

# COVID-19 PANDEMİSİNDE TAYLAND VE SAĞLIK SİSTEMİ

Kevser DURGUN\*

**Öz:** Çin dışında doğrulanmış ilk COVID-19 vakasının görüldüğü ülke olan Tayland, hazırlık ve müdahale süreçlerinde pek çok başarılı unsur sergilemiştir. Evrensel sağlık kapsayıcılığının sağlanmış olması, sağlık emek gücünün yoğunluğu, pandemi mücadelesinde birinci basamağın öncelikli rolü, toplum katılımının sağlanması bu başarıda kilit unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Halk sağlığı yetkilileri ile toplumun iş birliği içinde çalışması, pandeminin ilk yılında salgın kontrolüne katkı sağlamıştır. Ancak ekonomisi dışa bağımlı olan ülkede pandeminin ekonomik ve sosyal yükü ağır olmuştur. Aşı kapsayıcılığının düşük olduğu ve kısıtlamaların azaltıldığı 2021 yılında bulaşıcılığı yüksek varyantlar nedeniyle vaka ve ölüm sayılarında artış görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Tayland, COVID-19, evrensel sağlık kapsayıcılığı, köy sağlık gönüllüleri

## Thailand and Health System in the COVID-19 Pandemic

**Abstract:** Thailand, the country with the first confirmed case of COVID-19 outside of China, has demonstrated many successful elements in the preparedness and response. Universal health coverage, density of health workforce, key role of primary care in the COVID-19 response and community participation stand out as the prominent factors in this success. Collaborative work of public health officials and the community has contributed to the outbreak control in the first year of the pandemic. However, the economic and social burden of the pandemic has been heavy in the country which is a dependent economy. In 2021, when vaccine coverage was low and restrictions were loosened, it was observed that the number of cases and deaths increased due to highly contagious variants.

**Key words:** Thailand, COVID-19, universal health coverage, village health volunteers

## Giriş

Tayland, resmi adıyla Tayland Krallığı, eski adıyla Siyam, 14. yüzyılın ortalarında kurulmuştur. Tayland hiçbir zaman bir Avrupa ülkesinin sömürgesi olmamış tek Güneydoğu Asya ülkesidir. 1932'de kansız bir darbe ile anayasal monarşiye geçilmiştir. Resmi dili Tayca olup, nüfusun % 90,7'si yalnızca Tay dili, %6,4'ü Tay dili ve diğer dilleri konuşmaktadır; yalnızca diğer dilleri (Malay dili ve Birmanya dili gibi) konuşanlar %2,9 oranındadır. Ülke nüfusunun %94,6'sı Budist, %4,3'ü Müslüman ve %1'i Hristiyan'dır (**CIA World Factbook**). Yetmiş milyona yakın nüfusuyla nüfus bakımından dünyada 20. sırada yer almaktadır. (**Worldometer**). Çoğunluğu komşu ülkelerden olan 4-5 milyon göçmen nüfusunun 1,0-2,5 milyonu kayıt dışıdır (**Tangcharoensathien, 2022**). Nüfusun %50,5'i kentsel bölgelerde yaşamaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 77,7 yıldır; bu süre kadınlar için 81,3 yıl, erkekler için 74,2 yıldır (**Worldometer**). Doğurganlık hızı 1960'lardan sonra uygulanan başarılı aile planlama- sı programından sonra azalarak 1,5'e ulaşmıştır. Bu-

dizmin etkisi nedeniyle diğer gelişmekte olan ülkelere kıyasla kadınlar daha bağımsızdır ve toplumsal statüleri daha iyidir. Bebek ölüm hızı binde 6,47'dir ve dünyada 167. sıradadır. (**CIA World Factbook**). Tayland, 1960'lı yıllardan sonra yüksek doğurganlık, yüksek ölüm oranından düşük doğurganlık ve düşük ölüm oranına doğru demografik dönüşümden geçmiş, hızla yaşlanan bir nüfusa sahiptir (**Health Systems in Transition, 2015**).

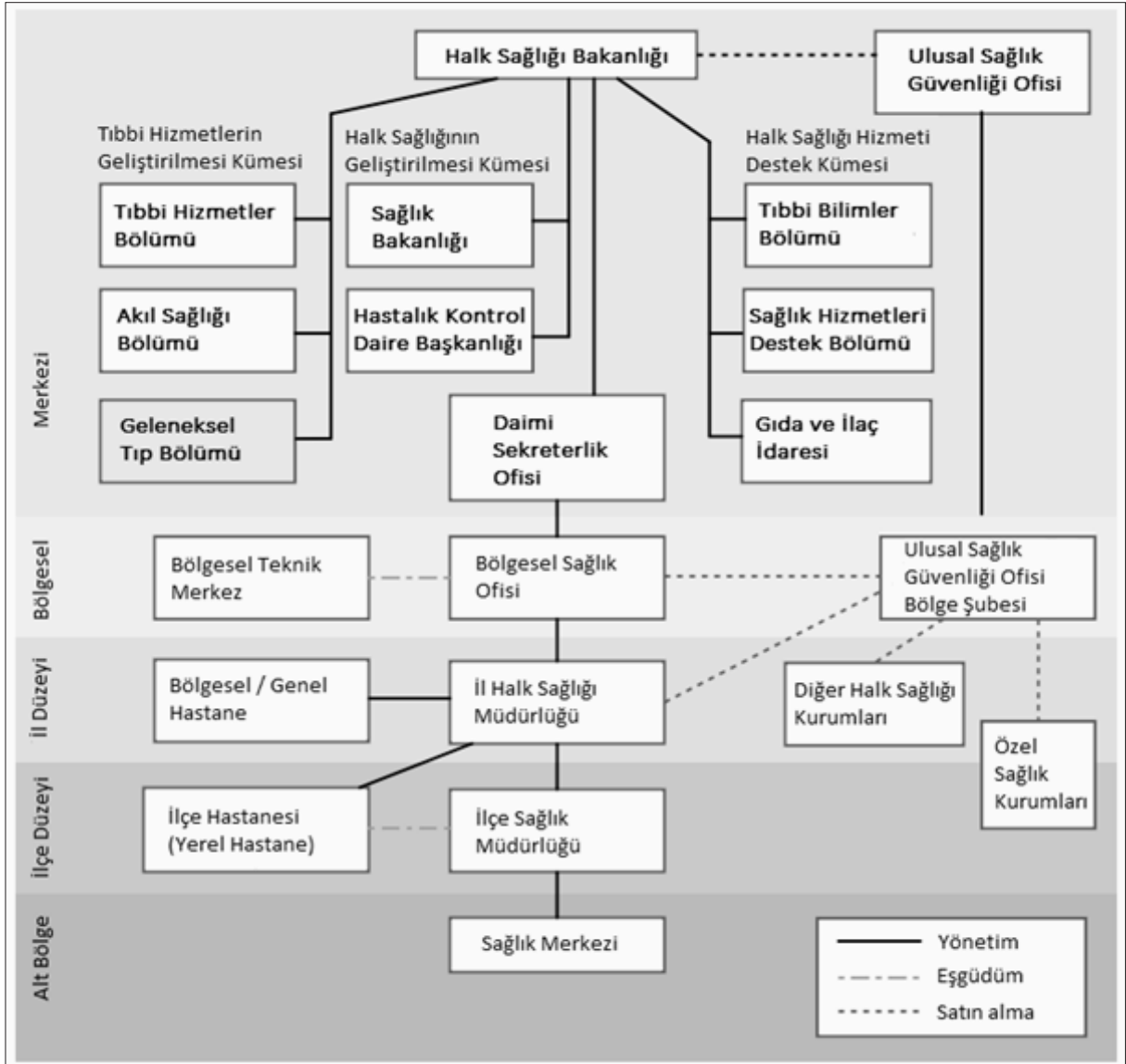
## 1. Tayland Sağlık Sistemi

Tayland'da temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çabalar 1978 Alma Ata Deklarasyonu'ndan çok önce başlamıştır. Halk sağlığı çalışmalarının ve tıbbi hizmetlerin düzenlenmesi için 1942'de Halk Sağlığı Bakanlığı kurulmuştur (**Charuluxananan, 2007**). 1960 ve 1975 arasında sağlık, eğitim ve altyapıyı geliştirme hükümetin odak noktası olmuş ve hem kırsal hem de kentsel alanlarda eşitsizlikleri azaltan ve herkesin sağlığını iyileştiren halksağlığı girişimlerine yatırım yapılmıştır (**Tangcharoensathien, 2013**).

