

POLİO AŞI KAMPANYASININ DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ: KAMPANYALAR SAĞLIK SORUNLARINA BİR ÇÖZÜM MÜ YOKSA TEHDİT Mİ?

Dr. Mehtap TATAR*

Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı 22-28 Nisan ve 22-28 Mayıs 1995 tarihleri arasında polio aşı günleri olarak ilan etmiş ve bu tarihler arasında geçmişte aşısı olsun olmasın 5 yaş altındaki tüm çocukları Polio'ya karşı aşılama hedeflemiştir. Bu amaçla sağlık personeli seferber edilmiş ve medyanın da desteği alınarak aşılama kampanyası tamamlanmıştır. Sağlık sorunlarına kampanyalar ya da dikey programlar aracılığıyla çözüm aranmaya çalışılması, geçmişi oldukça eskiye dayanan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. 1950'li yıllarda yoğun bir şekilde reklamı yapılan ancak sonraları başarısızlığı ilan edilen sıtma eradikasyonu kampanyası, 1970'lerin sonlarında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) teknik desteği ile başlayan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (Expanded Programme on Immunization), 1980'li yıllarda UNICEF'in Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Devrimi (Child Survival and Development Revolution) çerçevesinde uygulanan aşı kampanyaları buna örnek olarak gösterilebilir. Tüm bu kampanyalar içinde kesin başarı ile sonuçlanan tek kampanya olan DSÖ'nün Çiçek hastalığının eradikasyonu kampanyası dikey yaklaşımı savunanların fikirlerini desteklemek amacıyla sık sık örnek olarak kullandıkları bir kampanya olmuştur.

Aşağıda tarihsel gelişimi ile birlikte ayrıntılı olarak inceleneceği gibi 1980'li yıllardan sonra kampanya yaklaşımıyla ya da daha geniş bir anlatımla dikey programlarla sağlık sorunlarına çözüm aranması Walsh ve Warren'in 1979'da New England Journal of Medicine'da, 1980'de ise Social Science and Medicine'da yayınlanan (1,2) ve sağlık literatüründe yoğun tartışmalara neden olan makaseliyle başlamış

ve uluslararası örgütlerin, özellikle UNICEF'in katkılarıyla birçok ülke tarafından bu yaklaşım benimsenmiştir. Walsh ve Warren'in ortaya attığı Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STSH) kavramı DSÖ tarafından 1978'de Alma-Ata'da ilan edilen Temel Sağlık Hizmetlerine (TSH-Primary Health Care)¹ yönelik bir karşı çıkış olarak algılanmış ve literatürde iki kamp oluşmuştur.

Bu makalenin amacı her iki grubun da görüş ve iddialarını inceleyerek Türk sağlık literatüründe de bir tartışma başlatmak ve "kampanya" yaklaşımının ya da dikey programların ilk bakışta görüldüğü gibi çabuk ve kesin bir çözüm olmadığını bunun aksine genelde sağlık sektöründe birçok olumsuzluğa neden olabilecek bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktır. Bu amaçla ilk olarak konuyla ilgili genel kavramlar ve kısa bir tarihçe sunulacak daha sonra her iki görüş etrafındaki tartışmalar irdelenecektir.

YATAY VE DİKEY PROGRAMLAR TARTIŞMASI: TARİHSEL BİR ANALİZ

Sağlık hizmetlerinde yatay ve dikey örgütlenme modelleri geçmişte yoğun tartışmalara neden olmuş bir konudur. Bu tartışma DSÖ kurulduğundan beri varolmasına ve günümüzde, kağıt üzerinde, yatay örgütlenme modellerinin üstünlüğü kabul edilmesine karşın dikey programlar halen gündemi işgal etmeye devam etmektedir. Bu tartışmaların tarihi gelişimini sunmadan önce "yatay" ve "dikey" programlardan ne kastedildiğinin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu makalede yatay ve dikey yaklaşımlar aşağıdaki tanımlar çerçevesinde ele alınmaktadır:

¹Her iki kavramı birbirinden ayırtetmek için makale süresince bu yaklaşım Kapsamlı Temel Sağlık Hizmetleri (KTSH) olarak adlandırılacaktır.

* Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

"Yatay yaklaşım tüm sağlık problemlerini, "genel sağlık hizmetleri" olarak bilinen ve kalıcı kurumlardan oluşan bir sistem yaratmak yoluyla uzun dönemli ve geniş bir perspektiften ele alarak çözmeyi amaçlar."

"Dikey yaklaşım belirli bir sağlık problemini, bunu çözmeye yönelik olarak geliştirilmiş yöntemleri kullanarak çözmeye yönelik bir yaklaşımdır"(3).

Dikey programlar özellikle 1950'li yıllarda gündemi işgal etmiş ve DSÖ'nün de yardımıyla birçok ülkede sıtma, çiçek, zührevi hastalıklarla mücadele için programlar başlatılmıştır. Bu programları başlatan uluslararası örgütlerin ve ülkelerin kararları DDT, penisilin ve aşı gibi bilimsel gelişmelerden etkilenmiştir. Ayrıca bu hastalıkların epidemiyolojisi hakkındaki bilginin çoğalması sıtma, çiçek gibi hastalıkların kontrol altına alınabileceği hatta eradike edilebileceği inancının yaygınlaşmasına neden olmuştur. Bu yöndeki inanışlar sıtmanın kontrol altına alınması ve çiçeğin eradike edilmesine ile güçlenmiş ve bu programlar hakkında bugün mevcut olan kötümserliğe karşın 1975'lerde büyük bir iyimserlik hakim olmuştur. Bu dönemde gelişen teknoloji ve bilimdeki yeni buluşlar sayesinde birçok önemli hastalığın kontrol altına alınabileceği görüşü öne çıkarken Mills'in de belirttiği gibi (4) bu programların uygulandığı ülkelerde özellikle genel sağlık hizmetlerinin bu programlarla uyumlu olarak ve aynı hızla gelişmemesi nedeniyle bu iyimserlik yerini yavaş yavaş kötümserliğe bırakmıştır. Bu değişimin temel nedenleri olarak bazı ülkelerde sıtmanın tekrar bir halk sağlığı problemi olarak ortaya çıkması, vektörlerin ilaç ve insektisitlere karşı geliştirdiği direnç, bazı hastalıkların epidemiyolojisi hakkında doğru bilgiye sahip olunmadığının farkedilmesi ve sağlık alt yapısının bu programlara destek sağlamadaki yetersizliği belirtilebilir. Bu gelişmeler sonucunda aşağıda ana teması vurgulanan görüş gündeme gelmiştir:

"Hastalıkların kontrolü ve önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi kalıcı sağlık hizmetleri ile desteklenmediği sürece hastalıkların eradikasyonuna yönelik olarak geliştirelen birçok kampanya sadece geçici olarak başarıya ulaşacaktır"(5).

Yatay yaklaşımı benimseyenlerle dikey yaklaşımı benimseyenler arasındaki tartışma her iki tarafın da birbirlerini kendi bakış açılarıyla suçlamaları ile sürekli devam etmiştir. Yatay yaklaşımı benimseyenlerin temel eleştiri noktaları dikey yaklaşımı benimseyenlerin sağlık ve sağlıkla ilgili konulara dar bir pencereden bakmaları, birçok hastalığın altında yatan temel nedenlerin sosyal nitelikli olduğunu ve dolayısıyla sosyal çözümleri ge-

rektirdiğini kabul etmemeleri, sosyal şartlardaki düzeltmelerle sağlanacak birçok gelişme için teknolojik çözümleri önermeleri ve bunu empoze etmeleri, geçmişte çok sık başarısızlığa uğramaları ve sağlık bakım hizmetlerinin gelişmesine engel olmaları konuları etrafında odaklaşmaktadır. Buna karşılık, dikey yaklaşımı savunanlar diğerlerini aşırı idealist olmakla, sosyal bilimlerdeki belirsiz bazı kavramları hastalık gibi neden ve sonuçları bilinen alanlara sokmakla, bilimsel olmamakla ve kampanyalar yoluyla belirli hastalıklara yönelik olarak geliştirilmiş programların bugüne kadarki başarılarını gözardı etmekle suçlamaktadırlar (6).

Temelde dikey programların başarısının sorgulanmaya başlaması ve 1970'lerin konjonktüründe sağlık, kalkınma, temel ihtiyaçlar gibi kavramlarda değişen anlayışlar 1978'de Alma-Ata Deklarasyonu ile sonuçlanmış ve sağlığa "holistik" (bütüncül) bir bakış açısı getiren ve yatay yaklaşımı benimseyen TSH gerek gelişmekte olan gerekse de gelişmiş ülkelerde sağlık sorunlarına çözüm getiren bir yaklaşım olarak benimsenmiştir (7,8,9). Ancak TSH yaklaşımına ilk tehdit hemen bir yıl sonra Rockefeller Vakfı tarafından Bellagio'da yapılan "Kalkınmada Sağlık ve Nüfus" başlıklı toplantıda Walsh ve Warren tarafından sunulan ve daha sonra New England Journal of Medicine ile Social Science and Medicine'da yayınlanan makale ile gündeme gelmiştir. Bu makale aşağıda ayrıntılı olarak inceleneceğinden burada sadece yayınlanmasını izleyen gelişmelerden sözedilecektir.

Makalenin yayınlanmasından sonra konuyla ilgili yazarlar STSH'ni savunanlar ve KTSH'ni savunanlar olarak ikiye ayrılmış ve DSÖ, UNICEF, USAID, Dünya Bankası, Rockefeller Vakfı, IMF gibi uluslararası örgütlerin de katılımıyla yoğun bir tartışma ortamı oluşmuştur.

Her iki yaklaşımın uzlaştırılması amacıyla ilk adım 1983 yılında yine Bellagio'da Rockefeller Vakfı ile DSÖ tarafından ortaklaşa olarak düzenlenen "Bulaşıcı Hastalıkların TSH ile Kontrolü" başlıklı toplantıda ortaya atılmış ve toplantı sonucunda hazırlanan raporda aşağıdaki sonuca varılmıştır:

"TSH toplumun tüm sağlık ihtiyaçlarına cevap vermedir ancak morbidite ve mortaliteyi süratle ve mümkün olan en az maliyetle düşürecek müdahalelere öncelik verilmelidir. Öncelikli problemleri karşılama kapasitesine sahip bir alt yapının güçlendirilmesi bizi Herkese Sağlık amacına daha da yakınlatacaktır"(10).

Bu toplantının öncesinde ve sonrasında STSH'ni destekleyen makaleler yayınlanmış (11,12) ancak STSH açısından dönüm noktası Alma-Ata Deklarasyonunu düzenleyen taraflardan biri olan UNI-

CEF'in 1982/1983'de ilan ettiği Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Devrimi olmuştur. Bu deklarasyonla birlikte o döneme kadar sadece teorik düzeyde tartışılan STSH ilk kez uygulama alanı bulmuştur. UNICEF'in başlattığı ve temelde seçici stratejileri benimseyen bu program birçok gelişmekte olan ülke ve uluslararası örgütün ilgisini çekmiş ve programın gelişmesi yönünde çalışmalar başlamıştır.

