

DERLEME**CUMHURİYETTEN BUGÜNE BULAŞICI HASTALIKLARDA DEĞİŞME VE SAĞLIK POLİTİKALARI İLE İLİŞKİSİ***Necati DEDEOĞLU**

Ülkemizde bulaşıcı hastalıkların değişimini incelemeyen önce belirtilmesi gereken bir durum vardır. Bulaşıcı hastalık kayıtları yetersizdir. İhbarlar hem eksiktir hem de laboratuvar tanısına dayanmadığı için hatalıdır. Üstelik hastalık sayımlarındaki eksiklik aynı olmayıp hastalığın cinsine ve zamana göre değişiklik gösterebilmektedir (Tablo 1).

Böyle bir durumda yapılacak olan yorumların yüksek hata taşıyacağı açıktır. Buna rağmen eksiklik ve aksaklık oranlarının zaman içinde aynı kaldığı varsayarak, bazı eğilimleri incelemeye çalıştık.

Bulaşıcı hastalıkların sayıları ve türleri zaman içinde demografik yapı, sosyo-ekonomik düzey, ekolojik değişimler, toplumun davranışları ve sağlık eğitim düzeyi, teknolojik gelişmeler gibi pek çok faktöre göre değişiklikler gösterirler. Bulaşıcı hastalık mücadelesini ve dolayısıyla epidemiyolojisini etkileyen diğer önemli bir faktör de sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sağlık politikalarıdır. Bu yazıda bulaşıcı hastalıklar, öncelikle sağlık politikalarına damgalarını vuran dönemler çerçevesinde tartışılacaktır.

REFİK SAYDAM DÖNEMİ, 1923-1959

Üç büyük savaştan çıkmış, yoksul, yorgun Türkiye Cumhuriyeti pek çok sorun yanında bulaşıcı hastalıklarla da uğraşmıştır. Kurtuluş savaşında 9.167 kişi savaştan ve 22.543 kişi ise hastalıktan ölmüştü (Ege, 1999). Sıtma o kadar yaygındı ki köylüler harmanları kaldıramadı. Şehir ve kasabalarda da zengin, fakir herkes yatağa düştü; 1945'de her 10

kişiden birisi sıtmalıydı (Fişek, 1982). 3 Milyon kadar trahomlu ve buna bağlı binlerce kör vardı. Aynı şekilde, frengili sayısı 1935'de 173.000'i buluyordu (Ege, 1999).

Böyle bir durumda bulaşıcı hastalıklarla savaşta sağlık yöneticilerinin tek seçeneği vardı; koruyucu hizmetlere ağırlık vermek. Yaklaşık 15 yıl Sağlık Bakanlığı yapmış olan Dr. Refik Saydam bu doğrultuda önemli hizmetler gerçekleştirmiştir. Bulaşıcı hastalık mücadelesini güçlendirmek üzere, 1928 'de aşı üretimi ve laboratuvar tanı olanakları için Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve daha sonra bulaşıcı hastalıklar konusunda araştırma yapmak, personel eğitimini gerçekleştirmek için de Hıfzıssıhha Okulu açılmıştır. 1930'da, hala geçerli ve pek çok açıdan yeterli olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkartılmıştır. Bu yasada sadece liman, hudut ve sahillerin bulaşıcı hastalıklar açısından denetimiyle ilgili 28 madde bulunmaktadır. Aynı zamanda gıda sağlığı, gıda çalışanlarının muayenesi, gıda denetimleri, su sağlığı, atık sular, mezarlıklar ve ölü nakli, konut sağlığı, kent sağlığı, han, otel, ortak kullanılan yerlerin sağlığı, gayri sıhhi müesseseler ve ulaşım araçları ile ilgili çevre önlemleri konusunda hükümler bulunmaktadır. Göç edenlerin sağlık denetimleri, hayat kadınlarının denetimi, evlilik öncesi muayeneler ve ana-çocuk sağlığı da unutulmamıştır. Yasa ayrıca bulaşıcı hastalık ve salgınlarının önlenmesi ve surveyans hizmetleri açısından değer taşır. İzolasyon, karantina, dezenfeksiyon, aşılama gibi önlemlere yer verildiği gibi 21 hastalık ulusal olarak, sıtma, trahom, frengi ve gonore de bölgesel olarak ihbarı zorunlu kılınmıştır. Öte yandan, yeni cumhuriyette bu koruyucu önlemleri uygulayacak personel ve bir sağlık teşkilatı

*Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tablo 1. Bulaşıcı hastalık ihbar oranları

	Beklenen	Bildirilen	Bildirim %
Kızamık	811.231	46.761	6,0
Streptokok Enfeksiyonu	528.840	2.987	0,5
Basilli Dizanteri	131.394	950	0,7
Hepatit A	49.912	8.758	18,0
Menengokoksik M,	1.101	331	30,0

Kaynak: Benli, Öztekin, 1977

bulunmuyordu. 1923'de tüm ülkede çoğu hastanelerde çalışan, 554 hekim, 560 sağlık memuru ve 136 ebe vardı (**Sağlık Bakanlığı, 1973**). Personel açığını gidermek için hızla yeni okullar açılmıştır. İlçelerin bazılarında 1913'de kurulmuş olan Hükümet Tabipliklerinde sabah resmi işlerini yapan, öğleden sonra ise muayenehanelerinde çalışan hekimler bulunmaktaydı, köylerde kimse yoktu. Bu örgüt yapısı ile bulaşıcı hastalık mücadelesi yapılamayacağından yepyeni bir örgütlenme şekli gerekiyordu. Akılcı bir yöntemle, ülkenin en önemli bulaşıcı hastalıklarıyla mücadele için merkezden çevreye doğru hizmet verecek olan dikey örgütlenme şekline geçilmiştir. Sağlık Bakanlığında bir "Sosyal Hastalıklar ile Savaş Şubesi" kurulmuş ve tifüs, frengi, sıtma, verem, kancalı kurt gibi hastalıkların her birinin mücadelesi merkez ve taşrada bu özel hizmet örgütleri kanalıyla yürütülmüştür.

Refik Saydam döneminin bulaşıcı hastalık mücadeleleri yöntemleri sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin başladığı yıllara kadar önemli değişiklikler göstermeden sürdürülmüştür (**Erdem, 2002**). Bu dönemin sonlarına doğru, 1950'lerden sonra, sağlık personeli sayısı, hastane, dispanser ve sağlık merkezleri sayısında önemli artışlar olmuştur. Ancak özellikle kırsal kesimde sağlık hizmeti verecek yaygın bir örgüt yapısı bulunmadığı için ilk başlarda çok olan bulaşıcı hastalıkların sayısını hızla azaltmada

etkili bir yöntem olan dikey örgütlenme, hastalık sayısı azaldıkça daha az etkili ve daha pahalı bir yöntem haline dönüşmüştür.

Bulaşıcı hastalık mücadelesi salt sağlık hizmetleri kanalı ile yapılırsa başarılı olamaz. Aynı süreç içinde, insanların yaşam koşullarında, eğitimlerinde, beslenmelerinde, konut ve çevre koşullarında, hayvanlarının sağlığında da iyileşmeler gerçekleşmelidir. Bulaşıcı hastalıklar indikatör hastalıklar olup toplumun sosyo-ekonomik gelişmesi ile paralellik gösterirler. Refik Saydam dönemi bulaşıcı hastalık mücadelesinin genel olarak başarılı oluşunda bu dönem içinde uygulanmaya başlayan Cumhuriyet reformlarının, halkçı politikaların, devlet eliyle yürütülen hizmetlerin ve kalkınma çabalarının büyük önemi vardır.

Refik Saydam dönemindeki oldukça başarılı olan bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin sonuçları aşağıdaki tablolardan da görülebilir.

Tablolarda gösterilen hastalıklar dışında tüberküloz, frengi, lepra gibi hastalıklarda da önemli azalmalar görülmüş, veba 1947, çiçek 1957 yılında ülkeden kovulmuşlardır. Bu arada, hemen her hastalığa karşı aşı ve serum üretmeye başlanmış, tüm yurdu kapsayan aşı kampanyaları yürütülmüştür. Bulaşıcı hastalık mücadelesi için yüzlerce dispanser açılmıştır

Tablo 2. Yıllara göre muayene edilen kan sayısı ve sıtmalılar

Yıl	Muayene Edilen Kan	Sıtmalı Kan	%
1930	370.078	45.463	12,3
1940	586.597	115.683	19,7
1950	46.038	4.211	9,1
1960	1.645.657	3.092	0,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 1973

