

Tıbbi ve Toplumsal Açıdan

PAN- DEMİ

SEMPOZYUM KİTABI
9 EKİM 2021

SEMPOZYUM KİTABI 9 EKİM 2021

PANDEMİ

Tıbbi ve Toplumsal Açıdan





Tıbbi ve
Toplumsal Açıdan
PANDEMİ

SEMPOZYUM KİTABI
9 EKİM 2021



Sağlık ve Medeniyet Derneği

Adres: İkitelli OSB 6.Cadde No:1 Kat:3 Beyaz Tower
Başakşehir/İstanbul/Türkiye

Telefon: 0 (850) 711 18 17 • E-posta: saglikmedeniyet@gmail.com

Editörler

Dr. Cundullah Torun
Dr. Osman Ayyıldız

Tasarım ve Uygulama

Nuhun Gemisi Reklam ve İletişim Hizmetleri

Düzenleyen Kurum

Sağlık ve Medeniyet Derneği

Destekleyen Kurumlar

İstanbul Medeniyet Üniversitesi | Üsküdar Belediyesi

Düzenleme Kurulu

Abdullah Kansu | Ahmet Erçek | Emrullah Şanlı | Kemal Karataş
Mehmet Ağırman | Muhammed Esat Çetin | Muhammed Yanmaz
Murat Göçgün | Musab Öztürk | Mürşit Koçtürk | Nurullah Bayram
Serkan Bayram | Ümit Doğan | Yusuf Eren

Danışma Kurulu

Eşref Araç | Furkan Karabekmez | Hasan Aydınlik | Lütfi Sunar
Mahmut Hakkı Akın | Mustafa Kasım Karahocagil | Osman Ayyıldız
Salih Beşir | Şenol Turan | Vural Polat

Editörlerden

Yakın zamana kadar sağlık profesyonelleri ve akademisyenler dışında pek kimsenin bilmediği pandemi kelimesi 2019 sonrasında herkesin bildiği ve kullandığı bir kelimeye dđnüřtü. Son yüz yılda yaşanmayan ölçekte ve sarsıcılıkta tüm dünyanın gündemine oturan ve insanları sadece sağlık ve tıp yönüyle değil, sosyolojik, psikolojik, ekonomik yönlerden de derinden etkileyen salgın, deyim yerindeyse tüm insanların kimyasını ve ayarlarını bozdu.

Sağlık ve Medeniyet Derneği'nin düzenlediği "Tıbbi ve Toplumsal Açıdan Pandemi" sempozyumu ile konunun bilimsel bir zeminde değişik yönlerini irdelemeye, mevcut durumu değerlendirmeye ve gelecek projeksiyonları için zemin hazırlamaya çalıştık.

Sempozyum Bilimsel Danışma Kurulu öncelikle konunun gündem maddelerini sıralamaya çalıştı. Pandeminin hala sürdüğü bir ortamda yazılı, görsel ve sosyal medya mecralarının en çok ele alınan konusunun alt başlıklarını oluşturmak hayli zorlu geçti. Takdir edersiniz ki, insanların panik halinden dolayı çok basit detayların çok önemsendiği, çok mühim detayların ise gündeme bile giremediği bir iletişim kirliliğinde sıralama oluşturmak da meşakkatli oldu.

Sonrasında belirlenen konular üzerine konuşacak konuşmacıların sečilmesi ve olumlu cevap alınması süreci başladı ki, bu da en az konu sıralaması kadar zorlu idi. Çok şükür ki bütün bu süreçlerden sonra gerçekten dolu dolu bir sempozyum gerçekleşti ve muhteva açısından bu denli kaliteli bir sempozyumun kitabının hazırlanması konusunda bizi motive etti.

Covid-19 Pandemisinin insanlık tarihinde önemli bir kırılma olduğunu düşünüyoruz. Etkileri uzun yıllar devam edecek ve pandemi sonrasının kamu düzeni, hukuk anlayışı, yaşam tarzı alışkanlıkları, ekonomik yaklaşımları da bundan ciddi biçimde etkilenecek. Yaşanan iki yıllık süre içinde bile senelerdir konuşulan “(home office) evden çalışma” kavramının nasıl hayata geçirildiğine şahit olduk. Online alışveriş alışkanlıklarındaki artışın bir anda nasıl ivmelendiğini ve aritmetik artıştan logaritmik artışa evrildiğini gördük. Kargo ağları ve motokuryeler hayatımızın vazgeçilmezleri olmaya başladı. Şimdiye kadar hiç duymadığımız mesleklerin oluşumuna ve yaygınlaşmasına şahit olduk.

Şüphesiz ki her konuda az ya da çok bir değişim ve dönüşümü tetikleyen küresel salgın en çok sağlık alanında etkili oldu. Pandemi sürecinde enfeksiyondan korunma, günlük yaşam alışkanlıkları, beslenme, günlük egzersiz ve aktiviteler gibi konularda farkındalık oluştu. Yaşanan korku, endişe ve stres hepimizi psikolojik açıdan yorarken sosyal hayat, kişiler arası iletişim ve sosyal yardımlaşma gibi konularda da olumsuz etkilenmeler kaçınılmaz durumdaydı.

Hemen her çalışmada olduğu gibi sempozyumda da konunun tarihsel gelişimini hatırlayarak başladık. Geçmişte yaşanan salgınları ve pandemilerde toplum sağlığının nasıl etkilendiğini Bezmialem Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nuran Yıldırım hocamızdan dinledik. İnsanlık tarihi boyunca yaşanan veba, kolera, grip gibi salgınların profili ve Covid-19’un başlangıç sürecine dair verdiği bilgiler çok kıymetliydi. Durumumuzu anlatan en çarpıcı nokta ise hocamızın “*Tıp tarihçisi olarak veba, kolera pandemilerinin tarihlerini, tarihini okurken hepsi bana hikâye gibi geliyordu. Covid-19 pandemisi çıkınca kendimi zaman tüneline 200-300 yıl öncesine gitmiş gibi hissettim. Günün birinde bir pandeminin içinde, ders anlatamayacağımı, aylarca evde izole olacağımı, maske takarak dolaşacağımı söyleseydi inanmazdım*» sözleriydi.

Yaşadığımız Pandeminin bize çarpıcı bir şekilde hatırlattığı ikinci konu ise mesleki değerler hususuydu. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları yoğun çalışma temposu yanında hem kendilerini hem de ailelerini bulaştan korumaya çalışmaları ciddi bir emosyonel stres oluşturdu. Şükür ki bazı ülkelerdeki gibi yetersiz yatak kapasitesi ya da tıbbi malzeme sıkıntısı nedeniyle hastalar arasında tercihte bulunmak ikilemleri yaşamadık. Ancak yorulan bedenler ve yıpranan sinirlerin sağlık çalışanlarına bedeli hayli ağır oldu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalından Prof Dr. Kadriye Kart Yaşar hocamız “Pandemide Sağlık Hizmet Sunumunda Mesleki Değerleri Korumak” konusuna değinirken hem konunun teorik, etik ve felsefi boyutunu değerlendirdi, hem de çalıştığı hastanede ve sonrasında kurulan Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesinde Pandemi Koordinatörü olarak çalıştığı süreçteki deneyim ve gözlemlerini paylaştı.

Pandemi sürecinde değişen dengelerle birlikte gerek bazı insanların ve gerek bazı devletlerin nasıl benmerkezci bir tutum içine girdiklerini de üzülerken müşahede ettik. Pandeminin başında kişisel koruyucu ekipman ve dezenfektan ihtiyacına bağlı olarak gördüğümüz tekelci ve karaborsacı yaklaşımlar, aşı üretiminin başlaması sonrasında aşuların dağıtımı konusunda yaşandı. Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Haydar Sur hocamız “Toplum Sağlığında Ahlakî bir Yaklaşım: Aşuların Adil Dağıtımı” konulu sunumuyla bizleri bilgilendirdi.

Pandemi günlerinde herkesin günlük hava durumu izlemesinin bile önüne geçen günlük pandemi istatistiklerini takip etmesi dikkat çekiciydi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Enes Gökler de “Pandemi ile Mücadelede Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik” konusuyla sempozyumumuza iştirak edecekti. Kaderin bir cilvesi olarak sempozyumdan kısa bir süre önce Covid-19’a yakalanan hocamız maalesef toplantıya iştirak edemedi.

Neler yaşadık, neler gördük, neler okuduk? İnternet ve sosyal medyada yaşanan bilgi kirliliği nedeniyle okuduklarımız daha çok kafamızı karıştırdı. YÖK üyesi ve Koronavirüs Bilim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Zeliha Koçak Tufan hocamız “Covid-19 Pandemisi ile Mücadelede İnfodeminin Yönetilmesi” başlıklı sunumunda hem yaşadıklarımızı değerlendirdi hem de bilgi kirliliği ve infodemi ile mücadele konusunda kıymetli bilgiler verdi.

Pandemi ortamının şüphesiz en zorlayıcı unsurlarında biri de so-kağa çıkma yasağı, seyahat kısıtlaması, maske zorunluluğu gibi sınırlamalardı. Hukuk Vakfı Başkanı ve Hasta Hakları Aktivistleri Derneği kurucusu Av. Muharrem Balcı üstadımızdan “Toplum Sağlığı için Bireysel Özgürlükleri Kısıtlanması: Hukukun Sınırları” başlıklı sunumunu dinleme imkânı bulduk. Kökeni yıllara dayanan “adalet-i mahzâ / adalet-i izafî” tartışmalarının günümüze yansıyan boyutunda toplumun menfaati için bireysel özgürlüklerin hangi kıstaslarda ve ne dereceye kadar kısıtlanabileceği konusunda çok kıymetli bir bakış açısı kazanma fırsatı yakaladık.