\*Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-1513-6635)

Geliş Tarihi / Received : 05.07.2022

Kabul Tarihi / Accepted : 07.08.2022



**Şekil 1.** Organizasyon yapısı ve MOPH ve NHSO arasındaki bağlantılar

Halk Sağlığı Bakanlığı (MOPH), sağlığı koruma ve geliştirme, hastalık kontrolü, tedavi ve rehabilitasyonun yanı sıra, yasaların öngördüğü diğer resmi işlevlerden sorumlu ana kuruluştur. Diğer bakanlıkların ve yerel yönetimlerin sınırlı da olsa sağlık hizmeti sağlamada rolleri vardır. MOPH idari yapısı merkez ve taşra olmak üzere iki seviyeye ayrılmıştır (Şekil-1). Merkezi yönetim; Daimi Sekreterlik Ofisi ile üç teknik ana yapıdan oluşmaktadır. Bunlar; Tıbbi Hizmetlerin Geliştirilmesi Kümesi, Halk Sağlığının Geliştirilmesi Kümesi ve Halk Sağlığı Hizmeti Destek Kümesi'dir. Merkez teşkilatı ayrıca, il sağlık müdürlüklerinin çalışmalarını izlemek ve desteklemek üzere teknik bölümlere bağlı bölgesel sağlık ofislerine görevler verir. Bölgesel sağlık ofisleri, bir coğrafi bölge içindeki iller arasında

planlamanın ve kaynakların dağılımının entegrasyonundan sorumlu organlardır.

İllerin sağlık hizmetleri yönetimi, her ildeki bölgesel veya genel hastaneleri, ilçe hastanelerini ve ilçe sağlık müdürlüklerini denetleyen ve destekleyen kuruluş olan İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumluluğundadır. İlçe sağlık müdürlüğü, ilçedeki tüm sağlık merkezlerini denetler ve ilçe sağlık sisteminin yönetimi için ilçe hastanesi ile eşgüdüm içinde çalışır. Halk Sağlığı Bakanlığı, sağlık yönetiminin yerelleştirilmesi için 1975'ten bu yana, belirli bir derecede karar verme gücü ve finansal özerklik ile birlikte, işletme ve gelirin kullanımını İl Sağlık Müdürlüklerine ve hastanelere devretse de sağlık sistemi hala ağırlıklı olarak merkezi olarak yönetilmektedir (**Health Systems in Transition, 2015**).

### 1.1.Finansman modeli

Geçmişte sağlık göstergelerine de yansıyan bir şekilde toplumsal sağlık düzeyi oldukça kötü ve yerel düzeyde zayıf bir sağlık altyapısına sahip olan Tayland, erişimi iyileştirmek için uyguladığı politikalar ile 2002 yılında evrensel sağlık kapsayıcılığına (UHC) ulaşmıştır (**Tangcharoensathien, 2013**). Nüfusun neredeyse %100'ünü kapsayan üç büyük kamu sağlık sigortası programı bulunmaktadır. "Devlet Memurları Sağlık Yardım Programı", devlet memurlarını, emeklilerini ve bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsar ve Maliye Bakanlığı tarafından yönetilir. "Sosyal Güvenlik Programı", kayıtlı özel sektör çalışanlarını kapsar. Çalışma Bakanlığı tarafından düzenlenir ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yönetilir. "Evrensel Kapsayıcılık Programı", ilk iki programın kapsamına girmeyen tüm Tayland vatandaşları için 2001 yılında uygulamaya konmuştur ve nüfusun %80'ini kapsayan en büyük programdır. Bu üç sağlık sigortası programı nüfusun çoğunluğunun ihtiyaç duyduğu bakım masraflarını karşılamaktadır (**Pongpirul, 2021**). Kayıtlı göçmen işçiler Sosyal Güvenlik Programı kapsamında bulunmakta, ancak kayıt dışı olanlar kapsam dışında olduklarından yalnızca cepten ödemeyle sağlık hizmetlerini kullanabilmektedir (**Tangcharoensathien, 2022**). Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak merkezi hükümetin topladığı vergilerle finanse edilmektedir (**Sumriddetchajorn, 2019**).

Evrensel sağlık kapsayıcılığı sağlandıktan sonra sağlık hizmeti kullanımı artmış ve sağlık sonuçlarında eşitsizlikler azalmıştır. Sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler, 2001'de toplam sağlık harcamalarının %33'ü iken 2010'da %14'e düşmüştür. Ulaşılan bu seviye Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ile benzerdir. Toplumsal sağlık durumunun iyileşmesinde ekonomik büyüme, okuryazarlığın artması ve 1977'de başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programı da önemli katkıda bulunmuştur. En önemlisi ise coğrafi ve ekonomik engelleri en aza indirmeye odaklanan, işleyen bir birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) sistemi geliştirilmesi olmuştur (**Tangcharoensathien, 2013**).

### 1.2.Sağlık emek gücü

1985 yılında 8.000 olan doktor sayısı, 2009'da 35.000'e yükselterek 24 yılda dört kat artış sağlanmıştır. Aynı dönemde hemşire sayısında 3,3 kat artış kaydedilmiştir. Temel sağlık hizmetlerinin hızla yaygınlaştırıldığı Tayland'da, yalnızca sağlık emekçilerinin sayısının artırılması değil, kırsal bölgelere yönelik dağılımının sağlanması için de stratejiler geliştirilmiştir. 1979'da Bangkok'ta doktor başına 1.210 kişi düşerken, Tayland'ın kuzeydoğu kesiminde doktor başına 25.713 kişi düşmekteydi. 21 kat olan bu fark, 2009 yılında 5 katına kadar

indirilebilmiştir. Eşit dağılımı sağlamak için 1974'ten bu yana kırsal kesimden öğrencilerin kendi yaşadıkları yerde çalışmalarını koşuluyla hemşire ya da doktor olmaları kolaylaştırılmış, ulusal sınav dışında sınav sistemleri geliştirilmiştir. Bu uygulama, tıp ve hemşirelik mezunları için zorunlu kırsal hizmet ile ilgili ilk program olup, daha sonra diş hekimliği ve eczacılık mezunlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Belli bir ilde ikamet eden öğrencilerin sınava girmeye hak kazandığı ilk projeden sonra, kırsal bölgelerdeki öğrencilerin tıp fakültelerine girişini daha fazla artırmak için ilçe düzeyinde de bir proje başlatılmıştır. Ulusal sınav veya il düzeyinde öğrencilerin katılımını kolaylaştıran program yoluyla başlayıp mezun olanların üç yıl zorunlu hizmet yapmaları gerekirken, ilçe düzeyindeki programda onların 12 yıl memleketlerinde çalışması beklenmektedir. Bağlı oldukları programa göre il ya da ilçede ikamet etmek zorundadırlar. Doktorların kamuda kalması için zorunlu hizmete uymama durumunda para cezası, kırsal bölgelerde çalışanlara mali teşvikler ve özel muayenehaneye geçmeyenlere ek ödemeler verilmesi gibi uygulamalar mevcuttur. Bu şekilde özel yollarla işe alınan mezunların zorunlu hizmete uyma oranları diğerlerinden %10-15 daha yüksek bulunmuş; cerrahi becerilerine daha fazla güvendikleri ve tıbbi bilgilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Ancak zorunlu hizmetlerinin tamamlanması sonrasında uzmanlık eğitimi için ayrılma sıklıkları diğerleri ile benzerdir.

Sağlık sisteminin kapsayıcılığı ile artan hemşire ihtiyacı için de 1982'de geçici bir program başlatılmıştır. Öğrenciler iki yıllık eğitimden sonra teknik hemşire olarak dört yıl zorunlu olarak kırsal bölgelerde çalışmış; ardından lisans derecesi almak için iki yıl daha eğitim almıştır. Kayıtlı tüm hemşirelerin ebelik konusunda da yetkin olmaları beklenmektedir. Sağlık sisteminin güçlü yönlerinden biri hemşire sayısının doktor sayısına oranının yüksek olmasıdır. Hemşireler anne ve çocuk sağlığı programlarının başarısında önemli rol oynamıştır (**Tangcharoensathien, 2013**).

### 1.3.Birinci basamak sağlık hizmetleri

Tayland'da tam coğrafi kapsayıcılık hedefine yönelik olarak bölge sağlık sistemi kurma çalışmaları 1977'de başlatılmıştır. Bir ilçe hastanesi ve 10-12 sağlık merkezinden oluşan bölgesel sağlık sistemi, 1990'larda tamamlanmıştır. Bu dönemde, düşük gelirli olan ülkede il düzeyindeki altyapı yatırımlarında geçici bir düşüş yapılarak kapsayıcılığa ulaşılmıştır (**Tangcharoensathien, 2013**).

Sağlık merkezleri ortalama 5.000 nüfusa hizmet vermektedir. Toplamda 10.347 sağlık merkezi mevcuttur ve tümü Halk Sağlığı Bakanlığı'na bağlıdır.