Tablo 3. Yıllara göre muayene edilen kişi ve trahomlu sayısı (Sağlık Bakanlığı, 1973)

Yıl	Muayene Edilen	Trahomlu	%
1930	78.620	54.326	69,1
1940	120.700	60.594	20,2
1950	191.650	63.122	32,9
1960	454.100	41.762	9,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 1973

Bu dönemdeki başarılı mücadele ile azalan bulaşıcı hastalıklar İkinci Dünya Savaşı sırasında birden artış göstermişlerdir. Ülkemiz savaşa girmemiş de olsa, nüfus hareketleri, beslenmenin bozulması, çevre koşullarının kötüleşmesi ve sağlık hizmetlerinin aksaması gibi nedenlerle 1942-44 Mardin çiçek salgınında 10.359 kişi hastalanmış, 2.232 kişi ölmüştür. 1943 tifüs, 1947 Urfa veba salgınları, artan sıtma olguları binlerce ölüme neden olmuşlardır (Sağlık Bakanlığı, 1973).

SOSYALİZASYON DÖNEMİ, 1961-1982

Sosyalizasyonla beraber bulaşıcı hastalık mücadelesi çok farklı bir boyut kazanmıştır. Artık en uçta bulaşıcı hastalıklara mücadele edebilecek, çevre önlemleri alabilecek, çocukları aşılayacak, filyasyon, temaslıların kontrolü, erken tanı, toplum eğitimi gibi çalışmalar yapacak, surveyans ve ihbar sistemini işletecek bir birim vardı. Sosyalleştirme başlatılan illerde iyi çalışan ihbar sistemi nedeniyle bulaşıcı hastalıkların sayıları önce artmış, sonra da başarılı kontrol çabaları nedeniyle azalmışlardır. Her ne kadar Sağlık Ocaklarının hepsinde hekim bulundurulamamışsa da bu sağlık ocaklarında sağlık memurları ve ebeler koruyucu hizmetleri başarılı bir şekilde götürebilmişlerdir.

Öte yandan bu yıllar bulaşıcı hastalık salgınlarının arttığı yıllardır. 1952'lerde başlayan hızlı kentleşme büyük kentlerin kıyılarında altyapıdan yoksun gecekondu mahallelerinin üremesine yol açmıştır. Bu mahalleler daha sonra, genellikle su kaynaklı olan sindirim salgınlarının ve diğer salgınların kaynağı olacaktırlar. Bu döneme damgasını vuran kent salgınları içinde koleranın yurdumuza ilk girdiği ve bir daha çıkmadığı 1970 Sağmalcılar kolera salgını, sıtmanın toplam 1. 000 vaka'ya kadar inmesine karşın Güneydoğu'dan gelen tarım işçilerinin getirdiği plasmodium ile çevre koşullarının beraberce tetiklediği ve 115 000 kişinin hastalandığı 1977 Çukurova sıtma salgını, binlerce kişiyi etkileyen 1981 Ankara tifo salgını sayılabilir.

Bu dönemin diğer bir önemli konusu aşılardır. Virütik aşılardan hariç diğer tüm aşılardan ve serumların ülkemizde üretildiği, hatta başka ülkelere satıldığı dönem geride kalmış, Refik Saydam Enstitüsünün aşı üretim merkezi kapatılmış, aşılardan yurtdışından getirilmeye başlanmıştır. Sosyalleştirilmiş iller dışında aşılamaya hizmetleri de çok kötü durumda idi. 1970'lerin sonunda Dünya Sağlık Örgütü'nün de katkısı ile başlatılan "Genişletilmiş Aşılamaya Programı" çerçevesinde sağlık yöneticileri eğitilmiş, soğuk zincir konusunda gelişmeler olmuşsa da sağlık ocaklarının bütün yurda yayılamamış olması nedeniyle aşılamaya oranlarında fazla bir iyileşme görülmemiştir. 1981 yılında daha sosyalleştirilmemiş olan Ankara kentini temsilen yapılan bir saha araştırmasında 16-24 aylık çocuklarda kızamık aşılamaya oranı %38, polio III aşılamaya

oranı %40, DBT III aşılamaya oranı %42, BCG aşılamaya oranı %33 olarak bulunmuştu. Tam aşılan oranı %14 iken çocukların %24'ünün hiç aşısı yoktu (Dedeoğlu, 1982).