Yıllar sonra bile Covid-19 salgın dönemi hatırlandığında aklımıza gelecek en unutulmaz anılarımızdan biri de televizyon ekranlarındaki haber ve tartışma programları olacak kuşkusuz... Bazen akademisyenler arasındaki hararetli tartışmaları tenis maçları gibi izledik, bazen birbirine zıt yaklaşımlar beyan eden hocalarımızın hangisinin görüşüne itibar edeceğimizi şaşırdık, ama tıp camiası olarak üzerinde ittifak ettiğimiz nokta “*ancak akademik ortamlarda tartışılacak detayların halka açık televizyon ekranlarında mütalaa edilmesinin yanlışlığı*” oldu. Salgın sürecinde yoğun bir habercilik mesaisi yapan ve gerek haber bültenlerinde gerekse tartışma programlarının moderatörlüğünde ekranlarımıza gelen Gazeteci – Yazar Mehmet Akif Ersoy beyefendi sempozyumumuzda “Pandemide Medya, Enformasyon ve Dezenformasyon” konulu sunumuyla yer aldı. Sağlık camiası dışından bir gözle pandemi sürecinin nasıl görüldüğü noktasında çok kıymetli katkılar sağladığı için kendisine müteşekkirimiz.

En başta da değindiğimiz gibi sadece sağlık ve tıp açısından değil, sosyolojik açıdan da sıra dışı bir dönemdi pandemi günleri... İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyoloji Ana Bilim Dalı akademisyenlerinden Prof. Dr. Lütfi Sunar hocamız “Toplumsal Dayanıklılık: Kırılğanlık, Kapanma ve Kayganlaşma” sunumuyla salgının toplumdaki sosyolojik etkilerini değerlendirdi.

Toplumun etkilenmesinin yanında toplumun hekime ve sağlık çalışanlarına bakışı da etkilendi pandemiden... Toplumun büyük kesimi harcanan emekleri ve yoğun mesai saatlerini takdir ederek akşam saat 21:00’de sağlık çalışanlarına moral alkışı gönderirken, küçük bir kesiminin nobran ve hoyrat tavırlarına da şahit olduk... Kimisi sağlık çalışanlarına tatlı dağıttı, kimisi de sağlık çalışanlarının oturduğu apartmanların asansörlerine binmemesini talep etti. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi ve aynı zamanda Şair-Yazar dostumuz Elyesa Koytak beyefendi “Salgın Sürecinde Hekimlik Mesleğinin Değişen Toplumsal Konumu” isimli sunumuyla niş bir alanı işaret etti. Aslında uzun süreden beri devam eden bazı sıkıntıları pandemi süreciyle sınanan tıp camiası için bu dönem bir turnusol kağıdı rolü görecektir. Sayın Koytak’ın sunumunun sonunda ifadeleri çok önemliydi: “...her kriz gibi bu salgın da, meslekteki çelişkili dinamiklerin katalizörü oldu. Salgın, bir yandan mesleğe verilen ‘askeri’ rol sayesinde kamusal otoritenin tasdikini temin etti. Diğer yandan, bu rolün külfetini meslek piyasasındaki emek dağılımı bakımından yüklenmesi gereken doktorlar için izin alamamak, beklentileri karşılayan bir ücret ödenmemesi, tahammül edilemez iş yükü gibi semptomlarda görüldüğü üzere normal denilen zamanlardaki sürekli ve yapısal krizin sosyolojik anlamda klinik seyri ise ağırlaştırdı.” Bu tespitin içeriğindeki çalışma şartları, harcanan yıllara ve ortaya konan emeğe nispetle beklentileri karşılayamayan ücret, yoğun iş yükü ve mesai saatleri gibi konular pandemi sonrasında da artarak konuşulmaya devam edecek.

Pandemi sürecinin en yıpranan meslek grubu olarak sağlık çalışanları, bu konudaki sınavı genel olarak başarıyla verdiler. Sakarya Üniversitesi

Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı akademisyenlerinden Prof. Dr. Ertuğrul Güçlü hocamız da “Pandemide Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Pandemi ile Mücadeleye Yansıması” sunumunda bu konuyu değerlendirdi. Her zaman şükrederek anacağımız bir şekilde, ülkemiz sağlık hizmet kapasitesinin yetersizliği sınırına varmadan çalışmaya devam etti. Şüphesiz ki olayın krize dönüşmeden yürütülebilmesinde devletin ve milletin maddi fedakarlıkları yanında sağlık çalışanlarının bireysel fedakarlıkları da önemli rol oynadı. Ertuğrul Güçlü hocamızın konuyla ilgili değerlendirmeleri de ufuk açıydı.

Sempozyumumuzun son konuşmacısı olma sabrını göstermek ancak bir psikiyatriste yakışırdı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalından Doç. Dr. Şenol Turan hocamız hem gösterdiği bu sabrıyla hem de “Ruh Sağlığımızın Pandemi ile İmtihanı” başlıklı sunumuyla gönüllerimizdeki özel yerini daha da pekiştirdi. Bir yanda hastalanma korkusu ve ölüm korkusu, başka bir yanda yakınlarını kaybetme korkusu, bunlara ilaveten sokağa çıkma ve seyahat kısıtlamaları ile yaşanan anksiyete, alışlagelmiş günlük ritüellerden uzaklaşma ve birçok başka stres unsuru ile pandemi dönemi ruh sağlığımız için hayli ağır bir imtihan oldu. Sunumunda değindiği olumsuz faktörler ve bunlarla mücadele yöntemleri konusundaki önerileri çok kıymetliydi, bu vesileyle Şenol hocamıza da tekrar şükranlarımızı iletiyoruz.

Genel bir değerlendirme yapacak olursak, hazırlıklarına başladığımız günlerde hayal ettiğimizin çok üzerinde bir netice aldığımız için mutluyuz. Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi pandemi süreci dünya tarihindeki önemli bir kırılma noktası olarak ilerleyen yıllarda çok daha iyi anlaşılacak. Pandemi ölümleri nedeniyle nüfus demografisindeki değişimler dünyanın ürettiği ve tükettiği mal ve hizmet kalemlerinde bazı şeylerin değişmesine sebep olacak. Ülkeler arası ticaretin pandemi korkusu ve lojistik sıkıntılar nedeniyle nasıl bloke olabildiğini gören devletler temel ürünlerde asgari miktarda bile olsa ülke içi üretimin önemini hissedip ona göre davranacak.

Belki bu travmadan sonra insanlar daha diğerkâm olacak, belki de benmerkezci ruh hali zirve yapacak. Zamanla göreceğiz.

Kesin olan şu ki, Covid-19 pandemisi insanlık tarihi için önemli bir kilometre taşı... Elinizdeki sempozyum kitabıyla temennimiz bu kilometre taşının anlaşılması yolunda küçük de olsa bir katkı sağlamak... Bu vesileyle öncelikle panelistlerimizin tümüne bir kez daha teşekkür etmek istiyoruz. Onların emekleri ile dolu dolu bir içerik ortaya çıktı. Sempozyum sürecinde paydaş olarak ev sahipliği başta olmak üzere her konuda büyük destekler veren Üsküdar Belediyesine de Sayın Belediye Başkanı Hilmi Türkmen'in şahsında şükranlarımızı arz ediyoruz. Yine paydaşlarımız arasında yer alarak destek veren İstanbul Medeniyet Üniversitesi ve Sağlık Sen İstanbul Şubesi'ne teşekkürü bir borç biliriz.

Saygılarımızla

Editörler

Dr. Cundullah Torun - Dr. Osman Ayyıldız

İçindekiler

Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar

Covid-19 Pandemisinde Sağlık Hizmet Sunumunda
Mesleki Değerleri Korumak.....15

Prof. Dr. Haydar Sur

Covid-19 Aşılmasında Hakkaniyetsizlikler Üzerine35

Prof. Dr. Zeliha Koçak Tufan

Covid-19 Küresel Salgınıyla Mücadelede İnfodeminin Yönetilmesi39

Muharrem Balcı

Toplum Sağlığı İçin Bireysel Özgürlüklerin Kısıtlanması:
Hukukun Sınırları.....45

Elyesa Koytak

Salgın Sürecinde Hekimlik Mesleğinin
Değişen Toplumsal Konumu71

Prof. Dr. Ertuğrul Güçlü

Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Pandeminin
Diğer Hastalıklara Etkisi79

Doç. Dr. Şenol Turan

Covid-19 Salgınının Ruh Sağlığımıza Etkileri.....95

Önsöz

Pandeminin ülkemizde ortaya çıktığı Mart 2020'den bu yana iki yıl geçti. Ülkemizde ve dünyada Covid-19 hastalığının teşhisi, seyri ve tedavisi ile ilgili önemli çalışmalar yapıldı. Medya ve diğer iletişim araçları ile toplumun hastalığa dair farkındalığı ve bilgisi günden güne artırıldı. Herkesin derinden hissettiği pandeminin sosyolojik etkileri ile ilgili de araştırmalar yapıldı, makaleler yazıldı. Bununla beraber geçtiğimiz iki yılın multidisipliner olarak değerlendirildiği, pandeminin yaşamımıza etkilerinin kapsamlı bir biçimde ele alındığı ve kamuoyu ile paylaşıldığı bir çalışmaya ihtiyaç duyulmaktaydı. Bu düşünce ile Sağlık ve Medeniyet Derneği 9 Ekim 2021 tarihinde “Tıbbi ve Toplumsal Açından Pandemi” sempozyumunu düzenledi.

Sağlık ve Medeniyet Derneği'nin amacı ; medeniyetimizin temel ilkeleri doğrultusunda, insan sağlığını korumaya ve sağlık sistemini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmaktır. Bu kapsamda; başta mensuplarının eğitimi, iş birliği ve dayanışmasını sağlamakta, diğer taraftan sağlık sisteminin ulaşılabilir, sürdürülebilir, etkin ve kaliteli olması için neler yapılması gerektiği ile ilgili çalışmalar yapmaktadır.

Sağlık ve Medeniyet Derneği, oluşturduğu özgün örgütlenme modeliyle ülkemizin 40 ilinde temsilcilikler açmış, 15 ihtisas komisyonuyla çalışmalar yapan, toplumsal hassasiyetler konusunda ilkesel duruşunu ortaya koyan, önemli konularda toplantı, basın açıklaması, seminer ve sempozyumlar düzenleyen bir sivil toplum kuruluşudur.