UNICEF, çocuklar arasındaki önlenebilir ölümleri önlemek ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmek için büyüme ve gelişmeyi izleme (Growth monitoring), ishal ile seyreden hastalıklarda erken ağızdan sıvı vererek müdahale (Oral rehydration), anne sütünün teşvik edilmesi (Breast feeding) ve bağışıklamayı (Immunization) içeren stratejiyi benimsemiş (GOBI) ve buna daha sonra kadınların eğitimi (Female literacy), aile planlaması (Family planning) ve gıda üretimini (Food production) eklemiştir (GOBI-FFF). UNICEF'in direktörü James Grant "büyüme ve gelişmeyi izleme kartları, oral rehidratasyon paketleri ve aşıların düşük maliyetli, yaşam kurtaran ve gelişimi koruyan teknolojiler olduğunu ve bunların çocuklarını yoksulluğun kötü etkilerinden korumada ailelere yardımcı olacağını" belirtmiştir(13).

UNICEF'in bu deklarasyonundan sonra 1984 yılında DSÖ, UNICEF, UNDP, Dünya Bankası ve Rockefeller Vakfı yetkililerinin katıldığı "Dünya Çocuklarının Korunması: TSH İçinde Aşılar ve Bağışıklama" temasını işleyen bir toplantı yapılmış ve bu ve bunu izleyen toplantılar sonucunda 1990 yılına kadar yüksek düzeyde bir bağışıklama oranına ulaşılabileceği kabul edilerek ve bu örgütlerin yoğun katılımıyla bağışıklama kampanyaları hız kazanmıştır. Ancak burada belirtilmesi gereken önemli bir nokta DSÖ'nün UNICEF karşısındaki göreceli olarak zayıf pozisyonudur. Bilindiği gibi DSÖ maddi destek sağlayan bir kuruluş olmayıp teknik destek veren bir kuruluştur. Bu da örgütün sağlıkla ilgili konularda UNICEF, UNDP ve diğer kuruluşlar karşısındaki etkisini azaltmaktadır. Bunun en tipik örneğini bağışıklama programlarında görmek mümkündür. DSÖ'nün genişletilmiş bağışıklama programı bu programların ülkelerin sağlık hizmetleri örgütlenmesi içine entegre edilmesi amacını gütmekte iken bu programların UNICEF ile entegre edilmesinden sonra bu idealize edilen durumdan uzaklaşarak UNICEF'in donörleri tatmin etme amacına yönelik kampanyalar başlamıştır (14).

Bu bölümde STSH'nin gelişimine yönelik özet bir tarihsel çerçeve çizilmiştir. Aşağıda ise önce Walsh ve Warren'in tartışma kaynağı olan makalesi incelenecek ve daha sonra iki grup arasındaki tartışmalar irdelenecektir.

STSH: WALSH VE WARREN'İN GÖRÜŞLERİ

Walsh ve Warren'in sağlık literatüründe yoğun tartışmalara neden olan makalesindeki görüşlerin temel dayanak noktası, Alma-Ata'da 1978'de deklare edilen haliyle KTSH'nin ulaşılması mümkün olmayan bir yaklaşım olduğu konusundaki inanışlarıdır. Yazarlar, Alma-Ata'da ortaya atılan amaç ve stratejilerin doğruluğunu kabul etmekte ancak yaklaşımın gerektirdiği maliyet ve eğitilmiş personel sayısı nedeniyle ulaşılmasının mümkün olmadığı görüşündedir. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sağlığı problemlerine yönelik seçici girişimlerin bu ülkelerde sağlığı geliştirme için tek yolu olduğu savunulmaktadır. Ancak yazarlar, STSH'ni bir ara strateji olarak öne sürmekte ve KTSH için gerekli kaynaklar sağlanıncaya kadar seçici stratejileri önermektedir.

Walsh ve Warren'in önerisine göre STSH, gelişmekte olan ülkelerde mortalitesi yüksek ve tedavisinde etkililiği kanıtlanmış yöntemlerin bulunduğu hastalıklara yönelmelidir. Burada öne sürülen temel gerekçe kaynakların kısıtlı olması ve bundan dolayı mevcut kaynakları en etkili ve verimli bir şekilde kullanmak için önlemlerin alınması gerektiğidir. Görüldüğü gibi yaklaşım en yüksek önceliği alacak sağlık problemleri için bir seçimi zorunlu kılmaktadır. Walsh ve Warren'e göre bu seçim için gözönüne alınması gereken kriterler hastalığın prevalansı, morbiditesi ya da yarattığı sakatlığın ciddiyeti, mortalite riski ve kontrol edilebilirliğidir. Bu kriterler gözönüne alınarak çok sayıda insanı etkisi altına alan sınırlı sayıdaki (genellikle 5-10) problemlerle ilgilenilmeli ve etkililiği düşük olan, bilinmeyen ya da sorgulanan müdahaleler gözardı edilmelidir. Bu durumda doğal olarak bazı hastalıklara yönelik programlar yukarıdaki kriterleri karşılamadığı için gözardı edilecektir. Bunlar arasında tüberküloz, zatürre, cüzzam, menenjit sayılabilir.

Walsh ve Warren tıbbi müdahalelerin etkililiğinin ölçümünde maliyet etkililik (cost effectiveness) analizini kullanmış ve analizlerinin sonunda 0-3 yaş grubundaki çocuklarla, çocuk sahibi olabilecek yaşta kadınlara yönelik olarak aşağıdaki stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini ve bu yolla gelişmekte olan ülkelerde ölüm oranlarında büyük iyileşmeler sağlanabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu stratejiler;

- 6 ayın üzerindeki çocuklar için kızamık ve DBT aşıları
- hamile kadınlar için tetanoz aşısı
- anne sütünün uzun dönemli verilmesini teşvik edilmesi

- sıtmanın yoğun olduğu alanlarda 3 yaş altındaki çocuklar için chloroquine
- oral rehidrasyon

Yazarlara göre bu hizmetler sabit ya da gezici birimlerce verilmeli ve özellikle sabit birimlerin olmadığı yörelerde bu bölgeleri 4-6 aylık aralıklarla ziyaret eden gezici birimler kurulmalıdır.

KTSH VE STSH: SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN İKİ FARKLI YAKLAŞIM?

Daha önce de ifade edildiği gibi, Walsh ve Warren'in makalesinin yayınlanmasını ve özellikle UNICEF'in buna uygun politikalar geliştirmesini izleyen yıllarda, sağlık literatüründe iki ayrı ve bir çok noktada birbirleriyle zıt düşünen gruplar oluşmuştur. Bu bölümde bu grupların tartıştıkları temel noktalar üzerinde durulacak ve Türkiye'deki gelişmeler üzerine ışık tutulmaya çalışılacaktır.

STSH'ne yöneltilen eleştiriler temelde dört ana başlık altında toplanabilir: seçilecek yöntemleri değerlendirme şekli, teknoloji oryantasyonlu olması, kalıcı bir sağlık sistemi ve yapıları kurmayı ihmal etmesi ve gelişmekte olan ülkelerdeki kötü sağlık şartlarının altında yatan temel faktörleri gözardı etmesi.

Yönteme ilişkin eleştiriler özellikle gelişmekte olan ülkelerde hastalıklara yönelik programlar geliştirilmesine ilişkin olarak verilecek kararlarda gerekli epidemiyolojik verilerin olmayışına yöneltilmektedir. Bilindiği gibi Walsh ve Warren'in önerisinde bazı kriterlere göre bir bölgede en çok insanı etkisi altına alan hastalıklar seçilmeli ve bunlara yönelik programlar geliştirilmelidir. İlk bakışta görüleceği gibi böyle bir yaklaşım kapsamlı ve sağlıklı bir epidemiyolojik veri tabanını gerektirmekte bu da özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli çıkmazlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda program geliştirilecek hastalıkların belirlenmesi genellikle dışarıdan müdahale ile yapılmakta, bu da ister STSH'nin olsun isterse de KTSH'nin olsun temel dayanaklarını ortadan kaldırmaktadır. Buna bir örnek olarak Hindistan'da UNICEF, Dünya Bankası ve USAID tarafından başlatılan ve 1990 yılına kadar tüm çocukları aşılama hedefleyen program gösterilebilir. Banerji tarafından da vurgulandığı gibi (15) bu program hastalıkların insidanslarının dahi bilinmediği ve bu nedenle STSH'nin temel taşı olan maliyet etkililik analizinin yapılamadığı bir ortamda başlatılmıştır.

STSH yaklaşımının yöntemine gelen ikinci önemli eleştiri maliyet etkililik analizinin bu durumlarda kullanılmasının kabul edilebilir olup olmadığı üzerinde yoğunlaşmaktadır (16). Bilindiği

gibi sağlık alanında kararlar bazı formülasyonların yanyana gelmesinden çok değer yargılarının önemli bir girdi olarak yer aldığı kararlar olmaktadır. Örneğin yaklaşımın ağırlıklı çocukların sağlık statüleri üzerinde durması ve yetişkinlerin sağlık sorunlarını ihmal etmesi yoğun bir biçimde eleştirilmiş ve özellikle ailenin geçimini sağlayan yetişkinlerin sağlığının toplumun yaşamını sürdürmesinin vazgeçilmez bir ögesi olduğu vurgulanmıştır (17,18,19). Bilindiği gibi maliyet etkililik analizi ancak alternatif müdahalelerin aynı sonucu sağlaması durumunda kullanılabilir bir tekniktir. Sağlıkta ekonomik değerlendirme konusunda ayrıntılı bilgi için Tatar'a başvurulabilir (20).

Yönteme ilişkin üçüncü eleştiri makalede kullanılan örnek projelerin güvenilirliğine ilişkindir. Walsh ve Warren'in gelişmekte olan ülkeler için önerdikleri müdahaleleri dünyanın çeşitli bölgelerinde yürütülen farklı projelerin sonuçlarına göre belirlemeleri STSH'ne karşı olan grup tarafından eleştirilmektedir (21, 22). Gish'e göre genellikle yabancı yardım kuruluşları tarafından desteklenen ve yürütüldükleri yörenin özelliklerinden önemli ölçüde etkilenen bu proje sonuçlarının tüm üçüncü dünya ülkelerine genellenmesi yaklaşımın en zayıf noktalarından birini oluşturmaktadır. Benzer eleştiriler Berman (23) ve Benerji (24) tarafından da yapılmıştır.

