüş durumdadır. Temmuz ayına kadar, salgının başından beri 6 bin üniversite öğrencisinin hasta olduğu tespit edilmişken, bu rakam temmuzdan beri 45 bin kişi daha artarak yaklaşık 51 bine ulaştı. (7)<sup>7</sup>. Bu da eğitim uzaktan dahi olsa üniversite öğrencilerinin günlük yaşamları ve özellikle toplu aktivitelerindeki artış se-

Türkiye'deki COVID-19 tanısı konan kişilerin yaş ve cinsiyet dağılımları dışında, detaylı demografik analizlerinin yapılması, sosyokültürel ve iş sağlığı açısından hasta kişilerin temsil ettiği sosyal kesimler ve etnik farklılıkların bilinmesi, salgınla mücadelede önemli bir role sahiptir. Halen benzer kaygılarla, işlerini kaybetmemek için bir takım şikayetleri olan kişilerin toplu taşıma kullanarak işlerine gidip gelmek zorunda oldukları bir gerçektir. Konunun bir halk sağlığı mevzusu olduğu akıldan çıkarılmamalı, bu kişilerin iş garantilerinin sağlanarak gerekli tedbirlerin alınması konusunda adımlar atılmalıdır.

bebiyle her geçen gün artıyor. Türkiye’de son alınan tedbirlerle aslında uzaktan eğitimin de özendirilmesi salgının kontrolü açısından önem arz etmektedir. Çok sayıda ve herkese test yapılabilmesinin önü açılmalı, yeni teknolojiye sahip test yöntemlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından onaylarının süratle verilmesi gerekmektedir. Sadece öğrencilerin değil, öğretmenlerin ve okulda çalışan tüm personelin de gerektiği takdirde testlerinin rutin olarak gerçekleştirilmesi planlanmalıdır.

8. Son olarak, salgının ancak toplumun tamamını kapsayacak bir aşı programı ile kontrol altına alınabilecek olması bir gerçektir. Amerika Birleşik Devletleri Başkanı, tüm eyaletleri Ekim ayı sonunda, en geç Kasım ayında kitlesel aşı programının başlatılabilmesi ve bu aşılardan depolanıp dağıtılabilmesi için gerekli önlemleri alması gerektiğine dair uyarıları yaptı. (8)<sup>8</sup>. Türkiye de, Sağlık Bakanı’nın da açıkladığı üzere, Rus, Çin ve Alman aşı şirketlerinin Faz 3 aşı çalışmalarına destek verecek. (9)<sup>9</sup>. Aşı konusunda özellikle son otuz yıl içinde istenilen adımları atamamış, yurtdışına bağımlı olan ülkemizin, aşı çalışmalarına verdiği destek kadar, başarıyla sonuçlanmış aşılardan en kısa sürede Türkiye’ye getirilmesi konusunda da gerekli girişimleri şimdiden yapmalıdır.

Aşı konusunda özellikle son otuz yıl içinde istenilen adımları atamamış, yurtdışına bağımlı olan ülkemizin, aşı çalışmalarına verdiği destek kadar, başarıyla sonuçlanmış aşılardan en kısa sürede Türkiye’ye getirilmesi konusunda da gerekli girişimleri şimdiden yapmalıdır.

#### Kaynaklar

1. **Bayram et al.** (2020) Interference in scientific research on COVID-19 in Turkey, The Lancet 396(10246): 463-464
2. **“US Census Bureau quickfacts: California.”**  
<https://www.census.gov/quickfacts/CA>. Accessed 10 Sep. 2020.
3. **“COVID-19 - California Department of Public Health - CA.gov.”**  
[https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/Immunization/ncov2019.aspx?Utm\\_content=&utm\\_medium=email&utm\\_name=&utm\\_source=govdelivery&utm\\_term=](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/Immunization/ncov2019.aspx?Utm_content=&utm_medium=email&utm_name=&utm_source=govdelivery&utm_term=). Accessed 10 Sep. 2020.
4. **“Release #2020-06: Racial Minorities More at Risk in the ....”**  
<https://escholarship.org/uc/item/1kd7h0sc>. Accessed 10 Sep. 2020.
5. **“Son dakika: Corona virüs ne zaman bitecek? Bilim Kurulu ....”** 25 Apr. 2020, <https://www.milliyet.com.tr/gundem/corona-virus-ne-zaman-bitecek-bilim-kurulu-uyesi-prof-dr-ilhami-celik-tarih-verdi-6198667>. Accessed 10 Sep. 2020.
6. **Gandhi et al.** (2020) Facial Masking for COVID-19 - Potential for “Variolation” as We Await a Vaccine, N Engl J Med, doi: 10.1056/nejmp2026913. Online ahead of print.
7. **“What We Know About Coronavirus Cases on Campus - The ....”** 29 Jul. 2020, <https://www.nytimes.com/interactive/2020/07/28/us/covid-19-colleges-universities.html>. Accessed 10 Sep. 2020.
8. **“early covid- 19 vaccination program action items for jurisdictions.”**  
<https://int.nyt.com/data/documenttools/early-covid-19-vax-action-items-8-27-2020-final/935b1bd03afcefff/full.pdf>. Accessed 10 Sep. 2020.
9. **“Türkiye’deki aşı denemeleri haftaya başlıyor! İlk sonuçlar ....”** 5 Sep. 2020, <https://www.cnnturk.com/turkiye/turkiyedeki-asi-denemeleri-haftaya-basliyor-ilk-sonuclar-kasim-basinda>. Accessed 10 Sep. 2020.

# TÜRKİYE'NİN COVID-19 SÜRECİNİN KARŞILAŞTIRMALI SATIR BAŞLARI

## Dr. Çağhan Kızıl

Doçent, Almanya Nörodejeneratif Hastalıklar Merkezi (DZNE), Helmholtz Topluluğu, Dresden, Almanya

Moleküler ve Hücrel Biyoteknoloji Merkezi (CMCB), Rejeneratif Terapiler Merkezi (CRTD) ve Carl-Gustav-Carus Üniversitesi Kliniği, Dresden Teknik Üniversitesi, Dresden, Almanya

## Özet

23 Ocak 2020, dünyanın büyük kısmının SARS-cov-2 virüsü ve COVID-19 hastalığı ile tanıştığı gün olarak tarihe geçti. Çin'in Wuhan eyaletindeki karantinanın başlaması birçok ülkenin bu salgına gözlerini açması ve dikkat kesilmesini beraberinde getirdi. Geride kalan dokuz ay içinde deneyimlediğimiz dünya, daha önce birçoğumuzun sağlık alanında karşılaşmadığı kadar kaygı verici şekilde dönmeye devam ediyor. 2020 içinde pandeminin gelişim sürecinde bir çok ülke hem salgının etkilerini azaltmak hem de sosyal ve iktisadi yaşamın etkilenmesini en aza indirme çabası içinde oldu. Uluslararası otoriteler Dünya Sağlık Örgütü, bilim insanları ve ülkelerin yerel yönetimleri pandemi ile ilgili aşamalara uyumlu bir şekilde ve bilimsel verilerin ışığında önlemler geliştirmeye çalıştılar. Türk Tabipleri Birliği, bu çalışmalar ve dünyadaki gelişmeler ile ilgili yayınladığı raporlar ve seminerlerde bilgileri paylaşmıştı. (1, 2) Salgının başından itibaren bu sürecin çok yönlü, çok katmanlı, derin ve geniş alana nüfuz eden bir süreç olacağı tahmin ediliyordu; nitekim bu gerçekleşti. Pandeminin değişik coğrafyalarda siyasi ve toplumsal yönleriyle ele alınması, başarı ve başarısızlık kavramlarının içeriği konusunda farklı fikirlere yol açtı. Sürecin sosyal ve sağlık yönünün dışında iktisadi ve siyasi sonuçlarının da olacağı öngörüldüğü için bir çok ülkede başarı ve başarısızlık kavramları sağlık alanının argümanlarından çok siyaset alanında belirlenmeye başlandı. (3) Bulunduğumuz noktadan baktığımızda, pandemi ile ilgili siyaset argümanları, başarı söylemini ön plana çıkartmakta ve pandeminin yıkıcı etkilerini ya göz ardı etmekte ya da küçülterek gizlemeye çalışmakta. Bunun en çarpıcı örneğini Amerika Birleşik Devletleri'nde görmekteyiz. Seçim sürecine yaklaşan ABD'de pandemi ile ilgili politik bir kamplaşma ortaya çıkmış durumda. Bu kamplaşmanın bir yanı salgın yönetiminin yetersizliğini ve başarısızlığını gizlemek için komplo teorilerine, maske karşıtlarına, aşı karşıtlığına ve başarı söylemine dayanan bir yanken diğer kesim ise bilimsel veriler ışığında pandeminin topyekûn etkisinin ve gerçek faturasının tam olarak bilinemediğini ortaya koyuyor. (4) Neredeyse tüm coğrafyalarda benzer süreçler devam edi-

yor. Baktığımızda yine Brezilya'da maske karışıklığı ve bilimin diline sırt çevirmenin getirdiği büyük bir fatura var. (5) Avrupa'da da pandeminin ilk günlerinde karantina ve etkili izolasyon önlemlerinin alınmasında ve kapanma uygulamalarının yaşama geçirilmesinde geç kalınması İtalya'daki durumu ortaya çıkardı. (6) Fransa'da geç uygulanan kapanma önlemleri vakaların hızla artmasına sebep oldu (7) Birleşik Krallık'ta karantina uygulamalarına karşı isteksizlik ve bakım evlerinin korunamaması ölüm sayılarını arttırırken (8), İsveç'in kapama önlemlerine yanaşmaması, İskandinav'daki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında nüfusa oranlı vaka ve ölüm sayılarının daha fazla olmasını beraberinde getirdi. (9) Türkiye'ye baktığımızda ise salgının başından itibaren birçok alanda bir muğlaklığın ve bilinmezliğin hüküm sürdüğünü görmekteyiz. Bir resmi başarı hikayesinin yanında toplumda pandeminin bizatihi karşılığı bu başarı söylemini destekler nitelikte değil. Valilerin, belediye başkanlarının, saha hekimlerinin, Türk Tabipleri Birliği'nin açıklamaları, vaka sayılarının, aktif vakaların, yoğun bakım hastalarının ve pandeminin Türkiye'ye faturasının gösterilenin çok daha üstünde olduğunu kanıtlar nitelikte. (10) Dolayısıyla heterojen bir başarı söylemi ve bunun reel karşılığı bir çok ülkede sorgulanmakta, Türkiye de bu listeye dahil.

Bu yazı, Türkiye'deki sürece karşılaştırmalı bir perspektiften bakarak pandemi sürecinin bilimsel, siyasal ve sosyal uygulamalarını pandemiye hazırlık, siyasal söylem ve veri paylaşımı kapsamında ana hatlarıyla inceleme amacındadır. Böylesi geniş bir konu tek bir yazının kapsamını aşacak olsa da, daha bütünlüklü bir tartışma alanı açması açısından satır başlarını sunmayı hedeflemektedir. Türkiye'ye nüfus oranı bakımından benzemesi ve Avrupa'da pandemi sürecinde etkili önlemleri alabilmesi nedeniyle bazı karşılaştırmalar Almanya ile yapılacaktır. Aynı zamanda Almanya, Avrupa'daki ölüm oranları, salgını kontrol altına alma becerisi, salgına hazırlık kapasitesi ve diğer siyasal karar alma mekanizmaları açısından başarılı sayılabilecek bir ülke olması nedeniyle (11) bu karşılaştırma anlamlı olacaktır.

## Giriş

Yazıya başlamadan önce şunu belirtmekte fayda var ki dünyanın hiçbir ülkesi pandemiye mutlak bir başarı kazanmış değil. Avrupa ülkelerinde sert ve hızlı yükselişler kontrol altına alınmasına rağmen ikinci dalga olarak adlandırılabilir vaka artışları başladı. Okulların açılması, tatil mevsiminden sonra hareketliliğin artması, yavaş yavaş kapalı mekanlarda çalışma modeline geri dönülmesi ve toplumlardaki maske karışıklığını besleyen ideolojilerin negatif etkisiyle beraber sonbaharda yeni bir artış trendine girme riski tüm Avrupa'da belirgin durumda ve sürecin faturası ağırlaşmakta. Bu anlamda başarı ve başarısızlık kriterlerini uzun vadede pandemi bittikten sonra geriye dönüp baktığımızda daha iyi göreceğimizin bilinciyle fakat şu aşamada karşılaştırmalı bir analizin de bize önemli bilgiler vereceğinin farkında olarak bu yazı kaleme alınmıştır.

## **Pandemi Planı ve Siyasi Kararlar**

Salgın başından itibaren bilimsel çevrelerin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün belirttiği gibi pandeminin sosyal yönü en az tıbbi yönü kadar önemli. Bu sosyal yön, toplumsal etkileşim ve iletişim mekanizmalarının gücü ile belirlenen ve yönetim mekanizmalarının genel karakteri ile cisimleşen bir süreç. Geçmişin deneyimlerinden kalan ve salgın bir hastalık durumuna hazırlıklı olunması için geliştirilen pandemi planları, birçok ülkede mevcut. Bu planların önemli ayaklarından bir tanesi toplumsal iletişim mekanizmalarının nasıl geliştiği, öngörülebilir geleceği ve sürecin bütünlüklü bir şekilde nasıl işletileceği yönünde. Çünkü tıbbi olarak pandemiye yaklaşmanın yanında pandemi sürecinde siyasi kararların alınmasında halkın güvenini sağlamak da büyük önem taşımakta. Türkiye'de, 2019 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan pandemik influenza ulusal hazırlık planı bulunmaktadır. (12) Bu planda özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği pandemi aşamaları ve uygulama metotlarına istinaden belli yönelimler mevcut. Örneğin planda hasta yönetimi ve sürveyans, laboratuvar imkanları, pandemi sürecindeki insan kaynaklarının dağılımı, mali kaynakların ne şekilde işletileceği, organizasyonel yapıların - özellikle Sağlık Bakanlığı ve onunla ilişkili olan kurumların - çalışma prensipleri, toplumla iletişim, bilim insanları ve meslek örgütleri ile eşgüdümün nasıl gerçekleştirileceği, risk iletişiminin nasıl yapılacağı, risk belirleme kavramının nasıl yaşama geçirileceği, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin temelleri, kullanılabilecek ilaçlar ve aşılar konusunda nasıl bir yöntem izleneceği gibi çeşitli bölümler bulunmaktadır. Kamu sağlığı mevzuatının detayları, Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı pandemi evrelerine göre ulusal alarm düzeyleri, ve bu alarm düzeylerinde yapılması gerekenler açık şekilde belirtilmiş durumda. Pandemiden önceki evrede özellikle ön çalışmalar ve hazırlık çalışmalarının yapılması öneriliyor. Alarm evresinde ise insandan insana yayılım ve bulaşma yerel ve genel düzeyde başladığı zaman ulusal koordinasyon kurulunun kurulması yerel düzeyde hazırlıkların tamamlanması, sınır kapılarında giriş çıkışlarda önlemlerin alınması, pandemiye ilişkin talimatların yayınlanması, yerel düzeyde hazırlıkların gözden geçirilmesi ve pandemi planına uygun şekilde olağan dışı çalışma koşullarına geçilmesi salık veriliyor. Pandemide salgının daha da artması durumunda, örneğin beşinci ve altıncı pandemi evrelerinde, çalışma koşullarının değerlendirilmesi, bilim insanlarının fikirlerinin alınıp ortak bir yönelim ortaya konması ve uluslararası kriterlerde ve paylaşımının gerçekleştirilmesi gerektiği söyleniyor. Bu raporun bir kısmında özellikle vakaların enfeksiyonu bulaştırma riskini azaltmak için alınacak önlemlerin içinde vaka tanımlarının yapılması, maske kullanımının artırılması, kişisel korunma malzemelerinin dağıtılması, temaslı kişilerde hastalığın yayılmasına azaltmaya yönelik temaslı vakaları bulmak ve izole etmek üzerinden önlemler, fiziksel mesafeyi arttırmak için yapılabilecekler dair (evde kalma, karantina önlemleri, okullarla ilgili önlemler, halka açık alanlarda hastalık belirtileri olan kişilerin salgını yaymaması için toplu buluşmalara önlenmesi gibi) maddeler var. Pandemi programının devamında ise tedaviye başlanan kişilerin izolasyonu, dezenfeksiyon önlemleri, ulusal ve uluslararası alanda alınabilecek önlemler listeleniyor. Özellikle bunlardan bir tanesi etkilenen bölgelere giriş çıkışların kısıt-

Tıbbi olarak pandemiye yaklaşmanın yanında pandemi sürecinde siyasi kararların alınmasında halkın güvenini sağlamak da büyük önem taşımakta.



lanması. Risk yönetimine politik ve tıbbi yaklaşım da bu program içinde yer alıyor. Pandemi yönetimin organizasyonel iletişimi ve bilgilendirme çalışmaları, medya iletişim sistemlerinin nasıl kullanılacağı, toplumsal ve ekonomik yaşamın sürekliliği için sivil toplum kuruluşları ile temas içinde olup meslek örgütlerinden bilgilendirme bilgi alma gereği açıkça belirtiliyor. Tüm bu süreçlerin işletilmesi ise Sağlık Bakanlığı'nın yetki alanına giriyor. Bu programda da yayımlanan Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı şeması uyarınca bakanın sorumluluğunda bakan yardımcıları ve çeşitli müdürlüklerinin bu sürece dahil olduğunu ve sorumluluk aldığını görebiliyoruz. Bu kapsamda, teknik olarak Türkiye'nin hem uluslararası kriterlere uygun hem de kendi içinde planladığı bir pandemi süreci ve programı mevcut.

Avrupa'daki en kapsamlı pandemi planlarından birine sahip olan Almanya'da 2 Mart 2017'de yayınlanan Ulusal Pandemi Planı, uygulama aşamasındaki kriterleri belirtiyor. (13) Buna göre Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği pandemi öncesi, süreci ve sonrasındaki evreler Türkiye'de olduğu gibi Almanya'da da plana dahil edilmiş durumda. Bu planın epidemiyolojik aşamaya göre kategorizasyonu yine Türkiye'dekine benziyor. Planlama ve hazırlıklı olma, risk belirlemesi, erken tanı, vakaların içeriğinin tanımlanması ve vaka yayılımının önlenmesi için yapılması gereken surveyans çalışmaları, toplumla iletişim, hastaların izlenmesi, halkın bilgilendirilmesi, bilgilerin açıkça paylaşılması, paylaşılan bilgilerin uluslararası kriterlerce depolanması ve bağlı olunan kurumların uluslararası anlaşmalarının hükümlerine uymak, Almanya'nın pandemi planında belirtilen maddelerden. Planın ilk sayfalarında Almanya'da enfeksiyon hastalıklarından sorumlu ana merkezin Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir araştırma enstitüsü olan Robert Koch Enstitüsü olduğu belirtiliyor. Enfeksiyon hastalıklarından korunma yasası (Infektionsschutzgesetz) çevresinde enstitünün yetkilerinin böyle bir pandemi döneminde artırıldığını ve ulusal koordinasyonun bu kurum üzerinden yürütüleceği belirtiliyor. (14) Pandemi planının ana mekanizmaları ve toplumda pandemiye yaklaşım sürecinde Türkiye ile Almanya arasında benzerlikler olmasına rağmen sürecin işletilmesi ve sürecin başındaki kurumlar anlamında Almanya'da bilimsel bir kurumun, Türkiye'de ise daha bürokratik bir kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın ön plana çıkması farkını görmekteyiz. Almanya'da açıklanan bilgiler kapsamında, hastalığın laboratuvarla teşhisi için kullanılabilecek metotlar ve bunların pandeminin gelişmişlik aşamasına göre ne şekilde kullanılacağına detayları da mevcut. (15) Türkiye'de ise halen testlerin detaylarını öğrenme şansına sahip değiliz. Her ne kadar iki ülkenin ulusal pandemi planları varsa da, yaşadığımız süreçte bu planlara ne kadar uyulduğu, siyasi kararların ne denli bu plan ve bilimsel veriler ışığında alındığı, toplumla pandemi gerçekliğinin nasıl paylaşıldığı konuları gözle görülür bir fark yaratmış durumda.

Pandemi planının ana mekanizmaları ve toplumda pandemiye yaklaşım sürecinde Türkiye ile Almanya arasında benzerlikler olmasına rağmen sürecin işletilmesi ve sürecin başındaki kurumlar anlamında Almanya'da bilimsel bir kurumun, Türkiye'de ise daha bürokratik bir kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın ön plana çıkması farkını görmekteyiz.

### ***Toplumsal İletişim ve Bilimsel Karar Alma Kriterleri***

Türkiye, Mart ayı içinde ilk vakayı tanımladıktan sonra hızlı bir şekilde belli önlemlerini aldı. Okulların kapanması, sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, çalışanların özlük haklarına dair yasal düzenlemeler gibi bazı adımlar pandemi planına uygun adımlardı. Benzer şekilde, Almanya da Ocak ay sonunda ilk vakanın ortaya çıkmasından itibaren pandemi planına bağlı olarak süreci işletti. Ancak Almanya'nın, Ocak sonunda ortaya çıkan vakalarla ilgili genel kapatma önlemlerini Mart ayı başında alınması ve arada geçen sürecin salgının yayılmasını beraberinde getirdiği eleştirileri de yapıldı. 1 Mart gününde, Almanya'da vakalar neredeyse iki katına çıkmıştı. 2 Mart'ta Almanya'daki pandemi seviyesi düşük seviyeden orta seviyeye yükseltildi. 10 Mart günü Başbakan, Almanya nüfusunun yüzde 60 ya da 70'inin hastalığa yakalanabileceğini söyledi. (16) Bu tavır, Ocak ayı sonundan itibaren ortaya çıkan vakalara geç müdahale edildiği eleştirilerine de bir yanıt olan, Almanya yönetimi tarafından söylenen ve halkı pandeminin gerçekliğine alıştırmak için yapılan bir konuşma olarak nitelendirildi. Bu anlamda, siyasi yönetimin, bilim insanlarının dikkat çektiği tehlikeleri ortaya koyması açısından önemli idi ve pandemi sürecinde halkın süreci olabildiğince ciddiyetle ele almasına katkıda bulunduğu düşünülebilir. Almanya'nın federal yapısı nedeniyle eyaletlerin kendi davranış biçimlerini de ortaya koyma şansları vardı. Örneğin 16 Mart'ta Bavyera eyaleti acil durum ilan etti ve sınırlarında düzenleme getirdi. (17) 17 Mart günü RKI, Pandemi aşamasını ortadan yükseğe çıkarttı. (18) 18 Mart günü Avrupa birliği içinde seyahatler kısıtlandı ve RKI başkanı bir basın açıklamasında, enfeksiyon vakalarının fiziksel mesafe uygulamalarına geçilmemesi ve dikkat edilmemesi durumunda iki ay içinde milyonları bulabileceği belirtti. 20 Mart günü Bavyera eyaletinde sokağa çıkma yasağı ilan edildi ve bu yasağın belli düzenleme kriterleri ortaya kondu. Buna göre sağlık nedeniyle alışveriş için ya da kendi kişisel sağlık ve egzersiz sebebiyle sokağa çıkmak serbest olacaktı ancak kişilerin birbirleriyle yakınlaşması mümkün olmayacaktı. Eğlence mekanları kapatılacak toplu alanlarda buluşmak yasaklanacaktı. Belli eyaletler bu sürece dahil oldular. 13 Nisan günü Alman Ulusal Bilim akademisi Leopoldina COVID-19 süreci ile ilgili raporunu yayınladı. (19) Leopoldina, daha sonraki ad hoc açıklamalarıyla toplumun psikolojik, sosyal, pedagojik, yasal ve iktisadi açılardan pandemi sürecini nasıl işletmesi gerektiği, normale dönüşün nasıl gerçekleşmesi gerektiği yönünde bilimsel öneriler ortaya koydu. (20) Almanya'da Mart ve Nisan aylarında uygulanan pandemi planı kapsamındaki yöntemlerle vaka sayıları Mayıs ayı başında 1000'in, Haziran başında ise 500'ün altına inmişti ve bu nedenle normalleşme süreci aşamalı bir şekilde gerçekleştirilmeye başlanmıştı. Nisan ayı sonunda yapılan açıklamalarda, pandemiye karşı geçici bir kontrolün ve başarının gerçekleştirildiğinin altı çizilirken, fiziksel mesafe kurallarına dikkat edilmesi gerektiği ve normalleşme uygulamalarının her an tekrar artabilecek bir vak artışıyla bitebileceği belirtilmişti. Mayıs ayı, normalleşme uygulamalarının yaşama geçmeye başladığı futbol müsabakalarının başlayacağını duyurulduğu, alışveriş merkezlerinin ve bazı okulların kontrollü olarak açıldığı ve toplumun mesafe kuralı ile yeni bir yaşama geçtiğinin gösterildiği bir zaman oldu.

Almanya'da normalleşmeye uzanan sürecin bu şekilde işleminin altında yatan bilimsel parametreler vardı.

Almanya’da normalleşmeye uzanan sürecin bu şekilde işleminin altında yatan bilimsel parametreler vardı. Örneğin, 20 Mart 2020 tarihinde RKI’nın yayınladığı SARS-cov-2 pandemisinin Almanya’daki yayılım modellemesi raporunda çeşitli senaryolar ortaya konmuştu. (21) İlk başta, enfeksiyonun nasıl yayıldığı ve hastalık semptomlarının hangi aralıklarda ortaya çıktığı belirtilmişti. Bu planda, kişinin virüs kaptıktan üç gün sonra diğer kişileri enfekte edebildiği dönemin başlayacağı ve 12-13 güne kadar devam ettiği, semptomların enfeksiyon kapıldıktan beş gün sonra ortaya çıkıp dokuz gün devam edebildiği, enfekte olanların yaklaşık yüzde 95’inin 16 için günde iyileştiği öngörülüyordu. Hastalananların yüzde 4,5’inin dokuzuncu günden itibaren 14 günlük bir süreçte hastanede tutulması gerekeceği ve bu insanların yüzde 75’inin enfeksiyondan yaklaşık 22 gün sonra taburcu edilebileceği, hastaneye yatırılan kişilerin yüzde 25’inin yoğun bakım ünitelerine alınacağı ve bu yoğun bakımda ortalama kalış süresinin 10-15 gün arasında değişeceği söyleniyordu. Yoğun bakımdaki kişilerin yüzde ellisinin yaklaşık 15 gün içinde yaşamını kaybedeceği de bu modellemede ortaya konmuştu. Yani 20 Mart günü yapılan modellemeler çerçevesinde Almanya’da hastane kapasitelerinin sürece nasıl entegre olacağını bu planlamanın nasıl yapılacağını bilmek mümkün oluyordu. Salgının erken dönemlerinden itibaren RKI web sitesinde epidemiyolojik bir veri olan R değerinin hesaplanması vardı (22) Buna göre Almanya’da salgınların en yüksek aşamasında bu değer 4’e yaklaşmıştı ancak 23 Mart itibarıyla 1’in altına düşmüş ve 6 Haziran’da bir kombine et üretim merkezinde 1000’e yakın kişinin hastalanması dışında birin altında seyretmişti. 20 Mart’taki modelleme çalışması, R değerinin sabit olması ya da artışa geçmesi durumlarında mevsimsel bir salgın artışı ve vaka artışı yaşanıp yaşanmayacağı konusunda Almanya için belli öngörüler sunmuştu. Buna göre hastalık eğer mevsimsel bir dönüşüme geçmezse ve vakaların sadece yüzde 20’si bulunup karantina altına alınabilirse salgının uzun vadeye yayılacağı gösterilmişti. Bunun yanında çeşitli modellemeler yapılmış ve eğer pandemi mevsimsel bir hal alırsa ve vakaların yüzde 60’ı karantina altına alınabilirse pandeminin kontrolü 12 ay 15 ay arasında gerçekleşebilir denilmişti. Aynı şekilde bu bilimsel modellemelere ve öngörülere dayanarak, toplumun ne kadarının hastalığı geçeceği, ne oranda bağışıklık kazanacağı ve bunun salgının devamını nasıl etki edebileceği konusu da bilim çevrelerince detaylıca tartışılmış ve üzerine yorum yapılmıştı. Dolayısıyla Almanya’da sürecin işletilmesi açıkça paylaşılan bilimsel veriler ve modellemeler üzerinden tartışılmıştı. Atılan adımlar, örneğin okulların belli kısımlarının açılması, alışveriş merkezinin belli büyüklükte olanlarının işlemeye başlaması, toplu taşıma ve seyahat uygulamaları, restoranlar ve eğlence merkezlerinin açılıp açılmaması kararı, bu bilimsel veriler ışığında ve adım adım gerçekleştirilmişti. Her uygulama yaşama geçirildikten sonra toplumdaki vaka yayılımını arttırıp attırmıyor mu sorusu sorulmuş, bir sonraki adıma eğer güvenli bir şekilde vaka kontrolü sağlanabiliyorsa geçilmişti. (23) Bu anlamda, Almanya’daki normalleşmeye geçme uygulamaları modellemeler, verilerin analizi ve sürecin gidişatına bakılarak yaşama geçirilmişti. Bunun yanında, Almanya’da hastane kapasiteleri yoğun bakım ünitelerinin doluluk oranlarının şehir ve hastane bazında bilgisi ulusal veritabanı olan Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv-

Almanya’daki normalleşmeye geçme uygulamaları modellemeler, verilerin analizi ve sürecin gidişatına bakılarak yaşama geçirilmişti. Bunun yanında, Almanya’da hastane kapasiteleri yoğun bakım ünitelerinin doluluk oranlarının şehir ve hastane bazında bilgisi ulusal veritabanı olan Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) sitesinde yayınlanmıştı.

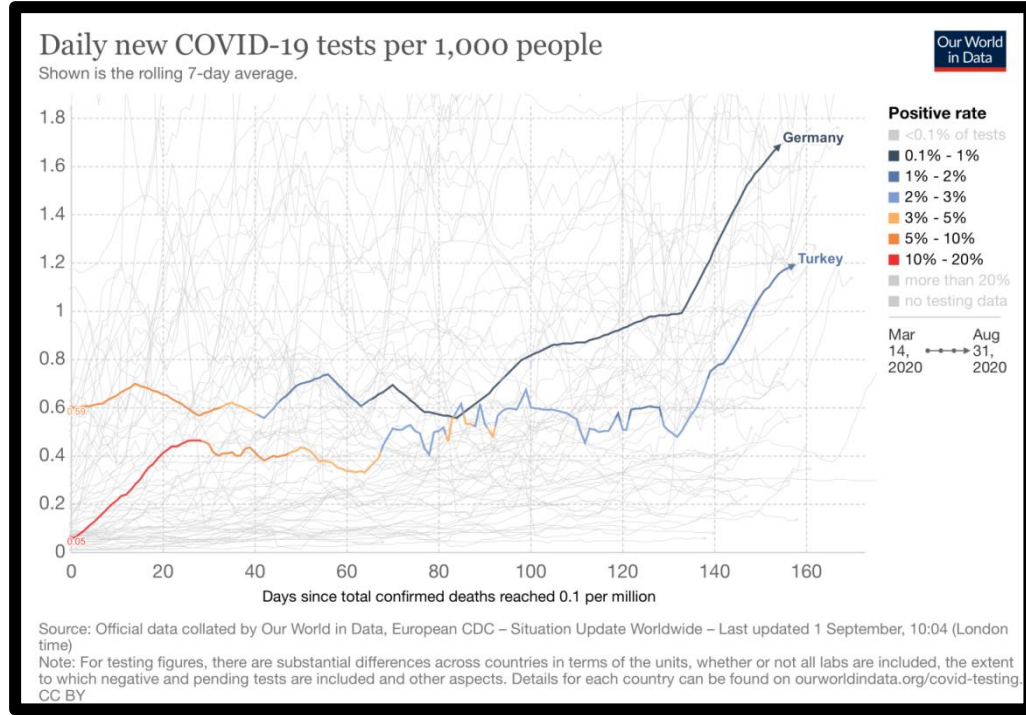
und Notfallmedizin e.V. (DIVI) sitesinde yayınlanmıştı. (24) Kamuya açık olan bu sitede yoğun bakım ünitelerinin hangi bölgelerde dolu olduğu ve buna göre o bölgelerdeki planlamanın nasıl yapılması gerektiği ortaya konmuştu. Son olarak, Almanya'nın süreç işletiminde belirtmemiz gereken bir nokta da salgının başından itibaren yüksek sayıda test yapmaları, vaka takibini ve filyasyonu etkili şekilde gerçekleştirmeleri, izolasyon önlemlerini de katı bir şekilde uygulamalarıdır. (25) Almanya'da vaka sayılarında yükseliş olmasına rağmen ölüm oranlarını düşük tutulabilmesinin nedenlerinden bazıları, vaka öbeklerinin riskli gruplara ulaşmasını baştan engellenebilmesi, toplumda vaka öbeklerinin sınırlı bir alanda tutulabilmesi, vaka takibinin kriterlere göre gerçekleştirilmiş olması ve yüksek sayıda test yapılabilmiş olmasıydı.

Türkiye'ye baktığımızda ise ilk vaka 10 Mart günü belirtilmişti, ancak test kapasitesi ve tanımlama kriterlerinin eksik olduğu endişelerinden yola çıkarak 10 Mart'tan önce Türkiye'de vakaların olmuş olabileceği fakat tanımlanmadığı imkan dahilinde. Türkiye'de sürecin işletilmesinde eleştirilen ve eksik kalan en büyük noktalardan biri veri paylaşımının şeffaf olmaması, salgında diğer ülkelerin yapabildiği bilimsel öngörülerini yapmamızı sağlayan verilerin bilim insanları ve meslek örgütleri ile paylaşılması ve siyaseten alınan kararların hangi kriterlere göre alındığının net olmaması olarak özetlenebilir. Türkiye'de, sokağa çıkma kısıtlaması uygulamalarının sadece hafta sonlarında uygulanması ve bu uygulamaların toplumla iletişiminin son dakikada yapılması nedeniyle bir çok insanın alışveriş mekanlarında toplanması salgının yayılımını artırıcı bir etkisi de olmuştu. Türkiye'de salgının ilerleyişini hem bölgesel dinamikleri ile okumamızı engelleyen hem de tanımlanan vakaların ne kadar güvenilir olduğunu bilmemize imkan veremeyen bir paylaşım süreci yaşamaktayız. Türkiye'de salgının ortaya çıkmasından sonra ilk 30 gün içinde yapılan testler 1000 kişi başına 0,05'ten 0,45'e çıktı. Teste ilk 30 gün içinde pozitiflik oranı yüzde 10 ile 20 arasında değişiyordu. Bu bize şunu gösteriyor ki; ilk aşamada yapılan testler çoğunlukla en geniş vaka öbeklerini bulmak ve vaka takibi yapmaktan çok ağır vakaların teyidi için kullanılmıştır ve aynı zamanda yeterli test yapılmadığı için tanımlanan vakalar gerçeğin bir kısmını yansıtmaktadır.

Otuzuncu günden sonrasında 1000 kişide 0,4 seviyesinde ilerleyen test sayısı salgının başlamasından yaklaşık dört ay sonra 0,6 seviyesindeydi. Son günlerde Türkiye'de 1000 kişi başına 1,2 test yapılıyor.

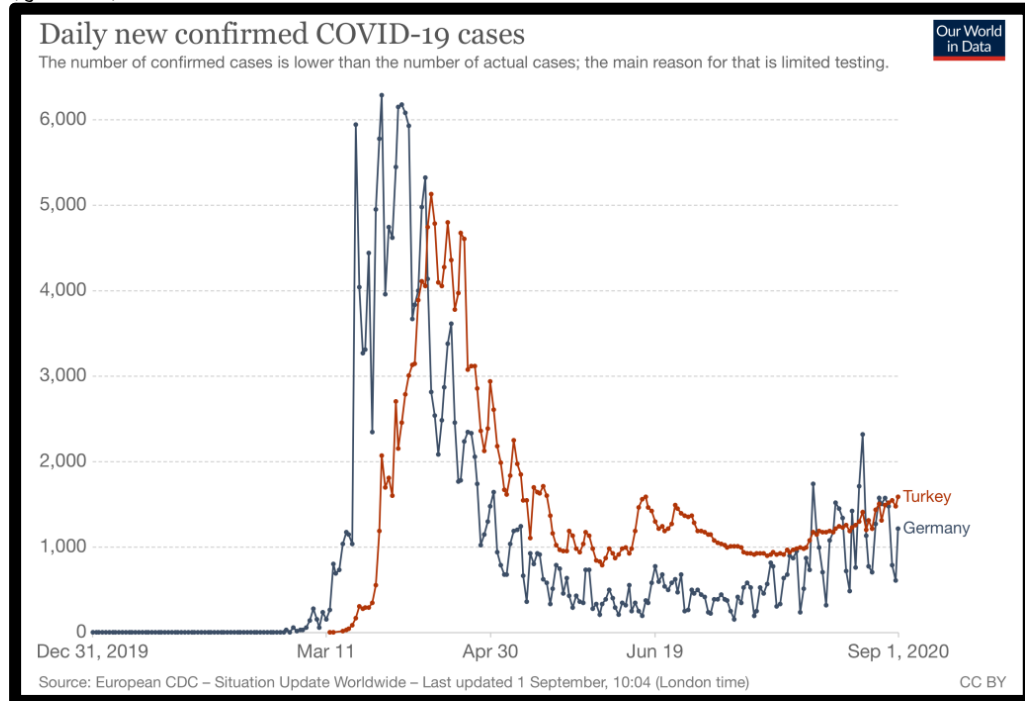
Almanya'da salgının başından itibaren 1000 kişi başına 0,6 test yapılmıştı bu yaklaşık üç ay kadar bu şekilde devam etti. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, salgında kontrol sağlandıktan sonra vakaların artmasını önlemenin yolu daha fazla test yapıp vaka takibini hızlandırmak olarak kodlanmıştı. Bir çok ülke gibi Almanya da test sayısını üçüncü aydan sonra arttırmış ve şu an için 1000 kişide 1,7 kişiye test yapmakta. Almanya'daki testlerin pozitiflik oranı salgının ilk iki ayında yüzde 3 – 5 arasındaydı. Bugün testlerdeki pozitiflik oranı son üç ayda yüzde 0.1 ile 1 arasında. Türkiye'de son üç aydaki test pozitiflik oranı yüzde 2 ile 3 arasında (Şekil 1).





Şekil 1: Almanya ve Türkiye’de bin kişi başına yapılan COVID-19 testlerinin zamana göre değişim grafiği. Yatay eksen, toplam tanımlanan ölüm vakasının milyon kişide 0,1 olmasından sonra geçen sureyi, dikey eksen ise bin kişi başına yapılan test sayısını göstermektedir. Grafik Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi (ECDC) verilerine dayanarak ourworldindata.org web sitesinde oluşturulan görselden alınmıştır.

Türkiye ile Almanya karşılaştırıldığında; Almanya’nın vaka sayıları Mart başı itibari ile artmaya başlamış, Mart ortasında 6 binin üzerine çıkmıştı (Şekil 2).

