

Multidisipliner Perspektiften 2014 Ebola Salgını ve Bu Salgınla Mücadelede Türkiye'nin Rolü

The 2014 Ebola Outbreak From a Multidisciplinary Perspective and the Role of Turkey in the Fight Against This Outbreak

Mehtap Kaçar^{1,2} , Volkan İpek³ , Elif Vatanoglu-Lutz⁴ 

¹Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyopatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Yeditepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü, İstanbul, Türkiye

⁴Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Multidisipliner çalışmalar bir konuyu sadece birden fazla açıdan yorumlamakla kalmayıp aynı zamanda o konudaki sorunsala birden fazla çözüm önerisi de getirmektedir. Bu çalışmalar ele aldıkları konuyu bazen fizik, tıp gibi sadece doğa bilimlerinin, bazen de tarih, siyaset bilimi gibi sadece sosyal bilimlerin bileşenleriyle yorumlayıp çözmeye çalışır. Bu derleme 2014'te Batı Afrika ülkelerinde ortaya çıkan Ebola salgınının, tıp, uluslararası ilişkiler ve etik bilimleri perspektifinden değerlendirmektedir. Makalenin tıp bileşeni Ebola hastalığının bulaşma yollarını, bulaşmada yarası gibi yabani hayvanların rolünü ve indeks olguyu tartışmaktadır. Makalenin uluslararası ilişkiler bileşeni Türkiye Hükümeti'nin 2014 Ebola salgınıyla ilgili attığı adımları devlet ve sivil toplum örgütleri açılarından incelemekte, devlet adımlarını ticari ilişkiler ve hibeler olarak incelerken sivil toplum boyutu ise yardım kuruluşlarının Gine, Liberya ve Sierra Leone'ye yaptığı destekleri aktarmaktadır. Makalenin etik bileşeni ise bu üç ülkedeki hükümetlerin Ebola tedavisi adına attığı birtakım siyasi adımların meşruluğunu ve Afrika'da geleneklerin küresel sağlık ilkelerinden daha ön planda olmasını irdelemektedir. Makale bir multidisipliner çalışma olarak Ebola hastalığının 2014 yılındaki gibi tekrarlamaması için çözüm önerileri de getirmektedir. Tıp bileşeninin çözüm önerisi olarak aşılamanın yaygınlaştırılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Uluslararası ilişkiler bileşeninin çözüm önerisi olarak salgınlarla mücadelede küresel eylem planlarının hazır bulundurulması ve yeni sağlık politikalarının geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Etik bileşeninin çözüm önerisi ise bu bölgedeki insanları daha istikrarlı bir şekilde eğiterek onlara küresel sağlığın geleneklerden daha üstün olduğunu kabul ettirmektir.

Klimik Dergisi. 2020; 33(2): 111-21.

Anahtar Sözcükler: Ebola virusu, Türkiye, Afrika, etik, interdisipliner çalışma.

Abstract

Multidisciplinary studies do not only interpret a subject from different aspects but also offer more than one solution to the problem. These studies try to interpret and solve the subject they are dealing with sometimes only by natural sciences such as physics and medicine, and sometimes only by social sciences such as history and political science. This review evaluates the Ebola epidemic, which occurred in West African countries in 2014, from the perspective of medical and international relations and ethics sciences. The medical component of the article discusses the routes of transmission of Ebola disease, the role of wild animals such as bats in transmission, and the index case. The international relations component of the article analyzes the steps taken by the Turkish government and civil society organizations about the 2014 Ebola outbreak. While examining the steps of the state as commercial relations and grants, the civil society dimension conveys the support provided by aid organizations to Guinea, Liberia, and Sierra Leone. The ethical component of the article discusses the legitimacy of a number of political steps taken by governments in the name of Ebola treatment in these three countries and shows how traditions in Africa are valued more than global health principles. The article, like a multidisciplinary study, offers solutions to prevent Ebola disease from recurring as it did in 2014. It is emphasized that more vaccination is required as a solution proposal of the medical component. As a solution proposal of the component of international relations, it is stated that global action plans should be prepared, and new health policies should be developed in the fight against outbreaks. The solution proposal of the ethical component is to educate people in this region more consistently and to make them accept that global health is superior to traditions.

Klimik Dergisi. 2020; 33(2): 111-21.

Key Words: Ebola virus, Turkey, Africa, ethics, interdisciplinary research.

ORCID iDs of the authors: M.K. 0000-0002-1572-4787; V.İ. 0000-0002-8476-9364; E.V.L. 0000-0003-3156-4733

Cite this article as: Kaçar M, İpek V, Vatanoglu-Lutz E. [The 2014 Ebola outbreak from a multidisciplinary perspective and the role of Turkey in the fight against this outbreak]. *Klimik Derg.* 2020; 33(2): 111-21. Turkish.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Mehtap Kaçar, Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Ataşehir, İstanbul, Türkiye

E-posta / E-mail: mehtapkarar69@gmail.com

(Geliş / Received: 18 Aralık / December 2019; Kabul / Accepted: 14 Haziran / June 2020)

DOI: 10.5152/kd.2020.25

Giriş

Uluslararası ilişkiler ve sağlık alanları, uzun yıllar boyunca farklı akademik disiplinler olarak var olmuştur. Sağlık profesyonelleri, bireylerin ve dolayısıyla toplumların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini en ileri düzeye taşımak için daha çok insan biyolojisine odaklanan çalışmalar yaparken; uluslararası ilişkiler, devletler arasındaki savaş, barış ve güvenlik konularına, dolayısıyla dış politika ve güvenlik politikalarına odaklanmıştır. Son yıllarda bireysel sağlık uygulamaları, sağlık hizmetleri, gelir ve sosyal statü, eğitim, cinsiyet, kültürel faktörler, istihdam ve çalışma koşulları gibi sosyal ve fiziksel ortamların da sağlığa önemli etkilerinin olduğu anlaşılmıştır. Yirmi birinci yüzyılın başlarında daha etkili politikalara yönelik ihtiyacın artmasıyla bu iki disiplin artık birlikte çalışmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra "uluslararası sağlık" kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavram, Batılı devletlerin askeri ve ticari ilişkilerde buldukları ülkelerin veya sömürgelerinin sağlık ve sosyoekonomik durumlarını ve sağlık sistemlerini açıklama, coğrafi dağılım gösteren hastalıkları tanımlama ve bu verilerin karşılaştırmalı analizi için kullanılmıştır. Daha sonraki yıllarda ise sağlığın artık evrensel bir boyutta çalışılması gerektiği anlaşılmıştır. Artık bilim adamları, hastalık vektörlerinin yeni coğrafi dağılımlar göstermesi, yeni enfeksiyonların ve salgınların ortaya çıkması, ilaç dirençinin artması, küresel bilgi ve iletişim teknolojilerindeki yeniliklerin sağlığı etkilemesi ve sağlık endüstrisinde küreselleşme gibi yeni problemlerin ve etkenlerin ortaya çıkması sonucunda, uluslararası sağlık yerine "küresel sağlık" kavramı benimsemeye başlamıştır (1).

Küresel sağlıkta bulaşıcı hastalıkların ve salgınların oldukça önemli bir yeri vardır. Bu salgınlardan biri de 2014 yılında Gine, Sierra Leone ve Liberya'da ortaya çıkan ve kısaca Ebola olarak adlandırılan Ebola virüsü hastalığıdır. Toplamda 13 700 kişinin öldüğü 2014 salgınının diğer Ebola salgınlarından farkları vardır. İlk defa bir Ebola salgını aynı anda ikiden fazla ülkede çıkmış, bir salgın küçük yerleşimlerden büyük şehir merkezlerine kaymış ve bir Ebola salgınına Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) acil durum çağırısı yapmıştır. Salgına karşı özellikle Batı ve Kuzey Afrika devletleri çeşitli tedbirler almıştır. Örneğin Fas Krallığı 2015 yılında düzenlemesi gereken Afrika Uluslar Kupası'nı şehirlerine Ebola bulaşmış kişilerin gelme riski nedeniyle iptal etmiştir. Bu derleme Ebola virüsü hastalığının fizyopatolojisi temelinde 2014 Ebola salgınının etik boyutunu ve Türkiye'nin bu salgınla ilgili attığı adımları uluslararası ilişkiler ve sağlık alanlarının multidisipliner bir bakış açısıyla irdelemeyi amaçlamaktadır. Makalede metodolojik olarak birincil ve ikincil kaynakların yanında gri literatürden de yararlanmıştır (2).

Virus Rezervuarları ve Bulaşma Yolları

Ebola virüsü hastalığı 1976-2014 yılları arasında Ekvator Afrika'sında 24 epidemiyeye neden olmuştur (3). Ebola virüsleri, Mononegavirales takımındaki Filoviridae ailesinin Ebolavirus cinsinde yer alan tek iplikli negatif polariteli RNA virüsleridir ve Ebolavirus cinsi içinde bugüne kadar Zaire, Sudan, Reston, Taï Forest, Bombali ve Bundibugyo ebolavirus olmak üzere altı farklı tür tanımlanmıştır (4). Bu virüslardan Zaire ebolavirus (ZEBOV) en ağır hastalık tablosuna ve büyük salgınlara neden olan en tehlikeli tiptir (5).