STSH yaklaşımına karşı olan grubun yaklaşıma yönelttiği ikinci temel eleştiri yaklaşımın tamamen teknoloji oryantasyonlu bir yaklaşım olmasından kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşım genel olarak sağlığa "sihirli kurşun" (magic bullet) yaklaşımı olarak adlandırılmaktadır. Sağlık sorunlarının tıbbi bir program ya da müdahale ile çözümlenebileceği inancı sağlığın DSÖ'nün kapsamlı tanımı dışında sadece "hastalığın olmaması" (25) olarak tanımlanmasının bir sonucudur. KTSH yaklaşımına göre teknolojinin sağlık sorunlarını çözümlenebileceği inancı daha doğrusu teknolojinin tek girdi olarak ele alınması yanlış bir inanıştır. Bu tür eleştiriler KTSH yaklaşımının sağlığı kalkınma sürecinin önemli bir ögesi olarak algılamasından ve sağlık programlarının toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesinde etkili olan faktörlerden sadece biri olarak görmesinden kaynaklanmaktadır. Rifkin ve Walt (26) bu görüş ayrılığının iki yaklaşımı birbirinden ayıran en önemli nokta olduğunu vurgulamaktadır. Buna göre KTSH sağlığın gelişim süreci ile ilgiliyken STSH hastalıkları azaltmak için etkili teknolojinin belirlenmesi ve transferi üzerinde yoğunlaşmaktadır. KTSH'ni savunanlara göre toplum sağlığının gerçek belirleyicisi olan fakirlik gibi ögeler ele alınmadığı sürece tıbbi müdahalelerin toplumun sağlık statüsünde iyileşmelerle sonuçlanması beklenmemelidir. Örneğin kızamık hastalığından

olası ölümleri kızamık aşuları ile önlemek bu çocukların başka bir hastalıktan ölmesini veya sakat kalmasını engellemeyecektir. Literatürde bu durumu örnek olarak Zaire'deki Kasongo projesi gösterilmektedir. Bu projeden sonra aşılama sonucunda kızamıktan ölen çocukların sayısında bir düşüş görülmemesine karşın aynı düşüş toplam ölüm oranında görülmemiş ve aynı sayıdaki çocuklar kızamık dışındaki nedenlerden ölmeye devam etmişlerdir (27). Yani çocuk ölümlerinde herhangi bir değişiklik olmamış ancak ölüm nedenleri değişime uğramıştır. Barker ve Turshen (28) bu noktada yoksulluğun sağlık ve hastalık üzerindeki etkisine dikkat çekmekte ve yoksulluğun yaygın olduğu durumlarda seçici stratejilerle herhangi bir hastalığa yöneltilen aktivitelerin sadece ve sadece ölüm nedenlerini diğer hastalıklara kaydırmakla sonuçlanacağını ve böyle durumlarda yaşam kurtarmanın sözkonusu olmadığını belirtmektedir. Wisner bu konuya özellikle dikkati çekmekte ve seçici yaklaşımları benimseyenleri araçları amaçlara tercih etmekle suçlayarak sosyal transformasyonu teknoloji ile ikame etmenin sağlıkta beklenen sonuçları doğurmayacağını öne sürmektedir. Wisner'in "ağızdan sıvı tedavisinin ishali önleyecek temiz su için bir alternatif olduğuna gerçekten inanmak zorunda mıyız?" sorusu (29) STSH ile KTSH arasındaki ayrılık noktasını ortaya koyma bakımından önemli bir sorudur.

STSH'ne gelen diğer bir eleştiri kalıcı bir sağlık alt yapısı kurma üzerinde yarattığı engel üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu görüşe göre dikey programlar bu amacı gerçekleştirmeye engel olmakta ve zaten kıt olan kaynakların boşa harcanmasına neden olmaktadır. Buna örnek olarak ise geçmişte geliştirilen ve başarısızlığı ilan edilen sıtma eradikasyonu programı gösterilmektedir. Bu programın sağlık sistemi ile entegre edilmeden onun dışında gelişmesi kullanılan kaynaklar açısından topluma çok yüksek bir maliyete neden olmuş ve bunun yanısıra sıtmanın eradikasyonu konusunda da önemli bir başarı elde edilememiştir (30).

STSH'ne gelen son önemli eleştiri, gelişmekte olan ülkelerde sağlık sorunlarının altında yatan gerçek nedenleri gözardı etmesine yöneltilmektedir. Bugün bir toplumun sağlık statüsünün temel belirleyicisinin sağlık hizmetlerinin dışındaki birtakım öğeler olduğu görüşü genel kabul görmüş ve birçok yönüyle kanıtlanmış bir görüştür (31,32). Bu öğeler içinde diğerleriyle de yakın ilişkili olan yoksulluk gelişmekte olan ülkelerin bugünkü sağlık düzeylerinin temel sorumlusu olarak kabul edilmektedir. İşte STSH bu gerçeği gözardı ederek yoksulluğun neden olduğu hastalıklar üzerinde yoğunlaşmakta bu da doğal olarak geçici çözümler olmaktadır. Wisner (33)

UNICEF'i yoksulluğu doğal, kaçınılmaz bir hayat gerçeği olarak görmekle suçlamakta ve yoksulluğun bu şekilde doğal hale getirilmesi sonucunda sağlığın tamamıyla sosyo-ekonomik hak ve sorumlulukların dışına itildiğini belirtmektedir. Böyle bir yaklaşımla geliştirilen programların başarılı olmasının mümkün olmadığı bir gerçektir. Hancock'un da belirttiği gibi (34) toplumun büyük bir kesiminin yoksul olduğu durumlarda sadece hastalığa yönelik programların sağlığın geliştirilmesine katkısı yok denecek kadar azdır.

Esasen kağıt üzerinde her iki yaklaşım da sağlık sorunlarının altında yatan temel faktörlerin yoksulluk, eşitsizlik, sosyal ve ekonomik faktörler olduğunu kabul etmekte ancak KTSH bunların iyileştirilmesi yönünde öneriler ve yaklaşımlar getirirken STSH bu konuları gözardı ederek "hastalık" (disease) etrafında odaklaşmaktadır. Örnek olarak, KTSH ishali önlemede sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin gözönüne alınması, temiz suyun sağlanması gibi konular üzerinde dururken STSH oral rehidratasyon tuzlarını çözüm olarak sunmakta, hastalığın nedenlerini ortadan kaldırma çabasına girişmemektedir. Bu da temel olarak her iki yaklaşımın "sağlık" ve "sağlık hizmetleri" kavramlarını farklı tanımlamalarından kaynaklanmaktadır. KTSH sağlığı, yaşam şartlarındaki çeşitli düzelmelerden etkilenen dinamik ve değişken bir durum; sadece sağlık statüsü ile değil çeşitli sosyal ve ekonomik göstergelerle de ölçülebilen bir kavram; yerel şartlara uyarlanmış ve sağlık hizmetlerini de içeren birçok girdinin bir sonucu, ve özetle belirlenen bir zaman ve yerde bireylerin ve toplumların mevcut sosyal, politik ve ekonomik durumlarını yansıtan bir süreç olarak görmektedir. Buna göre sağlık, sağlık bakımında kendi rollerini ve sorumluluklarını yeni yeni tanımlamaya başlayan bireylerin ve toplumların motivasyon, tutum ve aktivitelerinin bir sonucudur. Buna karşılık STSH sağlığı herkesin ulaşmak için çaba harcaması gereken nihai ve statik bir nokta; bireylerin ve toplumların sağlık statü düzeyleri ile ölçülebilen bir durum; etkili, verimli ve düşük maliyetli olmaları nedeniyle seçilen tıbbi müdahalelerin bir sonucu ve özetle bilim ve teknolojiye dayandığı için her durumda ve tüm kültürlerdeki insanlara aynı şekilde uygulanabilecek bir program olarak görmektedir. Yani bu yaklaşıma göre sağlık, tıp mesleği mensupları tarafından hastalara verilen hizmetlerin bir sonucudur (35). Daha sonra tekrar tartışılacağı gibi iki yaklaşımın entegre edilebileceği savunulmasına karşın yukarıda sözü edilen özelliklerinden dolayı bu pek mümkün görünmemektedir. Bu noktada 1985 yılında gene Rockefeller Vakfınca Bellagio'da yapılan ve "Düşük Maliyetle İyi Sağlık (Good Health at Low Cost) (36) temasını işleyen konferanstan söz etmekte yarar görülmektedir. Bu konferansta Çin, Kosta

Rika, Sri Lanka ve Hindistan'ın Kerala eyaletinin sağlık konusunda kaydettiği gelişmeler incelenmiş ve dördünün de ortak noktasının eşitliği sağlama konusundaki politik adanmışlık ve herkese temel hizmetlerin sağlanması konusunda politika ve stratejilerin geliştirilmesi olduğu görülmüştür. Rifkin ve Walt'a göre bu konferansın ortaya attığı en büyük ders sağlığın her ülkenin kendi öncelik ve stratejilerine göre kendisinin geliştirdiği politikalarla zaman içinde geliştiği olmuştur. Bu ülkelerin ortak noktası teknoloji transferi değil problemleri toplumla birlikte çözmektir. Nikaragua'da Bebek Ölüm Hızını (BÖH) ve bunun nedenlerini inceleyen Kochwaser ve Yankauner'de (37) benzer sonuçlara ulaşmıştır. Buna göre Nikaragua'da BÖH 1975'den sonra hızlı bir düşüşe geçmiş ve 1986 yılına gelindiğinde 1960'ların yarısı seviyesine düşmüştür. Kochwaser 1975'li yıllarda ne bağışıklama ne de ishali hastalıklarda sıvı tedavisi yaygın değilken bu düşüşün temel iki nedeni olduğunu belirtmektedir. Bunlardan birincisi ve belki de en önemlisi devletin öncelik sıralamasında sağlığı üst sıralara alması ve buna uygun sosyal ve ekonomik politikalar geliştirmesidir. BÖH'ün düştüğü dönemlerde Nikaragua'da sağlık dışındaki alanlarda önemli gelişmeler olmuş (kadınlarda okur yazarlık oranı artmış, beslenme statüsü gelişmiş, milli gelir azalmasına karşın dağılımı daha eşit hale gelmiş vs) ve bunlar BÖH'ün düşmesine çok önemli katkılarda bulunmuştur. İkinci olarak hastalıkların önlenmesi ve eradike edilmesine yönelik herhangi bir girişimde bulunulmadan önce bu hizmetleri sunacak kalıcı bir sağlık alt yapısı oluşturulmuştur.

STSH en geniş kullanma alanını bağışıklama ve oral rehidratasyon tedavisinde bulmuştur. Bunun temel nedeni gelişmekte olan ülkelere bebek ve çocuk ölümlerinin temel nedeni olan kımazık, tetanoz, boğmaca, difteri ve tüberküloz gibi hastalıklar için etkili aşılardan mevcut olmasıdır. Bu aşılardan varlığına karşın bugün birçok gelişmekte olan ülkede bu hastalıklar çocuk ölümlerinden sorumlu olmaya devam etmektedir. UNICEF ve DSÖ'nün genişletilmiş aşı kampanyaları, daha önce de sözü edildiği gibi birçok gelişmekte olan ülkenin ilgisini çekmiş ve bu kampanyalar yürütülmüştür. Özellikle uluslararası kuruluşların genelde seçici stratejilere neden önem verdiği konusu daha sonra tartışılacaktır. Ancak bağışıklama üzerinde bu kadar çok durulmasının temel nedeninin aşının teknik bir müdahale olması nedeniyle yapıldığı anda insan davranışında ya da çevrede bir değişikliğe gerek göstermemesi olduğu söylenebilir (38). Bu özellik, aşının etki ettiği hastalığın kontrolü için yeterli olduğu anlamına gelmemelidir. Burada iki önemli konu üzerinde durmakta yarar vardır. Birincisi aşılardan etkililiğinin (efficacy) laboratuvarlarda kontrol edilen ortamlarla bunların uygulandığı alanlar arasında çok

farklı olabildiğidir. Laboratuvar şartlarında son derece etkili olabilen bir aşı yapıldığı zaman gerek aşığı yapan gerekse de yapılan kişinin ve ortamın özelliklerinden etkilenebilmektedir (39). Aşağıda sözü edilecek olan "soğuk zincir" bunun en tipik örneği olarak gösterilebilir. İkinci olarak hastalık kontrolünde bağışıklamanın başarısı hastalığa yalananmasına olasılığına sahip bireylerin yüksek bir aşılama oranı ve etkili bir aşı ile aşılmasına bağlıdır. Aşı kampanyalarının en önemli çıkması, işte bu kampanyalar ile sağlanan aşılama oranlarının kampanya döneminden sonra korunamamasıdır. Bu durumda, örneğin, kampanyalar kızamık vakalarında azalmalar ile sonuçlansa bile yeterli insangücü ve para ile desteklenmediğinde 1-2 yıl sonra kızamık tekrar gündeme gelerek bebek ve çocuk ölümlerinin temel nedeni haline gelmektedir. Aşılama oranının kampanya düzeylerinde tutulması için risk altında gruplara sürekli olarak ulaşabilen bir sağlık alt yapısının yanısıra iyi yönetim, planlama, motivasyon ve bireylerin inanışlarına ve değer yargılarına duyarlılık gerekmektedir (40,41). Bu durumda Rifkin ve Walt'ın da belirttiği gibi "teknoloji çözümünün sadece yarısını oluşturmaktadır". Ayrıca, daha önce sözü edilen Kasango projesinin sonuçları da gerçeği yansıtan ve gözönüne alınması gereken sonuçlardır.

