

# Pandeminin İkinci Yılında Ne Durumdayız?

## What Situation are We in the 2<sup>nd</sup> Year of the Pandemic?

 <sup>1</sup>Mustafa Necmi İLHAN

 <sup>2</sup>Merve AYIK TÜRK

<sup>1</sup>Department of Public Health, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Türkiye

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

<sup>2</sup>Department of Pulmonology, University of Health Sciences İzmir Bozyaka Training and Research Hospital, İzmir, Türkiye  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir, Türkiye*

### ORCID ID

**MNI** : 0000-0003-1367-6328

**MAT** : 0000-0003-3106-7403



### ÖZ

Aralık 2019 tarihinde ilk olarak Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkıp hızla dünya çapında yayılan, 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak kabul edilen COVID-19 salgını günümüzde ciddiyetini devam ettirmektedir. Bu yazıda, pandeminin ikinci yılında dünya üzerindeki COVID-19 sıklığı, ölüm oranları ve bunların ülkelere göre dağılımı incelenmiş, pandemi ile birlikte sağlık sistemlerinde görülen değişimler ve gelecekte bizi bekleyen gelişmeler sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** COVID-19, pandemi, sağlık sistemi.

### ABSTRACT

The COVID-19 epidemic, which first emerged in December 2019 in Wuhan, China, spread rapidly around the world, and was accepted as a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020, continues its seriousness today. In the 2<sup>nd</sup> year of the pandemic, the prevalence of COVID-19 in the world, mortality rates and their distribution by country were examined; the changes in the health systems with the pandemic and the developments that will await us in the future are presented.

**Keywords:** COVID-19, health-care system, pandemic.

Cite this article as: İlhan MN, Ayık Türk M. What Situation are We in the 2<sup>nd</sup> Year of the Pandemic?. Journal of Izmir Chest Hospital 2022;36(Supp 1):1–4.

**Geliş (Received):** Mart 22, 2022 **Kabul (Accepted):** Temmuz 20, 2022 **Çevrimiçi (Online):** Ağustos 14, 2022

**Sorumlu yazar (Correspondence author):** Merve AYIK TÜRK, MD. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir, Türkiye.

**Tel:** +90 554 379 04 49 **e-mail:** merve.ayik@hotmail.com

© Copyright 2022 by Journal of Izmir Chest Hospital - Available online at www.ighdergisi.org

## GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklar dünya üzerinde, her yüzyılda önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur.<sup>[1]</sup> Yirminci yüzyılın başında yetersiz su, gıda ve konut koşulları nedeniyle yaşam süresi günümüz koşullarına göre daha kısaydı ve yaklaşık 40 yıldır. İnsan ömrünün 21. yüzyılda ortalama 40 yıldan 70 yıla uzamasının iki temel nedeni vardır. Bunlardan biri temiz suyun sağlanması "sanitasyon", diğeri ise bulaşıcı hastalıkların kontrolüdür.<sup>[2-4]</sup> Yirmi birinci yüzyılda demografik olarak özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanması ve beslenme bozuklarının giderilmesi ile birlikte bebeklerde doğumsal anomaliler ön planda görülmekteyken, çocuklarda ve genç erişkinlerde kazalar, orta yaşlarda kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, diyabetes mellitus, kas ve iskelet sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklar, ileri yaşta (65 yaş ve üstünde) ise tanı ve tedavi olanakları ve aynı zamanda kayıtların da artmasıyla kanser ve demans gibi kronik hastalıklar görülmektedir.<sup>[5-7]</sup>

Dünyanın sürdürülebilir kalkınma hedefleri vardır. Afrika ve Asya ülkelerinde çocuk ölümleri, kadın sağlığı gibi konular ön planda olup, yoksulluğun ortadan kaldırılması ve açlığa son verilmesi gibi hedefler görülmekteyken; Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, Japonya, İsveç ve Almanya gibi ülkelerde hedefler değişmektedir. Bu ülkeler için hedeflerin en başında sağlıklı bireyler vardır. Temiz su ve sıhhi koşulların sağlanması, eşitsizliklerin azaltılması, sürdürülebilir şehir ve yaşam alanlarının sağlanması diğer sürdürülebilir kalkınma hedefleridir.<sup>[8,9]</sup>