Ebola virüsleri insanlarda, maymunlarda, gorillerde, şempanzelerde ve diğer bazı yabani hayvanlarda da enfeksiyona neden olmaktadır. Bu virüsler insanlara enfekte yabani hayvanlarla veya hasta insanlarla yakın temasla, kanla, vücut sıvılarıyla, enfekte dokularla ya da enfekte materyalle kirlenmiş eşyalarla bulaşır (6). Virüsün doğal rezervuarları tam olarak ortaya konulmamasına da bazı araştırmacılar bunun Pteropodidae ailesinden olan meyve yarasaları olduğunu düşünmektedir (5). Orta ve Batı Afrika'daki salgınları başlatan etkenlerin bölgede yaygın olan yabani hayvan avcılığıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ancak son zamanlara kadar Ebola virüsünü bir hayvandan izole etmek mümkün olmamıştı. Liberya hükümeti tarafından desteklenen bir araştırmada Anthony ve arkadaşları (7) Ebola virüsünün genetik materyali ve spesifik antikörlerini ülkenin kuzeydoğusundaki Nimba Bölgesi'nde yaşayan *Miniopterus inflatus* yarasalarından izole etmiştir. Bu bir Ebola virüsünün (ZEBOV) yarasada olduğunu kesin olarak gösteren ilk çalışmadır. Afrika'nın bazı bölgelerinde bulunan *M. inflatus* türü yarasalar zararlı böcek türlerini yemeleriyle ve meyve ağaçlarının polenlenmesini sağlamalarıyla tarım açısından değerli bir türdür. Bu tip yarasalar ormanlarda, mağaralarda ve madenlerde konaklar. Liberya hükümeti bu çalışmanın sonuçlarını dikkate alarak halkı yarasalar konusunda eğitmeye karar vermiştir (7). Bu bağlamda insanların yarasaların olduğu alanlara girmemesi ve yarasaların insanlarla yakın temas kurmamaları için ormanların korunması gibi konularda somut adımlar atılmıştır. Afrika ormanları ekosisteminde var olan bu virüsün yarasalara ve muhtemel rezervuar olan diğer yabani hayvanlara nasıl bulaştığı ve nasıl korunduğu ise henüz anlaşılamamıştır. Ne var ki, virüsün artık insanlarla temasa geçtiği, kendi ekosisteminden çıktığı ve yakın gelecekte var olmaya devam etmek için yeni sistemler bulacağı olasılığı göz ardı edilmemelidir. Bu konunun açıklığa kavuşturulması yeni salgınların önüne geçilebilmesi açısından önem taşımaktadır (8).

Salgınların İndeks Olguları ve Salgını Genişleten Olaylar

Ebola salgınlarının ilk olarak nasıl başladığı, insanlara ilkin nereden ya da hangi canlıdan bulaştığı henüz anlaşılamamıştır. 1976 yılında başlayan salgında henüz hastalığın geçiş yolları bilinmediği için insandan insana bulaşmayı önleyen tedbirlerin alınmamasının salgının boyutlarını artıran ana neden olduğu görülmektedir. Kontamine iğnelerin ve diğer uçların tekrar tekrar kullanılması, hastaların izolasyonunun sağlanmaması veya hastalarla yakın temas gibi nedenlerle 1976 salgınının hızla arttığı dikkati çekmektedir. Sonraki yıllarda Afrika ülkelerinin dışında görülen az sayıda hastalık olgusunun laboratuvar kazaları nedeniyle gerçekleştiği görülmektedir. Daha sonra salgın tekrar ataklar yapmıştır. 1995 yılında Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde görülen ve 315 kişiyi etkileyen salgının indeks olgusunun bir orman çalışanı olduğu, bu kişinin hastalığa yakalanmasının ardından hastalığın aile bireylerine de bulaştığı ve sonra da hastanede bulaşmanın devam etmesiyle salgının ortaya çıktığı anlaşılmıştır. 1996'da Gabon'da görülen salgın ise bir avcının ormanda bulunduğu ölü bir şempanzenin etini yiyerek hastalanmasıyla ve daha sonra hastalığı aile bireylerine bulaştırmasıyla başlamıştır (9).

Ebola Virusu Hastalığının Fizyopatolojisi

Ebola virusu yabani hayvanlardan insanlara bulaşan zoonotik bir virustur. Ebola kanamalı ateşi ise lenfopeni, yaygın damar içi pıhtılaşması, immün sistem baskılanması ve septik şoka benzeyen ciddi sistemik inflamatuvar yanıtla kendini gösteren fatal bir hastalıktır. İnsandan insana bulaşmada infekte iğne uçlarının kullanılmasının yanında geleneksel olarak ölülerin yıkanması veya hasta aile bireylerinin bakımı gibi aktiviteler sırasında hasta insanın vücut sıvılarıyla ya da giysileriyle yakın temas ön plandadır. Ebola virusları endotele, epitele, hepatositlere, fibroblastlara ve antijen sunan hücrelere tropizm gösterirler (10). Virus vücuda girdiğinde ilk önce makrofaj, dendritik hücre ya da monosit gibi antijen sunan hücrelerle karşılaşır ve bunları infekte eder. Doğal bağışıklık sisteminin bu hücreleri virüsle infekte olduktan sonra, interlekin (IL)-1, tümör nekroz faktörü (TNF)- α gibi proinflamatuvar sitokinleri sentezlemeye ve salgılamaya başlarlar. İnflamatuvar sitokinlerin artışıyla vücutta yaygın inflamatuvar yanıt oluşmaya başlar. Doğal bağışıklık yanıtı bu sistemin hücrelerinin infekte olmasından sonra hızla zayıflar. Ancak makrofajlar infekte olduktan sonra bile interferon-I (IFN-I) sinyal yolunun güçlü aktivasyonu proinflamatuvar yanıtı oluşturmaya devam eder. Ebola virusu hastalığı sitokin düzeylerinde yükselmeye ve hiperinflamatuvar bir duruma yol açar. Özellikle fatal olgularda inflamasyonun oldukça şiddetli olduğu gözlenmektedir (11). Dendritik hücreler virüsle infekte olduktan sonra fonksiyonları bozulur; inflamatuvar sitokinleri üretmezler ve T hücrelerini aktive edemezler (12). Sistemik inflamatuvar yanıt sırasında serbest oksijen radikalleri ve nitrik oksid (NO) düzeyleri de artar. NO vazodilatasyona ve endotel permeabilitesinde artışa neden olur. Damar içi sıvı damar dışına doğru yer değiştirir. Böylece damar içi hacim azalır ve hipotansiyon, oligüri, takikardi, takipne gibi klinik bulgular görülür. Sistemik inflamatuvar yanıt sırasında ilk ve başlıca etkilenen organ vasküler endoteldir. Endotel hücrelerinin fonksiyonları sitokinlerin etkisiyle giderek daha ciddi boyutlarda bozulur. Yaygın endotel disfonksiyonu ortaya çıkar ve bunun sonucunda organların kan akımında yetersizlikler ve düzensizlikler gerçekleşir. En önce etkilenen organlardan biri böbrek olup akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişir. ABY sonucunda elektrolit dengesi bozulur; hastalarda hiponatremi, hipomagnezemi, hipokalsemi ve potasyum metabolizması bozuklukları görülür. Elektrolit dengesizliğinin sonucunda ciddi sulu diyare, kardiyak aritmiler, nöbet, koma gibi ciddi klinik sonuçlar ortaya çıkabilir. Hastalığın terminal döneminde artık endotel hücreleri de virüsle direkt infekte olur ve endotel hasarı artarak devam eder. Diğer taraftan Epstein-Barr virüsü infeksiyonu trombositlerin sayısında azalmaya ve fonksiyonunda bozulmaya yol açar. Koagülasyon faktörlerinin düzeyleri azalır. Hem endotel hücrelerindeki disfonksiyon ve hem de trombositlerin bozuklukları sonucu hemostatik sistem bozulur ve hastalarda kanamaya eğilim olur. Hastalığın terminal döneminde yaygın damar içi pıhtılaşması yaşamı tehdit eder (13). Virüsle infekte olan monosit ve makrofajlar, MCP-1, CXCL1, IL-6, IL-1 β , IL-8, MIP-1 α , RANTES and TNF- α gibi sitokin ve kemokinleri sentezler ve salgırlar. Hastaların serumunda IL-1 β , IL-1RA, IL-6, IL-8, IL-15, IL-16, MIP-1 α , MIP-1 β , MCP-1, M-CSF, MIF, IP-10, CXCL1 ve eotaksin düzeylerinde artma olduğu

gösterilmiştir. Bu kemokinler pıhtılaşma reaksiyonlarını başlatarak damar duvarında hasara neden olurlar. Ciddi inflamatuvar yanıt hastalarda bu mekanizmalarla ciddi kanamalara ve aynı zamanda damar içinde pıhtı oluşumuna neden olur (12). Ebola virusları direkt hücre hasarı yaratarak (sitopatik etki) veya immün hücre aracılı hasarla hastalığı oluşturur. Akut dönemde virüsler tükürük, ter, gözyaşı, idrar, beyin-omurilik sıvısı, oküler sıvı, semen, amniyon sıvısı, anne sütü gibi tüm vücut sıvılarında bulunur. Hastalığın bulaşmasından sonra virüsler vücutta hızla replike olarak sayılarını artırmaya başlarlar. Viremi bulaşmadan önce yedi gün arasında pik yapar. Virus yükü arttıkça hastalığın ölümlü sonuçlanma olasılığı da artar. Bu dönemde viral septik şok, çoklu organ yetmezliği ve immün sistem depresyonu gelişen hastalarda ölüm oranları yüksektir (5).

Hastalığın inkübasyon periyodu genellikle 4-10 gün olmasına rağmen 2-21 gün arasında da değişebilir. Virüsler sıvı veya kuru materyallerde günlerce canlı kalabilir. Ebola virusları soğuğa dayanıklıyken, 60 dakika boyunca 60°C'de ısıtılarak, 5 dakika boyunca kaynatılarak ya da γ ışınlarıyla inaktive edilebilir. Ayrıca sodyum hipoklorit (çamaşır suyu) ve diğer dezenfektanlara karşı da duyarlıdır (6). Hastalığın bulaşmasından sonra başlangıçta baş ağrısı, kırıklık, halsizlik, yüksek ateş, karın ağrısı gibi nonspesifik viral infeksiyon bulguları görülür (12). Bu belirtileri birkaç gün sonra bulantı, kusma, ishal gibi gastrointestinal belirtiler takip eder. İshal nedeniyle hastalar büyük miktarlarda sıvı kaybeder. Bu bulgu nedeniyle 2014 salgınının başlangıcında hastalığın kolera olduğu düşünülmüştür. Daha sonraki günlerde vireminin artması ve dolayısıyla yaygın hücre hasarı nedeniyle kanamalar başlar. Konjunktival kanamalar, mukozalarda kanamalar, deride peteşiler, makülopapüler döküntüler, gastrointestinal kanamalar görülür. Bu kanamalı komplikasyonlara hepatosit hasarının olması da katkıda bulunmaktadır. Sıvı-elektrolit bozuklukları, dehidratasyon, aritmiler, nörolojik bulgular, şok, çoklu organ yetmezliği bulgularıyla hasta terminal döneme girer (5). Ölüm genellikle hastalığın başlangıcından 6-16 gün sonra hipovolemik şok ve çoklu organ yetmezliğinden olur (12).