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Üsküdar Belediyesi ve Sağlık-Sen İstanbul 1 No'lu Şube başkanlığı işbirliği ile Bağlarbaşı Kongre



Merkezi'nde gerçekleştirilen sempozyumda; Covid-19 pandemisi hekim, sosyolog, hukukçu, deontolog ve gazeteciler tarafından masaya yatırıldı.

Sempozyumda sunulan tebliğlerin bir araya getirildiği bu kitapçık ile tarihe önemli bir not düşüldüğünü, gelecek çalışmalar için başvurulacak bir kaynak oluşturulduğunu düşünmekteyiz.

Ahmet YİĞİTALP

Sağlık ve Medeniyet Derneği Genel Başkanı

Değerli vatandaşlar, sağlık camiamızın değerli mensupları,

Sağlık ve Medeniyet Derneği, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası ile beraber düzenlediğimiz Sağlık ve Medeniyet Sempozyumlarının ikincisini 9 Ekim 2021’de gerçekleştirmiştik.

Sempozyumun başlığı ise “Tıbbi ve Toplumsal Açıdan Pandemi”ydi. Dönem ise pandeminin yaygın olduğu, vaka sayılarının yüksek olduğu, umutların bir nebze tükendiği bir dönemdi. İşte böylesi bir ortamda toplanan bu sempozyumda uzmanlar, bilimsel verilerin ışığında Türkiye’de ve dünyada neler olup bittiğini toplumla paylaşmışlardı.

Tıbbiyelilerin ve sosyal bilimcilerin birlikte konuştuğu sempozyumun içeriği ve niteliği bize bu bilimsel buluşmanın gücü hakkında bugün de bilgi vermeye devam ediyor.

2022 yılı Mayıs sonu itibariyle Türkiye’de 15 milyon vaka, yüz bine yakın vefat kaydedildi. 150 milyon doza yakın aşı uygulandı, nüfusun yüzde 64’ü aşılandı. Dünyada ise toplam vaka sayısı 500 milyonu geçerken, 6 buçuk milyona yakın insan hayatını kaybetti.

Bu küresel tablo içinde Türkiye devletiyle, milletiyle, sağlık camiasıyla, yerel yönetimleriyle, kamu kuruluşlarıyla, özel sektörüyle büyük bir mücadele verdi. Maalesef kayıplarımız oldu evet. Bir yandan da Türkiye bilimsel ve kamusal anlamda büyük bir tecrübe edindi. Bu büyük tecrübeyi yeni nesillere aktarmak ve muhtemel salgınlarda kayıplara en aza indirmek için şimdi herkese büyük görevler düşüyor.



Yerel yönetim olarak buradan da kendimize görev çıkarıyoruz.

Bu çapta büyük global krizler, çalkantılar maalesef kendi komplo teorisyenlerini, şarlatanlarını doğuruyor. Kirli bilgiler ve yalanlar gerçeklerden daha hızlı yayılıyor.

Biz bu süreçte, her zaman olduğu gibi sahih, bilimsel, toplumun selametini gözeten, kışkırtan değil aydınlatan çalışmalara odaklandık. Bunların gerçekleşmesi ve yaygınlaşması için çabaladık.

Bu sempozyumları işte bu açıdan önemsiyoruz. Burada konuşulanların toplumda karşılık bulmasını, tartışılmasını, kana karışmasını önemsiyoruz. Sıcığı sığığına yapılmış ama yine de soğukkanlı bir şekilde meselenin konuşulduğu bu sempozyumdaki bilgi, belge ve gerçeklerin ilgisine ulaşacak olmasından dolayı mutluyum.

Saygılarımla

Hilmi Türkmen

Üsküdar Belediye Başkanı



COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA MESLEKİ DEĞERLERİ KORUMAK

Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

*“Salgın, aynı anda hem kötülük hem de ifşadır;
yozlaşmış bir dünyanın gerçeklerini su yüzüne çıkarır”*

Albert Camus, Veba

Giriş

Salgınlarda, gelişmiş ülkeler dahil tüm devletlerde sağlık sistemleri belirgin derecede etkilenir. Özellikle sağlık sisteminin iş gücü kaynağı rolündeki sağlık profesyonellerinin artan iş yükü, sık nöbet ve uzamış mesai, ciddi oranda zorlaşan çalışma ortamıyla beraber hasta sayısının artması, toplumun sağlıkçılardan daha fazla hizmet beklentisi, toplumun hastalanma korkusuyla oluşan ağır psiko-sosyal stres sağlıkçılarda beklenen sonuçlardır. Bu duruma ilave olarak kendileri ve ailelerini hastalandırma riskinin getirdiği ağır yük ve sorumlulukla



beraber, ucu karanlık bir tünelde pandemiye dair bilinmezlik ve öngörülemezliğin sağlıkçılara yüklediği “öncü ama yalnız nefer olma” hissi de kaçınılmazdır.

Sadece ülkemizde değil global anlamda tüm dünyada toplumların normalleşme adımları sürerken sağlık çalışanlarının COVID-19 salgınıyla mücadelesinin mola verilmeden devam etmesi, kendilerini terkedilmiş ve yalnız bırakılmış hissedenden sağlıkçılarda görülen tükenmişlik sendromunu da derinleştirmiştir.

COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İlişkisi

Yüzyılımızın bu pandemisinde sağlık çalışanlarının yaşadığı psiko-sosyal yük ve yol açtığı tükenmişlik sendromunun sebepleri; virüsle ve enfekte hastalarla daha sık karşılaşma ve virüs yükü kaygısı, ekip arkadaşlarıyla yaşadıkları sıkıntılar, her an gelişebilecek kötü bir durum korkusu, toplumdan soyutlanma, yabancılaşma hissi ve ayrımcılığa mâruzîyet, bilhassa kadın sağlıkçılarda iş-ev işleri arasındaki dengenin bozulmasının yarattığı çatışma hali, yakınlarından uzak kalma, uzamış ve artmış iş yükü, tüm bu faktörlerin derinleşmesine katkıda bulunduğu ağır psiko-sosyal baskı, yorgunluk ve mesleki tükenmişlik olarak sıralanabilir. COVID-19 özelinde salgının başlangıcında etkenle ilgili bilgi eksikliği, kişisel koruyucu ekipmana ulaşmada yaşanan aksaklıklar, salgın ve korunmaya yönelik eğitim ve bilgilendirmenin yeterince güçlü olmaması da bu sıkıntılara katkıda bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının uzun saatler boyunca maske ve kişisel koruyucu ekipman ile çalışma zorunluluğu, yeme-içme, tuvalet gibi ihtiyaçlarında zorluklara, bağıışıklık dirençlerinin düşmesine ve cilt hastalıklarına neden olmuş, “esnek çalışma” ve salgının getirdiği yük nedeniyle, sağlıkçılar yetersiz beslenme ve uyku problemleriyle karşı karşıya kalmış, enfekte olma ve ölüm riskleri artmıştır. Hastalandıklarında ailesine bulaştırma endişesi yanında, mücadelede geride



kalıp arkadaşlarını yalnız bırakma endişesi doğmuş, bu yüzden sosyal hayattan kopan ve “yabancılaşan” sağlık çalışanları kendilerini adeta toplum ve ailelerinden soyutlayarak günlük rutinlerini sosyal medyayı takip ve uyku dışında minimize etmişlerdir.

Sağlık çalışanları COVID-19 pandemisi sırasında uzamış mesai, artan nöbet ve çalışma saatleri, hastalanma riski artışı göz önünde bulundurulduğunda emeklerinin karşılığını alamamışlardır. Belirli bir süre döner sermaye ücretleri tavandan verilmiş, ancak bu ödeme tüm sağlık çalışanlarını kapsamamış, hatta çalışma yüküne göre değil statüye göre dağıtılması iş barışını bozmuştur. Özellikle hekim dışı yardımcı sağlık personeli, pandemi sürecinde örselenen ve mağdur olan sağlık çalışanları olarak ücretsiz konaklama ek ödemedeki yeterince yararlanamamıştır. Aynı riskli ortamda çalışan sağlık çalışanları arasında ek ödemedeki dengesiz dağıtım, çalışma ortamında huzursuzluğa yol açmıştır. Yine de sağlık ekibi içerisinde zaman zaman bu tarz çatışmalar olmakla birlikte genel olarak ekip içi ilişkilerin daha da geliştiği, ekip üyelerinin birbirini desteklediği, iş birliğinin arttığı, ekipte herkesin birbirine daha çok bağlandığı ve birbirini sahiplendiği, ekip bütünlüğünün arttığı gözlenmiştir. Hemşirelerin doktorlara; kadın sağlıkçıların erkeklere kıyasla daha çok etkilendiği dikkati çeken bu pandemide, çoğunluğu iş yüküne ve zorluklara rağmen gayretlerinin ve yaşadıkları sorunların amirleri tarafından fark edilmediğini, “iş yürüsün de nasıl yürürse yürüsün” diye baktıklarını, ailelerinin kendileriyle gurur duyduklarını ancak sağlıkları için endişe ettiklerini; arkadaşlarının ise kendilerinden uzaklaştıklarını hissetmişlerdir.

Meslek ve Meslek Etiği

Meslek; belli bir eğitim sonrası edinilen sistemli bilgi ve beceriye dayalı, karşılığında para kazanmak suretiyle insanlara faydalı mal veya hizmet üretmek amacıyla yapılan, kuralları belirlenmiş iş şeklinde tanımlanır. Meslekler sıklıkla o mesleğin değerlerini savunan, gelişmesini ve tanınarak lisanslanmasını sağlayan meslek kuruluşlarını



içerir. Bir faaliyetin meslek olarak kabul görmesi demek; teorik bilgi ve araştırmayla edinilen, uygulama becerileri gerektiren özelleşmiş bilgi birikiminin olması, devletin planlayıp denetlediği bir eğitim süreci sonunda diploma, ruhsat veya sertifika gibi bir belgeyle standardize edilmesi, özel bir alanda uygulama yetkisi sağlaması, denetlenebilir ve hesap verebilir hizmet anlayışıyla kendine özgü mesleki değer ve etik kurallara sahip olması demektir.