Bağışıklama konusunda gelişmekte olan ülkelerin karşı karşıya kaldıkları en büyük sorun "soğuk zincirin" (cold chain) kurulması ve korunması sorunudur. Özellikle kızamık (42) ve polio (43) aşılarının etkililiğini büyük ölçüde etkileyen soğuk zincir aşı kampanyalarının başarılarını etkileyen önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Cheyne de (44) bir aşı programının en zor bölümünün aşının fabrikasından çıkıp aşının yapıldığı kişiye ulaşmaya kadar gerekli ısıda tutulması olduğunu belirterek bunun sağlanamadığı durumlarda trajik sonuçlarla karşılaşabildiğini vurgulamaktadır. Son yıllarda UNICEF, WHO ve diğer örgütler tarafından yoğun araştırmalar yapılmasına ve ilerlemeler kaydedilmesine karşın özellikle soğuk zinciri koruyan personelin yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar halen çözümlenememiştir. Yani sağlık ocağı en modern buzdolabına sahip olsa ve elektrik kesintisi olmasa bile aşılardan muhafaza etmekle sorumlu sağlık personelinin bilgisizliği ve yetersizliği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Cheyne'nin gözlemlerine göre tipik bir soğuk zincirde kullanılan buzdolabı ve buzlukların %30 ile %50'si kullanılmayacak durumdadır. Böyle bir ortamda ister polio olsun, ister kızamık olsun çocukların aşısı kağıt üzerinde kalmakta, hastalığa karşı bağışıklık kazandırmak mümkün olmamaktadır.

Kampanyaların geçmişteki başarısızlıkları ve kampanya sonrası aynı sosyal mobilitenin sağ-

lanamamasından kaynaklanan düşüslere karşın UNICEF ve diğer uluslararası örgütlerin ve kuruluşların (Rockefeller, Rotary International) katkılarıyla birçok gelişmekte olan ülkede genişletilmiş aşı kampanyaları uygulanmıştır. Bu kampanyaların bir özelliği ve KTSH'ni savunanların karşı çıktığı en önemli aktivite UNICEF'in kampanya süresince yürüttüğü ve "sosyal pazarlama" (social marketing) olarak adlandırılan aktivite olmuştur. Geçmişte ifade edilemeyen ya da görülmeyen talebi ortaya çıkarma ve stimule etme amacını güttüğü belirtilen sosyal pazarlama bir pazarlamacının becerilerinin ticari kar amacıyla değil sosyal olarak arzulanan bir amaç için kullanma yöntemi olarak ifade edilmektedir (45). UNICEF bu yolla kampanyaların sürdürdüğü ülkelerde medyanın da yoğun kullanımı yoluyla o ülkedeki tüm idari, askeri ve yerel güçleri harekete geçirip sektörlerarası işbirliğini sağlamayı ve halkı GOBİ'nin yararları üzerine eğitmeyi hedeflemiştir.

UNICEF'in sosyal pazarlama yaklaşımı KTSH'ni savunanlar tarafından şiddetle eleştirilmiş ve bunun özellikle KTSH'nin temel direği olan "kendi kendine yeterlik" ve "kendi kaynaklarına dayanma" gibi prensiplere ve toplum katılımı idealine ters düştüğü belirtilmiştir. Banerji (46) sosyal pazarlamayı insanların dış kaynaklar tarafından kendilerine verilen herşeyi sorgulamadan kabul etmeleri için geliştirilmiş bir yöntem olarak algılamakta ve bunun üçüncü dünya ülkelerinin en büyük başarısı olarak kabul ettiği KTSH için büyük bir tehdit olduğunu ifade etmektedir. Wisner de (47) sosyal pazarlamanın üç temel sınırlılığında söz ederek böyle bir yaklaşımın toplum sağlığını geliştirme yönünde önemli bir engel olduğunu öne sürmektedir. Bu uygulamanın temel sınırlılıklarından biri iletişimin tek yönlü olmasıdır. Yani STSH'de kullanılan ürünlerin (aşı, oral rehidrasyon paketleri gibi) toplumdan gelen geri bildirim yoluyla değişimi olasılığı da hemen hemen hiç yoktur. Toplum dışından gelen kişiler bu ürünlerin topluma yararlı olduğunu ve kullanmaları gerektiğini söylemekte ve toplumun bu yönde davranış değişikliğine uğramasını beklemektedir. İkinci olarak böyle bir yöntemle yerel bilgi ve becerilerin, davranış modellerinin anlaşılıp kullanılması olasılığı hemen hemen hiç yoktur. Bu durumda KTSH'nin temel prensibi olan "kendi kendine yeterli olma" "kendi kaynaklarına dayanma" prensibi tamamen gözardı edilmektedir. Sosyal pazarlamanın üçüncü sınırlılığı ise yöntemin "bireylere" yönelik olmasıdır. Böyle bir yaklaşım "toplum" nosyonunun ve toplumsal hareket etme kabiliyetinin zarar görmesine neden olmaktadır. İşte bu nokta toplum katılımı prensibine verdiği zararlar nedeniyle KTSH'ni savunanların eleştirilerini yoğunlaştırdıkları bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır.

STSH, bazı yazarlar tarafından sadece sağlık bakım sistemini parçalamak ve sistemi daha geniş ekolojik, sektörlerarası ve entegre edilmiş yaklaşımdan uzaklaştırmakla kalmayıp insanların kendi hayatlarını çok yakından ilgilendiren kararlara katılımı gibi demokratik haklarına da ciddi bir şekilde zarar vermekle suçlanmaktadır. Bu durum, yani sosyal pazarlama tekniklerini kullanarak belli bir alana yoğunlaşmış teknoloji oryantasyonlu programların dışarıdan empoze edilmesi STSH yaklaşımının en tehlikeli yönü olarak kabul edilmektedir (48). STSH'nin toplum katılımı gözardı etmesinin ya da gerektirmemesinin temel nedeni yaklaşımın teknoloji oryantasyonlu olması ve bu teknolojinin de tamamen profesyonellerin kontrolü altında olmasıdır. Örneğin, aşı genellikle sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde minimum düzeyde toplum katılımı ile gerçekleştirilmektedir ya da oral rehidrasyon paketleri dünyanın birçok yerinde paketler halinde dağıtılmakta ve bir ilaç olarak kabul edilmektedir (49). Unger ve Killingsworth (50) STSH yaklaşımında toplum katılımının toplum manipülasyonu olarak şekil değiştirdiği görüşünü savunmakta ve bu nedenle toplumun gerçek ihtiyaçlarının belirlenmesinde ciddi sorunlar olduğunu öne sürmektedir.

Literatürde böylesine yoğun tartışmalara neden olan iki yaklaşım gerçekte birbirinden farklı mıdır? Bu iki yaklaşımı ortak bir noktada birleştirmek mümkün müdür? Her iki grubu savunanlar da bu soruları kendi bakış açılarıyla yanıtlamaya çalışmış ve doğal olarak karşı gruptakiler entegrasyonun hiçbir şekilde mümkün olmadığını savunurken (51,52) STSH'ni savunanlar bu tartışmanın yapay bir tartışma olduğunu ve iki yaklaşımın entegre edilebileceğini savunmuşlardır(53). Aşağıda bu tema etrafında gelişen tartışmalar özetlenmektedir.

Rifkin ve Walt'a göre (54) her iki yaklaşımın dayandığı varsayımlar ve değer yargıları birbirinden tamamen farklıdır. KTSH insanların hem yaşamlarını hem de yaşam tarzlarını geliştirdiği kalkınma süreci ile ilgili STSH insanların sağlık problemlerini en az maliyetle gidermeye yönelik tıbbi müdahaleler ile ilgilidir. Her iki görüşde de kritik farklılık sağlıktaki gelişmelerin sonuçlarını ve girdilerini kimlerin kontrol ettiği ve beklenen sonuçların elde edilmesi için geçmesi gereken zaman konusundaki algılamalarıdır. Her iki kavramı birbirinden ayıran temel noktaları ayrıntısıyla inceleyen Rifkin ve Walt'ın görüşleri aşağıda ele alınmıştır.

1. Sağlığın tanımlanmasındaki farklılıklar

KTSH yaklaşımının sağlık tanımı DSÖ'nün sağlık "sadece hasta olmama değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir" tanımı ile özdeşdir. Buna karşılık STSH yandaşları sağlığı sadece

"hastalığın" (disease)² olmaması olarak tanımlanmaktadır. Buna göre sağlığın geliştirilmesinde başarı ölçüsü toplumdaki en zararlı ve önlenmesi en kolay hastalıkların azaltılmasıyla ölçülmektedir. KTSH ise sağlığın tanımını hastalığın olmamasından uzaklaştırarak pozitif sağlık üzerinde durmaktadır. Ayrıca sağlığın sadece tıp mesleği mensuplarının sorumluluğu altında olması inancını reddederek çevresel ve sosyal faktörlerin üzerinde durmaktadır. Buna karşılık STSH sağlığı en dar anlamıyla tanımayarak sadece hastalıkların tedavisi ile ilgili olarak eğitim almış kişilerin sorumluluğu altında kabul etmiştir.

2. Eşitliğin önemi

Bilindiği gibi eşitlik KTSH'nin en önemli ögesi olarak karşımıza çıkmaktadır (56). Ancak burada eşitlikten kastedilen yoksulluğun temel nedenlerini bulmak ve kaynakların mevcut dağılımı üzerinde durmaktır. Bu durumda TSH'nin başarısının bir ölçütü herkese "ihtiyacı" ile orantılı eşit sağlık hizmeti sunmaktadır. Buna karşılık daha önce de vurgulandığı gibi STSH'nin sağlık programını seçim kriteri hastalığın prevalansı, morbidite, mortalite ve kontrol altına alınabilir olup olmadığıdır. Yani bu tartışmada hizmetlerin yoksullara ya da en çok ihtiyacı olanlara yöneltilmesi tartışması hiç bir şekilde yapılmamaktadır. Yapılan araştırmalar sağlık programlarının tek başına yoksulların sağlık statüsünü geliştirmek için yeterli olmadığını göstermiştir. Sosyal ve ekonomik problemleri çözmek için yeterli para, zaman ve çaba harcanmadığı sürece insanlar sağlanan hizmetleri kullanmamaktadır. Bu nedenle STSH'nin eşitlik konusunu gözardı etmesinin yanısıra sağlığı tıp mesleği ile sınırladığı ve altyapı, tutum ve algılar gibi kavramların önemini gözardı ederek tıbbi teknolojiye gereğinden fazla önem verdiği söylenebilir.