2014 Ebola Salgını

2014 yılındaki Ebola salgını aslında DSÖ'nün nitelemesiyle "gizemli" bir hastalık olarak 26 Aralık 2013'te Gine'deki küçük bir köyde başlamıştır. Önceleri kolera olduğu düşünülen hastalığın Ebola olduğu ancak 21 Mart 2014'de anlaşılmıştır. Aslında bu büyük salgını başlatan tek bir olgudur. DSÖ ve Gine Sağlık Bakanlığı'nın birlikte yürüttüğü retrospektif çalışmalarda 2014 salgınının indeks olgusunun Gine'nin Meliandou köyünde yaşayan 18 aylık bir erkek çocuk olduğunu belirlenmiştir. Bu çocuk 26 Aralık 2013'te yüksek ateş, kusma ve siyah renkte dışkı çıkarma belirtileri göstererek hastalanmış ve iki gün sonra da ölmüştür. İndeks olgunun ölümünün ardından 2014 yılı Ocak ayının ikinci haftasında birkaç aile üyesi de benzer bulgular göstererek yaşamlarını yitirmişlerdir. Hastalık bu hastaları tedavi etmeye çalışan geleneksel şifacılar ve sağlık profesyonellerine bulaşarak onları da öldürmüştür. Sonrasında hastalık Gueckedou, Konakri, Macenta, Baladu, Nzerekore ve Farko şehirlerine de yayılmıştır. Hastalığın indeks olgu olan çocuğa nasıl bulaştığı kesin olarak bilin-

memesine rağmen çocuğun günlük yaşamının ayrıntılarına bakıldığında hastalığın başlamasından önce evlerinin arka bahçesinde yarasaların istila ettiği içi boş bir ağacın yakınında oynadığı dikkatleri çekmiştir. Araştırmacılar bu retrospektif gözleme dayanarak çocuğun yabancı hayvanlarla temas etmesinin hastalığın bulaşmasının ana nedeni olabileceğini düşünmektedirler. İndeks olgunun ortaya çıktığı Meliandou Gine'nin ormanlık bölgesi olan Gueckedou bölgesinde yer alan otuz bir haneli küçük bir köydür. Bölgedeki ormanların çoğu uluslararası madencilik ve kereste işletmeleri tarafından tahrip edilmiştir. Çeşitli yaras türlerinin ve diğer vahşi hayvanların doğal yaşam alanı olan ormanların tahrip edilmesi, infekte olmuş ve virusun doğal rezervuarı olabilecek hayvanların insanlarla daha yakın temasa geçmelerine neden olmaktadır (14). Hastalığın Liberya'daki seyrinde ise ülkenin Gine sınırına yakın Lofa bölgesindeki Foya şehrine gelen bir gezgin yer almaktadır. Gezgin, ülkenin başkenti Monrovia'dan geçerken virusu başkalarına bulaştırmış ve hastalığı Liberya'ya yaymıştır. Ülkenin hiçbir hastanesinde izolasyon servisinin olmaması, sağlık personelinin infeksiyon önlemenin ve kontrolünün temel ilkeleri hakkında bilgilerinin azlığı, eldiven gibi en temel kişisel koruyucu malzemelerin olmaması hastalığın hem sağlık personeli hem de halk arasında hızla yayılmasına yol açmıştır (15). Liberya bu salgında doktorlarının, hemşirelerinin ve ebelerinin %8'ini Ebola nedeniyle yitirmiştir (16). DSÖ tarafından yapılan retrospektif bir araştırma ise Sierra Leone'deki indeks olgunun Meliandou'daki indeks olgunun evinde misafir olan bir kadın olduğunu göstermiştir. Ev sahibi aile hastalandığında bu kadın Sierra Leone'deki evine geri dönmüş ve Ocak ayının başlarında ülkesine döndükten kısa bir süre sonra ölmüştür. Haziran ayının başlarında ise Sierra Leone'de yeni olgular görülmeye başlamıştır. Yapılan araştırmalarda Gine sınırına yakın Kailahun bölgesinde uzak bir köy olan Sokoma'da bir geleneksel şifacının Gine'den geçen Ebola hastalarını tedavi ederken infekte olduğu ve böylece hastalığın Kailahun ve güneyindeki daha büyük Kenema kentinde yayılmasına neden olduğu ortaya konulmuştur (17). Bununla birlikte gözler geleneksel şifacıların sağlık hizmeti sunumundaki yerine çevrilmiştir. Şifacılık tarihine dair kaynaklar ve farklı kültürlerdeki efsaneler, yaşam ve ölümün sınırlarını geleneksel (folklorik) şifacıların bildiği zamanlardan söz eder. Halk şifacıları büyük ve din temelli tedavi pratikleri gerçekleştirirler. Şifacılık bir çeşit sanat olarak nitelenir çünkü şifa veren yetenekli kişilerin her birinin bu işi sanatsal bir ritüele dönüştürdüğü gözlemlenir. Gelenekten köken alan ve kuşaktan kuşağa aktarılan tedavi ve pratikler deneyime, inanca ve doğaya dayanır. Bu tedavi pratiklerinin uygulayıcıları içinde halk arasında uzmanlaşmış ve genellikle kutsallıkla ilişkilendirilen "şifa veren" kişiler vardır. Şifacılık hemen tüm toplumlarda var olmakla birlikte çevresinde oluşan çeşitli inançları, ritüelleri ve kişileri de kapsar. Bu nedenle kültürden kültüre değişebilen anlam ve uygulamaları da ifade eder. Halk tıbbi pratikleri temelde hastalık nedenini doğaüstü güçlerle ilişkilendirirken tedaviyi de yine aynı güçlerle kurulan ilişkiyle ve ruh-beden bütünlüğünde yapmaya çalışır. Hastalığa tanının nasıl konulduğu tedaviyi de biçimlendirir. Hastalığın nasıl ya da nereden geldiği sorusuna verilen yanıtlar bizi tedavi yönteminin seçimi konusunda da yönlendirmektedir (18). Gün-

müzde de gerek Batı tıbbının ileri teknolojileri yönlendirilen aşırı invazif yöntemlerine karşı tepkiler gerekse pahalı ve sınırlı olan tıbbi kaynaklara ulaşımın zorluğu nedeniyle halk hâlâ şifacılarla yönlendirilmektedir. Ebola salgını sırasında da karşımıza çıkan bu durumun en önemli etik problemi tıp kurallarının çarpıtılmaya, tedavi yönteminin abartılmaya, kendi tedavi metodlarının keşfettiği üstün yönlerine inandırmaya çalışıldığı şarlatanlıktır (19). Tıbbi konuların bütün toplumun anlayabileceği bir dille anlatılması toplum sağlığı açısından son derece önemlidir. Ne var ki, Ebola salgını gibi ciddi sağlık sorunlarında insanların acil şifa arayışının kötüyü kullanıma ve şarlatanlığa kayma olasılığı dramatik olarak artmaktadır. Bunun yanı sıra olumsuz olarak etkilenen bir diğer konu da Ebola salgınıyla mücadele edilirken yaşanan işgücü kaybına bağlı olarak insan immün yetmezlik virüsü infeksiyonu, tüberküloz, kızamık ve sıtma gibi hastalıkların tedavisinde ve kontrolünde zorluklar yaşanmasıdır.

Salgının çocuklar üzerindeki etkisi de oldukça önemlidir. Salgından etkilenen nüfusun yaklaşık %20'si 15 yaşın altındaki çocuklardır (16). Salgının etkilediği ülkelerde salgınla mücadele edilirken okullar yaklaşık 33 hafta boyunca kapalı kalmış, eğitime ara verilmiştir. Bu sırada tahmini 4.7 milyon okul çağı çocuğu eğitim hakkından yoksun kalmıştır (20). Diğer yandan bu salgın sonucunda tahminen 30 000 çocuk yetim kalmıştır. Çocukluk dönemi aşılama kampanyaları için ayrılan bütçeler Ebola salgınına kontrol etmek için aktarıldığından çocukluk dönemi aşılama kampanyalarında %30 azalma olmuş ve aşıyla önlenbilir hastalıkların görülme riski artmıştır. Bu sırada Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) acil olarak yetim kalan çocukların bakımını üstlenecek kişiler bulunması gerektiğini duyurmuştur (21). Ailelerini yitiren çocukların yalnızca % 3'ü koruyucu ailelerinin yanına yerleştirilmiştir.

UNICEF bazı yetimleri ebeveynlerinin öldüğü hastanelerde tek başına bırakılmış halde bulmuştur. Yaşadıkları yerlerde kalan yetim çocuklardan bazıları ise hiçbir surette kendileriyle fiziki temasa geçmeyen komşuları tarafından beslenmiştir. Bu konuya halk sağlığı etiği açısından yaklaştığımızda salgınlardan sonra yetim kalan çocuklarla ilgili gerekli önlemleri bütün dünya ülkelerinin birlikte ortak politikalar üretmek zorunda kalmaktadır (21).

Bunlardan bağımsız olarak bu süreçte tarımsal faaliyetler de azalmış, güvenli gıdaya ulaşım zorlaşmıştır. Gıda yetersizliği sonucu çocuklarda büyüme gelişme gerilikleri olmuştur. Salgınların tüm dünyaya maliyetinin 53.19 milyar dolar olduğu gösterilmiştir. Salgından sonra etkilenen bölgelerin sosyal ve ekonomik yönlerden iyileştirilmesi için dış ülkeler tarafından destek sözleri verilmiştir. 2016'nın sonunda bağışçılar tarafından 5.2 milyar dolar ödeneceği taahhüt edilmiştir. Gine, Liberya ve Sierra Leone devletleri de bu iyileştirme çabaları için 2.9 milyar dolarlık bir bütçe ayırmıştır (20).