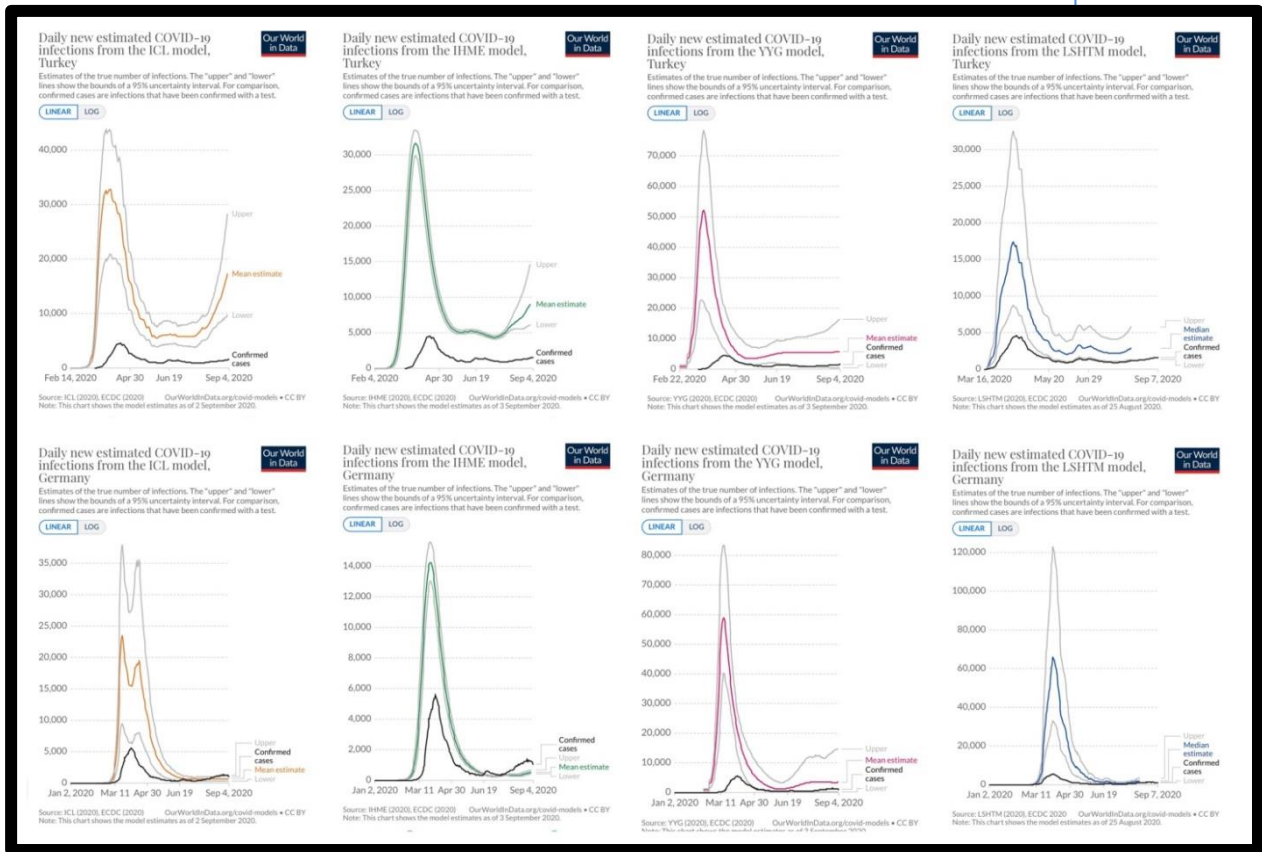


Şekil 2: Almanya ve Türkiye’de tanımlanan COVID-19 vakalarının zamana göre değişim grafiği. Yatay eksen tarihi, dikey eksen ise günlük vaka sayısını göstermektedir. Grafik Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi (ECDC) verilerine dayanarak ourworldindata.org web sitesinde oluşturulan görselden alınmıştır.



Aynı dönemde Türkiye’deki resmi vakalar 2 bin civarındaydı. Mart sonundan Nisan’ın başına doğru Almanya’daki vaka sayıları Türkiye’dekinin altına düşmüştü. Örneğin Nisan ortasında Almanya’da 2 bin 500 vakanın çıktığı günlerde Türkiye’de 5 bine yakın ortalama vaka çıkmaktaydı. Bu süreçten sonra Türkiye’deki vaka sayıları neredeyse tüm süreç boyunca Almanya’daki vaka sayılarının üzerinde seyretti. Burada belirtmekte fayda olan bir nokta da şu: Türkiye’deki testlerin ne kadarının vaka takibi için kullanıldığı ne kadarının hastaların mükerrer test için kullanıldığı, ne kadarının rutin testler olarak profesyonel sporculara, sağlık çalışanlarına ve diğer grupları yapıldığı bilinmemekte.

Tüm dünyada COVID-19 vakalarının hepsini bulmak mümkün değil. Bu nedenle, çeşitli matematiksel modellemelerle resmi olarak tanımlanan vakaların toplumda gerçekte olan vaka dağılımının ne kadarına tekabül ettiğine dair bilgi sahibi olma çalışmaları devam etmekte. Bu modellerden dört tanesi ile yapılan analizlerde, hem Türkiye’de hem de Almanya’da bulunan vaka sayıları gerçeğin bir kısmını yansıtıyor. (26) (Şekil 3)



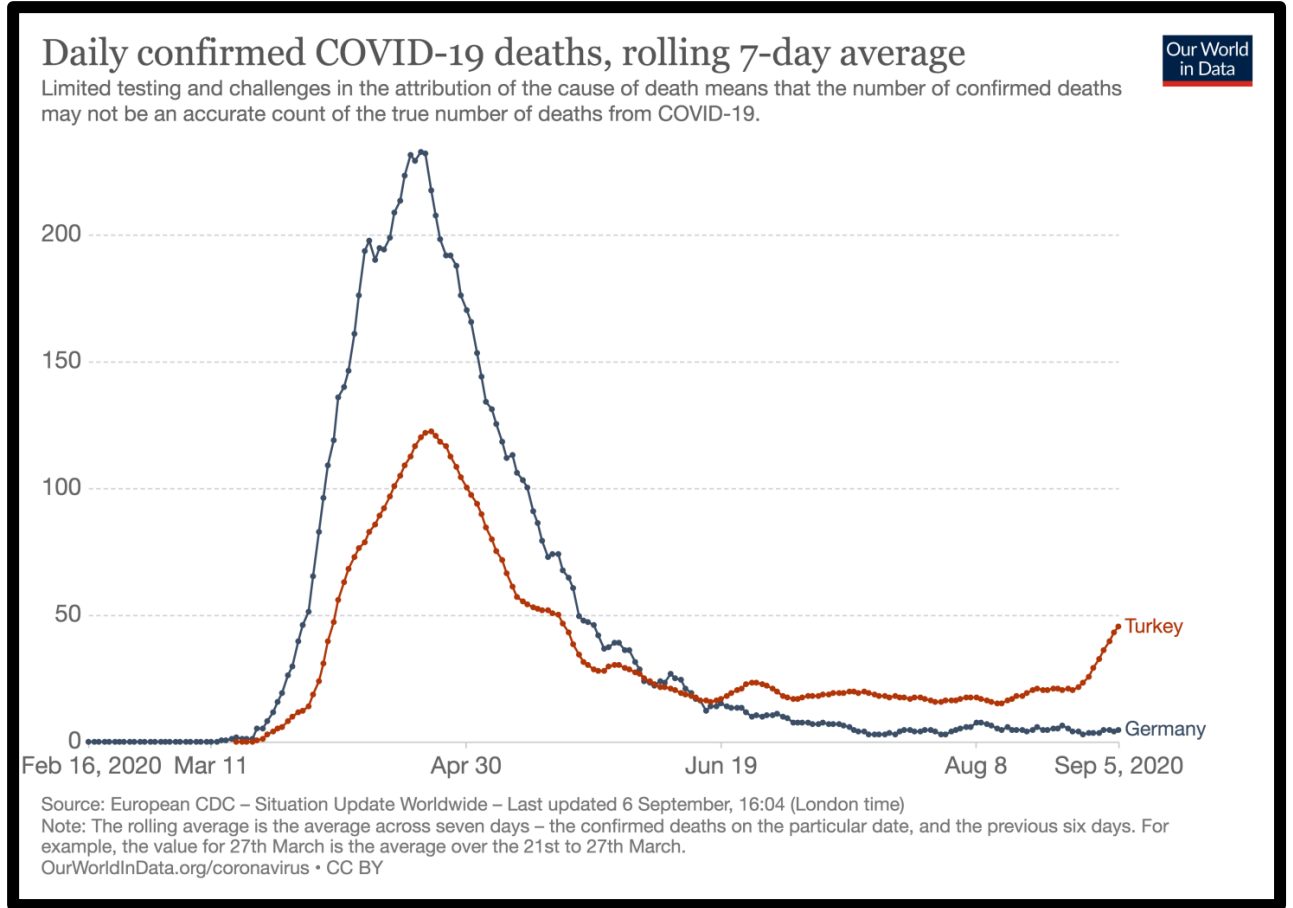
Şekil 3: Almanya ve Türkiye’de tanımlanan resmi COVID-19 vakalarının (siyah çizgiler) ve dört ayrı modelleme ile tahmin edilen reel vaka sayılarıyla (turuncu, yeşil, kırmızı ve mavi eğriler) zamana göre karşılaştırılması grafiği. Yatay eksen tarihi, dikey eksen ise günlük vaka sayısını göstermektedir. Grafik ourworldindata.org web sitesinde oluşturulan görsellerden alınmıştır.

ICL modeline göre Mart ve Nisan aylarında Türkiye'deki günlük 5 bin civarındaki vaka sayısı gerçekte 30 bin olabilir, Almanya'daki günlük 6 bin vaka sayısı da 45 bin olabilir. IHME, YYG ve LSHTM modelleri de sırasıyla

Türkiye için 35 bin, 50 bin, 17 bin vaka tahmin ederken, Almanya için bu sayılar 14 bin, 60 bin ve 60 bin olarak tahmin edilmiş.

Almanya için her dört model de Haziran ayında vakaların günlük binin altına düştüğünü gösterirken, Türkiye için Haziran ayında modeller günlük 7 bin, 5 bin, 5 bin ve 3 bin vaka tahmine diyor. Ağustos ayında artışa geçen vaka tahminleri Türkiye için Eylül ayı başında hızlı bir artışa evrilmiş ve an itibarıyla modeller Türkiye için günlük 18 bin, 9 bin, 8 bin ve 3 bin vaka tahmini yapıyorlar Almanya için bu sayılar Almanya'da açıklanan resmi rakamlar olan bin 500 ile örtüşüyor. Bu modellerin eksikleri ve temel aldıkları parametrelerin genişliğine bağlı olarak yanılma payları olmasına rağmen, Türkiye'de vakaların eksik tanımlandığı ve gerçek tabloyu anlamaktan uzak olduğumuz seklinde yorumlanabilir.

Türkiye'de özellikle Haziran ayı içinde sınavların yapıldığını ve bu sınavlardan önce vaka teması kişilere semptom göstermiyorlarsa test yapılmaması kriteri getirilmişti. (27) Daha sonraki süreçlerde resmi organizasyonlarda çok yüksek sayıda kişinin bir araya geldiğini gözlemledik. Bu süreçlerden sonra sağlık Bakanlığının her gün açıkladığı tablodaki yoğun bakımda yatan kişi sayısı ve entübe hasta sayısı tablodan çıkartıldı. (28) Bu uygulamanın gerçekleştirilmesinin, özellikle Haziran ayı içinde yoğun bakımdaki hasta sayısının aktif vaka sayısına oranının yüzde 12'nin üzerine çıkmasıyla eşzamanlı olması düşündürücüdür. Dünyada yoğun bakımda yatan hastaların aktif vakalara oranı değişmektedir ancak ortalama yüzde 1 civarında olan bu sayı (29) Türkiye'de yüzde 12'nin üzerine çıkmıştır. Türk Tabipleri Birliği ve bilim insanları tarafından yapılan eleştirilerde Türkiye'de test kriterinin ağır vakaların teyidi için kullanıldığı gözler önüne serilmişti. Ancak, Türkiye Mayıs ayı içinde normalleşme takvimini açıklamıştı. (30) Türkiye'de COVID'e bağlı olduğu açıklanan resmi ölüm sayıları Haziran ay ortasından itibaren Almanya'dan yüksek seyretmekte (Şekil 4).



Şekil 4: Almanya ve Türkiye’de tanımlanan günlük COVID-19’e bağlı ölümlerin karşılaştırması. Yatay eksen tarihi, dikey eksen ise günlük ölüm sayısını göstermektedir. Grafik Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi (ECDC) verilerine dayanarak ourworldindata.org web sitesinde oluşturulan görselden alınmıştır.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, 2 Eylül günü yaptığı basın açıklamasında Türkiye’de ilk sekiz ayda toplam ölüm sayısının 309 bin 632 olduğunu söyledi (31) TÜİK verilerine göre 2009-2019 yılları arasında ilk sekiz ayda yaşanan ortalama ölüm sayısı 267 bin 045, son beş senedeki ortalama ise 285 bin 225. (32) Dünyada, fazla ölüm verilerinin bilindiği bölgelerde yapılan bir araştırmada, birçok ülkede fazla ölümlerin COVID’e bağlı yaşanan ölümleri açıkladığı ve sayıların uyumlu olduğu gözlenmiş durumda. (33) Örneğin bu çalışmada, Almanya’da 17 Mart – 27 Temmuz arasındaki fazla ölümler 9 bin 193 iken COVID’e bağlı ölümlerin sayısı 9 bin 115; Birleşik Krallık’ta 13 Mart ile 13 Ağustos arasındaki fazla ölümler 63 bin 943 iken COVID ölümleri 56 bin 572; İtalya’da 25 Şubat ile 29 Haziran arasındaki fazla ölümler 42 bin 703 iken COVID’e bağlı ölümler 34 bin 060 olarak belirtilmiş. Aynı dönemde sadece İstanbul’da 4 bin 389 fazla ölüm yaşanırken COVID ölümlerinin sayısı 2 bin 801 olarak kayda geçirilmiş durumda. Dünya geneline baktığımızda; fazla ölümlerin yaklaşık yüzde 70’inin COVID’e bağlı olduğunu görmekteyiz. (33, 34) Türkiye’de 2020’nin ilk sekiz ay içinde yaşanan ve son on yıl ortalamasından yaklaşık 42 bin, son beş yıl ortalamasından ise 25 bin fazla olan ölümün COVID’e bağlı olanlarının bize resmi yollardan verilen 6 bin 700 ölümden çok daha fazlası olabileceğini görmekteyiz.



## Bakan Koca koronavirüste son durumu açıkladı ve ekledi: **İKİNCİ DALGA BEKLEMİYORUZ**

Almanya ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de normalleşme takviminin dayandığı bilimsel kriterler açık olarak ortaya konmamıştır. 1 Haziran itibari ile normalleşmenin neredeyse tüm kurumlarda tüm sosyal alanlarda bir anda gerçekleşmesi daha önce bahsettiğimiz adım adım normalleşme sürecinin işletilmediğini, Türkiye’nin taraf olduğu Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslararası kurumların yayınladığı pandemi planlarına riayet edilmediğini göstermektedir. Türkiye’de, salgının başından itibaren salgın ile ilgili önlemlerin ve bilgilerin yeterince objektif şekilde paylaşılmadığı, salgının başından itibaren bir başarı hikayesi ve güzel bir gelecek tanımı yapıldığını söyleyebiliriz. Dolayısıyla daha önce bahsettiğimiz gibi toplumla iletişim aşamasında salgının ciddiyetini ön plana koyan siyasal söylemlerin karşısında Türkiye’de salgının ciddiyetini gölgeleyen söylemlerle karşılaştık. Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer yöneticilerin söylemlerinde, salgının kontrolü altında olduğu ikinci bir dalganın beklenmediği bir başarılı süreç işletildiği bir çok defa dile getirildi. (35) Ancak bu söylemlerin arkasında yatan bilimsel veriler, modellemeler ve epidemiyolojik değerlerin belirlenmesi, hastane kapasitelerinin detaylı açıklanması yayılımın ve vakaların bölgesel dinamikleri hiçbir şekilde ortaya konmadı. Birçok meslek örgütünün ve uzmanının da belirttiği üzere Türkiye’de alınan önlemler ya da tedbirlerin gevşetilmesi süreci bilimsel verilerden çok ekonomik saiklerle gerçekleştirildi. Aksine, Türkiye’de COVID-19 ile ilgili bilimsel çalışmalar izne bağlandı ve Sağlık Bakanlığı’nın onayından geçmeyen her türlü çalışmaya, Türkiye Bilimler Akademisi’nin 17 Nisan tarihli pandemi değerlendirme raporunda “Vaka yönetimi konusunda sorumlu birimlerin verileri şeffaf değerlendirmeye izin verecek şekilde ilgili uzmanlık alanlarındaki talep eden bilim insanlarına izin ve yetki ile paylaşımına açması ve ilgili alanlardan bilim insanlarından gelecek katkı ve yorumlara açık olması” tavsiyesine (36) rağmen engelleme getirildi. Türk Toraks Derneği’nin 15 Ağustos tarihinde Lancet dergisinde yayımladığı makalede bu konu uluslararası bilim camiasıyla da paylaşılmıştı (37) Sağlık Bakanı, bu makaleye yanıt verdiği ve yine Lancet’te yayımlanan yazısında; Türkiye’de verilere ulaşımın sınırlanmadığını, isteyen herkesin verilere ulaşabildiğini, başvuru yapan kişilere çalışma için izin verildiğini ve hâlihazırda 196 araştırmacının araştırmalara devam ettiğini belirtti. (38)

Türkiye’de söylemlerin arkasında yatan bilimsel veriler, modellemeler ve epidemiyolojik değerlerin belirlenmesi, hastane kapasitelerinin detaylı açıklanması yayılımın ve vakaların bölgesel dinamikleri hiçbir şekilde ortaya konmadı. Birçok meslek örgütünün ve uzmanının da belirttiği üzere Türkiye’de alınan önlemler ya da tedbirlerin gevşetilmesi süreci bilimsel verilerden çok ekonomik saiklerle gerçekleştirildi.



Ancak Türkiye’de verilerin tek elde toplandığının ve bilimsel araştırmalar için bakanlığa yakınlığın bir kriter olduğunun göstergesi, 1 Eylül tarihinde Sağlık Bakanı yardımcısı ve dört bakanlık çalışanının yazarlar listesinde adının geçtiği ve muhtemelen bakanın bahsettiği 196 araştırmacıya dahil olan 12 yazarın isminin olduğu bir makalenin International Journal of Gerontology dergisinde yayımlanması ve burada söz edilen 65 yaş üzerindeki kişilerin hastalık detaylarının elde edilme şeklinin makalenin metot kısmında yazılmasıdır. (39)

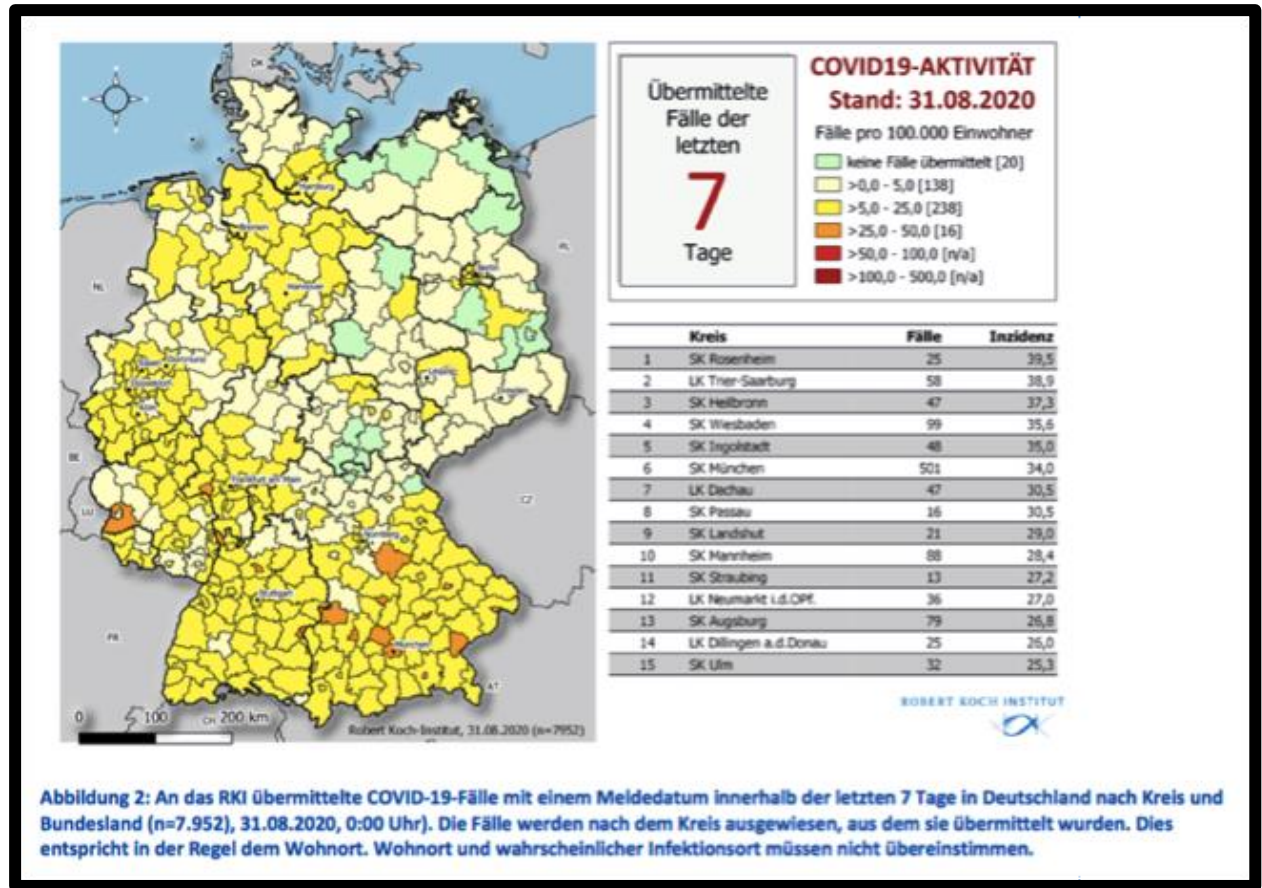
Akademik çıktılar açısından da Türkiye COVID sürecinde arka sıralarda kalmış durumdadır. COVID-19 anahtar kelimesi ile en az bir yazarın bağlı olduğu kurumun ülke anahtarının tarandığı bir pubmed makale veritabanı (40) aramasında ((ülke adı[AD]) AND (covid-19)) 2020 yılı içerisinde MEDLINE’da endekslenen ve derleme, editoryal ve yorum olmayan ABD ilişkili 5 bin 848; Çin ilişkili 5 bin 543; Birleşik Krallık ilişkili 4 bin 013; İtalya ilişkili 3 bin 942; Fransa ilişkili bin 651; Almanya ilişkili bin 305; makale bulunabilmekteyken, Türkiye ilişkili bu kategorideki makale sayısı 653’tür. Bu makalelerden medikal ve temel bilim alanının önde gelen dergilerinden bazıları olan JAMA, NEJM, Lancet, BMJ, Science, Nature, Cell, PNAS dergilerinde yayımlananlar ABD’de 215, Birleşik Krallık’ta 208, Çin’de 130, Almanya’da 59, Fransa’da 33, İtalya’da 31, Türkiye’de 2’dir. Bu veriler, Türkiye’de hem bilimsel bilgi ışığında bir pandemi yönetimi gerçekleştirilmediğini, hem de akademik çıktı değer yüksek bağımsız bilimsel araştırmaların yapılamadığını anlatmakta.

### **Veri Paylaşımı**

Pandeminin başından itibaren epidemiyolojik verilerin paylaşımı önem arz etmekte. Hem uluslararası standartlar hem de ülkelerin kendi dinamikleri, birçok veri setinin paylaşılmasını gerekli kılmakta. Salgınla ilgili paylaşılan en temel veriler günlük ve haftalık toplam vaka sayıları, ölüm sayıları, yoğun bakımda yatan hastaların ve entübe olan hastaların sayısı, bölgesel vaka dağılımı, bölgesel ölüm oranları, R üreme katsayısı gibi salgının epidemiyolojik bazı verileri, çeşitli matematiksel modellemeler ve ülkelerin yaptıkları test sayıları. Birçok ülkenin web sitesinde bölgelere göre vakaların zaman aralıklarına göre değişimi (Şekil 5), ölüm oranları, bu yapılan testlerin sayısı ve kaç kişiye yapıldığı, testlerdeki pozitiflik oranı, etnik dağılım, yoğun bakımda yatan hastaların sayısı, önceki güne göre değişimi, kaç kişinin entübe olduğu, yoğun bakıma yatan hastalardan kaçının yaşamını kaybettiği ve gelecek tahminleri, paylaşılmaktadır. (41)

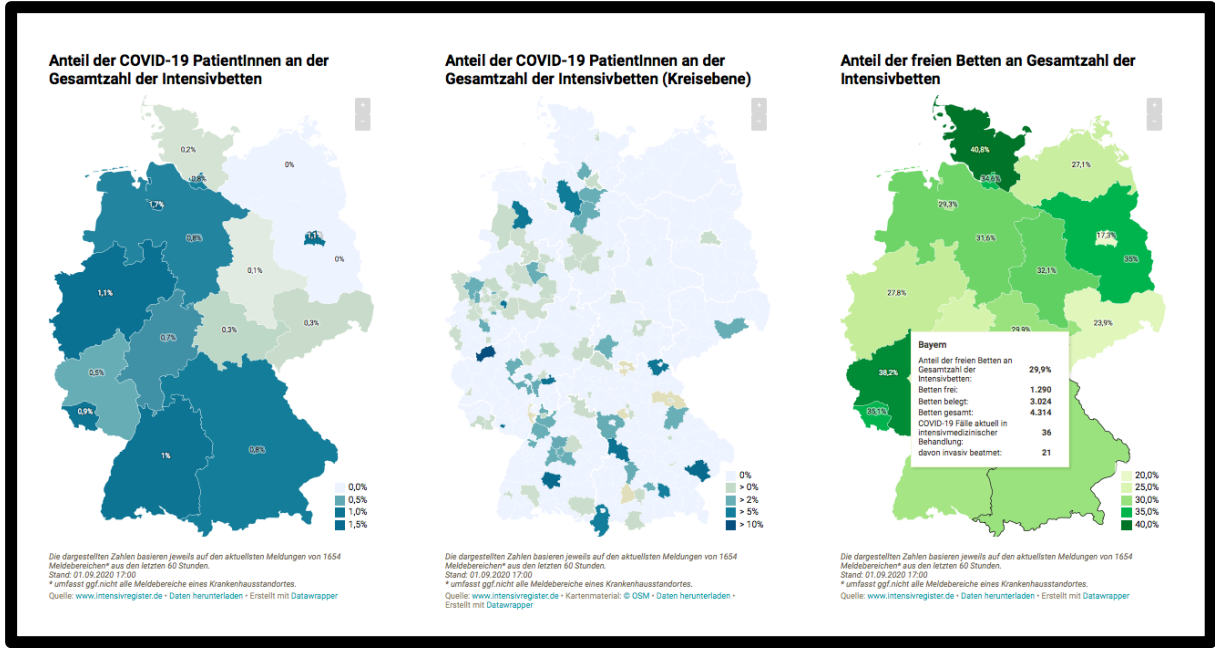
Veriler, Türkiye’de hem bilimsel bilgi ışığında bir pandemi yönetimi gerçekleştirilmediğini, hem de akademik çıktı değer yüksek bağımsız bilimsel araştırmaların yapılamadığını anlatmakta.





Şekil 5: Almanya'daki son bir haftalık vaka sayılarının 412 yönetim bölgesindeki dağılımını veren Robert Koch Enstitüsü'nün günlük COVID raporundan alınan 31 Ağustos 2020 tarihli bir grafik. Yeşil, 100 bin kişide son bir haftada vaka görülmeyen bölgeleri, açık sarı 0-5 vaka arası görülen bölgeleri, sarı renk 5-25 vaka arası görülen bölgeleri, turuncu renk 25-50 vaka arası görülen bölgeleri, kırmızı renk 50-100 vaka arası görülen bölgeleri, koyu kırmızı renk 100 vakadan fazla görülen yerleri göstermektedir.

Birçok ülkenin interaktif veri tabanları ve web sitelerinde, çeşitli bilgilere hem grafiksel olarak hem de ham veri olarak ulaşmak mümkün. Örneğin Almanya'nın Robert Koch Enstitüsü web sitesinde (42) salgınla ilgili vaka sayıları, ölüm sayıları, bunların günlük haftalık aylık değişimleri, bölgelere göre yaklaşık 400 idari bölgeye ayrılmış haritada vakaların yerel dinamikleri, epidemiyolojik verilerin hesaplama kriterleri, vakaların bildirilmesi ile hastaneye yatması arasında geçen süre, antikor çalışmaları, surveyans çalışmalarının detayları, klinik çalışma veritabanı, yoğun bakım kapasitesi (Şekil 6) ve bölgesel olarak aratma seçeneği (Şekil 7), haftalık test sayıları ve bu testlerin yapıldığı laboratuvar sayıları ile toplam test kapasitesi gibi diğer önemli bilgiler paylaşılmaktadır. (43) ABD'de de buna benzer bilgi paylaşım modeli mevcuttur. (44)



Şekil 6: Almanya'da hastanelerde tedavi gören COVID-19 hastalarının eyalet bazında yoğun bakım yataklarının yüzde kaçını kullandıklarını (sol), 401 yönetim bölgesinde yoğun bakım yataklarının yüzde kaçını kullandıklarını (orta) ve eyaletler bazında yoğun bakım yataklarının yüzde kaçının boş olduğunu gösteren tablo. DIVI web sitesinden 1 Eylül 2020 tarihinde alınmıştır.

**DIVI-Intensivregister**

Aktuelle Belegungssituation intensivmedizinischer Bereiche der Krankenhaus-Standorte Deutschlands

Listendarstellung | Kartenansicht | Länder-Tabelle

Bundesland: Berlin | Standortauswahl: | Verfügbarkeit: ☐ Verfügbar ☐ Begrenzt ☐ Nicht verfügbar | ICU Care-Type: | Umkreissuche: Ort, PLZ oder Adresse: | 10 km

Krankenhaus-Standort	ICU-Verfügbarkeit			Letzte Erfassung	Kontakt
	Low-Care <sup>1</sup>	High-Care <sup>2</sup>	ECMO <sup>3</sup>		
Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH, Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus Große Hamburger Straße 5-11 10115 Berlin Berlin	●	●	●	01.09.2020 04:04 Uhr	<a href="#">Kontakte anzeigen</a>
Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Hauptstandort Scharnhorststraße 13 10115 Berlin Berlin	●	●	●	01.09.2020 04:00 Uhr	<a href="#">Kontakte anzeigen</a>
Charité Universitätsmedizin Berlin, Hauptstandort Charitéplatz 1 10117 Berlin Berlin	●	●	●	01.09.2020 00:15 Uhr	<a href="#">Kontakte anzeigen</a>
Vivantes ? Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum im Friedrichshain	●	●	●	01.09.2020 06:50 Uhr	<a href="#">Kontakte anzeigen</a>

Şekil 7: Almanya'da herhangi bir bölgedeki hastanelerdeki yoğun bakım doluluk oranlarını gösteren interaktif arama seçeneği. DIVI web sitesinden alınmıştır.

Türkiye'de ise salgının başından itibaren uzun bir süre veri paylaşımının detayları sağlık bakanının sosyal medya ve basın açıklamalarındaki bilgilerle sınırlı kaldı. Salgının başlamasından neredeyse dört ay sonra 29 Haziran 2020'de, Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde günlük ve haftalık COVID-19 raporu yayınlanmaya başlandı (Şekil 8). (45)



Şekil 1: İBBS-1'e Göre Yeni COVID-19 Vaka Sayısı, Türkiye

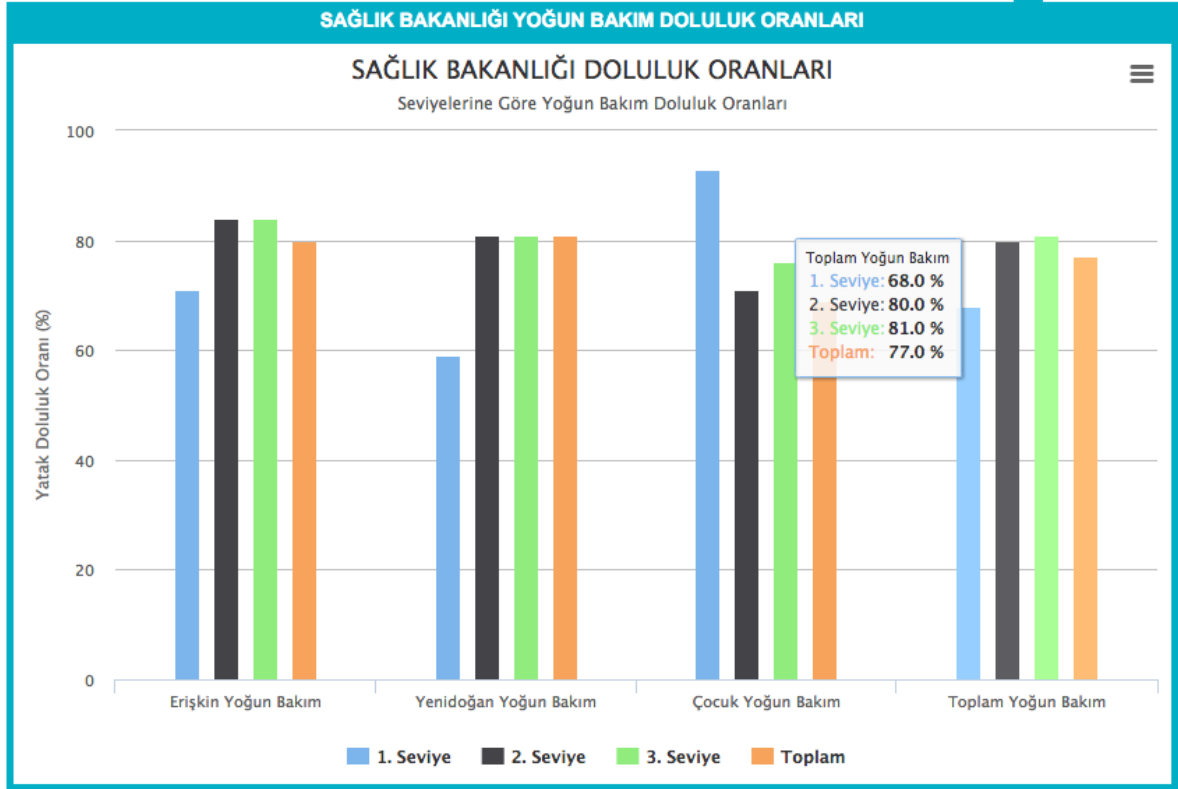
Bu tabloda vaka sayıları, yaş dağılımı, cinsiyet dağılımı gibi veriler NUTS1 (*nomenclature d'unités territoriales statistiques* ; Türkçesi IBBS-1) denen genel bölgesel kategorizasyonu ile paylaşılıyor. (46) Ölüm sayılarının açıkça verilmediği tabloda ölümler taburcu edilen hastaların açıklandığı tabloya eklenmiş durumda. Yeni COVID vakalarının cinsiyet ve yaşa göre dağılımı veriliyor. Türkiye'de yoğun bakım doluluk oranları Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü web sitesinde paylaşılıyor (Şekil 9). (47)

COVID-19 Günlük Durum Raporu, 03/09/2020, Türkiye

Tablo 4: İBBS-1'e Göre Hastane Hizmetleri ile İlgili COVID-19 Göstergeleri, Türkiye

İBBS-1	Yeni Hastane Yatışları		Hastaneden Yeni Taburcu Edilenler	
	Sayı	Önceki Güne Göre Değişim, (%)	Sayı	Önceki Güne Göre Değişim, (%)
İstanbul	64	23,1	29	-6,5
Batı Marmara	11	57,1	6	0,0
Ege	41	10,8	20	-9,1
Doğu Marmara	41	0,0	28	0,0
Batı Anadolu	108	-11,5	77	-7,2
Akdeniz	56	12,0	35	-14,6
Orta Anadolu	68	-2,9	55	-3,5
Batı Karadeniz	44	29,4	21	-12,5
Doğu Karadeniz	20	42,9	15	-11,8
Kuzeydoğu Anadolu	33	10,0	27	-32,5
Ortadoğu Anadolu	25	-30,6	30	-11,8
Güneydoğu Anadolu	77	-3,8	90	-10,0
Türkiye	588	2,6	433	-10,4

Şekil 8: Türkiye'de açıklanan verilerin bölgesel dağılım grafiği ve günlük rapor bilgileri. 3 Eylül 2020 günü Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinden alınmıştır.



Şekil 9: Türkiye’de yoğun bakım doluluk oranlarının 7 Eylül 2020 tarihli şeması. Sağlık Bakanlığı’nın web sitesinden alınmıştır.

Sağlık bakanının sosyal medyadan yakın zamana kadar paylaştığı turkuaz tabloda da bazı verilerin özeti paylaşılıyor. (48) Bu tabloda, verilen günlük ve toplam vaka sayılarını, ölüm sayıları, test sayısı, iyileşen hasta sayısı ve bunun yanında ilk aşamalarda yoğun bakım ve entübe hasta sayısı vardı. Temmuz ayı içinde turkuaz tablodan, aktif vakaya oranı gittikçe artmakta olan yoğun bakım hasta sayısı ve entübe hasta sayısı çıkartılıp bunun yerine zatürre oranı ve ağır hasta sayısı eklenmişti. (49) Öte yandan Türk Tabipleri Birliği ve bir çok hekimin raporlamasına göre bu bölgelerde açıklanan vaka sayıları, günlük elde edilen şehir bazlı vaka sayıları ile uyuşmamaktadır. (50) Adıyaman, Ankara, Batman, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir ve bir çok ilin vaka sayıları toplandığında Türkiye’deki günlük vaka sayılarından daha fazla vakaya tekabül etmekte. (51) Bu nedenle, Türk Tabipleri Birliği, Türkiye’deki aktif vaka sayısının söylenenin on katı olabileceği yorumunu yapmış (52), İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediye başkanları, sadece bu iki şehirdeki ölüm sayısının Türkiye’de verilen toplam ölüm sayısına denk geldiğini söylemişlerdi. (53) Ağustos ayında International Journal of Health Planning and Management dergisinde yayımlanan bir makalede, Türkiye’nin vaka ve ölümleri raporlamasındaki çelişkilere değinilmişti. (54)

Bu anlamda, Türkiye’nin salgınla ilgili verileri uluslararası standartlarda kamuoyuyla paylaşmadığını net olarak söyleyebiliriz. Bunun yanında, verilen sayıların gerçek salgın tablosunun sadece bir kısmını oluşturduğuna dair kanı gittikçe güçlenmektedir. Başta belirttiğimiz üzere, pandemi sürecinin en önemli ayaklarından bir tanesi halkta güven sağlamak ve yöneticilerin

etkili bir toplumsal iletişim kurmalarıdır. Türkiye, hem veri paylaşımındaki eksikler hem de sahadan gelen verilerle resmi verilerin uyuşmaması sıkıntısı nedeniyle bu anlamda güvenilirliği kaybetmiş durumdadır. Burada belirtmekte fayda var ki dünyanın hiçbir ülkesinde tüm COVID vakalarının bulunduğunu söyleyemeyiz, bu teknik olarak ve test kapasitesi nedeniyle mümkün değil. Ancak, salgının gidişatını en iyi şekilde tahmin etmek için oldukça yüksek sayıda test yapmak, ağır vakaları izole etmek, vaka takibi ve filyasyon ile vaka temaslı enfekte kişileri bulmak, onları izole etmek, asemptomatik kişileri erken teşhis edip toplumda virüsün yayılmasını önlemek şart. Salgının başından itibaren bu anlamda yayılmayı ve vakaları kontrol altına alabilen ülkelerin test kriteri ve veri açıklama metotları bu mantık ile gerçekleştiriliyor. Bu ülkelere örnek olarak Güney Kore ve Almanya verilebilir.