Öte yandan bu dönemde bulaşıcı hastalık surveyansında bazı olumlu değişikliklerden söz edilebilir. Örneğin hemen her ilde tanı hizmetlerine katkıda bulunacak Halk Sağlığı Laboratuvarları ve pek çok ilçede enterobakteri laboratuvar üniteleri açıldı. İhbar zorunlu hastalıklar listesi değiştirilerek ihbar zorunlu hastalıklar 35'e çıkartıldı. Ancak, ülkedeki nüfusun yarıdan fazlasında 1983 yılına kadar hala hükümet tabipliği sistemi uygulanması bulaşıcı hastalık mücadelesini aksatmakta, özellikle İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerimizde büyük sorunlar yaşanmakta idi. 1983'te bütün ülkedeki hizmetlerin sosyalleştirilmesi ile bir bütünlük sağlanabilmiştir.

Bu dönemde aşısı bulunan hastalıklardan boğmaca, difteri ve poliomyelit vaka sayıları azalırken kızamık insidansında belirgin azalma görülmemektedir. Sıtma, tüberküloz, kızıl, menenjit ve bruselloz artma eğilimi göstermektedir. Yine, dizanteri, enfeksiyöz hepatit, paratifo gibi endemik hastalıklarda artış, loğusa humması ve şarbonda azalma vardır. Hemen bütün hastalıkların mortalitesinde ise büyük düşüşler dikkati çekmektedir (Eren, Hamzaoğlu, 1996)

Üst paragraftaki bulaşıcı hastalıkların insidansları ile ilgili yorumları yaparken birkaç konu göz önüne alınmalıdır.

- Bildirilen hastalık sayıları gerçek sayılarının çok altındadır.
- Henüz sosyalleştirilmemiş olan batı illeri ve büyük kentlerden gelen ihbar sayıları çok düşüktür.
- İhbar sistemi iyileştikçe hastalık sayısı artmakta, tersi durumda azalmaktadır.
- Tedavi hizmetlerindeki gelişmeye bağlı olarak bulaşıcı hastalık ölümleri düşmektedir.

- Bulaşıcı hastalık ölümleri genellikle hastanelerde olduğu ve daha iyi bildirildikleri için sayıları daha düzenli ve gerçekçi olmaktadır. Bu nedenle ihbarlar arttıkça payda da arttığı için vaka-ölüm hızları düşmektedir.

NEOLİBERALİZM DÖNEMİ, 1983 -

1983 yılında bütün illerin sosyalizasyona geçmiş olmaları bulaşıcı hastalık mücadelesi ve ihbar sistemi açısından çok olumlu olmuştur. Ama yine aynı yıl pek çok gelişme ters yönde etki yaparak mücadeleyi genelde olumsuz etkilemiştir.

Bu kötü gelişmelerden birisi 1936'dan beri hizmet vermekte olan Hıfzısıhha Okulunun kapatılmasıdır. Böylece Sağlık Bakanlığının yönetici yetiştirdiği,

personelinin sürekli eğitimlerini gerçekleştirdiği, bulaşıcı hastalık mücadelesinin temel stratejilerinin belirlendiği, değerlendirmelerin yapıldığı, salgınlara müdahale edildiği tek kurumu da kapatılmış oldu. Daha önemli bir gelişme ülkenin ekonomi politikasının değişmesidir. 1983 yılında iktidara Turgut Özal'ın gelmesiyle yerli sanayi kurumlarını koruyucu, görece olarak devletçi politikalar terk ediliyor, ülke dış dünyanın sömürüsüne açılıyor, sağlık ve eğitim dahil hizmetlerde özelleştirme destekleniyor, devlet küçültülüyordu. Sağlıkta artık koruyucu hizmetlere öncelik, çok yönlü hizmet, devlet sorumluluğu gibi kavramlar yerlerini rekabet, özelleştirme, tedavi hizmetleri, yüksek teknoloji, müşteri memnuniyeti gibi kavramlara bırakıyordu. Anayasa da bu doğrultuda değiştirilmiş, sağlıktan devlet yanında özel sektör de sorumlu kılınmıştı. Tam da sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsadığı 1983 yılında sağlık hizmetlerinde bir paradigma değişikliği oluyor, bulaşıcı hastalık mücadelesi büyük darbe yiyordu. Turgut Özal'ın başlattığı değişim, diğer hükümetlerce de devam ettirilmiş, AKP iktidarı zamanında en üst düzeyine ulaşmış, sağlık ocağı sistemi tamamen kaldırılmış, sağlık hizmetlerinde özelleştirme en üst düzeye tırmandırılmış, koruyucu hizmetler ikinci plana itilmiştir.