Tüm bu olumsuz görünen tabloya rağmen 2014 Ebola salgınında tedavi adına önemli adımlar da atılmıştır. Daha önceki Ebola salgınlarında hastalıkla mücadelede hastaların izolasyonu, infeksiyonu önleme ve kontrol prosedürleri ve temel destekleyici tedaviler kullanılırken 2014'te yaşanan Batı Afrika salgını sırasında daha önceki salgınlarda kullanılmayan erken tanı yöntemleri ve ileri destekleyici tedaviler kullanılmıştır. Böylece salgının başlangıcında yaklaşık olarak %74 olan mor-

talite hızını salgının sonunda %31-37'e geriletmek mümkün olmuştur. Diğer yandan Batı Afrika'dan farklı olarak Ebola için özgül antiviral tedavilerin ve bunların yanı sıra ileri destekleyici tedavi ve yoğun bakım hizmetlerinin etkili bir biçimde uygulandığı Avrupa ve Amerika'daki hastanelere nakledilen hastalar arasında mortalite oranı %18.5'e kadar azalmıştır. Daha önceki salgınlar sırasında çok sayıda sağlık çalışanının bulaşma sonucu yaşamını yitirmesi, kontrollü klinik çalışmaların ve etkin tedavilerin geliştirilmesini amaçlayan araştırmaların planlanmasında da sağlık profesyonelleriyle araştırmacılar arasında isteksizlikler ve çeşitli zorluklar yaratmaktadır. İlk kez 2014 Ebola salgını sırasında kullanılan bu Ebola virüsü için özgül tedaviler arasında monoklonal antikor ZMapp'ın etkinliği dikkati çekse de etkin bir tedavi yönteminin geliştirilmesi için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (22).

Diğer yandan Ebola salgını sırasında ilk kez uygulanan özgül tedaviler, erken tanı yöntemleri ve ileri destekleyici tedaviler tıp etiği açısından değerlendirildiğinde bazı sorular akla gelmektedir: "Salgınlar sırasında deneysel tedaviye başvurulmalı mı? Salgınlar sırasında klinik araştırmalar yapılabilir mi? İnfeksiyon hastalıklarının kontrolünde ve yeni tedavi yöntemleri geliştirilirken hangi etik ilkelere başvurulmalı?" (23). Bu soruların en temel yanıtını veren uluslararası tıp etiği dokümanı, Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından ilk kez 1964 yılında Helsinki'de kabul edilip açıklanan Helsinki Bildirgesi'dir. Günümüze kadar yedi kez revizyon geçiren bu bildiğe Afrika ülkelerinin bir kısmında da kabul edilmiştir (24). Helsinki Bildirgesi'ni kabul eden Afrika ülkeleri bilinse bile bu ülke sınırları içinde Helsinki Bildirgesi hükümlerinin tam olarak yaşama geçirilip geçirilmediği netlik kazanmamıştır. DTB, Helsinki Bildirgesi'ni tanımlanabilir insan materyali ve verileri de dahil olmak üzere, insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarla ilgili etik ilkelere de yer veren bir açıklama olarak hazırlamıştır. Bildirgenin temel amacı tıbbi araştırmalarda yer alan sağlıklı katılımcı ya da hastaların sağlığının, esenliğinin ve haklarının gözetilmesi ve güvence altına alınmasıdır. Bildirge esas olarak araştırmacılara yönelik hazırlanmıştır. Bu bildirgeyle insanların kullanıldığı tıbbi araştırmaların sadece etik ve bilimsel açıdan yeterli eğitime sahip kişiler tarafından yapılması, savunması durumunda bulunan tüm grup ve bireylere özel koruma sağlanması, araştırmalarda kullanılan kişilerin özel yaşamını ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için önlemler alınması, çalışmaya dahil edilen kişilerin, araştırmayı kavradığından emin olunması ve yazılı olarak kişilerin onayının alınması, araştırmada kullanılacak bireylerin hekime bağımlılık ilişkisinin olmaması, katılımcı adayının sadece gönüllü olarak çalışmaya dahil edilmesi, katılımcının istediği zaman çalışmadan çekilebilmesi, araştırmada yer almaları nedeniyle zarar gören katılımcılara uygun tazminat ve tedavi sağlanması güvence altına alınmıştır.

Açıkça görüldüğü üzere Helsinki Bildirgesi tıp alanında yapılan araştırmaların deneği konumundaki bireylerin haklarını korur ve araştırmaya katılmaları sonucunda zarar görmelerini engellemiştir. Ancak, Afrika ülkelerinde bu bildirgenin kurallarının uygulanıp uygulanmadığıyla ilgili net bir bilgi bulunmamaktadır (25). Her durumda, yapılan klinik çalışmalarda araştırmacılar tarafından etik kuralların gözetilmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Salgın sürecinde hem devam etmekte olan salgının hem de gelecekteki benzer salgınların önlenmesi ve tedavisi için bilimsel gelişmeleri sağlayabilmek amacıyla araştırmalar planlanabilir. Bu araştırmaların etik duyarlılıkla, Helsinki Bildirgesi'ne uygun hazırlanması önemlidir. Araştırmalar halk sağlığını ve uygun klinik bakımın sağlanmasını tehlikeye atmamalı, bilimsel geçerliliği olan, uygun metodolojiyle planlanmalı; araştırmalarda yarar/zarar dengesi gözetilmeli, gönüllü seçimi adil olmalı, elde edilen bilimsel veriler hızlıca paylaşılmalıdır. Araştırma sonuçlarına tüm toplumun ve bireylerin eşit erişimi sağlanmalıdır. Araştırma süreçlerinde toplanan biyolojik örneklerin başka ülkelere aktarılması veya saklanması etik duyarlılıkla hareket edilmeli, kişisel verilerin gizliliği ilkesi korunmalıdır (26).

Salgınla ilgili olarak bilimselliği kanıtlanmamış bir uygulamanın acil kullanımı, DSÖ'nün de belirttiği aşağıdaki şartların gerçekleşmesi durumunda ve izlem sonuçlarının belgelenmesi ve daha geniş tıbbi ve bilimsel toplulukla zamanında paylaşılması koşuluyla etik açıdan uygun olabilir. Bu şartlar şunlardır: [1] Kanıtlanmış etkili bir tedavi var olmamalıdır. [2] Uygulamanın etkililiği ve güvenliliğinin ön desteğini sağlayan veriler en azından laboratuvar veya hayvan çalışmalarından elde edilmiş olmalı ve uygulamanın klinik araştırmalar dışında kullanılması, kabul edilebilir risk-yarar temelinde salgınla ilgili oluşturulan bilimsel bir kurul tarafından önerilmelidir. [3] Uygun niteliklere sahip bir etik kurulu onayı alınmalıdır. [4] Olası risklerin en aza indirilmesini sağlayacak yeterli koşullara sahip olunmalıdır. [5] Hastanın aydınlatılmış onamı alınmalıdır.

Halk sağlığının, tek tek bireylerin sağlığının toplamını aşan bir anlam yüküne sahip olması nedeniyle, ortak iyiyi oluşturmak için toplumsal dayanışmaya ve kolektif mücadeleye gereksinim duyduğu unutulmamalıdır (27).

Salgınlarda toplumla tıbbın tüm bileşenleri arasındaki ilişkinin temel dayanağı olan güven ilişkisinin korunması ve güçlendirilmesi çok fazla önem kazanmaktadır. Hükümetlerin kamuoyunu salgın hastalığın gerçek boyutu, bulaşma yolları, tanısı, tedavisi, korunma yöntemleri hakkında doğru ve zamanında bilgilendirmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Hastaların mahremiyeti korunarak salgının kişi, yer ve zaman özelliklerine göre dağılımı konusunda kamuoyu güncel bilgilerle aydınlatılmalıdır. Yetkililer okullar, fabrikalar, yetiştirme yurtları, cezaevleri, kırsal gibi toplu bulunan yerlerde barınan kişilere durum hakkında bilgi vermeli ve alınması gereken koruyucu önlemleri gerekçeleriyle birlikte muhataplarıyla paylaşmalıdır. Salgın yönetimi panik ortamı yaratmadan ama olayın ciddiyetini doğru bilgilendirmeye aktarmayı gerektirir. Olguların saptanması ve salgının gerçek boyutunun ortaya konması önemlidir. Tanı sürecinde kullanılan testler ve yöntemlerin uygulanmasında bilimsel ve öngörülebilir ölçütler geliştirilmelidir. Bu ölçütler ayrımcılık olmadan herkese eşit bir biçimde uygulanmalıdır (28).

2014'teki salgınla mücadele sırasında siyasi olaylar yaşanmıştır. Örneğin Gine'de belediye ve genel seçimler ertelenmiş, Gine ordusu Ebolayı bahane ederek Wombe şehrini ele geçirmiştir. İki milyon çocuğun eğitim gördüğü on bin okul kapanmış ve ulusal futbol ligindeki tüm maçlar iptal edilmiştir. Ülkede insanlar Ebola'nın hükümetin insanların

yaşamına müdahale etmek amacıyla uydurduğu bir yalan olduğuna inanmışlardır. Bu konuda hükümet karşıtı olanların yaptığı gösterilerde pek çok kişi tutuklanıp hapse atılmıştır. Bu siyasi etkenler Liberya'da da ortaya çıkmıştır. Gine'deki salgının yanında Liberya'da halk toplanmaları yasaklanmış, olağanüstü hal ilan edilmiş, hükümet Ebola'yı milli güvenliğe bir tehdit olarak algılamıştır. Liberya halkı da Gine halkı gibi devletin yalan söylediğine inanmış, Ebola'yı doğudaki halkların temizliği anlamına gelen *Eastbola* olarak okumaya başlamışlardır. Sierra Leone'de de benzer siyasi sorunlar yaşanmıştır. Devlet izinsiz olarak halkın evlerine girmiş, yine izinsiz olarak mallara el koymuştur. Noel dahil tüm kutlamalar ve kitlesel toplantılar yasaklanmış, bölgeler arasında seyahat etmek bile özel izne bağlanmıştır. Devletin Ebola'yı otoriterleşmek için bir bahane gibi kullandığını iddia eden pek çok gazeteci hapse atılmıştır (29). Gelişen bu olaylar tıp etiği açısından karantina uygulamasını bir kez daha gündeme taşımıştır. Geleneksel tıbbi normlara göre, bulaşıcı hastalık şüphesi olan kişiler, tıpkı Ebola salgınında yaşandığı gibi rızaları olmasa bile karantinaya ve tedaviye alınabilirler. Ancak son yıllarda çok tartışılan hasta odaklı sağlık hizmetine vurgu yapan klinik etik ise bireyin kişisel çıkarlarına odaklanmakta ve hasta otonomisine önem vermektedir. Halk sağlığı uygulamaları toplumun sağlığını geliştirmeye yönelik faaliyetlere ağırlık vermekte, bu durum ise bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacı ve talebiyle çelişebilmektedir. Halk sağlığı etiği ve klinik etik arasında yaşanan çatışma etik ikilemlerin kaynağı olarak görülmüş ve sağlık hizmeti sunumunda etik problemlerin ortaya çıkmasına neden olduğu sonucuna varılmıştır. Bu anlamda karantina uygulamalarının tekrar gündeme alınarak hem halk sağlığı etiği hem de klinik etik açısından çatışma yaratmayacak bir temellendirmeye uygulanması ve etik uzlaşmaya varılması tüm dünya için acil bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (30).