Salgın devam ederken birçok ülke, kendi sınırları içerisinde çeşitli çalışmalar yapmış ve bunların sonuçlarına uluslararası bilim dergilerinde yayınlanmıştır. Örneğin, Lancet dergisinde yayınlanan bir çalışmada; İspanya, genelinde COVID geçirmiş olma sıklığına bakılan ve Avrupa’da gerçekleştirilen en geniş çaplı antikör testinin sonuçları Temmuz ayında sonuçları yayınlanmıştı. (55) 60 bin kişiyle yapılan çalışmada antikör testi pozitif çıkma oranı yüzde 4,6. Salgından en çok etkilenen bölgelerde bu oran daha fazla olmakla beraber en yüksek değer yüzde 15’i geçmiyor. Hastalığa en yüksek oranda geçiren meslek grubunun sağlık çalışanları olduğu belirtilmişti (%10). PCR testi daha önce pozitif çıkan kişilerin yüzde 90’ında antikör bulunmuştu. Test edilen 34 bin asemptomatik kişinin yüzde 2’sinde antikör bulunmuştu. Toplumlardaki asemptomatik kişilerin yaygınlığı bu anlamda beklenenden yüksek olabilir görüşü bu çalışma ile ortaya konmuştu. Yani bu bilgi, vaka teması kişilerde sadece semptoma bağlı test yapma uygulamasının salgının yayılımını azaltmaya hizmet etmediğini belirtmesi açısından önemlidir. İspanya’nın çalışmasına göre hiç PCR testi yaptırmayan 50 bin kişinin yüzde 4,6’sında antikör bulunmuştu. İlginç olan, PCR testi negatif çıkan kişilerin yüzde 8’inde antikör var. Yani PCR testi negatif çıksa da hastalanmış kişiler mevcut. Dünya Sağlık Örgütü bu nedenle PCR testinin yanında klinik bulguların da dikkate alınarak COVID vakalarını kategorize etmek ve kayda geçirmek gerektiğini belirtmiş (56) ve COVID için iki ayrı kod vermişti. Ancak, Türkiye sadece PCR testi pozitif çıkan vaka sayılarını paylaşırken, bir süredir bazı hastanelerin sisteme vaka girişini yapmadıkları ortaya çıkmıştı. (57) Bu nedenle Türkiye’deki salgının veri detayına İspanya için bu çalışmadaki kadar hakim olamadığımız için, salgının geleceğine dair ve toplumda salgının geçirilme oranına dair bir yorum yapmamız mümkün olmuyor.

Sağlık Bakanlığı, Haziran ayı içinde, PCR ve antikör tarama testlerine başlamıştı. (58) Bu çalışmanın amacı toplumdaki bağışıklığı ölçmek ve verili bir zamanda kaç kişide virüs tespit ediliyor sorularının yanıtını bulmaktı. Sağlık Bakanı’nın açıklamalarına göre; 118 bin kişi hem antikör hem de PCR testine tabi tutulmuştu. (59) PCR taramasıyla pozitif bulunan kişi oranı binde 2,8’dir. Yani bunu tüm ülkeye uyarlırsak belli bir zamanda 250 binee yakın kişi pozitif olarak Türkiye’de gezmekte. Toplum bağışıklığı içinse verilen



oran binde 8,1. Adıyaman ve İstanbul gibi illerde bu oranın yüzde 3'ün üzerinde olduğu bildirilmişti. (60) Eğer binde 8,1 tüm Türkiye'ye oranlanırsa 650 bin kişinin bu hastalığı geçirmiş olduğu sonucu çıkabilir. Fakat bu veriler sadece sosyal medya üzerinden yayınlandığı için ve herhangi bir bilimsel yayın ile kamuoyu ile paylaşılmadığından bu çalışmaların hem dizayn hem de sonuçların yorumlanması aşamaları bağımsız bilim insanlarıncaya değerlendirilememektedir. Türkiye'deki bilimsel çalışmaların paylaşıl-maması durumu ve verilen açıkça uluslararası kamuoyuna yansıtılmaması salgınla ilgili bilim insanlarının geleceğe dair öngörü yapmasını engelleyen, bilginin tekinin sadece merkezi yönetimde olmasını beraberinde getiren bir hatadır. Türkiye bir an önce tüm verileri şeffaflıkla kamuoyuyla paylaşmalıdır. Eğer verilen bilgiler doğru ise, bağımsız bilim insanlarının analizleri sonucunda da şu anda yönetimin açıkladığı gidişata uygun bir tabloyla karşı-lanacağı kesindir. Ancak toplum içindeki güvensizliği yaratan ve veri pay-laşımındaki muğlaklık doğruysa, açıklanan verilerin bilim insanlarıncaya de-ğerlendirilmesi geleceğe dair Türkiye'nin lehine olacaktır.

### **Sonuç Yerine**

2020 senesinde yerkürede kendi yaşamlarımızda daha önce bu denli geniş-likte karşılaşmadığımız bir sağlık sorunuyla yüz yüzeyiz. Hiçbir ülke bu sal-gının gelişini engelleyebilecek setleri çekememiş görünüyor. Keza yine hiç-bir ülkenin önlemlerinin mükemmel olmadığını biliyoruz. Bu süreçte bu yazıda bahsedilen her ülkenin uygulamalarına dair eleştiriler yükseltilebilir. Ancak atılan adımların epidemiyoloji bilimine uygunluğu ve meslek örgüt-lerinin bu onay ve karar süreçlerine dahil olup olmaması konuları ülkelerin aldıkları kararların objektiflik skalasındaki yerlerini belirliyor.

Artan vaka sayısı ve gittikçe hızlanan yayılım, salgının bir süre daha bizlerle olacağının göstergesi. Bu sürenin uzunluğunu yapılanların yanında ve belki ondan daha çok yapılmayanlar, zamanında alınmayan önlemler belirleye-cek. Aşı ve ilaç çalışmaları son hızla devam etmekte, umutlu sonuçlar al-maya başlamaktayız. Ancak, farmasötik olmayan müdahale metotlarını yaşama geçiremediğimiz, gereken tedbirleri almadığımız sürece aşı ve ilaç mucizevi bir kurtuluş sağlamayabilir. Bu nedenle, salgından ağır etkilenen ülkelerin yayılımını nasıl kontrol altına alabildikleri, hangi toplumsal önem-leri hangi aşamada hangi ivedilikle yaşama geçirebildikleri, siyasi ve bilim-sel adımların hangi çerçevede attıklarını incelemek ve bu noktadan hareket-le doğru ve yanlış yapılanları bilimsel aklın süzgecinden geçirmek ve bunu da en geniş kolektif katılımıla yapmak büyük önem taşıyor.

Bilimin sorgulayıcılığının, bilimsel metodoloji içerisinde hareket ve yargı alanı sağlamanın, olanı anlamlandırmaya dair yapabileceğimizin en iyisi olduğunun kabulüne varmak gerekmektedir. Bazen, yeni metotlar icat etmek-tense, etkili olduğu kanıtlanmış ve yaşamın içinde sınanmış uygulamaları gerçekleştirmek sorunun çözümüne katkıda bulunacaktır. Bu nedenle, kar-şılaştırmalı analizlerin ve şeffaf paylaşımının örneklerinin çoğalması gerekli-liğini belirterek, bilimin mükemmel olmadığını ancak elimizdeki en iyi olduğunun altını çizmeliyiz. Meslek örgütleri, saha hekimleri, geniş inter-disipliner bilim insanlarının sürece ve karar alma mekanizmalarına doğru-

Türkiye'deki bilimsel çalışmaların paylaşılmaması durumu ve verilen açıkça uluslararası kamuoyuna yansıtılmaması salgınla ilgili bilim insanlarının geleceğe dair öngörü yapmasını engelleyen, bilginin sadece merkezi yönetimde olmasını beraberinde getiren bir hatadır.

dan katılımının sağlanması, Türkiye'nin önündeki zorlu süreci en az hasarla atlatmasında önemli bir gerekliliktir.

#### Kaynakça

1. **Türk Tabipleri Birliği web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/yayin\\_liste.php?Guid=1e54b472-de5f-11ea-a538-cd82211f39c1](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/yayin_liste.php?Guid=1e54b472-de5f-11ea-a538-cd82211f39c1)
2. **Türk Tabipleri Birliği web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/yayin\\_liste.php?Guid=5f69fc0a-dbdb-11ea-a538-cd82211f39c1](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/yayin_liste.php?Guid=5f69fc0a-dbdb-11ea-a538-cd82211f39c1)
3. **Dünya Sağlık Örgütü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-covid-19-6month.pdf>
4. **Maxmen, A.** (2020) Why the United States is having a coronavirus data crisis. Nature. Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02478-z>
5. **Worldometers web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/brazil/>
6. **Beaumont, P., Sample, I.** (2020) From confidence to quarantine: how coronavirus swept Italy. The Guardian. Erişim tarihi 1 Eylül 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/10/from-confidence-to-quarantine-how-coronavirus-swept-italy>
7. **Moatti, J.P.** (2020) The French response to COVID-19: intrinsic difficulties at the interface of science, public health, and policy, Lancet, 5(5):E255. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30087-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30087-6/fulltext)
8. **Yong, E.** (2020) The U.K.'s Coronavirus 'Herd Immunity' Debacle. The Atlantic. Erişim tarihi 1 Eylül 2020, <https://www.theatlantic.com/health/archive/2020/03/coronavirus-pandemic-herd-immunity-uk-boris-johnson/608065/>
9. **Statista web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.statista.com/statistics/1102257/cumulative-coronavirus-cases-in-the-nordics/>
10. **Türk Tabipleri Birliği web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/arsiv\\_haber.php](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/arsiv_haber.php)
11. **Gibney, E.** (2020) Whose coronavirus strategy worked best? Scientists hunt most effective policies. Nature. Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01248-1>
12. **İnfluenza Pandemi Planı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal\\_pandemi\\_plani.pdf](https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf)
13. **Robert Koch Enstitüsü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.rki.de/DE/Content/Infaz/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan\\_Teil\\_II\\_gesamt.pdf?\\_\\_blob=publicationfile](https://www.rki.de/DE/Content/Infaz/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?__blob=publicationfile)
14. **Federal Almanya Cumhuriyeti Federal Adalet ve Tüketicuyu Koruma Bakanlığı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html>
15. **Robert Koch Enstitüsü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.rki.de/DE/Content/Infaz/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Vorl\\_Testung\\_ncov.html?Nn=13490888](https://www.rki.de/DE/Content/Infaz/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_ncov.html?Nn=13490888)
16. **Die Welt gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.welt.de/politik/deutschland/video206489421/Merkel-zu-Corona-60-bis-70-Prozent-der-Bevoelkerung-koennten-infiziert-werden.html>
17. **CNN haber ajansı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020 [https://www.cnn.com/world/live-news/coronavirus-outbreak-03-16-20-intl-hnk/h\\_6dc565297dae326d424f5a2f13618aeb](https://www.cnn.com/world/live-news/coronavirus-outbreak-03-16-20-intl-hnk/h_6dc565297dae326d424f5a2f13618aeb)
18. **Deutsche Welle haber ajansı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020 <https://www.dw.com/en/germany-coronavirus-threat-raised-to-high-alert/a-52809780>
19. **Almanya Ulusal Doğa Bilimleri Akademisi Leopoldina web sitesi**, (2020), Erişim tarihi 3 Eylül 2020 , [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2020\\_04\\_13\\_Coronavirus-Pandemie-Die\\_Krise\\_nachhaltig\\_überwinden\\_final.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_04_13_Coronavirus-Pandemie-Die_Krise_nachhaltig_überwinden_final.pdf)
20. **Almanya Ulusal Doğa Bilimleri Akademisi Leopoldina web sitesi**, (2020), Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.leopoldina.org/en/press-1/news/ad-hoc-statement-coronavirus-pandemic/>

21. **Robert Koch Enstitüsü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.rki.de/DE/Content/infaz/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Modellierung\\_Deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationfile](https://www.rki.de/DE/Content/infaz/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf?__blob=publicationfile)
22. **Robert Koch Enstitüsü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.rki.de/DE/Content/infaz/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/Nowcasting.html](https://www.rki.de/DE/Content/infaz/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/Nowcasting.html)
23. **Federal Almanya Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/coronavirus/chronologie-coronavirus.html>
24. **Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.intensivregister.de/#/index>
25. **Our World in Data web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>
26. **Giattino, G.** (2020) How epidemiological models of COVID-19 help us estimate the true number of infections. Erişim tarihi 6 Eylül 2020, <https://ourworldindata.org/covid-models>
27. **Birgün gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.birgun.net/haber/koronavirus-testlerini-kisiltlama-karari-buyuk-tepki-cekti-305342>
28. **Evrensel gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.evrensel.net/haber/410615/entube-ve-voqun-bakim-savisi-tablodan-cikti-ttb-baskani-saklama-ihitiyaci-duyuluyor>
29. **Worldometers web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
30. **Türkiye Cumhuriyeti İletişim Başkanlığı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.iletisim.gov.tr/turkce/haberler/detay/cumhurbaskani-erdogan-normal-hayata-donusu-kademe-kademe-baslatilacagiz>
31. **Deutsche Welle haber ajansı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.dw.com/tr/koca-ankarada-vaka-art%C4%B1%C5%9F%C4%B1-%C3%a7ok-%C3%bcksek/a-54796921>
32. **Türkiye Cumhuriyeti Türkiye İstatistik Kurumu web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [http://www.tuik.gov.tr/pretablo.do?Alt\\_id=1060](http://www.tuik.gov.tr/pretablo.do?Alt_id=1060)
33. **The Economist web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>
34. **Euromomo web sitesi**, Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>
35. **Anadolu Ajansı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/bakan-koca-su-anki-sartlarda-salgin-kontrol-altinda/1839636>
36. **Türkiye Bilimler Akademisi TÜBA web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/COVID-19%20Raporu-Final+.pdf>
37. **Bayram, H., Köktürk, N., Elbek, O., Kılınç, O., Sayiner, A., Dağlı, E., Turkish Thoracic Society.** (2020) Interference in scientific research on COVID-19 in Turkey. Lancet. 396(10249):463-464. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31691-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31691-3/fulltext)
38. **Koca, F.** (2020) Promotion of scientific research on COVID-19 in Turkey. Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31864-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31864-X/fulltext)
39. **Esme, M. Et al.** (2020) Older Adults With Coronavirus Disease 2019; A Nationwide Study in Turkey. The Journals of Gerontology: Series A. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa219>
40. **Pubmed veritabanı.** (2020). Erişim tarihi 5 Eylül 2020, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
41. **Twitter paylaşımı,** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://twitter.com/cakizil/status/1275253450234892290?S=20>
42. **Robert Koch Enstitüsü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [www.rki.de](http://www.rki.de)
43. **Robert Koch Enstitüsü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, [https://www.rki.de/DE/Content/infaz/N/Neuartiges\\_Coronavirus/ncov.html](https://www.rki.de/DE/Content/infaz/N/Neuartiges_Coronavirus/ncov.html)
44. **Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi CDC web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/index.html>
45. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,66559/gunluk-rapor--daily-report.html>
46. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38607,covid-19-gunluk-durum-raporu-03092020pdf.pdf>

47. **Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü web sitesi**, (2020) Erişim tarihi 7 Eylül 2020, <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>
48. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı COVID-19 web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://covid19.saglik.gov.tr/>
49. **Birgün gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.birgun.net/haber/ttb-acikladiktan-sonra-saglik-bakanligi-verileri-yok-etti-310236>
50. **Birgün gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.birgun.net/haber/turk-tabipleri-birligi-saglik-bakanligi-verileri-gizliyor-310442>
51. **Birgün gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.birgun.net/haber/valiler-baska-bakanlik-baska-saji-acikliyor-bir-celiski-de-rize-den-310753>
52. **Evrensel gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.evrensel.net/haber/411791/ttb-aktif-hasta-sayisi-aciklananin-10-kati-saglik-calisanlari-tukeniyor>
53. **T24 web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://t24.com.tr/haber/imamoglu-ve-yavas-saglik-bakanligi-nin-rakamlari-gercekleri-vansitmiyor.899868>
54. **Kısa, S., Kısa, A.** (2020) Under-reporting of COVID-19 cases in Turkey. International Journal of Health Planning And Management. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7436880/>
55. **Pollan, M. Et al** (2020) Prevalence of SARS-cov-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. Lancet. 396(10250):P535-544. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31483-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31483-5/fulltext)
56. **Dünya Sağlık Örgütü web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.who.int/classifications/icd/covid19/en/>
57. **Birgün gazetesi web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.birgun.net/haber/koronavirus-8-agustos-tan-beri-pozitif-vakalar-sisteme-eksik-girilmis-314008>
58. **NTV haber web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.ntv.com.tr/saglik/150-bin-kisiye-bagisiklik-testi,q2UbK4aFsUqA9TTIUKIfw>
59. **Sondakika haber web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.sondakika.com/haber/haber-koronavirusle-ilgili-118-bin-kisiye-yapilan-pcr-13359145/>
60. **Sondakika haber web sayfası** (2020). Erişim tarihi 3 Eylül 2020, <https://www.sondakika.com/haber/haber-koronavirusle-ilgili-118-bin-kisiye-yapilan-pcr-13359145/>

# COVID-19 VERİ DETAYLARI: TÜRKİYE & İNGİLTERE

## Zeki Berk

Endüstri Mühendisi, Veri Görselleştirme Uzmanı

Bilindiği üzere veriler, gerek salgınların etkisini ve gelişimini ortaya koymak, gerekse kamuoyunu salgın konusunda uyarmak açısından çok değerlidir. Bu yazıda Türkiye ve İngiltere'deki COVID-19 salgınının durumunun halka nasıl duyurulduğu, kamuoyuyla paylaşılan bilgilerin detayları ve farklı kullanım amaçlarına göre yeterlilikleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada Türkiye ve İngiltere'deki resmi kaynaklar tarafından yayınlanan bilgiler kullanılmıştır.

Kuşkusuz ülkelerin bu bilgileri titizlikle toplayıp değerlendirmelerinin esas amacı salgının ülkedeki durumunu ölçmek, gidişatını öngörmek ve bu verilere dayanarak alınacak tedbirleri belirlemektir. Bu verilerin kamuya açık bir şekilde paylaşılmasının amacı ise Dünya Sağlık Örgütü'nü, diğer ülkeleri ve halkı bilgilendirmenin yanı sıra, salgını veri üzerinde takip edip ölçmek, sonuçları öngörmek, yönetmek ve kontrol altına almak için yollar arayan bilim insanlarına da gerekli olan bilgileri sağlamak olmalıdır. Bu amaçlara hizmet edebilecek veri çeşitliliğine ve paylaşım kalitesine ulaşmak için en azından aşağıdaki başlıklar altındaki bilgilerin paylaşılması gereklidir:

- 1. Detaylı Test Sonuçları:** Yapılan testlerin ve bunlardan pozitif çıkanların sayıları açıklanırken test sebeplerine göre (semptomlu, temaslı, tarama amaçlı, vaka takibi vb) ayrıştırılmalı ve sonuçlar test yapılma gerekçesine göre sınıflandırılarak kamuoyuna sunulmalıdır.
- 2. Hasta / Hastane Takibi:** Hastaneye yeni yatan, yoğun bakıma alınan, solunum cihazına bağlanan, tedavisi evde yapılan vaka adetleri gün bazında ayrı ayrı verilmelidir. Benzer biçimde hastanede tedavi görenlerden iyileşip taburcu olanlar ile evde tedavi görenlerden iyileşenlerin sayıları ayrı ayrı verilmelidir. Son olarak hastane kapasiteleri ve kullanım oranları klinik, yoğun bakım ve solunum cihazı bazında paylaşılmalıdır.
- 3. Ölümlerin Detaylandırılması:** COVID-19 nedeniyle ölenlerin belirlenmesinde ölüm tarihi ilk pozitif çıkan test tarihinden itibaren bir ay içerisinde olanların sayısı ayrı, iki ay içerisinde olanların sayısı ayrı olarak paylaşılmalıdır.

Kuşkusuz ülkelerin bu bilgileri titizlikle toplayıp değerlendirmelerinin esas amacı salgının ülkedeki durumunu ölçmek, gidişatını öngörmek ve bu verilere dayanarak alınacak tedbirleri belirlemektir. Bu verilerin kamuya açık bir şekilde paylaşılmasının amacı ise Dünya Sağlık Örgütü'nü, diğer ülkeleri ve halkı bilgilendirmenin yanı sıra, salgını veri üzerinde takip edip ölçmek, sonuçları öngörmek, yönetmek ve kontrol altına almak için yollar arayan bilim insanlarına da gerekli olan bilgileri sağlamak olmalıdır.



- 4. Fazladan Ölüm:** Geçmiş yıl ortalamalarında fazla çıkan ölüm adetleri düzenli olarak verilmelidir.
- 5. Bölge ve İl Bazında Bilgi:** Bütün veriler bölge ve il bazında yayınlanmalıdır.
- 6. Karantina Detayı:** Salgının odak noktası haline gelen bulaşma öbekleri (karantina uygulanan köy, mahalle vs.) Düzenli olarak il/ilçe belirtilip numaralanarak listelenmelidir. Bu öbeklerdeki yeni vaka, iyileşme ve ölüm adetleri vakalar sıfırlanana kadar gün bazında yayınlanmalıdır.
- 7. Yaş ve Cinsiyet:** Bütün veriler yaş grupları ve cinsiyet bazında yayınlanmalıdır.
- 8. Elektronik Erişim:** Veriler elektronik bilgi kullanım şekline uygun olarak paylaşılmalıdır.
- 9. Tarama Raporları:** Tarama, seroprevalans raporları ve benzeri araştırma sonuçları süreklilik gösterecek biçimde paylaşılmalıdır.

### Türkiye ve İngiltere:

Aşağıdaki tabloda Türkiye ve İngiltere'nin açıkladığı veriler çeşitli parametreler açısından karşılaştırılmıştır. Hem Türkiye<sup>186</sup> hem İngiltere<sup>187</sup> için veriler resmi kaynaklardan derlenmiştir.

**Tablo: Türkiye ve İngiltere'nin Açıkladığı COVID-19 Verileri**

Ülke	Detaylı Test Sonuçları	Hastane Kapasite Kullanımı	Ölüm Detayı	Fazladan Ölüm	Bölge Bazında Bilgi	İl Bazında Bilgi	Karantina Detayı	Yaş Cinsiyet	Bilgilere Elektronik Erişim	Tarama Raporları
Türkiye	X	X	X	X	✓	X	X	✓	X	X
İngiltere	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

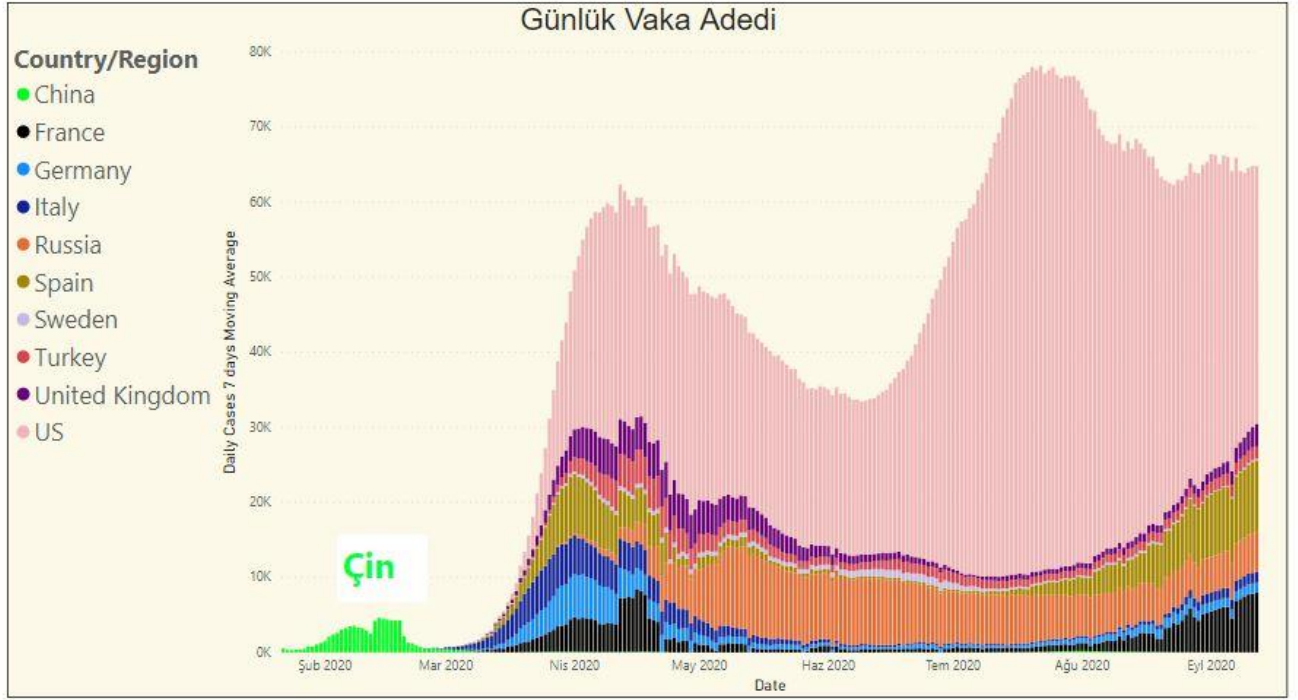
### Grafiklerle Salgın Anlatımı

Verileri grafik biçiminde sunmak, toplumun salgını anlamasını ve diğer ülkelerle kendi ülkesini kolaylıkla kıyaslamasını sağlayarak bireylerin sağlık okuryazarlığının yetkinleşmesine katkı sunar. Bu çerçevede aşağıda kimi grafikler sunulmuştur:

<sup>186</sup><https://covid19.saglik.gov.tr/>

<sup>187</sup>[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/912973/Weekly\\_COVID19\\_Surveillance\\_Report\\_week\\_35\\_FINAL.PDF](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/912973/Weekly_COVID19_Surveillance_Report_week_35_FINAL.PDF) ve [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/912961/COVID\\_19\\_Weekly\\_Report\\_26\\_August.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/912961/COVID_19_Weekly_Report_26_August.pdf)

## Dünyada ve Türkiye’de COVID-19



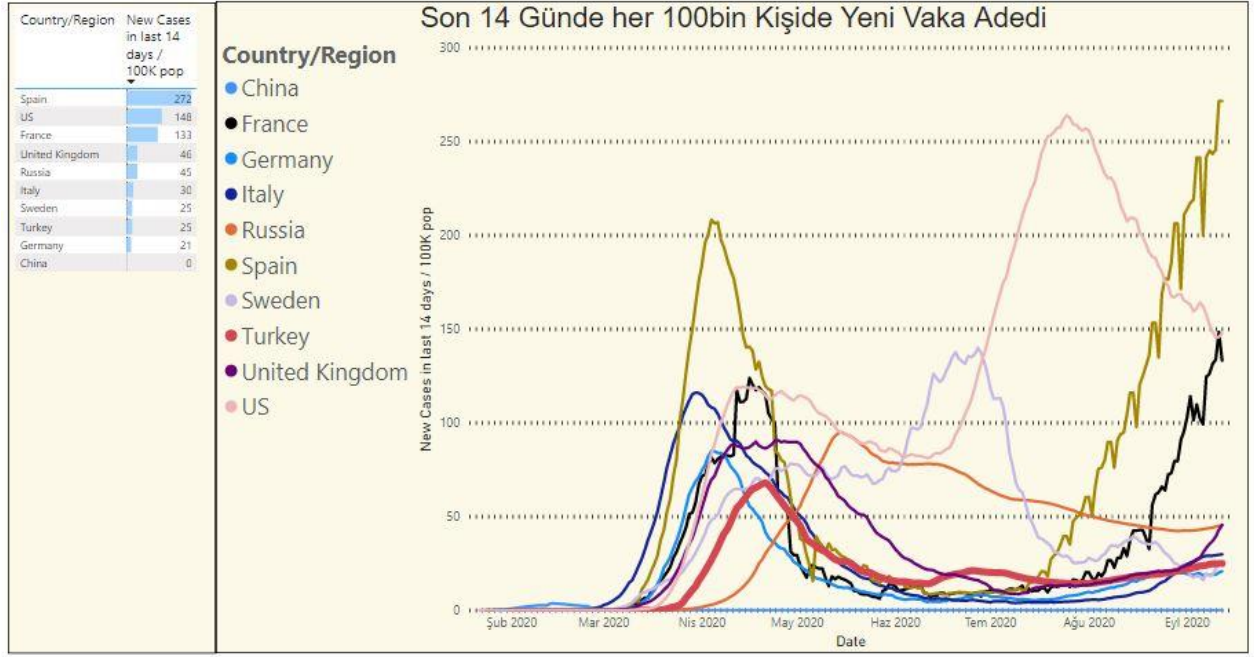
Bu grafikte; Ocak ayında Çin’de başlayan ve Mart ayında doğduğu yerde kontrol altına alınan COVID-19 salgınının Mart ayından itibaren dünyayı saran bir pandemiye nasıl dönüştüğü görülmektedir.

### Yeni Vaka Sayısı

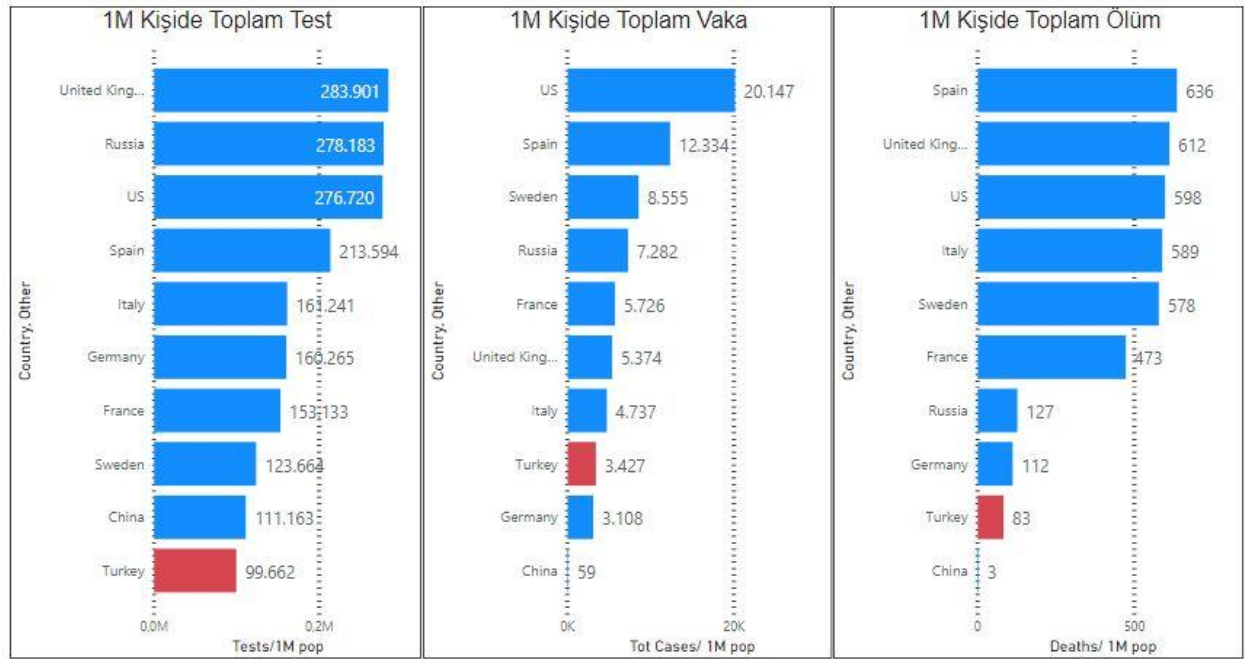
Aşağıda sunulan grafikte ülkelerde her 100 bin kişi içinde son 14 gündeki yeni vaka sayıları gösterilmiştir.

Grafikte kalın kırmızı çizgi ile gösterilen ülke olan Türkiye’de vaka yoğunluğu Ağustos ayı içerisinde Avrupa ile benzer biçimde tekrar yükselmeye başlamıştır.

Grafikten de görüleceği üzere İspanya ve Fransa zirveye doğru ilerlemektedir.



### Test Sayısı

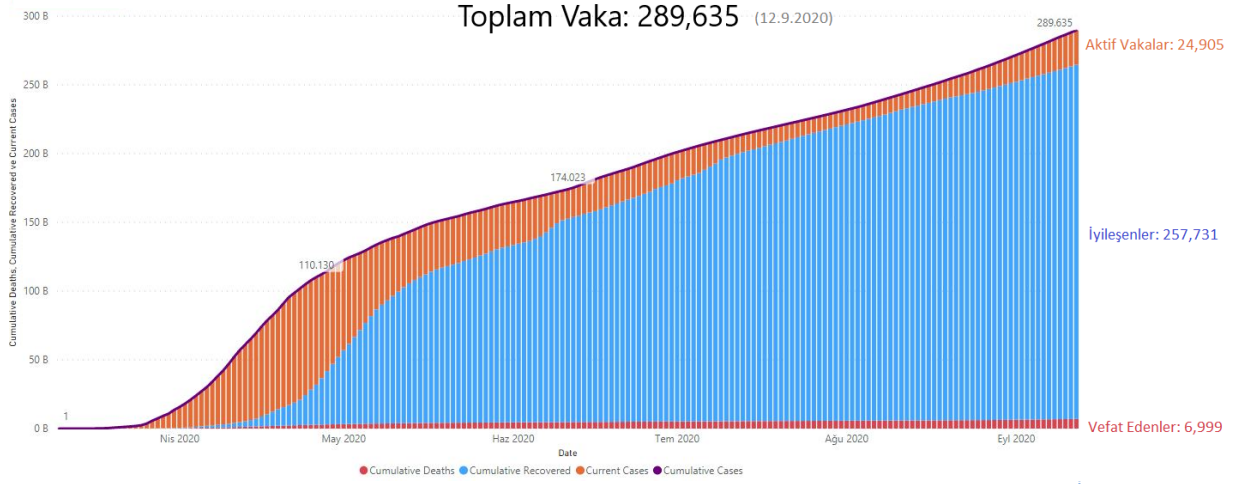


Bu grafikte her 1 milyon kişi için toplam test, toplam vaka ve toplam ölüm adetleri gösterilmektedir. Görüleceği üzere diğer ülkelerle kıyaslandığında; Türkiye’de çok daha az test yapıldığı, nüfus içerisindeki vaka ve ölüm sayılarının da görece düşük olduğu izlenmektedir.

### Toplam Vaka

Aşağıdaki grafikte salgının Türkiye’de başladığı Mart ayından günümüze kadar toplam vaka, toplam iyileşen, aktif vaka ve toplam ölüm sayıları gösterilmektedir.

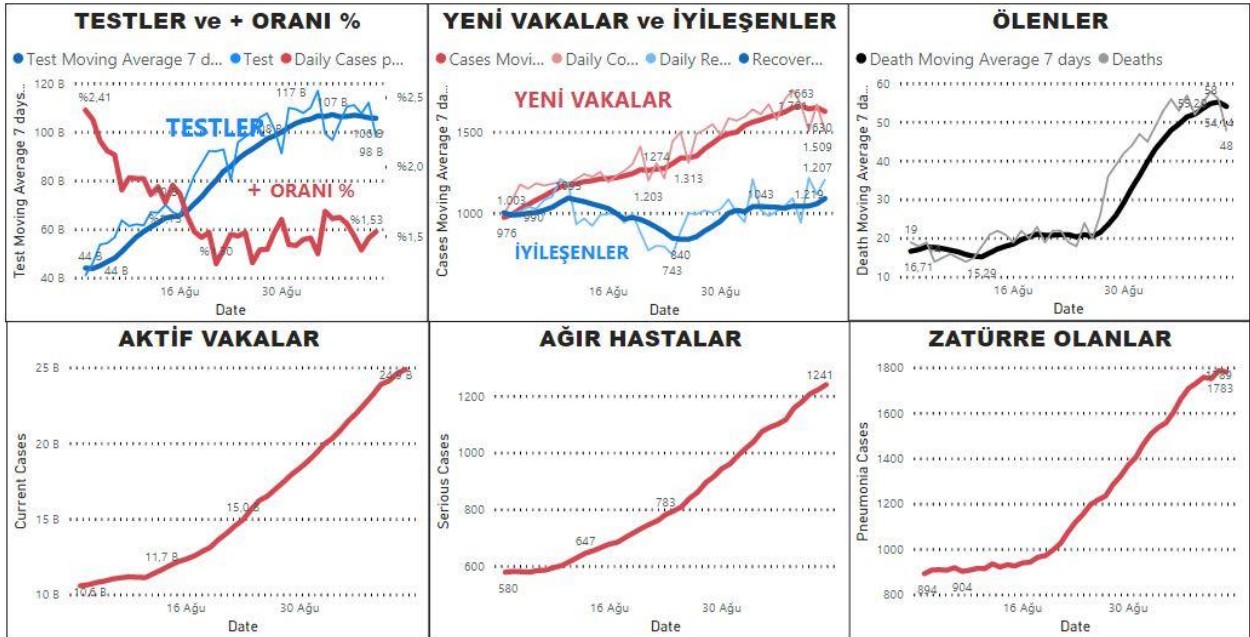
1 Eylül 2020 tarihi itibarıyla Türkiye’de 271,705 kişiye COVID-19 teşhisi konulmuştur. Bu hastalardan 18,359’unun tedavisi halen devam etmekte olup, bu süreçte 245,029 kişi iyileşmiş, ancak ne yazık ki 6,417 kişi hayatını kaybetmiştir.



### Son 30 Gün

12.09.2020

### TÜRKİYE COVID19 AĞUSTOS - EYLÜL 2020 GRAFİKLERİ



Grafiklerden de izleneceği üzere son bir ay içerisinde test pozitiflik oranı ile yeni vakaların, ölenlerin, aktif vakaların, ağır hastaların ve zatürre olanların sayısı hızlı bir şekilde artmaktadır.

# İSTATİSTİĞİN SÖYLE(ME)DİĞİ: BENFORD YASASINA UYUM(SUZLUK)

## Dr. Gülşah Seydaoğlu

Tıp Doktoru, Biyoistatistik Doktorası, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

### Giriş

Son yıllarda, hem bilim hem de ticaret dünyasında yaşanan uygun olmayan istatistiksel yöntemler ve hileli verilere dair olguların giderek sık gözleniyor olması, bağımsız denetçileri, hileli ve yanıltıcı işlemlerin ortaya konulması amacıyla analitik araçların ve metotlarının geliştirilmesine yöneltmiştir. Bu amaçla kullanılan araçlardan biri olan Benford Kanunu, olası hataların, düzensizliklerin veya potansiyel hilelerin-yanıltmaların ortaya konmasında basit ve etkin bir araç olarak kullanılmaktadır. Benford Kanunu'na dayalı sayısal analiz testleri, hatalı veya hileli verilerin büyük tutarlı veriler arasında aranması gerektiği ön yargısını yıkarak, düşük ve yüksek tutarların aynı risk düzeyinde analiz edilmesini sağlamaktadır. Bu analitik denetim tekniği, veriler arasında doğal kabul edilmeyecek sapmaları bulup ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmanın amacı, pandemi sürecinde 57 ülkede yayınlanan COVIF-19 vaka ve ölüm verilerinin Benford Kanunu'na uyumunu değerlendirmektir.

### Materyal Metod

Benford Yasası şunu ifade etmektedir: Rakamların tümü incelendiğinde, ilk haneleri 1 ile başlayanlar yaklaşık bütün rakamların yüzde 30'unu, 2 ile başlayanlar yüzde 18'ini, 3 ile başlayanlar yüzde 13'ünü oluşturur ve böyle devam ederek 9 la başlayanların oranı yüzde 5 ten az olur.