Uzmanlaşma oranının %85 olduğu ülkede bu merkezlerin yalnızca %5'inde hekim bulunmaktadır. Hekim bulunmadığı için kapı tutuculuk bu kurumlardan sağlanamamakta, ilçe hastanesi sevk merkezi olarak çalışmaktadır. Ek olarak, il ve ilçe hastanelerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren Sosyal Tıp bölümleri bulunmaktadır (**Health Systems in Transition, 2015**). Sağlık Merkezleri 2009'dan bu yana sağlığı geliştirme hastanesi olarak yeniden yapılandırılmıştır. Ancak ayaktan birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar olarak çalışmaya devam etmektedir (**Tangcharoensathien, 2022**).

### 1.3.1. Köy sağlık gönüllüleri (VHV)

1977'de başlatılan Temel Sağlık Hizmeti programının bir parçası olarak Köy Sağlık Gönüllüleri (VHV'ler) veya diğer adıyla "Or Sor Mor" kadrosu, kademeli olarak genişletilmiştir. Kancalı kurt, verem ve sıtma 1950'lerde yaygın sağlık sorunları olmuştur. Sıtma kontrol programında çalışan toplum gönüllüleri daha sonra VHV kadrosunu oluşturmuştur. VHV'ler ile Köy Sağlık İletişimcileri (VHC'ler) veya Or Sor Mor kadrosu, 1970'lerde çoğu köyde yer almaya başlamıştır.

Her köyde VHV ve VHC adayları belirlenip eğitimler verilmiş ve sorumlu oldukları alanlar başlangıçta şu şekilde belirlenmiştir: (1) beslenme, (2) sağlık eğitimi, (3) temel tıbbi bakım, (4) temel ilaç ve tıbbi malzeme, (5) sanitasyon ve temiz suya erişim, (6) anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması, (7) bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesi ve (8) aşılama. Daha sonraki Ulusal Sağlık Geliştirme Planları ile VHV/VHC programları VHV altında birleştirilmiş, sayıları tüm kırsal alanları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Ayrıca yukarıda sıralanmış olan sorumluluklarına (9) diş sağlığı, (10) akıl sağlığı, (11) çevre sağlığı, (12) tüketicinin korunması, (13) kaza, güvenlik ve bulaşıcı olmayan hastalık kontrolü ve önlenmesi ile (14) HIV/AIDS kontrolü ve önlenmesi eklenerek artırılmıştır. Her köye bir Toplum Sağlığı Merkezi kurulmuştur. Sonraki planlarda her köye bu hizmetler için ayrılacak kaynaklar belirlenmiştir. VHV, Halk Sağlığı Bakanlığı (MOPH), Sağlık Hizmetleri Destek Bölümü (DHSS), Temel Sağlık Hizmetleri Bölümü altındadır ve ayrı bir bütçe uygulama sistemine sahiptir. Bu merkezler, yerel sağlık çalışanları tarafından gayri resmi olarak denetlenmektedir.

Gönüllülerin en önemli görevi, özellikle salgınlarda, önemli halk sağlığı bilgilerini sorumlu oldukları toplumla paylaşmaktır. OKS dağıtımı gibi temel tıbbi hizmetleri sağlarlar ve gerektiğinde hastane sevklerini koordine ederler. Sağlık sorunlarını tanımları ve bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkları izleyebilmeleri beklenir. Finansal desteği kullanarak halk sağlığı sorunlarının yönetiminde katkıda bul-

nurlar. Sağlığı geliştirme uygulamalarına öncülük ederler. VHV'ler sorumlu oldukları toplumu çok iyi tanır; yerel dilde iletişim kurarlar ve toplumun kültür ve inançlarını bilirler. Köylülerle ve yetkililerle hem resmi hem de gayri resmi etkileşimleri vardır. Toplumda VHV olmak ayrıcalıklı olarak görülmektedir. Toplumdan beklenen ise bu kişilerin seçilmesi ve gerekirse değiştirilmesinde rol almalarıdır.

VHV sayısı 1980'lerde bir milyona çıkmış ve o zamandan bu yana aynı sayıda kalmıştır. VHV'lerin yaklaşık %70'i kadındır. VHV programı Tayland'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin kritik bileşenleri olmuş, salgın mücadelelerine, ağız sağlığının geliştirilmesine, bebek ölümlerinin azaltılmasına, beslenme durumunun iyileştirilmesine, bağışıklama hizmetlerinin kapsamının artırılmasına ve temiz su ile temel ilaçlara erişime katkıda bulunmuştur. Tayland'ın ekonomik düzeyinde yükselme ile birlikte sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru geçiş yapmış, sonuçta VHV sağlık sisteminin merkezi olmaktan çıkmış ve sisteme bir ek olarak görülmeye başlamıştır (**Pongpirul, 2021**).

Tayland, kapsayıcı BBSH sayesinde bebeklerin %90'dan fazlasını aşmış, çocuk ölüm hızlarında en önemli düşüşleri kaydeden ülkelerden biri haline gelmiştir. Doğum öncesi en az dört ziyarette bulunulan hamile kadınların oranı 1988 yılında %62 iken 2006'da %82'ye yükselmiştir. Nitelikli doğum görevlileri tarafından yapılan doğumlar, 1986 yılında %66 iken 1995 ve sonrasında neredeyse %100'e ulaşmıştır. Kontraseptif kullanım sıklığı 1970'ten 2006'ya %14,7'den %81,1'e ulaşmıştır. Önemli bir nokta da bu artışın kırsal ve kent bölgelerinde benzer olmasıdır. (**Tangcharoensathien, 2013**).

### 1.4. Hastanecilik hizmetleri ve hizmet sunumu

Bakım düzeyi açısından ilçe hastaneleri birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bölgesel/genel hastaneler ile üniversite hastaneleri, büyüklüklerine ve kapasitelerine bağlı olarak üçüncü basamak hizmetleri ile diğer özel bakım hizmetlerini sağlamaktadır. Halk Sağlığı Bakanlığı dışındaki bazı bakanlıklara ve yerel yönetimlere bağlı başka kamu sağlık kuruluşları da vardır. Ancak, bunların payı oldukça küçüktür. Özel klinikler ve hastaneler, yüksek gelirli ya da yabancı nüfusa tedavi edici sağlık hizmetlerini sağlamaktadır. Bunlar arasında kamu sağlık sigortalarıyla anlaşmalı olanların payı oldukça düşüktür (**Health Systems in Transition, 2015**).

Yukarıda da belirtildiği gibi, hastanelerin çok büyük bölümü Halk Sağlığı Bakanlığı'na aittir. Tayland'daki tüm hastanelerin %75'i, hastane yataklarının da %79'u kamuya aittir. İl düzeyinde yaklaşık 600.000



kişiyeye hizmet veren il hastaneleri, ilçe düzeyinde 50.000 kişiyeye hizmet veren ilçe hastaneleri vardır. Bazı illerde daha gelişmiş olan bölge hastaneleri bulunmaktadır. 2010 yılı itibarıyla, 730 ilçe hastanesi, 68 il hastanesi ve 25 bölge hastanesi hizmet sunmaktadır (**Health Systems in Transition, 2015**). Çoğunluğu Bangkok'ta olmak üzere, 350 özel hastane vardır (**Pongpirul, 2021**).

Sağlık sistemi basamaklı olarak tasarlanmış olsa da sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili hizmetler de kamu hastanelerine entegre edilmiştir. İlçe hastaneleri hem tedavi edici hizmetlerden hem birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumludur. Birinci basamak adına yapılacak sevkler buradan yapılmaktadır. Sevk zincirine uyulması için kişilerin kendileri sevk edilmeksizin başvurduğu durumlarda cepten ödeme yapmaları gerekmektedir. Hastane hizmetleri kısa süreli bakım gerektiren hizmetleri karşılamakta yeterli olmakla birlikte, kronik hastalıklar gibi uzun süreli bakım gerektiren durumlarda yetersiz kalmaktadır (**Health Systems in Transition, 2015**).

## 2. Tayland'ın Pandemi Hazırlığı ve Yanıtı

Küresel Sağlık Güvenlik Endeksi, 195 ülkenin salgın ve pandemilere hazırlık kapasitelerini değerlendiren, sağlık güvenliği performanslarının karşılaştırılması için kullanılan bir araçtır. Önleme, tespit ve raporlama, hızlı müdahale, sağlık sistemi, uluslararası normlara uyumluluk ve risk ortamı bileşenlerinden oluşmaktadır. Tayland, 2021 yılı için gerçekleştirilen Küresel Sağlık Güvenlik Endeksi değerlendirmesinde beşinci sırada yer almaktadır. İlk on arasında yer almayı başarabilen tek yüksek gelirli olmayan ülkedir (**GHS Index, 2022**).