Salgınların önlenmesi, salgın sürecinde sosyal düzenin korunabilmesi, bireyin topluma olan güveninin güçlendirilmesi ve sürdürülmesi toplumsal katılımın sağlanmasıyla olanaklıdır. Bu bağlamda karar vericilerin kapsayıcı olmaları, alternatif yaklaşımları göz ardı etmeden ve kararlarını bu yaklaşımlara da dayanarak gözden geçirmeye hazır olmaları önemlidir. Halk sağlığı etiğinin temel ilkesi olarak toplumu ilgilendiren sorunların çözümünün dayanışmayla ve bilimsel yönetime dayanan bilgiyle olması gerektiği unutulmamalıdır (28).

Salgın hastalıklar olağan sağlık önlemlerinin kamu sağlığını güvence altına almak için yeterli olmadığı dönemlerdir. Salgınla mücadelede hasta veya sağlıklı olduğuna bakılmaksızın bireylerin özerkliğinin, özgürlüğünün, tanı ve tedavi seçeneklerinin sınırlandırılması söz konusu olabilmektedir. Bu sınırlandırmanın insan onurunu zedelemeyecek, hasta bireylerin ötekileştirilmesine, damgalanmasına neden olmayacak şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Kısıtlamaların gerekçeleri ortaya konmalı, finansal ve sosyal sonuçları göz önüne alınarak karar verilmelidir. Kısıtlamalarda insani koşulların sağlanması, kısıtlamaların adil uygulanması, toplumsal katılım için iletişim ve şeffaflık sağlanması gereklidir. Bütün önlemler bilimsel değerlendirmeler doğrultusunda alınmalıdır. Bu önlemlerin uygulanması kişilerin temel hak ve özgürlüklerinin

ölçüsüz kısıtlanması anlamına gelmemelidir. Salgın durumlarında devletin insan hakları konusundaki yükümlülüklerinin kural olarak değişmediği, sadece hastalığın önlenmesi için gerekli bazı önlemlerin insan hak ve özgürlüklerinin sınırlandırılmasına yol açtığı bilinmelidir. Bu nedenle salgının önlenmesiyle ilgisi olmayan yaptırımların salgın bahane edilerek alınması hiçbir şekilde kabul edilemez. Alınan bütün kısıtlayıcı önlemlerin hukuki bir temeli olmalı, gerekli, orantılı, insan onuruna saygılı ve zaman kısıtlamalı olmalıdır (27).

Evde kalma gibi kişilerin özgürlüklerinin sınırlandırıldığı durumlarda evde kalanların tıbbi, ekonomik ve sosyal gereksinimleri için kamusal kaynaklar kullanılmalı, alınan önlemler nedeniyle yaşanabilecek olası maddi kayıplar sosyal devlet ilkeleri uyarınca telafi edilmeli, toplumsal dayanışma pratikleri geliştirilmelidir. Salgından çıkar sağlamaya yönelik stokçuluk, karaborsacılık vb. yaklaşımların önlenmesi çok önemlidir (28).

Salgından korunma önlemleri ciddiyetle ve özenle uygulanmalı, kimse dışlanmamalı, korunma önlemlerinin alınması konusunda sorumluluk bireylere bırakılmamalıdır. Korunma önlemleri ve tedaviler için yapılacak her türlü harcama kamusal kaynaklardan sağlanmalıdır. Dolayısıyla deneysel tedaviler de tamamen şeffaflık ve açıklık ilkeleri içinde sadece isteyenler üzerinde tedavinin tüm riskleri anlatılarak ve sadece gönüllüler üzere gerekli önlemler alınarak yapılabilir (26).

İnfeksiyon hastalıklarının kontrolünde ve yeni tedavi yöntemleri geliştirilirken etik ilkelere bağlı kalınmalıdır. Kişisel sağlık verilerinin kişinin onayı olmaksızın başkalarıyla paylaşılması, özel yaşama saygı hakkına aykırıdır. Hastanın mahremiyetinin sınırlandırılmasından olumsuz etkilenmemesi için zorunlu olan bilgi, tehlikeyle orantılı biçimde ve gerekli ölçüde, bu bilginin sağlanmaması halinde doğacak zararı önleyebilecek kişilere verilir. Bu konuda temel ilke hastaların bilgilerinin açıklanmasında oluşacak zararın açıklanmadığında oluşabilecek zarardan daha az olması gerektiğidir. Devletin toplumu hızlı, gerçekçi, doğru ve tam olarak bilgilendirme ödevini yerine getirmesi, hastaların bilgi gizliliğinin ve özel yaşamlarının korunabilmesinin temel koşullarındandır (28).

Salgın hastalıklar belirli toplulukların ya da bireylerin damgalanmalarına yol açabilmektedir. Toplumlar ayrımıcılık ve damgalama belirli topluluklara ya da bireylere yönelik olarak ırkçılık zemininde de gelişebilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarda, özellikle salgın dönemlerinde, insanlar hastalıkla ilişkilendirilerek olumsuz, kötüleyici, değersizleştirici ve ayrımcı tutumlara maruz kalabilirler. Bu süreçte hastalar, hastalık belirtisi gösterenler, yaşlılar, mülteciler vb. gruplar ayrımcılık ve damgalamanın hedefi haline gelebilir, damgalanma korkusuyla tedavi için başvurmadan kaçınabilirler. Salgın hastalıklarla mücadele damgalamayla ve ayrımcılıkla mücadeleyle birlikte yürütülmelidir (27).

Yaşlılar, engelliler, mülteciler, toplu yaşanan yerlerde barınanlar gibi dezavantajlı grupların sağlık hizmetine erişiminin, kaynakların adil dağılımının, güvenli ortamlarda yaşamlarının sağlanmasının, damgalama ve ayrımcılığa uğramalarının engellenmesinin, anadillerinde sağlık hizmeti ve bilgi almalarının, salgının orantısız yüklerinden korunmalarının yaşama geçirilmesi de devletin ödevleri arasındadır. Kamu yararının korunması ilkesi gereğince aşırı yük ve riskle karşı karşıya

kalan kişilerin desteklenmesi önemlidir. Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıklarının enfeksiyona yatkınlık, alınan sağlık hizmetleri düzeyleri, hastalığın seyri ve sonucuyla ilgili farklılıklara neden olabileceği göz önüne alınarak ayrımcılığa yol açacak yaklaşımlardan kaçınılmalıdır (26).

Makro düzeyde belirlenen politikaların yanı sıra yerelde sağlık kurumlarındaki yöneticilerin de hazırlıklı olma, doğru zamanda uygun planı yapma, sağlık çalışanlarını destekleme ve güvenliklerini sağlama gibi görevleri yaşamsal önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hangi koşullarda, nasıl çalışacakları, korunma önlemleri, hakları ve sorumlulukları konusunda kurumsal politikalar oluşturulmalı, bu süreçte katılımları sağlanmalı ve oluşturulan politikalar sağlık çalışanlarıyla şeffaf bir biçimde paylaşılmalıdır (28).

Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinin devletin ödevi olduğu göz önüne alındığında salgını önlemek ve salgına müdahale etmek için gerekli sistemlerin etkili, nitelikli, toplumu kapsayıcı şekilde sağlanması hükümetlerin etik yükümlülüğüdür. Söz konusu yükümlülük sadece ulusal değil, uluslararası toplumu da kapsayacak şekilde değerlendirilmelidir. Bunun gerçekleştirilmesinin ilk basamağı, etik sorumlulukla şeffaflık içinde uluslararası topluma derhal bildirimde bulunma yükümlülüğüdür. Uluslararası hızlı bilgi paylaşımının sağlanması salgının durdurulması, sağlık ve yaşam hakkının sağlanması açısından önemlidir. Bu çabalara katılan tüm kişi ve birimler, ilgili ve doğru verileri zamanında paylaşarak işbirliği yapmalıdırlar (26).

Salgın sürecinin kontrol altında tutulabilmesi için güvenilir ve nitelikli bir aktif sürveyans sisteminin kurulması önemlidir. Aktif sürveyans hastalık kaynağına ve temaslılara yönelik yapılacak çalışmalarla olguların tespit edilmesini, temaslıların kontrol edilmesini ve salgın verilerinin analizine olanak sağlayacak kayıtların tutulmasını kapsamalıdır. Ancak her koşulda kişi hak ve özgürlüklerinin, mahremiyetin korunması ve bilginin ne şekilde, kim tarafından toplanıp nasıl ve ne amaçla kullanılacağına dair şeffaflık sağlanmalıdır (27).

Medyanın da etik ilkelere uygun olarak verilen bilgilerin doğruluğunu sorgulamak, verilen bilgilerde eksik ve yanlışların olması durumunda kamuoyunu doğru bilgilendirmek sorumluluğu vardır. Salgınla mücadelede önemli rolü olan medyanın konuya popülist, kolaycı şekilde değil, etik duyarlılıkla, taşıdığı sorumluluğa uygun biçimde yaklaşması ve toplumda panik oluşturacak söylemlerden kaçınması son derece önemlidir. Aşırı kaygı uyandırmanın veya salgını önemsizleştirilmenin bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi zarara uğratacağı göz ardı edilmemelidir. Medya salgınla ilgili bilgilerin gizlenmesinin ortağı olamaz; hasta mahremiyeti bunun istisnasıdır. Her bir bireyin, özellikle de hekimlerin doğrulanmamış bilgileri yaymama konusunda etik bir sorumluluğu bulunmaktadır (28).