2000–2016 yılları arasında sağlıklı yaşam beklentisi (HALE) %8 artarak 59 yıldan 63 yıla çıkmıştır.<sup>[10]</sup> Toplumlar da sağlıklı yaşam beklentisi hastaliksız olarak geçirilebilecek süredir. Ancak burada da ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Avrupa'da nüfusun yaşlanması ile birlikte yeterli sağlık hizmetlerinin sunulmaması sonucunda giderek daha erken ölümler görülmekteyken, Güney Doğu Asya'da (Hindistan, Malezya gibi ülkelerde) sağlık hizmetlerinde dünya ortalamasını yakalamak gibi bir hedef söz konusudur. Sıtma, tüberküloz ve insan immünyetmezlik virüsü (HIV) gibi bulaşıcı hastalıklar uzun zamandır dünya üzerinde önemli sağlık sorunlarıdır. 2000'li yıllardan itibaren küresel olarak azalan insidans ile birlikte günümüzde hala tehdit oluşturmaya devam etmektedir. 2014 yılından bu yana çoğu bölgede sıtma ile mücadelede kaydedilen ilerleme durma safhasına gelirken, Afrika ve Güney Doğu Asya'da tüberküloz, Afrika'da ise HIV yüksek insidansla görülmeye devam etmektedir.<sup>[10]</sup>

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümler dünya üzerinde azalan oranlarda görülmekle birlikte 2010 yılındaki azalmanın, 2016 yılına kadar devam etmediğini görmekteyiz.<sup>[10]</sup> Risk faktörleri kontrol altına alınsa dahi kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanserler, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet nedeniyle ölümler artmakta ve bu artış düşük gelirli ülkelerden daha zengin uluslara kadar küresel olarak tüm gelir gruplarına dağılmaktadır.

Aralık 2019 tarihinde ilk olarak Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkıp hızla dünya çapında yayılan, 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak kabul edilen koronavirüs hastalığı günümüzde ciddiyetini devam ettirmektedir. 31 Ağustos 2021 tarihi itibarıyla dünya üzerinde 218 milyon insanda COVID-19 tespit edilmiştir. Beş milyar insanın aşılandığı ve 4,5 milyon insanın da COVID-19 nedeniyle öldüğü görülmektedir. Türkiye'de ise 6 milyon COVID-19 olgusu, 52 bin de COVID-19 nedeniyle ölüm görülmüştür.

DSÖ tarafından düzenlenen COVID-19 olgularının yoğunluk grafiğinde Türkiye, Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında COVID-19'un daha az görüldüğü bir ülke olmakla birlikte dünya üzerinde COVID-19'un sık görüldüğü ülkeler arasındadır.<sup>[11]</sup>

Dünya üzerinde COVID-19 olgularında üç pikten bahsetmek mümkünken, ölüm grafiğinde ülkeler arasında görülen sağlık sistemindeki farklılıklar nedeniyle aynı durum söz konusu değildir. Bölgelere göre COVID-19 olgularının dağılımı ABD'de en yüksek oranda iken ABD'yi Avrupa ülkeleri izlemekte ve son dönemde Hindistan, Nepal ve Malezya gibi ülkelerde artış izlenmektedir.<sup>[11]</sup> Dünya üzerinde COVID-19 olgularının bölgelere göre ölüm dağılımına bakıldığında durum değişmektedir. ABD'de gelişmiş sağlık sistemlerine rağmen ölümlerin çok yüksek olduğu görülmektedir.<sup>[11]</sup> Sağlık sistemlerinin kalitesi, insanların hijyen koşullarına uymaması, sağlık sistemlerinin genişliği gibi pek çok bileşen ölümlerin ülkeler arasında farklılık göstermesinin nedenidir.

Türkiye'de ise COVID-19 olgularında dört pikten bahsetmek mümkündür. Türkiye'deki ilk olgu 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. İlk olgu ile birlikte ilk pik görülmekte olup, ikinci pik Aralık 2020 tarihinde, üçüncü pik Nisan 2021 tarihinde, dördüncü pik ise Ağustos 2021 tarihinde yaşanmıştır.<sup>[12]</sup> Olgu sayılarını azaltabilmek için şu an elimizde bulunan en önemli güç aşılamanın artırılmasıdır. Türkiye'de birinci doz aşılama %80 oranındayken, ikinci doz aşı oranı %61 düzeyindedir.<sup>[13]</sup> Aşılama ile olgu ve ölüm oranları birlikte değerlendirildiğinde aşılamanın artması ile birlikte ölüm oranlarının azaldığı görülmektedir.