Tayland, dünyanın en önemli turizm merkezlerinden birisidir ve gelen uluslararası turistlerin %27,5'ini Çin'den gelenler oluşturmaktadır. Bu nedenle, Çin'den gelen turistlerden kaynaklanan herhangi bir sağlık sorununun Tayland toplumunu etkilemesi beklenen bir durumdur (**Namwat, 2020**). Tayland, Çin dışında ilk COVID-19 vakasının görüldüğü ülke olmuş ve ilk vaka 13 Ocak 2020'de doğrulanmıştır (**WHO, 2020**). Bu vaka, 8 Ocak 2020 tarihinde Çin'den gelmiş ve hastaneye yatırılarak karantinaya alınmıştır (**WHO, 2020**). İlk yerel bulaş, 30 Ocak'ta Bangkok'ta bir taksi şoföründe görülmüştür. İlk ölüm, 16 Şubat'ta hastaneye kaldırılan ve iki hafta sonra ölen, Çinli turistler ile temasta olduğu saptanan bir perakende işçisi olmuştur (**Baker, 2021**). Şubat 2022 itibarıyla yükselişe geçen COVID-19 vaka ve ölüm sayıları Şekil 2'de sunulmuştur. Bu tarihe kadar 2.456.551 doğrulanmış vaka ve 22.207 ölüm açıklanmıştır (**WHO Thailand Weekly Situation Update No. 221**).

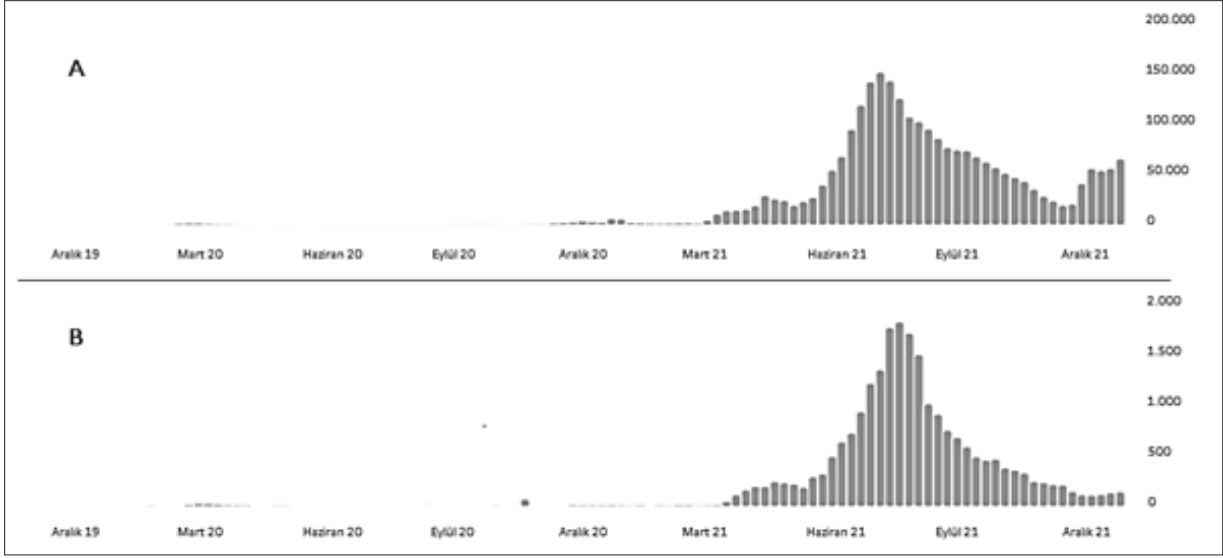
## 3. COVID-19 Pandemisi İle Mücadele

Tayland, COVID-19 pandemisine "Yeni Tanımlanan Enfeksiyon Hastalıkları İçin Ulusal Stratejik Plan (2017-2021)" kapsamında yanıt vermiştir. Söz konusu plan, yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar için hazırlık, önleme ve kontrol düzeylerinde uygun bir ulusal politika ve strateji oluşturmayı ve geliştirmeyi amaçlamıştır (**Patcharanarumol, 2020**).

Çin'de vakaların ortaya çıkmasından 4 gün sonra, Tayland'da 4 Ocak 2020'de Acil Durum Operasyon Merkezi faaliyete geçirilmiştir. Hastalığın etkisini azaltmak amacıyla beş konu hakkında stratejik ve operasyon planları hazırlanmıştır: (1) sörveyans sistemi, (2) vaka yönetimi ve hastane enfeksiyonu kontrolü, (3) laboratuvar testleri, (4) sağlık çalışanlarının, sağlık tesislerinin ve tıbbi tedarikin hazırlığı ile (5) risk iletişimi (**Namwat, 2020**).

Acil Durum Operasyon Merkezi aşağıdaki ekiplerden oluşmuştur:

1. Bilimsel müdahale ekibi; gerekli kaynakları belirlemek ve entegre etmek, standartlar ve rehberler geliştirmek ve operasyon merkezi altındaki tüm yapılar için bilimsel bilgi sağlamak için tasarlanmıştır.
2. Stratejik müdahale ekibi; en son bilgi birikimine dayalı olarak zamanında müdahale için operasyonel kılavuzlar oluşturmaktan sorumlu olmuştur.
3. Planlama ekibi; tehlikeye özel plan, olay eylem planı ve iş sürekliliği planı gibi eylem planlarının geliştirilmesinden ve bu planları tüm ilgili kurumlara dağıtmaktan sorumlu olmuştur.
4. Durum farkındalığı ekibi; izleme sistemi olarak hizmet vermiştir. Ana işlevi, salgının özelliklerini ve şiddetini izlemek, takip etmek, değerlendirmek ve bu bilgileri paylaşmaktır. Durum raporu günlük olarak üretilmiştir.
5. Operasyon ekibi; salgına karşı hızlı önlem almak için ön saflarda görev almıştır. Operasyon ekibi, biri salgın inceleme bölümü diğeri de veri yönetimi bölümü olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. İnceleme bölümünün görevleri saha araştırması, aktif vaka bulma, temaslıların izlenmesi ve olay yerinde uygun önlemlerin alınması olmuştur. Veri yönetimi bölümü ise salgın inceleme bölümünden bilgiyi toplamış ve özetlenen verileri paylaşmıştır.
6. Risk iletişim ekibi; hastalığa karşı toplumsal tepkiyi tanımlama ve değerlendirme görevlerini üstlenmiştir. Ek olarak, ekip, basın bülteni ve



**Şekil 2.** Tayland'da Aralık 2019-Şubat 2022 döneminde günlük COVID-19 vaka (A) ve COVID-19'a bağlı ölüm (B) sayıları (World Health Organization web sayfası, 2022).

sözel açıklamaları sağlamaktan ve hastalık ile ilgili bilgileri çeşitli araçlarla (web siteleri, gazete ve sosyal medya gibi) doğru ve zamanında kitlesel olarak yaymaktan sorumlu olmuştur.

7. Hukuk destek ve uygulama ekibi; Acil Durum Operasyon Merkezi'nin çalışmasını desteklemek için ihtiyaç duyulan ilgili yasa ve yönetmelikleri gözden geçirme ve derleme, gerekirse yasa/yönetmelik değişikliği önerme görevlerini almıştır.
8. Lojistik ve depolama ekibi; ilaç ve tıbbi malzeme eksikliği riskini değerlendirmek ve malzeme dağıtımı için plan geliştirmek üzere kurulmuştur.
9. Giriş noktası ekibi; hastalık yükünü ve hasta akışını en aza indirmek amacıyla tasarlanmıştır. Ekibin ana rolü, 2005 Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne göre şüpheli vakaları taramak ve tespit etmek için prosedürler geliştirmektir.
10. İrtibat ekibi; tüm Acil Durum Operasyon Merkezi'ni desteklemek, iç ve dış birimleri koordine etmek için kurulan sekreterlik birimi olarak görevlendirilmiştir.

Acil Durum Operasyon Merkezi tarafından gerçekleştirilen bazı uygulamalar şunlardır: COVID-19'un "Uluslararası Öneme Haiz Halk Sağlığı Acil Durumu" olduğu ilanından sonra, COVID-19 sürveyans sisteminin kurulması; incelenecek hastaların belirlenmesi için kriterler oluşturulması; doğrulanmış tüm COVID-19 vakalarının negatif basınçlı odalarda izole edilmesinin zorunlu hale getirilmesi ile sağlık çalışanlarına çeşitli durumlarda uygun kişisel koruyucu ekipmanlar önerilmesi (Namwat, 2020).