Salgın sürecinde sunulan sağlık hizmeti, mümkün olan en yüksek düzeyde hasta güvenliğini sağlamak için tasarlanmış koşullar altında ve profesyonel tıbbi standartlara uygun olarak sürdürülmelidir. Yeni tanımlanmış ajanla oluşan bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili olarak mesleki gelişimleri için gerekli bilimsel eğitimlerinin meslek örgütleriyle birlikte sağlanması devletin ödevidir. Toplumun sağlık hakkının korunması açısından ge-

rekli sağlık hizmetlerinin nitelikli, eşit ve ulaşılabilir olarak sunulması, bulaşıcı hastalıkların yaygın yaşandığı dönemlerde çok daha fazla önem kazanmaktadır. İnfeksiyöz bir patojenin tanısı, tedavisi veya önlenmesi için tıbbi müdahale önerilen bireyler, diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi riskler, yararlar ve alternatifler hakkında bilgilendirilmelidir. Süreçte hangi tıbbi müdahalelerin kabul edileceğine dair son kararın hastaya ait olması gerektiği unutulmamalıdır. Halk sağlığı için önemli riskler oluşturacağına dair güçlü gerekçeler olduğunda ve bu risklerin ortadan kaldırılmasında hastayı izole etmek de dahil olmak üzere halk sağlığını korumak açısından başka hiçbir önlem mümkün olmadığı durumda bu onam alınmayabilir (27).

Salgın sürecinde, diğer sağlık sorunları göz ardı edilmeden toplumun gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin sunulması, nitelikli ve eşit şekilde ulaşılabilir olmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinin ve kaynakların adil dağılımının planlanması ve uygulamaya geçirilmesi de devletin yükümlülüğüdür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en yaşamsal başlıklardan biri olan kişisel koruyucu malzeme (KKM) sağlık çalışanlarına yeterli, düzenli, uygun ve sürekli bir biçimde sağlanmalıdır. Koruyucu malzemelerin azlığı kabul edilemez bir durumdur. KKM sağlanmamasının kendisi bir risk faktörüdür. Kaynakların kısıtlılığı koruyucu donanım eksikliğinin gerekçesi olamaz (27).

Sağlık sistemi afet, salgın hastalıklar gibi olağan dışı durumlarla karşılaştığında ilaç, yoğun bakım yatağı gibi kaynaklarla ilgili kısıtlılıklar söz konusu olabilir. Devlet değişen koşullara uyum sağlayacak düzenlemeleri yapmalıdır. Kaynakların dağıtılması konusunda triyaj yapılması gerekebilir. Triage protokolleri, kıt kaynakların kural temelli, adil ve şeffaf bir şekilde tahsis edilmesi ve kamu yararı bakış açısıyla toplumun yaşamda kalmasını en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Triage gerektiğinde hastaların yaşam ve tedavi hakkının korunması için gerekli önlemler alınmalıdır. Triage dışlama kriterlerinin uygulanması, mortalite riskinin değerlendirilmesi ve hastanın uygulama sırasında gösterdiği gelişme göz önünde bulundurularak gerçekleştirilir. Triage'da etik çerçeve ve adalet, yarar ve eşitlik ilkelerinin gözetilmesini gerektirir (28). Triage sorumluluğu sadece hastanın bakımını üstlenen hekime bırakılmamalıdır. Triage ilkelerinin tanımlanması ve gerekçelendirilmesi, protokollerin oluşturulması için ilgili tarafların katılımıyla ulusal triyaj etik kurulu oluşturulmalıdır. Bu kurul tarafından belirlenen triyaj ilke ve protokolleri değişen koşullara göre güncellenmelidir. Hekimler ulusal etik kurulu tarafından belirlenen ilke ve protokolleri uygulamalıdır. Triage, ulusal triyaj etik kurulu tarafından belirlenen ilkeler ve protokoller doğrultusunda uygulanır. İlke ve protokollerin uygulanmasında tereddüt olduğu durumlarda ulusal triyaj etik kurulu görüş oluşturmalıdır (26).

Ayrıca 2014 Ebola salgını sırasında bazı şehirlerde halkın yerleşim yerlerindeki Ebola tedavi merkezlerine saldırılar düzenlemesi, hastalığı bulaştıracak iddiasıyla bu merkezleri tahrip etmesi, çalışanları ve hastaları darp etmeleri de ayrı bir etik sorundur.

Salgın hastalıkla etkili bir mücadele ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarının özverili katkılarına bağlıdır. Sağlık çalışanları bu süreçte önemli kişisel riskler alırlar. Sağlık çalışanlarının

bazıları, toplumun en dezavantajlı üyeleri arasında olabilir ve kendilerinden yapmaları istenen görevler üzerinde çok az kontrole sahip olabilirler. Bu çalışanlar daha yüksek risk altında oldukları için özenle korunmalıdırlar. Çalışanın bir salgın sırasında daha yüksek riskler üstlenmek için önceden belirlenmiş bir görevi olup olmadığına bakılmadan riskin en aza indirilmesi, tedaviye erişimde öncelik tanınması, psikososyal destek verilmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, salgın sonrası toplumsal yaşama yeniden katılımının sağlanması ve ayrıca aile bireylerine destek verilmesi, şeffaf bilgilendirme yapılması gibi konularda devletin sağlık çalışanlarına karşı bir yükümlülüğü vardır. Yeterli koruma olanaklarının sağlanmadığı durumlarda sağlık çalışanlarının çalışma ortamının olumsuzluklarının en kısa zamanda düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır (27).

Hekim diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi hizmet verdiği insanlara "önce zarar verme" ilkesiyle yaklaşmalıdır. Bununla birlikte salgın hastalıklarda, tüm sağlık çalışanları hastalığa yakalanma riski altındadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarını, yakınlarını ve sağlık çalışanlarından hastalığın bulaşması riski olanları koruma yönünde devletin pozitif bir ödevi bulunmaktadır. Devlet bu ödevi yerine getirirken, çalışma koşullarını, hekimi kendi yaşamıyla diğerlerinin yaşamı arasında bir seçim yapma zorunda bırakmayacak şekilde çalışan sağlığı ve güvenliği açısından düzenlemeli, sağlık kurumlarında çalışanların sağlık ve güvenliği için KKM'yi de içerecek şekilde gerekli, yeterli araç ve gereçleri sağlamalıdır. Salgın sırasında yüksek risk altında çalışan sağlık çalışanlarının kontrollerinin tanı testlerini içerecek biçimde düzenli olarak yapılması bu ödevin yerine getirilmesinin en önemli araçlarından birisidir. Mesleki uygulamaları nedeniyle sağlık çalışanlarına bulaşmanın gerçekleşmesi iş kazası ve meslek hastalığı olarak tanımlanmalı, bu konuyla ilgili tüm hakları korunmalıdır (26).

Çalışanların infeksiyonun daha da yayılmasını önlemek için koruyucu ve önleyici tedbirleri talep etme ve kendilerine sunulan bu tedbirleri yaşama geçirme bakımından etik yükümlülükleri olmasının yanı sıra infekte olduklarında bunu bildirme ve iyileşene kadar işten geçici olarak uzaklaşma yükümlülükleri de bulunmaktadır. Bu çerçevede eksik olan sağlık ve güvenlik önlemlerine ilişkin olarak mutlaka yazılı başvurular yapılmalıdır (28).

Salgın dönemlerinde sağlık çalışanlarına yönelik politik baskılar söz konusu olabilmektedir. Ayrıca salgınların neden olduğu kaotik ortamlar sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti tetikleyebilmektedir. Sağlık otoritelerince halkın hızlı, doğru bilgilendirilmesi, şeffaf bir biçimde bilgi akışının gerçekleştirilmesi hastalarla sağlık çalışanlarının karşı karşıya getirilmemesini sağlayan temel koşullardandır. Devlet salgın ortamlarında da hekimlerin bilimsel ve etik ilkelere uygun çalışmasının sağlanması, mesleki özerkliğinin ve klinik bağımsızlığının korunması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaşanmaması ödevlerini yerine getirmeli ve bu konularda gerekli düzenlemeleri yapmalıdır (27).

Salgınlar sağlık çalışanlarında kaygı ve korku yaratmaktadır. Sürecin uzaması, riskin artması, meslektaşlarının hastalanması; kaygı ve korkuların artmasına, yorgunluğa ve tükenmişliğe neden olabilmektedir. Böylesi kaotik dönemlerde

sağlık otoritelerince sürecin iyi yönetilmesi, görev tanımlarının açık bir biçimde belirlenmesi, sağlık hizmetinin sürdürülmesiyle ilgili algoritmaların oluşturulması, KKM'ye erişim konusunda yetersizlik yaşanmaması, çalışma koşullarının uygunluğunun sağlanması, sağlık çalışanlarının zorlu görevlerini dayanışma içinde gerçekleştirmelerini olanaklı kılacaktır. Sağlık çalışanları arasındaki ilişkinin temelini bilimsel verilerin ışığında profesyonellik ve dayanışma oluşturmalıdır (26).

Salgınlarla mücadelede multidisipliner yaklaşım son derece önem kazanmaktadır. Devletin güvenlik güçlerinden sağlık hizmeti sunucularına, bilim adamlarından politikacılara ve halktan devleti yönetenlere kadar toplumun tüm taraflarının etik ilkeler çerçevesinde sorumluluklarını yerine getirmesi mücadelenin başarısını artıracaktır.

2014 Ebola Salgınıyla Mücadelede Türkiye

Türkiye'nin 2014 Ebola salgınıyla ilgili attığı adımlar ticari ilişkiler ve hibeler olarak iki başlıkta incelenebilir. Devlet tarafından açılan bu başlıklara daha sonradan sivil toplum örgütleri de destek vermiştir.