Bu döneme damgasını vuran birkaç olumsuz gelişme daha vardır. Bunlardan bir tanesi Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve illerde bulunan sağlık yöneticilerindeki yozlaşmadır. Daha önceki dönemlerle kıyaslanmayacak kadar siyasi tercihi atama yapılmış, liyakat göz önüne alınmamıştır. Sonuçta bulaşıcı hastalık mücadelesini bilmeyen, kendisine ulaşan ihbarları tablo, grafik, hız olarak işleyip yorumlamaktan, değerlendirme ve plan yapmaktan aciz, yönetim becerisinden de yoksun yöneticiler ortalığı sarmıştır. Bu yöneticiler bulaşıcı hastalık ihbarlarını kendileri için bir tehdit olarak algılamışlar, çok ihbar yapan birimleri azarlamışlar, hiç hastalık ihbarı yapılmadığında işlerin yolunda gittiğine inanmışlardır. Bu aymazlık sayesinde bu dönemde ihbarların düzeyi iyice kötüleşmiş, ülkemizdeki bulaşıcı hastalıklar Avrupa ülkelerinden daha az sayıda görülmüştür.

Diğer olumsuz bir gelişme, aşılardan tamamen yurtdışından getirilmeye başlanmasıdır. Böylece dış bağımlılık tamamlanmış, biyo-terörizm veya kuş gribi salgını gibi bir uluslararası kriz sırasında gereken aşılardan sağlanmasa aşı üreticilerin insafına (veya politikalarına) bırakılmıştır. Öte yandan, aşılardan olumlu bir gelişme 1985 aşı kampanyasıdır. Bu kampanya sayesinde aşılama oranları %60'lardan %80'lere taşınabilmiş, personel eğitilmiş, soğuk zincir eksiklikleri giderilmiştir. Diğer olumlu bir gelişme de kızamıkçık, kabakulak, Hib gibi yeni aşılardan uygulanmaya başlanmasıdır. Kampanyalar, neoliberal dönemin sağlık hizmeti özelliklerinden birisi olmuştur. Sosyalleşmenin öngördüğü sürekli ve çok yönlü

hizmet yerine her türlü sağlık sorunu için bir kampanya (polio kampanyası, sigarayı bırakma kampanyası, bebeklere demir kampanyası, beslenme kampanyası v.b) düzenlenmektedir. Kampanya sırasında personel işini gücünü bırakmakta güncel kampanyaya yoğunlaşmaktadır. Aslında koruyucu hizmetler açısından uygulamaları giderek bozulan sağlık ocaklarını harekete geçirebilmek açısından bazı kampanyalar belki de yararlı olmuştur. Nitekim poliomyelit de bu tür bir kampanya ile yurdumuzdan elimine edilebilmiştir.

1983'de hazırlıksız olarak sosyalleştirilen illerde sağlık ocakları binaları yoktu, vasıta ve araç gereç eksikti. Yıllardır hükümet tabipliği sisteminde çalışmakta olan personel sosyalizasyon uygulamalarını bilmiyorlardı. Bu aksaklıklar daha tam düzeltilmeden üzerine hekim eksiklikleri, zorunlu hizmet, yarım gün çalışma, yazar kasa, döner sermaye, sevk sisteminin kalkması, performans gibi faktörler de gelince sosyalizasyon çöktü, bütün yurtda sahaya çıkılmaz oldu, aşılama dışında bulaşıcı hastalık mücadelesi yapılmadı, koruyucu hizmetler durdu. Zaten su denetimi dışında diğer çevre sağlığı görevleri Sağlık Bakanlığının elinden alınmış, başka kurumlara verilmişti. Sağlık ocaklarından da artık sadece tedavi edici hizmetler beklendiği için bu durum kimseyi rahatsız etmedi. Bulaşıcı hastalık tanılarında destek olmaları için kurulmuş Halk Sağlığı Laboratuvarları sadece poliklinik hizmetlerine yönelik olarak çalışmaya başlamış, bazılarını özel sektör devralmıştı.

