

SAĞLIKTA DİRENENLERİN ETİĞİ

Pandemiyle Mücadelede Sağlık Bakımı Alanında Karşılaşılan Sorunlara Etik Yaklaşımlar

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe USLU POOYANI



Hipokrat
Yayıncılık

© 2021 SAĞLIKTA DİRENENLERİN ETİĞİ
Pandemiyle Mücadelede Sağlık Bakımı Alanında
Karşılaşılan Sorunlara Etik Yaklaşımlar

ISBN: 978-625-7399-30-2

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları SSV'na aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir. Ücretsizdir. Para ile satılmaz.

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe USLU POOYANI

Danışmanlar

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Prof. Dr. Sarp ÜNER

Prof. Dr. Özlem KURT AZAP

Doç Dr. Gürkan SERT

Dr. Öğr. Üyesi Onur Naci KARAHANCI

Yayın Yönetmeni

Ayşe USLU POOYANI

Düzeltili

Sarp ÜNER • Gürkan SERT

1.ve 4. Kısım kapak sayfasında yer alan fotoğraflar Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası sosyal medya paylaşımlarından alınmıştır. 2. Kısım kapak sayfasında yer alan fotoğraf, Orçin Demiral'ın Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği sosyal medya hesabında yaptığı paylaşımından alınmıştır. 3. Kısım kapak sayfasında yer alan fotoğraf Bolu İzzet Baysal Hastanesi personeline aittir.

Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

Grafik-Tasarım

Hipokrat Grafik Tasarım

Baskı - Cilt

Vadi Grafik Tasarım ve Reklamcılık Ltd. Şti.

İvedik Org. San. 1420. Cad. No: 58/1 Yenimahalle/Ankara

Tel: 0312 395 85 71 • Sertifika No: 47479

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad. No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05 - 15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



Pandemiyle m¼cadeleyi g¼g¼sleyen t¼m sağlık çalışanlarına...

Önsöz

Bu kitap, pandemi ile mücadele sürecinde görev alan sağlık çalışanlarının karşılaştıkları etik ikilem ve uyuşmazlıkları tespit etmeyi hedefleyen araştırma projesi verilerine dayanılarak hazırlanmıştır. Bu araştırma kapsamında, ilk aşamada, 23 Ağustos-10 Eylül 2020 tarihleri arasında İstanbul genelinde bulunan, COVID-19 hastalarına en yoğun şekilde hizmet veren servis ve polikliniklere sahip hastanelerde çalışan 130 sağlık çalışanı arasında anket çalışması yapılarak, sahada yaşanan etik ikilem, uyuşmazlık ya da çatışmaların varlığı ortaya koyulmuştur. İkinci aşamada ise, Kasım 2020 tarihinde, 25 sağlık çalışanıyla derinlemesine görüşmeler yapılarak, deneyimledikleri etik ikilem ve etik uyuşmazlıklardan ne yönde etkilendikleri ve nasıl baş ettikleri araştırılıp, analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizine dayalı olarak, sahada yaşanan etik sorunlar ve bunlara bağlı bilgi ihtiyacı kendi içinde kategorize edilmiş, sağlık çalışanlarının gözünden sorulmuş sorulara çevrilerek, konulara özel tıp ve tıp etiği uzmanlarına iletilmiştir. Ardından, yazarların kaleme aldığı metinler, üç aşamalı editörlük sürecinden geçerek değerlendirilmiştir. Sahadan alınan aktif verilerin ilgili uzmanlara iletilmesi ve düzenlenen çalıştayla tartışmaya açılması, alan araştırmasına dayalı bir etik araçlar pusulası hazırlanmasına zemin oluşturmuştur. Sağlık çalışanlarının deneyimlerine dayalı olarak etik bakımdan sorunlu bulunan her bir konu başlığı, yerele özgü problemleri ortaya çıkarmakla beraber, genel olarak da pandeminin başından itibaren Dünya literatüründe sıkça tartışılan soruları içinde barındırmaktadır. Her bir etik sorun üzerinde, bu sorunun çözümünü içerecek, görüşler arası mutabakat sağlamak ve sınırları çizilmiş bir ahlaki karar algoritması yaratmak hem uzun erimli bir iş hem de konuyla ilgili meslek örgütlerinin ve kurumların uzmanlık alanıdır. Bu çalışmanın ana hedefi, hala devam etmekte olan pandemi deneyimine ışık tutmak ve gelecekte yaşanabilecek yeni pandemilere yönelik tıp etiği alanında yöntem önerileri oluşturarak olası algoritmalara veri sağlamaktır. Daha da önemlisi geleceğe, tüm dünyayı sarsan toplumsal bir olayın etkilerini yakıcı bir şekilde hisseden sağlık çalışanlarının deneyimlerinin aktarıldığı ve tartışıldığı bir belge bırakmaktır. Etik sorgulamalarla örülmüş deneyimin hafızasını saklamış olmak, pandemi sonrası dönemde, geleceğin etik tartışmalarını şekillendirecek bir değer taşımaktadır. Sağlık politikalarının yapısal sorunları ve pandemiye özel uygulamalar bağlamında etik tartışmalar, politikadan ayrı düşünülmemesi gereken bir yaşam deneyimi içeriği sunar. Etik değerlerin inşası ve olası çatışmaların hesaba katılmadığı bir eylem planı, “yeni” olanın beraberinde

getirdiği değişimi anlamayı eksik bırakacaktır. Bu alışma, pandemi sonrası dönemde yerinden edilen etik değerlerin sorgulanması ve yerine yenilerinin inşası sürecinde, etik-politik amalgama bir katkıda bulunmayı amaçlamıştır. Bu sayede, fiziksel ve zihinsel olarak en fazla zorlanan taraf olan sağlık çalışanlarının dayanıklılığının arttırılmasına katkıda bulunulacaktır. Araştırmamız gösteriyor ki, sağlık çalışanlarının dayanıklılığının yükseltilmesi, öncelikle sağlık sisteminin ve toplumun dayanıklılığının yükseltilmesiyle mümkündür. Etik tartışmalar, daha toplumsal bir sağlık anlayışının geliştirilmesinde en önemli aktörlerden biridir. Bu niyetlerle ortaya koyulmuş bu çalışmaya destek veren, araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanları başta olmak üzere, danışmanlarımız, tüm yazar kadrosu ve projenin gerçekleştirilmesinde katkıları olan Türk Tabipleri Birliği ile Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası yelerine teşekkür ederiz. Bu projenin gerçekleştirilmesini, destekleriyle mümkün kılan TÜBİTAK ve kurum içi ilgili proje danışmanlarına teşekkür ederiz. Ayrıca sundukları destekle, projenin bir çıktısı olarak hazırlanan bu kitabın yayınlanması ve pandemiyle mücadeleye emek veren sağlık çalışanlarına ulaştırılmasını mümkün kılan Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı'na ve yöneticilerine teşekkür ederiz. Bu çalışmayı, proje fikrinin ortaya çıkmasına vesile olan, sevgili kardeşim yoğun bakım hemşiresi Bircan Uslu ztop ve pandemi ile mücadele sürecinde, uzun süreler ailelerinden uzak kalan, yaşadıkları bulaş stresine ve olumsuz fiziksel koşullara rağmen bir yıldan fazla süredir görevinden ayrılmayan, ayrılmayan ve bu süreçte üzülerek haberlerini aldığımız hayatını haybeden tüm sağlık çalışanlarına adıyorum.

AYŞE USLU POOYANI

Özgeçmişler

vii

Araştırma Ekibi

Ayşe Uslu Pooyanı, Dr. Öğr. Üyesi, Nişantaşı Üniversitesi

1984 Almanya doğumlu. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Felsefe Bölümünden mezun olduktan sonra, yüksek lisansını Bilkent Üniversitesi Medya ve Görsel Çalışmalar programında görsel antropoloji alanında yazdığı tez ile tamamladı. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Felsefe Bölümü ve Tilburg Üniversitesi Felsefe Bölümünde, bilişsellik ve duygulam ilişkisi üzerine yaptığı araştırmalarıyla doktora derecesini aldı. Akademik araştırmada güncel ilgi alanı, hafıza teknolojileri, duygulam çalışmaları ve biyoetik tartışmalarıdır. Marmara Üniversitesi ve Nişantaşı Üniversitesinde felsefe, uygulamalı etik, iletişim, beden felsefesi ve insan-sonrası kuram konularında lisans ve yüksek lisans dersleri vermektedir.

Begüm Akdeniz, Araştırma Görevlisi, Nişantaşı Üniversitesi

1993 İstanbul doğumlu. 2015 yılında Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyoloji Bölümünden mezun oldu. Öğrenimi boyunca Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfında aktif olarak görev alan Akdeniz, 2015-2019 yılları arasında özel bir lisede öğretmen olarak çalıştı. 2018 yılında Marmara Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde yüksek lisans yapmaya başladı. Hala aynı kurumda yüksek onur öğrencisi olarak öğrenimine devam etmekte olup “Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddeti Algıları ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Kabul Düzeyleri” konulu tez çalışmasını sürdürmektedir. 2020 yılında Nişantaşı Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır.

Bengi Bezirgan-Tanış, Dr. Öğr. Üyesi, Nişantaşı Üniversitesi

1984 İzmir doğumlu. 2007 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyoloji Bölümünden mezun oldu. Eş zamanlı olarak Uluslararası İlişkiler Bölümü Avrupa Çalışmaları yan dal programını tamamladı. Ardından aynı üniversitede Sosyoloji Bölümünde yüksek lisans programını bitirdi. 2016 yılında London School of Economics and Political Science Sosyoloji Bölümünden doktora derecesini aldı. Şubat 2018 tarihinden itibaren Nişantaşı Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde doktor öğretim üyesi olarak çalışmakta ve Kadın ve Aile Çalışmaları Araştırma ve Uygulama Merkezinde görev al-

maktadır. Araştırma ilgi alanları arasında milliyetçilik ve ulusal kimlik, ırk ve etnisite, azınlık ve diaspora toplulukları, toplumsal cinsiyet çalışmaları ile toplumsal bellek yer almaktadır.

Ekınsu Devrim Danış, Araştırma Görevlisi, Nişantaşı Üniversitesi

1992 Ankara doğumlu. 2015 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyoloji Bölümünden mezun oldu. Daha sonra Boğaziçi Üniversitesi Sosyoloji bölümünde *İslami şirketlerde emeiğin denetim biçimleri, rıza ve direniş: Kayseri’de bir fabrika rneği başlıklı etnografik çalışması ile yüksek lisansını tamamlamıştır*. Halen Boğaziçi Üniversitesi Modern Türkiye Tarihi’nde doktorasına devam etmektedir. Danış’ın emek süreçleri, rıza (consent) ve çatışma (conflict) zerine çalışmaları sürmektedir. 1991 yılından beri çıkan Evrensel Kültür isimli kültür ve sanat dergisinden köken alan “Yeni e dergisi” editörlüğünü üstlenmekte olan Danış, sinema ve politika alanlarında yazıları ile dergiye katkı sunmaktadır.

şule Can-Sayar, Dr. Öğr. Üyesi, Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi

1986 Hatay doğumlu. Lisans derecesini İstanbul Üniversitesi İngilizce ğretmenliğinden aldı. Yüksek Lisansını İstanbul Bilgi Üniversitesi Kültürel İncelemeler bölümünden aldıktan sonra Fulbright bursuyla State University of New York at Binghamton Üniversitesi Antropoloji bölümünde doktorasını tamamladı. 2018-2020 yılları arası Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümünde çalıştı. Sınır ve gç çalışmaları, Siyaset Antropolojisi ve kent çalışmaları başlıca araştırma alanlarıdır.

Yazarlar

Alparslan Baran, Sosyal Hizmet Uzmanı, Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

1963 Karaman doğumlu orta ve lise eğitimi Kilis ğretmen Lisesi, H.. Sosyal Hizmetler bölümünden mezun oldu. Meslek yaşamına Metris Ceza ve tutukevinde Sosyal Hizmet Uzmanı olarak başladı (1993). Daha sonra Seyran bağları Huzurevi (1995) ve Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde (1995) çalışmaya başladı. Engelli bireyin Bağımsız Yaşama geçiş Biriminde çalışmalarına devam ederek; iş ve meşguliyet edinmeleri üzerine yoğunlaştı. Halen Saray Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde Sosyal Hizmet Uzmanıdır.

Aslıhan Akpınar, Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi

1977 Ankara doğumlu. Uludağ Üniversitesi Felsefe Bölümünden 1998’de mezun oldu. Tıp Tarihi ve Etik Yüksek Lisans ve Doktora eğitimini aynı zamanda 2012’ye

kadar araştırma görevlisi olarak çalıştığı Kocaeli Üniversitesinde 2002-2010 yılları arasında tamamladı. 2012-2016 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik anabilim Dalında öğretim görevlisi olarak çalıştıktan sonra tekrar Kocaeli Üniversitesine geçti ve halen burada görev yapmaktadır. Biyoetikte örselebilir/savunmasız gruplar, yaşamın sonuna ilişkin etik konular ve tıp etiği eğitimi konularında çalışmayı tercih etmektedir.

Aybeniz Civan Kahve. Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Ankara Şehir Hastanesi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2012 yılında mezun oldu. 2013-2016 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında, 2016-2017 yılları arasında ise Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde araştırma görevlisi olarak çalıştı ve Kasım 2017'de psikiyatri uzmanı oldu. Uzmanlık tezini sığınmacı ve mültecilerin ruh sağlığı alanında yaptı. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından verilen eğitimleri ve supervizyonlarını tamamladı. Bunun yanı sıra 2019 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde başladığı Tıbbi Farmakoloji doktorasına devam etmekte. 2014-2016 yılları arasında Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Samsun Şube Yönetim Kurulunda sayman olarak, 2016-2018 yılları arasında TPD Asistan Hekim Komitesi Yürütme Kurulunda koordinator olarak görev yaptı. 2018 yılından beri TPD'de Yönetim Kurulu üyesidir.

Burcu Rahşan Erim, Doç. Dr.

1978 İzmir doğumlu. 2000 Yılında İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, 2008'de Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. Halen serbest hekim olarak İstanbul'da çalışmaktadır. Çalışmaları daha çok ruhsal travma, kadın ruh sağlığı, adli psikiyatri ve cinsel işlev bozukluğu tedavilerinde yoğunlaşmaktadır. İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu üyesi ve Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi koordinatörlerindedir.

Coşkun Canıvar, Uzm. Dr. Bakırköy Belediyesi Tıp Merkezi

1986 Afyon doğumlu. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2010 yılında mezun oldu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde 2011-2016 yılları arasında göğüs hastalıkları uzmanlık eğitimini aldı. 2016-2018 yılları arasında Ardahan Devlet Hastanesinde çalıştı. Halen İstanbul'da Bakırköy Belediyesi Tıp Merkezinde çalışmaktadır.

Emine Satılmış, Hemşire, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

1995 Ankara doğumlu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden mezun oldu. Yedi ay özel bir hastanenin Doğum ve Kadın Hastalıkları kliniğinde çalıştı (Ey-

lül 2019-Mart 2020). Daha sonra Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesine atanmıştır. Halen burada çalışmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Halk Sağlığı Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktadır.

Fikret Çalağan, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

1974 Bingöl doğumlu. Keçiören Çevre Sağlık Meslek Lisesi Çevre Sağlığı Teknisyenliği Bölümünden 1993 yılında mezun oldu. O günden bu yana Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda bu görevi yürüttü. 2005 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri ilişkilerini bölümünü bitirdi. Çalışma yaşamına başladığından bu yana sağlık emekçilerin sendikalaşma süreçleri içinde yer aldı. Farklı dönemlerde ve illerde Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikasının (SES) işyeri temsilciliği ve şube yöneticiliğini yürüttü. 2003-2005 ve 2014-2020 tarihleri arasında SES Merkez Yönetiminde görev yaptı. SES Sendika Okulu ve Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu kurucuları arasında yer aldı. Halen Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu çalışmalarını yürütmekte, aynı zamanda sağlık emekçileri mücadelesi ve toplumsal sağlık mücadelesinde yer almaya devam etmektedir.

Gürkan Sert, Doç. Dr. Marmara Üniversitesi

1975 Antakya doğumlu. Marmara Üniversitesi. Hukuk Fakültesinden 1999 yılında mezun oldu. Marmara Üniversitesi. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında yüksek lisans ve doktorasını tamamladı. Halen aynı anabilim dalında öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Tıp Etiği, sağlık hukuku alanlarında lisans yüksek lisans ve doktora programlarında ders vermektedir. 2018-2019 arasında Kanada Alberta Üniversitesinde Misafir Öğretim Üyesi olarak bulunmuştur. Sağlıkta insan hakları, cinsel sağlık üreme sağlığında haklar, tıp etiği, hasta hakları, alanlarında kitap ve yayınları bulunmaktadır. Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği Yönetim Kurulu başkanıdır. Sağlık ile ilgili sivil toplum örgütleri ile sağlıkta haklar kapsamında çalışmalar sürdürmektedir.

Hafize Öztürk Türkmen, Dr. Öğr. Üyesi

1960 Antalya doğumlu Hafize Öztürk Türkmen, 1984 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Pratisyen hekim olarak 1984 -1991 arasında Isparta'da, 1991-2000 arasında Ankara Mamak Belediyesi'nde çalıştı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik alanındaki doktora programını, "Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmaların Etik Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı teziyle 2000 yılında tamamladı. Eylül 2000'de Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında akademik yaşamına başlayan Dr. Hafize Öztürk Türkmen, 2008 yılında yardımcı doçent oldu. Ocak 2016'da kamuoyuna açıklanan "Bu Suça Ortak Olmayacağız" başlıklı bildiriye imza attığı gerekçesiyle 22 Kasım 2016'da KHK ile üniversiteden ihraç edildi ve Eylül 2017'de emekli oldu. Meslek örgütünde Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu üyeliği ve Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu

üyeliği görevlerini sürdürmektedir. Başlıca mesleki ve akademik çalışma alanları ise bilim/tıp tarihi, bilim ve araştırma etiği, etik kurullar, biyopolitika, sağlık politikaları etiği, mesleki ve akademik özerklik, kadın ve çocuk haklarıdır.

Hasan Oğan, Dr.

1953 yılında Gaziantep doğumlu. 1983 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1987-2015 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi birimlerinde görev yaptı ve 2015 yılında emekli oldu. Mesleğini işyeri hekimi olarak sürdürmektedir. 2002 - 2004 / 2008 - 2012 yılları arasında İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulunda görev aldı. TTB ve İTO çalışmaları sırasında Şiddete Karşı Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu ve Kişisel Sağlık Verileri Çalışma Grubu ve TTB Özel Hekimlik Kolunun oluşturulmasında rol aldı, genel koordinatörlük görevlerini yürüttü. “Gıda, İnsan Sağlığı ve Yasal Mevzuat”, “Şiddetle Başa Çıkmak-4”, “Sağlık Çalışanlarında İş Kazası ve Meslek Hastalıklarına Yaklaşım”, “Çok Çalışmak Sağlığa Çok Zararlıdır” kitaplarının yanı sıra “Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme-2014” ve “Acil Klinik Ortamında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği-2015” rapor çalışmalarını yürüttü, raporladı.

Muzaffer Eskiocak, Prof. Dr. SANKO Üniversitesi

Muzaffer Eskiocak 1961 Antakya Doğumlu. Ankara Tıp Fakültesinden hekimlik (1984); Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinden Halk Sağlığı Uzmanlığı (1993) eğitimi aldı. Sağlık Ocağı Hekimliği ve Bağışıklama Hizmetleri il yöneticiliği yaptı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaklaşık 25 yıl öğretim üyesi olarak çalıştı. Üniversiteden Sağlık Bakanlığının çalışmalarına (Polio Eradikasyon Programı, Bulaşıcı Hastalıklar) katkıda bulundu. Uzmanlık derneği ve Meslek örgütünün bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama ile ilgili çalışma gruplarında görev aldı. Tıp Eğitiminin akreditasyonun sürecine katkıda bulundu. Emeklilik sonrası halen SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesinde görevdedir.

Nermin Ersoy, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi

Nermin Ersoy 1958 Bursa doğumlu. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Deontoloji uzmanı oldu (1982-1986). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalında *Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılmış Onamının Alınması* ile ilgili çalışması ile doktorasını aldı. Georgetown Üniversitesi Kennedy Etik Enstitüsünde doktora üstü eğitimini tamamladı (1992-1993). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalının, Araştırma Etik Kurullarının, Hastane Etik Kurulunu ile Üniversite Etik Kurulunun kuruculuğunu yaptı. Özellikle İzmit Sağlık Tarihi, Etik Duyarlılık, Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Konular ve Araştırma Etiği konularında çalıştı. 1995 yılından beri anabilim dalı başkanı olarak akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi

1967 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve Orta öğrenimini Ankara'da tamamladı. 1991 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Aynı Fakülte'nin Tıp Tarihi ve Deontoloji bölümünden doktora diplomasını 2000 yılında aldı. 2001- 2005 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji- Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalında öğretim görevlisi olarak çalıştı. 2004-2005 yılında Yale Üniversitesinde "Interdisipliner Bioethics Project" bağlamında Yale Biyoetik Merkezinde post-doc çalışmalarını tamamladı. 2005 tarihinde Doçent, 2010 yılında Profesör oldu. AÜ Kadın Çalışmaları Yüksek Lisans programını 2018 yılında tamamladı. Halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalında öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak görev yapmaktadır. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi üyesidir. HÜBAM (Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi) kurucu müdürüdür. HÜKSAM (HÜ Kadın Araştırmaları Merkezi) Müdür yardımcısıdır. HÜ Sağlık Hukuku Merkezi YK üyesidir. HÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve HÜ Hayvan Araştırmaları Etik Kurulu üyesidir.

Onur Naci Karahancı, Dr. Öğr. Üyesi, Kafkas Üniversitesi

1982 Kars doğumlu. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2008 yılında mezun oldu. 2008-2013 yılları arasında Şanlıurfa'da pratisyen hekim olarak çalıştı. 2013-2018 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında doktora eğitimi alan Karahancı, 2018 yılından bu yana Kafkas Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında akademisyen olarak çalışmaktadır. 2011-2015 yılları arasında Şanlıurfa Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Yönetim Kurulunda görev yapan Karahancı, 2014-2018 yılları arasında iki dönem Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu üyeliği yapmış halen de Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyeliği yapmaktadır. Onur Naci Karahancı'nın doktora tez çalışması tıp tarihi alanında olup geleneksel tamamlayıcı tıp, açlık grevleri gibi alanlarda yayınları bulunmaktadır.

Osman Elbek, Doç. Dr. Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1993 yılında mezun oldu. Göğüs hastalıkları uzmanlık eğitimini 2000 yılında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı. Göğüs hastalıkları alanının uzmanlık derneği olan Türk Toraks Derneği ve meslek örgütü olan Türk Tabipleri Birliği'nde bir dönem yönetici pozisyonda çalıştı. Göğüs hastalıkları alanı dışında sağlık, siyaset ve politika konularında makaleler yazdı. Yazıları çeşitli kitaplarda yayınlandı. Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır (2013, Hayykitap) ve Pandeminin Düşürdüğü Maskeler (2021, İletişim Yayınları) isimli kitapların editörü-eşeditörü olan Elbek'in 2019 yılında Notabene Yayınları'ndan çıkmış Sağlığın Sosyal Hali isimli bir kitabı da vardır.

Ömer Böke, Prof. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Türkiye Psikiyatri Derneği

Ömer Böke 1964 Samsun doğumlu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında tamamladı (1994). 1995-2002 yılları arasında Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 2003 yılından beri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında, daha çok Psicotik Bozukluklar ve Cinsel İşlev Bozuklukları alanında çalışmaktadır. 2015-2021 tarihleri arasında Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulunda görev yapmıştır.

Özlem Kurt Azap, Prof. Dr. Başkent Üniversitesi

1987-1990 yılları arasında Ankara Fen Lisesinde okudu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1996 yılında mezun oldu. Uzmanlık eğitimimi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji alanında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı. Uzman olduğu 2002 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmaya başladı. 2007 yılında doçent, 2013 yılında profesörlük unvanı aldı. Halen Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuğu var.

Raşit Tükel, Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi

Raşit Tükel 1959 Nazilli doğumlu. Ankara Fen Lisesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1991 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından uzmanlığını aldı. 1993 yılında doçent ünvanını aldıktan sonra aynı anabilim dalına 1995 yılında doçent, 2000 yılında profesör olarak atandı. İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Ayaktan Tedavi Birimi sorumluluğunu, Anksiyete Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk PoliKliniğinde hastaların tedavi ve izlemine, Psikonevroz ve Psikoterapi Birimi'nde analitik yönelimli bireysel psikoterapi uygulamalarını ve bu alanlarda eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmektedir. Çalışmalarını yoğunlaştırdığı alanlar; anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, psikanaliz ve tıpta uzmanlık eğitimidir.

Sarp Üner, Prof. Dr. Lokman Hekim Üniversitesi

Sarp Üner 1963 Ankara doğumlu. Ankara Atatürk Anadolu Lisesi (1981) ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (1987) mezunu. Hacettepe Üniversitesinden 2000 yılında Halk Sağlığı Yüksek Lisansı ve 2006 yılında Halk Sağlığı Doktorası aldı. İstanbul ve Ankara sağlık ocaklarında ve Ankara Sağlık Müdürlüğünde mezuniyet sonrası on yıldan fazla çalıştıktan sonra, 2000 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına araştırma görevlisi olarak başladı, 2010 yılında doçent ve 2015 yılında da profesör oldu. 2020 yılında Hacettepe Üniversitesinden emekli oldu, Temel ilgi alanları sağlık yönetimi, sağlık insan gücü ve sağlık hizmetleri planlaması olup halen Lokman Hekim Üniversitesinde öğretim üyesidir.

Şeref Özcan, İş Başmüfettişi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Şeref Özcan 1967 İstanbul doğumludur. İstanbul Teknik Üniversitesi Kontrol ve Bilgisayar Mühendisliği bölümünden mezun oldu (1988). Sonrasında Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde “İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku” bilim dalında yüksek lisans eğitimini tamamladı (2009). 1988 -1993 yılları arasında bilgisayar mühendisi olarak çalıştı.

1993 yılında Çalışma Bakanlığı bünyesinde iş müfettişi yardımcısı olarak başladığı görevine halı hazırda İş Başmüfettişi olarak devam etmektedir. İş ve sosyal güvenlik hukuku alanında bilirkişi ve bilirkişi eğitimsi olarak da görev yapmaktadır. Ayrıca, kurucularından olduğu “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisinin faaliyetlerinin yanı sıra çeşitli işçi sendikaları ile muhtelif emek meslek örgütlerinin de danışma kurullarında çalışmaktadır.

Tahsin Gökhan Telatar, Dr. Öğr. Üyesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

1976 yılında Ankara’da doğdu. İlk-orta ve lise öğrenimini TED Ankara Kolejinde tamamladıktan sonra 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Halk Sağlığı uzmanlığını 2007 yılında Hacettepe Üniversitesinde tamamladı. 2008-2016 yılları arasında İl Sağlık Müdürlüğü görevi de dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatında farklı kademelerde çalıştıktan sonra yardımcı doçent olarak Sinop Üniversitesinde iki yıl görev yaptı. 2018 yılından itibaren Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak çalışmakta olan Telatar evli ve iki çocuk babasıdır.

Ümit Yaşar Öztoprak, Uzm. Dr. Hacettepe Üniversitesi

1983 Ankara doğumlu. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2007 yılında mezun oldu. 2007 yılında Batman Beşiri İkiköprü Sağlık Ocağı’nda pratisyen hekim olarak görev yaptı. 2009-2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalında sinir bilimleri üzerine çalıştı. 2010-2013 yılları arasında Polatlı Toplum Sağlığı Merkezinde görev yaptı. 2020 yılında Ankara Şehir Hastanesinden Aile Hekimliği uzmanlığını aldı. Ankara Yapracık 2 No’lu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimliği uzmanlığı görevinin yanı sıra Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında doktora eğitimine devam etmektedir.

Yunus Hacimusalar, Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1975 Kayseri doğumlu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesini 2000’de bitirdi. Uzmanlık eğitimini aynı üniversitede 2006’da tamamladı. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2006-2017 arasında uzman doktor olarak çalıştı. 2017’de Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dr. Öğretim Üyesi olarak göreve başladı. 2020’de yılında Doçent unvanını kazandı. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktadır. Türkiye Psikiyatri Derneği’nde şube yönetim kurulu üyeliği, yönetim kurulu başkanlığı yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu üyesi olarak görev aldı (2016-2021). Çalışmaları intihar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, adli psikiyatri ve uyku bozukluklarında yoğunlaşmıştır. Ulusal ve uluslararası makaleleri yanında kitap bölüm çevirisi, bölüm yazarlığı ve kitap editörlüğü yapmıştır.

İçindekiler

xvii

Önsöz	v
Özgeçmişler.....	vii
Bu Kitap Nasıl Kullanılmalı	xxiii

Giriş

Toplumsal Adalet Problemi ve Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisinde Karşılaştığı Etik İkilemler	3
--	---

AYŞE USLU POOYANI

Kısım I PANDEMİ YÖNETİMİ VE ETİK

Bölüm 1

Pandemide Sağlık Sisteminin Yükümlülüklerinin Etik Açıdan İrdelenmesi	27
---	----

SARP ÜNER

Bölüm 2

Pandemi Yönetimi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri	41
---	----

MUZAFFER ESKİÖÇAK

Bölüm 3

Pandemide Hastane İçi Personel Yönetimi	51
---	----

GÖKHAN TELETAR

Bölüm 4**Pandemide İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği59**

ŞEREF ÖZCAN

**Kısım II
PANDEMİ ETİĞİ****Bölüm 5****Pandemi Etiği..... 73**

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

Bölüm 6**Pandemide Ön Plana Çıkan Etik Prensipler 79**

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

Bölüm 7**Kaynakların Adil Dağıtımında Dikkat Edilmesi****Gerekten İlkeler91**

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

Bölüm 8**Pandemide Triyaj Etiği95**

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

**Kısım III
SAĞLIK ÇALIŞANLARI SORUYOR:
PANDEMİDE ETİK İKİLEMLERİN ÇÖZÜMÜNE DOĞRU****Bölüm 9****Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Koruma Görevi ve Hizmetten Çekilme Hakkı..... 107**

ÜMİT YAŞAR ÖZTOPRAK

Bölüm 10**Risk Alma: Tedavi Etme ve Kendini Koruma Görevi Arasındaki Dengeyi Kurmak..... 113**

ASLIHAN AKPINAR

Bölüm 11

Pandemide Olası Vaka ve Doğrulanmış Vakalar İçin İzlenmesi Gereken Tedavi Yöntemleri..... 121

ÖZLEM KURT AZAP

Bölüm 12

Sağlık Çalışanlarının Güvenliği, Kaynakların Hakça Dağıtımı ve Faydasızlık Kavramları Işığında CPR ve Palyatif Bakım..... 127

NERMİN ERSOY

Bölüm 13

COVID-19 (+) Hastaların Fiziksel İzolasyonu ve Hasta-Sağlık Çalışanı İlişkisi..... 135

NERMİN ERSOY

Bölüm 14

Hemşirelerin COVID-19 (+) Hastalara Yaklaşımı 141

EMİNE SATILMIŞ

Bölüm 15

Pandemide Hasta Yakınları ve Refakatçilerle Etkileşim..... 151

GÜRKAN SERT

Bölüm 16

Pandemide Hastaların Tedaviyi Reddetme Hakkı ve Etik..... 159

ASLIHAN AKPINAR

Bölüm 17

Bakıma İhtiyaç Duyan Yaşlı COVID-19 (+) Hastalara Yaklaşım..... 167

EMİNE SATILMIŞ

Bölüm 18

Engelli COVID-19 (+) Hastalarının Bakım Evlerinde Rehabilitasyonu..... 173

ALPARSLAN BARAN

Bölüm 19

COVID-19'un Hasta ve Hasta Yakınları Üzerindeki Etkisi ve Psikiyatristlerin Deneyimleri 177

AYBENİZ CİVAN KAHVE • YUNUS HACIMUSALAR

Bölüm 20

Pandemide Ruhsal Hastalığa Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Hizmetleri..... 183

RAŞİT TÜKEL

Bölüm 21

Pandemide Sahada Hasta ve Temaslı Takibi ile İlişkili Etik Sorunlar 193

ASLI DAVAS

Bölüm 22

Kişisel Sağlık Verilerinin Paylaşımı 205

HASAN OĞAN

Bölüm 23

Pandemi Döneminde Bulaşıcı Hastalığın Bildirimi ve Etik Sorunlar 217

GÜRKAN SERT

Bölüm 24

Türkiye'de İzolasyon ve Karantina Uygulamalarının Yasal Çerçevesi ve Etik Tartışmalar 225

GÜRKAN SERT

Kısım IV**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DİRENÇLİLİĞİNİN ARTTIRILMASI****Bölüm 25**

COVID-19 Pandemisinde Hastanede Sağlık Çalışanı Olmak: Etik İkilemler ve Güçlendirme Önerileri..... 235

HAFİZE ÖZTÜRK TÜRKMEN

Bölüm 26**Pandemide Sağlık Çalışanlarına Psikolojik Destek Vermek.....251**

BURCU RAHŞAN ERİM • ÖMER BÖKE

Bölüm 27**Pandemide Sağlık Çalışanlarının Haklarının Etik-Politiği.....259**

OSMAN ELBEK

Bölüm 28**COVID-19'un Meslek Hastalığı Sayılmasının Önemi267**

ÖZLEM KURT AZAP

Bölüm 29**Sağlık Çalışanları Arasında Dayanışma ve Hiyerarşiler Ötesi Etkileşimin
Pandemiyle Mücadelede Önemi277**

FİKRET ÇALAHAN

Bölüm 30**Sağlık Çalışanlarının Pandemi Yönetiminde Rolünün Önemi283**

COŞKUN CANIVAR

Bölüm 31**Toplumsal Sağlık, Dirençlilik ve Etik.....291**

ONUR NACİ KARAHANCI

Bu Kitap Nasıl Kullanılmalı

xxiii

Alan araştırmasına dayalı olarak üretilmiş bu çalışma, etik karar süreçlerine veri sağlamak, COVID-19 sürecinin hastane özelinde ne türden etik sorgulama ve zorluklara neden olduğunun araştırılması ve sağlık çalışanlarının COVID-19 deneyimlerinin etnografik ya da sosyolojik değerlendirmesi için kullanılabilir. Kitap boyunca araştırmanın nitel görüşmelerinden alınmış alıntılar, tüm yazar kadrosu tarafından yer yer kullanılmıştır. Metinlerde geçen sağlık çalışanlarının isimleri anonimleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının araştırma öncesi ve yayına sunulmadan önce onamları alınmıştır. Araştırma TÜBİTAK tarafından desteklenmiş olup, araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı ve bağımsız etik kuruldan izin alınmıştır. Bu çalışma öncesi yazarlarla araştırma sonuçları paylaşılmış ve sağlık çalışanlarının sahada yaşadıkları sorunlardan haberdar edilmiştir. Bu bağlamda, bu kitapta içerilmiş tüm metinler, sahadaki deneyimle karşılaştırılarak ve aynı zamanda dünya literatürüne atıfla şekillendirilmiştir. Her konuya özel, ilgili soru üzerinde Türkiye’de araştırma yapan ve doğrudan tecrübe sahibi uzmanlar seçilmiş ve danışmanlar aracılığıyla konu ve yazarlar eşleştirilmiştir. Bu kitap içinde yer alan her bir etik soru, tıp etiğinin tartışmalı konuları arasındadır ve yerele özgü yorumlar içerir. Kitap boyunca sağlık çalışanlarıyla yapılmış derinlemesine görüşmelerden parçalar seçilerek alıntılanmış ve bu sayede deneyimlerini doğrudan okuyucuya aktarmaları için bir kanal açılmıştır. Sağlık çalışanlarının isimleri anonimleştirilmiştir.

Kitabın giriş bölümünde, bu çalışmanın üzerine kurulu olduğu araştırmanın sonuçlarının paylaşıldığı bir makale yer almaktadır. Makalede COVID-19 pandemisinin yol açtığı etik tartışmalar, araştırma sonuçlarıyla birlikte verilmiştir. Dönemin öne çıkan konusu, tıp etiği ilkelerinden adalet ve fayda sağlama ilkeleri arasındaki çatışmanın etik ikilem kavramıyla ilişkisi kurulmuş, etik ikilem kavramı tanımlanmış ve hem nicel hem de nitel verilere dayalı araştırma sonuçları detaya inilmeden özetlenmiştir.

Birinci kısmında, pandemi yönetimi, genel olarak toplum bazında, yönetsel, hastane içi ve personelin koşulları bakımından incelenmiş ve etik sorunlara yol açan koşulların pandemi ile uygun hale getirilmesi gerektiği olgusu uzmanlarca tartışılmış ve çözüm yolları önerilmiştir.

İkinci kısımda, pandemi etiği tartışmalarına konu olan temel başlıklar ele alınmış ve COVID-19’a özel görünür hale gelen etik ilkelerin güncel tartışmalar içerisinde kavramsal çerçevesi çizilmiştir. Pandemide en fazla tartışılan konu sınırlı kaynakla-

rın dağıtımını problemi olmuştur. Bu bölümde ayrıca, sınırlı kaynakların dağıtımını sürecinde dikkat edilmesi gereken etik ilkeler üzerinde durulmuştur. Buna ek olarak, uluslararası literatürde ve Türkiye’de de sahada uygulanan ancak yasal çerçevesi belirsiz kalmış triyaj konusu incelenmiş ve tıp etiği literatürü bakımından tartışılarak, olası çözüm önerileri sunulmuştur.

Üçüncü kısımda, doğrudan nitel araştırmaya katılmış sağlık çalışanlarının yaşadıkları etik uyuşmazlık, çatışma ve etik ikilemlerin soruya dönüştürülerek uzmanlara iletilmesi yoluyla hazırlanmıştır. Her bir soru uluslararası güncel literatürde karşılığı araştırılarak, yerele özgü boyutlarına dokunulmadan formüle edilmiş ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini kolaylaştırmak hedefine uygun yapıda metne dönüştürülmüştür. Bu bölümde yer alan soruların büyük çoğunluğu alanda etik ikileme yol açmış konu başlıklarıdır. Sorular cevaplanırken metinler içinde gerektiğinde ilgili görüşmelerden alıntılara yer verilmiştir. Bu bölüm, sağlık çalışanlarının etik ikilemlerinin çözümüne dönük öneriler içerdiği gibi, aynı zamanda onların pandemiyle mücadele sürecindeki zorlayıcı koşullar altında ne türden bir deneyim yaşadıklarını anlamak ve bu dönemin hafızasını incelemek için de okunabilir. Bu kitap, hastane içi alan araştırmasına dayalı olduğundan, asli olarak toplumun tamamını ilgilendiren pandemiyle mücadele sürecinin daha ziyade hastane dinamiklerine ağırlık veren bir çalışmadır. Ancak, pandemiyle mücadele sürecinde etkili olan hastane dışı hasta tabii ya da bakım evlerindeki süreçlere ilişkin tartışmalara da yer verilmiştir.

Dördüncü kısımda, sağlık çalışanlarının dayanıklılığının artırılması yönünde neler yapılabileceğine odaklanır. Etik ikilemlerle ve çatışmalarla karşılaştıklarında nasıl bir yol izlemeliler sorusu ele alınarak, etik değerler arası çatışmaların çözümüne dönük bir çerçeve çizilmiştir. Sağlık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel zorlanmaları konusunda onlara destek sunabilecek destek programları ve bunların COVID-19 sürecinde ne türden bir etkisi olduğu tartışılmıştır. Diğer yandan, sağlık çalışanlarının hakları konusunda farkındalık yükseltebilecek ve meslek hastalığının tanınması vb. özlük hakları konularında tartışmalara yer verilmiştir. Dayanışma ağları ve sağlık çalışanlarının pandemi yönetiminde oynadığı rol tartışmaya açılarak, bu konularda COVID-19 deneyiminin yanlışları ve doğruları tartışılmıştır. Dördüncü kısmın sonunda yer alan makalede, COVID-19 özelinde ve genel olarak pandemi etiği tartışmalarının sağlığın toplumsal yorumu bağlamında etik ve politik dinamiklerin iç içeliğini vurgulayan eta-etik bir tartışma yapılarak, pandemiyle mücadelede toplumun geniş boyutlarıyla aktif rol oynamasının öneminin altı çizilmiştir. Pandemiyle mücadele, yalnızca hastane içine ve yalnızca sağlık çalışanlarının bir görevi olarak tedavi süreçleri y da ölüm oranlarına sıkıştırılarak bertaraf edilecek bir oldu değildir. Sosyo-ekonomik boyutlarıyla ele alınmalı ve sağlık sisteminin yapısal sorunlarının uzun vadede çözümüne odaklanmak elzemdir.

Bu kitap, COVID-19 pandemisi deneyiminin sağlık çalışanları perspektifinden bakılarak dönemin hafızasını tutan bir belge olarak görülebileceği gibi, aynı zamanda sağlık çalışanlarının kullanımına sunulmuş bir etik pusula olarak da işlev görmek üzere tasarlanmıştır. Halen devam etmekte olan pandemi sürecinde, alandaki

sorunlar da devam etmektedir. Amacımız, sahadaki yükü biraz olsun hafifletecek, etik düşünüş süreçlerini kolaylaştıracak arka plan bilgisi sağlayarak ön saftaki sağlık çalışanlarına kullanışlı kavramsal aletler sunmaktır. Sosyal bilimcinin sahayla karşılaşması aynı zamanda etik bir karşılaşmadır. Dört sosyolog ve bir felsefeci olarak sahada bizi derinden etkileyen karşılaşmalar yaşadık. Yaptığımız görüşmelerin, sağlık çalışanları üzerinde sağaltıcı ve terapatik etkisi olduğunu gözlemledik. Bu çalışmayı, onlardan aldığımız bilgiyi, kullanışlı bir hale getirerek onlara geri teslim etmek olarak görüyoruz. Türkiye'nin stratejik planlamaları dahilinde pandeminin etik boyutunun da katılacağı bir hazırlık program içinde döneme ait bir arşiv ve pusula görevi görecektir bu çalışma, sağlık çalışanlarının ellerinde kullanışlı hale gelen bir kaynak olduğu kadar, aynı zamanda hükümetlerin politikaları üzerinde de etkili olacağı inancındayız. Bu araştırma, pandemi hazırlık programlarında göz ardı edilen etik boyutun, planlamaya dahil edilmesinin topyekûn bir mücadelenin olmazsa olmaz bir parçası olduğunu göstermiştir. Bunun en bariz nedeni, çözülmeyen etik çatışmaların bedelinin insan hayatına mal olabilecek sonuçlar doğuruyor oluşudur. Bu araştırma onu gösteriyor ki, etik rehberliğin eksikliği, sağlık hizmetinden yararlananlardan çok, sağlık hizmetini sağlayanları vurmuştur. Yerinden edilen değerleri tamir etmenin ve gerekirse yeni değerler önermenin yolu, öncelikle yaşanan süreçte mercek tutmaktan geçer. Bu çalışmanın bu açığı dolduracağına inanıyoruz.

Nöroloji pratiğimde karşılaştığım acil ve polikliniğime başvuran hastalarda mevcut nörolojik şikayetleri dışında COVID-19 semptomları sorgulamak, semptomsuz taşıyıcı olabilecekleri, bulaştırıcı olabilecekleri veya yatış süreçlerinde COVID gelişebileceği endişesi ile onlara yeterli muayene ve dinleme süresi ayıramamaktan ötürü hekimlik pratiğimi layıkıyla uygulayamadığım düşüncesi içindeyim. Bir yandan kendimi ve ekibimi riske atmamak, bir yandan risklere rağmen hastanın iyiliği ve sağaltımı için çabalamanın zorlayıcı etik çatışmasını kastediyorum. Aynı zamanda dönem dönem pandemi servis ve acilinde çalışıp ardından yeterli izolasyon süreci olmadan kendi alanımda poliklinik ve servis icap hizmeti vermek, benim de taşıyıcı olup ekibime veya hastalarımaya bulaştırabileceğim riski taşımasından ötürü bir etik çatışma yaratmakta.

Nöroloji Uzman Doktor Mehmet

Bakım destek arkadaşlarımla, yaptığım iş hakkında, Gülseren eskisi gibi özenli değil, hasta bakımını oldu bittiye getiriyor diye düşündüklerini duydum. Ben acaba öyle mi yapıyorum hani iş bitsin de bir an önce diğer hastaya mı geçiyorum düşüncesindeyim? İçeride fazla mı kalmak istemiyorum? Bir saati geçtikten sonra bunaliyorsunuz. Bazen tamam artık bunu sonra yapalım ben şimdi çıkmak istiyorum diyorum. Çok dikkat ettiğimi düşünüyordum, mesleğimi çok seviyorum asla atlamam bir şeyleri prensipliyimdir. Ancak, ben de böyle bir yorum alıyorsam oluyor demek ki. Hızlı olduğumun farkındayım yetişmeye çalışıyorum. Duyduklarıma inanılmaz derecede üzüldüm. Psikolojik çöküntü de çok fazla etik ikilem yaratan bir şey. Hemşirenin yanlış yapmasına ya da o an yapacağı bir şeyin yapmamasına sebep olabiliyor ve bazen ben yorulduğum bu da böyle olsun diyebiliyor açıkçası. Sağlık çalışanlarının dinlendirilmesi, mesai saatlerinin düzene geçmesi bu soruna çözüm olabilirdi.

Hemşire Gülseren

Giriş

Toplumsal Adalet Problemi ve Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisinde Karşılaştığı Etik İkilemler

3

AYŞE USLU POOYANI

COVID-19 pandemisi, koronavirüsün hızlı yayılması nedeniyle, hasta sayısının kısa sürede artmasına, bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin de sağlık hizmeti koşulları, altyapısal kapasiteleri bakımından zorlanmasına neden olmuştur. Bu süreçte, sağlık kurumlarının ve çalışanlarının tıbbi kararları, zaman baskısı altında ve eldeki koşulların elverdiği ölçüde ivedilikle alması zorunluluğu doğmuştur. Hastalığın, çok fazla sayıda kişiye çok hızlı biçimde bulaşması, sağlık sistemlerinin pandemiye hazırlıklı olmaması ve stratejik planlama süreçlerindeki hatalar nedeniyle, sınırlı kaynakların adil kullanımı sorunuyla karşı karşıya kalınmıştır. Özellikle solunum cihazı ve yoğun bakım ünitelerine olan ihtiyacın artması COVID-19 teşhisi koyulmuş hastalar arasında önceliklendirme yapılması tartışmalarını doğurmuştur. Diğer yandan, hastanelerin büyük oranda pandemi servisi olarak kullanılması nedeniyle COVID-19 dışındaki hastalıklardan mustarip hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanması da sınırlı hale gelmiş ve kimi yerlerde sağlık hizmetlerinden yararlanamamaya neden olmuştur^{1,2,3}. Bu bağlamda, pandemi etiği tartışmaları ağırlıklı olarak, sınırlı kaynakların adil dağıtımında, toplumun genel yararının, tek tek bireylerin yararına öncelenmesiyle sonuçlanan, toplumun genelinde toplam net faydayı arttırmaya dönük kararlar alınması ve hakkaniyete dayalı bir eşitlik anlayışıyla toplumdaki her birey için adaleti sağlama arasında ikilemde kalınması konuları üzerinde durmuştur^{4,5,6}. Toplam net faydayı arttırma gayretinin altında yatan faydacı argüman, kaynakların “mümkün olan en yüksek sayıda insanın, mümkün olan en yüksek miktarda iyiliğini” sağlayacak şekilde dağıtmayı hedeflemek anlamına gelir⁷. Pandemi durumunda bu faydacı vurgu, mümkün olduğunca en fazla kişi için en iyi sonucu ulaşıldığını garanti edecek yöntemlere başvurularak sınırlı kaynakların dağıtılmasını hedefler ve odağına “tikel hastaları değil, toplumun bütünü olarak, en fazla kişinin hayatını ve yaşam-yılını kurtarmaya öncelik verir”⁸. Bu bağlamda, en fazla sayıda kişi için en fazla yararın arayışına girerek, faydayı azami dereceye çıkartmak emeli, eğer toplumun genelinin toplam net faydasına hizmet edecekse, bazı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması anlamına gelir. Bu noktada, toplam net faydayı sağlamanın, biyoetik ilkeler içinde, her bireyin eşit ve hakkaniyetli biçimde sağlık

hizmeti haklarından yararlanma hakkı anlamına gelen adalet ilkesini saf dışı bıraktığı düşünülür. “Faydayı azami dereceye çıkartmak” ya da “kaynakların hakkaniyetli ve eşit dağıtımını yapmak” kavramsallaştırmalarında yer alan fayda ve adalet kriterlerinin ne olacağı üzerine daha kapsamlı bir tartışma yürütülebilir. Ancak, bu çalışmanın sınırları içinde, asıl odaklanacağımız konu, bu iki değer arasındaki çatışmanın arkasında yatan etik ikilemin, muhatapları olan taraflarca nasıl deneyimlendiğidir.

Pandemi etiği tartışmalarına bakıldığında, kaynaklar sınırlı hale geldiğinde adalet ve fayda sağlama ilkeleri arasında denge kurulması probleminden, daha ziyade, hangi hastaların tedavide öncelik sahibi olacağı sorusu başta olmak üzere, hasta ve tedavi odaklı yaklaşıldığı görülmektedir. Bununla beraber, tedavi süreçlerinin diğer muhatapları olan sağlık çalışanlarının söz konusu toplumsal adalet probleminden nasıl etkilendiği konusu geri planda kalmıştır. Bununla paralel olarak, hükümetlerin medya aracılığıyla yürüttükleri pandemiyle mücadele kampanyaları, pandemiye, kaynakların sınırlı olduğu savaş durumuna benzeten bir senaryo içerisinde ele almış ve “COVID-19’la savaş analogisi”, ABD’ye çok benzer şekilde Türkiye’de de yaygın olarak kullanılan bir retorik olmuştur (9,10). Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıkla ön cephede savaşan askerlere benzetilerek, verdikleri mücadeleyle kahramanlaştırılmış ve toplumun geneline savaş durumlarına özgü seferberlik ve sıkıyönetim algısı aşılanmıştır¹¹. Ancak, pandemiyle mücadelenin savaş benzeri bir senaryo içinde temsil edilmesi, kimin hayatta kalacağına ve kimin ölümüne izin verileceğine nasıl karar verileceği sorusunun, hastane servislerinde ön safta hizmet veren sağlık çalışanlarının tek başlarına çözümlenmesi gereken etik bir sorun ve yalnızca sağlık hizmeti alanının üstlenmesi gereken ahlaki bir sorumlulukmuş gibi algılanmasına neden olmuştur. Bu bağlamda, pandemi etiği tartışmalarının daha ziyade hasta-odaklı yürütülmesi ve pandemiyle mücadelenin savaş retoriği kullanılarak servis edilmesinin iki önemli sonucundan bahsedilebilir.

Birinci olarak, pandemi etiği tartışmalarında pandemiyle mücadele sürecinde yaşanan sorunlara hasta odaklı bir bakış geliştirilmesi, kaynakların sınırlı kaldığı koşullar altında hizmet vermekle yükümlü sağlık çalışanlarının yaşadığı etik çatışmaların ve bu çatışmaların onlar üzerinde yarattığı zihinsel zorlanmaların tartışılmasını geri planda bırakmıştır. Bu bağlamda, sağlık çalışanları, bir yanda, fayda sağlama ve adalet arasındaki çatışmaya bağlı ortaya çıkan kaynakların adil dağıtım problemi- nin beraberinde getirdiği, hasta seçme ve önceliklendirmeye sonuçlanan, fayda ve zarar analizini yaparak denge sağlama işini gerçekleştiren taraf olmuştur. Diğer yandan da, sağlık çalışanları, sahada yapılan önceliklendirme ya da hasta seçme işleminin, hastalarla doğrudan iletişimini kurma sorumluluğunu üstlenen taraftır. Bu nedenlerle, pandemi etiğini hasta odaklı tartışmak, uygulanan hasta seçme işleminin altında yatan soyut kar-zarar hesaplarına dayalı kaynakların dağıtım mantığının, hastanelerde sağlık çalışanı-hasta arasındaki yüz yüze ilişkilerde uygunsuzluklar yarattığı gerçeğinin göz ardı edilmesine neden olur¹². Pandemi, kriz yönetiminin odağı bireyden toplumun geneline yani istatistiksel yaşamlara kaymış ve kaynakların azami kullanımı tek mesele haline gelmiştir¹³. Ancak, alanda sağlık çalışanının

yardım edemeyeceği ihtiyaç içindeki hastayla yüz-yüze etkileşimi devam etmiştir. Belli hastaları seçmek ya da triyaj uygulamak, bazılarının tedavisini reddetmek ve onları geri çevirmek alandaki sağlık çalışanının görevi haline gelmiştir. Bu nedenle, bu önceliklendirme ya da seçme işleminin ortaya çıkaracağı toplumsal adalet probleminin, sağlık çalışanı-hasta iletişimindeki duygusal, iletişimsel ve ahlaki yüküyle baş etmek alandaki sağlık çalışanının üzerine yıkılmıştır. Ayrıca, bulaşıcı hastalığa yakalanmış “benzer” durumda olan hastalar arasında seçim yapmak için triyaj tekniğini kullanmakla, COVID-19 dışındaki nedenlerden hastanelere gelen hastaları geri çevirmek iki farklı durumdur¹⁴. COVID-19 (+) dışındaki hastaların tedavisinin reddedilmesi ve yeterli hizmeti alamaması durumunun beraberinde getirdiği iletişimsel karşılaşmayı da sahadaki sağlık çalışanları üstlenmiştir. Ancak, bu durumun yarattığı zihinsel zorlanma göz ardı edilmiştir. Hipokratik yarar sağlama ödeviyle donanım kazanmış bir sağlık çalışanının, sistematik biçimde çok sayıda hastaya gerekli hizmeti verememesinin kısa ve uzun vadede, sağlık çalışanlarının zihinsel durumları, ahlaki değer yargıları ve mesleki değerleriyle ilişkisinde etkileri olacaktır. Diğer yandan, hem potansiyel hasta hem de sağlık hizmeti vermekle sorumlu olan sağlık çalışanları, salgın hastalıklarla mücadelede ön safta yer almalarına rağmen, aynı zamanda kendilerinin ve yakınlarının yaşamsallığını korumakla beraber halk sağlığını gözetme yükümlülüğü altındadırlar. Buna bağlı olarak, pandemiye kurumsal hazırlığın zayıf kalması, yüksek bulaş riski ve sınırlı kaynak baskısı altında, hastanelerde ön safta hizmet veren sağlık çalışanlarının, eş zamanlı olarak, hem kendi sağlıklarını koruma hem de hastalara fayda sağlama yükü altında zorlanmışlardır. Ahlaki zorlanmanın etkisi, fiziksel zorlanma ve bulaş riskinin yarattığı kaygıyla birleşerek direnç eşiklerini zorlamıştır.

İkinci olarak, sınırlı kaynak ve zaman baskısı altındaki sağlık çalışanlarına savaşan askerler gözüyle bakılması, bir yandan, adaleti sağlamanın ön saftaki sağlık çalışanlarının bir karar verme sorunuymuş gibi algı yaratılmasına neden olmuş, diğer yandan da, adalet ve fayda ilkeleri arasındaki çatışmanın pandeminin doğal bir sonucu gibi ve bu çatışmanın önemli bir boyutunu oluşturan triyajın pandeminin zorunlu olarak beraberinde getirdiği bir uygulama gibi algılanmasına neden olmuştur. Bu yaklaşımların sonucu olarak, pandemi etiği, toplumsal ve politik ilişkiselliğinden kopuk kavramsallaştırıldığı gibi, ortaya çıkan toplumsal adalet probleminin sağlık çalışanları üzerinde ikiye katlanan etkisi de görmezden gelinmiştir. Bu bağlamda öncelikli olarak, pandemiyle mücadele süreci, yalnızca, hastaların bakımı üzerine kurulu, tek başına hastanede verilecek bir mücadele olmadığını altını çizmek gerekir. Hastanede tedavi, mücadele sürecinin son uğrak noktasıdır. Bu noktada, birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu, kolay ulaşılabilir, ucuz olması gibi birçok olumlu yönü nedeniyle ön plana çıkarılmalıdır. Pandemilerde önleyici eylem planlarına ve farkındalık yükseltme kampanyaları toplumun geneline yayılarak, hastane süreçleri değil toplumun kendisi mücadelede bizatihi aktif bir aktör olarak kabul edilmelidir. Ancak fiili uygulamalar bakımından pandemiyle mücadele, daha ziyade, savaşa benzetilerek, odak daha çok hastanede tedavi süreçlerine ya da devletlerin polis güçleri aracılığıyla

la karantina kurallarına uymayanlar üzerindeki yaptırımlarına kaydırılmıştır. Sağlık gibi, doğrudan insan bedeninin ve toplumsal yaşantısının iyilik halini ilgilendiren pozitif bir kavramı militarize etmek, sağlık kavramı aracılığıyla kurulacak her türlü totaliter argümanı gerekçelendirmenin ve bu kavramın kolaylıkla biyopolitik bir tahakkümün aracı haline gelmesinin önünü açar. Bu perspektiften bakıldığında, pandeminin yol açtığı trajik sonuçların oluşmasında, sağlığın ticarileştirilmesi, sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ve sağlığa ayrılan bütçenin azlığı gibi nedenler de dahil, her bireyin sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanabilmesinin önüne engel koyan sağlık sisteminin yapısal sorunlarının oynadığı rol görmezden gelinmiş olur. Böylece, salgınların ortaya çıkabileceği bilimsel olarak öngörülmesine rağmen sistemik hazırlığı yapmamış olan ve ayrıca sağlık kurumlarının altyapılarını bir yıldan fazla bir sürede pandemiye uyumlu hale getirmeyen hükümetlerin oynadığı rolün ve buna bağlı ahlaki sorumluluklarının üzeri örtülmüş olur. Sağlık çalışanının karar vermesi beklenen kimin öleceği ve kimin hayatta kalacağı sorusunun öncelikli muhatabı, hükümetler düzeyinde izlenen politiklardır. Kaynakların sağlık konusunda toplumun tek tek her bireyi adına hakkaniyetli bir biçimde dağıtımını yapmakla, toplumun genelinin yararının azami dereceye çıkarılmasının birbiriyile çelişen iki kriter haline gelmesinin nedeni, sağlık hizmeti alanındaki kaynakların pandemi nedeniyle zorunlu olarak sınırlı hale gelmesi değil, izlenen sağlık politikaları bağlamında kaynakların sağlık hizmetine sınırlı aktarımıdır. Pandemi durumunda, yarar sağlama ilkesinin adalet ilkesiyle çatışmasının altında, toplam net faydayı gözetmenin geçerli tek yöntem olarak benimsenmesi durumunun adalet ilkesi zorunlu olarak devre dışı bırakıyor olması değil, hükümetlerce belirlenen fayda kriterinin herkesin çıkarlarını gözetecek şekilde genişletilmemiş olması yatar.

Pandemiyle mücadelenin, savaşın kaçınılmaz koşulları mantığı içinde sunulmuş olmasının yanında, toplam net faydayı arttırmak uğrunda adaletten ödün verilmesinin, triyaj terminolojisi aracılığıyla etik ikilemin kaçınılmaz doğasına atfedilerek düşünülmesi, değerler arasındaki bu çatışmanın altta yatan nedenlerinin görmezden gelinmesine ve toplumda her bireyin hakkaniyetli biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanamamasının doğallaştırılmasına neden olmuştur. Bu anlamda, adalet ve yarar sağlama arasında olduğu söylenen etik paradoks, çözümü mümkün olmayan özgün bir etik ikilemden ziyade, sağlık sisteminin içinde barındırdığı çıkar çatışmasına tekabül etmektedir. Aslında, toplumsal bir sağlık yaklaşımının izlenmesiyle çözümü de mümkündür. Pandemi etiği tartışmalarında triyaj terminolojisi kullanılması, adil olmayan kaynak dağıtım sorununun, gerçekte hükümetlerin ahlaki bir sorumluluğu olduğu gerçeğinin üzerinin örtülmesine ve toplumsal adalet probleminin doğallaştırılmasına ve görmezden gelinmesine hizmet etmektedir. Oysaki, pandemi de söz konusu olan, savaş benzeri durumlarda olduğu gibi, mevcut durumun zorunlu ve doğal sonucu gibi yansıtılan triyaj ya da önceliklendirmeden ziyade, hastalar arası seçme işlemidir. İkinci dünya savaşı sonrasında üzerinde mutabık kalınan triyaj yönteminin amacı, acil durumlarda, belli ilkeler ya da algoritmalar temelinde hastaların tedavi olma önceliğini belirlemektir¹⁵. Trijajın temel sorusu: herkesin hayatta kala-

mayacağı bir durumda kimler hayatta kalacaktır? Yaşamların, istatistiksel verilere indirgenerek, hastalar arasında seçim yapılması, tıp etiği ilkelerinden yarar sağlama ilkesiyle adalet ilkesinin birbiriyle çatışmasına neden olur. Triyaj yönteminin uygulamasının arkasında, acil durum anında kaynakların sınırlı olması yatar. Ancak, bir yıldan fazla bir zamana yayılan COVID-19 pandemisiyle mücadele sürecinin, uzun zamana yayılmış bir triyaj uygulamasını zorunlu olarak gerektirmesi tartışmalı bir konudur. Kaynakların sınırlı olmasının zorunlu sonuçlarından, kaynakların neden sınırlı olduğu gerçeğine doğru daha geniş bir perspektiften bu probleme bakarsak, öngörülmesine rağmen pandemi gibi büyük çaplı olaylara bir hazırlığın yapılmamış olduğunu, genel olarak kurumsal kaynakların sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve kaynakların toplumun geneline hakkaniyetli biçimde dağıtılmasına ayrılmadığını, bunların öncelikli problem olmaktan çıkarılmış olduğunu altta yatan asıl sorun olarak görebiliriz. Dolayısıyla, pandemi etiği tartışmalarına damgasını vuran triyaj, pandeminin doğasından kaynaklı zorunlu olarak ortaya çıkan özgün bir etik ikilemden ziyade, kaynakların adil dağıtım problemi olan yol açtığı toplumsal adalet probleminin vahametini ortaya koyar. Bu nedenle, söz konusu toplumsal adalet probleminin müsebbibi doğrudan sağlık çalışanları değil, hasta seçiminin sistematik hale gelmesine neden olan sağlık politikalarını düzenleyen otoritelerdir. Ancak, toplumun genelinde ve sağlık çalışanlarının arasında bile, hasta seçimiyle bağlantılı ahlaki kararın hastane içi bir mesele olduğu görüşü yaygındır. Bu anlamda sorunun çözümü, sağlık çalışanından ve hastane yönetimlerinden beklenmiştir. Bu algının yaratılmasında, pandeminin savaş retoriği içinde sunulmasının ve pandemi etiği tartışmalarının politik bağlamdan kopuk yürütülmesinin payı büyüktür.

Bu bağlamda, pandemi etiği tartışmalarında etik ikilem kavramının ad hoc kullanılışı, bu ikilemin kaynağı üzerine düşünmeyi ertelediği gibi, kavramın kendisi açıklanmadan kalır ve çoğu zaman da yanlış kullanılır. Özgün bir etik ikilem, içerdiği eylem alternatifleri bağlamında çözümü olmayan paradoksal bir duruma tekabül eder. Oysaki, sağlık sisteminin pandemiyle uyumlu hale getirilmesi sorununun yol açtığı adalet ve fayda ilkeleri arasındaki çatışma, stratejik planlama ve sağlık sisteminin pandemiyle uyumlu hale gelebilmesiyle çözülebilir bir problemdir. Çözümü mümkün olmayan, özgün bir etik ikilem, alternatif eylem biçimlerine biçtiğimiz değerler arasında seçim yapamadığımızda ortaya çıkar ve çözülmezdir (Sinnott-Armstrong 1988, 50). Seçenekler sistemli olarak birbiriyle çatışır durumda olabilir, ya da “daha iyi olan” kriteri bağlama göre değişkenlik gösterebilir. Kişi, iki farklı (ya da daha fazla) edimi de gerçekleştirmek için ahlaki gerekçelere sahiptir, ancak iki edimi aynı anda gerçekleştirmesi mümkün değildir¹⁶. Kısaca, özgün bir etik ikilemden bahsedilebilmesi için, bireyin iki ayrı eylemi gerçekleştirmesi yükümlülüğü doğması, her iki eylemi de gerçekleştirme kapasitesine sahip olması, ancak her iki eylemi de aynı anda gerçekleştiremiyor olması gerekir. Sonuç olarak, etik bir ikilemin içine düştüğümüzde, ne yaparsak yapalım yanlış bir şey yapmış ya da ahlaki olarak yapmamız gereken şeyi yapmamış oluruz. Burada problem, yaşam dünyasında en nihayetinde bir karar verip onu tek bir eyleme dökmemiz gerektiği yerde, birbiriyle

farklılaşan birden fazla değer ortaya çıkmış olması ve bu değerler arasında doğal simetri nedeniyle aralarında seçim yaparak tek bir eylem ortaya koymanın imkânsız görünmesidir¹⁷. Pandemide sınırlı kaynakların dağıtımında ortaya çıkan toplumsal adalet problemi, etik ikilemin doğasından kaynaklı çözümü olmayan bir paradoksa değil, sağlık alanına yapılacak yatırımla çözümü mümkün bir çıkar çatışmasına tekabül eder. Hükümetler düzeyinde yaşanan bu çıkar çatışmasının topluma maliyetinin ortaya çıkardığı ahlaki yanlış ise yine hükümetlere aittir. Sonuç olarak, pandeminin zorunlu koşulları nedeniyle ortaya çıktığı iddia edilen ve bu anlamda da hükümetleri seçenezsiz bıraktığı sanılan, adalet ve fayda arasındaki sözde ikilem senaryosu ve vaka sayılarına odaklı bir pandemi tablosuna sıkışıp kalmak, ortaya çıkan toplumsal adalet probleminden etkilenen tarafların sorunlarının ve belki de bu problemden çok farklı boyutlarda etkilenmiş ön saftaki sağlık çalışanlarının yaşadığı özgün etik ikilemlerin görülmesini engellemiştir. Bu bağlamda bu araştırma, madalyonun diğer yüzüne odaklanarak, kaynakların sınırlı olmasına dayalı toplumsal adalet problemi ni bizzat ön safta göğüsleyen sağlık çalışanlarının ne türden özgün etik ikilemlerle karşı karşıya kaldığını ve söz konusu toplumsal adalet probleminden nasıl etkilendiğini incelemiştir.

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve Pandemiyle Mücadele Sürecinde Karşılaştıkları Etik İkilemler

Pandemi durumunda sağlık çalışanları, toplumdaki diğer bireylere kıyasla özel bir grubu oluşturur, hem potansiyel hasta hem de tıbbi hizmet sağlayıcısı olmaları dolayısıyla kendilerinin ve diğerlerinin sağlığını eş zamanlı olarak gözetmeleri gerekir. Bu durum, sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkiyi değiştireceği gibi, sağlık çalışanının mesleki ve kişisel yükümlülükleriyle ilgili mevcut anlam şemalarını yeniden ele almasını ve duruma uyumlu hale getirmesini gerektirir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının pandemi sürecine içkin ve aynı zamanda mevcut yönetsel dinamiklerin beslediği zor koşulların içerdiği etik kararları çift taraflı göğüslemeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanları, bir taraftan toplumun onlardan beklediği sağlık hizmetini uygun biçimde sağlamak ve böylece toplumun genelindeki sağlıklı birey sayısını koruyarak ya da arttırarak toplam net faydanın arttırılmasına katkıda bulunmak, diğer taraftan da, kendilerinin ve yakınlarının sağlıklarını koruyarak kişisel yükümlülüklerini yerine getirmek durumundadırlar. Ancak, pandemiyle mücadele sürecinde çalışma koşullarına bakıldığında, bu iki koşulu aynı anda yerine getirmenin zor ve stresli bir süreci beraberinde getirmiş olduğu anlaşılabilir.

Pandemiyle hastanede mücadelede alınması gereken koruyucu tedbirlerin ilk basamağı fiziksel koşulların uygun hale getirilmesidir, ancak Türkiye'deki hastanelerin fiziki şartlarının, gerek hastane mimarisi gerekse enfeksiyon kontrol sistemleri ve iş sağlığı güvenliğini sağlamak açısından pandemiye uygun olmadığı, iş denetçilerinin üzerinde durduğu bir konudur¹⁸. Havalandırmanın yetersiz olduğu, fiziksel mesafelerini koruyabilecekleri steril dinlenme, giyinme ve yemek yeme alanları-

nın yeterli oranda sağlanmadığı ortamlarda çalışmak zorunda kaldıkları yaptığımız araştırma verilerine de yansımıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan sağlık çalışanları koruyucu ekipman temini gibi önlemlerin alındığını, ancak yeterli olmadığını belirtmiştir. Farklı meslek grupları ve yönetim kademeleri arasında alınan önlemlerin derecesi hiyerarşik olarak değişmiş ve buna göre mücadelede ön safta yer alan sağlık çalışanlarının korunması yetersiz kalmıştır. 2019 yılı Türkiye Cumhuriyeti İnfluenza Planı'nda, ve Dünya Sağlık Örgütü Rehberi'nde sağlık çalışanlarının test ve aşı konusunda öncelikli grup olması ve önleyici tedbir almanın bir parçası olarak sağlık çalışanlarının düzenli olarak hastalık taramasından geçirilmesi gerektiği belirtilmiştir (19,20). Ancak, COVID-19 ile mücadelede katılımcıların çoğunluğunun pozitif hastalarla teması olsalar bile düzenli olarak test yaptıramadıkları, genel olarak da sağlık çalışanları arasında yaygın test uygulamasının yapılmamış olduğu gözlenmiştir. Sağlık çalışanları sadece kendilerinin değil, ailelerinin ve yakınlarının da sağlığını riske sokmak konusunda kaygı taşımışlar ve ailelerinden ayrı kalmak gibi zorlu seçimler yapmak zorunda kalmışlardır. Pandemiyle mücadelede, konaklama, ulaşım, yemek ve kreş gibi fiziksel koşulların daha bütünlüsel bir bakış açısından değerlendirilmesi ihtiyacı ve böylece pandemiyle mücadelenin toplumsal boyutunu hesaba katarak planlama yapılması gerekliliği görünür hale gelmiştir. Türkiye hükümetinin 2021'de sağlık için harcayacağı bütçe planlamalarına bakıldığında, Koruyucu Sağlık Programı ve Tedavici edici sağlık programı başlıkları altında COVID-19 ile ilgili bir başlık bulunmamaktadır. Bu durum COVID-19 pandemisine özel, sağlık altyapısı ile ilgili güçlendirme çalışmalarına ayrı bir bütçe ayrılmadığı anlamına gelmektedir²¹. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık çalışanlarının temel gelirlerinin büyük bir bölümünü kapsayan ve hastanelerin gelirine endekslenmiş ek ödemelerin ödenmesi için tavan ücret belirlenmiş olmasına rağmen, ödemelerde meslek grupları arasında eşitsizlikler ortaya çıkmış ve sağlıkçıların büyük bir kısmı ek ödemelerden yararlanamamıştır. Kısaca, sağlık çalışanları bırakın COVID-19 mücadelesinde verdikleri emeğin karşılığını almayı, normal zamanlarda aldıkları maaşları bile alamamışlardır²².

Koruma önlemlerine sadece koruyucu ekipmanın sağlanmasının değil, viral yüke maruziyetin uygun şekilde dağıtımını sağlayacak bir iş bölümü ve çalışma takviminin oluşturulması da dahildir. Pandeminin geleceğine dair belirsizlik, kalıcı bağışıklığın bulunmaması, hastalığı kapma ve potansiyel taşıyıcı olarak başkalarına bulaştırma korkusunun beraberinde getirdiği kaygı ve stresi, iş programının yoğunluğu ve eşitsiz uygulamalar arttırmıştır. Türkiye'nin başta hekim ve hemşire sayısı olmak üzere sağlık çalışanı sayısının diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında sınırlı olduğu görülmektedir. Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisinde bin kişi başına düşen en düşük hekim ve hemşire sayısına sahiptir²³. 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 193 iken, 100 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı ise 306'dır²⁴. Pandemide 24 saatlik nöbet sisteminin uygulanması, sağlık çalışanlarının daha yüksek derecede viral yüke maruz bırakılmalarına yol açacak yoğunlukta görev verilmesi, görev tanımları dışında çalıştırılma, personel eksikliği, sağlık çalışanlarının daha fazla çalışmasına

sebeup olmakla beraber ‘tükenmişlik’ hissini artıran unsurlardan biri olmuştur. Ancak, medyada ve hükümet yetkililerinin demeçlerinde daha ziyade yatak sayısı konuşulmuş, personel eksikliği üzerinde durulmamıştır. Bununla birlikte, COVID-19 hastalığına yakalanmış olan sağlık çalışanlarının çok kısa sürede işe dönmek zorunda kalması ve hasta olmasına rağmen çalışmak durumunda kalması rapor edilmiştir²⁵. Sağlık personelinin evlilik, ölüm, analık gibi yasal mazeret izinleri haricindeki yıllık izinleri durdurulmuş, görevden çekilme (istifa) talepleri işleme alınmamış ve emekliliği gelenlerin emeklilik işlemleri durdurulmuştur²⁶.

Türkiye Tabipler Birliği ve Türkiye Psikiyatri Derneği’nin 19.10.2020 tarihli ortak basın açıklamasına göre; sağlık çalışanlarının COVID-19’a yakalanma riski, toplum geneline oranla 14 kat daha fazladır²⁷. Sağlık Bakanlığı’nın Eylül ayında yaptığı açıklamaya göre 1 milyon 60 bin sağlık çalışanından 40 bini COVID-19 sebebiyle enfekte olmuştur²⁸. Türk Tabipleri Birliği tarafından sağlık çalışanları adına oluşturulan dijital anıtta ise Mayıs 2021 itibariyle 433 sağlık çalışanının COVID-19 sebebiyle yaşamını kaybettiği duyurulmuştur²⁹. Sağlık çalışanlarının ölüm oranı, personel sayısı Türkiye’den fazla olan Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığında çok yüksektir. Diğer yandan, COVID-19 hastalığına yakalanan sağlık çalışanlarının bu durumu meslek hastalığı ya da iş kazası nedeni sayılmadığı için hastalığa yakalanan sağlık çalışanları konuya özel özlük haklarından yararlanamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de dahil olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş COVID-19’un sağlık çalışanları için meslek hastalığı olduğunu ifade etmiştir. TTB COVID-19 İzleme Kurulu Pandemi 8. Ay Değerlendirme Raporu’na göre ise, Türkiye’de mevcut hiçbir mevzuatta, sağlık çalışanları için COVID-19’a yakalandıklarında ortaya çıkabilecek olumsuz durumları telafi amaçlı koruyucu hüküm bulunmamaktadır³⁰.

Araştırmamızın verileri, tasvir edilen zorlayıcı çalışma koşullarının zorluğunu, hastaneler özelinde daha ayrıntılı bir tabloyla desteklemektedir. Sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya dönük yeterli derecede önlem alınmamış olması, sağlık çalışanlarının süreç içinde özgün etik ikilemler ve tik uyumsuzluklar yaşamalarına neden olmuştur. Buna göre, pandemiyle mücadele sürecinde hastaneler özelinde kurumsal düzeyde yaşanan planlama, rehberlik ve korumaya ilişkin sorunlar nedeniyle, sağlık çalışanlarının bireysel etik değerleriyle kurumsal kararların altında yatan değerler arasında uyumsuzluk içeren durumlar ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının etik uyumsuzluk yaşadığı durumları üç kategoride değerlendirmek mümkündür: Sağlık çalışanlarının fiziksel koşulları ve koordinasyonunu içeren yönetsel aksaklıklardan kaynaklı etik sorunlar; sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki etik değerlerinin ihlalini içeren sorunlar ve sağlık çalışanlarının gözünden hasta haklarının ihlaline ilişkin sorunlardır. Birinci olarak, pandemiyle mücadelenin planlanmasında yaşanan sorunlar etik uyumsuzluklara neden olmuştur. Buna göre, personel eksikliğiyle beraber, meslek gruplarına ve statüye göre hiyerarşik görev dağılımı ve bunun sonucu olarak iş yükünün ağırlıklı olarak alt statüde görülenlere yüklenmiş olması, iş bölümünde adaletsizlik doğurmuştur. Pandemiyle mücadelenin planlanmasında, viral yüke maruziyetin miktarı hayati öneme sahiptir

ve bu nedenle alt kademelerdeki sağlık çalışanlarının sağlık hakları ihlal edilmiştir. İş bölümündeki adaletsizlik, sağlık çalışanları arasında değersizlik duygusunu beslemiştir. Diğer yandan, hastalığa dair belirsizlik nedeniyle tedavi algoritmalarının sürekli değişmesi ve enfeksiyon hastalıkları dışındaki branşlardan hekimlerin COVID-19 servislerinde hizmet vermesi, teşhis ve tedavide farklılıklar yarattığı için hastalara ilişkin fayda-zarar dengesinde sapmalar meydana gelmiştir. Planlamadaki bir diğer sorun, 24 saatlik nöbet sistemiyle aşırı yoğun çalışma programının ve sağlıkçıların görev tanımları dışında görev almalarının, sağlık çalışanlarının yeterli hizmeti verememelerine neden olmasıdır. Personelin fazla çalışmasının öncelikli sonucu hastalara yeterli faydayı sağlayamamış olmalarıdır. Bu nedenle, sağlık çalışanları kendilerini suçlayıcı ve mesleki yeterliliklerini sorgulayıcı bir tutum içine girmişlerdir. Aynı nedenle, mesleki değerlerine uygun davranmadıkları durumlarda ahlaki olarak zorlanmışlardır. Buna ek olarak, hekimlerin bulaş kaygısı nedeniyle, hemşireleri görev tanımında olmayan işlerden sorumlu tutması, hemşireleri mesleki yükümlülüklerini yerine getirmekle, verilen görevleri reddetme arasında ikileme bırakmıştır. Diğer yandan, yoğun çalışma programları karşısında, ücretlendirme sisteminin hastanelerin ek ödemelerine ya da performans sistemine bağlı olması ve maaş ödemelerinin pandemi süresince aksamış olması nedeniyle sağlık çalışanlarının ek ödemelerden yararlanamaması, diğer yandan meslek grupları ya da kademeler arası ücret eşitsizlikleri sağlık çalışanlarının motivasyonunu düşürmüştür. Sağlık çalışanları çalışırken salgın hastalığa yakalanmaları durumunda, hastalığın meslek hastalığı olarak sayılmaması ve izin vb. özlük haklarının sınırlandırılması tükenmişlik duygusunu ayrıca beslemiştir.

İkinci olarak, kurumların rehberlik etme görevinde ortaya çıkan sorunlara dayalı etik uyuşmazlıklar gözlemlenmiştir. Katılımcı sağlık çalışanlarının pandemiyle mücadele sürecinde koruyucu ve önleyici tedbirler konusunda eğitimleri geç ve yetersiz verildiği gözlemlenmiştir. Eğitim eksikliği ve farklı meslek gruplarından tecrübesiz genç mezunların ön safta yer almasına bağlı, tıbbi zarar ve can kayıpları da meydana gelmiştir. Diğer yandan, sağlık çalışanlarının salgınla mücadelede karar alma süreçlerine doğrudan katılmalarını sağlayacak bir mekanizma olmadığı için, sağlık çalışanları sahadaki deneyimlerinden gelen gözlemlerini aktaramamış ve karar verme süreçlerinde rol alamamışlardır. Karar vericiler ve uygulayıcılar arasındaki iletişimsizliğin öncelikli sonucu, kararların sahada uygulanmasının güçlükler yaratması ve bu güçlüklerle başa çıkma zorluğunun doğrudan uygulayıcılara kalmış olmasıdır. Buna ek olarak, sürecin genel olarak yönetiminde ve hizmet verilen birimde sağlık çalışanları karar alma süreçlerine katılmadıkları gibi, etik olarak sorunlu buldukları konuları gündeme getirme çabalarının da yöneticilerce dikkate alınmadığı rapor edilmiştir. Kararları uygulayıcı olarak görev alan sağlık çalışanları, bu durumla baş etmekte zorlandıklarını ifade etmişler ve temel sebep olarak da yönetimdeki kişilerin veya hocaları konumundaki diğer hakimlerin sahada yeteri kadar bulunmamasını işaret etmişlerdir. Çözüm yaratmak konusunda yalnız bırakıldıklarını söyleyen özellikle asistan hekimler, hocalarının bu durumu eğitimlerinin bir parçası olarak

gördüklerini de belirtmişlerdir. Ayrıca hastalar arasındaki yapılan önceliklendirmede ortaya çıkan adaletsizlikler yine baş edememe hissini pekiştirmiştir. Unvan fark etmeksizin sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı ise sürecin belirsizliği, hastalığın bilinemez oluşu ve bulaşıcılığı karşısında tedirgin olmuşlardır. Alınan önlemlerin yetersizliği, kişisel koruyucu ekipman temininde yaşanan sıkıntılar ile sağlık çalışanları arasında yaşanan adaletsiz iş bölümü bağlı buldukları kuruma ve genel olarak sağlık sistemine olan güvenlerini sarsmıştır. Bu güvensizlik ortamını, doğru bilgiye ulaşamama ve verilerin saklanması da güçlendirmiştir. Katılımcılardan bazıları üstleri pozisyonundaki kişiler ile iletişim sorunu yaşadıklarını ve sorunlarını anlatamadıklarını ifade etmişlerdir. Bir kısmı ise yaşadıkları sorunları sendikalar aracılığı ile dile getirerek çözüm arama yoluna gitmişlerdir. Katılımcı sağlık çalışanları, hekimlerin kararları üzerinde daha güçlü denetimler olmamasının ve belirli bir etik kılavuzun uygulanmamasının etik sorunların çözümünü zorlaştırdığını belirtmişlerdir. Karar ve yetkilerin hekim dışı çalışanlara da paylaştırılması gerektiğini vurgulamışlardır. Hemşirelerin hekimlere kıyasla ekip halinde çalışıyor olmaları, onların kolektif kararlar ve inisiyatif alıp birlikte uygulamaları noktasında daha etkili olmuştur. Dayanışma halinde olmak pek çok çalışan için güç verici bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, kademeler, meslek grupları ve branşlar arası hiyerarşilerin pandemi sürecinde sağlık bakım hizmetlerini aksatan etkileri olduğu gözlemlenmiştir.

Üçüncü olarak, pandemide kurumların koruma görevindeki aksaklıklar nedeniyle etik uyuşmazlıklar yaşanmıştır. Kurumların koruma görevlerindeki aksaklıklara bağlı olarak etik uyuşmazlık içeren durumların ilki, sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya dönük önlemlerin yeterli derecede alınmamış olmasıdır. Koruyucu ekipman temininin yeterli olmaması, alınacak önlemler konusunda eğitim eksikliği ve hastanelerin büyük oranda pandemiye uygun şekilde iş güvenliği kriterlerine yeteri kadar uyumlu hale getirilmemiş olması, sağlık çalışanlarının sağlığının ihmal edilmesine neden olmuştur. Nöbet saatleri uzun ve sık tutulmuş, koruyucu ekipmanlar uzun süreli ve tekrarlı kullanılmış, hijyenik dinlenme alanları yetersiz kalmış, yaygın test uygulanmamış ve sağlık çalışanlarının toplumsal yaşantılarında koruyucu önlemlerin sürekliliği yeterli düzeyde sağlanmamıştır. Zihinsel yorgunluk yaşadığını dile getiren katılımcı sağlık çalışanlarının ifadelerine göre, hastalıktan yeterince korunamama hissini, hastalığa yakalanma ya da hastalığı özellikle kendi yakınlarına bulaştırma korkusunun hastane yönetimi tarafından görmezden gelinmesi, yaşadıkları zihinsel zorlanmayı beslemiştir. Özellikle hemşireler, zihinsel yorgunluğu, hastalara ve hasta yakınlarına ilişkin tedirginlikler, çalışma koşullarına yönelik endişeler ve özel yaşamlarına dair zorluklar olmak üzere üç şekilde deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenlere bağlı olarak, bulaş korkusu nedeniyle hastalara yeterli ilgi ve bakım gösterilemediği durumlar ortaya çıkmış, yüksek bulaş riski taşıyan durumlarda koruyucu donanım yetersizliğinden dolayı, sağlık çalışanlarının kendi sağlıkları için duydukları endişe ile COVID-19 hastalarına müdahaleden imtina ettikleri durumlar yaşanmış, sağlık çalışanlarının bireysel etik değerleri ile kurumsal kararlar arasında-

ki çelişki nedeniyle, mesleki yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğine dair sorgulama içine girmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sloganı gayet açıktır: "sağlık çalışanlarını korursan, hastayı da korumuş olursun"³⁰. Ancak, Türkiye özelinde, bu araştırmanın da gösterdiği gibi, sağlık çalışanlarının sağlığını koruma görevine yeterince ehemmiyet verilmemiştir ve sağlık çalışanlarının sağlık hakkı ihlal edilmiştir. Bu bağlamda, katılımcı sağlık çalışanlarının mesleki yükümlülüklerini yerine getirmek isteseler de, kendi sağlıklarını korumak adına kimi durumlarda hastalara yeterli hizmeti sağlayamadıkları durumlar ve buna bağlı olarak da hasta hakları ihlalleri ortaya çıkmıştır.

Hastalara ilişkin ihlal edilen değerlerin başında yarar sağlama ilkesi gelmiştir. Katılımcı sağlık çalışanları, fazla iş yükü ve kendilerini koruma kaygısı nedeniyle, hastalara yeterli hizmeti veremedikleri, hizmet sunmaktan kaçındıkları ve hastalara gerekli özeni gösteremedikleri durumlar içinde kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı sağlık çalışanlarının iş güvenliğinin sağlanamadığı durumlar, katılımcı sağlık çalışanlarını tıp etiği ilkelerine uygun davranmakla kendi sağlıklarını korumak arasında ikileme bıraktığı gibi, mesleki yükümlülüklerini yerine getirmek isteseler de, getiremedikleri durumlar içinde girmelerine neden olmuştur. Bunun en bariz sonucu, sağlık-çalışanı ve hasta ilişkisinin değişmesi olmuştur. Hasta sayısının fazla olması ve hastaların bulaş kaynağı olarak görülmeye başlanması, bakım sürecini mekanikleştirmiş ve olağan zamanlarda hastanın ihtiyaç duyduğu gözlem altında tutulma, yakın takip ve duygusal etkileşim ve iletişim zarar görmüştür. Hastalara bulaş kaynağı olarak bakma ve bulaş riski nedeniyle hastalara karşı yabancılaşma rapor edilmiştir. Bu da hastaların yeterli gözlem ve ilgi görememesine neden olmuştur. Bununla birlikte, doğrudan söz konusu etik ikilemden kaynaklanmayan hasta hakları ihlalleri de söz konusudur. COVID-19 (+) hastalar arasında ve COVID-19 dışı hastalar arasında eleme yapılarak seçim yapmak zorunda kalmak, bir diğer hasta hakları ihlali içeren durumdur. Rapor edilen durumlar arasında, aşırı izolasyon nedeniyle, psikiyatri hastaları da dahil olmak üzere, hastaların uzun süre uyaransız kalmalarının sağlıkları üzerinde yan etkileri olduğu gözlemi de yer alır. Bunlara ek olarak, sınırlı kaynak problemi nedeniyle hasta haklarının ihlaline neden olan konulardan biri, çoğunlukla yaşa bağlı olarak hastalar arası önceliklendirme ve seçme yapılmış olmasıdır. Hasta hakları ihlali olarak görülebilecek bir diğer konu, test sonuçları geç verildiği için operasyonu geciken COVID dışı hastaların durumu da dahil, PCR test sonuçlarının doğru verilememesi, ya da geç verilmesi nedeniyle hastaların zarar görmesi olarak gösterilebilir. Ayrıca, hastane kapasiteleri dolduğunda farklı hastanelere sevki yapılan hastaların uzun süreler sevk işlemleri için beklemiş olması da yine tıbbi zarar getiren durumlardan biri olmuştur. Özel hastaneler özelinde, zorunlu olarak özel hastaneye sevk edilen ancak masraflarını ödeyemediği için tedavisi yarıda kesilen hastalar da rapor edilen hasta hakları ihlalleri arasındadır.

Sonuç olarak, araştırmamızın en temel bulgusu, yüksek oranda taşıyıcı ve hasta olma potansiyeline sahip katılımcı sağlık çalışanlarının, bulaşıcı hastalıkla mücadelede uygun koruyucu ekipmanın sınırlı kalması, uygun fiziki koşullar ve çalışma

programı sağlanmamasına rağmen, hizmet vermeye devam etmek durumunda kalmaları nedeniyle, toplumun yararı adına hizmet vermekle kendi sağlığını gözetmek arasında ikilemde kalmış olmalarıdır. Bu ikilem nedeniyle etik uyumsuzluklar yaşamışlar, ancak kurumsal karar mekanizmalarıyla çatışmaya girmeden hizmet vermeye devam etmişlerdir. Yaşadıkları etik ikilemin sonucu olarak, ya hastalara fayda sağlamak adına kendi sağlıklarını göz ardı etmişler, ya da hastalara yeterli hizmet sunamadıkları durumlar içinde kalmışlardır. Çoğunlukla, hastalara fayda sağlamayı tercih etmişler, ancak bu durumun bireysel etik anlayışlarını zorladığını ifade etmişlerdir. Her durumda ortaya çıkan sonuç ahlaki sorgulamalara ve zorlanmalara neden olmuştur.

Özgün bir etik ikilem, değerler arası karşılaştırılamazlık sonucu ortaya çıkar. Etik ikilemlere yol açan simetriyi meydana getiren değerler arası karşılaştırılamazlık ya da çatışma, en genel tanımıyla eylem kararlarını yönlendiren fail-odaklı ve çıktı (sonuç)-odaklı mantık ya da değerler arasında ve bunların kendi içinde yaşanır³². Etik kararları şekillendiren iki tür düşünme biçimi vardır. Bir tarafta bireyler, kişisel sebepleri bağlamında diğerleriyle ilişki kurarken, bireysel değerlerine bağlı olarak fail-odaklı mantık yürütürler. Diğer taraftan, çıktı-odaklı mantık ya da değerler vardır ki, dünyayı tarafsız bir gözle, yalnızca olmakta olanın nesnel sonuçları bakımından, yani kişisel olmayan fayda bakımından olaylar değerlendirilir³³. Eğer çatışma bu iki etik düşünüş mantığı arasındaysa çözümü imkansızdır. Etik ikilem söz konusu olduğunda, fail-odaklı mantığın mı yoksa, çıktı-odaklı mantığın mı bir kararı yönetmesi gerektiğini belirlemek zordur ve bu değerler arasında bir öncelik sistemi geliştirebilmenin mümkün olup olmadığı muğlaktır. Örneğin, fail-odaklı bir motivasyonla bağlı kalınan kişisel yükümlülükler, toplumun genel olarak yararını gütmeye dönük çıktı-odaklı bir değerlendirmeye çatıştığında ne yapılması gerektiğine karar vermek imkansız hale gelebilir. Hangi durumda kişisel nedenlerin, genelin yararını arttırmaya dönük nedenlerin önüne geçmesi ya da arkasında kalması gerektiğine karar vermenin tek bir kriteri yoktur. Bu değerlerin her biri geçerli eylem nedenleridir. Bir taraftan, bir eylemin ortaya çıkması için, bireylerin sahip oldukları bağların ve diğer kişilere duydukları sorumlulukların öznel bakış açısına ihtiyaç vardır. Diğer taraftan da, aynı zamanda, “dışsal” ve geçici de olsa öznel bir taraf olmanın ötesine geçecek şekilde bütün sonuçlara odaklanacak nesnel bir bakış açısına da ihtiyaç vardır. Mesleki yükümlülükleri yerine getirmek gibi, başkalarının ihtiyaçlarını gözeterek eylemek için, kişisel eylem motivasyonlarının ötesine geçilmesi gerekir. Ancak, bu mantıklardan birinin diğerinden daha değerli olduğunu söyleyemediğimiz için, bunların karşılaştırılamaz olduğunu kabul etmemiz gerekir. Değerler arası çatışmaya dayalı etik ikilemleri yaratan, işte bu değerler arası karşılaştırılamazlık durumudur. İkilemler, beraberinde etik uyumsuzluğu getirir. Etik uyumsuzluklar, fail-odaklı mantık temelinde bireysel ya da mesleki yükümlülükler, ile çıktı-odaklı mantık temelinde alınan kararlarla ters düştüğünde yaşanır. Bu uyumsuzluklar çoğu zaman kurumsal karar mekanizmalarıyla çatışmaya girmeyi beraberinde getirebilir. Bu anlamda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, yetersiz koruyucu önlemler ve pandemiyle

uygun olmayan fiziksel koşullar nedeniyle hastaların sağlığını gözetmekle kendi sağlıklarını korumak arasında kalmış olmaları, ahlaki zorlanmalara neden olmuş özgün bir etik ikilemdir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı etik ikilemler, bireysel etik anlayışları ve mesleki değerleriyle uyuşmayan durumlar içinde kalmalarına neden olmasına rağmen, ağırlıklı olarak, bu uyuşmazlıklar nedeniyle kurumsal karar mekanizmalarıyla çatışmaya girmeden verilen görevleri yerine getirmiş olduklarını belirtmişlerdir. Diğer bir deyişle, kendi sağlıklarını korumak ve mesleki yükümlülüklerini yerine getirmek gibi fail-odaklı mantık temelinde şekillenen etik değerleriyle, kurumsal uygulamaların gerektirdiği çıktı-odaklı mantık arasında ikilemde kalmışlardır. Bu ikilem nedeniyle etik uyuşmazlıklar yaşamışlar, ancak kurumsal görevlerle çatışmaya girmeden hizmet vermeye devam etmişlerdir. Koşullar el vermediği durumlarda fail-odaklı mı, yoksa kurumsal kararlar yönünde toplam net faydayı arttıracak şekilde çıktı-odaklı mantıkla mı düşünülmesi gerektiği konusunda etik uyuşmazlıklar yaşamış ve zorlanmışlardır. Bu özgün bir etik ikilemdir, çünkü sağlık çalışanının hayatını korumak istemesiyle, toplumun beklediği sağlık hizmetini vererek hastalara yarar sağlaması arasında simetri vardır ve bu değerler arasında karşılaştırılmazlık söz konusudur. Böylece, bir eylem seçeneğinin diğerinden daha değerli olduğunu kolaylıkla söylenemediği için karar sürecinde bir zorlanma ortaya çıkmıştır. Bu özgün etik ikilemin en büyük sonucu, kaynakların yetersizliği ve kriz yönetimiyle bağlantılı sorunların yol açtığı etik sorunlarla baş etme gerekliliğinin, sahada aktif biçimde ön safta pandemiyle mücadele veren sağlık çalışanlarının üzerine kalmış olmasıdır. Türkiye özelinde yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi, sağlık çalışanları pandemi etğinin yarattığı düşünsel ve duygusal zorlanmalara en yoğun maruz kalan kesim olmuştur^{34,35}. Sağlık çalışanları, pandemiyle mücadele sürecinde zorlu koşullar altında çalışmak ve zorlu kararlar vermek zorunda kalmıştır. Bu kararlar, sınırlı kaynakların hastalar arasında hakça dağıtımını sağlamak, kaynaklar yeterli olmadığı durumlarda ihtiyaç halindeki hastalara bakım sağlamaya gayret etmek ve kendilerinin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını korumakla hastaların gereksinimlerine karşılık vermek arasında denge kurmak gibi zorlu görevleri içermektedir³⁶. Zaman kısıtı, kaynak yetersizliği ve sistemik kriz yönetimi sorunlarının baskısı altında görevlerini yerine getirme ve süreç içinde karşılaştıkları etik ikilemlerle baş etme zorunluluğu, sağlık çalışanlarını zihinsel ve duygusal olarak zorlamıştır. Sağlık çalışanlarının fail-odaklı mantıkla çıktı-odaklı mantık arasında etik ikileme düşmelerinin ve buna bağlı etik uyuşmazlıklar yaşamalarının en büyük nedeni, pandemiyle mücadele sürecinde, hizmet sağlayıcıların yeterli ve uygun korunma donanımına sahip olmaması, hastaneler özelinde önleyici tedbirlerin yeterli olmaması, çok yoğun bir çalışma programına tabi tutulmaları ve hem meslek grupları ve branşlar arasında hem de yönetim kademeleri arasında eşitsiz iş bölümü ve muameledir. Pandemi yönetimiyle ilgili sorunlar nedeniyle ortaya çıkan etik ikilem ve etik uyuşmazlık içeren durumların iki ana sonucu olmuştur: birincisi, sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki etik değerlerinin ihlal edilmiş, ikincisi, hastalara ilişkin korunması gereken etik değerler ihlal edilmiştir.

Araştırma verilerine göre, katılımcı sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu, hastaların sağlığını gözetmek adına kendi sağlıklarını göz ardı etmek durumunda kaldıklarını ifade etmişlerdir ve sağlık hizmeti alanında kaynakların dağıtımıyla ilgili etik sorunlar olduğunu düşünmektedirler. Diğer verilerle karşılaştırıldığında, pandemiyle mücadele sürecinde kaynakların dağıtımıyla ilgili gözlemlenen etik sorunların, kaynaklar yetersiz olduğu için hastalara yeterli hizmet verilemediği durumlara kıyasla, sağlık çalışanlarının koşullarıyla daha yüksek oranda bağlantılı olduğu sonucu geçerlidir. COVID-19 salgını çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden durumlar için devletlere çağrı yapmış ve sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda çalışması, koruyucu kişisel ekipmanlara ulaşması ve yaşamlarının korunması, sağlığın yalnızca fiziksel değil, psikolojik ve sosyoekonomik bileşenlerinin de iyileştirilmesi için de düzenlemeleri gerekli kılmıştır³⁷. Araştırma sonuçlarına göre, kendi sağlıklarını korumak amaçlı görevlerinden imtina etme hakları olmasına rağmen, sağlık çalışanları ağırlıklı olarak bu haklarını kullanmak yerine daha ziyade, uygun olmayan koşullarda ve yetersiz ekipmanla çalışmak, yoğun çalışma programlarına uymak, ailelerinden ayrı kalmak, yoğun hastalık ve ölüm korkusunun baskısı altında hizmet vermeye devam etmek zorunda kalmışlar ve bu nedenle etik ikileme düşmüşlerdir³⁸.

Sonuç olarak, yaşadıkları etik ikilemin sonucu olarak, ya hastalara fayda sağlamak adına kendi sağlıklarını göz ardı etmişler, ya da hastalara yeterli hizmet sunamadıkları durumlar içinde kalmışlardır. Çoğunlukla, hastalara fayda sağlamayı tercih etmişler, ancak bu durumun bireysel etik anlayışlarını zorladığını ifade etmişlerdir. Her durumda ortaya çıkan sonuç ahlaki sorgulamalara neden olmuştur. Bu ahlaki sorgulama ikliminde, kendini ve mesleki yeterliliğini sorgulayan, mesleki ilkelere bağlılığını koruyarak hizmet vermeyi sürdürmesi zor hale gelen sağlık çalışanları, suçluluk, yetersizlik, değersizlik ve tükenmişlik duygusuna kapılmışlardır. Katılımcı sağlık çalışanlarının mesleki değerleri ve bireysel etik anlayışlarına ters düşen durumların içinde kalmışlar ya da bu durumlara engel olamamışlardır. Katılımcı sağlık çalışanlarının etik ikilem ve etik uyumsuzluk sonucu ahlaki zorlanmaya maruz kaldığı söylenebilir. Ahlaki zorlanmalar, engellenemeyen ahlaki yanlışlar doğduğu zaman ortaya çıkar³⁹. Ahlaki yaralanma, ahlaki olarak yanlış eylemlere şahit olan, ya da vicdani rahatsızlık verecek etik-dışı durumlara karışan ya da maruz kalan bireylerin, kendilerinin ahlaki inançlarına, değer sistemlerine ve etik kurallarına aykırı eylemleri engelleyemediklerinde ortaya çıkan, kişinin ahlaki bilincinin yaralanması durumudur⁴⁰. Sağlık çalışanlarının pandemi mücadelesi de buna bir örnek teşkil etmektedir. Mesleki değerleri ve bireysel etik anlayışlarıyla ters durumların içinde kalmışlar ya da bu durumlara engel olamamışlardır. Kimi durumlarda hastalar hakkında vicdani kararlar almak zorunda kalmışlardır. Hemşirelerin bazen 'kendilerini hiçe sayarak' hastalara müdahale etmek durumunda kaldıkları tespit edilmiştir. Hastaya müdahale kararında ve bakım hizmetinde vicdani sorumluluğun ve muhakemenin tıp ilkelerinden daha ön planda olduğu görülmüştür. Yapılan derinlemesine görüşmelere dayalı olarak, katılımcı sağlık çalışanlarının yaşadıkları ahlaki zorlanmanın

en bariz göstergesi içinde buldukları durumu rasyonel bir nedensellik gerektirendirmekte ve olağan zamanda işler halde olan mesleki algılarıyla ilişkilendirmekte zorluk yaşamış olmalarıdır. Süreç içinde, tedavi süreci mekanikleştiği ve sorgulamaya neden olan durumlar olağanlaştığı için, yaptıkları işe yabancılaşmışlar ve bunun sonucu olarak, kendileri ve mesleki yeterlilikleri konusunda negatif düşünceler geliştirmişlerdir. Öfke, utanç ve suçluluk duygularının oluştuğu gözlemlenmiştir. Suçluluk duygusunun, tükenmişlik ve değersizlik duygusuyla beraber yaşanmış olması, sahada yaşanan etik çatışmaların vahim sonucudur.

Bu noktada, sağlık çalışanlarının, neden etik uyuşmazlık içinde oldukları kararları uygulamak zorunda hissettikleri akla gelen ilk sorudur. Katılımcı sağlık çalışanları, yaşadığı etik ikilem ve uyuşmazlıkların farkında olmasına rağmen, alınan kararlarla çatışmak yerine uyum sağlamak yönündeki davranışlarını, *değişime olan inançsızlık* üzerinden rasyonalize etme eğilimindedirler. Kabullenme, zarar görme korkusu, mesleki hiyerarşi bariyerlerinin aşılabilmesi ve dayanışma atmosferinin eksikliği, ahlaki zorlanmaya karşı çatışmaya girmeden uyumlu davranmanın arkasında yatan diğer nedenlerdir. Genel olarak çalışma koşulları göz önünde bulundurulduğunda, arkada yatan nedenlerin başında, güvencesiz iş ortamının etkisi gelir. Sağlık çalışanlarının, sayılan tüm bu etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan zihinsel zorlanmayla baş etmelerini sağlayacak yaygın stratejiler geliştirmiş oldukları söylenebilir. Daha ziyade, stresin sistematik hale dönüştüğünü söylemek daha doğru olur. Ancak, en fazla başvurulan baş etme stratejisi, şartlar el verdiği oranda, bireysel dayanıklılığı arttıracak, bireysel pratikler ve ailevi yaşama dönme olmuştur. Çoğu, işe giderken, ailelerini son kez görmüş olabilecekleri düşüncesiyle evden çıktıklarını belirtmiştir. İş yerinde grup dayanışması aracılığıyla kendine koruma sağlama ya da meslek örgütleriyle ortak hareket etme başvurulan diğer yöntemlerdir. Sağlık çalışanları psikolojik olarak ciddi zorlanmalar yaşasa da bireysel olarak kendi vicdani sorumluluklarını yerine getirerek ve gerekli özeni göstererek 'doğru' olanı yaptığına inanma stratejisi üzerinden baş etme yöntemleri geliştirmişlerdir. Yaşadığı etik ikilem ve sorunlara karşı dirençlilik geliştiren sağlık çalışanlarının, yaygın olarak çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik hareket ettikleri görülmektedir. Basın açıklamaları, sosyal medya eylemlilikleri, ya da toplu inisiyatif almalar en sık gözlemlenen toplu direnme stratejileri arasında sayılabilir. Eyleme geçmek hem sağlık çalışanlarının haksızlığa uğradığını düşündüğü konularda hem de 'adil olmayan' çalışma koşulları bağlamında önemli bir rol oynamıştır. Katılımcı sağlık çalışanları arasında, kendilerini korumayan sendikalara ya da bakanlığa karşı tavrını belli etmekten çekinmemiş olanlar da vardır. Katılımcı sağlık çalışanları zorlandıkları dönemlerde en çok birbirinin desteğine başvurarak zorluklarla mücadele etmeye çalışmışlardır. Aynı birimde çalışanlar birbirleri ile dayanışmadan güç almışlardır. Ayrıca iş arkadaşları ile 'dertleşmek', paylaşımında bulunmak hastalığa yakalanan sağlık emekçileri için de bir baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmıştır. Hastalığa yakalanmak korkunun başlıca sebebiyken, dayanışma da korkuyu yenmek için en önemli strateji haline gelmiş görünmektedir. Hemşirelerin hekimlere kıyasla ekip

halinde çalışıyor olmaları, ortak endişeleri taşıyor olmaları onların kolektif kararlar ve inisiyatif alıp birlikte uygulamaları noktasında daha etkili olmuştur. Dayanışma halinde olmak pek çok çalışan için güç verici bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak, meslek örgütlerinin hastane içindeki etkisinin kısıtlı olması ya da hastanede örgütlü çalışanlar üzerindeki baskı ve eşitsiz uygulamalar, dayanışma atmosferinin sınırlı kalmasına neden olmuştur.

Sonuç

Pandeminin Türkiye'ye ulaştığı günlerden itibaren, pencerelerden alkışlanarak kahramanlaştırılan sağlık çalışanlarının, salgın hastalığa karşı yeterli derecede koruyucu planlamalar yapılmamasına rağmen ağır bir görev altında bırakarak, adeta feda edildiğini söylemek mümkündür. Sistemik bir kriz olarak pandemi, sağlık gibi insan hayatını ilgilendiren bir konuda, istatistiksel rakamların tek tek bireylerin selametini sağlama hedefinin önüne geçmesinin ne gibi sonuçlar doğuracağını anlamak için bir turnusol kâğıdı işlevi görmüştür. Hangi hayatların yaşanmaya değer olduğuna karar verildiğine tanık olduk. Sağlık hizmeti verenler ise, kaynak dağıtımında ortaya çıkan adaletsizliğin kurbanı olarak hem hayatlarının değerini hem de mesleki değerlere liyakat gösteremedikleri durumlarda kendilerini suçlamışlardır. Bu anlamda asıl özgün etik ikilemin, sağlık sistemi pandemi koşullarının kurbanı olduğunda değil, sağlık sisteminin kurbanı olan sağlık çalışanları, kendi sağlığıyla hastaların sağlığını korumak arasında kaldığında yaşanmıştır diyebiliriz. Bu trajik koşulların oluşmasını hazırlayan dinamikler, en temelde sağlık politikalarının barındırdığı yapısal sorunlar tarafından belirlenmiştir. Daha da önemlisi, sağlık alanına ayrılan bütçenin kısıtlı kalması ve pandemiyle mücadeleye toplumun tüm katmanlarını hesaba katan bütünsel stratejik planlamanın eksikliği ortaya çıkan toplumsal adalet probleminin temelinde yatar. Yetersiz personel sayısı, eşitsiz ücretlendirme sistemi, hiyerarşik yapılanma, fiziki koşulları uygunsuz ve denetlenmeyen hastane ortamları, performans sistemiyle birlikte sağlığın ticarileştirilmesi, temel tıp eğitiminin zamanla değişen yapısı, uygulayıcı pozisyonundaki kadroların uzmanlaşmasının önüne geçen düzensiz örgütlenme, meslek örgütlerinin etki alanının sınırlandırılmış olması ve bunun gibi unsurların geri planda süreci beslediği söylenebilir. Sonuç olarak bugün Türkiye'de, bir halk sağlığı sorunu olan pandemiyle mücadelede, ne birinci basamak koruyucu sağlık sisteminin işlemesi ve hastanelerde kayıpların önlenmesi adına alınmış görünür tedbirler bağlamında, toplumda toplam net faydanın nasıl arttırıldığının bir algoritmasına ulaşabiliyoruz, ne de sınırlı kaynakların dağıtımıyla ilgili ortaya çıkan toplumsal adalet problemlerinin şeffaf biçimde tartışılabilmesinden ya da uğrunda hak mücadelesi verilen kazanımların varlığından bahsedemiyoruz. Tek söyleyebildiğimiz şey, ya, nasıl yaparsak yapalım, hayatta kaldığımız sürece şanslı olduğumuz, ya da can yakıcı bir sonuç olarak, artan sayılarda eksiliyor olduğumuz. Hayatta kalan ve görevlerinin başında olan sağlık çalışanlarının, hali hazırda çarpık bir büyümeyle yoluna devam eden sağlık sistemi örgütlenmesinin yarattığı tüm engellere rağmen,

tam da bu zorlu koşulların yıllar içinde onlara kazandırdığı deneyim sayesinde, ölüme kafa tuttıklarını söylemek abartılı olmaz.