Türkiye 2014 yılında Gine'yle, Sierra Leone'la ve Liberya'yla ticari ilişkilerini geniş bir ürün yelpazesinde tutmuştur. Türkiye'nin bu ülkelere ihraç ettiği ürünler arasında Ebola salgınıyla mücadele için önemli sayılabilecek tıbbi nitelikli malzemeler dikkati çekmektedir (31). 2014 yılında Türkiye'nin Gine'ye yaptığı toplam ihracat hacmi 66 295 492 Amerikan doları (USD) olup bunun 172 057 USD'sini bu malzemeler oluşturmuştur (Tablo 1). Aynı şekilde Türkiye'nin 2014 yılında Liberya'ya yaptığı ihracat hacmi 14 891 750 USD iken, bunun 1 131 790 USD'si bu malzemelere ayrılmıştır (Tablo 2). Son olarak, Türkiye'nin 2014 yılında Sierra Leone'ye yaptığı ihracat hacmi ise 45 650 108 USD olup bunun 555 510 USD'si yine bu malzemelere ayrılmıştır (Tablo 3). 2014 Ebola salgını en sert yüzünü Liberya'da gösterdiği için Türkiye'nin bu üç ülkeyle 2014 yılında yaptığı tıbbi ürün ihracatının toplam ihracatlar oranının en yüksek olanı Liberya'da görülmüştür (Tablo 4) (31).

İkinci olarak Türkiye'den bu üç ülkeye tıbbi bağış programları düzenlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Ba-

Tablo 1. 2014 Yılında Gine'ye Yapılan Sağlık Malzemesi İhracatının Amerikan Doları Olarak Tutarı

Sargılar, gazlı bezler, bandajlar ve benzeri eşyalar, tıbbi, cerrahi, diş veya veterinerlik malzemeleri	11 973
Diğer antibiyotikli ilaçlar, dozlandırılmış, şekillendirilmiş veya paketlenmiş perakende satışa hazır olanlar	13 329
Diğer şekillerdeki sabunlar	131 957
Tuvalet-temizlik kağıtları	244
Vülkanize kauçuktan eldivenler	3844
Tıpta kullanılan diğer aletler	3042
Tıpta, cerrahide, dişçilikte kullanılan ekipmanlar	1760
Hidrometre, termometre, pirometre, barometre, higrometre, psikrometre	5908
Toplam	172 057

Tablo 2. 2014 Yılında Liberya'ya Yapılan Sağlık Malzemesi İhracatının Amerikan Doları Olarak Tutarı

Tuvalet için müstahzarlar (tıbbi ürünler dahil)	62 544
Dezenfektanlar	590
Tuvalet-temizlik kağıtları	90 473
Hijyenik havlular, tamponlar, bebek bezleri vb.	950 122
Yatak haline getirilebilen sandalyeler	11 826
Vülkanize kauçuktan eldivenler	1900
Vülkanize kauçuktan giyim eşyası ve aksesuarı	9250
Koruyucu başlıklar	525
Tıpta, cerrahide, dişçilikte kullanılan ekipmanlar	1760
Hidrometre, termometre, pirometre, barometre, higrometre, psikrometre vb.	2800
Toplam	1 131 790

Tablo 3. 2014 Yılında Sierra Leone'ye Yapılan Sağlık Malzemesi İhracatının Amerikan Doları Olarak Tutarı

Tuvalet için müstahzarlar (tıbbi ürünler dahil)	3650
Dezenfektanlar	9761
Diğer şekillerdeki sabunlar	59 081
Tek kullanımlık ev eşyası, hastane eşyası	23 044
Hijyenik havlular, tamponlar, bebek bezleri vb.	453 300
Hastane yatakları	1480
Eldivenler- kauçuk ve plastik çeşitli eldivenler	223
Vülkanize kauçuktan eldivenler	1900
Koruyucu başlıklar	600
Tıpta, cerrahide, dişçilikte kullanılan ekipmanlar	1760
Hidrometre, termometre, pirometre, barometre, higrometre, psikrometre vb.	400
Termostatlar	311
Toplam	555 510

Tablo 4. 2014'teki Toplam İhracat Hacmi ve Sağlık Malzemelerinin Oranı

Ülkeler	Gine	Liberya	Sierra Leone
Toplam İhracat (Amerikan Doları)	66 295 492	14 891 750	45 650 108
Sağlık Malzemeleri (%)	0.25	7.6	1.21

kanlığı Batı Afrika Ebola salgınıyla mücadele kapsamında 13 Nisan 2015'te Addis Ababa'da "Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'yle Afrika Birliği Arasında Batı Afrika'da Ebola Salgınına Destek Projesi (African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa, ASEOWA)" anlaşmasını imzalamıştır. Salgınla mücadele amacıyla Afrika Birliği çatısı altında oluşturulan komisyona Türkiye tarafından 1 milyon USD bağışlanmıştır. ASEOWA'nın yürürlüğe girmesinin ardından bağışlanan bu miktar salgından en çok etkilenen Sierra Leone, Liberya ve Gine'de kullanılmıştır (32). Ayrıca 2014 yılında

Ekvator Ginesi'nde düzenlenen İkinci Türkiye-Afrika Ortaklık Zirvesi'nde Türkiye Ebola salgını yaşanan bu üç ülkeye beş milyon dolarlık bir hibe yapılacağını da belirtmiştir (33). Bunun yanında Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA) Liberya, Gine ve Sierra Leone'ye tıbbi ve hijyenik malzeme göndermiştir (34). TİKA Sierra Leone'ye bir adet tam donanımlı hasta nakil ambulansı hibe etmiş, Gambiya'nın Banjul şehrindeki hasta ve doktorlar için koruyucu maske, koruyucu gözlük, sıvı geçirmez koruyucu tulum, cerrahi eldiven ve iş botu göndermiş, ayrıca Edward Francis Small Eğitim Hastanesi ve Soma Bölge Sağlık Merkezi'nin karantina odalarının iyileştirilmesi için gerekli tıbbi malzemeyi sağlamıştır (34). TİKA tarafından Dakar Üniversitesi öğretim görevlilerinin kurduğu Afrika Yüksek Eğitime Destek Derneği'yle işbirliği içinde Senegal'in en yoksul bölgesi olan Gine sınırındaki Kolda ve Bağdadji kentleriyle Medina Charif köyüne yönelik bir proje geliştirilmiş, bu kapsamda Dakar Üniversitesi'nden 26 uzman tarafından 1500 kişi sağlık taramasından geçirilmiş ve halka ilaç dağıtılmıştır. Ebola'nın etkisi altına giren kişiler için hastalıkla ilgili bilgilendirme toplantıları yapılmış ve 1000 kutu dezenfektan dağıtılmıştır (35). Tüm bu adımlar "Ebola Virusuyla Mücadele Projesi" kapsamında gerçekleştirilmiştir (36).

Türkiye'nin Ebola'yla mücadeleye destek programları sadece resmi kanallardan yürütülmemiştir. Türk sivil toplum örgütleri de bu mücadelenin içinde yer almışlardır. Özellikle Türk Kızılayı ve Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) Ebola'yla mücadeleye destek veren önemli kuruluşlar olmuşlardır. Türk Kızılayı, Uluslararası Kızıllaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC) tarafından Ebola salgınıyla ilgili 19 Ağustos 2014 tarihli yardım çağrısına kayıtsız kalmamıştır. Bölgede gerçekleştirilen incelemeler ve araştırmalar sonucunda Türk Kızılayı tarafından da salgınla mücadele kapsamında acil müdahale faaliyetlerinin yerine getirilebilmesi için nakdi fon sağlama kararı alınmıştır. Bölgede ilk defa görülen Ebola salgınına müdahale kapsamında yetersiz malzeme ve deneyime sahip olan bölge ülkeleri ulusal derneklerine yardım amacıyla Türk Kızılayı tarafından Liberya Kızıllaç'ına 15 000 USD tutarında nakdi bağış, Gine'ye Ebola'yla mücadele kapsamında kullanılmak üzere 15 100 USD tutarında nakdi bağış, Sierra Leone'ye Ebola'yla mücadele kapsamında kullanılmak üzere 20 900 USD tutarında nakdi bağış yapmıştır (37). Destekler T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı liderliğinde yürütülmüştür. Ebola salgınıyla mücadele kapsamında Gine, Sierra Leone ve Liberya için hazırlanan on tonluk, 860 bin adet tıbbi malzeme 2014 başlarında bölgeye ulaştırılmıştır (38). Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Fransa ve Rusya ise Ebola salgınıyla sadece para ve malzeme yardımıyla değil aynı zamanda tedavi planlaması boyutuyla da ilgilenmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri Sierra Leone'da bir test laboratuvarı kurarken Çin yüz yirmi milyon dolarlık hibenin yanında üç ülkede de bir tedavi merkezi, mobil laboratuvarlar, biyolojik güvenlik laboratuvarları, patojen-tropik hastalık önleme komisyonu kurmuştur. Fransa Pasteur Enstitüsü'nü Gine'ye göndermiş, Rusya ise yirmi milyon dolarlık ve yüz elli tonluk yardımının yanında immüno-globulin tedavisi ve Ebola aşısı üzerinde çalışmıştır (39). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda bu konu 19 Eylül 2014 tarihli "Batı Afrika'daki Ebola Salgınının Kontrolü ve Mücadelesi"

ve 9 Ekim 2014 tarihli “BM Ebola Misyonu” oturumlarında ele alınmıştır (40,41). Yapılan tüm bu çalışmalar sonuç vermeye başlamıştır. Geçtiğimiz günlerde Avrupa İlaç Ajansı, ilk Ebola aşısının (Ervebo®, Merck Sharp & Dohme) insanlarda kullanımını onaylarken, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi de erken tanı için geliştirilen OraQuick® Ebola Rapid Antigen Test (OraSure Technologies)’in kullanımını onaylamıştır (42).