Neoliberalizm döneminde hastalık ihbar sisteminde bazı gelişmeler olmuştur. Önce yıllar içinde ihbar zorunlu hastalık sayısı 39'a çıkartıldı. Daha sonra 2005 yılında köklü bir değişiklik ile ihbar zorunlu hastalık sayısı 51 oldu, birinci basamaktan ihbar edilen 23 hastalığın "olası" veya "kesin" şekilde ihbar zorunluluğu getirildi, tanı ve laboratuvar yöntemleri için standartlar konuldu, seçilmiş merkezlerden (sentinel sites) veri toplanmaya başlandı. Böylece ilk kez, yapılan ihbarların doğru tanıları sağlanıyordu. Ayrıca çeşitli projelerle surveyans sistemi alt yapısı güçlendirilmeye çalışıldı, Sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi personelinin eğitimi sağlandı. 1990'da oluşturulan Bağımsız Danışma Kurulu ile aşılama politikaları daha bilimsel bir temele oturtuldu.

Bu dönemde bulaşıcı hastalıkların eğilimlerinde ne gibi gelişmeler oldu? Aşılama oranlarındaki artışa paralel olarak aşıyla mücadele edilen hastalıkların sayıları azaldı, mortaliteleri düştü. Artık 1998 yılından beri poliomyelit, 2003 yılından beri difteri görülüyor. Hepatit A ve 1994 yılında Güneydoğu Anadolu'da çıkan salgın dışında sıtma sayıları düşerken, tifo, paratifo, amipli dizanteri gibi suyla bulaşan hastalıklar arttı veya değişiklik göstermediler. Zoonozlardan brusella ve kuduz şüpheli ısırık sayıları arttı, şarbon değişmedi, hepatit B, frengi ve HIV + gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda artma görüldü (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007).

Tablo 4. Seçilmiş bulaşıcı hastalık sayısı ve insidans hızları (100.000'de) 1990-2006

	1990		1995		2000		2006	
	Sayı	Hız	Sayı	Hız	Sayı	Hız	Sayı	Hız
Kızamık	11.373	19,8	13.544	21,4	16.010	23,6	34	0,1
Tifo	10.052	17,5	21.516	34,0	25.840	38,1	1.518	2,3
Hepatit A	30.662	53,3	25.812	40,8	10.654	15,7	7.137	10,9
Amipli Dizanteri	5.256	9,1	19.818	31,4	23.725	35,0	15.527	23,6
Brusella	5.003	8,7	8.506	13,5	10.742	15,8	10.810	16,4
Kuduz Şüphelili Sırtık	91.291	158,5	116.226	183,9	87.508	129,0	143.915	218,8
Hepatit B	2.620	4,6	2.423	3,8	4.115	6,1	6.612	10,1

Neoliberal dönemde toplumsal yaşam ile ilgili bazı olumlu gelişmeler vardır. Örneğin, kentlere hızlı göç azalmıştır. Kentlerin alt yapıları daha iyileştirilmiştir. Toplumun eğitim düzeyi ve ortalama gelir düzeyi artmıştır. Öte yandan sağlık göstergeleri açısından kır-kent, doğu-batı, eğitimli-eğitimsiz arasındaki eşitsizlikler de artmıştır. "Paran kadar sağlık" politikası özellikle yoksulların sağlık düzeyinde olumsuzluklara yol açmaktadır. Bölgesel eşitsizlikler aşılama oranlarında da kendini göstermektedir. Bu koşullarda bulaşıcı hastalık insidansı ve tedavisi açısından da eşitsizliklerin artması beklenmelidir. Nitekim öyle olmuş, hemen tüm bulaşıcı hastalıkların vaka ve ölümlerinde Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu başı çekmişlerdir (Hamzaoğlu, Özcan, 2006).