Birinci Basamak	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Benford Yasasının Olasılığı</b>	0,301	0,176	0,125	0,097	0,079	0,067	0,058	0,051	0,046

Bu dağılım, sayıların gerçek olması halinde gerçekleşmektedir. Ancak sayılar gerçek değil, uydurma veya hatalı ise Benford Yasası çalışmamaktadır. ABD'de vergi dairelerinin mükelleflerin vergi beyanlarında veya seçim verilerinin sahteciliği, anlamak için bu yöntemi kullanılmaktadır.

Bu çalışmada veriler, 11 Mart 2020 ile 3 Eylül 2020 tarihleri arasında John Hopkins University veri tabanında yayınlanmış olan tablolardan elde edil-



miştir. Verilere dair ayrıntılı grafik ve tablolara Endüstri Mühendisi ve veri görselleştirme uzmanı Zeki Berk tarafından geliştirilmiş olan veri tabanından onun izniyle alınmıştır.<sup>188</sup> Zeki Berk tarafından geliştirilmiş olan bu web sayfasında Benford Yasası'na göre uyumsuzluk yüzdesi, demokrasi indeksi ile ilişkisi gibi ayrıntılı verilere ve grafiklere de ulaşmak mümkündür.

Benford Kanunu'na dayalı olarak hazırlanan, sayısal analiz testlerinin başlıcaları; Birinci Basamak Testi - İkinci Basamak Testi - İlk İki Basamak Testi - İlk Üç Basamak Testi - Tekrarlı Sayılar Testi - Son İki Basamak Testidir. Birinci basamak testi sayısal analizin ana testidir. Bu test uygunluk testi olup, çok geneldir. Bu çalışmada da Birinci Basamak Testi kullanılmıştır.

Benford Yasası olasılıkları ile hesaplanmış olan beklenen frekanslar ile ülkelere ait COVID-19 vaka ve ölüm için bildirilmiş olan gözlenen frekanslar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olamayacağına ya da bu farkın rassal kabul edilip edilmeyeceğine karar vermek adına uygunluk için Ki-Kare test istatistiği kullanılmıştır.

Vaka ve ölüm sayılarının birinci basamak frekansları (digitleri) baz alınarak Ki-kare değeri formülü ile hesaplanmıştır. Burada : örnek büyüklüğü; : i rakamının gözlenen frekansı; : Benford yasasının olasılığıdır.

Ki-kare uygunluk testinin  $r-1=9-1=8$  serbestlik derecesi göz önüne alınarak anlamlılık düzeyi  $\alpha=0.05$  ve  $\alpha=0.01$  alındığında tablo kritik değerleri sırasıyla 15.51 ve 20.09 olarak elde edilmiştir.

Aşağıdaki tabloda Çin vaka verileri kullanılarak örnek hesaplama gösterilmiştir. (Tablo 1). Çin örneğinde vaka sayılarının birinci basamak frekansları için Ki-Kare İstatistik değeri olarak elde edilmiştir. Bu değer, hem  $\alpha=0.05$  hem de  $\alpha=0.01$  düzeyindeki kritik tablo değerlerinden küçük olduğu için gözlenen frekanslar ile Benford Yasası'nın olasılıkları arasında bir uyum olduğu ve anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p>0,05$  ve  $p>0,01$ ).

Tablo 1: Benford Yasasına Uyumluluk Örnek Hesaplama (Çin Vaka Verileri İle)

Ülke	Birinci Basamak	Basamak Frekansı (vaka)	Benford Yasasının Olasılığı ()	Beklenen Frekans ()	Ki-Kare İstatistik değeri
Çin	1	63	0,301	65,317	0,1
	2	36	0,176	38,192	0,1
	3	31	0,125	27,1250	0,6
	4	20	0,097	21,049	0,1
	5	22	0,079	17,143	1,4
	6	10	0,067	14,539	1,4
	7	14	0,058	12,586	0,2
	8	10	0,051	11,067	0,1
	9	11	0,046	9,982	0,1
Toplam		217			4,0

<sup>188</sup> <https://bit.ly/Benford-Test>

## Bulgular

Günlük vaka ve ölüm verilerine ulaşılabilen toplam 57 ülkenin birinci basamak dağılımları ve bunların uyumları Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2: Ülkelerin Benford Yasası’na Uyum Durumu**

Country	Group	First Digit									Chi-Square Statistic	P
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<b>Argentina</b>	Cases	53	27	16	13	14	14	20	12	8	13,80	NS
	Deaths	64	26	17	15	12	6	10	9	9	7,70	NS
<b>Armenia</b>	Cases	41	31	27	26	23	11	13	3	2	23,7**	P<0.01
	Deaths	62	14	17	8	11	11	10	11	2	20,9**	P<0.01
<b>Australia</b>	Cases	66	38	27	19	7	7	13	9	8	9,50	NS
	Deaths	52	14	8	6	9	6	2	3	3	23,1**	P<0.01
<b>Austria</b>	Cases	48	32	34	14	19	9	14	14	6	12,80	NS
	Deaths	53	32	8	2	4	4	3	2	3	38,3**	P<0.01
<b>Azerbaijan</b>	Cases	48	16	38	19	30	8	8	4	4	44,9**	P<0.01
	Deaths	32	26	17	8	10	13	13	10	6	10,60	NS
<b>Belarus</b>	Cases	56	10	11	10	11	5	10	25	30	120,3**	P<0.01
	Deaths	3	8	19	38	50	27	8	0	0	250,9**	P<0.01
<b>Belgium</b>	Cases	57	27	19	15	18	17	9	11	9	5,3	NS
	Deaths	50	26	16	21	16	8	12	6	4	7,5	NS
<b>Bolivia</b>	Cases	77	20	13	9	6	16	6	16	10	36,5**	P<0.01
	Deaths	38	18	15	20	21	23	10	9	2	32,7**	P<0.01
<b>Bosnia and Herzegovina</b>	Cases	38	46	28	23	9	7	2	4	5	30,8**	P<0.01
	Deaths	49	28	15	11	8	10	2	4	5	9,7	NS
<b>Brazil</b>	Cases	44	36	28	36	20	9	5	1	4	38,3**	P<0.01
	Deaths	79	9	8	12	12	19	10	10	12	46,6**	P<0.01
<b>Bulgaria</b>	Cases	68	39	26	13	7	5	7	5	5	19,4*	P<0.05
	Deaths	43	26	22	18	8	7	7	10	4	5,9	NS
<b>Canada</b>	Cases	69	29	32	20	11	17	10	5	6	10,8	NS
	Deaths	64	15	16	18	14	17	13	6	10	16,9*	P<0.05
<b>Chile</b>	Cases	55	37	34	26	15	5	2	2	5	28,7**	P<0.01
	Deaths	42	21	13	20	14	16	12	10	17	22,1**	P<0.01
<b>China</b>	Cases	63	36	31	20	22	10	14	10	11	3,9	NS
	Deaths	50	24	16	15	5	6	5	5	1	12,7	NS
<b>Colombia</b>	Cases	58	23	21	13	7	15	12	14	14	15,2*	P<0.05
	Deaths	51	46	26	10	5	6	6	4	8	24,9**	P<0.01
<b>Czechia</b>	Cases	54	38	24	16	21	13	9	4	6	8,2	NS
	Deaths	41	30	14	12	12	2	5	6	3	10,7	NS
<b>Denmark</b>	Cases	74	18	22	17	11	6	12	6	10	18,9*	P<0.05
	Deaths	54	10	10	9	2	3	4	5	7	29,7**	P<0.01
<b>Dominican Republic</b>	Cases	51	30	23	21	10	10	7	13	8	5,3	NS
	Deaths	60	25	10	10	8	13	13	16	7	21,2**	P<0.01
<b>Ecuador</b>	Cases	47	20	8	14	18	16	12	9	18	30,5**	P<0.01
	Deaths	41	28	24	25	12	12	5	5	4	12,8	NS
<b>Egypt</b>	Cases	92	19	17	15	5	10	10	3	12	44,5**	P<0.01

Country	Group	First Digit									Chi-Square Statistic	P
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<b>El Salvador</b>	Deaths	56	29	16	14	10	10	10	20	7	17,8*	P<0.05
	Cases	40	34	21	22	6	11	9	10	10	9,9	NS
<b>France</b>	Deaths	42	8	7	8	3	10	16	13	12	46,8**	P<0.01
	Cases	39	25	32	25	16	12	9	10	4	16,0*	P<0.05
<b>Germany</b>	Deaths	47	35	19	8	15	4	9	8	7	10,2	NS
	Cases	58	30	32	24	17	21	8	6	5	13,0	NS
<b>Greece</b>	Deaths	64	28	18	15	12	9	8	6	6	6,0	NS
	Cases	64	52	16	7	12	9	12	3	7	28,3**	P<0.01
<b>Guatemala</b>	Deaths	45	31	13	8	12	4	1	0	0	28,8**	P<0.01
	Cases	51	24	30	13	7	11	8	12	12	12,6	NS
<b>Hungary</b>	Deaths	43	33	26	15	7	2	1	2	0	32,5**	P<0.01
	Cases	46	35	30	14	14	11	11	9	9	5,0	NS
<b>India</b>	Deaths	54	24	11	7	7	6	1	8	3	20,0*	NS
	Cases	54	24	20	11	21	28	11	13	6	29,4**	P<0.01
<b>Iran</b>	Deaths	42	18	25	20	13	10	11	13	16	19,0*	P<0.05
	Cases	63	112	9	1	4	0	1	3	5	236,6**	P<0.01
<b>Iraq</b>	Deaths	101	20	4	9	13	14	17	9	10	61,6**	P<0.01
	Cases	37	51	37	19	10	13	8	9	3	30,5**	P<0.01
<b>Ireland</b>	Deaths	40	22	12	13	6	17	25	17	14	53,5**	P<0.01
	Cases	47	28	26	20	14	14	13	9	11	4,1	NS
<b>Israel</b>	Deaths	48	21	14	14	4	4	1	6	6	15	NS
	Cases	84	37	16	13	15	7	9	4	5	24,9**	P<0.01
<b>Italy</b>	Deaths	57	16	15	13	13	7	7	9	8	10,1	NS
	Cases	48	47	33	22	19	9	5	6	8	17,3*	P<0.05
<b>Japan</b>	Deaths	47	21	19	25	23	21	19	11	9	24,5**	P<0.01
	Cases	50	33	33	21	29	13	13	11	13	14,9	NS
<b>Korea, South</b>	Deaths	65	35	11	8	9	11	8	4	10	19,4*	P<0.05
	Cases	54	38	39	29	20	11	7	9	6	16,2*	P<0.05
<b>Mexico</b>	Deaths	53	26	14	6	5	9	3	4	2	18,9*	P<0.05
	Cases	37	20	25	31	25	27	11	4	2	54,3**	P<0.01
<b>Moldova</b>	Deaths	33	25	18	18	13	21	22	13	5	34,5**	P<0.01
	Cases	63	36	33	11	11	8	6	3	4	20,1*	P<0.05
<b>Morocco</b>	Deaths	47	11	10	15	20	19	17	11	7	34,2**	P<0.01
	Cases	88	25	8	5	12	10	13	9	10	42,4**	P<0.01
<b>Netherlands</b>	Deaths	50	35	22	13	8	2	6	2	0	24,7**	P<0.01
	Cases	68	17	13	13	20	23	16	12	6	30,5**	P<0.01
<b>North Macedonia</b>	Deaths	56	27	18	11	10	12	4	11	6	7,9	NS
	Cases	96	29	11	10	5	4	8	8	5	56,1**	P<0.01
<b>Pakistan</b>	Deaths	36	25	20	18	17	15	6	8	6	8,41	NS
	Cases	46	34	18	24	13	15	10	5	9	7,61	NS
<b>Panama</b>	Deaths	51	23	21	12	8	16	13	10	6	8,42	NS
	Cases	75	18	10	9	8	8	16	10	20	50,1**	P<0.01
<b>Peru</b>	Deaths	46	37	16	14	15	12	9	12	1	11,5	NS
	Cases	23	17	46	27	17	11	8	9	12	60,2**	P<0.01
	Deaths	90	28	5	6	6	5	5	6	5	64,8**	P<0.01

Country	Group	First Digit									Chi-Square Statistic	P
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<b>Philippines</b>	Cases	49	52	25	20	11	10	10	3	5	20,0*	P<0.05
	Deaths	66	27	11	10	10	14	10	15	11	18,9*	P<0.05
<b>Poland</b>	Cases	14	37	57	21	22	12	10	5	4	91,6**	P<0.01
	Deaths	82	31	10	8	6	10	8	5	10	35,7**	P<0.01
<b>Portugal</b>	Cases	36	52	41	16	14	7	8	4	3	43,2**	P<0.01
	Deaths	50	42	32	6	7	14	5	6	8	23,9**	P<0.01
<b>Romania</b>	Cases	74	34	35	16	4	7	7	4	3	30,6**	P<0.01
	Deaths	59	45	26	16	6	7	1	2	4	31,3**	P<0.01
<b>Russia</b>	Cases	24	8	5	27	37	31	13	28	9	157,1**	P<0.01
	Deaths	99	9	1	8	6	7	9	7	16	102,2**	P<0.01
<b>Saudi Arabia</b>	Cases	85	33	28	18	4	1	2	3	6	48,1**	P<0.01
	Deaths	19	18	54	29	16	6	6	4	9	96,8**	P<0.01
<b>Serbia</b>	Cases	34	47	33	13	10	7	12	8	11	26,2**	P<0.01
	Deaths	57	11	22	11	15	10	9	7	9	14,9	NS
<b>South Africa</b>	Cases	57	30	23	15	6	15	10	14	9	8,7	NS
	Deaths	59	26	13	14	9	5	11	9	5	10,5	NS
<b>Spain</b>	Cases	32	23	28	21	21	13	14	14	5	22,5**	P<0.01
	Deaths	34	30	19	16	14	10	13	6	7	6,3	NS
<b>Sweden</b>	Cases	44	27	32	24	10	20	22	6	3	31,1**	P<0.01
	Deaths	36	23	21	18	12	11	18	20	7	28,6**	P<0.01
<b>Switzerland</b>	Cases	75	31	27	8	15	10	8	7	7	14,7	NS
	Deaths	46	26	15	11	13	3	7	1	0	17,8*	NS
<b>Turkey</b>	Cases	93	15	11	12	4	0	1	4	35	165,7**	P<0.01
	Deaths	75	43	8	11	8	5	8	3	9	36,9**	P<0.01
<b>Ukraine</b>	Cases	39	24	15	30	17	11	9	19	8	29,9**	P<0.01
	Deaths	80	38	12	6	9	1	3	6	8	47,3**	P<0.01
<b>United Kingdom</b>	Cases	62	19	22	30	23	18	15	11	7	19,2*	P<0.05
	Deaths	61	27	24	14	13	13	10	8	9	2,75	NS
<b>US</b>	Cases	33	59	33	27	18	21	5	2	0	58,6**	P<0.01
	Deaths	79	26	10	11	16	13	9	10	13	23,8**	P<0.01

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Analize göre hem vaka hem de ölüm verileri yasa ile uyumlu olan ülke sayısı sadece 10'dur. 20 ülkede ise vaka (n=12) ya da ölüm (n=8) verileri yasaya uyum göstermemektedir. Toplam 57 ülkeden 27 ülkede ise hem vaka hem de ölüm verileri yasaya uymamaktadır (Tablo 3). Bu ülkeler arasında Güney Kore ve Filipinlerde istatistiksel farklılık hem vaka hem de ölüm verilerinde p<0.05 düzeyinde iken, diğer ülkelerde en az birinde (vaka veya ölüm verileri) farklılık p<0.01 düzeyindedir. Dolayısıyla, elde edilen bulgular kabul edilen anlamlılık düzeyinde, bu ülkelerin COVID-19 vaka ve ölüm kayıtlarının frekansları ile Benford kuramsal olasılıkları arasındaki farkın rassal kabul edilemeyeceğine, bu ülkelerde elde edilen verilerin güvenilir olmadığına işaret etmektedir.

**Tablo 3: Ülke Verilerinin Yasa İle Uyum Durumu**

Yasa İle Uyumlu Ülkeler	Vaka veya Ölüm Verilerinden Biri Uyumsuz Olan Ülkeler		Vaka ve Ölüm Verileri Uyumsuz
	Vaka Verileri Uyumsuz	Ölüm Verileri Uyumsuz	
Switzerland	North Macedonia	El Salvador	Iran
Argentina	Panama	Austria	Turkey
Germany	Azerbaijan	Guatemala	Russia
South Africa	Bosnia and Herzegovina	Colombia	Belarus
Czechia	Ecuador	Australia	Poland
Pakistan	Netherlands	Dominican Republic	Peru
Belgium	Serbia	Japan	US
Hungary	Israel	Canada	Mexico
Ireland	Spain		Saudi Arabia
China	Bulgaria		Egypt
	United Kingdom		Portugal
	France		Morocco
			Brazil
			Bolivia
			Sweden
			Romania
			Iraq
			Ukraine
			India
			Chile
			Greece
			Armenia
			Moldova
			Philippines
			Denmark
			Italy
			Korea, South

Ki Kare değerine göre sıralıdır.

### Sonuç

Yaptığımız analize göre Türkiye de dahil olmak üzere dünyanın pek çok ülkesinin resmi olarak açıkladığı COVID-19 vaka ve ölüm kayıtlarının frekansları ile Benford kuramsal olasılıkları arasındaki farkın rassal kabul edilemeyeceği sonucuna varılmıştır. Bu verilerin uyumsuzluk nedenlerinin ülkelerin iktidarlarının popülist kaygıları, sağlık politikaları, demokrasi göstergeleri, tanrı, kayıt güvenilirliği ve virüsün seyri gibi bir çok faktör ışığında



tartışılmasında yarar vardır. Unutulmamalıdır ki; bilim dünyasında istatistiksel olarak yanıltma mümkündür, ancak bu durumun kontrolü veya ortaya konması yine istatistik ile mümkündür.

#### **Seçilmiş Kaynak**

- Benford, Frank. (1938), "The Law of Anonialous Numbers", Proceedings of American Philosophical Society, Vol.78, pp. 551-572.

# BİZDEN HABERLER



## PANDEMİDE TTB VE TABİP ODALARININ ROLÜ

Türk Tabipleri Birliği (TTB) olarak “COVID-19 Pandemisi 4. Ay Değerlendirme Raporu”nun kamuoyuna iletildiği 10 Temmuz 2020 tarihinden bugüne TTB ve Tabip Odaları, COVID-19 pandemisini hakkında Mart ayından itibaren sürdürdüğü gibi hekimlere ve kamuoyuna yönelik araştırma, açıklama, sosyal medya ve webinar faaliyetlerine devam etmiş, konu hakkında Sağlık Bakanlığı’na hitaben çeşitli mektuplar kaleme almıştır.

Öte yandan bu dönemde tabip odalarının başkan ya da sekreter başta olmak üzere seçilmiş temsilcilerinin ve TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyelerinin katıldığı “Pandemi Toplantısı” yapılmış, toplantıya katılan Odalar sayesinde hayatın gerçek verileri öğrenilmiş ve salgının gidiş trendi ortaya konulabilmektedir.

Son iki aylık zaman diliminde TTB ve Tabip Odalarının eşgüdüm dahilinde gerçekleştirdikleri faaliyetler ana başlıklar halinde şöyle özetlenebilir:

1. COVID-19 salgınının bulaşmasını engellemek için alınması planlanan önlemleri değerlendirmek, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan planlama ve güncellenen planlarda epidemiyoloji bilimine uygun filiasyon tanı koyma izolasyon çalışmaları yapılmasını sağlamak
2. Çalışma yaşamında çalışanların insan haklarını ve çalışma haklarını koruyarak, hastalığın bulaşmasını engelleyecek, hasta olanların sağlıklı biçimde iyileşmelerini sağlayacak biçimde uygulamaların şekillenmesine dikkat çekmek
3. “Normalleşme” adıyla tanımlanan 1 Haziran 2020’den sonra ortaya çıkan toplumsal hareketliliği ve bu hareketliliğe yol açan teşvikler gibi nedenleri ortaya koymak, uygulanan politikaların sonuçlarını gözleyerek salgının seyrine vurgu yapmak, pandeminin sağlık sistemine getirdiği ağırlığı göstermek ve bu çerçevede gerekli önlemlerin alınması için çağrılarda bulunmak
4. Sonbahar için planlanan eski olağan yaşama dönüş açısından başta okulların açılması olmak üzere eğitim, kültür ve sosyal yaşamların fiziksel mesafeyi koruyarak, maske kullanımı ve yeterli dezenfeksiyonun sağlanması ile düzenlenmesine, gün içerisinde farklı gruplarla bir araya gelenler nedeniyle hastalığın bulaşarak yayılmasının etkilerine dikkat çekmek, hem kurumların hem kişilerin alması gereken önlemleri vurgulamak
5. Hastalığın bulaşması, yayılması ve tedavisinde en önemli yöntem olan testlerin temaslı olanlara, bulaş kaynağı olabilecek işleri yapanlara ve hastalığı teşhis ve tedavi ederken en önemli risk grubunda

- olan sağlık çalışanlarına yapılmasına, sayısının artırılmasına ve güvenilir testlerin sağlanmasına çaba harcamak
6. COVID-19 hastalığı ve salgını ile ilgili bilimsel çalışmaların özgürce yapılabilmesi, sonuçların Türkiye ve dünya kamuoyunun bilgisine sunulması için konuyu kamuoyunun gündemine taşımak
  7. Hastalığın seyri hakkında görüş açıklayan TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi Dr. Kayıhan Pala'ya ve benzer biçimde pandeminin genel ve yerel gidişatı konusunda açıklama yapan tabip odası yöneticilerine yönelen baskıya karşı dayanışma geliştirmek
  8. Tedavi süreçlerinin bilimsel gelişmeleri kapsamı ve Türkiye'nin alanlarındaki bilgi birikimini taşıyan uzmanlık derneklerinin belirleme değerlendirme süreçlerine katılmasını vurgulamak
  9. 2 Eylül 2020 tarihi itibarı ile 29.865 olarak bildirilen COVID-19 (+) sağlık çalışanı ve 35'i hekim olmak üzere 78 sağlık çalışanının hayatını yitirmesinin en önemli nedeni olan yoğun işyükü ve koruyucu ekipman konusunun takibini yapmak ve COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için kamuoyu nezdinde baskı unsuru oluşturmak
  10. Açıklanan resmi verilerin gerçekliğinin hemen her kesim tarafından sorgulandığı bir dönemde kamoyuna güvenilir veriler paylaşmak ve bu sayede salgının boyutunu ortaya koymak

# 'Gidişat iyi değil'

Tabip odası başkanları salgınla ilgili son durumu Cumhuriyet'e değerlendirdi. Hekimler, "Vaka sayısı açıklananın üzerinde, gidişat iyi değil" diyor.

## 'ANKARA'NIN DURUMU ÇOK VAHİM'

• **ANKARA TABİP ODASI BAŞKANI DR. ALI KARAKOÇ:** Bakanlık açıkladığı 1500'li rakamlar var ama bu rakam Ankara'nın rakamı bile değil. Vaka sayısı çok fazla, dört pandemi hastanesinin tamamı dolu, yatak kalmadı. Covid servisinde çalışan arkadaşlarımız her gün yeni servislerin Covid servisine döndürüldüğünü ve yetmediğini anlatıyor. Pandemi hastanelerinin önünde hastalar kuyrukta bekliyor. Çalışanlar da yıprandı. Temmuzda anket yaptık. Ankete katılan hekimlerin üçte biri tükenmiş diyor, sağlıklarının üçte biri depresyonda olduğunu söylüyor, bütün bunlara rağmen Ankara'da sağlık çalışanlarının hiçbirine ek ödeme iki aydır yapılmıyor. OECD verilerine göre yüz bin kişiye en az hekim düşen ülke biziz. Oysaki ülkede atama bekleyen hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, hekim var, halen güvenlik sorunları nedeniyle hekimler atama bekliyor. Kamusal acil sağlık krizi yaşanırken iktidar, halen sağlık emekçilerini atamıyor, hukuk garabeti yaşıyoruz.



Karakoç



Mentes

## 'YATAKLAR DOLU'

• **ADANA TABİP ODASI BAŞKANI UZMAN DR. SELAHATTİN MENTES:** Hasta sayılarımız her gün artıyor. Yoğun bakımımız tamamen dolu, acillerde her gün doktorlar birbirlerine hasta devrederken en az 15-20 Covid hastasını nereye yatacağız" diye birbirine soruyor. Biz artık tükenmiş ve imdat çağrılarımıza noksasındayız. Pandemi yönetimi gevşetildi ve halkın terçilerine bırakıldı. Pandeminin yönetimi doktorlara yıkıldı. Adana, pandeminin çıktığı dönemlerdeki en yüksek seviyeyi yaşıyor.



Mentes

## 'İZMİR'DE 1 AYDA CİDDİ VAKA ARTIŞI VAR'

• **İZMİR TABİP ODASI BAŞKANI OP. DR. LÜTFİ ÇAMLI:** Pandeminin epidemiyolojik verileri, yani kaç test yapıldı, kaç olguda pozitif çıktı, kaç hastaneye yattı, kaç yoğun bakımda gibi bilgiler ısrarla bizimle paylaşılmıyor. İzmir'de özellikle son bir ayda ciddi vaka artışları olduğu şeklinde bilgiler alıyoruz. Böyle devam ederse İzmir'de ciddi bir sıkıntı ortaya çıkabilir. Hastanelerde ve yoğun bakımlarda kritik doluluk yoksa da önceye nazaran bir artış var. İzmir'de birinci dalganın ikinci pikini yaşıyoruz. Günde 4 bin 500-5 bin test yapılıyor. Bunun sonucunda çıkan test pozitifliği 350-400. Fakat bu pozitif çıkan olguların kaç yeni olgu bilmiyoruz. Sağlıkçılar tükenmiş. Kentte 550-600 sağlık çalışanının Covid-19'dan etkilendiği olduğunu düşünüyorum.



Çamlı

İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Adana ve Diyarbakır tabip odalarının başkanları salgınla ilgili son durumu Cumhuriyet'e değerlendirdi. Hekimler, vaka sayılarının açıklananın çok üstünde olduğunu, hastanelerin dolduğunu ve sağlık çalışanlarının tükendiğini anlattı.

## 'TEST YAPILMIYOR'

• **BURSA TABİP ODASI BAŞKANI DOÇ. DR. ALPASLAN TÜRKKAN:** Bursa'da süreç çok kötü yönetiliyor. Bursa hastanelerde yatacak yer olmadığı söyleniyor, çok fazla pozitif haberleri geliyor. Herkes test yapılmadığı, akciğer filmi ile tanı konulduğu, bu nedenle sayıları az ve düşük görüldüğü söyleniyor. Süreci yönetecek olan vatandaş değil. Kuralları ve önlemleri getirecek getirdiği önlem ve kuralları da kontrol edecek yapı kamudur. Tehlike çanlarının çaldığı illerden biriyiz. Yeni normalleşme denilen kötü yönetilen süreçten sonra artış daha çok oldu.



Türkkan

## 'ÖZEL TEDBİR ŞART'

• **DIYARBAKIR TABİP ODASI BAŞKANI DR. ELİF TURAN:** Diyarbakır'daki bütün kamu hastaneleri tam kapasite çalışıyor. Yeni yoğun bakım yerleri açılıyor, yatak sayısı artırılıyor ama açıldığı gibi de doluyor. Günde 400 vaka pozitifliği çıkıyor. 489 sağlık emekçisi de enfekte oldu. Kamusal tedbirlerin de devreye girmesi gerekiyor. Testi pozitif çıkan kişi yer olmadığı için eve gönderiliyor. Bu kişi eve gidene kadar bir sürü kişi ile temas ediyor. Her bölgeye özgü tedbirler alınmalı.



Turan

## 'İSTANBUL'DA ÇALIŞMA SAATLERİ DÜZENLENMELİ'

• **İSTANBUL TABİP ODASI BAŞKANI PROF. DR. PINAR SAİP:** Önceden vakalar merkezi hastanelerde yoğunlaşıyordu, şimdi yeni açılan hastanelere gönderiliyor, önemli bir kısmı hastanelere yatırılmıyor, evlerde tedavi ediliyor. İstanbul'da da vakaların arttığını duyuyoruz. 1 Haziran sonrası önlemlerin geliştirilmesi, Ayasofya Camisi'nin açılışı, sınavlar bunda etkili. Tabii İstanbul nüfusu kent dışına yayıldı, asıl yoğunluk Anadolu'da. Aile sağlığı merkezlerinin yeterli desteği hem eleman açısından yok hem de gerekli şekilde filyasyon planı ve programlı katılmıyorlar, gereksiz iş yükü bindiriliyor, hasta olduklarında bile performans ücretleri düşünüyor. Emeklilik hakları sıkı sıkıya geliyor. Yurtdışına gitmek isteyen hekimlerde son 1-1.5 yılda başvuru oranları 10 kat arttı. İşyerlerinde, fabrikalarda sorun var. Önlemler yetersiz. Toplu taşımadaki yoğunluğu azaltılması için aralıklı çalışma sistemine ihtiyaç var, kademe mesaiye geçilmeli.



Saip

11. Salgının kontrol altına alınmasında kritik rol üstlenmesi gereken İl Hıfzısıhha Kurullarının görevlerini layıkıyla yapabilmelerine destek olmak ve bu çerçevede kurulların etkin biçimde çalışabilmesi için yerel tabip odası temsilcilerinin kurullarda yer almasını talep etmek
12. Yereli hissedemeyen merkezi kararların ve bütünü göremeyen yerel değerlendirmelerin eksikliğinin pandemi kontrolünde zafiyete yol açtığını görerek TTB ile Odalar arasındaki eşgüdümeye benzer bir sürecin merkezi ve yerel sağlık yöneticileri arasında da etkin biçimde işlenmesini önermek
13. TTB ile birlikte bir bütün olarak pandemi nedeniyle gerek kamu, gerekse özel sağlık hizmet alanındaki hekimlerin özlük hak kayıplarını önlemeyi ve özlük haklarını geliştirmeyi sağlamak için kamuoyu ve yöneticilerin konuya dikkatini çekmek
14. Sağlık çalışanlarının çocuklarının bakımı için kreş ve çocuk bakımevlerinin açılmasını, gebe - süt veren kadın sağlık çalışanları ile kronik hastalığı olan ya da 65 yaş üstü sağlık çalışanları için COVID 19'dan en etkin biçimde korunmalarını sağlamak için faaliyet sürdürmek
15. Pandeminin ancak güçlendirilmiş koruyucu birinci basamak sağlık hizmetlerini içeren kamucu bir sağlık sistemi ile mücadele edilebileceğini bilerek böylesi bir sağlık sisteminin oluşturulması için savunuculuk yapmak



# SALGINLARA YÖNELİK TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU GÖRÜŞÜ

## GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar insanlık tarihi boyunca insanların kitlesel olarak hastalanmasına ve ölümüne yol açmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede koruyucu sağlık hizmetleri yaşamsal bir öneme sahiptir. İnsanın doğaya müdahalesi, doğal yaşamın, ekolojik dengenin, ekosistemlerin bozulmasına, eşitsizliklerin derinleşmesine yol açarak giderek daha büyük yıkımlara ve salgınlara neden olmaktadır. Bunun son örneği, yaşanmakta olan ve pandemi olarak tanımlanan COVID-19 salgınıdır.

Küresel salgınlar gündelik yaşam alışkanlıklarından toplumların siyasi, ekonomik ve kültürel yapılarına uzanan köklü değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler en çok toplumun dezavantajlı kesimlerini olumsuz etkilemektedir. Bunun önlenmesinin halktan yana, demokratik, bilimsel müdahaleler ile olanaklı olabileceği açıktır.

## 1. SALGIN YÖNETİMİ

Bulaşıcı hastalıklar sağlık kavramının içerdiği sosyal belirleyiciler nedeniyle ortaya çıkış süreçleri yanında başkaları için oluşturdukları riskler açısından da diğer hastalıklardan farklılık gösterir. Salgın ile etkin bir mücadele; bireysel ve toplumsal düzeyde alınacak önlemlerle korunma, yaygın bir biçimde tarama testinin uygulanmasıyla aktif vaka saptama çalışmaları, kuşkulu vakaların kesin tanısı ve tedavisi, temaslıların araştırılması, izolasyonu/karantina altına alınmaları adımlarını kapsar. Tanımlanan bu bütünlüklü süreç halk sağlığı yaklaşımıyla ve epidemiyoloji biliminin rehberliğinde farklı uzmanlık alanlarının birikimine ve işbirliğine dayalı bir bakış açısını ve uygulamayı gerektirir. Salgın yönetiminde zamana karşı bir yarış söz konusudur; bu nedenle kararların zaman geçirmeden alınması, önlemlerin ayırtımsız uygulanması gerekir.

Salgınlarda toplumla tıbbın tüm bileşenleri arasındaki ilişkinin temel dayanağı olan güven ilişkisinin korunması ve güçlendirilmesi çok fazla önem kazanmaktadır. Güven ilişkisinin kurulabilmesi için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere hükümetin sorumluluğu açıktır. Sağlık Bakanlığının kamuoyunu salgın hastalığın gerçek boyutu, bulaşma yolları, tanısı, tedavisi, korunma yöntemleri hakkında doğru ve zamanında bilgilendirmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Hastaların mahremiyeti korunarak salgının kişi, yer ve

zaman özelliklerine göre dağılımı konusunda kamuoyu güncel bilgilerle aydınlatılmalıdır. Yetkililer okullar, fabrikalar, yetiştirme yurtları, cezaevleri, kırsal gibi toplu bulunan yerlerde barınan kişilere durum hakkında bilgi vermeli ve alınması gereken koruyucu önlemleri gerekçeleri ile birlikte muhatapları ile paylaşmalıdır.

Salgın yönetimi panik ortamı yaratmadan ama olayın ciddiyetini doğru bilgilendirmeyle aktarmayı gerektirir. Vakaların saptanması ve salgının gerçek boyutunun ortaya konması önemlidir. Tanı sürecinde kullanılan testler ve yöntemlerin uygulanmasında bilimsel ve öngörülebilir ölçütler geliştirilmeli, ayrımcılık yapılmaksızın herkese eşit bir biçimde uygulanmalıdır.

Salgınların önlenmesi, salgın sürecinde sosyal düzenin korunabilmesi, bireyin topluma olan güveninin güçlendirilmesi ve sürdürülmesi toplumsal katılımın sağlanması ile olanaklıdır. Bu bağlamda karar vericilerin kapsayıcı olmaları, alternatif yaklaşımları göz ardı etmeden ve kararlarını bu yaklaşımlara da dayanarak gözden geçirmeye hazır olmaları önemlidir. Halk sağlığı etiğinin temel ilkesi olarak toplumu ilgilendiren sorunların çözümünün, dayanışma ve bilimsel yönteme dayanan bilgiyle olduğu unutulmalıdır.

Salgın hastalıklar olağan sağlık önlemlerinin kamu sağlığını güvence altına almak için yeterli olmadığı dönemlerdir. Salgınla mücadelede hasta veya sağlıklı olduğuna bakılmaksızın bireylerin özerkliğinin, özgürlüğünün, tanı ve tedavi seçeneklerinin sınırlandırılması söz konusu olabilmektedir. Bu sınırlandırmanın insan onurunu zedelemeyecek, hasta bireylerin ötekileştirilmesine, damgalanmasına neden olmayacak şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Kısıtlamaların gerekçeleri ortaya konmalı, finansal ve sosyal sonuçları göz önüne alınarak karar verilmelidir. Kısıtlamalarda insani koşulların sağlanması, kısıtlamaların adil uygulanması, toplumsal katılım için iletişim ve şeffaflık sağlanması gereklidir. Bütün önlemler bilimsel değerlendirmeler doğrultusunda alınmalıdır. Bu önlemlerin uygulanması kişilerin temel hak ve özgürlüklerinin ölçsüz kısıtlanması anlamına gelmemelidir. Salgın durumlarında devletin insan hakları konusundaki yükümlülüklerinin kural olarak değişmediği, sadece hastalığın önlenmesi için gerekli bazı önlemlerin insan hak ve özgürlüklerinin sınırlandırılmasına yol açtığı bilinmelidir. Bu nedenle salgının önlenmesiyle ilgisi olmayan yaptırımların salgın bahane edilerek alınması hiçbir şekilde kabul edilemez. Alınan bütün kısıtlayıcı önlemlerin hukuki bir temeli olmalı, gerekli, orantılı, insan onuruna saygılı ve zaman kısıtlanmalı olmalıdır.

Evde kalma gibi kişilerin özgürlüklerinin sınırlandırıldığı durumlarda, evde kalanların tıbbi, ekonomik ve sosyal gereksinimleri için kamusal kaynaklar kullanılmalı, alınan önlemler nedeniyle yaşanabilecek olası maddi kayıplar sosyal devlet ilkeleri uyarınca telafi edilmeli, toplumsal dayanışma pratikleri geliştirilmelidir. Salgından çıkar sağlamaya yönelik stokçuluk, karaborsacılık vb. Yaklaşımların önlenmesi çok önemlidir.

Salgından korunma önlemleri ciddiyetle ve özenle uygulanmalı, kimse dışlanmamalı, korunma önlemlerinin alınması konusunda sorumluluk bireyle-

Salgınla mücadelede hasta veya sağlıklı olduğuna bakılmaksızın bireylerin özerkliğinin, özgürlüğünün, tanı ve tedavi seçeneklerinin sınırlandırılması söz konusu olabilmektedir. Bu sınırlandırmanın insan onurunu zedelemeyecek, hasta bireylerin ötekileştirilmesine, damgalanmasına neden olmayacak şekilde gerçekleştirilmesi gerekir.

re bırakılmamalıdır. Korunma önlemleri ve tedaviler için yapılacak her türlü harcama kamusal kaynaklardan sağlanmalıdır.

### **Kişisel bilgilerin gizliliği**

Kişisel sağlık verilerinin kişinin onayı olmaksızın başkalarıyla paylaşılması, özel yaşama saygı hakkına aykırıdır. Salgın koşullarında da, TTB'nin "Mahremiyet Hakkının Korunmasına İlişkin Bildirgesi"ndeki temel ilkeler geçerlidir. Hastanın, mahremiyetinin sınırlanmasından olumsuz etkilenmemesi için zorunlu olan bilgi, tehlikeyle orantılı biçimde ve gerekli ölçüde, bu bilginin sağlanmaması halinde doğacak zararı önleyebilecek kişilere verilir. Bu konuda temel ilke hastaların bilgilerinin açıklanmasında oluşacak zararın, açıklanmadığında oluşabilecek zarardan daha az olması gerektiğidir. Devletin toplumu hızlı, gerçekçi, doğru ve tam olarak bilgilendirme ödevini yerine getirmesi, hastaların bilgi gizliliğinin ve özel yaşamalarının korunabilmesinin temel koşullarındandır.

### **Ayrımcılık ve damgalama**

Salgın hastalıklar belirli toplulukların ya da bireylerin damgalanmalarına yol açabilmektedir. Toplumlarda ayrımcılık ve damgalama belirli topluluklara ya da bireylere yönelik olarak ırkçılık zemininde de gelişebilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarda, özellikle salgın dönemlerinde, insanlar hastalıkla ilişkilendirilerek olumsuz, kötüleyici, değersizleştirici ve ayrımcı tutumlara maruz kalabilirler. Bu süreçte hastalar, hastalık belirtisi gösterenler, yaşlılar, mülteciler vb. Gruplar ayrımcılık ve damgalamanın hedefi haline gelebilir, damgalanma korkusuyla tedavi için başvurmaktan kaçınabilirler. Salgın hastalıklarla mücadele, damgalama ve ayrımcılıkla mücadeleyle birlikte yürütülmelidir.