Bu araştırmanın sonucu olarak ortaya koyulacak öncelikli öneri, sağlık bakımı hizmetinde ön safta yer alan sağlık çalışanlarının sağlığının korunmasının, birincil öneme sahip olduğu ve bu nedenle de pandemiyle mücadele planlamasında bu konuya ilişkin koruyucu tedbirlerin artırılması ve hastanelerin iş güvenliği önlemleri alınarak pandemilere uygun hale getirilmesidir. Bu gereklilik hem sağlık çalışanları hem de hastaların sağlık hakkını koruma altına almak bakımından elzemdir. Sağlık çalışanlarını korumadan toplum sağlığını güvence altına almak mümkün değildir. Sağlık çalışanlarının toplumdan izolasyonunun sağlanması, hastanelerin pandemiye uygun iş güvenliği önlemleri alınarak denetlenmesi de dahil olmak üzere, sağlık çalışanlarının sağlığını korumanın pandemiyle mücadele planlanmasında öncelikli hale getirilmesi yönünde çalışmaların yapılması elzemdir. Buna ek olarak, pandemiyle birlikte daha da görünür hale gelen sağlık sisteminin yapısal sorunlarının çözümlüne dönük adımlar atılması ve ivedilikle, hak ediş ilkesinin ihlaline neden olan sağlıkta ücretlendirme sisteminin yeniden ele alınması gerekmektedir. Diğer yandan, hastane içi karar mekanizmalarına tüm kademeler, meslek grupları ve branşların dahil edilerek, iletişim kanallarının açık tutulmalıdır. Sağlıkçılar arasındaki iletişimi ve dayanışmayı sağlamak, stres ve zorlanmaların etkisinin azaltılmasında da rol oynayacaktır. Pandeminin toplumun her bireyini eşitlediği ortak nokta, bedensel kırılğanlığımız ve zihinsel dayanıklılık kapasitemiz üzerinde yarattığı zorlanmalar olmuştur. Bu ortaklık zemininde, hiyerarşiler ve meslek grupları ötesinde duyguların ve etik düşüncülerin iletişime sokulduğu bir kanal açmak, verilen mücadelede birliktelik duygusunu arttıracak ve yalnızlaştırılma duygusundan koruyacaktır. Viral yüke en çok maruz kalan sağlık çalışanlarının, gözden çıkartılan hayatlar oldukları duygusunun tamir edilmesine katkıda bulunacaktır. Sağlık çalışanlarına toplumsal destek ve dayanışma sağlanmalıdır. Sadece çalışma arkadaşlarıyla değil, toplumun geneliyle de hikayelerini paylaşabilmeleri önemlidir. Bu konu özelinde, dirençlilik çemberleri ya da literatürdeki ismiyle “Schwartz Rounds” bu iletişim kanallarının oluşturulmasına bir model oluşturabilir⁴¹. Dirençlilik Çemberi, disiplin farkı ayırt etmeksizin tüm hastane personelinin, yaptıkları işin duygusal etkilerini konuşup, tartışabildikleri konuşma ortamlarıdır. Amacı, içinde buldukları zor kararlar ya da durumlar nedeniyle zihinsel zorlanma yaşayan sağlık çalışanlarının, zorlanmaya bağlı psikolojik yükünü azaltmak ve iyilik hallerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır. Bu sayede, kişi-merkezli sağlık bakımı üzerinde geliştirici etkisi kanıtlanmış olan takım çalışmasının geliştirilmesine de katkı sağlanmış olur. Diğer taraftan, hastanelerde etik kararların alınmasını kolaylaştıracak kurul, konsey ve çoklu katılımı içeren karar mekanizmalarının oluşturulması, ortaya çıkacak karar verme zorluklarının ve ahlaki zorlanmaların aşılmasında çözüme giden yolda atılması gereken bir diğer adımdır. Bu kapsamda, ülke düzeyinde pandemi hazırlık programlarına “etik hazırlık” başlığının da eklenmesi gerekmektedir. Etik duyarlılığa sahip mücadele stratejileri, pandemiyle mücadelenin planlama aşamasına dahil edilerek

dirençliliğin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. Son olarak, deneyimlenen stresin kaynaklarından birinin, koşulların sonucu olarak ahlaki bilincin zarar görmesi olduğu tespitine dayalı olarak, sağlık çalışanlarının dirençliliğini yükseltmeye dönük psikolojik destek programlarının ajandalarına ahlaki zorlanma ve ahlaki yaralanma kavramlarını alarak ilerlemeleri gerektiği açıktır.

Sonuç olarak, pandemiyle mücadele sürecinde toplumun genelinin yararı güdülerek toplam net faydayı arttırmaya dönük alınan kararların, pandemi koşullarına için olarak toplumsal adaleti sağlanamadığı ve bu iki ilke arasında etik ikilemin zorunlu doğası nedeniyle daha fazla miktarda kişiye fayda sağlamak adına kaynakların adil dağıtılmadığı iddiası ad hoc bir argümandır. Pandemide ortaya çıkan toplumsal adalet probleminin kaynağı özgün bir etik ikilemin içerdiği bir paradokstan ziyade, çıkar çatışmasına dayandığı ve çözümü mümkün olduğu için geçersiz bir argümandır. Pandemide hastaneler özelinde yaşanan asıl özgün etik ikilem, ön safta sağlık hizmeti vermekle yükümlü sağlık çalışanlarının, pandemiye uygun koşullar yeterli derecede sağlanmadığı için, kendi hayatlarını korumakla diğerlerini iyileştirmek arasında kaldıklarında yaşanmıştır. Sağlıkçılardan kendilerini feda etmelerini istemenin ahlaki bir gerekçesi sunulamaz. Bu uğurda canını veren, hastalıkla ve bulaş stresine mücadele eden sağlık çalışanlarının hakkını ödemek mümkün değildir.

Kaynaklar

1. Atkins, MB, Nekhlyudov L, Larson, RA, Soybel, DI. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Screening, diagnosis, and treatment of cancer in uninfected patients during the pandemic. *UpToDate*. 2020. Topic 127556 Version 50.0. Erişim Adresi: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-COVID-19-screening-diagnosis-and-treatment-of-cancer-in-uninfected-patients-during-the-pandemic>
2. Kirkpatrick JN, Sarah CH, Fedson S, Mullen B, Goodlin SJ. Scarce-resource allocation and patient triage during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;76(1): 85-92. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.006>
3. BBC News. Coronavirus: 'Difficult' cancer care decisions taken. 2020. Erişim Adresi: <https://www.bbc.com/news/health-52235467>
4. Kramer JB, Douglas EB, Pirooska KK. Ethics in the time of Coronavirus: recommendations in the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*. 2020;230(6): 1114-1118.
5. Joebgas S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage-an emerging international consensus. *Critical Care*. 2020;24(1):201.
6. World Health Organization. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. 2020. Erişim Adresi: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-and-COVID-19-resource-allocation-and-priority-setting/en/>
7. Mill, J. S. Utilitarianism. London, Parker, Son, and Bourn. 1863. [Web.] the Library of Congress. Erişim Adresi: <https://lccn.loc.gov/11015966>.
8. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips JP. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine*. 2020;382(21): 2049-2055. Erişim Adresi: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsb2005114>
9. Maier CS. ve Kumekawa, I. Responding to COVID-19: Think through the Analogy of War. Edmond J. Saffra. *Center For Ethics*. 2020. Erişim Adresi: <https://ethics.harvard.edu/files/center-for-ethics/files/10analogyofwar.pdf>
10. Laucht, CJ, Susan T. Soldiering a pandemic: the threat of militarized rhetoric in addressing COVID-19. *History and Policy*. 2020 Erişim Adresi: <http://www.historyandpolicy.org/opinion-articles/articles/soldiering-a-pandemic-the-threat-of-militarized-rhetoric-in-addressing-COVID-19>

11. Haber Global. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca sağlık çalışanları için bestelenen şarkıyı paylaştı. 2020. Erişim Adresi: <https://www.dailymotion.com/video/x7ts7iu>
12. O'Laughlin DT. ve Hick, JL. Ethical Issues in Resource Triage. *Respiratory Care*, 2008. Vol. 53 No.2. 193.
13. Society of Critical Care Medicine. Ethics Committee: Consensus statement on the triage of critically ill patients. *JAMA*. 1994. 271, 1200-3.
14. Büken NÖ. Pandemi influenza ve etik. *Hacettepe Medikal Journal*. 2020; 62-8.
15. Iserson K. ve Moskop, J. Triage in medicine, Part I: Concept, history and types. *Ann Emerg Med*. 2007. 49(3), 275-81.
16. McConnell, T. Moral Dilemmas. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Edward N. Zalta (ed.) 2018. Erişim Adresi: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/moral-dilemmas/>
17. Sinnott-Armstrong, Walter. Moral Dilemmas. Oxford: Basil Blackwell. 1988. 50
18. Özcan, Ş. COVID-19 Pandemisi 9. Ay Değerlendirmesi Basın Toplantısı. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=4c835db8-3bb5-11eb-82f5-db9559fde996
19. TC Sağlık Bakanlığı. Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. 2019. Erişim Adresi: https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
20. COVID-19: Hekimlerin (Sağlık Çalışanlarının) Hak Ve Yükümlülükleri, Sağlık Bakanlığı ve İşverenlerin Sorumlulukları. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=70e89cf6-75a2-11ea-b329-aa051764b049
21. COVID-19 Pandemisi 9. Ay Değerlendirme Raporu. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/18aral%C4%B1k.pdf>
22. COVID-19 Pandemisi 6. Ay Değerlendirme Raporu. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID19-rapor_6.pdf
23. COVID-19 Pandemisi 2. Ay Değerlendirme Raporu. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID19-rapor.pdf>
24. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2019. Erişim Adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik-istatistikleri-yilligi-2019.pdf>
25. Sağlık Çalışanları hasta iken çalışmaya zorlanıyor. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: <https://twitter.com/ttborgtr/status/1328029863010308098>
26. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelgesi, Erişim Adresi: http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/SB_Personel_hareketleri_27102020.pdf.pdf
27. Sağlık Çalışanları Tükenmişinde Yerleri Doldurulamaz! Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=7cc72734-11f3-11eb-99a3-303b9a52ca01
28. Sağlık Bakanı Koca F. Aylık Değerlendirme Açıklaması. 2021. Erişim Adresi: https://www.youtube.com/watch?v=94vS3c9m0E&ab_channel=AnadoluAjans%C4%B1
29. Pandemi Döneminde Kaybedilen Sağlık Çalışanları Dijital Anıtı. 2021. Erişim Adresi: <https://siyahkurdele.com/>
30. COVID-19 Pandemisi 8. Ay Değerlendirme Raporu. Türk Tabipler Birliği. 2020. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=194309e4-241d-11eb-a1e1-3f428dfd4b8
31. World Health Organization. Keep health workers safe to keep patients safe. 2020. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
32. Nagel, T. Mortal Questions. Cambridge University Press. 1979. 134
33. Nagel, T. Mortal Questions. Cambridge University Press. 1979. 133
34. Tengilimoğlu, D. vd. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. *Legal Medicine*. 2021. Volume 48.
35. Kackin O. vd. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *J Soc Psychiatry*. 2021. Mar;67(2):158-167.
36. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips JP. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine*. 2020;382(21): 2049-2055. Erişim Adresi: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsb2005114>
37. World Health Organization. Guidance For Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks. 2016. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
38. Shaw A. vd. No patient safety without health worker safety. *Lancet*. 2020. 396 Erişim Adresi: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931949-8>

39. Litz B.T. vd. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Psychol Rev.* 2009. *Clin* 29:695-706.
40. Syracuse University. What is moral Injury? 2020. Erişim Adresi: <https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/>
41. National Quality Improvement Team. An Introduction to Schwartz Rounds. 2020. Erişim Adresi: <https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/staff-engagement/schwartzrounds/an-introduction-to-schwartz-rounds.html>

KISIM I

PANDEMİ YÖNETİMİ VE ETİK



Adaletsiz denilebilecek tıbbi karar vermek zorunda kaldık bazı hastalarda. Mesela biz orada iki doktoruz, üç doktoruz, hastanın kalbi durdu COVID alanında. Doktor sayısı belli, hasta sayısı belli. Bir kısmına öncelik tanımak zorunda kaldık, birine daha geç müdahale etmek zorunda kaldık. Belki daha iyi ilgilenemedik. Adaletsizlik bilinçli olarak değil ama yetersizlikten dolayı bazı problemler oldu benzer şekilde. Personel sayısı yetmedi çünkü hastalar bir anda hücum etti. Ciddi olan hastalar oldu, ciddi olmayan hastalar oldu. Kala-balıkta onları ayırt etmek zorlaştı. Mesela, çok fazla hastane içi problem oluştu, tomografi cihazı yetersiz kaldı, tomografi cihazı bozuldu. Ayakta olmayacak hastaları ambulansla sevk etmek zorunda kaldık. Ama ambulans bir tane var hastanede. İki (durumu) kötü hasta olduğunda birini öncelikle götürmek zorundayız, diğeri beklemek zorunda kaldı. Belki hasta COVID değildi, COVID'i ekarte edip diğer temiz alana almaya çalışmamız gerekiyordu mesela, hastayı alamadık. Hasta orada uzun süre kaldı. Belki COVID değilse bile COVID kapma riski oluştu. Fiziki imkân yetersizlikleri, ambulans yetersizliği, personel yetersizliği... ilk başta Mart, Nisan, Mayıs gibi işte bunlar ciddi şekilde oldu. Sonra da devam etti, yüzde yüz tam düzeldi diyemem, sonuçta hasta sürekli ayaktan başvuruyor. Buna yeterli personel zor yani bir anda artış olduğu için planlamak mümkün olamadı belki.

Acil Tıp Asistan Doktor Koray

Cerrahi maske ciddi bir konuydu. Çalışan veya hekim arkadaş biz karşılıyorz hastayı. Ekipmanın saçma sapan sayılarla verilme durumu oldu. Oraya gelen hasta diğer tarafa gelmiyor mu? Sınıflandırma bile oldu. Doktora hemşireye verelim personele vermeyelim gibi durumlar oldu. Bu etik değil. Ciddi çatışma oldu. Triyaj da kırmızıya üç tane verelim, sarıya iki tane verelim gibi saçma uygulamalar getirdiler başlarda. Sonrasında toparlandı ama o bir aylık süreçte bir sürü çalışan enfekte oldu. Türkiye de otuz bin kırk bin enfekte sağlıklı çalışanı var artık. O dönemde tedarik edilseydi bu kadar olmazdı sayılar. Mayıs ayına kadar bizim hastanede yüz-yüzelli enfekte vardı ama mayıstan sonra koruyucu ekipman geldi yirmiye düştü sayı. Nasıl oldu bu? O dönemde yapılmaz mıydı? N95 gözlük verilmez miydi? Biz güvenlikçi abimizi kaybettik. O abimiz ölmezdi bunlar sağlansaydı. Yüz elli nerede yirmi nerede? Başta ekipman olsaydı ölmezdi bu insanlar. Maske bir tane iki tane verelim. Maske yere düştü ne yapacağız? Kalp masajı yaparken düştü maske ne olacak? CPR yaparken maske derdine düşeceğiz öyle mi? İstersem tekrar vermeyeceksin. Nasıl olur? Bu çatışmaları çok yaşadık.

Hemşire Ferhat

Bir siyasinin yakını geliyor mesela, hastaneye yatmalık bir durumu yok. Başka bir hastanın etik açıdan önceliği var, daha kötü durumda. Ama üstten birisi arıyor bu hasta yatacak, kimin yakını, şunun şusu, COVID de olabilir ekstra hastalık durumları için de farketmez. Üstten birisi aradığında herkes telaşlanıyor ister istemez, bu hasta yatıyor hiç yatmalık bir durumu olmadığı halde. İhtiyacı olan bir hasta mesela aynı şekilde yata-mayacak. Bu problem hepsinde var yani. Güç yani, parasal güç olabilir, siyasi güç olabilir. Sonuçta doktor her zaman tek başına karar veremiyor, özgür iradesiyle sonuçta. Dış etmenler etkili. Yoksa bir doktor için, COVID'li durumdan da bahsediyorum diğer durumlardan da bahsediyorum, benim için iki hasta farklı değil. İkisini de tanımıyorum, ikisiyle de aynı yakınlığa sahibim. Birisine bir öncelik tanımak için sebebim yok. Ama işte dıştan gelen bu hasta işte kimin yakını denince o hasta yatıyor bir şekilde. Benim irademden bağımsız başhekim araya giriyor, şu araya giriyor, bu araya giriyor. Bunların ortadan kalkması lazım yani. Hekimlerin özgür karar verebilmesi lazım. Hekime başlı başına bırakılırsa ben hiçbir doktorun çok ekstra durumlar hari-cinde etik dışı davranacağını sanmıyorum. Çok ekstrem durumlar olabilir, onların haricinde. Klinik kararlarda özgür olması lazım hekimin.

Acil Tıp Asistan Doktor Koray

Pandemide Sağlık Sisteminin Yükümlülüklerinin Etik Açıdan İrdelenmesi

SARP ÜNER

Giriş

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi, kişilerin ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için rehabilite edilmesi ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir¹. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz; bazıları hastalanır. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olur. Salgınlar hem koruyucu sağlık hizmetlerinin hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinin eşzamanlı ve koordineli olarak sunulması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Koruyucu hizmetler kişiye ve topluma yönelik olabilirken tedavi edici hizmetler hasta merkezlidir. Normal koşullar altında hasta merkezli klinik bakım yaklaşımı ile toplum merkezli yaklaşımı arasında etik açıdan temel bir ikilem vardır (2). Günümüzde sağlık hizmetleri alanında etik ile ilgili kavramlar sıklıkla daha eski olan tıbbi etik kavramı ile bağdaştırılmaktadır. Tıbbi etik esas olarak hastaya zarar vermeme ve hastanın kendi bakımı ile ilgili kararlarına saygı duyma prensipleri üzerine kurulmuştur³. Halk sağlığı etiği kavramı ise ancak 20. yüzyılın sonlarında gündeme gelmeye başlamıştır. Halk sağlığı etiği, tıbbi etikten farklı olarak temel prensiplerini; kaynakların adil dağıtılması, toplumun faydasının bireysel faydanın üzerinde olması, dezavantajlı grupların özel durumlarının sağlık hizmeti planlamasında dikkate alınması gibi ilkeler üzerine kurmaktadır⁴. Halk sağlığı etiği bakış açısına göre eğer toplumun faydası daha ağır basıyorsa bireysel haklardan ödün verilmelidir. COVID-19 pandemisi ve benzeri olağanüstü durumlarda halk sağlığı etiği ile tıbbi etik arasında var olan bu ikilem daha belirgin hale gelebilir.

Tanım olarak halk sağlığı organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, sağlığın geliştirilmesini sağlayan bir bilim ve sanattır. Halk sağlığı kavramı geniş içeriği nedeniyle “hastalıklardan koruma”,

“sağlığı geliştirme”, “yaşamın uzatılması” ve “organize edilmiş toplum çalışmaları” gibi konularda etik sorunların ortaya çıkabileceği bir alandır (5). Halk sağlığıyla ilgili acil durumlarda sağlık bakımı veya örgütlenmeler için, dengede tutulması gereken iki yaklaşım söz konusudur²:

- Sağlık hizmetinin temelini oluşturan tedavi edici hizmetler
- Toplumdaki risklerin ve faydaların dağılımında kişilere eşit ve hakkaniyetli hizmet

Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları genellikle hastaların tedavisi ve bakımı için eğitildiklerinden, hasta merkezli uygulamadan toplum yararını önceliklendirmeye geçiş, özellikle sınırlı kaynaklarla acil durumlarda çalışmaya alışkın olmayan sağlık personeli için etik kurallara uyum önemli bir zorluk yaratabilir.

Salgınlarla mücadelede bulaşıcı hastalığın teşhisi, tedavisi veya önlenmesine yönelik her türlü tıbbi müdahale, mümkün olan en yüksek hasta güvenliğini sağlamak için uygun koşullarda ve profesyonel tıbbi standartlara uygun olarak uygulanmalıdır⁶. Sağlık sistemlerinin toplumun tamamının yeterli sağlık hizmet almasını -mümkün olduğunca- sağlama yükümlülükleri vardır. Bununla birlikte, sağlık kaynaklarının sınırlı olduğu bir pandemi sırasında bu sağlanamayabilir⁷. COVID-19 salgını tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tıbbi ve toplumsal önceliklerimizi hızla yeniden şekillendirse de bu değişime uyum sağlanırken şeffaflık, savunuculuk ve insan yaşamına değer verme gibi yükümlülükler de devam etmelidir⁸. Etik kurallara uyum, sağlık hizmetleri sunumunun ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak normal koşullar altında bile, etik kurallar her zaman yazılı kurallar olmadığından ve toplumlar arasında büyük farklar gösterebildiğinden sağlık hizmetlerinde etik kurallara uyum zordur. Bu nedenle sağlık hizmeti sunanlar etik konularda genellikle belirsizlikle karşı karşıyadırlar². Bu yazıda içinde bulunduğumuz COVID-19 salgını özelinde pandemilerde etik açıdan sağlık sisteminin yükümlülüklerini halk sağlığı bakışıyla irdelemek amaçlanmıştır.

Halk Sağlığı Acil Durumlarında Sağlık Yöneticilerin Görevleri

Halk sağlığı uygulamaları, kaynakların ihtiyatlı kullanımı yoluyla hastalık ve ölüm oranlarını en aza indirerek toplumun sağlığını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ancak salgın yönetiminde olayın tek tarafı sağlık hizmeti sunanlar değildir. Salgın gibi olağanüstü durumlarda politika belirleyiciler ve halk, farklı beklentiler taşıyabilmektedir. Mevcut kaynaklar her zaman sağlık hizmeti sunanların uygun gördüğü şekilde kullanılmayacağı gibi, salgın kontrolü için gerekli olduğu belirlenen bazı müdahaleler toplumsal olarak kabul görmeyebilir. Özellikle acil bir durumda toplumun sağlığının korunması, bireysel hak ve özgürlüklere sınırlamalar getirilmesini gerektirebilir. Hastalığın teşhisi, tedavisi veya önlenmesi için tıbbi müdahale önerilen bireyler, diğer önemli tıbbi müdahalelerde olduğu gibi riskler, faydalar ve alternatifler hakkında bilgilendirilmeli ve son karar hastaya ait olmalıdır. Önerilen müdahalenin

halk sağlığı açısından gerekli ve zorunlu olması durumunda bireyin ihtiyaçları ile toplumun ihtiyaçları arasında bir denge sağlanması ihtiyacı doğabilir. Toplumsal fayda öncelikli olarak hedeflendiğinde teşhis, tedavi veya önleyici tedbirlerin uygulanmamasının halk sağlığı açısından önemli riskler oluşturduğu, uygulanacak müdahalenin bu riskleri ortadan kaldırma ihtimaline sahip olduğu ve toplumun sağlığını korumaya yönelik başka hiçbir önlemin- hastayı izole etmek de dahil- bu koşullar altında uygulanabilir olmadığı durumlarda ret kabul edilemez⁶.

Sağlık hizmetine başvuruların arttığı COVID-19 pandemisi benzeri halk sağlığı acil durumları, hasta bakımını etik açıdan desteklemek için gerekli süreçlerin bozulmasına neden olabilir. Bir halk sağlığı acil durumu sırasında sağlık alanında karar vericilerin sağlık personeline ve topluma karşı çeşitli görevleri vardır². Yazının bundan sonraki bölümünde pandemilerde sağlık sisteminin topluma karşı yükümlülüklerinden **planlama, koruma, rehberlik ve kaynak bulma** görevleri etik açıdan irdelenecektir.

Planlama Görevi

Öncelikle COVID-19 hastalıklarına karşı hiçbir hazırlık yoktu. Ne yapacağımız veya bir planlama yoktu. Hastalar ilk geldiği zaman açıkçası bir kriz yaşandı. Hastaların hastanenin hangi bölümünde karşılanacağı, ne şekilde tedavi uygulanacağı, hangi hastaların yatırılacağı, servislerin nasıl olacağı konusunda çok bir hazırlık yoktu. Başlangıçta sıkıntı buydu. İkinci önemli sıkıntı ise; normalde bu hastalara göğüs hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, acil hekimleri bakarken; hasta sayısı çok olduğu için diğer branşlardan hekimlerin bakması gerekti. Bu konuda çok çatışmalar çıktı. Çünkü hekimlerin “niye onlar bakmıyor, biz bakıyoruz” gibi. Birim birim hangi birimlerin nasıl bakacağı konusunda yine bir ön hazırlık olmadı. O çünkü yöneticilerin o gün ellerine aldıkları herhangi bir planlama içerisinde olmadan ellerine aldıkları listeler çok büyük çatışma yarattı. Ben kendi branşım için İstanbul ölçeğinde söyleyebilirim ki; COVID-19’lu psikiyatri hastaları için de bir planlama yapılmamıştı. Yani COVID’li bir psikiyatri hastası ne şekilde, nerede yatırılacağı vb. böyle bir servis hazırlanmamıştı. Ve hiç kimse bu hastaları kabul etmiyordu. Yine son anda ani kararlar verilerek bir düzen oluşmaya başladı. Ama bu süreç çok sancılı oldu.

Psikiyatri Uzman Doktor Ahmet⁹.

Muhtemel sorunlar ortaya çıkmadan gereken önlemlerin alınması olarak tanımlanan planlama, yönetimin bir parçasıdır ve en üst kademedeki en alt kademeye bütün yöneticiler, planlama yapmak durumundadır¹. Planlama yapmak, pandemi ve benzeri halk sağlığı acil durumlarında yöneticiler için öngörülebilir etik zorlukların üstesinden gelebilmede önemli bir araçtır². Planlama, geleceğin tahmin edilmesi ve bu varsayımlara göre gelecekteki işlerin düzenlenmesidir¹.

Ancak görevler ile değerler çeliştiğinde ve “doğru şeyi nasıl yapacağına” dair belirsizlik olduğunda sağlık hizmeti sunumunda etik zorluklar ortaya çıkabilir. Bu zorluklar, sağlık hizmetleri iş gücünü, sağlık kurumunun halka sunduğu hizmeti ve toplumla iş birliğini etkileyecektir². Planlamanın en önemli yararı, hizmet sunarken kimin ne yapacağı konusu kesinlik kazandığından belirsizlikleri ortadan kaldırarak hedefe (amaca) varma süresini kısaltmasıdır. Bunun yanı sıra çalışanlar arasında uyumu ve standardizasyonu sağlayarak, çalışanların zaman israfını önleyen plan-

lama aynı zamanda kaynakların verimli kullanımını sağlayarak, toplumun sağlık düzeyinin gelişmesini hızlandırır¹. Bir halk sağlığı acil durumu, artan sağlık hizmeti talebini ve sınırlı kaynakları yönetmek için bir dizi beklenmedik durumun planlanmasını ve bu planlama doğrultusunda çeşitli müdahalelerin uygulamaya geçmesini gerektirir². Planlı hareket etmenin pandemi mücadelesinde yeri ve önemi açıktır. Türkiye pandemi öncesi planlama gerekliliğini yerine getirmiştir. Başbakanlık¹⁰ ve Cumhurbaşkanlığı¹¹ tarafından yayınlanan genelgeler ve bunlara bağlı hazırlanan Pandemik Influenza Ulusal Hazırlık Planı¹² bu hazırlıkların ürünüdür.

Türkiye’de 2019 tarihinde yayınlanan Pandemik Influenza Ulusal Hazırlık Planı’na göre alınması öngörülen temel önlemler ve COVID-19 pandemisi sırasında bu önlemlerin alınması ile ilgili süreçle ilgili bazı örnekler Telatar ve Üner’in çalışmalarından uyarlanmıştır¹³ ve aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1.1 Pandemik Influenza Ulusal Hazırlık Planı içeriği ile COVID-19 pandemisi esnasında alınan önlemler

PIUHP	<i>Risk altındaki nüfus için bilgilendirme ve iletişim önlemleri:</i>
Önlemler	Pandemi süresince günlük olarak yapılan test sayısı, kümülatif vaka sayısı, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden kişi sayısı, fiyasyon yüzdesi gibi bazı sınırlı bilgiler Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyu ile paylaşmaktadır.
PIUHP	<i>Sağlık profesyonellerin yapılacaklar hakkında bilgilendirilmesi:</i>
Önlemler	Sağlık Bakanlığı COVID-19 Rehberini hazırlamış ve sağlık çalışanlarının bu süreçteki rollerinin belirlenmesi amacıyla kullanıma sokmuştur. Alınması gereken tedbirler ve uygulamaların standart olarak sürdürülmesi amacıyla çeşitli algoritmalar geliştirmiş ve paylaşmıştır.
PIUHP	<i>Topluma öneriler:</i>
Önlemler	Sağlık Bakanlığı tarafından özellikle maske kullanılması, uyulması gereken hijyen kuralları fiziksel mesafenin sağlanması sosyal mesafenin konularında toplumda davranış değişikliği olması için kamu spotları, mevzuatlar ve farklı medyalar üzerinden müdahaleler geliştirilmiştir.
PIUHP	<i>Etkilenmiş bölgelerden gelenler için önlemler:</i>
Önlemler	Türkiye’de belirli dönemlerde yurt içi ve yurt dışı seyahatlere engelleme ya da kısıtlamalar uygulanmıştır, seyahat edenlere bazı zorunluluklar (PCR testi, HES kodu gibi)
PIUHP	<i>Vaka tanımının yapılması, buna uygun tıbbi ve sosyal bakımın sağlanması:</i>
Önlemler	Sağlık Bakanlığı COVID-19 Rehberi vaka, hasta tanımları oluşturmuş ve sağlık kurumlarına duyurmuştur. Vakaların uygun tıbbi bakımı yine Sağlık Bakanlığınca belirlenen algoritmalarla yapılmaktadır.
PIUHP	<i>Maske uygulanacak kişilerin belirlenmesi (hastalık belirtileri olan kişiler, temaslı kişiler, poliklinik bekleme odasında hastalık belirtisi olan kişiler vb.), “Halka açık alanlarda hastalık belirtileri olan kişilere cerrahi maske dağıtılması:</i>
Önlemler	Ülke genelinde ilk olarak marketlerde çalışanların, daha sonra marketlere giren herkesin, sonrasında toplu taşıma araçlarında maske kullanılması gerektiği karar alınca Türkiye’de halen sokakta herkesin maske takması zorunludur. Maske temini ile ilgili de standart bir uygulama sağlanamamıştır ve maske satışı tavan fiyat belirlenerek tekrar serbest bırakılmıştır.
PIUHP	<i>Hasta insan ile temas eden kişilerin sağlık durumlarının izlenmesi ile birlikte gönüllü izolasyon (ev dışına çıkmaması gibi), sosyal bakım ve gerekli hallerde medikal bakım sağlanması; Temaslı kişilere, sağlık durumlarının kendileri tarafından izlenmesi ve belirtilerin ortaya çıkması durumunda sağlık kurumuna başvuru yapmalarının önerilmesi;</i>
Önlemler	Temas eden kişilere sosyal faaliyetleri ve kişilerle teması azaltmak için tavsiyede bulunulması: Temaslı kişiler ilk görüşme ve sağlık kontrollerinin ardından 14 gün süreyle ev izolasyonuna alınmışlardır. Evde kaldıkları süre boyunca kayıtlı oldukları aile hekimi tarafından her gün telefonla aranarak durumları sorgulanmış ve evde kalmaları hatırlatılmıştır. Sonrasında temaslı kişilerin belirti göstermemeleri kaydıyla evde kalma süreleri düşürülmüştür.

PIUHP	<i>Hastalık belirtileri olan kişilerin gönüllü olarak evde kalmalarının sağlanması:</i>
Önlemler	Kişilerin genel olarak evde kalmalarına yönelik çağrılar yapılmış ve ülkenin belirli bölgelerinde kısmi ve süreli sokağa çıkma yasakları ile insanların evde kalmaları sağlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca önce 65 yaş ve üzeri nüfusa daha donra ek olarak 20 yaş ve altı nüfusa (çalışanlar hariç) belirli saatler dışında sürekli sokağa çıkma yasağı getirilmiştir.
PIUHP	<i>Çocukların bir araya gelmesini azaltacak diğer önlemlerle birlikte (okul sonrası aktiviteleri kısıtlama) eğitim ve öğretime ara verilmesi (okul öncesi ve yüksek okullar dâhil):</i>
Önlemler	Okul öncesi dahil öğretim kurumlarında zorunlu yüz yüze eğitime ara verilmiştir.
PIUHP	<i>Erişkinlerin bir araya toplanmasını azaltmak için toplum tabanlı önlemlerin alınması:</i>
Önlemler	Erişkinlerin bir araya toplanmasının engellenmesine yönelik olarak fiziksel mesafeye uyulması gerekliliği topluma sürekli olarak duyurulmuştur. Bununla birlikte restoran, lokanta, çay ocağı, kahvehane gibi işletmeler kapatılmıştır.
PIUHP	<i>Bulaşma riskini azaltmak için ayrı poliklinikler kurulması:</i>
Önlemler	Hastanelerde kirli ve temiz alanlar oluşturulmuştur. COVID-19 şüphesi, olanların ayrı girişlerle sadece bu iş için ayrılmış polikliniklerden hizmet almaları sağlanmıştır.

Planlama sürecinde alınan kararların zamanında, yerinde ve doğru uygulanması da en az planlama kadar önemlidir. En doğru plan bile uygulanmadığı zaman önemini kaybetmektedir. Yukarıdaki karşılaştırmada görüldüğü gibi 2019 yılında yapılan planlama ile 2020 yılı uygulamaları örtüşmektedir. Bu yazının hazırlandığı dönemde 85 milyona yakın nüfus ile nüfus büyüklüğü olarak dünyanın 17. en büyük nüfusuna sahip olan Türkiye, 2.655.633 PCR (+) onaylanmış COVID-19 vakası ile dünya ülkeleri arasında sekizinci sırada yer almaktadır¹⁴. Benzer nüfus büyüklüğüne sahip özellikle Güney Asya ülkelerinde çok daha düşük vaka sayıları ile salgınla mücadele edildiği göz önüne alındığında planlama açısından gerekliliklerini yerine getiren bir ülkenin uygulama sonucunda pek de başarılı bir yerde bulunamaması her ne kadar bu yazının amaçları arasında yer almamakta ise de dikkat çekicidir. Burada üzerinde durulması gereken önemli bir diğer nokta ise Pandemi Enflüanza Ulusal Hazırlık Planına etik konuların yansımalarıdır. Bu derece kapsamlı bir planın hazırlayıcıları ve bunu onaylayarak uygulanmasına olanak verenlerin ülke planında karşılaşılması muhtemel etik sorunlar, bu sorunlarla ilgili alınması gereken önlemler ya da düzenlemelerle ilgili hemen hemen hiçbir şeyin yer almamaktadır.

Koruma Görevi

Etik açıdan değerlendirmem zor ama bazı yanlış kararlar olmadı değil. Dinlendirmemek gibi. Arkadaşımız COVID çıktığında bizi suçlu buldular. İşyeri hekimi bana diyor ki niye kendini korumadın? Geçmiş olsun demediler, dinlen iyileş gel demedi. Aksine diğer arkadaşlar neden temas ettim diye biz azarlandık. Vaka sayısı azaldığında en son biz kapatılacaktık. İlk biz açıldık ve sonra kapatılırken en son bizi kapattılar. Böyle haksızlıklar oldu. Yanlış kararlar oldu. Bir motivasyon yok. Yönetim gelse hatır sorsalar, bir ihtiyacınız var mı deseler. En başından bugüne hastane yönetimi iki kere gelip bizi sordu. Onlar da korkuyor. Bize bazı kurumlar ilk başlarda çeşitli hediyeler gönderdiler pizza gibi çikolata gibi. Hastane yönetimi de yapabiliirdi. Kurumdan destek göremedik.

Sağlık hizmetlerinde korumak, kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce önlemler alma ve hastalığı önlemek (birincil korunma) şeklinde olabileceği gibi hastalıkların belirtisiz dönemlerinde ya da belirtilerin hafif olduğu dönemlerde erken dönemde tanı koyarak tedavi etme (ikincil korunma) veya klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi ile hastalığın kötü sonuçlarından korunma (üçüncül korunma) biçiminde de olabilir¹. Halk sağlığında koruyucu önlemlerin üç temel özelliği mevcuttur¹⁵.

1. Başlangıç girişiminin “hastadan” değil halk sağlığı ilgililerinden gelmesi: Halk sağlığı programları, insanların hastalıktan kaçınmalarına yardım eder, bu nedenle pragmatik olarak sağlıklı insanları hedefler. Çağdaş bireysel sağlık hizmeti sunumunda çok fazla değer verilen kişi özerkliği, halk sağlığında öncelik taşıyabilir, bunun yerine bireylerin ve grupların sağlığının korunması, başkalarına zarar vermenin önlenmesi, sağlıkta hakkaniyetin desteklenmesi gibi benzer değerler daha merkezdedir.
2. Korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen müdahalelerin grup ya da toplum düzeyinde olması: Başarılı müdahalelerin amacı bir toplumda, kabul edilebilir bir maliyetle morbidite ve mortalite hızlarını etkili bir şekilde düşürmektir. Halk sağlığı programları tek tek bireyler için yararlı olmayabilir ve halkın sağlığını koruma ile bireylerin iyiliğini sağlama arasında çelişki ortaya çıkabilir.
3. Koruma programlarının potansiyel yaygınlıkları: Halk sağlığı önlemleri yaşamı yönlendirme yeteneğine etki etmeye başlar ya da sağlıkla ilgili yaygın kamusal kaygılar özel yaşamımızı ve bireysel seçimlerimizi olumsuz yönde etkilemeye başlarsa bu durum etik sorunların gündeme gelmesine neden olur.

Karantina, izolasyon, ya da diğer zorunlu alınması gereken önlemler, toplum ciddi bir bulaşıcı hastalık tehdidi altında ise doğru kabul edilir. Bu uygulamalar kimi zaman bazıları için uygun olmasa, istenmese, zararlı hatta-yanlış olarak nitelense bile toplumun korunması için önem taşıyorsa uygulanmalıdır.

Pandemi döneminde toplumla birlikte o topluma sağlık hizmeti sunan sağlık insan gücünün de korunması gerekmektedir. İçinde bulunduğumuz pandemi ile mücadelede sağlık hizmeti sunanların, COVID-19 pozitif bir hastayı tedavi etmeyi reddetme haklarının olup olmadığı veya aldıkları risk ne kadar yüksek olursa olsun, sağlık personelinin hastaya müdahale etme konusunda profesyonel davranma mecburiyetleri etik açıdan önemli ikilemlerdir. Ülkemizde bu ikilemler hemen hiç gündeme gelmeden bütün sağlık personeli emeklilik/izin/rapor yasağı, fazla mesailerin gündeme gelmemesi ve izolasyon kuralları dışında tutularak özveri ile görevlerini yerine getirmiş ve halen de sürdürmektedir. Hastalara baktıkları için hasta olma riski en yüksek grup olan sağlık çalışanlarının bu virüsü taşıyan hastaları tedavi etmedeki mesleki sorumluluklarının neler olduğu uzun süredir tartışılmaktadır. Kimileri kişisel riske rağmen sağlık personelinin hizmet sunmaya devam etmesini savunurken, bir başka kesim ise

sağlık personelinin intihar olarak adlandırılabilir şekilde riske maruz kalmalarının beklenmemesi gerektiğini iddia etmektedir⁸. Aldıkları eğitim ve mesleki davranış kurallarında yer aldığı şekilde sağlık profesyonellerinin risklerle karşı karşıya kalmaları beklenen bir durumdur. Kötüleşen pandemi koşullarında sağlık personelinin zarar görme riski yüksektir ve riskin düzeyi konusunda bir belirsizlik söz konusudur.

Sahada çalışan filyasyon ekibinden hastanede tedavi hizmeti veren sağlık çalışanlarına kadar sağlık personelinin tamamı, toplumun sağlığına ve refahına katkılarından dolayı bazı kaynakları tahsis ederken haklı olarak önceliklendirilebilir. Onların sağlığı, başkalarının sağlığının korunmasına yardımcı olur⁷. COVID-19 pozitif hastalara bakanların bu hastalığa yakalanmaktan korunmanın güvenilir yollarını bulmak hem sağlık çalışanlarının haklarının korunması açısından hem de hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması yönünden önemlidir. Uygun kişisel koruyucu donanım kullanımı, virüse maruz kalmayı önlemek ve yayılmayı sınırlamak için bir dereceye kadar etkili olmaktadır. Bununla birlikte, birçok sağlık kurumunda personelin uygun şekilde korunması için yeterli kişisel koruyucu donanımın bulunmaması ve bu kişisel koruyucuları kullanırken hizmet sunmada yaşanan zorluklar büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır⁹. Enfeksiyon riskini makul ölçüde mümkün olduğunca en aza indirmek için gerekli eğitim, araç, kaynaklar ve uygun çalışma koşulları sağlanmadıkça, bir bulaşıcı hastalık salgını sırasında sağlık çalışanlarının ve diğer görev yapanların riskli görevleri üstlenmeleri beklenmemelidir⁶. Uygun koruyucu donanım mevcut olduğunda, COVID-19 pozitif hastalara bakım sağlık personelinin görevidir. Ancak sağlık çalışanlarının tümünün bulaşıcı hastalıklardan korunma ile ilgili kapsamlı bir şekilde eğitilmeleri gerekliliği akıldan çıkarılmamalıdır⁸. Enfeksiyon kontrol önlemleri hakkında bilinen tam ve doğru bilgileri, yerel düzeyde epidemiyolojik durum hakkında güncellenmiş bilgileri ve kişisel koruyucu ekipmanın sağlanması risklerin azaltılması için elzemdir⁶. Ayrıca gerekli koruyucu ekipman varlığında sağlık hizmeti sunanların uygun koşullarda çalışması da sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının uzun süreler ve branş dışı alanlarda çalıştırılmaları neden olacağı risklerin yanında etik olarak uygun olmayacaktır. İleri yaşta, kronik bir rahatsızlığı olan ya da hamile sağlık personelinin COVID-19'un etkilerine karşı daha savunmasız olduğu bilinmektedir. Tıp, diş hekimliği ve hemşirelik öğrencileri gibi stajyerler de tamamlanmamış bilgi ve beceri seviyeleri nedeniyle savunmasız bir grup olarak tanımlanmalıdır. Özellikle bu tür personel, uygun koruyucu ekipmanlara sahip olmadıklarında daha fazla risk ile karşı karşıyadır.

Rehberlik Görevi

Bir standart meselesi var, kalite politikaları. Son altı, yedi yıldır sağlık kurumlarında kalite birimleri var. Bunlar sadece sağlık hizmeti kalitesi yaratmazlar, her anlamda kalite tartışması yürütürler. Bir kalıp ve jargon oluştururlar bunlar bir anlamda soruna çözüm olduğu gibi bir anlamda aslında bilgiyi, standardı üstten giydirdiği için, yerelden demokratik katılımın önünü keser. Mesela her bireyin farklı biyolojik özellikleri ve farklı genetik yapıları olduğunu biliyoruz. Tansiyon ilacını bir hastaya uygularken bile birçok kategorisi vardır ve kişideki en başarılı ilacı bulmak için belirli

dozlarla başlar, hastayı takip eder. Herkese aynı yöntem doğru değil, kurum içi kalite birimlerinin bu politikasında da aynı sorun var. COVID meselesinde bu işi yürüten enfeksiyon birimi vardı, halk sağlığı uzmanları vardı, kalite birimi vardı ve bilim kurulu vardı. Benim çalıştığım hastanede on küsür birim şefi var, birimlerin uzmanlarından asistanlarına kadar o birimin sorumluluğunu üstlenmiş arkadaşlar var. Bu kişiler çoğu kez bu süreçlere dahil edilmediler. Kendi kurumumda 65 yaş üstünde olmasına rağmen geride durmayacağım diyerek -ama riski olduğu için işin teori boyutunda, tartışma boyutunda işe girmek istiyorum deyip sözü kabul görmediği için emekli olmak isteyen hocalarım var. COVID'li hastaya nasıl tedavi uygulanacak meselesi tedaviyi uygulayacak birimlerin inisiyatifine bırakılmadı. Bir rehber vardı. Düzenli olarak güncellenen. Bireysel anlamda o rehberin üzerine çıkabilecek hekim arkadaşlar, o potansiyellerini vicdani anlamda belki (hastayı prone pozisyonuna geçirme kararlarını sağlık bakanlığı vermeden) yapmışlardır kendi birimlerinde.

Radyolog Deniz⁹.

Yönetimin temel görevi, hizmet edilen toplumun ihtiyaçlarını belirlemek ve bunları karşılamaktır. Bu ihtiyaçların tamamını karşılamak çoğu zaman mümkün olmayabilir. Önemli olan bu ihtiyaçlar arasından öncelikli olanları seçip, eldeki kaynakları bu önceliklere göre kullanmak ve mümkün olan en yüksek hizmet verimliliğine ulaşmaya çalışmaktır¹. Salgından etkilenecek hastaların bakımı ve tedavisinde uygulanacak asgari standartlar belirlemelidir. Belirlenen bu standartlar sadece sağlık kurumları için değil, aynı zamanda sahadaki halk sağlığı müdahaleleri için de geçerli olmalıdır⁶. COVID-19 pozitif olsun olmasın hastaların tümü için tedavi kararlarının, kaynak sıkıntısı ele alınmadan sadece tıbbi açıdan değerlendirilmesi beklenebilir. Ancak mevcut salgında, toplumun sınırlı kaynaklarını koruma çabaları da değerlidir. Önceden belirlenmiş bakım standartlarına uymak ne kadar önemliyse sınırlı kaynakların korunması da o derece gereklidir⁸.

Pandemi sürecinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallara uygun hareket etmek genel ilkedir. Hastanelerin ve sağlık hizmeti sunan diğer kurumların uyması gereken kurallar aşağıdaki biçimde özetlenebilir¹⁶.

- Sağlık Bakanlığı tanı, tedavi protokollerine ve vaka yönetim algoritması uyum,
- Sağlık hizmetlerini, alt yapı ve personeli pandemiye önceliklendirerek düzenleme,
- Pandemiye özel triyaj uygulaması ve şüpheli COVID-19 vakalarına özel başvuranların kabulünde hizmet verecek alan planlanması,
- Yataklı tedavi hizmetlerinin ve yoğun bakım ünitelerinin düzenlenmesi;
- Kurum içi enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin genişletilmesini,
- Gerekirse ek hizmet binalarının hizmete sunulması,
- Personel ve lojistik ihtiyaçlarının temin edilmesi, pandemi süresince karşılanması ve sürdürülmesi,
- İstenen tüm verilerin hazırlanarak il operasyon merkezine iletilmesi,
- Personel ve halk eğitim çalışmalarına destek verilmesi.

Ancak bu tür protokoller/rehberler/kurallar merkezi olarak hazırlandığından çok yüzeysel kalabilmekte, başta sınırlı kaynaklar olmak üzere olası sorunların birçoğunu göz ardı edebilmektedir. Aynı kategoride hizmet sunan farklı sağlık kurumlarının

farklı ihtiyaçları olabilir. Örneğin bir hastane belirli branşlarda doktor eksiği yaşayabilirken, başka bir hastane COVID-19 hastalarının ayrı tutulması gereken fiziksel mekânı sağlayamayabilir. Sağlık personelinin acil durum veya kriz koşullarında karşılaşıacağı öngörülebilir belirsizlik ve sıkıntı, etik sorunlara odaklanmış kurumsal hazırlık gerektirir. Sağlık kurumları, toplumumuzun halk sağlığıyla ilgili acil durumlara direnme ve bunlardan kurtulmaları kapasitesi açısından çok önemlidir². Etik sorunların çözülmesi için gerekli desteğin sağlanması, sağlık hizmetlerinin bütünlüğü ve sağlık hizmetleri işgücünün refahı için büyük önem taşımaktadır. COVID-19 veya başka bir bulaşıcı hastalık pandemisinde sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu ile ilgili kurumsal ve örgütsel politikalar ve süreçlerden bir bölümü Ek 1'de sunulmuştur. COVID-19 bilgimiz arttıkça, protokoller düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

Kaynak Bulma Görevi

Bu süreç ilk başladığında kişisel koruyucu ekipmanlarla ilgili sıkıntılar vardı. Eğer hasta ile karşılaşırsanız cerrahi maske bile takmayın dediler... 1-2 toplantı yaptık. Bu toplantılarda hep bize "maske takmanıza gerek yok, rahat olun" diyorlardı. Orada bir çatışma içerisine girdim. Çünkü o dönem takip ettiğim TTB'den halk sağlığı uzmanları maske takmanın doğru olduğunu söylemişlerdi. Bu konuda ise kendime ve mesleki olarak yıllarıma güvenim var... Ben maske konusunda doğru bildiğim için çok net konuştum. Sonrasında N95'ler için hasta ile karşılaştığımız durumlarda takılması gerekiyordu. Benim çalıştığım alanda COVID'li veya şüpheli biri ameliyata geldiğinde entübasyon işlemi virüsü en çok yayan işlemlerdendir. Bu gibi durumlarda doktora ya da hemşireye N95 maskesini verelim diyorlardı. Ama orayı temizleyen taşeron temizliğisine onu vermeyelim demişlerdi. Orada bir çatışmaya girdim ve bunun doğru olmadığını söyledim. Oradaki sağlık çalışanını hiç umursamıyorsun. Kendini düşünüyorsan bile ona da maske vermen gerekirken, çok bencilce vermediler. Oradaki taşeronlar hastalığa yakalandığı zaman eninde sonunda dolaşip bize de bulaştırabilir. Bunu bile düşünmediler. İdareden gelen baskının etkisi altında kalarak asla verilmeyecek dediler ve "ben veriyorum, kendi nöbetimde maske vereceğim dedim, işlem yapacaksanız yapabilirsiniz" dedim. Hiçbir şey de olmadı...

Hemşire Fatma⁹.

Pandemi döneminde "ilk gelen ilk hizmeti alır" yaklaşımı, sınırlı kaynaklarla yürütülmesi gereken bir mücadele için doğru olmayan bir uygulamadır. Örneğin yoğun bakım yatağını bekleyen ağır bir hasta, hali hazırda yoğun bakımda olan ve durumu düzelmeyen bir hastaya göre bu kaynaklardan daha fazla fayda görebilir². COVID-19 pandemisi, insan kaynağı, malzeme ve araç gereç sıkıntısına neden olabilir. Pandemi gibi olağanüstü ve acil koşullarda kaynaklardaki kısıtlılık nedeniyle sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde kaçınılmaz olarak kademeli bir şekilde düşme gözlenecektir. Pandemi öncelikler belirlemek ve kaynakları bölüştürmek için seçimler yapmak gerekir, ancak bu seçimler etik olarak gereğelenmelidir⁷. COVID-19 salgını sırasında, göreceli sıkıntılı kaynaklar arasında tanı testleri, yoğun bakım yatakları, ventilatörler, bazı ilaçlar ve belirli branşlarda uzmanlaşmış sağlık insan gücü yer alabilmektedir.

Tarama, test sayısı sınırlı olması, testlerin duyarlılığının ve özgüllüğünün düşük olması ve daha güvenilir sonuçlar elde etmek için bir kişiye birden çok kez test uygulanmasının gerekliliği kime test uygulanması gerekliliği açısından etik bir ikilem oluşturmaktadır⁸. COVID-19 tanısı için kullanılan PCR testlerinin kimlere uygulanması gerektiği konusunda test sayısının sınırlı olması, testlerin duyarlılığının ve özgüllüğünün düşük olması ve daha güvenilir sonuçlar elde etmek için bir kişiye birden çok kez test uygulanmasının gerekliliği gibi konular nedeniyle etik açıdan bir ikilem oluşabilir. Henüz COVID-19'un klinik özellikleri ile ilgili bilinmeyen pek çok konu olduğundan, taramadan en çok faydanın nasıl sağlanacağı konusunda net bilgiler olmamakla birlikte yüksek riskli grupların önce taranması doğru bir yaklaşımdır. Semptomları olan hastaların test edilmesi gerekliliği açıktır. Salgınla mücadelenin en önemli basamaklarından birisinin bulaşma zincirinin kırılmasına yönelik girişimler olması nedeniyle, hastalığı bulaştırma potansiyeli olan bireylerin erken teşhis ve destekleyici tedavisi, bu hastalar ve toplum için en faydalı sonucu oluşturacaktır. Ancak sağlık personelinin etkileşimde buldukları yüksek riskli hastalardan enfeksiyon kapmaları mümkün olduğundan asemptomatik sağlık çalışanlarının düzenli olarak taranması da önem taşımaktadır. Ön saflardaki çalışanların hasta olduklarında olabildiğince çabuk saptanmaları, tedavilerinin başlatılması ve çalışma arkadaşlarına, hastalara, ailelere ve diğer toplum bireyelerine hastalık bulaştırma risklerinin en aza indirilmesi için, düzenli olarak taranmaları sağlanmalıdır. Ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarının yanı sıra temaslı olma ihtimali yüksek olan yakınlarının da sağlık hizmetlerine öncelikli erişimi planlanmalıdır⁶. Bunun yanı sıra testler yaygın olarak kullanılabilir olmasının ve temaslı (potansiyel olarak enfekte olmuş) kişileri karantinaya almayı engellemek için daha geniş kapsamlı tarama programlarının sağlanması gereklidir.

Bu bölümde sadece örnek olması açısından tarama testleri ile ilgili açıklama yapılmıştır. Tarama testleri benzeri sınırlı kaynakların adil dağıtılması ve toplum güvenliğine odaklanması olarak ifade edilen halk sağlığı etiğinin eşitlik ve hakkaniyet yönelimi ile hastaların bireysel haklarına ve tercihlerine saygı ile ifade edilen klinik etiğinin hasta merkezli yönelimi arasındaki önceden de söz edilen çelişki, pandemi mücadelesinde sunulacak her türlü hizmet ve kaynak herkes için erişilebilir olamayacağından, çok daha büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır².

Son Söz

Bu yazıda içinde bulunduğumuz COVID-19 salgını özelinde pandemilerde sağlık sisteminin topluma karşı yükümlülüklerinden planlama, koruma, rehberlik ve kaynak bulma görevleri halk sağlığı bakış açısıyla irdelenmeye çalışılmıştır. Bulaşıcı hastalık salgınlarında verilen mücadelenin etkililiği, özellikle ön saflarda çalışan çok çeşitli meslek gruplarının katkılarına bağlıdır. Sağlık hizmetleri sektöründe, ön saflarda çalışanlar, doğrudan hasta bakımı sorumluluklarına sahip sağlık profesyonellerinden ambulans şoförlerine, laboratuvar çalışanlarından filyasyon ekiplerine

kadar uzanmaktadır. Sağlık sektörü dışında temizlik işçileri, defin ekipleri ve benzeri gruplar da önemli roller üstlenmektedirler. Sağlık personelinin acil durum veya kriz koşullarında karşılaşılabilecek belirsizlik ve sıkıntı, etik sorunlara odaklanmış kurumsal hazırlık gerektirir. Sağlık sistemi, toplumun halk sağlığıyla ilgili acil durumlara direnme ve bunlardan kurtulma kapasitesi açısından çok sektörlü yapının temel taşlardan birisidir. Sağlık personelinin haklarının ve yükümlülüklerinin salgın öncesi planlama döneminde açıkça belirlenmesi, etik sorunlar için destek mekanizmalarının kurulmuş olması, sağlık hizmetlerinin bütünlüğü ve sağlık insan kaynaklarının motivasyonu açısından çok önemlidir.

Sağlık hizmeti çalışanlarının COVID-19'a yanıt verirken karşılaştıkları özel zorlukları tanımak ve ele almak, sağlık hizmetleri liderliğinin ve yurttaşlık görevinin bir parçasıdır. Bununla beraber toplum yararı, bireysel ya da küçük gruplar tarafından belirlenemez. Nüfusun önemli bir bölümü adına eylem gerektiğinde halk sağlığı yaklaşımı ile bireysel yararların toplamından daha büyük bir değer üretilebilir. Halk sağlığı önlemleri kanıta dayalı ve dayanışma içinde uygulanmalıdır. Toplumdaki bireylere hak ettikleri saygı gösterilerek eşit davranılmalı, yaşamlarına zorla ve izinsiz yapılan müdahaleler beklenen amaç ile dengeli ve mümkün olan en düşük düzeyde olmalıdır.

Ek 1: COVID-19 veya başka bir bulaşıcı hastalık pandemisinin de sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu ile ilgili kurumsal ve örgütsel politikalar ve süreçler:

- Karantina, izlem, veri toplanması ve kaynak tahsisi için yetkililerle koordinasyonun sağlanması
- Sağlık iş gücünü etkileyecek okulların kapanması ya da toplu taşımadaki değişiklikler benzeri halk sağlığı müdahaleleri ile ilgili uygulamalar;
- Sağlık kuruluşlarında insan gücü, tıbbi cihaz ve malzemeler için gerekli gibi sınırlı kaynakların tahsisinin sağlanması
- Ağır hastaların üçüncü basamak tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarına taşınması ve kabul edilmesine ilişkin politikalar ve süreçler;
- Salgın esnasında acil durumlar dahil olmak üzere, taburcu olma, nakil ve tedaviyi bırakma hakkı ile ilgili politika ve süreçler;
- Hastalara ve topluma sağlık hizmeti sunumunda sınırlamalar ile ilgili bilgilendirmeye ilişkin politika ve süreçler;
- Ayaktan tedavi ortamında hasta kaydı ve taramayla ilgili politika ve süreçler;
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımına ilişkin politikalar, süreçler ve uygulamalar;
- Herkes tarafından görülebilen alanlarda enfeksiyon durumu bildirimleri dahil olmak üzere hasta mahremiyeti ve tıbbi bilgilerin gizliliği ile ilgili politika ve süreçler;
- Tıbbi kayıtların (elektronik dahil) dokümantasyonu ve kullanımına ilişkin politikalar, süreçler ve uygulamalar;

- Maruz kalma riski olan aktif olarak doğum yapan hastaların bakımını yönetme, bebek izolasyonu ile ilgili politikalar ve bir bulaşıcı hastalık salgını sırasında emzirme yönergeleri;
- Bir halk sağlığı acil durumu sırasında sağlık hizmeti planlama ve bilgilendirilmiş onama bağlı karar vermeyi destekleyen politikalar (tedavinin onaylanması ve reddedilmesi halinde);
- Triyaj veya izolasyon koşulları için bu süreçleri uyarılma dahil olmak üzere, “tek başına hastalar” ile ilgili karar verme süreçleri;
- Ciddi kaynak kısıtlamaları nedeniyle hastaların veya yakınlarının isteklerine bağlı tedavi sürdürme ya da durdurmaya ilişkin politika ve süreçler;
- Sağlık çalışanlarının bir bulaşıcı hastalık salgını sırasında hasta bakımına veya klinik olmayan rollere katılmayı reddetmesiyle ilgili politika ve süreçler;
- Çalışma ve dinlenme süreleri ile ilgili politika ve süreçler;
- Çalışanların güvenli olmayan çalışma koşullarını bildirme süreçleri.

Kaynaklar

1. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi. Güler Ç, Akın L, editör. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012. p.1480-1526
2. Berlinler N. vd. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. The Hastings Center. March 16, 2020.
3. American Medical Association. Council on Ethical and Judicial Affairs (1990). Fundamental elements of the physician-patient relationship. Journal of the American Medical Association, 264, 3133
4. Lappe, M. Ethics and public health. içinde J.M. Last (ed.) Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine (12th ed.). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. 1986. pp. 1867-77.
5. Calman KC, Downie RS. Ethical principles and ethical issues in public health Edited Ed. R Detels, J McEwen, R Beaglehole, H Tanaka. İçinde Oxford textbook of public health, (4th ed). Oxford University Press, 2002:387-398.
6. World Health Organization. Library Cataloguing-in-Publication Data. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. 2016. ISBN 978 92 4 154983 7
7. World Health Organization. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. WHO reference number: WHO/RFH/20.2. 2020.
8. Kramer, JB. Douglas MD, Brown, E. Kopar, PK. MD Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic, Am Coll Surg. Vol. 230, No. 6, June 2020, Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004>
9. Uslu, A., Sayar, C. Ş., Tanış, B. B., Danış, D. E., Akdeniz, B. Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması. TÜBİTAK; 2020.
10. 2006/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi, Resmi Gazete, tarih 23.08.2006, sayı 26268
11. 2019/5 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi, Resmi Gazete, tarih 13.04.2019, sayı 30744
12. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, Ankara, 2019
13. Telatar G, Üner S. COVID-19 Pandemisi Mücadelesinin Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Açısından Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, COVID-19 Özel Sayısı 2020: 51-56)
14. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. (Alıntılındığı Tarih: 23 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://COVID19.who.int>
15. Dawson A. & Verweij M. (ed), Ethics, prevention and public health. Clarendon Press, Oxford, 2007, ISBN-13: 978-0-19-929069-7.
16. Okyay P. Hastane Afet Planları (HAP), Hastane Pandemi Planları ve COVID-19, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Erişim Adresi: <https://korona.hasuder.org.tr/hastane-afet-planlari-hap-hastane-pandemi-planlari-ve-COVID-19>

*Ben triyajdayım. Bir işçiyle ilgili olay, canımı çok sıktı. Sırf semptom göstermedi diye test yapılmıyor bu kişiye. Ben istesem de insiyatif kullanıp test isteyemiyorum yaptırılmıyor bu kişiye. Ama dediğim gibi teste ulaşmak konusunda sıkıntı var. Örneğin primer sorumluya sorsan halk sağlığı, ama topu acile atıyorlar. Primer sorumlu hala kim bilmiyorum ben. İlçe sağlık müdürlüğüne gönderdiğinizde acile gönderiyor onlar. Primer sorumlu acil mi o zaman? Dediğim gibi daha önce işte düzgün organizasyon olsa ve sevk zinciri olsa teste ulaşılabilirliği sağlarız zaten. Şimdi hastanın ateşi çıkmış benim sorumluluğum bu tabii ki araştırıp bakacağım ne olduğunu. Ama hasta gelmiş sağlık ocağı, ilçe sağlık yani filyasyon dediğimiz kısım öncelikli uğraşmalı insanlarla. Günde 800*900 hasta giriyor acile. Doğru sevk zinciri kurulsa ve filyasyon olsa bu insanların yarısı girmeyecek acile. Günde 500 kişi azaltmak ne demek? Ayda 15 bin insan yapar. Teması düşünün ayda 15 bin insandan bahsediyoruz. Anlatabiliyor muyum? Yani bunu yarı yarıya indirmek mümkün iyi bir organizasyon ile ilgili. Yoksa gelen hastaya bakıyoruz izole ediyoruz gereken müdahale yapılıyor ve sıkıntı yok o konuda. Tedavi konusunda sıkıntı yok. Biz organizasyonu acil içinde ayarladık. Ateşli hastayı başka odaya alıyoruz. Türkiye’de ama genel anlamda en büyük sorun organizasyon eksikliği, primer sorumlu kim? Ayaktan göndereceğimiz hastalara filyasyona yönlendirelim.*

Hemşire Ferhat

Pandemi Yönetimi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri

MUZAFFER ESKİOÇAK

Salgınla mücadelede sağlık örgütlenmesinin her bir basamağının (hastaları yatırarak hizmet veren kuruluşlar olarak hastaneler ve sağamlara dahil olmak üzere tüm topluma ayaktan hizmet veren eden Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinin (İSM)) rolleri SARS-CoV-2 enfeksiyonunun (Yeni Koronavirüs hastalığı: COVID-19) özelliklerine ve alınması gereken önlemlerin boyutuna göre farklılaşacaktır.

COVID-19 Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmeliğe göre¹ Grup 4 biyolojik bir etkenle (İnsanda ağır hastalıklara neden olan, çalışanlar için ciddi tehlike oluşturan, topluma yayılma riski yüksek olan ancak etkili korunma ve tedavi yöntemi bulunmayan biyolojik etkenler) oluşan bir hastalıktır. Koronavirüs pandemisinde hastalığın kaynağı insandır.

COVID-19 enfeksiyonuna herkes duyarlıdır. COVID-19 vakalarının %30'u belirtisizdir, %55'i hafif-orta şiddette belirtilerle hastalığı geçirir, bu iki grupta ölüm beklenmez, COVID-19 vakalarının %10 hastalığı ağır geçirir ve hastanede tedaviye rağmen %15'i ölür, COVID-19 vakalarının %5'i yoğun bakım gereksinimi duyar ve bunların yarısı ölür². CoronaVac aşısı, COVID-19 ile enfekte olmayı yeterli ölçüde, ağır hastalık geçirme ve ölme riskini büyük ölçüde önler³.

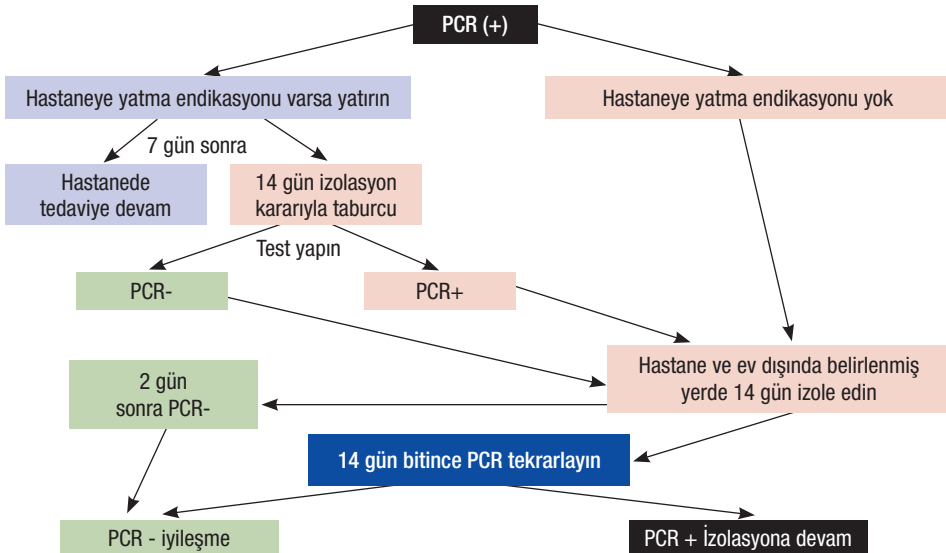
Olgu yönetimi ve izolasyonu aşağıda gösterilenden daha kısa süre ve daha az teste evrilmiştir.

Yasal Zemin

Umumi Hıfzısıhha Kanunu Madde 83 - Cebri tecride tabi olarak müessesatta veya evlerinde tecrit edilen kimselerle 76. maddede zikredilen şahıslardan muhtaç olanlarının kendileri ve ailelerinin iaşeleri masarifi hükümetçe tesviye edilir⁴. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası- Erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olmak; ırk, din, dil, siyasal inanç, ekonomik ve toplumsal koşullar gözetilmeksizin her insanın temel haklarından biridir. Hükümetler, kendi halklarının sağlığından sorumludurlar⁵.

Tablo 2.1 Salgınla mücadelede birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin rolü

Hizmet	Aile Sağlığı Merkezi	TSM-İSM	112	Hastane
Rutin Hizmet	Sağlamlara: Aşılama, topuk kanı, gebe izlemi Hasta muayenesi, Danışmanlık	Bulaşıcı hastalık izlemi Çevre sağlığı	Acil hasta	Kr.Hasta izlemi Acil hasta bakımı Acil ameliyatlarda Elektif ameliyatlarda Aşılama
COVID-19	Listelerindekileri bilgilendirme, risk iletişimi, uyumu güçlendirme İzolasyon, Karantina izlemi Yaşlı izlemi Aşılama	Filyasyon, Temaslı inceleme Sorun yönetimi	İzolasyon merkezine Hastaneye COVID-19+olması hasta taşıma	Poliklinik Servis bakımı Yoğun bakım Aşılama
Çalışan	Enfeksiyonu önleme (KKD, Eğitim) maruz kalmayı azaltma (kısa vardiyeye, mekan düzenlemesi, riskli çalışanları ayırma), aşılama	Enfeksiyonu önleme (KKD, Eğitim) maruz kalmayı azaltma (kısa vardiyeye, mekan düzenlemesi, riskli çalışanları ayırma), aşılama	Enfeksiyonu önleme (KKD, Eğitim) maruz kalmayı azaltma (kısa vardiyeye, mekan düzenlemesi, riskli çalışanları ayırma), aşılama	Enfeksiyonu önleme (KKD, Eğitim) maruz kalmayı azaltma (kısa vardiyeye, mekan düzenlemesi, riskli çalışanları ayırma), aşılama
Kapsanan Nüfus	Nüfusun tümü	Olgu ve temaslılar, ilçe	TSM-İSM'nce yönlendirilenler, acil çağrı	Başvuranlar ve yatırılan olgular
COVID-19 Pandemisine Etki	Yeni olgu oluşumunu önleme	Yayılmı sınırlama	Teması önleme	Hasta tedavisi, ölümleri önleme

**Şekil 2.1** Olgu yönetimi ve izolasyon algoritması.

İl Pandemi Kurulunun Oluşturulması

13 Nisan 2019'da yayınlanan 2019/5 sayılı Cumhurbaşkanlığı genelgesi ile Ulusal Pandemi hazırlıkları ve il düzeyinde yapılması gerekenlere yönelik talimat yayınlanmıştır.

Tutum

Kurallara uymayan cezalandırılmaktadır. Tahsil edilme süreci ve miktarı üzerinde tartışmalar olan cezalandırmaların caydırıcı olmadığı anlaşılmış ise de aynı politika sürdürülmektedir. İnsanların bu cezalar karşılığında enfeksiyona maruz kalmalarına göz yumulmaktadır. Öte yandan yaşam hakkını koruma ile ekonomik faaliyeti sürdürme arasında kalma duygusu, halkın sağlığının öncelikli olma-olmama durumunu tartışmıştır⁶.

COVID-19'dan Korunma ve Maslow'un Gereksinimler Hiyerarşisi^{7,8}

Bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin kayıp-endişe için harekete geçmeyi, topluma aidiyet ve kendini gerçekleştirme, fizyolojik gereksinimlerinden sonraki sıraya koydukları klasik bilgisine (Maslow gereksinimler hiyerarşisi) karşın, salgın süresince zorunlu yürütülmesi gereken işler dışında kimi işyerlerinde çalışanlar evde kalma hakkını kullanamamış, hem konak, hem de kaynak olma riskini taşımıştır. Evde kalma, esnek çalışabilen ya da yaşamak için günlük kazanç peşinde olmayanların kullanabildiği bir ayrıcalıklı durum yaratmıştır. Kamu yönetimi evde kalıp virüse maruz kalma şansına sahip olamayan yoksulların geçinme kaygılarını gidermekte yetersiz kalmıştır.



Şekil 2.2 COVID-19'dan Korunma A. ve Maslow'un gereksinimler B. Hiyerarşisi.

Türkiye’de DSÖ Hazırlıklılık ve Yanıt Çerçevesi bağlamında Sorun yönetiminde yaşanan deneyimler ve öneriler aşağıda sunulmuştur^{9,10,11}

Hazırlık ve yanıt ögesi: Eşgüdüm

Ödevli: Her yönetim düzleminde kamu yönetimi (Cumhurbaşkanı, Vali, Kaymakam)

Olumlu deneyim: Ödev üstlenildi, il ve ilçe düzeyinde Hıfzısıhha Kurulları çalıştırıldı.

Sorunlar: Geç kalındı, Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesinden öte ekonomik kaygıların yönlendiriciliğinde kısmi-yetersiz önlemler alındı, yurttaşlara ve mesleki-toplumsal örgütlenmeler yönetim sürecinden uzak tutuldu, Hıfzısıhha Kurullarının yerele özgü önlemlere odaklanması, İçişleri Bakanlığı genelgeleriyle güçsüzleştirildi.

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma, Sağlık meslek Örgütleri-Uzmanlık Dernelerini yönetime katma, bilimin rehberliği. İl Pandemi Kurullarının sürekliliği, şeffaflığı, hesap verebilirliğinin sağlanması

Hazırlık ve yanıt ögesi: Risk İletişimi ve Toplum Katılımı

Ödevli: Pandemi yönetimi (Sağlık bakanlığı),

Sağlık Meslek Örgütleri (TTB, TEB, TDHB, TVHB, UDEK), THD, Sendikalar) Üniversiteler

Olumlu deneyim: Sağlık Meslek Örgütleri, Üniversiteler gerçekliğe açıklanması için cesur, bilimsel bilgi sağlamada yüksek enerjili çalıştı

Sorunlar: Pandemi yönetimi, toplumun uyum ve işbirliğini sağlayacak bilgi vermekten kaçındı, güven sarsıcı davrandı, Tanımlamalarda (vaka, olgu, hasta) karmaşa yaratıldı, yurttaşlara hastalığın boyutu-kişi-yer-zaman bilgisi sunulmadı sorun gerçek boyutuyla gösterilmedi, önlemlere ilişkin net, tutarlı bir dil kullanılmadı, Doğru bilgi kaynakları Bakanlık tekelinde sınırlı kaldı, En güvenilir bilgi kaynağı (doğrudan hizmet sunan sağlık çalışanı-Aile Hekimi) işlevsiz kaldı, Yanlış bilgi kaynakları pandeminin başında TV’lerde yaygındı, süreç içinde aktivitesini eksiltmedi

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma DSÖ’nin rehberlerine uygun iletişim, iletişimde akademik-profesyonel yardım sağlama, algı araştırmaları, toplumu yönetime katma mekanizmalarının kurulması, bilimsel bilginin yayımının özendirilmesi, yanlışbilgi- yalanbilgi yayımıyla mücadele edilmesi.

Hazırlık ve yanıt ögesi: Halk Sağlığı Önlemleri

Ödevli: Pandemi yönetimi, Sağlık Meslek Örgütleri, Üniversiteler, sağlık çalışanları

Olumlu deneyim: Pandeminin başlangıcında karantina ve izolasyonda kısmi sorunlar olsa da uygulamaya alındı. İlaç dışı halk sağlığı önlemleri için SB dışındaki kurumlarca yaygın savunuculuk yapıldı.

Sorunlar: Pandemi yönetimi Mart, Nisan 2020 dönemindeki politik kararlılık Mayıs 2020'de ekonominin yeniden canlılığına kavuşturulması için Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanmayı terk etti. Pandemiye baskı lama yerine endemik-hiperendemik haliyle sürdürülmesi tercih edildi. Halk sağlığı önlemlerinin etkililiğine karşın uygulamalar önerilenin aksine kısmi uygulamalarla sürdürüldü. Kurallara uyum para cezalandırması yoluyla sağlanmaya çalışıldı. Kurallara uyum sorumluluğu herkes için olmaktan öte, erk sahibi sorumlu yapı dışındakilere yüklendi, tutarsız davranıldı. İncinebilirliği yüksek grupların pandemiyle mücadele sürecinde gözetilmesi yetersiz kaldı. Pandemi planlarının işlevselliği sağlanamadı, dinamik bir plan güncellemesi yürütülemedi.

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma, Olgu yönetimi yerine sorun yönetimi yaklaşımının tercih edilmesi, önlemlere uyumda tutarlılık sağlanması, kurallara uymayarı cezalandırıcı yaklaşımdan, uymak kuraldır politikasına geçilmesi. İnsanların bu kurallara uyma koşullarının sağlanması (dayanışma-sosyal-ekonomik destek, KKD sağlama)

Hazırlık ve yanıt ögesi: Olgu Yönetimi

Ödevli: Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri

Olumlu deneyim: Bilim Danışma Kurulunun erkenden oluşturulması, olgu yönetim rehberlerini erken dönemde yayınlanması, bilgilerdeki yenilenmeyle birlikte güncellenme yapılması

Sorunlar: **Olgu yönetimi güncellemelerinin bilimsel dayanakları yayınlanmadı, uzmanlık dernekleriyle mutabakat sağlanmadı, kimi kararlar (örn. Tedavide Hidroksiklorokin kullanımı) açık karşı duruşa rağmen sürdürüldü¹²**

İzole etme- karantinaya alma kararı ve süreleri, PCR testi uygulama endikasyonları, temaslı incelemesi ve yönetimi, işe geri dönüş kararı gibi alanlardaki güncellemele rin kimileri uzmanlık derneklerinin itirazlarına karşın uygulandı. Olgu yönetimine ilişkin bilgi üretimi kısıtlandı.

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma, bilimsel bilgi üretiminin önündeki engellerin kaldırılması, bilim danışma kurulu kararlarının açıklanması, uzmanlık derneklerini yönetim sürecine katma

Hazırlık ve yanıt ögesi: Enfeksiyon Önleme ve Kontrol

Ödevli: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Meslek Birlikleri, Uzmanlık Dernekleri, Hastane Yönetimleri (Enfeksiyon Kontrol Komitesi),

Olumlu deneyim: TTB ve SES'nin savunuculuğu, aşılama da sağlık çalışanlarından başlanması

Sorunlar: Pandeminin başında KKD'a erişim ile ilgili sorun yaşandı, bu durum malzemelerin niteliğinde sorun olarak da karşımıza çıktı. Bunun dışında standart önlemlere uyum, yönetsel sürecin enfeksiyon önlemeye ve denetime yeterince önem vermeyişi, TTB ve SES'nin öneri ve uyarılarına değer vermemesi maruz kalma süresinin olabildiğince kısaltılmasına yönelik çabanın yetersizliği, sağlık çalışanları-

nın enfekte olma sıklığının yüksekliği (sıklık bilinmemektedir), sağlık çalışanlarının ölümlerinin çokluğu.

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma, Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi, uzmanlık derneklerini yönetim sürecine katma, Yeni Koronavirüs hastalığının meslek hastalığı sayılması, güvenli bir çalışma ortamının işçi sağlığı ve güvenliği perspektifinden hayata geçirilmesi

Hazırlık ve yanıt ögesi: Sürveyans ve Risk Değerlendirmesi

Ödevli: Sağlık Bakanlığı

Olumlu deneyim: Yerleşik ve işler bir sürveyans sistemi varlığı (Polio eradikasyonu, Yenidoğan tetanozu eliminasyonu, Grip sürveyansı)

Sorunlar: Sürveyans verilerinden üretilmiş bilginin kamuoyu ile- bilim insanlarıyla paylaşımıyla isteksizlik, Sağlık ticarileştirilmesiyle parçalanmış sağlık hizmetleri örgütlenmesi, değişen paradigma, yönetsel isteksizlik, yaratılan kavram (olgu, vaka, hasta) kargaşası, Risk değerlendirmelerini yapılmayı ya da yapıldıysa da kamuya paylaşılmaması

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma, düzenli yayınlanan sürveyans bülteni

Hazırlık ve yanıt ögesi: Ulusal Laboratuvar Sistemi

Ödevli: Sağlık Bakanlığı

Olumlu deneyim: Refik Saydan Hıfzısıhha Merkezi Laboratuvarı, Her ilde Halk Sağlığı Laboratuvarlarının varlığı, Üniversite hastanelerinin yaygınlığı

Sorunlar: Halk Sağlığı Laboratuvarlarının varlığına rağmen PCR incelemesi yapmaması, Üniversite hastanelerinin yaygınlığına rağmen pandemi başında PCR incelemesi yapma (şimdilerde mutasyon için dizin analizi yapma yetkisinin verilmemesi), testlere erişimin kolaylaştırılmaması,

Çözüm önerisi: Halk Sağlığı Laboratuvarlarının niteliğini geliştirme, üniversite hastanelerinin tanılama sürecine katkısının sağlanması

Hazırlık ve yanıt ögesi: Lojistik, Tedarik, Tedarik Yöntemi

Ödevli: Sağlık Bakanlığı

Olumlu deneyim: Aşı takip sistemi (lojistik ve soğuk zincir yönetimi) ile ilgili, donanım, deneyim

Sorunlar: Aşı üretmeme, aşı yapan birimlerin birbirinin kayıtlarını görememesi, COVID-19 aşılarını tedarik programının belirsizliği, aşı temininde DSÖ'nün liderliğindeki aşı dayanışmasına-COVAX'a katılmama,

Çözüm önerisi: Aşı üretiminin kamu eliyle yürütülmesi, aşı kayıtlarının entegre edilmesi, uluslararası dayanışma

Hazırlık ve yanıt ögesi: Hayati Hizmetlerin Devamlılığının Sağlanması

Ödevli: Her yönetim düzleminde kamu yönetimi (CB, Vali, Kaymakam)

Olumlu deneyim: İşsizlik ödeneği, sosyal yardım, belediyeler aracılığıyla dayanışma

Sorunlar: İşsizlik ödeneğinin düşüklüğü-yetersizliği, bu düşük ödenekle geçen sü-

renin uzunluğu-sürdürülemezliği, sosyal yardım organizasyonunda toplumsal dayanışmanın güçlendirilmesi yerine kimi yerel yönetimlerin dışlanması, devletin yaşamı sürdürme konusunda desteğinin gereksinimi olanlara ulaşımı ve miktarında yetersizlik.

Çözüm önerisi: Güvenli bir yaşama-çalışma-eğitim hakkının gerçekleştirilmesine odaklanma, ulusun sağlığının en önde gelen ulusal çıkar olarak görülmesi

Hazırlık ve yanıt ögesi: Araştırma Geliştirme

Ödevli: Üniversiteler

Olumlu deneyim: Pandemi etkeninin üretilmesi, aşı üretimine yönelik çalışmalar

Sorunlar: Sağlık bakanlığının araştırmalar için ön izin engellemesi

Çözüm önerisi: Sağlık bakanlığının araştırmalar için müdahil olmaktan vazgeçmesi, üniversitelerin COVID-19 araştırmalarını özendirilmesi, bilimin değersizleştirilmemesi. Bireylerin, halk sağlığının korunmasına yönelik önlemlere uymama, aşı yaptırmama tutumu nasıl değerlendirilmelidir? Aşıların gereksinimi karşılayacak miktardan uzak olduğu bu koşullarda adil dağıtımı nasıl sağlanabilir? Yeni Koronavirüs pandemisi mesaj yayımının şimdiye dek en hızlı bir biçimde gerçekleştiği bir dönemde oldu. İnsanlık, pandeminin yıkımının an be an izleyicisi kılındı. Bir yandan hastalık yaşantısının bir parçası -kabul etme ve yeni bir yaşam-çalışma-ilişki biçimi kurmanın aracı- oldu, bir yandan kabul edilemez, önlenebilir-sınırlanabilirliğine rağmen sınırlandırılmaması, insanda aciz kalma duygularıyla mücadeleden vazgeçme ve karşı konulamaz komplo teorileriyle eylemsizliğe rıza gösterme sağlandı, öte yandan insanlara yapabileceklerinin kendileriyle sınırlı oluşu duygusu oluşturuldu. Komplo teorilerinin içinde ilaç endüstrisinin sağlığı ve giderek yaşamı kazanca dönüştürücü müdahalesi olarak açıklama, COVID-19 aşısına karşı güvensizliği de besledi. Öte yandan COVID-19 hastalığına karşı aşı geliştirme süreci şimdiye dek deneyimlenen aşı geliştirme süreçlerinden daha kısa oldu. Politikacılar sürece demeçleriyle müdahil oldu. Ülkemizde sağlık çalışanlarına pandeminin seyrine ilişkin zamanında yeterli bilgi verilmedi, sağlık meslek örgütleri, tıpta uzmanlık dernekleri karar alma mekanizmalarına katılmadı, toplumda bilimin yol gösterici olduğu duygusu zedelenildi. Aşılar insanlığı ortak değeri-ürünü olmaktan ticari ürüne-metaya, hatta daha ötesi stratejik bir pazarlık ögesine dönüştü. Aşılarla erişim hakkaniyete uygu olmadı.

Pandemi sürecinin yönetimi, aşı kararsızlığını arttırıcı birçok ögeyi doğrudan ya da dolaylı olarak üretti, ihtiva etti. Ne var ki, hastalığın yıkımının yaygınlığı, insanların bu yıkımı yakınlarında yaşamışlığı, sağlık meslek örgütlerinin açık desteği, sağlık bakanının ve politikacıların aşılarını yaptırmayı, kararsızlık için elverişli bir ortama karşı kararsızlar- aşı yaptırmayanlar tehdit edici büyüklüğe ulaşmadı gibi görünüyor. Herkesin (hastalığı geçirmişler veya aşılanmışlar dahil) COVID-19 enfeksiyonuna duyarlı oluşu, enfekte olma olasılığının yüksekliği, yüksek bulaştırıcılık hızı, aşılanmayı reddetmenin yalnızca bireyi ilgilendiren bir durum olarak değerlendirme yapılamayacağını göstermektedir. Aşılanmayan birey diğer insanlar için sonu ölüme bitebilecek bir enfeksiyon için potansiyel kaynaktır (Başkaları için zararlı olma po-

tansiyeli). Enfeksiyon kaynağı olma hürriyeti bu bağlamda savunulamaz (Otonomiye saygı bağlamında değerlendirme, başkasına zara verme potansiyeli taşıır). Enfeksiyondan korunma açısından kabahat işlemenin cezalandırma ile telafisi mümkün değildir, kişiye verilecek para cezası, bulaş kaynağı olduğu kişilerin içinden birilerinin yoğun bakım gereksinimi duyması, birilerinin ölmesini karşılamayız. Toplumda COVID-19 yaygınlığının artması ile sağlık çalışanlarında artan ölüm, COVID-19 dışındaki sağlık hizmetlerinde-sorunlarının bakımında aksamaya yol açmakta, bunlar da erkenden-prematüre ölümlere ve fazladan ölümlere yol açmaktadır.

Aşılama önceliklendirme hem aşı üretiminin gereksinimi karşılamaktan uzak oluşu, hem de, gereksinimi olanlarının tümünü aynı anda aşılayabilme pratiğinin olanaksızlığı nedenleriyle zorunludur. Adil bir önceliklendirme, sağlık hizmetlerinin, toplumu yeniden üretecek-yaşamsal önem taşıyan hizmetlerin sürdürülmesi ve risk altındakilerin gözetilmesi ile olasıdır. Sağlanan aşıları nasıl belirlendiği kanıt ve gerekçeleriyle duyurulmuş bir sıralama ile yapmak, aşılama sürecini şeffaf olarak yürütmek, topluma düzenli ve yeterli bilgi sunmak hekimliğin değerlerine uygun bir tutum olacaktır.

Kaynaklar

1. Resmi Gazete, 15.06.2013, sayı: 28678
2. Gala JL, Nyabi O, Durant JF, Chibani N, Bentahir M. COVID-19 Diagnostic Methods. Erişim Adresi: <https://www.louvainmedical.be/fr/article/methodes-diagnostiques-du-COVID-19#:~:text=Parmi%20les%20tests%20diagnostiques%20qui,2%20sont%20deux%20m%C3%A9thodes%20utilis%C3%A9es>
3. Klimik Derneği. Koronavirüs Aşıları Hakkında Klimik Derneği Görüşü. Erişim Adresi: <https://www.klimik.org.tr/2021/01/13/100308/>
4. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
5. World Health Organization. Constitution Of The World Health Organization, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
6. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin (HASUDER) Yeni Koronavirüs (COVID-19) Hastalığı Süreci İle İlgili Görüşleri-8. Erişim Adresi: <https://Hasuder.Org.Tr/Halk-Sagligi-Uzmanlari-Derneğinin-COVID-19-Sureci-Ile-İlgili-Gorusleri-8/>
7. Deziel NC, Allen JG, Scheepers PTJ, Levy JI. The COVID-19 pandemic: a moment for exposure science. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*. 2020. Erişim Adresi: <https://www.nature.com/articles/s41370-020-0225-3>
8. Psikoloji Sözlüğü. Maslow gereksinimler hiyerarşisi kuramı. Erişim Adresi: <https://www.psikolojisozlugu.com/maslows-motivational-hierarchy-theory-maslow-gereksinimler-hiyerarsisi-kurami>
9. Eskiocak M. ed. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemisine Türkiye’de Hazırlık ve Yanıt, 14, 28 ve 56. Gün değerlendirmeleri. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Erişim Adresi: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2020/11/Teknik-Rapor.pdf>
10. Eskiocak M., Domuz Gribinden Koronavirüs Hastalığına, Türkiye’nin Hazır Olma Durumu ve Yanıtı: Bir Halk Sağlığı Uzmanının Öznel Değerlendirmesi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2020/07/10-Domuz-Gribinden-Koronavir%C3%BCs-Hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1na-T%C3%BCrkiye%E2%80%99nin-Haz%C4%B1r-Olma-Durumu-ve-Yan%C4%B1t%C4%B1-Bir-Halk-Sa%C4%9F%C4%B1nC4%9F%C4%B1-Uzman%C4%B1n%C4%B1n-%C3%96znel-De%C4%9Flerlendirmesi.pdf>
11. Eskiocak M., Koronavirüs Pandemisi, Salgın Yönetimi, Dijital İzleme ve Endişe. Ankara Tabipler Odası. Erişim Adresi: https://ato.org.tr/hekim_postasi_arxiv/2020/hp_pandemi_ozel2.pdf
12. Klimik Derneği. COVID-19 Tedavisinde Hidroksiklorokin Kullanımı Konusunda KLİMİK Derneği Görüşü. Erişim Adresi: <https://www.klimik.org.tr/koronavirus/COVID-19-tedavisinde-hidroksiklorokin-kullanimi-konusunda-klimik-derneği-gorusu/>

Sağlık alışanlarının birbirleri arasında iş bölümünü doğru ve adil bir Şekilde yapmak noktasında aynı branştaki insanların bile arasında ciddi problemler yaşandı. Yani o mesleki birlik ya da aynı Şeye karşı çabalıyor olmanın birleştirici gücü bile bir süre sonra kalkmıştı. Hemşireler ve doktorlar hiç düşünülmüyordu kurumda. Ama özellikle hemşireler... Herkes birbirine öfke kusuyordu adeta serviste. Patlamaya hazır bir ortam vardı. Burada meslek etiği açısından birbirimize iş yüklerken birbirimize olan sorumluluğumuzu hastaya olan sorumluluğumuz yerine getirilirken birbirimize çelme taktiğimiz çok zamanlar oldu. Bunu doktor da doktora yaptı. Doktor da hemşireye yaptı. Ya da tam tersi oldu. Bu açıdan çok irkinleştiği zamanlar oldu işlerin. Çünkü insanlar stres altında yeterince korunmadıkları ve yöneticileri tarafından yeterince umursanmadıklarını hissettikleri zaman toleransları çok ciddi azalıyor. Mesela ben dalım da gereği bu dönemde bir miktarda sağlık çalışanı gördüm. Ciddi anlamda bir baskı altında oldukları görüldü. Hatta bir çalışma da yaptık bununla ilgili. Ciddi anksiyete olduğu görülüyor çalışanlarla ilgili. Bunun büyük bir bölümü "biz bu işi yapıyoruz bakın altından kalktık" dedirtmek için çeşitli yerlerin yöneticilerinin hani hastaları kaldıracılabilmek ve sağlık hizmetini verebilmek için ilk başta kestikleri/düşürdükleri harcamalar ekipmandan oldu. Başlarda doğru hızda ekipman sağlanamadı. Personel doğru Şekilde yönetilip dağıtılmadı. Bu ciddi strese yol açtı. Üzücü bir Şeydi yani.

Psikiyatri Asistan Doktor Doğan

COVID nöbetleri yazıldı. Bazı ğretim üyelerine nöbetler yazılmadı. Burada bir adaletsizlik var. Neye, kime göre nöbetler yazılıyor bilmiyoruz. Bazı kişilere en kritik noktalarda; örneğin acilde, kapalı ortamda hiçbir fiziksel düzenlemelerin yapılmadığı bir yerde nöbetler yazılıyordu. Bu adaletsizlikle birlikte etik bir sıkıntı da doğuruyordu.

Psikiyatri Uzman Doktor Erkin

Pandemide Hastane İçi Personel Yönetimi

GÖKHAN TELETAR

COVID-19 pandemisi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük bir halk sağlığı sorunudur¹. Hastalığın yeni olması nedeniyle hakkında her şeyin bilinmiyor olması ve gerek kliniği gerek mücadele yöntemleri ile ilgili bilgilerin süreç boyunca öğreniliyor olması, pandemi ile mücadeleyi zorlaştıran faktörlerdendir^{2,3}. Ancak COVID-19'un yeni bir klinik tablo olması, insanoğlunun bu pandemi ile mücadelede tamamen çaresiz olduğu anlamına gelmemektedir. Halihazırda bulaşıcı hastalıklarla ve salgınlarla mücadele konusunda sahip olunan deneyim, salgının kontrol altına alınması için eldeki en büyük silahtır. Etkenden bağımsız olarak salgınla mücadele, temelde eşzamanlı yürütülmesi gereken farklı basamaklar içermektedir⁴. Bu basamaklar öncelikle ikiye ayrılabilir. Birincisi salgının etiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve bulaş zincirinin kırılmasına yönelik olan ve toplumsal müdahaleler ve aşı çalışmaları gibi yöntemleri içeren mücadele yöntemleridir. İkincisi ise salgın sırasında sağlığını kaybedenlere yönelik sunulan tedavi edici sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülmesidir⁵. Bu iki basamağın eşzamanlı olarak sürdürülmesi önemlidir. Eğer sadece salgının toplumsal önlemlerine odaklanılırsa ve hastaların tedavisine yönelik özel önlemler alınmazsa bir süre sonra sağlık tesisleri hastalığın en büyük odağı haline gelecek ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık personelinin görevini yapamaz hale gelmesi ve sunulan hizmetin ihtiyaçları karşılayamaz hale gelmesi gibi büyük problemler yaşanmaya başlayacaktır. Aynı şekilde salgınla mücadele sadece hastaların tedavisi ile sürdürülmeye çalışılırsa kaynak ortadan kaldırılamayacağı ve salgının bulaş zinciri kırılmayacağı için kısa süre içinde sağlık hizmeti kapasitesi yetersiz hale gelecektir. Bu nedenle tüm basamakların doğru, etkili ve eşzamanlı olarak koordine edilmesi gerekmektedir.

Hizmet Sunumunun Planlanmasında Öncelikler

Pandemi sürecinde hastaneler COVID-19 hastalarının tedavilerinin ağırlıklı olarak sürdürüldüğü kuruluşlar konumundadır. COVID-19 hastalarının bir bölümü hastalığı semptomsuz ya da hafif semptomlarla geçirebilmektedirler ve ayaktan tedavi ve evde izlemlerle tedavi süreçleri tamamlanabilmektedir⁶. Ancak hastaların büyük bir

kesimi ise yatarak tedavi almakta, bu tedavi süreci bazı zamanlarda yoğun bakım ünitelerinde yatışı da gerektirmektedir. Hastanelerde COVID-19 hastalarının tedavisi yapılırken dikkat edilmesi gereken iki önemli konu vardır. Birincisi aynı ortamdaki diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarının tedavisi sırasında bu hastalardan hastalığı kapmalarının engellenmesi, diğeri ise COVID-19 hastalarına yönelik hizmetler sunulurken aynı zamanda diğer hastalara sunulan hizmetlerin de kesintisiz olarak devam etmesinin sağlanmasıdır.

COVID alanında doktor sayısı belli, hasta sayısı belli. Bir kısmına öncelik tanımak zorunda kaldık, birine daha geç müdahale etmek zorunda kaldık. Belki daha iyi ilgilenemedik. Adaletsizlik bilinci olarak değil ama yetersizlikten dolayı bazı problemler oldu”.

Acil Tıp Asistan Hekim Koray⁷.

Hastanelerde sunulan hizmetlerle ilgili ülkeler kendi imkanları ve koşulları doğrultusunda bazı ortak algoritmalar oluşturmuş ve kullanıma sokmuşlardır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı hastanelerde COVID-19 pandemisi süresince uygulanması gereken algoritmaları belirlemiş ve düzenli aralıklarla güncelleyerek kullanıma sunmuştur⁸. Ancak ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren çok sayıda hastanenin imkanları, yapısı ve hasta profili birbirinden büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş olan genel algoritmalara ek olarak her hastanenin kendi şartları ve imkanları ölçüsünde özelleşmiş bir yönetim sergilemesi gereği ortaya çıkmıştır. Hastanelerin sunacakları hizmetlerin planlanmasında etkili olan faktörler **Tablo 3.1**'de gösterilmektedir.

Tablo 3.1 Hastanelerde COVID-19 pandemisi süresince sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanmasında etkili olan faktörler

Etken	Önemi
Hastanenin Fiziksel Yapısı	COVID-19 hastalarının diğer hastalardan uygun koşullarda ayrı tutulmasının sağlanması gereklidir. COVID-19 hastalarıyla ortak kullanımı gereken görüntüleme sistemleri gibi hizmetlerin sağlık çalışanlarının ve diğer hastaların enfekte olmasını önleyecek şekilde uygun planlanması gereklidir.
Sağlık İnsan Gücü	Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması için sağlık çalışanlarının hastalıktan korunması önemlidir. Yeterli sağlık çalışanı bulunmayan hastanelerde sağlık çalışanı birden fazla birimde ya da daha uzun sürelerle çalıştırılmak zorunda kalınabilir. Bu durum sağlık çalışanlarının hastalık risklerini artırmakla birlikte tükenmişliklerini de hızlandıracaktır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarına özel sunulması gereken hizmetlerde uzmanlaşmış olmaları gereği vardır. Yoğun bakım üniteleri bu durum için en önemli örneklerdir.
Hasta Profili	Hizmet sunulan bölgedeki hastaların yoğunluğu, pandemi ve genel sağlık konularındaki bilinç düzeyi gibi konular sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasında önemlidir.
Teknik Donanım	COVID-19 hastalarının tanı ve tedavi süreçleri yüksek donanım gerektirebilmektedir. Özelleşmiş solunum cihazları, tanı için özelleşmiş laboratuvarlar ve yoğun bakım üniteleri bunlardan bazılarıdır.

Tablo 3.1'de sunulan etkenler, hastanelerin tamamında benzer bir yönetim planının uygulanmasını olanaksız hale getirmektedir.

Virüsün yeni olması bu konuda birçok hekimin de bilgisiz olmasından dolayı; alan dışı olan hekimlere bir algoritma üzerinden bir bilgi sunabilmek için yapılmış olabilir. Ama en azından algoritmalar yerine hazırlık yapılarak; virüse karşı hızlıca hizmet içi eğitimler yapılarak inisiyatifler oluşturulabilirdi. Her hastanenin kendi politikası olabilirdi. Şimdi öyle bir algoritma çıktı ki; hafif semptomu olan herkesin yatırılması isteniyordu. Ama bu birçok hastanenin gerçeğiyle bağdaşmıyordu. Birçok hasta acillerde bekledi. Yatırılması gerekiyor, yatırılmıyor. O zaman doktorun hastayı sevk etmesi gerekiyor. Bu yüzden hastalar saatlerce acillerde beklemek durumunda kaldı. Birincisi; algoritma bir açıdan mantıklı olurken, birçok açıdan da mantıksızlığa yol açtı. İkincisi; sosyo-kültürel veya mevcut ekonomik düzenle de indirgemeciliği ile ilişkisi var. Bireyin özelliğinin, bireyselliğinin hiçe sayıldığı sadece yığın olarak bakıldığı durum var.

Psikiyatri Uzman Doktor Erkin⁷.

Yukarıda sunulan alında da belirtildiği üzere merkezden belirlenen ve her hastanede uyulması beklenen algoritmalar her zaman gerçekçi şekilde işlememektedir. Hastanelerin içinde bulunduğu koşullar ve kapasiteleri gereği hastaneye özel yönetimlerin belirlenmesi kaçınılmazdır.

Hastane Hizmetlerinin Yönetimi

COVID-19 hastalarının hastane içinde yönetimi farklı aşamalarda gerçekleşmektedir. Bunlardan birincisi tanı konulma sürecidir. Tanı süreci de kendi içinde iki farklı aşamada değerlendirilebilir; COVID-19'a özgül şikayetleri olanlar ve farklı nedenlerle hastaneye başvuranlara tedbir amaçlı yapılan tanı testleri. Genellikle ilk başvuruda COVID-19 şüphesi olan hastaların ayrı bir fiziksel alanda değerlendirilebilmeleri için hastanelerde COVID-19 acil poliklinikleri kurulmuştur. Triyaj sonrasında COVID-19 şüphesi olan hastalar bu birimlere yönlendirilmektedir. Tanı almış hastalar ise genel durumlarına ve eşlik eden hastalıklarına bağlı olarak yine sadece COVID-19 hastalarına ayrılmış olan servislerde yatırılarak tedavileri sürdürülmektedir. Yoğun bakım gerektiren hastalar ise yine sadece COVID-19 hastalarına ayrılmış yoğun bakım ünitelerinde takip edilmektedir. Bu durum hastane içinde COVID-19 dışı sağlık hizmetlerinin de aynı anda sürdürülmesi nedeniyle özellikle sağlık insan gücü açısından zorlayıcı olmaktadır. COVID-19 hastalarına özel farklı birimler oluşturulması, bu birimlerde çalışacak fazladan sağlık çalışanı bulunmaması nedeniyle ancak mevcut sağlık personelinin iş yükünün artırılması ile sağlanabilmektedir. Yalnız sadece mevcut sağlık personelinin daha fazla çalışması bu sorunu tek başına çözememektedir. Daha önce de belirtildiği gibi COVID-19 hastalarına sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü bazı özelleşmiş alanlarda görev yapan sağlık personeli gerektirmektedir. Enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları ve yoğun bakım bu alanların en önde gelenleridir. Hastanelerde COVID-19 hastalarına sunulan sağlık hizmetleri için ayrı fiziksel alanlar oluşturulsa bile, sadece COVID-19 hastala-

rına ayrı sağlık personeli tahsis edilme şansı bulunmamaktadır ve bu hizmet mevcut sağlık personeli ile sürdürülmek zorundadır. Bu durumda özellikle belirli branşlarda hizmet veren sağlık personelinin iş yükü diğer personele kıyasla orantısız bir şekilde artmaktadır.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarına yönelik artmış bir beklenti ortaya çıkmıştır. Sunulan hizmetin “kutsal” olduğu, meslekleri gereği pandemi ile mücadelesinin sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olduğu algısı kuvvetlenirken, sağlık dışı sektörlerde çalışanlardan bu gibi bir görev beklentisi oluşmamıştır^{9,10}. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarından ve özellikle de doktorlardan pandemi dışı sağlık hizmeti sunumuna devan ederken, pandemi nedeniyle uzatılmış mesailere, dolayısıyla da artmış enfeksiyon riskine, olası karantinalara ve uzmanlık alanları dışındaki birimlerde çalışmaya maruz kalmaları beklenmiştir¹⁰. Mevcut pandemi koşulları altında sağlık hizmeti sunumunda başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları sorunlardan birisi de artan iş yükü, uzmanlık alanı dışındaki görevlerde çalışma, yüksek riske maruz kalma gibi zor koşulların karşılığında çalışanların özlük haklarına ya da artmış ve zorlaşmış iş yükü neticesinde hata yapmaları durumunda karşılaşılabilecekleri yasal sorunların çözülmesine yönelik yeterli tedbirlerin alınmamasıdır.

Eşitlik ve adalet yok. Ne adalet sağlanıyor ne de karşılığı var. Ben pandemi hastanesindeyim diğerleri pandemi olmayan hastanelerde. Onlar esnek çalışma saatleri uygularken ben esnek çalışmıyorum. Hem COVID hastaları ile ilgileniyorum hem de bunun ek karşılığını alamıyorum. Onları yüz yirmi saat çalıştırıp beni yüz seksen çalıştırıyorsanız bunun karşılığı olmalı. Ben neden burada çalışıyorum o zaman? Kader mi bu? Bu etik mi? Bu benim mesleki doyumumu tüm performansımı etkiliyor.

Hemşire Zeynep⁷.

Sonuç

Sağlık hizmeti sunumunda pandemi döneminde de açıkça görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının görev sınırları ile ilgili açık bir belirsizlik bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının görevlerinin sınırlarını belirlemek hem ahlaki hem lojistik nedenlerden dolayı birçok zorluk içermektedir⁹. Sağlık çalışanlarının çalışma şartları ve sınırlarının belirlenmesinde risk değerlendirmesi mutlaka ön planda ele alınmalıdır. Sağlık hizmeti sunumunun belirli bir risk içerdiği çalışanlarca da kabul edilmekle birlikte bu riskin adaletli olarak dağıtılması, özellikle sağlık çalışanlarının yasal olarak hasta-ya bakmayı reddetme olanağının çok kısıtlı olduğu göz önüne alınarak büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Pillai S, Siddika N, Hoque Apu E, Kabir R. COVID-19: Situation of European Countries so Far. *Arch Med Res* [Internet]. 2020 Oct;51(7):723–5. Erişim Adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0188440920307967>
2. Tang Y-W, Schmitz JE, Persing DH, Stratton CW. Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges. McAdam AJ, editor. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2020 Apr 3;58(6). Erişim Adresi: <http://jcm.asm.org/lookup/doi/10.1128/JCM.00512-20>.
3. Cunningham AC, Goh HP, Koh D. Treatment of COVID-19: old tricks for new challenges. *Crit Care* [Internet]. 2020 Dec 16;24(1):91. Erişim Adresi: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2818-6>
4. Shea K, Runge MC, Pannell D, Probert WJM, Li S-L, Tildesley M, et al. Harnessing multiple models for outbreak management. *Science* (80-) [Internet]. 2020 May 8;368(6491):577–9. Erişim Adresi: <https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb9934>
5. Wallace R. Maxey-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine: Fifteenth Edition [Internet]. *McGraw-Hill Medical*; 2007. 1. Erişim Adresi: <https://mhebooklibrary.com/doi/book/10.1036/9780071593182>
6. Day M. COVID-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. *BMJ* [Internet]. 2020 Apr 2;m1375. Erişim Adresi: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1375>
7. Uslu A, Sayar CŞ, Tanış BB, Daniş DE, Akdeniz B. Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması. TÜBİTAK. 2020.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Algoritmalar [Internet]. 2020. Erişim Adresi: <https://COVID19.saglik.gov.tr/TR-66303/COVID-19-algoritmalar.html>
9. Sokol DK. Virulent Epidemics and Scope of Healthcare Workers' Duty of Care. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2006 Aug;12(8):1238–41. Erişim Adresi: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/12/8/06-0360_article.htm
10. Malm H, May T, Francis LP, Omer SB, Salmon DA, Hood R. Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat. *Am J Bioeth* [Internet]. 2008 Sep 23;8(8):4–19. Erişim Adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265160802317974>

Temiz hastayla, kirli hastayı birbirinden nasıl uzak tutacağız? Çünkü solunum yoluyla bulaşan bir hastalıktan bahsediyoruz. Ve aynı koridoru kullandığı için bu hastalar için bir risk var. Bir de kendi kullanım alanlarımız. Biz kendimizi hastalardan ve birbirimizden korumaya çalışıyoruz. Bugün kurum içerisinde birçok arkadaşımız hala dinlenme alanları sorunu yaşıyor. Giyinme odasından dinlenme alanlarına kadar yetersizlikler yaşıyor, bununla ilgili tartışmalar yürüdü. Mesela kapatılan poliklinik odalarını, çalışanları ikiye üçe bölüp ortak kullanabilecekleri alan yapmaya çalıştık ama tabii bütün bunlar olana kadar yaklaşık bir buçuk ay kadar bir zaman aldı. Bir ekipte beş-altı kişi var. Serviste hekimler ve hemşireleri bir araya getirdiğinizde on üstünde bir çalışan sayısı var. Ortalama sekiz-on metrekairelik bir alanda. Bu insanlar bu kadar bir alanda temiz kalmaya çalışıyorlar. Alternatifler üretmeye çalıştık ama bunlar yapılamaz kadar üstünden vakit geçmişti. Aslında ilk sorun kendimizi ve toplumu koruma meselesini, kurum içinde tasarlamak kısmıydı. Bizde de işler üst akıl üzerinden yürüdüğü için, yerelden ve birimlerden fikirler çok alınmıyor. Bu da tartışmalar ve zorla inatla hayata geçirilen şeylere dönüşüyor açıkçası.

Radyolog Deniz

Sağlığımı son derece olumsuz etkileyen şartlarda çalışıp yirmi dört saat nöbet tutuyorum. Dünyada kaldı mı böyle bir şey? Bir insan yirmi dört saat çalışabilir mi ya? Bu kadar ilkel bir şey olabilir mi? Ki sağlık sektöründe en dikkat edilmesi gereken bu meslek grubu. Sen ilaçlar ile ve insan hayatı ile oynuyorsun. Uykusuz da olabilirsin, yorgun da olabilirsin. Artık belli bir saatten sonra gözlerin çift görüyor. Sen benden ama hastaya uygun ilaç enjekte etmemi istiyorsun bu şartlarda. Ben hasta olsam yirmi dört saat nöbet tutan bir hemşireye güvenemem. Yorgundur bu derim çünkü. Uykü sersemi midir nedir, ne yapıyor, derim. İnsan çünkü bu robot değil ki. Yıllardır bu iş çözülememiş. Etik değil bu.

EDD Hemşire Hafize

Pandemide İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği

ŞEREF ÖZCAN

Çalışmada, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu, pandemi sürecinde sağlık çalışanları bağlamında değerlendirilmiştir. İlk olarak önleme yaklaşımı konu edilmiş; sonrasında, işyeri kavramı, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından önemi de gözetilerek açıklanmaya çalışılmıştır. İnceleme yönteminin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, genel hatlarıyla işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin temel yaklaşım üzerinde durulmuştur. Kavramlara ve yöntemlere dair yapılmış olan genel değerlendirme ve açıklamaların ardından sağlık çalışanları ve pandemi başlığı işçi sağlığı ve iş güvenliği çerçevesinde verilmeye çalışılmış; bu kapsamda organizasyon, önlemler ve denetim başlıkları değerlendirilmiştir. Önlemler başlığı altında tasarım ve uygulama süreçleri de yer almıştır. Son olarak, konu kapsamında genel bir değerlendirme yapılmıştır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Önleme

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusuna ağırlıklı tazmin boyutuyla yaklaşmaktadır. Bu durum, konunun yakıcı sonuçları nedeniyle bir dereceye kadar kabul edilebilir olarak değerlendirilmelidir. Gerçekten de ortalama olarak her gün en az altı işçinin iş cinayetlerinde hayatını yitirdiği¹ ve bu sayının en az altı katı kadar da meslek hastalıklarından ölümlerin gerçekleştiği², ayrıca konudan kaynaklı yargısal süreçlerin ağırlığı da dikkate alındığında; işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından tazmin yaklaşımının neden baskın olduğu açığa çıkmaktadır. Konu kapsamında tazmine dair yaklaşımın baskınlığı, sağlık çalışanları ve pandemi konusuna yönelik tartışmalarda da izlenebilmiştir. Bu yönde, “Sosyal Güvenlik Kurumu”nun (SGK) COVID-19’un meslek hastalığı olarak değerlendirilmeyeceği yönündeki sadece sosyal güvenlik hukukuna değil aynı zamanda sosyal devlet anlayışına da aykırı genelgesinde³ yer alan yaklaşımın da bir sonucu olarak tartışmalar, COVID-19’un meslek hastalığı veya iş kazası olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği üzerinde yoğunlaşmıştır.

Zarar meydana gelmeden evvel zarara neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması, haliyle tazmine ilişkin talebin de ortadan kaldırılması ya da en azından bu yöndeki gerekliliklerin azaltılması gibi bir sonuca neden olacaktır. İnsan yaşamını koruma yönündeki temel ilke ile de uyumlu olan bu yaklaşımın karşılık bulabilmesi için ise

tazminden önce önlemeye dair bir politikanın geliştirilmesi⁴ gerekecektir. Aslında bir süreç olarak değerlendirilmesi gereken “önleme” kavramının tanımı, 6331 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”nda “işyerinde yürütülen işlerin bütün safhalarında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için planlanan ve alınan tedbirlerin tümü” şeklinde verilmiştir.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından İşyeri

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinin amacı, ILO ve WHO tarafından “çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan (tam) iyilik (well being) halinin korunması ve geliştirilmesi yönünde yapılan çok disiplinli çalışmalar” olarak tanımlanmaktadır⁵. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, işçi sağlığı ve iş güvenliğinin doğrudan hedefi çalışanlardır.[†] Çalışanların iş sözleşmesine ya da statü hukukuna tabi olması ise genel önleme yaklaşımı açısından farklı bir değerlendirmeyi gerektirmemektedir.