Etik, Yunanca kökenli bir kelime olarak karakter, alışkanlık ve gelenek anlamına gelen 'ethos' sözcüğünden türetilmiştir. Etik; ahlaki davranış, faaliyet ve yargılarımızı konu edinen, doğru ve yanlış davranış teorisi veya ahlak felsefesi olarak ifade edilebilecek bir felsefe dalıdır. Ahlak ise; doğru/yanlış, iyi/kötü, erdem/kusur gibi yargılarla ile davranışlarımızı ve sonuçlarını irdeleyen etiğin hayat bulmuş pratiğidir. Etik; insan eylemlerine ilişkin değerler felsefesi olarak toplumda yaygın olan ahlak kurallarından daha özel ve felsefidir ve sıklıkla insanlar arasındaki ilişkilerde açık uçlu sorulara cevaplar bulmaya çalışır. Meslek etiği ise; bir meslek özelindeki genel ahlaki ilkelerin özelleşmiş hali olup amacı yanlış davranışları ve ahlaki sorunları önlemektir. Mesleğe duyulan ilgi ve meslek gereği görevini yerine getirdikten sonra sağlanan doyum ise, mesleki değer olarak tanımlanır.

Tablo 1. Meslek mensupları için mesleki değer, tutum ve davranışlar.

<i>Meslekle ilgili etik ilke ve yasal sorumlulukları bilmek, benimsemek ve uygulamak</i>	<i>Meslek Birliği ve meslekle ilgili diğer kuruluşlarla iş birliği içinde olmak,</i>
<i>Meslekle ilgili yasal düzenlemelere, kurallara uymak</i>	<i>Mesleği etiği ilkelerine uymada/gözetmede kararlı olabilmek</i>
<i>Mesleki değer ve etik ilkeleri diğer meslek mensupları ve hizmet verdikleri toplum yararına korumak ve güçlendirmek zorunda olduğunun bilincinde olmak</i>	<i>Kendi kişisel değer yargıları ne olursa olsun tüm bireysel ve toplumsal değer yargılarına eşit mesafede durmak suretiyle mesleğini yürütmek</i>



<i>Diğer meslek mensupları ve meslek örgütüyle karşılıklı anlayış çerçevesinde bağlı olduğunu bilmek</i>	<i>Kendini sürekli olarak geliştirmesi gerektiğini bilmek ve kendisini denetleyebilmek</i>
<i>Hizmet verdiği toplumun kültür, inanç ve özerkliğine, mahremiyet ve diğer kişisel haklarına saygı duymak</i>	<i>Zamanı etkili kullanmak, belirsizliklerle mücadele edebilmek ve değişime uyum sağlayabilmek</i>
<i>Diğer meslek mensupları ve yanında çalışanlarla iş birliği yapmak ve saygılı olmak</i>	<i>Kişisel ve mesleki sınırlarının bilincinde olarak gerektiğinde yardım istemek</i>

Tıp etiği; hekimin kendisini seçim yapmaya zorlayan ve ikileme düşüren durumlarda gösterdiği tutum ve davranışlarını belirleyen temel ilkeleri konu edinir. Özellikle hekimin seçim yapmakta zorlandığı durumlar, hakların üstünlüğünü sorgulayan ikilemler tıp etiğinin konusunu oluşturur. Bilim ve teknolojideki gelişmeler yanında, son dönemde yaşanan pandemi ve infodemiler, yazılı ve görsel medyaya ilave olarak sosyal medyanın giderek artan etkisi gibi durumlar; yeni değerler sorunlarını da beraberinde getirmekte, yürürlükteki hekimlik normlarının sorgulanmasını, yenilenmesini gerekli kılmaktadır. Öznesi ve nesnesi insan olan tıpta, hekim-hasta ilişkilerinde ve yönetsel anlamda yaşanacak ikilemlerde yaşanan değer sorunları klinik etiğin konusudur. Hekim, insanı iyileştirmeye yönelik bilgi, beceri ve değerlerle donanmış kişidir. Ülkemizde kabul gören standart tıp eğitimi sayesinde hekimlerin “*Mesleki Uygulamalar, Mesleki Değerler ve Yaklaşımlar ile Mesleki ve Bireysel Gelişim*” alanlarında yetkin olması beklenir. Mesleki uygulamalar alanında hekimin sağlık hizmet sunucusu; mesleki değerler ve yaklaşımlar alanında ise mesleki etik ve profesyonel ilkeleri benimseyen, sağlık savunucusu, lider-yönetici ve iletişimci olarak yetişmesi hedeflenir. Her hekim tıp etiği gereği; hastası ve toplumun sağlığını önceler, en iyi sağlık hizmetini vermeye çalışır, hastasının mahremiyetine ve diğer kişilik haklarını önemser, mesleğini yasal ve etik çerçevede dürüstlükle uygulamayı hedefler. Tıp tarihi boyunca hekimin mesleki bilgisi kadar, davranışları da her zaman önemli ve tartışılır olmuştur.



Tablo 2. Tıp etiği mevzuatı.

<i>Eski Mısır'da yazıldığı kabul edilen Hammurabi Kanunları</i>
<i>Eski Yunan, Çin, Hint ve İslam dönemlerine ait eserlerde etik değerlere ait bilgiler</i>
<i>Hipokrat Yemini</i>
<i>1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi</i>
<i>1998 tarihli TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları</i>
<i>2005 tarihli Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri</i>

Tıp mesleğinde saygı, profesyonellik, dürüstlük ve doğruluk, güvenilirlik, yasallık, yeterlik ve mesleğe bağlılık gibi mesleki değerler yanında; tıp etiğine özgü etik ilkeler olarak mahremiyete ve hasta özerkliğine saygı, yararlılık, kötü davranmama ve öncelikle zarar vermeme, aydınlatılmış rıza, adil ve eşit davranma, sadakat, doğruluk, sözünde durma, gerçeği söyleme, sır saklama gibi ilkelerin olduğu bilinmektedir.

Örgütlerde ahlaki sorunlar ya ahlâki ikilem ya da ahlâki sapma şeklinde görülebilir: Ahlâki ikilem, bir konunun birbiriyle çatışan ancak iki tarafın da haklı doğrularının olduğu durumdur. Etik ikilem ise, iki veya daha fazla yarışan değerlerin çatışma halinde olmasıdır. Eğer birbiriyle yarışan bu değerlerden biri korunursa, diğeri ister istemez korunamayacak veya göz ardı edilecektir. Etiksel sapma ise, toplumun ahlâki değerlerinden farklı kişisel ahlâki değerlere sahip kişilerin bencilce davranarak ahlaki olmayan bir karar alması halidir. Kurumlar en sık ahlâki ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu gibi durumlarda evrensel olarak geçerli olan şu dört tıbbi etik ilkesine uygun davranılmalıdır:

1. Aydınlatma ve kişisel özerkliğe saygı
2. Sır saklama



3. Adil ve eşit davranma

4. Yararlı olma ve zarar vermeme

Karmaşık bir durumda zorda kalındığında etik dışı davranıştan kaçınmak için, aşağıdaki etik testler faydalı olabilir:

- 1. Bu doğru mu?** ‘Sana yapılmasını istemediğini başkasına yapma’ düsturuyla cevaplanmalıdır.
- 2. Bu adil mi?** Benzer durumda olsaydınız, size yapılanın doğru ve adil olduğunu mu düşünürdünüz? Evet diyemiyorsanız kararınızı yeniden gözden geçirin.
- 3. Eğer birisi zarar görecekseniz bu kim olmalıdır?** Bu soru faydacılık ilkesine dayanır. Kim kazanmayı hak ediyor bunun devamında sorulması gereken sorudur.
- 4. Eğer verdiğiniz karar gazetelerde veya sosyal medyada duyulsaydı rahat hissediyor muydunuz?** Cevap hayırsa, arkasından niçin diye sormak gerekir.
- 5. Aileniz, çocuklarınız veya akrabalarınıza bunu söyler miydiniz?** Yani yakın çevreniz duyarsa, rahatsız olacaksanız kararınızı yeniden değerlendirmelisiniz.
- 6. Olay nasıl kokuyor?** Bu kararın sonucuyla ilgili sezgileri test eder. Duyarlı kişiler kötü koku gelebilecek kararları hisseder.

Pandemide Hekim Sorumluluğu ve Hakları: Sağlık Hizmeti Yükümlülüğünde Sınır

Hastayla sorumlu olan hekim arasında var olan vekâlet veya tedavi sözleşmesi, hekime de bazı borç ve yükümlülükler yükler. Ancak bazı bulaşıcı hastalıkların yönetimi sırasında hekimin özen yükümlülüğü ile



kişisel ifa ve edim yükümlülüğü, sağlık hizmeti sunumunda yaşanan ikilemlere yol açabilir. Hukuken de ahlâken de hiçbir hekim, doğru gibi gördüğü şeyi yapmak adına, yasaları bilmezden gelmek veya var olan yöntemleri geçersiz sayma yetkisine sahip değildir. Bu durumda hekim doğru olduğuna inandığı seçimini, bilgiye dayanan verilerle ortaya koymalıdır. Hasta ve hekim hukuku kapsamında bağlı olduğu sorumluluklar sebebiyle, tedaviyi reddeden veya reddetmek isteyen hekim; hastasına sağlık hizmeti sunumunu üstlenmediği, gerekli özeni göstermediği, kişisel edimin yerine getirmediği, hastasını terk ettiği, görevi ihmal ettiği vb. pek çok gerekçeyle idari, hukuki ve cezâi yaptırımlarla karşı karşıya kalabilir. Zira mevzuatımız, hiçbir hekime tedaviden çekilme hakkını vermemektedir.