COVID-19 salgını ile birlikte sağlık hizmetlerindeki yönelimler de değişmiştir.<sup>[14,15]</sup> Dahiliye, göğüs hastalıkları, yoğun bakım, sahada halk sağlığı gibi branşlar ön plana çıkmış, tıbbi cihaz üretimi ve geliştirme süreçleri ile tek kullanımlık tıbbi malzeme üretimi, laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin kullanımı artmıştır. Elektif dahili girişimler, büyük-küçük ameliyatlara göre azalır, fizik tedavi ve rehabilitasyon, dermatoloji, plastik cerrahi ve kozmetik işlem nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuru pandemi süreci ile birlikte azalmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri pandemiye odaklı olarak şekillenmiştir. Birinci basamak kuruluşlara aşılama, gebe takibi ve kronik hastalıkların başvurusu azalırken, acil servislerde ise trafik kazaları, yaralanma, inme, kalp krizi gibi nedenlerle başvuru göre azalmıştır.<sup>[16]</sup>

COVID-19 pandemisi ile birlikte insan sağlığı gücü en çok konuşulan bileşenlerden birisidir. Pandemi ile birlikte klinik öykü ve numune alımı, temaslı taramasında görev yapacak personel ve hastanelerde izlenen hasta kapasite artışları ile birlikte idari personel (güvenlik, aşçı, şoför vb.) ihtiyacı da artmıştır. Her alanda ihtiyacın artması ile birlikte COVID pozitif personel sayısında da artış görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin değişimi pandeminin başında COVID-19'a bağlı hastalık ve ölümlerle birlikte sağlık hizmetlerinde görülen değişimlerdir. COVID-19 olguları ile birlikte yoğun bakım tedavisi sonrası iyileşme ve hastaların servise geri kabulü pandeminin sağlık hizmetlerindeki değişiminin ilk etkisiydi. İkinci etki kaynak kısıtlılığının COVID-19 olmayan acil hastalara etkisiyken, üçüncü etki kronik hastalarda bakımın kesintiye uğraması, dördüncü etki ise psikolojik travma, ruhsal hastalıklar, ekonomik kayıp ve tükenmişliktir.

Sağlık hizmetleri dört bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; devlet, sağlık sistemleri, millet ve uluslararası paydaşlardır. Birey düzeyinde öz sorumluluk, aile, iş yeri ve sosyal çevre sorumluluğu ön plandadır. Doğru bilgi kaynağına erişim, dürtü ve davranış kontro-

lû, Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumların duyuru/uyarılarının takibi, devlet kurumlarına güven, sağlık sistem ve sağlık çalışanlarına güvenidir. Toplumsal düzeyde birlikte hareket etme ve kendi güven ortamlarının hazırlanmasıdır. Kurumsal düzeyde ülke politikalarının belirlenmesidir. Ülkemizde ise süreç Cumhurbaşkanlığı politikası ile yürütülmektedir. COVID-19 sürecinin ülkemizde yönetimi Bilim Kurulu tarafından düzenlenen rehberler eşliğinde sürmektedir. Soruna özgü hazırlık, tanımlama, çözüm ve alternatif çözümlerin hazırlanması, ulusal eylem planı ve yatay örgütlenme Sağlık Bakanlığının birimleri dahilinde oluşturulmaktadır. Yerel düzeyde ise toplumun idari, coğrafi, demografik yapılanmasına göre hizmet sunumu planlanması, dikey ve yatay örgütlenmesi sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulmaktadır. Kurumların (kamu/üniversite/özel hastaneler) kendi eylem planı ve entegrasyonu hazır olmalı ve bunların ölçülüp değerlendirilmesi gerekmektedir. Tıbbi verilerin karşılaştırılması, olgu sayılarının ve ölümlerinin objektif kriterlerle ölçülmesi ve toplum ile açık paylaşılması gerekmektedir.

Uluslararası kurumlarda ise sürecin ortak akıl ve iş birliği içerisinde devam etmesi beklenmektedir. Fakat durum beklenenden farklı olarak finansmanı sağlayan kurumların söz sahipliğinde ilerlemektedir. Dünya ortak yaşam alanıdır ve insanın insani değerlerinin ön planda olması, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi öncelik olmalıdır. Uluslararası kurumların da kapitale göre değil, yetkinlik, liyakat, bölgeye/dünyaya yapılan katkılara göre şekillenmesi gerekmektedir.