### **Dezavantajlı toplum grupları**

Yaşlılar, engelliler, mülteciler, toplu yaşanan yerlerde barınanlar vb. Dezavantajlı grupların sağlık hizmetine erişiminin, kaynakların adil dağılımının, güvenli ortamlarda yaşamalarının sağlanmasının, damgalama ve ayrımcılığa uğramalarının engellenmesinin, anadillerinde sağlık hizmeti ve bilgi almalarının, salgının orantısız yüklerinden korunmalarının yaşama geçirilmesi de devletin ödevleri arasındadır. Kamu yararının korunması ilkesi gereğince aşırı yük ve riskle karşı karşıya kalan kişilerin desteklenmesi önemlidir. Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıklarının enfeksiyona yatkınlık, alınan sağlık hizmetleri düzeyleri, hastalığın seyri ve sonucu ile ilgili farklılıklara neden olabileceği göz önüne alınarak ayrımcılığa yol açacak yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.

Devletin salgın hastalıklar nedeniyle almaya yükümlü olduğu önlemler herkese eşit, ayrımcılık yapılmaksızın uygulanmalıdır. Alıkonulma yerlerinde salgın hastalığın vereceği zararın önlenmesi için alınan tedbirler de buna dahildir. Salgın koşullarında da TTB'nin "Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi" ve "Özgürlüğünden Yoksun Bırakılan Bireylere İlişkin Bildirge"de tanımlanan ilkelere uyulmalıdır. Eşitlik kavramı devletin dezavantajlı gruplar lehine pozitif ayrımcılık yaparak ek önlemler almasını gerektirir.

## Sağlık kurumlarının yöneticilerinin yükümlülükleri

Makro düzeyde belirlenen politikaların yanı sıra, yerelde sağlık kurumlarındaki yöneticilerin de hazırlıklı olma, doğru zamanda uygun planı yapma, sağlık çalışanlarını destekleme ve güvenliklerini sağlama gibi görevleri yamsamsal önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hangi koşullarda, nasıl çalışacakları, korunma önlemleri, hakları ve sorumlulukları konusunda kurumsal politikalar oluşturulmalı, bu sürece katılımları sağlanmalı ve oluşturulan politikalar sağlık çalışanlarıyla şeffaf bir biçimde paylaşılmalıdır.

Salgın yönetiminde başta tıpta uzmanlık alanları olmak üzere mesleki uzmanlık alanlarından dernekler, emek ve meslek örgütleri, yerel yönetimler gibi ilgili tüm kurum ve kuruluşların haklar ve sorumluluklarının belirlenmesi, değişen koşulları dikkate alan dinamik ve her aşamada eşgüdümlü çalışma ilkelerinin yaşama geçirilmesi önemlidir.

## Uluslararası işbirliği

Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinin devletin ödevi olduğu göz önüne alındığında, salgını önlemek ve salgına müdahale etmek için gerekli sistemlerin etkili, nitelikli, toplumu kapsayıcı şekilde sağlanması hükümetlerin etik yükümlülüğüdür. Söz konusu yükümlülük sadece ulusal değil, uluslararası toplumu da kapsayacak şekilde değerlendirilmelidir. Bunun gerçekleştirilmesinin ilk basamağı, etik sorumlulukla şeffaflık içinde uluslararası topluma derhal bildirimde bulunma yükümlülüğüdür. Uluslararası hızlı bilgi paylaşımının sağlanması salgının durdurulması, sağlık ve yaşam hakkının sağlanması açısından önemlidir. Bu çabalara katılan tüm kişi ve birimler, ilgili ve doğru verileri zamanında paylaşarak iş birliği yapmalıdırlar.

Bu noktada Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin kabul ettiği “*bazı hastalıkların bir Devletin sınırlarının ötesine kolayca geçebildiği göz önüne alındığında, uluslararası toplumun bu sorunu ele almak için kolektif bir sorumluluğu vardır. Ekonomik olarak gelişmiş Taraf Devletler, bu konuda yoksul gelişmekte olan Devletlere yardımcı olma konusunda ilgi gösterirler ve özel bir sorumlulukları vardır.*” kararının dikkate alınması önemlidir.

## Sürveyans

Salgın sürecinin kontrol altında tutulabilmesi için güvenilir ve nitelikli bir aktif sürveyans sisteminin kurulması önemlidir. Aktif sürveyans hastalık kaynağına ve temaslılara yönelik yapılacak çalışmalarla vakaların tespit edilmesini, temaslıların kontrol edilmesini ve salgın verilerinin analizine olanak sağlayacak kayıtların tutulmasını kapsamalıdır. Ancak her koşulda kişi hak ve özgürlüklerinin, mahremiyetin korunması ve bilginin ne şekilde, kim tarafından toplanıp nasıl ve ne amaçla kullanılacağına dair şeffaflık sağlanmalıdır.

## Medyanın rolü

Medyanın da etik ilkelere uygun olarak verilen bilgilerin doğruluğunu sorgulamak, verilen bilgilerde eksik ve yanlışların olması durumunda kamuoyunu doğru bilgilendirmek sorumluluğu vardır. Salgınla mücadelede önem-

Her koşulda kişi hak ve özgürlüklerinin, mahremiyetin korunması ve bilginin ne şekilde, kim tarafından toplanıp nasıl ve ne amaçla kullanılacağına dair şeffaflık sağlanmalıdır.

li rolü olan medyanın konuya popülist, kolaycı şekilde değil, etik duyarlılıkla, taşıdığı sorumluluğa uygun biçimde yaklaşması ve toplumda panik oluşturan söylemlerden kaçınması son derece önemlidir. Aşırı kaygı uyandıranın veya salgını önemsizleştirmenin bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi zaafa uğratacağı göz ardı edilmemelidir. Medya salgınla ilgili bilgilerin gizlenmesinin ortağı olamaz; hasta mahremiyeti bunun istisnasıdır.

Sosyal medya günümüz dünyasında bilgi yayılımına geniş olanaklar sunmaktadır. Yanlış bilginin sosyal medyada yayılmaması için; Sağlık Bakanlığı, emek ve meslek örgütleri, üniversiteler ve sağlık kurum ve kuruluşlarının güncel, kanıta dayalı ve doğru bilgiyle kamuoyunu aydınlatmaları önemlidir. Her bir bireyin, özellikle de hekimlerin doğrulanmamış bilgileri yayma konusunda etik bir sorumluluğu bulunmaktadır.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Salgın sürecinde sunulan sağlık hizmeti, mümkün olan en yüksek düzeyde hasta güvenliğini sağlamak için tasarlanmış koşullar altında ve profesyonel tıbbi standartlara uygun olarak sürdürülmelidir. Yeni tanımlanmış ajan ile oluşan bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili olarak mesleki gelişimleri için gerekli bilimsel eğitimlerinin meslek örgütleriyle birlikte sağlanması devletin ödevidir. Toplumun sağlık hakkının korunması açısından gerekli sağlık hizmetlerinin nitelikli, eşit ve ulaşılabilir olarak sunulması, bulaşıcı hastalıkların yaygın yaşandığı dönemlerde çok daha fazla önem kazanmaktadır. Enfeksiyöz bir patojenin tanısı, tedavisi veya önlenmesi için tıbbi müdahale önerilen bireyler, diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi riskler, faydalar ve alternatifler hakkında bilgilendirilmelidir. Süreçte hangi tıbbi müdahalelerin kabul edileceğine dair son kararın hastaya ait olması gerektiği unutulmamalıdır. Halk sağlığı için önemli riskler oluşturacağına dair güçlü gerekçeler olduğunda ve bu risklerin ortadan kaldırılmasında hastayı izole etmek de dahil olmak üzere halk sağlığını korumak açısından başka hiçbir önlem mümkün olmadığı durumda bu onam alınmayabilir.

Salgın sürecinde, diğer sağlık sorunları göz ardı edilmeden toplumun gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin sunulması, nitelikli ve eşit şekilde ulaşılabilir olmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinin ve kaynakların adil dağılımının planlanması ve uygulamaya geçirilmesi de devletin yükümlülüğüdür.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en yaşamsal başlıklardan biri olan kişisel koruyucu donanım (KKD) sağlık çalışanlarına yeterli, düzenli, uygun ve sürekli bir biçimde sağlanmalıdır. Koruyucu malzemelerin azlığı kabul edilemez bir durumdur. KKD sağlanmamasının kendisi bir risk faktörüdür. Kaynakların kısıtlılığı koruyucu donanım eksikliğinin gerekçesi olamaz. Kaynak kısıtlılığı gerekçe gösterilerek sağlık çalışanlarına koruyucu malzeme sağlanmasında önceliklendirme kabul edilemez.

Salgın hastalıkla etkili bir mücadele ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarının özverili katkılarına bağlıdır. Sağlık çalışanları bu süreçte önemli kişisel riskler alırlar. Sağlık çalışanlarının bazıları, toplumun en dezavantajlı üyeleri arasında olabilir ve kendilerinden yapmaları istenen görevler üzerinde çok az



kontrole sahip olabilirler. Bu çalışanlar daha yüksek risk altında oldukları için özenle korunmalıdırlar. Çalışanın bir salgın sırasında daha yüksek riskler üstlenmek için önceden belirlenmiş bir görevi olup olmadığına bakılmaksızın, riskin en aza indirilmesi, tedaviye erişimde öncelik tanınması, psikososyal destek verilmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, salgın sonrası toplumsal yaşama yeniden katılımının sağlanması ve ayrıca aile bireylerine destek verilmesi, şeffaf bilgilendirme yapılması gibi konularda devletin sağlık çalışanlarına karşı bir yükümlülüğü vardır. Yeterli koruma olanaklarının sağlanamadığı durumlarda sağlık çalışanlarının çalışma ortamının olumsuzluklarının en kısa zamanda düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır.

### Hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları

TTB Hekim Hakları Bildirgesi'nde hekimin sağlık hizmeti sunduğu kişi ve topluma ilişkin hakları açık bir biçimde tanımlanmıştır. Hekim diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi hizmet verdiği insanlara “önce zarar verme” ilkesiyle yaklaşmalıdır. Bununla birlikte salgın hastalıklarda, tüm sağlık çalışanları hastalığa yakalanma riski altındadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarını, yakınlarını ve sağlık çalışanlarından hastalığın bulaşması riski olanları koruma yönünde devletin pozitif bir ödevi bulunmaktadır. Devlet bu ödevi yerine getirirken, çalışma koşullarını, hekimi kendi hayatıyla diğerlerinin hayatı arasında bir tercih yapma zorunda bırakmayacak şekilde çalışan sağlığı ve güvenliği açısından düzenlemeli, sağlık kurumlarında çalışanların sağlık ve güvenliği için KKD'yi de içerecek şekilde gerekli, yeterli araç ve gereçleri sağlamalıdır. Salgın sırasında yüksek risk altında çalışan sağlık çalışanlarının kontrollerinin tanı testlerini içerecek biçimde düzenli olarak yapılması bu ödevin yerine getirilmesinin en önemli araçlarından birisidir. Mesleki uygulamaları nedeniyle sağlık çalışanlarına bulaşın gerçekleşmesi iş kazası ve meslek hastalığı olarak tanımlanmalı, bu konuyla ilgili tüm hakları korunmalıdır.

Çalışanların, enfeksiyonun daha da yayılmasını önlemek için koruyucu ve önleyici tedbirleri talep etme ve kendilerine sunulan bu tedbirleri hayata geçirme bakımından etik yükümlülükleri olmasının yanı sıra, enfekte olduklarında bunu bildirme ve iyileşene kadar işten geçici olarak uzaklaşma yükümlülükleri de bulunmaktadır. Bu çerçevede eksik olan sağlık ve güvenlik önlemlerine ilişkin olarak mutlaka yazılı başvurular yapılmalıdır.

Çalışanların sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkı TTB Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ve Hekim Hakları Bildirgelerinde tanımlanmıştır. Sağlık çalışanlarının, enfekte olduklarında veya sağlıkları hayati risk altına girdiğinde çalışma yükümlülüklerinin sınırsız olamayacağı bilinmelidir. Böylesi durumlarda gerekli sağlık ve güvenlik önlemleri alınmadıkça çalışanlar hizmet sunmaya zorlanamazlar.

### Kaynakların dağıtımı

Sağlık sistemi afet, salgın hastalıklar gibi olağandışı durumlarla karşılaştığında ilaç, yoğun bakım yatağı gibi kaynaklarla ilgili kısıtlılıklar söz konusu olabilir. Devlet değişen koşullara uyum sağlayacak düzenlemeleri yapmalı-

Sağlık çalışanlarını, yakınlarını ve sağlık çalışanlarından hastalığın bulaşması riski olanları koruma yönünde devletin pozitif bir ödevi bulunmaktadır.

dır. Kaynakların dağıtılması konusunda triyaj yapılması gerekebilir. Triage protokolleri, kıt kaynakların kural temelli, adil ve şeffaf bir şekilde tahsis edilmesi ve kamu yararı bakış açısıyla toplumun hayatta kalmasını en üst düzeye çıkarmayı amaçlar.

Triage gerektiğinde hastaların yaşam ve tedavi hakkının korunması için gerekli önlemler alınmalıdır. Triage, dışlama kriterlerinin uygulanması, mortalite riskinin değerlendirilmesi ve hastanın uygulama sırasında gösterdiği gelişme göz önünde bulundurularak gerçekleştirilir. Triage'da etik çerçeve; adalet, fayda ve eşitlik ilkelerinin gözetilmesini gerektirir.

Triage sorumluluğu sadece hastanın bakımını üstlenen hekime bırakılmamalıdır. Triage ilkelerinin tanımlanması ve gerekçelendirilmesi, protokollerin oluşturulması için ilgili tarafların katılımıyla ulusal triage etik kurulu oluşturulmalıdır. Bu kurul tarafından belirlenen triage ilke ve protokolleri değişen koşullara göre güncellenmelidir. Hekimler ulusal etik kurulu tarafından belirlenen ilke ve protokolleri uygulamalıdır. Triage, ulusal triage etik kurulu tarafından belirlenen ilkeler ve protokoller doğrultusunda uygulanır. İlke ve protokollerin uygulanmasında tereddüt olduğu durumlarda ulusal triage etik kurulu görüş oluşturmalıdır. Bu görüş başvuru üzerine veya resen oluşturulabilir.

### **Sağlık çalışanları üzerinde baskılar**

Salgın dönemlerinde sağlık çalışanlarına yönelik politik baskılar söz konusu olabilmektedir. Ayrıca salgınların neden olduğu kaotik ortamlar sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti tetikleyebilmektedir. Sağlık otoritelerince halkın hızlı, doğru bilgilendirilmesi, şeffaf bir biçimde bilgi akışının gerçekleştirilmesi, hastalarla sağlık çalışanlarının karşı karşıya getirilmemesini sağlayan temel koşullardandır.

Devlet, salgın ortamlarında da hekimlerin bilimsel ve etik ilkelere uygun çalışmasının sağlanması, mesleki özerkliğinin ve klinik bağımsızlığının korunması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaşanmaması ödevlerini yerine getirmeli ve bu konuda gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

### **3. SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Salgınlar sağlık çalışanlarında kaygı ve korku yaratmaktadır. Sürecin uzaması, riskin artması, meslektaşlarının hastalanması; kaygı ve korkuların artmasına, yorgunluğa ve tükenmişliğe neden olabilmektedir. Böylesi kaotik dönemlerde sağlık otoritelerince sürecin iyi yönetilmesi, görev tanımlarının açık bir biçimde belirlenmesi, sağlık hizmetinin sürdürülmesiyle ilgili algoritmaların oluşturulması; KKD'ye erişim konusunda yetersizlik yaşanmaması, çalışma koşullarının uygunluğunun sağlanması, sağlık çalışanlarının zorlu görevlerini dayanışma içinde gerçekleştirmelerini olanaklı kılacaktır. Sağlık çalışanları arasındaki ilişkinin temelini bilimsel verilerin ışığında profesyonellik ve dayanışma oluşturmaktır.

### **4. BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR**

Salgın sürecinde hem devam etmekte olan salgının hem de gelecekteki benzer salgınların önlenmesi ve tedavisi için bilimsel gelişmeleri sağlayabilmek amacıyla kimi araştırmalar planlanabilir. Bu araştırmaların etik

duyarlılıkla, Helsinki Bildirgesi'ne uygun hazırlanması önemlidir. Araştırmalar halk sağlığını ve uygun klinik bakımın sağlanmasını tehlikeye atmamalı, bilimsel geçerliliği olan, uygun metodoloji ile planlanmalı; araştırmalarda yarar/zarar dengesi gözetilmeli, gönüllü seçimi adil olmalı, elde edilen bilimsel veriler hızlıca paylaşılmalıdır. Araştırma sonuçlarına tüm toplumun ve bireylerin eşit erişimi sağlanmalıdır. Araştırma süreçlerinde toplanan biyolojik örneklerin başka ülkelere aktarılması veya saklanması etik duyarlılıkla hareket edilmeli, kişisel verilerin gizliliği ilkesi korunmalıdır.

### **Araştırma aşamasında olan uygulamalar**

Salgın ile ilgili olarak bilimselliği kanıtlanmamış bir uygulamanın acil kullanımı, DSÖ'nün de belirttiği aşağıdaki şartların gerçekleşmesi durumunda ve izlem sonuçlarının belgelenmesi ve daha geniş tıbbi ve bilimsel toplulukla zamanında paylaşılması koşuluyla etik açıdan uygun olabilir. Bu şartlar şunlardır:

1. Kanıtlanmış etkili bir tedavi var olmamalıdır.
2. Uygulamanın etkililiği ve güvenliliğinin ön desteğini sağlayan veriler en azından laboratuvar veya hayvan çalışmalarından elde edilmiş olmalı ve uygulamanın klinik araştırmalar dışında kullanılması, kabul edilebilir risk-yarar temelinde salgınla ilgili oluşturulan bilimsel bir kurul tarafından önerilmelidir.
3. Uygun niteliklere sahip bir etik kurul onayı alınmalıdır.
4. Olası risklerin en aza indirilmesini sağlayacak yeterli koşullara sahip olunmalıdır.
5. Hastanın aydınlatılmış onamı alınmalıdır.

### **SON SÖZ**

Bugün yaşamakta olduğumuz salgın, dünyayı “küresel köy” olarak tanımlayan neo-liberal politikaların ve sağlık sisteminin çöktüğünü, kamucu sağlık politikalarının bir lüks değil, temel insan hakkı olduğunu bir kez daha göstermiştir. Salgında ölüm olaylarının yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerde daha çok görülmesinin yarattığı “güçlü olan yaşasın” olarak tanımlanabilecek verimliliğe dayanan yaklaşımların savunulması ve yaşanan kriz ortamını fırsata çevirmek isteyen, stokçuluk, karaborsacılık, işten çıkarma, evde çalışma ile iş yükünü artırma, ücretleri düşürme, etnik ayrımcılık, yabancılara düşmanlık vb. Hiçbir girişim kabul edilemez.

Salgınlar karşısında sorumluluklarımızı yerine getirmeye, sürecin yarattığı tüm olumsuzlukları bütüncül olarak ele alıp bilimden ve yurttaşlık hakkından vazgeçmeden insanlık ortak paydasında buluşarak mücadeleyi sürdürmeye özen göstermeliyiz. İçinde bulunduğumuz koşullar, salgına hazırlıklı olmak ve salgınla etkin mücadele etmek için olağandışı durumlara yönelik politikaların oluşturulması, hizmetin planlanması ve alt yapı hazırlıklarının tamamlanmasının önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

Halk sağlığının, tek tek bireylerin sağlığının toplamını aşan bir anlam yüküne sahip olması nedeniyle, ortak iyiyi oluşturmak için toplumsal dayanışmaya ve kolektif mücadeleye gereksinim duyduğu unutulmamalıdır.

Bugün yaşamakta olduğumuz salgın, dünyayı “küresel köy” olarak tanımlayan neo-liberal politikaların ve sağlık sisteminin çöktüğünü, kamucu sağlık politikalarının bir lüks değil, temel insan hakkı olduğunu bir kez daha göstermiştir.

# TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU PANDEMİ SÜRECİ ÇALIŞMALARI

**Dr. Gülriz Erişgen**

Türk Tabipleri Birliği Eşgüdüm Kurulu

## Özet

Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) pandemi sürecinde çalışmalarını oluşturduğu çalışma grubu ve dernekler ile ilgili başlıklarda ortak değerlendirme ve görüşler oluşturacak şekilde yürütmektedir.

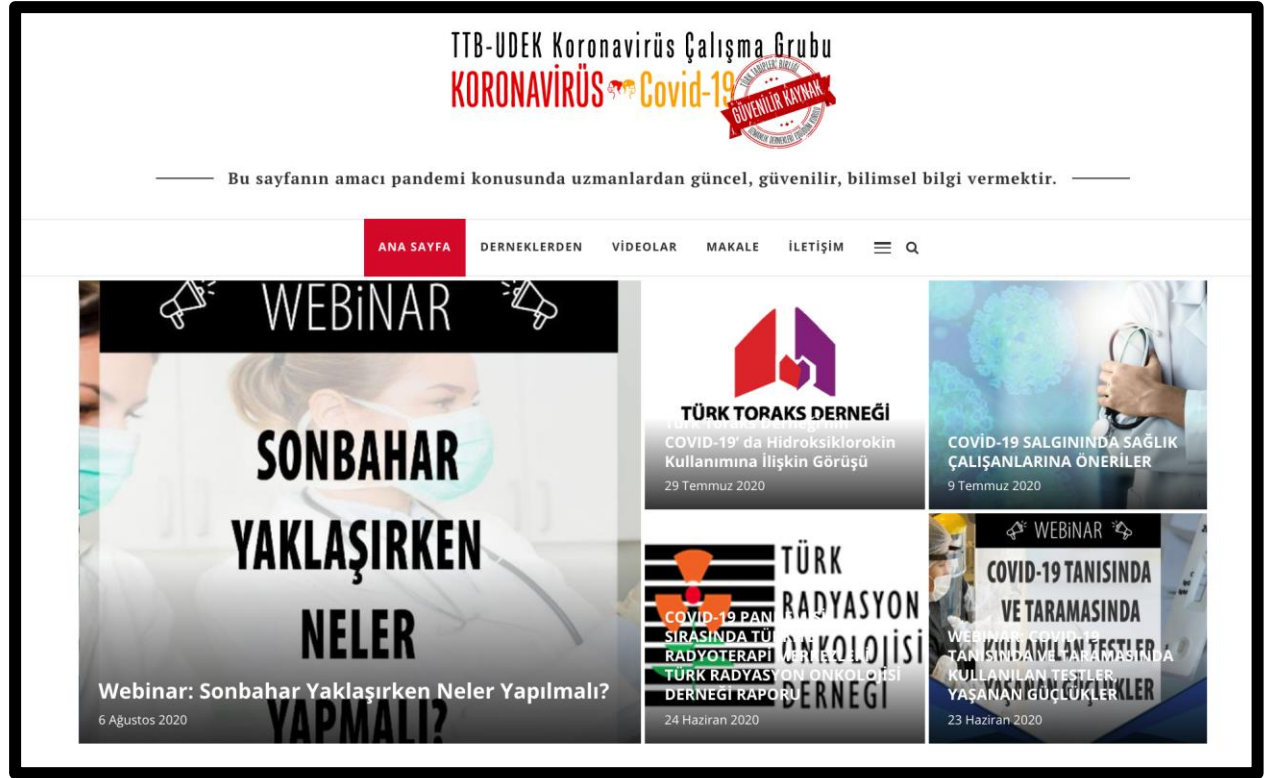
## **TTB-UDEK Koronavirüs Pandemisi Çalışma Grubu**

Salgın altıncı ayına doğru ilerlerken TTB-UDEK Koronavirüs Pandemisi Çalışma Grubu salgınla mücadeleye destek olmak amacı ile *bilimsel içeriği üye derneklerce, uzmanlarca onaylanmış* metin ve raporları kurulan web sitesi üzerinden paylaşmaya devam etti (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/>). Web sayfasında paylaşılan dernek görüşlerinden bazıları şunlardır:

- Klorokin ve Hidroksiklorokin COVID-19 Hastalarında ve Hastalığın Profilaksisinde Kullanımı Konusunda KLİMİK Derneği Görüşü (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/klorokin-ve-hidroksiklorokin-covid-19-hastalarinda-ve-hastaligin-profilaksisinde-kullanimi-konusunda-klimik-dernegi-gorusu>)
- Ürologlar için COVID-19 Öneri Rehberi. Ürolojik Cerrahi Derneği (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/urologlar-icin-covid-19-oneri-rehberi>)
- Yoğun Bakım Ünitelerinde COVID-19 ile Mücadele Planı: Hazırlıklar. TYBD (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/yogun-bakim-unitelerinde-covid-19-ile-mucadele-plani-hazirliklar>)
- COVID-19 ve Ruh Sağlığı. Türk Psikiyatri Derneği (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-ve-ruh-sagligi>)

- Eczaneler Virüs Yayma Alanı Haline Getirilmemelidir. PGED (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/eczaneler-virus-yayma-alani-haline-getirilmemelidir>)
- COVID-19 Hastalığının Görüntüleme Bulguları. TRD (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-hastaliginin-goruntuleme-bulgulari>)
- Coronavirus (COVID-19) Salgını: Radyoloji Bölümünün Bilmesi Gerekenler. TRD (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/coronavirus-covid-19-salgini-radyoloji-bolumunun-bilmesi-gerekenler>)
- Laboratuvar Biyogüvenlik Rehberi Türk Biyokimya Derneği (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/laboratuvar-biyoguvencik-rehberi>)
- Hekimler ve Sağlık Çalışanları İçin COVID-19 Korku ve Kaygısıyla Baş Etme Rehberi. Türk Psikiyatri Derneği (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/hekimler-ve-saglik-calisanlari-icin-covid-19-korku-ve-kaygisiyla-bas-etme-rehberi>)
- COVID-19 profilaksi hakkında Türk Toraks Derneği Görüşü ve KOAH'lı Hastalarda COVID-19 salgını için GOLD Önerileri. (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-profilaksi-hakkinda-turk-toraks-dernegi-gorusu-ve-koahli-hastalarda-covid-19-salgini-icin-gold-onerileri>)
- COVID-19 Pnömonisi: Akciğer Grafisi mi? Düşük Doz BT mi? Standart Doz BT mi? Türk Toraks Radyolojisi Derneği (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-pnomonisi-akciger-grafisi-mi-dusuk-doz-bt-mi-standart-doz-bt-mi>)
- COVID-19'lu Hastalarda Genel Cerrahi Ameliyathane Uygulamaları. Ahmet Serdar Karaca, M. Mahir Özmen, Ahmet Deniz Uçar, Ahmet Çınar Yastı, Seher Demirer  
Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu İnisiyatifi (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19lu-hastalarda-genel-cerrahi-ameliyathane-uygulamalari>)
- Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığının Korunması İçin Sağlık Kurumu Yöneticilerine Öneriler. Türk Psikiyatri Derneği (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/saglik-calisanlarinin-ruh-sagliginin-korunmasi-icin-saglik-kurumu-yoneticilerine-oneriler>)
- Pandemi Sürecinde Türkiye'deki Uluslararası Göçmenler Ve Mültecilerle İlgili Durum. HASUDER (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/pandemi-surecinde-turkiyedeki-uluslararasi-gocmenler-ve-multecilerle-ilgili-durum>)
- COVID-19 Pandemisi Sırasında Türkiye Radyoterapi Merkezleri Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği Raporu (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-pandemisi-sirasinda-turkiye-radyoterapi-merkezleri-turk-radyasyon-onkolojisi-dernegi-raporu>)
- Türk Toraks Derneği'nin COVID-19'da Hidroksiklorokin Kullanımına İlişkin Görüşü. (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/turk-toraks-derneginin-covid-19-da-hidroksiklorokin-kullanimina-iliskin-gorusunu>)





TTB-UDEK 19 Mayıs 2020 tarihinde düzenlenen toplantı ile elektif işlemlerde hastaların ve sağlık çalışanlarının sağlığının korunması için hangi önlemlerin alınması gerektiğini Türk Tabipleri Birliği (TTB), İstanbul Tabip Odası (İTO) ve TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK) cerrahi uzmanlık derneği temsilcilerinin, TTB Merkez Konseyi ve İTO yöneticilerinin, TTB-COVID-19 İzleme Grubu ve TTB Özel Hekimlik Kolu üyeleri ile değerlendirmiştir. Yapılan ortak toplantının raporu 1 Haziran 2020 yayınlanmıştır. Raporda, bu toplantıda dile getirilen görüşler ve salgının seyri doğrultusunda elektif cerrahi işlemlerinin yeniden başlatılmasına ilişkin saptama ve öneriler yer almaktadır.

### ***Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Ameliyatlara Başlanması Hakkında Meslek Örgütümüzün ve Uzmanlık Derneklerimizin Görüşleri***

COVID-19 salgınının ülkemizde saptandığı ilk günlerde Sağlık Bakanlığı bir genelge ile elektif ameliyatlara durdurulmasını istemişti. Bu dönemde sağlık kuruluşlarında sadece acil ve ivedi nitelikli cerrahi işlemler yapılmış, bazı kanser ameliyatlara dahil olmak üzere bir çok elektif ameliyat belirsiz bir süreliğine ertelenmiştir.

COVID-19 hastalarının sayısının ve COVID-19'a bağlı ölüm sayılarının azalmaya başlamasıyla "normalleşme" adı altında bazı önlemlerin kaldırıldığı ya da gevşetildiği bir evreye girilmiştir. Eş zamanlı olarak, sağlık alanında da bir süredir ertelenmiş olan COVID-dışı sağlık hizmetlerinin yeniden başlatılması gereksinimi gündeme gelmiştir.

Türk Tabipleri Birliği, İstanbul Tabip Odası ve TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu 19 Mayıs 2020'de, uzmanlık derneklerinin temsilcileriyle birlikte "Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahiler" başlıklı çevrimiçi bir

toplantı düzenlemiş ve elektif cerrahi işlemlerin yeniden başlatılması ile ilgili olarak uzmanlık derneklerinin görüşlerini almıştır.

Bu toplantıda dile getirilen görüşler ve salgının seyri dikkate alınarak elektif cerrahi işlemlerinin yeniden başlatılması konusunda meslek örgütümüzün saptama ve önerileri şöyledir:

- Sağlık Bakanlığı'nın ve Koronavirüs Bilim Kurulu'nun epidemiyolojik verilerin sadece bir kısmını paylaşması pandemiye dair bütünlüklü bir epidemiyolojik değerlendirme yapabilmeyi engellemekte ve yeniden açılma sürecinde COVID-19 dışındaki sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonunu planlama açısından handikap oluşturmaktadır.
- Henüz birinci dalga tam anlamıyla sönümlenmemiştir. Salgının hala stabil olmayan bir seyir sürdürdüğü görülmekte, olgu ve ölüm sayılarında genel olarak düşüş eğilimi gözlenirse de zaman zaman ani yükselişler olduğu gözlenmektedir.
- “Semptomu olanlara test yapan ülke” olarak sınıflandırılan Türkiye’de nüfusa oranla test sayısının yüksek olmadığı söylenebilir. Ayrıca test sayılarının dalgalı bir seyir izlediği, istikrarlı olmadığı görülmektedir. Yeniden açılma sürecinin planlanması için COVID-19 için yapılan test sayılarının yeterli düzeyde olması önemlidir.
- Yeniden açılmayı planlamak için gereken bir başka önemli bilgi toplumda bağışıklığın ne düzeyde olduğudur. Süreci oldukça sert geçiren ülkelerde bile toplumsal bağışıklığın henüz çok düşük düzeyde olduğu hesaplanmıştır.
- Dünya Sağlık Örgütü “kapanma”nın hızlı olmasını, “açılma”nın ise temkinli olmasını önermekte ve “yeniden açılma” için şu 6 koşulun sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır:
  1. Virüsün geçişinin (bulaşıcılığının) kontrol altında olduğuna dair kanıt olmalı,
  2. Ülkenin sağlık sistemi her vakayı tespit edebilmeli, test edebilmeli, izole edebilmeli ve temaslılarını bulabilmeli,
  3. Sağlık tesisleri yayılımında çok önemli olduğundan burarlarda salgın riski minimuma indirilebilmeli,
  4. İşyerleri ve okullar gibi temel hizmet alanlarında fiziksel mesafe, el yıkama ve solunum hijyeni olanakları sağlanmalı,
  5. Yeni vakaların topluma gelmesi engellenmeli (yurtdışı ve iller arası seyahatin kısıtlanması gibi önlemlerin zaman zaman uygulanması gerekebilir),
  6. Toplumun yeni normlara uyum ve katılımı sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin yeniden açılması sürecinde bu önlemleri içeren düzenlemelere, randevu saatlerinden bekleme alanlarına kadar farklı hizmetlerde çerçeveleri ve kriterleri ortaya koyan dokümanlara ihtiyaç bulunmaktadır.
- Anestezi veya cerrahiye bağlı olabilecek komplikasyonlardan kaçınmak adına hastanelerde cerrahlar, anestezi ve yoğun bakım uz-

manları ile yöneticilerden oluşan komisyonların kurulması uygun olacaktır.

- Yeniden açılma döneminde elektif ameliyatlarda en önemli konular uygun hasta seçimi ve doğru bir ameliyat öncesi değerlendirmedir.
- Tedavi için etkili olabilecek cerrahi dışı seçenekler varsa bunlar tercih edilmelidir.
- Asemptomatik bir COVID-19 hastası ameliyat edildiğinde hem anestezi ve cerrahi ekibine hem de diğer hastalara hastalığın bulaşması riski olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca, asemptomatik COVID-19 hastalarının ameliyattan sonra semptomatik olabileceği ve hastalığın normalden daha ağır geçebileceği bilinmelidir. Özellikle kanser hastaları COVID-19 pozitifse mekanik ventilasyon ihtiyacı, yoğun bakım yatışı ve ölüm oranları 3,5 kat artmaktadır.
- Bu nedenle ameliyat öncesi asemptomatik COVID-19 hastalarının saptanması önemlidir. Bu amaçla semptom ve bulgular sorgulanmalı; mümkünse tüm hastalarda RT-PCR testi yapılmalıdır. Ancak moleküler yöntemlerin COVID-19 hastalarının bir kısmını tanıyamadığı unutulmamalıdır. RT-PCR testinin duyarlılığı yüzde 47-63 arasında olup önemli düzeyde yalancı negatiflik sorunu yaşanmaktadır. Antijen testlerinin de önemli bir duyarlılık sorunu bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen risklerin asgari düzeyde tutulabilmesi için daha duyarlı yöntemlerin geliştirilmesi gereklidir.
- Hastaların preoperatif değerlendirmesinde PCR testlerinin yanı sıra şüphe olduğunda akciğer grafisi ve toraks BT gibi görüntüleme yöntemlerine ve gerekirse göğüs hastalıkları konsültasyonuna yer verilen bir algoritma oluşturulmalıdır. Semptomsuz COVID-19 hastalarında radyolojik görüntülemenin duyarlılığının düşük olduğu ve ayrıca toraks BT'de iyonizan radyasyon varlığı dikkate alınarak bu hastalarda toraks BT'nin rutin bir preoperatif test olarak kullanılmamasından kaçınılmalıdır.
- PCR testinden sonra hasta hemen ameliyat edilemeyecekse ameliyat gününe kadar nerede izole edileceği de kararlaştırılmalıdır. İzolasyon evde yapılacaksa hastaya maske kullanımı gibi gerekli önlemler açıklanmalıdır. Evde izolasyonun sağlanamadığı veya yeterince güvenli olmayabileceği durumlarda hastane de dahil olmak üzere güvenli izolasyon koşulları sağlanmalıdır.
- Elektif cerrahi öncesinde hastaların risk faktörleri açısından kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesi önemlidir. Riski artıran başlıca faktörler 65 yaş üzeri, kardiyovasküler hastalıklar, ASA 3 ve üzeri, vücut kitle indeksi 35'in üzerinde olan hastalar, diyabetik ve otoimmün hastalar, hiperkoagülan durumları içermektedir.
- Preoperatif değerlendirmede hekimler ve sağlık çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
- Aydınlatılmış onam formu son derece önemlidir. Sadece ameliyatla ilgili aydınlatılmış onam formu değil, bunun yanında COVID-19 ile ilgili aydınlatılmış onam formunun da doldurulması gereklidir. Hem hasta hem de hasta yakını mutlaka COVID-19 ile ilgili olarak hastanede bulunma ve yatış sırasında bulaş, cerrahi morbidite ve mortali-

te ile ek tetkikler gerekebileceği hakkında bilgilendirilmeli ve onamları alınmalıdır.

- Hukuki yönden belirsizliklerin fazla olduğu bir döneme girilecektir. Emsal kararların olmadığı bu dönemde yargı organları tarafından genel hukuk kuralları geçerli sayılacaktır. Hukuk doktrincileri “aydınlatma yükümlülüğü, özen ve dikkat” konusunda uyarılarda bulunmaktadır. Koşullar özen ve dikkat kavramının çok geniş yorumlanmasını gerekli kılmaktadır.
- Yeniden açılma sürecinde ameliyathane kullanımına ilişkin kılavuza ihtiyaç bulunmaktadır. Burada dikkate alınması gereken parametreler arasında ameliyathanelerin altyapısının yeterli olup olmadığı, negatif basınç durumu, ameliyat türünün damlacık yapma potansiyeline göre değerlendirilmesi, ameliyatın gerektirdiği sağlık çalışanı sayısı bulunur.
- Ameliyathane salonlarının kullanım ve organizasyonu etkili bir biçimde koordine edilmelidir.
- COVID-19 olduğu bilinen hastaların ameliyatlarının ayrı hastanelerde, bu olamıyorsa ayrı binalarda, bu da sağlanamıyorsa ayrı ameliyat odalarında yapılması gerekir. Mümkünse bu odalar negatif basınçlı olmalıdır. Pozitif basınçlı hava akımı olan odaların havalandırma sistemlerine HEPA filtreleri takılmalıdır.
- COVID-19 hastalarının ameliyatlarının yapıldığı bölümler ile diğer hastaların ameliyatlarının yapıldığı bölümlerin giriş ve çıkışlarının ayrı olması sağlanmalıdır. Cerrahi ekiplerin de ayrılması uygun olacaktır.
- Ameliyathanelerdeki alet ve cihaz sayıları en aza indirilmeye çalışılmalı, özellikle entübasyon sırasında ve tüm cerrahi işlem boyunca ameliyat odalarına personel giriş çıkışları sınırlandırılmalıdır.
- Yeniden açılma sürecinde elektif ameliyatlara geçiş planlı ve aşamalı olmalıdır. Her cerrahi uzmanlık alanı kendi alanlarındaki ameliyat ve işlemleri için acil, ivedi, ertelenebilir gibi kategoriler tanımlamalıdır. Adaptasyon dönemine kısa süreli lokal işlemler, ayaktan işlemler, 65 yaş altı asemptomatik olgular, minimal invazif cerrahiler, yatış süresi kısa olan işlemler gibi riskin daha düşük olduğu hastalarla başlanmalı; deneyimler arttıkça daha komplike (örneğin daha yaşlı hastaların ameliyatları, daha uzun süreli cerrahiler gibi) ameliyatlara aşamalı bir biçimde geçilmelidir.
- Mukozal yüzeyleri ilgilendiren (endonazal, laringeal, faringeal, torasik, gastrointestinal) cerrahiler ve aerosol oluşumuna sebep olan cihazların (endoskop, nazogastrik kateter, koter, mikrobebrider, tur, aspiratör, radyofrekans, lazer vb) kullanıldığı işlemlerde bulaş riskinin daha yüksek olduğu dikkate alınmalıdır.
- Damlacık ve aerosol üreten işlemlerin ayrıntılı olarak tanımlanması gerekmektedir. Aerosol üreten işlemlerin negatif basınçlı ameliyathanelerde yapılması uygun olacaktır. Mümkünse entübasyonlarda ve aerosol üreten işlemlerde gerekli olmayan kişileri ameliyathane dışına çıkartmak ve işlemin deneyimli cerrah tarafından yapılması düşünülebilir.