Kamuda çalışan hekimlerde durum daha da sıkıntılıdır. Kamuda çalışan hekimler kamu çalışanı olmaları sebebiyle her halükârda hastaya bakmakla yükümlüdür. Ancak hekimin veya diğer sağlık personelinin sağlığını tehdit eden durumlarda (COVID-19, SARS, MERS-CoV, KKKA vb.) kendisinin ve ailesinin sağlığını korumakla yükümlü ve endişeli iken yaşadıkları bu ikilem durumunun yeniden gözden geçirilmesi gereklidir. Kamuda çalışan hekimler hem daha zor ortamlarda hem de daha düşük ücretler karşılığında ve yüzlerce hasta bakarak çalışmaktadır. Fiziksel şiddete maruz kalsa bile, ancak aynı kurumda aynı standartta tıbbi müdahaleyi garanti etme şartı ve yönetimin izniyle, şiddet gördüğü hastaya bakmaması mümkün olabilir. Bu durum, hiçbir etik ve ahlak ilkesiyle bağdaşmamaktadır. Zira çalışan güvenliği yönetmeliği, sağlık çalışanlarının da sağlık ve güvenliğini temine yöneliktir.

Hekimin insan olarak hastanın yaşam hakkını gözettiği bir ödev sorumluluğuyla; etkeni, bulaş yolu bilinmeyen ve tedavisi de mümkün olmayan bazı bulaşıcı hastalıklarla mücadelesinde eş, ebeveyn, arkadaş veya meslektaş olarak üstlendiği sorumlulukların çatışması halinde nasıl davranmasını beklemeliyiz? Ya da hekimin böyle bir



ikilem yaşarken aldığı kararı doğru/yanlış olarak sorgulamalı mıyız? Sorgularken hukuki-cezâi-idari sorumluluk cephesinden mi yoksa etik ikilem cephesinden mi değerlendirmeliyiz? Görevini aksatan mı yoksa kendini veya ailesini koruyan bir birey olarak mı görmeliyiz? COVID-19 salgınında çalışan bir yoğun bakım hekimi olarak, bulaş yolu ve tedavisi bilinmeyen, çok bulaşıcı bir salgın halinde hastaya bakma yükümlülüğünü reddettiğinizde hastayla empati yaparak ne hissedebildiğimize cevabımız, nasıl davranacağımızı belirleyecektir. 2003 yılında yaşanan SARS salgını sırasında hastasına bakarken virüsün bulaştığı Dr. Carlo Urbani ve hayatını riske eden diğer sağlık çalışanları, sağlıkları için endişe etseler de reddetme ihtimalini vicdanlarında kendilerine kabul ettiremediklerinden; hastalarına bakmaya devam ettiler ancak, hayatlarından oldular. Bu durumda kimin hayatı daha kıymetli? Zira Dr. Carlo Urbani çok bulaşıcı ve ölümcül olan bu SARS-CoV ile enfekte olduğunda, hemen kendini izole ederek diğer sağlık çalışanı arkadaşlarının (muhtemelen onları riske etmemek adına) kendisine müdahalesini kabul etmemiştir. Bu örnek olayda sorumluluk hisseden hekim hastaya sağlık hizmetinin sunumunu reddettiğinde, salgının kontrol edilemeyeceğini ve çok daha fazla insan hayatının riske gireceğini bilmektedir. Bu durumda hekim, kendini riske edebileceğine inanarak devam etmiştir. Burada tartışılması gereken, bu kararı hekimin kendisinin verebilmesidir. Hastane yönetimi, meslek örgütü, toplum veya hukuk düzeni; hekimi bu konuda zorlayıcı olmamalıdır.

Ebola salgınının yaşandığı 1995 yılında, Kongo'da salgının çok bulaşıcı ve öldürücü özellikleri olması sebebiyle terkedilmiş bir hastanede, 30 kadar hastanın kötü şartlarda tek başlarına kaldığı, kimisinin ölmüş, kiminin ağır kanamalı olduğu ve tıbbi malzeme ve diğer ihtiyaçların da olmadığı bir ortamda tek başına olan sağlıkçının yaşadığı etik ikilem, literatürde tartışılır olmuştur. Böyle bir durumdaki hekimden nasıl davranmasını beklemeliyiz? Hekim, sağlık hizmeti sunma ödevi gerekçesiyle kendini riske atarak hastaların acılarını mı dindirmeli



yoksa, kendi sağlığını riske etmemek için hastaları ölüme mi terk etmelidir? Tedavinin ve koruyucu bir önlemin bulunmadığı bir hastalık halinde doktorun tedavi yükümlülüğü devam eder mi? Burada hekim hangi kararının daha doğru olduğuna nasıl karar verecektir? Buna benzer bir durumda, hastanın da hekime karşı bir sorumluluğı yok mudur? Bir yerde hastanın kendisi için geri dönüşün mümkün olmadığı bir noktada, hekimin kendisini ve yakınlarını tehlikeye atmaması için 'artık yeter, buraya kadar!' diyeceğı bir sınır var mıdır? Böyle davranmak hastanın ahlaki sorumluluğı değil midir? Hekim yalnızca ve hasta geri dönülemez bir noktaya ilerliyorsa veya hasta ölmek üzere değil ancak, çok bulaşıcı ve tedavisiz bir hastalıkta karşı karşıya iken hekimin ihtiyacı olan koruyucu ekipman da yetersizse hasta terkedilebilecektir. Burada üstün yarar, hekimin hayatı olmalıdır.

Ölüm ihtimali çok yüksek olan bir hasta için, maddi kaynakların eşit ve âdil dağıtımı ilkesinde olduğu gibi, hekim gibi kıymetli insan gücünün de riske edilmesi halinde kâr/zarar veya daha çok yarar hesabı yapıp yapılamayacağı irdelenmelidir. Aynı durumda hekim olarak siz hasta olsaydınız, size yapılanın (tedavi reddi gibi) âdil olduğunu mu düşünürdünüz? Evet diyemiyorsanız kararınızı yeniden gözden geçirmeniz gerekir. Bu durumda da hekim adâletle davranmak yükümlülüğüyle kendini feda edebilir. Daha büyük amaçlar uğruna risk almak gerekir diyebilir. Veyahut tam tersine, bile bile hayatımı riske etmem ne kadar âdil diye sorabilir? Bu durumda, kendi kararının sorumluluğına yakınlarının sorumluluğı ve kaybetme endişelerinin etkisi de eklenirse, hekimin hastaya hizmet sunmayı reddetme ihtimalinin artacağı düşünülebilir. Genellikle sağlık çalışanlarının bu tür ikilem durumlarında fedâkâr yönünün ağır basacağı bir yaklaşımla hastaya bakması daha olasıdır. Nitekim gerek SARS salgını sırasında gerekse COVID-19 pandemisinde bazı sağlık personeli tarafından sağlık hizmeti sunumunun reddedilmesi ihtimali yüksek sesle seslendiriliyorken, pek çok sağlıkçı da zorluklara rağmen kahramanca hastalara bakmaya devam etmişlerdir.



Pandemide Etik İlkeler ve Etik Sorunlar

Salgınlar sırasındaki sağlık çalışanlarının ekseriyetinin, sağlık hizmeti sunumu ödevi mi kendi hakları mı konusunda, dünyanın neresinde olursa olsunlar ödevlerini önceledikleri bilinen bir gerçektir. Sosyal etik açısından da bu tür dönemlerde hastanın yararlanması prensibinin, toplumun yararlanması prensibine doğru genişletildiği görülür. Sağlık hizmetine ulaşımında herkesin eşit hakka ve şansa sahip olması temel alınsa da tıbbın bir diğer ilkesi olan adâlet ve hakkâniyetli yaklaşım ilkesi, yararcılık ölçütleriyle çatışabilir. Ancak tıbbi uygulamada adâlet, herkese eşit değil bazı hastalara öncelik vermek, farklı ihtiyaçları olana farklı tedaviler ve yaklaşımlar sunmayı içerir. Salgın gibi durumlarda uygulamada adâlet ilkesi gereği kaynakların ve fayda sağlayacak insan gücünün sağlık hizmeti bekleyenlere nasıl dağıtılacağı konusunda da etik ikilemler yaşanabilir.

Pandemi sürecinde hizmet verilen toplumun tıbbi, insani, ekonomik, sosyal, kültürel, sivil ve siyasi tüm haklarının korunması önemli olduğundan aşağıdaki etik ilkeler çerçevesinde hareket edilmelidir;

1. Toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmeti ve tıbbi yardımın kesintisiz verilmesi,
2. Pandemi süresince toplumu doğru şekilde bilgilendirme,
3. İnsanlık onuruna ve kişiliğine saygılı tıbbi hizmet,
4. Özerkliğe saygı,
5. En çok örselenebilir veya savunmasız grupların öncelenmesi
6. Korunma önlemlerinin sağlanması,
7. Sosyal bağları koruma ve onarmaya yönelik tedbirlerin alınması.



Pandemide yaşanan etik sorunlar ise;

1. Sınırlı tıbbi kaynakların âdil dağıtımı,
2. Triyaj,
 - a. Tedavi edilmese dahi iyileşecek olanlar,
 - b. Tedaviye rağmen ölecek ağır hastalar,
 - c. Yerinde tedavinin yaşamla ölüm sınırında fark oluşturacağı kişiler
3. Kişisel öz hastalıklar,
4. Tıbbi yarar,
5. Önceliklendirme kararlarında doğrudan ve dolaylı ayrımcılık,
6. Temel hizmetleri sürdürmek,
7. Sağlık çalışanları için risk yönetimi,
8. Âdil süreç yönetimi ve sorumlulukla ilgili sorunlar şeklinde sıralanabilir.