Doğrulanmış vaka sayısının 70'e ulaştığı 12 Mart 2020 tarihinde, ülkedeki tüm önleme çalışmalarını yönetme ve halkla iletişimi sağlama görevleri Başbakan tarafından kurulan "COVID-19 Durum Yönetimi Merkezi"ne devredilmiştir (Patcharanarumol, 2020).

Mart 2020 ortasından itibaren tüm vatandaşların yüz maskesi takmaları, iki metreden fazla fiziksel mesafeyi korumaları, el hijyenini sağlamaları, burunlarına ve ağızlarına dokunma konusunda dikkatli olmaları ve gıda hijyeni protokollerine uymaları istendi. 17 Mart 2020'de "evde kal" kampanyası duyuruldu. 25 Mart'ta ise olağanüstü hal ilan edildi ve hem uluslararası hem iller arası hareketlilik kısıtlandı, vakaların kümelendiği illerde ve ilçelerde sokağa çıkma yasağı uygulandı. 18 Mart'ta eğlence merkezleri, 22 Mart'ta mağaza ve restoranlar, 25 Mart'ta olağanüstü hal sonrası halka açık tüm yerler kapatıldı. Toplu taşıma durdurulmadı, sıkı hijyen politikaları uygulanarak devam etti. Zorunlu işçiler dışında özel çalışanların evden çalışması istendi. 7 Nisan 2020 tarihinde tüm anaokulları, okullar ve üniversiteler kapatıldı. Yeniden açılmaları ise ödün vermez biçimde yürütülen fiziksel mesafe, maske ve hijyen uygulamalarıyla birlikte, 1 Temmuz 2020'de gerçekleşti. Tüm halka açık mekanların kapatıldığı ve sosyal etkinliklerin kısıtlandığı Nisan 2020'deki büyük karantina döneminde evde kalma zorunluydu. 13 ve 15 Nisan tarihleri arasındaki Tay Yeni Yılı "Songkran" tatili resmi olarak ertelendi. Nisan ayında ekonominin giderek kötüleştiği, GSYH'nin %6,7

düştüğü görülmüştür. Ekonomiye iyileştirme amacıyla kısıtlamaların kaldırılması ise 1 Mayıs 2020'den 1 Temmuz 2020'ye kadar olan sürede beş aşamada gerçekleştirildi. Ancak bütün aşamalarda mesafe, maske ve el hijyeni kurallarına uymak zorunluydu. Bulaşıcı Hastalıklar Yasası (2015), tüm bu önlemlerin ilan edilmesi ve uygulanması konusunda yerelde il valilerini yetkilendirmiştir. Bulaşıcı Hastalıklar Yasası'na uygun olarak il valisi başkanlığında, il hastane başhekimisi sekreterliğinde, yerel yönetimlerin de katıldığı çok sektörlü "İl Bulaşıcı Hastalık Kurulları" oluşturulmuştur. Bu kurullar, ilk vakanın ilanından sonra, ilde vaka görülüp görülmemesine bakılmaksızın günlük olarak toplanmıştır. İl Kurulu başkanı Halk Sağlığı Bakanlığı ile iki yönlü bir iletişim içinde bulunmuştur (**Patcharanaruamol, 2020 Laiph-rakpam, 2022**). İzolasyon ve karantina önlemleri Bulaşıcı Hastalık Yasası'na uygun olarak uygulanmıştır. Temaslı olan ya da yurtdışından gelen herkes uyuşuna bakılmaksızın 14 gün karantinaya alınmıştır. Karantinadaki kişilere yedinci ve ön dördüncü günlerde test uygulanmıştır. Test sonucu pozitif bulunan ve klinik belirti gösteren tüm vakaların hastanede tedavi edilmesi zorunlu tutulmuş, test pozitif olmasına karşın, belirti göstermeyenlerin ise devlete ait tesislerde izole edilmesi sağlanmıştır. Testler vatandaşlık durumuna bakılmaksızın devlet tarafından finanse edilmiştir. Aynı zamanda karantina dönemi konaklama, beslenme, ülkeye giriş noktasından (kara, deniz ve hava) güvenli ulaşım, günlük ateş ve klinik semptomların izlenmesi ve temaslı takibi tamamen devlet tarafından finanse edilmiştir (**Patcharanaruamol, 2020**). Bulaşıcı Hastalık Yasası "Bulaşıcı Hastalık Kontrol Görevlileri"ne, risk altındaki kişilere karantina uygulamak veya hastaları izole etmek gibi konularda yetki vermiştir. Kişilerin takibi için "Thai Chana" adlı bir izlem uygulaması kullanılmış, mağaza ve restoranlarda QR taraması yapılmıştır (**Isaac, 2021**). Hastalık Kontrol Daire Başkanlığı vaka tanımlarını ve yönergeleri düzenli olarak güncelleyerek sağlık kurumlarına iletmiş, Bulaşıcı Hastalıklar Yasası'na uygun olarak sağlık kurumlarının olası vaka ve temaslıları üç saat içinde bildirmeleri zorunlu tutulmuştur. Mart-Nisan aylarında görülen zirveden sonra 25 Mayıs 2020'den itibaren yerel bulaşın tamamen önüne geçilmiştir. Haziran 2020'de salgın eğrisi düzleştikten sonra 77 ilin tamamında laboratuvar tabanlı sentinel sürveyans sistemi kurulmuş; sağlık çalışanları, cezaevine girenler, toplu taşıma ve posta işçileri gibi risk altındaki çalışanlar ve İl Bulaşıcı Hastalık Kontrol Kurulu tarafından

belirlenen diğer gruplar bu sistemle izlenmiştir (**Patcharanaruamol, 2020**).

Halk Sağlığı Bakanlığına bağlı Tıbbi Bilimler Bölümü, COVID-19 testlerinin kalite ve standartlarını sağlamak için ülke çapında laboratuvarlar ile birlikte çalışmıştır (**Isaac, 2021**). Salgın sırasında test kapasitesi arttırılmış, yönergeler göre risk altındaki kişilere testlerin ücretsiz yapılması sağlanmıştır. Risk altındaki kişi tanımına uygun olmayanlara da talepleri halinde ücretli olarak test yapılmıştır. Laboratuvar kapasitesi ile ilgili sorunu aşmak için her ilde en az bir PCR laboratuvarı kurulması ile ilgili politika geliştirilmiştir. Nisan 2020 itibarıyla, yarıya yakını Bangkok'ta olan 80 laboratuvar mevcut iken, Haziran 2020'de 30 laboratuvar daha kurulmuştur. PCR testi yapılamayan illerde ise 12 bölgesel laboratuvarın desteği sağlanmıştır (**Patcharanaruamol, 2020**). Haziran 2021 itibarıyla, 124'ü Bangkok'ta 193'ü diğer 76 ilde toplam 317 PCR laboratuvarı bulunmaktadır (**Tangcharoensathien, 2022**).

Sağlık dışı sektörlerin de katkıları son derece önemli olmuştur (**Namwat, 2020**). Şubat-Mart 2020 tarihlerinde maske ve dezenfektan kısıtlılığı yaşanmıştır. Bu durumla mücadele etmek için Ticaret Bakanlığı, 4 Şubat 2020'de maske ve dezenfektanları fahiş fiyatlandırmaya, yasa dışı stoklamaya ve ihracata karşı "kontrollü ürünler" olarak belirlemiştir (**Patcharanaruamol, 2020**). Tayland Hükümeti, sosyal medyada ve diğer çevrimiçi ortamlarda COVID-19 salgını hakkında yanlış bilgi yayımlayan kişilerin saptanması için polis ile birlikte "Sahte Haberle Mücadele Merkezi" oluşturmuştur. Orduya ait merkezler karantina amaçlı kullanıma açılmıştır. Özel sektör ve sivil toplum özellikle dezenfektan kullanımının yaygınlaşmasında rol almıştır (**Namwat, 2020**).

Tayland Kasım 2020'de DSÖ tarafından virüsü önlemek açısından "mükemmel örnek" olarak gösterilmiştir (**Baker, 2021**). Tayland halen Küresel COVID-19 İyileşme Endeksinde (GCI) de sürekli olarak en üst sıralarda yer alan ülkeler arasındadır. Bu endekste kullanılan parametrelerden öne çıkanlar şunlardır; nüfus başına aktif vaka sayısı, doğrulanmış vaka başına iyileşenler, doğrulanmış vaka başına yapılan test sayısı, test ve temas takibi konusunda ülke önlemleri (**GCI, 2022**).