- Sağlık çalışanlarının gereksinim duyacağı bütün kişisel koruyucu donanım yeterli miktarda sağlanmalıdır. En az 30 günlük kişisel koruyucu donanım rezervi bulundurulmalıdır. Bunların ameliyathanelerde nasıl kullanılacağına ilişkin eğitimler verilmelidir.
- Oral ve nazal kavite uygulamalarında iyot ile ağız ve burun boşluğunun yıkanması koruma sağlayabilir.
- Virüsün cerrahi duman ile de bulaşabilme ihtimaline karşılık koter kullanımı azaltılmalı, koter kullanılacaksa aspiratör ile beraber kullanılmalıdır.
- Vaka araları en az 60 dakika olmalıdır.
- Ameliyat odalarında kurallara uygun dezenfeksiyon, sterilizasyon uygulanmalıdır.
- Hastaları tekrar kontrole çağırma gereksinimini azaltmak adına eriyebilen dikiş materyalleri tercih edilmelidir.
- Hastalar mümkünse tek kişilik odalarda yatırılmalı, eğer şartlar buna uygun değilse hasta yatakları arasında en az iki metre mesafe bırakılmalı, ortak kullanım alanları sık sık dezenfekte edilmeli ve havalandırılmalı, hasta ve refakatçisi maske takmalıdır. Refakatçi sayısı minimumda tutulmalıdır.
- Hastaların mümkün olan en kısa sürede taburcu edilmesi, pansuman gibi basit bakımlar konusunda eğitilmesi önemlidir. Ameliyat sonrası bakım önerilerinin hastalara yazılı olarak verilmesi uygun olur.
- Ameliyattan sonraki ilk 14 gün içerisinde de hastanın COVID-19 semptomları açısından sorgulanmaya devam edilmesi gereklidir. Bunun için teletıp olanakları kullanılabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden açılma sürecinde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde meslek örgütümüz ve uzmanlık dernekleri ile işbirliği içinde davranmasını bekliyoruz.

## COVID-19 PANDEMİSİNDE YENİDEN AÇILMA SÜRECİNDE ELEKTİF CERRAHİLER

Pandeminin devam ettiği dönemde yapılacak elektif cerrahiler öncesi alınması gereken tedbirlerin, yapılması gereken değerlendirmelerin/tetkiklerin detaylı olarak tartışılmasına, çıkacak konsensus doğrultusunda ülkemiz gerçeklerine uygun bir algoritma oluşturulmasına, bu algoritmanın yeni gelişmeler doğrultusunda belli aralıklarla geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Konu, alanın uzmanları ve uzmanlık derneklerinin temsilcileri ile birlikte ele alınacak ve tartışılacaktır.

CANLI  
YAYIN

19 MAYIS, SALI / 21:00-23:00

TÜRK  
TABİPLERİ  
BİRLİĞİ

İSTANBUL  
TABİP  
ODASI

TTB  
UDEK



### ***Pandemi Sürecinde Alınan Önlemlerde Birtakım Gevşetmeler Yapılmasına İlişkin Uzmanlık Derneklerinin Görüşleri***

Pandemi sürecinde alınan önlemlerin 11 Mayıs 2020'den sonra aşamalı olarak gevşetilmesi konusunda uzmanlık derneklerine özellikle kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren başlıklarla ilgili görüşleri sorulmuş, gelen yanıtlar aşağıda özetlenmiştir.

Düşen olgu sayılarıyla birlikte kısıtlamaların denetimli olarak azaltılması sosyal yaşam ve ekonomik işleyişin devamlılığı açısından elbette ki önemlidir. Ancak yine de ekonomik kaygıların bilimsel/tıbbi gerekliliklerin önüne geçmesine izin verilmemelidir.

Pandeminin ne kadar süreceği belli olmadığından toplumun kurallara uyarak (maske kullanımı ve fiziksel mesafe kuralı) ve bu süreçte birlikte yaşamayı öğrenmesi gerektiği, bu gevşetici kararların kuşkusuz toplum için zorunlu olan alanlarda alınmasının (65 yaş üzeri ve 20 yaş altı nüfusun kontrollü biçimde sokağa çıkabilmesi) önemli olduğu mutabık kalınan başlıklardır. Yaklaşık iki aydır evlerinden çıkamayan 65yaş üzerindeki yurttaşlarımızın yürüme mesafesinde de olsa dışarı çıkabiliyor olmalarının, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halleri açısından olumlu olacağı düşünülmektedir. Ancak, bu bireyler dört saat kesintisiz yürüyüş yapamayacakları için onlara oturup dinlenebilecekleri ve bir şeyler yiyip içebilecekleri – fiziksel mesafe, hijyen gibi koruyucu önlemler alınmak kaydıyla- mekanlar da sağlanmalıdır

Benzer biçimde, toplu taşıma için koyulan kısıtlamaların sürmesi, toplu etkinliklerdeki kısıtlamalara devam edilmesi, fiziksel mesafe kısıtlamalarının sağlanamayacağı kuruluş ve kurumların (örneğin okullar) günlük yeni olgu sayısı şu anki günlük rakamların çok daha altına düşünceye kadar açılmasının ertelenmesi öne çıkan diğer noktalardır.

Yapılan test sayılarının artırılması gerektiği, toplumun taranmasına ve genel durumun görülmesine yönelik bir durum tespiti yapılmasının önemli olduğu, “normalleşmenin” ve “gevşemenin” hızının ve yönünün -yavaş, kontrollü, aşamalı olsa bile- biraz da bu yolla belirlenmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Önlemlerin gevşetilmesi sürecine ilişkin endişelerin azaltılması açısından önemli bir adım olacaktır. Hafif, aşamalı, yavaş, denetimli gevşemenin sayıları ve trendleri nasıl etkileyeceği görülmeden kesinlikle diğer planlamalar yapılmamalı ve acele edilmemelidir.

65 yaşın üzerindeki yurttaşlarımızın memleketlerine ya da yazlıklarına gidebiliyor olması pandeminin yaygınlaşması yönünden risktir. Hem kendi açılarından hem de gittikleri bölgelerin sağlık sistemlerinin yükü açısından sorunludur. Buna tarımsal etkinlik için gidenler de eklenince müthiş bir hareketlilik, COVID-19 olgu sayısının çok olmadığı yörelere büyük kentlerden adeta hızlı bir “göç” anlamına gelmektedir. Çok yakın izlem ve uyanık olmak sayıların yeniden yükselmemesi yönüyle yaşamsaldır. Şehirlere giriş-çıkış sınırlamalarının kaldırılması, kara ve hava ulaşımının yeniden açılması yüzyüze kalacağımız bulaş risk/kaynakları arasındadır.

### *Hastanelerin ve Diğer Sağlık Kuruluşlarının Yeniden Yapılandırılması*

Ülkemizde tüm hastaneler pandemi hastanesi olarak ilan edilmişti. Artık bazı hastanelerin bu statüden çıkartılması COVID-19 dışında kalan hastalıkları yaşayan hastaların güvenle hastanelere başvurmasını kolaylaştıracaktır. Bu yapılamıyorsa da hastanelerin poliklinik ortamlarının fiziksel olarak düzenlenmesi, poliklinik bekleme salonlarının hasta temasını azaltacak şekilde organize edilmesi, hekim, sağlık personeli, temizlik kadrosunun desteklenmesi uygun olacaktır. İki muayene arasında temizlik ve ortamın havalandırılması amacıyla boşluk bırakılması, randevuların bu durum dikkate alınarak belirlenmesi, özellikle göz ve radyoloji gibi cihaz kullanan ünitelere bu açıdan özel önem verilmesi üzerinde durulmaktadır. Şüpheli olgular için acil servislerde izole alanlar tanımlanmalıdır.

Hastanelerin klimatizasyon ve havalandırma sistemlerinin bu süreçte gözden geçirilmesi özellikle ihmal edilmemelidir. Hastanelere girişte ateş ölçülmesi, maske takmanın zorunlu olması, semptomların sorgulanması gibi genel önlemlerle birlikte, 65 yaş üstü ve 20 yaş altına uygulanan sokağa çıkma yasağı dahil pek çok nedenle randevularına gelemeyen hastaların ertelemek zorunda kaldıkları sağlık sorunlarının çözümü, kontrolleri, elektif ameliyatlar gibi işlemlerin başlayabileceği dikkate alınarak ortak önlemler dışında her bransa özgü değerlendirmelerin ayrı ayrı yapılması gerektiği, bazı durumlarda onam formlarında COVID-19'la ilgili ifadeler yer verilmesinin doğru olduğu önemle vurgulanmalıdır.

Özellikle elektif ameliyatların günlük yeni olgu sayıları hala azımsanmayacak düzeyde olduğu bu günlerde, hastaların preoperatif enfeksiyon kontrollerinin yapılması, gerektiğinde (semptomatik ama COVID-19 laboratuvar olarak gösterilememiş hastalar) akciğer tomografisinden yararlanılması, kuşkulu olgularda gerçekleştirilecek acil ameliyatlar dahil özel servisler açılması, hastalarda/sağlık çalışanlarında güvenilir testlerin düzenli biçimde yapılması, koruyucu ekipman kullanımına her zaman özen gösterilmesi önemlidir. Yoğunluk nedeniyle vardiyalı/esnek çalışma desteklenmelidir. Tartışmalı konular için yerel düzeyde bilimsel danışma kurullarının oluşturulması da düşünülebilir. Ayrıca hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvenliği için COVID-19 tanısı almış hastalar konusunda polikliniklere otomatik uyarı gönderilmesinin sağlanması önemli bir uyarıdır.

Önlemlerde gevşemelerin yapıldığı bu dönemin, koruyucu ekipman sağlanması ve kullanımı konusunda gevşemenin değil –yaşanmakta olan olağanüstü hareketlilik nedeniyle- belki de maksimum özenin gösterilmesi gereken bir dönem olduğu hep akılda tutulmalıdır.

Aile Sağlığı Merkez (ASM)'leri COVID-19 sürecinden olumsuz etkilenmiştir. ASM doktorları hastanelere gitmeye çekinen hastaların yoğun yükü altında kalmış, bazıları hastalanmıştır. İçlerinden bazıları süreçte başka alanlarda görevlendirilmiştir. Bu kişiler en kısa sürede asıl görev yerlerine dönmelidir. Poliklinik yükündeki artış, görevlendirmeler asli işleri olan koruyucu sağlık hizmetleri, gebe-lohusa izlemi, bebek izlemi ve aşıların olağan düzeninde sürdürülmesi yönünden çok değerlidir. Bu günlerde kendilerine özellikle destek personel sağlanması önemlidir.

### *Hastalar Üzerine Olası Olumsuz Etkiler*

COVID-19 pandemisi sürecinde uygulanan izolasyon ve karantina enfeksiyonun yayılmasına engel olmuştur. Esnetme konusundaki adımlar kanser tanısıyla tedavi edilen hasta grubu için riskli olacaktır. Bu hasta grubu özellikle immün sistemi baskılanmış olup antikanser kemoterapisi devam etmekte olan hastalardan oluşmaktadır. Karantinaya, maske takılmasına, el hijyeni ve elleri sabunlamaya, fiziksel mesafeyi korumaya devam edilmesi onlar için yaşamsaldır

Pandemi ile ilgili kararlar alınırken öncelikle ülkemizdeki verilerin başta halk sağlığı ve enfeksiyon dernekleri olmak üzere pandemi yönetiminde yetkin kurumlar tarafından değerlendirilmesi ve risklerin ortaya konulması gerekir. Bulaşma riski yüksek olmasına rağmen normal yaşama geçilmesi onkoloji-hematoloji hastalarında her türlü enfeksiyon açısından yüksek risk oluşturacaktır. Salgın hızındaki artışın hastalarda enfeksiyon oranını arttırmabileceğini, kanser tedavilerini aksatabileceğini, tedavi başarısını düşürebileceğini, hastane yatış sürelerini uzatabileceğini özellikle vurgulamak gerekir. Yalnızca hastaların değil, ailelerin ve onlarla ilgilenen/ilgilenecek olan sağlık personelinin de salgından etkilenme riski mevcuttur ve bu durum hastaları da etkileyecektir.

### *Alışveriş Merkezleri (AVM)'nin Açılması*

İnsanların yakın temasta olacakları tüm ticari faaliyetler “önce sağlık” bakış açısı ile gözden geçirilmelidir. AVM’lerin açılışıyla ilgili genel kaygılar (bazı düzenlemeler yapılmış olsa da) henüz erken olduğu yönündedir. AVM’ler gibi kalabalık ortamların tamamının açılması yerine öncelikle yalnızca mağazalar açılmalı, insanların ihtiyaçlarını karşılama amacıyla gitmeleri sağlanmalıdır. Bu tür kalabalık ve kapalı ortamları insanların tamamen eğlence veya vakit geçirme amacıyla kullanmasına izin verecek sinema, oyun alanları veya yemek alanları açılmamalıdır. Mağazaların (dar olmaları dikkat çekiyor) açılmasının yansımalarına göre sinema, oyun alanları veya yemek alanlarının açılması daha sonra, ayrıca değerlendirilmelidir.

Kalabalık ortamlarda maske zorunluluğu devam ettirilmeli, fiziksel mesafe açısından alışveriş merkezinin kapasitesine göre izin verilebilecek sayılar belirlenmeli buna yönelik olarak AVM’lerin girişlerinde giren sayısını katı bir şekilde kontrol edecek mekanizmalar geliştirilmelidir. Lokal dengelerin sağlanması, kontrol mekanizmalarının tam olarak işlenmesi için il pandemi kurulları etkin biçimde kullanılmalı, bu kurulların önerileri ile lokal önlemler artırılmalı veya yumuşatılmalıdır.

Bununla paralel olarak AVM’ler ve onlar gibi kalabalık ortamların havalandırma sistemleri standardize edilmeli, hava sirkülasyonu için uygun olan veya daha etkin mekanizmaların kullanılması sağlanmalıdır. Girişlerde mutlaka ayak tabanlarının dezenfekte edilmesini kolaylaştıracak alanlar oluşturulmalı, el dezenfektanı kullanımı ve ateş ölçümü zorunlu hale getirilmelidir. İnsanların el yıkama ve fiziksel mesafeye uyma gerekliliğini hatırlatacak anonslar yapılmalı, hatırlatıcı levhalar, kamu spotları hazırlanmalıdır.

AVM’ler gibi kalabalık ortamların temizliğinin çok sık yapılması sağlanmalı, yine aksi durumlarda katı yaptırım olmalıdır.

Bir diğer önemli nokta AVM’lerde çalışan mağaza satıcıları, güvenlik görevlileri, ve benzeri tüm personelin durumun ciddiyeti ve önlemlerden ödün verilmemesi konusunda düzenli olarak eğitimlerinin sağlanmasıdır. Sözü edilen meslek gruplarının bu süreçten sonra COVID-19 tanısı almaları durumunda bunun meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağı da yine şimdiden netleştirilmesi gereken bir husustur.

#### *Berber, Kuaför ve Güzellik Salonu, Spor Salonu Gibi İşletmelerin Açılması*

Yaklaşık iki aydır gerek erkek gerek kadın bireyler, kişisel saç, sakal, tırnak bakımlarını evde yapmayı öğrenmişlerdir. Elektrikli tıraş makineleri online alışveriş sitelerinde en fazla talep gören ürünlerden birisidir. Açılacak olan kuaför salonlarında maske kullanımı, sadece bir müşteri bulunması gibi koşullar getirilmekle birlikte bunların ne ölçüde uygulanabileceği ve denetimi soru işaretidir. Vücut sıvıları ile bulaşma ve yakın temas riski yaratacak ve fiziksel altyapıları birbirinden çok farklı olan berberlerin de açılmalarının daha sonraya bırakılması –pandemi yönetiminde olumsuzluğa neden olabileceği için- uygun olacaktır. Ancak spor salonları açılmalı, ayrıca insanların açık havada düşük riskle dolaşıp, hareket edip hava alacakları parklar ve bahçeler de yasak kapsamından çıkartılmalıdır. Bu başlık altında ele alınan meslek gruplarının sağlık denetimi ve eğitimleri ihmal edilmemelidir.

#### *Seyahat Kısıtlamalarının Kaldırılması*

65 yaş üstündeki yurttaşların memleketlerine ya da yazlıklarına gidebilmeleri, tarımsal üretimde çalışacak kişilerin üretim alanlarına transferi konularında izin verilmesi, pandeminin olumsuz etkilerinin fazlaca görüldüğü büyük kentlerden ciddi bir “göç” tablosu yaratmış durumdadır. Kitleli hareketliliğin fazla olduğu, farklı ülkelerden gelen insanların çok yoğun olarak bir arada oldukları aktivitelerin (hac, festivaller, spor karşılaşmaları, konserler, kongreler vb) yapılmaması önerilir.

Hastalığın şimdiki kısmi kontrol başarısında; mevsimsel etkinin çok büyük önem taşıdığı ve bu nedenle ikinci büyük dalganın sonbaharda olacağı ısrarla akılda tutulmalıdır. Turizm sektörünün de aşamalı, kısıtlamalı ve denetimli biçimde yerli ve yabancı turistlere hizmet vermeye başlayacağı anlaşılmaktadır. Bu konuda karar alırken ülkemizdeki güncel salgın verilerinden daha çok dünyadaki salgın verileri ve özellikle sonbahar ve kış mevsimini yaşayan Güney yarım küre ülkelerinin verileri dikkate alınmalıdır.

Ekonomik kaygılardan çok tıbbi gerekliliklere dayanan kararlar alınmalıdır. İnsanların yakın temasta olacakları tüm ticari faaliyetler “önce sağlık” bakış açısı ile gözden geçirilmelidir.

#### *Spor Karşılaşmalarının Başlatılması*

Bazı spor dallarında ligler iptal edilmiş durumdadır ve federasyonları kalan haftaların oynanmayacağını açıklayıp ligleri tescil etmiştir. Ancak Türkiye Futbol Federasyonu tüm ligleri sürdürme kararı almıştır. Başlatma tarihi sürekli ertelense de alınmış karar (12 Haziran 2020) yürürlüktedir.

Pandemiyle ilgili riskler tamamen elimine edilip toplum sağlığını tehdit etmeyecek düzeye gelmeden önlem alınmaya çalışılsa da hiç düşünülmemelidir. O düzeye geldiğinde ciddi, sıkı denetimli önlemler alınmak kaydıyla düşünülebilir.

Öncelikle vurgulanması gereken nokta, virusun yayılım tehlikesi tamamen ortadan kalkana ve ikinci dalga riski olmayana kadar karşılaşmaların kesinlikle seyircisiz oynanmasıdır. Yalnızca sporcular değil, teknik kadro, sağlık kadrosu, yöneticilerle birlikte tüm kulüp çalışanları sağlık denetimi altında (özellikle periyodik tarama testleriyle) tutulmalıdır. Maçların oynandığı dönemde tüm çalışanların dışarıyla teması en aza indirgenmelidir. Bu süreçte çalışacak personel sayısı iyi hesaplanmalı ve olabildiğince düşük sayılarla devam edilmelidir. Benzer denetimler, stadyumda çalışan personel için de gerçekleştirilmeli, stadyumların temizliğine maksimum özen gösterilmelidir. Deplasmana gidiş-gelişler ayrıca önemlidir.

Müsabaka sırasında yaralanan ya da bu süreçte tıbbi yardıma gereksinimi olan sporcunun sağlık hizmeti alımı şartları iyi planlanmalıdır. Antrenman sürecinde oyuncuların birbirleriyle ve sağlık ekibiyle temasları azaltılmalıdır. Ayrıca çevresel koşulların (hava, iklim, vb.) Sporcu sağlığına olası etkileri dikkate alınmalıdır.

#### *Okulların Açılması*

4 Ağustos tarihinde uzmanlık derneklerinden okulların yeniden açılması konusundak görüşleri istenmiştir. Derneklerden gelen görüşler aşağıdaki gibi derlenmiştir.

İlk rapor edildiği günden beri COVID-19'un çocuklardaki vaka hızlarının ve prognozunun erişkin hastalardan farklı olduğu görülmektedir. Toplumdaki asemptomatik, fakat potansiyel olarak enfeksiyöz çocukların etkileri önemlidir. Eğer İnfluenza'da olduğu gibi çocuklar, SARS-cov-2'nin ev içi bulaşında primer rol oynuyorlarsa, toplum genelinde yayılımı için çok ciddi bir risk oluşturabilir. Bu açıdan bakıldığında hastalığın yayılım potansiyelini durdurmak için tüm dünyada okullar kapatılmıştır.

Tüm dünya genelinde ve ülkemizde de COVID-19 hastalığı, giderek artan hasta sayılarıyla toplum sağlığı açısından ciddi bir risk oluşturmaya devam etmektedir. Önlemlerin azaltılmasını takiben, hasta sayısında Ağustos ayı itibarıyla tekrar artış trendine girdiği gözlenmektedir, böyle bir dönemde okulların açılması birçok noktada riskler içermektedir. Çocukların birbirinden enfekte olarak başta okul çalışanları; öğretmenler, diğer okul personeli vb yanısıra evdeki anne baba ve diğer aile büyükleri için (ülkemizde sıklıkla çekirdek aileye dahil olan anneanne/babanne, dede gibi çocuğu okula götürüp getiren, bakımına destek veren diğer erişkin/yaşlı bireyler) ciddi bir enfeksiyon kaynağı olma potansiyellerine sahiptirler. İleri yaş öğretmenler ve okul çalışanları ile altta yatan hastalığı olanlar COVID-19 açısından daha fazla risk altındadır.

Çocukların, ek hastalıklarından bağımsız olarak okula dönme ve eğitim alma hakları olduğu bir gerçektir. Okulların açılması tartışılırken politik, finansal, güvenlik yaklaşımları, bölgesel COVID-19 yaygınlığı, çocukların



okula erişim yolları, çocukların altta yatan hastalık durumları yanı sıra evde birlikte yaşadıkları aile fertlerinin yaş ve altta yatan hastalık durumları, devam ettikleri okulların fiziksel kapasiteleri, fiziksel mesafe kurallarına uyumun sağlanabilmesi gibi çok sayıda etkenin göz önünde tutulması gerekmektedir.

Bu yaklaşımın güvenliğini kontrol etmek için detaylı süveyans çalışmaları yapılmalıdır. M2 başına düşen öğrenci sayısının ve sınıflardaki öğrenci mevcudunun azaltılması gibi önlemler maalesef çoğu okulun fiziki şartları nedeniyle uygulanması fiili zorluklar içermektedir. Bu konudaki denetlemeler yapılarak ve okulda çalışacak tüm personele periyodik tarama testi yapılması düşünülebilir. Okul servislerinde gelişebilecek olası riskler de göz önüne alınmalıdır. Fiziksel mesafe, öğrenci ve çalışanların maske kullanımları ve bunlara uyum konusunda ayrıntılı bilgilendirme ve tekrarlayan eğitimler yapılmalıdır.

Bazı durumlarda, örneğin, kemik iliği transplantasyonu hemen sonrası ya da belirgin risk altında olan yaşlı aile bireylerinin bulunması gibi durumlarda, bireyselleştirilmiş risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Kronik akciğer hastalığı, immün yetmezliği, malignitesi olan, bağışıklık sistemini baskılayıcı tedaviler altında olan çocuklara, ayrıca bireysel risk değerlendirmesi sonucunda okula gitmesinde herhangi bir ciddi risk saptanan çocuklara uzaktan eğitim seçeneğinin de alternatif olarak sunulması ve bu duruma ailenin ve hekimin birlikte karar vermesi uygun olacaktır.



## BASIN BİLDİRİSİ / 28 AĞUSTOS 2020

### Salgın Ağırlaşıyor, Tükeniyoruz

#### Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Toplumun Sağlığının Garantisidir

Hekimler olarak, salgının giderek ağırlaştığını her gün artan kayıplarımızın üzüntüsünü yaşıyoruz. Hastalarımız her geçen gün artıyor. Salgınla mücadelede sağlık sistemimizin bu yükü kaldıramaz hale gelmeye başladığını görüyor ve sağlık çalışanlarının tükenmesinden kaygı duyuyoruz.

Salgın ile mücadelemizde yaşanan güçlüklerle karşı; bireylere yönelik uyarılara odaklanılması yeterli değildir, salgın yönetiminde merkezi otorite tarafından yapılandırılmış bir çerçeve dahilinde, toplumsal yaşamı ve çalışma yaşamını düzenleyen yeterli önlemler alınması, inisiyatifin sadece illere bırakılmaması ve sahada mücadele edenlerle, verilerin hızlı ve düzenli olarak paylaşılması gereklidir. Yaklaşan mevsimsel grip salgını nedeniyle durumun daha da zorlayıcı olacağı açıktır. Bu zorlayıcı koşullarla başarılı bir mücadele için toplumun tüm kesimlerinin desteği şarttır. Ancak bu desteği alabilmek için şeffaf, güven veren ve tutarlı bir salgın yönetimi gerekir.

Salgın nedeni ile çalışma düzeni tamamen değişen, aylardır zor koşullar altında çalışan sahadaki insanlarımızın sağlığı, pandeminin kontrol altına alınması için fedakârca çalışan uzmanlık dernekleri olarak meslektaşlarımızın sürdürdüğü mücadeleyi desteklemek, toplumun sağlığına kavuşmasını sağlamak üzere aşağıda yer alan hususların hızla yaşama geçirilmesini talep etmekteyiz.

1. Tıpta uzmanlık alanındaki profesyonel meslek örgütlerinin salgınla mücadeledeki katkısı çok değerlidir. Bu örgütlerin uzmanlık alanlarındaki bilgi birikiminden şu ana kadar yeterince yararlanılmamıştır. İl Pandemi Kurullarının birçoğunun yerelde yeterli katkı verememiş olmasının en önemli nedeni bu durumdur. Sağlık çalışanlarının mes-

Sağlık çalışanlarının meslek örgütleri olan tıpta uzmanlık derneklerinin oluşturduğu TTB- UDEK ulusal ve uluslararası bilimsel temele ve tecrübeye dayanan kurumsal insan gücü ve uzmanlığı, salgınla mücadele sürecine bir an önce dahil edilmeli; salgın yönetiminin merkezi ve yereldeki kurul ve komisyonlarında aktif şekilde temsil edilmelidir.

lek örgütleri olan tıpta uzmanlık derneklerinin oluşturduğu TTB-UDEK “Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu”nun ulusal ve uluslararası bilimsel temele ve tecrübeye dayanan kurumsal insan gücü ve uzmanlığı, salgınla mücadele sürecine bir an önce dahil edilmeli; salgın yönetiminin merkezi ve yereldeki kurul ve komisyonlarında aktif şekilde temsil edilmelidir.

2. COVID-19 tedavi süreçlerinin uzmanlık derneklerinin ülkemizde biriken veriye dayanan uluslararası bilimsel kanıtlar üzerinden oluşturduğu rehberler doğrultusunda güncellenmesi ve izlenmesi gerekir.
3. Ülkemizde PCR testleri başta olmak üzere yapılacak testlerle ilgili bir risk değerlendirmesi ve önceleme plan ve programına ihtiyaç vardır. Test sayısının artırılması çok önemlidir. Ancak, testlerin hangi koşullarda kimlere yapılacağına da tanımlanmış olması kritik önemdedir. Sağlık çalışanlarının SARS-cov-2 testlerinin gerçekleştirilmesi, toplumdaki diğer bireylerin bakımının devamı için kaçınılmaz olarak önceliklidir. Risk ve temas değerlendirmesi yapılarak uygun algoritmaların ve test stratejilerinin belirlenmesi, uzmanlık dernekleri tarafından önerilenlerin uygulanması gerekir.
4. Hastalığın tanısında halen en iyi yöntem olan PCR testlerinin sonuçları laboratuvarların aşırı iş yükü, organizasyonda ve planlamadaki sorunlar nedeniyle gecikebilmektedir. Bu testlerin ve hastalığın takip ve yönetiminde gerekli testlerin gerçekleştirildiği tıbbi mikrobiyoloji ve tıbbi biyokimya laboratuvarlarının personel, ekipman, kit, işleyiş, otomasyonu gibi konularda uzmanlık derneklerinin çözüm önerileri dikkate alınmalıdır.
5. Hastalığın tedavi süreci bakımından uzmanlık derneklerinin katkıları ile oluşturulacak, bilimsel kanıtlara dayalı rehberlerin kullanılması ve bunların veriye dayalı olarak güncellenmesi gerekmektedir.
6. Eylül dönemi ile başlayacak grip döneminde hastalık yükünden korunmanın en önemli yolu risk gruplarına grip aşısının sağlanması ve uygulanmasıdır. Sağlık çalışanları grip aşısının sağlanması gereken en önemli risk grubudur; Sağlık Bakanlığı grip aşısını tüm sağlık çalışanlarına zamanında ve ücretsiz biçimde ulaştırmalıdır.
7. Eylül dönemi ile başlayacak grip döneminde hastalık yükü ile ilgili alınacak en önemli tedbirlerden biri de sağlık çalışanları için gerekli kişisel koruyucu donanımın sağlanmasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından bu yöndeki çalışmalarının durumu hakkında bilgi verilmesi, sağlık çalışanındaki kaygının giderilmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından standartlara uygun, gereksinimi karşılayacak sayı ve çeşitlilikte kişisel koruyucu donanım ile ilgili gerekli stok çalışması yapılmalı ve gereksinime uygun şekilde tüm sağlık çalışanlarına ulaştırılmalıdır.
8. Sağlık çalışanları, üstün bir gayretle çalışmalarını sürdürmektedir. Her zamankinden daha zor bir çalışma sürecinde, her zamankinden daha fazla risk altındadırlar. Bedenleri yorgun ve moralleri bozuktur. Bu nedenle; tüm sağlık çalışanlarının çalışma ortamı ve özlük haklarında iyileştirme yapılmalıdır.

- COVID-19 hastalarıyla ilgili birimlerde görevli çalışanların çalışma saatleri ve iş yükleri fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruyacak şekilde düzenlenmelidir.
- Sağlık çalışanı ebeveynlere, çocuğunun bakımı ve sağlığı ile mesleğini icra etme ve geçimini sağlayabilme arasında seçim yapmaya zorlamadan ücretsiz kreş, çocuk bakım desteği ya da ücretli idari izin gibi olanaklar sağlanmalıdır.
- Temel ücretlerinde emekliliğe de yansıtacak şekilde düzenleme yapılmalı; performans ödemeleri Ocak 2021'e kadar en üst seviyeden ödenmeli, çalışanların hastalık izni ve rapor nedeniyle ücretlerinde kesinti uygulamasına son verilmelidir.
- COVID-19 hastalığı, bütün sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir. Düzenleme geriye dönük olarak da geçerli olmalıdır.

Türk Tabipleri Birliği şemsiyesi altında çalışan Tıpta Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu olarak salgında sahada yaşadıklarımızı ve önerilerimizi görevi bilincimiz içerisinde, yönetici ve kamuoyuna iletmeyi hayati önemde buluyor ve başta Sağlık Bakanı'mız olmak üzere yetkililerin, pandeminin daha iyi kontrolü için evrensel bilimsel verilere dayanan ivedi önerilerimizi dikkate alarak gerçekleştirmelerini ve çağrımıza yanıt vermelerini diliyoruz.

Türk Tabipleri Birliği – Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu		
Acil El Cerrahisi ve Mikrocerrahi Derneği	Adli Tıp Uzmanları Derneği	Akademik Geriatri Derneği
Çocuk Romatoloji Derneği	Gelişimsel Pediatri Derneği	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
İşyeri Hekimleri Derneği	Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği	Patoloji Demekleri Federasyonu
Rekonstruktif Mikrocerrahi Derneği	Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği	Türk Biyokimya Derneği
Türk Cerrahi Derneği	Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği	Türk El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Derneği
Türk Farmakoloji Derneği	Türk Gastroenteroloji Derneği	Türk Göğüs Cerrahisi Derneği
Türk Hematoloji Derneği	Türk İmmünoloji Derneği	Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
Türk Kardiyoloji Derneği	Türk Klinik Biyokimya Derneği	Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği	Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti	Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroradyoloji Derneği	Türk Nöroşirürji Derneği	Türk Oftalmoloji Derneği
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği	Türk Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Derneği	Türk Psikiyatri Derneği
Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği	Türk Radyoloji Derneği	Türk Toraks Derneği
Türk Yoğun Bakım Derneği	Türkiye Acil Tıp Derneği	Türk Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Türkiye Biyoetik Derneği	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği	Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği
Türkiye Romatoloji Derneği		Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği

**Tabip Odaları Yazışmaları**

TARİH	KONU
17 Mart	Yeni Korona Virüsü (COVID-19)'nın Ölümcül ve Halk Sağlığını Tehdit Eder Bir Salgın Haline Gelmesi Nedeniyle Toplanması Mümkün Olmayan Tabip Odası Umumi Heyet Genel Kurullarının Ertenilmesi Hakkında
20 Mart	Yeni Korona Virüs Hastalığı Hekim Çalışma Koşulları Hakkında
20 Mart	COVID-19 Risk Değerlendirme Anketi Hakkında
24 Mart	Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Vakalarının İzlenmesi Formu ve İller İçin Bilgi ve Takip Formu (Günlük) Hakkında
30 Mart	COVID-19 Pandemisi Ulusal Koordinasyon Kurulu ve İl Koordinasyon Kurulları ile İl Hıfzıssıha Meclisleri Çalışmalarına Katılım Talebi Hakkında
3 Nisan	Sağlık Çalışanlarının İş Güvenceleri Hakkında
3 Nisan	COVID-19 Hekimlerin (Sağlık Çalışanlarının) Hak ve Yükümlülükleri Sağlık Bakanlığı ve İşverenlerin Sorumlulukları Hakkında
5 Nisan	COVID-19 Pandemisi 2. Ay Raporu Hakkında
6 Nisan	COVID-19 Kısa Çalışma Ödeneği Hakkında
9 Nisan	Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi Hakkında
14 Nisan	17 Nisan Sağlık Şiddetle Mücadele Günü Saygı Duruşu ve Basın Açıklaması Hakkında
16 Nisan	COVID-19 ve İşyeri Hekimi Meslektaşlarımızın Durumu Hakkında
17 Nisan	17 Nisan Sağlık Şiddetle Mücadele Günü Basın Açıklaması Hakkında
20 Nisan	Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Hekimlerin Ücretsiz İzne Çıkarılması Hakkında
22 Nisan	COVID-19'a Yakalanan Sağlık Çalışanları Hakkında
27 Nisan	COVID-19 ya da Şüpheli COVID-19 Tanısı Alan ve Buna Göre Tedavi Gören Sağlık Çalışanlarının Hastalığının Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilmesi Hakkında
27 Nisan	COVID-19 ya da Şüpheli COVID-19 Tanısı Alan ve Buna Göre Tedavi Gören Sağlık Çalışanlarının Hastalığının Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilmesi İle İlgili Bakanlıklara Yazılan Yazılar Hakkında
29 Mayıs	Türk Eğitim Vakfı Başvurusu Hakkında
4 Haziran	Yönetici Rehberi 2020-2022 Hakkında
4 Haziran	Genel Kurul Toplantıları Hakkında
4 Haziran	Halkbank A.Ş. "Cansuyu" Bireysel Kredileri Hakkında
10 Haziran	Oda Genel Kurulları Hakkında
18 Haziran	Aile Hekimlerinin Üyeliğinin Sonlandırılması İçin Verdiği Dilekçenin Değerlendirilmesi Hakkında
25 Haziran	Güvenlik Soruşturması ve Arşiv Araştırması Yasa Önerisi Hakkında
8 Temmuz	TC Sağlık Bakanlığı'nın "Adana ve Eskişehir Şehir Hastaneleri Poliklinik Hizmetleri" Konulu Yazısı Hakkında
9 Temmuz	Teşhis ve Tedavileri Özel Sağlık Kuruluşlarında Yürütülen Hastalara İlişkin Bilgilerin İstenmesi Hakkında



9 Temmuz	COVID-19 Salgını nedeniyle Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü Tarafından Soruşturma açılan Prof. Dr. Kayıhan Pala Destek Eylem ve Etkinlikleri Hakkında
10 Temmuz	Hekimlerin Tanıtım Kurallarına Aykırı Eylemleri Hakkında
11 Ağustos	21 Ağustos Özlük Hakları, Çalışma Koşulları ve Ücretler Basın Açıklaması Hakkında
13 Ağustos	COVID-19 ve İl Hıfzıssıha Kurulları Hakkında
13 Ağustos	COVID-19 Salgını, Hekimlerin İstifa ve Emeklilik Durumları Hakkında
18 Ağustos	Özlük Hakları, Çalışma Koşulları ve Ücretler Basın Açıklaması Metni Hakkında

# ‘Gidişat iyi değil’

Tabip odası başkanları salgınla ilgili son durumu Cumhuriyet’e değerlendirdi. Hekimler, “Vaka sayısı açıklananın üzerinde, gidişat iyi değil” diyor.

## ‘ANKARA’NIN DURUMU ÇOK VAHİM’

ANKARA TABİP ODASI BAŞKANI DR. ALİ KARAKOC: Bakanlık açıkladığı 1500’lük rakamlar var ama bu rakam Ankara’nın rakamı bile değil. Vaka sayısı çok fazla, dört pandemi hastanesinin tamamı dolu, yatak kalmadı. Covid servisinde çalışan arkadaşlarımız her gün yeni servislerin Covid servisine dönüştürüldüğünü ve yetmediğini anlatıyor. Pandemi hastanelerinin önünde hasta kuyrukları bekliyor. Çalışanlar da yprandı. Temmuzda anket yaptık. Ankete katılan hekimlerin üçte biri tükenmiş diyor, sağlıkçıların üçte biri depresyonda olduğunu söylüyor, bütün bunlara rağmen Ankara’da sağlık çalışanlarının hiçbirine ek ödeme iki aydır yapılmıyor. OECD verilerine göre yü bin kişiye en az hekim düşen ülke biziz. Oysaki ülkede atama bekleyen hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, hekim var, halen güvenlik soruşturmaları nedeniyle hekimler atama bekliyor. Kamusal acil sağlık krizi yaşanırken İktidar, halen sağlık emekçilerini atamıyor, hukuk garabeti yaşıyoruz.



Karakoc



Mentes

## ‘YATAKLAR DOLU’

ADANA TABİP ODASI BAŞKANI UZMAN DR. SELAHATTİN MENTES: Hasta sayılarımız her gün artıyor. Yağın bakımımız tamamen dolu, acillerde her gün doktorlar birbirlerine hasta devrederken en az 15-20 Covid hastasını nereye yatacağına diye birbirine soruyor. Biz artık tüketmiş ve imdat çığlıklarını atma noktasındayız. Pandemi yönetimi gevşetildi ve halkın tercihlerine bırakıldı. Pandeminin yönetimi doktorlara yıkıldı. Adana, pandeminin çıktığı dönemlerdeki en yüksek seviyeyi yaşıyor.