Jameton'a göre ahlâki sıkıntı; *“Halk sağlığı ile ilgili acil durumlar, hasta bakımı ve sağlık çalışanlarının güvenliğini etkileyen durumlarda bir profesyonelin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirmesinin neredeyse imkansız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntıdır”* Hamric ise bu durumu *“Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülükler göre hareket edememe veya eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olması nedeni ile ortaya çıkan sıkıntı”* şeklinde târif eder. Ahlâki sıkıntının ortaya çıkmasına sebep olan dışsal, klinik ve bireysel faktörler söz konusudur. **Dışsal faktörler**, politik, idari ve kurumsal durumlardır: Ekip üyeleri arasındaki iletişimsizlik, iş birliği eksikliği, farklı etik bakış açılarının varlığı, kurumların sağlık



politikaları arasındaki tutarsızlık, ekonomik kaygı ve kurum gereksinimlerinin öncelenmesi, sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlikle artan iş yükü, hiyerarşik problemler vb. Ahlâki sıkıntının ortaya çıkmasına sebep olan **klınik faktörler** sağlık hizmeti verilen birimlerin yapısıyla ilişkilidir. Yoğun bakım veya palyatif bakım üniteleri, organ nakil veya onkoloji servisi gibi özellikli birim çalışanları daha sık ahlâki sıkıntı yaşar. Ekonomik kaygılarla hastaya faydasız ama yoğun bir tedaviyle bakım-ölüm sürecinin uzatılması, hastaların yeterince aydınlatılmaması, otonomisini göz ardı edilmesi, tedavi konusunda fikir birliğinin olmaması, çalışanların yetkin olmayışı, hizmette sürekliliğin sağlanamaması vb. Ahlâki sıkıntının ortaya çıkmasına sebep olan **bireysel faktörler ise** sağlık çalışanının rolüne dair farkındalığı, etik sorunları bilmeme, ahlâki ve etik duyarlılık derecesi, kendini değersiz hissetme ve motivasyon eksikliğidir.

Belçikalı 222 hemşire üzerinde yapılmış bir çalışmada, ahlâki sıkıntı sebepleri faydasız tedaviler, uygunsuz yaşam desteği ve ekip içi iletişim bozuklukları olduğu; çalışanlarda tükenmişlik ve işten ayrılma gibi sorunlar görüldüğü gösterilmiştir. Farklı çalışmalarda hastayı savunamama, ekip içi uyumsuzluk veya kaynakların yetmemesi halinde, mesleki acemilik ve tecrübe eksikliği, yetersiz iletişim varlığında ya da hasta yatış süresinin uzadığı, hasta haklarının korunmadığı ve hastaları dinlemeye yeterince zaman ayrılmadığı hallerde ahlâki sıkıntılarının gözlemlendiği vurgulanmıştır.

COVID-19 Pandemisinde Yaşanan Ahlâki Sıkıntılar

Pandemi dönemlerinde sağlık sektöründe esas amaç çok sayıda hastaya, maksimum düzeyde faydanın sağlanmasıdır. Pandemiden etkilenmiş hastalar hızlıca tedaviye erişme konusunda eşit ve âdil imkana sahip olmalıdır. Fakat zaten sınırlı olan kaynakların âdil dağıtımı gerektiğinde triyaj yapılması, hangi hastanın yoğun bakım ünitesinde ventilatör destekli kritik bakım alacağı konusunda karar vermek zorlaşabilir.



COVID-19 pandemisi gibi genel halk sağlığını tehdit eden salgınlarda çatışan eylem planları, etik ve ahlaki karar almayı zorlaştırabilir. Sınırlı kaynakların adil dağıtılması sırasında sağlık profesyonellerinin kararı gözetilmeden farklı mercilerce alınan kararların dikte edilmesi ahlaki çatışmaya yol açabilir. Literatürde yer alan pek çok çalışmada ahlaki sıkıntının sağlık hizmeti veren kurum ve sağlık çalışanlarıyla bakım alan bireyleri olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Tablo 3. COVID-19 pandemisinde ahlâki sıkıntılar.

<i>COVID-19 şüphesi olan hastaların tedavi ve bakım süreci en doğru nasıl yönetilmelidir?</i>
<i>YBÜ yatakları ihtiyacı karşılayamadığında, sınırlı kaynakların adil kullanımı sağlanabiliyor mu?</i>
<i>Pandemi sırasında hemşirelerin rolü ve fonksiyonu nedir?</i>
<i>Hemşirelerin pandemiye yönetebilme beceri düzeyleri yeterli midir?</i>
<i>COVID-19 hastalarına bakım veren sağlıkçıların kendileri ve ailelerinin sağlığını riske atmayacak şekilde ne tür sorumlulukları vardır?</i>
<i>Sağlık çalışanları için kişisel koruyucu ekipmanlar yeterli midir?</i>
<i>Pandemi sürecinde vakaların çok arttığı dönemlerde hastalar için yeterli yatak veya solunum cihazı olacak mıdır?</i>
<i>Sahada çalışan aktif hemşire ve hekim sayısı süreci yönetmede yeterli olacak mı?</i>

Tablo 4. COVID-19 pandemisinde ahlâki sıkıntıların sonuçları.

<i>Çalışma ortamında var olan ahlâki sıkıntı memnuniyetsizliğe, sağlık profesyonellerinde fiziksel ve duygusal strese neden olmuştur</i>
<i>Çalışma ortamında var olan ahlâki sıkıntı, sağlık bakım hizmetlerinin nitelik, nicelik ve maliyet bakımından etkilemiştir</i>
<i>Psiko-sosyal stres, tükenmişlik, depresyon gibi sebeplerle, hastadan uzaklaşma ve bakım hataları, motivasyon kaybıyla sonuçlanmıştır</i>



<i>Personelin iş doyumu azalmış, tükenmişlik ve işten ayrılma düşüncesine neden olmuştur</i>
<i>Sağlıklılarda tükenmişlik, üzüntü, öfke, depresyon ve çaresizlik hissi gelişmiş ve bu durum çalışan motivasyonunu azaltmıştır</i>
<i>Sağlıklılarda gelişen tükenmişlik sendromu kaynaklı hasta bakım kalitesindeki düşme, hastaya ve kuruma zarar vermiştir</i>
<i>Kurumlarda ahlâki sıkıntının önlenememesi iş stresi ve sürekli personel değişimine yol açarak sağlık bakımını kötü yönde etkilemiştir</i>
<i>Sık personel değişimi sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemiş, kurum itibarı ve güvenilirliği zarar görmüştür</i>

COVID-19 pandemisinde ahlâki sıkıntı yaşayan bir sağlık profesyoneli ne hisseder?

1. Doğru karar verip doğru olanı yapamayacak gibi mi hissediyorsun?
2. Mesleki değerlerinin önemsenmediği veya zayıflatıldığını düşünüyor musun?
3. Görevini ve yapman gerekenleri yapmadığını veya doğru olanı yapman gerektiğinde engellendiğini düşünüyor musun?
4. Etik veya ahlaki sıkıntı oluşturan komplike problemlerin olduğunu ve nasıl çözeceğini bildiğinden emin değil misin?

Ahlâki sıkıntı yaşayan bir sağlık profesyoneli bu durumu çözümleyebilmek için ne yapmalıdır?

1. Kendini tanımalı, ahlaki sıkıntıya sebep olan olayı ve bundan nasıl etkilendiğini tanımlamalı
2. Meslektaşlar, yöneticiler veya destek olabilecek çeşitli kaynaklardan destek istemeli
3. Ahlâki sıkıntıya yol açabilecek bir durumda problemi çözmek için bir etik uzmanına danışmalı



4. *Ekip toplantılarında yaşadığı sıkıntı, suçluluk ve adaletsizlik hissini paylaşmalı*
5. *Mesleki bilgi ve becerisini geliştirmeli ve etik konularda donanımını arttırmalı*

Ölümcül ve çok bulaşıcı bir salgın sırasında “kendini feda edebilen/ ön cephede savaşan/ kurtarıcı” rolüne sahip sağlık çalışanları için bu durum, salgının ağır duygusal yüküyle baş etmede olumlu destek sağlayan önemli bir değer ihtiva eder. Kaybedilen hastalarla bozulan psiko-mental sağlığın, iyileşebilen zorlu hastalar ve iyileşmesine yardım edilen hastalarla dengelenmesi, sağlık çalışanları için koruyucu ve motive edici bir unsur haline gelebilir. Dünyanın farklı bölgelerinden bildirilen bazı çalışmalarda bilhassa kadınların erkeklere, hemşirelerin doktorlara ve ön cephede bulunanların geri planda hizmet veren sağlıkçılara göre daha kötü etkilendiği bildirilmiştir. Ancak Çin’de COVID-19 çalışanlarıyla yapılmış olan bir diğer çalışmada ise; ön ve arka cephelerde çalışanlarla genel toplumun salgından etkilenme durumu irdelenmiş, travmatizasyon düzeyinin dikkat çekici biçimde, “ön cephedekilerde” diğerlerine kıyasla daha düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir.

Salgınlarda yoğun çalışan farklı ülkelerden pek çok sağlık çalışanını gelecek muhtemel salgınlarda motive edecek faktörlerin; kişisel koruyucu ekipmanla güvenliğin sağlanması, salgın ve olabilecek sonuçları konusunda tatmin edici düzeyde bilgilendirmenin ve yeterli tazminat desteğinin sağlanması olduğu bildirilmiştir. Salgında görev yapan sağlık çalışanlarının tüm dünyada hastalar ve kendi sağlıkları arasında tercih gibi etik ikilem durumlarında fedâkâr yönlerinin ağır basarak tercihlerini hastadan yana koydukları, bedensel ve psiko-sosyal sağlıklarını tehlikeye atmak pahasına ve tüm zorluklara rağmen kahramanca hastalara bakmaya devam ettikleri aşıkardır. Bu yüzden salgınla etkili mücadelede stigmatizasyonu yaygınlaştıran hatalı toplumsal uygulamaların önlenmesi ve öncelikle desteklenerek güçlendirilmesi gereken grup, sahadaki aktif sağlık çalışanlarıdır.



Sonuç

Tarih boyunca yaşanan salgın dahil tüm afet ve savaşlarda olduğu gibi, COVID-19 pandemisinde de sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları mücadelenin en ön ve tehlikeli safında yer almışlardır. Gerek sağlık sistemini gerekse çalışanlarını zorlayan bu süreçte sadece bilgi, beceri ve deneyimleri ile değil cesaret ve fedakarlıklarıyla da sağlık sistemine yön veren sağlıkçılar, pandemi ile mücadele sırasında maalesef pek çok etik sorunla karşılaşmış ve ahlâki sıkıntı yaşamışlardır. Yaşanan ahlâki sıkıntılar da sürdürülen sağlık hizmetini direkt ya da dolaylı yoldan etkilemek suretiyle tıbbi tedavi ve bakım sürecini olumsuz anlamda etkilemiş etik problemlerdir.