Gelecek günlerde salgının etkisinin azalacağı bilinmektedir; ancak yeni salgınların gelebileceği unutulmamalıdır. Sağlık alanında uzmanlaşma giderek artmakta fakat salgınla birlikte farklı uzmanlık alanlarının farklı alanlarda çalıştığı görülmüştür. Bu da sağlık sistemlerinde esnek çalışma düzenini gündeme getirmiştir. Tıbbi yazılım, tıbbi malzeme, kit üretimi, aşı üretimi güncel konuları oluşturmaktadır. E-sağlıkla ilgili her türlü yazılım, donanım, giyilebilir cihaz gelecekte daha çok kullanılacaktır. Pandemi hizmetlerinin yanında ana-çocuk sağlığı hizmetlerini, kronik hastalıkların yönetimini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini planlı ve süregelen verebilen kurumlar ve ülkeler daha başarılı olacaktır. Yalnızca kendi ülkesi ve bölgesi için hizmet sunan değil, küresel olabilen ülkeler daha başarılı olacaktır. Sağlık teknik hizmetten çıkıp bir politika aracı olacaktır.

Gelecekte bizi bekleyen halk sağlığı riskleri ise aşılınmamış çocuk, takipsiz gebelik gibi konulardır. Sağlıksız beslenme, obezite, hareketsiz yaşam, tütün ve alkol kullanımında artış ve daha bireysel yaşam ile kronik hastalıklardaki risk faktörleri artış gösterip kronik hastalıkların görülme sıklıkları artacaktır. Bununla birlikte kronik hastalıkların kontrol altına alınması zorlaşacak ve bireysel ve toplumsal düzeyde ağır ve maliyetli süreçleri doğuracaktır. Adölesan dönemde ruh sağlığı sorunları ve bağımlılık artacak, yaşlılarda ise depresyon ve demansın sıklığı artacaktır.

Kapsayıcı halk sağlığı yaklaşımı tüm toplumlar için geçerli olmalıdır. Ülkelerde demografik özellikler sağlığın sosyal belirleyicilerine ve gerçek taleplere göre toplumun her kesimine eşit sağlık hizmeti sunulmalıdır. Sağlık okuryazarlığı tüm dünyada artırılmalı ve infodemi engellenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı desteği olmalıdır. Ülkeler tek başına değil, bir arada refaha kavuşacaklarını ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşabileceğini bilmelidir. DSÖ gibi kuruluşların yapısı ve işleyişi, karar verme süreçleri, daha kapsayıcı ve daha yüksek temsiliyete sahip olmalıdır.

## Disclosures

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** The authors have no conflict of interest to declare.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

**Hakem değerlendirmesi:** Dışarıdan hakemli.

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Watts S. Epidemics and history: Disease, power and imperialism. New Haven, Conn: Yale University Press; 1997.
2. WHO. Water GLAAS findings on national policies, plans, targets and finance in treading water corporate responses to rising water challenges. Disclosure insight's CDP global water report. 2018. Available at : [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/hygiene-glaas-findings/en/](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/hygiene-glaas-findings/en/).
3. Nakajima H. Message from the director-general. The World Health Report - Fighting disease fostering development. 2016. Available at: <https://www.who.int/whr/1996/en/>
4. Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, Lim SS, Wolock TM, Roberts DA, et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:1005-70.
5. Dieleman JL, Baral R, Birger M, Bui AL, Bulchis A, Chapin A, et al. US spending on personal health care and public Health, 1996-2013. *JAMA* 2016;316:2627-46.
6. Rocca WA, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Prevalence of multimorbidity in a geographically defined American population: Patterns by age, sex, and race/ethnicity. *Mayo Clin Proc* 2014;89:1336-49.
7. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
8. Kruk ME, Pate M, Mullan Z. Introducing the lancet global health commission on high-quality health Systems in the SDG era. *Lancet Glob Health* 2017;5:e480-1.
9. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *Lancet Glob Health* 2018;6:e1196-252.
10. GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1160-203.
11. WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available at: <https://covid19.who.int/>. Accessed Aug 1, 2022.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Platformu. Available at: <https://covid19.saglik.gov.tr/>. Accessed Aug 1, 2022.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu. Available at: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/>. Accessed Aug 1, 2022.

14. Whaley CM, Pera MF, Cantor J, Chang J, Velasco J, Hagg HK, et al. Changes in health services use among commercially insured us populations during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2024984.
15. Xiao H, Dai X, Wagenaar BH, Liu F, Augusto O, Guo Y, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on health services utilization in China: Time-series analyses for 2016-2020. *Lancet Reg Health West Pac* 2021;9:100122.
16. Jeffery MM, D'Onofrio G, Paek H, Platts-Mills TF, Soares WE 3<sup>rd</sup>, Hoppe JA, et al. Trends in emergency department visits and hospital admissions in health care systems in 5 states in the first months of the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Intern Med* 2020;180:1328-33.