Mentes

## ‘İZMİR’DE 1 AYDA CİDDİ VAKA ARTIŞI VAR’

İZMİR TABİP ODASI BAŞKANI OP. DR. LÜTFİ ÇAMLI: Pandeminin epidemiyolojik verileri, yani kaç test yapıldı, kaç olguda pozitif çıktı, kaç hastaneye yattı, kaç yoğun bakımda gibi bilgiler ısrarla bizimle paylaşılmıyor. İzmir’de özellikle son bir ayda ciddi vaka artışları olduğu şeklinde bilgiler alıyoruz. Böyle devam ederse İzmir’de ciddi bir sıkıntı ortaya çıkabilir. Hastanelerde ve yoğun bakımlarda kritik doluluk yoksa da önceye nazaran bir artış var. İzmir’de birinci dalga ikinci pikini yaşıyoruz. Günde 4 bin 500-5 bin test yapılıyor. Bunun sonucunda çıkan test pozitifliği 350-400. Fakat bu pozitif çıkan olguların kaç yeni olgu bilmiyoruz. Sağlıkçıların tükenmesi Covid-19’dan etkilenmiş olduğunu düşünüyorum.



Çamlı

## ‘TEST YAPILMIYOR’

BURSA TABİP ODASI BAŞKANI DOÇ. DR. ALPASLAN TÜRKKAN: Bursa’da süreç çok kötü yönetiliyor. Bazı hastanelerde yatacak yer olmadığı söyleniyor, çok fazla pozitif haberleri geliyor. Herkese test yapılmadığı, akciğer filmi ile tanı konulduğu, bu nedenle sayıların az ve düşük görüldüğü söyleniyor. Süreci yönetecek olan vatandaş değil. Kuralları ve önlemleri getirecek getirdiği önlem ve kuralları da kontrol edecek yapı kamudur. Tehlike çanlarının çaldığı illerden biriyiz. Yeni normalleşme denilen kötü yönetilen süreçten sonra artış daha çok oldu.



Türkkan

## ‘ÖZEL TEDBİR ŞART’

DIYARBAKIR TABİP ODASI BAŞKANI DR. ELİF TURAN: Diyarbakır’da bütün kamu hastaneleri tam kapasite çalışıyor. Yeni yoğun bakım yerleri açılıyor, yatak sayısı artıyor ama açıldığı gibi de doluyor. Günde 400 vaka pozitifliği çıkıyor. 489 sağlık emekçisi de enfekte oldu. Kamusal tedbirlerin de devreye girmesi gerekiyor. Testi pozitif çıkan kişi yer olmadığı için eve gönderiliyor. Bu kişi eve gidene kadar bir sürü kişi ile temas ediyor. Her bölgeye özgü tedbirler alınmalı.



Turan

## ‘İSTANBUL’DA ÇALIŞMA SAATLERİ DÜZENLENMELİ’

İSTANBUL TABİP ODASI BAŞKANI PROF. DR. PINAR SAİP: Önceden vakalar merkezi hastanelerde yoğunlaşıyordu, şimdi yeni açılan hastanelere gönderiliyor, önemli bir kısmı hastanelere yatırılmıyor, evlerde tedavi ediliyor. İstanbul’da da vakaların arttığını duyuyoruz. 1 Haziran sonrası önlemlerin geliştirilmesi, Ayasofya Camisi’nin açılışı, sınırlar banda etkili. Tabii İstanbul nüfusu kent dışına yayıldı, asıl yoğunluk Anadolu’da. Alle sağlık merkezlerinin yeterli desteği hem eleman açısından yok hem de gerekli şekilde filyasyon planı ve programlı katılmıyorlar, gereksiz iş yükü bindiriliyor, hasta olduklarında bile performans ücretleri düşünülüyor. Emeklilik haberleri sıkıkla geliyor. Yurtdışına gitmek isteyen hekimlerde son 1-1.5 yılda başvuru oranları 10 kat arttı. İşyerlerinde, fabrikalarda sorun var. Önlemler yetersiz. Toplu taşımadaki yoğunluğun azaltılması için aralıkla çalışma sistemine ihtiyaç var, kademeli mesaiye geçilmeli.



Saip

"bir yüzüm ayrılığa,  
bir yüzüm hayata dönük  
bugün de ölmedim anne..."  
demek ne zor.

**ÖLÜYORUZ!**

 **Türk Tabipleri Birliği**

 Dr. Turgut Erkuğlu

 Dr. Ahmet Aydın Şener

 Dr. Abdurrahman Demir

 Dr. Refik Çaylan

 Dr. Engin Ünal

### TTB Faaliyet Kronolojisi: 24 Ocak'dan 27 Ağustos'a...

#### Resmen İlk Kez Tanı Alan Vaka Öncesi:

TARİH	FAALİYET KONUSU
24 Ocak	Yeni Koronavirüs (2019-ncov) Hakkında
3 Şubat	Dünya Sağlık Örgütü'nün Yeni Koronavirüsü İle İlgili Açıklaması Hakkında
21 Şubat	İran'da Saptanan Koronavirüs Açıklamamız Hakkında
23 Şubat	İran'da Saptanan Koronavirüs Tehlikesine Karşı Alınacak Önlemler ve Sağlık Kuruluşlarındaki Koruyucu Ekipman Eksiklikleri Hakkında
28 Şubat	TTB-COVID-19 İzleme Grubunun Basın Toplantısı Hakkında
2 Mart	Yeni Koronavirüs Tanı Testi Olanaklarının Yaygınlaştırılması Hakkında
4 Mart	Dünya Sağlık Meslek Birliklerinin Koronavirüs İle Mücadele Eden Sağlık Çalışanlarına Yönelik Yayınladığı Destek Çağrısı Hakkında
9 Mart	Yeni Koronavirüs Teşhis Sorunları ve Olası Bir Salgına Hazırlık Hakkında

**Türkiye'deki İlk Vakanın Açıklaması**

(https://www.youtube.com/watch?V=R93Jj\_Zdye8):

**İlk Vaka'dan Sonra...**

TARİH	FAALİYET KONUSU
11 Mart	Koronavirüs Enfeksiyonundan Korunmaya İlişkin Bilgi Notu
12 Mart	Sağlık Kurumlarında Avuç İzni Kimlik Tespiti Uygulamasının Durdurulması Hakkında
13 Mart	Koronavirüs Hakkında Sağlık Çalışanı ve Yurttaşlara Yönelik Öneriler Hakkında
16 Mart	Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları ve Güvenliği Rehberi Hakkında
16 Mart	Koronavirüs Salgınına Karşı Alınan Önlemlerin Yetkinleştirilmesi Hakkında
16 Mart	Sağlık Çalışanlarının Sağlığının Korunması Hakkında Sağlık Bakanlığı'na İletilen Görüşler Hakkında
TARİH	FAALİYET KONUSU
16 Mart	Adalet Bakanlığı'na İletilen Koronavirüs Yazısı Hakkında
17 Mart	DSÖ'nün Kuşkulu / Teyit Edilmiş COVID-19 Hastaları Hakkında Sağlık Çalışanları İçin Yayınladığı Öneriler Hakkında
18 Mart	Sağlık Çalışanlarının Korunması ve Kurumlarda Hizmetin Planlanması Hakkında Sağlık Bakanlığı'na İletilen Görüşler Hakkında
19 Mart	Hekimlik Sorumluluğunu Yerine Getiren Dr. Güle Çınar Hakkında





## Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Sorumluluğunu Yerine Getiren Dr. Güle Çınar'ın Yanındadır

TARİH	FAALİYET KONUSU
20 Mart	TTB-UDEK Tarafından Oluşturulan Koronavirüs Konulu Web Sitesi Hakkında
20 Mart	COVID-19 Pandemisinin TTB ve TTB-UDEK Tarafından Değerlendirilmesi Hakkında
20 Mart	COVID-19 Risk Değerlendirmesini İçeren TTB Anketi Hakkında
21 Mart	Dünya Tabipler Birliği Başkanı'nın Hekimler İçin Yayınladığı Mesaj Hakkında
22 Mart	COVID-19 Pandemisi Konusunda Sağlık Bakanlığı'nın Yanıtlaması Gereken Sorular Hakkında
23 Mart	DİSK, KESK, TMMOB ve TTB'nin Hükümete Seslenen Ortak Acil Çağrısı Hakkında
23 Mart	Sağlık Çalışanlarının Koruyucu Malzeme Eksiklikleri Hakkında
24 Mart	TTB COVID-19 Risk Değerlendirme Anketinin Sonuçları Hakkında
25 Mart	65 Yaş Üzeri Nüfus ve Kronik Hastalığı Olan Kişilerin İzimli Sayılmaları Hakkında
25 Mart	İşyeri Hekimlerinin Düzenledikleri Raporların Sürelerinin Uzatılması Hakkında
26 Mart	COVID-19 Verilerin Şeffaflığı ve Olası COVID-19 Hastalarının Bilgileri Hakkında
26 Mart	COVID-19 Pandemisine Yönelik Hekimlerin Çalışma Planlaması Hakkında
27 Mart	Sağlık Bakanı'na Yazılan Açık Mektup Hakkında
27 Mart	Su Gereksinimin Tüm Yurttaşlar İçin Ücretsiz Temin Edilmesi Gerektiği Hakkında
30 Mart	Müge Anlı'nın Hekime Yönelik Şiddeti Özendirici İfadelerinin RTÜK'e Taşınması Hakkında
30 Mart	Pandemi İl Koordinasyon Kurulları ve İl Hıfzısıhha Meclislerinin Çalışması ve Tabip Odası Üyelerinin Kurul ve Meclislerde Bulunması Hakkında
30 Mart	Sağlık Çalışanları İçin COVID-19'un İş Kazası – Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilmesi Hakkında

TARİH	FAALİYET KONUSU
30 Mart	Salgınla Sürdürülecek Mücadelenin Bulaşmayı Önlemek ve Epidemiyoloji Bilimine Uymaktan Geçtiğini Vurgulamak Hakkında
30 Mart	BM Uzmanı'nın COVID-19 Hastalarına Hizmet Sunan Kahramanların Korunması Gerekliğini İfade Eden Açıklaması Hakkında
31 Mart	TTB COVID-19 Risk Değerlendirme Anketinin İkinci Hafta Sonuçları Hakkında
31 Mart	DİSK, KESK, TMMOB ve TTB'nin Yedi Acil Önlem Metni Hakkında

**# Y E D İ A C İ L Ö N L E M**

1) Temel, zorunlu ve acil mal ve hizmet üreten işler dışında bütün işlerde salgın süresince çalışma acilen durdurulmalıdır. 2) Salgın süresince işten çıkarmalar yasaklanmalı, küçük esnaf desteklenmeli, çalışanlara ücretli izin verilmeli ve işsizler için ise koşulsuz işsizlik maaşı ödenmelidir. 3) Tüketicici, konut ve taşıt kredileri ile kredi kartı borçları ve elektrik, su, doğalgaz ve iletişim faturaları salgın riski boyunca faiz iletildikten ertelenmelidir. 4) Bu süreçte özel sağlık kuruluşları kamu kontrolüne geçirilmeli, yurtaşların sağlık hizmetlerine erişimi istisnasız ve ön koşulsuz bütünüyle parasız olmalıdır. 5) Salgınla mücadelede koordinasyonda katı bir disiplin uygulanmalı, bilimsel yaklaşım ve bilgi paylaşımında açık ve şeffaf olunmalıdır. Güven kriteri haline gelen Covid-19 testleri konusunda bilimsel-yaygın-hakkaniyetli ve sonuçların hızla açıklandığı bir işleyiş hakim kılınmalıdır. 6) Başta hekimler, sağlık ve belediye çalışanları olmak üzere, tüm zorunlu işlerde koruyucu ekipman başta olmak üzere bütün eksiklikler giderilmeli, herhangi bir aksama yaşanmayacağına dair güven verilmeli ve bu işlerde çalışan herkes düzenli olarak testten geçirilmelidir. 7) Salgın dönemlerinde dezavantajlı kesimler olarak kabul edilen; hiçbir geliri ve birikimi olmayan yoksullar, göçmenler ve tutuklu/hükümlüler için yaşamaların ve sağlıklarını koruyacak fiili ve yasal düzenlemeler hayata geçirilmelidir.

**DİSK ● KESK ● TMMOB ● TTB**

TARİH	FAALİYET KONUSU
1 Nisan	Hekimlerin Zorunlu Mesleki Sigorta Uygulaması Hakkında
1 Nisan	Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği Konusunda TTB-COVID-19 İzleme Kurulu'nun Görüşleri Hakkında

- Sağlıklı olmayanlar için normal/basit/cerrahi maske yeterlidir.
- N95/FFP 2/FFP3 türü maskeler sağlık çalışanları tarafından SADECE ÖZEL DURUMLARDA kullanılmaktadır.
- Sağlık çalışanları da rutin hasta bakımı sırasında normal/basit/cerrahi maske kullanmaktadır.



**Maskeyi, metalli kısmı üste gelecek şekilde yüzümüze yerleştirelim**



**Maskenin metal kısmını burnumuzun çevresine oturtalım**



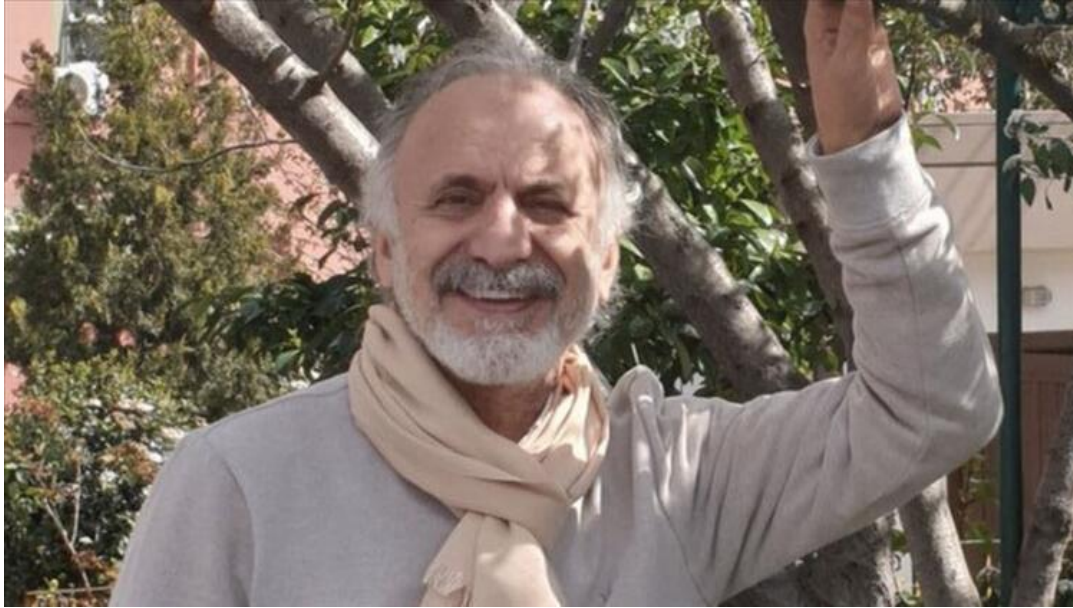


**Dünya Sağlık Örgütü'nün ve Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Çalışanları için Önerileri****Çıkarma sırası**

- Eldiven
- Gözlük-Yüz koruyucu (Siperlik)
- Önlük
- Maske

**Kişisel koruyucu malzemelerin çıkarılması****TARİH****FAALİYET KONUSU**

2 Nisan	Sağlık Çalışanlarının COVID-19'dan Korunmaları ve Ölmemeleri Hakkında
2 Nisan	COVID-19 Hastalığından Kaybettiğimiz Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şahsında Kaybedilen Tüm Sağlık Çalışanlarına Yönelik Saygı Duruşu Çağrısı Hakkında
3 Nisan	Sağlık Çalışanlarının Pandemi'deki Hak - Yükümlülükleri ve Sağlık Bakanlığı İle İşverenlerin Sorumlulukları Hakkında
3 Nisan	Sağlık Çalışanlarının Pandemi Ortamındaki İşgüvenceleri Hakkında
3 Nisan	COVID-19 Salgınında Yitirdiğimiz Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Hakkında



Cenaze törenlerinin bile yapılamadığı salgın ortamında, ülkemizin tüm sağlık kurumlarında, bütün hekimleri ve sağlık çalışanlarını 02 Nisan Perşembe günü saat 12.00’de değerli hocamız Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu’nu anmak üzere tek tek durarak yapılacak 1 dakikalık saygı duruşuna davet ediyoruz.  
TTB Merkez Konseyi




## TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

TARİH	FAALİYET KONUSU
4 Nisan	Salgınlara Yönelik Açıklanan Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü Hakkında
5 Nisan	Maske Kullanımına Yönelik TTB COVID-19 İzleme Kurulu’nun Görüşleri Hakkında
5 Nisan	Özel Kuruluş ve Muayenehanelerde Çalışan Hekimlerin Sorunları Hakkında
6 Nisan	Adaletli ve Eşitlikçi İnfaz Yasası Değişiklik Yasa Talebi Hakkında
6 Nisan	Türkiye Psikiyatri Derneği Tarafından Oluşturulan “Sağlık Çalışanları Destek Hattı” Hakkında
6 Nisan	DİSK, KESK, TMMOB, TTB Kadın Temsilcilerinin Açıklaması Hakkında
7 Nisan	Bez Maske Yapımı ve Kullanımı İçin Pratik Bilgi Notu Hakkında
7 Nisan	Kadın Sağlık Çalışanlarının İhtiyaçları Hakkında
8 Nisan	Sağlık Bakanlığı’nın COVID-19 Ölümünün Dünya Sağlık Örgütü’nün Kodlarına Göre Raporlanması Gerektiği Hakkında



**Türk Tabipleri Birliği**  
**TTB: TÜRKİYE’DE COVID-19 ÖLÜMLERİ**  
**DSÖ KODLARINA GÖRE RAPORLANMIYOR!**


TARİH	FAALİYET KONUSU
8 Nisan	COVID-19 Hastalarına Yönelik Olarak Yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği Hakkında
9 Nisan	Tıp Eğitimi ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sorunları Hakkında
10 Nisan	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Salgınla Mücadeledeki Başarısızlığı Hakkında
11 Nisan	Ek Ödemelerde Hekimler Arasında Yapılan Ayrımcılık Haksızlığı Hakkında
11 Nisan	COVID-19 Birimlerinde Görevlendirilen Hekimlerin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortasının Kapsayıcılığının Tanımlanması Hakkında
11 Nisan	Aile Hekimliğinde Pandemi Kaynaklı Yaşanan Sorunlar Hakkında
13 Nisan	Pandemiye Yönelik Olarak Alınan Tedbirler Konusunda Sağlık Bakanlığı'na İletilen Uyarılar Hakkında
13 Nisan	Özel Sağlık Kurumları İle Muayenehanelerde Çalışan Hekimlerin Sorunları Hakkında
13 Nisan	Artan İş Yükü İçin Adaletli Bir İşbölümü ve Planlamanın Gerekliği ve Araştırma Görevlilerinin Yaşadıkları Sorunlar Hakkında
15 Nisan	TTB Merkez Konsey'in COVID-19 Pandemisini Değerlendirmesi Hakkında
16 Nisan	Çalışma Bakanlığının Alması Gereken Önlemler, Zorunlu Olmayan Üretimin Durdurulması ve İşyeri Hekimlerinin Sorunları Hakkında
16 Nisan	DİSK, KESK, TMMOB ve TTB'li Kadınların Kadına Yönelik Şiddete Son Konulu Açıklamaları Hakkında
17 Nisan	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Eylemleri Hakkında
18 Nisan	Zonguldak İlinde COVID-19'a Yakalanan Sağlık Çalışanları Hakkında



**Zonguldak Valisi; 567 Covid-19 vakasının 137'sinin sağlık çalışanı olduğunu ve bu kişilerin kendilerini korumayarak salgınla mücadeleye zarar verdiklerini açıkladı!**

**Zonguldak'ta ZAMANINDA; hasta verilerini açıklamayan, nitelikli ekipmanı ve uzman hekim desteğini sağlamayan, koordinasyonu iyi yapmayan, sağlıkçılara gerektiğinde yaygın test uygulamayanların hiçbir kabahati yok! Hastalanıp Covid-19 tedavisi gören sağlık çalışanları suçlu, öyle mi?**

**Türk Tabipleri Birliği**




TARİH	FAALİYET KONUSU
20 Nisan	Kadınlara ve Sağlık Çalışanlarına Yönelen Şiddet Eylemleri Hakkında
20 Nisan	Özel Sağlık Kurumlarının Ücretsiz İzin Uygulamaları Hakkında
21 Nisan	Hekimlerin Karşılaştıkları Ulaşım Sorunlarının Çözümü Hakkında
21 Nisan	İdari İzinli Sayılan Sağlık Çalışanlarının Ek Ödemelerinin Kesilmesi Hakkında
21 Nisan	Sağlık Çalışanlarının Korunması İçin Yayınlanan Acil Eylem Çağrısı Hakkında
22 Nisan	Sağlık Çalışanlarında Artan COVID-19 Enfeksiyon Oranları Hakkında
23 Nisan	COVID-19 Enfeksiyonu Nedeni İle Yaşamını Yitiren Dr. Erdiñç Şahin Hakkında
23 Nisan	DİSK, KESK, TMMOB ve TTB Kadın Temsilcilerinin Açıkladığı Çocuk Hakları Sözleşmesi Hakkında
27 Nisan	Salgın Mücadelesinde Yaşanan Ayrımcılıklar Hakkında
27 Nisan	Şanlıurfa Tabip Odası Yöneticilerinin Gözaltı Sonrası Serbest Bırakılmaları Hakkında
27 Nisan	Aşı Haftası Kapsamında Yapılan TTB Açıklaması Hakkında
27 Nisan	Sağlıkta Yaşanan Şiddet Eylemleri Hakkında
27 Nisan	COVID-19'un Sağlık Çalışanları İçin Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilmesi Hakkında
27 Nisan	Dünya Tabipler Birliği'nin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Eylemlerini Kınaması Hakkında
28 Nisan	COVID-19 Konulu Bilimsel Araştırmalar Hakkında
29 Nisan	COVID-19 Önlemleri Kapsamında Hayata Geçirilen Cep Telefonu Uygulamasının Kişisel Verilerin Korunması Yönünden Değerlendirilmesi Hakkında
30 Nisan	Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Kaynaklı Sorunları Hakkında

**Hem Sağlık Bakanı hem de bir hekim olarak size soruyoruz?**

Bu akşam açıklanacak Covid-19 nedeniyle vefat edenler arasında hayatını kaybeden meslektaşımızı da sayacak mısınız? Yoksa meslektaşımız Covid-19 salgın süreci ile hiçbir ilgi kurulmadan birçok hasta gibi "viral pnömoniden" vefat etmiş mi sayılacak?

Dr. Erdiñç ŞAHİN'in anısına saygıyla...

Türk Tabipleri Birliği





## Hem Sağlık Bakanı hem de bir hekim olarak size soruyoruz?

Tanıda ve ölüm nedeni belirlenmesinde Covid-19  
ya da şüpheli Covid-19 yazılmamasının,  
"iş kazası-meslek hastalığının" belirlenmesinde  
meslektaşımızda yaratacağı hak kaybını önemsiyor  
musunuz?

Dr. Erdiç ŞAHİN'in anısına saygıyla...



## Türk Tabipleri Birliği

TARİH	FAALİYET KONUSU
2 Mayıs	İstanbul Sözleşmesi Hakkında
4 Mayıs	Özel Hastanelerin Ücretsiz İzin Uygulamaları Hakkında
4 Mayıs	TTB İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Kolu'nun Yayınladığı COVID-19 Vaka Yönetim Rehberi Hakkında
4 Mayıs	Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 Rehberinde Yer Alan Radyolojik Görüntülemeler Hakkında
5 Mayıs	Dünya El Hijyeni Günü Hakkında
5 Mayıs	"Normalleştirme" Adımları Hakkında
7 Mayıs	DİSK, KESK, TMMOB, TTB Kadın Temsilcileri Tarafından Açıklanan Pandemi Döneminde Kadın Sağlık Çalışanlar ve Kadın Sağlığı Hakkında
11 Mayıs	Beyaz TV İçin TTB Merkez Konseyi Tarafından Yapılan RTÜK Başvurusu Hakkında
13 Mayıs	TTB ve TPD Tarafından Oluşturulan Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Anketi Hakkında
14 Mayıs	Tarafımızca Açıklanan COVID-19 Pandemisi İkinci Ay Raporu Hakkında
15 Mayıs	Bilimsel Araştırmaların Kısıtlanmaması Gerekliği Hakkında
18 Mayıs	Uluslararası Hekim Örgütlerinin Dünya Sağlık Örgütü Destek Çağrısı Hakkında
19 Mayıs	Pandeminin Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahilere Yaklaşım Hakkında



## COVID-19 PANDEMİSİNDE YENİDEN AÇILMA SÜRECİNDE ELEKTİF CERRAHİLER

Pandeminin devam ettiği dönemde yapılacak elektif cerrahiler öncesi alınması gereken tedbirlerin, yapılması gereken değerlendirmelerin/tetkiklerin detaylı olarak tartışılmasına, çıkacak konsensus doğrultusunda ülkemiz gerçeklerine uygun bir algoritma oluşturulmasına, bu algoritmanın yeni gelişmeler doğrultusunda belli aralıklarla geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Konu, alanın uzmanları ve uzmanlık derneklerinin temsilcileri ile birlikte ele alınacak ve tartışılacaktır.

CANLI

▶

YAYIN

19 MAYIS, SALI / 21:00-23:00

TARİH	FAALİYET KONUSU
20 Mayıs	Avrupa Hekim Örgütleri'nin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Eylemlerini Kınaması Hakkında
27 Mayıs	"Türkiye'nin İlk Korona Raporu" İddiasıyla Medyaya Servis Edilen Makale Taslağının Türkiye'nin Bilimsel Birikimine Yakışmaması Açıklaması ve Analizi Hakkında
TARİH	FAALİYET KONUSU
27 Mayıs	Dünya Sağlık Örgütü'nün Hidroksiklorokin Araştırma Kolunu Durdurması Hakkında
1 Haziran	Pandeminin Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahiler Raporu Hakkında
1 Haziran	Gebe ve Emziren Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Sorunlar Hakkında
1 Haziran	COVID-19 Hastalığını Geçirmiş Sağlık Çalışanlarının Çalışma ve İş Güvencelerinin Korunması Hakkında
1 Haziran	Meslek Örgütleri Tarafından TBMM'ye Yapılan Çağrı Hakkında
3 Haziran	Sağlık Birimlerinde Hayata Geçirilen Vardiya Uygulaması Hakkında
4 Haziran	Sağlık Bakanlığı Tarafından Yayınlanan "COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar" Genelgesi Hakkında
4 Haziran	LGS ve YKS'lerin Ertelenmesi Hakkında
5 Haziran	Ciddiyetle, Sağlıkla ve Demokrasi İle Salgınla Mücadele Edilmesi Gerekliği Hakkında
5 Haziran	Hızlı Açılma Sürecinden Duyulan Kaygılar Hakkında



TARİH	FAALİYET KONUSU
9 Haziran	Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nden TTB ve UDEK'e Gelen Destek Hakkında
10 Haziran	Dünya Sağlık Örgütü'nün Güncellediği Maske Rehberi Hakkında
12 Haziran	Tarafımızca Açıklanan COVID-19 Pandemisi Üçüncü Ay Değerlendirmesi Hakkında
18 Haziran	Erken Açılmanın Sonuçlarının Alarm Vermesi Hakkında



TARİH	FAALİYET KONUSU
18 Haziran	Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Çalışanları İle İlgili COVID-19 Verilerini Açıklaması Gerektiği Hakkında
19 Haziran	LGS Öncesinde Adaylara, Yakınlarına ve Görevlilere Yönelik Öneriler Hakkında
19 Haziran	"Salgınlar da Seroprevalans Çalışmaları" Başlıklı Webinar Hakkında
23 Haziran	COVID-19 Mücadelesindeki Aksamalar Hakkında
24 Haziran	YKS Öncesinde Adaylara, Yakınlarına ve Görevlilere Yönelik Öneriler Hakkında
26 Haziran	Pandemiye İlişkin Dünya Sağlık Örgütü'ne İletilen Değerlendirme Hakkında
26 Haziran	"COVID-19 Tanı ve Taramasında Kullanılan Testler ve Yaşanan Güçlükler" Webinar Hakkında
2 Temmuz	Sağlık Bakanlığı Tarafından İlk Kez Açıklanan "COVID-19 Türkiye Durum Raporu" Hakkında
2 Temmuz	COVID-19 Tanılı Hasta Sayısındaki Tedirgin Edici Artış Hakkında
3 Temmuz	TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi Halk Sağlığı Uzmanı Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya Yaptığı Bilimsel Açıklamalarından Dolayı Açılan Soruşturma Hakkında







**Prof. Dr. Kayıhan PALA**  
TTB Covid-19 İzleme Grubu Üyesi

"Bilimsel Özgürlüğün Yanındayız,  
#KayıhanPalaYanındayız"  
Kayıhan Pala'yı savunmak bilimsel  
özgürlüğü, hekimlerin ve  
toplumun yaşam hakkını  
savunmaktır.

Türk Tabipleri Birliği



#### TARİH

#### FAALİYET KONUSU

6 Temmuz	COVID-19 Salgını Sürecinde Yaşanan Hekim Ücret Adaletsizlikleri Hakkında
10 Temmuz	Tarafımızca Açıklanan COVID-19 Pandemisi Dördüncü Ay Raporu Hakkında
11 Temmuz	SGK Tarafından Yoğun Bakım Pandemi Ücreti Ödenmemesi Uygulaması Hakkında

#### TARİH

#### FAALİYET KONUSU

15 Temmuz	Yaklaşan İnfluenza Mevsimi İçin Gerekli Hazırlıkların Yapılması Hakkında
17 Temmuz	Salgın Mücadelesinde Artan Soru İşaretleri Hakkında
19 Temmuz	Bilim İnsanlarının Sorumlulukları Hakkında
20 Temmuz	Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya Tabip Odalarının Sunduğu Destek Hakkında
20 Temmuz	Aşı Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı'nın Bilgi Sunması Gerektiği Hakkında
21 Temmuz	Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya Sunulan Destek Hakkında
22 Temmuz	Pandemi Önlemleri Çerçevesinde Uygulanan Yaş Ayrımcılığının Sona Ermesi Hakkında



TARİH	FAALİYET KONUSU
27 Temmuz	Yaklaşan İnfluenza Mevsimi İçin Yapılması Gerekenler Hakkında
29 Temmuz	TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Toplantısına TTB Olarak Katılma Talebi Hakkında
30 Temmuz	Sağlık Bakanlığı Tarafından Yayımlanan Verilerin Güvenilirlik Sorunu Hakkında
30 Temmuz	Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya Sunulan Uluslararası Destek Hakkında
1 Ağustos	Test, Filyasyon ve Sürveyans Politikası Hakkında
4 Ağustos	Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve COVID-19'a Bağlı Kayıpların Önlenmesi İçin Sağlık Bakanlığı'na Yapılan Çağrı Hakkında





TARİH	FAALİYET KONUSU
7 Ağustos	COVID-19 Filyasyon Algoritması ve Yaklaşan İnfluenza Mevsimi Hakkında
7 Ağustos	“Birinci Basamak’ta COVID-19 Pandemisine İlişkin Durum Araştırması” Hakkında

Hastalanan aile hekiminden  
**ücret kesintisi** yapmak, insan  
haklarına aykırıdır.

Türk Tabipleri Birliği



TARİH	FAALİYET KONUSU
12 Ağustos	Türkiye’de Sürdürülen Aşı Araştırmaları Hakkında
13 Ağustos	“Sonbahar Yaklaşırken Neler Yapılmalı” Başlıklı Webinar Hakkında
13 Ağustos	İl Umumi Hıfzısıhha Meclislerini İşlevsizleştiren Uygulamalar Hakkında
14 Ağustos	Tarafımızca Açıklanan COVID-19 Pandemisi Beşinci Ay Değerlendirmesi Hakkında
15 Ağustos	Kreş ve Çocuk Evi Gereksinimleri Hakkında
18 Ağustos	Okul Eğitimleri Hakkında
21 Ağustos	Hekim ve Sağlık Çalışanlarının Tükenmesi Hakkında
26 Ağustos	Cumhurbaşkanlığı Tarafından Yayınlanan “COVID-19 Kapsamında Kamu Çalışanlarına Yönelik Tedbirler” Genelgesinin Ayrımcılık Yönünden Değerlendirilmesi Hakkında
27 Ağustos	TTB ve TTB-UDEK Tarafından Yapılan Sağlık Bakanı’na Görüşme Çağrısı Hakkında



## SANAL TTB: WEBİNAR VE PODCASTLAR

### Webinarlar

[https://www.youtube.com/watch?V=ırzcn1\\_elpk](https://www.youtube.com/watch?V=ırzcn1_elpk)

**WEBİNAR**

**SALGINLARDA  
SEROPREVALANS  
ÇALIŞMALARI**

**Prof. Dr. Kayıhan Pala**  
Kolaylaştırıcı  
TTB COVID-19  
İzleme Kurulu Üyesi

**Prof. Dr. Banu Çakır**  
Konuşmacı  
Hacettepe Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

**18  
HAZİRAN 2020  
20:00-21:30**

**Prof. Dr. Gül Ergör**  
Konuşmacı  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
AD Epidemiyoloji Bilim Dalı  
Başkanı

**Prof. Dr. Onur Hamzaoglu**  
Konuşmacı  
Kocaeli  
Dayanışma Akademisi

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ**

Etkinlik Türk Tabipleri Birliği youtube kanalında  
(<https://www.youtube.com/turktabipleriBirliGi>) canlı olarak yayınlanacaktır.

<https://www.youtube.com/watch?V=nbdzf8hkwzm>



**25 HAZİRAN 2020 PERŞEMBE 20:00-21:30**

**Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz**  
Moderatör  
TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi

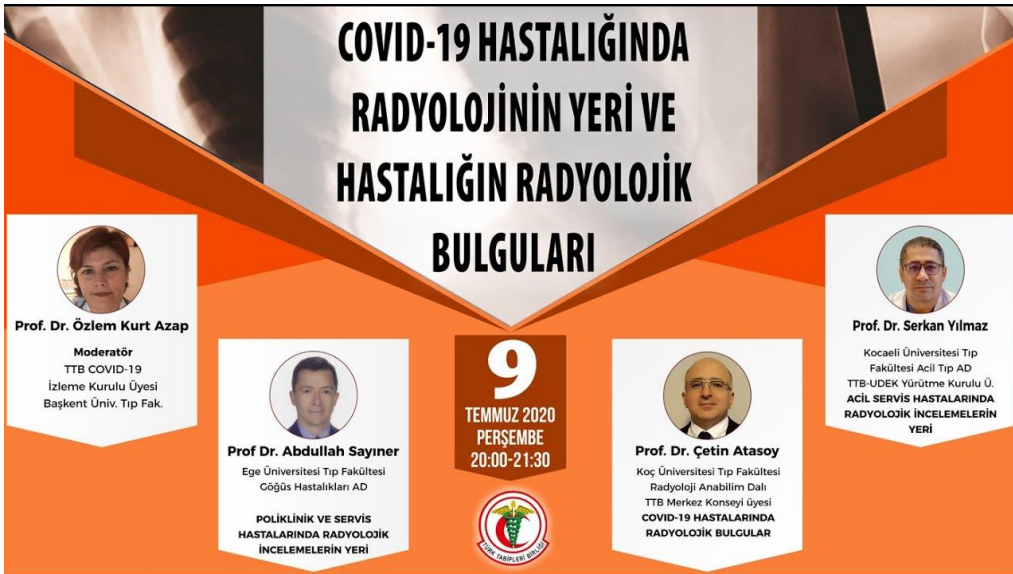
**Prof. Dr. Özlem Kurt Azap**  
TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi  
TANI VE TARAMADA ÖNERİLEN ALGORİTMALAR

**Prof. Dr. Aynur Eren Topkaya**  
TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi  
SARS COV-2 TESTLERİNE MİKROBİYOLOJİK YAKLAŞIM

**Doç. Dr. Jülide Ergil**  
Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Genel Sekreteri  
AMELİYAT ÖNCESİ TARAMALARDA YAŞANAN GÜÇLÜKLER

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ**

<https://www.youtube.com/watch?V=cqn5i7tnxuc>



**COVID-19 HASTALIĞINDA RADYOLOJİNİN YERİ VE HASTALIĞIN RADYOLOJİK BULGULARI**

**9 TEMMUZ 2020 PERŞEMBE 20:00-21:30**

**Prof. Dr. Özlem Kurt Azap**  
Moderatör  
TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi  
Başkent Üniv. Tıp Fak.

**Prof. Dr. Abdullah Sayiner**  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD  
POLİKLİNİK VE SERVİS HASTALARINDA RADYOLOJİK İNCELEMELERİN YERİ

**Prof. Dr. Çetin Atasoy**  
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı TTB Merkez Konseyi üyesi  
COVID-19 HASTALARINDA RADYOLOJİK BULGULAR

**Prof. Dr. Serkan Yılmaz**  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD  
TTB-UDEK Yürütme Kurulu Ü.  
ACIL SERVİS HASTALARINDA RADYOLOJİK İNCELEMELERİN YERİ

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ**



[https://www.youtube.com/watch?V=\\_czqcgslqpo](https://www.youtube.com/watch?V=_czqcgslqpo)

**Kayıhan Pala soruşturması nedeniyle:  
Bilim İnsanı Neye, Kime Karşı Sorumlu?**

			
<b>Kolaylaştırıcı:</b> <b>Feride Aksu Tanık</b> TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi TİHV Akademi	<b>Kerem Altıparmak</b> Ankara Barosu İnsan Hakları Merkezi Bşk. TTB Etik Kurulu üyesi	<b>Nilgün Tokar</b> TİHV Akademi	<b>Selin Sayek Büke</b> CHP İzmir Milletvekili
	<b>Bilim Özgürlüğü Mutlak mı, Sınırlanabilir mi?</b>	<b>Bilmek ve Sorumluluk Arasındaki İlişki</b>	<b>Bilim Gerçekler ve Siyaset</b>

 **19 Temmuz 2020 Pazar Saat 20.00** 

Etkinlik Türk Tabipleri Birliği youtube kanalında canlı olarak yayınlanacaktır.

[https://www.youtube.com/watch?V=gppwii54\\_ls](https://www.youtube.com/watch?V=gppwii54_ls)

**sonbahar  
yaklaşırken  
neler  
yapılmalı?**

**Webinar**

**CANLI YAYIN**

 <b>Prof. Dr. Önder Ergönül</b> Koç Üniversitesi Tıp Fak. ESCMID ve KLİMİK Dernekleri Yönetim Kurulu Üyesi <b>COVID-19 Pandemisinde Solunum Yolu Virüs Enfeksiyonlarında Tanı ve Tedavi</b>	 <b>Prof. Dr. Murat Akova</b> <b>Moderatör</b> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı <b>COVID-19 ve İnfluenza İlişkisi</b>	 <b>Prof. Dr. Özlem Kurt Azap</b> TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi Başkent Üniversitesi Tıp Fak. <b>Toplum ve Sağlık Çalışanları Korunmak İçin Neler Yapmalı?</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**13  
AĞUSTOS  
20:00 - 21:30**





[https://www.youtube.com/watch?V=eoe\\_6oepfgc](https://www.youtube.com/watch?V=eoe_6oepfgc)



# COVID-19 VE OKULLAR



**Doç Dr. Cavit Işık Yavuz**  
Moderatör  
TTB COVID-19  
İzleme Kurulu Üyesi  
Hacettepe Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı A.D.