Sağlık profesyonellerinin yaşadığı ahlâki sıkıntının en önemli kaynağını tıbbi ekip üyeleri arasındaki iletişimsizlik, sağlıkçıların farklı etik bakış açıları ve iş birliği eksikliği, personel yetersizliğine bağlı artan iş yükü, sınırlı kaynakların adil kullanımı, idari destek eksikliği, kurumlar ve sağlık politikaları arasında tutarsızlık ve uyumsuzluklar gibi kurumsal faktörler oluşturur. Sağlık çalışanları, yaşadıkları ahlâki sıkıntıyla baş edebilmek ve sebepleri ortadan kaldırmak için bu ahlâki sıkıntı belirtileri ve istenmeyen sonuçları önleyecek stratejileri öğrenmelidirler.

Salgın yönetiminde enfeksiyon kontrol önlemlerinin yerinde uygulanması, optimum kişisel koruyucu ekipmanın temini, aşırı iş ve nöbet yükünün azaltılarak ön cephede çalışanların çalışma saatlerinin makul sürelerle düşürülmesi, işyerlerinde stres kaynağı olabilecek sebeplerin azaltılması, empati yeteneği güçlü idari kadrolardan oluşan hastane yönetimi desteğiyle çalışan motivasyonunun artırılması, etkili iletişim, terfi ve ödüllendirme ve görev dağılımında adil şartların oluşturulması, çalışanların görüşlerinin yönetim kararlarında yer alması gibi pek çok uygulamayla COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik tablosunun etkisi azaltılabilecektir.



Kaynaklar

1. Tuncay FE, Koyuncu E, Özel Ş. Pandemilerde sağlık çalışanlarının psikososyal sağlığını etkileyen koruyucu ve risk faktörlerine ilişkin bir derleme. Ankara Med J 2020; 2: 488-501. doi: 10.5505/amj.2020.02418
2. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3): e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
3. Pala SÇ, Metintaş S. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2020; 5: 156-68 (COVID-19 Özel Sayısı). doi: 10.35232/estudamhsd.789806
4. Fırat M, Kanbay Y, Utkan M et al. COVID-19 pandemisinde hizmet veren sağlık çalışanlarının psikososyal zorlanmaları: Türkiye'den nitel bir çalışma. Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences 2020; 6:74-80. doi: http://dx.doi.org/10.46648/gnj.240.
5. Yüncü V, Yılan Y. COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: bir durum analizi. İğd Üniv Sos Bil Der Ek Sayı Ekim 2020. Araştırma Makalesi: 373-401.
6. Brooks S, Webster RS, Woodland L, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395:10227. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
7. Misra A. Doctors and healthcare workers at frontline of COVID 19 epidemic: Admiration, a pat on the back, and need for extreme caution. Diabetes & Metabolic Syndrome 2020; 14: 255-256. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.03.006
8. Rossi R, Socci V, Pacitti F, et al. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the Coronavi-



- rus Disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. JAMA Netw Open 2020; 3: e2010185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
9. Başpınar NÖ, Çakıroğlu D, Meslek Etiği. Nobel Yayınevi, Ankara, 3. Basım 2014.
 10. Hayran O, Sağlık hizmetlerinde yeni meslekler, profesyonelleşme ve profesyonelizm, SD Dergisi 2018; 47:84-90.
 11. Aydın İ, Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik, Pegem Akademi, 2014, s.4.
 12. Çobanoğlu N, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Eflatun Yayınevi, 2009.
 13. https://www.blksmmmo.org.tr/dersnotlari/depo/haberresim/20190301_90348452332.ppt
 14. https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf
 15. Terakye G, Ocakçı AF, Etik Konulardan Seçmeler, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
 16. Hakeri H, Tıp Hukuku El Kitabı, Seçkin Yayıncılık, 2013.
 17. Reiley B et al, 'Doctors Without Borders'. SARS and Dr. Carlo Urbani, N Engl J Med 2003; 348: 1951-2.
 6. Sokol D, Virulent epidemics and scope of healthcare workers' duty of care. Emerging Infect Dis 2006; 12: 1238-41.
 7. Sibbald B, Right to refuse work becomes another SARS issue. CMAJ 2003; 169: 141.
 8. Büken NÖ. COVID-19 pandemisi ve etik konular Sağlık ve Toplum Özel Sayı Temmuz 2020; 15-26.



9. Korkmaz E, Korkut S. COVID-19 pandemisi ve ahlâki sıkıntı. Türkiye Biyoetik Dergisi 2021; 8: 3-10.
10. Li Z, Ge J, Yang M, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain, Behavior, and Immunity 2020. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.007.



COVID-19 AŞILAMASINDA HAKKANİYETSİZLİKLER ÜZERİNE

Prof. Dr. Haydar Sur

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı
Üsküdar Üniversitesi Sağlık Yönetimi AD Başkanı

Yirmibirinci Yüzyılda sağlık yönetiminin önceliklerine ve olmazsa olmazlarına bakıldığında, üstünde en çok durulan konunun hakkaniyetsizliklerin giderilmesi sorunu olduğu görölmektedir. Genç iken yalnızca kazalar, bağımlılıklar, intiharlar ve bulaşıcı hastalıklarla sınırlı olan hakkaniyetsizlik durumları toplumlar yaşlandıkça kronik hastalıkların hem risk faktörleri hem de bu hastalıkların teşhis ve tedavisinde (belki de tedavi demek yanlıştır çünkü bu hastalıkların tedavisi yoktur, kronik hastalıkların yönetiminde demeliyiz) kendini göstermektedir.

Sağlıkta hakkaniyet konularına eğilenlerin çoğunun düştüğü bir yanılgı vardır. Onların aslında inceleyip yazdıkları konu sağlık hizmetlerinin kullanımında hakkaniyettir. Burada bile kişinin hastalığı esnasında nasıl hizmete erişebildiği, hizmeti kullanabildiği ve hizmetten yarar sağlayabildiğinin ayrıntılarına girilememekte ve sadece doktor muayenesine erişim ile limitli bir pencereden konuya bakılmaktadır.



Hâlbuki bizim amacımız öncelikle sağlıkta hakkaniyetin sağlanması olmalıdır. Bu ifadeyi amacın merkezine koyduğunuz zaman kişilerin hastalanmaması için yapılanların uzunca bir listesi gözümüzün önüne gelir. Kendi beden ve ruh sağlıklarının farkındalığı, sağlık okur-yazarlığı edinilmesi, yaşam standartları ve sağlık risklerine maruz kalma durumları gibi sağlıkçıların çözebileceklerinin çok ötesine uzanmak gerekmektedir. Bunları yapmaktan çok uzak bir noktada olduğumuzu belirtmeye gerek var mıdır?

Hakkaniyetin tanımı için; “Sosyal, ekonomik, demografik ve/veya coğrafi olarak tanımlanmış insan grupları arasında önlenabilir veya düzeltilabilir farklılıkların olmamasıdır” diyebiliriz. Bu tanım herkesin olabildiğince sağlıklı olma şansına sahip olmasını sağlamak anlamına gelir. Büyük halk sağlığı ustası Margeret Whitehead, sağlıkta hakkaniyetsizliği “*Sağlıkta gereksiz, önlenabilir, adaletsiz ve vicdansız farklılıklardır*” diye tanımlamıştır. Sağlıkta hakkaniyet için çalışmak ise, bu faktörleri düzeltmenin veya bunlara meydan okumanın bir yoludur.

5 Ekim 2021 itibarıyla COVID-19 hastalığına karşı aşılama durumuna bakıldığında dünya nüfusunun % 46’sının bir doz aşı yaptırdığını, doz hesabından gidersek bunun 6,39 milyar doz aşıya karşılık geldiğini, o günlerde ortalama günde 23,6 milyon doz aşının uygulandığını söylemek gerekir. Ülkelere göre farklılıklara bakıldığında Birleşik Arap Emirlikleri’nde % 99 aşılama yapılmışken, bu oran Tanzanya’da binde 0,9; Etiyopya ve Nijerya’da da % 2,5’ler düzeyindedir.

Dünya genelinde bu derecede aşıya erişim hakkaniyetsizliği yaşanırken bir yandan da başka hakkaniyetsizlikler dikkatleri çekmiştir:

- Bütün dünyada ülkelerin toplumsal alt gruplarına göre COVID-19 salgınından etkilenme dereceleri ve hizmetlerden yararlanma düzeyi farklılık gösterdi.



- Tam gösterilemeyen ama onyıllardır/yüzyıllardır süregelen eşitsizliklerin sonucunda oluşan hakkaniyetsizlik, bazı insanların hizmetlere erişiminde ve önleyici mekanizmaları kullanabilmesinde büyük bir engel halinde karşımıza çıktı.
- Aşıya erişim en çetin sorunlardan birisi oldu (halen de vicdana sığmayacak düzeydedir).
- Aşıya fiziksel olarak erişse bile, akli bulandırılarak aşığı kullanamamış olanlara yapılan adaletsizlik de ayrı bir hakkaniyetsizlik doğurmuş oldu.
- Birçok ülkede aşı temin edilemedi.
- Aşı temin edebilen ülkeler bile yeterli miktarda aşı sağlayamadı.
- Peyderpey aşı elde edebilen ülkelerin bazılarında kimlerin (hangi özelliği taşıyan grupların) aşıda önceliği olduğu da net olarak ortaya konulamadı, aşılar kapanın elinde kaldı.

Uluslararası örgütlerin, küresel çaplı firmaların ve devletlerin bunda vebali büyüktür. Aslında yetkililerin ve bilim insanlarının da vebali vardır. Bilimsel toplantılarda yapmaları gereken ve sağlıklı olmayanların anlamasının çok zor olduğu birçok çetrefil bilimsel tartışmayı herkesin gözü önünde yapmaya kalktılar. Herkes ne yaman bir bilim insanı olduğunu kanıtladı. Ama insanların kafası karıştı ve bilim insanlarına çok da güvenmeyen önemli oranda kitle oluştu (Örneğin bu kitle Türkiye’de % 30'lara yaklaşmıştır). Sosyal medyada bilimsel kanıt aleyhtarlarının ekmeğine yağ sürülmüş oldu.