Çalışanlar, işçi sağlığı ve iş güvenliği süreçlerine, bağımlılık ilişkisini kuran iş sözleşmesi ya da statü hukuku içindeki durumları ile dahil olmakta; ancak, bu dahil oluştta da yalıtılmış bireyler olarak değil çalıştıkları işyerlerinde ve yaptıkları işler kapsamında değerlendirilmektedirler.

Tanımı işyerine bağlı yerler, eklentiler ve araçlar ile oluşturulan iş organizasyonu kapsamında bir bütün olarak verilmiş olan işyerinin[§], işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından temel birim olarak görüldüğü de ifade edilmelidir. Nitekim, sınırlı sayıda düzenleme dışında, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından işletme yapısının pek dikkate alınmadığı da ayrıca vurgulanmalıdır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Temel Yaklaşım

İşçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik olarak yapılacak değerlendirmelerde, öncelikle bu disiplin açısından temel olan yaklaşımın dikkate alınması önem taşımaktadır. Konuyla ilgili temel yasal düzenleme olan “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” kapsamındaki kamu düzenine de ilişkin olan emredici hükümler dikkate alındığında, bu yöndeki yaklaşımın üç başlık altında toplanması mümkün görünmektedir:

İş Sağlığı ve Güvenliği Organizasyonunun Kurulması → Önlemlere İlişkin Sürecin Yürütülmesi → İşleyen Bir Denetim Sisteminin Tesis Edilmesi.

Yukarıda değinilmiş olan iş sağlığı ve güvenliği organizasyonu başlığının, genel hatlarıyla aşağıda belirtildiği şekilde tanımlanması mümkündür:

* Resmi Gazete: 30.06.2012 tarih, 28339 sayı.

† İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu madde 3.1.n

‡ Esnaf ve köylü gibi kimi kendi nam ve hesabına çalışan küçük üreticilerin de bu kapsamda değerlendirilmesi söz konusu olmakla birlikte; yazının amacı kapsamında, söz konusu edilen kesimler değerlendirmelerde dikkate alınmamıştır.

§ İş Kanunu madde 2/f.3

Çalışanların Katılımının Sağlanması → Teknik Destek Alınması (İşyeri Hekimi + İş Güvenliği Uzmanı) → İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunda Gerekli Değerlendirmelerin Yapılması → Risk Değerlendirme Ekibinin Oluşturulması

Bir sonraki başlık olan önlemlerin yürütülmesi süreci de aşağıdaki gibi genelleştirilebilecektir:

→ Risk Değerlendirmesinin Yapılması → Risk Değerlendirmesine Göre Çalışanların Bilgilendirilmesi → Risk Değerlendirmesine Göre İşe Uygun Çalışanların Görevlendirilmesi → Riskin Kaynağında Yok Edilmesi → Yok Edilemeyen Risk Kaynağının Tehlikesiz Olanla Değiştirilmesi → Tehlikesiz Olanla Değiştirilemeyen Risk Kaynağına Yönelik Olarak Tümüyle Kapalı Sistemle Çalışılması → Tümüyle Kapalı Sistemle Çalışma Olanığı Bulunmayan Risk Kaynağının Diğer Bölümlerden İzole Edilmesi → Havalandırma, Ekipman Koruyucusu vb. Mühendislik Tedbirlerinin Alınması → Toplu Korunmayı Sağlayacak Tedbirlerin Alınması → Gerekli Kişisel Koruyucu Donanımların Temin Edilip Kullanımının Sağlanması → Gerekli İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimlerinin Verilmesi → Gerekli Sağlık Gözetiminin Yapılması

Yapılmış olan düzenlemelerin ve alınmış olan tedbirlerin amaca hizmet edebilmesi için, tüm bu süreçler üzerinde işleyen bir denetim sisteminin tesisi ihtiyacı üzerinde de durulması gerekmektedir.

→ İşleyen Bir Denetim Sisteminin Tesis Edilmesi →

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Temel Yaklaşımının Sağlık Çalışanları ve Pandemi Süreci Açısından Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının işyerlerini ve bu işyerlerindeki çalışma koşullarını, yukarıda kısaca özetlemiş olduğumuz temel yaklaşım açısından değerlendirmemiz, mevcut durumun özet ama gerçek bir fotoğrafını sunacaktır. Bu amaçla, öncelikle bazı vurguları yapmakta fayda bulunmaktadır. Değerlendirme çerçevesini pandemi sürecinin oluşturduğu dikkate alındığında, tehlike kaynağının da “yeni coronavirüs” veya “SARS-CoV-2” olduğunu, tehlike kaynağı olan bu virüse bağlı olarak da “COVID-19” hastalığının ortaya çıkabildiğini, hafif atlatılması da mümkün olan bu hastalığın uzuv kayıplarından ölüme kadar ağır sonuçlarının da olabildiğini bilmekteyiz. Burada bir risk değerlendirmesi yapılması amaçlanmadığı için, yazıda esas olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından bu hastalığın neden olabileceği risklere karşı yapılması gerekenler ve mevcut yapısal durum açısından da bu yöndeki imkansızlıklar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptığı İşyerlerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Organizasyonu Açısından Değerlendirilmesi

“Sağlık Bakanlığı” tarafından COVID-19 kapsamında çok sayıda rehber yayımlanmıştır. Söz konusu rehberlerde, işçi sağlığı ve iş güvenliği organizasyonu kapsamında herhangi bir değerlendirmenin ise yapılmadığı tespit edilebilmektedir. Öyle ki söz konusu rehberler oluşturulurken, “İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünce” yayımlanmış olan rehber ve kontrol listelerinin dahi dikkate alınmadığı saptanabilmektedir. Nitekim, söz konusu dokümanlarda, çalışanların katılımı başta olmak üzere organizasyona ilişkin diğer başlıkların da değerlendirilmediği, işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin süreç yönetiminin de bir anlamda tesadüflere kalmasına neden olduğu, mevcut uygulamaların da bu tespitleri doğruladığı ifade edilmelidir.

İşyerlerinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından ayrıca bir organizasyonun kurulmamış olunması durumu, işleyişin, o işyerindeki hali hazırda mevcut olan organizasyon yapısıyla yürütülmesi anlamına gelmektedir. Böylesi bir durumda ise işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından uzmanlaşmamış organizasyon yapısının çeşitli yetersizliklerle karşılaşması beklenilir bir durum olacaktır. Ancak, etkin ve yeterli bir organizasyon yapısı olmasa ve sürece daha çok tesadüfler egemen olsa da kimi olumlu sonuçlar alınmasının yine de ihtimal dahilinde bulunduğu ifade edilmelidir. Nitekim, personel kalitesi, kişisel deneyimler, alışkanlıklar veya ekipmanların belli açılardan yeterli olması gibi faktörlerin de bu yönde etkili olabileceği belirtilmelidir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği açısından bir organizasyonun ve bu yönde bir örgütlenmenin yapılmamış olunması karşısında; pandemi sürecinin, değinilmiş olan kimi olumlu faktörlerin yanı sıra tesadüflerle de birlikte yürütüldüğü izlenebilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptığı İşyerlerinde Alınmış Olan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Önlemlerine İlişkin Sürecin Değerlendirilmesi

Organizasyonel eksikliklerin mevcudiyeti nedeniyle alınan önlemlerin sürekliliğinin sağlanması konusunda sorunlarla karşılaşılması beklenilir bir durumdur. Böylesi organizasyonel eksiklik durumlarında, yeterli düzeyde önlem alınmasının önemi daha da artacaktır. Bu kapsamda, önlemlerin yürütülmesi sürecine yönelik olarak yukarıda verilmiş olan akış da dikkate alınarak, sağlık tesisleri çerçevesinde bir değerlendirme yapılması önemli olacaktır.

Risk değerlendirmesi olmaksızın, aynı anlama gelmek üzere karşılaşacağımız riskleri açığa çıkarmaksızın alınması gereken tedbirlerin de doğru ve yeterli olarak tespitinin mümkün olmayacağı öncelikle belirtilmelidir. Nasıl ki “en kötü mimarı en iyi arıdan ayıran şey, mimarın yapısını kurmadan onu imgesinde kurabilmesi”⁶ ise risk değerlendirmesi de insanın fiilini önceden tasarlama yetisinin bir ifadesi olarak değerlendirilmelidir. Doğaldır ki hem işe uygun işçinin görevlendirilmesi hem

de uygun işe yerleştirilmiş olan bu işçinin gerektiği düzeyde bilgilendirilmesi için de yine amaca hizmet edecek nitelikte bir risk değerlendirilmesi yapılmasının gerekliliği⁷ açıktır.

Risk değerlendirmesi ile konu edilen riske yönelik olarak alınması gereken tedbirlere ilişkin sürecin belirlenmesi de sağlanmaktadır. İnceleme konusu açısından değerlendirme yapıldığında ise risk değerlendirmesinde hedef COVID-19 hastalığı olup, bu yöndeki tehlike kaynağını da “SARS-CoV-2” virüsü oluşturmaktadır. İşin doğası gereği, pandemi koşullarında sağlık tesisleri açısından söz konusu tehlike kaynağının (SARS-CoV-2) ortadan kaldırılmasının; bir başka deyişle, riskin kaynağında yok edilmesinin mümkün olamayacağı belirtilmelidir. Aynı nedenlerle, risk kaynağının ne tehlikesiz olanla değiştirilmesi ne de tümüyle izole edilmesi de söz konusu olamayacaktır. Önlemlerin yürütülmesi sürecinin, söz konusu verili durum da dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık Tesisleri Açısından İşyerinin Tasarımı

6331 sayılı İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kanunu öncesi döneme ilişkin mevzuatta “kurma izni” ve “işletme belgesi” düzenlemeleri⁴ yer almaktaydı. Söz konusu düzenlemeler uyarınca, kamu ya da özel fark etmeksizin bütün işverenler, kapsamdaki bir işyerini kurmadan evvel, bu işyerine ait mevcut bütün projelerini iş müfettişliğine göndermekte, söz konusu projeler de iş müfettişleri tarafından işçi sağlığı ve iş güvenliği yönünden değerlendirilmekte, yapısal (esasa ilişkin ve birinci dereceden) bir sorun olması durumunda eksiklikler belirtilerek proje iade edilmekte, yapısal bir sorun bulunmaması durumunda ise işyeri için kurma izni belgesi düzenlenerek ilgili işyerinin sunulmuş olan projeye göre kurulmasına izin verilmekteydi. Sonrasında, işyerinin tesis ve inşasının tamamlanmasının ardından, bu defa da iş müfettişliğince işyerinin gerçekten projeye uygun olarak kurulup kurulmadığı konusunda bir inceleme yapılmakta, projeye uygun şekilde kurulmuş olunması durumunda işyeri için işletme belgesi düzenlenmekte ve işverenler de ancak bu aşamadan sonra işyerini faaliyete geçirebilmekte ve ilgili kurumlardan çalışma izni alabilmekteydi. Kurma izni ve işletme belgesine ilişkin düzenlemeler, sırasıyla 2009 ve 2013 yıllarında, işyerlerinin kuruluş sürecindeki bürokrasinin azaltılması gerekçesiyle kaldırılmıştır⁵.

Kolaylıkla anlaşılacağı üzere, faaliyette olan bir işyerinde yapılması gereken kimi değişiklikler son derece maliyetli olabilirken, kimi düzenlemelerin ise yapılma imkânı dahi bulunmayabilmektedir. Sağlık tesislerinden örnek vermek gerekirse; hastanelerin oksijen ihtiyacını karşılayan sıvı oksijen tanklarının çevreye mesafesi

⁴ İşyeri Kurma İzni ve İşletme Belgesi Alınması Hakkında Yönetmelik'in (Resmi Gazete 17.12.2004 tarih ve 25673 sayı), İşletme Belgesi Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 04.12.2009 tarih ve 27422 sayı) ile yürürlükten kaldırılması ile işyerleri için Kurma İzni Belgesi alma zorunluluğuna son verilmiş; İşletme Belgesi Hakkında Yönetmeliğin Yürürlükten Kaldırılmasına Dair Yönetmelik (Resmi Gazete 10.02.2013 tarih ve 28555 sayı) ile de işyerleri için İşletme Belgesi alma zorunluluğu sonlandırılmıştır.

⁵ Kanaatimizce, kurma izni ve işletme belgesinin kaldırılmış olunması, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından yapılmış en kötü düzenlemelerin başında gelmektedir.

için bazı asgari sınırlar^{††} bulunmakta; ancak, sağlık tesisinin kurulumu yapıldıktan sonra söz konusu tanklara yer bulmak ise kimi zaman mümkün olmayabilmektedir. Benzer şekilde, çoğunlukla havalandırması yetersiz olan bölümlere yerleştirilmiş olan patoloji laboratuvarlarına yönelik olarak bu konuda çözüm bulabilmek de kimi durumlarda ancak yeni bir binaya taşınması ile mümkün olabilmektedir. Oysaki tasarımı aşamasında yapılabilecek bir inceleme ve değerlendirme neticesinde^{**} böylesi sorunlarla karşılaşılmasının önüne geçilmesi de mümkün olabilecektir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği yönünden gerekli değerlendirmeler yapılmaksızın tesis edilmiş olan sağlık tesislerindeki yetersizliklerin sonuçları, pandemi sürecinde açıkça izlenmiştir. COVID-19 pandemisi yeni olsa da sağlık tesisleri açısından ne bulaşıcı hastalıklar ne de pandemi olgusu yeni değildir. Öyle ki “Biyolojik Etkenlerle Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik^{§§}” eklerinde sadece pandemi değil aynı zamanda “coronavirüs” grubu virüsler de konu edilmiştir. Bu açık yasal düzenlemelere rağmen, sağlık tesislerinde triyaj düzenlemesinden bu tesislere ve devamla da muayene odalarına giriş çıkışların yalıtılmasına, ters basınç odalarından havalandırma sistemlerine, temiz hava kaynaklarının tanımlanmasından ortak alanların kullanımının düzenlenmesine kadar pek çok yapısal eksiklik konusunda bir iyileştirme yapılamamış^{¶¶}; mevcut pandemi süreci ise bu sorunları ağır bir bedel karşılığı görülebilir hale getirmiştir. Böylesi dinamik bir süreçte ise kendileri de aynı zamanda birer işyeri olan sağlık tesislerine yönelik iyileştirmeler kimi zaman imkânsız kimi zaman da ancak belli bir gecikme ile sağlanabilmiştir. Nitekim, pandemi sürecini son derece korumasız olarak karşılamak zorunda kalan sağlık çalışanları içinde, özellikle de pandeminin başlangıç dönemleri açısından aile sağlığı merkezleri ile (acil) polikliniklerde görev yapanların kaybında, belirtilen yönlerden kaynaklı yapısal yetersizlikler^{***} de belirleyici olmuştur.

Nitekim, sağlık tesislerinde, başta temiz hava kaynaklı veya uygun filtreli havalandırma, bölümlerin izolasyonu ile bu birimlere giriş ve çıkışlar gibi sorunlar, hali hazırda da çoğunlukla çözülebilmemiş değildir. Bu nedenle olsa gerek, “Sağlık Bakanlığı” tarafından yayımlanmış olan çok sayıda rehberin^{†††} içeriğinde de değinilmiş olan sorunların tespiti ve müdahale imkanları değerlendirilirken, tasarıma ve genel yapıya ilişkin hususlar üzerinde durulmadığı kolaylıkla tespit edilebilmektedir.

†† Kimyasal Maddelerde Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik madde 7.1.m-Ek 4. (Resmi Gazete 12.08.2013 tarih ve 28733 sayı).

¶¶ Bir sağlık tesisi ile bir deri işyerine yönelik mimari tasarımın birbirinden çok farklı olması gerekeceği ifade edilmelidir.

§§ Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 15.06.2021, 28678).

¶¶ Bu konuda, kiralanılan her binanın aile sağlığı merkezi; belli genişliğe sahip herhangi bir bölümün (acil) de poliklinik olamayacağı vurgulanarak ifade edilmelidir.

*** COVID-19'a bağlı ölümlerde, sağlık tesislerindeki yetersizliklerden kaynaklı etkenlerin mevcut olması durumunda, işverenliklere ait kusurlu fiillerin aynı zamanda taksirle ölüme sebebiyet verme açısından da değerlendirilmesi söz konusu olabilecektir.

††† Söz konusu rehberlere “<https://COVID19.saglik.gov.tr/TR-66301/COVID-19-rehberi.html>” adresinden ulaşılması mümkün bulunmaktadır.

Sağlık Tesisleri Açısından Alınacak Diğer Tedbirler

Sağlık tesislerinin mimari yapısı ile iç yerleşiminden kaynaklı sorunların mevcudiyetine rağmen yine de alınabilecek olan kimi tedbirler bulunmaktadır. Bu konuda, belirtilmiş olan temel yaklaşım da gözetilerek, değerlendirmelere aşağıda devam edilmiştir.

Pandemi sürecinin özelliği dikkate alındığında, sağlık tesisleri açısından ne tehlike kaynağının (SARS-CoV-2) tümüyle ortadan kaldırılması, ne daha tehlikesiz olanla değiştirilmesi ne de tümüyle izole edilmesi mümkün olmayacaktır. Bu durumda, artık ilk yapılması gereken riskin bulunacağı alanların belirlenip buraların diğer bölümlerden yalıtılması^{†††} olacaktır. Bu kapsamda, “izolasyon ile triyaja ve alana ilişkin diğer düzenlemelerin önemi ve giderek de enfekte insanların hastaneye başvuru anından hastaneden ayrılma anına kadar diğer insanlarla temasının kesilmesi yolu ile sağlık tesislerinin bir bulaş kaynağı olmasının ve sağlık çalışanlarının korunması”^{§§§} sağlanabilecektir^{§§§}.

Sağlık tesisleri açısından yemek yeme ve dinlenme alanlarının yanı sıra tuvalet ve banyo ve diğer ortak kullanım alanları gibi sosyal birimlerin durumu ve kullanım kuralları ile gerek genel olarak ve gerekse de bu bölümlere yönelik hijyen uygulamaları da son derece önem taşımaktadır. Ayrıca, genel olarak hijyen uygulamaları dışında, doğal ve mekanik havalandırma, ters basınç odalarının tesisi gibi başlıklar da sadece alınması gereken tedbirler açısından değil; aynı zamanda, toplu korumanın sağlanması açısından da önem taşımaktadır.

Verilmiş olan temel yaklaşımdan da açığa çıktığı üzere, yine bir işveren yükümlülüğü olan kişisel koruyucu donanım temini ve kullanımının sağlanması başlığı, tedbirler sıralamasında en son sırada yer almaktadır. Bir başka deyişle, COVID-19'a yönelik maske önerisinin, ilgili mevzuat uyarınca, sağlık çalışanları açısından da ancak tüm önlemler alındıktan sonra ileri sürülmesi gerekmektedir. İzolasyon, alana ilişkin düzenlemeler, diğer koruyucu teknik tedbirler; ancak, tüm bunlardan sonra koruyucu maske gereklidir. Aksi bir yaklaşımın, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından esaslı olan işveren sorumluluklarının göz ardı edilmesi anlamına geleceği de bir kez daha ifade edilmelidir.

Pandeminin başlangıcında maske konusunda sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar da bilinmektedir. Bu konuda, kişisel koruyucu olarak maske temini kadar, hangi maskenin nasıl ve ne kadar süreyle kullanılması gerekeceğinin de önem taşı-

††† Sağlık tesisleri ve burada bulunan insanların hareketleri dikkate alındığında, her durumda mutlak yalıtma imkanı olamamakla birlikte; yapılacak olan işlemler, bir yandan riskin gerçekleşme olasılığını düşürürken, öte yandan da alınması lazım gelen diğer önlemlerin de ihmal edilmesini gerekli kılmaktadır.

§§§ Çalışma alanlarında gerekli ve yeterli mesafenin mevcut bulunmaması durumunda “mesafenizi koruyun” önerisinin çözüme dair bir karşılığı olmayacağına tespiti ve ifade edilmesi gerekli olmakla birlikte; uygulamada mevcut olmaya devam eden sorunlarla mücadele konusunda farklı çözüm yollarının aranması üzerinde durulmaktan da vazgeçilmemesi önem taşımaya devam edecektir.

diğının, bir başka deyişle bu yönlerden gerekli bilgilendirmenin yapılması ihtiyacı-
nın da vurgulanmasında fayda bulunmaktadır.

Sağlık tesislerinde alınması gereken tedbirlerin neler olduğu, bu kapsamdaki her
bir sağlık tesisine özel olması gereken risk değerlendirmesinde hangi başlıkların yer
alması gerektiği başlı başına ayrı bir yazının konusudur. Ancak, buraya kadar sayıl-
mış olan tedbirlerin yanı sıra iki başlığın daha vurgulanması gereklidir; işçi sağlığı ve
iş güvenliği eğitimleri ile çalışanların sağlık gözetimi.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği eğitiminin amacı, ilgili düzenlemelerde, çalışanların
yaptıkları işler sırasında karşılaşılabileceği risklere ve bu risklere karşı yapılması ge-
rekenlere yönelik olarak, davranış değişikliği sağlayacak şekilde bir bilinç oluşturul-
ması şeklinde tanımlanmıştır^{¶¶¶}. COVID-19 riski açısından davranış değişikliğine
yönelik bilincin, sistemli bir eğitimle değil, ancak yaşanan vakaların ağır sonuçları
ile oluşturulduğu izlenmiştir.

Sağlık çalışanları açısından mesleki maruziyet olarak kabul edilmesi gereken CO-
VID-19 kapsamında da gerekli sağlık gözetimlerinin yapılması zorunlu bulunmakta-
dır^{****}. Gerçekten de COVID-19 sürecinde, özenli bir izleme yapılmamasının, sadece
ilgili sağlık çalışanını değil yakınlarında bulunan diğer sağlık çalışanlarını ve aynı
zamanda hastaları ve yine sağlık çalışanlarının aile fertlerini de riske attığı uygulama
ile görülmüştür.

Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptığı İşyerlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönünden İşleyen Bir Denetim Sisteminin Tesis Edilmesi

Buraya kadar, sağlık tesisleri de gözetilerek önlemlere ve önlemlere ilişkin sürecin
nasıl yürütülmesi gerektiğine ve ayrıca kısaca da olsa bu süreçte yaşanan sorunlara
değinilmeye çalışılmıştır. Ancak, bir tedbirin alınması kadar alınmış olan bu tedbirin
sürekliliğinin sağlanması, ayrıca bir yetersizlik olması durumunda da bunun açığa
çıkılarak giderilmesi de son derece önem taşımaktadır. Böylesi bir sürecin yürü-
tülmesinin ise ancak işyerlerinde işleyen bir denetim sisteminin tesisi ile mümkün
olabileceği ifade edilmelidir.

Denetim konusu, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu içeriğinde “işveren...
işyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denet-
ler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar” (madde 4.1.b) şeklinde düzenlenmiş-

¶¶¶ Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Resmi
Gazete 15.05.2013 tarih ve 28648 sayı). Söz konusu yönetmeliğin “Eğitimin Amacı” başlıklı 8.
maddesi “Eğitimin amacı, işyerlerinde sağlıklı ve güvenli bir ortamı temin etmek, iş kazalarını ve
meslek hastalıklarını azaltmak, çalışanları yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek,
onların *karşı karşıya oldukları mesleki riskler ile bu risklere karşı alınması gerekli tedbirleri
öğretmek ve iş sağlığı ve güvenliği bilinci oluşturarak uygun davranış kazandırmaktır*” şeklinde
düzenlenmiştir.

**** 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun “Sağlık Gözetimi” başlıklı 15. maddesi içeriğinde
“işveren... çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık
gözetimine tabi tutulmalarını sağlar” hükümleri de yer almaktadır.

tir^{†††}. Konu kapsamında özellikle belirtilmelidir ki amaca hizmet edebilecek mahiyette bir risk değerlendirmesi yapılamamışsa, bu yönde alınması gereken tedbirler açıkça tespit edilip uygulamaya geçirilememişse, bir başka deyişle sürecin tesadüfler ile çalışanların alışkanlıklarına kalmasının önüne geçilememişse; doğaldır ki işyerinde işleyen bir denetim sisteminin tesis edilmesi de mümkün olamayacaktır^{††††}. Denetim konusunda, sağlık tesislerinde bu yönde açık bir çalışma gerçekleştirilmemiş; süreç, ağırlıklı olarak “Sağlık Bakanlığının merkezi yönlendirmeleri ile yürütülmüştür. Hakim olan böylesi bir yaklaşımın ise işyerine de özgü olması gereken işçi sağlığı ve iş güvenliği süreçleri açısından “işleyen bir denetim sistemi” ihtiyacı ile uyumlu bulunmasının söz konusu olamayacağı belirtilmelidir.

Sonuç

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanı, esas olarak iş cinayetleri ve buna bağlı olarak da tazmin boyutuyla kendisini gündeme getirirse de aslında esas olan tazmin değil önlemedir. Önlemeye dair amaca hizmet edecek bir yaklaşımın tasarlanıp hayata geçirilmesi ile tazmine dair sorunların da bir sönümlenme sürecine gireceği anlaşılabilmektedir. Önleme yaklaşımının, işçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik temel yaklaşım çerçevesinde uygulamaya geçirilmesi açısından, işyerlerinin güvenli tasarım ilkeleri çerçevesinde oluşturulması, sonrasında da bu şekilde oluşturulmuş işyerlerinde gerekli önlemlerin alınması ve bu önlemlerin sürekliliği açısından da işleyen bir denetim sisteminin tesis edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, tüm bu süreçlerde, risk değerlendirmesi yaklaşımı çerçevesinde, gerekli bilgilendirmelerin yapılması, eğitimlerin verilmesi ve sağlık gözetimlerinin sağlanması da zorunlu bulunmaktadır.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının durumu açısından, olana bitene genel hatlarıyla ve değinilmiş olan kavramlar, yöntem ve yaklaşım ile bakıldığında; en son da konuşulması gereken maskenin ilk tedbir olarak öne sürüldüğünü, yeterli mesafeye sahip olmayan işyerlerinde mesafeni koru denildiğini, tasarım hatalarıyla malul bir tesiste hijyen diyerek belki de imkânsız istenildiğini görebilmekteyiz. Maske, mesafe ve hijyene dair yapılan genel geçer önerilerin gerçekte ne denli yetersiz ve hatta kimi durumlarda da imkânsız olması; durumun bu nedenlerle de aslında tesadüflere bırakılması, tesadüflere bırakılmış olan bu süreçlerin bedelini ise başta sağlık çalışanları olmak üzere insanların canları ile ödemesi; bir yanıyla da işçi sağlığı ve iş güvenliği süreçlerinin ihmalinden kaynaklanmıştır.

†††† Denetim konusunun, asıl olarak yargı uygulaması ile geliştirildiği, sonrasında da 6331 sayılı Yasa kapsamında pozitif düzenlemeye kavuşturulduğu da belirtilmelidir.

†††† Denetim başlığı, Yargıtay kararlarında da istikrarla vurgulanmaktadır (Yargıtay 10 HD. 08/10/2020, 6384/5741; Yargıtay 21 HD. 12/09/2017, 3450/8127).

Kaynaklar

1. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi. İş Cinayetleri Raporu 2020. (Alıntılanma tarihi: 07.03.2021). Erişim adresi: www.isigmeclisi.org/site_icerik/2021/1ocak/1rapor.pdf.
2. Akkurt, İ. Dünyada ve Ülkemizde Meslek Hastalıkları Salgınının Gizli Kalması Nasıl Başarıldı?. 2013. (Alıntılanma Tarihi 07.03.2021). Erişim adresi: <https://www.solunum.org.tr/haber/406/prof-dr-ibrahim-akkurt-hocamizin-meslek-hastaliklari-uzerine-makalesi.html>.
3. Özcan, Ş. İş Kazası, Meslek Hastalığı, Vazife Malullüğü. 2020. (Alıntılanma tarihi: 07.03.2021). Erişim adresi: <https://www.evrensel.net/haber/420985/is-kazasi-meslek-hastaligi-vazife-malullugu>.
4. Özcan, Ş. İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Yükümlülükler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2009; 38.
5. Özcan, Ş. İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Yükümlülükler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2009; 28,29.
6. Marks, Karl. Kapital Birinci Cilt. Sol Yayınları. 1986;194.
7. Özcan, Ş. İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Yükümlülükler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2009; 52.
8. Canıvar, Coşkun. “Sağlıkcılara Çağrı: Hastane Salgın Komiteleri” Kuralım. 2020. (Alıntılanma tarihi 07.03.2021). Erişim adresi: <https://sendika.org/2020/03/saglikcilara-cagri-hastane-salgin-komiteleri-kuralim-581909>.

KISIM II

PANDEMİ ETİĞİ



Bir kere özerkliğe saygı kayboldu ortadan, hastanın tedaviyi reddetme ya da ben bunu istemiyorum deme şansı olmadı. En basitinden bilinçli hasta lavaboya gitmek istiyor, ama vücudunda oksijen yok, makineden ayrılmıyor. Oksijen tüplerimiz var normalde onunla hastaları taşıyoruz. Ama COVID hastaların nasıl olacağını bilemiyoruz o yüzden de götürüyoruz. O yüzden tuvalete gitmek istiyorum dediğinde hayır gidemezsin demek zorunda kalıyorum, bu onun özerkliğine, mahremiyetine de aslında müdahale. Diyorum ki, ya sürgü vereyim ya da bezine yap. Bilinçli 56 yaşında kadın bana bu zamana kadar bez kullanmadım diyor. Mahremiyeti de şöyle sağlamaya çalışıyorum paravan var, onu çekiyorum. Ama utanıyor, çekiniyor. Adalet açısından bakarsak da, bu inhaler ilaçları verip vermeme ya da doksan yaşındaki bir hastaya CPR yapıp yapmama çelişki yaratan konular. Yirmi beş yaşında lösemi geçirmiş bir öğrenci servise yattı ve dediler ki burada şu an en önemli hasta bu kız. Ona ne müdahale gerekiyorsa yapacağız. Önceliklendirme yapıldı, ama o 90 yaşındaki de birinin anneanesi, annesi bakıldığında. Fiziksel tespit yapma ne kadar hastanın yararınaymış gibi gözükse de düşmeyecek mesela o fiziksel tespiti yaptığım için ya da tüpünü çekmeyecek gibi gözükse de aslında hastayı daha çok ajitasyona sebep oluyor. Bası yarasına sebep oluyor, dolaşımını etkiliyor. Bu da yarar-zarar ilkesini gerçekten etkileyen önemli şeylerden biri gerçekten. Biz rutin bakımı yine veriyoruz ama dediğim gibi banyo yaptırıyorduk şimdi yaptırmıyoruz. Ben her içeri girdiğimde pozisyonu bozulduğunda hasta on beş dakikada geçmiş olsa da yine onu normal pozisyonuna, rahat edeceği pozisyona getiriyordum ama şimdilerde içeriye en az girmeye çalışıyorum. Girene kadar da hasta o pozisyonda kalıyor, başı büyük, eli büyükmüş bir şekilde.

Yoğun Bakım Hemşiresi Gülseren

Tüm hekimler etik ihlalin karşısında durduğu zaman, bu bir toplu itaatsizlik olur. Çünkü, etik ihlali uygulamadığı zaman bu sistem işlemeyecektir. Çok basit, matematik gibi yani. Etik ihlal dediğim, “ben bu hastayı doğru zamanda bakmak istiyorum” “Ben yüz hastadan sonra yüz birinci hastaya doğru düzgün bakacağımı düşünmüyorum.” Bunları dediğimde sistem çöküyor. Her hekim bunu yapsa, her hekim hastaları eksik değil doğru bilgilendirirse sistem çöker. Ya olması gerektiği gibi bir sistem olacak ya da daha kaotik. Ama etik olsa işler daha mantıklı olurdu. Böyle çılgın bir döngü olmazdı. Ancak, hekimler bunu yapabilse sistem çöker.

Psikiyatri Asistan Doktor Doğan

Pandemi Etiği

73

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

İnsan olma durumu kaçınılmaz olarak savunmasızlığı/örselenebilirliği de içinde barındırır. İnsanlık tarihi göstermiştir ki her insan sürekli olarak, fiziksel, zihinsel ve sosyal bütünlüğünün yara alması riskiyle karşı karşıyadır. Yani insan için savunmasızlık, bireylerin yaşamında ve insan ilişkilerinin şekillendirilmesinde kaçınılmaz bir boyuttur. Savunmasız olduğumuzun bu şekilde kabulü, bir noktada kendimizi, sağlığımızı ve esenliğimizi koruma kabiliyetinden veya araçlarından yoksun kalabileceğimizi kabul etmemiz anlamına da gelmektedir. Olası hastalık, sakatlık, savaş, çatışma, kıtlık, salgın ve çevresel risklerle her an karşı karşıyayız¹. İnsanın savunmasızlığına ve kişisel bütünlüğüne saygı ilkesi, her durumda saygı duyulması gereken esas ilkeleri de ortaya koymaktadır ki bunlar: insan onuru, insan hakları ve temel özgürlüklerdir. Böylelikle, etik ve hukuk dillerinin her ikisine de tanıdık olan geniş bir ilkeler dizisinin önemini altı çizilmektedir: özerklik, yararlılık, eşitlik, adalet, onur... Hastalık, salgın, engellilik, başka kişisel, toplumsal veya çevresel koşullar ya da kısıtlı kaynaklar, bireyleri, aileleri ve grupları zarar görmeye açık hale getirebilir. Toplumun sağlık hizmetlerinde bu tür durumlara karşı korunarak güçlendirilmesi için, daha çok kaynak ayrılmalı, güvenli yaşam koşulları sağlanmalı ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmalıdır; bunlar her insanın “erişilebilir en yüksek sağlık standartlarına ulaşabilmesinin” önkoşuludur. Söz konusu, sosyal politik ve çevresel belirleyici unsurlar olduğunda (örneğin kültür, ekonomi, iktidar ilişkileri, doğal felaketler gibi), bu sosyal politik ve çevresel belirleyiciler daha karmaşık olup, bireyler, gruplar ve devletlerarasındaki ilişkilerde iş dönüp dolaşıp temel adalet konusuna gelip dayanmaktadır. Burada “sosyal savunmasızlık” da diyebileceğimiz bir durum ortaya çıkmaktadır ki bu, insanların ve toplulukların günlük yaşamlarının yapısının belirlediği bir olgudur. Sosyal savunmasızlık durumları genellikle bireylerin kendi kaderlerini tayin etmelerine müdahale etmekte ve sosyal dışlanma nedeniyle, risklere daha fazla maruz kalmaya yol açmaktadır².

İdeal bir dünya düzeninin ön koşulu, bireyler ve toplumlar arasındaki ilişkilerin yalnızca temel insan hakları perspektifiyle değil, aynı zamanda insan haklarından temel alan evrensel ahlaki/etik değerler tarafından da belirlenmesidir. Birlikte ya-

şamanın olanağının koşulu olan “ortak etik değerlerin” yaratılması ve bu değerlerin birey ve toplum yaşamında edimsel gerçeklik kazanmaları bu nedenle çok önemlidir. Bu ortak ve evrensel değerler, kökeninde temel insan haklarını da barındıran biyoetik değerlerdir.

Pandemi ile başa çıkmaya çalışırken, acil yönetim birimleri, kanun yapıcılar, sağlık kurumları ve toplum hizmeti veren birçok kurumun, hükümetin ilgili bakanlıklarının, medyanın iş birliğine gereksinim duyulmaktadır. Bu farklı grupların birlikte etkili bir şekilde çalışabilmesi için, gelişmiş bir pandemi planlamasına gereksinim vardır. Pandeminin planlanması, hazırlık ve yanıtların belirlenmesi konusunda sürecin tamamında pek çok kritik etik soru ortaya konmaktadır. COVID-19 Pandemisinin etik yönlerini konuşmaya başladığımızda öne çıkan konular; sınırlı tıbbi kaynakların adil dağıtımı ve triyaj kararları, tıbbi yararlılık konusu, ABD ve İtalya örneklerinde daha sık gördüğümüz özellikle yaşlılara ve örselenebilir/etkilenebilir savunmasız gruplara yönelik ayrımcı yaklaşımlar, tedaviye hiç başlamamak ya da başlanmış tedavileri kesmek şeklindeki kararlar, tedavinin önceliklendirilmesi konusunda doğrudan ya da dolaylı ayrımcılıklar, sağlık çalışanlarına yönelik riskler ve risk yönetimi konuları, hekimin tedavi etme sorumluluğunun sınırlılıkları ve yasal yükümlülükler, kişinin özerkliği sorunu, mahremiyet, “eşitlik, özgürlük, adalet” kavramlarının özellikle pandemi günlerinde ne ifade ettiği ya da etmesi gerektiği konuları gibi çok sayıda tartışmaya açık konular olmaktadır³. Kimler öncelikli olarak aşı ve ilaçlara ulaşabilecekler? İlaçlar, aşular ve yoğun bakım ünitesi yatakları gereksinimi karşılayamadığında, sınırlı kaynakların adil kullanımı açısından bunlar öncelikli olarak kimlerin kullanımına açılacaktır? Pandemiyle karşı karşıya kalındığında sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını ve ailelerinin sağlığını riske atmayacak şekilde ne gibi sorumlulukları olacaktır? Pandemilerde takip, izolasyon, karantina ve sosyal uzaklaştırmanın ölçütleri etik normları göz ardı etmeden nasıl belirlenecektir? Ülkelerin birbirilerine karşı pandemi salgını planlaması ve gereksinimlerin karşılanması çabalarında ne gibi sorumlulukları vardır?

Diğer taraftan Pandemi döneminde ortaya çıkan etik sorunları fark etmek ve çözüm bulabilmek için, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik sorumluluklarının bilincinde olması önemlidir. Pandemi döneminde sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan olumsuz çalışma şartları, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının da çözümü ve karar vermesi güç etik sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Bu etik sorunlar, pandemiye neden olan etkenin toplum sağlığını ciddi anlamda tehdit etmesinden kaynaklı olarak çok çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Pandemi döneminde, önemli görevler üstlenen hekimlerin kendilerine, ailelerine, diğer sağlık çalışanlarına, topluma ve hastalarına karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Hekimliğin doğasında, hastalara karşı etik yükümlülükleri yerine getirme en temel motivasyon olarak kabul edilir. Ciddi sağlık sorunları hatta ölüme dahi neden olan bulaşıcı hastalık pandemisi döneminde hekimlerin, bir yandan hastalara karşı etik sorumluluklarını yerine getirirken, diğer taraftan da başka sorumluluklarına uygun davranış sergilemeleri hiç de kolay olmamaktadır. Bu nedenle hekimlerin etik so-

rumluluklarını yerine getirmelerini güçleştiren pandemi dönemine özgü dinamiklerin farkında olabilmek ve bu dinamikler üzerine düşünmek yönlendirici olacaktır. COVID-19 pandemisinin, hekimlere çalışma konusunda güçlükler yaşatmasının nedenleri genel olarak şu şekilde olduğu ifade edilmektedir⁴:

- Hekimlerin kendileri, aile üyeleri ve çevresine enfeksiyonu bulaştırma kaygısı yaşaması,
- Hekimlerin bir yandan kendi uzmanlık alanları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sunmaya devam ederken, öte yandan uzmanlık alanlarının dışında COVID-19'a özgü oluşturulmuş birimlerde çalışmak üzere görevlendirilmesi,
- Salgının etkeni olan virüse özgü tedavi seçeneklerinin kısıtlı olması,
- Enfeksiyonun kesin tedavisinin halen bulunamaması,
- Süreç içerisinde sağlık bakımı için kaynakların yetersiz kalacağı endişesi,
- Pandemi etkeni olan virüsün halen yayılmaya devam etmesi ve ne zaman duracağıın bilinmemesi,
- Standartlara uygun sağlık hizmeti yürütmenin zor hale gelmesi,
- Hastaların yoğun bir şekilde hastanelere başvurması durumunda tedavi önceliği belirleme (triyaj) kararlarının nasıl verileceği kaygısı,
- Hekimlerin bu dönemde çalışırken etik ve yasal sorumluluklarıyla ilgili olarak kaygılar hissetmeleri olarak sıralanabilir⁴.

Etik sorunlardan biri, hastaya müdahale etmeye çekinen personeller, doktor arkadaşlar, diğer branşlardan arkadaşlar olmasıydı. Demin bahsettiğim eko mevzusu mesela, (hastanın) acil sevki gerekiyor, doktora görünmesi gerekiyor, hastanın zaman kaybı oldu. Diğer hastanelerden hastayı kabul etmek istemeyenler oldu. Mesela COVID'li hasta kalp krizi, beyin kanaması geçirmiş, acil tedaviye ihtiyacı var mesela. Bizim hastanemize uygun değil, yer yok. Ya da yoğun bakımla ilgili problemler oldu. Diğer hastaneler sevk kabul etmek istemediler bizim hastanemizde yer dolu olduğu zaman. Aynı şekilde zaman kaybı oldu. Onun dışında mesela, alakasız şikayetlerle gelip COVID alanına test için yönelenler oldu. Göğüs ağrısıyla gelen insanlar mesela, girişte triyaj yapıldı, bu triyajda göğüs ağrısı olanlar mesela COVID şüpheli. Aslında tıbbi bir şey tabi de ilk başta kalp krizi açısından değerlendirmek de gerekiyor COVID'den ziyade. Mesela bunlar COVID değerlendirmesi adı altında zaman kaybettiler, öyle bir problem oldu. Mesela beyin damar tıkanıklığı diyebileceğim inme durumuyla gelen hastalar önce COVID alanına geldi. Gereksiz yere vakit kaybettiler, COVID'i ekarte etmeye çalıştık. COVID'i ekarte ettikten sonra mesela ilk tedavi süreleri gecikti. Kiminde mesela kalıcı hasar kalmış oldu bu yüzden. Kalp hasarı oldu, beyin hasarı oldu.

Acil Tıp Doktor Koray

Tıp etiği çok önemli bir alan. İlaç konusunda tıp etiğine inanmak önemli. Ama şimdi sadece bu hastalığı tıp etiğiyle bitirmek isterseniz yeterli olmaz. Bu işin tedavi kısmı var ama sonrasında on dört gün boyunca karantinaya aldınız hatta hasta yoğun bakımdaydı. Hasta taburcu oldu gitti. Bitti mi işimiz? Tıp etiği bunun neresinde? Adalet eşitlik kavramlarına daha ayrıntılı bakmak lazım. Kime göre adalet? Eşit yaklaşım diyoruz ama tıp etiği tek başına yeterli değil. Bakım verme ve tedavi konusunda çok değerli ama insanların toplumsal ve ruhsal yönü de var. Bunu tıp etiği ile çözemezsiniz. Bana gelen işçiye test yapmadığımda o insanın işten atılacağı korkusunu ne yapacağız? Tıp etiği tek başına yetmez. Sosyal ekonomik siyasi yönleri var bu meselenin. COVID süresince tıp etiği zaten uygulanmalı. İnanığımız bir şey bu ve arkadaşların bu değerlere bağlı kaldığına inanıyoruz. Ama tek başına yeterli olmaz, toplumsal boyutları da işin içine katmak gerekir.

Hemşire Ferhat

Pandemide Ön Plana Çıkan Etik Prensipler

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

DSÖ, 2016 yılında “Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks” adıyla, dünya çapında etkili olan salgın hastalıklarda, ortaya çıkan etik konuların nasıl yönetilmesi gerektiğiyle ilgili, bir kılavuz yayınlamıştır⁵. Bu kılavuza göre, böyle salgınlarda 7 etik prensip ön plana çıkmaktadır: **Adalet, yarar sağlama, fayda, kişilere saygı-özerkliğe saygı, özgürlük, mütekabiliyet (karşılıklılık) ve dayanışma**⁵.

Ortaya çıkabilecek belli başlı etik konulardan bazıları ise şunlardır⁵:

- Hükümetlerin ve uluslararası toplulukların yükümlülükleri (ulusal halk sağlığı yasalarını yeterli hale getirmek, küresel izlem ve hazırlık çabalarına katılmak, finansal, teknik ve bilimsel destek sağlamak)
- Yerel toplumun sürece dahil edilmesi (kapsayıcılık, belli örselenebilir grupların durumları, farklı görüşlere açık olma, şeffaflık, hesap verebilirlik)
- Belli örselenebilir grupların durumları (hizmetlere ve kaynaklara erişimde güçlük, etkili alternatif iletişim stratejilerine ihtiyaç duyulması, damgalama ve ayrımcılığın etkileri, salgınla mücadele önlemlerinde orantısız yükler, daha fazla kaynak ihtiyacı)
- Sınırlı kaynakların dağıtımı (fayda ve hakkaniyetin dengelenmesi, faydayı sağlıkla ilgili konular temelinde tanımlama, örselenebilir grupların ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak, salgına müdahale çabalarına katkıda bulunanlar için mütekabiliyet temelli yükümlülüklerin yerine getirilmesi, hayat kurtarıcı kaynaklara erişemeyen kişilere destekleyici ve palyatif bakım sağlanması, uygulamaların tutarlı olması, anlaşmazlıkların çözümlenmesi, yolsuzlukların önlenmesi, sorumlulukların ayrılması)
- Halk sağlığı sürveyansı (kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması, evrensel katılımın önemini değerlendirilmesi, bireylere ve toplumlara bilgi verilmesi)
- Hareket özgürlüğü kısıtlamaları (kısıtlama getirmenin gerekçeleri, en az kısıtlayıcı araçlar, maliyetler, insani koşulların sağlanması, finansal ve sosyal sonuçların ele alınması, hukuki usullere uygunluğun korunması, adil uygulamalar, iletişim ve şeffaflık)

- Bulaşıcı hastalığın teşhisi, tedavisi ve önlenmesi için tıbbi müdahalelerle ilgili yükümlülükler (önerilen müdahalenin halk sağlığı açısından gerekliliği, önerilen müdahale için tıbbi kontrendikasyonların varlığı, gönüllü olmayan bir hastaya müdahalenin yapılması, toplum güveni üzerine etkisi)
- Salgınlar sırasında araştırma yapılması (yerel araştırma kurumlarının rolü, araştırma etiği incelemesinde ve bilimsel kapasitede sınırlılıkların ele alınması, zamana duyarlı koşullarda etik incelemenin sağlanması, araştırmayı daha geniş çaplı çalışmalara entegre etmek, araştırmacının sağlıkla ilgili kritik kaynakları tüketmemesini sağlamak, korku ve çaresizlikle yüzleşmek, aydınlatılmış onamın önündeki diğer engelleri anlamak, güven kazanmak ve bunu sürdürmek, uygun bir araştırma metodolojisi seçmek, hızlı veri paylaşımı, araştırmadan elde edilen faydalara eşit erişimin sağlanması)
- Kanıtlanmamış tedavilerin acil durumlar için kullanılması
- En önde görev yapan çalışanların hakları ve yükümlülükleri⁵.

Öncelikle ulusal ve uluslararası sağlık politikaları ve sosyal politikalar, hastaların sağlık durumları üzerinde etkili olacaktır. UNESCO da bu politikaların önemi-ne dikkat çekmiş ve *“COVID-19: Ethical Considerations from a Global Perspective”* adlı bildirisinde COVID-19 ile ortaya çıkan etik sorunları küresel bir bakış açısıyla değerlendirmiştir⁶. Buna göre, bilim ve teknolojinin etik açıdan değerlendirildiği ve insan haklarına dayanan bir biyoetik perspektif, pandemide ortaya çıkan bu sorunların çözümünde anahtar bir rol oynamalıdır. COVID-19 pandemisinde de karşımıza bu alanlarla ilgili benzer sorunlar çıkmış ve bu sorunlara hem ulusal hem de uluslararası düzeylerde çözüm önerileri getirilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle COVID-19 pandemisinde ortaya çıkan etik sorunların da bu kılavuza göre yönetilmesi DSÖ tarafından önerilmektedir⁶.

Bu bağlamda:

- Sağlık politikaları ve sosyal politikalar, hem ulusal hem uluslararası düzeyde, sağlam bir bilimsel kanıt üzerinde temellenmeli, özellikle de yeni bir patojenden kaynaklı pandemi nedeniyle ortaya çıkan belirsizlikler göz önünde tutulmalı ve küresel etik değerlendirmeler çerçevesinde hareket edilmelidir. Pandeminin yayılımı ve etkileriyle ilgili verinin toplanmasında, mümkün olduğunca aynı ölçütlerin kullanılması ve benimsenmesi için uluslararası bir çaba önerilmektedir. Bireylerin ve toplumun sağlığını ve güvenliğini önceleyen politik stratejilerin kumsallaştırılması ve bu süreçte bilimsel, etik ve politik aktörlerin yer aldığı bir interdisipliner diyalog ortamı sağlanması önemlidir. Politik kararlar geçerli olan bilimsel bilgiye dayanmalı fakat asla sadece bilim tarafından meşrulaştırılmamalıdır⁶.
- Pek çok bilinmeyen olan böylesi bir kriz durumunda, politika, bilim, etik ve hukuk arasında açık bir diyalog kurulması özellikle önemlidir. Bu bağlamda, genel popülasyonun güvenliğini, kesin olmayan ve değişen şartlarda riske atabilecek bir şekilde epidemiyolojik bilginin geriye dönük analizinden yola çıkılarak oluş-

turulan politikalar, bazı endişeleri de beraberinde getirmektedir, sağlam bilimsel bilgiye ve uygulamalara dayanmayan politikaların da etik olmadığı vurgulanmaktadır⁶

Biyomedikal etikte genel kabul gören üç temel ilke (adalet, yararlılık, bireyin özerkliğine saygı ilkesi) pandemik etik tartışmalarının da temelini oluşturmaktadır.

Adalet

Tarihsel süreç içerisinde; faydacılık, eşitlikçilik, toplumsalcılık gibi felsefi argümanlar farklı adalet teorilerini ortaya çıkarmıştır. Söz konusu bu teoriler, sağlık hizmetlerinin adil ve hakkaniyetli dağıtımını konusunda da şekillendirici bir görev üstlenmiştir. Bu nedenle, günümüzde tıp etiğinde adalet kavramı, sağlık uğraşlarında görev alan sağlık profesyonellerinin tutumlarının, kararlarının, tercihlerinin ve uygulanan politikaların ahlakiliğinin değerlendirmesinde temel bir prensip haline gelmiştir⁵.

Sağlık ihtiyaçları ve istekleri sınırsızdır, ancak tüm sağlık bakım sistemleri bazı sınırlılıklarla karşılaşabilirler. Her gün yüzbinlerce yeni hastanın ortaya çıktığı ve hastaların pek çoğuna tıbbi müdahalenin zorunlu olduğu salgın hastalık dönemlerinde, adalet ilkesi hayata geçirilmesi en zor ilke olmaktadır. Pandemi döneminde kaynakların sınırlı olduğu durumlar da dâhil olmak üzere hiçbir ayrımcılık yapmadan herkesin adil bir şekilde tedavilerinin yapılması ve mümkün olduğu kadar herkesin haklarına saygılı davranılması, adalet ilkesinin yansımaları olarak kabul edilebilir. Bulaşıcı hastalıktan kaynaklanan salgınlarda ortaya çıkan sağlık ihtiyaçları mevcut kapasiteyi hızla aşabilir. Bu durumda son derece kısıtlı hale gelen/gelme potansiyeli olan kaynakların paylaşılması konusunda etik açıdan önemli kararlar almak zorunlu hale gelecektir. Pandemi döneminde bugüne kadar elde edilen veriler, bazı ülkelerde COVID 19'un ortaya çıkardığı tanı, tedavi ve önleyici uygulamalar bağlamında sağlık ihtiyaçlarının yer yer hastane kapasitelerinin önüne geçtiğini göstermiştir. Bu nedenle sağlık ihtiyaçlarına göre kaynaklara erişimin sınırlarını belirleme gerekliliği, pandeminin dramatik etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Buradaki en önemli husus, hekimlerin sağlık kaynaklarını paylaşırma kararlarını etik temellere dayandırması olacaktır.

Adalet ilkesiyle amaçlanan, sağlık hizmetlerinin toplumdaki tüm bireyler arasında adil ve hakkaniyetli bir şekilde bölüştürülmesidir. Adil ve hakkaniyetli davranmak her durumda önemli olmakla birlikte, sağlık sektöründe kullanılan kaynaklara talebin üst düzeye çıktığı salgın hastalık ve doğal afet gibi olağanüstü dönemlerde, bu konu daha da önemli bir hal almaktadır

Herkesin eşit olması, herkese aynı muamele edilmesi anlamına gelmez, gereksinimlerine göre gerektiğinde farklı kişi ve gruplara farklı müdahalelerin yapılması gerektiği anlamına da gelir. Kişilerin bir sağlık kaynağından yararlanma şansı eşit olmalı ve bu konuda adalet ilkesinin gerekleri hakkaniyetle yerine getirilmelidir. Bu süreçte ilgili kişi ve kurumların birlikte sorumluluk alması, artan yükleri üstlenirken

birbirlerini desteklemeleri, değişen koşullara uyarlanabilir hizmet planları yapabilecek esneklikte olmaları ve kişi hakları üzerindeki kısıtlamaların, belirlenen hedeflerle orantılı olması önemlidir. En iyi kararlar kapsayıcılığı yüksek, şeffaf ve mümkün olduğunca makul kararlardır. Bu kararlar mantıklı, kanıta dayalı ve makul bir sürecin sonucunda alınmalıdır⁷.

Diğer taraftan, pandemi durumunda sağlık politikaları dezavantajlı/örselenebilir ve hastalık yükünün çoğunu üstlenen toplum kesimlerine hitap edebilmelidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada sosyoekonomik ve çevresel faktörlerin eşitsizlik oluşturmalarına izin verilmemelidir. Sağlık kuruluşları genellikle refah düzeyi nispeten yüksek büyük şehirlerde ve metropollerde yoğunlaştığı için, kırsalda, küçük yerleşim bölgelerinde yaşayan dezavantajlı gruplar ters hizmet kuralı gereğince daha çok sağlık hizmetine gereksinim duyarken, daha azına ulaşabilmektedir. Hizmet sunumunda toplumun her kesimine olabildiğince eşit davranmak, kanun yapıcılara ve yöneticilere olan güveni de arttıracaktır⁷. Sağlık hizmetleri sunulurken kaynakların adaletli paylaşılması konusunda temel etik ilkeleri dört ana başlık altında toplamak mümkündür:

- Tanı, tedavi ve bakım sürecinde insanlara eşit davranmak,
- Tedavi ve bakımda önceliği belirlemek,
- Toplam yararı en üst düzeye çıkarmak,
- Sosyal iyiliği teşvik etmek.

Tüm bu etik ilkeler, kaynakların paylaşılması kararlarına temel oluşturması bakımından kritik öneme sahiptir. Pandemi döneminde, hekim tarafından kaynakların paylaşılması etik açıdan ilk olarak yarar ve eşitlik ilkelerine dayanmalıdır. Yarar ilkesi, yararı en üst düzeye çıkarma ve yükü en aza indirme temelinde kaynakları dağıtma sorumluluğu getirmektedir. Eşitlik ilkesi de yarar ve yükleri adil dağıtma konusunda sorumluluk getirmektedir. Burada hekimlerin hem yarar hem de eşitlik hedeflerine her zaman ulaşmaları mümkün olmasa da, pandemi döneminde hasta popülasyonunun ihtiyacı olan kaynakları adil bir şekilde dağıtırken, hedef kitlenin hastalığı, maddi durumu, savunmasızlığı gibi konularda denge gözetmeye gayret göstermeleri gerekmektedir. Pandemi sürecinde hekimlerin kaynakları dağıtma konusunda aldığı kararlar her ne kadar etik ilkelere dayansa da, temel alınan etik ilke, başkalarının değerlerine göre öncelikli olmadığı durumda yine de tartışma yaratabilir. Bu nedenle aldıkları kararlarda hekimlerin etik açıdan şeffaf, kapsayıcı, tutarlı ve hesap verebilir olması beklenir.

Yarar Sağlama

Yararlılık bireylerin acısını ve ıstırabını hafifletme çabaları gibi, başkalarının iyiliği için yapılan eylemleri ifade eder. Sosyal fayda ve halk sağlığı bağlamında, yararlılık ilkesinin altında yatan ise, toplumun, özellikle bireylerin ve toplulukların temel ihtiyaçlarını -beslenme, barınma, sağlık ve güvenlik gibi insani ihtiyaçları- karşılama

yükümlülüğünü yerine getirmeyi ifade eder⁵. Pandemi dönemine özgü olarak yarar sağlama ilkesinin yansımalarını hastalara bakım verme; meslektaşlarını, diğer sağlık ekibinin üyelerini ve toplumsal çıkarları destekleme; başkalarının yararına hareket etme ve pandeminin önlenmesi, tedavisi, yönetimi süreçlerinde üstlenilen sorumluluklar çerçevesinde görmek mümkündür. Hekimin enfeksiyon kontrolünü yapması, yayılmasını önlemesi ve tedavilerin yapılması konularında toplum, aile, kendisi ve hastalar için riski en aza indirme ve en güncel bilimsel yöntemleri uygulayarak olası zararları asgari düzeye indirmesi pandemi döneminde zarar vermeme ilkesinin bir yansıması olarak kabul edilebilir.

Türk Tabipleri Birliği'nin konu ile ilgili etik bildirgesine göre, bu süreçte görev alan hekimler, hizmet verdikleri kişilere “önce zarar verme” ilkesiyle yaklaşmalı; fakat salgın bir hastalıkta sağlık çalışanlarının kendileri de hastalığa yakalanma riski altında olduğundan, devlet sağlık çalışanlarını, yakınlarını ve bu sağlık çalışanlarından hastalığın bulaşma riski olan kişileri de korumalıdır⁸. Hekimleri kendi hayatıyla diğer kişilerin hayatı arasında bir tercih yapmak zorunda bırakmayacak şekilde çalışma koşulları sağlanmalı ve sağlık çalışanlarının tümü için sağlık ve güvenlik önlemleri alınmalı, kişisel koruyucu donanım da dahil olmak üzere tüm gerekli araç ve gereçler yeterli olacak şekilde temin edilmelidir. Sağlık çalışanları enfekte olurlarsa ya da sağlıkları hayati bir riskle tehdit edilirse, bu durumda çalışma yükümlülükleri de sınırsız olamayacaktır ve bunun farkında olunmalıdır. Bu sebeplerle, uygun sağlık hizmetlerinin verilmesi için ortaya çıkabilecek bu sınırlılıkların farkında olunmalı ve bunları gidermeye yönelik gerekli tedbirler alınmalı ve düzenlemeler yapılmalıdır. Böylece hastalara da pandemi sürecinde gerekli sağlık hizmetleri daha iyi koşullarda sunulabilecektir⁸.

En Yüksek Fayda İlkesi

Bireylerin veya toplulukların refahını ve en üst seviyede yararını teşvik eden eylemleri öne çıkaran ilkedir Faydayı en üst düzeye çıkarma çabaları, orantılılığın (bir faaliyetin potansiyel faydalarını herhangi bir zarar riskine karşı dengelemek, risk/yarar dengesi) ve verimliliğin (mümkün olan en düşük maliyetle en büyük faydaların elde edilmesi, maliyet etkinlik) dikkate alınmasını gerektirir⁵.

Pandemi durumunda, sağlık hizmetinin dağıtımında amaç, en çok sayıda hasta-ya, beklenebilecek en büyük iyiliğin/yararın temin edilmesi olacaktır. Diğer bir yaklaşım; “tıbbi yönden en çok yarar” elde edecek hastayı seçmek olabilir. Fakat bu da çelişkili bir konudur. Tıbbi iyilik (yarar) deyimiyle; yaşamın hemen sürdürülmesini mi, yaşama ekleneceği tahmin edilen kaliteli yılları mı, morbiditenin bertaraf edilmesini mi veya yapılan girişim ile hastanın tatminini mi kastediyoruz? Özellikle değişik yaşlardaki hastalar ele alındığında, değişik tıbbi ölçütler temelden farklı olur. Daha da yakından bakıldığında, “uygun moral hedef” ten anlaşılanın ne olduğu, bunun her çeşit iyiliği bir arada ve maksimale götüren yaklaşım olup olmadığı pek açık değildir. Utilite (yararlılık) ölçütlerinin karşıtlarına göre ise yardım sağlayan tüm grup-

lar için “adaletli yaklaşım” gereksinimdir ve dolayısıyla hizmete ulaşma bakımından herkes olabildiğince adil bir şansa sahip olmalıdır. Böylece konumuz bağlamında bir diğer etik ilke olan “adalet ilkesi” karşımıza çıkar. “İkinci bir sosyal etik prensip olan adalet” yukarıda da ifade ettiğimiz gibi; daha belirgin olan yararlılık prensibi ile sosyal veya tıbbi yararlılık ölçütlerinin esasları bakımından da çatışmaktadır. Adil tedavi, sadece benzer tedaviyi gerektirmez, belirli kişilerin belirli gereksinimleri çerçevesinde, gerekli olduğunda farklı tedaviyi de gerektirir⁹.

Sağlık alanında “adalet ilkesi” bireylerin toplumsal ve tıbbi olanaklardan adil olarak yararlanmalarını öngörür. Uygulamadaki sorun, sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynakların nasıl paylaşılacağı, dürüstçe paylaşılabilirlik için uygun ve kesin ölçütler olup olmadığıdır.

Sağlık kaynaklarının paylaşımında önceliğin belirlenmesinde, olağan sağlık koşullarında kullanılan kimi kaynak paylaşım yöntemleri de eksik ve yetersiz kalabilmektedir. Bunlardan bir tanesi QALY's (Quality-Adjusted Life Years: kalite faktörü ile düzeltilmiş yaşam süresi) olup, buradaki fikir; kaynakların doğru kullanılmasının, daha fazla yarar sağlanması için gerekli olduğu varsayımına dayanır. Dolayısıyla ilke olarak, belirli bir kaynağın kullanılması sonucu ortaya çıkan maksimum faydanın miktarı şu şekilde ölçülebilir⁹:

- Bundan faydalanan insanların sayısı,
- Tedavi sayesinde bireylerin fazladan yaşayacakları süre,
- Tedavi sayesinde sağlanan yaşam kalitesi (ağrının azalması, özürlü olmaktan kurtulmak vs.).

QALY's, sağlıkla ilgili olarak yapılan müdahalelerin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve kazanılan her kaliteli yaşam yılını ifade eder.

Önceliklerin belirlenmesi konusunda, maliyet etkililik analizlerinin ve maliyet fayda analizlerinin kullanılması da önerilen yöntemlerden bir diğeridir. Yararlı gö-rüş, harcanacak paraya karşılık alınabilecek en iyi sağlık bakımı savunulur.

Sınırlı kaynakların hastalara dağıtımı ve önceliklerin belirlenmesi konusunda iki temel yaklaşım dikkate alınır:

- **Faydacı yaklaşım:** sosyal yararlılığa ve hastanın maksimum yararına odaklanır.
- **Eşitlikçi yaklaşım:** kişilerin eşit değerine ve fırsat eşitliğine odaklanır.

Sınırlı bir tıbbi kaynağın sadece “yararlılık şansı yüksek olan hastalar” için dağıtılması gerektiğini aksi halde sınırlı kaynakların boşa harcanmış olacağını söyleyenler çoğunluktadır. İlgili literatür tartışmasız olarak tıbbi yararlılığın, tıbbi kaynakların dağıtımına karar vermede temel rol alması gerektiğini öne sürmektedir.

Sağlık bakımının dağıtılmasında triyaj da önceliklerin belirlenmesinde kullanılan kriterlerdendir. Savaşlarda, toplumsal felaketlerde ve acil servisler de sıklıkla bu yöntem kullanılmaktadır. Hastalar ihtiyaçlarına göre ayrılmaktadır. Burada amaç ulaşılabilen tıbbi kaynakları olabildiğince etkin ve faydalı kullanabilmektir. Örnek verecek olursak; bir salgın durumunda, tedavileri ve bakımı sürdürebilmek için ön-

celikli olarak doktorların ve hemşirelerin aşılınması adaletsiz bir yaklaşım değildir. Bu gibi durumlarda öncelikle toplumunun maksimum yararı düşünülmelidir.

Kişi Özerkliğine Saygı

Bireylerin kendi değerlerine ve tercihlerine göre kendi seçimlerini yapmalarına izin vermeyi ve bunu teşvik etmeyi gerektiren özerklik, karar vermek açısından bilişsel ve istençsel yeterliğe sahip bireyin kararlarına saygılı olmayı koruma altına alır. Bilgilendirilmiş/Aydınlatılmış Onam süreci, yetkili bir bireyin, zorlama veya aşırı teşvik olmaksızın, yeterli bilgiye dayanarak, bir eylem yoluna izin verdiği süreçtir. Bireylerin karar verme kapasitesinden yoksun olduğu durumlarda, onların “en üstün çıkarları” korunarak kendileri adına karar vermek gerekli olabilir. Kişi özerkliğine saygı, sosyal, dini ve kültürel inançların yanı sıra aile bağları da dahil olmak üzere, gizlilik ve ilgili değerlere dikkat etmeyi, şeffaflık ve doğruyu söylemeyi de içerir⁵.

Diğer taraftan bireyin özerkliğine saygı ilkesi bağlamında; sağlık çalışanının hastasının mahremiyetine, gizliliğine saygı göstermesi, bilgilendirmeden uygulama yapmaması, dürüst davranması, hastanın yararına olduğunu düşünse dahi aydınlatılmış onamını almadan tanı ve tedaviyi yürütmemesi önemlidir. Tıbbın en eski ve en hassas ahlaksal yükümlülüklerinden birine temel oluşturan tıbbi gizlilik ilkesi, hekimin hastasının sırlarını -kişinin izni olmaksızın başkasına açıklanmasını istemediği bilgi anlamında- mutlak koruması değil, saygı göstermesi yönünde etik gereklilik yaratmaktadır. Bugün tıp uygulamaları sırasında özel yaşamın, mahremiyetin ya da özelliğın korunması hakkı, kaynağını anayasalardan almaktadır. Tıp hizmetlerinden yararlanan kişilerin, kişisel nitelikteki bilgilerinin “mahremiyeti” korunmalıdır^{9,10}.

Sağlık çalışanlarının klinik ve etik karar verme süreçlerinde mesleki özerkliğe sahip olmaları, baskı altında kalmadan kararlar alabilmeleri ve uygulama yapabilmeleri de önemlidir^{10,11}. Pandemilerin varlığında, toplum bireylerinin yaşam biçimi, toplumsal, ailesel ilişkileri gibi kişisel verilerin açığa çıkmasını mazur gösterecek nedenler neler olabilir? Gizlilik hangi durumlarda bozulabilmektedir?

Bu sorunun cevabı şu şekilde verilebilmektedir:

- Bilimsel bir rapor için, sonuçların kişisel veriler halinde belirtilmesi gerekiyorsa, kişilerin onamı alınarak gerçekleştirilebilir.
- Toplumsal korunma ve güvenlik için bu hastalarla ilgili bilgilerin yetkililere verilmesi gerekebilir.

Özgürlük

Özgürlük, geniş bir yelpazede hareket özgürlüğü, barışçıl toplanma özgürlüğü ve konuşma özgürlüğü gibi sosyal, dini ve politik özgürlükleri içerir. Özgürlüğün birçok yönü temel insan hakları olarak korunmaktadır⁵. 21.yy. da insanlığın yeniden karşı karşıya kaldığı bu yeni pandemi dönemi, insana dair her şeyi bize yeniden sorgulatan ve insanlık olarak bu dönemlerden biz zaten geçtik ve insan hakları, eşitlik, adalet temelli demokrasiler oluşturduk dedirtecek deneyimleri yaşadığımız ve tari-

he not düştüğümüz günlerdir. Pandemi ile başa çıkmaya çalışırken, acil yönetim birimleri, kanun yapıcılar, sağlık kurumları ve toplum hizmeti veren birçok kurumun, hükümetin ilgili bakanlıklarının, medyanın iş birliğine gereksinim duyulmaktadır. Bu farklı grupların birlikte etkili bir şekilde çalışabilmesi için, gelişmiş bir planlamaya gereksinim vardır. İktidarların kendi çıkarlarına uygun olacak şekilde kullandığı araçlar ki bunların başında medya gelmektedir, korku-baskı politikaları ve bilgi iletişim teknolojileri çağında “iletişimsizlik” ortamları, halk kitlelerini pandemi dönemlerinde daha da savunmasız hale getirebilir. Bu iletişimsizlik ortamından kurtulmak için devletler işlevlerini yerine getirirken, kendilerine tanınan özgürlükler olduğu kadar, birtakım sorumlulukları olduğunu da unutmamalıdır. Hükümetler ve sağlık liderleri, kararlarının ardındaki etik değerleri halkla paylaşmalıdırlar. Bu değerleri, hastalıktan birçok yönden etkilenebilecek insanlarla, kendilerini en ön sıralarda bulacak sağlık çalışanlarından, kısıtlı tedavi kaynaklarının sağlanmasıyla ilgili kararları veren politikacılara kadar herkesle ve özellikle de halkla tartışmalıdırlar. Devletin kamusal bir varlık olduğu, halka hizmet için var olduğu, özgürlükleri kısıtlar iken bunu temellendirebilir olması gerektiği, devletin kendi başına bir varlık olarak görülemeyeceği unutulmamalıdır. Böyle dönemler, özellikle uyruklarını ezen ve yurttaşların yapıp ettiklerine karışarak özgürlüklerini kısıtlayan, ne yapacaklarını ya da yapamayacaklarını onlara sürekli olarak söyleyerek, pandemi döneminin koşullarında bu tutumlarına daha da meşruiyet kazandırarak varlığını güçlendiren iktidarlar yaratabilir. Öncelikle, iktidarların kendi politikalarını hayata geçirirken, demokrasinin tam olarak işleyebilmesi için, özerk/ya da özerk olması gereken kurumların üzerinden ellerini çekmesi, karar süreçlerinde baskıcı olmaması, bilim insanlarının yol göstericiliğinde hareket etmesi ve başta medya olmak üzere, tüm bu kurumların da iktidarların baskısından kurtularak kendisini özgürlük adına demokratikleştirmesi önemli ve gereklidir². Eğer etik konular açık ve şeffaf bir biçimde pandemik plana dahil edilirse, toplumun birçok sektörünün de yardımıyla yapılan planlar daha büyük güven, otorite ve mantıkla yürütülebilecektir. Bu konuların ileri seviyede tartışılması bilinmeyenin getirdiği korkuyu engellemede yardımcı olabilir. Böylece insanlar, iş birliği yapma ve liderleri tarafından toplumun iyiliği için verilen zor kararları kabul etme konusunda daha istekli olacaklardır.

Bir tarafta yüksek teknoloji ile aç çocukların hala yan yana bulunduğu, diğer tarafta sürekli olarak yeni ve çok defa önceden kestirilemeyen bilimsel ilerlemelelere tanıklık ettiğimiz bir dünyada, kişisel özerkliğe, düşünce özgürlüğüne, adalet ve eşitliğe, nihayet etik yargıda bulunmaya içinden geçtiğimiz bu pandemi günlerinde gitgide daha çok önem vermemiz gereği de bu bağlamda açıktır. Pandemi, kişi ve toplumun temel hak ve özgürlüklerinin kısıtlanmasında, hareket özgürlüğü üzerindeki kısıtlamalar, izolasyon, karantina, seyahat kısıtlamaları ve topluluk temelli önlemler -teması azaltmak için okulları kapatmak veya büyük toplantıları yasaklamak- genellikle salgının yayılımını kontrol etmede önemli bir rol oynar ancak bu önlemleri haklı çıkaracak koşulları, kullanımlarını haklı çıkarır şekilde toplum refahını korumanın etik değerini iyi temellendirmek ve bu konuda halkı ikna etmek gerekir.

Haklar üzerindeki kısıtlamalar, hedeflerle orantılı olmalıdır. Ters durumda salgın kontrol çabaları ters etki yaparak direnişe ve tepkilere yol açabilir.

Mütekabiliyet (Karşılıklılık)

Mütekabiliyet olarak da bilinen karşılıklılık; her bir tarafın eylemlerinin, diğerlerinin önceki eylemlerine bağlı olduğu ve iyinin iyi, kötününse kötü karşılık gördüğü aşağı yukarı eşit değerlerin değiş tokuş edilmesi olarak tanımlanabilir. Karşılıklılık, insanların yaptığı katkılar için “uygun ve orantılı bir karşılık, cevap” anlamına gelmekte olup, karşılıklılığı teşvik eden politikalar, pandemide yanıtın faydalarının ve yüklerinin dağılımındaki haksız eşitsizlikleri düzeltebileceği için adalet ilkesini teşvik etmenin önemli bir aracı olabilir⁵.

Dayanışma

Dayanışma; bir grubun, topluluğun, ulusun veya potansiyel olarak küresel topluluğun bir arada durduğu sosyal bir ilişkidir. Pandemi gibi ortak tehditler karşısında, küresel ölçekte dayanışma içerisinde toplu eylemde bulunabilmeyi, ayrımcılıktan en çok mustarip olan azınlıkların ve örselenebilir savunmasız grupların refahını balta-layan eşitsizliklerle birlikte mücadele edebilme çabalarını destekler⁵.

Adaletsiz denilebilecek tıbbi karar vermek zorunda kaldık bazı hastalarda. Mesela biz orada iki doktoruz, üç doktoruz, hastanın kalbi durdu COVID alanında. Doktor sayısı belli, hasta sayısı belli. Bir kısmına öncelik tanımak zorunda kaldık, birine daha geç müdahale etmek zorunda kaldık. Belki daha iyi ilgilenemedik. Adaletsizlik bilinçli olarak değil ama yetersizlikten dolayı bazı problemler oldu benzer şekilde. Personel sayısı yetmedi çünkü hastalar bir anda hücum etti. Ciddi olan hastalar oldu, ciddi olmayan hastalar oldu. Kala-balıkta onları ayırt etmek zorlaştı. Mesela, çok fazla hastane içi problem oluştu, tomografi cihazı yetersiz kaldı, tomografi cihazı bozuldu. Ayakta olmayacak hastaları ambulansla sevk etmek zorunda kaldık. Ama ambulans bir tane var hastanede. İki (durumu) kötü hasta olduğunda birini öncelikle götürmek zorundayız, diğeri beklemek zorunda kaldı. Belki hasta COVID değildi, COVID'i ekarte edip diğer temiz alana almaya çalışmamız gerekiyordu mesela, hastayı alamadık. Hasta orada uzun süre kaldı. Belki COVID değilse bile COVID kapma riski oluştu. Fiziki imkân yetersizlikleri, ambulans yetersizliği, personel yetersizliği... ilk başta Mart, Nisan, Mayıs gibi işte bunlar ciddi şekilde oldu. Sonra da devam etti, yüzde yüz tam düzeldi diyemem, sonuçta hasta sürekli ayaktan başvuruyor. Buna yeterli personel zor yani bir anda artış olduğu için planlamak mümkün olamadı belki.

Acil Tıp Asistan Doktor Koray

Cerrahi maske ciddi bir konuydu. Çalışan veya hekim arkadaş biz karşılıyoruz hastayı. Ekipmanın saçma sapan sayılarla verilme durumu oldu. Oraya gelen hasta diğer tarafa gelmiyor mu? Sınıflandırma bile oldu. Doktora hemşireye verelim personele vermeyelim gibi durumlar oldu. Bu etik değil. Ciddi çatışma oldu. Triyaj da kırmızıya üç tane verelim, sarıya iki tane verelim gibi saçma uygulamalar getirdiler başlarda. Sonrasında toparlandı ama o bir aylık süreçte bir sürü çalışan enfekte oldu. Türkiye de otuz bin kırk bin enfekte sağlık çalışanı var artık. O dönemde tedarik edilseydi bu kadar olmazdı sayılar. Mayıs ayına kadar bizim hastanede yüz-yüzelli enfekte vardı ama mayıstan sonra koruyucu ekipman geldi yirmiye düştü sayı. Nasıl oldu bu? O dönemde yapılmaz mıydı? N95 gözlük verilmez miydi? Biz güvenlikçi abimizi kaybettik. O abimiz ölmezdi bunlar sağlansaydı. Yüz elli nerede yirmi nerede? Başta ekipman olsaydı ölmezdi bu insanlar. Maske bir tane iki tane verelim. Maske yere düştü ne yapacağız? Kalp masajı yaparken düştü maske ne olacak? CPR yaparken maske derdine düşeceğiz öyle mi? İstersem tekrar vermeyeceksin. Nasıl olur? Bu çatışmaları çok yaşadık.

Hemşire Ferhat

Bir siyasinin yakını geliyor mesela, hastaneye yatmalık bir durumu yok. Başka bir hastanın etik açıdan önceliği var, daha kötü durumda. Ama üstten birisi arıyor bu hasta yatacak, kimin yakını, şunun şusu, COVID de olabilir ekstra hastalık durumları için de farketmez. Üstten birisi aradığında herkes telaşlanıyor ister istemez, bu hasta yatıyor hiç yatmalık bir durumu olmadığı halde. İhtiyacı olan bir hasta mesela aynı şekilde yata-mayacak. Bu problem hepsinde var yani. Güç yani, parasal güç olabilir, siyasi güç olabilir. Sonuçta doktor her zaman tek başına karar veremiyor, özgür iradesiyle sonuçta. Dış etmenler etkili. Yoksa bir doktor için, COVID'li durumdan da bahsediyorum diğer durumlardan da bahsediyorum, benim için iki hasta farklı değil. İkisini de tanımıyorum, ikisiyle de aynı yakınlığa sahibim. Birisine bir öncelik tanımak için sebebim yok. Ama işte dıştan gelen bu hasta işte kimin yakını denince o hasta yatıyor bir şekilde. Benim irademden bağımsız başhekim araya giriyor, şu araya giriyor, bu araya giriyor. Bunların ortadan kalkması lazım yani. Hekimlerin özgür karar verebilmesi lazım. Hekime başlı başına bırakılırsa ben hiçbir doktorun çok ekstra durumlar haricinde etik dışı davranacağını sanmıyorum. Çok ekstrem durumlar olabilir, onların haricinde. Klinik kararlarda özgür olması lazım hekimin.

Acil Tıp Asistan Doktor Koray

Kaynakların Adil Dağıtımında Dikkat Edilmesi Gereken İlkeler

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

Talep sağlık sisteminin cevap verme yeterliğini aşar ise, sınırlı sağlık kaynaklarının dağıtımında, uygun önceliklendirme politikaları ve yönergeleri oluşturulması gerekecektir. Böylesi koşullarda daha faydacı kararların alınması kaçınılmazdır ve verilen kararlar o spesifik tek durumda verilebilecek en makul karar olmalıdır. Bununla ilgili belirlenecek yöntemler her ne kadar olabildiğince nesnellığı gerektirecek olsa da, pratikte her durumda görecelilik de kaçınılmaz olarak var olacaktır³. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ve hekimlerin sınırlı kaynakları adil ve hakça dağıtma konusunda aldıkları kararlar; kapsayıcı, şeffaf, izlenebilir, tutarlı ve hesap verilebilir olmalıdır. Kaynakların adil tahsisi, tam da adil olduğu için kendi başına değerli olan bir şeydir. Bununla birlikte, adil bir sistem, herhangi bir salgınla etkili bir şekilde başa çıkmak için gerekli olan başarılı ve sürekli kolektif yanıt için hayati önem taşıyan dayanışma ve güveni sağladığı için de değerlidir.

Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi, kıt kaynakları tahsis etmek için adil bir süreç, belirli etik değerleri desteklemelidir;

Kapsayıcılık

Dağıtım kararı için elde edilecek veriler, pandemiden en çok etkilenen popülasyonlardan elde edilmelidir, tahsis kararlarından etkilenen bireyler, topluluklar veya ülkeler, karar verme süreci ve kararın kendisi üzerinde, bir miktar etki yapabilmelidir. Bu kararlar aynı zamanda süreç içerisinde bir temyiz yoluyla yeniden değerlendirilebilir olmalıdır. Pandeminin sunduğu tehdit, medyanın konuyla ilgili aşırı sansasyonel haberleri, sivil itaatsizlik olasılığını da arttırabilir. Vatandaşların alınan kararları kabulü ve acil sağlık önlemleri ile ilgili işbirliği önemlidir. Dolayısıyla alınacak kararlarda etik ilkelerin açık bir şekilde tartışılması ve kararların alındığı akıl yürütme süreçleri de dahil olmak üzere şeffaf ve hesap verebilir karar verme süreçleri, uygulamaların ve yasakların halk tarafından daha fazla kabul görmesine yol açacaktır. Halkın bilgilendirilmesi ve mümkün olduğunca katılımcı karar verme süreçleri ve halkın geri bildirim ve yorum yapabilme konusunda fırsatlarının olması da önemlidir.

Şeffaflık

Şeffaf bir süreçte kararlar ve gerekçeleri, halka duyurularak, kararlara rehberlik eden ilkeler hakkında bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Halk sağlığı hizmetlerini yürüten otorite, şeffaf ve hesap verebilir bir mekanizma çerçevesinde, ilgili salgın veya doğal afetle nasıl ve hangi ölçütlerle mücadele edildiği konusunda, insanları doğru ve eksiksiz bir şekilde bilgilendirmelidir. Bu husus hem kamuoyu desteğinin alınması hem de bireylerin bilgi alma ve bilgiye ulaşma haklarının kullanımı bakımından önemlidir. Sosyal, ekonomik, politik veya başka gerekçelerle, kimseye öncelik tanınmamalı veya kimse bu saiklerle sağlık hizmetinden mahrum bırakılmamalıdır.

İzlenebilirlik

Yeni veya güncellenmiş klinik bilgilerin veya ilgili durumların ışığında, onaylanmış bir triyaj protokolünün uygulanmasına veya belirli bir kararın yeniden gözden geçirilmesine yönelik taleplerin incelenmesi ve izlenebilir olması konusunda uygun bir mekanizma mevcut olmalıdır. Sınırlı kaynakların dağıtımına ilişkin kararlar, belirlenen plana göre yapılmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Gerekirse, daha önce yapılan dağıtımın faydasının kanıtlanamadığı durumlarda, dağıtım yeniden planlanmalıdır.

Tutarlılık

Kararlar tutarlı olmalıdır, böylece aynı kategorilerdeki tüm kişiler aynı şekilde tedavi olanaklarına ulaşabilmeli, kayırma, dini veya siyasi yurttaşlık algısıyla ihtimasa izin verilmemelidir.

Hesap Verebilirlik

Tahsis konusunda karar verenler, bu kararlarını gerekçelendirmeli ve sorumlu tutulmalıdırlar. Adil bir sürecin işletilebilmesi açısından, kaynak tahsisi kararlarının bireyler, ilaç şirketleri, tek tek ülkeler düzeyinde verilmemesi, aşuların ve antiviral ajanların adil tahsis sistemi dışında stoklanmaması önemlidir.

Hasta geliyor, tanısını koyduğun sürece birkaç saat içinde ilgili kliniğe gitmeden önce, acil hekimleri olarak biz şöyle sürece dahil oluyoruz, ki acil kliniği açısından mesela bir dönem inanılmaz kötüydü. Yoğun bakımlık hasta geldi. Hızlıca cihaza bağlamak, solunumunu sağlamak lazım hastanın. O hastalarda tercih yapma durumunda kaldık. Örnek veriyorum doksan yaşında parkinson, alzheimerı olan bir hasta mı? yoksa otuz yaşındaki genç hasta gibi mi? Bu tercihi yaparken, triyaj yaptık aslında. Genç hasta, ek hastalığı olmayan, mobilize olan hastaya daha öncelik gösterdik. Bir müdahale edeceksek ilk ona ettik ama bu arada şey olmadı, üç gün sonra da yaşlı hastaya müdahale ettik değil, yarım saat sonra da yaşlı hastaya geçtik. Ama bu süreç içerisinde diyelim ki yaşlı hasta çok kötüyse onu medikal tedavi açısından çok zorlamıyoruz. Çünkü dönse bile, ki COVID döneminde inanılmaz organ yetmezlikleri oldu ve genç hastalarda bile hızlıca seyretti, hani dönse bile yaşama ihtimali olmuyordu. Hatta o dönemde tanı koyamıyoruz. Üçüncü, dördüncü filminde COVID'le uyumlu olan hasta grupları oluyordu o yüzden bu sürece yakalananlardan ve geri dönüştürülemez sürece girdiğinde, organ yetmezliğine girdiğinde yaşlı için de genç için de bir oluyor aslında ama genç hasta grubuna daha fazla şans verdiğimiz oluyordu.

Acil Tıp Uzman Doktor Nesrin

COVID döneminde vatandaş da mağdur oldu. Mesela yalvarıyor kişi beni ameliyat et diye. Bir safra kesesi var ağrıyor sürekli ama COVID'ten dolayı ona sıra gelmiyor.

Genel Cerrahi Doktor Hilmi

Sürece yakalananlardan ve geri dönüştürülemez sürece girdiğinde, organ yetmezliğine girdiğinde yaşlı için de genç için de bir oluyor aslında ama genç hasta grubuna biraz daha şans verdiğimiz oluyordu... Bu etik açıdan doğru mu? Genç hasta yani geri dönme ihtimali yüksek. Etik açıdan sıkıntı çok yarattı mı tabii ki insani olarak tabii ki sıkıntı yarattı ama bilimsel bir kafayla bakınca elimden gelenin en doğrusunu yaptım diyorsun. Ve bana ulaşan bilgilerin doğrultusunda en doğrusunu yaptığımıza inandık. Tabii ki sonra tedavide değişiklikler falan oldu ama o dönem en iyi bildiğimiz, en taze bildiğimiz oydu ve onu o şekilde yaptık.

Asistan Doktor Nalan

Pandemide Triyaj Etiği

NÜKET ÖRNEK BÜKEN

Kaynakların adil dağıtımı ve güçlü bir halk sağlığı sistemi, ülke hükümetlerinin gündeminde büyük bir önem taşımaktadır ancak bunun için uluslararası bir koordinasyona ihtiyaç duyulabilir. Çünkü makro düzeyde dağıtım üzerine bir politik seçimin, sağlık noktasında kaynakların mikro düzeyde dağıtımında (örn; hasta triyajı) kaçınılmaz sonuçları olacaktır. Bu seçimler, tedaviye erişim talebinin katlanarak ve hızla arttığı pandemi döneminde daha da zorlaşmaktadır. Sağlık kaynaklarının makro ve mikro düzeylerde dağıtımı, yalnızca adalet, yararlılık ve eşitlik ilkelerine dayandığında etik olarak haklı çıkarılabilir. Kaynakların yetersiz olduğu durumlarda hasta seçimi yapılırken, klinik ihtiyaç ve etkin tedavi öncelikli olarak dikkate alınmalıdır. Prosedürlerin şeffaf olması ve insan onuruna saygı gösterilmesi gerekmektedir. Solunum cihazı ve yoğun bakım yatağı gibi sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl bölüştürüleceğine ilişkin kriterlerin belirlenmesinde ve uygulanmasında başarılması arzu edilen esas amaç, en çok sayıdaki hastanın hayatının kurtulması ve en uzun yaşam süresinin temini suretiyle, toplam faydanın maksimize edilmesidir¹². DSÖ'ye göre COVID-19 pandemisinde şu 4 etik ilkesel yaklaşımla kaynaklar dağıtılabilir: eşitlik, faydacılık, en riskli durumda olana öncelik verilmesi ve başkalarına yardım etmekle görevli kişilere öncelik verilmesi¹³.

Eşitlik ilkesi, başka bir önceliklendirme tercihini haklı çıkaran geçerli nedenler olmadıkça, her bir kişiye eşit olarak yaklaşılmasını gerektirir. Bu ilke, kaynakların bir piyango sistemi ile rastgele dağıtılmasını veya “first come, first served” yaklaşımıyla önce gelen kişinin hizmet alması yönünde bir yöntemin kullanılmasını gerektiren için kullanılabilir. Pratikte bu yöntemler, sınırlı kaynaklardan aynı faydayı görmesi beklenen kişiler veya gruplar arasında dağıtımın yapılması için tercih edilebilir. Örneğin yüksek riskli popülasyonlar arasında aşıların veya benzer klinik bulgulara sahip olanlar arasında solunum cihazlarının tahsisi için en uygun yaklaşım olabilir.

Faydacılık ilkesi, en çok faydayı sağlamaya veya zararı en aza indirmeye yönelik kaynakların dağıtımını gerektirebilir. Bu ilkesel yaklaşımla, mümkün olan en fazla hayatı kurtarmak için mevcut kaynaklar kullanılabilir. Bu şekilde sınırlı kay-

naklar, farklı kişilerin önemli ölçüde farklı faydalar göreceği biçimde dağıtılabilir. En fazla faydayı sağlaması beklenen kişilerin solunum cihazlarına bağlanması böyle bir dağıtımın örnek olabilir.

En riskli durumda olana öncelik verilmesi ilkesi ile ihtiyacı en çok olan veya en çok risk altında olan kişilere tıbbi kaynakların tahsis edilmesi gerekçelendirilebilir. Bu ilkesel yaklaşım, risk altındakileri korumak amaçlandığında, tercih edilecek en uygun dağıtım yaklaşımı olabilir. Kişisel koruyucu donanımın öncelikle sağlık çalışanlarına verilmesi, herkes için yeterli sayıda tedarik edilemeyen ilaçların öncelikle en çok ihtiyacı olan kişilere verilmesi ile aşıların öncelikle enfeksiyon ve ciddi hastalıklar açısından en risk altında olanlara yapılması, bu şekilde dağıtımın örnek olarak verilebilir.

Başkalarına yardım etmeyle görevli kişilere öncelik verilmesi ilkesi ile sağlık çalışanları gibi salgından etkilenen kişileri kurtarabilecek belirli becerilere sahip olanlara öncelikle kaynakların tahsis edilmesinin gerekliliği haklı çıkarılabilir. Bu yaklaşım aynı zamanda başkalarına yardım eden bu kişilere gerekli kaynakları sağlamayı bir borç olarak görür. Böylece kaynakların dağıtımında, sağlık çalışanları ve ilk müdahale ekipleri gibi gruplara öncelik verilmesini gerektiren en uygun yaklaşım olabilir¹³.

Sınırlı tıbbi kaynakların dağıtımını için belirlenen etik ilkeler, kaynak kıtlığının farklı aşamaları ile ilgili olabilir. Bu nedenle, kıtlığın az ya da çok olmasına göre, seçilen dağıtım yönteminin gerekçelendirilmesi için bu ilkeler ayrı ayrı ya da birlikte kullanılabilir. Örneğin, kıtlık az düzeyde ise solunum cihazları gibi kaynakların dağıtımını için eşitlik ilkesine göre hareket edilebilir ve “önce gelen hizmeti alır” yaklaşımı kullanılabilir. Kaynaklar giderek azaldığında ise en çok ihtiyaç duyanlara öncelik veren bir yaklaşıma göre dağıtım gerekçelendirilebilir. Bu durumda en riskli olana öncelik verilmesi ilkesi benimsenebilir. Daha da büyük bir kıtlıkta ise kaynaklardan maksimum yarar sağlamayı amaçlayan faydacılık ilkesine göre hareket etmek gerekli olabilir. Ayrıca kişisel koruyucu donanımın tahsisinde olduğu gibi, en riskli olana öncelik verilmesi ve başkalarına yardım etmeyle görevli kişilere öncelik verilmesi ilkeleri birleştirilebilir. Tıbbi kaynakların sınırlılığı hangi düzeyde olursa olsun ve dağıtımında hangi ilkesel yaklaşım benimsenirse benimsensin, dağıtımın her aşamasında eşitlik amaçlanmalıdır. Özellikle benzer ihtiyaçları olan veya benzer risk gruplarında olan kişilerin kaynaklardan benzer şekilde faydalanmaları beklenmelidir. Böylece, sınırlı tıbbi kaynaklar yaşlı kişilere tahsis edilirken, kaynak kıtlığının aşamalarına göre üç etik yaklaşımın öne çıkacağı söylenebilir^{3,13}.

Triyaj Kriterleri Ne Olmalıdır?

Triyaj, kritik veya acil durumlarda, kimin öncelikle tedavi alması gerektiğine dair kararların derhal alınması gereken, çünkü daha fazla sayıda bireyin yaşamını tehdit eden koşullar altında olduğu ve kaynak tahsisinin yeterli olmadığı durumlarda uygulanır. Triyaj, en çok gereksinimi olanları listenin başına koyduğundan (sağlık

hizmetini ihtiyaçlara göre dağıttığımızı varsayarsak) ve kısıtlı kaynakların en etkin şekilde kullanılmasına imkân verdiğinden uygun görünmektedir. Triyaj, kişileri ihtiyaçlarına ve müdahalenin muhtemel sonuçlarına göre bir önceliklendirme sıralamasına tabii tutar. Buna göre kaynaklar her zaman kısıtlı olduğundan ve her zaman acil olarak karşılanabilecek olandan daha çok tedavi talebi olacağından, triyaj sağlık hizmetlerinin dağıtılmasında genel bir ilke olarak kullanılabilir. Fakat eğer bu uygulanırsa, çok yaşlılar gibi ne yapılırsa yapılsın yakında ölecek olanlar, gençlerden daha az sağlık hizmeti alacak demektir. Dolayısıyla, çok yaşlılara yönelik böyle bir ayrımcılık, bu ilkeye göre adil ve mantıklıdır. Salgın sırasında sağlık hizmeti sağlayıcıları, triyaj sistemlerini uygulayacak veya genişleteceklerdir.

Trijajda alınan kararların potansiyel olarak çok sayıda kişinin hayat kurtarıcı tedaviyi görüp görmeyeceğini belirleyeceği bir noktaya ulaşmamız mümkündür. Bu nedenle kararların altında yatan ilkelerin sistematik olarak uygulanması esastır. Bu koşullarda, durumu en acil, en az karmaşık olan ve en uzun süre yaşayacak olanlara öncelik verilmesi muhtemeldir, böylece genel yararlılık en üst düzeye çıkarılır (3, 4). Öncelikli hastanın belirlenmesi kararları, kaynakların mevcudiyeti ile talep arasındaki ilişkiye bağlı olacaktır. Kaynakların ciddi tükenmesi durumu ortaya çıkarsa, hangi hastaların tedavi alması gerektiğine dair kararlar da değişecektir.

COVID-19 ile ilgili mevcut verilerin ileri yaş ve mortalite arasında güçlü bir korelasyon gösterdiğini biliyoruz. Bunun yaşın gerçek etkisini mi yansıttığı, yoksa hayatta kalma oranlarını etkileyecek yaş ve komorbiditeler arasındaki bir korelasyon mu olduğu konusunda henüz yeterli çalışma yapılmamış olsa da, bu gruplar için en zorlu triyaj kararlarının alınması muhtemeldir.

Etik olarak, triyaj, hastalar ve mevcut kaynaklardan yararlanma olasılıkları hakkında klinik olarak ilgili gerçeklerin tanımlanmasını gerektirir. Genç hastaların her durumda otomatik olarak yaşlı hastalar üzerinde tedavi önceliğinin olması anlamına gelmez yani bu kararlar yalnızca yaşa dayanmamalıdır.

Diğer taraftan pandemi insanların başka şekillerde hasta olmasını engellemeyecektir. Bu nedenle triyaj kararları sadece doğrudan COVID-19'dan muzdarip olan hastalarla ilgili olmayacaktır, hastanedeki diğer klinik kararları da etkileyecektir. Benzer kriterlerin tüm tıbbi ihtiyaç çeşitlerine uygulanması gerekecektir. Sonuç olarak, örneğin, yoğun bakım veya ventilasyona erişim sağlama eşikleri, ilgili kriterlere sahip tüm hastalar için değiştirilmelidir.

Örneğin, klinisyenlerin, tüm yatan hastalar için (COVID-19 ilişkili hastalığı olan veya olmayan) kardiyopulmoner resüsitasyonun uygunluğunu gözden geçirmeleri ve belgelemeleri önemli olacaktır. Hastaların arka plan hastalığı, eşlik eden morbidite, yoğun bakıma kabul koşulları (kabullerde kısıtlamaların neler olacağı), kardiyopulmoner resüsitasyonun başlatılıp başlatılmayacağı, resüsitasyon sonrası yoğun bakımın sağlanıp sağlanamayacağı, ileri resüsitasyon yapılmasının hastanın çıkarına olup olmayacağı, potansiyel olarak resüsitasyon ekibinin gereksiz kişisel risklere girip girmeyeceği... konuları konuşulmalıdır.

Triyaj ekibi hastaların ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklara göre hareket etmelidir. En fazla sayıda hayatı kurtaracak ve morbiditeyi en aza indirecek şekilde tedavi öncelik sırasını belirlemeye çalışmalıdırlar. Daha önce de vurgulandığı gibi kurtarılabilir hastalar seçilirken, sadece hastaların tıbbi durumları ve öngörülen tedavi yanıtları dikkate alınmalı, tıbbi olmayan ölçütlere dayanan tüm diğer hususlar dışlanmalıdır. Her ne pahasına olursa olsun, tedavi edilme ümidi olmayan kişileri “acil bakımın ötesinde” tedavi etmeye çalışmak ve böylece başka yerlerde ihtiyaç duyulan sınırlı kaynakları boşa harcamak etik değildir. Maksimum sayıda kişi kurtarılacak istenildiğinde, prognozu çok da iyi olmayan bir kişiyi triyaj sisteminin belirlediği öncelikler nedeniyle tedavi etmeme kararı, etik açıdan yanlış bir karar veya tıbbi bir başarısızlık olarak düşünülemez. Bununla birlikte, bu tür hastalara şefkatli davranılmalı ve onurlarına saygı gösterilmelidir. Örneğin tedavi edilemeyen hastalar, diğerlerinden ayrı bir yere alınmalı ve onlara uygun ağrı kesiciler ve yatıştırıcılar verilmelidir. Ayrıca mümkünse birinden hastayla kalması ve onu yalnız bırakmaması istenmelidir. Böylece hastaların o anki şartlarda olabilecek en zengin tıbbi bakımı aldıklarından emin olunmalı ve bu tıbbi bakım, gerektiğinde uygun semptom yönetimini ve en iyi yaşam sonu bakımını da içermelidir.

Durumu En Kötü Olanı Öncelemek Nedir?

En kötü durumda olanın tercih edilmesi kategorisi, en hasta ve en genç ilkelerinden oluşmaktadır. En hasta ilkesi, müdahale edilmediği takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlardan hareketle, en kötü ihtimali taşıyan kişiye öncelik verilmesini gerektirmektedir. Bu ilkeye göre, ölüm ve sakatlık riskleri taşıyan iki hasta arasında, öncelik ölüm riski taşıyana verilmelidir. Dolayısıyla, bu ilke, bir tıbbi değerlendirmeye ve bu değerlendirmenin olası sonuçlarına dayanmaktadır. En genç ilkesi ise, önceliğin yaş ölçütü kapsamında, en genç hastaya verilmesini öngörmektedir¹⁴.

Yaş Bir Kriter Olabilir mi?

COVID-19 pandemisi özelinde virüsten etkilenen tüm kişilerin tedavi ve bakım süreçlerinde dikkat edilmesi gereken önemli etik konular vardır ve bunlar yaşlılar için de geçerlidir. DSÖ'ye göre, bu etik konulardan bazıları *eşit ahlaki saygı, özen borcu* ve *terk etmemedir*. Bu doğrultuda, her insan eşit derecede değerlidir. Tedavi ve bakım kararları alakasız veya ayrımcı özelliklere değil, tıbbi gereksinimlere dayanmalıdır. Her hastaya, mevcut şartlarda mümkün olan en iyi bakımın verilmesi hem hukuki hem de etik bir sorumluluktur. Tıbbi kaynakların dağıtılması gerektiğinde bile, sağlık çalışanlarının mevcut kaynaklar dahilinde hastaların refahını sağlamaya yönelik özen borçları vardır. Eşit ahlaki saygı ve özen yükümlülüğü gereği, tıbbi bakıma ihtiyacı olan hiç kimse ihmal edilmemeli ve terk edilmemelidir. Solunum yetmezliği çeken fakat kendisine solunum cihazı desteği verilemeyecek ya da verilen destek sonlandırılacak olan tüm hastalar için ise palyatif bakım erişilebilir olmalıdır^{15,16}. Sınırlı tıbbi kaynakların dağıtımında yaşlıların konumunu değerlendirmek için on-

ların klinik durumu, komorbid hastalıkları, yoğun bakım ihtiyaçları veya solunum cihazlarına olan gereksinimleri ile pandeminin seviyesi, yaşadıkları ülkenin mevcut tıbbi kaynaklarının yeterliliği ve tıbbi kaynakları dağıtım stratejileri ele alınmalıdır. Çünkü bu faktörler bu yaş grubundaki hastaların yaşam kalitesini ve yaşam durumunu etkileyecektir. Bununla birlikte, yaşlı hastalarla aynı gereksinimlere sahip olan kişilerin sayısı ile mevcut olanaklar ve koşullar, yaşlı hastaların gerekli sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi yönünden önemli olacaktır. Ayrıca içinde yaşadıkları ülkenin böyle bir pandemiye ne kadar hazırlıklı olduğu, pandemiye dönük eylem planları, mevcut sağlık politikaları ile yaşlılara özel olarak geliştirilen politikaların varlığı da yaşlı hastaların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda belirleyici olacaktır. Yaşlı hastaların sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde pay alabilmesi için sağlık kaynaklarının dağıtımı insan haklarına saygılı ve evrensel etik ilkelerle uyumlu bir şekilde yapılmalıdır. Herkes gibi tüm yaşlı hastaların da temel insan haklarına saygı gösterilmeli, özellikle de sağlık hakları ve insanlık onurları korunmalıdır¹⁵.

Eşlik Eden Hastalıklar Bir Kriter Olabilir mi?

Yoğun bakıma kabulde yararı en üst düzeye çıkarmak için, yoğun bakıma kabul, mekanik ventilasyon, ekstrakorporeal membran oksijenasyonu gibi... kısıtlı yoğun bakım tedavilerinin kullanılması için bir eşiğin belirlenmesi gerekecektir. Sağ kalımı belirleyen ilgili faktörler arasında; akut hastalığın şiddeti, eşlik eden morbiditenin varlığı ve şiddeti ve klinik prognozu etkilediğini bildiğimiz hasta yaşı gibi konular sayılabilir. Ölüm olasılığı yüksek ya da uzun süreli yoğun bakım desteği gerektirecek bir eşik seviyesini aşan hastalar, bu durumda yoğun bakım tedavisi için dikkate alınmayacaklardır. Mevcut pandemi sırasında olası bir zorluk da, yoğun bakım gerektiren çok sayıda insanın, hayatta kalma şansının ve yoğun bakımda kalış sürelerinin birbirine benzer olma olasılığıdır. Bu şartlar altında, kaynakların adil bir şekilde ve hakça dağıtılmasını sağlayan eşitlikçi bir yaklaşıma dikkat edilmesi gerekecektir. İlk etapta en olası yaklaşım, yukarıda da ifade ettiğimiz gibi 'ilk gelen, hizmeti alır' biçiminde ve gayet anlaşılabilir bir ilkeye dayanan bir tür değiştirilmiş kuyruğa girme sistemidir. Bu durum, pandemi sürecinde daha önce hastalananların, daha sonraki bir aşamada benzer şekilde hasta olanlara göre, yoğun bakıma kabul edilme veya mekanik ventilasyon alma olasılığının daha yüksek olacağı anlamına gelir. Böyle bir yaklaşımın uygulanması prosedürel olarak basit ve tartışmasız olarak adil görünse de, içerdiği zorlukları da yok değildir. Örneğin, diğerlerine göre nispeten daha mobil olan, ulaşım araçlarına erişimi daha kolay olan veya hastaneye daha yakın yerlerde oturan kişilere böyle bir sistemde öncelik verilmesi gayet olasıdır.

Hastaların triyaj veya önceliklendirme kararları sonucunda hayat kurtarıcı tedaviye erişiminin reddedildiği durumlarda, olası ayrımcılık ile ilgili soruların gündeme gelmesi muhtemeldir. Pandeminin zirve yaptığı sırada, doktorların, bir hastanın 'hızlı bir şekilde tedaviden yararlanma kapasitesi' temelinde, tedavi için uygunluğunu değerlendirmesi gerekecektir. Bu nedenle, yoğun bakıma veya ventilatör desteği-

ne erişim konusunda hastalardan bazıları reddedilebilir. Bu, kaçınılmaz olarak hem yaşlılara hem de uzun vadeli olumsuz sağlık koşullarına sahip olanlara karşı, dolaylı olarak yapılmış bir ayrımcılık olacaktır. Ayrıca, önceden var olan sağlık sorunlarının bir sonucu olarak kişinin hayat kurtarıcı tedaviye erişimi reddedilmiştir. Yaş veya engellilik ile ilgili basit bir 'tedaviyi kesme' politikası, doğrudan ayrımcılık oluşturacağı için yasa dışı olacaktır. Ya da bu belirlemenin örneğin ırkçı ve etnik ayrımlara dayanması da hukuk dışı ve kabul edilemez bir tutumdur. Yine örneğin 75 yaşındaki sağlıklı bir hastanın yasal olarak yaş temelinde tedaviye erişiminin kısıtlanması da kabul edilemez. Bununla birlikte, COVID-19'a sekonder ciddi solunum yetmezliği olan yaşlı hastalar, yoğun bakıma rağmen çok yüksek bir ölüm riskine sahip oldukları için, sonuç olarak yoğun bakıma kabul konusunda daha düşük bir önceliğe sahip olacaklardır ki pandemi sürecinde de pek çok ülke örneğinde böyle olmuştur.

COVID Hastaları ve COVID Dışı Hastalar Arası Seçim Yapma Durumuna Nasıl Yaklaşılmalıdır?

Pandemi sırasında kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi mortalitesi yüksek hastalıklar güncelliğini korumakta, insanların bu hastalıklara yönelik tanı ve tedavi alma gereksinimleri devam etmektedir. Ancak tüm dikkatlerin pandemik hastalığa yöneldiği ve kaynakların neredeyse tamamının pandemiyle savaşa ayrıldığı sağlık ortamında, bu hastaların hak ettikleri bakım ve tedaviyi almaları güçleşmektedir. Kanser gibi erken tanının çok önemli ve hayat kurtarıcı olduğu durumlarda bu durum nedeniyle mortalite önemli ölçüde artmaktadır. Bu konudaki verilerin analizi her ne kadar tamamlanmamış olsa da ölüm oranları analiz edildiğinde sayısal olarak da görünür olacaktır. COVID-19 nedeniyle geç tanı alan ya da tedavisi etkilenen hastalar düşünülerek "temiz hastaneler" oluşturulmalı, bu hastanelerde bulaş konusunda güven tesis edilmelidir.

Kaynaklar

1. Büken NÖ. Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları. içinde. Editörler: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Öğr. Gör. Dr. Aslıhan Akpınar, Hacettepe Biyoetik Merkezi, Yayın No: 3, Hacettepe Üniversitesi Matbaası, Ankara, 2015.
2. Büken NÖ. COVID-19 Pandemisinin Eşitlik, Özgürlük, Adalet Adına Düşündürdükleri Üzerine, Hekim Postası, Haziran 2020, Sayı: 101.
3. Büken NÖ. COVID-19 Pandemisi ve Etik Konular/ COVID-19 Pandemic and Ethical Issues, *Sağlık ve Toplum / Journal of Health and Society*, COVID-19 Özel Sayısı. Temmuz 2020:15-26.
4. British Medical Association. COVID-19 – Ethical Issues. A Guidance Note, 2020:1. Erişim Adresi:<https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-COVID-19-ethics-guidance.pdf>
5. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. 2016.
6. UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective. (Alıntılama Tarihi: 6 April 2020).

7. Aslan, D. Büken NÖ, İlhan, B. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Deneyimi Üzerinden Pandemilerin Yönetimine İlişkin Değerlendirmeler / Perspective on Management of the Pandemics Based on the Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Experience, Sağlık ve Toplum/Journal of Health and Society, COVID-19 Özel Sayısı, Temmuz 2020:94-97.
8. Türk Tabipler Birliği. Salınlara Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 4 Nisan 2020) [Internet]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=4da9a49c-7674-11ea-b329-aa051764b049
9. Büken NÖ. Salgın ve Etik. *Birikim Dergisi*. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 29 Mart 2020) Erişim Tarihi: <https://www.birikimdergisi.com/guncel/9999/salgın-ve-etik>
10. Newsletter of the UNESCO. Reflections on Bioethics from Turkey. HÜ Biyoetik Merkezi Yayını. 2020: vol. 3/ sayı 1. (Alıntılanma tarihi: 07.01.2021). Erişim Adresi: http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/unesco-biyoetik/pdf/reflectionsonbioethicsfromturkey_june2020_vol3_issue1.pdf
11. Coşkun S. Ünsal ÇZ, Büken NÖ, COVID-19 in Turkey. *UNESCO Bioethical Voices Newsletter*. June 2020:Issue 20.
12. Joebges S. ve Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage, an emerging international consensus. Erişim Adresi: <https://prioritiesinhealth.org/guidelines>
13. World Health Organization. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. 2020. Erişim Adresi: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-COVID-19-resource-allocation.pdf>
14. Ercan Avcı, Korona Virüsü Pandemisiyle (COVID-19) Mücadelede Sınırlı Kaynak Kullanımı, Liberal Perspektif Analiz, Sayı: 15, Nisan 2020.
15. Coşkun S, Büken NÖ. COVID-19 pandemisi ve sınırlı tıbbi kaynakların adil kullanımı açısından yaşlılar/ COVID-19 Pandemic and Fair Allocation of Limited Medical Resources in Elderly People. içinde Demirkan Erdemir A, editör. COVID-19 Pandemisi ve Etik. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; Ocak, 2021: 18- 25.
16. World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance. 2020. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-COVID-19>

KISIM III

SAĞLIK ÇALIŞANLARI SORUYOR: PANDEMİDE ETİK İKİLEMLERİN ÇÖZÜMÜNE DOĞRU



Mesela ben pozitif olduğu ortaya çıkan ama eve gönderilmeyen ve çalıştırılanları biliyorum. Bir pozitif iki pozitif yine de çalışıyor kişi. COVID tekrarlayan bir şey, tekrar COVID olunabiliyor.