Sağlıktaki diğer gelişmelere göz atıldığında bebek ölüm hızının 1983'de binde 95 iken 2003'te 29'a düştüğü görülür. Ancak bebek ve çocuk ölümlerinde enfeksiyon hastalıkları hala önemli bir yer tutmaktadır. Örneğin, 2006 yılında 5 yaş altı ölümlerde en sık rastlanan ölüm nedeni "perinatal nedenler" dir. Dördüncü sırada ise "menongokok enfeksiyonları" gelmekte, pnömoniler 8. sırayı almaktadır. Tüm yaş grupları için ölüm nedenlerinde enfeksiyon hastalıkları 3. sıradadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2008) Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasına göre de enfeksiyon hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra 3. en büyük ölüm nedenini oluşturmaktadırlar. Hastalık yükü açısından bakıldığında (DALY), enfeksiyöz ve paraziter hastalıkların 6. sırada yer aldığını görüyoruz (Halk Sağlığı Okulu, 2006).

Son 16 yılda bazı bulaşıcı hastalıklarda görülen eğilim Tablo 4'de verilmiştir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007).

Yukarıdaki tabloyu değerlendirirken 2005 yılında ihbar sisteminin değiştiği hatırlanmalıdır. Vaka sayılarının azalmış gibi görünmesi, sadece kesin tanı vakalarının yayınlanıyor olmasına bağlıdır. Tablodan ülkemizin hala önemli bir bulaşıcı hastalık tehdidi altında olduğu anlaşılmaktadır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği raporunda da belirtildiği gibi ülkemiz bulaşıcı

hastalık salgınlarına da gebe bir ülkedir. Çünkü içme ve kullanma sularımız ve gıda güvenliğine ilişkin sorunlarımız çözölememiştir, atıkların denetimi sağlanamamıştır, yöneticilerin yaklaşımları sorunludur, salgın izlemleri yetersizdir (HASUDER, 2008).

GELECEKTE NE OLABİLİR ?

Cumhuriyetin kuruluşundan bu güne, sağlık emekçilerinin özverili çabalarıyla, bulaşıcı hastalık mücadelesinde belli başarılar kazanılmış, bazı hastalıklar elimine edilmiş, bazılarının sayıları önemli ölçüde azaltılmıştır. Önümüzdeki yıllarda bulaşıcı hastalıklar açısından ülkemizi ne gibi gelişmeler bekleyebiliriz? Bu soruyu fazla hata yapmadan yanıtlayabiliriz. Yukarıda da değinildiği gibi toplumda ve bulaşıcı hastalık surveyansında bazı olumlu gelişmeler varsa da genelde olumsuzluklar daha fazladır. Neoliberal politikalar ve küreselleşme kitlelerin sağlık düzeylerini bütün dünyada olumsuz etkilemektedir. Küreselleşme bulaşıcı hastalıkları, eşitsizlikleri ve önlenemez erken ölümleri arttırmaktadır (Lee, 1999). Unger ve arkadaşları düşük ve orta gelirli ülkelerde neoliberal politikaların hastalık kontrolünü aksattığını bildirmektedirler. Yapısal Uyum Programı uygulamakta olan bu ülkelerdeki bulaşıcı hastalık mücadelelerinden örnekler vererek özelleştirilmiş sağlık hizmetlerini çeşitli hastalık kontrol programları arasındaki eşgüdümü bozduğunu, özel sektörün tedaviyi yeğleyerek korumayı aksattığını, sağlık kurumlarına başvurunun düşmesiyle erken tanı, tedavi ve takibin yapılamadığını, kar etme kaygısı ile hizmet önceliğinin bulaşıcı hastalık ve yoksullar yerine cerrahi müdahaleler ve zenginlere kaydığını, özel sağlık sektörü ile ilgili idari ve denetim yapılarının gelişmemiş olması nedeniyle çeşitli yolsuzluk ve düzensizlikler saptandığını, özelleştirilmiş veya özkerleştirilmiş sağlık hizmetlerinin veriminde, etkinliğinde ve hizmet eşitliğinde azalma görüldüğünü kanıtlamaktadırlar (Unger, 2006).

Küreselleşme, ulaşım ve ticaretin artmasıyla SARS, kuş gripi gibi pandemilerin ve gıda kaynaklı hastalıkların yayılması riskini de arttırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Genel Müdürü'ne göre yılda iki milyar

insan uçakla seyahat etmekte ve son 30 yıldır ortalama her yıl bir adet olmak üzere, çoğunlukla zoonoz olan, yepyeni bir hastalık ortaya çıkmaktadır (WHO, 2007).