Pandeminin ilk dalgasında etkili bir yanıt verilmiş, 25 Mayıs'tan sonra bulaş gözlenmemiştir. İkinci dalga kayıtsız göçmenlerin girişi ile Aralık ayında

başlamıştır. Göçmen işçilerin çalıştığı fabrika ve deniz ürünleri pazarlarında test ve takip artırılarak salgın hızla kontrol altına alınmıştır. Üçüncü dalga, Nisan 2021'de Bangkok eğlence merkezlerinde kü-melenmeler sonrası Tayland Yeni Yılı'nda ülke içi se-yahatler ile yayılmış ve özellikle yoksul mahalleleri, fabrikaları ve hapishaneleri etkilemiştir. Bu dönem-de spor salonu ve parkların kapatılması, 20 kişiden fazla toplanma ve iş yerinde yemek yeme yasakları getirilmiştir. Bangkok ve 17 ilde kısıtlamalar tekrar gündeme gelmiştir. Haziran 2021'de Delta varyantı tanımlanmış ve dördüncü dalgaya yol açmıştır. Alfa varyantından daha bulaşıcı olduğu için günlük vaka ve ölüm sayılarında çok hızlı bir artış ile sağlık siste-mini zorlayan bir salgına neden olmuştur. Bangkok dahil altı ilde kapanmaya karar verilmiş ve vaka sa-yılarına göre şehir karantinaları yapılmıştır. Haziran 2021 itibarıyla toplumun yalnızca %5'i aşı ve %15'i en az 1 doz aşıydı. Beşinci dalga Aralık 2021'de daha fazla bulaşıcılığa, daha düşük ölüm oranına sahip Omicron varyantı nedeniyle başlamıştır. Ka-sım 2021 itibarıyla, tüm vakaların %22'sinin, tüm ölümlerin %33'ünün görüldüğü Başkent Bangkok pandemisinin merkezi olmuştur (**Uansri, 2021, Tan-gcharoensathien, 2022, Laiphrakpam, 2022**).

Aşılama çalışmaları Mayıs 2021'de başlamış, sağlık çalışanlarına, yaşlılara ve kronik hastalığı olanlara öncelik verilmiştir. 2021'in son çeyreğinde daha fazla aşı kullanıma girmiş ve vatandaşlık durumuna bakılmaksızın 18 yaş üstü tüm nüfusun erişimine açılmıştır. (**Tangcharoensathien, 2022**). Başlangıç-ta Sinovac tarafından üretilmiş olan inaktif aşı kul-lanılmıştır. Delta varyantına karşı koruyuculuğun düşük olması sebebiyle Ekim 2021'de AstraZeneca ve Pfizer aşılara geçiş yapılmış, stoklar tükendik-ten sonra Sinovac aşısının kullanılmayacağı du-yurulmuştur (**The Diplomat, 2021**). Tayland'daki COVID-19 pandemisinin üçüncü dalgası sırasında (Mart-Nisan 2021) internet üzerinden yapılan bir kesitsel çalışmada katılımcıların %55,6'sı aşı olmak istediğini ifade etmiştir. Aşı reddi %17,5 ve aşı tered-dütü %26,9 olarak saptanmıştır (**Boon-Itt, 2021**). Omicron varyantının salgına yol açtığı dönemde Aralık 2021'de internet üzerinden yürütülmüş olan kesitsel bir çalışmada ise katılımcıların %90,2'si aşı olmaya istekli olduklarını ya da aşılanmış oldukla-rını ifade etmiş, bu oranı Japonya ve Çin'de yapılmış benzer çalışmalara kıyasla daha yüksek bulun-muştur. Bilgi kaynağı olarak sağlık bakanlığı ya da halk sağlığı kurumlarını bildirenlerde aşı reddi ya da tereddütü daha düşüktür. Tayland'da aşı olmak

zorunlu değildir (**Yoda, 2022**). Şubat 2022 itibarıyla, 2 doz aşı olma oranı %69,9'a ulaşmıştır (**WHO Thailand Weekly Situation Update No. 221**).

#### 4.COVID-19 Pandemisinde Birinci Basamak

Tayland'ın sağlık emek gücü yoğunluğu, Dünya Sağlık Örgütü standartlarının üzerindedir. Bu du-rum COVID-19 pandemisinin neden olduğu krizin uygun şekilde yönetilmesine yardımcı olmuştur (**Isaac, 2021**). Birinci basamak sağlık kurumları olan bucak sağlık merkezlerinde bakanlığa bağlı sağlık çalışanları görev almakta, ayrıca topluluk düzeyinde Köy Sağlık Gönüllüleri bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık çalışanları bu gönüllülerin desteği ile COVID-19 hastalarının ve karantinada bulunanların takibini yapmakla görevlendirilmiştir (**Patcharanarumol, 2020**). Tayland'ın etkili CO-VID-19 yönetimi, esas olarak köy sağlık gönüllüle-rinin üstlendiği rolden kaynaklanmaktadır. Hane ziyaretleri ile hastalık belirtileri ve korunma yolları hakkında sağlık eğitimlerini gerçekleştirmişlerdir. Maske ve dezenfektan dağıtımı, ateş takibi yap-mışlar ve hane sağlık verilerini kaydederek merke-ze iletilmesini sağlamışlardır. Hastane veya sağlık merkezine uzak konumda yaşayanların ilk teşhisini sağlamış ve gerekirse ambulansla gönderilmelerini organize etmişlerdir. Bunlara ek olarak 14 günlük karantina dönemlerinde kişilerin takibini gerçek-leştirmişler ve ihlal durumlarında bildirimde bulun-muşlardır (**Isaac, 2021, Marddent, 2021**).

#### 5.COVID-19 Pandemisinde Hastane Hizmetleri

Tayland'da COVID-19 olasılığı olan kişiler için ilk temas noktası herhangi bir kamu veya özel sağlık kuruluşu, köy sağlık gönüllüleri veya halk sağlığı gö-revlileridir. Hastane dışı temas noktalarında hasta-nın klinik durumuna göre hastaneye yönlendirilme-si veya ambulansla ulaştırılması tavsiye edilmiştir. Tüm vakaların hastanede değerlendirilmesi zorunlu tutulmuştur. Tayland sağlık altyapısını güçlendirme politikaları sayesinde pandemi başlangıcındaki kişi-sel koruyucu ekipman (KKD) ve ilaç sıkıntısı dışında, yoğun bakım yatakları, ventilatörler ve hemodiyali-z makineleri gibi temel kaynaklarda herhangi bir eksiklik yaşamamıştır. Tayland'da sağlık hizmetleri Bangkok dışında, %80-90 kamu sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Halk Sağlığı Bakanlığı, sal-gının merkezi olan Bangkok için tüm kamu ve özel hastaneler arasında ortaklık kurmuş, özel hastaneler-in de COVID-19 hastalarını kabul etmesini zorunlu kılmıştır. Özel hastanelerde tanı ve tedavi maliyetleri



tamamen devlet tarafından ek bütçe ayrılarak karşılanmış, testlerin olası kötüye kullanımı denetlenmiştir (**Patcharanaruamol, 2020**).

Hastanelerde hasta sayısını ve çapraz enfeksiyonları azaltmak için Nisan-Mayıs 2020'de elektif işlemler ertelenmiştir. Acil olmayan vakalara tele-tıp hizmeti sağlanmış, reçete yenileme işlemleri hastane dışındaki sağlık kurumlarına yönlendirilmiştir. Bazı illerde "İl Bulaşıcı Hastalık Kontrol Kurulları"nın kararıyla sahra hastaneleri ve otel, yurt gibi merkezlerin hafif vakaların izlenebileceği şekilde düzenlendiği sağlık kurumları kurulmuştur. Üçüncü basamak hastanelerinde yoğun bakım kliniklerinin yönetimi ve enfeksiyon kontrolünde deneyimli hemşireler görevlendirilmiştir. Vakalar ülke genelinde olduğu için ağır vakaların izleneceği hastaneler belirlenememiştir. Tüm yoğun bakım ünitelerindeki yatakların %10'u COVID-19 hastaları için ayrılmıştır. Bangkok'ta bulunan en yüksek standarttaki Bamradnaradura Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü, vakaların çoğunu kabul etmiştir (**Patcharanaruamol, 2020**). İkinci ve üçüncü dalgalarda ise en fazla etkilenen illerde sahra hastaneleri kurulmuş, diğer illerden sağlık çalışanları görevlendirilmiştir (**Tangcharoensathien, 2022**).

#### 6.COVID-19 Pandemisinde Sağlık Emek Gücü

Pandemi döneminde sözleşmeli olarak çalışan sağlık çalışanlarının devlet memurluğuna atanması kolaylaştırılarak pandemide çalışmaya devam etmeleri teşvik edilmiştir. COVID-19'a yakalanan sağlık çalışanları için hastalıktan etkilenme durumuna göre farklı düzeylerde tazminat miktarları belirlenmiştir. Ayrıca hastane ve karantina tesislerinde çalışanlara tehlikeli işler için tazminat ödenmiştir. Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu donanımları bakanlık tarafından sağlanmıştır. Hastane çalışanları 14'er gün çalışacak şekilde ekiplere ayrılmıştır. Sağlık çalışanlarına ruh sağlığı destek hattı açılmıştır (**Patcharanaruamol, 2020**).