Hemşire Nurcan

Hastaya yaptığımız işlemler vardı, onları entübe etmek, solunum yolu desteği vermek, kalp masajı yapmak gibi. Bunların hepsi riskli yöntemler bulaş açısından. Onun dışında bizim işimiz hastaları ilgili branşlara konsülte etmek, diğer hekimlerle iletişim kurmak. Bir kalp problemi varsa kardiyologla iletişim kuruyoruz. Hastalığın ilk zamanlarında mesela diğer hekimler konsültasyona gelmek istemediler. Hastaya eko yapması gerekiyor kardiyoloğun mesela, COVID'li hasta kalp krizi geçirmiş. Ya da COVID'li hastanın kolu kırılmış ya da COVID olduğunu bilmiyoruz biz, çektiğimizde filmde COVID olduğunu anlıyoruz. Onlar ilk başta çekindiler hastayı konsülte etmeye, eko yaptıktan çekindiler. Kalp krizi geçiren hastalar vardı mesela, anjiyoya sevk etmek için doktorun görüşünü almak gerekiyor, kalp doktorunun. Bunu yapmak istemediler. Görmeden diğer hastaneye sevk etmek istediler, belki çekindiler kendileri açısından.

Acil Tıp Asistan Doktor Koray

Arkadaşlarımla bazı çatışmalarım oldu. Bizim odalara girmemiz zorlaştı. Önceki gibi istediğimiz zaman girmiyoruz. Kendimizi korumamız gerektiğini bildiğimiz için önce koruyucu ekipmanı giyinip tam hazır olup öyle girmemiz gerekiyor içeriye. Odalara girme sıklığını da azaltmamız gerekiyor ki viral yükümüz azalsın. Bir işi yapmak için sürekli gireceğimize bakım saatinde serumu değiştirme tedavi saatinde yemeği götürme gibi taktikler uyguluyoruz. Ancak bu bazen bakım kalitesini düşürüyor. Bazen psikolojik destek için ya da herhangi bir şey için girmen gerekiyor. Bunun için fedakarlık gerekiyor. Bizde hastaların bilinci açık oluyor hiçbirini bilinci kapalı gelmiyor. Hastalar için depresyon çok yaygın. Yabancı insanlar ve makineler. Kimseyle görüşemiyor. Hiçbir şey tanıdık değil hasta için. Daha fazla girmen gerekiyor odaya. Arkadaşlarım bu konuda aman ben girmeyim de ne olursa olsun düşüncesinde olabiliyor. Bu konuda çatışıyoruz.

Hemşire Ediz

Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Koruma Görevi ve Hizmetten Çekilme Hakkı

ÜMIT YAŞAR ÖZTOPRAK

Sağlık hizmeti sürekli, ücretsiz ve herkes tarafından ulaşılabilir olmalıdır. Özellikle de pandemi gibi olağandışı dönemlerde sağlık hizmetine ulaşımın önemi ve sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları da artacaktır. Dünya Sağlık Örgütü 2006 yılında İnfluenza pandemisi sırasında yayınlamış olduğu raporunda sağlık çalışanlarının pandemi ile mücadelede rolünü ve görevlerini tanımlamıştır: “Sağlık hizmeti sunanların katılımı, İnfluenza pandemisine etkin bir yanıt verilebilmesi açısından yaşamsal önemdedir. Sağlık çalışanları, salgınlarda görev almalarını gerektiren benzersiz yeteneklere sahiptirler ve sağlık çalışanının hangi risk düzeyinin kabul edilebilir olduğuna ilişkin kararı kişisel bir seçimdir”¹.

Sağlık Çalışanlarının Hizmetten Çekilme Hakkı

Sağlık çalışanlarının topluma karşı pandemi gibi olağandışı durumlarda sağlık hizmeti sunma yükümlülükleri vardır. Türk Tabipleri Birliği'nin Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi'ne göre hekim olağandışı durumlarda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu konularında eğitim almalı, olağandışı durum öncesi, sırası ve sonrasında yürütülen çalışmalara katılmalıdır². Sağlık çalışanları bu yükümlülüğü pandemi şartlarında yerine getirirken enfeksiyon etkenine maruziyet açısından topluma oranla daha yüksek oranda risk alırlar. Daniels, hekimlerin mesleklerini seçtiklerinde ya da sonrasında eğitim aldıklarında o mesleğin getireceği riskleri öğrenmiş olacaklarını ve kabullenmiş olduklarını belirtmektedir. Ayrıca hekimler tıp eğitimleri boyunca rol modellerin gözlemlenmesi yoluyla standart riskleri istisnai risklerden ayırt etmeyi öğrenirler³. Tedavi yükümlülüğü nedeniyle alınan riskin bir sınırı vardır. Arras'a göre hekimlerin bu yükümlülüklerini sınırlayan dört faktör; aşırı risk, tedavinin sorgulanabilir yararları, diğer hastalara bakma ve kendi ailesine ilişkin yükümlülükleridir⁴.

Sağlık çalışanlarının hastalarına yönelik tanı ve tedavi uygulamaları esnasında yeterli sayıda ve nitelikte kişisel koruyucu ekipmana sahip olması gereklidir. Türk Tabipleri Birliği'nin Hekim Hakları Bildirgesi'ne göre “Çalışma ortamında enfeksiyon kontrolü açısından güncel korunma araçları bulunmuyor ve hastanın durumu acil girişim gerektirmiyor ise, hekim kendisini ve başkalarını korumak gerekçesiyle has-

taşı uygun olanakların bulunduğu yerlere yönlendirebilir. Böylesi bir durumda hekim çalışma ortamının olumsuzluklarının en kısa zamanda düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunmalıdır². Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi' nin 15. Maddesine göre "Hastaya bakmak üzere bir aile nezdine veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip, hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. Tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa, hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarf eder" ile hekime sağlık nedenlerine dayanarak hizmetten çekilme hakkı tanınmaktadır. Hizmetten çekilme hakkı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. Maddesinde geçen "Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir" ile tıbbi durumun acil olup olmadığı koşuluna bağlanmıştır⁵. Sağlık çalışanı hizmetten çekilme hakkını kullanırken hastasının acil durumunun tespitini ve müdahale edilmemesi durumunda hastasının durumunun hızla kötüleşip kötüleşmeyeceğinin değerlendirmesini yapmalıdır. Sağlık hizmeti sunulacak kişi gereksinimle uyumlu nitelikteki bir başka sağlık kurumuna yönlendirilebiliyor olmalı ve bu yönlendirme kişinin sağlığını tehlikeye atmıyor olmalıdır. Sağlık çalışanı hizmet sunduğu kişiyle ilgili edindiği tüm tıbbi bilgileri diğer sağlık kurumundaki meslektaşına aktarmakla yükümlüdür. Sağlık çalışanı hizmet sunmayı reddetme nedeni ve diğer hizmet olanakları konusunda hastasını bilgilendirmelidir. Ayrıca sağlık çalışanı çalışma ortamının olumsuzluklarının en kısa zamanda düzeltilmesi için çalıştığı kurumda gerekli girişimlerde bulunmalıdır.

Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Bir Ortamda Hizmet Verme Hakkı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Madde 23/1'e göre sağlık çalışanlarının elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakları vardır. Bu çalışma koşullarını sağlama yükümlülüğü 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Madde 4/1'de geçen "İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede; Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar." ile işverene aittir⁶⁷. İdare pandemi şartlarında çalışan tüm sağlık personelini korumak ile yükümlüdür. Bu yönde gerekli kaynakları sağlamalı; enfeksiyonun yayılmasını önleyen gerekli çalışma ortamını ve çalışanlarına yeterli dinlenme zamanını sağlamalıdır.

Sağlık çalışanlarının hastalarını, beraber çalıştığı diğer sağlık çalışanlarını ve kendi ailelerini enfekte etmemeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarına dikkat etmesi "öncelikle zarar vermemek" ilkesine dayanarak etik açıdan da bir yükümlülük olarak kabul edilmektedir⁸. Sağlık çalışanının kendi sağlığına dikkat edebilmesi; sağlıklı bir ortamda hizmet verebilmesi ve yeterli dinlenme hakkını kullanması ile sağlanabilir.

Sağlık çalışanlarının diğer hastalarını, beraber çalıştığı sağlık çalışanlarını ve kendi ailelerini enfekte etmemeleri için pandemi şartlarında sadece tanı testlerine değil periyodik olarak yaygın tarama testlerine ulaşabilmesi gerekir. Fırsatta hakkaniyet kuralına göre; bireylere hak etmemiş oldukları avantajlı özelliklerinden ötürü toplumsal yararlar sağlanmamalı ve bireyler hak etmemiş oldukları dezavantajlı özelliklerinden ötürü toplumsal yarardan yoksun bırakılmamalıdır⁹. Bir toplulukta riskin etkisini belirleyen bileşenlerin bir araya gelmesi sonucu oluşan zarar görebilirlik maruziyet ile savunmasızlığın çarpımı olarak tanımlanmıştır¹⁰. Tanı testine ulaşma adaletsiz idari uygulamalara göre değil zarar görebilirliğe göre planlanmalıdır.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Açısından COVID-19 Pandemi Süreci

Aralık 2019' da Çin'in Wuhan eyaletinde etyolojisi belli olmayan pnömoni vakalarının tespitinden bugüne COVID-19 enfeksiyonu topluma göre daha yüksek oranda risk alan sağlık çalışanlarını olumsuz önde etkilemiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya nüfusunun %3'ünü oluşturan sağlık çalışanları toplam vakaların yüzde 14'ünü oluşturmaktadır¹¹. 4 Mart 2020 tarihinde Dünya Hekimler Birliği hükümetlere çağrıda bulunarak pandemi şartlarında sağlık çalışanlarının korunması gerektiğini bildirmiştir¹². 10 Mart 2020 tarihinde Türkiye'de de ilk resmi vaka bildirilmiştir. Pandeminin ilk dönemlerinde Türk Tabipleri Birliği'nin verilerine göre kişisel koruyucu ekipmana ve yeterli sağlıklı çalışma koşullarına ulaşmada zorluklar yaşanmış, sağlık çalışanlarına çalıştıkları kurumlar tarafından gerekli eğitim verilmemiş, COVID-19 için ayrı bir triyaj mekânı sağlanmamıştır¹³. Kişisel koruyucu ekipmana ulaşmada zorluk yaşayan sağlık çalışanlarına yönelik Ankara Tabip Odası bilgilendirme yazısı ile idareye iletmek üzere tutanak örneği yayınlamıştır¹⁴. Sağlık çalışanlarının bu süreçte emeklilik, izin ve istifa hakları ellerinden alınmış, sağlık çalışanları COVID-19 açısından periyodik olarak taranmamış hatta COVID-19 ile enfekte sağlık çalışanları daha kısa süre içerisinde işe dönmeleri yönünde çalıştıkları kurumlarca baskıyla karşılaşmıştır. Uslu ve ark.'nın sağlık sisteminde yaşanan etik sorunları tespit etmek üzere sağlık çalışanları ile yaptıkları görüşmelerde de benzer şekilde sağlık çalışanlarının nitelikli ve yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipmana, COVID-19 testine ulaşmada zorluk çektiği ve yeterli dinlenme hakkını kullanamadığı vurgulanmıştır¹⁵.

Sonuç

COVID-19 pandemisinde Dünya Hekimler Birliği tarafından sağlık çalışanları için Tıp mesleği "risk altındaki meslek" olarak ilan etmiştir¹⁶. 26 Şubat 2021 tarihi itibarıyla Türkiye'de 139 hekim, toplamda 369 sağlık çalışanı COVID-19 sebebiyle hayatını kaybetmiştir ancak henüz COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edilmemiştir¹⁷.

Sağlık hizmeti ancak yeterli nicelik ve nitelikte kişisel koruyucu ekipmanların sağlandığı düzenli sağlık taramasının da yapıldığı sağlıklı bir ortamda verilebilir bu

şartların oluşturulmadığı bir ortamda hizmet verilememesi ayrıca etik yükümlülük-tür. Bu ortamın idare/kamu tarafından sağlanması gereklidir.

Dünya Tabipleri Birliği'nin Ekim 2017'de güncellenmiş olan Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi Hekimlik Andı'nda da geçtiği gibi tüm sağlık çalışanları sağlık hizmetini en yüksek düzeyde sunabilmek için kendi sağlığını, esenliğini ve mesleki yetkinliğini korumaya dikkat ederek hastasının sağlığına ve esenliğine her zaman öncelik vererek mesleklerini yapmaya devam edecektir. Yasa koyucular tarafından hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların esenliğini önceleyen politikalar hızla hayata geçirilmelidir.

Kaynaklar

1. World Health Organisation. Project on Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning. 2006. (Alıntılanma tarihi: 09.02.2021). Erişim Adresi: https://www.who.int/ethics/PI_Ethics_draft_paper_WG3_14Sept06.pdf
2. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. 2021. (Alıntılanma Tarihi: 09.02.2021). Erişim Adresi: <https://ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf>
3. Daniels N. Duty to treat or right to refuse? *Hastings Cent Rep.* 1991.
4. Emanuel, EJ. Do physicians have an obligation to treat patients with aids? *The New England Journal of Medicine.* June. 1988: 318,1686-1690
5. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. 1960. (Alıntılanma Tarihi: 09.02.2021). Erişim Adresi: <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>
6. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. (Alıntılanma Tarihi: 09.02.2021). Erişim Adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komiyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
7. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (Alıntılanma Tarihi: 09.02.2021). Erişim Adresi: <https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>
8. Rea E, Upshur R. Semmelweis revisited: the ethics of infection prevention among health care workers. *CMAJ.* May 15 2001; 164(10); 1447-1448.
9. Beauchamp TL, Childress F. *Biyomedikal Etik Prensipleri.* 2017. Betim Kitaplığı.
10. Kadioğlu M. Afet Yönetimi Beklenmeyeni Beklemek, En Kötüsünü Yönetmek. TC Marmara Belediyeler Birliği Yayını. 2011.
11. Anadolu Ajansı. DSÖ: Dünya nüfusunun yüzde 3'ünü oluşturan sağlık çalışanlarının yüzde 14'ünde Kovid-19 vakası tespit edildi. 2020. Alıntılanma Tarihi: 25.02.2021. Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/dso-dunya-nufusunun-yuzde-3unu-olusturan-saglik-calisanlarinin-yuzde-14unde-kovid-19-vakasi-tespit-edildi/2076867>
12. World Medical Association. World Health Professionals Calling Governments To Prioritise Support For Healthcare Workers In The Front Line Against Coronavirus. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 25.02.2021). Erişim Adresi: <https://www.wma.net/news-post/world-health-professionals-calling-governments-to-prioritise-support-for-healthcare-workers-in-the-front-line-against-coronavirus/>
13. Türk Tabipleri Birliği. COVID-19: Hekimlerin (Sağlık Çalışanlarının) hak ve yükümlülükleri, Sağlık Bakanlığı ve işverenlerin sorumlulukları. 2021. (Alıntılanma Tarihi: 25.02.2021). Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=70e89cf6-75a2-11ea-b329-aa051764b049#_ftn1
14. Ankara Tabip Odası. Ankara Tabip Odası Kişisel Koruyucu Ekipman Raporu. 2020. Alıntılanma Tarihi: 25.02.2021. Erişim Adresi: <https://ato.org.tr/news/show/820>
15. Uslu, A., Sayar, C. Ş., Tanış, B. B., Danış, D. E., Akdeniz, B. *Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması.* TÜBİTAK. 2020.
16. Ankara Tabip Odası. Kaybettığımız Sağlık Çalışanlarına Saygı Anıtı. 2020. Alıntılanma Tarihi: 26.02.2021. Erişim Tarihi: <https://koronavirus.ato.org.tr/saygiyla/27-kaybettigimiz-saglik-calisanlarina-saygiyla.html>
17. World Medical Association. Wma Resolution Regarding The Medical Profession And Covid-19. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 26.02.2021). Erişim Adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-regarding-the-medical-profession-and-COVID-19/>

Bizim bazı ilaçlarımız var koah, astım hastalarının da aldığı ilaçlar. Bir cihazın içine konulup inhaler yolla verilen ilaçlar bunlar. İlk başta bize dendi ki (solunumu destekliyor bu ilaçlar, normalde almaları gerekiyor) pozitif hastalara vermeyelim, kendimizi riske atmayalım. Şöyle mantıklı, o ilacı vermen demek inhalelerin solunumuyla birlikte havaya karışması demek, aerosollerin etrafa yayılması demek. Ciddi risk arz ediyor. Bazı arkadaşlarımız ilaçları yapmadıkları halde yapmış gibi gösterdiler. Ben bunu yapmadım ama sen neden böyle yapıyorsun da demedim. Ben orada kıdemliyim, yapmadığını biliyorum, gerekirse tutanak tutmam gerekiyor ama böyle bir durumda bir şey diyemiyorum. O da kendini, ailesini düşünüyor.

Hemşire Gülse

Benim hemşirelerin tutumları konusunda ciddi sıkıntılarım oluyor. Bizim yüzümüzden oluyormuş gibi geliyor. Bir hastanın kalp atımları bayağı yavaşladı, hemşiremiz koşarak içeri girecekti normalde öyle yaparız. Koşarak içeri gireriz, ilaç yapılır. Tuttum kolundan hayır dedim tulumunu giymeden giremezsin. Tulumunu giyene kadar kalp atımları sıfırlandı. Hepimiz tulumları giyip içeri girdik hasta öldü ve hemşirenin bana söylediği şey sizin yüzünüzden öldü oldu. Bu mesela çok büyük bir problem ben bayağı kötü oldum. Evet pozitif olsa o hemşire korunmadan girmiş olacak o da pozitif olacak ama onu korurken hasta öldü. Evet geç kalındı çünkü tulum giymek meşakkatli bir iş. Tulumlarla oturma imkânınız zaten yok. O arada suçlu belki biziz, belki hemşire belki sağlık sistemi... Yaşadığınız zaman tamamen tüm duygusal sorumluluk sizin üstünüzde kalıyor. Ben içeri giremedim, tulumu zamanında giyemedim, ilacı yapamadım bunu düşünmeye başlıyorsunuz.

Asistan Doktor Zeliha

Kurumsal olarak aramızda problemler oluyor, hastaya yaklaşma açısından. Yani mesela hasta COVID, CPR kalp masajı yapmanın riski var hastaya bize bulaş açısından, en büyük risk. Konuşurken bir ise mesela, entübe ederken yüz hastalığın bulaşma riski. Gönülsüz olanlar oluyor, yapmak istemeyenler oluyor, ben çekinmiş oluyorum mesela, kendim de çekinmiş olabilirim sonuçta yani aynı çekinceler var. Kendi aramızda bir şekilde çözülmeye çalışılıyor... Bir problem gördüğümde yani kendim yaptım. Birisi çekinmiştir mesela, yapmak istememiştir. Ya da diğer doktor demin bahsettiğim gibi görmek istememiştir. Ben elimden geleni yaparım artık, tutup da kimseye zorla ekstra bir şey yaptırمام. Kendim yapabileceğim, kendi çapımda ya da işte uzmana, doçente, hocama söyleyebileceğimi söyledim.

Acil Tıp Asistan Doktor Koray

Risk Alma: Tedavi Etme ve Kendini Koruma Görevi Arasındaki Dengeyi Kurmak

BÖLÜM
10

113

ASLIHAN AKPINAR

Tüberküloz, grip, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda yoğun olarak tartışılan tedavi etme ödevi, COVID-19 pandemisinde de ön plandaki etik konular arasındadır. Bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda “Tedavi etme ödevi” karşısında “kendini koruma” ikilemi defansif tıbbın negatif ve pozitif boyutunda olduğu gibi çeşitli eylemlerle karşımıza çıkmaktadır. Negatif uçta, örneğin kişisel koruyucu önlemlerin mevcudiyetinden bağımsız olarak standart tedavileri uygulamaktan kaçınmak, pozitif uçta ise hasta yararı yerine kendini korumayı önceleyerek örneğin her işlem öncesinde zorunlu test yapmak veya sorumlulukta görüldüğü gibi gereksiz müdahaleler yapmak bulunmaktadır. Bu yazıda yukarıdaki soru biyotıp etiğinin temel ilkeleri, dört adımlık klinik etik karar verme süreci, tedavi etme ödevine ilişkin uluslararası literatür ile Türk Tabipleri Birliği'nin bildirme ve önerileri çerçevesinde sağlık çalışanlarına hangi gerekçelerle tedavi etme ödevi yüklendiği ve bu ödevin gereklerine işaret edilerek tartışılacaktır.

COVID-19'un Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilmesinden bir ay sonra yayımlanmış olan bir editöre mektup “COVID-19'lu hastalar için invazif olmayan ventilasyon kullanımı: endişe nedeni mi?” diye sorar¹. Arulkumaran ve ark. bilinen veya şüphelenilen COVID-19 hastalarında solunum yetersizliği olması durumunda hastalığın, hastalardan sağlık çalışanlarına bulaşma ihtimali nedeniyle, daha az invazif tedavi seçenekleri olmaksızın, erken dönemde entübe edilmesi önerisini değerlendirirler. Ancak yazının hemen başında da DSÖ kılavuzlarının, uygun kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanılması koşuluyla invazif olmayan (Sürekli pozitif hava yolu basıncı-CPAP veya İnvazif olmayan ventilasyon-NIV) yöntemlerin kullanımını savunduğu belirtilir.

Mayıs 2020'de yayımlanan bir başka editöre mektup da invazif ve invazif olmayan ventilasyona karar vermek için tek bir standart belirlenemeyeceğini yani “hasta”ya göre değerlendirme yapmak gerektiğinin altını açıkça çizer. İnvazif olmayan ventilasyonun klinik yararları ve abartılmış zararları ile invazif ventilasyonun zararlarını kanıtlarıyla ortaya koyduktan sonra hastaların sadece tanı ve hipoksemiye dayalı olarak entübe edilmesi yerine minimum hava sızıntısı olan daha yeni invazif olma-

yan sistemler kullanarak, yakından izlenen bir NIV denemesinden fayda görebileceğini önerirler.² Üstelik entübasyon sırasında da virüsün yayılması önemli bir risktir ve hasta bakımını iyileştirme ve bakım sağlayıcılara bulaş risklerini en aza indirme tekniklerine ilişkin öneriler sürekli güncellenmektedir.³

Tıbbi gereklilik ve kontrol açısından bir değerlendirme yapmamızı sağlayan bu girişten sonra sağlık çalışanlarının etik yükümlülüklerine bakabiliriz. Hipokrat'a atfedilen önce zarar vermeme ilkesi her müdahalede hasta için yarar ve zararı dengelemeyi gerektirir. Bu çerçevede klinik olarak invazif olmayan ventilasyonun başarısız olacağı öngörülen hastalar dışında, entübasyon gerekliliğinin ortaya konması gerekecektir. Jonsen ve ark⁴ tarafından geliştirilen ve klinisyenlere ahlaki olarak gerekçelendirilmiş bir karara doğru yol gösterecek yapılandırılmış bir çerçeve sağlayan dört adımlık klinik etik karar verme yöntemi, her müdahalede öncelikle tıbbi girişimin endikasyonlarının belirlenmesini gerektirir. Yani hasta önerilen müdahaleden nasıl bir fayda sağlayacaktır, sorusu hekimin deneyimleri ve kanıta dayalı tıbbi bilgiyle yanıtlanarak klinik yargı ortaya konmalıdır. Oysa soruda bulunan "entübasyon gerek-mese de" ifadesi bu gerekliliğin mevcut olmadığına işaret etmektedir.

Türk Tabipleri Birliği Meslek Etiği Kuralları, hekimin öncelikli görevinin, hastalıkları önleme ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumak olduğunu belirtir. "Etik İlkeler" maddesinde ise hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri olarak yararlılık, zarar verme, adalet ve özerklik ilkelerini sayar. Bu durumda hastaya yarar sağlamayacak tıbbi olarak gereksiz bir işlem, hastaya zarar verme olasılığına rağmen uygulanacağından hekime zarar vermeme ve yararlılık ilkeleriyle yüklenen ödevlerin yanında, hekimin öncelikli görevi olan hastanın sağlığını korumak göz ardı edilmiş olacaktır. Bunun yanında genel olarak kıt kaynaklardan olan yapay solunum cihazlarının, kaynak sınırlılığının üst düzeyde olduğu pandemi koşullarında gereksiz kullanımı, başka hastalar için hayat kurtarıcı olmasını engelleyecektir. Bu çerçevede adalet ilkesinin yüklediği ödevler de göz ardı edilmiş olacaktır. Son olarak müdahale için hastadan onam veya vekilinden izin alırken müdahalenin yarar ve zararlarının açıkça ortaya konması gerektiğinden özerkliğe saygı ilkesinin yüklediği ödevler de dikkate alınmalıdır⁵.

Soru "tedavi etmek" ve "kendini korumak" ikilemine işaret ettiğinden değinilmesi gereken bir diğer önemli konu salgınlarda sağlık çalışanlarının tedavi etme ödevidir. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu (TTBEK) Salgınlara Yönelik Görüşü⁶ bu ödevden söz etmemiş olsa da uluslararası literatürde sık tartışılan etik konular arasındadır. TTBEK'in Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesindeki olağandışı durumlarda sağlık hizmeti sunma sorumluluğu tedavi etme ödevine işaret edebilir⁷. Sağlık çalışanlarının, yararlılık ve adalet ilkelerine dayanarak "tedavi etme ödevi" olduğu düşünülür. Bu da sağlık çalışanlarının hastaları tedavi etmek için herhangi birinden beklenenden daha fazla risk almasını gerektirir.⁸⁹ Bu ödevin genel olarak üç gerekçesinden söz edilmektedir. Bunlardan ilki sağlık çalışanı rolünün doğasında böyle bir riskin bulunması ve rolü kabul ederken sağlık çalışanlarının zımnen de olsa buna

rıza göstermeleridir. İkinci olarak sağlık çalışanlarının eğitimleri ve bilgilerinin çeşitli şekillerde toplum tarafından desteklenmesi, daha yüksek gelir ve sosyal prestij elde etme olanağı sunulmasıdır. Toplumla karşılıklılık argümanı, tedavi etme ödünün bu faydalarla orantılı olmasını gerektirir. Örneğin uzman doktorlar önemli faydalar elde ettiğinden tedavi etme ödevi oldukça güçlüdür. Diğer taraftan toplumla karşılıklılık gereği toplumda sosyal bakım çalışanları hemşirelerden, hemşireler de doktorlardan daha zayıf bir tedavi etme ödevine sahip olabilirler.⁹ Üçüncü gerekçe, sağlık çalışanlarının hastalara genel halktan daha iyi bakım sağlayabileceği için, halk sağlığı acil durumlarında sorumluluklarının artmasıdır. Tıp mesleğinin temel ilkelelerinden biri, kişisel bedeli olsa bile hastalara bakma sorumluluğudur⁸.

Tedavi etme ödevi çerçevesinde bulaş korkusuyla aşağıdaki örneklerde çarpıcı şekilde ortaya konduğu gibi “hastaya zarar verme ihtimali olmasına rağmen” hastanın standart tedavisini uygulamamak, üstünde derinlemesine düşünmeyi gerektiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır:

...enfeksiyon hastalıkları hekimimiz genç olmasına rağmen çok iyi bir tedavi uyguluyor... Mesele COVID-19'lu bir hastaya buhar tedavisi uygulatmaz. Çünkü buhar ile birlikte etrafa daha çok yayılacaktır COVID-19 mikrobi... Çünkü o odalar ne kadar havalsansa da COVID-19 mikrobi barındırır. Hastanın eşyalarına yapışabilir ve havada asılı kalabilir. Biz girdiğimizde en ufak hatamızda o mikrobi alabiliriz. Gözlerimizden, burnumuzdan veya ağzımızdan...¹⁰

...gelen hastalar genelde entübe durumda oluyorlar. Bu süreçte entübasyon tüpünü clamplememiz gerekiyor ya da orada kültür almamız gerekebiliyor ama bu hastadan kültür almayalım diyebiliyoruz COVIDten dolayı. ... normalde hastayı aspire ederken vantilatörü kapatmayız. Makine çalışır durumda olur. COVIDten kaynaklı şimdi makineyi kapatıyoruz. Yani hastayı makineden ayırıyoruz. Bu süre 1 dk olabilir 30 sn olabilir. Bazı hastalar bunu tolere ederken bazıları edemiyor...¹⁰

...Bizim bazı ilaçlarımız var koah, astım hastalarının da aldığı ilaçlar. Bir cihazın içine konulup inhaler yolla verilen ilaçlar bunlar. İlk başta bize dendi ki (solunumu destekliyor bu ilaçlar normalde almaları gerekiyor) pozitif hastalara vermeyelim, kendimizi riske atmayalım. Şöyle mantıklı o ilacı vermen demek inhalerin solunumla birlikte havaya karışması demek, aerosollerin etrafa yayılması demek. Ciddi risk arz ediyor...¹⁰

Sağlık çalışanlarına, özellikle lisans eğitiminde bulaşıcı hastalıklar ve korunma yöntemleri konusunda eğitim almış olan hekim ve hemşirelere, tedavi etme ödevi yüklenmesinin gerekçelerinden biri, hastalıkların bulaş yollarına ve korunma önlemlerine ilişkin tam yetkinliğe sahip olmalarıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kendilerine bulaş korkusuyla müdahaleden kaçınması çok nadir durumlarda haklı çıkarılabilir. En haklı çıkarılabilir gerekçe ise kişisel koruyucu ekipman yokluğudur. Sağlık çalışanlarının burada riskleri gerçekçi şekilde değerlendirilerek COVID-19 Enfeksiyon Kontrolü ve İzolasyon Rehberi doğrultusunda hareket etmesi beklenir. Örnek olarak, damlacık izolasyonu için cerrahi maske ve gözlük/yüz koruyucu kul-

lanmak verilebilir. Bununla birlikte aerosolizasyon oluşturabilecek bir durum olmadığı halde cerrahi maske kullanmayı reddetmek, N95/FFP2 maske ve gözlük bulunmasını talep etmek bilimsel gerçeklere uygun bir talep değildir¹¹. Sağlık çalışanları yukarıdaki çerçevede gerekli olan koruyucu ve önleyici tedbir ve ekipmanların sağlanmasını talep etme ve kendilerine sunulduğunda da hayata geçirme etik yükümlülüğüne sahiptir. Hasta, bakımını aksatmaya neden olabilecek bir eksiklik olduğunda ise yazılı başvuru yapılmalıdır⁶.

Son olarak literatürde tartışılan konular arasında⁹ sağlık çalışanlarının tedavi etme ödevi karşısında ailelerine karşı yükümlülüklerinin sınırları da bulunmaktadır:

...Bazı arkadaşlarım ilaçları yapmadıkları halde yapmış gibi gösterdiler. Ben bunu yapmadım ama sen neden böyle yapıyorsun da demedim. Ben orada kıdemliyim yapmadığını biliyorum gerekirse tutanak tutmam gerekiyor ama böyle bir durumda bir şey diyemiyorum. O da kendini, ailesini düşünüyor..¹⁰

Tedavi etme ödevi için mesleği seçerken bu risklerin zımnen kabul edilmiş olması gerekçesi özellikle doğası gereği bulaşıcı hastalıkları tedavi etmeyi içeren alanlarda çalışanların ailelerini, enfeksiyondan korumak için daha fazla yük taşımaya zorlamaktadır. Dolayısıyla aile üyelerini koruma yükümlülüğü, kişisel koruyucu önlemlerin ve aileye bulaş riskini azaltacak önlemlerin ulaşılabilirliği çerçevesinde belirlenmelidir. Güçlü bir tedavi etme ödevi olan, ancak ailesine bulaş riskini azaltacak bir yolu olmayan, 'ön cephedeki' bir sağlık çalışanı için duruma özgü (örneğin özellikle savunmasız/örselenebilir durumda aile üyeleri olduğunda, otelde kalmasının sağlanması, düzenli olarak tanı testi yapılması, bulaş durumunda aile üyelerinin tedavisine öncelik verilmesi... gibi) önlemler alınması, beklenmektedir.⁹

Sağlık çalışanlarına COVID-19 bulaşma riski elbette ihmal edilebilir bir risk değildir ve birçok sağlık çalışanı enfekte olmuştur. Bununla birlikte çözüm, defansif tıbbın¹² bir başka görünümü olacak şekilde hastaya doğrudan fayda sağlamayacak girişimler yapmak veya fayda sağlayabilecek girişimleri yapmamak değil, hasta bakım kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık çalışanının güvenliğini koruyacak önlemler almak olmalıdır. COVID-19 hastalarının yönetimine ilişkin güncel kılavuzların takip edilmesi, hastaya en uygun müdahalenin değerlendirilmesinde yol gösterici olacaktır. Tedavi etme ödevi, ancak ve ancak, sağlık çalışanlarının gerekli koruyucu önlemlere ulaşamadığı durumlarda, kendilerine yönelik riskleri azaltma olasılığı olamayacağı ve yazılı olarak talep etmiş olmak şartıyla hafifletilebilir. Üstelik tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun birinci koşulunun tıbbi bir gereklilik (endikasyon) bulunması olduğu düşünüldüğünde "gerekme de" uygulamanın müdahalenin hukuka uygunluk şartını¹³, "gerekse de" uygulamamanın ise tedavi etme ödevini¹⁴ ihlal ettiği unutulmamalıdır. Her müdahalede, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına öncelikli görevlerinin, hastalıkları önlemek, bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışmak ve insanın yaşamı ile sağlığını korumak olduğunu hatırlamak önemli bir yol gösterici olmaktadır. Hastanın iyi bir bakım

almasına, yani sağlık çalışanlarının bu temel ödevlerini yerine getirmesine engel olan durumların düzeltilmesi için sağlık çalışanlarının hem çalıştıkları kuruma hem devlete yönelik gerekli girişimlerde bulunma hakkı ve sorumluluğu unutulmamalıdır⁶.

Kaynaklar

1. Arulkumaran N, Brealey D, Howell D, Singer M. Use of non-invasive ventilation for patients with COVID-19: a cause for concern? *Lancet Respir Med.* 2020;8(6):30181-8.
2. Rahmazade R, Rahmazadeh R, Tabarsi P, Hashemian SM. Noninvasive versus invasive ventilation in COVID-19: one size does not fit all! *Anesth Analg* [Internet]. Aug 2020;131(2): e. 114–5.
3. Orebaugh S, Snyder J V. Direct laryngoscopy and endotracheal intubation in adults. *UpToDate.* 2021.
4. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, Seventh Edition. 2010:228.
5. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları [Internet]. Ankara; 2012. Erişim Adresi: https://www.tb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf
6. Türk Tabipleri Birliği. Salgınla Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü [Internet]. Nisan, 2020: 1–9. (Alıntılanma Tarihi: 2021 Feb 13). Erişim Adresi: https://www.tb.org.tr/makale_goster.php?Guid=4da9a49c-7674-11ea-b329-aa051764b049
7. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. 2020. Ankara.
8. Redmann AJ, Manning A, Kennedy A, Greinwald JH, deAlarcon A. How strong is the duty to treat in a pandemic? Ethics in practice: point-counterpoint. *Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2020;2–4.
9. McConnell D. Balancing the duty to treat with the duty to family in the context of the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics.* 2020; 360–3.
10. Uslu A, Sayar CŞ, Tanış BB, Danış DE, Akdeniz B. Salgınla mücadelede sağlık çalışanlarının yaşadığı etik ikilemler ve etik değerlere duyarlı dirençlilik geliştirilmesi projesi araştırması. TÜBİTAK; 2020.
11. TC. Sağlık Bakanlığı. *COVID-19 (sars-cov- 2 enfeksiyonu) enfeksiyon kontrolü ve izolasyon* [Internet]. (Alıntılanma Tarihi: 2021 Feb 14). Erişim Tarihi: <https://COVID19.saglik.gov.tr/Eklenti/37697/0/COVID-19enfeksiyonkontroluveizolasyonpdf.pdf>
12. Raposo VL. Defensive medicine and the imposition of a more demanding standard of care. *J Leg Med* [Internet]. 2019;39(4):401–16. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1080/01947648.2019.1677273>
13. Büken ÖN. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu açısından aydınlatılmış onam süreci ve hasta özerkliğine saygı. İçinde, Bulut N, editor. TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları Türk;. 2018 p. 96–114. Erişim Adresi: https://www.hayad.org.tr/dokumanlar/tibbi_etik_deontolojiyi_koruma10760960.pdf#page=97
14. Orentlicher D. The physician's duty to treat during pandemics. *Am J Public Health.* 2018;108(11):1459–61.

Hasta mesela geliyor. Başta pozitif. Burun ve boğazdayken mikrop pozitif olarak test çıkar. Sonrasında ciğerlere inen mikrop hücre içerisine geçiyor. Yani o sürüntü yapılan alet ciğere kadar inmiyor ki. Ama yine de COVID-19 var hastada. Sağlık bakanlığı da sürüntü negatif çıkmış benim için COVID değil bu diyor. O durumda tomografiye bakılır. O buzlu cam görüntüsü varsa onun sağlam bir delildir. Benim hekimim bu süreçte srnty baz almaz teşhis için. Sağlık bakanlığının açıklamasında da sürüntü baz alınıyor tomografi baz alınmıyor. Sürüntü negatif olup hasta da ölünce hastaya COVID-19 kodu koyamıyorsun orada. O kodlar bakanlığa gider. Kişi neden ölmüş... Yani solunum yolu yetmezliğinden öldü denebilir ama COVID-19'dan denemez çünkü sürüntü negatif.

Hemşire Zeynep

Pandemide Olası Vaka ve Doğrulanmış Vakalar İçin İzlenmesi Gereken Tedavi Yöntemleri

BÖLÜM
11

121

ÖZLEM KURT AZAP

COVID-19 Hastalığı, hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonundan ağır pnömoniye kadar değişen bir yelpazede belirtilere neden olur. En sık görülen semptomlar; ateş, kuru öksürük ve halsizliktir. COVID-19 hastalığında tat-koku kaybı, diğer solunum yolu enfeksiyonlarına göre daha sık görülmektedir. Baş ağrısı, kas-eklem ağrıları, iştahsızlık, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, gözlerde yanma, ishal görülebilmektedir.

COVID-19 hastalığının tanısı solunum yolu örneklerinde PCR (Polymerase Chain Reaction-Polimeraz Zincir Reaksiyonu) yöntemiyle yani SARS-CoV-2 virüsünün RNA'sının gösterilmesiyle konmaktadır. Tanı için klinik örnek olarak nazofarenks (burun deliklerinden geriye doğru ilerletilen çubuk yardımıyla) ve orofarenksten (boğazdan) aynı anda alınan sürüntü örneği tercih edilmektedir. PCR testi; viral yükün az olması, uygun olmayan örnek alımı, erken ya da geç dönemde örnek alınması, uygun olmayan transport koşulları, PCR inhibitörlerinin varlığı ve hastalıkta aralıklı virüs saçılımının olması gibi nedenlerden dolayı yalancı negatif sonuç verebilmektedir. Bu yüzden klinik bulguları uyumlu olan kişilerden 24-48 saat sonra ikinci bir PCR testi alınması önerilmektedir^{1,2}.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 olgularını “şüpheli”, “olası” ve “kesin” olarak üç grupta değerlendirmektedir³. Klinik olarak solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulguları olan, radyolojik olarak COVID-19 hastalığı ile uyumlu bulguları olan hastalar -SARS-CoV-2 PCR testleri negatif saptansa bile- “olası COVID-19” olgusu olarak kabul edilirler. “Olası olgu” olarak değerlendirilen hastalarda izlenmesi gereken yol “kesin COVID-19” olgusunda yani SARS-CoV-2 PCR testinin pozitif saptandığı olgulardaki gibidir. Yatış, tedavi, izlem...vb konularındaki kriterler “olası COVID-19 olguları” için de geçerlidir.

COVID-19 hastalığı, klinik seyire göre asemptomatik, hafif, orta ve ağır seyirli olmak üzere dört kategoriye ayrılmaktadır. Asemptomatik olgular taramalar sırasında veya temaslı takibinde saptanmaktadır. SARS-CoV-2 enfeksiyonu belirtisiz yani asemptomatik olarak geçirilebilmektedir; bu oran, genç yaşlarda daha yüksek olmak üzere ortalama %20-30'dur.

Hastalık, her biri yaklaşık bir hafta süren iki aşamada seyretmektedir. Birinci aşama, virüsün solunum yolu epitel hücrelerinde çoğaldığı ve yukarıda sayılan belirtilerin görüldüğü aşamadır. Hastaların %80-85'i bu aşamanın sonunda iyileşirler. Ancak hastaların %15-20'sinde, birinci haftadan sonra bu belirtiler ağırlaşabilir. Öksürük, nefes darlığı gibi yakınmaların ön plana çıktığı, oksijen ihtiyacının ve solunum yetmezliğinin eklendiği bu ikinci aşamada alveollere ulaşan virüsün etkisinin yanı sıra virüsü ortadan kaldırmak üzere harekete geçen bağışıklık yanıtının sebep olduğu etkiler söz konusudur. İkinci evredeki patolojik değişiklikler ölümle sonuçlanabilmekte ve iyileşenlerde de uzun süren bir iyileşme dönemi olabilmektedir.

Hastalığın iki aşamalı seyri tedavi yaklaşımlarını belirlemek için önemlidir. Birinci aşamada virüse etkili ilaçların kullanılması gerekirken, ikinci aşamada daha çok bağışıklık sistemini düzenleyecek ilaç ve tedavilerin kullanılması gerekmektedir; ilerleyen ağır olgularda ise organ yetmezliklerinin tedavisinin yapılabilmesi gerekmektedir. İlk aşamada yani virüsün çoğaldığı aşamada virüsü durdurabilecek, etkili ilaçlara ilişkin çalışmalar olmakla birlikte SARS-CoV-2'yi etkili bir şekilde inaktive eden bir ilaç henüz klinik kullanıma girmemiştir. Favipravir, remdesivir, monoklonal antikolar, kolşisin gibi ilaçlar, hastalığın erken dönemlerinde kullanılması önerilen ilaçlardır. Hidroksiklorokin, pandeminin başlangıcında önerilmiş olmakla birlikte daha sonraki dönemlerde etkili olmaması ve yan etkileri nedeniyle DSÖ tarafından "kullanılmaması" önerilen ilaçlar listesine alınmıştır⁴.

ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde ateş, halsizlik, öksürük gibi yakınmaları olan ancak nefes darlığı olmayan COVID-19 hastalarının hastaneye yatırılmadan izlenmeleri önerilmekte ve herhangi bir ilaç önerilmemektedir^{5,6,7,8}. Evde izlenen hastalar, solunum sıkıntısı vb bir durum olduğunda mutlaka sağlık kuruluşuna başvurma konusunda bilgilendirilmiş olmalıdır. DSÖ'nün evde hasta bakımı dökümanında hastaneye yatma konusunda sıkıntı olduğu durumlarda (yatak olmaması vb gibi) hastaların, izolasyona ilişkin olarak gerekli önlemler alındıktan sonra, evde izlenebilecekleri belirtilmektedir⁹.

Ülkemizde test pozitifliği saptanan -asemptomatik olanlar da dahil olmak üzere- tüm olgulara tedavi başlanmaktadır¹⁰. ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde SARS-CoV-2 PCR testi pozitif saptanan her olguya anti-viral tedavi verilmemektedir. COVID-19'a yönelik tedavi, solunum sıkıntısı nedeniyle hastaneye yatırılan hastalara belirli endikasyonlarda verilmektedir^{6,7,8}. Örneğin asemptomatik olgulara, hafif-orta olgulara tedavi verilmemektedir.

Hastalığın ikinci aşamasında (inflamasyon aşaması) olup oksijen destek tedavisine ihtiyaç duyan hastalara başlanan düşük doz steroid (6 mg deksametazon veya eşdeğeri) inflamasyonu baskılayarak doku ve organ hipoksisini engellemektedir¹¹. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarında ağır seyri önleyen ve yoğun bakıma yatışı azaltan etkisiyle öne çıkan tedavi steroid tedavisidir. Steroid tedavisinin daha erken aşamalarda ve/veya daha yüksek dozlarda verilmesinin olumlu etkisi olmadığı gibi olumsuz etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Steroid tedavisine ek olarak yine inflamasyon aşamasında, aşırı inflamasyon sendromu

(Macrophage Activating Syndrome- MAS) gelişen hastalarda etkili olan antisitokin tedaviler söz konusudur. IL-1 (İnterlökin-1) antagonisti (Anakinra) veya IL-6 (İnterlökin-6) antagonisti (Tosilizumab) bu amaçla en çok kullanılan ajanlar olup özellikle doğru hastaya doğru zamanlama ile verildiklerinde başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Ancak tıpkı steroid tedavisi gibi yanlış zamanda verilecek olurlarsa bağışıklık baskılayıcı yan etkileri nedeniyle kötü sonuçlara yol açabilmektedir. Plazma tedavisi, ülkemizde ve dünyada bazı ülkelerde hastalığın erken döneminde kullanılmaktadır¹⁰.

Hastalığı hafif, orta, ağır ve kritik hastalık kriterlerine göre değerlendirmek takip ve yatış endikasyonlarını belirlemek açısından yol gösterici olabilmektedir. Hastalık ağırlık dereceleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

Hafif hastalık: Ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, halsizlik vb semptomların olması ancak nefes darlığı, solunum sıkıntısı olmaması, akciğer radyolojisinin normal olması durumunu tanımlar.

Orta derecede hastalık: Solunum yolu enfeksiyonuna ilişkin belirti ve bulgular olması ancak oksijen saturasyonunun %94 veya üzerinde olması durumunu tanımlar.

Ağır hastalık: Solunum sayısının 30/dakikanın üzerinde olması, oksijen saturasyonu %94'ten düşük olması, PaO₂/FiO₂ değerinin 300 mmHg'nun altında olması veya infiltrasyonun akciğerlerin %50'sinden fazlasına yayılması durumunu tanımlar.

Kritik hastalık: Solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ yetmezliği olması durumunu tanımlar.

COVID-19 hastalığına ilişkin olarak yatış kriterleri konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Birçok ülkede hastaneye yatış kriterleri; hipoksi (oksijen saturasyonunun %94'ün altında olması) ve solunum desteğine ihtiyaç duyulması olarak belirlenmiştir. Bunun dışında takip (solunum sayısının yüksek olması) ve görüntüleme tetkiklerinde akciğerlerin %50'den fazlasında infiltrasyon görülmesi yatış kriteri olarak değerlendirilmektedir. İmmünsüpresif hastalar, hipotansif hastalar, akut böbrek yetmezliği olan hastalar da yatış endikasyonu olan hastalar olarak değerlendirilmektedir^{6,10,12}.

Ağır ve kritik durumda olan hastalar için kesin yatış endikasyonu vardır. Orta derecede hastalık tablosunda ise solunum sıkıntısı varsa yatış endikasyonundan söz edilmektedir^{6,10,12}. İmmünsüpresif hastalar, böbrek yetmezliği olan hastalar da yatış yönünden öncelikli olarak değerlendirilmesi gereken grupta yer almaktadır.

Önümüzdeki dönemde, virüse doğrudan etkili ilaçlar geliştirildiğinde, influenza hastalığında olduğu gibi, yüksek riskli gruptaki kişilere hastaneye yatırılmaksızın da tedavi verilebilir. Ancak günümüzdeki ilaçlarla henüz bunu sağlamak mümkün değildir. Çoğunlukla hafif seyirli olan bu hastalık için solunum sıkıntısı olanları/olma olasılığı yüksek olanları yakın izlemek çok önemlidir. COVID-19 tanısında PCR test pozitifliği "kesin olgu" olarak; klinik ve radyolojik bulguları uyumlu olup PCR testi negatif olan olgular "olası olgu" olarak değerlendirilir. Klinik izlem ve tedavide kesin ve olası olgulara yaklaşım benzerdir; yani COVID-19 belirti/bulguları olan hastalarda PCR testi negatif bile olsa yaklaşım PCR testi pozitif olgulardaki gibidir. Solunum

sıkıntısı/yetmezliği olanlar için tedavi, belirli durumlarda steroid, yüksek akımlı oksijen tedavisi, tosilizumab, anakinra...vb. ilaçlar, nefes açıcılar ve gerektiğinde solunum cihazları ile destek sağlamaktır. Antibiyotik tedavisi, ek olarak bakterilerle enfeksiyon düşünüldüğü durumda verilmelidir. Antibiyotiklerin yaygın kullanımı COVID-19 hastalığını tedavi etmeye katkı sunmadığı gibi antimikrobiyal direnci artırarak tüm enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde zorluğa yol açacaktır.

Kaynaklar

1. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. Diagnostic testing for SARS-CoV-2: Interim guidance. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 1 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/diagnostic-testing-for-sars-cov-2>
2. Woloshin S, Patel N, Kesselheim AS. False negative tests for sars-cov-2 Infection: challenges and implications. *The New England Journal Medicine*. 2020; 383: e38. DOI: 10.1056/NEJMp2015897
3. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. WHO COVID-19 Case definition Updated in Public health surveillance for COVID-19. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 1 Şubat 2021). Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1.
4. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID-19. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 1 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-COVID-19>
5. ABD COVID-19 Tedavi Rehberi. (Alıntılanma Tarihi: 31 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://files.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/COVID19treatmentguidelines.pdf>.
6. ABD COVID -19. Therapeutic Management of Hospitalized Adults With COVID-19. 2021. (Alıntılanma Tarihi: 31 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/therapeutic-management/>.
7. İngiltere, NHS. When to self-isolate and what to do. 2021. (Alıntılanma tarihi: 31 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-COVID-19/self-isolation-and-treatment/when-to-self-isolate-and-what-to-do/>.
8. Kanada. 2019 Novel Coronavirus Infection Clinical Management COVID-19. 2020. (Alıntılanma tarihi: 31 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/clinical-management-COVID-19.html#a5>.
9. Dünya Sağlık Örgütü , Evde hasta bakımı dökümanı. (Alıntılanma Tarihi: 31 Ocak 2021). Erişim Adresi: [https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(n-cov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(n-cov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
10. Sağlık Bakanlığı web sayfası. Covid-19 (sars-cov-2 enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi. 2020. (Alıntılanma tarihi: 1 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://COVID19.saglik.gov.tr/Eklenti/39061/0/COVID-19rehberieriskinhastatedavisipdf.pdf>
11. Horby P, Lim WS, Emberson JR, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19 - Preliminary Report. *N Engl J Med* 2020 Jul 17: NEJMoA. 2021:436. doi: 10.1056/NEJMoA2021436.
12. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. COVID-19 Clinical management: living guidance. 2021. (Alıntılanma tarihi: 31 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-COVID-19>.

Normalde Türkiye’de dnr yasal değil.¹ Ölmek üzere olan hastalara kırkbeş dk. yasal CPR² uygulamak zorundayız kırkbeş dk. boyunca kalp masajı uygulanmak zorunda, entübe edilmek zorunda, ilaçları tamamlanmak zorunda. Yasal olmadığı için zaten bu hasta ölecek gözüyle bakıp bırakamazsınız. Hiçbir şekilde yasal olmayan bir durum. Bunu yapmaya başladığınız zaman içeriye sizinle birlikte girmesi gereken en az bir hekim, üç hemşire olması gerekiyor. Ama hastaların hepsi pozitif. İçeri hepsini sokup da onların pozitif olmasına neden olup zaten dönmeyeceğini bilimsel olarak bildiğimiz bir hastaya kırkbeş dk. boyunca CPR süreci en fazla etik ikilememizi oluştuyordu benim gözümde. İçeri gireceksiniz CPR yapacaksınız. Her kalp masajında akciğerden bir sürü sekresyon çıkacak. Bu CPR’da dediğim gibi kırkbeş dk. yasal süre var ama artık şey gibi oluyor, bütün akciğer kemikleri kırılmış hastada CPR’ı sonlandırma kararı ya da kırkbeş dk. geçti ama genç hasta, CPR’a devam edelim mi bu beni zorluyor. Kalbi durmuş hastalarda bir ya da iki defa oldu, çok erken durumda kalbi tamamen duran ama 1-2 gün önce aileye çok iyi olduğu haberi verilmiş. Tüm bunlar ciddi bir sıkıntı benim için. Hastaya cpr’a gideceğimizde hep şunu düşünüyorum artık, kaç hemşireyle girebilirim, kaç işi tek başıma yapabilirim, ne yaparsam daha az insanı içeri alabilirim? Sürekli zaten işi olmayan dışarı çıksın modundayız. Hem ilaç yapıp hem entübasyon yapmaya başladık ki normalde öyle bir şey yok ilacı biri yapar entübasyonu biri yapar. İş biraz daha kompleks hale getirdi, hemşire neyi yapar doktor neyi yapar onun da ayrımı kalktı. Yine aynı şekilde hiçbir yaşam beklentisi olmayan hastalarda, doksan küsur yaşında, COVID pozitif, akciğer kapasitesi sıfırlanmış durumda, altta yatan kalp hastalığı var, bilinci yerinde değil, kan değerleri ölüme ramak kala durumda. Yüksek dozlarda ilaç verip hala bakım devam ettiriyoruz bu hastalar için. Bunlar gerekiyor mu gerekmiyor mu? Ya da COVID sürecinde bu hastaya bakmak, sağlık personelinin ne kadar moralini düşürüyor, ne kadar pozitifleştiriyor? Akut ölümler çok oldu bu süreçte. Hastanız iyi diyoruz, bir saat sonra kalbi duruyor ve hiçbir şekilde dönüş alınmıyor. Bu durumda aileyi arayıp direkt hastanızın kalbi durdu diyemeyip hastanızın kalbi kötüleşti müdahale ediyoruz diye hastanın ölüm haberini iki-üç saat sonra verdiğimiz oldu. Normalde böyle bir şeye hakkımız yok. Hastanın ölüm saatini bilmeye ailenin hakkı var. Ama sabah konuşup hastanız iyi deyip, öğleden sonra bir saat içinde kalbi durmuş bir hastayı arayıp da hastanız öldü deyip kabul ettirme şansız olmuyor ki bayılanlarımız çok oluyor.

Enfeksiyon Hastalıkları Uzman Doktor Zerrin

- 1 “Do not resuscitate.” Eğer bir hastanın kalbi veya solunumu durduysa hastanın isteğine saygı duyarak, kalp masajı veya gelişmiş yaşam desteği yapılmaması için hastane ortamında veya hukuki formda yazılan hukuksal yazı.
- 2 Ani kalp durması ya da nefes alamama gibi vakalarda, kişiyi hayata döndürmek amacıyla uygulanan ilk yardım yöntemidir.

Sağlık Çalışanlarının Güvenliği, Kaynakların Hakça Dağıtımı ve Faydasızlık Kavramları Işığında CPR ve Palyatif Bakım

BÖLÜM
12

127

NERMİN ERSOY

Sağlık Çalışanlarının Güvenliği

Küresel Kovid-19 salgınında da olduğu gibi sağlık çalışanlarının savaşlarda, salgınlarda, doğal afetlerde gösterdikleri büyük fedakarlıklar onları birer kahraman yapmış olsa da onların da kendilerini ve ailelerini mesleklerinin yapısına bağlı olası tehlikelerden korumaya ihtiyacı bulunmaktadır. Bu gereklilik, 1949 yılında Cenova Konvansiyonu'nunda fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit eden ortamlarda kalan sağlık çalışanlarının korunması şeklinde tariflenmiştir¹. 1950'li yıllarda da Uluslararası Çalışma Örgütü her çalışanın, özellikle de sağlık çalışanlarının sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı olduğunu bildirmiştir². Ülkemizde ise **sağlık çalışanlarının güvenliğinin korunmasını bekleme hakkı**, ancak 6 Nisan 2011 tarihinde Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile güvence altına alınmıştır³. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının bu hakkı, devletlerin /sağlık kuruluşlarının sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu önlemleri alması, bulaşıcı hastalıklardan korunması ve aşılınması ile ilgili sorumlulukları yüklenmesine dayanak oluşturmuştur. Kovid-19 salgınında da Dünya Sağlık Örgütü, hastanın ve sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden durumlar için devletlere çağrı yapmış ve sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda çalışması, koruyucu kişisel ekipmanlara ulaşması ve yaşamlarının korunması, hatta sadece fiziksel sağlıklarının değil, psikolojik ve sosyoekonomik durumlarının iyileştirilmesi için de düzenlemeleri gerekli kalmıştır⁴. Bu uyarıya rağmen sağlık çalışanlarının yetersiz ekipmanlarla çalışmak zorunda kalması, uzun çalışma saatlerine mecbur tutulması, ailelerinden ayrı kalması, sosyal damgalanma yaşaması, yoğun hastalık ve ölüm korkusu hissetmesi birçok sağlık çalışanında kaygı, depresyon, uykusuzluk ve tükenmişlik yaşamasına yol açmıştır. Bu nedenle 17 Eylül 2020 Dünya Hasta Güvenliği gününde Dünya Sağlık Örgütü, devletlere sağlık çalışanlarının sağlığı, güvenliği ve esenliği için yasal ve ahlaki sorumluluklarını bir kez daha hatırlatmış ve *“sağlık çalışanlarının güvenliği olmadan hastanın güvenliği olamaz”* denmiştir^{1,4}.

Tedavi Etme/ Bakım Verme Ödevi

Bu bağlamda, devletlerin sağlık çalışanlarının bu haklarını kullanmalarına olanak sağlayacak donanımları sağlamadığında ya da kendi güvenliği, sağlığı, hatta yaşamı büyük bir risk altında olduğunda **sağlık çalışanlarının tedavi etme/ bakım verme ödevlerini** reddedip reddedemeyeceği tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık çalışanlarından beklenen bu büyük fedakarlıkların haklı bir beklenti olup olmadığına, tıbbın gelenekleri ve tıbbın erdemleri yanıt verebilmektedir. Çünkü tıp toplumunun erdemlerinden olan *güvene bağlılık*, kayıtsız şartsız hastanın yararının korunmasını; *şefkat*, hasta ile birlikte acı çekmeyi; *sağduyu*, tıbbın amacı olan iyileştirme eyleminin hem bilimsel hem de ahlaki açıdan iyinin olmasıyla mümkün olduğu; *adalet* ile çatışan ihtiyaçlar ve amaçlar arasında dengenin kurulması; bireyin özerkliği ile toplumun iyiliğinin çatıştığı durumlarda büyük sayıda yararın gözetilmesi gerektiği anlatılmaktadır. *Sebat* erdemiyle de tıp toplumunun fiziksel cesarete ihtiyacı olduğu vurgulanmakta, *kendi çıkarlarını hastanın çıkarlarının üstünde tutmamak* erdemi ile de mesleki eylemlerde hastanın yararının öncelenmesi idealize edilmektedir. Tıp toplumunun her bir üyesinin bu erdemleri kişilik özelliği haline getirilmesinin iyi bir tıp için gerekli olduğu inancı bu ideali desteklemektedir⁵⁻⁸.

Bu erdem etiği yaklaşımı, sağlık çalışanlarının tedavi etme/bakım verme ödevini ahlaki temelleriyle de haklı çıkartmaktadır. Çünkü tıbbın kendine özgü ahlakı, hastalığın öldürücülüğünün tedavi etme/bakım verme ödevini ortadan kaldırmadığı yönündedir. Savunusu ise, gönüllülükle seçilen mesleğin ayrıcalıkları ve itibarı kadar, mesleğin yapısının bir gün kendi yaşamlarını tehdit eden durumlar oluşturabileceği bilinmektedir. Üstelik meslek eğitimleri sırasında ölümcül hastalıklarla/ tehlikelerle karşılaşma olasılıkları ve bu tehlikelerden nasıl korunacağı konusunda eğitim alınmaktadır. Aynen bir askerin, polisin, itfaiyecinin üstlenmesi beklenen mesleki tehlikeler gibi, sağlık çalışanlarından da benzer tehlikeli rolleri yerine getirmesi beklenmektedir. Dolayısıyla, hastalıkların öldürücülüğü, sağlık çalışanlarının tedavi etme/ bakım verme ödevini ortadan kaldırmamaktadır⁷⁻¹³. Hastings Etik Merkezi ise bu etik ödevin sağlık çalışanları için üç basamağı olduğunu ileri sürmüş ve ödevleri; tedavi ve bakımı planlama, kendini ve hastalarını koruma, hastalarına, meslektaşlarına ve topluma rehberlik etme şeklinde tanımlamıştır¹⁴.

Bununla birlikte *karşılıklılık ilkesi*, devletler ve sağlık kurumlarının bulaşma riskini makul ölçüde en aza indirmek için sağlık çalışanlarına gereken kişisel önlemleri sağlaması yönünde etik gereklilikler yaratmaktadır. Makullük standardı ile riskin sıfırlanmasının mümkün olmadığı, ancak sağlık çalışanlarının tedavi/bakım görevlerini yerine getirirken orantısız bir riske de maruz kalmamaları gerektiği anlatılmaktadır^{8,10-12,15,16}.

Kaynakları Adil Paylaşırma

Tedavi etme/ bakım verme ödevinin yerine getirilmesinde yaşanan diğer bir etik endişe tıbbi kaynakların ihtiyacı olanlar arasında adaletli bir şekilde nasıl paylaşırıl-

çağıdır. Tıptaki ilerlemelere rağmen, tıbbi kaynaklar talebi karşılamak için sınırlıdır. Özellikle organ aktarımı, yoğun bakım ünitesi, yaşamı destekleyen tedaviler ve benzeri yaşam kurtarıcı tıbbi kaynaklara erişmek, eşit pay almak oldukça zahmetlidir. Bu nedenle kıt olan kaynakların paylaşılmasında “önce gelene önce hizmet”, “ihtiyacı olan herkese eşit hizmet” ya da “eşitlere eşit muamele” şeklinde adil paylaşım ilkeleri tercih edilmekle birlikte, Covid-19 gibi küresel salgınlarda bu adalet yaklaşımları yeterli olamamaktadır. Çünkü ihtiyaç bulunan tıbbi kaynakların sayısı, her ihtiyacı olan hastaya benzer tedavi/bakımı vermeyi mümkün kılmamaktadır. Bu nedenle tıbbi kaynakların adil paylaşılması için başka önceleştirme ölçütüne/ölçütlerine ihtiyaç bulunmaktadır. Benzer ihtiyaçları olan hastaların, benzer tedavi ve/veya bakımı alacağına kura yöntemi ile karar vermek adaleti sağlayabilmekle birlikte, kimin mevcut tıbbi kaynaklardan daha fazla yarar sağlayacağı (tıbbin başarısının) gözetilmesi, tercih edilen adalet ölçütüdür. Yaşadığımız salgında birçok ülkede olduğu gibi İtalya’da da sağlık çalışanları hangi hayatı kurtarmak gerektiğine karar vermekte zorlandılar. Çünkü sağlık sistemlerinin kapasitesi ihtiyacı olan her hastaya, ihtiyacı olan her sağlık hizmetini vermek için yetersizdir. Bu nedenle, özellikle olağandışı durumlarda, olası tedavi veya bakımda, hastanın göreceği tıbbi yarar olasılığının (hastanın hayatta kalma olasılığının) gözetilmesi, kaynakların adil ve etkin paylaşılmasının tek seçeneği haline gelmiştir^{14,16-18}.

Bununla birlikte hasta için olası tıbbi yararın (hayatta kalma olasılığının) belirlenmesinde hastanın yaşının, cinsiyetinin, kilosunun, sigara ve alkol bağımlılığının, varsa diğer hastalıklarının hesaba katılması gereği, olası ayrımcılıklara zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanı en güncel tıbbi bilgiler ışığında hastanın özelliklerini şikayetleriyle ve klinik bulgularıyla tartmalı, olası tedavi ile görebileceği olası fayda oranını belirleyebilmelidir. Fakat Covid-19 salgınında hastalığa ve tedavisine ilişkin güvenilir tıbbi bilgilerin yetersizliği tıbbi fayda oranını belirlemeyi güçleştirmiş, hastanın hayatta kalma ümidi adil dağıtım için daha fazla önem kazanmıştır^{14,16-19}.

Yarasız/Nafile Tedavi

Bir diğer konu ise başlanmış olan tedavinin hastaya yarar sağlamadığının kanıtlanması durumunda sonlandırılıp sonlandırılmayacağıdır. Oysa olağan durumlarda dahi tıbbi kaynakların adil ve etkin paylaşılmasında **yararsız /nafile olan tedavinin** sürdürülmesi, adalet ödevinin ihlali anlamına gelmektedir. Adalet ödevi, olağandışı durumlarda da hastanın ihtiyacı bulunmasına rağmen, elde edilebilecek tıbbi yararın en az olması halinde tedavinin esirgenmesi yönünde etik gereklilikler yaratmaktadır. Adalet ve doğruluk düşüncesi de tedavinin esirgenmesi ya da sonlandırılması kararlarında yararı bulunmayan tıbbi tedavi ya da tıbbi uygulamanın sonlandırılmasını savunmaktadır. Çünkü tıbbin amaçlarıyla örtüşmeyen, makul fayda ümidi taşımayan her türlü tedavinin/uygulamanın esirgenmesi ya da sonlandırılması dağıtıcı adalet ilkesi ve adalet ödevi gerekleriyle de örtüşmektedir¹⁶⁻¹⁸. Hatta

sağlık bakım etiğinin en temel ilkelerinden olan zarar vermeme ilkesi de sağlık çalışanlarına, hastaya uygulanacak tedavi ve bakımın yararları kadar yüklerini ve risklerini de tartma yükümlülüğünü işaret etmektedir. Yararlılık ilkesinde de benzer bir şekilde tedaviden yarar elde edilemiyorsa; hastanın yaşamını korumak, onun ağrı, acı çekmesine ve doğal ölümünün ertelenmesine neden olmaksızın tedaviyi sonlandırmak ya da esirgemek etik açıdan haklı çıkartılabilmektedir¹⁸.

Canlandırma/Canlandırmama

Hastaya tıbbi bir fayda sağlamayan, sadece onun canlı kalmasını sağlayan, hatta ölüm sürecinin hastaya acı verecek derecede uzamasına neden olabilen tıbbi kaynakların boş yere kullanılması, beklenmeyen ölümü önlemek amacıyla olan kardiyopulmoner canlandırmada olduğu gibi yararlılık, zarar vermeme ve adalet ödevleriyle de çelişmektedir. Özellikle makul bir insanın katlanmak istemeyeceği yüklerle neden olabilen yararsız tedavinin ya da yaşam desteğinin sürdürüldüğü esnada solunumu ya da kalbi durmuş olan hastaya **canlandırma uygulamasının** yapılması kaynakların adil ve etik paylaşım ödevini yaratan adalet ödevinin ihlali kadar, yararlı olanın yapılması yönünde etik gereklilikler yaratan yararlılık ilkesine ve olası zararları önleme ya da en aza indirme ödevi yaratan zarar vermeme ilkesine de aykırı bulunmaktadır. Hatta herkesin ağrı, acı çekmeden huzur içinde ölme hakkının göz ardı edilmesine de neden olabilmektedir. Dolayısıyla adalet ve yararlılık ödevleri çerçevesinde, sağlık çalışanının bilimsel veriler ve deneyimleri ışığında, canlandırmanın nafile olduğunu öngördüğü durumlarda canlandırma yapmakla ilgili bir etik yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşlarının, olağan ve olağandışı durumlar için sağlık çalışanlarına zor kararlarında rehberlik edebilecek politikalar oluşturması/ oluşturmuş olması önemlidir^{18,20}.

Rahatlatıcı (Palyatif) Bakım

Kovid-19 salgınında saldırgan tedavi ve bakım kararlarının etiğe uygunluğuna olanak sağlayan kaynakların adil ve etkin paylaşılması ölçütleri, **rahatlatıcı tedavi ve bakım** söz konusu olduğunda başkalaşmaktadır. Saldırgan tedavilerin makul fayda sağlamaması halinde tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması ahlaki açıdan savunulabilmekle birlikte, rahatlatıcı tedavi ve bakımın esirgenmesi ya da sonlandırılması haklı çıkartılmamaktadır. Hastaya fiziksel olduğu kadar, duygusal ve sosyal desteği kapsayan rahatlatıcı bakımda sağlık bakım etiği ilkeleri, hastaların ihtiyacı olan bakımın salgınlar ve acil durumlarda da eşit derecede önemli olduğunu vurgulayarak, hastanın ihtiyacı olan temel bakımın zamanında ve uygun yöntemlerle yerine getirilmesi gerektiğini bildirmektedir. Özellikle salgınlarda hastaların sevdiklerinden ayrı tutulması, sağlık çalışanlarının hastalarıyla güvenilir ilişkiyi sürdürmesini ve empati kurmasını daha önemli hale getirmiştir²¹. Çünkü rahatlatıcı bakımın, yaşamının sonunda olan hastanın ağrı, acı çekmesine izin verilmemesi ya da acının en aza indirilmesi, hatta huzur içinde ölmesine fırsat verilmesi şeklindeki amacına,

yalnız bırakılmaması da eklenmektedir. Bu amaç; mevcut tıbbi tedaviler ile hastanın iyileşmesi ya da sağ kalması mümkün olmadığında hastanın ihtiyacı olan şefkatli ve insani bakımı sağlanmasını içermektedir. İnsani özeni göstermekle ilgili etik ilke ve ödevlerle temellenen yaşamın sonunda kaliteli bakım alma hakkı da sağlık çalışanlarının yaşamın sonunda olan hastalarına insani özeni göstermekle ilgili etik gereklilikler yaratmaktadır^{18,21}.

Kaynaklar

1. Shaw A, Flott, Fontana G, Durkin M, Darzi A. No patient safety without health worker safety. *Lancet*. 2020 Nov 14; 396. (Alıntılanma Tarihi: 10 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931949-8>
2. Meydanlıoğlu A. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. Aralık 2013; 2 (3): 192-199.
3. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete. Tarih: 6 Nisan 2011, Sayı: 27897. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>
4. World Health Organisation. Keep health workers safe to keep patients safe. (Alıntılanma tarihi: 12 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
5. Güven T, Ersoy N. Tıp etiğinde yeni bir yaklaşım: Erdemler. *T Klin Tıp Etiği*. 2000; 8:51-59.
6. Nwafor GC, Nwafor AO. The healthcare providers-patients relationship and state obligations in times of public health emergency. *African Journal of Legal Studies*. 2016; 9: p.268-298. https://brill.com/view/journals/ajls/9/4/article-p268_3.xml?language=en
7. Orentlicher D. The physician's duty to treat during pandemics. *Am J Public Health*. 2018; 108(11): 1459-1461. doi: 10.2105/AJPH.2018.304582. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6187794/pdf/AJPH.2018.304582.pdf>
8. Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. COVID-19: Ethical challenges for nurses. *Hastings Center Report*. May June 2020;50(3):35-39. <https://doi.org/10.1002/hast.1110>
9. Geppert CMA. The duty to care and its exceptions in a pandemic. *Federal Practitioner*. May 2020: 210-211. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7241608/pdf/fp-37-05-210.pdf>
10. Johnson SB, Butcher F. Doctors during the COVID-19 pandemic: What are their duties and what is owed to them? *J Med Ethics*. 2021; 47:12-15. doi:10.1136/medethics-2020-106266.
11. Malm H, May T, Francis LP, Saad BO, Daniel A, Salmon DA, Hood R. Ethics, pandemics, and the duty to treat. *The American Journal of Bioethics*. 2008;8(8):4-19. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/15265160802317974>
12. Ersoy N. AIDS ve doktorun tedavi etme ödevi. *T Klin Tıbbi Etik*. 1994; 2:22-25.
13. Kramer JB, Douglas EB, Piroška KK. Ethics in the time of coronavirus: Recommendations in the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Surg*. June 2020; 230(6):1114-1118. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004. (Alıntılanma tarihi: 24 Ocak 2021).
14. Blasi A, Nunner K. Ethical principles in health care prove critical to protecting health care workers in pandemic. 2021. (Alıntılanma Tarihi: 20 Ocak) Erişim Adresi: <https://www.medicaleconomics.com/view/ethical-principles-health-care-prove-critical-protecting-health-care-workers-pandemic>.
15. Solnica A, Barski L, Jotkowitz A. The healthcare worker at risk during the COVID-19 pandemic: a Jewish ethical perspective. *J Med Ethics*. 2020; 46:441-443. doi:10.1136/medethics-2020-106294.
16. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *J Med Ethics*. 2020; 46:364-366. doi:10.1136/medethics-2020-106227
17. Büken NÖ. COVID-19 Pandemi ve etik konular. *Sağlık ve Toplum*. Temmuz 2020; Özel Sayı, 15-26.
18. Ersoy N. Yaşamın sonuyla ilgili etik konular (i): yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi ve çekilmesi. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, editörler. Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2003: 328-357.
19. Ezekiel JE, Govind P, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M and Phillips JP. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *N Engl J Med*. 2020; 382:2049-2055. Doi: 10.1056/NEJMs2005114. Erişim Adresi: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejms2005114>

20. Goudot FX, Bretonnière S. Futile treatments and the COVID-19 pandemic: An underplayed ethical issue in non-ICU wards. 2020. (Alıntılama Tarihi: 20 Ocak 2021). <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/11/27/futile-treatments-and-the-COVID-19-pandemic-an-underplayed-ethical-issue-in-non-icu-wards/>.
21. Davies A and Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: Similar but different. *Clinical Medicine (Lond)*. May 2020; 20(3): 274–277. doi: 10.7861/clinmed.2020-0157

En sıkıntılı boyutu, hastalıkla ilgili çok fazla bilinmezlik olduğu için insanların odalarda, servislerde çok yalnız kalmaları oldu. Bir karı-koca, kadın geldiğinde daha kötü hasta olmuş olmasına rağmen, bir başka serviste yatan kocasını kaybetti. Servise girdiğimde bir ağlama sesi duydum. Arkadaşlar "eşi COVID'ten ex oldu kendisi şu anda cenazeye katılmıyor, içeride tek başına yas tutuyor" dediler. Bu işin aslında etiğini maddi boyutlu değerlendiresek de, manevi boyutu da söz konusu.. Biz çok temas da kuramıyoruz, çözümler üretmeye çalışıyoruz. İçerideki ayakta hastalarla ara kapılardan bilgi edinmesini istiyorsun, telefon veriyorsun. Bunlar çok tartışıldı. Hasta klinikte yatıyor, içeri kimse girmiyor. Telefonla hemşireye ulaşıyor. Oysa kimse şunu bilmiyor orada bir hemşire var. Otuz tane COVID'li hastada yapacağı bir hata kendi hayatına mal olacak. İnsanların o acizlikten sebep soruları hiç bitmiyor, daha çok temas gelişiyor. Beni manevi boyutuyla en çok rahatsız eden şey temas etmiyorsun, kendini de izole etmek zorunda kalıyorsun. Kendini izole ederken insanlar daha yalnız kalıyor.

Radyolog Deniz

COVID-19 (+) Hastaların Fiziksel İzolasyonu ve Hasta-Sağlık Çalışanı İlişkisi

BÖLÜM
13

135

NERMİN ERSOY

COVID-19 Hastalarının Ayır Tutulması

Salgınlar insan yaşamını ciddi bir şekilde tehdit etmektedir. Salgınla mücadelede aşının ve etkin bir tedavinin olmaması sağlıklı kişilerin hasta kişilerden ayrı tutulmasını gerektirmektedir. Çünkü izolasyonun amacı; ulusal güvenlik, insanlığın güvenliği, fiziksel güvenlik, ekonomik esenlik, fizyolojik esenlik gibi değerlere zarar verme olasılığını azaltmak, tehditleri kontrol altına almaktır¹. Bu nedenle Kovid-19 salgınında bulaşı azaltmak adına hastanın ayrı tutulması ile ilgili ulusal ve uluslararası politikalar geliştirilmiş, çoğunlukla hastanın özgürlüğü yerine toplumun yararı öncelenmiştir². Ülkemizde de 21 Nisan 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından Kovid-19 enfeksiyonu kontrol ve izolasyonu için hasta kişilerin sağlıklı kişilerden ayrı tutulması ile birlikte standart önlemlere ilave olarak sağlık çalışanlarının temas ve damlacık izolasyonu zorunlu tutulmuştur. İzolasyonun mümkün olmadığı durumlar için de hastalar arasında en az 1,5 metre mesafe koşulu yayımlanmıştır. Ancak, bulaşı önlemek adına hastanın odasından/evinden çıkarılmaması, oda içine sadece hastanın tedavi ve bakımıyla ilgilenen personelin girebilmesi, ziyaretçi kabul edilmemesi ciddi duygusal sıkıntıların yaşanmasına neden olmaktadır³.

Sağlık Çalışanı ve COVID-19 + Hasta İlişkisi

Başkalarının yararı ve esenliği adına birey olan hastanın yalnızlaştırılmasının önüne geçmek için uzaktan görüntülü ya da görüntüsüz iletişim araçlarının kullanılması mümkün olmakla birlikte, hastanın sevdikleriyle ve sağlık çalışanlarıyla fiziksel temas edememesi, kaygılarını paylaşamaması, sohbet edememesi güveni, karşılıklı saygı ve empatiyi engelleyebilmektedir. Singapur'da yapılan bir çalışmada yüz maskesi takan doktorlar ile yine maske takan hastalar arasında empatinin kurulamadığı görülmüştür⁴. Özellikle sağlık çalışanlarının hastalarıyla geçirdikleri zamanın azalması, tedavi hakkında bilgi verememesi, cesaretlendirici konuşmalar yapamaması, yazı ile iletişim kurmak zorunda kalması gibi etkenler hasta ile sağlık çalışanının

ilişkisini bozmaktadır. Kişisel korunma gereçleri (gömlek, tulum, bone, maske, eldiven, gözlük, siperlik, vb.) nedeniyle beden dilinin ortadan kalkması, hasta-hekim arasında önemli bir yere sahip olan ve çoğunlukla yüz ifadesi ile mimikler yoluyla gerçekleşen, sözlü olmayan iletişimin bozulması güven ilişkisini önemli ölçüde engellemektedir. Yalnız kalan hasta ile fiziksel temasın ve göz temasının kurulmaması, sağlık çalışanlarının insani bakım verme ödevini güçleştirmektedir. Oysa hem hastalar, hem aileler, hem de sağlık çalışanları, kendileriyle hastaları arasında insani ilişkinin kurulmasını ve insani acının hafifletilmesini beklemektedir (1,4-6). Bu beklentileri karşılamak, karşılıklı duygusal yükleri azaltmak adına sağlık çalışanlarının el temizliğine, eldiven ve gömlek giymeye dikkat etmesi halinde hastalara dokunmaktan korkmaması, hastaya küçük dokunuşların sözlerden daha fazla etkili olduğu, kişisel korunma gereçlerine isimlerin yazılmasının ve hastalara isimleriyle hitap edilmesinin iletişimi olumlu etkilediği ileri sürülmektedir⁷.

Hasting Etik Merkezinin yayımladığı Kılavuzda; normal koşullarda hasta merkezli bakım ile insani ilişki mümkün olabilmesine karşın, salgınlarda *toplum odaklı bakım* -toplumda risklerin ve faydaların eşit paylaşılması yaklaşımı- etik açıdan savunulmaktadır, denmektedir⁸.

Dünya Sağlık Örgütü de salgınlarda hastanın ayrı tutulmasına ilişkin ortaya çıkabilen ahlaki inkilemler için halkın sağlığını korumak kadar, hastanın ayrı tutulmasının zararlarının ve sıkıntılarının da en aza indirilmesi gerektiğini açıklamıştır. Gerekece olarak, salgın nedeniyle hastaların korku ve kaygılarını tek başına yaşamak zorunda kalması, sevdiklerinden ayrı, tek başına ölmesi, hekim ve hemşirelerin hastalarıyla kurması istenen / kurmak istedikleri insani ilişkiyi bozarak, onların da en az aileleri kadar kaygı yaşadığı gösterilmiştir^{1,5}.

Eğitimleri boyunca hasta merkezli bakım modeli benimsetilmiş olan hemşirelerin toplum odaklı bakıma doğru itilmesi, hastalarına karşı şefkat göstermekten uzaklaştığını hissetmelerine yol açabilmektedir. Özellikle hastalarına nitelikli bakım sağlamak adına orantısız fedakârlık beklenen hemşirelerin *hasta-sağlık çalışanı* ve *hasta ailesi* arasındaki üçgen ilişkinin köprüsü olması beklentisi duygusal yükü artırmaktadır⁹. Salgınlarda hastanın özerk tercihleri ile toplumun -daha büyük sayıda kişilerin- yararı adına yalnızlaştırılması etik açıdan savunulabilir olsa da hastaların tele-tıp uygulamalarıyla kendileriyle ve sevdikleriyle iletişim kurmaları sağlanarak kaygılar azaltılabilmelidir¹⁰.

En Az İhlal İlkesi

Dünya Sağlık Örgütü bu etik kaygıları azaltmak adına aile merkezli bakımı desteklemesiyle hasta yanına refakatçi kabul edilmeye başlanmıştır. Çünkü halk sağlığı konusunda en az kısıtlayıcı ya da en az ihlal ilkesi salgınlarda en değerli etik ilke olarak benimsenmiştir^{2,11}. Childress ve arkadaşları tarafından halk sağlığı etiğinin *en az ihlal ilkesi* "gereklilik" ve "en az kısıtlılık/ihlal" olarak iki temel koşulu içerdiği savunulmuştur. En az ihlal ilkesinin bu iki koşulunun gözetilmesiyle hastanın yalnızlaştırıl-

ması önlenebilmekte ve hastanın yanına aile üyesi/refakatçi isteme ya da reddetme hakkına saygının korunması mümkün olabilmektedir. Sonuç olarak başka hastalara ve sağlık çalışanlarına zarar vermediği takdirde hasta ailesinin fiziksel varlığı, sağlık çalışanlarının duygusal yüklerinin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir¹².

Kaynaklar

1. Simpson KJ, Burdett R, Porter BR. The new normal: Patient-physician relationships during COVID-19. *Methodist Debakey Cardiovasc J.* 2020;16(2):181–182. Erişim adresi: doi:10.14797/mdcj-16-2-181.
2. Chew C, Delany C, Gillam L, Ko D, Massie J, McDougall R. An ethical framework for hospital visitor restrictions in the COVID-19 pandemic. (Alıntılama tarihi: 20 Ocak 2021). Erişim Adresi <https://mspgh.unimelb.edu.au/news-and-events/an-ethical-framework-for-hospital-visitor-restrictions-in-the-COVID-19-pandemic>.
3. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 Enfeksiyon Kontrolü ve İzolasyonu.2020. (Alıntılama tarihi: 18 Ocak 2021). Erişim Tarihi: <https://COVID19.saglik.gov.tr/Eklenti/37697/0/COVID-19-enfeksiyonkontroluveizolasyonpdf.pdf>.
4. Ghosha A, Sharma K, Choudhury S. COVID-19 and physician-patient relationship:potential effects of ‘masking’, ‘distancing’ and ‘others’. *Family Practice.* 2020, 1–2. Erişim Adresi: doi:10.1093/fampra/cmaa092
5. Nwoga HO, Ajub MO, Ezeoke UE. Effect of COVID-19 on doctor-patient relationship. *Int J Community Med Public Health.* Dec 2020;7(12):4690-4696. DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijc-mph20205136>
6. Sese D, Mahwish U. A, Rajendram P. Ethical considerations during the COVID-19 pandemic. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* June 2020. doi:10.3949/ccjm.87a.ccc038. www.ccjm.org on January 31, 2021. Erişim Adresi: <https://www.ccjm.org/content/early/2020/06/01/ccjm.87a.ccc038>.
7. Vallelonga F, Elia F. Doctor-patient relationship at the time of COVID-19: Travel notes. *Intensive Care Med.* 2020. (Alıntılama Tarihi: 18 Ocak 2021).
8. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi R, Cohn F, Guidry-Grimes LK, Watson JC, Bruce L, MA, Chuang EJ, Oei G, Abbott J, Piper Jenks N. Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. *The Hastings Center.* March 16, 2020:1-12. Erişim Adresi: <https://www.thehastingscenter.org/wpcontent/uploads/HastingsCenterCOVIDFramework2020.pdf>
9. Palandöken A. E. COVID-19 Pandemisi ve hemşireler için etik sorunlar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020; 5(2): 139-14. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/11967402>.
10. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. COVID-19: Ethical challenges for nurses. *Hastings Center Report.* 50 (2020): 1-5. DOI: 10.1002/hast.1110.Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272859/pdf/HAST-9999-na.pdf>
11. Voo TC, Lederman Z, Kaur S. Patient isolation during infectious disease outbreaks: Arguments for physical family presence. *Public Health Ethics,* 2020;13(2):133–142. doi.org/10.1093/phe/phaa024. Erişim Adresi: <https://academic.oup.com/phe/article/13/2/133/5920436>
12. Allen T, Selgelid MJ. Necessity and least infringement conditions in public health ethics. *Med Health Care and Philos.* 2017; 20:525–535. DOI 10.1007/s11019-017-9775-0

Pandemi bizim de ilk kez karşılaştığımız bir durumdu. Ne yapacağımızı bilemediğimiz anlar oldu. Mesela, yoğun bakım servislerinde hastaya dokunmaktan çekinenlerin olduğunu biliyorum. Mesela, ölmek üzere hastaya zaten nabız yok diyip, hastayı bırakan... bunu daha sonraları çok sorgulayan sağlık çalışanı olduğunu biliyorum. Ben böyle bir pozisyonda çalışmadığım için bana hastalar bu durumda gelmiyor. Serviste, acilde, yoğununda bakımda bu durumlar var.

Hemşire Feyza

Hemşirelerin COVID-19 (+) Hastalara Yaklaşımı

141

EMİNE SATILMIŞ

Hemşireliğin temel çatısı olarak açıklanan bakım, pek çok hemşire tarafında kuramlarla ifade edilerek incelenmiştir.^{1,2} Bu kuramcılardan biri olan Henderson, hastanın bakıma ihtiyaç duyması ve hemşirenin yardım edici rolünü vurgulayarak şöyle açıklar: *“Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında veya huzur içinde ölmeleri için yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür.”*³

Başka bir kuramcı olan Leininger, bireyin bulunduğu kültür içerisinde yaşadığını ve başka bireylerle etkileşim halinde olduğunu ifade eder⁴. Yani birey yaşadığı kültürden ayrı düşünülemez. Bu sebeple bakım, sadece bedene değil duygu, düşünce ve çevreyle olan ilişkilere yönelik olan holistik (bütüncül) olarak ifade edilir. Bu bağlamda hemşirelik de yalnız hastalık odaklı değil, hasta bireye biyopsikososyal olarak bakım vermeyi mecbur kılar^{5,6}.

Pandemiler, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, büyük kitleleri etkileyen ve tarihte tıbbi, ekonomik ve sosyal sonuçları olan evrensel olaylardır. Aralık 2019’da Çin’de ortaya çıkan ve üç ay içinde dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi de dünyayı fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal olarak etkilemektedir.⁷

COVID-19 pandemisinin başından beri, pek çok evrensel ve mesleki örgüt, sağlık çalışanları için kılavuzlar, kitapçıklar, öneriler yayınlamaktadır. COVID-19 için hala spesifik bir tedavi yönteminin olmaması, sağlık sistemlerinin COVID-19 vakalarına yetişememesi, sağlık personeli sayısının yetersiz kalması, mevcut sistemdeki sağlık araç-gereçlerinin yetersizliği gibi sorunlar sebebiyle sağlık çalışanları alanda etik tartışmalarla karşı karşıya gelir.⁸

Meslek etiği, bir mesleğin üyelerinin davranışlarının standart olmasını sağlar.⁹ Etik tartışmalar; yararlılık, zarar vermeme, adalet, özerklik ve gizlilik ilkeleri çerçevesinde gerçekleşir¹⁰. COVID-19 pandemisinde, sağlık çalışanları kesin tedavi yöntemi olmayan ve ölümcül olabilen bir hastalığa yakalanmak ya da ailesine taşıyabilme endişesiyle hareket edebilmektedir¹¹. Mesleki yükümlülüklerinin de bilincinde olan sağlık personelleri, tüm kaygıları ile mezun olduklarında verdikleri mesleki antları

ve bağlı oldukları evrensel etik kodlar çerçevesinde hizmet vermeye devam etmektedir.

Bu bilgiler ışığında, sağlık personelinin mesleki yükümlülükleri ve etik tartışmaları çerçevesinde alanyazın taranmıştır. COVID-19(+) pandemisindeki bakım ve tedaviler derlenmiş, sağlık personellerinin karşılaştığı etik sorunlar ortaya konarak bir COVID-19(+) hastasına nasıl yaklaşabileceği açıklanmıştır.

Bulaşın solunum yolu ile gerçekleştiği, hafif, orta, ağır ve kritik olarak seyredip ağır zatürre, septik şok, çoklu organ yetmezliği, böbrek yetmezlikleri, nörolojik hasarlar, kardiyak bozukluklar oluşturan COVID-19 yoğun bakım ihtiyacını ortaya çıkarabilir^{12,13}.

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastaların bakıldığı, karmaşık yüksek teknolojilerin kullanıldığı özel birimlerdir¹⁴. Bu sebeple burada çalışan sağlık personelinin nitelikli bir eğitimden geçmesi gerekir. Temel hemşirelik eğitimi sonrasında, 1200 saatlik eğitim gerektiren yoğun bakımlarda yetkin bir hemşire 5 yılda yetişmektedir. Ancak COVID-19 pandemisinde vakaların artması ve sağlık personelinin yetmemesi sebebiyle servislerde çalışan hemşireler ve enfeksiyon/göğüs hastalıkları uzmanlığı olmayan hekimler COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalıştırılmıştır. Bu durum, sağlık personelinin iş yükünü artırdığı gibi, hasta güvenliği açısından da oldukça risk oluşturmıştır^{14,15}.

COVID-19'a yönelik bakım ve tedaviler, güncel kılavuzlar doğrultusunda şunlara yöneliktir:

- Solunum yolu açıklığının sağlanması: Hekim istemine göre ilaçları uygulanır. Gerekirse aspirasyon yapılır. Doğru nefes alma ve etkili öksürük yöntemleri anlatılır. Düzenli ağız bakımı verilir.
- Akciğer uyumunun izlenmesi: Hastanın karbondioksit-oksijen değişiminin ne derece olduğu takip edilir. Buna yönelik tedaviler yapılır. Akciğerlerin hava kapasitesini artırmak için prone (yüzüstü) ve lateral (yan) pozisyonlar verilir ya da hasta bunlara teşvik edilir.
- Solunum cihazına bağlı hastaların solunum hattı olabildiğince korunmalıdır. Solunum hattı açılmak istendiğinde cihaz durdurulmalıdır. Cihazın inspirasyon ve ekspirasyon hatlarına bakteri filtresi takılmalıdır.
- Yaşam bulguları izlenir: Satürasyonların düşmesi ile karakterize olan COVID-19'da diğer yaşam bulguları da izlenmelidir. Kan basıncı, solunumun derinliği, şekli ve sıklığı, vücut sıcaklığı, kalp hızı ve ritmi, vücuttaki önemli değişikliklerin habercisidir. Bu değişikliklere uygun şekilde ilaç ve oksijen desteği verilir, uygun hemşirelik girişimleri yapılır. Belirlenen aralıklar ya da hekim istemi ile venöz kan gazı takibi yapılır.
- Hastaya yapılan tüm işlemlerde asepsi kurallarına uyulur. Enfeksiyon kontrolü sağlanır.
- Yatağa bağımlılık ya da hastaların hareketlerinin azalmasına bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar izlenir, bunlara yönelik önlemler alınır. Hastaların tolere edebilecekleri ölçüde hareketli olmalarına teşvik edilir. Yatak düzeni kontrol

edilir. Terleme ve vücut basıncına karşı gerekli tedbirler alınır, hastanın özbakımını yapması desteklenir/gerekirse bizzat yapılır. İmmobil hastalara iki saatte bir pozisyon değişimi yapılır. Derin ven trombozuna yönelik belirti ve laboratuvar bulguları takip edilir.

- Hastanın aldığı-çıkardığı dengesi izlenir. Hastanın oral alımı desteklenir. Ödem değerlendirmesi yapılır.
- İlaç yönetimi: Verilen ilaçların yan etkilerinden korumak için hasta yanına gelindiğinde ilk yapılacak olan, ilaçlarını uygulamak olmalıdır. Böylece hasta yanında kalınan müddetçe hasta gözlem altında kalır. Acil durumlarda müdahalesi gerçekleştirilir.
- Hasta ile iletişim: Ekipmanlarla çalışmanın güçlüğü nedeniyle yüzünüzü gösteren bir fotoğrafınızın ekipmana takılması hastaya kendini iyi hissettirebilir. Sedasyon alan bir hasta bile olsa sakin bir ses tonu ile hastaya ne yapacağını söylemek önemlidir^{16,17,18,19}.

Pandemilerin beklenmedik ve çok yönlü kayıplara sebep olması nedeniyle, COVID-19 tanılı hastalar, yalnızca fiziksel olarak değerlendirilen, “COVID-19 vaka sayısı”na eklenen bir sayı olarak değerlendirilmemelidir¹⁹. Bakıma muhtaç COVID-19 hastalarının fiziksel ihtiyaçlarının yanında psikolojik yaklaşım da hastalığın seyri açısından önemlidir. Bu noktada hasta ile en çok vakit geçiren sağlık personeli olan hemşirelere büyük görev düşmektedir¹⁴. Yapılan bir araştırmada bu hastaların hastaneye yatışlarında hemşireleri sürekli aradığı, bulaşa sebep olduğu için suçluluk duyduğu, aynı soruyu çok kez yönelttiği, cevabını bildiği sorular sorduğu görülmüştür^{20,21}. Ziyaretlerin kısıtlandığı, refakatçilerinin olmadığı COVID-19(+) hastaları, büyük bir bilinmezlik ve korku dolu sorularla baş başa kalmaktadır. Bu durum, kronik hastalığı olanlarda kötü bir tablo sunarken yaşlılığın getirdiği yalnızlık ve ölüm korkusu ile had safhaya ulaşmaktadır²². Öyle ki Gammon, izolasyona alınan bireyin kendini hapisane hücrelerinde gibi hissettiğini ifade etmiştir²³. Bu sebeple hastaya, servisin tanıtılması, rutinin anlatılması, sorularına sabırla cevap verilmesi, bakım ve tedaviye katılımının sağlanması, ailesi ile sesli ya da uygunsa görüntülü konuşması sağlanmalıdır. Hastanın kendisini ifade etmesine fırsat verilmeli, kriz durumları belirlenmeli, yas sürecini takip etmeli ve uygun tepkiler verilmelidir^{24,25}.

Türk Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği'nin COVID-19 yoğun bakımlarda görev alacak hemşireler için hazırladığı rehberde ilk vurguladığı şey, pandemide aciliyetin olmadığıdır^{14,26}. Hastanın hayatını tehdit eden acil durumlar, her zaman olduğu gibi pandemide de pek çok sağlık personelinin önceliği olmuştur. Ancak bu zorlu dönemde pandeminin zorunlu kıldığı kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile gelen etik sorunlar sahada baş göstermiştir. Bu sebeple bazı personeller kişisel koruyucu ekipman giymeden hasta odasına girmek ve hastaya müdahale etmek istemiş ise de bazı ekip arkadaşları bunu engellemiştir. Hastanın hayatını kaybetmesiyle, engel olan arkadaşına “sizin yüzünüzden oldu” şeklinde geri dönüşleri olmuştur²⁷. Sağlık çalışanları, bir insanın hayatını kurtarmakla kendi hayatını riske etmek istemiş, kimi

de etmiştir. Servislerde solunum cihazı ihtiyacı doğan COVID-19(+) hastaları saatlerce akciğerleri havalandırıldıktan sonra kendisi pozitif olan hemşireler mevcuttur.

COVID-19 pandemisinde bulaş riskini azaltmak için bakım ve tedavilerin zamanları birleştirilerek planlanmıştır. Böylece personel ile hasta teması minimuma indirmek hedeflenmiştir. Hasta ve sağlık personelinin sürekli bir arada olmasını engelleyen COVID-19, artan vakalar ve hastaların ihtiyaçlarını hemen karşılayamama sebebiyle sağlık personelinde yetememe gibi olumsuz duygular uyandırmıştır. Sağlık personellerinin sahadaki güvenliğinin sağlanması, onların sağlıklılık ve iyilik hallerinin sürdürülmesinde riskler oluşturmuştur¹⁴.

Hastanın yanında sürekli kalamayan sağlık personeli, odaya tekrar geldiğinde damar yolunun sökülmiş ve tedavinin devam etmediğini görmekte, hastanın olumsuz duygu ve düşünceleri ile hatta bazen de öfkesi ile yüz yüze gelmektedir. Demansı tetikleyen COVID-19 sebebiyle¹³, bir pozitif hasta sürekli odasından çıkıp hastaneden gitmek istediğini söylüyor ve bir gecede altı kez hasta ile tanışabiliyor. Hemşire, her seferinde hastayı ikna ederek odasına gönderebiliyor. Buna ek olarak, COVID servislerindeki bir sağlık personeli için en zor şeylerden biri de, özellikle yaşlı COVID-19(+) hastalarının odalarında ölmüş halde bulmalarıdır²⁷.

COVID-19'un aerosolizasyonu artıran akciğerlerin havalandırılması, inhaler ilaç uygulamaları, ağız bakımı ve aspirasyon işlemleri, sağlık personeli açısından risk oluşturmaktadır¹⁴. Artan vakalarla birlikte yoğun bakım ihtiyacı olan hasta sayısı artmış, servislerde solunum cihazına bağlı hastalar takip edilmeye başlanmıştır. Bu, hastalara uzun süreli ambulamaların yapılması anlamına gelmiştir. Böyle bir durumda sağlık personelinin özverili çalışmalarına dikkat göstermek hiç de yersiz olmamaktadır. Risk oluşturmasına rağmen sağlık personeli yarar sağlama ilkesini temel alarak uygun ekipmanlarla bu işlemi gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Bunun yanında bulaş riskini artırdığı için bu uygulamaları yapmayan sağlık personelleri de bulunmaktadır. Ortaya çıkan bu etik ikilemlerin doğrusu olmadığı için sahada kimse kimseye "neden yapmıyorsun" diyememektedir.

COVID-19 ne kadar akciğerlere yerleşen bir virüsün sebep olduğu hastalık olsa da ciddi vakalarda sepsis, çoklu organ yetmezlikleri, tromboemboli, ağır hemodinamik bozukluklar, ağır pnömoni, ARDS, organ hasarları, septik şok gibi ciddi tablolara sebep olabilmektedir²⁶. Sağlık personelinin bu tabloların takibini yapması ve erken tanı için önayak olması, hastalığın seyri için hayati önem taşıyabilir. Burada iyi bir gözlemci olmak ciddi bir önem taşımaktadır. Bir gözlemi, ekip ile paylaşma ve hastanın tedavisini yeniden planlama hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile birlikte yapılmalıdır. Yoğun bakımda bir hastanın bacaklarında oluşan morlukları fark eden hemşire, bunu hekime bildirir ve tanının kesinleşmesi için gerekli planlamalar yapılır. Bu zincirde ortaya çıkabilecek herhangi bir aksama, tanının gecikmesine ve hastanın COVID-19'dan değil, komplikasyonlarından ölmesine sebebiyet verebilir.

Alanyazında çok şey yapabilecekken sistemin getirdiği olumsuz koşullar, yapabileceklerimizin hepsini yapmamıza engel olabilmektedir. Akciğer kapasitesini artıran prone pozisyonunu özellikle solunum cihazına bağlı hastalara vermek için en az 5

kişi gerekirken¹⁴ bu sayıyı yakalamak her zaman mümkün olamamaktadır. Bu durum ya hastaya prone pozisyonunun verilememesi ya da daha az sayıda kişi ile verilmesi sebebiyle sağlık çalışanlarına yük oluşturabilmektedir.

Özellikle kronik hastalıkları olan COVID-19(+) bireylerde gördüğümüz çoklu organ yetmezlikleri, hastaların klinik tablosunu solunum cihazına, ilaçlara ve bakıma muhtaç bir duruma getirmektedir. Bu durum, sağlık çalışanları için etik ilkeler çerçevesinde soru işaretleri oluşturmaktadır. “Her şeye rağmen yaşamak mı, yoksa kaliteli bir yaşam sürmek mi daha doğru olur”. Kendi başına ihtiyaçlarını karşılayabilme imkânı olmayan bu bireylere yaşam hakkı verilmeli mi, yoksa yoğun bakım ihtiyacı olan diğer hastalara fırsat mı verilmeli? Hayat, solunum cihazına bağlı da olsa nefes almak mıdır? Beyin ölümü gerçekleşmiş bir birey hayatta mıdır? Bu sorular ışığında geri dönüşü mümkün olmayan COVID-19(+) için her personel farklı tutumlar sergileyebilmektedir. Dünyada çeşitli ülkelerde DNR (Do Not Resuscitate) mümkünse birey, değilse bireyin ailesi ile hastanın tıbbi durumu konuşularak karar alınabilmektedir. Ülkemizde yasal olarak belirlenen bir DNR prosedürü bulunmamaktadır²⁸. Ancak sahada hasta için yapılabilecek her şey yapıldığında, yasal olmayan DNR, hastanın ailesi ve sağlık ekibi ile birlikte uygulanabilmektedir.

Sonuç

COVID-19, solunum yolu ile bulaşan; öksürük, yüksek ateş, eklem ağrıları, solunum güçlüğü gibi belirtilerle ortaya çıkan bir hastalıktır ve üç ayda tüm dünyada evrensel bir paniğe yol açmıştır. Hafif seyredemediği gibi solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği gibi belirtilerle birlikte, ölüme dahi yol açabilmektedir. Hala kesin bir tedavisinin olmaması sebebiyle bakım ve semptomatik tedaviler hastalığın seyri için oldukça önemlidir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının önerilen kılavuzlar çerçevesinde COVID-19(+) hastalarının fiziksel, psikolojik, mental ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi, gerekli bakım ve tedavilerin planlanması ve uygulanması; bireyin ve gerekirse ailesinin bakım ve tedaviye katılması beklenmektedir. Sağlık çalışanları, zorlu pandemi sürecinde tüm bunları yaparken mesleki etik kodlarını ilke edinerek nitelikli bakım ve tedavi; gerektiğinde de onurlu bir ölüm sağlamakla yükümlüdür. Bunları sağlayabilmek için sağlık personellerine, acil olarak pandemi koşullarına uygun şekilde eğitimler planlanarak, güncel kalmaları ve etik kodları meslekleri ile kritik düşünmeleri sağlanmalıdır. Uzun dönemde, pandemi ve etik konuları eğitim müfredatlarında daha nitelikli planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Dinç, L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010: 74–82. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2020) Erişim Adresi: http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_105.pdf
2. Forrest D. The Experience of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 1989;14, 815-823. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01466.x>

3. Henderson V. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice and education*. 1966. New York: Macmillan.
4. Leininger MM. *Culture, Care, Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing. 1991:432.
5. İnam A. Bakım Kavramı Üstüne Bir Yorum. içinde, Editör: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, 1. Baskı. 2017. Akademi Basın ve Yayıncılık, Ankara.
6. Göçmen Baykara Z, Eyikara E. Hemşirelik Tanılarında Tartışmalı Konular. (Editör: Şenol Çelik S, Karadağ A. Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler ve Sonuçlar.) 1. Baskı. 2019. Akademi Basın ve Yayıncılık. Ankara.
7. Yıldırım, S. Salgınların sosyal-psikolojik görünümü: COVID-19 (Koronavirüs) pandemi örneği. *Turkish Studies*. 2020; 15(4), 1331-1351. Erişim tarihi: 26.01.2021 <https://dx.doi.org/10.7827/Turkish-Studies.43585>
8. Dunn, M, Sheehan, M, Hordern, J, Turnham, HL., Wilkinson, D. Your country needs you: The Ethics of allocating staff to high-risk clinical roles in the management of patients with COVID-19. *Journal of Medical Ethics* 2020;46:436-440. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://jme.bmj.com/content/46/7/436.info>
9. Altun, İ. Nursing Values. içinde, Editor: Leana E Callara. *Nursing Education Challenges in the 21st Century*; ISBN: 1-60021-661-7 2008:243-270. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021).
10. Büken, NÖ. Salgın ve etik. 2020. (Alıntılanma tarihi: 19.05.2020). Erişim Adresi: <https://www.birikimdergisi.com/guncel/9999/salgin-ve-etik>
11. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *U. JAMA*. 2020; 323(21): 2133-4. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2020-40984-002>
12. Shang Y, Pan C, Yang X, Zhong M. Management of critically ill patients with COVID-19 in ICU: Statement from front-line intensive care experts in Wuhan, China. *Ann Intensive Care*. 2020; 10(1):73 (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021) Erişim Adresi: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-020-00689-1>
13. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA Coro Nerve Study Group. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020; S2215-0366(20)30287-X. D (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30287-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30287-X/fulltext)
14. Kıraner, E. Terzi, B. Bozkurt, G. Kebapçı, A. Türkmen, E. Yoğun Bakım Ünitesinde Görev Alacak Hemşireler İçin Kaynak Kitapçık. 2020. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021) Erişim Adresi: https://tybhd.org.tr/wpcontent/uploads/2020/04/TYBHD_COVID19_Kitap%C7%97C4%B1k-11.04.2020.pdf
15. Şenol Çelik S, Atlı Özbaş A, Çelik B, Karahan A, Bulut H, Koç G, Çevik Aydın F, Özdemir Özleyen Ç. COVID-19 pandemi süreci: Türk Hemşireler Derneği. *HEAD 2020*; 17(3):279-83.
16. Şenol, S. (türk hemşireler derneği) COVID-19 Hemşire Eğitim Rehberi ve Bakım Algoritmaları. 2020. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/thd-COVID-2020-2.pdf>
17. Members WC, Wang H, Zeng T, Wu X, Sun H. Holistic care for patients with severe coronavirus 2019 disease an expert consensus *International Journal of Nursing Sciences*. 2020: Volume 7, Issue 2, 128-134. (Alıntılanma Tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235201322030048X?via%3Dihub>
18. TC SB HSGM, COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi Bilim Kurulu Çalışması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Date: 12.05.2020. (Alıntılanma tarihi: 29.01.2021). Erişim Adresi: https://COVID19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberle r/COVID-19_Rehberi.pdf
19. Baykara, Z. Eyüboğlu, G. COVID-19 Pandemiğinde Hemşirelik Bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020: Özel Sayı: 9-17. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1273340>
20. Doğan, A. Karasu, F. COVID -19 Hastası ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Van Sag Bil Derg* 2020;13 (Özel Sayı):53-58. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1099604>
21. Dağlı, D. Büyükbayram, A. Arabacı, L. COVID-19 Tanısı Alan Hasta ve Ailesine Psikososyal Yaklaşım. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020; 5(2): 191-195. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1186050>

22. Ofıaz F, COVID-19 ve Yaşlılar. *HASUDER*. 2020. (Alıntılanma tarihi:30.01.2021). Erişim Adresi: <https://korona.hasuder.org.tr/COVID-19-pandemisi-ve-yaslilar/>
23. Gammon, J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract*. 1998; 4(2), 84–96.
24. Engin, E. Anksiyete bozuklukları. In O. Çam & E. Engin (Eds.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (Bakım Sanatı)*, 1st ed. 2014: 277–309. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul.
25. Azoulay, E., & Kentish-Barnes, NA. 5-point strategy for improved connection with relatives of critically ill patients with COVID-19. *Lancet Psychiatry* Vol 8 June 2020. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930223-X>
26. Ayoğlu H. COVID-19 Hastalarında Yoğun Bakım Yaklaşımı. *Türk DiyabObez* 2020;2: 183-193. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1197725>
27. Uslu, A, Sayar, CŞ, Tanış, BB, Danış, DE, Akdeniz, B. Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması. *TÜBİTAK*; 2020.
28. Leblebicioğlu, H. Aktaş, F. COVID-19 Salgınıyla Mücadele: Yoğun Bakım Hemşireliği Meslek ve Kişisel Etik Perspektifi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(EK-1):73-80. (Alıntılanma tarihi: 26.01.2021). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1137284>

Sağlık bakanlığı kararı, hasta yakınlarıyla sadece doktorların iletişim kurabilmesini öngörüyor, hekimler aradılar ancak değişen sağlık durumunu tam manasıyla yansıtmak kadar sık değil. Yüz yüze şekilde olmaması da olumsuz etki yarattı. Hasta hakları; dini vecibelerini yerine getirme hakkı, doktor hemşire seçme hakkı var, kurum seçme hakkı, bilgi edinme ve ulaşma hakkı var. Bunların çoğuna ket vuruldu, en önemlisi de yakınlarını görebilme hakkı. Onun sağlığını korumak için bile olsa yapılanlar, etik olarak sorunlu. Yurtdışında telefon ve online görüşme ile çözüyorlar, ancak bizde durum bu değildi. Kaldıkları odada ekran dahi yoktu. Kendilerini korku içinde izole halde buldular, biz de yanlarına izole girdik, bu bizi de öfkeliendirdi.

Yoğun Bakım Hemşire Ekin

Pandemide Hasta Yakınları ve Refakatçilerle Etkileşim

GÜRKAN SERT

Hastaların aydınlatılmış onam hakkı, özel yaşamına saygı hakkı, acil bakım hakkı ve onuru ile tedavi olma hakkı, hekimini seçme, araştırma ve eğitim amaçlı girişimler dâhil hastaların testleri, tedavi yöntemlerini ret hakları gibi hakları vardır. Bunların yanında hastaların yakınları ile ilişkileri bağlamında da hakları bulunmaktadır. Hastaların *refakatçi bulundurma, ziyaretçi kabul etme, muayene ve tedavi gibi uygulamalar sırasında bir yakınının yanında bulunmasını talep etme hakları da bulunmaktadır*¹. Sağlıkta insan haklarının bir uzantısı olan hasta haklarının, hastanın ailesi ve yakınları ile ilişkilerinin sağlık alanında da korunmasını sağlaması kaçınılmazdır. Hastanın ailesi ve diğer yakınları ile ilişkileri kişilik hakları arasındadır ve bunların sağlık hizmetlerinde de korunması zorunludur.

*Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nde*², tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinde hastaların yakınları tarafından desteklenmesi haklarına sahip olduğu belirtilmiştir (madde 5). Hatta bazı durumlarda hastanın yakınına doğrudan haklar tanınmıştır. Örneğin karar verme yeterliliği bulunmayan hastaların (çocuk veya akıl hastalığı gibi nedenlere temyiz kudreti bulunmayan) yanında anne-babasının ya da yasal temsilcisinin bulunma hakkı vardır. Bu durumlarda hastanın yakınları tedaviye karar verme sürecinin yasal aktörleri de olmaktadır. Türk Medeni Kanunu kapsamında çocuk anne ve babası tarafından birlikte temsil edilir ve anne ve baba çocuk adına ortak karar alırlar. Bu kural kuşkusuz tıbbi girişimler içinde geçerlidir. Karar verme yeterliliği bulunmayan çocuk adına karar verme hakkı anne-babadadır. Tıbbi tedavilerde ve bakımda anne ve babanın çocuk adına yeterli kararlar alamadığı veya çocuk için zararlı sonuçlar doğuracak kararlar aldığı durumlarda mahkeme kararı ile karar verme hakları sınırlandırılmaktadır.