Sonuç

Günümüzdeki küresel sağlığın temel sorunlarından biri olan Ebola 2014 yılında Gine, Liberya ve Sierra Leone’de bir salgın şeklinde görülmüştür. Bu salgınla mücadelede Türkiye aktif olarak rol almış, özellikle ticari ve hibesel anlamda etkili olmuştur. Bu salgın sonrasında dört temel konu göze çarpmaktadır. Birincisi, tek olguda başlayan hastalık modern tıbbi imkanların yetersizliğinin bir sonucu olarak geleneksel halk şifacılarının devreye girmesiyle gerekli tıbbi şartlarla tedavi edilemeyen hastalar ve ayrıca hastanelerde tanının gecikmesi ve sanitasyon önlemlerindeki problemler nedeniyle giderek genişlemiş ve binlerce insanı etkileyen bir salgına dönüşmüştür. İkincisi, Türkiye salgın sırasında çok temel ve önemli katkılarda bulunmuşsa da gelecekte yeni salgınlar yaşanmaması adına indeks olguların ortaya çıkışındaki ortak nokta olan yabanıl hayvanlarla temas gibi konularda halkın eğitimine katkıda bulunmaya devam edebilir. Üçüncüsü, bu tip salgınlarda salgının çıktığı ülkeden bağımsız küresel bir ortak eylem planının her an hazır olması gereklidir. Dördüncüsü ise, küreselleşen dünyada, seyahat sağlığı önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu konuların yönetilmesine yönelik yaklaşımların geliştirilmesi, uluslararası politika dinamiklerinin sağlık komponentinde yeni politikalar üretmesi gerekmektedir. Dijital erişim kaynaklarına bakıldığında halkı bilgilendirmeye ilgili video, animasyon gibi materyallerde genellikle ilk bulaşma yollarından söz edilmediği, yabanıl hayvanlarla temas konusunda yeterince bilgilendirme olmadığı görülmektedir. Primer korunma her zaman en etkili yoldur. Aşı, sanitasyon, yaşam tarzı değişiklikleri, halkın eğitimi gibi önleyici yaklaşımların geliştirilmesine, sürdürülmesine ve güncellenmesine ihtiyaç olduğu kesindir. Ülkeler 2014 yılında ortaya çıkan Ebola gibi salgınlara mücadele ederken uluslararası etik ilkelerini dikkate almalı, diğer ülkelerin etik ilkelerinden de yararlanmalıdır. Ebola gibi salgınların toplumlar üzerindeki etkilerinin silinmesi sadece tıp alanındaki ilaç ve aşı geliştirmeye ya da uluslararası ilişkiler alanındaki dış yardımlarla ve hibelerle değil aynı zamanda devletlerin bu salgında halkına etik olarak doğru bir şekilde yaklaşmasıyla da mümkündür. 2014 Ebola salgınına farklı bir perspektiften bakan bu derlemenin şu anda içinde bulunduğumuz COVID-19 salgınıyla mücadeleye de katkıda bulunacağı umut edilmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Kaynaklar

1. Brundtland GH. Global health and international security. *Global Governance*. 2003; 9(4): 417-23. [Crossref]
2. Aslan A. Sistemik derleme ve meta-analizi. *Acta Medica Alanaya*. 2018; 2(2): 62-3. [Crossref]
3. Centers for Disease Control and Prevention. History of Ebola Virus Disease [Internet]. Atlanta, GA: CDC [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/summaries.html>.
4. World Health Organization. Ebola Virus Disease [Internet]. Geneva: WHO [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Ebola-virus-disease>.
5. Malvy D, McElroy AK, de Clerck H, Günther S, van Griensven J. Ebola virus disease *Lancet*. 2019; 393(10174): 936-48. [Crossref]
6. Rewar S, Mirdha D. Transmission of ebola virus disease: an overview. *Ann Glob Health*. 2014; 80(6): 444-51. [Crossref]
7. Columbia University’s Mailman School of Public Health. Scientists discover Ebola virus in West African bat [Internet]. Rockville, MD: ScienceDaily [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/01/190124095156.htm>.
8. Caron A, Bourgarel M, Cappelle J, Liégeois F, De Nys HM, Roger F. Ebola virus maintenance: if not (only) bats, what else? *Viruses*. 2018; 10(10): 549. [Crossref]
9. Gebretadik FA, Seifu MF, Gelaw BK. Review on Ebola virus disease: its outbreak and current status. *Epidemiol Open Access*. 2015; 5(4): 204.
10. McElroy AK, Mühlberger E, Muñoz-Fontela C. Immune barriers of Ebola virus infection. *Curr Opin Virol*. 2018; 28: 152-60. [Crossref]
11. McElroy A, Shrivastava-Ranjan P, Harmon J, et al. 646. Activated macrophages as pathogenesis factors in Ebola virus disease in humans. *Open Forum Infect Dis*. 2018; 5(Suppl. 1): S234. [Crossref]
12. Vine V, Scott DP, Feldmann H. Ebolavirus: An overview of molecular and clinical pathogenesis. *Methods Mol Biol*. 2017; 1628: 39-50. [Crossref]
13. Muñoz-Fontela C, McElroy AK. Ebola virus disease in humans: pathophysiology and immunity. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2017; 411: 141-69. [Crossref]
14. World Health Organization. One year into the Ebola epidemic: a deadly, tenacious and unforgiving virus [Internet]. Geneva: WHO [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/introduction/en/>.
15. World Health Organization. Liberia: a country – and its capital – are overwhelmed with Ebola cases. [Internet]. Geneva: WHO [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/liberia/en/>.
16. Centers for Disease Control and Prevention. 2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa [Internet]. Atlanta, GA: CDC [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html>.
17. World Health Organization. Ebola in Sierra Leone: A slow start to an outbreak that eventually outpaced all others [Internet]. Geneva: WHO [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/sierra-leone/en/>.
18. Patel S, Rauf A, Khan H. The relevance of folkloric usage of plant galls as medicines: Finding the scientific rationale. *Biomed Pharmacother*. 2018; 97: 240-7. [Crossref]
19. Ernst E. Winnowing the chaff of charlatanism from the wheat of science. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2010; 7(4): 425-6. [Crossref]
20. Huber C, Finelli L, Stevens W. The economic and social burden of the 2014 Ebola outbreak in west Africa. *J Infect Dis*. 2018; 218(Suppl. 5): S698-704. [Crossref]
21. Nagbe T, Williams GS, Rude JM, et al. Lessons learned from detecting and responding to recurrent measles outbreak in Liberia post Ebola-Epidemic 2016-2017. *Pan Afr Med J*. 2019; 33(Suppl. 2): 7. [Crossref]
22. Lee JS, Adhikari NKJ, Kwon HY, et al. Anti-Ebola therapy for patients with Ebola virus disease: a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2019; 19(1): 376. [Crossref]

23. Metzger WG, Ehni HJ, Kreamsner PG, Mordmüller BG. Experimental infections in humans-historical and ethical reflections. *Trop Med Int Health*. 2019; 24(12): 1384-90. [Crossref]
24. Hellmann F, Verdi M, Schlemper BR Jr, Caponi S. 50th anniversary of the Declaration of Helsinki: the double standard was introduced. *Arch Med Res*. 2014; 45(7): 600-1. [Crossref]
25. Holt GR. Declaration of Helsinki - the world's document of conscience and responsibility. *South Med J*. 2014; 107(7): 407. [Crossref]
26. Rid A, Emanuel EJ. Ethical considerations of experimental interventions in the Ebola outbreak. *Lancet*. 2014; 384(9957): 1896-9. [Crossref]
27. Gericke CA. Ebola and ethics: autopsy of a failure. *BMJ*. 2015; 350: h2105. [Crossref]
28. Schuklenk U. Bioethics and the Ebola outbreak in West Africa. *Dev World Bioeth*. 2014; 14(3): ii-iii. [Crossref]
29. The Economist. Israel: Winning the Battle, Losing the War. August 2nd 2014 [Internet]. London: The Economist Group [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.economist.com/leaders/2014/07/31/winning-the-battle-losing-the-war>.
30. Sunshine G, Barrera N, Corcoran AJ, Penn M. Emergency declarations for public health issues: expanding our definition of emergency. *J Law Med Ethics*. 2019; 47(Suppl. 2): 95-9. [Crossref]
31. Türkiye'nin Gine-Liberya-Sierra Leone İhracat Oranları [Internet]. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu [erişim 4 Kasım 2019]. <http://rapory.tuik.gov.tr/20-08-2019-19:43:21-1069321353156752968430981333.pdf>
32. Republic of Turkey Ministry of Foreign Affairs. African Union - Turkey Partnership Joint Implementation Report, 2015-2017, 12 February 2018 [Internet]. Ankara: Dışişleri Bakanlığı [erişim 19 Aralık 2019]. http://www.mfa.gov.tr/african-union---turkey-partnership-joint-implementation-report_-2015-2017_-12-february-2018_en.en.mfa.
33. Afrika'ya paralel uyarısı [Internet]. İstanbul: Habertürk [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.haberturk.com/dunya/haber/1011627-afrikaya-paralel-uyarisi>.
34. Vapalahti O, Kallio-Kokko H, Anttila VJ, Lyytikäinen O. [Ebola: virus, disease, transmission and preparedness in Finland]. *Duodecim*. 2014; 130(21): 2163-77. Fince.
35. Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı. Kalkınma Yardımları Raporu 2014 [Internet]. Ankara: TİKA [erişim 19 Aralık 2019]. https://www.tika.gov.tr/tr/yayin/liste/turkiye_kalkinma_yardimlari_raporlari-24.
36. Türkiye İstatistik Kurumu. Afrika Tanıtım Broşürü [Internet]. Ankara: TÜİK [erişim 19 Aralık 2019]. https://www.tika.gov.tr/tr/yayin/liste/tanitim_brosurleri-25?page=4.
37. Uluslararası Programlar ve Operasyonlar Direktörlüğü. Ebola Salgını İnsani Yardım Faaliyeti Bilgi Notu (02.07.2019). Ankara: Türk Kızılayı, 2019.
38. Uygun E. Gine: AFAD'ın uzandığı Afrika ülkesi. *AFAD*. 2015; (1): 52-61.
39. United Nations Security Council. 7318th Meeting. Provisional (21 November 2014) [Internet]. New York: United Nations [erişim 19 Aralık 2019]. <https://undocs.org/en/S/PV.7318>.
40. United Nations General Assembly. 3rd Plenary Meeting. Official Records (19 September 2014) [Internet]. New York: United Nations [erişim 19 Aralık 2019]. <https://undocs.org/en/A/69/PV.3>.
41. United Nations General Assembly. 22nd Plenary Meeting. Official Records (9 October 2014) [Internet]. New York: United Nations [erişim 19 Aralık 2019]. <https://undocs.org/en/A/69/PV.22>.
42. EU Panel's Thumbs-Up on First Ebola Vaccine a 'Triumph' for Public Health [Internet]. New York, NY: Medscape [erişim 19 Aralık 2019]. <https://www.medscape.com/viewarticle/920068>.