#### 7.COVID-19 Pandemisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Destek

Evrensel sağlık kapsayıcılığına sahip olan ülkede, COVID-19 ile ilişkili sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sağlık kurumlarında kişilerin uyuşuna bakılmaksızın ücretsiz olarak sunulmuştur. Özel sigortası olmayan yabancı hastaların test ve tedavi masrafları devlet acil durum fonundan karşılanmıştır. Mart 2020'de hükümet tarafından salgın mücadelesinde kullanılacak ek bütçe onaylanmıştır. Ayrıca, tüm bakanlıkların bütçeleri gözden geçirilmiştir

ve kullanılmayan bütçe COVID-19 hizmetleri için yeniden tahsis edilmiştir. Özel sektör, vatandaşlar ve diğer devletlerin nakdi yardımları ve KKD bağışları da ek kaynakları oluşturmuştur. Kamu planları ve COVID-19 bütçesi tüm COVID-19 hizmetlerini kapsamaktadır (**Patcharanaruamol, 2020**).

Finansal desteğin yanı sıra, risk altındaki topluluklar için başka çabalar da ortaya konmuştur. Bunlar arasında toplum, vatandaşlar ve sivil toplum örgütleri tarafından desteklenen gıda bankaları aracılığıyla evsizlerin barınaklara getirilmesi, cezaevlerinde aşırı kalabalığın azaltılması ve yeni mahkumlar için karantina bölgelerinin oluşturulması yer almıştır (**Patcharanaruamol, 2020**). Alınan önlemler pandeminin ilk yılında etkili olsa da ikinci yılda asemptomatik bulaştırıcıların etkisiyle hapisane salgınları görülmüştür. Bu salgınlarda yüz yüze görüşmeler tamamen engellenmiş, hapisanelerde COVID-19 ile ilgili olmayan sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanmıştır (**Tangcharoensathien, 2022**).

Tayland'da son 20 yılda kayıtlı ve kayıtsız tüm göçmenleri kapsayan göçmen sağlık sigortası planı mevcut olmasına rağmen dil engelleri, kimlik belgelerinin eksikliği ve ayrımcılık gibi nedenlerle göçmenlerin sağlık hizmetine erişiminde engeller vardır. Erişimi iyileştirmek için göçmen dostu politikalar uygulanmaktadır (**Tangcharoensathien, 2022**). Pandemi döneminde göçmen sağlığı gönüllülerine eğitim verilmiştir (**Patcharanaruamol, 2020**). Ancak sosyal mesafe ve havalandırmanın olmadığı kalabalık yurtlarda yaşamaya ve fabrikalarda çalışmaya devam eden göçmenler, aynı zamanda ilk işten çıkarılan ya da ücretleri kesilen grup olmuştur. Göçmenlerde enfeksiyon oranı bilinmemekle birlikte, Ekim 2021 itibariyle tüm COVID-19 vakalarının %18'inin Tayland'lı olmadığı bilinmektedir (**Tangcharoensathien, 2022**).

Uluslararası seyahat kısıtlamaları ekonomi üzerinde olumsuz bir etki yaratmış, özellikle turizm sektörü etkilenmiştir. Hükümet, özellikle küçük ve orta ölçekli işletmelere işsizliğin ve iş kaybının etkilerini azaltmak için üç aylık bir destek açıklamıştır. Vergi ödemeleri ertelenmiştir (**Patcharanaruamol, 2020**).

#### 8.COVID-19 Pandemisinde Veri Paylaşımı ve Toplumun Bilgilendirilmesi

10 Ocak 2020'den itibaren basın yayın ve sosyal medya kanalları aracılığıyla ülke çapında her gün kapsamlı kamu iletişimi sağlanmış ve "COVID-19 Durum Yönetimi Merkezi" halkla iletişimin yönetildiği ana yapı

olmuştur. Vaka, ölüm ve test sayıları, salgın eğrisi ve küresel durum hakkında günlük açıklamalar yapan Dr. Taweessin Wisanuyothin kamu iletişimi önemli bir simge haline gelmiş, bu açıklamalar yapılan müdahalelere güveni geliştirmiştir. Ek olarak virüsün özellikleri, bulaşma yolları, korunma ve yayılmanın önlenmesi hakkında, ülkede kullanılan çeşitli dillerde mesajlar hazırlanmış ve internet sitelerinde halka açık olarak yayımlanmıştır. Vatandaşlar ile sağlık hizmet sunucuları arasında iletişimi sağlamak için ise çağrı merkezleri kurulmuştur (**Patcharanarumol, 2020**).

### 9. Müdahalelerin Sosyoekonomik Etkileri

Tayland'da kısıtlamaların aşamalı olarak kaldırılmaya başlandığı dönem olan Mayıs-Haziran 2020'de Tayland, Malezya, Birleşik Krallık, İtalya ve Slovenya'da yürütülmüş olan bir çalışmada halk sağlığı müdahalelerine uyum ve bu müdahalelerin etkileri araştırılmıştır. Tayland'dan katılımcıların %96'sı kişisel koruyucu donanım kullandığını, %94'ü halk sağlığı müdahalelerini desteklediğini, %93'ü kısıtlama öncesi gönüllü olarak davranış değişikliği yaptıklarını ifade etmiştir ve bu değerler diğer ülkelere göre oldukça yüksektir. Tayland'dan çalışmaya katılmış olanların COVID-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olma algısı yüksekken, belirsiz ya da çelişkili bilgilerle ve yalan haberlerle karşılaşma sıklıkları diğer ülke katılımcılarından daha düşüktür. Bununla birlikte, söz konusu araştırmada Tayland, ekonomik olarak en fazla etkilenen ülke olarak belirlenmiştir. Örneğin, katılımcıların %23'ü işini kaybettiğini ve %85'i de kazanç kaybı yaşadığını ifade etmiştir. Bu etkilenme, Tayland'da kayıt dışı ve turizm sektörüne dayalı bir ekonomi olmasının yanı sıra, kısıtlamalar açısından yüksek "Devlet Katılığı Endeksi'ne" (Government Stringency Index) sahip olmasına atfedilmiştir. Yine Mayıs-Haziran döneminde kısıtlamalar hakkında 28 katılımcı ile yapılan bir nitel çalışma da benzer şekilde toplumda halk sağlığı önlemlerinin kabul edildiğini ancak özellikle kayıt dışı çalışanların işsizlik ve gelir kaybı ile karşılaşmalarını göstermiştir. Bu çalışma düşük gelirli ailelere ve diğer dezavantajlı gruplara yeterli destek sağlanmadığını ortaya koymuştur (**Osterrieder, 2021, Namiratch, 2022**).

İlk dalga kontrol edildikten sonra ekonomik etkileri azaltmak için ticari kısıtlamaların gevşetilmesi ile ülke içinde hareketi arttırma ve turizm yoluyla hizmet sektörünün canlandırılması gündeme alınmıştır. Ülke içi seyahat teşvikleri yapılmış ve kişisel araçlarla seyahat Temmuz ayından itibaren neredeyse pandemi öncesi döneme benzer seviyelere ulaşmıştır. Özel turist vize planları ile vatandaş olmayanlara Eylül 2021'e kadar üç defa 90 günlük vize alma hakkı tanınmıştır. Temmuz 2020'de Phuket Sandbox projesi başlatılmış, ilk

14 gün bu ilde kalmak şartıyla aşısı olan turistler için karantina şartı kaldırılmıştır. Ancak 2019-2020 arasında turizm gelirlerinin GSYH'ye katkısında %60'lık bir düşüş olmuştur. Turizm sektörü her altı çalışandan birinin istihdam edildiği alandır. Turizm ve seyahat sektöründe çalışan yaklaşık 6 milyon kişinin işlerini kaybettiği tahmin edilmektedir (**Patcharanarumol, 2020, Klinsrisuk, 2022, Laiphrakpam, 2022**).