3. Sağlık problemlerine sektörlerarası bir yaklaşımın gerekliliği

Daha önce de belirtildiği gibi KTSH sağlığın sadece sağlık hizmetlerinden değil birçok çevresel, sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilendiğini kabul etmektedir. Yani sağlık sadece bir hastalık değil ancak kalkınma problemi olarak görülmelidir ve bu nedenle de sağlığı yalnızca Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altında tutmak doğru bir yaklaşım değildir. Buna karşılık STSH tıbbi müdahaleler ve bu müdahalelerin maliyet etkililiği üzerinde yo-

ğunlaşmakta ve çözümünü yalnızca tıbbi bilgi ve teknolojide aramaktadır.

4. Toplum katılımının önemi

STSH'nin toplum katılımını gözardı eden hatta engelleyen yaklaşımı sağlığın geliştirilmesi konusunda en önemli engel olarak karşımıza çıkmaktadır. STSH'ni savunulara göre toplum katılımı sadece profesyoneller tarafından seçilen tıbbi müdahalelerin toplumun çoğunluğu tarafından kabul edilip uygulanması anlamına gelmektedir. Burada üstü kapalı olarak sağlık/hastalık problemlerinin en iyi şekilde ve sadece tıp mesleği mensupları tarafından çözümlenebileceği ve toplum katılımının maliyet/etkililiği olmayan bir yaklaşım olduğu öne sürülmektedir.

Yukarıda belirtilen temel noktalar her iki yaklaşımı birbirinden ayıran temel özellikleri ve iki grup arasındaki çatışmanın nedenlerini ortaya koymaktadır. İlk bakışta her iki yaklaşım da benzer noktaları ve tartışmaları kabul eder gibi görünmesine, hatta bazı STSH savunucuları tarafından bu tartışma gereksiz ve yapay bir tartışma olarak kabul edilmesine karşın her ikisinin temel felsefi dayanakları birbirine tamamen zıttır. Örneğin her iki yaklaşım da hastalığın altında yatan temel nedenlerin yoksulluk, yetersiz beslenme, kaynak dağılımındaki eşitsizlikler, eğitimsizlik vs. olduğunu kabul ederken, STSH bunların giderilmesi yönünde hiçbir teşebbüste bulunmazken KTSH bunların düzeltilmesi için alternatifler ve yöntemler sunmaktadır. Newelle göre (57) STSH'nin öne sürdüğü tüm müdahaleler toplumun tümüne uygulansa dahi sonuçta ortaya çıkanlar toplumun öncelikleri ve yaşam tarzı ile ilgili değilse sağlık sisteminin başarılı olduğu söylenemez. Ayrıca KTSH yaklaşımına göre eğer toplumun tamamen kendi tercihleri sonunda STSH ile hedeflenen hastalıklar halen ölüme neden oluyorsa bile başarılı sayılabilir. Bu nedenle Rifkin ve Walt'ın da belirttiği gibi (58) bir yaklaşımın kabul edilmesi diğerinin mutlaka reddini gerektirmektedir. KTSH'ni savunuların teknoloji ve tıbbın değerini yadsınmamasına, STSH'ni savunuların ise kalkınma sürecinin önemini kabul etmelerine karşın her iki yaklaşımın bakış açıları, çalışma yöntemleri, beklenti ve amaçlarının farklı olması bunların uzlaştırılmasını hemen hemen imkansız kılmaktadır.

Buraya kadar KTSH ve STSH arasındaki ayrılıklar ve bu kavramlar etrafındaki tartışmalar vurgulanmıştır. Görüldüğü gibi UNICEF'in uygulamalarıyla gündemi işgal eden bağışıklama, oral rehidratasyon tedavisi, büyüme ve gelişimi izleme gibi yöntemler gelişmekte olan ülkelerin sağlık statüsünü yükseltme amacına yönelik olmasına karşın temelde bu ülkelerde egemen ideolojinin devamına

²İngilizce'de "illness", "disease" ve "sickness" kavramları birbirinden farklı kavramlara işaret ederken Türkçe'de bu terimlerin tümü "hastalık" olarak adlandırılmaktadır. Burada hastalık (disease) vücutta herhangi bir patojenin varlığı ya da anormallikle ifade edilmektedir (55).

yardım etmek dışında bir katkıda bulunmamakta hatta bu ülke nüfuslarının sağlığı için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu durumda gündeme uluslararası örgütlerin ve özellikle UNICEF'in bu programları neden bu kadar vurguladıkları ve neden geliştirmekte olan ülkeleri bunları geliştirmeye zorladıkları sorusu gelmektedir. Ancak UNICEF'in bu politika değişikliği üzerinde dururken Dünya Bankası ve IMF'nin (Uluslararası Para Fonu) politikaları üzerinde de durmakta yarar vardır (59). Bu yolla uluslararası örgütlerin birbirleriyle girift ilişkisi ve bunların politikaları üzerindeki yansımalarını görmek mümkün olacaktır. Bilindiği gibi 1980'li yıllarda dünyayı etkisi altına alan resesyon geliştirmekte olan ülkeleri Dünya Bankası ya da IMF'den borç almak zorunluluğuyla karşı karşıya bırakmıştır. Bunun karşılığında borç alan ülkelere hem makro hem de mikro düzeyde uymakla zorunlu oldukları şartlar getirilmiş ve esasen tüm bunların amacı serbest pazar oryantasyonlu bir uluslararası ekonomi geliştirme olmuştur. IMF'nin makro düzeyde Dünya Bankasının ise mikro düzeyde ülkelerin politikalarına yaptıkları etkiye örnek olarak Dünya Bankasının borç alan ülkelere empoze ettiği sağlık, eğitim gibi sektörlerde "kullanıcı payı" (user charges) uygulamaları gösterilebilir. Dünya Bankası'nın 1981 yılında yayınlanan ve örgütün politikasının temel özelliklerini vurgulayan Berg raporunda temel ihtiyaçlar (basic needs) yaklaşımı bırakılarak "TSH projeleri" üzerinde durulmuştur. Bu raporda sağlıkla ilgili olarak üzerinde önemle durulması gereken konular arasında bağışıklama (özellikle kızamık), vektörel hastalıkların tedavisi ve temiz içme suyu sayılmıştır. Görüldüğü gibi STSH'ni savunuların görüşleri uluslararası monarist politikalarla büyük ölçüde uyum sağlamaktadır. Dünya Bankası'nın geliştirmekte olan ülkeler üzerinde gittikçe artan etkisi ve her türlü uluslararası yardım ilişkisinin Banka'nın şartlarına uyma zorunluluğu konusundaki genel eğilim düşünüldüğünde STSH'nin "yeni dünya düzeni" içinde önemli bir yer edindiğini ve bu eğilim sürdükçe edinmeye devam edeceğini söylemek mümkün görünmektedir.

Yukarıda sözü edilen global değişikliklerin yanısıra uluslararası örgütlerin STSH'ni tercih etmelerinin başka nedenlerinden de sözedilebilir(60). Bunların arasında belki de en önemlisi STSH'nin objektif kriterlerle ölçülebilir sonuçlar vermesi ve ilave bir sağlık alt yapısını gerektirmemesi gösterilebilir. Bunun yanısıra, STSH stratejisi özel sektörün ilgi alanına girmeyen stratejilere yöneldiği için (koruyucu hizmetler) kamu ve özel sağlık birimleri arasında rekabeti gerektirmemesi de önemli bir konudur. STSH'nin bu özelliği özellikle borç verme stratejileri ile makro ekonomik amaçları gerçekleştirmeyi ve bunlar içinde de daha önce sözü edilen serbest pazar

oryantasyonlu bir ekonomik modeli yaymayı amaçlayan uluslararası örgütlere çekici gelmektedir.

SEÇİCİ TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ: TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMALAR

Türkiye'de sağlık sorunlarına dikey programlarla çözüm bulmanın geçmişi 1930 yılında çıkan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na kadar dayanmaktadır. Yasada o dönemde önemli birer sağlık sorunu olan sıtma, tüberküloz, trahom gibi hastalıklarla mücadele için özel düzenlemeler getirilmiş ve bu da daha sonra geliştirilen programların temelini oluşturmuştur. Bu hastalıklarla mücadele, önceleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda tek bir birim altında yürütülürken zaman içinde bunlar farklılaşarak Bakanlık içinde kendi personel ve örgütlenme modeline sahip birimlere ayrılmıştır. İlk olarak 1946 yılında sıtma ile mücadele için bir birim kurulmuş ve bunu 1963 yılında verem izlemiştir. Bu hastalık oryantasyonlu dikey programların yanısıra Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması da 1965 yılında ayrı bir birim haline gelmiştir. Son sağlık reformlarında "örgütlenmede dikey modeller bırakılmalı, entegrasyon anlayışı benimsenmelidir" ilkesi yeralmakta(61) ancak reformların uygulamaya geçmesindeki gecikme bu entegrasyonu da geciktirmektedir. Reformlar uygulamaya geçse dahi bu entegrasyonun sağlanması özellikle politik nedenlerden dolayı mümkün görünmemektedir. Şu anda mevcut dikey programların hemen hepsinin Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında olması gerekirken bunların birbirinden bağımsız ayrı örgütler halinde çalışmalarını hem birçok dublikasyona neden olmakta hem de hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Buna örnek olarak BCG aşısının verem savaş dispanserlerinde yapılması nedeniyle genişletilmiş aşı programı içine dahil edilememesi ve bunun sonucunda da gerekli personel zamanı harcanmasının yanısıra BCG aşısının diğerleri kadar yaygınlaşmaması gösterilebilir.

Dünyada 1980'li yıllardan bu yana tekrar gündeme gelen ve yaygınlaşan seçici stratejiler Türkiye'yi nasıl etkilemiştir? Bu alanda dönüm noktasını 1985 yılında UNICEF, DSÖ ve Türkiye arasında imzalanan ve Türkiye'nin "Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Programı" içine dahil edilmesini sağlayan anlaşma olmuştur. Bu anlaşma çerçevesinde 1985 yılının sonbaharında UNICEF, DSÖ, USAID, Rotary International gibi uluslararası örgütlerin yoğun katkılarıyla "sosyal pazarlama" tekniklerinin tümünün kullanıldığı ve Cumhurbaşkanı ve Başbakan da dahil olmak üzere devletin en üst kademesinden destek alan ulusal bağışıklama kampanyası gerçekleştirilmiştir. Bu kampanyanın en büyük özelliği ilgili tüm sektörlerin katılımı ve desteğiyle sektörlerarası işbirliğinin en üst düzeyde sağlanması ve kampanya

Tablo 1: 1985-1987 Yılları Arasında Türkiye Genelinde DBT3, OPV3 ve Kızamık Bağışıklama Yüzdesi (Bir yaşın altındaki çocuklar)

AŞI / YIL	1985 (Kampanya öncesi)	1985 (Kampanya sonrası)	1986	1987
DBT3/OPV3	17	67	40	71
KIZAMIK	12	72	30	50

Kaynak: Joint Report of the Government of Turkey UNICEF/US AID/WHO Team (64)

Bu tablodan ilk bakışta görüleceği gibi kampanya sonrasında bağışıklama yüzdesinde ani bir düşüş olmuş ve aşağıda ayrıntısı ile görüldüğü gibi (Tablo 2) bağışıklama oranı %60-70 civarında gerçekleşmiştir.