Benzer hükümler taraf olduğumuz Biyoetik Sözleşmesi'nde³, 1219 Sayılı Tababet Yasası'nda⁴ (madde 70), Hasta Hakları Yönetmeliği'nde⁵ (HHY) yer almaktadır. Tek başına karar verme yeterliliği bulunmayan çocuklar adına anne-babaları, yetişkinler için ise yasal temsilcilerinin karar verme yetkisi vardır. Bu hükümlerde karar verme yeterliliği olmayan hastalar ile ilgili tedavinin reddi konusunda da yakınlarının karar verme sürecinde yer almaları gerektiği HHY'de ifade edilmiştir. HHY'ye göre, tedavi-

nin reddi durumlarında hastanın veya yasal temsilcisinin tıbbi girişimin gerçekleştirilmemesinden doğacak sonuçlar hakkında aydınlatılması zorunludur. Ayrıca aydınlatmanın yapıldığını gösteren yazılı bir belge, hasta veya yakınlarından alınmalıdır. Hastanın bilgilendirilmek istememesi durumunda yerine bilgilendirilecek bir başka kişiyi seçme hakkı da bulunmaktadır. Bu durumlarda hastaların seçtiği kişiler genellikle kendisine sağlık kurum ve kuruluşlarında eşlik eden kişiler olmaktadır.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik'de (İBU-KAY)⁶ yoğun bakımda bulunan ve bilinci kapalı olan hastaların araştırmaya dahil edilebilmesi ile ilgili olarak da hastanın yakınının onamı aranmaktadır. Bu Yönetmelik'te belirlenen bazı şartların bulunması koşulu ile yoğun bakımdaki ve bilinci kapalı hastaların araştırmaya dâhil edilmesi için varsa kanunî temsilcileri yoksa yakınlarının yazılı onamları alınmalıdır. HHY'de hastanın talep etmesi durumunda, tanı veya tedavi sırasında, tıbben sakınca olmayan hallerde hastanın herhangi bir yakınının bulunabilmesi hakkına yer verilmiştir (madde 21/2 c). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği⁷ (YTKİY)'de hastaların ayrı ayrı muayene edilmesi ve muayene sırasında meslek mensupları dışında kimsenin bulunmaması gerektiğine dikkat çekilmiş, hasta isterse ailesinden biri veya bir yakınının bulunabileceği belirtilmiştir (madde 7). Hastanın yakınları tarafından desteklenmesini öngören bu hükümlerin yanında, hastanın bazı haklarının ailesinin ve yakınlarının haklarının bir arada korunması gereken durumlar da vardır. Örneğin HHY'de hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe, hastanın kişisel ve aile hayatına müdahale edilmemesi gerektiği de belirtilmiştir (madde 21/2 e). HHY'de hastaların yakınları tarafından ziyaret edilmesi ve yanlarında refakatçi bulundurmaları ile ilgili hükümler de yer almaktadır. HHY'nin "**Güvenliğin Sağlanması**" başlıklı 37. Maddesinde herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olma ve bunu talep etme hakkının olduğu belirtilmiştir. Aynı maddenin ikinci fıkrasında bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının hastaların, ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliğini sağlamak zorunda olduğu belirtilmiştir. HHY'nin "**Refakatçi Bulundurma**" başlıklı 40. Maddesinde "*Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.*" "*Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.*" Hükümlerine yer verilmiştir.

Genel olarak bu yönleri ile hasta hakları arasında yer alan hastaların yakınları ile ilgili hakları COVID-19 kapsamında, özellikle ziyaretçi kabul etme ve refakatçi bulundurma yönünden yeni tartışmaları gündeme getirmiştir. Tanı alan ve tıbbi bakıma ihtiyacı olan hastalar, sağlık kuruluşlarında günlerce hatta haftalarca bakım ve tedavi almak durumunda kalmaktadır. Genellikle bir izolasyon, bakım ve tedavinin bir arada olduğu bu süreçte COVID-19'un geçiş özellikleri nedeni ile hasta bireylerin diğer bireylerle temasının engellenmesi hem hastanın hem de temas edeceği kişilerin ve toplumun sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle bu hastaların ve

genellikle diğer hastaların ziyaretçi kabul etme ve refakatçi bulundurma haklarında ciddi sınırlamalara gidilmiştir.

Olağan zamanlarda dahi hastaların ziyaretçi kabul etme ve refakatçi bulundurma haklarını kullanmasında tıbbi gereklilikler ve kurum düzeni önemli sınırlamalara neden olabilmekteyken COVID-19 pandemisinde bu sınırlamaların ciddi boyutlara eriştiği söylenebilir. Sosyal ilişkiler ile geçebilen bir virüsün, dünyada önemli bir soruna dönüştüğü durumda bu haklarda da önemli sınırlamaların getirmesi kaçınılmazdır.

Ancak pandemi dönemlerinde karantina, izolasyon, bakım veya tedavi gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarında kalmak durumunda olan hastaların yakınları ile ilişkilerinin kesilmesinin ve görüşmemelerinin neden olacağı ağır yükün hafifletilmesi için önlemler alınması da pandemi tedbirlerinin vazgeçilmez gerekliliklerinden biri olmalıdır. Araştırmaya katılan gönüllüler hastaların yalnız kalmalarının getirdiği ağır yüke görüşmelerde işaret etmiştir:

Ve deliryum dediğimiz yoğun bakım psikozuna çok fazla giriyorlar. 3. 4. günde karşıdaki benim oğlum, oğlumu çağırırsanıza bana. Eşimi niye karşıya yatırınız? Sen kimsin? Ben niye buradayım? Gibi durumlar çok fazla oldu” (Gülseren Hemşire). “Ben izlerken daraldım. Hasta tüm gün kalkıyor yataktan kapıya gidiyor oradan dolanıyor oda içinde tekrar yatak ve kapı arasında gidip geliyor. Tuvalete giriyor o kadar darlandım ki. Bu adam diyor ki ben bir suç mu işledim?”

Suzan Hemşire

En sıkıntılı boyutu, hastalıkla ilgili çok fazla bilinmezlik olduğu için insanlar çok yalnızlar, odalarda, servislerde çok yalnızlardı.

Radyolog Deniz

Hastaların nerede bulunduğu, sağlık durumlarının nasıl olduğu ile ilgili şeffaf bir bilgilendirmenin yakınlarına sağlanması gerektiği gibi hastaların yakınları ile iletişimini sağlayacak önemlerin de alınmasına özen gösterilmelidir. Görüşmecilerin ifadelerinden hasta yakınlarının hastaların durumu ile ilgili bilgilendirilmesi konusunda yeterli önlemlerin alınmadığı ve bunun önemli bir ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Biz çok temas da kuramıyoruz, çözümler üretmeye çalışıyoruz. İçerideki ayaktan hastalarla ara kapılardan bilgi edinmesini istiyorsun, telefon veriyorsun. Bunlar çok tartışıldı. Hasta klinikte yatıyor, içeri kimse girmiyor. Telefonla hemşireye ulaşıyor. Oysa kimse şunu bilmiyor orada bir hemşire var. 30 tane COVIDli hastada yapacağı bir hata kendi hayatına mal olacak. İnsanların o acizlikten sebep soruları hiç bitmiyor, daha çok temas geliyor. Beni manevi boyutuyla en çok rahatsız eden şey temas etmiyorsun, kendini de izole etmek zorunda kalıyorsun. Kendini izole ederken insanlar daha yalnız kalıyor. Bir boyutu buydu.

Radyolog Deniz

İki-üç arası ziyaret saatiydi. Pandemi dolayısıyla ziyaretçi kabul edemiyoruz. Bu kez de gelemedikleri için gün içinde çok arıyorlar. COVID pozitif çıkan hasta yakınları merak ediyor. beş dk da bir arıyorlar. Benim hemşire olarak bilgi verme yetkim yok. Doktor da söyle iki-üç arası birini arasın diyor. Ama telefonda bana illa söyle, hiç mi bir şey söyleyemezsin? Senin hiç mi vasfın yok diyorlar. Öyle çözüm buluyorum ama çok fazla yükleniyor onlar da. Yeri geliyor telefona bakmaktan iş yapamıyoruz.

Hemşire Gül

Bu durumlarda sağlık profesyonellerine mesleki yükümlülüklerinin getirdiği profesyonel ve insani yüklerle ek insani yüklerin de yüklendiği göz ardı edilmemelidir.

Bir karı-koca, kadın geldiğinde daha kötü bir hasta olmuş olmasına rağmen bir başka serviste yatan kocasını kaybetti. Servise girdiğimde bir ağlama sesi duydum. Arkadaşlar eşi COVID'ten ex oldu kendisi şu anda cenazeye katılmıyor. İçeride de tek başına yas tutuyor dediler.

Radyolog Deniz

Hastaların yakınları ile insani ilişkilerinin sağlanamamasının, hasta üzerinde yarattığı derin etkilerin sağlık profesyonellerini de etkilediği unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları bir yandan hastaların bakımları ve tedavileri ile ilgilenirken bir yandan da ciddi etik sorunlar getiren hasta yakınları ile ilişkilerinin sağlanması, yakınlarının bilgilendirilmesi gibi konulara da çözümler aramak zorunda kalmıştır. Sağlık profesyonellerinin bu deneyimleri ve yaşadıkları ilgili önlemlerin önemli bir bileşeni olmalıdır.

Pandeminin neden olduğu toplumsal ve ekonomik yıkımların bir an önce ortadan kaldırılmasının taşıdığı öneme dayanarak alınan önlemler, hastaların ve yakınlarının ilişki kurma ve birbirine destek olma haklarını göz ardı etmemeli, tam tersine bunu geliştirecek içeriklerle alınmalıdır. Virüsün geçişini önlemek üzere alınan özenli önlemlerin yanında kurumlarda tutulacak kişilerin yakınları ile ilişkilerini sürdürmelerini sağlayacak önlemlere de özen gösterilmelidir. Bu kapsamda yeri doldurulamayacak olan hastanın yakınları ile ilişkisinin pandemi koşullarında sürdürülmesini sağlayacak önlemlerin alınması insan haklarının bir gereğidir.

COVID-19 tanısı alan çocukların sağlık kuruluşlarında kalmasının gerektiği durumlarda anne ve babası tarafından desteklenmesi bunlardan biri ile kalmasının sağlanması çocuğun sağlığı açısından önem taşımaktadır. Çocuğa refakat edecek anne veya babanın çocuğun güvenliğini de sağlayarak refakat etmeleri sağlanmalıdır.

Bakıma ihtiyacı olmayan hastaların refakatçi taleplerinin olması durumunda sürecin hastanenin koşullarına göre değerlendirilmesi mümkündür. Ancak hastanın yakınlarından bu yönde destek alma haklarının olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda yasaklayıcı engelleyici kararların bilimsel verilere dayanması gerekmektedir.

COVID-19 tanısı alan ve bakım/tedavi nedenleriyle sağlık kuruluşlarında kalmak durumunda olan hastaların yaşamlarının son döneminde olduğu durumlarda insani sorunların daha da belirginleştiğine hasta ve yakınları için, daha da ağır problemlere neden olduğuna vurgu yapmak gerekir. Bu bağlamda onuru ile ölme hakkı açısından önemli tartışmaların gündeme geldiğini söylemek gerekir. Onuru ile ölme hakkı, hastaların insan onuruna uygun koşullarda ölümünün gerçekleşmesini temel alır. Bu kapsamda hastaya “Yaşamın sonu bakımı ve tedavisi” sunulması gerektiğine özellikle vurgu yapılır⁸. Hastanın iyileşmesi yönünde tedavi olanaklarının kalmadığı ya da ortadan kalktığı durumlarda, her hastanın, isterse, evinde ya da aile bireyleri ve dostlarıyla bir arada olabileceği bir yerde “insan onuruyla ölme hakkı” olduğu da kabul edilir. Yaşamın sonu aşamasındaki bakım ve tedaviyle ilgili kararların “tıbbi bir karar” olarak kabul edilmesi ve bu kararın, hasta veya hastanın temsilcisi ya da yakınlarıyla tam bir işbirliği ve danışma süreci içinde hekim tarafından alınması gerektiği savunulur⁸. Ancak COVID-19örneğinde düşünüldüğünde olağan koşullarda dahi zorlu pek çok konuyu içeren bu sürecin hasta, yakını ve hekim açısından daha da zorlu problemleri getireceği bir gerçektir. Bu çerçevede mümkün oldukça hasta ve yakınları arasında iletişimin sağlanması hastanın talebi varsa yakınları tarafından desteklenmesinin sağlanması gerekir. Hastanın yaşamının son döneminde yakınları ile daha çok vakit geçirmek istemesi ve yakınlarının da böyle bir beklentide olması doğaldır. Yaşamının son döneminde olan hastaların özel durumlarından dolayı bu hastaların sürekli desteğe, ağrılarının giderilmesine, aile ve arkadaşlarıyla rahatça görüşmesinin sağlanmasına ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçların karşılanmasına özen gösterilmelidir. Olağan zamanlarda hastanelerdeki tüm uygulamalara genel olarak tüm hastalar uymak zorunda olsa da yaşamının son döneminde mümkün oldukça yakınları ile yalnız bırakılması gerektiğine dikkat çekilir⁹. Pandemi döneminde bunun sağlanması kolay olmamakla birlikte hastaların bu haklarını kullanmasını sağlayacak yaklaşımlar gösterilmesi bunu destekleyecek önlemler alınması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Angell, M. Patients' Rights Bills and Other Futile Gestures. *The New Engl. J. of Med.* 2000; 342(22):1663-1664.
2. Dünya Tıp Birliği Konseyi. Wma Declaration Of Lisbon On The Rights Of The Patient. 2018. Erişim Adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>
3. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Avrupa Konseyi bünyesinde 4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılmış, Türkiye Cumhuriyeti tarafından, 4 Nisan 1997 tarihinde imzalanan bu Sözleşme; TBMM tarafından 3.12.2003 tarihinde onaylanmıştır. Bu sözleşmenin onaylandığına dair kanun, 5013 Kanun numarası ile 9 Aralık 2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak aynı tarihte yürürlüğe girmiştir.
4. R.G. T. 14.04.1928, S. 863.
5. R.G. T. 01.08.1998, S.23420.
6. RG: T. 13.04.2013, S. 28617. (1) Bu yönetmeliğin adı “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile (RG: T. 25.06.2014, S. 29042) adı İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik olarak değiştirilmiştir.
7. RG: T. 13.01.1983, S. 17927 Mük.

8. ÖZSUNAY E. Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Hastanın Katılımı, Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısı, s. 3-18, Ed. BÜKEN ÖRNEK, Nükhet / AKPINAR. 2014. Aşlıhan: Hacettepe Biyoetik Merkezi Hacettepe Üniversitesi Matbaası, Ankara.
9. SERT, G. “*Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları*. 2019. Seçkin Yayınları, Ankara.

Benim açımdan en büyük problem hastalarla ilgili aldığım kararlarda oldu, hastaya Şu ilacı verirse bir gün daha kalbi atar, vermezsek bugün kalbi durur diyebileceğimiz ilaçlar var. Bu noktalarda ciddi sıkıntılarım oluyor. O hastanın geleceğine karar veriyor gibi oluyor. Ama geleceği de öyle bilinçsiz bir durumda var mıdır yok mudur tartıŐılır. Bununla ilgili czm bulamayıp, onun yerinde olsam ne düŐünürdüm. Orada yatan annem olsaydı ne yapardım diye düşünmeye baŐladım. Hala bir Şey olduğunda annem olsaydı bunu yapmazdım ölmek istiyorsa ölsün dediğimiz bile oluyor artık. Ki bunu diyen hastalarımız da çok oluyor. Çok yaşlı bir dedemiz vardı. Ben lmeye çalışıyorum sen ilaç verip duruyorsun diyordu bana. Kimsem yok benim alıp evine mi götüreceksin diyordu ki kendi kendini öldürdü diyebilirim böyle diye diye. O noktada hala zorla tedavi veriyor olmak ya da acilde, yoğun bakım sırasında hastalar bekliyorken zaten öleceğini bildiğim bir hastaya hala maxmumi dozda ilaç veriyor olmak benim için çok ciddi bir ikilem. Ama karar dediğim gibi ben olsam ne isterdim, annem olsa ne yapardım diye düşünerek veriyorum artık.

Enfeksiyon Hastalıkları Uzman Doktor Zerrin

Hasta birey tedavi sürecinde hiçbir Şekilde fikir beyan edemedi. Hali hazırda zaten bu hak yoktu, ancak COVID'le mücadelede bu ikiye katlandı. Normal zamanlarda, evet hasta istemiyor yaşamak ama sevdikleri var, bu nedenle yaşama tutunmalı diyerek kendimi rahatlatıyordum. Ama Şimdi rahatlatma kısmı da elimden alındı, neye hizmet ettiğimi algılayamamaya baŐladım. Ne amaca hizmet ettiğimi anlayamadım. Duygular aradan ıkalktı ve bir fabrikaya malzeme yetiŐtirmeye çalıŐıyormuŐum gibi hissettim. Kendimi fabrika işçisi gibi hissettim.

Yoğun Bakım Hemşire Ekin

Pandemide Hastaların Tedaviyi Reddetme Hakkı ve Etik

ASLIHAN AKPINAR

Tıbbi müdahalelerde özerkliğe saygı ilkesi çerçevesinde hastanın kendi hakkında karar verme hakkı, yeterince bilgilendirilmiş olduğu durumda hastaların çok sınırlı durumlar dışında kendilerine uygulanacak tıbbi müdahaleleri kabul veya reddetmesi konusunda mutlak bir özgürlük sunmaktadır. Pandemi durumunda zorunlu test, izolasyon ve karantina gibi özgürlüklerin kısıtlandığı kim durumlar haklı çıkarılabilir de, genel olarak sağlık çalışanlarının hastaları tıbbi müdahalelerin riskleri ve yararları konusunda aydınlatma ödevi ve hastaların önerilen müdahaleyi kabul veya reddetme hakkı konusunda herhangi bir değişiklik söz konusu değildir. Ancak özellikle yoğun bakım kaynaklarında yaşanan olağanüstü sınırlılık nedeniyle yaşamsal kararlarla sık karşılaşılması, Türkiye’de zaten sorunlu olan yaşamı destekleyen tedavi kararlarında hastanın kendi hakkında karar verme hakkının uygulanması konusunda etik sorunların daha keskin yaşanmasına neden olmuş olabilir. Bu yazıda yukarıdaki soru temel olarak ülkemiz mevzuatı, uluslararası literatür ve Türk Tabipleri Birliği’nin bildirge ve önerileri çerçevesinde genel olarak acil ve yaşamsal tedaviler ile özel olarak COVID-19 testi, tedavisi ve aşısı bağlamında hastanın kendi hakkında karar verme hakkının önemine işaret edilerek tartışılacaktır. “Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra yapılabilir ve ilgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.” Ülkemizde hastanın tedaviyi ret hakkının dayanağı Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından, “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” adıyla kabul edilmiş olan bu uluslararası sözleşmede açıkça belirlenmiştir¹.

Aydınlatılmış onam, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun temel koşullarından olduğundan² hastanın tedaviyi ret hakkı temel olarak hasta yararının (acil durumlarda müdahale gibi)³ sınırlı durumlarda da kamu yararının (tüberkülozda doğrudan gözetimli tedavi)⁴ korunmasına ilişkin bazı sınırlı durumlar dışında göz ardı edilemez. Hastaların tedaviyi ret hakkı etik ve yasal açıdan tartışmasız şekilde mevcut olduğundan hastanın tedaviyi ret hakkının gerekçelerinden söz etmek değil, uygulamada çeşitli durumlardaki özel görünümünden söz etmek anlamlı olacaktır.

Acil Müdahalelerin Reddi

Acil müdahalelerin etik ve yasal açıdan haklı çıkarılabilmesi için de aydınlatılmış onam temel koşuldur, yani hastalar acil müdahaleleri reddetme hakkına sahiptir. Bununla birlikte tedaviyi reddin ortaya konamayacağı durumlar sıklıkla acil müdahalelerde yaşanmaktadır. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu (TTBEK) Aydınlatılmış Onam Bildirgesi'nde de işaret edildiği⁵ gibi yaşam kurtarıcı müdahale hemen yapılmazsa yaşamsal tehlikenin oluşacağı durumlar, hastanın tedaviye ilişkin isteğini bildirmediği ve vekil aramanın hastanın yaşamını veya sağlığını tehdit edeceği durumlar ve hukuki zorunluluk hallerinde acil müdahale hekimin imtiyaz hakkı çerçevesinde yapılabilir³. Bunun dışındaki tüm durumlarda sağlık çalışanlarının temel ödevi hastaları aydınlatarak onam almak veya aydınlatılmış reddine saygı duymaktır.

COVID-19 Tanı Testinin Reddi

COVID-19 Pandemi süreci boyunca test ve vaka sayıları pandemiye yönelik politikaların oluşturulmasında kilit önemdedi. Karantina önlemlerine uymayanlara yönelik cezalar sıkça tartışılrsa da, tanı testinin reddedilmesi konusunda pek fazla habere veya yayına rastlanmamaktadır. Uluslararası literatürde tıbbi gereklilikler açısından karantinadan çıkarken⁶, veya belirli hastalıklarda ve durumlarda⁷⁸ zorunlu tanı testi yapılması konusunda çalışmalar bulunmaktadır. Türkiye'de zorunlu test uygulamasını hukuki ve etik açıdan değerlendiren bir çalışmada, bir tıbbi müdahale olarak Anayasa'nın 13. Maddesi kapsamında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çerçevesinde kişinin özgürlüğünü sınırlayabilmek için zorunlu testin hukuki bir gereklilik olduğu ortaya konmaktadır⁹.

Bununla birlikte kişinin test yaptırmayı reddetmesi durumunda etik açıdan hekimin ödevi; test yaptırmayı reddetmesinin olası sonuçlarını vurgulamak ve testin amacı, yapılış şekli ve vücut üzerindeki olası etkilerini de anlatarak kişiyi ikna etmeye çalışmak olmalıdır. Yani hukuki bir zorunluluk olması dahi kişinin beden bütünlüğüne müdahaleyi etik açıdan kolayca haklı çıkartamaz. Bunlarla birlikte; pratik uygulamaya yol gösterecek ve test yaptırmayı reddeden kişiye karşı en uygun yaklaşımı ortaya koyacak iyi uygulama kılavuzları geliştirmek önemlidir¹⁰.

Tanı testinin reddedilmesi konusunda en geniş etik değerlendirme Kopar ve ark. tarafından yapılmıştır.¹¹ Bu çalışmada kaynakların yeterliliği ve hastanın ihtiyaçları çerçevesinde çeşitli seçenekleri değerlendirmişlerdir. Testi reddeden bir hasta karşısında en makul iki seçenek şöyle sıralanabilir: (a) Eğer hasta acil bir tedaviye ihtiyaç duyuyorsa gecikmeden tedavi edilmesi gerektiğinden, testi reddeden hasta pozitif olduğu varsayımıyla tedavi edilip COVID-19 kliniğinde izole edilebilir. (b) Acil tıbbi müdahaleye ihtiyacı olmayan ve bu nedenle başka bir yerde bakım aramak için zamanı olan hastalar söz konusu olduğunda ise; hasta COVID-19'un yayılması ve hastanenin diğer hastalara ve topluma karşı yükümlülükleri hakkında bilgilendirilip ileri bakım hizmeti yalnızca test yaptırmayı kabul ettiğinde sunulabilir.

COVID-19 Tedavisinin Reddi

COVID tedavisi de tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi hastanın kendi hakkında karar verme hakkı çerçevesinde reddedebileceği bir tedavidir. Hasta tüm diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi durum ve alternatifleri, her birinin riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmelidir. Sonuçta hangi tıbbi müdahaleleri kabul edileceğine hasta kendisi karar verecektir. Bulaştırmacılık açısından izolasyon ve karantina, diğerlerine gelecek zararı önleyebilmek adına zorunlu şekilde uygulanabilse de, hastayı zorla tedavi etmek haklı çıkarılamaz¹².

Genel Olarak Yaşamsal Tedavilerin Reddi

Tedaviyi reddetme hakkı, tedavinin yapılmaması yaşamsal bir tehlike yaratmadığında ciddi etik ikilemler yaşanmazken, yaşamı tehdit eden durumlarda uygulaması oldukça sorunludur.

Hasta birey tedavi sürecinde hiçbir şekilde fikir beyan edemedi. Hali hazırda zaten bu hak yoktu, ancak COVIDle mücadelede bu ikiye katlandı. Normal zamanlarda, evet hasta istemiyor ama sevdikleri var, bu nedenle yaşama tutunmalı diyerek kendimi rahatlatıyordum...

*...Ben ölmeye çalışıyorum sen ilaç verip duruyorsun diyordu bana. Kimsem yok benim alıp evine mi götüreceksin diyordu ki kendi kendini öldürdü diyebilirim böyle diye diye...*¹³

ifadeleriyle örneklendiği gibi özellikle yoğun bakımda hastaların kendileri için yarar ve yükleri belirlemesine olanak tanınması, hastanın kendi hakkında karar verme hakkını hayat geçirmesinin sağlanması hem hastalar hem de bakım ve tedavi sağlayan sağlık çalışanları açısından çok önemlidir. Nitekim ülkemiz mevzuatı¹⁴ ve TTBEK Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge'de de açıkça belirtildiği gibi karar verme yeterliğine sahip ve aydınlatılmış hastanın yaşamsal bir tedaviyi reddetme hakkına saygı göstermek zorunludur^{5,15}. Hatta hasta bu reddi bilincini kaybettiği zaman uygulanmak üzere daha erken bir dönemde de ifade edebilir^{15,14}.

Yaşam sonu tedavi kararlarında tedaviyi ret yanında orantılılık ilkesi ve boşuna tedavi de tedavi ararlarında oldukça önem taşımaktadır:

*...O noktada hala zorla tedavi veriyor olmak ya da acilde, yoğun bakım sırasında hastalar bekliyorken zaten öleceğini bildiğim bir hastaya hala maxi dozda ilaç veriyor olmak benim için çok ciddi bir ikilem. Ama karar dediğim gibi ben olsam ne isterdim, annem olsa ne yapardım diye düşünerek veriyorum artık*¹³.

Hastanın/hasta karar verme kapasitesine sahip değilse vekilinin tıbbi girişimin endikasyonları çerçevesinde önerilen tedaviyi, kendisinin/hastanın değer ve beklentileri çerçevesinde değerlendirdikten sonra kabul veya reddetmesi, hastanın kendi hakkında karar vermesini sağlayacaktır. Bu sayede sağlık çalışanları kendi değerleri doğrultusunda karar alarak hastayı istemediği bir tedavi seçeneğine ma-

ruz bırakmayacak, üstelik bu tür kararlar alma yükünden de kurtulacaktır. Hukuki ve etik açıdan zorunlu da olsa yaşamsal tedaviyi redde saygı gösterme konusunda sağlık çalışanlarının bilgi/uygulama eksikliği bulunduğu söylenebilir. Bu çerçevede uygun karar alma süreçleri sağlayacak klinik etik eğitim ve etik danışmanlık ile destek sağlanabilir.

COVID-19 Aşı Reddi

Son yıllarda giderek artan düzeyde tartışılan aşı kararsızlığı ve aşı reddi, COVID-19 için de özel olarak tartışılmaktadır. Aşı kararsızlığı için olası nedenler advers reaksiyon endişeleri, aşı içeriğine güvenmeme, aşı karşıtlarının açıklamaları ve medyadaki haberlerden etkilenme ve dini nedenler olarak sıralanmıştır¹⁶. Aşı araştırmalarının çok hızlı bir süreçte gerçekleştirilmesi ve onaylanması; genel olarak pandemi sürecinde bilgi kirliliği ve komplo teorileri COVID-19 aşısı için de benzer endişelerin hatta belki daha fazlasının söz konusu olabileceğini düşündürmektedir¹⁷. Haziran 2020'de 19 ülkeden 13.426 kişiyle yapılan bir araştırmada¹⁸ katılımcıların aşılanmayı kabul düzeyinin, incelenen ülkelerin çoğunda toplumsal bağışıklık için yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Üstelik ABD ve başka ülkelerde daha sonra yapılan anketlerde aşı tereddüdünün bu çalışmada sunulanlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir¹⁸. Henüz zorunlu aşılanma gerekliliği bulunmasa da işveren veya devlet tarafından zorlanabilecek bu tür olasılıkların etik açıdan ele alınması gereken konular ortaya çıkaracağı öngörülebilir.

Sonuç olarak özerkliğe saygı ilkesi çerçevesinde hastanın kendi hakkında karar verme hakkı, yeterince bilgilendirilmiş olduğunda hastaların çok sınırlı durumlar dışında tıbbi müdahaleleri reddetmesi konusunda mutlak bir özgürlük sunmaktadır. Yukarıda sıralandığı gibi çeşitli müdahaleler söz konusu olduğunda farklı şekilde karşımıza çıksa da ortak olan yaklaşım, öncelikle hastayı tıbbi gereklilikler doğrultusunda müdahalenin riskleri ve yararlarını vurgulayarak makul şekilde ikna etmeye çalışmaktır. COVID-19 tanı testi gibi bazı durumlarda zorunluluk olabilen müdahaleler dahi, ancak başkalarına zararı engellemek için başka olasılık olmaması gibi durumlarda ve tüm diğer eylem seçenekleri tükendiğinde değerlendirilebilir.

Kaynaklar

1. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.
2. Büken ÖN. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu açısından aydınlatılmış onam süreci ve hasta özerkliğine saygı. In: Bulut N, editor. *TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu* [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları Türk, 2018; 96–114. Erişim Adresi: https://www.hayad.org.tr/dokumanlar/tibbi_etik_deontolojiyi_koruma10760960.pdf#page=97
3. Ersoy N, Şenses ÖM, Er AR. Acil tıpta aydınlatılmış onam. *Turkish J Trauma Emerg Surg Rev Derleme Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2010;16(1):1–8.
4. Demir M, Örnek Büken N. Treatment of tuberculosis in Turkey in terms of medical ethics. *Tuberk Toraks.* 2015;63(3):199–206.
5. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara; 2020.

6. Jung J, Jang H, Kim HK, Kim J, Kim A, Ko KP. The importance of mandatory COVID-19 diagnostic testing prior to release from quarantine. *J Korean Med Sci.* 2020;35(34):34–6.
7. Nekkanti SS, Vasudevan Nair S, Parmar V, Saklani A, Shrikhande S, Sudhakar Shetty N, et al. Mandatory preoperative COVID-19 testing for cancer patients—Is it justified? *J Surg Oncol.* 2020;122(7):1288–92.
8. Ortoleva J, Dalia AA. Preoperative COVID-19 testing for cardiovascular procedures in endemic areas should be mandatory. *J Cardiothorac Vasc Anesth* [Internet]. 2020 Dec;34(12):3180–1. Erişim Adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053077020307850>
9. Üstün Ç, Aygörmez GA, Özçiftçi S, Korkmaz M. Medical and legal reasons Of compulsory pcr test implementation in COVID-19 with ethical assessment. *J Tepecik Educ Res Hosp.* 2020;30(3):219–27.
10. McDermott JH, Newman WG. Refusal of viral testing during the SARS-CoV-2 pandemic. *Clin Med J R Coll Physicians London.* 2020;20(5):E163–4.
11. Kopar PK, Kramer JB, Brown DE, Bochicchio G V. Critical Ethics: How to balance patient autonomy with fairness when patients refuse coronavirus disease 2019 Testing. *Crit Care Explor* [Internet]. 2021 Jan 22;3(1):e0326. Erişim Adresi: <https://journals.lww.com/10.1097/CCE.0000000000000326>.
12. Türk Tabipleri Birliği. Salgınlara Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü [Internet]. 4 Nisan 2020: 1–9.(Alınılma Tarihi: 2021 Feb 13). Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=4da9a49c-7674-11ea-b329-aa051764b049
13. Uslu A, Sayar CŞ, Tanış BB, Danış DE, Akdeniz B. Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkiilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması. TÜBİTAK; 2020.
14. Akpınar A, Alvrur TM. Palyatif Bakımda Etik ve Medikolegal Yaklaşım. *Türkiye Klin J Fam Med-Special Top.* 2017 May;8(4):292–8.
15. Akpınar A. Intensive care. In: Encyclopedia of Global Bioethics [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2015:1–9. Erişim Adresi: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-05544-2_254-1
16. Erkekoğlu P, Erdemli Köse SB, Balcı A, Yirun A. Aşı kararsızlığı ve COVID-19'un etkileri. *J Lit Pharm Sci* [Internet]. 2020;9(2):208–20. Erişim Adresi: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-vaccine-hesitancy-and-effects-of-cov-d-19-88601.html>
17. Peretti-Watel P, Seror V, Cortaredona S, Launay O, Raude J, Verger P, et al. A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Jul;20(7):769–70. Erişim Adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920304266>
18. Lazarus J V., Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med* [Internet]. 2020. Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>

Beni en çok rahatsız eden bu COVID-19'a yakalanmış yaşlı hastalardı. Kendine bakamayacak pozisyonda olan hastalar... Ama yoğun bakımlık hasta da değil. Bu hastaları aileleri özellikle ve kendi üst kadrolarımız da dahil olmak üzere bir çözüm bulamamaksızın hemşire üzerine yıkması (hekim de dahil olmak üzere) hiç hoşuma gitmiyor. Çünkü, hemşirelik mesleği bir bütün olarak alır hastayı. Her şeyiyle ilgilenir. İster COVID-19 olsun ister başka bir şey. O hastanın refakatçisi olması lazım çünkü ayağa kalkınca düşebilir. Kendini camdan atabilir. Bu tedbirleri kendi kendimize almaya çalışıyoruz. Yani odaya bir daha girdiğimde hastamı ölü bulmaktan çok korkuyorum. Ve çok tedirgin oluyorum. O hastaların çaresizce bırakılmasından hiç hoşlanmıyorum. Hasta yakınları da duyarsız, ilgilenmek istemiyorlar. İki yönden duyarsızlar. İlki, hasta pozitif olduğu için COVID-19'a yakalanmaktan korkuyorlar. Kendiniz de pozitifseniz aynı odayı kullanabilirsiniz zaten evde berabersiniz. Yani bakabilirsiniz annenize veya babanıza. Kabul etmiyorlar. İşte o zaman bir çaresizlikle baş başa kalıyorsunuz. Benim için en büyük etik sorun bu. Bu bir çocuk da olabilir yaşlı da. O hastalık onu bitkin hale getiriyor yanında birine ihtiyaç duyuyor. Bu tulumlar ile içeri girmek çıkmak zaten bizim için bir eziyet. O tulumlarla hastalara bakmak o kadar uzun zamanımızı alıyor ki bizim. Onun yemeğini de yediriyorsun, lavaboya da götürüyorsun. İlacını içiriyorsun, tedavisini uyguluyorsun. Çıkıyorsun kapıdan damar yolunu sökmüş atmış. Onun başında bekleyemezsin değil mi böyle bir tedavi olamaz. Bunu idari kata söylediğinde onlar da çaresiz kalıyor... Lise bitiminden beri hemşireyiz biz. Otuz yıldır bu mesleğin içindeyim. Yani böyle bir kalıba büründük biz. COVID-19 olması bir şeyi fark ettirmiyor o da bir insan. Yani çekilip gidemiyorsun. Bizlerin yetiştirilme tarzı bu. Bu iş bir ekip çalışması. O gün ben görevimi tamamladıktan sonra başka bir ekip giriyor ve aynı sorunla o da karşılaşılıyor. İdareye söylüyoruz ama onlar nasıl bir çare bulabilir ki. Kendi kendimize çözümler üretmeye çalışıyoruz. Kapı ve pencerelerin kolunu çıkarıyoruz. Hastaların çarpıp düşebileceği şeyleri ayak altından kaldırıyoruz. Suyuna, yemeğine ulaşabileceği şeyleri yanına getiriyoruz. Bazılarının çünkü akli dengesi de yok. Plastik çatal bıçak ortadan kaldırıyoruz. Özellikle telefonu, çağrı ziline öğretmeye çalışıyoruz. Defalarca bir çocuğa öğretir gibi üstüne basa basa öğretmeye alışıyoruz.

Hemşire Elif

Bakıma İhtiyaç Duyan Yaşlı COVID-19 (+) Hastalara Yaklaşım

BÖLÜM
17

167

EMİNE SATILMIŞ

Dünyada gerçekleşen çok yönlü gelişmelerle birlikte insanların beklenen yaşam süresi artmış ve doğumda beklenen ölüm sayısı azalmış, böylece yaşlanan nüfus artmıştır. Yaşlı nüfusun artması ise kronik hastalıkların ve bakıma muhtaç birey sayısının artmasına sebep olmaktadır.

Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaşından büyük bireylerin çevre ile uyumunu kaybetmesi olarak tanımlanır ve 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası orta yaşlılık, 85 ve üstü ise ileri yaşlılık olarak kategorilendirilir¹. Ülkemizde ise 21.02.2001 tarih ve 24325 sayılı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nde yaşlı; 60 yaş ve üzerindeki sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişi olarak tanımlanır².

Birleşmiş Milletler ve WHO'ya göre, fiziksel, ekonomik ve ruhsal değişimlerle ortaya çıkan çok yönlü yetersizlikler sebebiyle yaşlılık, incinebilir gruplardan biridir (3, 4). Bu durum devletin ve toplumun yaşlılar için ihtiyaç duyduğu hizmetleri sunması için zorunluluk oluşturmaktadır^{1,5}. Bu zorunluluklar kapsamında ülkemizde Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından oluşturulan yaşlı bireylerin bağımlılık durumlarına göre (ekonomik, fiziksel ya da ruhsal) hizmet alabildikleri kurumlar mevcuttur⁶. Bunlardan biri olan Huzurevi ve Yaşlı Rehabilitasyon Merkezi sayısı 426, hizmet alan yaşlı sayısı 27.500'tür⁷.

2019'un sonunda Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkıp Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilan ettiği ve COVID-19'un etkilediği en büyük grup, incinebilir gruplardan biri olan yaşlılardır. Yaşlılar, çoğunlukla eşlik eden kronik hastalıkları olan ve immün sistemlerinin de zayıflaması sebebiyle COVID-19 enfeksiyonu için oldukça açık kişilerdir⁸. Şüpheli, taşıyıcı veya enfekte olmuş bireyleri, etkilenmemiş bireylerden ayırma yöntemi, bulaşın engellenmesi ve risk gruplarının korunması için en etkili yol olarak ifade edilir⁹. COVID-19 pandemisinde de bu kaygı ile hareket eden devletler özellikle riskli gruplara yönelik kısıtlamalar ortaya koymuştur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, altmış beş yaş üzeri ve kronik hastalığı olan vatandaşları sosyal ortamdan ayırmıştır¹⁰. İçişleri Bakanlığı da ilgili vatandaşlarla alakalı sokağa çıkma yasağı yayınlamıştır¹¹.

UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)'nın COVID-19 ve yaşlılar ile ilgili teknik bilgi notunda, huzurevi ve rehabilitasyon merkezleri gibi yaşlıların uzun süreli bakım aldığı merkezlerde, yaşlı insanların COVID-19'a karşı savunmasız olduğu ifade edilmiştir¹². Aynı kaygı ile hareket eden Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı da (Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı) huzurevleri ve yaşlı rehabilitasyon merkezlerinde geniş çaplı tedbirler almıştır. Kuruluşlara yeni kabuller ve kabul çıkışları yasaklanarak izolasyon sağlanmıştır. Olası riskler için izolasyon odaları ve katları oluşturulmuştur. Şüphe ve semptomu olan yaşlılar hastanelere sevk edilmiş ve pozitif olan hastalar izolasyon kuruluşlarına yönlendirilmiştir. Açıklanan bu çalışmalarla Bakanlığın pek çok Avrupa ülkesine örnek olduğu ifade edilmektedir. Kurumlar içindeki toplu faaliyetler sınırlanmış, zorunlu haller haricinde yaşlıların kurum dışına gitmeleri kısıtlanmıştır. Yaşlıların ateş ve solunum sıkıntıları daha sıkı takip edilmektedir. Belli aralıklarla dezenfeksiyon işlemleri yapılmaktadır⁶.

Yaşlı bireylerde sık görülen sağlık problemleri yaşlılığın yedi I'sı olarak sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- Intellectualfailure: Bilişsel fonksiyonlarda gerileme/azalma
- Immobility: Hareketsizlik
- Instability: Dengesizlik
- Incontinence: İdrar-gaita tutamama
- Insomnia: Uykusuzluk
- İatrojenik problems: Tanı ve tedavi girişimlerinden kaynaklanan sorunlar
- Involvement of the families: Ailelerin katılımı¹³.

COVID-19 pandemisi yaşlıların yaşadığı bu sağlık sorunlarını arttırabilir. Beslenme düzeninin değişmesi, tedavilerindeki aksaklıklar mevcut kronik hastalıklarını tetikleyebilir. Hareket eksikliği, kas zayıflıklarına ve dolayısıyla düşmelere sebep olabilir. Klinik tablosunda fiziksel yetmezlikler daha ön planda olmasına rağmen bilişsel değişiklikler de söz konusudur.

Yaşlıların incinebilirliği sebebiyle ortaya çıkan sorunlara onların doğası gereği multidisipliner bir ekiple çözüm olmak zorundayız. Ne kadar salgınla mücadele etsek de fiziksel ve ruhsal sorunları sebebiyle zaten kompleks olan sağlıkları, pandemi de sürdürülebilir olmalıdır. İzolasyon sürecinde iyilik halinin bir bütün olarak ele alınması önemlidir. Bu sebeple alanyazın şunları söyler:

- Pandemi dışında kalan sağlık sorunları ile ilgili bakım ve tedavileri aksatılmamalıdır.
- Psikolojik olarak desteklenmesi ve yaşlılığın getirdiği yalnızlık ve ölüm korkusunda yaşlı bireye destek olunması gibi rehabilite edici yöntemler kullanılmalıdır.
- Yeterli hava alımı sağlanmalı, yaşam alanı düzenli aralıklarla havalandırılmalıdır.
- Yeterli sıvı alımı, yeterli ve dengeli besin alımı sağlanmalıdır.
- Aktivite ve dinlenme, yaşlı bireyin tolere etmesine göre düzenlenmelidir.
- Düşme ya da kaza risklerinden korunma sağlanmalıdır.

- Boşaltım düzeni takip edilmeli, buna göre sıvı alımı ve beslenmesi revize edilmeli, desteklenmelidir.
- Pandemiye yönelik el hijyeni, sosyal mesafe ve maske kullanımı konusunda eğitimler verilmelidir.
- Psiko-sosyal anlamda desteklenmeleri amacıyla, sosyal mesafe ve temel hijyen tedbirleri çerçevesinde, hobileri ve sevdiği uğraşlara göre bireysel etkinlikler oluşturulması konusunda alternatifler sunulmalıdır^{14,15,16,17,18}.

Yaşlılar pandemi sırasında fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı kalabilmelidirler. Bunun için Uluslararası Geriatri ve Gerontoloji Birliği (IAGG) izolasyon döneminde yaşlıların sağlıklı kalabilmesi için bir dizi öneri yayınladı. Buna göre;

Catnap (C): Yeterince uyu.

Optimistic (O): Depresyonu önlemek için iyimser ol.

Vigor (V): Evin içinde spor yap.

Intake (I): Yeterince beslen ve ağız dış sağlığını koru.

Distancing (D): Sosyal mesafenizi koru.

Increase (I): İletişim teknolojisi kullanarak, ailen/arkadaşlarıyla sosyal destek ve teması koru. Administer (A): İlaçlarını düzenli al.

Get (G): Yeterince güneş ışığı al.

Go (G): Nefes darlığı, göğüs ağrısı, sürekli ateş, iştahsızlık, sürekli halsizlik, uyanırdırılmakta güçlük varsa ya da yakınlarınız/bakıcınız ile iletişim kurmada zorluk yaşıyorsan acil servise başvur. (112'yi ara)

Actively (A): Elinizi dezenfektan veya sabunla aktif olarak yıka.

Order (O): Aileniz/bakıcınız/kargo ile yiyecek ve ilaçlarını sipariş et¹⁹.

COVID-19'un etkilerinin haricinde yaşlılığın getirdiği yalnızlık ve ölüm korkusu ile fiziksel ve ruhsal yetersizlikleri sebebiyle kendini sosyal ortamdan uzaklaştıran ve yaşlı ayrımcılığına maruz kalan yaşlıların, COVID-19 sebebiyle de izole olmaları psikolojik yüklerini artırmaktadır. Bu durum yaşlıların fiziksel sağlığının ve COVID-19 klinik tablosunun iyileşmesini de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır^{20,21,22}.

Yaşlı bakım evlerinde kalan COVID-19 hastalarına bakım veren bireylerin, özellikle fiziksel ve psikolojik belirtilerinin gözlemini dikkatli bir şekilde yapması, hastalık belirtilerinin erken yakalanması ve tanınması açısından önemlidir. Yine aynı şekilde yaşlı bireyin psikolojik etkilenmelerinin fark edilmesi, iletişim kurmaya desteklenmesi, yalnızlık ve ölüm gibi konularda konuşması desteklenmelidir. Bireyin ailesi ve arkadaşları ile telefon, mektup, görüntülü konuşma gibi imkânlarının sağlanması önemlidir^{16,22}.

Dünya sağlık örgütünün açıklamasına göre, pandemi döneminde yaşlı istismarı ve şiddeti artmıştır²³. Yapılması gerekeni yapmama ya da yapılmaması gerekenleri yapma olarak karşımıza çıkan istismar²⁴, COVID-19 sürecinde özellikle bakım evleri, huzurevleri gibi yaşlı bakımının devamlı sağlandığı yerlerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle yurtdışında, "huzurevleri tanrının insafına terk edildi," "Kanada'da yaşlılar

ölüme terk edildi." "Yedi bin yaşlı, bakımevinde öldü." "ABD'de huzur evleri morg gibi." "Batı, insanlık sınavını kaybetti." gibi manşetlerle gündeme gelen istismar haberleri, pandemi sürecinde herkes için anksiyete kaynağı olmuştur²⁵. Bu sebeple, bakım evlerinde çalışan personellerinin yaşlı istismarını bilmesi ve etik değerlere uygun şekilde hareket etmesi gerekmektedir.

Yaşlılığın toplum içinde olumsuz bir durum olarak düşünülmesi, medyanın bunu istenmeyen olarak lanse etmesi ve kalıplara sokulması sebepleri ile yaşlı ayrımcılığı görülebilmektedir²⁶. Özellikle sosyal medyada "sağlıksız, verimsiz, zayıf, yalnız ve mutsuz" olarak görülen yaşlılar, pandemi sürecinde bulaş sebebi olarak görülmektedir²⁷. İncinebilir gruplardan biri olan yaşlıları koruma gerekçesiyle alınan önlemler de bu durumun artmasına, hatta sosyal medyada nefrete, dışlanmalarına, ötekileştirilmelerine ve psikolojik şiddete maruz kalmalarına sebep olmuştur²⁸. Sağlık personeli olarak bu durumun farkında olmak ve COVID-19'a sebebiyet veren yaşlılar olmadığını ifade etmek, yine yaşlıların topluma katılmaları için önemlidir.

Sonuç

Yaşlılığın getirmiş olduğu fizyolojik, psikolojik ve bunların dolaylı etkilerinden ortaya çıkan ekonomik dezavantajlar sebebiyle incinebilir gruplardan biri olan yaşlıları, COVID-19 pandemisinde gözetmek önemlidir. Bakım evlerinde kalan COVID-19(+) bireylere gerekli bakım sağlanmalı; bireylerin biyolojik ve psikolojik ihtiyaçları belirlenmeli, karşılanmalı ve değerlendirmeleri yapılmalıdır. Alınan kurumsal önlemlerin yanında, bu bireylere bakım veren personelin gerekli hassasiyeti göstermesi için eğitimlerin verilmesi, yanlış bilinenlerin düzeltilmesi, etik değerlerin hatırlatılması ve farkındalık oluşturulması da sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Karakuş, B. Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu. 2018. (Alıntılanma tarihi: 29.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yaslilara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9F1%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>
2. Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği Resmî Gazete Tarihi: 21.02.2001 Resmî Gazete Sayısı: 24325. (Alıntılanma tarihi:29.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4414&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
3. Birleşmiş Milletler, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. (Alıntılanma tarihi: 29.01.2021). Erişim Tarihi: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>
4. Dünya Sağlık Örgütü. Ageing and health. 2018. (Alıntılanma tarihi: 29.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Altındağ, Ö. *Diyarbakır'da yaşlı olmak: ihtiyaçlar, sorunlar ve hizmet beklentileri* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara. 2017. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/3544/10150656.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
6. Aile ve sosyal çalışma bakanlığı internet haberi. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/dso-turkiye-huzurevleri-ve-bakim-kuruluslarinda-alinan-onlemlerle-dunyaya-ornek-oluyor/>

7. Özmete, E. Hussein, S. Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri raporu. 2017. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021) Erişim Adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9334/tuerkiye-de-ya%C5%9F1%C4%B1-bak%C4%B1m-hizmetleri-avrupa-dan-en-iyi-uygulama-ornekleri-ve-tuerkiye-i%C3%A7in-bir-model-tasar%C4%B1m%C4%B1-proje-kitab%C4%B1.pdf>
8. Mueller, A. McNamara, M. Sinclair, D. Why does COVID-19 disproportionately affect older people? *Ageing*; 2020: Vol. 12, No. 10. (Alıntılanma Tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://paperchase-aging.s3-us-west-1.amazonaws.com/pdf/XipAB3mR38SLQ5X3R.pdf>
9. Oflaz, F. Travma ve dissosiasyonun stabilizasyonu. içinde, A. Atlı-Özbaş & N. Gürhan (Eds.), *Psikiyatri Hemşireliği İleri Düzey Uygulamalar için Psikoterapi*, 1st ed. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevi. 2020: 470–495.
10. Ankara Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü 10.11.2020 tarihli 2020/80 sayılı İl Umumi Hıfzıssıhha Kurul Kararı. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <http://www.ankara.gov.tr/kurul-kararları>
11. Altmış Beş Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi, 2020. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsızlığı-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi>
12. UNFPA, Küresel teknik bilgi notu COVID-19’un yaşlılar açısından sonuçları: salgına müdahale. (2020). (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA_Technical_Guide_Older_Persons_and_COVID19_Turkish.pdf
13. İnancıcı F, Gökçe- Kutsal Y. Geriatri. İliçin G, Biberoglu K, Ünal S, Akalin S, Süleymanlar G (Eds): *Temel İç Hastalıkları*, Cilt 2: Güneş Kitabevi, Ankara. 1997:89-103.
14. Aylaz R. Salgın döneminde yaşlı ve bakımı. içinde Aylaz R, Yıldız E. (Eds). *Yeni koronavirus hastalığının toplum üzerine etkileri ve hemşirelik yaklaşımları*. Malatya, İnönü Üniversitesi Yayınevi. 2020.
15. Türk, A. Koronavirüs (COVID-19) Pandemisi Sürecinde Yaşlılara Yönelik Uygulamalar ve Yaşlıların Psiko-Sosyal Durumu Üzerine Bir Değerlendirme. *Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını*, 2020/2.sf. 35-46. (Alıntılanma Tarihi:30.01.2021). Erişim Adresi: <http://shuder.org/Resimler/959f9722-72d9-45f0-b560-a6ae6ce3779fsh-dergisi-temmuz-aralik-2020pdf.pdf#page=36>
16. Ekici E. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yaşlı Bireylerin Bakım Yönetimi. *Haliç Üniv Sağlık Bil Der*; 2020-3 p.145-152. (Alıntılanma Tarihi:30.01.2021). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1243936>
17. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Koronavirüs Bilgilendirme Rehberi II. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 12.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/42278/bilgilendirme-rehberi2.pdf>
18. Chhetri JK, Chan P, Arai H, et al, Prevention of COVID-19 in older adults: a brief guidance from the international association for gerontology and geriatrics (iagg) asia/oceaniaregion. *The Journal of Nutrition, Health&Aging*, 2020; 24(5):471- 472. DOI: 10.1007/s12603-020-1359-7
19. Oflaz F, COVID-19 ve Yaşlılar. *HASUDER*. 2020. (Alıntılanma Tarihi:21.07.2020). Erişim Adresi: <https://korona.hasuder.org.tr/COVID-19-pandemisi-ve-yaslılar/,2020>
20. Richard A, Loura N. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*. 2020 sayı 5 DOI: 10.1016/ S2468-2667(20)30061-X
21. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Delirium: patient booklet. 2020. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.sign.ac.uk/pat157-delirium>
22. Singer. C. Health Effects of Social Isolation and Loneliness. *Journal Of Aging Life Care*. spring 2018. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.aginglifecarejournal.org/health-effects-of-social-isolation-and-loneliness/>
23. World Health Organisation. During COVID-19 pandemic, violence remains preventable, not inevitable. 2020. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/statements-and-speeches/2020/statement-during-COVID-19-pandemic,-violence-remains-preventable,-not-inevitable>
24. World Health Organisation. World Elder Abuse Awareness Day: the impact of COVID-19 on abuse and neglect of older people. 2020. (Alıntılanma Tarihi: 30.01.2021). Erişim Adresi: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2020/06/2020-world-elder-abuse-awareness-day-the-impact-of-COVID-19-on-abuse-and-neglect-of-older-people>
25. Altın, Z. COVID19 Pandemisinde Yaşlılar. *Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2020;30(ek sayı) 49-57. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). Erişim Tarihi: <https://jag.journalagent.com/terh/pdfs/TERH-93723-REVIEW-ALTIN.pdf>

26. Çayır K. Yaşçılık/yaşa dayalı ayrımcılık. Ayrımcılık Çok Boyutlu Yaklaşımlar. (Der.) *İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*. 2012:163-174.
27. Loos, E. & Ivan, L. Visual ageism in the media. *Contemporary Perspectives on Ageism*. içinde, L. Ayalon, C, Tesch-Römer (Eds.). Springer International. 2018:163-176.
28. Rahman, A. & Jahan, Y. Defining a 'risk group' and ageism in the era of COVID-19. *Journal of Loss and Trauma*, 2020: 1-5. P.631-634. (Alıntılanma tarihi: 30.01.2021). <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1757993>

Engelli COVID-19 (+) Hastalarının Bakım Evlerinde Rehabilitasyonu

BÖLÜM
18

173

ALPARSLAN BARAN

Bizim çalıştığımız kurum 0-60 yaş aralığında her tür engel grubundan 820 engelliye 24 saat yatılı hizmet veren Bakım ve Rehabilitasyon merkezidir. Engellilerimizin yaşam alanları 4 odalı 12 kişilik tek katlı evlerden oluşmaktadır. Hizmet veren çalışanlar; Sosyal Hizmet Uzmanları, Psikologlar, Çocuk Gelişimcileri, Sosyologlar, Fizyoterapistler, Öğretmenler, Çocuk Eğiticileri ve Bakım Elemanlarından oluşan kalabalık bir ekiptir. Kuruluşumuzda pandemi döneminde, başlangıçta engellinin öz bakımında birebir ve yüz yüze hizmet veren bakım elemanları ve temizlik elemanları 14 gün gece ve gündüz olmak üzere çalıştırılmış 14. günün sonunda oluşturulan ikinci ekip bakım ve temizlik elemanları da 14 gün çalışmak üzere vardiyayı devralmışlardır. Bu sırada kendi ailelerinden 14 gün ayrı kalmalarının, iş yeri ortamında uygun olmayan dinlenme alanlarında kalmalarının sıkıntılarını yaşamışlardır. COVID-19 pozitif olan engelli bireylerin karantina altına alındığı ayrı bir birim oluşturulmuş ve karantina süresince bakım elemanları sorumlu oldukları engellilerle birlikte karantina biriminde görevlendirilmişlerdir. Karantina biriminin dışında Yaşam Evleri dediğimiz yaşama alanlarında bulunan 12 engelliden COVID-19 pozitif olanlar, kalmakta oldukları Yaşam Evinde sağlıklı bireylerden soyutlanarak, kendi odalarında karantina altına alınmış, o sırada görevli olan personel karantina sürecini kuruluştaki görevli olduğu birimde geçirmiştir. Bu sürecin bakım elemanları açısından yıpratıcı olduğu izlenmiş, daha sonra 5 günlük vardiyalara dönmüştür. Engelli bireye hizmette ilk basamak olan bakım elemanlarını virüsten korumak, hizmetin devamı açısından önem taşımaktaydı, eğer onlar da bulaşma yaşarsa çalışan sayısında oluşacak eksilme engelli bireye birebir sunulan hizmetin aksamasına meydan verecekti, bu nedenle bakım elemanlarının da korunması için önlemler alındı (Koruyucu kıyafet, dezenfektanlar, şüphe halinde test yapılarak durumun tespiti gibi).

Kuruluşumuz salgın tedbirleri doğrultusunda ziyaretçi kabulünü pandemi süresince yasaklamıştır. Bu durum hizmet alan engelli bireylerin aileleri ile görüşmelerini engellemiştir ancak virüsün dışarıdan taşınma olasılığını kaldırmıştır. Bu sırada engellinin moral motivasyonundan çok salgını önleme amaçlanmıştır. Daha sonra sosyal mesafe kuralları ile bu görüşmelere kısıtlı olsa izin verilmiştir.

Kuruluşun rehabilitasyon amacı doğrultusunda işlev gören birimleri pandemi önlemi olarak grup halinde yapılan iş ve meşguliyet faaliyetleri daha az sayılarla yapılmaya başlanmıştır. Engelli bireyin rehabilitasyon ve meşguliyet süreci olumsuz etkilenmiştir.

COVID-19 pozitif olan engelli bireylerden hastaneye kaldırılanların yanında ilgili bakım elemanı yatış süresi boyunca refakat ile görevlendirilmiştir. Sosyal Hizmet Kuruluşlarındaki çeşitlilik (Huzurevleri, çocuk yuvaları vb.) düşünüldüğünde biz sadece Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinden biriydik ki; bu merkezlerde farklılıklar arz etmektedir (örneğin sadece şizofreni hastalarına hizmet veren merkezler gibi) bu açıdan hizmet çeşitliliğinden kaynaklanan özgül durumlar da söz konusu olabilir.

Bakım ve Rehabilitasyon Merkezimizde bulunan Sağlık Birimimizde görevli sağlık çalışanları; rutin sağlık hizmetlerinin yanında pandemi sürecinin sağlık açısından gereklerini de yerine getirmek sorumluluğunu üstlenmişler; düzenli taramalar, bulaşının olduğu bireylerin sağlık gereksinimlerine koşuşturma gibi risk alanlarında olmuşlardır.

Sosyal Hizmet kuruluşlarındaki meslek elemanlarının büyük depremler gibi kriz anlarında büyük çoğunlukla görev almış olmaları, kriz ortamlarında çalışırken sorun çözücü olmaları ve kuruluşun fiziksel avantajları yanında kalabalık bir ekibin çalışması pandemi dönemindeki avantajlarımızdandır. Sosyal Hizmetin temel amacı olan dezavantajlı gruplara hizmet, pandemi sürecindeki müdahaleleri belirlemiş, çalışanlar kendi önceliklerini bir tarafa bırakmak zorunda kalmışlardır. Bu konuda en çok mağdur olan kesim bakım elemanları olmuştur. Bakım elemanlarının, vardiyaları sonunda pozitif vaka(lar) çıkması halinde vardiyaları sonlandırılmayarak belirlenen karantina sürecini de kuruluştta geçirmek zorunda bırakılmışlardır. Bu durum temashlı olmaları ile açıklanabilir, virüsü ailelerine taşımalarına engel olma amaçlanmış olabilir. Ancak bu durumda hem en çok iş yüküne sahip olan hem de salgın boyunca uzun görev sürelerini geçiren bakım elemanlarına ek bir ödeme yapılmamıştır.

Bakım elemanlarının iş sorumluluğu; bakmakla sorumlu olduğu engelli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yanında olmak, yıkanma, beden temizliği gibi öz bakımlarını yerine getirmek, yemeklerini yedirmek, altı bağlananların alt temizliğini yapmak, kıyafetlerini giydirmek, bulaşıkları ve çamaşırları yıkamak, yaşam evlerinin genel temizliğini günlük olarak yapmak vb. Bu görevlerin yanında pandemi süresince aldıkları ilave görevler ve uzun çalışma günleri ile yaşadıkları yıpranmanın karşılığı olabilecek bir ücretlendirmeye tabi tutulmadılar. Oysa bu uzun çalışma günlerinde çocuklarının ebeveyn kontrolünün zayıfladığını düşünerek olumsuz davranışlar geliştirme riski, bazı ödemelerini yapamadığı için gecikme ücretleri ödemek zorunda kalmaları gibi olumsuz durumlarla karşılaşmalarının da söz konusu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bize bilinci açık hasta çok gelmezdi, biz son dönem hastalara bakan bir yoğun bakımız. Şu an bilinçli hastalar da geliyor. Sadece solunum sıkıntısı olan da geliyor ve hepsi birlikte yatmak zorunda kalıyorlar. Ve deliryum dediğimiz yoğun bakım psikozuna çok fazla giriyorlar. Üçüncü, dördüncü günde “karşıdaki benim oğlum, oğlumu çağırırsanıza bana. Eşimi niye karşıya yatırdınız? Sen kimsin? Ben niye buradayım?” gibi durumlar çok fazla oldu. Eskiden gerçekten çok az bilinçli hastamız olurdu ve genelde yaşlılardı. Bu durumlar şu anda çok arttı. Bu hastaları aksatmıyoruz ama bir gözünüzü çevirdiğinizde bile hasta tüpünü çekebilir, kataterini çekebilir.

Hemşire Gülse

Mesela bir hasta kapının camını sökmüştü. Geriye dönük kamera kayıtlarına baktım. Seyrettim hastayı tüm gün, ne zaman söktüğünü görebilmek için tüm gün kaydını izledim. Ben izlerken daraldım. Hasta tüm gün kalkıyor yataktan kapıya gidiyor oradan dolanıyor oda içinde tekrar yatak ve kapı arasında gidip geliyor. Tuvalete giriyor o kadar darlandım ki. Bu adam diyor ki ben bir suç mu işledim? Ben buna cevap veremeyince büyük vicdan azabı yaşıyorum. Yetersizlik duygusu.

Hemşire Seçil

COVID-19'un Hasta ve Hasta Yakınları Üzerindeki Etkisi ve Psikiyatristlerin Deneyimleri

BÖLÜM
19

177

AYBENİZ CİVAN KAHVE • YUNUS HACIMUSALAR

Bu bölümde COVID-19 sebebiyle yatarak tedavi gören hastalar ve hasta yakınlarının ruhsal olarak nasıl etkilendikleri, onlara ruhsal yardım verirken yaşanan zorluklar etik bir bakış açısıyla ele alınmaya çalışılmıştır.

COVID-19'un Hastalar Üzerindeki Ruhsal Etkileri

Bilindiği üzere, COVID-19 bireylerin yalnız bedensel sağlıkları değil ruhsal sağlıkları üzerinde de etkilere sahiptir¹. Yapılan birçok araştırmada; COVID-19 sebebiyle yatarak tedavi gören hastaların kaygı düzeylerinin arttığı, isteksizlik, moral bozukluğu gibi depresif şikayetlerinin olduğu, umutsuzluk düzeylerinin yükseldiği gösterilmiştir². Özellikle ileri yaşta olan hastalarda; COVID-19'a bağlı yer-zaman veya kişi yöneliminde bozulma, huzursuzluk, ajitasyon, uyku bozuklukları, halüsinasyonlar ile seyredabilen 'deliryum' tabloları bildirilmiştir³. Kişilerin artan kaygı düzeyleri ile birlikte uyku kalitelerinin de bozulduğu, bu durumun yaşam kaliteleri üzerinde de önemli bir etkisinin olduğu bilinmektedir^{4,5}. Pandemi ile birlikte yaşamın her alanında ortaya çıkan 'belirsizlik' durumu hasta ve yakınları için baş edilmesi gereken önemli bir konu haline gelmiştir. Kişiler, onların tıbbi bakımını üstlenenlerden sürecin nasıl ilerleyeceğine ilişkin daha net bilgiler beklerken, hastalığın seyri ile ilgili tüm dünyanın yanıtını aradığı bazı soruların cevaplanması mümkün olamamıştır. Yaşanan bu belirsizlik durumu kişilerin kaygılarının artmasına sebep olmuştur. Özellikle bazı sosyal medya paylaşımlarında, televizyon ve diğer yazılı-görsel basın organlarının haberlerinde kullanılan "kaygıyı bulaştıran dil" ruhsal olarak bireyleri daha olumsuz etkilemiştir. Aslında hastalıkla ilgili birçok paylaşım toplumu bilgilendirme, önlem alınma konusunda duyarlı davranma amacı taşısa da tekrarlayıcı bir şekilde bu haberlere maruz kalma, özellikle hastalığa bağlı ölüm riskinin daha yüksek olduğu kişileri ruhsal olarak daha çok etkilemiştir.

COVID-19'un Hasta Yakınları Üzerindeki Ruhsal Etkileri

Hastalarla birlikte hasta yakınları da pandemide ruhsal olarak zorlanmışlardır. COVID-19 sebebiyle yatarak tedavi hizmeti verilen hastanelerde enfeksiyonun kontrol altına alınabilmesi ve toplum sağlığını korumak amacıyla hastaların yanına zorunlu durumlar haricinde refakatçi alınamamakta, ziyaret kısıtlamaları uygulanmaktadır. Kişiler, yakınının yanında olmak ve ona destek olmak isterken diğer yandan hastalığın bulaşma riski altında kalmaktadır. Ruhsal olarak birçok hastalık sürecinde iyileşmenin bir parçası olarak yer alan “sosyal destek” hastane yatışı boyunca zorunlu olarak sağlanamamıştır. Elbette telefon görüşmesi, görüntülü görüşme gibi başka araçlarla bu destek sağlanmaya çalışılmış ancak yine de fiziksel olarak bir arada olunamamıştır. Bazı durumlarda hasta yakınları tıbbi olarak kendilerini riske atarak hastalarının yanında olmak istediklerini söylemiş ancak biraz önce belirtilen sebeplerle bu istekleri reddedilmiştir. Bu durum servislerde görev yapan sağlık çalışanları için de bir ikileme sebep olmuştur. Bir yanda tıbbi olarak gerekeni yapma yükümlülüğü, diğer yanda sosyal ve duygusal nitelikte olan bu beklentilere yanıt verememek. Kimi zaman ise pandemi servislerinde bu durumun tersi nitelikte ve yine etik yönleri ile zorlayıcı bir başka durum daha ortaya çıkmıştır. Tıbbi durumu sebebi ile fiziksel bakıma ihtiyacı olan kişiler COVID-19 sebebiyle hastanede tedavi gördüklerinde, yoğun bakımlar haricinde, bu kişilerin refakatçileri ile birlikte kalmaları gerekmiştir. Sağlık çalışanlarının olağanın çok üstünde çalıştığı ve normal koşullarda takip ettiklerinden çok daha fazla hastayı takip ettikleri pandemi servislerinde hastaların bakımlarında refakatçi gereken bazı durumlar olmuştur. Bu durumlarda hasta yakınları enfekte hastaların yatarak tedavi gördüğü pandemi servislerinde bulunmaktan dolayı yoğun bir tedirginlik yaşamıştır. Enfekte olmadığı halde refakatçi olarak pandemi servisinde kalmaları istenen bazı hasta yakınlarının yaşadığı etik zorluk onları ruhsal olarak da etkilemiş olabilir. Özellikle hasta yakını olarak serviste kalması istenen kişinin kendisinin de kronik bir hastalığı varsa ve virüs ile enfekte olduğunda ciddi hastalık riski taşıyorsa bu kişilerin serviste kalmasının olası riskleri, hastanın bakım almasında yaşanacak güçlük ve bakım veren servis ekibinin yaşayacağı güçlükler tam bir karmaşık sorun haline gelmiştir. Etik olarak tek bir doğru ve tek bir çözüm yolu olmadığını bilmekteyiz. Bu nedenle her bir hasta, hasta yakını ve servis koşulu için, bu sorun durumlarında farklı çözüm yolları geliştirilmeye çalışılmıştır. Sağlıklı olanın sağlığının öncelenmesi, hasta olanın bakımının öncelenmesi, sağlık çalışanlarının iş düzenine göre bir planın öncelenmesi. Görülüyor ki; tüm bunlar etik yaklaşımla ve olgu özelinde karar verilmesi gereken süreçlerdir. Elbette tek sorun “refakat” etme ile ilgili yaşanmamıştır. Hasta yakınlarının sevdikleri kişiler kendilerinden uzakta tedavi görmekte iken çoğu zaman “ev izolasyonunda” bulunmaları gerekmiştir. Yaşanan bu izolasyon durumu bireylerin “yalnızlık” hissini artırmış, geleceğe yönelik olumsuz duygulanımlar yaratmış olabilir⁶.

Yaşanan yalnızlık hissini bir sebebi de “damgalama” olmuştur. Sağlıkta alanın-da damgalama, belirli bir hastalığı yaşayan bir kişi veya gruba, hastalığın görüldüğü

bölgelere ve hastalıkla ilgili şeylere dair olumsuz, değersizleştirici, kötüleyici, düşmanca ve ayrımcı tutumları içermektedir. Gerçekçi olmayan ya da gerçeğin çarpıtıldığı bilgilerle insanlar ayrımcılığa maruz kalır. Salgın hastalıklar da hastalığa yakalananların ve hastalanma olasılığı yüksek olanların damgalanmasına yol açmıştır. Damgalamanın en önemli etkisi kişilerin artık buldukları toplumun bir üyesi olmadıklarını düşünmeleridir. Bu dışlayıcı tutum kişilerin kendisini yalnız hissetmesine, çevresinden uzaklaşarak içine kapanmasına, kaygı belirtilerine, karamsarlık, umutsuzluk, yetersizlik, çaresizlik, suçluluk gibi düşüncelere neden olarak ruhsal hastalıkların tetiklenmesine neden olabilir⁷. Damgalama kişilerin hastalığı gizlemesine, inkâr etmesine, sağlık hizmeti için geç başvurulara, tanı ve tedavide gecikmeye yol açabilir. Özellikle salgının ilk dönemlerinde belirgin olmak üzere damgalama ile ilişkili ruhsal sorunların ülkemizde de yaşandığı düşünülmektedir.

Psikiyatristler ve Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Güçlükler

Peki bu yazıyı kaleme alan biz psikiyatristler birer sağlık çalışanı olarak bu süreçte neler yaşadık, nasıl etkilendik? Hangi konularda zorlandık ve ne gibi etik ikilemler yaşadık? Aslında burada her bir soru ayrı bir bölüm konusu olabilecek uzunlukta değerlendirilebilir. Ancak bizim bu yazıdaki amacımız yaşanan zorluklar ve etik ikilemler konusunda bir çerçeve çizebilmek. Bu nedenle her biri ileride hazırlanacak etik belgelere bir temel olacak şekilde, başlıkları okuyucuya kısa ve öz bir şekilde aktarmak istiyoruz.

Psikiyatristler; yatarak tedavi gören hastalara psikolojik destek sağlamak amacıyla, bazen hastaların ruhsal belirtilerine yönelik tedavi başlanması istemi ile, bazen ise COVID-19 hastalarının tüm tedavisini düzenlemek amacıyla COVID-19 servislerinde görev almışlardır⁸. Uslu ve ark.'nın sağlık sisteminde yaşanan etik sorunları tespit etmek üzere sağlık çalışanları ile yaptıkları görüşmelerde, bir psikiyatrist COVID-19 tanısıyla takip edilen hasta sayısı arttıkça alan dışı hekimlerin de pandemi servislerinde hasta bakması gerektiğini belirtmiş, bu konuda hastane içinde önemli bir sorun çıktığını vurgulamıştır⁹. Hastanelerde branş uzmanları (göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, dahiliye hastalıkları) için de COVID-19, tedavisi için algoritmaların takip edilmesi gereken yeni bir hastalık idi. Ancak daha önce hastaların dahili sorunlarını yönetmek konusunda deneyimi olmayan branşların bir anda pandemi servislerinde çalışması bir takım etik soru(n)ları da beraberinde getirmiştir. Bir yanda hastanın tedavisini düzenleme ve ona en nitelikli sağlık hizmetini verme gayreti, diğer yanda mesleki yetersizlik hisleri, hastane planlama sistemlerinde sorunlar ve tükenmişlik sınırına gelme. Bu yükün ağırlığı altında, birçok sağlık çalışanı sağlık hizmeti sunarken ciddi bir zorlanma yaşamıştır. İhtiyaç duydukları dönemde izin haklarını kullanamayan sağlık çalışanları çocuklarının bakımı için yardımcı bulmakta dahi güçlük yaşamışlardır. Ayrıca çocukları veya ebeveynleri ile birlikte yaşayan, aile bireylerine hastalığı bulaştırma kaygısı yaşayan sağlık çalışanlarının

çoğu evleri dışında geçici barınma yerlerinde yaşamaya başlamıştır. Dahası getirilen yasal düzenlemeler ile bu kişiler “zorla” sağlık hizmeti sunmaya devam ettirilmiştir. Birçok sağlık çalışanı özlük haklarını alamadığı ve tükenme noktasına geldiği halde çalışmaya devam etmek zorunda bırakılmış, istifa etmeleri yasaklanmıştır. Toplum-sal yönlendirme ile “emeklilik” ya da “maddi haklarımızı” istemenin olağanüstü du-rumda “uygunsuz” olarak yorumlanması ile bir baskı oluşturulmuştur. Tüm bunlar pandemide çalışan psikiyatristlerin de içinde olduğu sağlık çalışanlarını ruhsal ola-rak olumsuz etkilemiştir. Toplumun sağlığını korurken, kim olursa olsun bir bireyin “çalışmak istememe hakkının elinden alınması” önemli bir etik sorundur. Toplum-u oluşturan bireylerdir. Acaba bireyin sağlığı toplumun sağlığının gerisinde tutulabilir mi? Pandeminin ön saflarında çalışan sağlık çalışanları da bu toplumun bir parçası iken onların sağlığı toplumun diğer bireylerinkinden daha mı az önemlidir? Top-luma sağlık hizmeti sunması beklenenlerin sağlığı yok sayılabilir mi?

Hastanelerde çalışan ve COVID-19 hastalarına psikolojik destek vermeye çalışan veya onların ruhsal bir hastalığı olduğunda tedavisini üstlenen psikiyatristler için etik sorunlardan birisi görüşme şekilleri ve süreleri ile ilgilidir. Kişisel koruyucu ekip-manların giyilerek hasta odalarına girildiği görüşmelerde hasta ile iletişim kurmak fiziksel şartlar sebebiyle zorlaşabilmektedir. Bunun ötesinde görüşme sürelerinin kısa tutulmaya çalışılması, hastanın duygusal katılımı ve yanıtlarını yeteri kadar ta-kip edememek görüşme niteliğini düşürebilir. Ancak süre uzadıkça artan enfeksiyon riski ruh sağlığı profesyoneli için huzursuzluk yaratabilmektedir. Burada yarar zarar dengesi yalnız tedavi edilen hasta için değil, tedavi eden kişi, tedavi eden kişinin yan-kınları ve tedavi eden kişinin diğer tedavi edeceği hastaların bütünü düşünülerek ele alınmalıdır. Çünkü olası bir bulaş tüm bu bireyleri etkileyecektir. Bu nedenle daha uzun süre yüz yüze görüşmenin hasta için daha faydalı olacağı düşünülse de diğer açılardan doğacak riskler sebebiyle bu gerçekleştirilemeyebilir. Yani ruh sağlığı hiz-meti sırasında ‘ideal’ olan yerine ‘daha geniş bir fayda’ sağlamak amacıyla istenildiği şekilde görüşme yapılamayabilmektedir. Bu durumlarda bir çözüm olarak; pandemi öncesinde ülkemizdeki hastanelerde yaygın olarak kullanımı olmayan telepsikiyatri uygulamaları kullanılmaya başlanmıştır. Böylece enfeksiyon bulaş riski ile ilgili so-runlar aşılabilmektedir. Ancak yüz yüze görüşmedeki terapötik ortam özellikle he-nüz ilk görüşmenin çevrimiçi yapılmak zorunda olduğu durumlarda sağlanamaya-bilir¹⁰. Bu nedenle hangi hastalar için bu uygulamalar uygundur, hangi durumlarda yüz yüze görüşme yapmak daha iyi bir seçenek olur soruları; etik bakış açısıyla has-ta/hekim özelinde, ihtiyaçlar ve riskler doğrultusunda bir değerlendirme yapılarak belirlenmesi en doğru seçenek gibi görünmektedir.

COVID-19 Pandemisinde yukarıda bahsedildiği üzere birçok sağlık profesyoneli alanı dışında çalışmak durumunda kalmıştır. Bu nedenle birincil olarak içinde yer almasa da tedavi ekibinin içinde, yoğun bakım servislerinde, psikiyatristlerin de diğer sağlık profesyonelleri gibi çalıştığı yerler olmuştur. Ülkemizde diğer ülkelere kıyasla daha nadir olmakla birlikte COVID-19 vakalarının çok yoğun görüldüğü dö-nemlerde, yoğun bakım yatak sayılarının neredeyse tama yakın dolması önemli bir

zorlanmayı da beraberinde getirmiştir. Yoğun bakım servislerine hasta kabulü yapılırken, hangi hastaların en acil yoğun bakım ihtiyacı olduğu kararını etik bir zorlanmaya sebep olmuştur. Hastaların yaşları, tıbbi durumları, yoğun bakımdan göreceği fayda gibi birçok kritere göre bu kararlar verilebilse de bu kararı uygulamak sağlık çalışanları için ruhsal yönden zorlayıcı olabilir. Hasta sayılarının var olan tıbbi kaynaklara göre çok daha fazla olduğu durumlarda belirlenen tıbbi kriterler öncelikli müdahale edilecek kişileri belirlemede yetersiz kalabilir. Bir diğer açıdan; yine sıklıkla haberlere yansıyan yoğun bakım doluluk oranları, entübe hasta sayılarının her gün takip edilmesi, kişilerde ağır hastalık durumunda tedavi hizmetlerine ulaşamayacakları düşüncesi yaratabilir ve bu durum hastalık halinde daha da kaygı veren bir duruma dönüşebilir. Psikiyatri uzmanları hem ikincil olarak kendileri bu süreçlerin içinde bulunarak hem de bu sorunları yaşayan kişileri değerlendirenler olarak bu zorlukları yakından yaşamaktadır.

Sonuç

COVID-19 bütün dünyayı etkisi altına alan, bilinmeyenleri nedeniyle yeni bilgi akışının çok hızlı olduğu, bütün bireylerin yaşam alışkanlıklarını değiştiren son yüz yılın en önemli sağlık sorunlarından birisi olmuştur. Pandemiyle mücadele için yapılan uygulamalar sosyal, siyasi, ekonomik sorunlara neden olmuş, her alanda bazı etik tartışmalara yol açmıştır. Karşılaşılan güçlükler insanların mevcut yasal kuralları ve önerileri sorgulamasına neden olmuştur. Kısıtlamalara karşı başlatılan eylemler halk sağlığını etkileyerek yeni tıbbi ve etik sorunları meydana çıkarmıştır. Yaşanılan süreç kişilerin sadece kendi eylemlerinden değil başka bireylerin eylemlerinden de ciddi derecede zarar görebilecekleri gerçeğini göstermiştir. Bu zor süreçte sağlık çalışanları hem hastalarına sağlık hizmeti sunmak hem kendi sağlıklarını koruma mücadelesi içerisindeyken etik birçok sorunla da karşılaşmak durumunda kalmıştır. Bu sorunların tartışılması ve getirilecek çözüm önerileri devam eden pandemi döneminde ve gelecekte bütün toplumu etkileyebilecek sağlık sorunlarında karar verme sürecini ve baş etmeyi kolaylaştıracaktır.

Kaynaklar

1. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the COVID-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510-2.
2. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental health effects of COVID-19 pandemic: a review of clinical and psychological traits. *Psychiatry Investig*. 2020;17(6):491.
3. Garcez FB, Aliberti MJ, Poco PC, Hiratsuka M, Takahashi SdF, Coelho VA, et al. Delirium and adverse outcomes in hospitalized patients with COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(11):2440-6.
4. Bidzan-Bluma I, Bidzan M, Jurek P, Bidzan L, Knietzsch J, Stueck M, et al. A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2020;11:585813.
5. Fu W, Wang C, Zou L, Guo Y, Lu Z, Yan S, et al. Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Transl Psychiatry*. 2020;10(1):1-9.
6. Banerjee D, Rai M. Social isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(6):525-7.

7. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. COVID-19 ve Damgalama. 2020. Erişim tarihi 17.02.2021, <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-DamgalanmaCOVID.pdf>.
8. Shalev D, Shapiro PA. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;64:68.
9. Uslu, A, Sayar, C Ş, Tanış, B B, Danış, D E, Akdeniz, B Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İnkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması TÜBİTAK; 2020
10. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What about telepsychiatry? A systematic review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(2)

Pandemide Ruhsal Hastalığa Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Hizmetleri

BÖLÜM
20

183

RAŞİT TÜKEL

Pandemide Ruhsal Hastalığı Olmak

Salgınlar hiçbir zaman toplumun tüm kesimlerini eşit şekilde etkilememekte, eşitsizlikler ise enfeksiyonların yayılmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bir salgın ortaya çıktığında ciddi bir ruhsal hastalığı olanlar, çeşitli nedenlerden dolayı pnömoni dahil olmak üzere, enfeksiyonlara daha duyarlı hale gelmektedirler. Ruhsal bozukluğu olanların olmayanlara göre daha yüksek COVID-19'a yakalanma riskine sahip olmaları konusunda yapılan çeşitli açıklamalar arasında; bilişsel bozukluk, risk konusunda farkındalık azlığı ve hastalarda kişisel korumaya yönelik çabaların azalması ve yanı sıra psikiyatri servislerinde korunma önlemleriyle ilgili kısıtlılıklar yer almaktadır. İkinci olarak, ruhsal bozukluğu olup COVID-19 geçiren kişiler, sağlık hizmeti ortamlarındaki ruhsal hastalığı ile ilişkili ayrımcılık nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla engelle karşılaşabilmektedirler¹.

Pandemi döneminde eve kapanma, fiziksel mesafe, günlük işlerin aksaması, toplu taşıma sistemlerinde değişiklikler, barınma durumunda kötüleşme, işsizlik, sosyal izolasyon ve yalnızlık, ruhsal hastalığı olanlarda yaşam koşullarını daha da kötüleştirerek zorlukların artmasına neden olabilmektedir².

Ruhsal hastalığı olan kişiler aynı zamanda COVID-19 pandemisinin oluşturduğu duygusal tepkilerden daha fazla etkilenebilmekte; bu da genel popülasyona göre strese karşı yüksek duyarlılık göstermeleri nedeniyle var olan ruhsal hastalığın kötüleşmesi veya nüksetmesini getirebilmektedir¹.

SARS-CoV-2'nin stres sisteminde düzensizliğe neden olması, psikiyatrik bozuklukların gelişmesine veya şiddetlenmesine katkıda bulunabiliyor. Enfeksiyon ve tedavi süreçlerinin yanında, pandemi dönemindeki kısıtlamalar nedeniyle de psikolojik stres gelişmesi olasıdır. Karantina veya sokağa çıkma kısıtlaması sırasında insanlar, başkalarıyla iletişim ve etkileşim eksikliği nedeniyle yalnızlık yaşayabiliyorlar. Bir kişinin arzulanmış ve gerçek sosyal ilişkileri arasındaki tutarsızlık olarak tanımlanan yalnızlık, sosyal izolasyona duygusal bir tepkidir; sosyal izolasyon ise sosyal bağlantı veya etkileşim eksikliğinin nesnel bir ölçüsüdür. Sosyal izolasyon ve yalnızlık, erişkinlerde yaygın süregelen stres kaynaklarıdır ve hipotalamik-pitüiter-adrenal

(HPA) eksenin ve sempatik sinir sisteminin etkinleşmesi ile birlikte daha yüksek bir ölüm ve kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Stres; depresyon ve anksiyete gibi psikolojik tepkilerin yanı sıra, solunum ve kan basıncı artışı gibi çeşitli fizyolojik tepkileri tetikler, aynı zamanda da beslenme davranışındaki değişikliklerle birlikte vücudun metabolizmasının bozulmasına neden olur³.

Eve kapanma, olağan günlük işlerin sürdürülememesi ve başkalarıyla azalan sosyal ve fiziksel temas; can sıkıntısına, hayal kırıklıklarına ve başkalarından soyutlanma hissine neden olabilmektedir. Karantınanın çeşitli etkileri arasında kişinin kendisi ve ailesi için enfeksiyona yakalanma korkusu, düzenli tıbbi takiplerin kesintiye uğraması ve reçetelerin yenilenmesindeki zorluklar da dahil olmak üzere temel ihtiyaçların yetersiz temini sayılabilir. Bireylerin eve kapanması aynı zamanda da sevdiklerinden ayrılma korkusunu doğurabilmektedir⁴. Karantina ve eve kapanma; anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntı, duygusal rahatsızlık ve bitkinlik, sinirlilik ve öfke, uykusuzluk, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, alkol ve tütün kullanımında artmaya neden olabilmekte; önceden ruhsal hastalığı olanlar bu durumdan daha fazla etkilenmektedirler^{2,5}. Pandemide ruhsal hastalığı olanlarda fiziksel sağlıkları ile ilgili ciddi endişeler, öfke ile dürtüsellik ve intihar düşüncesinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir⁶.

Pandemi döneminde şizofreni, otizm spektrum bozukluğu, demans, zihinsel ve gelişimsel engellilik başta olmak üzere ruhsal hastalığı olan kişilerde zedelenebilirlikte artma, hastalık belirtilerinde alevlenme görülebilmektedir. Öte yandan, eşlik eden fiziksel hastalıklarla birlikte alkol veya madde kullanım bozukluklarını da içeren ciddi ruhsal bozukluklar, SARS-CoV-2 enfeksiyonuna yakalanma ve COVID-19'un şiddetli seyretmesi ile ilgili risk etkenleri arasında yer almaktadır².

Pandemide Ruh Sağlığı Uygulamaları ile İlgili Zorluklar

Özellikle de toplumda bulaşıcılığın yüksek olduğu dönemlerde fiziksel mesafeyi teşvik etmeye yönelik önlemler, ayaktan tedavi randevularının sayısını azaltmayı, yalnızca acil sorunları tedavi etmeyi öneren triyaj protokollerinin benimsenmesini gündeme getirmiştir. Yine bu dönemlerde yüz yüze psikoterapiler iptal edilebilmekte veya internete taşınabilmektedir.

Ruhsal hastalığı olanların hastaneden erken taburcu olması, yüz yüze muayene ve psikiyatrik bakımının kesintiye uğraması; ruhsal hastalıkta alevlenme ya da nükesme, intihar davranışlarında artma, tıbbi bakıma erişim eksikliği ve sosyal izolasyon gibi sonuçlar doğurabilmektedir².

Fiziksel mesafe kuralı, ruhsal hastalığı olan kişilerde ailevi, sosyal ve psikiyatrik desteği azaltmıştır. Ruhsal bozuklukları olan birçok hastada, pandeminin başlangıcından başlayarak belirtilerinde artma, ruh sağlığı hizmetleri ve ruhsal desteğe erişimde azalma görülmüştür². Pandemi nedeniyle alınan kısıtlayıcı önlemler, ruhsal bozukluğu olan kişilerin muayene ve reçete düzenlenmesi amacıyla psikiyatri kliniklerine düzenli başvurularını zorlaştırmaktadır¹.

Yataklı psikiyatri birimlerinde izolasyon odaları oluşturma, mevcut yatak sayılarını azaltma, hasta kabulünü kısıtlama gibi yollarla fiziksel mesafeye uyulması teşvik edilmektedir. Fiziksel mesafeye duyulan ihtiyaç, yatak sayısı sınırlı olan kurumların kapasitelerini daha da azalmasına neden olmaktadır. Hastane kaynaklı enfeksiyon riskini en aza indirmek için hızlı taburculuk, özellikle zorunlu yatışı yapılan kişilerde etik ve uygulamaya dönük sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir².

Pandemide Psikotik Hastaların Bakım ve Tedavisi

Pandemide psikotik bozukluklar gibi ciddi ruhsal hastalığı ve bilişsel bozukluğu olanlarda etkilenmenin fazla olduğu görülmektedir. Psikoz hastalarında hastalığın doğası gereği fiziksel mesafe başta olmak üzere korunma önlemlerinin uygulanması zor olabiliyor. Psikoz hastalarının enfeksiyon kontrolü ve fiziksel mesafe önlemlerine uymada zorluk yaşamaları, kişisel hijyen ihtiyaçlarını karşılama olasılıklarının daha düşük olması, toplum ve ruh sağlığı çalışanları açısından bir risk oluşturabilmektedir⁷.

Hastalığın yayılmasını azaltmak için temel önemde olan fiziksel mesafe stratejileri psikoz hastalarında yalnızlık ve sosyal izolasyon riskini de artırabiliyor. Bu grup hastalar, COVID-19 ve ruhsal durumlarıyla ilgili olarak çifte damgalanma ile karşı karşıya kalabiliyorlar⁸.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hasta ortamları, hasta sayıları ve tedavi için yakın temas nedeniyle çeşitli zorluklar içermektedir. Pek çok psikiyatri biriminde hastalar birlikte davranmakta ve birbirleriyle etkileşim içinde olmakta serbesttir. Sağlık çalışanları, hastaların bakımı ve güvenliği için hastalarla yakın temas içindedirler. Klinisyenler, günlük vizitler ve muayeneler için hastalarla terapötik etkileşimlere girerler. Ek olarak, psikiyatri kliniklerinde enfeksiyonun önlenmesi için temel yapısal zorluklar mevcuttur. Örneğin, birçok psikiyatri servisinde ortak banyolar vardır. Hastaların önerildiği şekilde el yıkaması zor olabilir; çünkü kimi psikiyatri hastaları hastalıklarının bir sonucu olarak kötü hijyen ve yönergeleri anlama konusunda sınırlı yeteneklere sahiptirler⁹.

Psikoz hastaları için enfeksiyon kontrol önlemlerine uymanın önemi hakkında psikoeğitim tekniklerini kullanılarak özel hasta eğitimleri düzenlenebilir⁷. Psikoz hastaları, süregelen ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarının kendi kendine yönetimi konusunda desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu hastaların, riski azaltma stratejileri hakkında güncel ve doğru bilgiler edinmeleri ve COVID-19 için ne zaman tıbbi tedavi arayacaklarını bilmeleri sağlanmalıdır. Halka yönelik olarak geliştirilen COVID-19 ile ilgili materyaller, ruhsal hastalıkları olanlar için, sınırlı sağlık okuryazarlığı, yoksulluk ve istikrarsız yaşam koşullarını da dikkate alarak fiziksel mesafe önerilerinin uygulanmasındaki zorlukları ele alacak şekilde uyarlanmalıdır⁸.

Çeşitli çalışmalar, şizofreni hastalarının özellikle eşlik eden tıbbi durumlar ve yaşam tarzına ilişkin risk etkenleri söz konusu olduğunda, solunum yolu enfeksiyonları geliştirme riskinin daha yüksek olabildiğini göstermiştir¹⁰. Bu hastalarda görülen

yüksek sigara içme oranları, enfeksiyon riskinin artmasına ve daha kötü bir prognoza katkıda bulunur². Çalışmalar şizofreni hastalarının akciğer işlevlerinde bozulma olduğunu ve daha sık kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tanısı aldıklarını göstermektedir¹⁰. Şizofreni hastalarının akciğer hastalıkları nedeniyle hastaneye kaldırıldıklarında, yoğun bakım ünitesine alınma, akut solunum yetmezliği, mekanik ventilasyon ve hastane içi ölüm oranlarının, diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, nedeni ne olursa olsun yoğun bakım ünitesine alındıklarında, bu grupta genel popülasyondan daha yüksek bir akut organ işlev bozukluğu görülme riski vardır. Genel olarak çoğu şizofreni hastası, COVID-19 için bilinen risklerden en az birine sahiptir ve COVID-19'a yakalanması durumunda daha kötü klinik sonuçlar açısından artmış bir risk altındadır¹⁰.

Yeterli tıbbi bakıma daha düşük erişim, şizofrenide artan ölüm oranının olası bir açıklaması olarak kabul edilmektedir. Şizofreni hastaları ve aileleri, COVID-19'un ilk belirtilerini tespit etmekte ve sağlık hizmeti almakta daha fazla zorluk çekebilirler. Buna ek olarak, tıbbi yardım talep etseler bile, şizofreniyi çevreleyen damgalanma nedeniyle uygun değerlendirme yapılamama veya tedavi alamama olasılığı da diğer kişilere göre daha yüksektir¹⁰. Şizofrenide yaygın olarak görülen iki özellik olan yargı bozukluğu ve yetersiz öz bakım, sağlık tavsiyelerine uyumu engelleyebilir ve hastaları, ailelerini ve sağlık çalışanlarını riske atabilir¹⁰. Şizofreni hastalarında kapalı tedavi ortamları COVID-19'a yakalanma riskini artıran bir diğer etkidir.

Düzenli psikososyal müdahalelere veya ilaç tedavisine erişim eksikliği ve belli bir süre sonra da terapötik bağlılığın azalabilmesi, şizofreni hastalarında psikotik belirtilerin ortaya çıkma ve hastalığın alevlenme olasılığını artırır. Pandemi gibi stresli bir yaşam olayına bağlı olarak alışkanlıklardaki değişiklikler ve hastalığa yakalanma korkusu psikozu tetikleyebilmektedir¹⁰. Sonuçta, zaten zedelenebilir durumda olan şizofreni hastaları pandemi sırasında ek duygusal sıkıntı, tedavi ve bakıma sınırlı erişim ve ilaç alımının kesintiye uğraması gibi etkenler nedeniyle önceki dönemlere göre daha yüksek şekilde nüksetme riski gösterirler.

Pandemide İleri Yaştakilerde Ruhsal Sorunlar

Eve kapanma ve sosyal izolasyon, ölüm ve hastalık riski algılarını artırma yoluyla ileri yaştakiler için ruhsal sıkıntı yaşamının koşullarını hazırlar. Bilişsel gerileme, ileri yaştakileri COVID-19 ve ruh sağlığı ile ilgili sonuçlar açısından yüksek risk altına sokmaktadır². Sosyal izolasyon; depresyon, anksiyete ve bilişsel gerileme ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır ve özdeğer, amaç duygusu ve değerli olma hissi gibi dayanıklılık (resilience) etkenlerini azaltır¹¹. Pandemide bakım evlerinde, özellikle ileri yaşta ve öğrenme güçlüğü olan kişiler arasında ölüm oranlarının arttığı bildirilmiştir².

Pandemi döneminde eve kapanan ve sosyal izolasyonda olan ileri yaştaki kişiler için dayanıklılığı artırmaya yönelik planlar oluşturulmalıdır. Bu gruba yönelik kapsayıcı bir dil benimsenmeli, bu kişilerin muhtaç değil desteğe ihtiyacı olan kişiler olarak görülmeleri sağlanarak "ötekileştirme" etkisini tersine çevirecek bir yaklaşım

içinde olunmalıdır. Ruh sağlığı çalışanları doğrudan destek vererek bu grubun sağlıklarının iyileşmesine katkı sağlayabilirler¹¹.

Yeni Klinik Uygulamalar ve Telesağlık

COVID-19 pandemisine bağlı ruh sağlığı sonuçları yeni talepler üretmekte, aynı zamanda da psikiyatri uygulamaları için yeni alanlar yaratmaktadır. Yüz yüze bakımın enfeksiyonun yayılmasına yol açabileceği endişeleri ve fiziksel mesafe önlemlerine yanıt olarak uzaktan çalışmaya duyulan yaygın ihtiyaç, bakıma erişimi artırma fırsatlarıyla birlikte telesağlığa olan ilginin artmasını, sağlık hizmetlerinde telesağlığa yoğun bir yönelimi getirmiştir¹².

Telepsikiyatri veya teledavranışsal sağlık, gerektiği durumlarda yüz yüze bakımın yerine kullanılabilir. Telepsikiyatri, yüksek yoğunluklu bir modeldir ve üzerinde en çok çalışılan seçenektir. Öte yandan, telefon, e-posta, e-danışma gibi düşük ve orta yoğunluklu teknoloji seçenekleri, duruma göre hastalar için daha iyi erişim ve daha zamanında iletişim ve eğitim sağlayabilmektedir¹³.

Uzaktan sağlık ve dijital sağlık uygulamaları için klinik rehberliğe gerek vardır. Bu uygulamaların yararlarının, dijital araçların uygun eğitimine sahip klinisyenler tarafından kullanılması halinde gerçekleştirilebileceği kabul edilmektedir. Örneğin, çevrimiçi bilişsel davranışçı terapinin etkinliği kanıtlanmış, ancak insan desteği ve etkileşimi olmadan sağlandığında genellikle etkililikten yoksun olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, akıllı telefon uygulamaları bazı hastalar için yararlı araçlar olsa da, etkililikleri bir klinisyenle birlikte kullanıldığında önemli oranda artmaktadır¹².

Hem teknoloji becerilerinin eksikliği hem de çevrimiçi kaynaklara erişimdeki eşitsizlikler telesağlık uygulamalarının kapsayıcılığını sınırlamaktadır. En çok ihtiyacı olan kişiler uzaktan tedavilerin kullanımında çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar. Örneğin, dar gelirli ve eğitim düzeyi düşük hastalar, karşılanmamış en yüksek ihtiyaçlara sahip olmalarına karşın telesağlık hizmetlerinin dışında kalabilmektedir. Bu konudaki olası sorun alanları arasında; gerekli teknolojiye erişim ve bu teknolojiyi kullanma bilgisi, internet erişimi, veri ödeneği maliyetleri, gizlilik ve veri güvenliği yer alır². Bilişsel bozukluğu olan psikiyatri hastaları, dijital teknolojiyi kullanma açısından ek desteğe ihtiyaç duyarlar¹². Dijital terapiler yaşlılar, okuma güçlüğü çeken insanlar, dar gelirli ve yoksullar, teknolojiyi kullanma becerileri az olanlar için genellikle uygun değildir. Telesağlık, parçalı sağlık sistemlerinde var olan eşitsizlikleri artırabilmektedir².

COVID-19'dan kaynaklanan klinik uygulamadaki dönüşümler göz önüne alındığında, telesağlık kullanımına dayalı ruh sağlığı sonuçlarının değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Pandemi ortamında ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı ve etkinliği, hâlihazırda mevcut olanlar, yeni veya uyarlanmış hizmetlerle birlikte düzenli olarak izlenmelidir. Bu izleme, özellikle de ciddi ruhsal bozuklukları olan kişiler için erişilebilirliğe, eşitsizliklere ve pandemi öncesinde, sırasında ve sonrasında farklı ruh sağlığı hizmetleriyle ilişkili klinik sonuçlara odaklanmalıdır². Bu alanlarda yeterince

araştırma yapmak için, ortak kayıtlara ve büyük ölçekli veri toplamayı kolaylaştırmak için yeni yaklaşımlara ihtiyaç vardır¹⁴. Ayrıca, teknolojinin daha geniş bir şekilde kullanılmasına olanak sağlayan telepsikiyatrinin de içinde yer aldığı telesağlık ve dijital sağlık uygulamaları, gizlilik ve mahremiyetle ilgili yasa ve mevzuata ilişkin değişiklikleri gerektirmektedir².

Sonuçta, ilaç tedavisi uygulamaları, hemşirelik bakımı, vaka yönetimi, mesleki müdahaleler gibi hizmetlere erişimle ilgili zorluklar, sağlık hizmetlerinde telesağlık, sanal toplantılar gibi uygulamaların kullanımını teşvik etmiştir. Ancak, telesağlık ve dijital hizmetler, yüz yüze temasın yeniden güvenli hale geldiği durumlarda, özellikle yoğun ruh sağlığı tedavisi ve desteğine ihtiyaç duyan hastalar için yüz yüze tedavinin yerini almamalıdır. Telesağlık ve dijital hizmetler umut vericidir; ancak bu tamamlayıcı tedavilerin uzun dönemli yararları belirsizdir. Dijital hizmetlerin en iyi uygulama olarak değil, yüz yüze bakımın bir tamamlayıcısı olarak desteklenmesi daha uygundur².

Pandemi Koşullarında Nasıl Bir Ruh Sağlığı Hizmeti?

Pandemide ruhsal hastalığı olanlara yaklaşırken, güvenli ve konforlu barınma sağlamak ve sağlıkla ilgili eşitsizliklerini azaltmak için gerekli stratejileri uygulamak da dahil olmak üzere, sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almak en önemli öncelik olmalıdır¹⁵. Ruhsal bozukluğu olan veya pandemi sırasında ruhsal bozukluk geliştirmiş bireyler için ruh sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması, mevcut hizmetlerin korunması ve yeni uygulamaların teşvik edilmesi bir öncelik olmalıdır. Ancak, niteliğin değerlendirilmesi, ihtiyaçların izlenmesi olmadan sadece karşılanabilirliğe dayalı düşük nitelikli ruh sağlığı bakımı, eşitsizliklerin artmasına ve toplum ruh sağlığının kötüleşmesine yol açacaktır. Pandemi döneminde ruh sağlığı desteğine nasıl erişileceğine ilişkin rehberlik de dahil olmak üzere halk sağlığı protokolleri oluşturulmalıdır². Salgına yönelik kaynak tahsisi için rehber ilkeler; adil ve tutarlı bir karar almayı sağlayarak zedelenebilir toplulukların korunmasına yardımcı olabilir¹⁵.

Yatan hastaların ruh sağlığı ortamlarının, şüpheli ve doğrulanmış COVID-19 tanısı konulan hastalar olarak birbirlerinden ve etkilenmeyen hastalardan hızla izole etme kapasiteleri geliştirilmeli; sağlık kurumuna başvuran hastalar ve sağlık çalışanları taranmalı; kişisel koruyucu donanımın doğru kullanımı dahil olmak üzere enfeksiyon kontrol eğitimi gerçekleştirilmeli; ön saflardaki sağlık çalışanlarının hastalanmasına karşı acil durum planları yapılmalıdır¹⁵. Hastalar, ruh sağlığı hizmetleri ve sistemlerinin geliştirilmesine merkezi düzeyde dahil edilmelidir².

COVID-19 salgınının üzerinde büyük baskı oluşturduğu Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri psikiyatri klinikleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde iyi havalandırılmış alanlar, el yıkamaya kolay erişim ve kişisel koruyucu donanım dahil olmak üzere yeterli çevresel koruma sağlanmalı, bu kurumların pandemi koşullarında psikiyatri hastalarını tedavi etme kapasiteleri geliştirilmelidir.

Pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerine ve ilaçlara erişimle ilgili ruh sağlığı politikalarında değişiklikler yapılması gerekebilir. Pandemi döneminde evde bakım ve tedavi, ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası olarak görülmelidir. Bu yaklaşım, enfeksiyonun yayılmasını önlemek için gelecekteki hizmet yapılandırılmalarında anahtar rol oynayabilir ve bazı hastalar ve aileleri için hastaneye yatırılarak tedaviye göre daha uygun bir alternatif olabilir².

Ruhsal hastalığı olanlarda SARS-CoV-2 ile karşılaşma olasılığını azaltmak ya da sınırlamak için, ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar göz önüne alınarak uygun tedavi değişikliklerine gidilebilir². Örneğin, hastaların klinik durumu da dikkate alınarak, enfeksiyon kontrol uygulamaları sürerken ilaç kullanımının kesintiye uğramasını engellemek için uzun etkili antipsikotiklerin enjeksiyon olarak kullanılması, klozapin için kan tetkiklerinin COVID-19 bulaşma riskini azaltmak için daha az sıklıkla yapılması önerilebilmektedir¹⁵.

Uzaktan sağlık hizmetlerine, yararları ve sınırlılıkları kabul edilerek yaklaşılmalı ve bu alanda gizlilik ve mahremiyete ilişkin yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Şizofreni hastaları başta olmak üzere ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalar için, fiziksel mesafe kuralına uyarak aile ve toplum temelli programlar aracılığıyla sosyal ağlar oluşturulmalı ve bu hastaların aileleriyle ve toplumla bağlantı içinde olmalarının yolları bulunmalıdır¹⁵.

Pandemi sonrası dönemde COVID-19 ile ilgili ruh sağlığı ihtiyaçlarına yönelik yaygın bir taleple karşı karşıya kalınması beklenmektedir. Pandemi ile birlikte ya da pandeminin ardından ortaya çıkması muhtemel ekonomik durgunluk, sağlık hizmeti eşitsizliklerini şiddetlendirebilir ve bu durum sağlık hizmetlerine erişimi daha kötü olan, sosyal olarak dezavantajlı ruh sağlığı hastalarını daha fazla etkileyebilir². Pandemi sona erdikten sonra daha adil bir ruh sağlığı sisteminin inşa edilebilmesi için, ciddi ruhsal hastalığı olanlardan başlamak üzere, pandemi dönemindeki ruhsal ihtiyaçların belirlenmesi ve giderilmesine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması, gelir desteği dahil olmak üzere temel ihtiyaçların devlet kurumları tarafından karşılanması ve temel hizmetlerin güvenli bir şekilde sunulması öncelikle sağlanmalıdır^{15,16}.

Pandemi, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık sistemi ile bütünleştirilmesinin önemini ortaya koymuştur. Ruh sağlığı sistemi COVID-19'un ortaya çıkardığı zorluklara sürekli olarak yanıt verecek şekilde düzenlenmeli, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını hedefleyen bir hizmet sunumu uygulamaya konmalıdır.

Kaynaklar

1. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with Mental Health Disorders in the COVID-19 Epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e21.
2. Moreno C, Wykes T, Galderisi S ve ark. How Mental Health Care Should Change as a Consequence of the COVID-19 Pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):813-24.
3. Steenblock C, Todorov V, Kanczkowski W ve ark. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov-2) and the Neuroendocrine Stress Axis. *Mol Psychiatry*. 2020;25(8):1611-7.

4. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13370.
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE ve ark. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-20.
6. Hao F, Tan W, Jiang L ve ark. Do Psychiatric Patients Experience More Psychiatric Symptoms During COVID-19 Pandemic and Lockdown? A Case-Control Study with Service and Research Implications for Immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*. 2020;87:100-6.
7. Brown E, Gray R, Lo Monaco S ve ark. The Potential Impact of COVID-19 on Psychosis: A Rapid Review of Contemporary Epidemic and Pandemic Research. *Schizophr Res*. 2020;222:79-87.
8. Druss BG. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations with Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(9):891-2.
9. Li L. Challenges and Priorities in Responding to COVID-19 in Inpatient Psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2020;71(6):624-6.
10. Fonseca L, Diniz E, Mendonça G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: Risks and Recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):236-8.
11. Webb L. COVID-19 Lockdown: A Perfect Storm for Older People's Mental Health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;10.1111/jpm.12644.
12. Torous J, Wykes T. Opportunities from the Coronavirus Disease 2019 Pandemic for Transforming Psychiatric Care with Telehealth. *JAMA Psychiatry*. 2020 May 11. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1640.
13. Hilty DM, Sunderji N, Suo S, Chan S, McCarron RM. Telepsychiatry and Other Technologies for Integrated Care: Evidence Base, Best Practice Models and Competencies. *Int Rev Psychiatry*. 2018;30(6):292-309.
14. Goldman ML, Druss BG, Horvitz-Lennon M ve ark. Mental Health Policy in the Era of COVID-19. *Psychiatr Serv*. 2020;71(11):1158-62.
15. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull*. 2020;46(4):752-7.
16. The Lancet Psychiatry. Mental Health and COVID-19: Change the Conversation. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):463.

Biz eğer eski sağlık ocağı kültürü ile sevk zincirini kurabilseydik koruyucu, kamucu, halkçı biz sistem kurabilseydik iş bu kadar sıkıntılı boyutlara ulaşmadan çözerdik bu işi. Ama şimdi şöyle bir örnek vereyim size, mesela bir işçi geliyor diyor ki şöyle bir temasım var ve ben test yaptırmak istiyorum ama bakanlık diyor ki semptom göstermeden test yaptırmazsın. Öte yandan herhangi bir kişi, statüsü durumu ne olursa olsun diyor ki 'ben yurtdışına gideceğim' ve o kişiye mutlaka test yapılıyor. Ağustos sonuyla Sağlık Bakanlığı'nın verdiği bilgiye güvensizlikle birlikte, haziran öncesinde bütün temaslılara test yapılırken Ağustos'a gelindiğinde temaslılara belirtisi yoksa test yapılmamaya başlandığı için, test ve ilaç verilmedi bu tür durumda olanlara. İnsanlarda da şöyle bir psikoloji oldu bu sefer bana filyasyon ekibi test yapmıyorsa ben gidip kurumda kendi testimi kendim yaptırırım. Bu kez insanlar Ağustos sonrasında kendi başının çaresine bakmaya başladı. Bu sefer hasta yoğunluğu patlamaya başladı ve biz orada içerideki kendi çabalarımızın çok işe yaramayacağını, işin işten geçtiğini fark etmeye başladık. Bu da bizim o boyutuyla yaşadığımız etik ikilemdi.