Nisan 2021'de görülen üçüncü dalgada kısıtlamaların tekrarlanması ile ekonomik etkiler daha fazla artmıştır. İş yerleri ve alışveriş merkezleri ile restoranlar ve alışveriş tezgahlarının kapatılması özel sektörde çalışan orta sınıf ve kentsel yoksulları etkilemiştir (**Laiphrakpam, 2022**). Bangkok'ta yaşayanların %20'si gecekonduda yaşamaktadır. Tayland kırsalından ve komşu ülkelerden gelen göçmenlerin barındığı bu alanlarda özellikle kadınlar, yabancılar ve engelliler su, sanitasyon, hijyen koşullarına ve sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamaktadır. Gecekondu sakinleri sabit olmayan hanehalkı geliri, sosyal yardıma kısıtlı erişim, yetersiz ve kalabalık barınma koşulları ile çevre kirliliği nedeniyle COVID-19 salgınında en kırılgan gruba oluşturmuştur (**Nguyen, 2022**). Çalışma saatlerinin azaltılması tarım sektörü çalışanlarının gelirlerinin de azalmasına yol açmıştır. İşsizlik ya da gelir güvencesizliği toplamda yaklaşık 8,4 milyon kişiyi etkilemiş, depresyon ve intihar sıklığının artmasına neden olmuştur (**Laiphrakpam, 2022**).

### 10. Sonuç

Tayland pandemisinin ilk senesinde korunmayı öncelik haline getirmiş, birinci basamak sağlık kurumları ve hizmetlerinin ağırlıklı olduğu salgın yönetimiyle başarılı bir yönetim örneği göstermiştir. Coğrafyayı ve toplumu tanıyan köy sağlık gönüllüleri bu salgının kontrolünde en önemli rolü oynamıştır. Merkezi kararlar ne kadar gerekli olsa da kararların uygulanmasında etkili olan yerel koşulları bilen ve toplumla iyi iletişim kuran söz konusu bu çalışanlar olmuştur. COVID-19 ile ilgili hizmetlerin ülke vatandaşı olup olmadığına bakılmaksızın katkı payı dahil, her hangi bir ödeme talep edilmeden verilmesi pandemiyi kontrol altına alınmasında önemli rol oynamıştır. Tüm uluslararası yolcuların etkili bir şekilde test edilmesi, izlenmesi ve karantinaya alınması sayesinde, 25 Mayıs 2020'den 22 Ekim 2020'ye kadar yerel bulaşın görülmeyeceği bir dönem yaşanmıştır. Yaygın aşılamanın yapılmadığı ve kısıtlamaların sürdürülmediği 2021 yılında ise bulaşıcılığı yüksek varyantlar nedeniyle vaka ve ölüm sayılarının arttığı görülmüştür. İkinci dalgada kayıtsız göçmen işçilerde, üçüncü dalgada yoksul mahallelerde ve işçilerde görülen kümelenmeler, halk sağlığı müdahalelerinin kriz durumlarında sağlık eşitsizlerinin derinleşeceği göz önüne alınarak yapılmasının önemini tekrar göstermiştir.

**Kaynaklar**

**Archived: WHO Timeline - COVID-19** (2020) Erişim tarihi 12 Haziran 2022, <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

**Baker C, Phongpaichit P.** (2021). Thailand and the COVID-19 Pandemic in 2020. *Southeast Asian Affairs*, 356-378.

**Boon-Itt S, Rompho N, Jiarnkamolchurn S, Skunkan Y.** (2021). Interaction between age and health conditions in the intention to be vaccinated against COVID-19 in Thailand. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(12), 4816-4822.

**CIA The World Factbook web sayfası** (2022) Erişim tarihi 20 Mayıs 2022, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/thailand/>

**Global COVID-19 Index (GCI) web sayfası** Erişim tarihi 10 Haziran 2022 <https://covid19.pemandu.org/>

**Global Health Security Index (GHS) web sayfası** (2021) Erişim tarihi 10 Haziran 2022, <https://www.ghsindex.org/country/thailand/>

**Issac A, Radhakrishnan RV, Vijay VR, Stephen S, Krishnan N, Jacob J, Jose S, Azhar SM, Nair AS.** (2021). An examination of Thailand's health care system and strategies during the management of the COVID-19 pandemic. *Journal of global health*, 11.

**Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Vapatanavong P, Sawaengdee K, Fahamnuaypol P.** (2015). The Kingdom of Thailand Health System Review. *Health Systems in Transition*, 5(5).

**Klinsrisuk R, Pechdin W.** (2022). Evidence from Thailand on Easing COVID-19's International Travel Restrictions: An Impact on Economic Production, Household Income, and Sustainable Tourism Development. *Sustainability*, 14(6), 3423.

**Laiphrakpam M, Aroonsrimorakot S, Paisantanakij W.** (2022). Socio-economic Impact of COVID-19 (Novel Coronavirus SARS-CoV-2) in Thailand and India: A Brief Review. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 15(2), 1-14.

**Marddent A, Arporn V.** (2021). Or Sor Mor" and "Ai Khai. *Contemporary Southeast Asia*, 43(1): 24-30.

**Naemiratch B, Schneiders ML, Poomchaichote T, Ruangka-jorn S, Osterrieder A, Pan-ngum W, Cheah PY.** (2022). "Like a wake-up call for humankind": Views, challenges, and coping strategies related to public health measures during the first COVID-19 lockdown in Thailand. *PLOS Global Public Health*, 2(7), e0000723.

**Nguyen TPL, Pattanasri S.** (2022). The Influence of Nationality and Socio-demographic Factors on Urban Slum Dwellers' Threat Appraisal, Awareness, and Protective Practices against COVID-19 in Thailand. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 107(1), 169.

**Osterrieder A, Cuman G, Pan-Ngum W, Cheah PK, Cheah PK, Peerawaranun P, Silan M, Orazem M, Perkovic K, Groselj U, Schneiders ML, Poomchaichote T, Waithira N, Asarath S, Naemiratch B, Ruangka-jorn S, Skof L, Kulpijit N, Mackworth-Young CRS, Ongkili D, Chanviriyavuth R, Mukaka M, Cheah PY.** (2021). Economic and social impacts of COVID-19 and public health measures: results from an anonymous online survey in Thailand, Malaysia, the UK, Italy and Slovenia. *BMJ open*, 11(7), e046863.

**Patcharanarumol W, Issac A, Asgari-Jirhandeh N, Tuangratananon T, Rajatanavin N, Tangcharoensathien V, et al.** (2020) COVID-19 Health System Response Monitor: Thailand. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia

**Pongpirul K.** (2021) Village Health Volunteers in Thailand, in **Henry B. Perry (Ed.) Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe** **Sumriddetchkajorn K, Shimazaki K, Ono T, Kusaba T, Sato K, Kobayashi N.** (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6): 415.

**Tangcharoensathien V, Sachdev S, Viriyathorn S, Sriprasert K, Kongkam L, Srichomphu K, Patcharanarumol W.** (2022). Universal access to comprehensive COVID-19 services for everyone in Thailand. *BMJ Global Health*, 7(6): e009281.

**The Diplomat** (2021) Thailand to Cease Using Sinovac Vaccines After Supplies Are Exhausted, [https://thediplomat.com/2021/10/thailand-to-cease-using-sinovac-vaccines-after-supplies-are-exhausted/?utm\\_medium=email&utm\\_source=transaction](https://thediplomat.com/2021/10/thailand-to-cease-using-sinovac-vaccines-after-supplies-are-exhausted/?utm_medium=email&utm_source=transaction)

**Triukose S, Nitinawarat S, Satian P, Somboonsavatdee A, Chotikarn P, Thammasanya T, Wanlapakorn N, Sudhinara-set N, Boonyamalik P, Kakhong B, Poovorawan Y.** (2021). Effects of public health interventions on the epidemiological spread during the first wave of the COVID-19 outbreak in Thailand. *PLoS One*, 16(2): e0246274.

**Uansri S, Tuangratananon T, Phaiyaron M, Rajatanavin N, Suphanchaimat R, Jaruwanno W.** (2021). Predicted Impact of the Lockdown Measure in Response to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Greater Bangkok, Thailand, 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23): 12816.

**Yoda T, Suksatit B, Tokuda M, Katsuyama H.** (2022). Analysis of People's Attitude toward COVID-19 Vaccine and Its Information Sources in Thailand. *Cureus*, 14(2).

**WHO statement on novel coronavirus in Thailand** (2020) Erişim tarihi 12 Haziran 2022, <https://www.who.int/news/item/13-01-2020-who-statement-on-novel-coronavirus-in-thailand>

**WHO Thailand Weekly Situation Update No. 221** (2022) Erişim tarihi 22 Mayıs 2022, [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022\\_02\\_02\\_tha-sitrep-221-covid-19.pdf?sfvrsn=18105555\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_02_02_tha-sitrep-221-covid-19.pdf?sfvrsn=18105555_5)

**World Health Organization web sayfası** (2022) Erişim tarihi 20 Mayıs 2022, <https://covid19.who.int/region/searo/country/th>

**Worldometer web sayfası** (2022) Erişim tarihi 20 Mayıs 2022, <https://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>