Tablo 2: Bakanlık Aşı Uygulamaları (%) (Bir Yaş Altı)

Yıl/Aşı	DBT1	DBT2	DBT3	Kızam.	OPV1	OPV2	OPV3
1986	67	49	45	34	53	45	34
1987	74	71	71	50	71	71	50
1988	89	82	76	66	90	83	77
1989	79	76	74	67	80	76	74
1990	78	75	73	68	78	75	73
1991	78	74	72	66	78	74	72
1992	73	71	68	65	73	71	69
1993	72	68	65	62	72	68	65

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (65)

esnasında sosyal mobilizasyonun en üst düzeyde gerçekleşmesidir. Kampanya ile ilgili olarak yapılan ilk değerlendirme çalışmaları bu sayede 1.3 milyon kızamık, 873 bin boğmaca ve 9 bin çocuk felci vakasının ve tüm bu hastalıklardan 22.500 ölümün önlendiğini ortaya çıkarmıştır(62). Bu kampanya uluslararası çevrelerde de bir başarı olarak ilan edilmiş ve seçici stratejilerin uygunluğuna örnek olarak gösterilmiştir(63). Tablo 1'de kampanya öncesinde ve sonrasında bağışıklama oranları gösterilmektedir.

Kampanya sonrasındaki ani düşüşü kampanyanın bitimi ile birlikte ilgili diğer sektörlerin desteğini çekmesine bağlamak mümkün olabilir. Bu görüş kampanyalar ile sağlanan bağışıklama oranlarının daha sonraları korunamayacağını savunanların görüşlerini desteklemektedir. Bunun yanısıra, önemli bir başka nokta da Türkiye'nin 1990 yılına kadar bir yaşın altındaki tüm çocuklarda tüm aşılarından bağışıklama oranını %95 çıkarma hedefinin de çok altında kaldığı görülmektedir. Burada vurgulanması gereken bir başka konu bu oranların gösterdiği bölgelerarası farklılıklardır. Tablo 3'de de gö-

rüldüğü gibi az gelişmiş ve bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu yörelerde bağışıklama oranı gelişmiş yörelere göre büyük farklılıklar göstermektedir. Tablo 3'de sonuçları verilen araştırmada bağışıklama ölçütü olarak aşı kartı alınmasına ve bunu tek bağışıklama ölçütü olarak ele alınmasının yanlış olmasına karşın ulaşılan sonuçlar bölgelerarası farklılıkları vurgulamak açısından önemlidir. Bu ölçüler içine ailelerin beyanının da dahil edilmesi durumunda bağışıklama oranlarının daha yüksek çıkması beklenebilir ancak bu durum bölgelerarası farklılıklarda önemli bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Elbette kampanya öncesi bağışıklama oranları ile sonrasındaki oranlar arasında önemli bir artış olduğunu yadsımak mümkün değildir ancak bu artışın Türk insanının sağlık statüsüne ne kadar katkısı olduğunu ve bu kampanyaların fırsat maliyetinin mutlaka tartışılması gerekmektedir.

Türkiye'de genişletilmiş aşı programının başlatılmasına birçok gerekçe gösterilmiş bunlar arasında en önemlisini mevcut bağışıklama düzeylerinin çok düşük olması oluşturmuştur. Ba-

Tablo 3: 9 İldeki Bağışıklama Oranı Araştırmalarına Göre 1 Yaşın Altında Aşı Kartı ya da BCG Yarısı Olan Çocuklarda Bağışıklama Oranı (1988)

İL/AŞI	DBT1	DBT2	DBT3	KIZAMIK	TÜM AŞILAR
İSTANBUL	89	86	78	49	24
İÇEL	60	56	48	26	19
GAZİANTEP	48	43	30	21	12
ANKARA	76	74	65	42	30
BURSA	87	83	73	33	28
ERZİNCAN	53	46	32	20	6
VAN	7	6	3	2	1
TOKAT	56	56	46	21	15
İZMİR	89	86	78	38	31
BİRLEŞİK	64	61	51	27	12
TOPLAM					

Kaynak: Joint Report of the Government of Turkey, UNICEF/US AID/WHO (66)

ğışıklama oranında arzulanan seviyeye ulaşılmamasının nedenleri arasında ise aşı ve soğuk zincir malzemesinin yetersiz olması, ulaşım araçlarının sayı ve nitelik olarak personelin eksik olması, bağışıklamanın öneminin toplum tarafından yeterince anlaşılmamış olması ve sektörlerarası işbirliğinin sağlanamamış olması sayılmaktadır (67,68). Kampanyanın amaçları ise UNICEF tarafından şu şekilde belirtilmiştir.

– Bebek ölüm hızı yüksek ve bağışıklama oranı düşük bir ülkenin, coğrafi şartlar, nüfus yoğunluğu, hava koşulları gibi bariyerlere karşın çocuk nüfusunun en az %80'inin aşılanaabileceğini göstermek.

– Ulusal bir bağışıklama kampanyasının sürekli olarak yüksek düzeyde bir bağışıklama oranını korumaya yardım edebileceğini göstermek

– Hızlandırılmış bağışıklama kampanyası yoluyla ülkenin tüm sağlık sisteminde iyileşmeler olabileceğini ve diğer temel sağlık hizmetleri alanlarında da bu tür gelişmelerin sağlanabileceğini göstermek (69).

Bağışıklama kampanyası öncesinde Türkiye'de de bu kampanya lehinde ve aleyhinde tartışmalar olmuştur. Kampanyayı savunanlar toplumu harekete geçirmek ve bağışıklama oranları %80'lere ulaştırmak için bunun tek yol olduğunu ve kampanya esnasında geliştirilecek yöntem ve tekniklerle ulaşılan bağışıklama düzeyinin korunmasının mümkün olduğunu savunmuşlardır. Buna karşılık kampanyaya karşı çıkanlar ise kampanyaların yapay ve durağan olmayan startejiler olması nedeniyle kampanya son-

rası bağışıklama düzeylerinin rutin hizmetler tarafından sağlanmasının mümkün olmadığını bunun da toplumda ve sağlık personeli arasında hayal kırıklığı ile sonuçlanabileceğini öne sürmüşlerdir (70). Kampanya sonrası gelişmeler son görüşü haklı çıkarmış ve kampanya ile hedeflenen düzeylere ulaşamadığı gibi bağışıklama konusu da toplumun gündeminden düşmüştür.

Bu kampanya ve sonrasındaki gelişmelerin incelenmesi ve mevcut durumun ortaya konması daha sonra geliştirilecek bu tür programların etkililiği ve uygulanabilirliği açısından önem kazanmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak 1988 yılında Türk, UNICEF, DSÖ ve USAID uzmanlarından oluşan bir ekip tarafından Türkiye'deki ishali hastalıkların kontrolü ve genişletilmiş aşı kampanyası programlarını değerlendirmek üzere hazırlanan rapor önemli bulgular ortaya koymaktadır (71). Bu ekip 9 ilde (Ankara, İstanbul, İzmir, Gaziantep, Tokat, Bursa, İçel, Erzincan, Van) bağışıklama düzeyleri ve ORS kullanımını araştıran kapsamlı çalışmalar yapmış ayrıca sağlık müdürleri, hastane yöneticileri, özel doktorlar, sağlık ocağı-evi personeli, eczacılar gibi gruplarla da yüzyüze mülakatlar gerçekleştirmişlerdir.

Raporun ortaya koyduğu önemli bulgulardan biri gerek bağışıklama oranlarında olsun gerekse de ORS kullanımında olsun enformasyon eksikliği ve mevcut olan enformasyonun da yetersiz olmasıdır. Bu durumda bağışıklanan çocuk yüzdesinde olduğu kadar hastalıkların insidansı dolayısıyla bağışıklama sonucunda elde edilen faydalar hakkında da yanlış bilgi sahibi olma olasılığı çok yüksektir. Örneğin UNICEF'in verdiği rakamlara göre bağışıklama ile

önlenen hastalıklardan 25.000 ölümün engellendiği öne sürülmektedir. Ancak mevcut bilgiler bunun doğru olamayabileceğini göstermektedir. Çocukların bağışıklama durumu hakkında bilgi veren ve önemli enformasyon kaynağını aşı kartları oluşturmaktadır. 1985 yılındaki kampanya esnasında bu kartlardan önemli oranlarda basılarak sağlık evi ve ocaklarına dağıtılmıştır.

Ancak yukarıda sözü edilen araştırmada incelenen illerde çocukların üçte birinin aşı kartının olmadığı görülmüştür. Bu durumda bağışıklama bilgisi tamamen ailenin beyanına dayalı olarak elde edilmektedir ki bunun da ne kadar sağlıklı olduğu tartışma konusudur. Bunun yanısıra DPT tarafından 1990 yılında Price Waterhouse firmasına hazırlatılan Sağlık Master Planı çalışmasında da Türkiye'de bağışıklama düzeylerinin gerçekte olduğundan yüksek tahmin edildiğine dikkat çekilmektedir (72). Buna örnek olarak Mardin ili verilmekte ve bu ilde gerçekleşen 26 bin doğumdan sadece 7200'ünün kaydedildiğini ve kaydedilen doğumlara dayalı olarak hesaplanan bağışıklama oranlarının gerçeği yansıtmayacağı belirtilmektedir. Bu durum, doğal olarak, bağışıklamaya ilişkin yapılan maliyet/etkililik çalışmalarının sonuçlarını da etkilemektedir. Şu anda uluslararası kabul edilen standartlara göre belirlenen maliyetlerin (tüm aşıları yapılan çocuk başına 16.86\$) ne kadar gerçeği yansıttığı tartışma götürmektedir.

Yukarıdaki incelemeler sonucunda ortaya çıkan önemli bir bulgu bağışıklama konusunun can damarını oluşturan soğuk zincire ilişkindir. Bağışıklama kampanyası sırasında uluslararası örgütlerin katkılarıyla ülkedeki soğuk zincir yenilenmiş ve alet ekipman alınarak bunların kullanımı konusunda gerekli eğitim verilmiştir. Bu kampanyaların sağladığı en önemli fayda olarak bunu göstermek mümkündür. Ancak incelemelerin yapıldığı 9 ilde bu ekipmanın kullanımının yanısıra enjektör kullanımı ve atık yönetimi konusunda önemli aksaklıkların olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer ülkelerdeki deneyimler soğuk zinciri için kullanılan ekipmanların beş yıllık bir kullanımdan sonra bakımı, tamiri ve yenisinin alınması için ekipman değerinin %20'si kadar bir bütçenin ayrılması gerektiğini göstermektedir. Bu konuda Türkiye'de ciddi yetersizlikler söz konusudur ve bunun da aşıların etkililiğini (efficacy) önemli ölçüde etkilediği söylenebilir. Dokuz ilde 45 sağlık ocağında yapılan araştırmalarda bunların %7'sinde buzdolaplarının çalışmadığı ve tamir edilmeyi beklediği ortaya çıkmıştır. Aradan geçen zaman düşünüldüğünde ve tüm ülke açısından ele alındığında bunun bugün çok ciddi bir problem olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Daha önce de belirtildiği gibi, alet ve ekipman soğuk zincirin sadece bir parçasını oluş-

turmaktadır. Bunu kullanacak personelin bilgi ve becerisi, aşıları doğru sıcaklıkta ve konumda tutması çok önemli bir konudur. Aşıların ısıya çok hassas olmaları nedeniyle korundukları yerlerin sıcaklık derecelerinin belirli aralıklarla ölçülmesi rutin bir işlem olmalıdır. Dokuz ilde yapılan incelemeler bunun hiçbir düzeyde yapılmadığını ve aşıların önerilen sıcaklık sınırları içinde tutulmadığını göstermiştir. Bu illerde soğuk zincir ekipmanı içinde gözlenen en düşük sıcaklık -4 C en yüksek sıcaklık ise 14 C olmuştur. Genişletilmiş aşı programı kapsamındaki aşılar için önerilen sıcaklık limitleri sağlık ocağı düzeyinde 4-8 derece arasındadır (73). Bunun yanısıra ziyaret edilen 38 sağlık ocağının % 16'sında kesinlikle dondurulmaması gereken DBT ve tetanoz aşılarının dondurulduğu gözlenmiştir. Ayrıca bu ocakların %13'ünün buzdolabında da termometrenin bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Soğuk zincir konusunda belirtilmesi gereken son önemli nokta personel devir hızının çok yüksek olması ile ilgilidir. Bağışıklama kampanyası esnasında personel soğuk zincir konusunda eğitilmesine karşın özellikle kırsal alanda personel devir oranının çok yüksek olması nedeniyle bu konuda yeterli düzeyde bilgili personelin çoğu yerde bulunmaması ile sonuçlanmaktadır. Bu durumda, özetle, kağıt üzerinde gösterilen bağışıklama oranlarının gerçeği yansıtmamasının yanısıra yapılan aşıların etkililiği konusunda da ciddi şüpheler ortaya çıkmaktadır. Son polio kampanyası öncesinde yine uluslararası örgütlerin etkisiyle soğuk zincir envanter çıkarma çalışmasının ve bazı gerekli iyileşmelerin yapıldığı ifade edilmektedir. Ancak kullanımdaki sorunların halen devam ettiğini söylemek yanlış bir ifade olmayacaktır.