Radyolog Deniz

İlk başta (gerçi halen devam ediyor) hasta evinden geliyor hastaneye. Pozitif olduğunu biliyoruz onun. Kendisi gelmiş başka imkânı yok ama pozitif olduğunu bile bile gidiyor evine ama onu evine götürcek bir araç yok. Giderken kaç kişiye bulaştıracak acaba virüsü... 112 getiriyor hastayı ama tabi geri götürmüyor. Ya da ayakta geçiriyor hastalığı karantina altında. Hastaneye nasıl gelecek? Bir şekilde geliyor. Taksiye atılıyor ya da toplu taşıma ile geliyor. Herkesin özel aracı yok. Evine giderken nasıl gidecek? Karantina altında olan bir hastadan söz ediyoruz. Etik olmayan bir şey bu. Bütün hastaların yatışı yapılamaz öyle bir gerçeklik potansiyeli de yok. Ev içi tedavi öneriliyorsa halk sağlığı önlemlerinin filyasyon ekiplerinin devreye girmesi lazım. Evde o kişinin sağlığını güvenceye alacak birtakım organizasyonlar olması gerekiyor. Ama maalesef bizim ülkemiz bunun çok uzağında. Böyle bir organizasyon yok. Filyasyon ekibi evdeki COVID pozitif hastalarına yetişemiyor. Hasta yakınları bizim hastaneye çok geliyordu örneğin. O pozitif vakanın temaslısı olarak sistemde görünmelerine rağmen filyasyon ekiplerinin eve gelmediği için hastaneye başvurdıklarını söyleyerek geliyorlardı. Bir ailede 5-6 kişi yaşıyorsa hepsinin beraber geldiğini düşünürsek içlerinden 3'ü pozitif 2si değil mesela. Giderken çok kişiye bulaştırma olasılığı var. Bu önlemler yetersiz olduğu için hastaneye gelip kendi imkanlarıyla geri dönmeye çalışıyorlar. Bu sayı değişebiliyor. Burada sağlık bakanlığı eve nakil araçları planlayabilirdi. Yine hastane çalışanları olabilir 112 ile planlanan bir şey olabilirdi.

Paramedik Feyza

Pandemide Sahada Hasta ve Temaslı Takibi ile İlişkili Etik Sorunlar

BÖLÜM
21

193

ASLI DAVAS

Tüm dünyada, COVID-19 salgını, hızlı yayılımı, hastalık ve ölüm hızlarının yüksek, kontrolünün güç olması ve çok kaynak gerektirmesi nedeniyle, mücadelesinin ve kendisinin bir sınav olduğu bir tecrübe olarak yaşanmaktadır. Salgının başladığı ilk günden itibaren tanısı, tedavisi ve korunma yöntemleriyle ilgili kanıta dayalı güvenilir bilginin hazırda olmaması, sağlık hizmetlerinde araştırma, geliştirme ve uygulama süreçlerinin olması gerektiği gibi sıralı değil de eş zamanlı olarak ilerlemesi, istenmeyen etkileri ve beklenmedik sonuçları olabilecek birçok adımın atılmasına neden olmuştur. Pandemide uluslararası sağlık kurumları merkezi bir rol oynamış 30 Ocak 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO), COVID-19 salgınına “uluslararası önemi haiz halk sağlığı acil durumu” olarak ilan etmiştir. Salgını kontrol etmek amacıyla işyerlerinin, okulların, sınırların kapatılması gibi önlemlerin yanında hangi koruma önleminin ya da hangi tedavinin etkili olduğu konusunda DSÖ tavsiyelerine göre ülkeler farklı yanıtlar geliştirmişlerdir. Hastalığın kontrolü için izolasyon ve karantina önlemleri yaygın olarak kullanılmıştır.

Vaka sayılarının kontrol edilememesi ve sınırlı kaynaklar gerekçesiyle DSÖ ilanından sonra en az 89 ülke olağanüstü hâl ilan etmiş ve hükümetler yeni kazandıkları yürütme yetkilerini kullanarak zorunlu karantina, tecrit ve sokağa çıkma yasakları gibi uygulamalarla toplum gözetim ve denetimini arttırmışlardır.

Kanıta dayalı bilginin sınırlı olması, birçok ülkede salgınla ilgili verilerin güvenilir olmaması, hangi müdahalenin toplum ve bireye “fayda” sağlayacağı konusundaki belirsizliği arttırmıştır. Bu belirsizlik ortamında bireysel hak ve özgürlükler, ülkelerin olağanüstü hâl uygulamalarının getirdiği yeni yasal düzenlemelerle ikinci plana atılmıştır. Elbette ki diğerinin yaşamını tehdit etme durumunda bireysel hak ve özgürlüklere sınırlamalar getirilmesi kaçınılmazdır. Bununla birlikte sınırlamalar getirilirken sağlanacak toplumsal yarardan emin olunması, kısıtlamaların uzun vadedeki olumsuz etkilerinin göz önüne alınması, bunların tüm topluma adaletli bir şekilde, toplumsal dayanışma duygusunu arttıracak şekilde açıklanması ve uygulanması gerekmektedir. Salgın hem fiziksel ve ruhsal olarak hem de sosyal ve ekonomik olarak tüm toplumu eşit olarak etkilememektedir. İleri yaş, erkek cinsiyet ve kronik hastalı-

ğa sahip olanlar için biyolojik bir ajan olarak daha olumsuz etkilere neden olurken, kadın cinsiyet, farklı cinsel yönelim, etnik köken, işsizlik, yoksulluk, göçmenlik, bakımevi, hapishane gibi toplu alanlarda yaşama sosyal olarak daha olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki yıkıcı etkileri göz önünde bulundurulduğunda alınacak önlemleri belirlerken, bu önlemlerin etkili olabilmesi için çok dikkatli kararlar alınması gerekmektedir. Yararlılık, adalet, bireysel hak ve özgürlüklere saygı ilkeleri her aşamada tüm bu farklılık ve eşitsizlikleri göz önünde bulundurularak yeniden değerlendirilmelidir. Örneğin okulların kapatılması salgının yayılımını azaltması açısından alınan önlemlerdendir. Zorunlu eğitimin ortadan kalkması, hane gelirlerinin azaldığı sosyal devlet desteklerinin sağlanmadığı ortamlarda göçmen ya da yoksul çocuklar için sokakta karton toplama, ücretsiz işçi olarak yan sanayide ya da aile işçisi olarak tarımda çalışma gibi sağlık ve yaşam risklerini arttıran başka sorunlara neden olabilmektedir. Bunların yanı sıra sokağa çıkma yasakları, COVID-19 hastalıklarla ilgili sağlık hizmet randevularının durdurulması gibi salgınla mücadele çok önemli fayda sağlayan bazı uygulamalar, kronik hastalığı olan ya da 65 yaş üstü bireylerin sağlık kontrollerini aksatması nedeniyle erken ölümlere neden olmuş olabilir¹.

Yeterli yatak, ekipman, ilaç, aşı vb. gerekli kaynaklar ve sağlık insan gücünün sayısı, uzmanlığı ve dağılımı gibi nedenlerle sağlık hizmet sunumunda ve erişiminde birçok eşitsizlik bulunmaktadır. Salgın plansız bir şekilde bu hizmetlere gereksinimi arttırmış, kaynakların en etkin nasıl kullanılacağı konusu da önemli etik sorunlara yol açmıştır.

DSÖ Salgın Hastalıklarının Yönetiminde Etik Sorunlar Rehberi'nde hükümetlere, sosyal ve çevresel koşulları iyileştirerek, iyi işleyen ve erişilebilir sağlık sistemleri sağlayarak ve halk sağlığı sürveyans ve önleme faaliyetlerinde bulunarak bulaşıcı hastalık salgınlarını önlemede ve bunlara müdahale etmede kritik bir rol oynama rollerini hatırlatmıştır. Hükümetlerin, etkili salgın önleme ve müdahale çabalarını yürütmek için gerekli olan sistemlerin uzun vadeli kapasitesini sağlama konusunda etik yükümlülüklerine dikkat çekmiştir. Bulaşıcı hastalık salgınıyla mücadele çabalarının tümünden etkilenen bireylerin ve toplulukların tüm aşamalara katılımını sağlamak başarıda en önemli etmenlerden biridir. Toplumda dezavantajlı durumda olanlara ayrı bir önem verilmeli salgın kontrol çabalarının bu kesimlere etkili bir şekilde ulaştığından emin olunmalıdır. Kendi başına etik açıdan önemli olmasının yanı sıra, güven oluşturmak, sürdürmek ve sosyal düzeni korumak için toplum katılımından hiç vazgeçilmemelidir².

Kaynak kısıtlılığı, çalışan eksikliği, zaman yetersizliği gibi nedenlerle taviz verilen her adım salgın kontrolü sırasında birçok etik sorunu beraberinde getirmektedir. Sadece sınırlı sayıdaki yoğun bakım yatağının kime tahsis edileceği ya da az sayıdaki ilacın kime verileceği, ya da etkisi tam bilinmeyen bir ilacın ya da aşının hastalara uygulanması aşamalarında değil, salgınla mücadelede en önemli alanlardan biri olan sahada sunulan hizmetlerde de ciddi etik ikilemler ortaya çıkmıştır.

Sahada yürütülen sürveyans, hasta ve temaslı izlemi, evde test için örnek alınması, evde tedavi uygulanması, izolasyon ve karantina gibi hizmetlerin her birinde çıkabilecek birçok sorun titizlikle değerlendirilmelidir.

Sistemantik gözlem, veri toplama ve analiz olarak tanımlayabileceğimiz sürveyans, hem mevcut salgının yönetimine rehberlik etmek hem de gelecekte salgınları önlemeye ve bunlara yanıt vermeye yardımcı olmak için acil müdahale önlemlerinin temel faaliyetidir. Bu faaliyetler bir araştırma yapmak amacıyla gerçekleştirilmiyor bile olsa, kişisel bilgilerin paylaşılmasının ortaya çıkarabileceği fiziksel, yasal, psikolojik ve diğer olası olumsuz risklerden korunmasını sağlamak için toplanacak bilginin niteliği ve işe yararlılığı arasında etik bir analiz yapılmalıdır.

Ülkeler, faaliyet hedefleri, yöntemleri, riskleri ve faydaları ile orantılı olarak halk sağlığı faaliyetlerinin etik gözetimi için ve faaliyetin durumu onları savunmasız hale getirebilecek bireyleri veya grupları ne ölçüde içerdiğini organize etmeyi düşünmelidir³.

Türkiye’de sahada temel olarak vaka ve temaslıların tespit ve izlemi, korunma ve olası riskler hakkında bilgilendirilmesi, izolasyon ve karantina uygulamaları, evde/işyerlerinde PCR testi için örnek alınması, son dönemde de evde tedavi başlanması gibi hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetler İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) yönetimlerinde oluşturulan filyasyon ekiplerince yürütülmektedir. Aile hekimleri de COVID-19 testi pozitif kişileri telefonla arayarak sağlık durumlarını, izolasyona uyum durumlarını her gün ya da gün aşırı olarak belirlenmiş takvime uygun olarak izlemişlerdir.

Hasta ve Temaslılarla İlgili Bilgi Toplanması

Türkiye’de hasta ve temaslı izlemi, tüm sağlık kurumlarında saptanan COVID-19 vakalarından evde ziyaret ya da telefon yoluyla hastalığın tespitinden önceki bulaştırıcılık döneminde temas ettiği kişilerin iletişim bilgilerinin alınması ve bu kişilerle sağlık çalışanlarının temas kurması yoluyla yapılmaktadır. Temaslı olan kişiler ulusal rehberlere göre sınıflandırılmakta “yakın temaslı” olarak belirlenenlerden test yaptırması, karantinaya girmeleri ve semptomları varsa tedaviye başlamaları beklenmektedir. Bu süreçte hastalardan temas ettikleri yakınları ya da iş arkadaşlarıyla ilgili kişisel bilgi toplanmaktadır. Hastalar temaslılarının iletişim bilgilerini ekiplerle temaslıların rızası olmadan paylaşmaktadır. Toplanan bilgiler filyasyon için hazırlanmış FİTAS denilen o bölgedeki tüm sağlık çalışanlarının görebildiği mobil uygulamaya yüklenmektedir. Bu bilgilerin toplanması olası tüm temaslıların belirlenmesi salgının kontrolü için şarttır. Bu süreç hasta ya da temaslının sağlık çalışanıyla arasındaki güvene dayalı olarak yürümektedir.

Birçok halk sağlığı müdahalesinde olduğu gibi, özellikle mahremiyet ve gizlilik gibi kişisel hakların korunmasıyla toplum sağlığının korunması arasındaki dengenin dikkatle kurulması önemlidir. Özel yaşamın, mahremiyetin ya da zelliğin korunması hakkının anayasada da tanımlanmış olduğu unutulmamalıdır. DSÖ’nün Salgınlar-

da Ortaya Çıkabilecek Etik Sorunların Kontrolü Rehberinde; kişisel bilgilerin korunması başlığında toplanan kişisel bilgilerin (isim, adres, teşhis, aile öyküsü vb. dahil) bireyleri önemli risklere maruz bırakabileceğine dikkat çekilmiştir. Bu nedenle hükümetlerin sürveyans sırasında elde edilecek bilgilerin gizliliğini koruyan ve bu tür bilgilerin başlangıçta toplandıklarından farklı amaçlarla kullanılabilmesi veya ifşa edilebileceği koşulları sıkı bir şekilde sınırlayan kanunlar dahil olmak üzere, önlemler alınmasına ve bu önlemlerle ilgili kişilerin bilgilendirilmesine vurgu yapılmıştır². Halk sağlığı sürveyansı, tipik olarak, bireysel reddetme olasılığı olmaksızın, zorunlu bir temelde yürütülür. Sürveyans bilgilerinin yasal olarak zorunlu bir temelde toplanması, kamu yararı gerekçesiyle etik açıdan uygun kabul edilebilir ama bu süreç şeffaf bir temelde yürütülmeli; bireyler ve topluluklar, kendileri hakkında toplanacak bilginin niteliğinden, bu bilgilerin hangi amaçla kullanılacağından ve toplanan bilgilerin üçüncü şahıslarla paylaşılabilmesi koşullarından haberdar olmalıdır. Ek olarak, sürveyans faaliyetinin sonucuna ilişkin bilgiler, anonimleştirilene mümkün olan en kısa sürede toplum yararına erişilebilir olmalıdır. Sürveyans öznelerinin damgalanma veya ayrımcılık ile karşılaşma riskini en aza indirmek için bu bilgilerin iletme şekline dikkat edilmelidir.

Bireyler ortak yarar konusunda yeterince bilgilendirilmeyip ikna edilmediklerinde hem bireyin kendisi hem de toplumsal yarar için yapılan korunma faaliyetlerinden sağlanacak fayda da tehlikeye girer. Hasta temashılar konusunda bilgi saklama yoluna gidilebilir ya da yanlış bilgilendirme de bulunabilir. Bu nedenle hastalara bilgilendirmenin iyi yapılması ve onamlarının alınması merkezi bir önem taşımaktadır.

İzolasyon ve Karantina

COVID- 19 sırasında halk sağlığını korumak amaçlı izolasyon, karantina, seyahat yasakları, sokağa çıkma yasakları, okulların kapatılması ya da toplu etkinlik yasaklamaları gibi insanlar arasında bulaş riskini en aza indirmeyi amaçlayan hareket etme özgürlüğünde kısıtlamalara gidilmiştir. Bu tür önlemlerin salgın kontrolünde önemli rolleri vardır ve toplum yararı gerekçesine dayandırılırlar.

Bununla birlikte bu önlemlerin etkililiği iyi değerlendirilmelidir. Salgınla mücadelede bu önlemlerin hiç etkilerinin olmayabileceği, hatta kontrol önlemlerine karşı direnç yol açan olumsuz etkilerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Dahası, tüm bu önlemler, temel insan haklarının, özellikle de hareket özgürlüğü ve barışçıl toplanma haklarının doğrudan sınırlandırılması dahil olmak üzere, bireyler ve topluluklar üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Bireylerin hareket özgürlüğünü kısıtlama kararının hangi koşullarda meşru olduğu iyi değerlendirilmeli, gerekçeler toplumla paylaşılmalı, evde kalmak zorunda olan bireylere sağlanması gereken beslenme, barınma gibi yaşam koşulları belirlenmeli, sağlık hizmet gereksinimlerinin evde karşılanması sağlanmalıdır².

Semptomatik hastalar için izolasyonun iyi donanımlı bir sağlık kurumunda sağlanması tercih edilmelidir. Bireylerin yeterli fiziksel alana, faaliyetlere katılma fir-

satlarına ve sevdikleriyle ve dış dünya ile iletişim kurma araçlarına sahip olmalarını sağlamak da önemlidir. Bu ihtiyaçların karşılanması, insan onuruna yakışır şekilde davranılması bireyler ve sevdiklerinin üzerindeki hapsedilmenin psikososyal yükünü hafifletmek için çok önemlidir.

COVID-19 gibi sağlık kurumlarının kapasitesini aşan durumlarda bazı hastaları eve yönlendirmek gerekebilir. Yönlendirme durumunda;

1. Hastanın, hastalık tablosundaki kötüleşme belirtilerini anladığından emin olunmalı, sağlık kurumuna başvuruda gecikme olasılığı en aza indirilmelidir. Hastanın evden takibi için sağlık hizmeti planlanmalıdır.
2. Hastaların engellilik, göçmenlik, yalnız yaşama durumları değerlendirilmeli, özel hizmet gereksinimleri belirlenmeli ve yetkililere bildirilmelidir.
3. Hastanın ev koşullarının diğer hane halkının sağlığını tehlikeye atmayacak koşulları sağladığından emin olunmalıdır. Evde izolasyon için yeterli oda, yeterli sayıda maske vb. sistematik olarak değerlendirilmeli, uygun koşullar yoksa kişi eve gönderilmemeli, alternatif barınma koşulları sağlanmalıdır².

TTB Halk Sağlığı Kolu'nun ve İstanbul Tabip Odası'nın hazırladığı iki ayrı raporda İzmir, İstanbul ve Antalya'dan İSM çalışanlarıyla yapılan görüşmelerde etik ikileme neden olan bir çok sorun bildirilmiştir⁴.

- İzolasyon ve karantina, temel insani gereksinimler insan onuruna uygun bir şekilde sağlanmadan yaşama geçirildiğinde işverenlerin baskısı, gündelik yevmiyeyle çalışma zorunluluğu gibi nedenler, hastalık tablosu olmayanların evde kalmayı kabul etmemelerine neden olmaktadır. Kontrol ziyaretlerinde temaslılar evde bulunamamaktadır. İSM ve TSM'lere listelerden temaslı olmadıkları iddiasıyla çıkarılmaları için birçok başvuru yapılmaktadır. Filyasyon ekiplerinin evde bulamadıkları kişileri kolluk güçlerine bildirme ve ceza yazılma sürecini başlatma zorunluluğu da bulunmaktadır. Hasta ya da temaslıların toplumda risk oluşturmaması için gerekli yaptırım sürecini başlatmakla, beslenme, barınma sorunlarını halledemediği için ceza tehdidine rağmen dışarı çıkmayı tercih etmiş bireylere yeni bir yük daha ekleme arasında tercih yapmak zorunda kalmaktadırlar.
- İzolasyon ve karantinada kişilerin uyumu, kendilerinin ve sevdiklerinin sağlığını nasıl koruyacakları konusunda iyi bir şekilde bilgilendirilmeleriyle mümkündür. İSM çalışanları, artan vaka sayıları ile çalışma şartlarının daha da kötüleştiği kaotik bir ortamda, gün içerisinde sadece bildirilen vakaların ev ziyaretlerinin tamamlanmasının önceliklendirildiği ancak ev ziyaretlerinde sürelerin azaldığı ve bilgilendirmeleri yapmak, tıbbi geçmişi sorgulamak için gerekli zamanlarının olmadığını paylaşmışlardır. Ekiplere, her gün ziyaret edecekleri hanelerin listesi verilmekte, bu liste hazırlanırken hanelerin farklı ihtiyaçlarına göre bir zaman planlaması yapılmamakta ve listeyi tamamlayamadıklarında uyarı almaktadırlar. Oysa Hasta Hakları ve Yönetmeliği Madde 15'e göre hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları,

alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ile neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Ayrıca Madde 18’de bu hizmetin gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilmesi gerektiği belirtilmiştir⁵. Filyasyon ekiplerinin çalışma planları, bilgilendirme görevleri göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.

- Bakanlık tarafından hizmet planlamasının etkili bir şekilde yapılması önem taşımaktadır. Çalışanlar zaman baskısı nedeniyle hizmet niteliğini düşürmek zorunda kalmamalı, hastanın gereksinimleri ön planda tutulmalıdır. Zaman baskısı nedeniyle temaslı sayılarının belirtilenden daha az sayıda kaydı, hanelerde geçen sürenin azaltılması gibi yöntemler idare tarafından talep edilse bile reddedilmeli hasta ve toplum yararı için mesleki etik ve rehberlere göre davranılmalıdır.
- Ev koşulları uygun olmayanların izolasyon için alternatif barınma koşullarının kamusal olarak hazırlanmaması, sağlık çalışanlarını bu sorunu gördükleri halde müdahale edememeyle baş başa bırakmaktadır. Hane içi izolasyonun önlenmesi için gerekli maske ve KKD’lerin hanenin ekonomik koşullarda karşılayamaması söz konusu olabilir. Çalışanlar bu durumları İSM’lerine mutlaka yazılı olarak bildirmelidir.
- Salgında özellikle karantina sürecinde ev içi şiddette artış olduğu bilinmektedir. Sağlık çalışanları sahada bu tür vakalar açısından haneyi değerlendirmeli, müdahale için İSM’lerini bilgilendirmelidir.
- Engellilerin hizmet planlaması, göçmenler için tercüman ihtiyacının karşılanması gibi konularda sosyal hizmetlerden destek istenmelidir.

Evde İlaç Başlama

COVID-19 hastalığının salgının başında bilinen etkili bir tedavisinin olmaması nedeniyle daha önce farklı hastalıklar için kullanım onayı olan birçok ilaç bu hastalıkta denenmiş, süreç içerisinde bazı ilaçların etkililiğiyle ilgili sonuçlar bildirilmiştir. Hükmümler az da olsa kanıt bulunan ilaçlar için acil kullanım onaylarını hızla çıkartmışlar ve yürürlüğe sokmuşlardır. Sağlık Bakanlığı COVID-19’la ilgili olarak salgının başından itibaren Bilimsel Kurul danışmanlığında hazırlanan tanı ve tedavi rehberleri yayınlamış, kimlere hangi tedavinin başlanacağını bu rehberlerde belirtilmiş ve sağlık çalışanları da tedavileri uygulamışlardır.

Bu rehberlerde, içerdikleri tanımlara göre kesin ya da olası COVID-19 tanısı alan tüm hastalara tedavi başlanmasını önerilmektedir. Türkiye’de hastane yatışı olmayan kişilere ilaç başlanmasıyla ilgili süreç şu şekildedir: Vaka sayısının yüksek olduğu dönemlerde semptomları nedeniyle hastaneye başvuran kişilerden test örneği alınmakta, hafif semptomları olan kişiler evlerine gönderilmekte, filyasyon ekipleri

de testi pozitif çıkan ve hafif semptomlu haneleri ziyaret etmekte, ilaçlarını teslim etmekte, semptomu olan ya da yüksek riskli grupta yer alan yakın temaslara test sonucunu beklemeden ilaç başlamaktadır.

Etkisi olabilecek bir tedavinin tüm vatandaşlara en hızlı şekilde ulaştırılması vatandaşların tepkisi de göz önünde bulundurularak ön plana alınmıştır. Bununla birlikte yukarıda sunulan bu akışla ilgili birçok sorun bulunmaktadır:

COVID-19'a etkisi kanıtlanmış özgün bir tedavi yoktur. Asemptomatik ve hafif vakalarda hiçbir ilacın etkinliği gösterilmemiştir. İlaçlara erken başlamanın ölüm ve hastaneye yatış hızlarını düşürdüğüne dair iyi düzeyde kanıt bulunmamaktadır. COVID-19 tedavisiyle ilgili kanıta dayalı yeterli bilgi olmadan tedavi şemalarına girmiş ilaçlara hidrosiklorin verilebilir. Tablonun ağırlaşmasını engellediğine dair bir araştırmanın sonuçları gerekçe gösterilerek tedavi şemalarına eklenmiş, sonrasında yapılan birçok klinik çalışmada ise ağır hastalık ve mortalite hızları üzerinde etkili olmadığı, kalp hastalığı olanlarda aritmi nedeniyle mortalite riskini arttırdığı gösterilmiştir. DSÖ Haziran ayında süregiden SOLIDARITY araştırmalarından bu ilacın çıkarıldığını duyurmuştur. Ayrıca uluslararası rehberlerde kullanımı önerilmemektedir⁶. Buna rağmen bu ilaç hala sahada hastalara yakın temaslara test sonucu olmadan dağıtılmaktadır.

Sahada ilaç başlanırken akılcı ilaç kullanım ilkelerini uygulamama için bir gerekçe bulunmamaktadır. Tüm hastalara semptom ağırlığına bakılmaksızın etkinliği tam olarak bilinmeyen ilaçların verilmesi doğru olmayan bir uygulamadır. Özellikle kronik hastalığı olanlarda ilaç etkileşimleri ve ilaçların istenmeyen etkilerinin iyi değerlendirilmeden kullanılması yaşam hakkını tehdit edecek boyutta sorunlara yol açabilir. Zarar vermeme ilkesi göz önünde bulundurulmalı ve bu şekilde ilaç dağıtımı yapılmamalıdır. İlaç tedavisinin kişiye özgü olduğu ve rıza alınması gerektiği unutulmamalıdır. Kişilerin başkalarına zarar vermedikleri sürece tedaviyi red hakları sadece ilkelere değil ulusal yasalarda da bulunmaktadır. Hastalara ilaç tedavisini red ettiklerinde karşılaşılabilecekleri sorunlar aktarılmalı ama COVID-19 tedavisinin sınırlılıklarına da değinilmelidir⁵.

Bir diğer önemli sorun filyasyon ekiplerinin tamamında hekim bulunmamasıdır. Dış hekimleri ve hemşirelere çıkarılan bir genelgeyle COVID_19 salgını sırasında ilaç verme yetkisi verilmiştir. Bununla birlikte COVID-19'da etkinliği, etkileri, başka ilaçlarla etkileşimi konusunda birçok bilinmeyen olduğu bu ilaçların hane koşullarında, hastalardan tam bir anamnez almadan verilmesi uygun değildir. Vaka hızları arttığında gerekirse tele-tıp uygulamaları kullanılmalı, hastanın anamnezi bir hekim tarafından alınmalı, ilaç tedavisine mutlaka bir hekim karar vermelidir.

İlaçların etkililiğiyle ilgili hastaların güven duygusu önemli ölçüde zedelenmiştir. Hastaların **bilgilendirilme hakkı** vaka yoğunluğu nedeniyle ikinci plana atılmamalıdır. Tedavi konusunda belirsizliklerin çok fazla olduğu bir durumda kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara katılım süreçleri desteklenmeli, hem hastalıkla ilgili hem de tedavinin etkileriyle ilgili bireylerin anlayabileceği şekilde, gerekli durumlarda tercüman desteği alarak bilgilendirme yapılmalıdır^{5,2}.

Ev ve İşyerlerinde Test İçin Numune Alma

Salgında en önemli araçlardan biri erken tanıdır. Bu nedenle tanı testleri önem taşımaktadır. Numunelerin doğru zamanda ve doğru yerden uygun şekilde elde edilmesi, bulaşıcı hastalıkların laboratuvar tanısında en önemli adımdır. Testlerle ilgili hem erişim hem de uygulamaya dair etik sorunlar bulunmaktadır.

Testlere Erişim

Hastalığın sağlık üzerindeki yıkıcı etkileri göz önünde bulundurulduğunda hem toplum sağlığı için hem de bireylerin kaygılarının en kısa sürede sonlandırılması için kapsamlı bir test stratejisi geliştirilmeli, tüm ülkede dezavantajlı gruplarda dahil olmak üzere, toplumun erişimi sağlanmalıdır.

Türkiye’de testler kamu sağlık kurumlarında sadece hastanelerde yapılabilmekte, birinci basamak sağlık kurumlarında hiçbir durumda test yapılmamaktadır. Bu nedenle temaslı ve semptomu olan kişilere filyasyon ekipleri evlerinde ulaşmakta ve örnek almaktadır.

Bunun dışında COVID-19 testleri kar amaçlı olarak satışa sunulmuştur. Test sonuçlarının yurt dışına çıkmak, işe yeniden başlayabilmek için zorunlu olması, kamu kurumlarında ve filyasyon ekiplerinde yaşanan yoğunluk gerekçesiyle hızlı ve yaygın bir şekilde yapılamaması özelden hizmet satın almayı zorunlu hale getirmiştir. Bu durum ayrımcılığa neden olmakta olağanüstü durumlarda sağlığa erişimde eşitlik ilkesini tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Son dönemde kendi kendine uygulanabilen tarama testlerinin yaygınlaşmasıyla, işverenler tarafından alınan testler işyerlerinde uygulanmaya başlamıştır. Vaka sayısının fazla olduğu işyerlerinin kamu idaresi tarafından toplum sağlığını korumak amacıyla karantinaya alınması işverenlerin bağımsız uygulanan testlerin sonuçlarını kamu sağlık otoritelerine bildirimlerinin önünde bir engel olabilir.

Testin Alındığı Ortam

Ev ya da işyeri ortamında numune alınırken hasta veya temaslılar olası riskler, bilgilerinin kimlerle paylaşılacağı ve sonuçlara nasıl erişebileceği gibi konularda mutlaka sözlü olarak bilgilendirilmeli ve rızaları alınmalıdır. Kişilerin okumadan rıza formlarına imza vermesinin önüne geçilmelidir. Evde test numunesi almak için uygun koşullar çoğu durumda sağlanamamaktadır. Bulaş riski ya da güvenlik nedeniyle sağlık çalışanları hane içine giremediğinden testler apartman boşluklarında sokaklarda yeterli aydınlatma olmadan hasta ve kendilerinin sağlığını riske atabilecek koşullarda alınabilmektedir. Hasta haklarından mahremiyet ve özel hayatın gizliliğine saygı ilkesi; muayene, tanı, tedavi ve hasta ile doğrudan teması gerektiren tüm işlemlerin hastanın mahremiyeti açısından uygun bir ortamda yapılmasını, hastanın izni olmadan başka bir kişinin tıbbî uygulama sırasında ortamda bulunamayacağına dayalıdır. Numune alma işlemi ağırlı ve invaziftir. Böyle bir işlemin göz önünde yapılıyor

olması kişinin saygınlığını zedeleyebileceği gibi damgalanma, dışlanma açısından önemli riskler oluşturmaktadır. Testlerin birinci basamakta ya da ara istasyonlarda insan onuruna yakışır, damgalanma olasılığını en aza indirecek koşullarda yapılabilmesi için bir organizasyon yapılması gerekmektedir. Koşulların kötü olması, hastaların kendileri için yararlı olabilecek bir işlemi reddetmelerine engel olacak şekilde düzenlenmelidir. Üçüncü şahısların verilere erişimiyle ilgili politikalar, özellikle istihdam bağlamında ayrımcılık riskleri açısından önemlidir. Daha spesifik olarak, işverenlerin, test sonuçlarına doğrudan erişimi diğer çalışanları koruma amacı taşıyabileceği gibi işe alım, işe devam ya da işten çıkarma gibi kararları da etkileyebilir. Özelde ve kamuda pozitif test sonuçlarının paylaşılma politikaları iyi belirlenmelidir. İşyerlerine izolasyon ve karantinaya alınan kişilerin hastalık izni raporlarının e-devlet hizmetleri aracılığıyla yapılması aşamalarında bireylere sağlık bilgilerinin gizliliğinin sınırlarını ve mahremiyet ihlali risklerini anlamaları önemlidir.

Bulaşıcı hastalık salgınları, büyük belirsizlik dönemleridir. Olaylar hızla gelişir, genellikle sınırlı olan kaynaklar ve yapısal sorunların etkileri artar, yeterli kanıtlar oluşmadan halk sağlığı müdahaleleri için hızla kararlar alınmalıdır. Bu kararlar ne kadar yaşamsal olursa olsun mesleki etik ve değerler ön planda tutulmalı, toplum yararı gözetilirken bireysel hak ve özgürlükler ihmal edilmemelidir.

Kaynaklar

1. Mitra AK, Payton M, Kabir N, Whitehead A, Ragland KN BA. Potential Years of Life Lost Due to COVID-19 in the United States, Italy, and Germany: An Old Formula with Newer Ideas. *Int J Env Res Public Heal*. 2020;17(12):4392.
2. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. 2016 [Internet]. 2020. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf;jsessionid=FF3955F48AE342422787F99B9105DFB8?sequence=1>
3. International Bioethics Committee WC on the E of SK and T. COVID-19 Hakkında Açıklama: Global Bakış Açısıyla Etik Konular Üzerine Görüş [Internet]. 2020. Erişim Adresi: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_tur
4. İstanbul Tabip Odası. İstanbul'da Korona Virüs Salgını Sürecinde Filyasyon Çalışmaları. 2021.
5. Bakanlık S. Hasta Hakları Yönetmeliği [Internet]. 2018. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5>
6. K.El Rhazia LA. Ethical issues related to the hydroxychloroquine treatment prescription for COVID-19. *Ethics, Med Public Heal*. 2020;14:100547.

Biz hastaneye yatan hastalarla görüşmeye gidiyorduk, onların temaslılarını öğreniyorduk. İlk başlarda gittiğimizde bir hasta neden yattığını bilmiyordu bile, hastaya söylenmemişti. Onun ayağı da kırıkta bu süreçte, sırf ayağı kırık olduğu için yattığını biliyordu. Biz hatta o zaman bir sorguladık hani gerçekten bu yüzden değil mi diye, COVID servisinde yatıyordu ama. Doktorlar asla bilgi vermemişlerdi, ki o gün yatmış bir insan da değildi, üç gündür orda yatıyordu. Yani hasta COVID'den yattığını bilmiyor. Bu süreçte zaten o kadar çok ki COVID'den yattığını bilmeyen kişi. Ki hemşireler bile COVID hastası olduğunu bilmiyorlardı, şüpheli gözüyle yatırıldığını düşünüyorlardı. Yani doktorlar, hemşirelere söylemiyorlardı, öyle söyleyeyim. Bu açıdan yani şey var. Ve biz o sırada ailesiyle de telefonla görüşüyorduk hastanın. Hastanın ailesi, hastaya hastaneye gelip yemek getiriyordu, öyle söyleyeyim. Biz durdurduk yani gelmeyin diye.

Hemşire Umut

Özellikle evinde yaşlısı olan veya kronik rahatsızlığı olan meslektaşlarımızın çok yoğun kaygı yaşadığını gördüm. Hatta birkaç arkadaşımın istifa ettiğini söyleyebilirim (özel kurum). Bir tanesinin çocuğunun rahatsızlıkları vardı. Kendileri için değil koronayı eve taşıyacakları için kaygılandıklarını gözlemledim. Uygulamalara güvenmediğimizi gözlemledim aslında. Bunlar bizim kişisel paranoyalarımız değildi. Bakanlık birçok veriyi ilk başta açıklamadı. Bu bir pandemi ve veriler açıklanmıyor. Bunun bilimsellikle, tıpla, modern yaşam ile hiçbir bağlantısı yok. Biz sahada mücadele ediyoruz, ölebiliriz. Fakat bizi yönetenler verileri saklıyordu. Ve onlardan gelen kararları uygulama noktasındaydık. Bu açıdan hekimler bilimsel bilgiler çerçevesinde hastalar için en doğrusunu yapma çabasıdır. Ama veriler saklanıyor. Bu birçok meslektaşımın ve benim canımı sıkıyordu.

Psikiyatri Uzman Doktor Erkin

Kişisel Sağlık Verilerinin Paylaşımı

HASAN OĞAN

Son yıllarda dijital teknolojinin hızlı gelişimine bağlı olarak sağlık hizmetinin neredeyse tüm kayıtları artık elektronik ortamda gerçekleşmektedir. Bu değişim farklı olanaklar sunarken kişisel sağlık verilerine yönelik çok ciddi sorunların ortaya çıkması, tartışmalara neden oldu.

Tartışmaların temelinde esas olarak bireylerin mahremiyeti ve özel yaşam hakkının korunması yatıyordu. Konunun önemi ve sonuçları nedeni ile Amerika'da "**Sağlık Sigortası Hareketliliği ve Hesap Verebilirlik Yasası-1996**" (HIPAA), Avrupa Birliği kapsamında "Genel Veri Koruma Yönetmeliği-2018" (GDPR) ve **Türkiye'de "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu-2013" (KVKK)** başta olmak üzere birçok ülkede kişisel verilerin korunmasına yönelik yasalar yürürlüğe girdi.

Sağlık hizmeti sırasında sağlık çalışanları ile bireylerin her türlü kişisel sağlık verileri bir bütünlük içerisinde. Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları mesleki etik değerleri gereği hastalarının bilgilerini, sırlarını saklamakla, mahremiyetlerini korumakla yükümlüdür. Bu etik yaklaşım, yasalardan bağımsız olarak hastaların yüzyıllardır sağlık çalışanlarına, sağlık sistemine güven duymasını sağlamıştır ve bu güven duygusu sağlık hizmetinin vazgeçilmezidir. Yakın zamanda yaşanan birçok pandemi de kişisel sağlık verileri çok fazla öne çıkmazken, COVID-19 süreci neredeyse kişisel sağlık verileri üzerinden yürütülür olmuştur. Bunda dijital teknolojinin olanakları ile COVID-19'un tüm Dünyayı en ağır bir şekilde etkilemesi önemli rol oynamıştır. Pandemiye karşı hızlı ve güçlü mücadele için sağlık verileri neredeyse anahtar rolü oynamaktadır. Bulaşmanın, yayılmanın, tedavinin süreçlerinin ve sonuçlarının takibi, bireylerin altta yatan kronik hastalıklarının ve hastalığın risk faktörlerinin bilinmesi, tedavilerin düzenlenmesi ya da oluşabilecek komplikasyonların tahmin edilmesi, sağlık hizmetinin programlanması, örgütlenmesi ve diğer birçok husus ancak bu verilerle sağlanabilecektir. COVID-19 sürecinde baştan itibaren hissedilen en önemli eksikliklerden biri yeterli ve doğru bilgiye erişimdir. Doğru bilgi ya da paylaşım eksikliği korunmayı, tedaviyi ve tümüyle mücadeleyi olumsuz yönde etkilemektedir. Dünyada vaka sayısının yüz milyona, kaybedilen yaşam sayısının ise iki milyona yaklaştığı bir süreçte her türlü verinin değerlendirilmesi zorunludur. COVID-19'a karşı kişisel sağlık verilerinin kullanılması bu kadar önemli

ve zorunlu iken, yasalar ve etik değerler gözetilmeden bu veriler kullanılabilir mi? Pandemi dönemlerinde birçok şeye karşı özellikle de bireylerin yaşamları risk altındaysa toplumsal duyarlılık oldukça fazladır. COVID-19'da bu durum daha da ileri boyutlardadır. Bireylere ya da topluma sağlığınız mı, yoksa kişisel sağlık verileriniz mi önemli diye sorulduğunda, doğal olarak en fazla tercih edilecek olan seçenek sağlık olacaktır. Ancak toplumun ve bireylerin hiçbir zaman bu ikilemle karşı karşıya kalmaması gerekmektedir. Bu ikilem üzerinden kişisel sağlık verilerinin elde edilmesi ya da ele geçirilmesi etik açıdan kabul edilemez. Çünkü birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de kişisel verilerin korunması bir anayasal haktır. Bu hak durum ne olursa olsun kişilerin elinden alınmaz, alınmamalıdır. Bireyler, kendi istekleriyle paylaşmadıkları sürece, sağlık verilerinin gizli kalmasını ve mahremiyetlerine saygı duyulmasını isteyebilir. Ayrıca gizlilik ve mahremiyet hakları bireyin özel yaşamı ile birliktedir. Bireylerin istemediği halde sağlık bilgilerinin alenileşmesi, mahremiyetinin ortadan kaldırılması, onun özel yaşam hakkına doğrudan saldırıdır. Bu nedenle de her ne kadar pandemi açısından kişisel sağlık verilerin kullanımı gerekli ise de bu kullanım kişilerin halk ve özgürlüklerine zarar vermeden yasal çerçevede yapılmalıdır. COVID-19 pandemi koşullarında tartışmanın ana odaklarından biri de kişisel sağlık verilerine erişimin ve verilerin kullanımının önündeki engellerin azaltılması ya da kaldırılmasıydı. Verilere ulaşımın kolaylaştırılmasını isteyenler, yasal engeller nedenleri ile istedikleri verilere yeterince ulaşamadıkları ve işleyemediklerini belirlerken COVID-19'u tartışmanın odağına koymaya çalışmaktadırlar.

Tartışmalara açıklık kazandırmak adına uluslararası yasaların ve en azından Türkiye'deki yasaların, uygulamaların ve etik değerlerin irdelenmesi yararlı olacaktır. 1982 Anayasası 20. Maddesi "Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir" tuncesiyle kişisel verileri bir hak olarak tanımlamış ve bu verilerin kullanımı açısından da "Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir" açıklamasını getirmiştir. Bunu takiben 2016 yılında 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" yayınlanmıştır. Diğer taraftan, Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 9. Maddesi "*Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz*" düzenlemesi ile hekimin hastasının sırlarını korumakla yükümlü kılmıştır. Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü'nün 4'üncü maddesinde de "*Eczacı, meslek ve sanatının icrası sırasında öğrendiği sırları, kanuni zorunluluk olmadıkça ifşa edemez*" denmektedir. Diğer sağlık hizmeti uygulayıcıları içinde kendi mesleki etik değerleri bu yöndedir.

Burada özellikle altının çizilmesi gereken husus hiçbir kanun ve idari tasarrufun bireyin bu hakkını kısmen de olsa ortadan kaldırıcı içerikte ve özellikle olamayacağıdır. Kişisel sağlık verileri kişinin; özel yaşama saygı hakkı, sağlık hizmeti alma hakkı, özgürlük ve güvenlik hakkı, düşünce, vicdan ve din özgürlüğü hakkı ve ayrımcılığa maruz kalmama hakkı gibi temel hakları ile de doğrudan bağlantılıdır. Kişisel sağlık verilerindeki hak kayıpları doğrudan yukarıda sayılan hakları da etkileyecektir.

Bireyler sağlık bilgilerini yaşam hakkını sağlamak için sağlık çalışanları ile paylaşırlar. Sağlık çalışanları da bireylerin bu bilgilerini, onların tedavisini ya da yaşamının devamını sağlamak için değerlendirir. Konulan tanılar ve uygulanan tedaviler bireyin yaşam tarzına, yaşamdaki bazı tercihlerine ilişkin pek çok bilgiyi içerebilir ve bu bilgiler istenmeyen kişi ya da kurumların eline geçtiğinde birey olumsuzluklarla karşı karşıya kalabilir. Bu nedendir ki sağlık çalışanları bireyin sağlık verilerini korumak zorundadır. Tıp etiği burada oldukça önemli bir rol üstlenir.

Etik yaklaşımların yanı sıra KVKK madde 4. kişisel verilerin işlenmesinde aşağıdaki bazı ilkelere uyulmasını öngörür.

- Hukuka ve dürüstlük kurallarına uygun olma,
- Doğru ve gerektiğinde güncel olma,
- Belirli, açık ve meşru amaçlar için işlenme,
- İşlendikleri amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olma,
- İlgili mevzuatta öngörülen veya işlendikleri amaç için gerekli olan süre kadar muhafaza edilme.

KVKK Madde 6 ise özel nitelikli kişisel verilerin (sağlık verilerinin) işlenme şartlarını belirler. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir

- Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir.
- Özel nitelikli kişisel verilerin, ilgilinin açık rızası olmaksızın işlenmesi yasaktır.
- Birinci fıkrada sayılan sağlık ve cinsel hayat dışındaki kişisel veriler, kanunlarda öngörülen hâllerde ilgili kişinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir. Sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir.
- Özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesinde, ayrıca Kurul tarafından belirlenen yeterli önlemlerin alınması şarttır.

Yukarıdaki iki maddenin yanı sıra Kanununun 28. Maddesi istisnalar getirerek Kanunun uygulanmayacağı halleri de belirtmiştir.

- Kişisel verilerin, üçüncü kişilere verilmemek ve veri güvenliğine ilişkin yükümlülüklerle uyulmak kaydıyla gerçek kişiler tarafından tamamen kendisiyle veya aynı konutta yaşayan aile fertleriyle ilgili faaliyetler kapsamında işlenmesi.
- Kişisel verilerin millî savunmayı, millî güvenliği, kamu güvenliğini, kamu düzenini veya ekonomik güvenliği sağlamaya yönelik olarak kanunla görev ve yetki verilmiş kamu kurum ve kuruluşları tarafından yürütülen önleyici, koruyucu ve istihbari faaliyetler kapsamında işlenmesi.

- İlgili kişinin kendisi tarafından alenileştirilmiş kişisel verilerin işlenmesi.
- Kişisel veri işlemenin kanunun verdiği yetkiye dayanılarak görevli ve yetkili kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarınca, denetleme veya düzenleme görevlerinin yürütülmesi ile disiplin soruşturma veya kovuşturması için gerekli olması.

Yukarıda sayılan istisnai durumlarda 6698 sayılı Kanunun koruyuculuğu ortadan kalkmaktadır. Bunun yanı sıra önemli bir husus; dünyada tüm mevcut yasalar, tüm güvenlik önlemleri de kişisel sağlık verilerini ne yazık ki yeterince koruyamamaktadır. Yukarıda belirtilen yasal hükümlerin yanı sıra pandemiye ilişkin olarak Kişisel Verileri Koruma Kurumu, 27 Mart 2020 tarihinde “COVID-19 ile Mücadele Sürecinde Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilinmesi Gerekenler” başlıklı pandemi dönemine özgü olarak “Kamuoyu Duyurusu” yayınladı. Bu duyuruda yer alan bazı hususlar yine aşağıda sıralanmıştır.

- İstisnai zamanlarda dahi veri sorumluları ve veri işleyenlerin, ilgili kişilerin kişisel verilerinin güvenliğini sağlamaları gerekmektedir.
- Kişisel verilerin hukuka uygun olarak işlenmesi ve bu konuda alınan herhangi bir önlemin hukukun genel ilkelerine uygun olması, bu çerçevede kişilerin temel hak ve özgürlükleri açısından geri döndürülemez zararların ortaya çıkmaması önemlidir.
- COVID-19 virüsüne karşı alınan önlemler kapsamında gerçekleştirilen kişisel veri işleme faaliyetleri gerekli, amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olmalıdır.
- Bu konuda alınan kararlar, Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere halk sağlığı kuruluşlarının veya diğer ilgili kurum ve kuruluşların rehberliği ve / veya talimatları çerçevesinde olmalıdır.
- İşlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde ise söz konusu kişisel veriler silinmeli, yok edilmeli veya anonim hale getirilmelidir.
- İstisnai hükümler açısından; Bu çerçevede, mevcut durum kamu güvenliğini ve kamu düzenini tehdit ettiğinden kişisel verilerin Sağlık Bakanlığı ve yukarıdaki madde kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşları tarafından işlenmesinin önünde de bir engel bulunmamaktadır.
- Aydınlatma yükümlülüğü yerine getirilmiş olmalıdır.
- Kişilerin verileri açık ve zorunlu bir gerekçe olmaksızın herhangi bir üçüncü tarafa ifşa edilmemelidir.
- COVID-19 virüsünün yayılmasını önleme amacına yönelik gerçekleştirilen veri işleme faaliyetleri de amaçla bağlantılı ve sınırlı ölçüde gerçekleştirilmeli, gereğinden fazla kişisel veri işlenmesinden kaçınılmalıdır.

Kişisel Verileri Koruma Kurumu’nun kamuoyu duyurusunda mevcut durumun kamu güvenliğini ve kamu düzenini tehdit ettiği için kişisel verileri işlemek için Sağlık Bakanlığı ve yukarıda adı geçen kamu kurum ve kuruluşları için olanak tanınmış-

tır. Öte yandan Sağlık Bakanlığı ve ilgili kamu kurum ve kuruluşları dışındaki veri sorumluları ise bu muafiyetten yararlanamaz.

Dünya genelinde Birleşmiş Milletler, IOM, ITU, OCHA, OHCHR, UNDP, UNEP, UNESCO, UNHCR, UNICEF, UNOPS, UPU, BM Gönüllüleri, BM Kadınları, WFP ve WHO, BM kişisel verilere ilişkin COVID-19 müdahalesinde veri ve teknoloji kullanımını desteklemek için bireylerin gizlilik hakkına ve diğer insan haklarına saygı duyan ve ekonomik ve sosyal kalkınmayı teşvik eden Veri Koruma ve Gizlilik İlkeleri yayınlamıştır.

Organizasyonlar tarafından benimsenen veri toplama, kullanma ve işleme ilkelerinden bazıları;

- COVID-19 pandemisine yanıt olarak yasal, kapsam ve zaman açısından sınırlı ve belirtilen ve meşru amaçlarla gerekli ve orantılı olun,
- Yukarıda belirtilen amaçlara uygun olarak; uygun gizlilik, güvenlik, zamana bağlı saklama ve verilerin uygun şekilde imha edilmesini veya silinmesini sağlayın,
- Herhangi bir veri değişiminin geçerli uluslararası hukuka, veri koruma ve gizlilik ilkelerine uygun olmasını ve uygun durum tespiti ile risk değerlendirmelerine dayalı olarak değerlendirilmesini sağlayın,
- Veri kullanımına ilişkin olarak alınan önlemlerin yukarıda belirtilen ilkeler ve amaçlarla gerekçelendirilmesini ve bunlara uygun olarak yapılmasını sağlamak için uygulanabilir mekanizmalara ve prosedürlere tabi olun ve bu tür önlemlere ihtiyaç kalmadığında sona erdirin,
- Hem mevcut hem de gelecekteki çalışmaların uygulanmasında güven oluşturmak için şeffaf olun.

Yukarıdaki düzenlemeler ve önerilerde kişilerin gizlilik, mahremiyet ve yaşam hakkının korunması belirtilerek veriler açısından amaç, asgarilik, şeffaflık, hesap verilebilirlik olgularının da altı çizilmiştir. Sağlık verileri konusunda yasa yapıcılar pandemi ya da acil durumlara özgü her zaman yeni yasal düzenlemeler yapma yetkisine sahiptir. Ancak ne olursa olsun bu yetki kişilerin mahremiyetini ve özel yaşam hakkını ortadan kaldıracak şekilde kullanılmamalıdır. COVID-19'a özgü olsa da birçok ülkenin yeni yasal düzenlemeler yapmasına bağlı olarak var olan bazı uygulamalar ortadan kalktı, pratiğin içerisinde esnekleşti ya da önemsiz görülerek göz ardı edilir hale geldi. Veri sahipleri her zaman sağlık verilerinin nasıl ve neden paylaşıldığı konusunda haklı olarak endişe duymaktadır. En yaygın endişe ise mahremiyettir. Kişisel sağlık verilerinin yetkisiz üçüncü şahıslarla paylaşılma olasılığı ve bununla ilgili dünyada yaşanan olumsuz olaylar endişeyi giderek artırmaktadır.

Geçmişte kişisel sağlık verilerine yönelik kısıtlayıcı ve güvenlikle ilgili yeni önlemlerin alınması talep edilirken COVID-19 nedeniyle bu talepler şimdilik bir şekilde gündemdeki yerini kaybetti. İzleme ve izleme girişimleri toplumların tüm bireyleri kapsar şekilde hayata geçerken bireylerin gizliliği ve mahremiyeti arka planda kaldı. Krize müdahale adına, veri koruma uygulamalarını görmezden gelerek yeni uygulamaların hayata geçirilmesi gelecek adına önemli tehlikeler içermektedir.

Kişisel sağlık verilerinin ihlali karşısında sıkça dile getirilen kamu sağlığı, kamu güvenliği gibi durumların içeriği ne yazık ki bugüne dek ülkemizde doldurulamamıştır. Bu kavramlar kişilerce, kurumlarca farklı yorumlanarak kişilerin sağlık verileri paylaşılmakta, özel yaşam haklarına müdahale edilebilmektedir. Kamu yararı adına tüm verilere erişmek için yasaların esnekleştirilmesi ya da ihlallerin görmezden gelinmesi sonuçta kişisel bilgilerin korunmasında geline noktasından geri gitmektir. Bu durum, pandemi dışındaki amaçlar için kişisel sağlık verilerine ulaşmak isteyen birçok kurum ya da kişinin iştahını kabartırken, işlerini de kolaylaştırmaktadır.

Yasalarda verilerin paylaşımı ile ilgili belirlenmiş kurumların yanı sıra kişisel sağlık verileri birçok kesimin özel ilgili alanına girmekte ve bu kesimler bir şekilde bu verilere erişmek için her türlü yolu denemektedir. Sağlık verilerinin metalaşması ve diğer veriler içerisinde en değerli veri olma özelliği taşıması giderek bu ilginin artmasına neden olmaktadır. Kişisel sağlık verilerine özel ilgi gösteren kesimler arasında ilaç firmaları, işverenler, özel sağlık sigortaları, hackerler, veri işleme merkezleri ilk akla gelenlerdir.

Kişisel sağlık verileri ile sağlık çalışanları, sağlık kurumları arasında özel bir ilişki vardır. Genelde kişisel sağlık verilerine ilk elden ulaşan kesim hekimler başta olmak üzere çeşitli kademelerdeki sağlık çalışanları ve sağlık kurumlarıdır. Büyük ölçüde sağlık verileri bu kişi ve kurumlar üzerinden diğer alanlarla paylaşılarak yayılır. Bu nedenle de yasalardan çok daha öncesinde mesleki etik değerler, hastaların mahremiyeti ve onlardan elde edilen verilerin paylaşımı konusunda özel, katı kurallar getirmiştir. Hastalar sağlık çalışanlarına ve onların içinde yer aldığı sağlık kurumlarına yönelik olarak her zaman gizliliklerinin korunacağı ve mahremiyetlerine saygı duyulacağı beklentisi içindedir. Bu güven içerisinde tüm sınırlarını paylaşırlar. Bu noktada hekimler ve diğer sağlık çalışanları yasaların öngördüğü durumlar dışında ancak hastaların, vasilerinin ya da vekillerinin aydınlatılmış onamları ile onların bilgilerini paylaşabilir.

Pandemi koşulları nedeni ile birçok ülkede pandemi ile sınırlı olmak üzere hastalarla ilgili bilgi paylaşımında esneklikler oluşturuldu. Bunun yanı sıra halk sağlığı çalışmalarının yürütülmesi açısından ilgili kurumlara (güvenlik dahil), bireyin aile üyelerine, yakın akraba ve arkadaşlarına ve de hasta tarafından bakımı ile ilgili belirlenmiş kişilere bilgi verilebilir hale gelmiştir. Belirlenen kişi ya da kurumlarla bilgiler paylaşılırken çoğu kez hastanın onamı aranmamaktadır. Ancak yine de bu süreçte mümkün olduğunca hastalardan sözlü onam alınmalı ve hastanın itiraz etmeyeceği makul bir çerçevede kalınmalıdır. Bilinci yerinde olmayan veya ehliyetsiz hastalar için daima hastanın yararı göz önünde tutulmalı, gerekli olan bilginin dışına çıkılmamaya özen gösterilmelidir. Paylaşılabilir bilgiler açısından daima pandemi kapsamında kalınmalı, kısıtlı ve gerekli bilgilerin paylaşımına özen gösterilmelidir. Yine tüm bu süreç açısından hasta verilerini paylaşırken onların yararının düşünülmesinin yanı sıra telafisi mümkün olmayan durumlara yol açmamak adına da dikkat edilmelidir.

Özellikle medyanın hasta verilerine ulaşmak istemesi sağlık çalışanlarına önemli bir sorumlulukta yüklemektedir. Sağlık çalışanları hastanın onayı olmadan medya ile bilgi paylaşamayacağı gibi aynı zamanda medyanın hastanın sağlık bilgilerine ulaşmasını engellemek konusunda da sorumluluk almak durumundadır. Hasta sağlık kurumu içerisinde o kurumun güvencesi altındadır. Herhangi bir şekilde görüntünün alınması ya da bir şekilde sağlık bilgilerine ulaşılması hastanın zor durumlarla karşılaşmasına neden olabilir. Bu nedenle sağlık çalışanları çok dikkatli olmak zorunda ve kaydettikleri bilgilerin kendi iradeleri dışında da olsa istenmeyen kişilerin eline geçmesine olanak yaratmamalıdır.

Bu bilgilerin paylaşımının yanı sıra hastaya ait bilgiler (olumlu-olumsuz), test sonuçları, tedaviye ait bilgiler hastanın ya da vasisinin yazılı onayı olmadan yapılmamalıdır. Aynı şekilde hastanın kimliğinin belirlenebileceği şekilde de bilgi paylaşımı yapılamaz. Pandemiye özgü olarak yasal düzenlemelerde belirtilen kurumlar (hastaneler, klinik laboratuvarlar, bakım evleri ve doktorlar gibi) özellikle acil ve tedavinin gereği olarak ayrıca bulaş riski açısından hastaların izni olmadan da verileri kurallara uyarak paylaşabilmektedir.

Diğer önemli bir husus ise özellikle hastaların (madde bağımlılığı, ruh sağlığı, HIV pozitif) bilgilerinin paylaşımında bireylerden ya da vasilerinden yazılı onam alınmadan yapılmamasıdır. Bu tür veri paylaşımında kesinlikle amacın ve sınırlı bilginin dışına çıkılmamasında yarar bulunmaktadır.

Pandemi nedeniyle sağlık çalışanlarına ve ilk müdahale ekiplerine daha önce hiç olmadığı kadar ihtiyaç duyulmakta ve onlar bu pandemi döneminde çok yoğun çalışmaktadır. Olağan zamanlarda dahi, müdahale ekipleri bulaş başta olmak üzere her zaman yüksek risklerle karşı karşıyadır. Bu nedenle tüm sağlık çalışanları da dahil olmak üzere ilk müdahale ekipleri (itfaiye, güvenlik) her zaman bulaş riskine karşı müdahale sırasında gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. Ancak hayatın normal seyrinde, standart ve/veya zorunlu uygulamalara çoğu kez uyulmaz. İşte bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının ve diğer ilk müdahale ekiplerinin müdahale edecekleri bireyin COVID-19 pozitifliği konusunda ya da riskli olma durumuna ilişkin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Birçok ülkede bu bilgilendirme kapsamında prosedürler oluşturulmuş ve müdahale edilecek kişi ya da kişilerin COVID-19 ile ilgili durumları müdahale öncesi bu görevlilerle paylaşan merkezi sistemler oluşturulmuştur. Bu paylaşım yapılması sağlık çalışanlarının ve diğer ilk müdahale ekiplerinin sağlığının ve güvenliğinin sağlanması açısından oldukça önem arz etmektedir. Bu nedenle de sağlık çalışanları ve diğer ilk müdahale görevlilerine bulaşma riski nedeniyle yasal prosedürlere uygun olarak hastalar hakkında bilgilendirme yapılır. Bu çerçevede de COVID-19 hastalığı bulaşıcı hastalıklar listesinde yer almış olmalıdır.

COVID-19 pandemi sürecinde veri paylaşımının önemli olduğu ya da tartışmaya açıldığı diğer bir alan ise çalışma hayatıdır. COVID-19 pozitif ya da temaslı bir çalışanın işyeri koşulları açısından taşıdığı risk tartışılmaz. Daha önce de belirtildiği üzere COVID-19 pozitif çalışanla ilgili gerekli bilgi paylaşımı yapılmalıdır. Ancak çalışma hayatı açısından yapılacak olan bilgi paylaşımı, çalışanın sağlığı ve bulaş konusu-

nun ötesinde anlamlar taşır. Çalışan işi ile ilgili birçok olumsuz durumla karşı karşıya kalabilir. Ayrıca çalışma hayatında bildirme kadar, bildirmeme de söz konusu olabilmektedir. Çalışanın pozitifliği ya da özellikle temas durumu bildirimi çoğu kez işverenlerin isteğine göre şekillenmektedir.

Kişisel sağlık verilerinin paylaşılmasında “kamu yararı”, “bir başkasının zarar görmesi” veya “hasta yararı” sık sık dile getirilirken bunun son derece istisnai durumlarda olması gerektiği hiçbir zaman unutulmamalıdır. Bilgilendirme hakkı kapsamında yapılacak olan her açıklama bireyin mahremiyetini ve özel yaşamın gizliliği hakkını korumak açısından dikkatli yapılmalıdır. Sağlık verileri bir kez bireyin denetiminden çıktıktan sonra artık o verinin kontrolü kendisinde değildir. Veriler sağlık kurumları ile paylaşıldığı anda hızla elektronik bilgi sistemi içerisinde yol almaya başlamaktadır. Bireylerin sağlık verilerini paylaşmadan önce bunu bilmeleri ve buna göre davranmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olmalarında yarar vardır.

Verinin gerçek sahipleri ile veriyi bireyden elde edenler arasında önemli düşünsel, yapısal farklılıklar vardır. Her ne kadar bireyin verisinin amaç dışı ya da bireye karşı kullanılmasını engelleyici yasalar mevcut ise de pratikte bu çok da kolay olmayan bir durumdur. Veriler anonimleştirilmiş olsa da teknik olarak birkaç veri noktası kullanarak kişinin belirlenmesi mümkündür.

Sağlık verileri, kişisel veriler açısından en değerli verilerdir. Bu nedenle gerek bireyler, gerekse de birçok kurum kişilerin sağlık verilerine ulaşmak istemektedir. Ulaşmak için yasal yollar tercih edilebileceği gibi yasa dışı yollardan da ulaşım sıkça yaşanmaktadır. Ayrıca verilerin bulunduğu sistemler açısından her zaman güvenlik sorunu riski oldukça fazladır. Siber saldırı ile karşı karşıya kalmayan neredeyse hiçbir veri sistemi yoktur. Veriler her geçen gün daha kıymetli hale geldikçe alana yeni aktörler eklenmekte ve kendilerine yeni alanlar açmak istemektedir. Yasal engelleri aşmak içinde yeni yöntemler geliştirmektedirler.

Pandemi döneminin getirdiği yoğunluk, esneklik ve veri korumaya yeterince özen gösterilememesi, kişisel sağlık verilerini daha çok tehlike ile karşı karşıya bırakmaktadır. Yine pandemi sürecinde veri akışı içerisinde yer alan personelin verilerin önemi konusunda yeterince bilgilerinin olmayışı, sorumluluklarının farkında olmaları nedeniyle de önemli sorunlar yaşanmaktadır.

COVID-19 pozitif bireyler, sağlık verilerinin yasal ve mesleki etik kurallara uyulmadan paylaşılması sonucu sosyal damgalanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalabilmektedir. Öyle ki COVID-19 pozitif ve temaslı durumunda olmayan sağlık çalışanları dahi pandemi nedeniyle tüm dünyada ayrımcılığa ve şiddete maruz kalmışlardır. Çalışma hayatı içerisinde işten atılmaların yanı sıra işe alınmada da önemli sorunlar yaşanmaktadır. Yine vakaların toplumun belirli kesimlerinde ya da belirli bölgelerde görülmesinin paylaşılması o kesim ve bölgeler de damgalanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalabilmektedir.

Pandemiye özgü halk sağlığını korurken, kişinin gizliliğini ve mahremiyetini de sağlamak oldukça önemli. COVID-19'un yayılmasını önlemek için kullanılan özellikle izleme ve denetim mekanizmaları çoğu kez bireyin haklarına zarar verebiliyor.

Dünyada şu anda kişisel sağlık verileri üzerinde COVID-19 kapsamında önemli bir deneyim yaşanıyor. Deneyimlerden çıkan sonuçlar bazı şeylerin tekrar değerlendirilmesine, tartışılmasına yol açacaktır. Ayrıca bu deneyim yeni bir pandemiye karşı daha hazırlıklı olunmasına da yardımcı olacaktır. Bireyler sağlık verileri ile ilgili olarak; tedavi ve bakımlarının yanı sıra bilimsel araştırmalar, istatistiki değerlendirmeler, mücadele programlarının oluşturulması açısından kullanılacağını bildiğinde veri paylaşımına olumlu yaklaşmaktadır. Ancak şeffaflığın ortadan kalktığı durumda sağlık verileri konusunda endişe duymaya başlamaktadır. Bireyler sağlık verilerinin amacı dışında kullanılacağı konusunda endişeleri olduğunda hastalıklarını bildirmekte ve test yaptırmaktan kaçınmaktadır. Bireyin sağlık verilerini paylaşımında önemli olan verisinin hangi amaç için kullanılacağı bilmesidir. Amaç unsuru bireylerin düşüncelerine doğrudan etki etmektedir. Birey amaç ve kullanım konusunda bir sorun görmediğinde bilgilerini güvenle verebilmektedir. Güven duymuyor ve daha öncesinde kendisinin ya da yakınlarının yaşadığı bir olumsuzluk (amaç dışı veri kullanımı) söz konusu ise yasal zorunluluk içinde de olsa verilerini paylaşmaktan kaçınmakta ya da asgari düzeyde bilgi paylaşmaktadır.

Bu her açıdan istenmeyen bir durumdur. Hastanın ve hastalığının gizli kalması, bilinmemesi ve tedavi edilmemesi toplum sağlığı açısından önemli bir risk teşkil edecektir. Daha önceleri HIV pozitif ve diğer bulaşıcı enfeksiyonlarda da olduğu gibi toplumsal baskı, ötekileştirme ve ayrımcılık nedenleri ile hastalar tedaviden uzaklaştırılmamalıdır. Hastaların sağlık sistemine güven duyması ve bu güvenin devamlılığının sağlanması yönünde bilgilerin paylaşılmasına özen gösterilmelidir.

Kaynaklar

1. SSS: COVID-19 ve Sağlık Verilerinin Gizliliği. 22 Haziran 2020. HIPAA Feragatnameleri. Erişim Adresi: <https://www.networkforphl.org/resources/faqs-COVID-19-and-health-data-privacy/#hipaa-waivers>
2. MobiHealthNews. Privacy-minded consumers more likely to share health data if transparency and altruistic use are guaranteed. 2020. Erişim Adresi: <https://www.mobihealthnews.com/news/privacy-minded-consumers-more-likely-share-health-data-if-transparency-altruistic-use>
3. Healthcare IT News. Government releases details of COVID-19 data-sharing deals with big tech firms after legal action threat. 08 Haziran 2020. Erişim Adresi: <https://www.healthcareitnews.com/news/emea/uk-government-releases-details-COVID-19-data-sharing-deals-big-tech-firms-after-legal>
4. Diginomica. Data protection - the COVID-19 dimension. 30 Kasım 2020. Erişim Adresi: <https://diginomica.com/data-protection-COVID-19-dimension>
5. NHS Digital. Coronavirus (COVID-19) response transparency notice. 2020. <https://digital.nhs.uk/coronavirus/coronavirus-COVID-19-response-information-governance-hub/coronavirus-COVID-19-response-transparency-notice>
6. World Health Organisation. Joint Statement on Data Protection and Privacy in the COVID-19 Response 19 Kasım 2020. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/19-11-2020-joint-statement-on-data-protection-and-privacy-in-the-COVID-19-response>
7. World Health Organisation. COVID-19 Yanıtında Veri Koruma ve Gizlilikle İlgili Ortak Bildirim. 19 Kasım 2020. Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Ethics_Contact_tracing_apps-2020.1
8. Healthcare IT News. Tools and Resources for the Health IT and Clinical Community. 25 Kasım 2020. Erişim Adresi: <https://www.healthit.gov/coronavirus>
9. OCR Sorunları, İlk Müdahale Edenlerin ve Diğerlerinin COVID-19'a Maruz Kalan Bireyler Hakkında Korunan Sağlık Bilgileri Almasını Sağlamaya Yardımcı Olmaya Yardımcı Olur, 24 Mart 2020. Erişim Adresi:

- <https://www.hhs.gov/about/news/2020/03/24/ocr-issues-guidance-to-help-ensure-first-responders-and-others-receive-protected-health-information-about-individuals-exposed-to-COVID-19.html>
10. Web semineri: Avrupa Sağlık Veri Alanının Bir Pandemiye Rolü. 28 Nisan 2020. Erişim Adresi: <https://www.digitaleurope.org/events/webinar-the-role-of-a-european-health-data-space-in-a-pandemic/>
 11. Veri paylaşımına ilişkin genel algılar: İngiltere ve ABD'den temel bilgiler. 24 Temmuz 2020. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(20\)30161-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(20)30161-8/fulltext)
 12. Pandemi bir yılda mahremiyet, güvenlik ve halk sağlığı. 15 Haziran 2020 Erişim Adresi: <https://www.mckinsey.com/business-functions/risk/our-insights/privacy-security-and-public-health-in-a-pandemic-year#>
 13. COVID-19 ile savaşırken veri gizliliğini sağlama, 14 Nisan 2020 Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/ensuring-data-privacy-as-we-battle-COVID-19-36c2f31e/>
 14. Polisle COVID-19 Sağlık Verileri Paylaşımını Derhal Durdurun! 07 Haziran 2020 Erişim Adresi: <https://phm-na.org/2020/06/ontario-immediately-halt-COVID-19-health-data-sharing-with-police/>
 15. COVID-19 verilerini devlet yetkilileriyle paylaşma: DPA'lardan rehberlik program. 21 Nisan 2020. Erişim Adresi: <https://iapp.org/news/a/sharing-COVID-19-data-with-government-authorities-guidance-from-dpas/>
 16. İngiltere, Palantir'e COVID-19 hastalarının hassas tıbbi kayıtlarına 1 sterlinlik anlaşma ile erişim izni verdi. 08 Haziran 2020. Erişim Adresi: <https://www.cnn.com/2020/06/08/palantir-nhs-COVID-19-data.html>
 17. AB DPA'lar, COVID-19 Salgını Sırasında Sağlık Verilerini İşlemek İçin Yeşil ve Kırmızı Işık Yayıyor, 10 Mart 2020. Erişim Adresi: <https://fpf.org/2020/03/10/eu-dpas-issue-green-and-red-lights-for-processing-health-data-during-the-COVID-19-epidemic/>
 18. GDPR kapsamında COVID-19 sağlık verilerinin gizliliği hakkında bildiklerimiz, 25 Mart 2020. Erişim Adresi: <https://www.proxyclick.com/blog/COVID-19-health-data-privacy-under-gdpr>
 19. COVID-19 Krizi, AB Veri Koruma Kurallarının Sınırlarını ve Yapay Zeka Hazırlığını Gösteriyor, 30 Mart 2020. Erişim Adresi: <https://datainnovation.org/2020/03/COVID-19-crisis-shows-limits-of-eu-data-protection-rules-and-ai-readiness/>
 20. Sağlık bilgilerimizi toplaması için ICE ve istihbarat kurumlarıyla bağlantısı olan bir şirkete neden güveniyoruz? 21 Mayıs 2020 .Erişim Adresi: <https://www.washingtonpost.com/opinions/2020/05/21/why-are-we-trusting-company-with-ties-ice-intelligence-agencies-collect-our-health-information/>
 21. Türk Dışhekimleri Birliği. Sağlıkta Sır Saklama ve Veri Paylaşımı. 03 Nisan 2013. Ankara.
 22. Türk Tabipler Birliği. Kişisel Sağlık Verilerine Mesleki Yaklaşımlar. Kişisel Sağlık Verileri Çalışma Grubu. Ocak 2014. İstanbul.
 23. Gün+Partners Avukatlık Bürosu. Kişisel Verilerin Korunması ve Gizlilik, Begüm Yavuz Doğan Okumuş, Selin Başaran Savuran. 25 Eylül 2020. Erişim Adresi: <https://gun.av.tr/tr/goruslerimiz/rehberler/COVID-19-ve-kisisel-verilerin-korunmasi>
 24. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, R.G. 29677-07 Nisan 2016.
 25. COVID-19 ile Mücadele Sürecinde Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilinmesi Gerekenler, Kişisel Verileri Koruma Kurumu, Kamuoyu Duyurusu. 27 Mart 2020.
 26. Kişisel Sağlık Verileri IV. Ulusal Kongresi – 2020/WEBİNAR, Olağan Dışı Durumlar ve Kişisel Sağlık Verileri / COVID-19, Olağan Dışı Durumlarda (COVID 19) Mekansal Bilişim ve Mobil Uygulamalar. Erişim Adresi: <http://www.kiselsaglikverileri.org/605-kisisel-saglik-verileri-4-kongresi-videolari.html>

Yoğun bakımda bir hastamız vardı, entübeydi. Doktorlardan biz bilgi aldık onun hakkında. Evlerine gidip, temaslı olan ailesiyle de görüştük. Onlar hastanın entübe olduğunu bilmiyorlardı. Hastanın durumu ağır olmasına rağmen, ondan hiç haberleri yoktu. Onlar, hastanın uyanık ve iyi durumda olduğunu düşünüyorlar, bıraktıkları gibi bulacaklarını sanıyorlardı. Oysa, 3-4 gün olmuştu ve bu süreçte aileye bilgi vermiyorlarmış. Bu konuda çok şaşırılmışım, çünkü hastanın durumunu biliyordum. Aynı zamanda ailesinin bilgi alamadığını ve hastanın iyi olup geri döneceğini düşündüklerini de görüyordum. Ancak, hastanın seyri öyle değildi. Aileye gerçek durumla ilgili bilgi versem mi diye çok düşündüm, ancak benim bunu açıklamam doğru değildi. Çünkü ben onun hemşiresi değilim, doktoru değilim, bire bir ilgilenen biri değilim. Hastanede değilim o anda. Bilgi veremedim tabi ki de. Ama o yoğun bakımla ilgilenen bir doktor tanıdığım vardı orda, onunla görüştüm, dışarıdan bilgi verilmiyor diye. O da asistan arkadaşına söyledi ve o aileye biz bilgi verdirdik sonunda. Ama bu benim ulaşabildiğim kadarıyla. Ulaşamadığımız bir sürü insan var. Bu açıdan da verdikleri bu karar -hani hastaların ailelerine bilgi verilmemesi- doğru değildi. Evet, onların da yoğunluğu var elbette, ama sonuçta o hastaların aileleri var. Bu açıdan şaşırtmıştı ve üzümüştü verdikleri bu karar.

Hemşire Umut

Pandemi Döneminde Bulaşıcı Hastalığın Bildirimi ve Etik Sorunlar

BÖLÜM
23

217

GÜRKAN SERT

Bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadelede bulaşıcı hastalığı olan kişilerin bildirimini önemlidir¹. Bulaşıcı hastalıkların bildirimini, yalnızca acil halk sağlığı önlemi olarak uygulanmaz. Genellikle sağlık sistemlerinin olağan dönemlerinde de yürütülen, hatta çoğu bulaşıcı hastalık için zorunlu bir işlemdir. Bulaşıcı hastalıkların merkezi halk sağlığı otoritelerine bildirilmesi, halk sağlığı faaliyetlerinin koordine edilmesine izin verir. Bunun sağlanabilmesi için, kişisel bilgiler (adlar, yaşlar, adresler ve ilgili tıbbi veriler), genellikle kişinin bilgisi veya rızası olmadan kamu sağlığı yetkililerine rapor edilir. Hastalar gerekirse tedavi edilir ve daha fazla yayılmayı önlemek için bulaşıcı kaldıkları sürece izole edilebilirler. Özellikle aşılama veya antibiyotik profilaksisi gibi önleyici tedbirler mevcut değilse temaslar veya nadiren tüm topluluklar karantinaya alınabilir^{1,2}. Son yıllarda bulaşıcı hastalıkların yeniden önemli sağlık sorunları olarak görülmeye başlanması nedeniyle, bildirim ve kayıtlar daha da önemli hale gelmiştir³.

Uluslararası sözleşmeler kişisel sağlık verilerini hassas veriler olarak tanımlamış ve bu verilere ayrıcalıklı bir koruma sağlamıştır⁴. Bulaşıcı hastalıkların bildirimini, günümüzde sağlık hizmetlerinde hastaların bilgilerinin gizli tutulması kuralının istisnaları arasındadır. Uluslararası sözleşmelerde bu sınırlamalara izin veren hükümler bulunmaktadır. Örneğin İHAS kamu sağlığının korunması için hastaların bilgilerinin gizliliği ile ilgili sınırlamalara gidilebileceğini öngörmektedir⁵.

Hastanın bulaşıcı hastalık statüsünün bildirimini uygulamalarında, hastanın bilgilerinin gizliliği hakkı ile toplum sağlığının korunması amacı çatışmaktadır. Halk sağlığı etiği yaklaşımı, aynı sonuca götürecek daha hafif bir yöntem olmadıkça, bireysel hak ve özgürlükleri ihlal edecek önlemlerin alınabileceğini kabul eder. Ek olarak uygulanacak önlemin sonuca ulaşmasında yararlı olacağını bilimsel veriler ile kanıtlanması şartını da aramaktadır. Biyoetik merkezli yaklaşımlarda da genel olarak hekimin bazı durumlarda hastaya olduğu kadar topluma ve diğer kişilere de karşı yükümlülüklerinin olduğu kabul edilerek toplumun ya da diğer bireylerin korunması için suç, bulaşıcı hastalık gibi durumlarda hastaya ait bilgileri açıklayabileceği kabul edilmektedir⁶. Hatta bazen bu gibi durumlarda yasalar hekimleri hastaya ait bilgileri açıklamaya zorlamaktadır⁷.

Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Bildiriminde Uygulanan Yasal Çerçeve

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların bildirimine zorunluluk getiren hükümler, öncelikle Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda yer almaktadır⁸. Buna göre bu Kanun’da belirlenen hastalığı olan ya da bu hastalıklara yakalandığı düşünülen kişilerin bilgilerinin yetkililere bildirilmesi yer almaktadır. Kişisel Verileri Koruma Kanunu madde 6/3’de sağlık verilerinin toplum sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve finansmanı amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından işlenebileceğini ve paylaşılabilirliğini öngörmektedir⁹.

UHK’da 57. Maddede çok sayıda hastalık adı sıralanarak bu hastalıklardan birinin ortaya çıkması veya bunlardan birinden şüphe edilmesi, bunlardan birine dayalı ölümün gerçekleşmesi, ya da ölümün bu hastalıklardan biri nedeniyle gerçekleşmesinden şüphelenilmesi hallerinde bu vakaların bildirimine zorunlu olduğu belirtilmiştir⁸. Aynı kanunun 58. Maddesinde mesleğini yürüten hekim, bu durumlardan biri ile karşılaşarsa 24 saat içinde hastanın adı, soyadı ve adresi ile ilgili bilgileri sözlü ya da yazılı olarak beyan etmek zorundadır⁸.

UHK, 61. maddede hekimler dışında kalan bazı kişilere de bildirim yapma zorunluluğu getirmiştir. Buna göre, hastane başhekimleri, okul, fabrika, imalathane, hayır kuruluşları, ticarethane, otel, mağaza, pansiyon, han, hamam, hapisane sahip veya kiracı ya da müdürleri, apartman kapıcıları, buldukları mahalde, köy ihtiyar heyetleri köyde, görünen 57’inci maddede sayılan hastalıklarla ilgili vakaları bildirmek zorundadır⁸. Aynı maddede eczacı, dişhekimleri, ebeler, hasta bakıcılar, ölü yıkayan ve tabutlayan kişilere de meslekleri gereği öğrendikleri vakaları makamlara bildirmek zorunda olduğu da belirtilmiştir⁸.

UHK’da yer alan bildirim düzenlenmesi amacıyla çıkarılan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ve Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi, bildirim yöntemleri ve bildirim teknik alt yapısı ile ilgili hükümler içermektedir^{10,11}. Yönetmelikte, ihbar ve bildirimleri düzenleyecek, takip edecek ve gerektiğinde bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı alan vakalar için sürveyans çalışmalarını yürütecek sürveyans birimi oluşturulması veya sorumlu belirlenmesi öngörülmüştür¹⁰. Bu kapsamda, belli bir sorumlu birim oluşturularak bilgilerin yasalar çerçevesinde paylaşımı ve kullanılması sağlanmıştır. Yönergeye göre hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak için bildirim zorunlu hastalıkların bir kısmının tespit edildiği takdirde belirli bir süre içinde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gereklidir. Bildirimin belli bir sistemde yapılabilmesi için bildirim ile ilgili akış Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından belirlenmiştir¹¹.

Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, epidemiyolojik sürveyans ve bildirim sistemi ile elde edilen bilgilerden, kişisel verilerin işlenmesi sırasında kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı ile temel hak ve özgürlük-

lerin korunmasını öngörmektedir. Bu bağlamda toplum sağlığı ile birey haklarının arasındaki dengenin sağlanması amaçlanmıştır. Türkiye’de öngörülen bulaşıcı hastalıkların bildirim sistemi, toplum sağlığı ve kişi hak ve özgürlüklerini dengelemeye çalışan yaklaşımlardan söz etmek mümkündür. Hekimlerden bu bildirim gizlilik içinde yapması beklenmektedir. Bu kapsamda, bulaşıcı hastalık ile ilgili bildirim sürecinin yalnızca kamu sağlığını ve bireyin sağlığını koruyacak sınırdaki tutulması ve konuyla ilgili olmayan birey ya da kurumlara bilgi akışının önlenmesi gerekir.

Toplum sağlığı ile kişi hak ve özgürlükler arasındaki dengenin sağlanması açısından düzenlemelerde yer alan bir diğer yaklaşım da bildirim zorunlu hastalıkların önceden belirlenmesidir. Hem kanunda hem de yönetmelikte bildirim yapılacak hastalıklar ve bunların belirlenmesi ile ilgili hükümlere yer verilmiştir. Bu bağlamda kamu sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların bildirimine özen gösterilmesi amaçlanmaktadır. Örneğin, COVID-19’un bildirim zorunlu hastalıklar arasına eklenmesi ile ilgili yönetmelikte değişikliğe gidilmiştir¹². COVID-19 ile ilgili bilgi paylaşımları ve bildirimler bu kapsamda yapılmaktadır. Bu *yönetmelik kapsamında, Uluslararası Sağlık Tüzüğü’ne göre, uluslararası önem taşıyan halk sağlığı acil durumlarında ülke adına Dünya Sağlık Örgütü ve diğer üye ülkelerin ulusal odak noktaları ile haberleşmek üzere Bakanlıkça ulusal odak noktası belirlenmesi öngörülmüştür.*

COVID-19 Bildiriminde Etik Sorunlar

COVID-19 hastalığına yakalanan bireyin durumunun merkezi halk sağlığı otoritesine bildirim yapılmasından sonraki evrede bu bilgilerin kimlerle ne kadar ve nasıl paylaşılacağı konusu hastanın özel hayatına saygı hakkı açısından önemlidir. Bildirim ile elde edilen bilgiler amacını aşan amaçlarla kullanılmamalı, kullanma amacına uygun olmayan bilgileri içerecek şekilde paylaşılmamalıdır. Bildirimle elde edilen bilgilerin hastanın izolasyonu, karantina altına alınması ya da tedavisi ve bakımında kullanılacağı durumlarda kimin hasta bilgilerinin ne kadarına ve ne süreyle erişme ihtiyacının olduğu belirlenmelidir. Hastayı tanımlayacak veya diğer gizli bilgilere erişecek personel yalnızca bilmesi gereken kadar bilgiye erişebilmelidir⁹. Örneğin COVID-19 pozitif bireyin evinde takibinin yapılabilmesi için bakımı ile ilgilenen kişi ve kurumların hastanın kimlik, adres, telefon numarası gibi bilgilerine erişimi zorunludur. Bu profesyonellerin hastanın bu hizmeti vermeleri ile ilgili bilgilere erişimi kabul edilebilir sınırlardır¹³.

Sağlık tesislerinde ya da karantina ya da izolasyon için hazırlanan merkezlerde tutulan COVID-19 pozitif bireyin durumu ile ilgili bilginin kendisine hizmet sunan çalışanlara açıklanması da sürecin doğal bir sonucudur. Hastanın bulunduğu servisin bu pandemik hastalar için ayrılmış olması zaten hastanın durumu hakkında bilgi verecektir. Sağlık tesislerinde bulunan hastanın bulaşıcı hastalık statüsünün, hizmet sunan sağlık profesyonellerinin hangileri ile paylaşılacağı belirlenmesinde, hastalığın geçiş yolları göz önünde bulundurulmalıdır. COVID-19’un geçiş yolları ile HIV’in geçiş yolları arasındaki fark nedeniyle, bu hastalara kurumda hizmet verecek

profesyonellerle bulaşıcı hastalık statüsünün paylaşımında fark olmalıdır. Bu bağlamda kurumun genelinde çalışan herkesin bilgilendirilmesinin her bulaşıcı hastalık için bir gereklilik olmadığı unutulmamalıdır. HIV'in vücut sıvıları ile geçmesi geçmesi nedeni ile virüsün geçişi daha güçtür. Bu nedenle alınacak olağan enfeksiyon önleme yöntemleri geçişin önlenmesi için yeterli olacaktır. Bu bağlamda personelin olağan önlemlere uyması virüsün geçişini önlemede yeterli olacaktır. Aynı değerlendirilmenin COVID-19 kapsamında yapılması mümkün değildir. COVID 19'un geçişi ile ilgili ek tedbirlerin alınması gerekmekte ve hatta bugüne kadar bilinen bilgiler çerçevesinde COVID-19 pozitif bireylerin sağlık kurumlarında yalıtılmış ortamlarda tutulması gerekmektedir. Bu nedenle bu hastaların bakımları ve tedavileri ile ilgilenen personelin hastanın COVID statüsü hakkında bilgi edinmesi gerekmektedir.

Hastanın hak ve özgürlüklerine en az seviyede zararı verecek yaklaşımları içermeyen bildirim sistemleri bireylerin iş yaşamında ve sosyal yaşamda da haklarının ihlaline neden olacaktır. COVID-19 pozitif bireyin durumunun işyerlerinde, yerleşim yerlerinde ilan edilmesi, toplum sağlığı veya haber alma özgürlüğü ileri sürülerek genel olarak medya ve özel olarak sosyal medyada kişilerin resim, görüntü ve bilgilerinin yayımlanması gibi uygulamalar, COVID-19'un bildirim ile ilgili yasal çerçeveyi aşan hukuka aykırı uygulamalardır. Bu gibi uygulamalar, COVID-19 pozitif bireyin ayrımcılık damgalama ile karşılaşmalarına neden olabileceği gibi bu kişilere telafisi zor ya da imkânsız zararlar da verebilecektir. Ancak COVID-19 pozitif kişi ile aynı evde yaşayan diğer kişilerin bu durum hakkında bilgilendirilmesi korunmalarının sağlanması açısından önemli ve yararlı olabilir. COVID-19 pozitif bir bireyin durumunun işyerinde beraber çalıştığı ya da aynı mahallede yaşadığı kişilere açıklama eğilimi ile aynı evde yaşadığı insanlara açıklama eğilimi arasında büyük bir fark vardır. Diğer bireylerin bilgilendirilmesi bu bireylere geçişin önlenmesini sağlamak amacı taşıyorsa bu bireyin taşıdığı riskin büyüklüğü de göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı mahallede ya da yaşayan bireylere virüsün geçiş riski aynı evde yaşayan bireylere göre daha düşüktür. Önerilen önlemlerin alınması durumunda bireyler daha az risk ile karşı karşıyadır. Ancak aynı evde yaşayan bireyler için risk daha yüksektir. Aynı evde yaşayanlar için önerilen temaslı ya da enfekte kişiyi ayrı bir odada tutma mümkün oldukça temas içinde olmama gibi önlemlerin alınması ev halkının bilgilendirilmesine bağlıdır.

Halk sağlığı ile ilgili kayıtların gizliliğine ve paylaşımındaki sınırlara uygun hareket edilmemesi, bu bilgilerin sadece uygun amaçlarla kullanılacağı ile ilgili güveni azaltır. Kayıtların gizliliği ve bunların paylaşılacağı alanlar ile ilgili şeffaflık etik açıdan önemlidir. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların bildiriminde bulaşıcı hastalığı olan kişinin bilgisinin bildirim sistemi ile bildirileceğinin hastaya açıklanması gereklidir. Ayrıca hastanın beklenmedik bir uygulama ile karşılaşmaması için bu bildirim nasıl yapılacağı, bu bilgilerin kimlerle paylaşılacağı konusunda da hastaya bilgi verilmesidir. Bunların yapılmaması hastaların halk sağlığı uygulamalarına karşı güvenini de sarsacaktır¹⁴.

Kaynaklar

1. Gwendolyn LG, Degeling C, Johnson J. Communicable Disease Surveillance Ethics in the Age of Big Data and New Technology. *Asian Bioethics Review*. 2019; 11:173–187 s. 173 <https://doi.org/10.1007/s41649-019-00087-1>
2. Koch T. Disease maps epidemics on the ground. Chicago: *The University of Chicago Press*. 2011:55.
3. Janati A, Hosseiny M, Gouya MM, et al. Communicable disease reporting systems in the world: a systematic review article. *Iran Journal of Public Health*. 2015;44(11):1453–65.
4. European Parliament and Council of European Union. General Data Protection Regulation (14 Nisan 2016/679). (Alıntılanma Tarihi: 30 Şubat 2021). Erişim adresi: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>
5. Roagna I. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Kapsamında Özel Hayat ve Aile Hayatına Saygı Gösterilmesi Hakkının Korunması, Avrupa Konseyi İnsan Hakları El Kitapları, Avrupa Konseyi, Strazburg. Çev. SCHALING, Ayşe Gül, Türkçe Baskı, Ankara. 2012: 42.
6. Kenyon JM, MCall S, Laurie RA. Graeme T. Law and Medical Ethics, 6th Ed. LexisNexis Butterworths, London 2003; 246.
7. Beauchamp TL, Childress JF. (2003), Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press (Fifth Edition), New York; s. 293-312.
8. 1593 sayılı Kanun, RG: T. 6.5.1930, S. 1489.
9. 6698 sayılı Kanun, RG: T. 7.4.2016, S. 29677
10. RG: T.30.05.2007, S. 26537.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sayı: B100TSH0110001 Konu: Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi 24.02.2004 / 1534
12. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik RG: 22.4.2020, S.31107
13. Kass N, Kahn J, Buckland A, Paul A, et al. and the Expert Working Group. Ethics Guidance for the Public Health Containment of Serious Infectious Disease Outbreaks in Low-Income Settings: Lessons from Ebola. John Hopkins Berman Institute of Bioethics. 2019:1-85. (Alıntılanma Tarihi: 31 Ocak 2021). https://bioethics.jhu.edu/wpcontent/uploads/2019/03/Ethics20Guidance20for20Public20Health20Containment-20Lessons20from20Ebola_April2019.pdf
14. Taylor MJ. Legal bases for disclosing confidential patient information for public health: distinguishing between health protection and health improvement. *Med. Law Rev*. 2015;23(11):348-74. <https://doi.org/10.1093>

Bir arkadaşımızın COVID-19 olmadan, hastalığa yakalanacağına dair psikolojik dengesini kaybettiğini duydum. Ağır travma geçiriyormuş. Raporlu o. Bense hastanede ayrımcılıkla baş etmek zorunda kaldım. Örneğin, hastanede çalışırken yemekhaneye indiğimde, yemek yiyemezsin dediler bana, ya da bir alt kata inip arkadaşınla çay içemezsin. Sokağa çıkamazsın. Şunu edemezsin bunu edemezsin. Niye? Çünkü sen izolasyonasın, karantina bölümünde çalışıyorsun. İyi, güzel tamam çıkmayayım. Sonra ertesi gün beni arıyor, izolasyonda çalışan hemşire olarak bana falanca yerde görevlisin oraya git diyor bana. 50 tane yerde çalışan insanla temas ediyorum. Bu sence etik mi? Yemekhaneden geçerken diyorum ki; yemeğimi de alayım servise gideyim. Bana porselen tabakta yemek vermiyor. Köpük tabakta yemek istemiyorum diyorum. Tamam bu seferlik vereceğim, diyor ama arkadaki bulaşıkçı kadına da diyor ki, Elif hanımın tabakları gelince çamaşır suyuna yatırın. Doktorların arasından geçip gideceğim mesela servise. Her birisi sanki öcü görmüş gibi kenara kaçıyor. Böyle bir şey olamaz.

Hemşire Elif

Öncelikle hasta evinden geliyor hastaneye. Pozitif olduğunu biliyoruz onun. Kendisi gelmiş başka imkânı yok ama pozitif olduğunu bile bile gidiyor evine ama onu evine götürcek bir araç yok. Giderken kaç kişiye bulaştıracak acaba virüsü. Hastayı 112 getirse de hastaneye, sonra onu geri götürmüyor. Ya da ayakta geçiriyor hastalığı karantina altında. Hastaneye nasıl gelecek? Bir şekilde geliyor. Taksiye atılıyor ya da toplu taşıma ile geliyor. Herkesin özel aracı yok. Evine giderken nasıl gidecek? Karantina altında olan bir hastadan söz ediyoruz. Etik olmayan bir şey bu.

Paramedik Feyza

Türkiye’de İzolasyon ve Karantina Uygulamalarının Yasal Çerçevesi ve Etik Tartışmalar

BÖLÜM
24

225

GÜRKAN SERT

Bulaşıcı hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastalıklara ve ölümlere neden olmakta, verimliliği düşürmekte, ekonomik zararlar getirmektedir¹. Bu tehditler ancak etkili bir bulaşıcı hastalık mücadelesi ile durdurulabilir². Devletlerin halk sağlığını koruma ve geliştirme yetkisi vardır. Bu yetki, devletlere ve halk sağlığı otoritelerine, toplulukların sağlığını koruma yükümlülüğü vermektedir. Bu bağlamda, pandemi ile mücadele edilirken, kişi hak ve özgürlüklerini sınırlayan önlemlere başvurulabilmektedir^{1,2}. Kişi hak ve özgürlüklerini sınırlayan uygulamalar arasında karantina ve izolasyon uygulamaları da yer almaktadır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu çok sayıda ülke, COVID-19 ile mücadele kapsamında izolasyon, karantina tedbirlerini uygulamaktadır. Şüphesiz ki bu sınırlamalara uyulması hem birey hem de toplum sağlığının korunması açısından önemlidir. Ancak bu uygulamaların, kişi hak ve özgürlüklerini sınırlayan uygulamalar olması bağlamında önemli etik ve yasal tartışmalar içerdiği de bir gerçektir. Bu noktada bulaşıcı hastalıklarla mücadele sürecinde karar alan ve uygulayan devlet otoritelerinden bu süreçte bireylerin hak ve özgürlüklerini en az şekilde sınırlayan yaklaşımları göstermesi beklenmektedir.

Karantina, İzolasyon Önlemleri ve Etik Tartışmalar

İzolasyon, enfekte olmamış kişileri hastalığa maruz kalmaktan korumak için, bulaşıcı hastalığı olan hastaları hasta olmayanlardan ayırmak anlamına gelir². İzolasyon, genel popülasyonlarda semptomları olanları dolaşımdan korur³. Karantina ise, bulaşıcı bir hastalığa maruz kalmış olma olasılığı olan bir kişinin hastalıkla ilgili belirti göstermese de hareketini kısıtlar. Buradaki amaç hem maruz kalan kişinin başkalarına hastalığı yaymasını önlemek hem de hasta olup olmadığını belirlemek üzere bu kişiyi daha yakından gözlemlemektir². Karantina ve izolasyon uygulamalarının faydaları olsa da kişi hak ve özgürlüklerine getirdiği sınırlamalar nedeniyle endişe de uyandırır. Ancak bu önlemler, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede vazgeçilmez olarak görülmektedir.

Bazı koşullar altında karantina ve izolasyonun etik açıdan haklı olabileceği kabul edilmektedir:

1. Bu önlemlerin gerekli olduğunu gösteren bilimsel kanıtlara bulunmalıdır^{2,4}.

Bu önlemler, bilimsel kanıtlara dayanılarak hastalıkların yüksek mortalite veya morbiditeye sahip olduğu ve genellikle hava yoluyla, dokunma veya fekal-oral yollarla nispeten kolay yayıldığı çok özel durumlarda uygulanabilir². Karantina süresi hastalığın bulaşıcılığının başladığı ve bittiği süreye göre belirlenmelidir². Hastalığın özellikleri, yayılımı, geçişi gibi konularda bilgilerin bulunmaması ya da yeterli bilgi bulunmaması hallerinde sert önlemler olarak bilinen karantina ve izolasyonun uygulanmasının haklı çıkarılması güçtür. Bu gibi durumlarda, bu önlemlerin hedefe ulaşmada etkin olduğunun açıklanması zor olacaktır⁴.

2. Daha hafif önlemlerle eşit sonuçlara ulaşılamayacağı açıklanabilmelidir:

İzolasyon, karantinadan daha az kısıtlayıcı bir önlemin aynı yararı sağlayamayacağı açıklanabilmelidir². Hastalığın geçiş yolları ve yayılımı hakkında bilgi sahibi olduğunda daha hafif önlemlerle eşit sonuçlara ulaşıp ulaşılamayacağını açıklanması gerekir. Bu noktada patojenin dinamikleri ve etkileri konusundaki bilimsel bilgilerin hastalık ile mücadelede karantina ve izolasyon önlemlerin etkin olacağını ortaya koyması ve bu yöntemlerden daha hafif yöntemlerin uygulanmasının aynı sonuçları sağlamayacağını açıklanabilmesi bu önlemlerin uygulanmasını etik ve yasal açıdan haklı çıkarabilir. COVID-19 ile ilgili karantina ya da izolasyon uygulamalarına karar verilirken bu değerlendirmelerin yapılması gereklidir. COVID-19 ile ilgili kanıtlar, yolcu gemileri, bakım evleri, hapishaneler, ibadethaneler, barınaklar ve yurtlar gibi sosyal ortamlarda COVID-19 ile ilgili aşırı riskli yerler olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kamusal alanların geçici süre ile kapatılması (okullar, çocuk bakımı merkezleri, işyerleri), kamu etkinliklerinin durdurulması (tatil kutlamaları, dini törenler, spor etkinlikleri, siyasi mitingler) gibi önlemlerin akılcı, bilimsel ve etiğe uygun olarak uygulanmasının, viral yayılmayı önleyebileceği görülmektedir. Kişinin hastalığa maruz kaldığı biliniyorsa veya yoğun şüphe durumunda ve sadece maksimum inkübasyon süresi boyunca (COVID-19 için on dört gün) kişiler izolasyon veya karantina altında tutulmaktadır⁵.

Türkiye’de Karantina ve İzolasyon Uygulamalarının Yasal Çerçevesi

Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele konusunda en önemli hükümler, Umumi Hıfzıssıhha Kanun’unda (UHK) yer almaktadır. Bu yasanın birinci maddesine göre ülkenin sağlık koşullarını düzeltme, halkın sağlığına zarar veren hastalık ve diğer etkenlerle mücadelenin devletin görevidir⁶. Gelecek nesillerin sağlıklı olarak yetiştirilmesini sağlamak ve halka tıbbi ve sosyal destek vermek de devletin görevleri arasında sayılmıştır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı’nın bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile ilgili

önlemler alma görevleri de vardır. Sağlık Bakanlığı bu yasa kapsamında karantina ve izolasyon uygulayabilmektedir.

Yurtdışından Gelenlere Karantina ve İzolasyon Uygulanması

Yurt dışından deniz, hava ve kara yoluyla Türkiye’ye gelen yolcuların bulaşıcı hastalıkları ülkeye sokmaması için alınacak önlemler UHK’da belirtilmiştir. Buna göre zorunlu aşı, serum, karantina ve izolasyon da uygulanabilecektir. Kanununun 54, 55 ve 56. Maddelerine göre, bu tedbirlerin yanında sınır kapılarının kapatılması ve seyahat sınırlaması tedbirleri de alınabilir⁶. COVID-19 ile mücadelenin ilk dönemlerinde yurtdışından giriş yapanlar 14 günlük bir süre boyunca devlete ait ve gerekli önlemler alınmış merkezlerde temel ihtiyaçları devlet tarafından karşılanarak tutulmuştur. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST), yolculara gerçekleştirilecek uygulamalarla ilgili olarak yolculara saygılı davranılması, sosyokültürel, inançsal, etnik farklılıklar önemsenerak yaklaşılması gerektiğine vurgu yapmıştır⁷. Türkiye bu uygulamayı Mart ve Haziran ayları arasında gerçekleştirmiştir. Haziran ayında bu uygulamayı kaldırmıştır. Yurt dışından giriş yapan kişilerin 14 gün boyunca karantina altında kalmasının getirdiği ağır yük bu kararlarda etkili olmuş olabilir. Pandeminin ülkeye girişinden itibaren yayımlanan bilgilendirici broşürlerde yurt dışından giriş yapan ya da yabancı uyruklu bireylere karşı ayırıcı yaklaşımların gösterilmemesi gerektiği hususu özellikle vurgulanmıştır. Temel yasal düzenleme ve bu düzenleme kapsamında alınan resmi tedbirler pandemiye yanıt anlamında etik bir sorun içerir gibi görünmemektedir. Ancak bunların sahada uygulanması hususu ile ilgili ayrıntılı bir çalışma bu konuda yol gösterecektir. Örneğin yaşlı, çocuklu, kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin yaşadıkları güçlükler ve karantina uygulamalarında eksik kalan hususlar ile ilgili belirlemelerin yapılarak düzenlemelere gidilmesi önemlidir.

Yurtiçindekilere Karantina ve İzolasyon Uygulanması

Yurt içinde bulunanların izolasyon altında tutulması ile ilgili olarak ise iki ayrı rejim öngörülmüştür:

Evde İzolasyon

Kanun’un 73. Maddesine göre kolera, ruam ve veba dışındaki hastalıklarda evde izolasyonun yarar sağlayacağını tespit edilmesi koşulu ile evde izolasyona olanak sağlamaktadır⁶.

Zorunlu Tecrit

Buna göre, Kanun kolera, veba ve ruam olan hastalar ile bu hastalıkları yayma olasılığı bulunan kişilerin zorunlu izolasyona tabi tutulacağını öngörmektedir. Ek olarak bu hastalıkların dışında bir bulaşıcı hastalığı olsa da buldukları yerlerde izolas-

yonları mümkün ya da yeterli olmayanlar da zorunlu izolasyona tabi tutulacaktır. Kanunun bu maddesi kişilerin sınırlı durumlarda zorunlu izolasyona tabi tutulmasını öngörmesi bağlamında olumludur⁶.

Türkiye’de COVID-19 testi pozitif çıkan bireylerden bakım alma ihtiyacı olanlar, sağlık tesislerinde tutulmakta ve isterlerse tedavilerini almaktadır. Tıbbi bakıma ihtiyacı olmayanlar, evde izolasyon altında kalabilmektedir. Bu kapsamda pozitif olan hastanın bilgileri, bu hastadan sorumlu olan birimlere iletilmekte ve hastanın tabiki bu birim tarafından yapılmaktadır. Testlerden sonra evde izolasyonda kalacak hastaya pandemik hastalık ile ilgili bilgilendirmeler yapılmakta evde kalacağı sürede evde yaşayan diğer bireylere hastalığın bulaşmasının söz konusu olmaması için alacağı önlemler hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. Ayrıca hastaya evden dışarı çıkmaması ve evde kalması ile ilgili bilgiler de sunulmaktadır. Evde izolasyon uygulamalarında hastalara ilaçları evde kullanıma uygun şekilde verilmektedir. Evde risk altında bulunan yakını olan kişiler izolasyon altında tutulacakları bazı yerlerde (öğrenci yurtları gibi) merkezlerde kalabilmektedir. Türkiye’de COVID-19 ile mücadele kapsamında tıbbi zorunluluk yok iken uygulanan izolasyonun evde geçirilmesine olanak sağlanarak izolasyonun bireye getirdiği bazı yükler azaltılmıştır. Bu yaklaşım bu önlemlerin uygulanmasında etİge uygun yaklaşımlar açısından gereklidir. İzole edilen veya karantinaya alınanlara, enfekte edici ajan, iletimi ve enfeksiyonun ilişkili sonuçları hakkında bilinenler göz önüne alınarak, makul bir şekilde evde veya ayrı bir tutma tesisinde bir izolasyon / karantina seçeneği sunulması önerilmektedir. Bu bireylerin birçoğu için, ev izolasyonu başka bir yerdeki izolasyondan daha az kısıtlayıcı hissetmesine neden olacaktır². Evde izolasyon altında kalma zorunluluğu olan hastaların bu kurallara uymaması durumunda bulaşıcı hastalık yayma eylemi nedeni ile Türk Ceza Kanunu madde 195 kapsamında ceza alabilirler⁸.

Evde izolasyon altında kalması zorunlu olan hastaların bu kurala uymaması durumunda evde ya da devletçe belirlenen bir merkezde zorla tutulması ancak, Türk Medeni Kanunu’nun 432. Maddesi kapsamında olmaktadır⁹. Bu maddeye göre ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalıklar nedeniyle kişisel koruma amacıyla hâkim kararıyla özgürlük kısıtlanabilir. Bunun dışında kişileri zorla izolasyon altında tutacak bir düzenleme bulunmamaktadır. Sonraki dönemlerde (Eylül 2020 ayı itibarı ile) evde karantina ve izolasyon önlemlerinde aşamalı olarak zorunluluk uygulaması getirilmiştir. Evde izolasyon ve karantinaya uyulmamasının, tanı sayılarında artışa neden olduğu gerekçe gösterilerek evde kontrollerin artırılmasının yanında evde karantina ya da izolasyon kurallarına uymayanların öğrenci yurtlarında kendi bütçeleri ile tutulmaları yönünde idari önlemler alınacağı bildirilmiştir. Bu gibi önlemlere başvurmanın etik ve yasak açıdan kabul edilebilmesi için bu uygulamaya geçişin zorunluluğu ve hali hazırda alınmış önlemlerin yetersizliğinin yanında daha zorlayıcı önlemin bir gereklilik olduğu açıklanabilmelidir. Bu gibi uygulamalarda bireylerin tutulacakları merkezlerin koşulları da öneme göz önünde tutulmalıdır. Bireylerin tutulacakları yerler insani koşulları taşımalıdır (yeterli gıda, su, güvenli ve insanlı şartların sağlanması). Bireyin kapalı tutulması ile ilgili şeffaf ve izlenebilir standart-

lar oluşturulmalıdır. Hastanın nereye götürüldüğü, nerede kaldığı, sağlık durumu hakkında hastanın aile üyelerine ve hastanın talebine göre diğer yakınlarına bilgi verilmelidir. İzolasyon altındaki hastanın ailesi veya diğer yakınları ile düzenli iletişimi de sağlanmalıdır (telefon, mesaj, haberci vs. gibi araç ve yöntemlerle). Buna ek olarak, eğer mümkünse, sınırlandırılmış kişiler için psikososyal destek de dâhil olmak üzere sağlanmalıdır^{2,4,5,6,7,8}. Devletlerin bu sınırlamaların potansiyel finansal ve istihdam sonuçlarını göz önünde bulundurmalı ve bu bireylerin bakmakla yükümlü oldukları kişilere destek ve bakım mekanizmaları sağlamalıdır^{4,9}. UHK bu yaklaşıma uygun hükümler içermektedir. *UHK'ya göre* zorla izolasyon altında tutulan kimselerden yardıma muhtaç olanların kendileri ve ailelerinin geçinmesi için gerekli yardım devlet tarafından yapılacaktır (m.83). UHK karantina ya da izolasyon gibi nedenler ile sınırlanan çalışanlar için de aynı önlemler alınacaktır (m. 76).

Kaynaklar

1. Phua KL. Ethical dilemmas in protecting individual rights versus public protection in the case of infectious diseases. *Infect Dis (Auckl)* 2013; 6: 1-5. doi: 10.4137/IDRT.S11205
2. Kass N, Kahn J, Buckland A, Paul A, and the Expert Working Group. Ethics guidance for the public health containment of serious infectious disease outbreaks in low-income settings: Lessons from ebola. John Hopkins Berman Institute of Bioethics, April 2019. Erişim Adresi: <https://bioethics.jhu.edu/research-and-out-reach/projects/ethics-guidance-lessons-from-ebola/>
3. Upshur R. The ethics of quarantine. *Virtual Mentor*. 2003; 5(11): 393-395. doi: 10.1001/virtualmentor.2003.5.11.msoc1-0311.
4. Smith M, Upshur R. Pandemic disease, public health, and ethics. In: Mastroianni AC, Kahn JP, Kass NE, eds. *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. New York: Oxford University Press; 2019.
5. Gostin LO, Friedman EA, Wetter S. Responding to COVID-19: How to navigate a public health emergency legally and ethically. *Hastings Cent Rep* 2020. 50(2): 8-12. DOI: 10.1002/hast.1090.
6. 1593 sayılı Kanun, RG: T. 6.5.1930, S. 1489.
7. Uluslararası Sağlık Tüzüğü. 2005. Erişim Adresi: https://www.hssgm.gov.tr/content/documents/uluslararası_antlamalar/Uluslararası%C4%B1%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20T%C3%BCz%C3%BC%C4%9F%C3%BC.pdf
8. 5237 sayılı Kanun, RG:12/10/2004, S. 25611.
9. 4721 sayılı Kanun, RG: 8/12/2001, S.24607.
10. Smith MJ. Ethical obligations of researchers, public health practitioners and publishers regarding ownership of scientific data. In: *Ethics in Epidemics, Emergencies and Disasters: Research, Surveillance and Patient Care*. Geneva: World Health Organization; 2015.
11. Viens AM, Bensimon CM, Upshur REG. Your liberty or your life: Reciprocity in the use of restrictive measures in contexts of contagion. *Journal of Bioethical Inquiry* 2009; 6(2): 207-217. doi: 10.1007/s11673-009-9149-2.
12. Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases: Interim guidance. Uploaded: 19 August 2020. Erişim Adresi: [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(COVID-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(COVID-19))
13. Smith MJ, Bensimon CM, Perez DF, Sahni SS, Upshur REG. Restrictive measures in an influenza pandemic: a qualitative study of public perspectives. *Can J Public Health* 2012; 103(5):e 348-e352. doi: 10.1007/BF03404443

KISIM IV

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DİRENÇLİLİĞİNİN ARTTIRILMASI



Açıkçası ben yaşadığım etik sorunlarla baş etme taktiği olarak, talep edilenle uyumlu olmayı seçtim. Bunu üzümlere belirtiyorum. Çünkü ben psikiyatri uzmanıyım. Genel tıbbi bilgim var. Fakat doğrudan benim alanım olmadığı için belli görüşlerim olsa da görüşlerimi savunabilecek durumda değilim. Uzmanlık alanım değil. Bu konuda uyumlu davrandım. Algoritmalara uydum. Doğru olduğunu görmesem de uydum. Kendi uzmanlık alanımdayken daha fazla inisiyatif alıyorum. Algoritmaların dışına çıkabiliyorum. Bireysel isteğimden dolayı değil. Hastaya zarar vermeme, hasta için daha doğru olduğundan emin olduğum için bilimsel bilgiler ışığında tıbbi uygulamalar yapabiliyorum. COVID sürecinde benim alanım olmadığı için dirençli olamadım.... Yaşadığınız etik uyumsuzlukların nasıl çözüleceğini düşünüyorsunuz? Baktığımız zaman etik kavramlar var fakat ben bunların bir yanılısına olduğunu düşünüyorum. Etik diyerek en son dalın en uç kısmını konuştuğumuzu düşünüyorum. Bence kökü konuşmak gerekiyor. Yani sağlığın ticaret haline dönüştürüldüğü, sağlığın meta olduğu, sağlığın ülkenin basit siyasetiyle birleştirilerek çözülmeye çalışıldığı bir noktada etikten konuşmanın çok anlamlı olmadığını düşünüyorum. Sorunun etik değil, sosyolojik, siyasal olduğunu düşünüyorum. Eğer biz dünya olarak sağlığı insanın en temel hakkı ve bütün kararları koşulsuz bir şekilde toplumun sağlığı çerçevesinde alınması gerektiğini düşünüyorum. Hatta hastaların da doktorların da iştiraklerinin olduğu bir düzen içinde yaşadığımızda bizim şu an etik sorunlar olarak tanımladıklarımızın ortadan kalkacağını düşünüyorum.