Dünya ısısının yükselmesi ve ekosistemdeki değişiklikler bütün dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yeni bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, görülebilecek benzer yeni hastalıklar için bir örnektir. GAP bölgesinde sulamanın artması ve iklim değişiklikleri nedeniyle ülkemizden elimine edilen hastalıklar (şistozomiasis, falciparum sıtması, tifüs gibi) tekrar hortlayabilirler. Tüberkülozda olduğu gibi, mevcut bulaşıcı hastalıkların tedaviye dirençli suşları yayılabilir. Ekonomik krizler, yoksullaşan insanlar, bozulan çevre, sosyal çalkantılar bulaşıcı hastalık riskini arttırabilir. Bütün bu ekolojik ve sosyoekonomik faktörler yanında yine neoliberal politikaların dayattığı sağlık politikaları değişikliği ile sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin önce yozlaştırılıp sonra da son verilmesinin bedeli ağır olabilir. Aile Hekimliği sistemine geçen illerde daha şimdiden koruyucu sağlık hizmetleri götürmesi gereken Toplum Sağlığı Merkezlerinin çalışmadığına, aşılamaların aksadığına, gezici hizmetlerin yapılamadığına, aile hekimlerinin daha çok poliklinik yaptığına ilişkin ipuçları bulunmaktadır (Eskiocak, 2008). Kaldı ki, halen sosyalizasyon uygulanmakta olan iller de pek farklı düzeyde deşillerdir. Tıp eğitiminin TUS odaklı olması, genç hekimlerin bulaşıcı hastalık mücadelesini bilmemeleri ve umursamamaları yine önemli bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bulaşıcı hastalıklar sünger gibidirler. Başarılı ve sürekli bir mücadele ile kontrol altında tutulabilirler. Ancak baskıyı azalttığınızda ve hizmeti aksattığınızda hızla tekrar eski düzeylerine gelirler. Önümüzdeki yıllarda bulaşıcı hastalıkların artan bir sorun olarak yeniden karşımıza çıkması kehanet olmayacaktır.

TEŞEKKÜR:

Yazımı okuyarak değerli katkılarda bulunan Hacettepe Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Prof. Levent Akın'a teşekkür borçluyum.

KAYNAKLAR

Benli D, Öztekin Z. (1977) Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi. Tabip Odaları Bülteni, 2:23, Sayfa 27-33

Dedeoğlu N. (1982) Türkiye'de Aşılama Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Doçentlik Tezi. Ankara, SSBY Hıfzıssıhha Okulu, Sayfa 63

Ege R. (1999) Atatürk Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri 1923-1988 (2.Baskı). Ankara, Türk Hava Kurumu Basımevi, Sayfa 10, 21,22

Erdem A. (2002) Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara, Naturel Kitap Yayıncılık, Sayfa 55

Eren N, Hamzaoğlu O. (1996) Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklar (1925-1993). Ankara, Türk Tabipleri Birliği, Sayfa 32-81

Eskiocak M. (2008) Sağlıkta Dönüşümün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi. Eskişehir Tabip Odası Bülteni, Mart 2008, Sayfa 19-22

Halk Sağlığı Okulu, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, (2006) Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara, Sağlık Bakanlığı, Sayfa 6,17

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Web Sayfası (2008) Ulaşım tarihi: 1.12.2008, www.hasuder.org/basinacilama/salginlar.htm

Hamzaoğlu O, Özcan U (2006) Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Ankara, Türk Tabipleri Birliği, Sayfa 54, 55

Lee K. (1999) Globalisation, Communicable Diseases and Equity: A Look Back and Forth. Development 42:4, Sayfa 35-39

Sağlık Bakanlığı (1973) Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl. Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları No: 422, Sayfa 110, 134, 321

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2007), Çalışma Yılı 2006. Ankara, Sağlık Bakanlığı, Sayfa 57-77

Türkiye İstatistik Kurumu Web Sayfası (2008), Ulaşım tarihi: 1.12.2008, www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?Tb_id=378ust_id=11

Unge J P, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A (2006), Disintegrated Care: The Achilles Heel of International Health Policies in Low and Middle-Income Countries. International Journal of Integrated Care, Vol 6, 18 Sept 2006 Sayfa 1-13

World Health Organisation (2007) World Health Report 2007: A Safer Future. Geneva WHO, Sayfa vi