UNICEF, USAIOD, DSÖ ve Türkiye'den çeşitli araştırmacıların ortaklaşa yaptıkları çalışmanın çok önemli bir sonucu Türkiye'de bağışıklama programı yani hangi aşının hangi ayda yapılması gerektiği konusunda bir konsensusa varılamadığı olmuştur. Yapılan incelemeler sağlık çalışanlarının özellikle kızamık aşısının takvimi konusunda çelişkili uygulamalar yaptığını göstermiştir. DSÖ tarafından Türkiye'de kızamık aşısının bebek 39 haftalık olur olmaz yani 9 ay bitince yapılması öngörülürken bu sağlık çalışanları tarafından bebek 9. aya girer girmez yapılması gerekir şekilde algılanmaktadır (34-38 hafta). Ayrıca yukarıda belirtilen araştırmada kızamık aşısı ile ilgili üç ayrı zaman takviminin uygulandığı ortaya çıkmıştır. Buna göre bazı durumlarda kızamık aşısı 12 aylık iken, bazı durumlarda 6 ve 15 aylık iken bazen de 9 aylık iken yapılmaktadır. Bu durum Türkiye'de çocukların bağışıklanması konusunda çok ilginç bir tablo ortaya çıkarmaktadır. Örneğin 1988 yılında 9 ilde yapılan araştırmada DBT3 bağışıklama oranının %86, kızamık bağışıklama oranının ise %67 olduğu bu-

lunmuştur. Ancak aşuların gerçekten gereken zaman yapıp yapılmadığını da inceleyen ayrı bir analizde incelenen çocukların gerçek bağışıklama düzeyinin DBT3 için %51, kızamık için ise %27 olduğunu göstermiştir. Polio aşısının da aynı şekilde önerilen zaman aralıklarına uyulmadan yapıldığı sonucu gözlenmiştir. Bu da iki önemli sonucu ortaya koymaktadır. Birincisi çocuklar gereken zamanda aşılanmadıkları için aşuların bağışıklama etkililiği ciddi olarak sorgulamakta, ikincisi ise aşular doğru zamanda yapılmadığı için kaynakların boşa kullanılması söz konusu olmaktadır.

Kızamık aşısının etkinliğine ilişkin olarak Türkiye'de son yıllarda yapılan araştırmalar ilginç sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin Metintaş ve diğerleri (74) tarafından yapılan araştırmada 9 aylık bebeklere aşı yapılmasının uygun olduğu ancak aşı yapma yapılan grupta aşı ile istenen düzeyde bağışıklık oranının sağlanamadığı kaydedilmektedir. Aynı şekilde Ellidokuz ve diğerleri (75) tarafından Ekim 1992 ve Mayıs 1993 tarihleri arasında Güzelbahçe sağlık ocağı bölgesinde ortaya çıkan kızamık salgını üzerine yapılan araştırmada da bölgede 0-6 yaş grubunda kızamık bağışıklık oranı %98 olmasına ve araştırılan olgularda bu oranın %72.3 olmasına karşın salgının ortaya çıkması soğuk zincire (özellikle bağışıklamanın sağlık ocağı bölgesi dışında olduğu olgularda) gereken önemin verilmemesi ve kızamığa spesifik antikorların zamanla azalmasıyla açıklanmıştır. İzmir ili Sağlık Müdürlüğü'ne 1983'den beri bildirilmiş kızamık olguları üzerinde yapılan bir başka araştırmada da (76) 1983-1994 döneminde aşılu çocuk ve bebek yüzdesi yıldan yıla arttığı halde kızamık morbiditesinin belirli bir azalma trendi göstermediği hatta 2-3 yıl ara ile epidemilerin ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır. Tüm bu sonuçlar Türkiye'de bağışıklama çalışmalarına ilişkin ayrıntılı araştırmalar yapılması gereğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmalar yapılmadan bağışıklama ya da bağışıklama kampanyaları üzerinde yapılan tartışmaların geçerliliği şüphe götürecektir.

Türkiye'de bağışıklama konusunda karşımıza çıkan önemli sorunlardan biri de BCG aşısının genişletilmiş aşı programının içine entegre edilememesidir. Bakanlığın BCG aşısının sağlık ocaklarında da yapılabilmesi yönünde bir politikası olmasına karşın bugüne kadarki uygulamalar bu politikaların uygulanmasında ciddi sorunlar olduğunu göstermektedir. Bunun temel nedeni de verem savaşı ile ilgili olarak ayrı bir dikey örgütlenmenin mevcut olmasıdır. Bu durumda BCG aşısı verem savaş dispanserlerinde ve hastanelerde yapılmakta bu da bir çocuğun tam aşılu kabul edilebilmesi için hem sağlık ocağı-evinde hem de bir dispanser ya da hastanede BCG aşısını olmasını gerektirmektedir. Bu nedenle BCG aşılama düzeyinde diğerlerinin altında ka-

linmakta ancak bunun yanında ve belki de bundan daha önemlisi boşa personel ve zaman harcanmış olmaktadır.

Entegrasyon eksikliği diğer dikey programlarda da kendini göstermektedir. Bu makalede üzerinde yoğunlukla durulmasına karşın Türkiye'nin Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Devrimi içinde başlattığı tek programın bağışıklama olmadığı belirtilmelidir. Bu alandaki ikinci önemli program 1986 yılında başlayan ishali hastalıkların kontrolü programıdır. Ancak bu programın bağışıklama programı ile entegre olmaması önemli sorunlar yaratmaktadır.

Bağışıklama programı konusunda bu kadar ciddi problemler olmasına karşın bunlar ulusal düzeyde tartışılmamakta ve bu tartışma olmadığı için de problemlerin çözümüne yönelik girişimler de yetersiz kalmaktadır. Bunun ötesinde bu problemler çözümlenmeden yeni programlar geliştirilmekte ve kampanyalar düzenlenmektedir. Bunun en son örneğini makalenin başında belirtilen polio aşı günleri olmuştur. Bu kampanya süresince aşısı olsun olmasının beş yaş altındaki her çocuğun aşılanması hedeflenmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi polio aşısı ısıya en az dayanıklı aşılardan biridir ve kampanyanın yapıldığı dönem de dikkate alındığında her ne kadar resmi rakamlar %95'e varan bir aşılama düzeyini gösterse de bu kampanya ile aşılanan çocukların bir kısmının aşısının soğuk zincirdeki yetersizlikler nedeniyle kağıt üzerinde kaldığını söylemek çok yanlış olmayacaktır. Harcanan personel, para ve diğer kaynaklar düşünüldüğünde bunun hedefini bulmayan bir girişim olduğunu belirtmek mümkündür.

Birinci bölümde tartışılan ve seçici stratejilere yöneltilen tüm eleştiriler Türkiye bağlamında geçerli görünmektedir. Bu da Türkiye'de artık kampanyalar ya da diğer seçici stratejilere yönelmeden ziyade KTSH yönünde bir örgütlenme modelinin gerçekleşmesi gereğini ortaya koymaktadır. Herhangi bir hastalığa karşı bağışıklanan çocukların kendi ortamlarında hangi sağlık sorunlarından şikayet ettikleri ve ölüm oranları ayrıntılı olarak incelenmelidir.

SONUÇ

Bu makalede Türkiye'de çok yakın bir süre önce gerçekleştirilen polio aşı kampanyasından esinlenilerek global düzeyde bu tür seçici stratejiler ya da en geniş şekliyle STSH etrafında gelişen tartışmalar irdelenmiş ve Türkiye'deki durum ortaya konmuştur. Bu bölümde ulaşılan sonuçlar özet olarak sunulacaktır.

1980'li yıllarda UNICEF'in yoğun girişimleriyle

dünyanın birçok gelişmekte olan ülkesinde uygulama alanı bulan seçici stratejilerin tamamıyla başarısız olduğunu ya da hiçbir somut sonuca ulaşmadığını belirtmek yanlış olacaktır. Brenzel ve Clacquin'in de belirttiği gibi (77) bu programlar sonucunda 1992 yılına kadar bu ülkelerdeki çocukların %70'i bir yaşına gelmeden herhangi bir aşı ile aşılanmış ve aşı yapılan hastalıklardan 3.2 milyon ölüm engellenmiştir. İlk bakışta, kağıt üzerinde, bunu büyük bir başarı olarak kabul etmek ve bu tür stratejileri desteklemek mümkündür. Ancak bu yaklaşımın fırsat maliyeti düşünüldüğünde, katkıları ile zararları gözönüne alındığında zarar hanesinin daha kabarık olduğu belirtilebilir.

İlk olarak UNICEF'in seçici stratejileri ile kıyamaktan ya da ishalden ölmesi engellenen çocukların bu seçici yaklaşımla hedeflenmeyen ve temelde yoksulluğun neden olduğu bir başka hastalıktan hayatını kaybedip kaybetmediği araştırılmalıdır. Bugün birçok yazar tarafından genişletilmiş aşı programının etkililiğinin uygulandığı yerdeki sosyo-ekonomik şartlara bağlı olduğu kabul edilmektedir (78). Hastalıkların altında yatan nedenlerin çözümüne yönelik stratejiler yerine hastalığı önlemeye yönelik stratejiler geliştirilmesi sadece ve sadece hastalığın belirli bir süre için kontrol altında tutulması ve ölüm ya da sakatlık sayısında değil nedenlerinde bir değişiklik ile sonuçlanacaktır. Daha önce de belirtildiği gibi KTSH hastalık nedenlerine yönelik köklü çözüm önerileri getirirken STSH bu konuda oldukça sınırlı kalmaktadır. Burada örnek bir durum olarak "bir toplumda ishali hastalıkların kontrolü için ORS paketlerinin yaygınlaşmasına yönelik stratejiler mi izlenmeli (STSH) yoksa o topluma temiz içme ve kullanma suyu ve hijyen alışkanlıkları mı kazandırılmalı (KTSH)?" sorusu gösterilebilir.