**Prof. Dr. Sibel Sakarya**  
Koç Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.  
**PANDEMİDE  
OKULLARIN AÇILMASI :  
OLASI RİSKLER,ÖNERİLER**



**20  
AĞUSTOS 2020  
PERŞEMBE  
20:00-21:30**



**Prof Dr. Yankı Yazgan**  
**PANDEMİDE  
OKUL RUH SAĞLIĞI**



Webinar Toplantısı  
aşağıda adresleri olan  
Türk Tabipleri Birliği  
YouTube ve Twitter  
Hesaplarından canlı olarak  
yayınlanacaktır.



**Prof. Dr. Işıl Ünal**  
Ankara Dayanışma Akademisi  
**EĞİTİM BİLİMLERİ  
PERSPEKTİFİ**



**@ttborgtr**  
<http://twitter.com/ttborgtr>



**@turktabipleribirligi**  
<https://www.youtube.com/turktabipleribirligi>

## Podcastler

<https://www.spreaker.com/user/12905679/banu-cakir>




Türk Tabipleri Birliği'nden

### Banu Çakır | Sağlık Bakanlığı'nın Seroprevalans Çalışmasının Değerlendirmesi

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 0   💬 0   ⌚ 22 days ago

[https://www.spreaker.com/user/12905679/faruk-bildirici-son\\_1](https://www.spreaker.com/user/12905679/faruk-bildirici-son_1)



Türk Tabipleri Birliği'nden

### Faruk Bildirici | Pandemi'de Geleneksel ve Sosyal Medyanın İşlevi

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 1   💬 0   ⌚ 17 days ago

<https://www.spreaker.com/user/12905679/feride-hoca-en-son>




Türk Tabipleri Birliği'nden

### Feride Aksu Tanık | Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aşı Çalışmalarının Politik Arka Planı

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 0   💬 0   ⌚ 15 days ago

<https://www.spreaker.com/user/12905679/osman-elbek-hazir>



Türk Tabipleri Birliği'nden

### Osman Elbek | Pandemide Seçilmiş Ülke Örnekleri ve Türkiye

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 0   💬 0   ⌚ 10 days ago

<https://www.spreaker.com/user/12905679/bulent-hoca-1-son>



### Bülent Şık I Pandeminin Endüstriyel Gıda Üretimi ve Yaban Hayatın Tahribiyle İlişkisi

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 1   💬 0   ⌚ 8 days ago

[https://www.spreaker.com/user/12905679/bulent-hoca-2-son\\_1](https://www.spreaker.com/user/12905679/bulent-hoca-2-son_1)



### Bülent Şık I Pandeminin Su Krizi, Gıda Güvenliği ve Antibiyotik Direnciyle İlişkisi

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 0   💬 0   ⌚ 5 days ago

<https://www.spreaker.com/user/12905679/bulent-hoca-3-yayinlanan>



### Bülent Şık I Pandeminin İklim Krizi, Ormansızlaştırma, Sulak Alanların Tahribiyle İlişkisi, Çözüm Önerileri

From: Türk Tabipleri Birliği Podcast Serisi

♡ 0   💬 0   ⌚ 2 days ago

Tüm podcastlere topluca

[https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/menu\\_goster.php?Guid=f3d9b0fa-dbd1-11ea-a538-cd82211f39c1](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/menu_goster.php?Guid=f3d9b0fa-dbd1-11ea-a538-cd82211f39c1)

Sayfasından ulaşabilirsiniz

## SAĞLIK BAKANI İLE GÖRÜŞME

### | Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Sinan Adıyaman ve TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi Prof. Dr. Özlem Kurt Azap, 3 Eylül 2020 Perşembe günü saat 18.30'da Sağlık Bakanı Fahrettin Koca ve Bakan Yardımcısı Emine Alp Meşe ile Sağlık Bakanlığı'nda bir araya geldi.



### **TTB – Sağlık Bakanlığı İlişkileri**

Görüşmenin başında, TTB Merkez Konseyi'nin UDEK (Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu) ve uzmanlık dernekleri temsilcileri ile birlikte talep ettiği toplantı için henüz bir tarih belirlenmediği belirtilerek bu konunun ivedilikle ele alınması gerektiği belirtildi. Sağlık Bakanı'ndan TTB Merkez Konseyi, UDEK ve uzmanlık dernekleri temsilcileri ile bir araya gelinmek üzere randevu bekleniyor.

Görüşmenin devamında TTB Merkez Konseyi'nin Sağlık Bakanı'na bugüne kadar 30'u aşkın mektup ilettiği ve bu mektuplarda yer alan sorulara yanıt alınamadığı hatırlatıldı.

### ***Salgında Genel Durum***

Salgının hızla büyümeye devam ettiği, erken açılma ve toplu bir araya gelmeler nedeniyle artan olgu sayılarının ancak salgının kontrol altına alınması için gerekli adımların bilimsel ölçütler çerçevesinde atıldığı durumda mümkün olabileceği iletili.

Günlük olarak paylaşılan tablodaki sayıların ülkemizdeki gerçek durumu yansıtmadığı ifade edildi.

### ***Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Çalışma Koşulları***

Kaybettiğimiz sağlık çalışanlarının her geçen gün artmakta olduğu ve bu durumun kabul edilemez olduğu iletili.

COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği gerekçeleri ile birlikte vurgulandı. TTB olarak COVID-19'un meslek hastalığı kabul edilmesine ilişkin olarak sürecin yakından izleneceği belirtildi.

Sağlık kuruluşlarında ve sahada çalışan sağlıkçıların çok yorulduğu ve tükenmek üzere olduğunun altı çizilerek özlük haklarında ve kişisel koruyucu malzeme temini konusunda iyileştirmeler yapılmasının gerekliliği üzerinde duruldu.

Sağlık Bakanı Koca, bu konuda sağlık çalışanlarına yapılan ek ödemelere ilişkin iyileştirme çalışmalarının yürütüldüğü bilgisini aktardı.

### ***Tarama Testleri***

Sağlık çalışanlarının COVID-19 yönünden rutin taramasının, riskli bölgelerde çalışanlar başta olmak üzere uygulanması gerektiği belirtilerek bu konuda tarafımızca yakından izleneceği ifade edildi.

Mikrobiyoloji laboratuvarlarında yaşanan malzeme, iş gücü ve işleyişe ilişkin sıkıntılar paylaşıldı.

COVID-19 tanısı alan hastaların tedaviye ulaşmada yaşadığı gecikme ve sıkıntılar, filyasyon ekiplerinin hasta ve temaslılara ulaşmada yaşadığı sıkıntılar vurgulandı.



Dr. Engin ÜNALDI Dr. Ahmet Aydın ŞENER Dr. Refik ÇAYLAN Dr. Turgut ERKUTLU Murat YUMRUK Hasan ASLAN

Kerim KOÇOĞLU Dr. Muhammed MUSHAVAH Dr. Nevruz EREZ Hemş. Şenay ŞAHİN Dr. Mehdi TASOUJİ Dr. Mehmet HOZIKLIGİL

Seyit Ahmet OKUR

Pandemi günlerinde.. insanlar ölüyordu,  
birinciliği beyaz önlüklülere verdiler..  
Ölümlere ALIŞMAK istemiyoruz!

#ÖLÜYORUZ!

Türk Tabipleri Birliği

### **Sağlık Çalışanlarına Kişisel Koruyucu Malzeme Temini**

Sahadan örnekler verilerek sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu malzeme temini konusunda yaşadığı sıkıntılar aktarıldı.

Bakan Koca, aile hekimleri dâhil olmak üzere sahada ve sağlık kuruluşlarında çalışan sağlıkçıların kişisel koruyucu malzemelerinin bakanlık tarafından temin edileceği bilgisini verdi.

### **Grip ve Pnömonok Aşılarının Temini**

Bakan Koca, geçtiğimiz yıl 1 milyon 350 bin doz olarak temin edilen grip aşısının bu yıl 4-5 kat daha fazlasının temin edileceği bilgisini aktardı. Aynı şekilde polisakkarit tipte pnömonok aşısının da Türkiye'ye geldiğini ve yakın zamanda sağlık kuruluşlarından temin edilebileceği bilgisini paylaştı.

### **Tabip Odası Temsilcilerine Dönük Baskılar**

TTB heyeti tarafından İl Hıfzısıhha Meclisleri'nin işleyişindeki sıkıntılar aktararak tabip odası temsilcilerinin bu süreçte etkin bir rol üstlenmesinin gerekliliği üzerinde duruldu.

Düğünlere ve futbol karşılaşmalarına kısıtlama getirildiği bilgisini veren Koca, özel sağlık kuruluşlarına yönelik olarak COVID-19 hastalarının yoğun bakım yatışlarında ödemesi durdurulan pandemi ücretlerinin yeniden ödenmeye başlanacağını ve geriye dönük ödemelerin de yapılacağı bilgisini paylaştı.

TTB Heyeti, yaklaşık iki saat süren görüşmenin ardından Sağlık Bakanlığı'ndan ayrıldı.

## TTB SORULARI

Türk Tabipleri Birliği'nin 4. Ay Raporu'nun açıkladığı 10 Temmuz 2020 tarihinden sonra COVID-19 pandemisi konusunda Sağlık Bakanı'na yanıtlaması için ilettiği soruları Altıncı Ay Raporu vesilesiyle bir kez daha "Açık Talep" olarak iletiyoruz.

SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANİ

Bilkent-ANKARA

20.07.2020

Sayın Dr. Fahrettin Koca,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde yürütülmekte olan COVID-19 aşı çalışmalarının listesini "COVID-19 aşı adaylarının taslak listesi" başlığı ve "klinik değerlendirmede 23, klinik öncesi değerlendirmede 140 aday aşı var" bilgisi ile 15 Temmuz 2020 tarihinde paylaşmıştır.\* COVID-19 aşı çalışmalarıyla ilgili birçok ayrıntıyı da içeren DSÖ'nün söz konusu listesinde, Türkiye'de yürütülmekte olan 8 aşı çalışmasının varlığını da hayret ve mutlulukla öğrenmiş olduk. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 pandemisiyle ilgili birçok konuda olduğu gibi, ülkemizde bu konuda yürütülmekte olan aşı çalışmaları hakkında da kamuoyunu bugüne kadar bilgilendirme sorumluluğunu maalesef yerine getirmemiştir.

Sayın Bakan,

Ülkemizdeki bu tür gelişmelerle ilgili haberleri uluslararası kuruluşlardan değil, doğrudan Sağlık Bakanlığı'ndan alabilmeliyiz. Sağlık Bakanlığı, böylesine yaşamsal bir konuda ilgili kurum ve kuruluşlar başta olmak üzere, kamuoyunu daha fazla zaman kaybetmeden bilgilendirmelidir. Benzer durumun bir kez daha yaşanmaması için gerekli hassasiyet, bizzat tarafınızca gösterilmelidir. Ülkemizde yürütülmekte olan COVID-19 aşı çalışmalarının tümü, Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonu ile kamusal olarak desteklenmeli, başarıyla sonuçlanan çalışmalar olduğunda, aşı üretimi de kamusal olarak gerçekleştirilmelidir. COVID-19 aşısının kamusal olarak üretiminin sağlanmasıyla, risk grubundakiler öncelikli olmak üzere, hem bütün yurttaşlarımızın hem de dünyanın en ücra köşesindeki insanların aşıya ulaşabilmelerinin sağlanması konusundaki birçok engel kolaylıkla aşılmış olacaktır.

Türk Tabipleri Birliği olarak sizi ve Bakanlığınızı ülkemizde yürütüldüğünü öğrendiğimiz COVID-19 aşı çalışmalarıyla ilgili yukarıdaki taleplerimizi hayata geçirmeye davet ediyoruz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

\*<https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANI

Bilkent-ANKARA

22.07.2020

Sayın Bakan,

Bilindiği gibi, COVID-19 hastalığında risk grubunda yer aldıkları için 65 yaş ve üzerindeki yurttaşlarımıza pandemi sırasında bazı kısıtlamalar getirilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılı verilerine göre ülkemizde 7 milyon 550 bin 727 kişi 65 yaşın üstündedir, toplam nüfus içindeki oranları yüzde 9 civarında olup kısıtlamalar tarih sırasıyla aşağıdadır:

- a. 22 Mart 2020 tarih ve 5762 sayılı T.C. İçişleri Bakanlığı Genelgesi ile 65 yaş ve üzerindeki bireylere sokağa çıkma ve ikametten ayrılma kısıtlaması getirilmiştir.
- b. 20 Mayıs 2020 tarih ve 8206 sayılı Bakanlık Genelgesi ile 65 yaş ve üzeri bireylere 21 Mayıs 2020 tarihinden itibaren en az bir ay boyunca dönmek kaydıyla, tek yön olarak istedikleri yerleşim yerlerine gidiş izninin verildiği belirtilmiştir.
- c. 29 Mayıs 2020 tarih ve 8483 sayılı Bakanlık Genelgesiyle 65 yaş ve üzerindeki bireyler arasında işletme sahibi, esnaf, tüccar, sanayici, serbest meslek sahipleri ile çalışanlardan durumlarını (aktif sigortalılıklarını gösteren SGK hizmet belgesi, vergi kaydı, şirket yetki belgesi, oda ve birlik kimliğinden biriyle) belgeleyenlerin, sokağa çıkma kısıtlamasından muaf tutulacağı açıklanmıştır.
- d. 10 Haziran 2020 tarih ve 9138 sayılı Genelge ile 22 Mart 2020'de yürürlüğe giren sokağa çıkma ve ikametten ayrılma kısıtlaması esnetilerek 65 yaş ve üzerindeki bireylere her gün 10.00 ile 20.00 arasında sokağa çıkabilme izni verilmiştir.
- e. 24 Haziran 2020'de ise 89780865-153-E.10134 sayılı Genelge ile; turizm sezonunun açılması sebebiyle 65 yaş ve üzeri bireylerin turizm amaçlı seyahatlerine izin verilmesinin uygun olacağı ifade edilmiştir. Başvuru formunda otel tatili, yazlık/devremülk, kiralık ev/villa ya da karavan tatili gerekçelerinden biri seçilecek olup, otel tatili için rezervasyon belgelerini, yazlık/devremülk için tapu örneklerini, kiralık ev/villa tatili için ise kira sözleşmelerini, karavan tatili için karavan sahiplik belgeleri ya da kira sözleşmelerini başvuru sırasında sisteme yüklemeleri zorunlu tutulmuştur.

Savaş ya da salgın gibi olağan dışı durumlarda devletlerin önlem alabilecekleri, bireylerin de buna uymak zorunda oldukları bilinmektedir. Ancak bu uygulamalarda ön koşul ölçülülük olmasıdır.

COVID-19 pandemisinin başlangıcında, risk grubunda yer aldıkları için 65 yaş ve üzerindeki yurttaşlarımıza sokağa çıkma ve ikametten ayrılma kısıtlaması getirilmesi anlaşılır olmakla birlikte; bu kısıtlamanın çok uzun sürmemesi ve bu grupta yer alan yurttaşlarımızın beden ve ruh sağlıklarının da

gözetilmesi gerektiği daha önce birkaç kez TTB tarafından ifade edilmiş ve Sağlık Bakanlığı bu kısıtlamanın olgu ve ölüm sayılarındaki yansımalarını açıklamaya davet edilmişti. Ne yazık ki Sağlık Bakanlığı bugüne kadar 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımıza getirilen kısıtlamanın, düzenlemelerin yürürlüğe girdiği tarihler itibarıyla ve illere göre sonuçlarını karşılaştırmalı olarak gösteren herhangi bir epidemiyolojik rapor yayınlamamıştır.

Yaklaşık iki buçuk ay boyunca süren sokağa çıkma ve ikametten ayrılma kısıtlaması, 65 yaş ve üzerindeki yurttaşlarımız açısından bir ayrımcılığa dönüşmüş, pek çok yurttaşımız hareketsiz kalmış olmak nedeniyle hem beden ve ruh sağlığı sorunları yaşamaya başlamış hem de gündelik işlerini (Bankadan para çekmek, alışveriş yapmak vb.) Yapabilmekten ve yakınları/arkadaşları ile zaman geçirebilmekten alıkonmuştur.

Üstelik yapılan düzenlemeler içerisinde de 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımız arasında ayrıcalık oluşturan yaklaşımlar söz konusudur. Örneğin işletme sahibi olması ya da çalışması halinde aynı yaş grubundakilerin sokağa çıkma kısıtlamasından muaf tutulması, tıbbi gerekçelerle açıklanması mümkün olmayan bir durumdur ve aynı yaş grubundaki yurttaşlarımızın bir bölümü açısından eşitsizliği daha da arttırmıştır. Benzer biçimde turizm amaçlı seyahatlere izin verilmesiyle ilgili olarak getirilen düzenleme ile 65 yaş ve üzeri yurttaşların ücret ödemeksizin yakınlarının ya da arkadaşlarının yazlıklarında tatil yapmak için kısa süreli turistik seyahatlerini olanaksız kılmıştır.

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu” olarak tanımlanmaktadır. 65 yaş üzeri yurttaşlarımıza getirilen ve uzun süren kısıtlamalar ikametten ayrılma ve sokağa çıkma sınırlamasıyla bedensel, yakınları ve arkadaşlarıyla bir araya gelememek nedeniyle ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesine yol açmıştır. Bu dönemdeki gözlemlerimiz başta kas iskelet sistemi ve dolaşım sistemi rahatsızlıkları olmak üzere, 65 yaş ve üzeri yaştaki hastalarımızın yakınmalarında artış yaşandığını göstermektedir.

Sokağa çıkma ve ikametten ayrılma kısıtlamasının esnetilerek 65 yaş ve üzerindeki yurttaşlarımıza her gün yalnızca 10.00 ile 20.00 saatleri arasında sokağa çıkabilme izni verilmesi de tıbben doğru bir yaklaşım değildir, bilimsel bir temeli yoktur. Söz konusu saatler mevsim ve iklim koşullarıyla da uyusmamaktadır. Güneş sabahları 6’ya doğru doğmakta, akşam 8’den sonra batmaktadır. 65 yaş üstü bireylere güneşin ve sıcaklığın etkisinin yoğun olmadığı saatlerde yürüyüş yapmaları önerilmektedir. Kaldı ki 20.01-09.59 saatleri arasında 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımızın sokağa çıkmasının nasıl bir olumsuz etki yaratabileceği konusunda da Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulu tarafından yapılmış herhangi bir açıklama yoktur.

Yaşamları her bir insanımız gibi çok değerli olan 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımızın sağlıklarının daha fazla olumsuz etkilenmesini önlemek için, bu gruba yönelik bütün kısıtlamaların ivedi olarak kaldırılması, yanı sıra 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımıza getirilen kısıtlamanın, düzenlemelerin yürürlüğe girdiği tarihler itibarıyla ve illere göre sonuçlarını karşılaştırmalı olarak gösteren



epidemiolojik raporların paylaşılması talebimizin değerlendirilmesini dileriz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANI

Bilkent-ANKARA

04.08.2020

Sayın Dr. Fahrettin Koca,

İki değerli meslektaşımızın daha COVID-19 hastalığı nedeniyle aramızdan ayrıldığı haberlerini büyük üzüntüyle aldık. Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde görev yapmakta olan psikiyatri uzmanı Dr. Mustafa Özlü'nün 3 Ağustos 2020 ve Diyarbakır'da Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak çalışan Dr. Halil Yücel Kutun'un 4 Ağustos 2020 tarihinde aramızdan ayrılmasıyla, COVID-19 nedeniyle yitirdiğimiz hekim sayısı 26'ya, sağlık çalışanı sayısı ise 52'ye ulaştı. Acımız büyük, üzüntümüz tarif edilemez düzeydedir.

COVID-19 salgını erken “yeniden açılma” ve tüm uyarılarımıza karşın yaşanan eksiklik ve hatalar nedeniyle, ne yazık ki kontrol edilemez bir noktaya doğru ilerlemektedir. Bununla birlikte, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşulları giderek zorlaşmakta, sağlık ve yaşam hakları konusunda ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Son iki günde iki hekimin yaşamını yitirmesi durumun ciddiyetini göstermektedir.

Türk Tabipleri Birliği olarak, COVID-19 pandemisinin 4. Ayı dolayısıyla hazırladığımız raporda, dünya ölçeğinde yürütülen bir araştırmada sağlık çalışanlarının COVID-19'a yakalanma olasılığının topluma göre 12 kat fazla olduğunun ortaya konulduğu bilgisini paylaşmıştık. Aynı zamanda, ilgili raporda kişisel koruyucu donanıma ulaşamayan sağlık çalışanlarının COVID-19'a yakalanma riskinin de yüzde 31 oranında arttığını belirtmiştik. Buna rağmen hala kişisel koruyucu donanıma ulaşmada sorunlar yaşanmaktadır.

Türkiye'de COVID-19 salgını sürecinde 5. Aya girdiğimiz bu dönemde, sağlık çalışanları yaşamlarını kaybetmekte, halen rutin taramaya ulaşamamakta, ayrıca özveriyle sundukları sağlık hizmeti sırasında halen şiddetle karşılaşmaktadırlar. Bu konuya dikkat çekmek üzere daha önce de Bakanlığınıza yazılar yazdık ve sağlık çalışanlarının COVID-19 ile ilgili verilerinin TTB ile paylaşılmasını istedik.

Sonbahardan itibaren salgınla ilgili tablonun daha da ağırlaşacağı ortadadır. Bakanlığınızın ağırlaşması beklenen tabloda sağlık çalışanlarını korumak üzere yeni önlemler alıp almadığını, çalışanlarını korumak için neler yaptığını/yapacağını bilmek istiyoruz. Tekrar ediyoruz, sağlık çalışanlarına düzenli PCR tarama testi yapılmalıdır. PCR testi negatif ancak, semptomları pozitif olan sağlık çalışanları çalıştırılmamalıdır. Kişisel koruyucu malzemelerdeki eksiklikler giderilmeli ve sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu malzemeye erişimi kolaylaştırılmalıdır. COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabulüne yönelik çalışmalar zaman geçirmeden başlatılmalıdır. Sağlık çalışanlarının maddi kayıp kaygısı olmadan çalışabilmesi için önlemler alınmalıdır.

Türk Tabipleri Birliği olarak daha önce de birçok kez belirttiğimiz gibi meslektaşlarımızın, sağlık çalışanlarının ve toplumun sağlığının korunması ve gerekli önlemlerin alınması için her türlü işbirliğine hazır olduğumuzu bir defa daha paylaşıyoruz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANI

Bilkent-ANKARA

07.08.2020

Sayın Dr. Fahrettin Koca,

COVID-19 Filyasyon Algoritması'na ilişkin bazı dökümanların Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından dağıtıldığı anlaşılmakla birlikte, söz konusu dökümanlara Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19'a ilişkin web sayfasından ulaşamamıştır.

Bu nedenle açıklığa kavuşması gereken ilk konu; yayınlanan yazı ve algoritmanın sadece Ankara'da uygulanmak üzere mi dağıtıldığıdır? Türkiye'nin diğer illerinde aynı algoritma mı uygulanacaktır? Eğer uygulanmayacaksa diğer illerde uygulamaya konulacak olan filyasyon algoritması nasıldır?

COVID-19 Filyasyon Algoritması hakkında açıklığa kavuşmasını istediğimiz sorularımızı ve Algoritma ile ilgili önerilerimizi ekte bilgilerinize sunuyoruz.

Öte yandan, her yıl Eylül ile başlayan ve (Ekim-Mart) ayları, Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Türkiye için de influenza (grip) vakalarının arttığı bir dönem olup bu yıl farklı olarak COVID-19 pandemisi ile influenza aynı zaman diliminde bir arada görülecektir. Dolayısıyla tanı, tedavi, aşı, kişisel koruyucu malzeme kullanımı, surveyans ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu başlıklarına ilişkin sağlık otoritesince yürütülecek kapsamlı hazırlıklara gereksinim vardır.

Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu, süreci; 25 Temmuz 2020 tarihinde yaptığı toplantıda değerlendirmiştir. Önümüzdeki günlerde rapor haline getirilecek toplantıdan çıkan önerilerin -konunun önemi nedeniyle- vakit geçirmeksizin paylaşılması uygun görülmüştür. Ekte, bilgilerinize sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

Ek:

1. COVID-19 Filyasyon Algoritması Hakkında Açıklığa Kavuşmas Gereken Sorular
2. İnfluenza mevsimi yaklaşırken neler yapılmalı?

SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANI

ANKARA

12.08.2020

Sayın Bakan,

Pandemi ile mücadele ciddi bir iştir.

Bu mücadelenin başlıklarından bir tanesi olan aşı-bağışıklama alanı da daha fazla insanın hastalanmasını ve ölümünü önlemenin yanı sıra, bizzat salgının sonlandırılabilmesini sağlayacak önemli bir ögedir.

Son olarak, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 31 Temmuz 2020 tarihinde, dünya genelinde 26 adet klinik, 10 tanesi de ülkemizde olmak üzere, 139'u da klinik öncesi çalışma aşamasında olan toplam 165 aşı araştırmasının devam etmekte olduğu resmi olarak açıklandı.

Türk Tabipleri Birliği olarak, konuyla ilgili olarak tarafınıza gönderdiğimiz 20 Temmuz 2020 tarihli kamuya açık mektupta da belirttiğimiz gibi, ülkemizle ilgili aşı çalışmaları başta olmak üzere, sağlık haberlerini doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın kapsamlı ve resmi açıklamalarıyla öğrenmek istiyoruz.

Son olarak geçtiğimiz gün yazılı ve görsel basın organlarında haber olarak, bir tanesi klinik çalışma aşamasına ulaşmış 8 aşı araştırmasının, TÜBİTAK tarafından kamusal olarak desteklendiğini yine hayret ve mutlulukla öğrendik.

Bu vesileyle, Sağlık Bakanlığı'nı bir kez daha ülkemizde devam eden COVID-19 aşı araştırmaları konusunda kamuoyunu bilgilendirmeye ve aşı çalışmalarını bilimsel faaliyetlere katkısı olmayan bürokratik süreçlerin gereksiz engellerine mahkûm etmemeye davet ediyoruz.

Bilim insanlarının bilimsel motivasyonu zedelenmemeli, başarıyla sonuçlanan çalışmalar olduğunda, aşı üretiminin kamusal olarak gerçekleştirilebilmesi için gerekli önlemler bugünden başlayarak hayata geçirilmelidir.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı



SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANI

ANKARA

13.08.2020

Sayın Bakan,

Ülkemizde bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele konusunda yapılması gerekenlerle ilgili yasal düzenleme, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun birinci bab, beşinci fasılda yer alan 23-28. Maddeleri ve ikinci bab, ikinci fasılda yer alan 57-96. Maddeleriyle belirlenmiştir. Bu kapsamda, il ve ilçelerde Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri'nin kurulması, üyeleri ve görevleri ile bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele, alınacak tedbirler ve yetkiler bütün ayrıntılarıyla tanımlanmıştır.

Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı, COVID-19 pandemisi gerekçesiyle, sağlık müdürlükleri bünyesinde ve valilerin başkanlığında ancak, üye bileşeni her ilde farklılık gösteren, İl Pandemi Koordinasyon Kurullarının kurulması yoluna gitmiştir. Görev ve yetkilerinin herhangi bir hukuksal dayanağı olmayan söz konusu Kurulların, illeri için aldıkları kararlar da söz konusu durum nedeniyle, yalnızca "tavsiye" niteliğinde olabilmektedir. Bir süredir Tabip Odalarımızdan iletilen bilgilendirmeler kapsamında, İl Pandemi Koordinasyon Kurulu kararlarının uygulamaya konabilmesi amacıyla, yasal ve ahlaki olmayan bir biçimde, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi toplantılarında alınmış kararlar gibi yazıldığı ve Meclis'in üyelerine imzaya gönderildiği öğrenilmiştir.

Yapılması gereken, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi toplantılarının düzenli olarak gerçekleştirilmesi, kararların bu toplantılarda bütün üyelerinin bilgisi ve katılımı doğrultusunda alınmasıdır. Sağlık Bakanlığı, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclislerini işlevsizleştiren ve valiler başta olmak üzere, il sağlık yöneticilerini hukuk dışı uygulamalara yönelten bu durumu ortadan kaldıracak adımı bir an önce atmalıdır. İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri, 1593 sayılı Yasa ile belirlenmiş işlevlerine döndürülmelidir. İlgili Yasa'nın İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi üyelerini belirleyen 23. Maddesinde "serbest sanat icra eden tabip" olarak belirtilen üye, TTB ve Tabip Odalarının kuruluşundan itibaren, Tabip Odası Yönetim Kurulu üyeleri arasından odalarımız tarafından belirlenmiş ve valiliklere bildirilmiştir. Söz konusu uygulama, COVID-19 pandemisine kadar, ülke genelinde bir temayül olarak uygulanmıştır.

Ancak, İl Pandemi Koordinasyon Kurulu üyeliklerine Tabip Odası temsilcilerinin dahil edilmemesi ve toplantılarda belirlenen "tavsiyelerin", yukarıda belirtilen biçimde, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi kararına dönüştürülmek istenmesine yönelik, haklı ve doğru itirazlar sonrasında, tabip odalarımızı temsilen Meclislerde görev yapan meslektaşlarımızın üyeliklerine son verilmekte, yarım asrı geçen temayül ortadan kaldırılmak istenmektedir. Söz konusu uygulamayı, çok sesliliği ve ortaklaşmış değerleri yok saymaya yönelik bir tutum olarak değerlendiriyor, toplumsal yarar ve halkımızın sağlığı açısından zararlı buluyoruz.

Sağlık Bakanlığı, valilik ve il sağlık müdürlükleri eliyle yürüttüğü bu girişime son vermeli, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri yeniden işlevlerine kavuşturulmalı ve Meclislerin “serbest sanat icra eden tabip” olarak belirtilen üyelerinin, temayüle uygun olarak, bütün illerde yeniden Tabip Odası temsilcileri eliyle görevlendirilmeleri sağlanmalıdır. Saygılarımızla,

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

SAYIN DR. FAHRETTİN KOCA

T.C. SAĞLIK BAKANI

ANKARA

27.08.2020

Sayın Bakan,

Türkiye’de, COVID-19 hastalığı nedeniyle yaşamını yitiren hekimlerin sayısı, 5’i Ağustos ayında olmak üzere, 32’ye ulaştı. Bugüne kadar önerilerimiz, yaptığımız uyarılar dikkate alınıp gerekli düzenlemeler yapılmadığı için ülkemizde hastalanan ve ölen sağlık emekçilerinin orantısı, dünya ülkeleri arasında maalesef ilk sıralarda yer almaktadır. Yapılması gerekenler bir an önce hayata geçirilmediği takdirde önümüzdeki sürecin daha da ağırlaşarak devam edeceğinden kaygı duyuyoruz.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi olarak, söz konusu ölüm ve hastalıklara engel olacak, azaltacak uygulamaları sizinle, yüzyüze görüşmek istiyoruz. Bu bilgi alışverişinin karşılıklı tarihsel sorumluluğumuz olduğu düşüncesindeyiz.

Görüşmemizde Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyeleri ile birlikte, TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu ve üye uzmanlık derneklerinin temsilcilerinin de olması, uzmanlık alanlarının bilimsel bilgi ve tecrübeleri ile çözüme olanak sağlayacak, sürecin şeffaf ve bilimsel olarak yürütülmesine katkı sunacaktır.

Kayıplarımız daha da artmadan bu görüşmenin en kısa sürede gerçekleştirilmesi için gerekli çabayı göstermenizi bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

## TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GENEL YÖNETİM KURULU TOPLANTISI SONUÇ BİLDİRGESİ

Türk Tabipleri Birliği Genel Yönetim Kurulu (GYK) toplantısı 22 Ağustos 2020 tarihinde gerçekleştirildi. Tabip Odası seçimlerinden sonra gerçekleştirilen ilk GYK'ye Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi üyeleri, Tabip Odalarının başkan ve yöneticileri, TTB kol, dergi ve çalışma gruplarının temsilcileri katıldılar.

GYK'nin ana gündem maddesi COVID-19 salgın süreci değerlendirilmesiydi. Katılımcılar, salgının ağırlığının her geçen gün artmasına rağmen Sağlık Bakanlığı'nın hekimleri ve sağlık çalışanlarını anlamaktan uzak bir politika sergilediklerini ifade ettiler.

Tabip Odası yöneticileri bulundukları illerde sağlık müdürlerinin, hastane yöneticilerinin şeffaf bir yönetim anlayışı sergilemediklerini, toplumun bu gerçekliğin farkında olduğunu ve bu nedenle Tabip Odalarından beklentinin her geçen gün arttığını belirttiler.

GYK'de katılımcılar pandemi sürecinde ön safta mücadele ederken yaşamlarını yitiren hekim ve sağlık çalışanlarını unutmayacaklarını, yeni ölümlerin yaşanmaması için Sağlık Bakanlığı'nı sorumluluklarını yerine getirmeye çağırdılar.



### **Sağlık Çalışanları Güvenli, Sağlıklı, Çalışma ve Yaşam Koşullarını Hak Ediyor!**

1. Sağlık Bakanlığı günlük olarak il, kurum ve meslek bilgilerinin de olduğu PCR testi POZİTİF ve NEGATİF olup hastaneye, yoğun bakı-

ma yatırılan, ilaç tedavisiyle birlikte, evinde izolasyona ayrılanlar ile COVID-19 hastalığı nedeniyle yaşamını kaybeden bütün sağlık çalışanlarının verilerini açıklamalıdır. Bu tarihten öncekileri de yine günlük olarak topluca paylaşmalıdır.

2. COVID-19 hastalığı, bütün sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir. Düzenleme geriye dönük olarak da geçerli olmalıdır.
3. Sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesinde döner sermaye ve performans dayalı ücretlendirme kaldırılmalıdır. En düşüğü, ülkemizdeki güncel yoksulluk sınırının üzerinde olmak üzere, emekliliğe de yansıyan, mesleğimizin gereklerini sağlayarak yaşayabilecek düzeyde maaş alabilmelidir.
4. Sağlık çalışanlarının okul öncesi her yaştan çocukları için haftanın 7 günü, 24 saat süreyle kesintisiz hizmet veren bakımevi, kreş ve anaokulu düzenlemesi kurum ve ilçe bazında yapılmalıdır.
5. Sağlık çalışanlarının işe geliş ve gidişlerinde ulaşım parasız olmalı, ulaşım araçlarının pandemi koşullarında, kendisini ve toplumu riske atmayacak biçimde güvenli olması sağlanmalıdır.
6. Sağlık çalışanlarına rutin olarak haftada bir PCR ile tarama testi uygulanmalıdır. PCR (+) olan sağlık çalışanlarının başta ailesi olmak üzere, temas ettikleri herkese rutin bir hizmet olarak test yapılmalıdır.
7. Hastaneye yatış ve ilaç tedavisi endikasyonu olmayan PCR (+) teması olan sağlık çalışanları ücretli izinli sayılmalı, kendi talepleri kapsamında, evde ya da uygun bir kamu kurum ve kuruluşunda karantınaya alınmalıdır.
8. Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki Çalışan Sağlığı Birimlerinin eksiklerinin giderilmesi ve görev alanlarında aktif faaliyette bulunabilmelerinin önündeki engeller ivedilikle kaldırılmalıdır.
9. Sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların tümüne parasız olarak grip aşısı uygulanmalıdır. Ayrıca altta yatan hastalıkları nedeniyle risk grubunda olan sağlık çalışanlarına pnömokok aşısı parasız olarak uygulanmalıdır.
10. Kronik hastalığı, immün yetmezliği olanlar, gebeler ve emzirenler COVID-19 hastaları ve/veya temaslılarının bulunduğu birimlerde görevlendirilmemelidir. Görevli olanların yerleri en kısa sürede uygun biçimde değiştirilmelidir.
11. Uzun çalışma saatleri sağlık çalışanları için fiziksel ve mental bir risktir. Bu nedenle, COVID-19 hastalarıyla ilgili birimlerde görevli sağlık çalışanlarının çalışma süresi günlük 6 saati geçmemelidir. Personel eksikliği, söz konusu durumun gerekçesi olarak kabul edilmemelidir. Her meslekten atama bekleyen sağlıkçılar görevlerine atanmalıdır.



12. Sağlık çalışanları mesleki görev, yetki, uzmanlık alanı ve deneyimlerine göre uygun istihdam edilmelidir. Filyasyon görevlendirmelerinde bu alanda mesleki yetkinliği olmayanlar görevlendirilmemelidir. Öte yandan sağlık alanında yönetici görevlendirilmelerinde liyakata önem verilmelidir.
13. Filyasyon ekibindeki sağlık çalışanlarına saat gözetilmeksizin yemek öğünleri kamusal olarak karşılanmalıdır.
14. COVID-19 hastalarıyla ilgili filyasyon ve birinci basamak da dahil olmak üzere, tüm kurum ve kuruluşlarda çalışanlarla, bu görevde bulunan sağlık çalışanlarına etkenle ve yaptıkları işle ilgili hizmet içi eğitim verilmelidir.
15. COVID-19 hastalarına hizmet veren tüm sağlık birimlerinin fizik koşulları pandemi özelliklerine göre düzenlenmeli, sağlık çalışanlarına gerekli olan uygun nitelikteki kişisel koruyucu ekipman yeterli sayıda temin edilmelidir.
16. Evrensel kuralların yanı sıra, ülkemizde geçerli mevzuata göre, salgın koşulları da dahil olmak üzere, ilaç başlama yetki ve sorumluluğunun hekimlik mesleğinde olduğu unutulmamalı, düzenlemeler bu durum dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir.

## TÜKENMEYECEĞİZ!...

**TÜRKİYE  
PSİKİYATRİ  
DERNEĞİ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA  
RUHSAL DESTEK  
HATTI**

**0850 532 66 76**

**7/24  
ARAYABİLİRSİNİZ**

## Çiçekli Şiirler Yazmak İstiyorum Bayım!

**Didem Madak**

“Zenciler prensesi olacağım.  
Hayat işte asıl o zaman başlayacak”

Pippi Uzunçorap

Çiçekli şiirler yazmama kıızıyorsunuz bayım  
Bilmiyorsunuz. Darmadağın gövde mi  
Çiçekli perdelerin arkasında saklıyorum.  
Karanlıkta oturuyorum. Işıkları yakmıyorum.  
Çalar saat zembereği boşalana kadar çalışıyor  
Acı veren bir sevişmeyi hatırlıyorum.  
Bir bıçağın gereksiz yere parlaması bu.  
Yıllardır kendini bulutlarda saklayan illegal bir yağmurum.  
Bir yağsam pahalya malolacağım.  
Ben bir bodrum kat kıızıyım bayım  
Yalnızlıktan başka imparator tanımaz bodrumum  
Bir süredir plastik vazolar gibi hiç kırılmıyorum  
Fakat korkuyorum. Birazdan da  
Kırk üç numara ayakkabılarınızla  
Bahçede oynayan çocukların üstüne basacaksınız  
Bu iyi olmaz bayım!

“Gün akşam oldu” diyorum  
Ekmek kırıntıları atıyorum kuşlara  
Cam kırıkları yiyorlar  
Rüyamda; bir kâse dolusu suyun içinde  
Rengârenk yap-boz parçacıkları  
Anlatmak istiyorum, dinlemiyorsunuz.  
Hayır, sanırım sabahı bekleyemem  
Bilmiyorum.  
İnsanlar rüyalarını acilen anlatmalı.

## SAĞLIK ÇALIŞANLARI YALNIZ DEĞİL!....



HER ZAMAN ÇALABİLECEĞİNİZ  
BİR KAPI VAR...

Her türlü güç odağından,  
hükümetlerden, sermayeden bağımsız  
hekimlerin ve halkın sağlık hakkını savunan  
tabip odalarına her zamankinden daha fazla ihtiyacımız var.