Psikiyatri Uzman Doktor Erkin

Hastanede yüz kişi çalışıyorsa on kişi tepki gösterir, doksan kişi de itaat eder. O şekilde. Zaten yarı yarıya olsa, o hastane cehenneme döner. Büyük bir grup itaat edecek ki uyum içinde çalışsın. Bu on kişilik grubun içindekilerden biriyim ben. Yani mümkün olduğunca zıtlaşmamaya çalışıyorum ama elimde değil, olmuyor. Karakterim bu. Mesela, hekimler de çok ezmeye çalışıyorlar. Aşağılamaya ve hasta yanında rezil etmeye çalışıyorlar. COVID-19'u unutup hastanın başında beklememi istiyor mesela. Kardiyak problemi var hastanın, monitörde izle diyor. Nasıl olacak o? Saatlerce bu işi yapmak mümkün mü? Al sana çatışma. Takip edemeyiz diyoruz. Takip etmeniz gerekir, hastayı gönderecek yerim yok, diyor. Başka çaresi yok, diyor. Ama başka çaresini bulmak zorundasınız. Hastanın hayatı tehlikedeyseniz bulacaksınız. Biz COVID-19 bir hastayı tulumlar içinde kardiyak yönden monitorize edemeyiz uzun süre. Eğer ki başa çıkamazsak kendi müdürümüzü arıyoruz. Baş Hekim yardımcısını arıyoruz. Bizim de hayatımızı riske sokuyorlar bu şekilde, diye. Kelimelerini güzel seçersen ve etkili, onları ikna edici konuşur, tecrübelerini onlara dayarsan idare seni tutar. Kendini ezdirmemesi için bu hemşirenin çok zeki olması lazım. Yoksa, çok ayak altında kalır.

Hemşire Elif

Tıp etiği çok eksik ve çok yetersiz. Yoruma açık. Hastaya müdahale ederken örneğin önce kendini korumak gerekir tıp etiğinde. Kim olursa olsun, bir hemşire o sırada kendini düşünsün önce bu kişiler çok azdır. Tıp etiği çok katı gibi görünse de çok yoruma açık. Bu ilkeler yetersiz kalıyor bence. Bu işin doğru olmadığını ve böyle yürümemesi gerektiğini, değişmesi gerektiğini söylüyoruz. Bunu orada çalışan herkes dillendirebilir, ifade edebilir. Kimi daha içeriden söyler, çatışır, karşı karşıya gelir idareyle... Ama neticede siz bir işi yapmaya devam ediyorsunuz, ekme parası kazanıyorsunuz oradan ve oraya birçok sağlık emekçisi aslında muhtaç. Orada çalışmadığında aç kalır. Başka olanağı da yok. Mecburi olarak devam ediyor.

Hemşire Fadime

Birlik olup da tek bir ağızdan kendimizi savunup da bunu çatışmaya dökmeyiz, öyle söyleyeyim. Aslında şöyle işliyor süreç, ast-üst ilişkisinin zarar görmemesi açısından, durum çatışmaya dönüşmüyor. Üstüne göre yöneticisinin verdiği karar aslında onun açısından etik olmasa da herhangi bir sıkıntı göstermemesi açısından bunu dile getiremiyor. Yani insanlar dile getiremiyor. Bu nedenle etik uyumsuzluklar çatışmaya dönmüyor. Bir kabulleniş var, öyle söyleyeyim.

Hemşire Umut

COVID-19 Pandemisinde Hastanede Sağlık Çalışanı Olmak: Etik İkilemler ve Güçlendirme Önerileri

BÖLÜM
25

235

HAFİZE ÖZTÜRK TÜRKMEN

Bir yılı aşkın süredir küresel bir tehdit olarak yaşamın tüm alanlarını etkileyen ve insanlık için bir felakete dönüşen COVID-19 pandemisi, etken virüsün yeni mutasyonlarıyla hastalandırmaya ve can almaya devam etmektedir. Uluslararası kaynaklara göre Şubat 2021 ortalarına kadar dünyada 110 milyonun üzerinde COVID-19 vakası ve 2.5 milyona yakın COVID-19 kaynaklı ölüm saptanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 24 Şubat 2021 tarihli verilerine göre, salgının başlangıcından bugüne ülkemizde 2.655.633 vaka ve 28.285 COVID-19 kaynaklı ölüm kaydedilmiştir. Bilindiği üzere pandemiyle etkin mücadele hastaların sağlık kurumlarında tedaviyle değil, toplumun büyük çoğunluğunun aşıyla bağışıklanarak hastalıktan korunmasıyla sağlanmaktadır. Kısa süre önce başlayan aşılama çalışmalarına karşın, aşuların yetersizliği ve ülkelerin aşıya erişimde karşılaştıkları fırsat eşitsizliği nedeniyle dünya nüfusunun büyük çoğunluğu için hastalık ve ölüm riskinin aylar, hatta yıllar boyu sürebileceği dile getirilmektedir.

Pandemi, yol açtığı hastalık ve ölüm riski yanı sıra dünyanın pek çok ülkesinde süre giden ekonomik kriz, işsizlik, yoksulluk, açlık gibi insani sorunların ve eşitsizliklerin derinleşmesine de neden olmaktadır. Bu bağlamda pandeminin, insanlık için yalnızca tıbbi yöntemlerle çözümlenebilecek bir salgın hastalık değil, aynı zamanda ekonomik, ekolojik, toplumsal, siyasal boyutları olan çok geniş kapsamlı bir küresel sorun olduğu söylenebilir. Epidemiyoloji biliminin gerekleri doğrultusunda belirlenen politikalar ve alınan önlemler, sorunla mücadelede merkezi yönetime bağlı kurum ve kuruluşların, yerel yönetimlerin, meslek örgütlerinin, sendikaların, sivil toplum örgütlerinin ve genel olarak toplumun tüm kesimlerinin aktif katılımıyla yaşama geçirilebilmektedir. COVID-19 pandemisiyle ilgili uygulanmakta olan evde izolasyon, hijyen, maske kullanımı, fiziksel mesafe, seyahat kısıtlaması, zorunlu olmayan toplu yaşam mekanlarının ve işyerlerinin kapatılması, yüzyüze eğitime ara verilmesi gibi önlemler salgınla mücadeleye çok önemli katkılar sağlamakla birlikte insanların toplumsal yaşam alışkanlıklarını dönüştürmekte ve psikososyal açıdan olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Yaşanan işsizlik ve yoksulluk yanı sıra yakınlarıyla uzun süre görüşmemek, görüştüğünde fiziksel mesafeyi korumak zorunda olmak, onların mutluluk ve yaslarına ortak olamamak, sağlık sorunları başta olmak üzere acil

olmayan çalışma ve sosyal etkinliklerini belirsiz bir geleceğe ertelemek gibi zorunluluklar ve kısıtlamalar toplumun tüm kesimlerinde çeşitli düzeylerde yoksunluklara ve gerilimlere neden olmaktadır.

Küresel bir kriz olarak yaşanmakta olan pandemi, toplumsal dinamikler üzerinde yukarıda kısaca dile getirilen etkileriyle birlikte tüm dünyada doğanın, yaşamın ve sağlığın değerine, insanın evrendeki anlamına ve geleceğine, egemen neoliberal patriyarkal kapitalist sistemin yaşam ve insan değerleri üzerindeki etkilerine ilişkin sorgulamaları da gündeme getirmiştir. Örneğin; SARS Cov-2 virüsünün yarasalardan insanlara bulaşan bir virus olduğunun saptanması, doğada insan eliyle oluşturulan tahribatın insan dışındaki canlı hayatla birlikte insanlığı da tehdit ettiğinin, kapitalizmden ayrı düşünülemez olan ekolojik yıkım ve iklim krizinin başta gıda ve su gibi yaşamsal kaynaklara erişimde ciddi sıkıntılar yarattığının, sağlık, eğitim gibi alanların özelleştirilmesinin ve metalaştırılmasının insanların bu hizmetlere erişiminde derin eşitsizliklere yol açtığı, dolayısıyla kamusal hizmetlerin insan yaşamındaki belirleyici öneminin yeniden tartışılmasına neden olmuştur. Bir başka deyişle; pandemi, kapitalist sistemin krizini bütün çıplaklığıyla gözler önüne sermiş ve elbette bu krizden çıkış için bir arayış döneminin kapılarını da açmış görünmektedir.

Pandemiye ilişkin çizilen bu genel çerçeve içinde COVID-19'un öncelikle küresel bir salgın hastalık olduğu gerçeğinden hareketle bu yazının odak noktasını, hastanelerde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde yaşadıkları etik sorunlar ve çözüm yolları ile etik gerilimler karşısında güçlendirme mekanizmaları oluşturmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Hastanede Yaşadığı Etik Gerilimler

Ülkemizde yürürlükte olan politikalar çerçevesinde kamu sağlık kurumları olan devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, özel dal hastaneleri, üniversite hastaneleri ile vakıf hastaneleri ve özel sektöre ait tüm hastaneler ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları olarak hizmet vermektedir. Bu kurumlarda çalışan ve sağlık ekibini oluşturan farklı meslek gruplarından sağlık emekçileri belirlenen yasal prosedürlere, hazırlanan planlara ve etik değerlere uygun olarak olağan ve olağandışı dönemlerde sağlık hizmetlerini yürütmektedir. COVID-19 pandemisiyle mücadele, büyük ölçüde kamu kurumu olan hastanelerde sürdürülmektedir. Pandemi döneminde özellikle kamu hastanelerinde görevli sağlık emekçileri başta yaşama saygı olmak üzere zarar vermeme, yarar sağlama, sınırlı kaynakların kullanımında ve tıbbi uygulamalarda adil davranma, hastanın özerkliğine ve mahremiyetine saygı gösterme ve koruma, sır saklama ilkelerine uygun davranma olarak sıralanabilecek tıp ve sağlık etiğinin temel ilkeleri ve meslektaşlar / ekip çalışanları arasındaki ilişkiler konularında çeşitli etik ikilemlerle karşılaşmaktadır.

Söz konusu etik ikilemleri genel olarak sağlık çalışanı-hasta/hasta yakını, sağlık çalışanı-sağlık ekibi, sağlık çalışanı-çalıştığı kurum, sağlık çalışanı-kendisi/yakınları/mesleki değerleri arasındaki ilişkilerde yaşanan etik ikilemler olarak gruplandır-

mak olanaklıdır. Sık karşılaşılan kendi sağlığını korumakla hastaya yarar sağlamak, hastanın özerkliğine saygı göstermekle ona zarar vermemek, hastanın mahremiyetini korumakla ona ulaşamayan yakınlarına bilgi vermeye zorlanmak, belirlenmiş meslek etik değerlerini korumakla hastane politikalarına uygun davranmak yanı sıra sağlık ekibinde ortaya çıkan iletişimsizlik ve ekip çalışmasının gerektirdiği etik ilkelere aykırı davranışlar gibi konularda yaşanan etik ikilemler kimi durumlarda etik uyumsuzluklara ve çatışmalara yol açabilmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşadığı ikilemler, uyumsuzluklar ve çatışmalara çoğunlukla ahlaki değerlerinde zorlanma eşlik etmekte, bu durum mesleki etkinliğini etik açısından sürekli olarak sorgulamasına ve kendini yetersiz hissetmesine neden olabilmektedir.

Hastanelerde salgınla mücadele görevini yürüten sağlık çalışanlarının karşılaştığı çeşitli sorunlar, pandeminin ilk günlerinden başlayarak özellikle meslek örgütleri ve sendikalar aracılığıyla kamuoyu gündemine getirilmektedir. Konuyla ilgili olarak kamuoyuna yansıyan haberler ve empirik gözlemler yanı sıra yapılan bilimsel araştırmalar, sağlık çalışanlarının sorunlarının önemli bir bölümünün etik alanına ilişkin sonuçlar yarattığını göstermektedir. Burada, pandemi sürecinde yapılmış iki çalışmanın bulgularından yola çıkarak yaşanan sorunların etik açısından değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

İlk çalışma, Galatasaray Üniversitesi Toplumal Araştırmalar Merkezi COVID Araştırma Grubu tarafından yapılan ve Türk Tabipleri Birliği COVID-19Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu'nda "Türkiye'de COVID-19Mücadelesinde Sağlık Personeli: Dayanışma ve Çatışma (Bir Araştırma Notu)" başlığıyla yayımlanan araştırmadır. Türkiye'nin farklı illerinden kamu, özel, üniversite hastanelerinin göğüs hastalıkları bölümlerinde görev yapan uzman hekimler, asistanlar ve hemşirelerle derinlemesine görüşme tekniğiyle gerçekleştirilen çalışmada, 49 görüşmecinin aktardıkları söylem analizi ve sosyolojik anlamlar açısından tartışılmıştır. Araştırmanın bulguları, birçok kamu hastanesinde pandemi çalışanlarına ek ödeme gündeme geldiği zaman, daha önce görevden kaçınan hekimlerin maddi kaygılarla COVID-19mücadelesinde görevlendirilme çabasına girdiklerini, resmi olarak görevlendirme alan hekimlerin ise sorumluluklarındaki hastaları göğüs hastalıkları servisinin gözetimine terk ettiklerini göstermektedir. Bu adaletsiz yaklaşıma maruz kalan hekimlerde ise kaygı verici düzeyde değersizlik ve tükenme duygusu, hak kaybına uğrama pahasına istifa ya da emekliye ayrılma düşüncesi gözlenmektedir. Benzer bir somut gözlem, pandemiyle mücadelede yoğun ve zorlu çalışma koşullarında verdikleri emeğin karşılığında takdir edilmek yerine adaletsizliğe uğrayan sağlık çalışanlarının, bıkkınlık ve değersizlik duygusu yanı sıra kurumların düzenli ve adil işleyişine olan inancın yitirilmesi ve dayanışma bağlarının çözülmesi ile bir değer yitimi durumu olan anomi içine sürüklenmiş olduklarıdır. Çalışmanın bulgularına göre, ortaya çıkan eşitsizlik ve adaletsizliğin kurum yönetimiyle paylaşılması halinde, aşağılama ve otoriter tavırla karşılaşmak, cerrahi dalların kayırılmasına dayalı bir düzenin tesis edildiğini açıkça görmek, kimi hekimlerin kendilerini karmaşık tıbbi işlemleri yapan kişiler olduklarını, pandemiyle mücadele gibi basit işlerle uğraşamayacaklarını dile

getirdiklerine tanıklık etmek yaşanmakta olan değersizlik duygusunu derinleştirmektedir. Bu hiyerarşik anlayış, asistanlıktan başlayarak her düzeyde yeniden üretilmekte ve pandemiyle mücadelede görev almaktan çekinme davranışını güçlendirmektedir. Bir başka gözlem, olağan dönemlere göre planlanmış, içselleştirilmiş ve sıradanlaşmış eylem ve tutum kalıplarının pandemiyle birlikte hızla değişmesi, var olan hiyerarşik ilişkilerin ve güç dengelerinin de yeniden belirginleşmesine neden olduğu yönündedir. Her hastanenin pandemiyle mücadeleye aynı oranda hazırlıklı olmaması, kişisel koruyucu, donanım, malzeme ve teçhizat erişim konusunda karşılaşılan sıkıntılar ve eşitsizlikler sağlık çalışanlarının gerek hasta bakımı gerekse kendi sağlık riskleri açısından kaygı ve endişelerini arttıran bir etken olarak saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının daha fazla yıpranmasına yol açan bu durum, aynı zamanda klinikteki işbirliği ve dayanışmayı da olumsuz etkilemiştir. Araştırmada, birçok sağlık kurumundaki yöneticilerin pandemi mücadelesinde görevlendirme ya da görev alma konularında kimi durumlarda mobinge varan düzeylerde ayrımcılık yaptıkları saptanmıştır. Göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının çoğunlukla gönüllü katıldıkları bu süreçte, öteki dallardaki pek çok uzmanın görevden kaçınma, pandemi hastanesine dönüştürülen kurumlarda görevi yerine getirmeme, bazı tıp fakültelerinde uzaktan ders verme sorumluluğundan da kendini muaf görme davranışı sergiledikleri gözlenmiştir. Bu durum hastane yönetimlerinin ve tıp fakültesi dekanlıklarının göz yumduğu ya da gizlice teşvik ettiği bir çatışma ortamı yaratmıştır. COVID-19 kliniğinde yönetimin baskıcı tavrı ile karşı karşıya kalan sağlık ekibi bir yandan dikey mobinge, öte yandan görevlendirmede sorumluktan kaçanların ya da işi başkalarına yükleyenlerin davranışlarıyla yatay mobinge maruz kalmışlardır. Bazı kurumlarda uygulanan pandemiyle mücadelede ön safta yer alan göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları yanı sıra kulak burun boğaz hastalıkları ve dahiliye uzmanlarının başka uzmanlık alanlarından hekimler tarafından yalnız bırakılması ve ortak mekanlarda onlarla birlikte olmaktan kaçınılmasına benzer bir dışlanma, asistanlarla hemşireler arasında da gözlemlenmiştir¹.

Bulgularından yararlanacağımız ikinci araştırma ise, TÜBİTAK desteğinde gerçekleştirilen “Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi” adlı çalışmadır. Çalışmada anket ve derinlemesine görüşme teknikleri kullanılmıştır. Ankete katılan sağlık çalışanlarının %70’i etik ikilem, %70’i etik uyuşmazlık yaşadıklarını belirtmelerine karşın, etik çatışma yaşadığını dile getirenlerin oranı %29’dur. Derinlemesine görüşmelerde, etik ikilem ve uyuşmazlıkların yüksek oranlarına karşın çatışma düzeylerinin düşük olmasının ve uyum sağlamanın nedenleri sorgulandığında katılımcılar; pandemi sürecinde COVID servisinde alan dışı görevlendirme nedeniyle inisiyatif almaktan ve malpraktis yasalarından çekindiklerini, yaratılan korku iklimi nedeniyle özellikle hekimler dışındaki sağlık çalışanlarının idarenin baskısından zarar görmemek ve işlerini kaybetmemek için yaşadıkları zorlukları açıkça dile getirmekten kaçındıklarını, bu nedenle çalışanların büyük çoğunluğunun idareyle uyum içinde çalışmak durumunda kaldıklarını dile getirmişlerdir. Alan dışından görevlendirilen

bir psikiyatri uzmanı da uyumlu olmayı seçtiğini, belirlenen algoritmaların dışına çıkmadığını, genel tıbbi bilgisiyle uzmanlık alanı dışındaki konularda doğru bulmadığı durumlarda bile görüş bildirmekten kaçındığını, hastaya zarar vermemek için direnç geliştiremediğini, sağlığın metalaştırıldığı ve ülke siyasetiyle birleştirildiği bir ortamda etik kavramlarla sorunu çözme beklentisinin bir yanılsama olduğunu, sorunun etik değil sosyolojik ve siyasal nedenlerden kaynaklandığını, sağlığın bir insan hakkı olduğu gerçeğinden hareketle, toplum sağlığı bakış açısının egemen olduğu bir sistemde etik sorunların da ortadan kalkacağını dile getirmiştir. Bir hemşire tarafından, hasta bakımında ekip olarak birlikte belirledikleri kurallara uyumda zaman zaman bireysel etik anlayışlara göre farklılıklar olabildiği, bazı meslektaşların kendilerini daha fazla korumaya çalıştıkları, bu nedenle kendi içlerinde çatışma yaşanabildiği, hastaların gereksinimlerine göre bazı değişikliklerin yapılabildiği, sorunları ve iş planlarını açıkça konuşarak çözebilmenin mümkün olabildiği belirtilmiştir. Bir hekim, pandemi öncesinde de sistemin işleyişinde eksiklikler ve etik sorunların var olduğunu, aynı sorunların pandemide arttığını, sonuçta devlet memuru olduklarını, konumlarını kaybetmemek ya da soruşturma geçirmemek için durumu kabul edilip ses çıkarmadıklarını dile getirmiştir. Bir radyolog, insanların yıpranmamak ya da profesyonelce yaklaştıkları için sessiz kaldıklarını, fedai ya da kahraman olmayı seçenlerin ise verilen görevi sorgulamadan yerine getirdiklerini, sorunları ve yanlışları tartışmadıklarını, bunların sıkıntılı durumlar olduğunu belirtmiştir. Çalışma ortamında birlik olup kendilerini savunamadıkları için etik çatışma yaşanmadığını ve üst-ast ilişkisinin zarar görmemesi için çatışmaya girilmediğini dile getiren bir hemşire, yöneticinin verdiği kararların etik yönden uygun bulunmasa da yerine getirildiğini, oysa kararların sorgulanarak alınması durumunda etik açısından uygun çözümlerin üretilebileceğini söylemiştir. Bir başka hemşire, psikolojik gerginliklerin, aşırı yorgunluğun hasta bakımında hatalı davranışlara yol açabildiğini, yaşanan sorunlar karşısında ancak söylenerek direnç gösterebildiklerini ama hastaların zarar görmemesi için verilen görevleri yerine getirdiklerini, iş yoğunluğundan bunaldıkları zaman hastaya özenli bakım verip vermedikleri konusunda kendilerini sorgulamak zorunda hissettiklerini, bazı durumlarda iş bölümü ve hasta izlemiyle ilgili kararlara uygun davranma konusunda ekip içinde iletişim eksiklikleri yaşayabildiklerini, bunun da etik ikileme yol açtığını belirtmiştir. Tıp etiğinin bakım ve tedavi açısından çok önemli olduğunu ve COVID-19 sürecinde de uygulanması gerektiğini dile getiren bir başka hemşire, ancak pandeminin tıp etiğine uygun davranmakla çözülemeyeceğini, örneğin test yapamadığımız insanın işten atılma korkusunu nasıl açıklayabileceğinizi sorarak, sorunun sosyal, ekonomik, siyasal boyutlarıyla tartışılarak çözümlenebileceğini söylemiştir².

Değerlendirme

Metodolojik olarak belirlenmiş herhangi bir etik sorunun değerlendirilmesi ve çözüme ilişkin yöntemlerin geliştirilmesi için öncelikle sorunun nedenlerinin, süreci

kolaylaştıran etkenlerin ve ortaya çıktığı koşulların açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Etik sorunun açıklığa kavuşturulmasından sonraki aşama ise, çözüme yönelik daha önceden geliştirilmiş araçların ve mekanizmaların başta etkinlik ve yeterlilikleri olmak üzere çeşitli açılardan irdelenmesidir. Bu bağlamda, pandemide hastane sağlık çalışanlarının karşılaştıkları etik sorunlar karşısında güçlendirilmesi için aşağıda yer alan koşullar, olanaklar ve sınırlılıklara ilişkin başlıkların kısaca ele alınması uygun olacaktır; pandemi sürecinde hastanelerde çalışma koşulları, yürürlükte olan sağlık sistemi ve sağlık politikaları, hekimlik mesleğinin yapısal özellikleri, yol gösterici ilkeler ve belgeler.

Pandemi Sürecinde Hastanelerde Çalışma Koşulları

Çin'in Vuhan kentinde 2019'un son aylarında başlayan ve hızla tüm dünyaya yayılan COVID-19 hastalığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde yapılan açıklamayla "pandemi" olarak ilan edilmişti. DSÖ Başkanı Tedros Abraham Chebreyesus, açıklamasında virüsün etkileri ve yayılma hızı kadar, ülkelerin salgına karşı yeterli adımları atmamasının da "alarm verici" olduğunu dile getirerek her ülkenin test, tanı, tedavi, izolasyon politikalarını hızla uygulaması ve halkını harekete geçirmesi gerektiği uyarısında bulunmuştu. Aynı tarihte Türkiye'de ilk COVID-19 vakasının resmi olarak saptanmasıyla birlikte pandemi ülkemizin gündemine de girmiş oldu. Pandemiyle mücadele, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2004 yılında hazırlanan, 2019 yılında güncellenen Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı çerçevesinde ve merkezi hükümet tarafından oluşturulan Bilim Kurulu önerileri eşliğinde başlatıldı.

Pandemi yönetim ve uygulama planlarının taşıdığı sorunlar yanı sıra bulaş hızı yüksek olan, hastalık etkeni SARS Cov-2'ye ilişkin bilginin yetersiz olduğu, insanda yarattığı kısa ve uzun dönem sağlık riskleri bilinmeyen, aşısı ve etkin tedavisi henüz keşfedilmemiş olan ve ölümlere yol açan salgın hastalığa karşı yürütülen bu mücadelede, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi kaygı ve tartışmalara yol açtı. Özellikle vaka sayılarının hızla arttığı salgının ilk dönemlerinde sahada yaygın testle hastaların saptanamamış olması, birinci-ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarında pandemiye hazırlık önlemlerinin yeterince alınmamış olması, vaka sayıları da içinde olmak üzere salgın verilerinin ilgili kurum / kuruluşlarla ve toplumla şeffaf olarak paylaşılmaması, salgınla mücadele konusunda toplumun bilgilendirilmesine ilişkin sorunlar, planlı ve toplum temelli önlemlerden çok birey odaklı önlemlere öncelik verilmesi hastanelerin iş yükünü olağanüstü arttırdı. Sağlık ekibi içinde yer alan hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı meslek gruplarından sağlık emekçileri salgını hastanede karşılamak zorunda kaldılar. Olağandışı durumla mücadele sırasında pandemiye ilişkin hastane planlarının belirsizliği ve bilgilenme eksikliği, karar mekanizmalarından dışlanma, özlük haklarında kısıtlamalar ve tehditler de içinde olmak üzere uygulanan çeşitli idari baskılar ve mobing (yıldırma), bulaşıcı hastalık

etkeniyle yüz yüze geçirilen uzun çalışma saatleri, hastanede dinlenme-beslenme olanaklarının ve sürelerinin sınırlılığı, yoğun kaygı ve endişeyle çalışma zorunluluğundan kaynaklanan psikolojik stres, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, ailesinden ve yakınlarından uzakta kalma, hastane dışı sosyal ortamlarında damgalanma ve dışlanma, hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan ve pandemi ortamında giderek artan fiziksel ve psikolojik şiddet çalışma koşullarının en göze çarpan özellikleri olarak kamuoyunda dile getirildi.

Meslek örgütleri ve sendikalar bu süreçte sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlara ilişkin çeşitli araştırmalar yaparak sorunun boyutlarını açıklığa kavuşturmak, siyasal iktidara çözüm önerileriyle çağrıda bulunmak ve toplumu bilgilendirmek için çaba gösterdiler. Bu bağlamda pandeminin ikinci haftası sonunda, 24 Mart 2020 günü Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından açıklanan “Sağlık Çalışanlarının COVID-19Virüsüne Maruz Kalımına İlişkin Risk Değerlendirmesi Anketinin Ön Raporu” çalışma koşullarına ilişkin sorunların önemi ve aciliyetini ortaya koymaktadır. 20 Mart 2020 tarihinde web tabanlı ve öz bildirime dayalı olarak başlatılan söz konusu anketin ilk iki gününde 74 ilden 1820 sağlık çalışanı ankete yanıt verdi. Ankete göre sağlık çalışanlarının %70’inin çalıştığı kurumda birden fazla COVID-19hastası bulunduğu, %6’sının sağlık kurumunda COVID-19tanısı almış hastayla bir metre mesafeyle yüz yüze temasının olduğu dile getirildi. Yanıt verenlerin %48’i çalıştığı kurumda COVID-19için ayrı bir triyaj mekânı sağlanmadığını, %44’ü çalıştığı kurum tarafından COVID-19salgınında nasıl korunacağına ilişkin eğitim verilmediğini, %53’ü COVID-19salgınında iş organizasyonunda yapılacak değişiklikler konusunda bilgilendirilmediğini, %50’si birimine COVID-19özel tanı, tedavi şemalarını içeren rehber vb. eğitim materyali gönderilmediğini belirtti. Anket, sağlık çalışanlarının COVID-19şüpheli ya da kesin tanılı bir hastaya hizmet verirken kullanılması gereken kişisel koruyucu donanım erişim konusunda ciddi sorunlar yaşadıklarını da ortaya koydu. Ankete katılanların %78’i N95 maske, %74’ü koruyucu gözlük ya da siperlik, %71’i tek kullanımlık önlük/tulum, %60’ı tıbbi maske, %52’si önlük forma, %38’i eldivene erişim konusunda sıkıntı yaşadıklarını dile getirdi. Anketin sonuç bölümünde risk değerlendirmesi çalışmasının ilk verilerinin, sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu donanım ve çalışma koşulları konusunda ciddi yetersizlik ve sorunlara işaret ettiği saptaması yapılarak, bu koşulların meslek hastalığı ve iş kazası yönünden yüksek risk oluşturduğu, sağlık çalışanlarında kaygı ve korkuya neden olduğu vurgulandı. Sağlık çalışanlarının salgın etkeni virüsle enfekte olmasının hastalık ve can kayıplarının yanı sıra, sağlık hizmetlerinin salgına yanıt verme kapasitesini de olumsuz etkileyeceği ve sorunun büyümesine yol açacağı belirtilen raporda, özveriyle çalışan sağlık emekçilerinin virüsten korunması ve bulaşıyla ilgili bir izleme-değerlendirme programı oluşturulmasının yaşamsal önem taşıdığı dile getirildi³. Nitekim pandeminin ilk yılında, binlerce sağlık çalışanının COVID-19hastalığına yakalanmış olması ve dünyadaki öteki ülkelerle karşılaştırıldığında çok yüksek olduğu görülen 400’e yakın can kaybıyla COVID-19’dan ölümlerin 1/74’ünü sağlık çalışanlarının oluşturması TTB’nin Ön Raporunda yer alan konuya ilişkin öngörüsünü ve önlemlerin

alınması konusundaki ciddi uyarısını doğrular niteliktedir. Ön Rapor, ayrıca sağlık kurumlarının pandemiye hazırlık planlarının yetersizliğini de göstermektedir.

Yürürlükte Olan Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları

Neoliberal özelleştirmeci sağlık politikaları, geride bıraktığımız yüzyılın sonlarından başlayarak dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de uygulamaya geçirilmiştir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında yürütülen bu sistem, sağlığı alınıp satılır metaya, hastayı müşteriye, sağlık emekçilerinin büyük çoğunluğunu hizmet sunucuya, bir kısmını tüccara, sağlık kurumlarını da ticarethaneye dönüştürmüştür. Temel motivasyonu mümkün en az harcamayla en fazla kazancın elde edilmesi olan bu piyasacı sistemin temel değeri ise verimliliğin, dolayısıyla kazancın arttırılmasıdır. Sağlıkın çevresel, toplumsal, siyasal belirleyicilerle bir bütün olduğu gerçeğini görmezden gelen, sağlık gereksinimleri yerine piyasanın hedeflerine odaklanan bu yaklaşım kaçınılmaz olarak, hastalıkları önlemeye dönük koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi yerine, tedavi edici hizmetlerin öncelenmesini gerektirmektedir. Nitekim kamu sağlık kurumlarının çökertilmesi ve itibarsızlaştırılmasına koşut olarak kamudan özele kaynak aktarımı ile başlayan özelleştirme süreci, prime ve cepten ödemelere dayalı Genel Sağlık Sigortası ve aile hekimliği sistemiyle birinci basamağın özelleştirilmesini getirmiş, onyıllardır topluma sağlık hizmeti veren ikinci basamak sağlık kurumları tek tek kapatılarak kamu-özel ortaklığı modeliyle kurulan hasta garantili şehir hastanelerinin önü açılmıştır. Sağlıkın kişiler için devletten talep edilen bir hak ve değer, devlet için de yerine getirilmesi gereken bir yükümlülük olduğu yaklaşımını ortadan kaldıran özelleştirmeci politikalar, kişileri kendi sağlıklarından sorumlu oldukları, sağlıkları için genel ve tamamlayıcı sigortalar yoluyla parasal olarak yatırım yapmak zorunda kaldıkları bir alan haline getirmiştir. Bir başka deyişle, kamusal sağlık hizmetleriyle hastalıkları önlenen kişi ya da tedavi edilen hasta yerine, sağlığını korumak ve biyopolitikalara uygun normalizasyon ölçütlerinde sağlıklı kalmak için talepleri kısırlanan, sürekli tetkik yaptırmaya ve sağlık kurumlarına sıklıkla başvurmaya yönlendirilen bir “hasta” kimliği inşa edilmiştir.

Sağlıkta özelleştirmeci politikalar, inşa edilen bu “hasta” kimliği yanısıra çalışma koşullarında yarattığı değişimler aracılığıyla sağlık çalışanlarının mesleki kimliklerinde de dönüştürücü etkiler yaratmıştır. Özelleştirme politikalarına uygun olarak sözleşmeye dayalı, güvencesiz, esnek çalışma modelinin sağlık sisteminde yaygınlaştırılması sağlık işgücündeki emek sömürüsünü arttırmıştır. Performans ölçütünün esas alındığı ücretlendirme sistemi, özlük haklarındaki kayıplar yanı sıra aynı ekibin üyesi olan ve birlikte hizmet üreten farklı meslek gruplarından sağlık çalışanları arasındaki dayanışmayı da olumsuz etkilemiştir. Bu süreçte performans baskısı altında, işsiz kalma kaygısıyla çalışan, kurumsal planların oluşturulmasına ilişkin karar süreçlerinden çoğunlukla dışlanan sağlık çalışanlarının, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sorunların çözümü için birlikte mücadele etme olanakları da kısıtlanmıştır. Hastanelerde yapılan mekan düzenlemeleriyle hekimlerin, hemşirelerin

sosyal iletişim alanı olan toplantı odalarının kapatılması, performansı arttırmaya ve bir arada olmayı engellemeye dönük işlevleriyle sistemin dikkat çekici bir örneğini oluşturmaktadır. Piyasa dinamiklerine göre belirlenen bu çalışma iklimi, doğal olarak sağlık çalışanlarının yalnızlaşmasına, kendi mesleklerine yabancılaşmasına, meslektaşlarıyla ve/veya ekip üyeleriyle iletişimlerinin zayıflamasına, dayanışma ağlarından ve mesleki gelişim olanaklarından yoksunlaşmasına yol açmakta, aynı zamanda idari baskılar karşısında da savunmasız bırakılmaktadır. Dayanışma ve işbirliği değerleri yerine rekabeti öne çıkaran özelleştirmeci neoliberal politikaların sağlık emekçileri üzerindeki olumsuz etkileri pandemi gibi olağandışı durumlarda daha fazla görünür hale gelmektedir. Oysa nitelikli ve insan haklarına saygılı bir sağlık hizmeti, olağan dönemlerde olduğu gibi olağandışı dönemlerde de öncelikle sağlık ekibinde yer alan üyelerin uygun çalışma ortamında sürekli olarak bilgi, beceri, deneyim ve sağlığa ilişkin değer paylaşımını gerekli kılmaktadır.

Hekimlik Mesleğinin Yapısal Özellikleri

Hekimlik mesleğinin en bilinen yapısal özelliklerinden biri, geleneksel olarak katı ve yaygın bir hiyerarşiyi barındırmasıdır. Mesleki uygulamada açıkça gözlemlenen ve içsel olarak birbiri üzerine eklenen üç hiyerarşi bulunmaktadır. Bunlardan ilki, farklı uzmanlık alanları arasındaki hiyerarşidir; bazı alanlar daha prestijlidir ve daha fazla kazanç sağlamaktadır. Ülkemizde sıklıkla karşılaşılan uzmanlarla pratisyenler arasındaki hiyerarşiyi de bu grupta saymak olanaklıdır; uzmanlar her koşulda pratisyenlerden daha üstün olarak görülmektedir. İkincisi, uzmanlık alanları içindeki hiyerarşidir; aynı uzmanlık alanındaki akademisyenler, kamu ve özelde çalışan meslektaşlarından daha üst basamakta konumlandırılmaktadırlar. Üçüncü hiyerarşi, hasta bakımından sorumlulukla ilgilidir; hasta bakımından birincil derecede sorumlu olan hekim hiyerarşinin en üst basamağında yer alırken, öteki hekimler bilgi, beceri, deneyim açısından ne denli yetkin olurlarsa olsunlar, hasta kendilerine yönlendirilmedikçe yalnızca danışman hekim olarak hizmet verebilirler. Dışsal olarak nitelendirilen ve ekip olarak sağlık hizmet sunumunda son derece belirleyici olan bir başka hiyerarşi, hekimlerle öteki sağlık meslek mensupları arasındaki hiyerarşidir⁴. Beşinci hiyerarşi ise, bütün içsel ve dışsal hiyerarşilere tarihsel olarak eşlik eden, tüm sağlık meslek gruplarında görülen ancak eril tıbbi paradigma içinde görünmez kılınan, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan erkek egemen hiyerarşidir.

Tarihsel süreç içinde tıbbi bilginin ve tıbbi uygulama olanaklarının hızla artması, sağlık hizmetinde teknoloji kullanımının yoğunlaşması ve farklı sağlık meslek gruplarının ortaya çıkması sağlığın bir ekip hizmeti olarak sunulması gereksinimini, hatta zorunluluğunu doğurmuştur. Ekip çalışması sağlık hizmet üretiminde yer alan farklı meslek ve uzmanlık alanlarından sağlık çalışanları arasında bilgi, beceri ve deneyimlerin birleştirilmesini, sağlığa ilişkin değerlerin geliştirilmesini ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesini sağlamaktadır elbette. Ancak ekip çalışması zorunluluğu, yukarıda dile getirilen hiyerarşilerden kaynaklanan ya da hiyerarşilerin etkilediği

kimi etik sorunların yaşanmasına da neden olmaktadır. Klinik uygulamalarla ilgili olarak iş birliği yapılan alanlarda karar süreçlerine katılımıda eşitsizlik, geleneksel olarak varlığını sürdüren yetkeci tutumların farklı alanların bilgi, beceri, deneyim birikimi sınırlarını zorlaması, kimi durumlarda mesleki ya da uzmanlık alan sınırlarının belirsizliğinden kaynaklanan çatışmalar hiyerarşilerden kaynaklanan başlıca etik sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsan haklarının tıpta yansması olan özerkliğe saygı ilkesi gereği hastaların kendileriyle ilgili tıbbi kararlara katılımının desteklenmesi ve yaşama geçirilmesi günümüzde yaygın olarak kabul gören ve yasal düzenlemelerde yer alan hekim-hasta ilişkisi modelidir. Hastaların karar süreçlerinde aktif olarak yer almasının etik açısından savunulduğu ve hekim sorumluluğu olarak tanımlandığı bir dönemde, sağlık ekibinde yer alan sağlık çalışanlarının iş birliği yapılan tıbbi uygulamalara ilişkin karar süreçlerinde sorumluluk alanlarının gerektirdiği ölçüde, yeterli ve etkin katılımlarının sağlanması ekip çalışması etiğinin vazgeçilmez gereklerinden biridir. Bir başka deyişle, klinik uygulamalarda hekimin tek karar verici olduğu paternalistik modelden, klinik karar ve uygulama süreçlerinde hastanın, hekimin ve sorumlu sağlık ekibi üyelerinin katılımına ve iş birliğine dayalı modele geçiş söz konusudur. Karar ve uygulamalarda tarafların iş birliği ve katılımı, olası etik sorunların çözümüne ve çatışmaların en aza indirilmesine katkıda bulunacak yaklaşımların başında gelmektedir. Özellikle pandemi gibi kritik kararların hızla alınmasını ve uygulamaya geçirilmesini gerektiren olağandışı durumlarda, iş birliği ve katılım süreçlerinin işletilmesi meslek etik değerleri ve kişiler arası iletişim açısından çok daha fazla önem kazanmaktadır.

Yol Gösterici İlkeler ve Belgeler

Başta hekim-hasta ilişkisi olmak üzere sağlık çalışanı-hasta ilişkisi, amacı, işlevi, yöntemi ve sonuçları açısından kendine özgü karakteristikleri olan bir insan-insan ilişkisidir. Hastalıktan koruma, ortaya çıkan hastalığı tedavi etme ve rehabilitasyon süreçlerinin tümünde insan yaşamına ve bedenine doğrudan müdahaleyi içeren işlemlerin gerçekleştirildiği sağlık uğraşları, doğal olarak bilgi, beceri, deneyim yanı sıra moral değerlerin sergilenmesini de gerektirmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta, toplum ve meslektaşlarıyla ilişkilerinde korunması gereken etik değerlerin ve mesleki yükümlülüklerin eğitimi temel mesleki eğitim süreçlerinde mesleki deontoloji ve etik programları olarak yer almaktadır. Hasta ile ilişkide insan yaşamına saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğe saygı, adalet, sır saklama, mahremiyete saygı, meslektaşlarla ilişkide karşılıklı saygı, iş birliği ve dayanışma, toplumla ilişkide sağlık hizmet sunumu, bilgilendirme ve sağlığa ilişkin değerlerin geliştirilmesi yönündeki yükümlülükler sağlık uğraşlarında etik eğitiminin ana başlıklarını oluşturmaktadır. Bu ana başlıklar farklı sağlık uğraşlarının tümünde geçerli olan ortak etik değerler olarak kabul edilmektedir. Hekimlik meslek etiği, eczacılık etiği, dişhekimliği etiği, hemşirelik etiği vb olarak sıralanabilecek olan farklı sağlık uğraşlarına ilişkin meslek etik ilkeleri, ilgili meslek örgütleri tarafından geliştirilen deontoloji tüzükleri ve

sağlıkla ilgili güncel sorunlarda yol gösterici olan tutum belgeleri çerçevesinde uygulamaya geçirilmektedir. Bir başka deyişle, sağlık uğraşlarına ilişkin etik ilkelerin yer aldığı mesleki deontoloji tüzükleri ve tutum belgeleri mesleki uygulamanın yasal sınırlarını ve ahlaki/moral çerçevesini belirlemektedir.

Türkiye’de çalışan hekimlerin meslek örgütü olan TTB, geçmişte yaşanan deneyim ve kurumsal bilgi birikimiyle pandemi de içinde olmak üzere bütün olağandışı durumlarda sağlık hizmetlerinin yönetimi ve korunması gereken etik ilkelere ilişkin sayısız rapor ve görüş oluşturmuş, konuyla ilgili tüm kurum ve kuruluşların katılımıyla gerçekleştirilen çalıştaylar sonucunda etik bildireler geliştirmiştir. TTB Etik Kurulu tarafından 4 Nisan 2020 tarihinde kamuoyuna açıklanan “Salgınlar Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü” de pandemiye meslek örgütlerinin güncel gereksinimlere yanıt vermek ve sağlık çalışanlarına yol göstermek üzere hazırladığı tutum belgelerinin bir örneğini oluşturmaktadır. Söz konusu metin, “Salgın Yönetimi”, “Sağlık Hizmetleri”, “Sağlık Çalışanları Arasındaki İlişkiler”, “Bilimsel Araştırmalar” ana başlıklarında temel etik ilkelerle birlikte kişisel bilgilerin gizliliği, ayrımcılık ve damgalama, dezavantajlı toplum grupları, sağlık kurumlarının yöneticilerinin yükümlülükleri, uluslararası işbirliği, sörveyans, medyanın rolü, hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları, kaynakların dağıtımı, sağlık çalışanları üzerinde baskılar, araştırma aşamasında olan uygulamalar konularında pandemi sürecinde karşılaşılabilecek sorunlara ilişkin kapsamlı bir değerlendirme ve çözüm önerilerini içermektedir⁵.

Pandemi etiği konusunda ulusal sağlık meslek örgütlerinin hazırladığı belgeler yanı sıra Dünya Tabipler Birliği (DTB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşların oluşturduğu bildire ve politika belgeleri de salgınla mücadelede ortaya çıkan etik sorunların çözümünde başvurulacak kaynaklar arasında yer almaktadır. Bu bağlamda öncelikle DTB tarafından 2017’de kabul edilen “Salgınlar ve Pandemiler Üzerine DTB Bildirgesi” ve 2020’de açıklanan “Tıp Mesleği ve COVID-19 Hakkında Karar” sayılabilir. “Salgınlar ve Pandemiler Üzerine DTB Bildirgesi”nde salgınlar ve pandemilerin ülkelerin sağlık sistemlerinin yanıt verme kapasitesini zorlayabileceği, uluslararası etkili iletişim ve işbirliğini gerektirebileceği, halk sağlığı sistemleri geliştirilmemiş ve yeterli finansmana sahip olmayan ülkelerde salgın ve pandemilerin daha hızlı yayılma potansiyeli taşıdığı, küresel izlem programlarının ve halk sağlığı sistemlerine yapılacak yatırımların ülkelerin etkin ve kapsamlı tanı ve tedavi kapasitelerini güçlendireceği vurgulanmakta; uluslararası duyarlılık gerektiren pandemiler konusunda DSÖ ve ulusal hükümetlere, ulusal tabip birliklerine ve hekimlere yönelik olarak salgın yönetiminde farklı düzeylerde işbirliğinden sörveyans çalışmalarına, toplumun bilgilendirilmesinden veri paylaşımına, hekimlerin salgın planlama çalışmalarına katılımlarından sağlık çalışanlarının korunmasına kadar çeşitli konularda kapsamlı önerilerde bulunmaktadır⁶. Ekim 2020’de Cordoba’da yapılan DTB 71.Genel Kurulu’nda kabul edilen “Tıp Mesleği ve COVID-19 Hakkında Karar”da ise, tüm dünyada hızla yayılmakta olan ve kontrol edilemeyen COVID-19 pandemisinin salgınla mücadelede ön safta görev yapan sağlık çalışanla-

rı üzerinde ciddi tahribat yarattığı dile getirilmekte; bu süreçte sağlık çalışanlarının virüse maruz kalma sonucu çok sayıda hastalık ve can kaybı ile karşılaştığı, uzun çalışma saatleri, psikolojik stres, aşırı yorgunluk, tükenmişlik, damgalanma, fiziksel ve psikolojik şiddet yaşadıkları vurgulanarak sağlık çalışanlarının başta kişisel koruyucu donanım erişim ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi olmak üzere temel gereksinimlerinin acilen sağlanması ve destek sistemlerinin geliştirilmesi konusunda çaba gösterilmesi için kamu otoritelerine çağrıda bulunmaktadır⁷.

DSÖ tarafından 2015, 2016, 2020 ve 2021 yıllarında hazırlanmış olan politika belgeleri pandemi de içinde olmak üzere olağandışı durumlarda araştırma, sörveyans ve hasta bakımına ilişkin etik konular, bulaşıcı hastalık salgınlarında etik sorunların yönetiminde ilkeler, pandemide sağlık çalışanlarının sorumlulukları ve hakları, mesleki sağlık ve güvenlik konularını ayrıntılı olarak ele alan, başta hükümetler olmak üzere, ilgili kuruluşlara ve sağlık çalışanlarına yönelik yol gösterici önerileri içeren temel belgelerdendir^{8,9,10,11}.

Yukarıda dile getirilen ve sağlık uğraşlarına ilişkin mesleki etik çerçeveyi oluşturan metinlerin varlığı, gerek olağan gerekse olağandışı dönemlerde sözkonusu ilkelerin yaşama geçirildiği anlamına gelmemekte; sağlık uğraşları için belirlenen etik ilkeler, ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından geliştirilen bildirgeler, politika ve tutum belgeleri pandemi sürecinde yaşanan etik ikilemleri, etik uyumsuzlukları ve çatışmaları önleme konusunda yetersiz kalmaktadır. Çünkü sağlık meslek etiklerinin yaşama geçirilebilmesi için belirli koşulların sağlanmış olmasına gereksinim bulunmaktadır; bu bağlamda uğraşı sürdürenlerin mesleki etik eğitimi, ilkelerin içselleştirilmiş olması, hak ve özgürlüklere dayalı politik iklim, sağlık sistemi ve çalışma koşullarının uygunluğu, ilkelerin uygulamaya geçirilebilmesini sağlayacak politikaların ve mekanizmaların varlığı, ortaya çıkan etik sorunların çözümüne yönelik kurumsal düzenlemeler, ekip çalışmasına olanak tanıyan kurumsal kültür belirleyici önkoşullar olarak sayılabilir. Ancak bu önkoşulların sağlanamamış olması, ilkelerin yaşama geçirilmesi çabasıyla vazgeçilmesi anlamına gelmemeli, uygun iklimin yaratılması için mücadele yöntemleri de eşzamanlı olarak sürdürülmelidir.

Sağlık Çalışanlarının Güçlendirilmesine İlişkin Öneriler

Pandemi sürecinde mesleki uygulamayla ilgili olarak yaşanan etik ikilemler, uyumsuzluklar, çatışmalar ve moral zorlanmalar, sağlık çalışanını olduğu kadar sağlık hizmetini de olumsuz etkilemekte, sağlık çalışanının güçlendirilmesini de içeren kimi önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Yukarıda paylaşılan iki anket çalışmasının bulguları, söz konusu sorunların temel nedenlerini ve olası çözüm yollarını büyük ölçüde işaret etmektedir. Bunlar arasında en göze çarpan başlıklar sağlık sisteminin yapısı ve yönetim anlayışı, pandeminin yarattığı koşullar, sağlık profesyonelleri arasındaki hiyerarşiler, sağlık çalışanlarının örgütsüzlüğü, etik sorunların çözümüne yönelik kurumsal düzenlemelerin ve/veya yapıların yetersizliği olarak sıralanabilir. Yaşam bilimleri ve biyoteknolojideki hızlı gelişmeler, sağlık hizmeti üreti-

minde yeni olanaklar sağlamakla birlikte yeni etik sorunları da gündeme getirmektedir. Gerek olağan dönemlerde gerekse olağandışı durumlarda, sağlık çalışanlarının mesleki uygulamayla ilgili olarak karşılaştıkları etik sorunların en aza indirilmesi ve yaşanan sorunlarda çözüm üreten kurumsal yapıların oluşturulması çok temel bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda dünyanın pek çok ülkesinde sağlık kuruluşlarında, meslek örgütlerinde ve sendikalarda oluşturulan, son yıllarda sayıları giderek artan etik ya da biyoetik kurullar, söz konusu gereksinimleri karşılamaya yönelik kurumsal yapıların başında gelmektedir. Etik/biyoetik kurullar, amaçları, işlevleri, üye yapıları ve çalışma alanlarına göre hastane etik kurulları, araştırma etik kurulları, meslek örgütü ya da sendika etik kurulları olarak çeşitli şekillerde adlandırılabilir. UNESCO Bilim ve Teknoloji Etiği Bölümü tarafından 2005 yılında hazırlanan ve UNESCO Türkiye Milli Komitesi tarafından 2008 yılında Türkçe'ye çevrilen üç klavuzdan ilki "Biyoetik Kurulların Oluşturulması" adını taşımaktadır. Kapsamlı bir başvuru kaynağı olan bu klavuzda dört tür biyoetik kurul, temel amaçlarıyla birlikte şu şekilde önerilmektedir¹²:

1. Politika Belirleyen ve/veya Biyoetik Danışma Kurulları (Toplumun gereksinimlerine uygun bilim ve sağlık politikaları üretmek)
2. Sağlık Çalışanı Birliği Kurulları (Sağlık hizmet sunumunda bilimsel ve etik değerleri koruyan mesleki uygulamaları belirlemek- hekim birlikleri, hemşire birlikleri)
3. Hastane Etik Kurulları (Hasta merkezli hizmet sunumunu geliştirmek- hastaneler, ayaktan tedavi klinikleri, uzun dönem bakım hizmeti sunan kurumlar, yaşamının son döneminde olanlara hizmet sunan merkezler)
4. Araştırma Etik Kurulları (İlaç, aşı, tıbbi aygıt vb genellenabilir biyolojik, biyomedikal ve epidemiyolojik bilgi üretim süreçlerinde araştırmalara katılan insanları korumak)

Biyoetik kurulların yapısına ilişkin yukarıda dile getirilen modeller ve farklı ülke deneyimleri incelenerek hastanelerde oluşturulacak Hastane Etik Kurulları, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşadıkları çeşitli etik gerilimlerin çözümlenmesine ve sağlık çalışanlarının güçlendirilmesine katkıda bulunacak kurumsal bir yapı olarak önerilmelidir. Kurulun oluşturulmasında hastane yönetiminden temsilciler ve etik danışman yanısıra meslek örgütleri, sendika temsilcileri, öğrenci temsilcileri gibi sağlık hizmet sunumunda görev alan tüm sağlık çalışanlarının eşit katılımının sağlanması kurul çalışmalarının işlevselliği açısından belirleyici önem taşımaktadır. Önerilen kurul üye yapısı, çalışma ortamında demokratik temsiliyet, örgütlenme, karar süreçlerine etkin katılım, sorun çözücü yaklaşım kadar dayanışma kültürünün geliştirilmesine de katkı sağlayacaktır. Sağlık kurumunda ortaya çıkan etik sorunların, sağlık çalışanlarının temsilcilerinin yer aldığı bir kurulda tartışılarak çözüme kavuşturulması, sağlık çalışanlarını güçlendirecek, bireysel başvurular sırasında yaşadığı yönetici baskısından kurtaracaktır. Hastane Etik Kurulları aynı zamanda sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde başat kurumlar olan sağlık kuruluşlarıyla meslek

örgütleri ve sendikaların eşgüdümlü çalışmasına da olanak yaratabilecektir. Bu bağlamda Hastane Etik Kurullarının yasal statüye kavuşturulması ve merkezi yönetimin sağlık organizasyon şemasında yer alması için ilgili yasal düzenlemelerin yapılması yaşamsal önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanlarının desteklenmesine yönelik bir başka öneri, çalışanlarla meslek örgütleri ve sendikalar arasındaki bağların örgütlenme düzeyleri ve sorunları göz önünde bulundurularak güçlendirilmesidir. Mesleki örgütlenme ve bağların güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarının yaşadığı değersizlik, tükenmişlik, yalnızlaşma, mesleki-toplumsal kurum ve değerlere yabancılaşma ve güven kaybı gibi, sonuçta değer yitimine yol açan duygu ve düşüncelerin sağaltımına önemli katkı sağlayacaktır. Meslek birlikleri ve sendikalar bünyesinde var olan etik kurulların işlevselleştirilmesi, yoksa oluşturulması, sağlık meslekleri etik kurulları arasında iletişim, bilgi ve deneyim paylaşımı, sağlık çalışanlarının mesleki etik eğitimi ve etik ilkelerin yaşama geçirilmesi açısından da önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Ergur A ve ark. Galatasaray Üniversitesi Toplumsal Araştırmalar Merkezi COVID Araştırma Grubu. Türkiye’de COVID-19Mücadelesinde Sağlık Personeli: Dayanışma ve Çatışma (Bir Araştırma Notu).
2. Türk Tabipleri Birliği COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu, 2020: 305-310. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID19-rapor_6.pdf
3. Uslu A, Sayar CŞ, Tanış BB, Daniş DE, Akdeniz B. Salgınla Mücadelede Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Etik İkilemler ve Etik Değerlere Duyarlı Dirençlilik Geliştirilmesi Projesi Araştırması. TÜBİTAK. 2020.
4. TTB Sağlık Çalışanlarının COVID-19Virüsüne Maruz Kalımına İlişkin Risk Değerlendirmesi Anketi Ön Raporu Açıklandı. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=1af85302-6da7-11ea-a219c213173be5c8
5. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı Çeviri: Dr.Murat Civaner. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara. 2005:80.
6. Salgınlara Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü. 04.04.2020. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=4da9a49c-7674-11ea-b329-aa051764b049
7. WMA (2017) WMA Statement on Epidemics and Pandemics. Erişim Adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-epidemics-and-pandemics/>
8. WMA (2020) WMA Resolution Regarding The Medical Profession and COVID-19. Erişim Adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-regarding-the-medical-profession-and-COVID-19/>
9. WHO (2015) Ethics in epidemics, emergencies and disasters: Research, surveillance and patient care-Training manual. Erişim Adresi: <https://www.who.int/ethics/publications/epidemics-emergencies-research/en/>
10. WHO (2016) Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
11. WHO (2020) Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510>
12. WHO (2021) COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Erişim Adresi:https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1
13. Bıyoetik Kurulların Oluşturulması-Klavuz No.1. Çev. NÖ Büken ve ark. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Yayını. 2008:20-21

Yoğun bakımda çalışan bir arkadaşımız vardı. Yirmi dört saatlik uyumadan geçirdiği bir nöbetin gecesinde on yedi EX vermiş. Ertesi gün evine gittiğinde yatağında üstüne yorganı çektiği zaman ceset torbasını çeyirmiş gibi hissediyordu. "Gözünü kapatamadığımı" söyledi. "Çok yorgunum fakat gözümü kapattığım zaman onları görüyorum" diyordu. Acilen sen git dedim. O süreçte hem psikologların hem de sendikamızın ortaklaşa başlattığı bir çalışma vardı. Hemen o alana yönlendirdim. Zoom üzerinden online terapi yaptılar arkadaşlara. Ayrıca COVID olan arkadaşlarımızı duyduğum zaman çok etkilendim. Benim en büyük kaygım anneme bulaştırmaktı. Neredeyse annemi hiç görmeyerek durumu geçirdim.

Hemşire Feyza

Bir günde altı farklı kişiye ölüm haberi verdim. Birine annen öldü dedim, birine baban öldü dedim, artık "sana söylemiş miydin annen öldü" moduna geldik. Eve geldim bugün azraile ortak çalıştım, ben de iyi değilim biri de benim ölüm haberimi verecek durumuna geliyoruz. Normalde beyin cerrahide çalışıyor olsam, bir ayda yaşayacağım şeyi bir gecede yaşıyorum. Beyin cerrahide akut şekilde hastanın öldüğü çok nadirdir, ya beyin kanaması geçiriyordur, bu durumda insanlara söyleyeceğiniz bir şey olur. Burada hasta pozitif hastalığı biliyor ancak hasta her an ölebilir; sabah konuşuyorduk çocuğunu anlatıyordu bana, ardından tak diye kalbi durdu. Bu COVID servisinde sürekli başımıza gelen bir şey. Erken yıpratcak bizi, ki yıpratmış da.

Enfeksiyon Hastalıkları Uzman Doktor Zerrin

Destek verilmeliydi, ama şöyle. Mesela zoom üzerinden görüşme şeklinde. Bu süreçte herkesin desteğe ihtiyacı vardı. Şu an hepimiz devam ediyoruz ama şu an normalleşik gibi diyelim. Ama ne kadar normal çalışıyoruz? Ya da ne kadar toleransımız kaldı bir şeylere? Veya o dönemde herkesin hassasiyeti, tahammül eşiği düştü belki farkında değiliz. Mesela ben şunu anladım dört yıl boyunca yorulduğum burada, öncesinde de çalışmıştım zaten. Belli bir yerden sonra mesleki yorgunluk başladı. Evet kendim için bir şey yapmam lazım. Belki COVID süresi bunu hızlandırdı. Belki ben bir beş yıl geçseydi böyle yorulmuş, benim biraz dinlemeye ihtiyacım var diyecektim ama COVID süreci beş yılda yaşayacağımı üç-beş aya düşürdü. Bireysel olarak bunu söyleyebilirim ve ayrıca psikolojik destek mutlaka verilmeliydi. Subliminal de verilebilirdi. Fakat mesela bir hemşire arkadaş, personel arkadaş psikolojik destek aldığı için dışarıdan farklı algılanabilirdi. O yüzden tekli görüşmeler yapılabilirdi veya internet üzerinden. Veya telefon üzerinden tekli birebir görüşmeler yapılabilirdi. Bak biz buradayız dışarıda olan-evde kalan bir ekip var. Bu şekilde destek yapılabilirdi. Felsefe sosyoloji psikoloji okuyanlar, danışmanlık okuyanlar için de bu bir şeydir. Pandemi burada bir avantaja çevirebilirdi. Onlar da kendilerine bir şey katardı. Ama hala geç kalınmış değil.

Acil Tıp Uzman Doktor Nesrin

Cihazları personeller temizlerken, biz sürekli temizlemeye başladık. Elimizde bezle dolaşıyorduk koridorda insanların dokunduğu her yeri temizleyerek, çamaşır suyuyla belirli periyotlarda elden geçirerek çözüm üretmeye çalışıyorduk. Ama bunun yetmediğini de biliyorduk. Farkındalık çok küçük zamanlar ve çok anlar içerisinde ortaya çıkan şeyler değildir. Uzun ve güçlü deneyimlerle bütüne dönüşebilen bir şey. Sizin oradaki müdahaleniz tek başına bir birey üzerinde buna karşı değişim yaratmaz. Akşam eve gittiğinde televizyonda izlediği şey de önemlidir, toplu taşımaya bindiğinde aracın durumu da önemlidir. Ben hastanenin içinde onu korurken, toplu taşımada tıkiş tikiş eve gidiyorsa metrobüste, aslında benim bütün çabam, bütün emeğim boşu boşunadır. Beni bu anlamda belki en çok zorda bırakan şey, kendi kendime boş bir yerde işne ucuyla kuyu kazıyormuş gibi hissetmektir. Bütün sağlıkların Haziran sonrasında yaşadığı en net duygu budur. Bir sendikacı olmaktan dolayı bütüncül söz kurmak, bu işin politikasıdır, sağlık politikasıdır. Bu politikayı üretmeyen, ben ekmeğimi buradan kazanıyorum diyen sağlıkçı arkadaşımın bile Haziran sonrasında hissettiği duygu budur. Ben işne ucuyla kuyu kazıyorum ama arkamdan kepeçle bu kuyu doldurulmaya çalışılıyor. Herkes çok ciddi bir tükenmişlik yaşıyor. Bununla ilgili tabieler odasının istifa eden hekimlerle ilgili verdiği sayılar var, intihar girişimleri var. Konya'da, Diyarbakır'da sürecin getirileriyle ilgili intihar edenler var. Mesela işe gitmek zorunda kalıp, çocuklarını komşuya bıraktığı için iki çocuğunu yangında kaybeden bir anne var her şeyden öte. Ve hiç görülmeyen sağlık işçileri var. Temizlik personelleri hasta bakım personelleri... Onların yaşadığı travmalar, yaşamlarındaki değişiklik hiçbir şekilde konuşulmuyor. Benim kurumumdaki personellerin neredeyse yarısından fazlası ek iş yaparak hayatlarını idame ettiriyorlardı ve bu insanlar şu an işe gidemiyorlar.

Radyolog Deniz

Pandemide Sağlık Çalışanlarına Psikolojik Destek Vermek

BÖLÜM
26

251

BURCU RAHŞAN ERİM • ÖMER BÖKE

Bu bölümde Türkiye Psikiyatri Derneği'nin pandemi süresince yürüttüğü mesleki çalışmalar özetlenmeye çalışılmıştır. Türkiye Psikiyatri Derneği Ocak 2021 itibariyle 4470 üyesi ile ülkemizde çalışan Psikiyatri hekimlerinin %90'dan fazlasının üye olduğu bir çatı tıpta uzmanlık derneğidir¹. Kurulduğu 1995 yılından beri "Bilim Etik ve Dayanışma" temel ilkeleri çerçevesinde, tüzüğü² doğrultusunda çalışmalar yürütmektedir. Pandemi sürecinde tüzükte yer alan aşağıdaki iki amaç doğrultusunda çaba harcanmıştır.

1. Ülke genelinde ruh sağlığının korunması, ruh hastalarının sağaltım ve bakımının sağlanması, ruh sağlığı araştırmalarının yaygınlaştırılması, yönlendirilmesi, standartlarının belirlenmesi ve izlenmesi ile ilgili çalışmalar yapmak. Bu konudaki değerlendirmelerini ilgili kurumlara iletmek ve kamuoyu oluşturmak.
2. Toplumun ruh sağlığı ve ruh hekimliği konularında aydınlatıcı, eğitici, uyarıcı faaliyetlerde bulunmak.

11 Mart tarihinde ülkemizde ilk olgu bildiriminden ve Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilanından sonra derneğimiz tüm birimleri ile yukarıda belirtilen çalışmaları yürütmüştür. Bu çalışmalar beş başlık altında özetlenebilir.

Bakanlıklara Yazılar

Pandemi ilanından hemen sonra Sağlık Bakanı, Bilim Kurulu ile toplantılar yapmaya ve her akşam saat 23:00 dolaylarında günlük olgu sayıları ve pandemide yaşanan gelişmelerle ilgili televizyonlardan canlı bilgi aktarmaya başladı. 22/3/2021 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na ve Bilim Kurulu'na yazı ile bazı önerilerde bulunuldu. Önerilerin yazılı olarak iletilmesi yanında, bazı Bilim Kurulu üyeleri ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile sözel olarak da görüşmeler yapıldı. Bu görüşmelerde özetle; salgının her boyutuyla ilgili olarak toplumun doğru bilgilendirilmesinin, şüpheli veya tanı konulmuş hastalarla ilgili bilgilendirmenin önemi vurgulandı, açıklamanın geç saatlerde yapılmaması önerilerek psikososyal desteğin, sağlık çalışanlarının ruh sağlığının ve motivasyonunun önemi, ruh sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı hizmetinde görevlen-

dirilmesi, psikiyatrik bozuklukların yatarak tedavisinin sürdürülmesiyle ilgili merkezi bir planlamanın yapılmasının gerekliliği ve her an işbirliğine hazır olduğu vurgulandı. 25 Mart 2020 tarihinde Adalet Bakanlığına yazı yazılarak gerek bilrkişilik gerekse tedavi taleplerin en aza indirilebilmesi için psikiyatrik açıdan acil müdahale gerektirir tıbbi durumu olmayan kişilerin bu süreçte mümkün olduğunca hastanelere gönderilmemesi istendi. 25 Mart 2020 tarihinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin salgın koşullarında işleyişiyle ilgili sorun ve öneriler iletildi.

Eğitimler

Salgının ilk günlerinden itibaren “Salgın Döneminde Ruh Sağlığı”, “Pandemi Sürecinde Hastalık Kaygısı”, “Yas ve Yasa Müdahale”, “Sağlık Çalışanlarında Görülebilecek Ruhsal Tepkiler ve Sağlık Çalışanlarının Desteklenmesi”, “Gerginlikle Başa Çıkmak için Kas Gevşemesi ve Solunum Egzersizleri”, “Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı” başlıklı eğitim videoları Açık Eğitim Destek Programı’na yerleştirildi. Üyelerimizin eğitici olduğu çok sayıda webinar düzenlendi. Haftalık olarak yapılmakta olan ‘Psikiyatriden Gündeme’ başlıklı YouTube konuşmaları doğrudan pandemi ile ilişkili konulara ayrıldı³.

Bilgilendirme Dosyaları ve Kılavuzlar

Çalışma Birimleri tarafından yirmiiç bilgilendirme dosyası hazırlandı ve dernek web sitesine yüklendi. Bu bilgilendirme dosyaları “Koronavirüs Hastalığı Salgını Sırasında Ruh Sağlığı ve Stresle Baş Etme”, “COVID-19Salgınında Psikiyatri: Krize Müdahale” “COVID-19 Salgınında Adli Psikiyatri Klinikleri ve Cezaevi İçin Öneriler” gibi başlıklardan oluşuyordu. Her dosyanın web sitesine yerleştirilmesinden hemen sonra dosya ile ilgili broşürler, tanıtıcı kartlar hazırlandı ve sosyal medyada yayınlandı. Pandemi sürecinde ayrıca iki önemli kılavuz tamamlandı. Bunlardan biri Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi tarafından yayınlanan “COVID-19tedavisinde Önleyici Koruyucu ve Tedavi Edici Psikiyatrik Hizmetler” kılavuzuydu. Bu kılavuz, birinci basamaktan, yoğun bakıma kadar her aşamada COVID pozitif hastaların, izolasyondaki kişilerin ve hizmet veren sağlık çalışanlarının ruh sağlıkları ile ilgili ruhsal müdahaleler konusunda açık öneriler içeriyordu. İkinci kılavuz, üyelerimizden Merkez Yönetim Kurulu tarafından oluşturulan görev grubu tarafından hazırlanan “COVID-19 Salgınında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri ile Üniversite Devlet Hastaneleri ve özel Psikiyatri Hastanesi Yataklı Kliniklerinde Çalışma Düzeninin Uyarlanması” adı altında pandemi sırasında ruh sağlığı servislerindeki olası sorunlara yönelik çözüm önerileri ve yeni çalışma düzenine yönelik olarak hazırlandı. Görev Grubu kılavuzu hazırlarken Anestezi Uzmanları ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarından da görüş ve yardım alındı. Kılavuz yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının izolasyonlarından, servis koşullarına, Elektro Konvülsif Tedavi Müdahalesine kadar çok ayrıntılı öneriler içeriyordu³.

Toplumu Bilgilendirme

Toplumu bilgilendirmek, dayanışmayı güçlendirmek amacıyla profesyonel bir tanıtım şirketinden destek de alarak “Kaygıyı değil dayanışmayı bulaştırın” ana sloganı ile kamuoyu oluşturma çalışmaları yapıldı. Ana slogan çerçevesinde kartlar oluşturularak dernek sosyal medya hesapları aracılığıyla dağıtıldı. Aynı slogan çerçevesinde hem Psikiyatri topluluğunun tanınan, önde gelen üyelerine hem de toplumda tanınan sanatçılarla videolar çekilerek yayınlandı³.

Sağlık Çalışanları Ruhsal Destek Hattı

Pandeminin başından itibaren Türkiye’den önce salgınla karşılaşan diğer ülkelerin çalışmalarını incelerken sağlık çalışanlarının tüm dünyada hastane odaklı olarak yürütülen bu süreçte en çok yıpranan grup olduğu görülüyordu. Tüm dünyada vaka sayılarının hızla yükselmesi ve hastanelere başvuru kapasitelerinin üzerindeki başvuru sayıları sağlık çalışanlarını fiziki ve ruhsal olarak zorlayabilmektedir. Bunun yanı sıra bir enfeksiyon hastalığı salgınıyla mücadelede en ön safta yer alan sağlık çalışanları bu hastalığın bulaşı için de en önemli hedef haline getirmektedir. Türkiye’de pandeminin başlarına denk gelen tarihlerde yapılan yayınlarda İtalya’da sağlık çalışanlarının %20’sinin⁴, İrlanda’da %25’inin⁵ COVID-19 ile enfekte olduğu, Çin’de Mart başı itibarıyla 3300 sağlık çalışanının enfekte olduğu ve en az 22’sinin öldüğü bildirilmiştir⁶. Türkiye’de COVID-19 ile enfekte sağlık çalışanlarının sayısına ilişkin net veriler olmasa da 1 Nisan 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından 601 sağlık çalışanının pozitif olduğu duyurulmuştur. Bu sayı o tarihteki tüm COVID-19 vakalarının yaklaşık %4’üne denk gelmektedir⁷. Bugün itibarıyla pandemi nedeniyle yaşamını yitiren sağlık çalışanı sayısı 381’e ulaşmıştır⁸. Yakın tarihte yaşanan bulaşıcı hastalık deneyimlerinde olağandan daha yoğun çalışmak, bulaş riski altında olmak, enfekte meslektaşları tedavi etmek, damgalanma algısı, sosyal izolasyonda ve karantınada olmak, iş stresi ve kendi ailelerinin sağlığı hakkındaki endişeler tüm sağlık çalışanlarının psikolojik stresini arttırdığı görülmüştür⁹. Bir salgın sırasında ve sonrasında, altı sağlık çalışanından yaklaşık birinin önemli stres belirtileri geliştirdiği ifade edilmektedir^{10,11}.

Ek olarak Çin, İtalya ve İspanya’da yaşanan travmatik deneyimlerden yola çıkılarak COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları, aynı zamanda sağlık sistemlerinin kapasitesinin aşılması gibi kendilerinden bağımsız nedenlerle hastalara yeterince yardımcı olamadıklarını düşünerek etik ve vicdani ikilemler yaşadıklarını da ifade ediyorlardı¹². Ancak salgınların sağlık çalışanları üzerindeki getirdiği ruhsal yük ne yazık ki henüz dikkat çekmemiş bir alandır. Singapur’da SARS sonrası yapılan bir araştırmada sağlık, aile ile ilişki, arkadaşlarla veya meslektaşlarla ilişki, iş ve maneviyat olmak üzere dört alan önemli bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında oluşabilecek post travmatik stresi azaltmada etkili faktörler; direktiflerin ve iletişimin açık olması, yeterli koruyucu tedbir alınması, yönetime geri bildirimde bulunma ve yönetimden destek alabilme, süpervizörlerden ve çalışma arkadaşlarından destek, aile desteği,

dini inançlar ve biriyle deneyimleri hakkında konuşabilme olarak belirlenmiştir¹³. COVID-19 pandemisinde çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir araştırmaya katılanlarda oldukça yüksek oranlarda depresyon (%50), anksiyete (%44), uykusuzluk (%34) ve stres (%71) saptandığı bildirilmiş ve riskin ön safta çalışanlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir¹⁴. Başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarında ciddi ruhsal rahatsızlıkların %6.2 gibi yüksek bir oranda ortaya çıktığı rapor edilmiştir¹⁵. COVID-19 pandemisi döneminde hastalığın doğası nedeniyle sosyal ilişkilerin devam ettirilmesi, egzersiz yapma ve boş vakitleri değerlendirebilme gibi uyumu arttıran başa çıkma stratejileri de kısıtlandığından, bu dönemde sağlık çalışanlarının stresini azaltmasının yollarının giderek azalmasıyla salgın sonrası dönemde sağlık çalışanları arasında tükenmişliğin ortaya çıkması için tüm koşullar olgunlaşmış gözükmektedir. Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanların salt fizik değil, ruhsal iyilik halinin de öncelenmesi gerekliliği öne çıkmıştır. Çin'de COVID-19 pandemiden etkilenen sağlık çalışanlarının yaşadıkları ruhsal sıkıntıları azaltmak ve ruhsal iyilik hallerini korumak için bilgilendirme, danışmanlık ve psikoterapi müdahalelerini de içeren bir hareket planı hazırlanmış ve uygulamaya geçirilmiştir¹⁶. Fransa'da da benzer şekilde COVID-19 pandemisinde çalışan tüm hastane çalışanlarına açık bir tele psikiyatri doğrudan telefon hattı kurulmuştur¹⁷.

Ülkemizde de 'Evde kal' çağrıları sonrası daha önce hiç karşılaşılmamış büyüklükteki bu pandeminin virüs kaynaklı ruhsal yıkımının yanı sıra sosyal izolasyon ayağının oluşturduğu kaygının da azaltılması amacıyla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü içinde kısa adı KORDEP olan İstanbul Mazhar Osman ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastaneleri yanında ruh sağlığı alanında hizmet veren, Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şubesi'nin de aralarında bulunduğu bir çok STK'nın da destek verdiği halka yönelik online hizmet veren Korona Virüs Online Destek Ruhsal Destek Programı hayata geçirildi.

TPD çatısı altındaki psikiyatrlar olarak bizler de yukarıda anlatılan etmenleri göz önünde bulundurarak sağlık çalışanları için bir güvenli alan, anksiyeteden arınmış bir nefes sahası oluşturma fikriyle sağlık çalışanlarına destek çalışmalarına başladık. KORDEP ile aynı dönemde TPD Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi içerisinde oluşturulan bir görev grubu sadece sağlık çalışanlarına ruhsal destek vermek amacıyla TPD Ruhsal Destek Hattı göreve başladı. Her iki hatta da meslektaşlarımız gönüllü olarak hizmet sundular. Esasında iki hat birbirini tamamlar bir çalışma yapmış oldu. 7/24 bir psikiyatristin telefonun ucunda olup sağlık çalışanlarının ruhsal yaralarını sarmaya çalıştığı tabiri caizse online acil psikolojik ilk yardım desteği sunduğu TPD Ruhsal Destek Hattı, mesai saatleri içerisinde poliklinik hizmeti sunduğu KORDEP ile halkalanmış oldu.

TPD Ruhsal Destek Hattında yaklaşık iki yüz kadar meslektaşımız gönüllü hizmet vermek için başvurdu. Bu süreçte verilen hizmetler travma terapisi alanında deneyimli eğitimler tarafından verilen eğitimler ve süpervizyonlar ile güçlendirildi. Pandeminin normalleşme sürecine geçtiği resmi duyurusunun ardından arama sayılarının azalarak sınırlanmasının dolaylı hat hizmeti 1.06.2020 tarihinde sonlan-

dırılmıştır. Yapılan görüşmelerle KORDEP ile yaklaşık 2000 kişiye¹⁸ TPD Ruh Sağlığı Destek Hattı kapsamında da yaklaşık 500 sağlık çalışanıyla görüşme yapılmıştır. Tıpkı KORDEP’te olduğu gibi TPD Ruhsal Destek hattını arayanların büyük çoğunluğu kadındı. Büyük ölçüde devlet hastanesinde çalışanlarından ve ağırlıklı olarak İstanbul dışından aramalar gelmişti. Arayanların %28’i hekim, %38,6’sı hemşire, sağ memuruydu. İletilen arama nedenleri sıklıkla yalnızlık, moralsizlik, aileye bulaştırma, çocukla ayrılık, olarak sıralanıyordu ve kadınlarda pandemiden kaynaklı olduğunu ifade ettikleri sıkıntı puanı anlamlı derecede yüksekken, hekimler ve hemşireler diğer sağlık personellerine göre daha kaygılıydı.

11 Mart tarihinde ilk vakanın Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna bildirilmesinden sonra 6 Nisan 2020’de böylesi bir hizmetin sivil toplum desteğiyle alt yapısının oluşturulup, gönüllü psikiyatrlar ile eğitimlerinin yapılarak KORDEP ile eş zamanlı hizmete başlaması derneğin bilim, etik, dayanışma mottosunun hayata geçirilmesinin canlı bir örneğini oluşturmuştur. Daha önce bu online psikolojik ilk yardım ve destek deneyimi olmayan bizlere de eşsiz bir deneyimi yaşama ve dayanışmayı artırma olanağı sunmuştur. Pandeminin hız kesmeden devam ettiği şu günlerde bu değerli deneyim bizler için yol gösterici olmaya devam etmektedir. Her ne kadar hukuki alt yapısı henüz hazır olmasa da şimdilerde pilot hastanelerde online psikolojik destek uygulamalarının başlamış olması da sanıyoruz ki yine bu alana ışık tutacaktır.

Kaynaklar

1. Türkiye Psikiyatri Derneği. (Alıntılanma tarihi 24.02.2021). Erişim adresi: <https://www.psikiyatri.org.tr>
2. Tüzük - Türkiye Psikiyatri Derneği. (Alıntılanma 24.02.2021). Erişim adresi: <https://www.psikiyatri.org.tr> › Uploads › files › Tuzuk.
3. TPD COVID-19 ve Ruh Sağlığı. (Alıntılanma tarihi 24.02.2021). Erişim adresi: <https://www.psikiyatri.org.tr>
4. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. 2020; 395: 1225-28.
5. Gavin B, Hayden J, Adamis D, McNicholas F. Caring for the psychological well-being of healthcare professionals in the COVID-19 pandemic crisis. *Ir Med J*. 2020; 113(4): 51.
6. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet* 2020; 395: 922.
7. Türkiye COVID-19 Verileri. (Alıntılanma tarihi: 18.04.2020). Erişim adresi <https://www.bbc.com/turkce/live/haberler-dunya-52088533>.
8. Kaybettiğimiz sağlık çalışanı sayısı. (Alıntılanma tarihi 25.02.2021). Erişim adresi: <https://www.tb.org>
9. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2006; 12(12): 1924-32.
10. Lu YC, Shu BC, Chang YY, Lung FW. The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome. *Psychother Psychosom*. 2006; 75(6):370-5.
11. Lung FW, Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a follow-up study. *Psychiatry Q*. 2009; 80(2):107-16.
12. Çapraz N, Erim BR, Küçükparlak I, Sercan M. A specific mental health intervention for healthcare workers in Turkey. *Asian Journal of Psychiatry*. July 2020. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102315
13. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(3):190-6.
14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020 Mar 2; 3(3):e203976.

15. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020 Mar 30. pii: S0889-1592 (20)30348.
16. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet psychiatry* 2020 Mar; 7(3): 14.
17. Corruble E. A viewpoint from Paris on the COVID-19 pandemic: a necessary turn to telepsychiatry. *J Clin Psychiatry* 2020;81(3):20com13361.
18. Dünya Haber. KORDEP'ten salgında 2000 kişiye destek. (Alıntılanma tarihi: 20.01.2021). Erişim adresi: <https://www.dunya.com>

Sağlık iş kolu, kamudaki en zor iş kollarından birisidir. 7/24 hizmet sunar ama özlük hakları boyutuyla da kamu çalışanları arasındaki en kötü standartlara sahip iş kollarından birisidir. Bir kere maaşını sağlık emekçileri üç parça halinde alır, sabit aldığı maaş vardır, onun üzerine merkezi döner sermaye dediğimiz havuzdan ödenen bir sabit miktar vardır, bir de hastanenin kendi kazancı üzerinden performans adı altında bir ödeme alır. Ama bu ödemelerin sadece birisi sağlık çalışanın emeklilik boyutuyla ilgilidir. Üçünden vergi kesilir ama sadece sabit maaştan emekli olur. Ve birçok sağlık çalışanı aslında üçüncü ödemesi olan performans miktarı sürekli değiştiği için, son birkaç yıldır tavanı iki bin lira olan ancak bir hemşirenin ortalama beş yüz-altıyüz lira olan performans ödemelerinden son dönemlerde neredeyse hiç para almıyordu birçok sağlık çalışanı. Toplamda üç parça bir devlet memuru maaşı standardı yakalarken, o üç kalemin birini üç-dört yıldır almadığı için birçok sağlık çalışanı fazla mesai ile bu açığı kapatıyordu. Bu fazla mesailerin bir kısmı ekonomik standart yakalamak için bir kısmı personel azlığından. Bu zaten sağlık çalışanları için çok zor bir şeydi. Bu dönem her ne kadar alımlar yapılmış olsa bile aynı zamanda İstanbul'da birçok hastane açıldı. Bütün alımlar yine sağlık çalışanlarını rahatlatmadı. Sağlık çalışanları bu defa daha kötü koşullarda, fazla mesailerle ki bu fazla mesailer risk boyutuyla da sıkıntılı. Bu konudaki en büyük mağdurlar hemşireler. Birçok alanda fazla mesai kaldırılmış olmasına rağmen hemşire arkadaşlarda hiçbir şekilde hayata geçiremedi. Çünkü ciddi bir hemşire yetersizliği vardı. Diyebilirim ki hemşireler pandeminin bütün yükünü tek başına sırtladılar. Dokuz yıldır çalışıyorum hiçbir dönem yıllık iznimi dört gözle beklemedim, hiçbir dönem ne zaman izne çıkacağım diye düşünmedim.

Radyolog Deniz

Pandemide Sağlık Çalışanlarının Haklarının Etik-Politiği

BÖLÜM
27

259

OSMAN ELBEK

Hiçbir meslek verili hayatın dışında ve süregiden sosyopolitik iklimden azade icra edilemez. Bu bağlamda tarihsellik dünyanın tek hakikatidir. Sağlık çalışanları arasında tarihsel olarak kendisini öne çıkartan hekimlik mesleği de hem etik tartışmaları hem bir praksis olarak sergilenmesi, hem de icra edene kazandırdıkları ile tarihsel bütünü içerisinde şekillenmiştir. Bilindiği üzere neoliberal politikalar, günümüz dünyasında hegemoniktir. O nedenle gerek pandeminin kendisinde gerekse pandeminin ön safında risk altında çalışanların karşılaştığı sorun ve etik ikilemelerinde bu politikaların izdüşümü aranmalıdır. Bu makale, pandemi sürecinde yaşanan etik sorunların gerekçesini neoliberal bir çerçeve dahilinde aramayı hedeflemektedir. Türkiye sağlık ortamını kabaca Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası olarak iki döneme ayırarak ele alabiliriz. Her ne kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı, Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından resmi olarak 2003 yılında ilan edilmiş olsa da aslında sağlıkta yaşanan liberalizasyon politikaları 12 Eylül 1980 askeri darbesinin bir ürünüdür. Bu bağlamda genel olarak 80 öncesi ve sonrası iki dönem olarak sağlık hizmet alanını ve bu çerçevede sağlık çalışanlarını ele almak uygundur. Hekimler, tarihsel süreçte elde ettikleri statü nedeniyle sağlık çalışanlarının özel bir kesimini oluşturmuşlardır. Gerek toplumsal statü gerek sınıfsal ilişkileri, gerekse tabakalaşma örüntüleri nedeniyle hekimler aracılığıyla sağlık ortamının genel çerçevesini tarif etmek ve izlemek mümkündür. Tarihin farklı dönemlerinde “hekim kimdir?” sorusuna verilen yanıt genel olarak sağlık ortamının ideolojik çerçevesini de tarif etmektedir.

Dönüşüm Öncesi Hekimlik (Sağlık Ortamı)

Dünya genelinde sosyal (refah) devlet(i) uygulamalarının ön planda olduğu dönemde; yurttışa devlet tarafından sunulan ve rızayı üreten sağlık hizmet sunumunu hekimler uhdesinde bulundurduğu için bu durum onlara geniş bir mesleki otonomi ve sağlık alanının politikalarını etkileyebilme gücü sunmaktaydı¹. Daha önemlisi bu dönemde hekimlerin hemen hepsi kamu kurumlarında mesleki pratiklerini sergiledikleri için günümüze kıyasla alturistik değerler daha öncelikli olarak mesleğin bünyesinde yer alıyordu. Dönemin ayırt edici özelliğini; hekimlerin kâr güdüsü ile

hareket eden iş adamlarından farklı bir meslek grubu olarak tanımlanması oluşturmaktaydı (2.1).

Türkiye’de genelinde sağlık hizmet alanı, özelinde hekimlik mesleği ise ulus devlet inşaa sürecinin temel ayaklarından birisini oluşturmuştur. 1920 yılında Ankara Hükümeti’nin ilk icraatlarından birisi olarak Sağlık Bakanlığı’nı kurması konuya verilen önemin en somut göstergesidir. Kurulan genç cumhuriyetin yurttaşlarının çoğunun trahom, verem, tifüs, sıtma gibi bulaşıcı hastalıklardan adeta kırılıyor olması bu zorunluluğun temel gerekçesidir. Öte yandan Osmanlı İmparatorluğu sürecinde sağlık işlerinin Reisul Etibba (Hekim Başı) aracılığıyla sunuluyor olması, Türk Tıp Cemiyeti’nin 1856’da kurulmuş olması ve Osmanlı İmparatorluğu döneminde de özel tababetin yaygın olması hekimlere tarihsel olarak güçlü bir mesleki otonomi sağlayan koşulları oluşturuyordu. Son olarak Kemalist Cumhuriyet’in kuruluş sürecinde tıbbiyenin önemli rol almış olması ve Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetlerinin “Sıhhiye Meclisleri” vasıtasıyla sunulması, hekimleri ve hekimlik mesleğini, o dönem devlet eliyle şekillendirilen Etibba Odaları aracılığıyla korporatist devlet yapısıyla bütünleşmesine ve bu sayede güçlü bir toplumsal ve ekonomik statü kazanmasına yol açmıştı³.

Dönüşüm Sonrası Hekimlik (Sağlık Ortamı)

Neoliberal dönüşümün icracı aktörlerinden birisi olan Margaret Thatcher’ın da vurguladığı gibi “ekonomi bir yönetimse” ve “asıl amaç ruhları değiştirmekse” dönüşüm sonrası sağlık ortamının koşulları aktörlerin ruhlarını da değiştirmiştir⁴. Bırakınız diğer sağlık çalışanlarını, tarihsel olarak her zaman farklı bir konumda bulunan hekimler dahi bu dönemde meslek otonomilerinin yitimini, sosyoekonomik statülerin kaybını, gelir güvencelerinin ortadan kalkmasını ve toplumdan kendilerine yönelen şiddeti deneyimlediler. Bu dönemde bir yandan modernitenin kutsallarının değer yitimi ve bu çerçevede bilginin önemsizleşmesi, diğer yandan da internet de dahil olmak üzere bilgiye erişimin kolaylaşması, “her şeyin mümkün” olduğu postmodernist bir neoliberal ortamda hastaları “sıradan uzman” konumuna yükseltti. Artık hekimin / sağlık çalışanının karşısında moderniteye, onun kurumlarına ve dolayısıyla kendisine biat eden sessiz bir hasta yerine, bireyin her şeye muktedir olduğu anlatusına kendisini kurban etmiş ve onca yılın biriktirdiklerini adeta kusmaya yemin etmiş bir “itiraz makinesi” vardır. Kendisine vaad edilen “tanrılar katını” kaybetmiş hekimler ise bu çatışmacı iklimden ancak “yönetici” ve “bilgi” seçkinleri tabakalarını kendi içlerinde yaratarak kısmen de olsa sakınmayı başarmışlardır¹. Gerçekten de sağlık bürokrasisine dahil olarak sağlık çalışanlarını bir bütün olarak değersizleştiren neoliberal sağlık politikalarını belirleyen ve sofistike tıbbi araştırmalar sayesinde bilgi üretimini devam ettiren ve görece korunaklı akademide yaşayan hekimler dışında herkes bu çatışmacı iklimle karşı karşıya gelmiştir.

İşte COVID-19 pandemisi, bu çatışmacı sağlık ortamında, ağırlıkla “yönetici” ve “bilgi” seçkinlerine dahil ol(a)mayan tedavi edici hekimlik ile uğraşan tıp doktorlarını;

uzun zamandır ekip hizmetinin göz ardı edildiği bir sağlık ortamında özgün kimlikleri göz ardı edilen hekim dışı sağlık çalışanlarını ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bile rek kıskırttığı kutuplaşma ortamının da etkisiyle en iyi ihtimalle onlara mesafeli duran hastaları karşı karşıya getirmiş, ya da başka bir ifadeyle yeniden buluşturmuştur.

Bulgular

Doktor Selim, yapılan görüşmede *“Hasta muayeneleri eskisi kadar dikkatli yapılmadı. Hastalar direkt COVID düşünülerek direkt tomografiye ya da tetkiklere yönlendirildi. Tabii herkes değil ama belli kişiler hastalığa kapılmamak için özellikle hekim arkadaşlar bir an önce tanı koyup yatırmak derdinde oldu. Bunun temel sebebi de tomografide pozitif bulgular varsa yatması gerekir, yoksa eve gidebilir. O yüzden muayene yapmadılar. Bence en büyük etik problem buydu.”* saptamasını yapıyor. Doktor Selim'in, “muayenelerin yeterince yapılmaması” saptaması sahadaki bir gerçeğe işaret ediyor. Bu durumun nedenlerini düşünerek bu sorunu ele almak gereklidir. Yaşanan etik sorunun altında yatan ilk neden pandeminin özellikle ilk döneminde yaşanan COVID-19 PCR ulaşım yetersizliğidir. Gerçekten de artan hasta yükü karşısında, Doktor Selim'in de ifade ettiği gibi, hastalara hızla tanı koyup “ev” ile “hastane yatışı” arasında hızlı karar vermek gerekiyordu. Ancak COVID-19 PCR ulaşımı özellikle salgının ilk döneminde hemen hiç mümkün değildi. Bu dönemde tüm Türkiye için sadece Ankara'da bir merkezde COVID-19 PCR incelemesi olanaktı. Test alt yapısı “genişletildiğinde” dahi PCR erişimi zor ve zahmetli olmaya devam etti.

Öte yandan zaman baskısı da kritik bir sorun oldu pandemi boyunca. Zaten pandemi öncesinde de Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle “sağlık tüketimi” nin kıskırtılması, alt yapı ve insan gücüne kıyasla sağlık hizmet kullanımını zorlukla karşılanabilecek bir boyuta getirmişti. Bu soruna bir de pandeminin hasta yükü eklenince sağlık çalışanlarının hastaları sirküle edebilmesinin tek yolu onları hızla yönlendirmek oldu. PCR gibi ulaşımı zahmetli ve görece zaman alıcı bir tetkik yerine, tomografi gibi ulaşımı kolay ve hemen sonuç veren bir yöntem tercih edilir oldu.

Son olarak pandemi öncesi dönemde de sağlık ortamı, gerek niteliksizleşen tıp eğitiminin, gerek artmış hasta yükünün, gerek sağlık hizmet alanının Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle hızlı ve kontrolsüz biçimde teknolojikleşmesinin ve gerekse de hekimlere uygulanan “performans politikası” nedeniyle görüşme (anamnez) ve muayeneden ziyade tetkik tabanlı seyretmekteydi. Ortamın dinamikleri gerek hasta ve gerekse sağlık çalışanlarında tetkik temelli bir sağlık hizmet algısını var etmişti. Zaten bu nedenle tomografi ve manyetik rezonans incelemelerinde Avrupa ülkelerinin çoğunda sayısal yönetime geçilmiştir. Hekimler zaman darlığı nedeniyle hata yapmamak, hastalar ise “etrafıca incelenmek” için tomografi gibi ileri teknolojik cihaz kullanılmadan sağlık hizmeti sunamaz / alamaz bir noktaya gelmiştir. COVID-19 pandemisi gibi ölümcül bir sorun ise bu kıskırtılmış hizmet biçiminin uygulanması potansiyalini arttırdı. Türkiye sağlık ortamı, pandemi boyunca nüfus başına düşük sağlık çalışanı ve yatak sayısı sorunu karşısında artan hasta yükü ve pandeminin

hastalardaki ölümü düşündüren kaygıyı tomografi gibi teknolojik cihazları gereksiz yere fazlasıyla kullanarak ödemekteydi. Hiç kuşkusuz sağlık çalışanların hastalanma kaygısı da bu ortamda muayeneyi daha da kısaltan, tetkik bazlı yaklaşımı daha da arttıran ek bir husus oldu.

Hemşire Umut, *“etik ilkeler nasıl uygulanabilir hale getirilebilir”* sorusunu, *“biraz duygular açısından bakılabilir, empati kurulup o hastayla yapılabilir açıklacağı”* diye yanıtıyor. Hemşire Sezen ise, *“ben artık hastaları sevk etmek yerine bizde olmasını tercih ederek”* yaşanan sorunları çözmeyi öneriyor. Çünkü hemşire Sezen Şehir Hastanesi’ne sevk ettiği bir hastanın acilde çok beklediğini, yoğun bakıma yatma sırası bekleyenler arasında onsekizinci sırada olduğunu, entübe edildiği halde solunumunu devam ettirecek makinenin (respiratör cihazı) bulunmadığını, başka bir hasta ölünce onun makinesini sevk edilen hastaya kullanıldığını ancak yanlış ayarlandığını ifade ediyor. Hemşire Sezen, cihazın yanlış ayarları konusunu şu sözlerle açıklıyor: *“Peki bu ayar o anki özensizlikle mi alakalı, neden böyle bir şey yapmışlar? Ben şöyle düşünüyorum. Çok fazla sıra var, hasta zaten entübe, kötü bir hasta. Onsekizinci sırada yoğun bakım bekliyor. Akciğerleri de kötü, entübede gelmiş hasta.”* Hemşire Umut ve Sezen, iki farklı durum üzerinden aslında empati kavramına vurgu yapıyorlar. Hastaların duygularının dikkate alınması; akciğerleri kötü dahi olsa, yatış sırası geç gelmiş dahi olsa, yoğun hasta yükü de olsa hastayla kurulacak empatinin sorunları çözebileceğini ifade ediyorlar.

Empati konusunda ilk yapılması gereken vurgu, empati beklenen sağlık çalışanının çalışma ortamının empatiye uygun olmasıdır. Türkiye’de sağlık çalışanları, uzun çalışma saatlerine karşılık çoğu zaman gelir güvencesinden yoksun, mesleki otonomiden uzak ama kendilerine yönelen şiddet ile baş başa biçimde hizmet vermektedirler. Bu koşullar artan hasta yükü ile birleşince tükenmeye neden olmaktadır. Kuşkusuz tükenme eşliğinde hizmeti sürdüren sağlık çalışanlarının hastaya empatiyle yaklaşması mümkün değildir.

Öte yandan Türkiye’de sağlık çalışanlarının eğitim biçimi ve eğitim içeriği de empatiyi geliştirebilecek öğeler taşımamaktadır. Özellikle hekimlerin toplumsal konumları hakkında mesleklerinin “doğal” bir sonucu olarak talepkâr olması, Türkiye toplumunda hekimlik mesleğinin toplumsal statüsünün yakın zamana kadar adeta “tanrılar katı” olarak görülmesi, ancak neoliberal reform politikalarıyla hızlı bir statü kaybının yaşanması onları hastaya karşı empati geliştirmeye mümkün kılmamaktadır. Bununla birlikte Türkiye’de tıp eğitiminin militer kökenden gelmesi ve mezuniyet öncesi – sonrası eğitimin “öğrenci” kimliğine saygı gösteren, özgürlükçü ve çoğulcu olmak yerine ciddi benlik travmalarına yol açacak biçimde şekillenmiş olması da hekim olunduğu zaman onların empati geliştirmesini oldukça zorlaştırmaktadır.

Sonuç

Yetersiz Zaman ve Özen: Pandemi döneminde yaşanan hasta hakları ihlallerinin başında hasta başına ayrılan zamanın ve onlara gösterilmesi gereken özenin kısıtlanmış olması gelmektedir. Bu bağlamda pandemi döneminde hastalara çoğu zaman

COVID-19 penceresinden yaklaşılmış, onların diğer sağlık sorunları hemen tümüyle ihmal edilmiş, onlara COVID-19 bağlamında yeterli bilgilendirme ve aydınlatılma yapılamamış, hastalık konusunda tedavi kararları özgür iradelerinin onayına tabi tutulmamış, sağlıkları ve gelecekleri konusunda otonomi imkânları yaratılmamış, hastalıkların sosyokültürel, ekonomik ve duygulanımsal özellikleri göz ardı edilmiştir. Bu dönemde sağlık çalışanlarının temel yönelimi, hastaların mümkün olduğunca hızlı triyaja tabi tutulması, öykü alma ve genel muayene yapma gibi “hız kısıtlayıcı” basamakların atlanması ve “gereken ne ise” onun sorgulanmaksızın vakit kaybetmeden uygulanması biçiminde tezahür etmiştir.

Sağlık İnsan Gücü: Türkiye’de uzun süredir sunulan sağlık hizmeti, sağlık çalışanı ile hastaların görüşme ve muayenesinden ziyade yüksek teknoloji kullanımı ve tetkik tabanlı icra edilmektedir. Daha kötüsü söz konusu bu durum tüm taraflar açısından kanıksanmış ve hatta “nitelikli” sağlık hizmetinin ölçüsü olarak kabul edilmiştir. Öte yandan sağlık çalışanlarının hasta taleplerine olan duyarsızlığı ve duygusal tükenmesi de mevcut sorunu sağlık çalışanları cephesinden derinleştiren bir diğer konu olmuştur.

Alt Yapı, İnsan Gücü, Sağlık Sistemi: Türkiye’de mevcut sağlık insan gücünün uzun zamandır hasta yükü açısından adeta sürekli bir olağanüstü hâl yaşıyor olması, ülke genelinde sunulan sağlık hizmetini yüksek teknoloji kullanımı ve tetkik tabanlı icra edilmesine yol açmıştır. “Kıskırtılmış sağlık tüketimini” teşvik etmeyi amaçlayan performans politikaları, bu sorunun ortaya çıkma potansiyelini arttırmaktadır. Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın yarattığı koşullar can, gelir ve mesleki otonominin yitimine ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete yol açmış ve bu durum sağlık çalışanlarında duyarsızlaşmaya ve duygusal tükenmeye neden olmuştur. Ayrıca sağlık altyapısı ile sağlık insan gücünün niceliksel yetersizliği de çok önemli bir diğer sorundur. Özellikle hasta yatak sayısının azlığı, hastaların hak ettikleri biçimde sağlık kurumlarında izlenmesini olanaksızlaştırmıştır. Bu durum hem hastaların nitelikli bir sağlık hizmetini almalarını engellemiş, hem de izolasyon sağlanamadığı için toplumsal bulaşıcılığı arttırmıştır.

Bununla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın iddialarının aksine ülke genelinde basamaklandırılmış bir sağlık hizmet sunumuna geçilememesi de bu sorunu derinleştirmiştir. Pandemi öncesi dönemde neoliberal politikaların bir sonucu olarak bölge tabanlı, güçlü, evde izleme ve ekip çalışmasına uygun “sağlık ocağı” sisteminin yerine, bireysel, kişisel başvuruya bağlı ve çok sınırlı sağlık insan gücüne dayanan “aile hekimliğine” geçilmiş olması, ikinci ve üçüncü basamaktaki hasta yükünü pandemi döneminde gereksiz yere arttırarak hastalara ayrılması gereken zamanı ve onlara gösterilmesi gereken özeni daha da azaltmıştır. Son olarak, özeline hekimlerin genelinde sağlık çalışanlarının ekonomik ve sosyal statü bağlamında mesleklerinden beklentileri ile toplumsal sözleşmenin bir gereği ve sonucu olarak onlara karşı sergilenmesi gereken tutum ve pozisyon arasındaki uçurum düzeyindeki farklılık pandemi döneminde yaşanan sorunların zeminini oluşturan yapısal bir diğer nedendir.

Öneriler

Türkiye’de sağlık hizmet alanında yaşanan sorunlara ve hastaların yaşadıkları problemlere çözüm için gerekli önlemler şunlardır:

- Türkiye’de meslekler arasında bulunan katı hiyerarşinin azaltılması ve daha eşitlikçi bir toplumsal tahayyülün karşılık bulması,
- Tıp eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası döneminin özgürlükçü ve eşitlikçi bir eğitim ortamına ulaştırılması,
- Ardı ardına açılan tıp fakültelerinin yetersiz alt yapı ve insan gücü nedeniyle tıp eğitiminin niteliksizleşmesinin önlenmesi,
- Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi müfredatının sağlığın sosyal belirleyicilerini de kapsayacak biçimde tıpta insan bilimleri ile yetkinleştirilmesi,
- Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık hizmet alanı üzerinde yol açtığı “sağlık tüketimi” temelli kısıktırılmış sağlık hizmet sunumu yerine, basamaklandırılmış ve koruyucu- esenlendirici sağlık hizmetlerinin öncelenmesi,
- Sağlık çalışanlarının aldıkları eğitime ve yükledikleri sorumluluğa yakışır gelir güvencesine ve dinlenme hakkını da içeren uygun bir çalışma ortamına ulaştırılması,
- Sağlık çalışanlarında mesleki tükenmeyi tetikleyen mesleki otonomi kaybı ile onlara yönelen ölümcül şiddet ortamının son bulması,
- Sağlık çalışanlarının ekonomik gelir kaybına uğramaksızın sürekli mesleki gelişimlerinin sürdürebilecekleri olanakların tanınması ve mesleki gelişimin izlenmesi,
- Gerek tıp eğitimi gerekse sağlık hizmet sunumu konusunda yapılacak her değişimin Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere meslek örgütleri ve uzmanlık derneklerini de kapsayacak çok taraflı bir süreç dahilinde planlanması,
- Hekimlik mesleğinin yetkinliğini sürdürülebilir kılmak için Türk Tabipleri Birliği’ne mesleki yaşamda daha çok sorumluluk tanınması.

Kaynaklar

1. Adaş, EB. Piyasa ve Toplum Kısacasında Hekimlik, İçinde Ed: Elbek, O. Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır. 1. Basım. İstanbul: Hayykitap. 2013.
2. Parsons T. The social system. Glencoe IL: The Free Press. 1951.
3. Elbek, O. He-kimliğin Dönüşümü, İçinde Ed: Elbek, O. Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır. 1. Basım. İstanbul: Hayykitap. 2013.
4. Harvey D. A brief history of neoliberalism. New York: Oxford University Press. 2007.

COVID-19'un meslek hastalığı olarak kanundan geçmesi lazım. Çünkü bizim arkadaşlarımız hayatlarını kaybediyorlar. Bugün siz Türk İş Kanunu'na göre bir işçiyse, iş yerinde ayağınız kayıp düşseniz dahi iş kazası olarak değerlendiriliyor. İş yerinde çalışırken kalp krizi geçirirseniz iş kazası olarak kabul ediliyor. İşle ilgisi yok. Burada en önemli nokta bu. Sağlık çalışanları için bir dayanak olması lazım. Onların arkalarında bıraktıkları aileleri için.

Uzman Doktor Ahmet

COVID-19'un Meslek Hastalığı Sayılmasının Önemi

ÖZLEM KURT AZAP

Dünyada, yılda, iş kazasına bağlı 380 bin ölüm, meslek hastalığına bağlı 2.4 milyon ölüm görülmektedir¹. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO-International Labour Organization) bulgularına göre bir ülkedeki meslek hastalığı nedeniyle ölenlerin sayısı iş kazalarının altı katıdır. Ancak meslek hastalıklarına ve bunlara bağlı ölümlere ilişkin bildirim konusunda farklı nedenlerle birçok sıkıntı yaşanmaktadır. ILO, 2013 yılında, meslek hastalıklarına ilişkin durumun görünür olmadığına dikkat çekmek üzere “gizli salgın” (hidden epidemic) ifadesini kullanmıştır².

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının bildirim zorunludur ve genel olarak bu bildirim tek nedeninin sigorta ve tazminat süreçleri olduğu düşünülmektedir. Durumun bu şekilde algılanması gerek çalışanlar ve hekimler gerekse karar vericiler açısından süreci zorlaştırmakta ve işlevsizleştirmektedir. İş kazası ve meslek hastalığı bildirimlerinin asıl amacı, çalışma ortamlarındaki sağlık sorunlarını sektörlere göre kayıt altına almak ve koruyucu önlemleri planlamak olmalıdır. Zamanında ve doğru yapılan bildirimlerle sağlık sorunlarına neden olan faktörlerin doğru bir şekilde belirlenmesi, ortadan kaldırılması ve kişilerin hastalanmasının önlenmesi mümkün olabilecektir. Bildirim yapılmadığı durumda meslek hastalıklarının görünür kılınması olanaklı değildir. Mevcut durumda, meslek hastalıklarının sadece sakatlık/maluliyet gibi durumlar nedeniyle şikâyet konusu olanlar, uzun süren mahkeme süreçlerinin sonucunda meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Oysa dünyada her yıl 160 milyon kişide işe bağlı hastalıkların, meslek hastalıklarının beklendiği bilinmektedir. Pnömonokonyoz gibi bilinen meslek hastalıklarının halen yaygın görülmesinin yanı sıra ortaya çıkan başka hastalıkların da giderek arttığı belirtilmektedir. COVID-19, yeni ortaya çıkan meslek hastalıkları arasındaki yerini almıştır. Bu yazının kapsamı çerçevesinde sağlık çalışanlarında COVID-19 konusuna yer verilecektir.

Dünya'da 59 milyondan fazla sağlık çalışanı, Türkiye'de 1 milyon 200 bin sağlık çalışanı vardır^{3,4}. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2021 yılını “Sağlık Çalışanlarının Yılı” olarak ilan etmiştir. DSÖ'nün bildirgesinde hastaların sağlıklarına kavuşabilmeleri için sağlık çalışanlarının sağlıklı olması gerektiği vurgusuna yer verilmiştir⁵. DSÖ'nün Eylül ayında yaptığı açıklamada, ülkelerin çoğunda sağlık çalışanlarının

ülke nüfusunun %3'ünden azını, hatta düşük ve orta gelirli ülkelerde %2'den azını oluşturmasına rağmen bildirilen olguların %14'ünün sağlık çalışanı olduğu, bazı ülkelerde bu oranın %35'e kadar çıkabildiği belirtilmiştir⁶.

ILO, Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı (International Social Security Association-ISSA), Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı (European Agency for Safety and Health at Work- EU-OSHA) gibi kuruluşlar tarafından çalışma koşullarından kaynaklı olarak COVID-19 hastalığına yakalanan çalışanlarda bu hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği, bu çalışanların ölümleri halinde yakınlarına tazminat verilmesi gerektiği belirtilmiştir^{7,8,9}. Birçok ülkede sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı illiyet (nedensellik) bağı aranmaksızın doğrudan meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Çünkü sağlık çalışanları, sundukları hizmet gereği, toplumdan belirgin derecede yüksek oranda hastalık riskine maruz kalmaktadır. Fransa, Kanada, İtalya, Belçika, Norveç, Almanya ve Malezya COVID-19'u sağlık çalışanlarının meslek hastalığı olarak kabul eden ülkelerdir. İtalya'da, kamu ya da özel sektör ayırt edilmeksizin hastalanan tüm sağlık çalışanlarının geçirdikleri COVID-19, meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. ABD'de sağlık çalışanları arasında görülen COVID-19" iş ile ilişkili hastalık" olarak kabul edilmiştir^{10,11}.

Ülkemizde, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası'nda meslek hastalığı "Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlanmıştır¹². 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nda ise meslek hastalığı "Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir" şeklinde tanımlanmıştır¹³. Her iki yasaya göre de, COVID-19 hastalığı, sağlık çalışanlarında, tanım gereği, meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir. Çünkü sağlık çalışanları, hastalar ve hastaların salgıları ile görevleri gereği sürekli temas halindedir.

Sağlık çalışanı tanımı, yasanın kapsayıcılığını belirlemek açısından önemlidir. Sağlık alanında çalışanların sayısının yanı sıra ünvan ve görevlerin çeşitliliğinde de artış olmuştur. 22 Mayıs 2014 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" kapsamında 48 ünvan ve göreve yer verilmektedir. Ancak kısaca tanımlamak gerekirse sağlık kuruluşlarında aktif olarak çalışanların tümü sağlık çalışanıdır ve COVID-19'a yakalanmaları durumunda meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir. Salgın sırasında yaşamını kaybedenlerin çoğunluğunu hekimler, hemşireler oluşturmakla birlikte şoför, güvenlik görevlisi, tıbbi sekreter ve riskli ortamların temizliğinden sorumlu olan çalışanlar da yer almaktadır.