STSH'nin ikinci ve belki de en olumsuz etkisi gelişmekte olan ülkelerin diğerlerine olan bağımlılığını artırmasıdır. Bilindiği gibi "kendi kendine yeterlik", "kendi kaynaklarına bağımlı olma" ve "güç kazanma ve kazandırma" (empowerment) gibi konular KTSH savunucularının üzerinde durdukları en önemli noktalar. KTSH bu yönüyle üçüncü dünya ülkelerinin en büyük başarısı ve tıp ile halk sağlığı alanlarında bir devrim olarak kabul edilmiştir (79). STSH ise tamamen uluslararası örgütlerin empoze ettiği ve çoğu durumda alıcı ülkelerin kabul etmek zorunda bırakıldığı, toplum katılımının sadece ve sadece çocukları aşılama götürmek ya da ORS paketlerini doğru şekilde kullanmak ile sınırlı olduğu bir stratejidir. Bu yolla gelişmekte olan ülkeler bir kez daha kaynak, ekipman ve aşı aracılığıyla Batılı ülkelere bağımlı kılınmakta ve uluslararası örgütlerin bu ülkelerdeki etkisi daha da artmaktadır. Ayrıca seçici stratejilere verilen önem gereği sağlık

sektöründeki diğer önemli konular ikinci plana düşmekte, ihmal edilebilmektedir. Banerji'nin ifade ettiği gibi zaman zaman ihmal edilen konular doğrudan doğruya seçici stratejilerin hedeflediği ana-çocuk sağlığı üzerinde olabilmektedir(80).

STSH içinde önemli olan bir başka konu bu stratejilerle elde edilen başarıların sürekliliği ile ilgilidir. Bu stratejiler, uygulandıkları dönemlerde, genellikle abartılmış başarı öyküleri haline gelmekte ancak süreklilikleri sağlanamamaktadır. Rifkin ve Walt'ın da önemle vurguladıkları gibi bu stratejiler sağlığın geliştirilmesi konusunda yanlış beklentiler doğurmakta ve sağlığın sürekli olarak korunması sürecini gözardı etmektedir (81). Sonuç olarak, kısa dönemli ve geçici başarılar uzun dönemli ve kalıcı düzenlemelere tercih edilmektedir.

Son olarak vurgulanması gereken nokta KTSH içinde, STSH ile hedeflenen stratejilerin zaten mevcut olduğudur. Phillips'in de belirttiği gibi (82) STSH KTSH'nin zaten önemli bir parçasını oluşturmaktadır. STSH içinde ele alınan hastalıklar doğal olarak birçok gelişmekte olan ülkenin öncelikler listesinde yeracaktır. Ancak KTSH içinde bu hastalıklara daha geniş bir perspektiften ve toplumsal bakış açısıyla yaklaşılacak ve bunların toplum katılımı ve toplumun her yönden daha iyi şartlara ulaşması yoluyla iyileştirilmesi çareleri aranacaktır.

Türkiye açısından düşünüldüğünde STSH stratejilerinin diğer tüm ülkelerdeki olumsuz etkilerinin geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Buna ilave olarak STSH uygulamaları ve göreceli başarıları nedeniyle sağlık ve sağlığı etkileyen faktörleri içeren konuların tartışılmaması ve bu stratejilerin uluslararası örgütlerin de etkisiyle tek yöntem olarak ele alınması da belirtilebilir. Artık bu tür tartışmaların yapılmasının zamanı gelmiştir.

KAYNAKÇA

1. Walsh, J.; Warren, K., (1979), "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *New England Journal of Medicine*, 301, 960-964.
2. Walsh, J.; Warren, K., (1980), "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *Social Science and Medicine*, 14C, 145-163.
3. Mills, A., (1983), "Vertical vs. Horizontal Health Programmes in Africa: Idealism, Pragmatism, Resources and Efficiency", *Social Science and Medicine*, 17(24), s.1971.
4. Aynı, ss. 1973-1974.
5. Aynı, s. 1973.
6. Gish, O., (1982), "Selective Primary Health Care: Old Wine in New Bottles", *Social Science and Medicine*, 16 s.1049.

7. Tatar, M., (1993), "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış", **Toplum ve Hekim**, 9(60), ss. 78-88.
8. Tatar, M., (1995), "Temel Sağlık Hizmetleri: Politik ve İdeolojik Bir Yaklaşım", **Toplum ve Hekim**, 10(67), ss.26-32.
9. Tatar, M., (1995), "Temel Sağlık Hizmetlerinin vazgeçilmez Ögesi: Toplum Katılımı", **Toplum ve Hekim**, 10(67), ss. 52-61.
10. Warren, K. (1988), "The Evolution of Selective Primary Health Care", **Social Science and Medicine**, 26(9), s.892.
11. Boland, R.G.; Young, M., (1982), "The Strategy, Cost and Progress of Primary Health Care", **Bulletin of Pan American Health Organization**, 16(3), ss.233.241.
12. Evans, J.R. ve diğerleri, (1981), "Shattuck Lecture-Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice", **The New England Journal of Medicine**, 305 (19), ss.1117-1127.
13. Grant, J.P., (1984), "Marketing Child Survival", **Assignment Children**, 65/68, s.13.
14. Godlee, F., (1995), "WHO at Country Level-A Little Impact No Strategy", **British Medical Journal**, 309 (6969), s. 1637.
15. Banerji, D., (1988), "Hidden Menace in the Universal Child Immunization", **International Journal of Health Services**, 18(2), s.294.
16. Berman, P., (1982), "Selective Primary Health Care: Is Efficient, Sufficient?", **Social Science and Medicine**, 16, ss. 1054-1059.
17. Aynı, s. 1055-1056.
18. Unger, J.P.; Killingsworth, J.R., (1988), (Selective Primary Health Care: A Critical Review of methods and Results", **Social Science and Medicine**, 22(10), ss.1009-1010.
19. Rifkin, S.B.; Walt, G., (1986), "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning Comprehensive Primary Health Care and Selective Primary Health Care", **Social Science and Medicine**, 23(6), s.564.
20. Tatar, M., (1994), "Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri", **Verimlilik Dergisi**, 4. ss. 147-173.
21. Barker, J., Turshen, M., (1986), "Primary Health Care or Selective Strategies", **Review of African Political Economy**, 36, s.81.
22. Gish, a.g.e., s.1052.
23. Berman, a.g.e.,
24. Banerji, a.g.e.,
25. Phillips, D.R., (1990) **Health and Health Care in the Third World**, Essex: Longman Scientific and Technical, s.163.
26. Rifkin, Walt, a.g.e.,
27. Kasongo Project Team, (1981), "Influence of Measles Vaccination on Survival Pattern of 7-35 Month Old Children in Kasongo", **The Lancet**, II, ss. 764-67.
28. Barker, Turshen, a.g.e., s.81.
29. Wisner, B., (1988) "GOBI versus PHC? Some Dangers of Selective Primary Health Care", **Social Science and Medicine**, 26(9), s.903.
30. Newell, K.W., (1988), "Selective Primary Health Care: The Counter Revolution" **Social Science and Medicine**, 26(9), s.903.
31. McKeown, T., (1979), **The Role of Medicine**, Oxford: Blackwell.
32. Lalonde, M., (1974), **A New Perspective on the Health of Canadians**, Ottawa: Government of Canada.
33. Wisner, a.g.e.,
34. Hancock, T., (1995), "Urban Planning, Sustainability and Health", Paper presented at **International Healthy and Ecological Cities Congress**, 22-25 March, Madrid.
35. Rifkin, Walt, a.g.e., s.562.
36. Hallstead, S.B. ve diğerleri, (1985), **Good Health at Low Cost**, New York: The Rockefeller Foundation.
37. Kochweser, D.; Yankouner, A., (1991), "What Makes Infant Mortality Rates Fall in Developing Countries", **American Journal of Public Health**, 81(1), ss.12-13.
38. Mills, a.g.e., 1977
39. Banerji, a.g.e., s.294
40. Rifkin, Walt, a.g.e., s.563.
41. Mills, a.g.e., s. 1979
42. Aynı, s. 1977.
43. Robbins, F.C.; Nightingale, E.O., (1986), "Poliomyelitis", Walsh, J.; Warren, K., (eds), içinde **Strategies for Primary Health Care**, Chicago: The University of Chicago Press, s. 195.
44. Cheyne, J., (1982), "Strengthening the Vaccine Cold Chain", **World Health Forum**, 3(4), s.436-440.
45. Vittachi, V.T., (1984), "The Demand Approach for the Child Survival and Development Revolution", **Assignment Children**, 65/68, s.19.
46. Banerji, a.g.e., ss.293-294.
47. Wisner, a.g.e., ss.1966-1967.
48. Banerji, a.g.e., s.296.
49. Rifkin, Walt, a.g.e., s.564.
50. Unger, Killingsworth, a.g.e., s.1017.
51. Rifkin, Walt, a.g.e.,
52. Newell, a.g.e.,
53. Taylor, C.; Jolly, R., (1988), "The Straw Man of Primary Health Care", **Social Science and Medicine**, 26(9), ss.971-977.
54. Rifkin, Walt, a.g.e., s.500.
55. Aggleton, P., **Health**, London: Routledge, s.6.
56. WHO/UNICEF, (1978) **Alma-Ata 1978. Primary Health Care**, Geneva: WHO.

57. Newell, a.g.e.,
58. Rifkin, Walt, a.g.e., s.565.
59. Barker, Turshen, a.g.e., s.82.
60. Unger, Killingsworth, a.g.e., s.1011.
61. Sağlık Bakanlığı, (1990), **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.48.
62. UNICEF, (1986), **Rapid Assesment Turkish National Immunization Campaign of 1985**, s.iv.
63. Walsh, J., (1988), "Selectivity Within Primary Health Care", **Social Science and Medicine** 26(9), s.901.
64. Joint Report of the Government of Turkey UNICEF/US AID/WHO Team, (1988), **National Programme Review, Programme for the Control of Diarroheal Diseases and the Expanded Programme on Immunization: The Republic of Turkey**, s.3.
65. Sağlık Bakanlığı, (1993), **Sağlık İstatistikleri**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.60.
66. Report of the Government of Turkey UNICEF/US AID/WHO, a.g.e., s.2.
67. Bertan, M.; Reid, R.S., (1985), "The National Immunization Campaign of Turkey", **Assignment Children**, 69/72, s.268.
68. Sağlık Bakanlığı, (1985), **1985 Yılı Hızlandırılmış ve Genişletilmiş Aşı Rehberi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.7.
69. UNICEF, a.g.e., s.iiv.
70. Bertan, Reid, a.g.e. s.268.
71. Report of the Government of Turkey, UNICEF/USAID/WHO, a.g.e.,
72. Devlet Planlama Teşkilatı (1990), **Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü**, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı, s.158.
73. Sağlık Bakanlığı, 1985. a.g.e., s.26.
74. Metintaş, S.; ve diğerleri, (1994), "Kızamık Aşı etkinliği" **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi**, Karaba, A.O.; Uçku, R. içinde, ss. 574-575.
75. Ellidokuz, H.; ve diğerleri, (1994), "Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesinde Kızamık Salgını İncelemesi", **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi**, Karababa, A.O.; Uçku, R., içinde, ss.576-578.
76. Mutlu, S.; Fidaner, C., (1994), "İzmir'de Kızamığın Seyri" **IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi**, Karababa, A.O.; Uçku, R., içinde, ss. 583-587.
77. Brenzel, L.; Claquin, R., (1994), "Immunization Programmes and Their Costs", **Social Science and Medicine**, 39(4), s.527.
78. Aynı, s.533.
79. Banerji, a.g.e., s.293.
80. Aynı, s.294.
81. Rifkin, Walt, a.g.e., s.564.
82. Phillips, a.g.e., s.161.