Mesleki bulaşıcı hastalıklar listesi, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin 19. maddesindeki listenin D grubunda yer almaktadır. Buna göre çalışmada görülen hastalık "görülen işin gereği olarak veya işyerinin özel koşullarının etkisiyle oluşması ve enfeksiyonun laboratuvar bulguları ile de kanıtlanması" durumunda mesleki bulaşıcı hastalık olarak kabul edilecektir. Yine aynı maddede "Bu listede yer almayan fakat iş ve görev gereği olarak bulaştığı

kesin olarak saptanan diğer bulaşıcı hastalıklar da meslek hastalığı sayılır. Bu husustaki teşhisin laboratuvar deneyleriyle kanıtlanması gereklidir. Hastalığın en uzun kuluçka süresi yükümlülük süresi olarak alınır” ifadesi yer almaktadır¹⁴. Sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları listesinde tüberküloz, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklar uzun yıllardır yer almaktadır. Daha önce meslek hastalıkları listesinde olmamasına rağmen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), açılan davalar sonrasında meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. Günümüzde de yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının hakları için tabip odaları ve sendikalar tarafından yakınlarının müdahil olmasıyla davalar açılmıştır.

Sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı, bilimsel bilgiler çerçevesinde ele alındığında meslek hastalığı olarak değerlendirilmesi gerekirken, Türkiye’de Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün, 7 Mayıs 2020 tarihinde yayımladığı 2020/12 sayılı genelgesi ile, “Koronavirus hastalığının bulaşıcı bir hastalık olduğu, söz konusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara, iş kazası ve meslek hastalığı sigortalarından değil, 5510 sayılı kanununun 15. maddesi uyarınca iş kazası ve meslek hastalığı sayılmayan ve iş göremezliğe neden olan hastalık kapsamında provizyon alınması ve buna göre işlem yapılması gerektiği” bildirilmiştir. Buna göre, COVID-19 tanısı, sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmeyecektir. Sağlık çalışanlarında bildirilecek olan COVID-19’un meslek hastalığı kabul edilip edilmeyeceği SGK Yüksek Sağlık Kurulu ile SGK’nın ilgili diğer kurullarının yetkisindedir. SGK’ya bildirim bir durum ya da hastalığın iş kazası ya da meslek hastalığı olarak doğrudan kabulünü göstermez, bildirilen durumun gerekli şartları karşılayıp karşılamadığıyla ilgili incelenme için SGK’ya sunulmuş olur. Meslek hastalığı ya da iş kazasıyla ilgili SGK’ya bildirim hekimler için yasal zorunluluktur. Yukarıda adı geçen genelgeyle SGK, herhangi bir sağlık kurumunda çalışan hekimi, sağlık kayıtlarında meslek hastalığı kodlaması yapmaması konusunda uyarılmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), bu konuda Sağlık Bakanlığına ve SGK’ya mektup yazarak bu düzenlemenin sağlık çalışanları hak kaybına uğramayacak şekilde yapılmasını talep etmiştir^{15,16}. TBMM’ne sunulan Meslek Hastalıkları Yasa Tasarısında eğer bir sağlık çalışanı COVID-19 hastalığını geçirmişse o dönemde uğradığı zararın, SGK tarafından değerlendirilmesi ve incelenmesi istenmektedir. Eğer sağlık çalışanı kaybedilmişse yakınlarının yaşamlarını devam ettirebilmelerinin koşullarının bu kapsama alınması istenmektedir ve tazminat, mahkeme yollarının açık tutulması talep edilmiştir. Tasarıda bu yapının iş kazaları ve meslek hastalıkları fonunun güçlendirilerek oluşturulması istenmektedir.

SGK’nın ilgili genelgesine İzmir Tabip Odası’nın itiraz etmesi sonucu SGK Yüksek Sağlık Kurulu tarafından yeniden alınan karar, kamuoyuna “COVID-19, sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edildi” şeklinde yansımıştır ancak yeni düzenlemede yer alan iki ölçüt *yine* mevcut ihtiyacı ve bu ihtiyaca ilişkin talepleri karşılamaktan uzaktır¹⁷. Yeni düzenlemede COVID-19 hastalığı tanısı için hastalığa ilişkin PCR (Polymerase Chain Reaction-Polimeraz Zincir Reaksiyonu) test sonu-

cunun pozitif olması zorunluluğu getiriliyor ki hastalığın doğası ve kullanılan test yönteminin özellikleri gereği hastalığı geçirmekte olanların yaklaşık yarısında test sonucu negatif olabilmektedir. Bu nedenle, PCR test sonucu negatif bile olsa klinik ve radyolojik ölçütler açısından COVID-19 hastalığına uyan olgular, tüm dünyada COVID-19 olarak kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarında COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için PCR test sonucunun pozitif olması ölçütü, COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının bu tanıyı alamayacağı anlamına gelmektedir. Pandeminin başlarında, 23 Nisan 2020 tarihinde, kaybettiğimiz Dr. Erdinç Şahin'in klinik ve radyolojik bulgular COVID-19 ile uyumlu olmasına rağmen PCR testi sonucu negatif çıktığı için COVID-19 tanısı alamamış olması bu konunun önemine işaret etmektedir. SGK Yüksek Sağlık Kurulu tarafından alınan karardaki ikinci ölçüt yükümlülük süresinin 30 gün olmasıdır. Yükümlülük süresi, kişinin hasta olduktan sonra hastalığının mesleki olup olmadığının incelenmesi için SGK'ya başvurması için verilen en uzun süredir. Yani COVID-19 geçiren bir sağlık çalışanı hastalandıktan sonra 30 gün içinde SGK'ya başvurmazsa meslek hastalığı tanımından yararlanamayacaktır. COVID-19 hastalığının seyri ve süresi göz önünde bulundurulduğunda bu ölçütün meslek hastalığı tanımını neredeyse işlevsiz hale getirdiği görülmektedir. Çünkü COVID-19 hastalığı, olguların çoğunda bir-iki hafta içinde düzelerken orta-ağır seyirli olgularda haftalar hatta aylar sürebilmektedir. COVID-19 geçiren sağlık çalışanlarının -elbette tamamı değil- sadece kalıcı şekilde zarar görenleri ve kaybedilenleri meslek hastalığı tanısı alacaktır; bu durumun netliğe kavuşması için, hastalığın doğası gereği, genellikle en az bir buçuk ay süre geçmelidir; öngörülen otuz günlük süre bu durumda işlevsiz hale gelmektedir.

Meslek hastalıklarının tanısının konması zordur. Meslek hastalığı, çalışanın etkenle temasından bir hafta ile kırk yıl sonra ortaya çıkabilmektedir. Mesleki bulaşıcı hastalıkların tanısına ilişkin ayrıca güçlükler mevcuttur. Pandemi durumunda nasıl bir yol izleneceği de belirlenmiş değildir. Mevcut yasalara ve mevzuata göre, maruziyet nedeniyle çalışanda ortaya çıkan bir hastalık meslek hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Pandemi durumunda etkene maruziyetin nerede meydana geldiğini kanıtlamak genellikle olanaklı değildir; çalışanın iş yeri dışında da SARS-CoV-2'ye maruz kalma riski yüksektir. Ancak bazı meslek gruplarının enfeksiyon etkenine yakalanmak konusunda daha yüksek risk taşıdığı bilinmektedir. Hastalık etkeni ile karşılaşma ve hastalığa yakalanma açısından riski en yüksek olan meslek grubu sağlık çalışanlarıdır¹⁹. Dünyadaki verilere bakıldığında, ABD ve Birleşik Krallık'ta, iki milyondan fazla sağlık çalışanı olmayan kişiye ve yaklaşık yüz bin sağlık çalışanına ait verilerin değerlendirildiği bir çalışmada, COVID-19'un sağlık çalışanlarında on iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir²⁰. Daha sonraki süreçte yayımlanan çalışmalarda da, sağlık çalışanlarının ve ailelerinin COVID-19 hastalığı açısından topluma göre daha riskli olduğu rapor edilmiştir²¹⁻²⁴. Türk Toraks Derneği'nin yürüttüğü çalışmada, Türkiye'de de, sağlık çalışanlarında ve yakınlarında COVID-19 görülme sıklığının toplumdan çok daha yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir²⁵.

Sağlık çalışanlarındaki artmış COVID-19 sıklığının nedenlerine bakıldığında ilk göze çarpan; insanların salgının kontrol altına alınabilmesi için mümkün olduğunca evlerinde kalması yönünde düzenlemeler yapılırken sağlık çalışanlarının her zamankinden daha fazla; üstelik hastalık etkenine maruz kalarak çalışmak zorunda kalmış olmalarıdır. Ayrıca artan iş yükü nedeniyle uzun çalışma saatleri, hastaların salgılarıyla temas ve hasta bakımı sırasında fiziksel mesafenin -doğal olarak- korunamaması hastalığa yakalanma riskini çok arttırmıştır. Kişisel koruyucu malzeme temininde yaşanan sıkıntılar, sağlık çalışanlarını çok zor durumda bırakmıştır. Sağlık çalışanları, etkene doğrudan maruziyetin yol açtığı riskler dışında uzun ve yorucu çalışma saatleri, kişisel koruyucu malzeme temininde güçlükler, yakınları, çalışma arkadaşları ve kendileri için duydukları kaygılar nedeniyle tükenmişlik riski ile de karşı karşıya gelmiştir.

Saygın tıp dergilerinden birinde yayımlanan bir editoryal yazıda sağlık çalışanları ve aileleri için artmış COVID-19 riskine dikkat çekilerek ilk dalgada yapılan hataların ikinci dalgada yapılmaması gerektiği vurgulanmıştır²⁶. Yine önemli tıp dergilerinden birinde, sağlık sistemlerinin sağlık çalışanlarının iyi niyeti üzerinden işlev göremeyeceğini; korunmaya yönelik önlemlerin eksiksiz alınmasının gerektiği ve sağlık çalışanlarına daha iyi bir gelecek borçlu olduğunu ifade edilmiştir²⁷.

Meslek hastalığının en önemli özelliği gerekli önlemler alındığında önlenabilir olmasıdır. Kamu veya özel ayrımı olmaksızın tüm sağlık kuruluşlarında, COVID-19 hastalığı tanısı alan sağlık çalışanları meslek hastalığı olarak bildirilmelidir. Meslek hastalıklarına ait bilgi ve kayıtların koruyucu sağlık hizmetleri perspektifi ile Sağlık Bakanlığı tarafından toplanması halk sağlığı açısından da iş sağlığı açısından da daha uygun ve etkin bir yoldur. Toplanan verilerden elde edilen bilgiler doğrultusunda ilgili yerlerde ve durumlarda önlemlerin alınması mümkün olabilecektir. Uygun risk yönetimi yapılması durumunda, kontrol-denetim doğru ve uygun şekilde gerçekleştirildiğinde meslek hastalıklarına ilişkin riskler azaltılabilmektedir. İşyerlerinde meslek hastalıklarının kontrolünü sağlamak için işveren, işçi, iş sağlığı güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve iş sağlığı hemşiresi arasındaki uyumun tam olarak sağlanması gerekir. Meslek hastalıklarından korunmada kaynak kontrolü yani işyerlerinde meydana gelebilecek bir tehlikeyi en baştan önlemek çok önemlidir. Bu yaklaşımı oluşturabilmek için de ortama, çalışma koşullarına ilişkin veri toplama ve değerlendirme çok önemlidir. İş kazası ve meslek hastalıkları bildirimleri bu konudaki en önemli basamaklardan biridir²⁸.

COVID-19 pandemisinin başlamasından sonra sağlık çalışanları arasında olguların artmasıyla birlikte 2009 yılında influenza (H1N1-Domuz gribi) nedeniyle yaşamını yitiren tır şoförü hakkında Yargıtay 21. Hukuk Dairesi'nin 2018/2018 E.2018 2019/2931 K. sayılı 15.04.2019 tarihli kararı gündeme gelmiştir. Karara konu olan olayda tır şoförü yurt dışına gittiğinde H1N1 virüsü ile enfekte olmuş; yurda döndüğünde ise ölmüştür. Yargıtay, kararında, "nedensellik bağı" şöyle tanımlamıştır: "Eğer işçinin çalıştığı işte çalışmaması halinde hastalığa yakalanmayacağı söylenebiliyorsa, bu durumda meslek hastalığı ile yürütülen iş arasında uygun illiyet bağına"

bulunduğu kabul edilmelidir. Başka bir söyleyişle hizmet akdine göre işverenin işyerinde çalışan işçi, hastalığa, gördüğü işin özellik ve niteliği veya işin yürütüm şartları dolayısıyla tutulmuş ise uygun illiyet bağı mevcuttur.”

Çalışanlar açısından mesleki COVID-19'un bildirilmesi hem sağlığın korunması, hem de gelecek salgınlarda gerekli olacak önlemlerin belirlenebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Enfekte olan bireylerin çoğunda COVID-19 tamamen düzelmektedir. Bu durumda meslekte kazanma gücü kaybı oranı %10'un altında olacağından sürekli iş göremezlik geliri bağlanması beklenemez. Ancak hastalığın düzelmediği, sekel kaldığı durumlarda veya COVID-19 sonucu hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının geride kalanlarının yasal haklarını alabilmeleri için mevzuata uygun şekilde bildirim yapılmış olması, hukuki sürecin başlamasındaki en önemli aşamadır.

Türkiye'de kaybettiğimiz sağlık çalışanları için “meslek hastalığı” yerine “şehitlik” gündeme gelmiştir. Sağlık çalışanları, “şehitlik mertebesi” değil meslek hastalığı tanısı istemektedir. Çünkü COVID-19, sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilirse koruyucu önlemlerin alınması için adım atılabilecektir. Korumaya yönelik yapılacak planlamanın yapılabilmesi için tanı ve bildirim sistemi kritik öneme sahiptir. Meslek hastalığı tanı ve bildirim sistemleri önleme ve koruma önceliği gözetilerek oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

1. International Social Security Association web sayfası. Can COVID-19 be considered an occupational disease? (Alıntılanma tarihi: 1 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://ww1.issa.int/news/can-COVID-19-be-considered-occupational-disease>.
2. International Labor Organisation. The Prevention of Occupational Diseases. (Alıntılanma Tarihi: 3 Şubat 2021). Erişim Adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_208226.pdf
3. Joseph B, Joseph M. The health of healthcare workers. Indian J Occup Environ Med. 2016; 20: 71–72. doi: 10.4103/0019-5278.197518
4. Yeni çağ Gazetesi web sayfası. Bakan Fahrettin Koca aşılana sağlık çalışanı sayısını açıkladı. (Alıntılanma tarihi: 2 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://www.yenicaggazetesi.com.tr/bakan-fahrettin-koca-asilanan-saglik-calisani-sayisini-acikladi-328501h.htm>.
5. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. Bakan Fahrettin Koca aşılana sağlık çalışanı sayısını açıkladı. (Alıntılanma tarihi: 2 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers#:~:text=2021%20designated%20as%20the%20International%20Year%20of%20Health%20and%20Care%20Workers>
6. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. Keep health workers safe to keep patients safe: WHO. (Alıntılanma tarihi 2 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>.
7. ILO Standards And COVID-19 (coronavirus). (Alıntılanma Tarihi: 2 Şubat 2020) Erişim Adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/genericdocument/wcms_739937.pdf
8. International Social Security Association web sayfası. Can COVID-19 be considered an occupational disease? (Alıntılanma tarihi: 2 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://ww1.issa.int/news/can-COVID-19-be-considered-occupational-disease>
9. European Agency for Safety and Health at Work. (Erişim Tarihi: 2 Şubat 2020). Erişim Adresi: <https://osha.europa.eu/en/oshnews/be-recognition-COVID-19-occupational-diseasesextended-critical-workers-essential>

10. Türk Tabipleri Birliği. COVID-19 Pandemisi 6. ay Raporu. (Alıntılanma tarihi 23 Ocak 2021). Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID19-rapor_6/COVID19-rapor_6_Part37.pdf.
11. Bente E. Moen COVID-19 should be recognized as an occupational disease worldwide. Erişim Adresi: <https://academic.oup.com/occmed/article/70/5/299/5849348> doi:10.1093/occmed/kqaa086
12. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (Alıntılanma Tarihi:10.09.2020). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>
13. 5510 Sayılı İş Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Alıntılanma tarihi: 3 Şubat 2020). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>
14. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (Alıntılanma tarihi: 3 Şubat 2020). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuatno=12511&mevzuaturl=7&mevzuattertip=5>
15. Türk Tabipleri Birliği web sayfası. (Alıntılanma tarihi: 2 Şubat 2021). Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/2020-12-genelge-sb-yazi.pdf>.
16. Türk Tabipleri Birliği web sayfası. (Alıntılanma tarihi: 30 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/2020-12-genelge-sgk-yazi.pdf>.
17. BIANET web sayfası. (Alıntılanma tarihi: 23 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://m.bianet.org/bianet/bianet/237164-COVID-19-gerçekten-meslek-hastaligi-oldu-mu>.
18. Türk Tabipleri Birliği web sayfası. (Alıntılanma tarihi: 30 Ocak 2021). Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=acca48b4-8577-11ea-9137-e385f12afb6d.
19. HASUDER. Mesleki COVID-19 Tanı Rehberi. (Alıntılanma tarihi: 30 Ocak 2021). Erişim Adresi: https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Mesleki-COVID_19_Tan%C4%B1_Rehberi_2020.pdf
20. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *LancetPublicHealth*. 2020; 5: e475-83.
21. Liu Q, Luo D, Haase JE, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Global Health*. 2020;8:e790-8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7 pmid: 32573443
22. Shah ASV, Wood R, Gribben C, et al. Risk of hospital admission with corona virus disease 2019 in health-care workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*. 2020; 371: m3582.
23. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and risk factors for corona virus infection in health care workers: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med*. 2020;173:120-36. doi: 10.7326/M20-1632 pmid: 32369541
24. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and the UK. 2020. (Alıntılanma tarihi 21 Ocak) 2021). Erişim Adresi: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/COVID-19-clusters-and-outbreaks-occupational-settings-eueea-and-uk>.
25. Türk Toraks Derneği web sayfası. Sağlık Çalışanları Aileleriyle Birlikte COVID-19 Hastalığına Yakalanıyor. (Alıntılanma tarihi: 29 Ocak 2021). Erişim Adresi: <https://www.toraks.org.tr/site/community/news/10018>.
26. Karlsson U, Fraenkel CJ. COVID-19: risks to healthcare workers and their families. Mistakes made in the first wave must not be repeated in the second. *BMJ*. 2020 ;371: m3944.
27. Editorial. Health and care workers are owed a better future. *TheLancet*. 2021; 397: 347.
28. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu web sayfası.Sağlık çalışanlarında iş kazası ve işe bağlı hastalıklara yaklaşım. Erişim Adresi: http://www.saglikcalisanisagligi.org/site_icerik_2016/yayin/iskaza-siveisebaglihst.pdf

Bu süreçte bizim canımızı sıkan, bence çoğu hekimin de en çok canını sıkan şey, bize verilen ek ödemeye birlikte verelim, vermeyelim, yaptığımız mesleği ek ödemelerdeki adaletsizliklerle değersizleştirdiler. Yoksa eminim ki kimse pişman değil, tabii ki çalışma şartları zor olur. Bazen “maskeleri falan mümkün olduğunca sekiz saat kullanalım, çünkü inanılmaz bir pandemi bizi bekliyor maske bulamayız” bile dedik. O zaman bir stres olduk. Acaba maske bulamayacak mıyız, malzeme sıkıntısı yaşar mıyız sorularıyla stres olduk. Herkes bu hastalığı ilk defa görüyor. Bu yüzden herkes maksimal eforu göstermeye çalışıyor. Bu süreçte beni en çok rahatsız eden hemşiresi, personeli, doktoru, COVID parasının adaletsiz dağıtılması. Orada yeri paspaslayan da enfekte oldu ki belki onlar daha fazla enfekte oldu. Bunların istatistiksel sayıları tutulmadı. Doktorlar mı daha fazla oldu? Çünkü doktorlar üzerine bir baskı oldu, doktora COVID parası veriyorsun, hemşireye ne veriyorsun? Personel, dışarda bekleyen güvenlik ne oldu? Memur olmayabilir ama o daha fazla hasta oluyor. Biz en azından statüden dolayı kişiyle mesafeyi bile koruyabiliyoruz, çoğu kişiyle. Evet şurada durun beyefendi diyoruz. Ama güvenlikle sağlamıyor bunu kişi. Ya da geldiniz mesela COVID bile, PCR testi verirken bile o sırayı sağlamıyor. Hekimler statü sahibi olduğu için onu sağlıyor. Bu süreçte en rahatsız olduğum ve telafisi olmayacak şey, birincisi, COVID'in eşit dağıtılmaması herkes çünkü bu dönemde emektardı. O konuda adaletsizlikler olduğuna inanıyorum. Çünkü o, odayı temizlemese ben enfekte olurum.

Acil Tıp Doktor Nalan

Bir hiyerarşi var bizim serviste maalesef. Bir sorumlu, iki sorumlu yardımcısı ve onun altında shift sorumluları. Biz zaten en aşağıda çalışan hemşireleriz. Şikâyetimiz olunca shift sorumluları üstlere söylemesi gerekiyor, ancak şikâyetimiz iletiliyor mu bilmiyorum ve iletilse bile uzun sürüyor geri dönmeleri. Bu çok büyük zaman kaybı. Sorun çözülüyor. Ben de patladım en son zaten bağıırıyordum serviste “sizi şikâyet edeceğim” diye. Yeri geliyor tuvalete gidemiyordum. Gidince bana zombi gibi davranıyorlardı. Üst katta idi tuvalet servisi dolaşarak gidiyordum tuvalete. Herkes ‘aman bir yere dokunma’ vs. gibi tepkiler veriyordu. Yemek konusunda da bir süre sıkıntı yaşadım. İki gün yemeksiz kaldım. Ben de sonunda dayanamadım Cİ-MER'e yazdım. Yazdıktan sonra, bana mobbing uygulandı, gündüz grubundaydım gece grubuna aldılar beni.

Hemşire Esen

Bu süreçte hemşireler en ön safda çalışan gruptu. Çünkü hastayla 7/24 temasta olanlardı. Doktorlar belki hasta odasına bile girmediler çoğu zaman, genellikle hemşireler girdiği için, onlardan bilgileri aldılar. Ama en çok onların isimleri duyuruldu maalesef. Onlar daha çok dile getirildi. Ekipman gerekliliği bile onlar için en çok gerekli görüldü maalesef. O yüzden de benim hemşireler açısından konuşmam gerekirse, zaten doktorlar ön planda görüldüğünden, hemşireler çok da seslerini çıkaramadılar. Küçük küçük topluluklar olarak, seslerimizi çıkarmaya çalışsak da, bir yere varmadığını gördüğümüz için, ne olursa olsun karşılığını alamadığımız için, bu küçük topluluklar bence çok da büyümediler. Doktor-hemşire ayrımı çok yapıldı açıkçası.

Hemşire Umut

Sağlık Çalışanları Arasında Dayanışma ve Hiyerarşiler Ötesi Etkileşimin Pandemiyle Mücadelede Önemi

BÖLÜM
29

277

FIKRET ÇALAHAN

Sağlık çalışanları, sınıf mücadelesinin bir bileşeni olarak, sınıf mücadelesinin temel başlıklarından biri olan çalışma yaşamının demokratikleşmesi mücadelesinde yer almıştır. Aynı zamanda sağlık/sağlık hizmetleri politikalarının oluşturulması, planlanması ve üretilmesi süreçlerinin öznesi olmak için yoğunca bir mücadele yürütmüştür. Sağlık hizmetleri karakteri gereği toplumsaldır. Üretenler açısından da toplumsal ilişkileri geliştirmek bir zorunluluktur. Sağlık hizmetleri için genel olarak kullanılan “ekip işi” kavramı tam olarak bu toplumsallığı karşılamamaktadır. Ekip işi denildiğinde sağlık teknikleştirilmiş olup, toplumsallığa karşı geliştirilen bu yaklaşım sağlık/sağlık hizmetlerinin doğasını bozduğu için sağlık alanında yaşanan tüm olumsuzlukların gelişmesinin önünü açmıştır. Sağlık hizmetlerinin teknikleşmesi insanın hastaya, hastanın hastalığa evrilmesine neden olur. Hizmet alan-veren ayrımı, tedavi ve bakım hizmetlerinin ayrıştırılması, sağlık hizmet yürütücüleri arasında yaygınlaşan hiyerarşi ve sağlık emekçilerinin sağlık hizmetlerine yabancılaşması hem sağlık hizmeti üretenler hem de bu hizmeti alanlar açısından dışsallık doğurmuştur.

Dışsallaşan sağlık/sağlık hizmetleri egemen politikanın bir yönetim aracına dönüşmüştür. Bedenin yaşanılan ortamla birlikte öz savunmasına dayalı sağlık, bedenin ve toplumun denetimine dayalı bir politik alana dönüşürken, sağlık hizmetleri ise bir yönüyle toplum denetiminin, diğer yönüyle geliştirilen çalışma rejimiyle sağlık emekçilerinin denetim altına alınmasına aracı olmuştur. Dışsal bir yönetime dayalı sürdürülen sağlık hizmetleri toplumla yaşadığı yabancılaşma ile sağlık hizmet üretiminin sadece iş olarak ele alınmasına ve bu alanda değerlerin aşınmasına neden olduğu için, sağlığın etik değerler bağlamında tartışılması kaçınılmaz olmuştur. Etik tartışmalar bir yönüyle sağlığın nasıl ele alınacağı ile ilgili olduğu gibi, sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sürdürülmesi sürecinde sağlık emekçilerinin ilişkilerinde de temel bir başlık olarak ön plana çıkar. Etik tartışmalar, sağlık emekçilerinin ürettikleri sağlık hizmetine ve en önemlisi de kendilerine yabancılaşması sorunuyla ilişkilendirilebilir. Bu sorunun temeli, sağlık emekçilerinin, sağlık hizmetinin yönetim sürecinde ne derece özne olabildikleri sorusuyla ilişkilidir.

Bu bağlamda, sağlık emekçilerinin yabancılaştırmanın etkilerine karşı dayanışmasını ve dirençliliğini arttıracak dayanışma kurulları/konseylar ya da etik kurullar olarak tanımlanan organların oluşturulması, sağlık çalışanlarının özneleşme araçları olarak görülmelidir. Sendikalar, bu türden oluşumların tarihsel ve güçlü bir forma dönüşmüş haline bir örnektir. Sağlık emekçilerinin dayanışmasını ve sağlık yönetiminde özneler haline gelmesini destekleyen oluşumlar, sağlık emekçilerinin egemen siyasetin dayattığı dışsal yönetimine karşı emeğin özyönetiminin çabasıdır.

Neoliberal sağlık politikaları, toplumsal sağlığa bir katkısı olamadığı gibi sağlık hizmeti üreten sağlık emekçilerini tüketmekte ve öldürmektedir. Ölümü dayatan bu çalışma rejimine karşı dayanışma bir zorunluluktur. Sağlık alanında artan intiharları azaltacak olan yine dayanışmadır. Yapılan araştırmalara göre, sağlık sektöründe intihar oranlarını azaltan faktörün sendikalar olduğu tespiti yapılmıştır. Ancak egemen siyasi güçler, emekçilerin bu dayanışma mekanizmasını da “yandaş” sendikalar aracılığıyla işlevsiz kılmaktadır. Merkezi olarak sendikaların bu olumsuz rolüne karşılık, işyerine dayalı dayanışma ağları ve özyönetim formu olarak işyeri konseyleri öne çıkmaktadır. Pandemi ile ise işyeri salgın komiteleri önemli bir çalışma alanı olarak birçok işyerinde hayata geçirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık hizmetleri ve kurumları sağlık çalışanları için öldürücü bir karakter kazanması dolayısıyla sağlık hizmeti üretirken yaşanan ölümleri engellemek bağlamında, sağlık çalışanların sağlığı (SÇS) öne çıkan başlıklardandır. İşçi sınıfı mücadelesinin bir kazanımı olarak gelişen işçi sağlığı ve güvenliği çerçevesinde yürütülen SÇS, çalışma yaşamının demokratikleşmesi ve çalışanların sağlığı ve güvenliğini etkileyen çalışma koşullarının düzeltilmesini hedeflemektedir. Gelişen neoliberal sağlık yönetim anlayışı ile sağlık hizmetlerini parçalama yerine, toplumsal olan sağlık hizmetlerinin bütüncül ele alınmasını ve sağlık emekçilerinin dayanışmasını güçlendiren bir çalışmadır.

İşyerinde iş güvenliği mücadelesinin bütünlüklü yürütülmesi adına geçmişte öne çıkan önemli deneyimlerden biri, meslek ve statü ayrımı yapmadan tüm sağlık emekçilerinin dahil olduğu işyeri sağlıkçılar meclisidir. Sağlık emek ve meslek örgütlerinin öncülük ettiği işyeri sağlıkçılar meclisi birçok ilde ve işyerinde hayat bulmuştur. Sağlığın herkes için bir hak olması dolayısıyla, tüm toplumun süreçlere dahil edilmesi için mücadele veren, toplum ve sağlık emekçilerinin ortak mücadele formlarından biri de sağlık hakkı meclisleridir. Sağlık hizmetinin bir ayağı olan toplumun sürece dahil edilmediği bir mücadelede, dayanışma ilişkilerinin sürdürülmesi mümkün değildir. Egemenlerin parçalayan ve karşı karşıya getiren politikalarına karşı bu bütünlüğü korumak önemlidir. Dayanışma ağları stratejisi de burada gizlidir; mesleğin iç dayanışması, sınıfın iç dayanışması ve toplum ile bu dayanışmanın sağlık hakkı temelinde bütünleştirilmesi ve eyleme geçirilmesi ile dayanışma büyür, yabancılaştırma aşılır. Diğer yandan, sağlık çalışanları arasında hastane içi iletişim, etkileşimi sağlamak, iş birliği ve ekip ruhunu korumak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve dayanışma ruhunun arttırılması açısından önemlidir. Ancak, yeni sağlık yönetimi ve hizmet anlayışı bireyselleşmeyi öne çıkardığı için sağlık emekçileri arasındaki

iletişimi olumsuz etkilemiştir. Meslek gruplarının yanı sıra kadın- erkek, etnik, dini farklılıktan kaynaklı ayrımlar ile sağlık emekçileri arasında derinleşen bir hiyerarşik görülmektedir. Bu hiyerarşik ayrımlara siyasal aidiyetler de eklenince, kendi arasında iyice parçalanmış bir sağlık emekçisi yığını görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile performansa dayalı ücretlendirme ve farklı istihdam biçimleri ile meslek grupları arasında da bir parçalanma yaşanmıştır. Bu durum iş birliğini ve iletişimi en aza indirmiştir.

Pandemide beceriksiz ve liyakatsiz yöneticilerin süreci yönetememesi ile sağlık hizmeti yürütmek sağlık emekçilerinin birikimine özverisine ve iç dayanışmasına kalmıştır. Bu dönemde sağlık emekçileri, eğer pandemi sürecini bu yönetimlerin insafına bırakırlarsa canlarından olacakları gibi, salgın ile mücadelenin de mümkün olmayacağını görmüşlerdir. Çünkü süreç yönetilemediği gibi karar süreçlerine sağlık emekçilerinin dahil edilmemesi sağlık emekçileri açısından büyük bir risktir. Salgının yeniden hatırlattığı üzere, sağlık ve sağlık hizmetleri toplumsaldır. Salgınla mücadele de toplumsaldır. Bu gerçek sağlık emekçileri açısından daha da önemlidir. Dayanışma, iletişim, toplumsal üretim ve toplumsal düşünme bu dönemle baş etmenin yolu olmuştur. Ancak bu durum yönetenler açısından riskli görüldüğü için, sağlık emekçilerinin bu fedakârca çabalarını görmek ve onlara destek olmak yerine, ek ödeme adı altında bu ilişkilere ket vurularak sağlık emekçileri arasındaki birliğe ciddi bir darbe vurulmaya çalışıldığı söylenebilir. Yönetenlerin tuzağına düşüldüğü için sağlık emekçileri geriye savrulmuştur. Pandeminin ilk dönemlerinde birlikte duruşları ile aldıkları olumlu yoldan dönülmüştür. Birbirini göremeyen, ötekileştiren tutum sağlık emekçilerine kaybettirmiştir. Sağlık çalışanı sayısındaki eksiklik, yönetime katılamama sorunları ve güvensizlik, artan iş yükü ile sağlık emekçileri tükenmekte ve ölmektedir!

Sağlık emekçileri arasındaki başta mesleki hiyerarşileri ve cinsiyet eşitsizlikleri olmak üzere bu katmanlaşmaları aşmak için öncelikle sağlık ve sağlık hizmetlerinin toplumsallığını unutmadan bu toplumsallığa uygun eşitlikçi ilişkiler kurmak gerekir. Yaşanan tükenmişlikten kurtulmak ancak demokratik ilişkiler kurmak ve egemenlik ilişkilerine karşı mücadele etmek ile mümkündür. Bedenin sağlıklı olabilmesi için tüm ekosistemle denge içinde olması gerektiği gibi, çalışma yaşamı için de bu denge ve demokratik işleyiş bir zorunluluktur.

İletişimsizlik, ulaşamama en önemli sorunlardan biriydi. Odalarda malzeme yok, Allaha emanet çalışıyorduk yani. Yani aslında benim sorumlum bana destek olsaydı bu süreci çok daha rahat atlatacaktım. Hastane kendi içinde iletişimsizlik halinde. Bana bu süreçte kendi sorumlum değil eğitim hemşireleri destek çıktı. Bir de bu süreçte saygı çerçevesi kalmıyor, stresli ortamda takım olarak saygısızlaşabiliyor çalışanlar. Kim kime ne demiş kim neyi uygulamış hepsi birbirine giriyor. COVID servisine geçeceği için, bazı doktorlar çok gergindi. Üç dakika fazladan ekipmanın içinde kalacak diye, en ufak bir gecikmede bağırıp çağırıyordu. Oysa ben bütün gün oradayım ve ekipmanın içindeyim. Bu durumlarda ne etik kalıyor ne de başka bir şey.

Hemşire Uğur

Sağlık Çalışanlarının Pandemi Yönetiminde Rolünün Önemi

283

COŞKUN CANIVAR

COVID-19 pandemisi sürecinde çalışan kesimler içinde en ciddi etkilenen grupların başında kuşkusuz sağlık emekçileri gelmektedir. Pandemi sürecinde gelişmiş ülkeler olarak adlandırılan erken kapitalistleşmiş ülkenin önemli bir kısmında sağlık sistemleri çökme noktasına gelmiştir. Sağlık sistemlerinde yaşananların, toplumsal bir krize dönüşmemesi için devletler ve siyasi iktidarlar nezdinde sağlık hizmet sunumunun aksamadan devamlılığı çok daha kritik bir hal almıştır. Tüm dünyada sağlık emekçilerinin ne kadar önemli bir görev yürüttükleri konusunda yaygın bir kamuoyu oluşturulmuştur. Ancak bu durum pandemi yönetimiinde sağlık emekçilerinin sürecin öznesi olduğu anlamına gelmemektedir. Gerek sağlık kurumlarında gerekse toplumsal düzeyde, sağlıkçıların pandemi yönetimiinde ne düzeyde söz sahibi oldukları ve süreç yönetimiine katılıp katılmadıkları soruları göz ardı edilmiştir. Bu nedenle sağlık emekçilerinin pandemideki rolünün esas önemini ortaya koyabilmek için sağlıkçıların sürece müdahil olmaları durumunda nelerin değişebileceğini tartışmaya açmak gereklidir. Bu yazıda pandemi yönetimiinde sağlık çalışanlarının söz sahibi olması ve karar mekanizmalarına katılımı iki başlıkta ele alınmaya çalışılacaktır. Öncelikle sağlık çalışanlarının sürece katılımının nesnel koşulları sorgulanarak söz sahibi olmak ve katılım hangi bağlamda tartışılabilirliği değerlendirilmeye çalışılacaktır. Sonrasında ise pandemi yönetimiinin neden sağlık çalışanlarının katılımıyla yönetilmesi gerektiği ve sürece sağlıkçıların katılımının neyi değiştireceği cevaplanmaya çalışılacaktır.

Sağlık Çalışanlarının Pandemi Yönetimiine Katılımının Nesnel Koşulları Var mıdır? Katılımı Hangi Bağlamda Ele Almak Gerekir?

Sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde karar mekanizmalarına katılımına dair değerlendirme yapabilmek için mevcut sağlık sistemi ve sağlık emek rejiminin genel özelliklerini ele almak gerekir. Sağlık çalışanlarının emek süreçleri, pandemi yönetimiinde söz sahibi olmaları ve kararlara katılımında doğrudan belirleyici olup bu katılı-

mın tüm sağlıkçılar üzerinden düşünülmesi gerekir. Aksi halde pandemi döneminde Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak çalışma yapan Bilim Kurulu'nun üyelerinin büyük çoğunluğunun sağlık çalışanlarından oluşması, sağlıkçıları bir yönüyle karar mekanizmalarının içerisinde görmemize neden olabilir. Türkiye'de mevcut sağlık sistemi ve emek rejiminin, sağlıkçıların söz sahibi olmasına ve katılım mekanizmalarında yer almasına ne denli izin verebileceğini değerlendirmek bu bölümün sınırlarını aşacağı için kısa bir çerçeve çizilmeye çalışılacaktır. Dünyanın birçok ülkesinde Dünya Bankası öncülüğünde gerçekleştirilen sağlık reformları Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak hayata geçirilmiştir. Bu programın en önemli özelliklerinden birisi, sağlık alanındaki pazarı büyütmek için 'girdi bazlı' bir sağlık hizmet sunumunu teşvik etmesidir. Sağlık kurumlarının, sağlık çalışanlarının sayısının, yatak kapasitelerinin, muayene sayılarının, tıbbi cihaz sayılarının, istenen tetkik adedinin, ilaç kullanımı ve cerrahi uygulamaların tümünde artış hedeflenmiş ve bu gerçekleştirilmiştir. Girdi bazlı üretimin hayata geçirilmesinde en önemli unsur sağlık çalışanlarının bu sürece sağladıkları uyum/direnç olmuştur. Çünkü kısırtılan sağlık talebinin karşılanabilmesi için daha uzun sürelerde, daha yoğun tempoda çalışan bir sağlık emek gücüne ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle esnek çalışma biçimleri, performansla ücretlendirme, toplam kalite yöntemleri gibi uygulamalarla sağlık çalışanlarının emek denetimi sağlanmaya çalışılmıştır. Özetle, sağlık sisteminde yaşanan dönüşüm esas olarak sağlık çalışanlarının emekleri üzerinde rıza veya baskı yoluyla denetim sağlamak üzerine kurgulanmıştır. Tüm kurgusu despotik ve hegemonik denetim mekanizmaları üzerine şekillenen bir sistemin, özellikle pandemi gibi özel bir durumda çalışanların alınacak kararlara katılımına olanak tanınması beklenemez. Bu nedenle söz sahibi olma ve kararlara katılım üzerine değerlendirmeleri, siyasi otoritenin tanıyacağı bir imkân üzerinden değerlendirilmesi mümkün olamaz. Sağlık sistemi ve emek rejiminden kaynaklı nesnel koşullar bu değerlendirmeleri sağlık emekçilerinin mücadele süreçleri bağlamında ele almayı zorunlu kılar.

Koronavirüs pandemisine bağlı milyonlarca insanın hastalandığı ve hayatını kaybettiği süreç net olarak gösterdi ki, egemen sınıflar için kritik olan husus meta tedarik zincirlerinin kesintiye uğramaması yani sermaye birikim süreçlerinin devamlılığıdır. Salgınla mücadele planlarının tümü burada herhangi bir aksama yaşanmaması üzerine kurgulanmıştır. Türkiye'deki salgın yönetimi de bu yaklaşımın en tipik örneklerinden birisi oldu. Sermaye birikim süreçlerinin aksamaması için neredeyse tüm sektörlerde ölümüne çalıştırma devam etti. 2020 yılının Nisan-Mayıs aylarında başta İtalya olmak üzere İspanya, Fransa ve İngiltere'de sağlık sistemlerinin kapasitesinin yetersiz kalması ve bu durumun doğurabileceği toplumsal krizler salgın yönetiminde temel alınacak ölçütlerin belirlenmesinde etkili oldu. Bu anlamda Türkiye'de siyasi iktidar salgına dair alacağı merkezi önlemleri belirlerken en temel kıstas olarak sağlık sisteminin kapasitesini esas aldı. Hastane yatakları ve yoğun bakım yatakları doluluk oranı ile salgının yayılma hızı arasında denge kurmak üzerine salgın yö-

netimi gerçekleştirildi. Tam bu noktada sağlık çalışanlarının konumunu ele almak gerekir. Sağlıkçılar açısından bakıldığında pandemi süreci, mesleki yabancılaşmanın derinleşmesinin tipik bir örneği olarak görülebilir. Önlenmesi için gerekli olan müdahalelerin yapılmadığı bir salgın hastalık kontrolsüzce yayılırken, sağlıkçılardan beklenen ciddi bir meslek hastalığı riskini alarak hastalananları tedavi etmeleridir. Sağlıkçıların rolü, ölümüne çalışarak sağlık sistemini ayakta tutmaktır. Böylece siyasi iktidarın, sermaye birikim süreçlerinin aksamaması üzerine kurguladığı salgın yönetme politikaları toplum nezdinde daha meşru kılınmaktadır. Sağlık sistemimizin çökmemiş olması başarı hikayesinin en etkili argümanına dönüşmektedir. Oysaki salgının ilk on ayında COVID-19'a bağlı yirmi binden fazla insan (resmi rakamlara göre) ve üç yüzün üzerinde sağlık emekçisi hayatını kaybetmiştir. Sağlıkçılar açısından bu rakamlar bir yıkım tablosudur. Önlenmesi mümkün olan bir hastalıktan bu kadar hastasını ve meslektaşını kaybeden sağlıkçılar için bu süreci kahramanlık veya başarı hikayesi olarak görebilmek mümkün değildir. Bu anlamda yaşanan yabancılaşma çok derindir. Bu tablo karşısında sağlık hizmet sunumunun temel fonksiyonunun insan/toplum sağlığını sürdürmek olduğunu söylemek mümkün olamamaktadır. Oysaki bu fonksiyon, sağlıkçıların meslekleri ile ilgili en temel hareket noktasıdır. Amacından ve özünden bu denli saptırılarak tamamıyla sermaye birikimin kaynağı ve devletlerin meşruiyet aygıtına dönüşmüş bir hizmet alanıyla karşı karşıya olduğumuz, pandemi örneğinde de bir kez daha açıkça görülmüştür. Sağlık sektörünün ücretli çalışanları olan sağlıkçıların fonksiyonu da; toplumsal yeniden üretimin sağlanmasına katkı sunmak, ulus-devletlerin meşruiyet zeminlerinin parçası olmak ve sermaye birikiminin kaynağı olmaktır. Bu durum mevcut emek rejiminin sağlıkçıları kendi emeklerine, kendi türlerine, içinde yaşadıkları topluma ne denli yabancılaştırıcı nitelikte olduğunun en önemli kanıtıdır.

Yukarıda özetlenmeye çalışılan süreç sağlıkçıların pandemi sürecinde karar mekanizmalarına katılımının önemini de ortaya koyar. Sağlıkçılık toplumların en köklü pratiklerinden birisidir. Esasen insanın hayatta kalmak ve sağlıklı kalmak için kendi yaratıcılığı ile ortaya koyduğu tüm tarihsel birikim sağlıkçılıkla doğrudan ilişkilidir. Günümüzde de ne kadar iktidar ilişkilerinin bir aygıtı sermaye birikiminin bir unsuru haline dönüşse de sağlıkçılık insanın doğa ile uyumlu bir şekilde yaşamda kalabilmesine ve sağlıklı kalabilmesine önemli katkılar sunar ve sunmaya devam edecektir. Öte yandan sağlık hizmet sunumunun niteliği toplumların sağlığında önemli bir belirleyici faktör olmakla beraber sağlığa dair yaklaşımda merkeze alınırsa yaşamı tıbbileştiren bir indirgeme kaçınılmaz olur. Sağlıkçılık diğer tüm emek türleri ile, insan ve doğayı diyalektik bir bütünlükle ele alıp merkeze koyarak doğayla uyumlu kullanım değeri yaratmayı amaçlayan bir üretici etkinliğe dönüşmelidir. Bunun yolu da, yaşamda esas üretici etkinlikte bulunan sınıfın kendi emeğiyle ilgili tüm süreçleri demokratik katılımcı bir mekanizmayla kendisinin belirlemesinden geçer. Sağlıkçılar özelinde ifade edecek olursak sağlık emekçileri kendi emekleri üzerinde kontrollerini sürekli arttırarak 'söz sahibi olma' ve 'katılma' açısından yol alabilirler.

Sağlık Emekçilerinin Aktif Öznesi Olduğu Bir Salgın Yönetimi Nasıl Yürütülebilirdi, Ne Değiştirdi?

Toplum sağlığı denildiğinde, sağlığı belirleyen tüm unsurları birlikte değerlendirmek gerekir. Sağlığa bakışı sağlık hizmet sunumuna indirgmeden bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmak önem arz eder. Çevre kirliliğinden, temiz suya erişime, işsizlikten, barınmaya çok sayıda değişken insanların sağlıklı olma halini doğrudan belirler. Ayrıca insan sağlığı, insanın doğrudan bir parçası olduğu ekoloji ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık çalışanları mesleki eğitimleri gereği sağlığı belirleyen etkenlerin bilgisine görece daha fazla sahip olma avantajı taşırlar. Sağlıkçılar bu bütüncül bakış açısıyla salgın yönetimine ciddi katkılar sunabilir. Sağlık çalışanlarının pandemi yönetimine katılımı üç düzeyde değerlendirilebilir; toplumun salgından korunması, sağlık çalışanlarının salgından korunması ve pandemi koşullarında diğer sağlık hizmetlerinde nitelik kaybı yaşanmaması. Sağlık çalışanları sağlık örgütlenmesi içerisinde buldukları çalışma alanları üzerinden bu üç düzeyde pandemi yönetiminin aktif unsuru konumundadırlar.

Toplumun salgından korunması için tüm üretim süreçleri (ürünlerin ve hizmetlerin maddi üretimi ve tüketime hazır hala gelen dağıtım dahil tüm aşamaları kapsar), salgın tehdit olmaktan çıkana kadar toplumun temel ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlayan, ama aynı zamanda devam eden üretim alanındaki çalışma koşullarının hastalığın yaygınlaşmasının bir aracına dönüşmesine engel olarak planlanabilir. Hastalığın nasıl bulaştığı bilindiği için, mevcut sağlık bilgisi çalışma koşullarını tasarlamının temel unsuru olarak kullanılabilir. Sağlık sisteminin kurumsal örgütlenmelerinin bir ayağı olan işçi sağlığı hizmetleri bu sürecin önemli bir parçası konumundadır. Toplumun temel ihtiyaçlarının karşılanması için üretime devam edilmesi planlanan işkollarında işçi sağlığı hizmeti sunan işyeri hekimleri, işyeri hemşireleri ve iş sağlığı güvenliği uzmanları üretimin salgın koşullarına uygun olarak devamını sağlamak için merkezi planlamanın sahadaki takipçileri arasında yer alabilirler. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereği işçi sağlığı hizmetleri arasında yer alan risk değerlendirmeleri, iş sağlığı ve güvenliği kurulları, iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri gibi işçi sağlığı hizmetleri, çalışanları salgından korumak için aktif olarak kullanılabilir. İş kolları ve iş sahalarına özgü risk değerlendirmeleri yapılarak salgın açısından olumsuz çalışma süreçleri tespit edilerek gerekli önlemler alınabilir veya bu mümkün değilse üretim durdurulabilir. Çalışan temsilcisi, sendika temsilcisi, işyeri hekimi, işyeri hemşiresi, iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarının katılımıyla oluşan iş sağlığı ve güvenliği kurullarında üretim alanındaki riskli koşullar sürekli değerlendirilerek demokratik katılımcı bir şekilde süreç planlanabilir. İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile üretim alanı salgınla mücadeleye dair gelişmelerin sürekli paylaşılarak tehlike ve risklere dair bilgilendirmeler yapılabilir. Sağlıkçılar işçi sağlığı hizmetleri çerçevesinde bu sürecin önemli katılımcıları olarak görev yapabilirler.

Koruyucu sağlık hizmetleri, salgınla mücadelenin en önemli unsurları arasında yer alır. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlıkçılar koruyucu sağlık hiz-

metlerinin en önde gelen yürütücüleridir. Koruyucu hizmetlerin salgın yönetimindeki yeri kapsamlı bir değerlendirmeyi hak edeceği için özetle ifade etmek gerekirse, sağlık emekçileri koruyucu hizmetler kapsamında her bölgeyi, her semti, her mahalleyi yakından takip ederek salgına dair risklerin belirlenmesi ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin aksandan devam etmesi için pandemi yönetiminin aktif katılımcıları olarak görülmeleri gerekir.

Tedavi edici sağlık kurumları, COVID-19 haricindeki sağlık hizmetlerinin aksamaması ve sağlık emekçilerinin sağlığını koruyabilmek için salgın dönemine özel olarak hazırlanmalıdır. Hastaneler, aile sağlığı merkezleri, tıp merkezleri gibi tüm sağlık kurumları eğer gerekli önlemler alınmazsa salgının bulaş kaynağına dönüşebileceği gibi, aynı zamanda bu kurumlarda çalışan sağlık emekçilerini de korumak mümkün olamaz. Sağlık kurumlarındaki alan düzenlemesi sayesinde virüsle enfekte insanların, sağlık hizmeti için sağlık kurumuna başvurmuş diğer insanlarla temasının tamamen engellenmesi gerekir. Sağlık kurumlarındaki alan düzenlemeleri, sağlık hizmet sunumunu sürdüren sağlıkçıların katılımıyla yapılması gerekir. Hangi hizmete ne düzeyde gereklilik olduğu sürekli olarak değişen dinamik bir süreçtir ve ancak sağlık hizmetini sunanların aktif katılımıyla sağlıklı şekilde yönetilebilir. Etkili bir triyaj sistemi, nitelikli kişisel koruyucular ve ortam koruyucuların temininin sağlanması gibi sağlıkçıların doğrudan yönettiği, takip ettiği bir mekanizma kurulabilir. Yukarıda bahsi geçen işçi sağlığı hizmetleri sağlık kurumlarında, sağlık çalışanlarının sağlığını korumak için sağlıkçıların katılımıyla hayata geçirilebilir. Tüm yaşam alanlarında yasaklar üzerine kurulu bir mekanizma yerine, toplumun salgına dair bilinçlenmesini esas alan, toplumun salgın yönetiminin aktif unsuru olduğu, sağlıkçıların da bu sürecin doğrudan parçası olduğu bir salgınla mücadele programı hayata geçebilir. Nasıl bulaştığını, nasıl hızla yaygınlaştığını bildiğimiz bir hastalığı kontrol altında tutmak mümkündür. Sağlık emekçileri de bu sürecin en aktif yürütücüleridir. Sağlıkçıların katılımı, pandemi yönetiminde toplum sağlığını önceleyen bir pratiğin hayata geçmesini sağlayabilir.

Sonuç olarak, sağlık emekçilerinin sürece katılımıyla, yüzlerce sağlıkçının hayatını kaybetmediği, doğrudan COVID-19'a ya da salgın sürecinde sağlık hizmetlerinin aksamasına bağlı olan on binlerce insanın ölümünün önüne geçilmesinin mümkün olduğu bir pandemi yönetimi hayata geçirilebilir. Ancak mevcut sağlık sisteminin yapısı ve sağlık alanındaki emek rejiminin özellikleri, sağlıkçıların sürece katılımının nesnel koşullarını ortadan kaldırmak üzerine kurgulanmıştır. Mevcut emek rejiminin kontrol mekanizmaları ve yabancılaşmayı derinleştiren yapısı belirleyicidir. Bu belirleyicilik etik ikilemler açısından da geçerlidir. O nedenle sağlık emekçileri açısından 'söz sahibi olmaya' ve 'katılıma' dair tartışmalar sağlık emekçilerinin kendi emekleri üzerindeki denetimlerini artırmalarına dair mücadele süreçleri üzerinden yürütülebilir.

Sağlık sistemi, yıllardır belli etik problemleri ve belli harcama yanlışları üzerine kurulu halde devam ediyor. Bir ülkede, doktor olarak mezun olan bireylerin yüzde ellisinden fazlası uzman olmaya çalışıyorsa, o ülkede, hastaları hasta olmadan önce korumaya çalışmak anlamına gelen birincil koruma umursanmıyordur. Bu çoğunlukla aile hekimleri yoluyla oluyor Avrupa ve Amerika'da. Bizde de var aile hekimleri ama aile hekimlerinin bu şekilde çalışmasına imkân verilmiyor. Türkiye'de hekimler zaten eğitimleri esnasında buna itiliyor. Bir Alman tıp öğrencisi evet belki çok hırslı cerrah olacağım diye giriyordur üniversiteye, ama birçok insan orada hekimliği sevdiği için doktor oluyor. Bizde evet böyle bir kesim var ama büyük bir kesim "upward mobility" yani yukarıya çıkayım, köyümden çıkayım anneme babama bir ev alayım derdinde. Bunu hor gördüğümde değil, ancak bu sistem içinde yükselmek, işe girmesinin asıl nedeni oluyor. Almanya'da yüzde yetmiş yakın aile hekimi var, yüzde 30 uzman var, çünkü ihtiyacı yok aslında. Bizdeki sağlık israfı dünyada hiçbir ülkede yok ve bu bir seçim kampanyası olarak yıllardır kullanılıyor. Bunu sağlamak için, istediğinde ortopediste, istediğinde dahiliyeciye gidebiliyorsun gibi reklam yapılarak bu iş sağlanıyor. Bunun için de böyle bir doktor sistemi yetiştirmek gerekiyor. Bu kesim yetiştirildiğinde de sağlık harcamaları doğru dağılmış olmuyor. Şu an Türkiye'de %90 istatistiksel olarak acil başvurusu acil değil. Bunların içinde hasta olmayanlar bile var bırakın acil olmayanları. O yüzden zaman az ve DSÖ'nün önerdiği sürede yani düzgün bir tedavinin yapılacağı süre size tanınmıyor. Bu etik mi? değil. Tıbbi etiğe hiç uymuyor. Yani bir muayeneyi iyi yapamıyorsan yapmaman lazım. Mezun oluyorsun ve diyorlar ki hadi bakalım yirmi dört saatte beş yüz hasta bak. Zorundasın. Başhekim neden yavaş bakıyorsun, bu hasta neden kırk dakika bekledi diyor. Avrupa'da bir günde yüz hasta bakıyorlar mı? ben sanmıyorum. O yüzden bu etik problemlerden rahatsızlık duyanlar, zaten öğrenciyken bunalıma girip ya kendilerini değiştiriyorlar ya işlerini değiştiriyorlar. Kendilerini değiştirmek dediğimde asimile olmak yani bu sisteme ayak uydurmak. Maalesef biz böyle doktor oluyoruz. Yani hızlıca hasta bakmak zorundasın ve bu arada yanlış da yapmamalısın. Biz biraz saçma sapan bir iş kolu olduk... Hem usta gibi yargılanıyoruz bir şey olduğunda, hem de ABD gibi zamanımız yok. O yüzden rastgele loto çekilişi gibi birinin başına patlıyor. Bu kadar yoğunluk içinde makineler bile hata yaparken, yani bir hekimin hata yapmayı kabul etmemesi lazım. O kadar yoğunluğu kabul etmemesi lazım ama kabul etmezse aç kalıyor. Bahsettiğiniz çatışmanın olmamasının büyük bir sebebi de bu. Biz susturulmuş bir kesimiz zaten ve konuştuğça da içeriye giriyoruz. Yaşayan ölümler olmamak için. Çünkü anında mesleğinden ihraç edilebiliyorsun, başka işlere alınamıyorsun vs. Bu tarz çatışmalara kimse girmiyor.

Psikiyatri Asistan Doktor Doğan

Toplumsal Sağlık, Dirençlilik ve Etik

ONUR NACİ KARAHANCI

Salgınlar, toplumsal sağlık tartışmalarına kaçınılmaz olarak konu olan süreçlerdir. Pandemilerde sınır, milliyet gibi yapay belirlemeler, canlı, doğa gibi daha sahici kavramlara yerini bırakmak zorunda kalır. Bu durum, pandemi kavramına, iyiyi çağrıştıran bir kavram olma fırsatı tanımaz. Ancak, iyi-kötü, doğru-yanlış tartışmalarını kaçınılmaz olarak daha gerçekçi yapmamızı sağlar. Toplumun tümünün sağlığını ilgilendiren bir salgın gerçekliğinde, iyi-kötü, doğru-yanlış sorularıyla uğraşan etik akıl yürütmeler de somut tartışmalardan kaçamaz. Uygulamalı etiğin bir alanı olan, öncelikle normatif belirlemeler sunan tıp etiğini, bilinmezlerle dolu yeni bir salgında, sağlık emekçileri kendilerine yol gösterici olarak ister. Felsefe ve tıp tarihinin birikimlerinin de yansıdığı tıp etiğinin, sağlık hizmeti sunumundaki birçok çelişki, tartışma ve ikileme de yol gösterici olması beklenir. Tıp tarihinin birikimi ve felsefe ise, tıp etiği için yol gösterici sayılabilir. Yaşadığımız dönemde yüzleştiğimiz COVID-19 salgını bağlamında etik tartışmaları yürütmek için, öncelikle tıp tarihindeki örneklerle bakmak yol gösterici olacaktır.

Dr. Rudolf Karl Ludwig Virchow, 1848 yılında Silesia Bölgesinde görülen tifüs salgını hakkında rapor hazırlaması için Prusya Devleti tarafından görevlendirilmişti¹. Bu salgının, insanlık tarihinin bugüne kadar gördüğü en son salgın da olmayacağı, yaşadığımız COVID-19 pandemisiyle bir kez daha ortaya çıktı. COVID-19 salgınının son pandemi olmayacağı da açıktır. Ancak tarihten alınan bu tifüs salgını örneği, salgınlar için çıkarılması gereken birçok dersi içinde barındırmakta ve bu dersler halen geçerliliğini de korumaktadır. Sekiz dil bilen, hücresel patolojinin babası kabul edilen, iki yüzün üzerinde kitap ve makale yayınlayan bu parlak bilim insanı yeni görevinde; salgınların kökeninin sosyal olduğunu, salgınlarla mücadelenin tıbbi değil politik olması gerektiğini raporlayarak ortaya koymuştur². Hastalıkların başlıca nedeninin yoksulluk ve diğer sosyal etmenler olduğunu belirten Virchow'un raporu, günümüzde birçok iktidarı rahatsız edeceği gibi, o gün de imparatoru rahatsız etmiş; görevinden el çekirilmiş ve bu nedenle üniversitedeki kadrosunu da kaybetmiştir.

Virchow, raporunda yetkililer kadar kayıtsızlıklarından dolayı eğitimli kesimi de salgından sorumlu tutmuştur. Salgınla mücadelede yalnızca ilacın başarılı olama-

yacağını belirten Virchow, bir dizi önlem ve önerilerde bulunmuştur. Bunlardan bir kısmı, tam/sınırsız demokrasi; yerel yönetimin güçlendirilmesi; hekimler, yerel ve merkezi hükümet temsilcilerinden oluşan heyet oluşturulması; tarımın ve kooperatiflerin güçlendirilmesi; kız çocukları da dahil eğitimin halkın anadilinde yapılması; kilise devlet işlerinin ayırımı; fakirlerden alınan vergilerin zenginlere yüklenmesi; yolların yapılmasıdır¹.

Silesia'daki salgını incelerken, kendisinin de değişim sürecine girdiğini belirten ve "tıp sosyal bilimdir, politika büyük ölçekte tıptan başka bir şey değildir" diyen Virchow; bu salgının ona sosyal, politik öğretilerini toplu birleştirmiş bütün bir insan olma fırsatı sunduğunu dile getirmiştir¹. Virchow, "eğer tıp büyük görevini yerine getirmek istiyorsa, politik ve sosyal yaşama girmelidir. Hekimler yoksulların doğal avukatlarıdır ve sosyal sorunlar büyük oranda onların yetki alanlarına girmektedir" diyerek hükümeti de uyarmıştır¹. Her bireyin sağlıklı yaşam ve var olma hakkına sahip olduğunu; kötü yaşam koşulları, yoksulluk ve kültürsüzlükten dolayı Silesia'daki tifüs salgının ortaya çıktığını; bölgesel politikalar ve ulusal dinciliğin artık geride kaldığının kabul edilmesini; yaşam standardını yükseltmek için bölgeye uzmanların gelmesi gerektiğini belirtmiştir. Virchow, bahsettiği kötü koşulların ortadan kaldırılmasıyla bu salgının tekrarlamayacağını, eğer uyarılarını dikkate almazlarsa, yanı başlarında daha büyük salgınların çıkacağını vurgulamıştır. Ancak, uyarıları dinlenmemiş, daha büyük bir salgın yaklaşık on yıl sonra Berlin'de ortaya çıkmıştır.

Virchow'un halk sağlığı tartışmalarında etkilendiği kaynaklardan birisi de dönemdaşı Friedrich Engels'in *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* isimli kitaptır. İktidar-toplum ilişkisi ve iktidar-sağlık ilişkisi ayrı değildir. İktidarların toplumlara bakış açıları sağlığa bakış açılarıyla aynıdır ve bu da toplumsal sağlık tartışmalarına ışık tutmaktadır. Paul B. Preciado, modern düşünürler Foucault, Esposito ve Martin'in önerdiklerinden yola çıkarak durumu; "yaşadığın toplumun nasıl bir siyasi hükümlerlik biçimi kurduğunu söyle, karşılaşacağın salgınların alacağı biçimi ve onlarla nasıl mücadele edileceğini söyleyeyim" sözleriyle özetlemektedir³.

Geçmişte Virchow'un, salgınların kökenine inmesi ve bu salgınların bir daha yaşanmaması için bulunduğu dönemin iktidarlarıyla radikal tartışmalar açmasıyla karşılaştırıldığında, günümüz salgınlarında çok az hekim ya da sağlık çalışanı benzer türden bir çalışmayı yapmaya niyetli olmuştur. Tıp tarihinde, farkında olunarak ya da olunmayarak, insanları/toplumları "biyokütleler" olarak görüp sağlığı salt hastalık-ilaç ilişkisine indirgeyen ve aslında topluma antibiyotik direncinden çok daha fazla sorunlar taşıyan sağlık emekçilerine/hekimlere daha fazla rastlandığı söylenebilir. Foucault, hekimlerin misyonunu "hükümetler, doktorların önerisiyle dünya çapında nüfuslara diktatörlük dayatıyorlar" şeklinde tanımlamaktadır⁴. Foucault, cüzzam, veba ve çiçek gibi üç bulaşıcı hastalığa, iktidarların verdiği üç tepkiyi, üç farklı yönetim biçimi olarak tarif eder⁴. Foucault'a göre iktidarlar, cüzzam ile dışlama/izolasyon; veba ile herkesi disipline etme; çiçek ile de denetleme/ insanları sayılara indirme tepkilerini oluşturmuştur⁴. Bu üç modelin kronolojik ilerlemesi, birinin yerini diğerine devrettiği anlamına gelmez. Yaşadığımız COVID-19 pandemisinde her üç

tepkiyi de aynı anda görebilmek mümkündür. Cüzzamda olduğu gibi sert bir şekilde insanları evlere zorla kapatma anlayışlardan; vebada olduğu gibi yaşlısından çocuğuna, sağlık emekçisine bir bütün olarak toplumun salgınla mücadelede katı disipline edilme çabasına; çiçekte olduğu gibi salgınla mücadelede istatistiklerin, verilerin havada uçtuğu normlara ihtiyaç duyulan liberal yaklaşımlara kadar, bu tepkileri günümüz salgınla mücadele anlayışlarında da gözlemlemek mümkün olmaktadır.

Normatif düşünceye ihtiyaç duyan alanlardan birisi de etikdir. Etik, kendisini teorik tartışmalara dayandırarak, eleştirmeyen ve eleştirilmeyen bir alan olabilmektedir. Bu konuda etiğin yüzyıllardır teorik faaliyet ve disiplin olmasının da büyük etkisi vardır⁵. Ancak etiğin, salgınla mücadele sürecinde, pratikle yoğun şekilde yüzleşmek zorunda kaldığı söylenebilir. Kropotkin, modern bilimin insanı, evrenin merkezi ve yaratıcısı olma hissinden ve kibrinden kurtararak evrenin yalnızca küçücük bir parçası olduğunu gösterdiğini belirtir⁶. On dokuzuncu yüzyılda pozitivizmin, modern bilimin zaferini ilan eden tüm bilimsel araştırmaların üzerine mührünü bastığını ve etik tartışmaların da bu atmosferden etkilendiğini ifade eder⁶. Yani, amprik etiğin evrimleşmek zorunda kalarak daha ileri bir sürece girdiğini, ancak bunun da yetmeyeceğini çünkü daima yeni etkenler ve eğilimlerin hesaba katılmak zorunda olduğunu belirtir⁶.

Yirminci yüzyılda yaşanan birçok gelişme de etiği kaçınılmaz olarak pratik/uygulamalı alana dair söz söylemeye, ortaya çıkmaya zorlamıştır⁵. Ahlak ve ahlaklılık üzerine felsefi bir düşünüm olan etik, insan hakları, kürtaj, ötanazi, kapitalizm, adil savaş kuramı, sivil itaatsizlik, hayvanların ahlaki statüsü, cinselliğin metalaşması, ekoloji gibi birçok alanı kendi gündeminde görmüştür⁵. Uygulamalı etik alanı da, tarih boyunca oluşmuş birçok etik teoriden ama özellikle modern çağda öne sürülmüş normatif etikten yararlanır⁵. Normatif etik pratik yaşamda ortaya çıkan etik sorunlara daha hızlı çözüm önerileri getirir, ancak özgün durumların özgün ihtiyaçları için ürettiği genellemelerin ötesine gidemez. Örneğin, Dünya Tabipler Birliği (DTB)'nin triyaj için hazırladığı etik kodlar, depresyon, sel, insan eliyle oluşan kazalara özgü farklı yaklaşımlara ihtiyaç duyacaktır. Bunun da ötesinde, örneğin, Van ve İstanbul gibi farklı illerde meydana gelmiş depremler kendine göre pratikten gelen farklı özgünlükler barındırmıştır. Ancak, normlar hekimlerin/sağlık emekçilerinin akıl yürütmesi için bir referans olarak ciddi bir dayanak da olmaktadır. Uluslararası Etik Bildirgeleri ve Türk Tabipleri Birliği'nin de etik bildirgeleri bulunmaktadır⁷⁻⁹. Uygulamalı etik, insan davranışına olması gerekeni söyleyen, nihai amaçları belirleyip hayata geçirilmesi gereken değerlere işaret eden normatif teorilere başvurabilir, ancak bir diğer etik teori olan metaetiğe neredeyse her zaman başvurmak durumunda kalır⁵.

Meta etik, normatif etiğe karşı çıkar ve etikte yapılması gerekenin ahlaki olgu ve kavramları; ahlak yargılarını analiz etmek olduğunu söyler⁵. Metaetik, nihai amacı en fazla sayıda insanın mutluluğu ve bunu insanlara nasıl yapacağını anlatmayı öncelikli gören normatif etiğin yerine getiremeyeceği bir söz verdiğine işaret eder⁵. Metaetik normatif etiğin ortaya koymuş olduğu yargı ve kavramların anlam, içerik ve birbirleri karşısında durumlarını inceler ve analiz eder⁵. Her alanda olduğu bu

alandaki dile yöneltilen her tartışma ilerleticidir. Pandemi sürecinde yaşayan etik ikilem ve çatışmaların da çözümünde yine yukarıda belirttiğimiz gibi metaetik yol gösterici olacaktır. Daha çok normatif etik ilkelere yaslanmayı yeğlediğini düşünebileceğimiz tıp etiği de uygulamalı etiğin en önemli dallarından biridir. Deontolojik bir anlayış üzerine yükselen genel ve temel nitelikte birtakım ilkelerden meydana gelen tıp etiği pandemiye yaşadığı birçok özgün durumda metaetiğe ihtiyaç duymuştur. Tutumunu, dilini bir kez daha analiz etmek zorunda kalmıştır. Pandemi gündeminde birçok etik tartışma, normların yetmezliğini ve duygusuzluğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda, tabipler birlikleri tarafından yeni normlar duyurma çabası çoğu yerde çözüm değil yeni tartışmalara neden olmuştur. Etik yönüyle pandemi perspektifimizi, yalnızca normatif etikle oluşturamayacağımız açıktır. Berdyaev, normatif etiğe tepkisini net bir dille ifade etmiş ve onu tiranlık olarak nitelendirmiştir. Ona göre, normların oluşturucusu ve taşıyıcısı, klan, kabile, devlet ve ulus gibi toplumsal birimlerdir¹⁰. Diğer yandan, Kropotkin, etiğin insan ırkının çıkarları için bireyin feda edilmesinden daha iyi bir temel bulamadığı durumda, tüm ahlakın kaldırılıp atılması gerektiğini belirtmiştir⁶. Yani faydacılık, erdem gibi normatif etik teorilerini ciddi şekilde eleştirmektedir. Toplumsal iyilik ya da kötülük için 'erdemci' bireyciliğin olamayacağını ve etiğin edilgenliğini reddetmektedir⁶. Ona göre etik, insanın ve doğanın tarihsel sürecinden ikili bir eğilimin çıkarılacağı ve bunların toplumculuğun daha büyük gelişimi ve bireylerin mutluluğu, fiziksel ve düşünsel ahlaki ilerlemeleri haline dönüşmesidir⁶.

Yukarıda yapılan tartışmalardan da çıkarılacak sonuç, pandemiyle birlikte etiğin karşı karşıya kaldığı tartışmalarda edilgen ya da toplumu görmeyen bir tutum alamayacağıdır. COVID-19 salgınıyla beraber tekrar ortaya çıkan etik tartışmaların bir kısmı, toplumun salgınla mücadeleye dâhil edilmesi, kaynakların paylaşılması, veri paylaşımı, çalışanların hakları, sağlık hizmetleri sunumu, teşhis, tedavi ve önlenmeye yönelik yükümlülükler, triyaj, salgın sırasında yapılan araştırmalar, araştırma kapsamında, etkisi kanıtlanmamış tıbbi yöntemlerin kullanımı, biyolojik örneklerin toplanması ve saklanması, hareket özgürlüklerinin kısıtlanması, savunmasız grupların durumları, cinsiyete dayalı farklılıkların ele alınması şeklinde sayılabilir¹¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün, Dünya Tabipler Birliği'nin, UNESCO'nun ve Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin COVID-19 pandemisine dair birçok etik bildirgesi bu süreçte yayınlanmıştır^{12,15}. Salgınla en çok ses getiren etik tartışmalar sınırlı kaynakların adil kullanımı -ki bu tartışmalara öncelikle ileri teknoloji gereksinimli sağlık hizmetleri daha ön plandayken, süreç içerisinde temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir aracı olan aşı çok daha ön plana çıkmıştır; çalışan hakları, hareketlilik gibi özgürlükleri kısıtlanması ve triyaj olarak sayılabilir.

Sınırlı kaynakların adil kullanımı ve triyaj birlikte ele alınabilir. Sınırlı kaynakların adil kullanımında etikte adalet ilkesinin önemli bir yeri vardır¹⁶. Adaletin tıpta nasıl sağlanacağı da her zaman bir tartışma olabilmektedir. Triyaj ise "acil durumlarda sağlık hizmetine gereksinim duyan bireylerde, hastalık ya da yaralanmanın şiddetini tanımlamak ve riski en fazla olanların belirlenmesini sağlamak, böylece gerekli

girişimlerde bir öncelik sıralaması yapabilmek için başvurulmuş bir algoritma” olarak tanımlanabilir¹⁷. Dünya Tabipler Birliği de triyaj üzerinde durmuştur, hatta İngiltere’de kısıtlı kaynakların adil kullanımı için hastaların yaşına bağlı bir triyaj tartışması dahi yürütülmüştür¹⁸. TTB COVID-19 ve triyajla ilgili, pandemi ve etik yaklaşım bildirgesinde de triyaj koşullarını açıklamış ve normatif etik parametreleri burada da sıralanmıştır¹⁵. Özgün durumların özgün gereklilikleri ile ilgili bir tartışma yürütülmemiştir. Bunun gerekçesi olarak sahadan hızlı bir cevap beklentisi, kısa sürede yeni bir tutum belirlemede hata yapma kaygısı gibi nedenler sayılabilir. Ancak normatif bu tutumlar ciddi eleştiriler almıştır. Genel tartışmalar sonucu İngiliz Tabipleri Birliği’nin yaşa bağlı triyaj yapılabilmesi tartışması; yaş ayrımcılığı olarak nitelenmiş ve eleştirilmiştir. TTB’nin triyaj hangi durumlarda yapılır şeklinde COVID-19 pandemisi için de genellediği belirlemesi de, sonraki raporunda COVID-19 pandemisinde triyaj tartışmasının yerinin olmadığı şeklinde netleştirilmiştir¹⁷. Çünkü pandemi triyajın tanımında geçtiği gibi acil bir durum değildir. Türkiye ve birçok ülke her sene yayınladıkları salgın raporlarında olası salgınlara karşı hazırlıklarını yaptıklarını belirtmektedir¹⁹. Ayrıca triyaj tartışması gereksinimi salgın başlar başlamaz değil salgının pik yaptığı zaman yani aylar sonra ortaya çıkmıştır.

Sınırlı kaynakların adil kullanımı başlığında en yakıcı tartışmalardan birisi de aşıdır. Aşının birçok Avrupa ve Amerika ülkesinde istiflendiği sürede Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüm Afrika kıtasının, kırk üç ülkenin Dünya’nın aşı dağıtımında %2’den bile daha az payı alabildiğini belirtmiştir²⁰. DSÖ bu açıklamayı yaparken asıl tartışmaların önünü kesen stepne görevindeki COVAX platformunu güçlendirme çağrısıyla yetinmektedir²¹. Türkiye ne yazık ki COVAX’a dahil olmuş 172 ülke içinde dahi görünmemektedir²². Aşının yetmezliği sadece ülkeler arasında değil, ülkelerin kendi içlerinde de olmuştur. Dünyada çok nadir birkaç ülke hariç toplumsal bağışıklık sağlayacak aşı dozlarını hiçbir ülke elde edememiştir²³. Ülkeler bu kez normatif etik ilkelere de yaslanarak aşıda bir önceliklendirme sıralaması yapmıştır. Ancak aşının bu kadar yaşamsal bir önemde olduğu salgında yine asıl tartışmaların görünmez kılınmasını isteyenler için normatif etik teorilere dayalı yaklaşım can simidi olabilmıştır. John Salk, polio aşısının insanda uygulanabilir halini insanlığın hizmetine sunduğunda patent ‘hakkı’ istememiş ve çocuk felci tüm dünyada çok kısa sürede eradike edilmiştir²⁴. Almanya’da aşığı üreten ve Almanya Başbakanı tarafından üstün hizmet ödülü veren bilim insanı ise patent konusunun o kadar kolay olmadığını belirtmiş ve konuya kapıyı kapatmıştır²⁵. Dünya’da en çok aşı ve ilaç üreten ülkelerden birisi olan Hindistan, aşıları yurt dışına satmaktadır ve kendi ülkesinde nüfusunun sadece %2’si aşılanmıştır²⁶. Durum biraz daha analiz edildiğinde, aşı bu kadar hayatiyse neden patent var ve salgın tüm dünyada yaygınken neden ‘ülkeler’ gibi bir ayrıma gidilerek birbirine aşı satılıyor sorusu akla gelmektedir. Aşı, mevcut durumda ülkeler arası yaptırımların, dış politikaların bir malzemesi olmuştur. Bu durum, kapitalist sağlık politikalarının merkezinde insan olmadığının en acı kanıtlarından birisidir. Bu sorunsallar karşısında etik, eyleme geçtiğinde asıl görevini yerine getirir.

Berdyayev, etiğin gerçek trajedisinin, dünyada kendisine özgü pozitif bir misyonu bulunması olarak açıklar²⁷. Dilimizde yerleşmiş olan ve kötü eylemi tanımlamada sıkça kullandığımız “etik değil” sözcüğü toplumdaki gücünün de bir göstergesidir. Mevcut tartışmalara baktığımızda da aşı tartışmalarında önceliklendirmenin etik temellendirilmesi toplumun asıl hakkının yani yaşam hakkının önüne bile geçebilmektedir. Yine Berdyayev “her duyarlı kafa için şu açıktır: yasayla/hukukla tatmin imkânsızdır ve legal/ hukuki iyilik/iyi, hayatın problemlerini çözemez” der ve ekler “yasa etiği iyi/iyilik ve adaletle ilgilenir; hayatla değil, insanla değil, dünya ile de değil”²⁷. Teamülün, geleneğin ve kamu kanaatinin gücünün ‘demokratik’ olarak tanımlanabildiğini söyleyen Berdyayev, toplum için olan yeni bir teamülün gerçekleştirilmesinde de geleneğe, kamu kanaatine ve mevcut teamüle başkaldırmanın da bir o kadar demokratik olduğunu belirtir²⁷. Yasayı tarifleyen ama toplum için yıkmayan normlardan örülü etiğin insanlık için faydası olmadığını belirten Berdyayev’in yaklaşımıyla aşı sorununa bakarsak: Aşının kısıtlı oluşunu en adaletli şekilde dağıtma çabası anlaşılır ancak etik olan, aşının tüm canlılara ulaşmasını engelleyen zincirlerin kırılması için harekete geçmektir ve bunu da yaratıcı etik/özgürlük etiği olarak tarifler. Bunca etik tartışma tabi ki sağlık profesyonelinin sırtına yüklenemez. Ancak bu alanda söz söyleyenlerin de ‘eyleme’ sorumluluğu olduğunu unutmaması gerekir. Yine yukarıdaki tartışmaların ortaya koyduğu durum bu etik tartışmaların yalnızca akademisyenlere daraltılamayacağıdır. Ancak etik herkesin temelsiz söz söyleyebileceği bir alan da değildir.

Hareket özgürlüklerinin kısıtlanmasıyla tanımlanan tartışmalar tüm özgürlüklerin kısıtlanması tartışmasını da yanında getirmektedir. Günümüzde Foucault’nun iktidarların çiçek salgınındaki tepkisi olarak tanımladığı tepki, birçok bilim insanının COVID-19 salgınında gözlemlenen tepkisiyle örtüşür. Yine elinde normlarla konuşmak güvenilir, tartışılmaz görülebilmektedir. Salgında verilerle konuşma bu sayılara dayalı olarak hareketi kısıtlama tutumu (cüzzam tepkisiyle iç içe girerek) kimsenin kolay kolay karşı çıkamayacağı bilimsel bir zırr kazanmıştır. Tartışmaya özgürlükler bağlamında yaklaşan etik tartışmalar da bilimsel akılcılıktan uzak ve hayalci olarak değerlendirilebilir. Birkaç örnek bu tartışmaların hayalci olmadığını, tam tersine yaşamın tam kendisini ifade ettiğini göstermektedir. Fransa’daki bir araştırma, COVID-19 önlemleri adına uygulanan tam kapatmaların toplumun ayrıcalıklı kesimlerinde salgının yayılmasını ciddi oranda azaltırken; yoksullar ve emekçiler arasında bu oranın çok sınırlı kaldığını göstermiştir²⁸. Şili’deki başka bir çalışmada da zengin kesimlerin kısmi kapanmada yarar gördüğünü, yoksul kesimlerde yarar sağlamadığını ve toplamda bir yararı olmadığını ortaya koymuştur²⁹. Yine salgının başlarında çok sert kapanma kararları alan Hindistan, Mart-Nisan aylarında sağlık sisteminin neredeyse çökmesine neden olan artış yaşamıştır³⁰. Özgürlüğünü feda eden toplum sağlığını da koruyamamış ya da şifasını bulamamıştır. Beklenen pozitif etkiyi sağlayamayan güvenlikçi ve baskıcı yollarla insanları evine kapatan bu uygulamalarda, aynı zamanda ortaya konması çok daha zor olan ev içi şiddet- kadına ve çocuğa yönelik şiddetin arttığı da çalışmalarda gösterilmiştir³¹. Yoksulu eve kapatan sistem

aynı zamanda ekonomik gerekçeli intiharların da artışına sebep olmuştur³². Bir diğer kötü etkisi güneş, temiz hava ve bireysel fiziksel aktiviteyi engelleyen kapatmalarda kilo alımı ve obezite riski de artmıştır³³. Obezite COVID-19 hastalığının kötü seyrinde de etken olarak gösterilmektedir. Yalnızca iktidarların neyin kapanıp neyin kapanmayacağına karar verdiği; polisin uygulayıcı olduğu bir sistemin demokratik olduğundan bahsedilemez. Bu sürecin ilerlemesinde ve güçlenmesinde, demokrasi dışı tutumları besleyen, toplumdaki kopuk, beyaz yakalı bilim insanlarının kendilerini azade görmeleri mümkün değildir. Kropotkin'in, "etik, insan ırkının çıkarları için bireyin feda edilmesinden daha iyi bir temel bulamıyorsa, tüm ahlakın kaldırılıp atılması gerekir"⁶ sözü bilim insanlarına uyarlanabilir. Bilimsel veriler yalnızca orta sınıfı, zengin sınıfı görmesine rağmen, bir bütün olarak toplumu görmezden geliyorsa çöpe atılmalıdır; bu durumu etik dışı ilan etmeyen/ ses çıkarmayan etik teoriler için de aynı yorum yapılabilir.

José Saramago "körlük" kitabında körlük salgınından bahseder³⁴. Aslında bir metafor olarak ortaya attığı körlükle toplumun her alanının birbirine duyarsızlaşmasının toplumun kaçamadığı yok oluşu, 'körleşmeyi' kaçınılmaz olarak getirdiğini söyler. Durumu şu cümleleri özetlemektedir: "Bir gezegene kaya yapılarını incelemek için aletler gönderme kapasitesine sahip şizofrenik insanlık, milyonlarca insanın aklıktan ölmesini büyük bir vurdumduymazlıkla karşıladı. ...Kimse üstüne düşen görevi yerine getirmedi. Hükümetler çalışmadı belki bilmedikleri için, yapamadıkları ya da istemedikleri için, ya da dünyayı yönetenler istemedikleri için demokrasi idealinden tamamen uzaklaşmış; çok uluslu ve çok kıtalı şirketler sahneye çıktı. ... Bizler de vatandaş olarak görevlerimizi yerine getirmiyoruz"³⁴. Günümüz COVID-19 salgınıyla ilgili benzer şeyleri hissetmek ya da görmek yanlış olmaz. Günümüzde Mars'ta helikopter uçuran insanlık yeterli aşırı bir türlü üretmediğini iddia etmektedir. Afrika kıtasında birçok ülkenin, hiç COVID-19 aşısı olmaması yine 'büyük insanlığın' gündeminde bile değildir. İnsanlar zorla eve kapatılmış ama bulaş alanlarının en risklisi olan fabrika gibi kapalı ve toplu alanlarda işçiler zorla çalıştırılmış ve buna referans olacak bilimsel açıklamalar bulmakta iktidarlar hiç zorlanmamıştır. Devletler felçken büyük şirketler aşırı üretip satmış ve ülkeler onların CEO'suna bizden demeyi ya da madalya takmayı en büyük ayrıcalık görmüştür. Toplum da yaşam hakkını, özgürlüklerini para için eline alanlara karşı dilsizleşip körleşebilmiş, etik de ahlaka, ön kabullere ve normlara 'neden?' sorusunu soramamıştır.

Neden sorusunun yöneltilmesi gerektiği konulardan birisi de, modern tıp tarihi boyunca başarılı olmuş salgınla mücadelelerden hiçbirinin hastanelerde kazanılmamışken, salgınla mücadelenin neden hastaneler üzerinden tarifleniyor olduğu sorusudur. Bu durum, aynı zamanda bir diğer etik tartışma olan, 'çalışan haklarıyla' da yakından ilişkilidir. Yakın zamanda başarıya ulaşılmış sıtma, çocuk felci gibi hastalıklarla baş etmede de ana adres hastaneler değil, koruyucu sağlık hizmetleri merkezleri olmuştur. Salgınlarla baş etmede modern sağlığın kabullendiği koruyucu sağlık hizmetleridir. Yani, Saramago'nun belirttiği gibi, insanlığın uzaya araçlar göndermesinden daha basit olan hastalığın önlenmesine de ihtiyaç vardır. Burada asıl

soru nasıl önleneceği olarak görülmektedir. Mevcut salgın üzerinden tartışıldığında koruyucu sağlıktaki temel rol aşıya aittir²³. Ancak aşı tek başına salgınla mücadelede yeterli olamaz. Koruyucu sağlık hizmetleri içinde filyasyon çalışmaları, hastaların ayırımı/bakımı/takibi, tanı tarama testleri gibi birçok bileşen mevcuttur. Bileşenler yalnızca bu başlıklardan da ibaret değildir; sağlığa yalnızca medikalize çözümler sunmak kısa süreli ve pahalı çareler bulunmasına neden olur. Salgınla baş etmek isteniyorsa koruyucu sağlık başlığının altına, herkese ücretsiz su, temizlik maddesi, koruyucu ekipman, barınma gibi alt başlıklar eklenmelidir. İhtiyaç sahibi herkesin, gıda, ulaşım ve ilaç temel hakkıdır. Salgın dolayısıyla işsiz kalanları, yoksulları, aş ve hastalık arasında seçim yapmaya zorlayan her türlü ekonomik engel ortadan kaldırılmalıdır. Bunlar ileri teknoloji kullanımını bize dayatan salgınla mücadele yönteminden daha az maliyetlidir ki yüksek de olsa maliyet hesabında insan hayatından daha değerli bir şey olamaz. Sağlığın öncelikli amacı tedavi etmek değil, sağlığı korumaktır. Sağlığın korunması sorumluluğu da salgında bireye yüklenemez, devlet olmanın sorumluluklarındadır. Türkiye’de yaşanan sıkıntılardan hareketle bakarsak bir dönem yoğun bakım yatağı bulamayan insanlar özel hastanelerde yatış yapabilmek için yasal olmamasına rağmen fahiş ücretler istendiğini belirtmişlerdir³⁵. Şehir hastanelerine 2018 bütçesinde garanti ödemeler için ayrılan 2,6 milyar TL’dir³⁶. TTB altıncı ay raporunda üçüncü basamak hastanede yoğun bakım ünitesinde tedavi gören COVID-19 tanılı bir hastanın Sosyal Güvenlik Kurumu’na bir günlük paket fiyat faturası 1.902 TL olarak belirtilmiştir³⁷. Durum böyle iken Türkiye salgınla mücadeleye ayrılan payın milli gelire oranı yalnızca %1,1’dir³⁸. Salgınla başarılı ülkelerden Yeni Zelanda’da bu pay %19,1 iken Britanya’da ise %16,2’dir³⁸. Salgınla kötü mücadele örneklerinden biri olarak verilen Brezilya’da dahi bu oran %8,3’tür.

Yanlış sağlık politikalarının en büyük etkilerinden birisi de sağlık emekçileri üzerinde olmuştur. Türkiye’de 5 Mayıs 2021 tarihi itibarıyla yaşamını yitiren sağlık emekçisi sayısı dört yüz on dokuzdur ve bu sayı her saat artabilmektedir. Etik ve adalet nasıl toplumsal işlevini yerine getirememişse hastanede çalışanlar için de ne yazık ki işlevsiz kalabilmiştir. Ezilenlerin hiyerarşi arayışı da, toplumsal ezberlerden kaynaklanmaktadır. Salgınla mücadelede ekip çalışmasının yok olmasıyla, riskli alanlara öğretim üyesinin asistanı göndermesini; asistanın hemşireden görev alanında olmayanları istemesini, hekimin tam muayenelerde eksik kalmasını görebilmekteyiz. Ancak aynı şekilde hasta olan sağlık emekçilerini de bu kısır hegemonya döngüsü bekleyebilmektedir. Güvencelik ve dayanışma mekanizmalarının azaldığı her emek alanında riskin de arttığı görülmektedir. Hastaneler kronik hastalıkların takibi, ameliyatlar gibi işlevlerini kaybederken üniversite hastaneleri de bunun yanı sıra eğitim misyonunu neredeyse tamamen kaybetmiştir. Bu durum bizleri ileride kanser pandemilerinin beklediği yönündeki sağlık profesyonelleri tarafından yapılan çarpıcı uyarılarda da görülmüştür¹⁷. Karşdakinin çaresiz olduğuna inanması, umudunu yitirmesi bezdirmeyi sağlar. Pandemide zaten böyle olur hissini yıkan, umut verecek örneklerdir. Güney Kore yaygın test, temasın en aza indirilmesi ile aşı-

nın olmadığı dönemde dahi pandemiyle baş edebilmiş ve bunu hastanelere taşımadan çözenin yolunu ortaya koymuştur³⁹.

Kropotkin, karşılıklı yardımlaşma olgusu doğanın egemen olgusudur der; Darwin'in "kalıcı bir içgüdü" olarak tanımladığı her türün muhafaza, sağlık ve ilerlemeci evrimi için gerekli olan karşılıklı yardımlaşma içgüdüüne bağlar⁶. Yine Kropotkin, doğanın bize doğa-ötesi bir etki tarafından meydan okunması gereken kayıtsız bir tavır dersi vermediğini, tam tersine insanın üstün iyilik halini doğadan ödünç aldığını kabullenmesi gerektiğini söyler⁶. Modern insan ve bilim, Aristoteles'in türleri biyolojik sınıflandırması ve aklı ayırmadaki en önemli kriter olarak belirlemesini; Descartes'in insan dışına duyarsızlaşmasını kendisine temel alarak ilerlediğinde doğadan soyutlanmış bir hal alır. Ekolojik perspektifini kaybetmiş, insanı merkezine alan, tedaviye daralmış sağlık anlayışı günümüzde en son COVID-19 pandemisiyle gerçekler duvarına çarpmıştır. Halen bu anlayışta ilerleyen insan merkezli anlayış, 'modern' şehirlerin göbeğinde kurulmuş vahşi hayvan yemek pazarlarının, vizon çiftliklerinin salgın için rezervuar olduğunu belirleyip hayvanları katletmiştir. İnsan merkezli anlayış yaptığı katliama bilimsel, etik bir kılıf bile bulmuştur: hayvan ötanazisi. Bilime, neden o hayvanların doğasından koparılıp laboratuvar şartlarında sentetik beslendiğini ve katledilmelerine hangi yüzle ötanazi dendiği sormak, yanlışın bir daha tekrarlamaması için çaba sarf etmek kadar etiğin işidir.

Berdyayev, etiğin görevinin, geleneksel ahlaki normların bir listesini çıkarmak değil yaratıcı değerlendirmeler yapma cüretinde bulunmak olduğunu vurgular ve ahlaki hayatın özgürlüğü varsaydığını, ahlaki değerlendirmenin de her zaman özgür bir eylem olduğunu vurgular¹⁰. Yaratıcılık etiği olarak tanımladığı yaklaşımında farklı, daha iyi daha yüksek bir şey tahayyül etme çabası olarak tarifler²⁷. Berdyayev, yaratıcılık gerçeği daima aşar der ve Goethe'nin 'her hayat gridir, fakat hayat ağacı ebediyen yeşildir' sözünün tersine çevrilebileceğini söyleyerek 'bütün hayat gridir, teori ağacı ebediyen yeşildir' sözünü ortaya koyar²⁷. Mevcut gerçeklikte Berdyayev'in söylemini somutlamaya çalışırsak; pandemide kaynakları sınırlı olan bir ülkenin, yurttaşlarını yaşatabilecekse sınırları yok sayan adımlar atması gerekir. Afrika ülkesinde aşının olmamasının gerçekliğini aşan teorinin yeşilliği dünyada aşığı sorgulamak, bütünü görmeye zorlamaktır. Saramago'nun körlük metaforunda söylediği sözü etiğe uyarlayabiliriz: "bakabiliyorsan gör, görebiliyorsan, fark et"³⁴.

Saramago'nun yukarıda alıntılıdığımız eleştirilerinin son kısmı da "bizler de vatandaş olarak görevlerimizi yerine getirmiyoruz" idi. Buradaki eleştiri bireyin vatandaş olarak devlete sorumluluğu üzerine değil, bir parçası olduğu topluma karşı sorumluluğunu görememe üzerine kuruludur. Toplumun salgınla baş etmesi kadar salgının bir daha olmaması için nasıl bir mekanizmaya ihtiyaç olduğu tartışmalıdır. Bir daha pandemi yaşanması halinde toplum olarak, sağlık emekçileri olarak direngenliğimizi nasıl kurmalıyız sorusuna yanıt aramalıyız. David McCoy durumu 'COVID-19 her şeyi etkiler; bir hastalık kontrol planından daha fazlasına, bir manifestoya ihtiyacımız var!' başlığıyla ortaya koyuyor⁴⁰. McCoy her salgının hikayesi, bilgi, ideoloji ve politika arasındaki etkileşimin hikayesidir sözüyle COVID-19 mü-

cadelesi için bir dizi toplumsal öneriler de sunmaktadır⁴⁰. Ortaya koyduğu önerilerden bir tanesi salgınla mücadeleye toplum ve sağlık emekçilerinin temsilcilerinin de katılmasıdır⁴⁰. Bu öneri artık o kadar yok sayılamaz bir hal almıştır ki DSÖ dahi bunu önermektedir. Ancak demokrasiye tahammülü olmayan ülkeler için bu ciddi bir tehdittir ve toplum üzerindeki salgında daha katılaştırma şansı olarak gördükleri tahakkümü berhava edemezler. Tabii mevcut durumlarda toplum katılımının sağlanmaya çalışıldığı salgınla mücadelelerde başarı da artmaktadır. Bir diğer deyişle, demokrasi arttıkça salgınla mücadele başarısı artar ve dolayısıyla yaşam şansı da artar. Bu noktada, “özgürlükler ve demokrasiyi asla feda etmeyin” önerisinin altını çizmek gerekir. İktidarın en derinleştiği ve sarsılmaz hale geldiği yerler kendi bedenlerimizdir. Bedenlerimiz üzerinde her artan tahakküm geçici bir biyolojik iyilik hali ama kalıcı bir çürüme yolunu açar. Toplum ve salgınlar üzerinden anlatmak gerekirse, tam da Virchow’un uyardığı gibi sadece medikal yaklaşılan salgınlar daha sonra çok daha büyük olarak yanı başında patlar.

Kropotkin, etiğin toplumsal görevini “insanlara coşkularını uyandıracak idealleri aşılacak ve onlara bireysel enerjiyi herkesin iyiliğine yönelik çalışmayla birleştirecek bir yaşam biçimi inşa etmek için gerekli olan güçleri vermek” şeklinde tanımlar⁶. Etik toplumdaki kopartılmayan değerleri birleşik halde görülebilen bireyin içgüdülerine hitap ederek, onu olumlu yönde hareketlendirir; ona “gerçek ve kesin olarak istediğin nedir?” sorusunu sorar. Darwin, insan doğasında daha kalıcı toplumsal içgüdülerin daha az dayanıklı güdülerini fethettiğini söyler⁶. Bugünle yorumladığımızda direngenliği ve kalıcılığı sağlayan şey, bireyle toplumun iç içeliği; bireyin yaratıcılığı ve toplumun direnç ve kalıcılığıdır. Son dönem yaşanan bir etik ikileme tartışmak gerekirse: 10-12 Mayıs 2021 tarihleri arasında Ramazan Bayramı nedeniyle tüm kamu kurumları gibi hastane poliklinik hizmetlerinin de idari izin kapsamında oluyorken Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan genelgede, aile hekimliği merkezlerinin de içinde bulunduğu birinci basamak kuruluşlarında aşı başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin devam edeceği belirtilmiştir⁴¹. Aile Hekimleri ise aşı randevularının verilemediğini, yeni aşı tedariğinin olmadığını ancak önceden verilmiş çok kısıtlı sayıda aşı randevusunun olduğunu belirtmişler ve pandemide her fırsatta hekimlerin dinlendirilmesi gerektiği vurgulamışlardır. Aile hekimlerinin sürecin içerisinde temsilcisi olmamasından dolayı alanın ihtiyaçlarının ve mevcut durumunun iktidar tarafından bilinmediği ya da umursanmadığı anlaşılmaktadır. Diğer yandan, toplumda aşı kabulü için ciddi çağrılar ve tutum geliştiren aile hekimlerinden bir kısmı da genelgede ‘aşı başta olmak üzere’ vurgusunun toplumda ‘bakın aşılama yapmayı biz yapmaktayız ama hekimler bunda destek olacakları yerde köstek oluyorlar’ algısı yaratacağından kaygı duyduklarını belirtmişlerdir. Bir yanda angarya çalışma ve aşı stokunun olmamasının üstünü örtmeye çalışan algı yönetimi, diğer yanda da aşı tutumuna halel getirmeyen hekimlik anlayışı (en kötü ve en iyi tutumları ele alırsak) vardır. Durumun tepkisinin de çözüm arayışının da bireysel olamayacağı açıktır ama bu durumun toplum yararına düzenlenmesini sağlayacak bireysel bir başlangıç gereklidir. Sonunda sorunun çözümü için çeşitli sendikalar ve TTB tepki

göstermiş; Sağlık Bakanlığı yayınladığı ikinci genelgeyle, bu durumu aşılamaı da sınıra sokmayacak şekilde yerellerin düzenlenmesini istemiştir. Normatif değerler olarak toplum için 'yararlılık' ile sağlık emekçileri için 'adalet' arasında çatışma söz konusudur. Çözüm önerisi ise bilimsel ve hangi kriterlere göre olacağı net belirtilmeyen bir genelgedir. Bir daha benzer durumların yaşanmamasına ya da bir daha yaşanırsa nasıl tepki verileceğine dair hafızayı oluşturacak genişleyen birliktelikler örgütlemek gereklidir. Bu birlikteliklerde önümüzde sağlık emek meslek örgütleri durmakta ki süreçte muhatap onlar olmuştur. Ancak toplumu iktidar kadar sağlık emek örgütlerinin de katmaması etik eleştiri nedenidir. Aynı durumun yaşanmaması ya da yaşanırsa nasıl baş edileceği konusunda toplumun talebi ve özgünlüklerine kulak kapatan -yani toplumsallaşmayan- emek örgütlerinin de 'körleşmesi' kaçınılmazdır. Kropotkin'in "bütün etik felsefesi sistemlerinde ortak olan temel güçlük, görev duygusunun ilk tohumlarını yorumlamak ve insan zihninin neden kaçınılmaz olarak görev kavramına kaydığını açıklamaktır. Bu açıklandığında, toplumun birikmiş deneyimi ve kolektif zekâsı geri kalanını izah eder" cümleleri örnek üzerinde akıl yürütmemizde yararlı olacaktır. İnsanın üstlendiği neden sorusu netleşmesinin sonrasını toplumun hafızası çözüme kavuşturmada yeterlidir. Sağlık emek örgütlerini de karar alan birey olarak değerlendirdiğimizde üstlendiği görevi ve nedenini çözdükten sonra yararlı, başarılı bir hale getirmesi ancak toplumla beraber olabilir. Son kapanma çağrılarında da salt verisel, bilimsel mevcut sosyoekonomik durumuyla toplumu varsayan onlarla tartışmayan hiçbir halk sağlığı tartışmasının yararlı olmadığı ortadadır.

Dünya'da toplum dayanışması ve az maliyetle salgınla mücadele edilebileceğine örnek yerlerden birisi Kerala olarak gösterilebilir⁴²⁻⁴⁴. Salgının ilk dönemlerinde toplumsal mutfaklar, öz dayanışma grupları ve yoğun öz denetim mekanizmaları ile yönetim, toplum arasında kurulan ağla tam anlamıyla olmasa da bir salgınla mücadele örneği olarak gösterilebilmektedir⁴²⁻⁴⁴. Salgının olmasının altında yatan en büyük nedenlerden birisi ekolojinin tüm değerlerine insan saldırısıdır. Bir daha olmamasına dair adım atanlardan bir kısmının da önerileri ekoloji ile barışık eko-köyler gibi yaşam alanları çabasıdır⁴⁵.

Sonuç

Sağlık emekçilerinin ve onun bir parçası olduğunu asla unutmaması gerektiği toplumun, salgınla baş etmek gibi sonrasında travmalarıyla da baş edip sağaltıma ihtiyaçı var. Sağaltımının bir parçası da bir daha aynıını yaşamayacaklarına dair umut ve inançtır. Yaşanan krizin temellerine inip nedenleriyle yüzleşmek mücadele ve dirençlilikte toplum travmasını sağaltan önemli bir adım olacaktır. Bu makalenin de içinde bulunduğu çalışmanın temelini oluşturan nitel ve nicel çalışma da göstermiştir ki, dayanışma içinde/ örgütlü sağlık emekçileri etik ikilemlerde ve yaşanan sorunların atlatılmasında 'bireylere' göre çok daha iyiler. Sağlık alanında aynı talep tüm sağlık emekçilerini kapsayacak işyerlerinde ve yerellerinde (ki bu yerellerin sınırı resmi

değil toplumun ihtiyaçları ile çizilebilir) toplumla bütünleşecek sağlık meclislerinin gerekliliğini işaret etmektedir. Yukarıda da tartışmaya çalıştığım gibi iktidarlaşan her türlü bilginin toplumsallaşma önünde tehlike oluşturmaktadır. Sağlık bilgisi bir ayrıcalık değil, toplumla nasıl ortaklaştırılır kaygısı, hekimlerden başlamak üzere tüm sağlık emekçileri için, sağlık emekçilerinin gündemi olmalıdır. Salgında bir kez daha görüldüğü gibi ileri teknik, teknolojik tıbbi bilgi, pandemiyle mücadelenin çok az bir kısmını oluşturmaktadır. Toplumun anladığı, özümseydiği ve yaşamına yansıtacağı bilgilere salgınla mücadelenin ana eksenini olmuştur. Toplumun sağlığı kendi ülkesi ve halkları ile sınırlandırmayan sürekli gündem yapacağı; kendinin ihtiyaçlarına karşılık veren sağlık tartışmaları ve eğitimler için mekanizmalar/meclisler/çabalar kritik önemdedir. Yaratıcı ve somutu aşan; gerçeklikle sınırlı kalmayan teorinin yeşilliğine inanan bir çaba olarak etik, toplumun eylemlerinin tümünün içerisinde yer almaktadır. Politika ve bu politikaları kışkırtan etik soru, eleştiri ve eylemler toplum dirençliliğinin artırılması için gereklilik olarak önümüzde durmaktadır.

Kaynaklar

1. Virchow R. Report on the typhus epidemic. Archivfür Patholog. Anatomie u Physiologie u. Fürklin. Medicin. 1848.
2. Güler Ç. Rudolf Virchow. Ankara; Palme Yayınevi. 2015.
3. Preciado P. Farmako-pornografik gözetim çağında direniş; görevimiz mutasyon [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <http://atasoyersaglikpolitikaokulu.org/farmako-pornografik-gozetim-caginda-direnis-gorevimiz-mutasyon-paul-b-preciado/>
4. Sarasin P. Foucault koronavirüs pandemisini anlamamıza nasıl yardımcı olabilir? [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <http://atasoyersaglikpolitikaokulu.org/foucault-koronavirus-pandemisini-anlamamiza-nasil-yardimci-olabilir-philipp-sarasin/>
5. Cevizci A. Uygulamalı etik. 2. Basım. İstanbul; Say Yayınları. 2016.
6. Kropotkin P.A. Etik. 2. Basım. İstanbul: Öteki Yayınevi. 2018.
7. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri [elektronik kaynak]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2020.
8. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri [elektronik kaynak]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2010.
9. World Medical Association Medical Ethics Manual [internet]. 2015. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf.
10. Yüksel M. Etik kodlar, ahlak ve hukuk. Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi. 2015; 5(1), 9-26.
11. Köken A.H. Etik yönleriyle corona virüs (COVID-19) pandemisi. Sağlık Hukukunda COVID-19 Bülteni (Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu). 2020; 137.
12. British Medical Association. COVID-19– Ethical Issues. A guidance note [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-COVID-19-ethicsguidance.pdf>.
13. UNESCO IBC. Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective, statement of the UNESCO international bioethics committee (IBC) and the UNESCO world commission on the ethics of scientific knowledge and technology (COMEST) [internet]. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>.
14. World Medical Association World Medical Journal Vol 66. [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/08/wmj_3_2020_WEB.pdf
15. Salgınlara yönelik Türk tabipleri birliği etik kurulu görüşü [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=88ff4b86-767a-11ea-b329-aa051764b049.
16. Aydın E. Ersoy N. Tıp etiği ilkeleri. T Klinikleri Tıbbi Etik.1995; 2-3.
17. Türk Tabipleri Birliği COVID-19 Pandemisi 9. Ay Değerlendirme Raporu [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/18ara%C4%B1k.pdf>
18. COVID-19– ethical issues and decision making when demand for life-saving treatment is at capacity. [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.bma.org.uk/media/3828/bma-COVID-19-ethics-guidance-jan-2021.pdf>

19. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü pandemik influenza ulusal hazırlık planı. [internet]. 2019. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
20. World Health Organisation. Less than 2% of world's COVID-19 vaccines administered in Africa. [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.afro.who.int/news/less-2-worlds-COVID-19-vaccines-administered-africa>
21. World Health Organisation. Call to action: vaccine equity [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021/vaccine-equity-declaration>
22. World Health Organisation. 172 countries and multiple candidate vaccine engaged in COVID-19 vaccine global access facility. [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-COVID-19-vaccine-global-access-facility>
23. Türk Tabipleri Birliği COVID-19 pandemisi 11. ay değerlendirme raporu [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID19-rapor_11.pdf
24. Birn A.E. Lexchin J. Beyond patents: The GAVI Alliance, AMCs and improving immunization cover age through public sector vaccine production in the global South. *Human Vaccines*. 2011; 7(3): 291-292.
25. Cumhuriyet.com.tr [internet]. Prof. Dr. Şahin 'patent hakkında vazgeçme' sorusunu yanıtladı: Öyle basit bir konu değil. 30.04.2021. (son güncelleme nisan 2021; Alıntılanma Tarihi: 7 Mayıs 2021). Erişim Adresi: <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/prof-dr-sahin-patent-hakkindan-vazgecme-sorusunu-yanitladi-oyle-basit-bir-konu-degil-1832264>.
26. BBC Haber. Hindistan'da COVID salgını: Dünyanın en büyük aşı üreticisine göre ülkedeki aşı sıkıntısının nedeni hükümetin izlediği yanlış politikalar. www.bbc.com [internet]. 03.05.2021. [son güncelleme mayıs 2021; Alıntılanma Tarihi: 7 Mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-56969860>.
27. Berdyaev N. İnsanın yazgısı. 2. Basım. İstanbul: Paradigma Yayınevi. 2020.
28. Bajos N. Jusot F. Pailhé A. et al. When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC Public Health*. 2021; 705.
29. Gil M. Undurraga A. COVID-19 has exposed how 'the other half' (still) lives. *Bulletin of Latin American Research*. 2020; 29: 28-34.
30. Hindistan'da COVID-19 ölümlerinde en yüksek rakam görüldü; sağlık sistemi çökme noktasında. www.euronews.com [internet]. 24.04.2021. (son güncelleme mayıs 2021; Alıntılanma Tarihi: 7 Mayıs 2021). Erişim Adresi: <https://tr.euronews.com/2021/04/24/hindistan-da-COVID-19-olumlerinde-en-yuksekrakam-goruldu-saglik-k-sistemi-cokme-noktas-nda>.
31. United Nations. The Shadow Pandemic: Violence against women during COVID-19. [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-COVID-19-response/violence-against-women-during-COVID-19>.
32. Hocaoğlu Ç. Erdoğan A. COVID-19 ve intihar. *Türkiye Klinikleri*. 2020; 35- 42.
33. Doğan K. Bolat S. Doğan H.O. Obezite, metabolik sendrom, diyabet ve COVID-19 ilişkisi. *Türkiye Klinikleri*; 2021; 63-7.
34. Saramago J. Körlük. 3. Basım. İstanbul: Kırmızı Kedi Yayınevi. 2017.
35. Özel hastanelere 'fahiş fiyat' isyanı: 4 gece yatış 18 bin peşinle COVID-19 tedavisi!. ntv.com.tr. [internet]. 17.04.2021. (son güncelleme mayıs 2021; Alıntılanma Tarihi: 7 Mayıs 2021). Erişim Adresi: <https://www.ntv.com.tr/turkiye/ozel-hastanelere-fahis-fiyat-isyani-4-gece-yatis-18-bin-pesinle-COVID-19-tedavisi,DHPm8CRN0mJqTVBhcAsQ>.
36. Türk Tabipleri Birliği. Sağlıkta özelleştirmenin yeni modeli: şehir hastaneleri [internet]. 2020. [son güncelleme Mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/yazdir.php?Tablo=tbl_haber&Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673.
37. Türk Tabipleri Birliği COVID-19 pandemisi 6. ay değerlendirme raporu [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID19-rapor_6/COVID19-rapor_6_Part13.pdf.
38. Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu. Türkiye COVID-19 ile mücadelede vatandaşlara en az nakit destek veren ülkelerden biri! [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <http://arastirma.disk.org.tr/?p=4837>.

39. Usturalı Mut A. N. Aydın S. Baysan C. et al. Yedi ülkenin COVID-19 test sayıları ve test yapma konusundaki yaklaşımları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5 (COVID-19 Özel Sayısı).
40. McCoy D. COVID-19 affects everything more than a disease control plan, we need a manifesto [internet]. 2020. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/04/29/COVID-19-affects-everything-more-than-a-disease-control-plan-we-need-a-manifesto/>.
41. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hukuk ve Mevzuat Daire Başkanlığı. Tam kapanma döneminde birinci basamak sağlık hizmetleri. 30/04/2021 – E-43252159_659-1315. Sayı: 43252159.
42. Maneesh, P. Aicha. E A. How Countries of South Mitigate COVID-19: Models of Moroccoand Kerala, India. *Electronic ResearchJournal of Social Sciences and Humanities*;2020; (2); 16-28.
43. Yadav S. Kızıl Kerala'nın COVID başarı hikayesi – dersler ve sınırlar [internet]. 2021. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <http://www.abstraktdergi.net/kizil-keralanin-COVID-basari-hikayesi-dersler-ve-sinirlar/>
44. Sarkar S. Breaking The chain: governmental frugal innovation in Kerala combat the COVID-19 pandemic. *Government Information Quarterly*. 2021; 1-15.
45. ATASOYER Sağlık ve Politika Okulu. Dünyanın bozulan sağlığını tedavi edebilecek bir çözüm: ekoköyler [internet]. 2018. [son güncelleme mayıs 2021]. Erişim Adresi: <http://atasoyersaglikpolitikaokulu.org/dunyanin-bozulan-sagligini-tedavi-edeabilecek-bir-cozum-ekokoyler>