Aşı endüstrisinin konuyu paraya çevirmeye gereğinden fazla önem vermesi de ayrı bir vicdansız tutumdur, ama onlar nihayetinde bu işe yatırım yapmış endüstriyel kuruluşlardır. Dünyanın en zengin 30 ülkesi, hadi 50 diyelim, bütün dünyanın aşılara sponsor olabilecek ve fazla zorlanmadan bütçe sağlayacak güçteyken buna



hiç yanaşılmamış olması çok ama çok üzücüdür. Burada firmalara değil devletlere kızılması gerekir. Bir fon oluşturup bütün ülkelere aşı dağıtımını desteklemediler.

Ülkemizde aşı hakkaniyetsizliği denilebilecek bir skandalın yaşanmadığı görülmektedir. Bir ara aşı temininde büyük sıkıntılar yaşansa bile, sonradan kilidi çözmeyi başarmış olduk. Aşı sıkıntısı çekilen günlerde eldeki kıt aşılar hangi grupların öncelikle erişeceği çok güzel planlandı ve burada içimizi burkacak bir kayırmacılığa şahit olmadık. Yaklaşık 30 ayrı çalışma grubu aşı geliştirmek için kolları sıvadı. Bir tane aşı kullanıma sokuldu, birkaç tane daha aday aşımız var. Burada sadece bu hastalığa aşı geliştirmekten daha büyük başarı, onyıllar sonra yeniden eski tarihi başarımıza yakışacak bir özenle aşı konusuna eğilen endüstri kurmamız olmuştur.

Bunun yanında, aşı karşıtlarına, aşı hakkında kafa karışıklığı yaşayanlara yeterince güven verememiş olmamız bizim eksikliklerimiz arasında yer almaktadır. Genel bir kitlesel destek dışında sosyodemografik gruplara ve aşuya karşı tutumu farklı farklı olan gruplara spesifik çözümler üretemedik ve bu da iletişim eksikliği hanemize yazılmış oldu.

Bundan sonraki çalışmalarımızda, politika ve stratejilerimizde yine aynı yanlışlara düşersek bu sefer, biz de hakkaniyetsizliğe yol açmış sayılacağız. Nihayetinde hizmetlerde etkililik ve hakkaniyet arasında güçlü bağların olduğu unutulmamalıdır.

Sonsöz

Bir şeyi önceden yaptığımız gibi yaparsanız, yine aynı sonucu alırsınız.

Marc Roberts



COVID-19 KÜRESEL SALGINIYLA MÜCADELEDE İNFODEMİNİN YÖNETİLMESİ

Prof. Dr. Zeliha Koçak Tufan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD
Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilim Kurulu Üyesi

Küresel salgın olarak adlandırılan “pandemi”yi açıklamaya çalışırken “infodemi” terminolojisi hayatımıza girdi. Pandemi ve epidemi ile endemik düzey kavramları enfeksiyon hastalıklarının epidemiyolojisinde kullandığımız salgının başlangıcı, seyri, görülme sıklığı ve etkilediği alanları da açıklamamıza yardım eden kavramlar iken, infodemi aslında tam bir kargaşayı ifade ediyordu. Yalan ve gerçek dışı haberler, virüsün kendisinden bile hızlı yayılıyordu. Basın, sosyal medya hatta akademik yayınlar bile infodeminin parçası olabildiler.

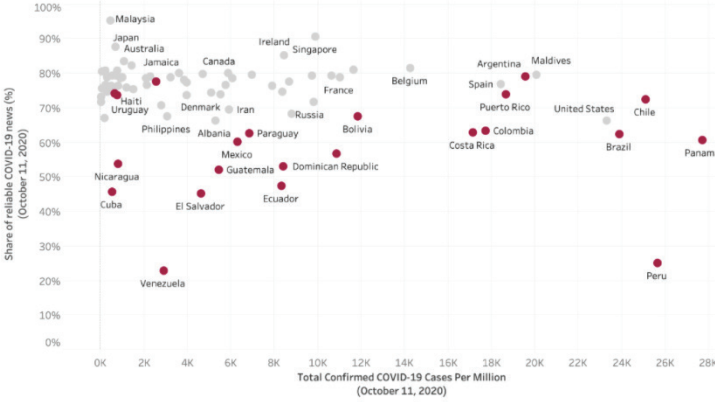
Salgının öncesinde enfeksiyon, virüs, bakteri, epidemi, pandemi gibi terminolojilerle nadiren yolu kesişen bireyler salgınla birlikte yoğun bilgi bombardımanına maruz kaldı. Toplumun her kesimi artık bu kavramları yerli/yersiz kullanıyordu. Bireyler dünyayı ve günlük yaşamı sarsan salgınla birlikte olanları anlamaya, yorumlamaya ve dolayısıyla her türlü bilgiyi öğrenmeye çalıştı. Özellikle sosyal medya aracılığıyla kendisine iletilen en ufak bir bilgi kırıntısını bile



gerçekliğini araştırmaksızın yakınlarıyla, takipçileriyle paylaşanlar vardı artık. Hatta farklı alandan akademisyenler, sağlık meslek mensupları da zaman zaman bu kargaşaya dahil oldu. Güvenilir kaynaklar sorgulanırken, kargaşayı ve endişeyi tetikleyen bazı haberler sorgulanmaksızın gerçek gibi yayıldı (Grafik 1).

While LAC countries are among the hardest hit by the COVID-19 pandemic, they are also among the hardest hit by the COVID-19 "infodemic."

Share of reliable news refers to the fraction of URLs present in COVID-19 related tweets pointing to trustworthy sources (e.g. mainstream media, recognized scientific institutions and magazines) rather than untrustworthy sources (e.g. fake news/hoax, satire, clickbait, etc).



GRAPH
THOUGHT

Source: Data on news reliability from the Covid19 Infodemics Observatory (<https://covid19infodemics.org/>) by the Bruno Kessler Foundation's Complex Multilayered Networks (CoMNet) Lab in collaboration with the Harvard's Berkman Center for Internet & Society and ISIM University of Milan. The indicator presented here is the "native reliability" indicator (news reliability calculated with respect to messages in the country's native language) from the "Top Countries Infodemic Summary" statistics as of October 11, 2020. Data on COVID-19 cases from Our World in Data as of October 11, 2020.

Grafik 1. Bazı ülkelerdeki vaka sayısına karşın COVID-19 haberlerinin güvenilir kaynaklardan paylaşılma sıklığı (Alıntı: Lopez-Calva, UNDP)

Latin Amerika ve Karayipleri kapsayan bir çalışmada sosyal medyada çıkan haberlerin sadece %59'unda güvenilir bilgiye rastlanmıştır. Arjantin ve Jamaika'da bu oran %80'lere çıkarken, Venezuela ve Peru'da güvenilir tweetlerdeki güvenilir haber oranı %25'in altında bulunmuş. Reuters tarafından yapılan bir çalışmada Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler gibi uluslararası kurumlar ile



yerel hükümetler ve kamu kuruluşlarının, yanlış yahut eksik karar ve politikalarına yönelik suçlamalar güvenilir olmayan haberlerin en büyük odağı olduğu bulunmuş. Yaptıkları çalışmada politikacıların ve ünlülerin yalan-yanlış haber paylaşımlarının, kendi örneklemelerinin yalnızca %20'sini oluşturuyor olmasına rağmen bu paylaşımların, sosyal medya etkileşimlerinin %69'unu oluşturduğunu tespit etmişler. Yalan-yanlış haberlerin çoğunun toplumun diğer kesimleri tarafından üretildiği ancak bu haberlerin etkileşimlerinin ünlülere göre çok daha az olduğu da yine tespitler arasında. Politikacıların ve ünlülerin güvenilir veri paylaşması, şeffaflık ve güven artırıcı çalışmalara katılmaları yalan haberlerin önüne geçilmesinde önemlidir. Yalan-yanlış haberlerin %59'unun gerçek haberlerden çarpıtılmış, %38'inin ise tamamen uydurma olduğu; sosyal medya etkileşimlerinin %87'sinin gerçeklerden çarpıtılmış haberlerin, %12'sinin ise uydurma haberlerden olduğu yine çalışmada tespit edilmiş.

SARS CoV-2 Virüsü ve varyant suşlar, COVID-19 hastalığı, aşılar ve antiviral ilaçlar konusunda alanın uzmanlarının mevcut akademik çalışmalar ışığında sunduğu bilgilerin, salgın yayıldıkça ve vaka sayısı arttıkça elde edilen yeni verilerle değişmesi, sansayonel haber seviciler ve yalan haber üreticiler tarafından kötüye kullanılabilir ve toplumun pek çok kesiminde ki kafa karışıklığını tetikledi. Örneğin virüsün demir, bakır, ahşap yahut plastik üzerinde ne kadar canlı kaldığı akademik çevreler için önemli bir bilgidir ancak bu veriler doğrudan klinik ehemmiyeti göstermek için yeterli değildir; bulaşmanın olabilmesi için gerekli olan virüs yükü, bulaş yolu ve gerçek yaşam verileri olmadan halka bu bilginin sunulması yanlıştır. Virüs bir materyalde belki 36 saat belki 12 saat canlı kalabilir ancak bulaşma için gerekli olan viral yük düştüğü için bulaşma olmayabilir. Yahut bir antiviral ilaç klinik öncesi çalışmalarda etkin çıkarken, belli kitlelerde kullanımında etkin olmadığı ortaya çıkabilir. Hiçbir klinisyen hastasını denek olarak kullanmaz, ancak salgın her türlü komplikasyonu ile devam ederken, insanlar yaşamını yitirirken,



elde yan etkisi düşük ve hastalığa etkili olma ihtimali bulunan, rehberlerde yer almış bir ilacı tabi ki hastasına kullanmak ister, hastalarında faydasını gördükçe de devam eder. Bunu yaparken de o güne kadar ki verilere göre davranır, profesyoneller tarafından çıkarılmış tedavi önerilerini uygular. Vaka sayısı arttıkça, salgın ilerledikçe elimizde daha çok veri oluyor ve tedaviye yönelik öneriler değişebiliyor, rehberler güncellenebiliyor. Tıp ve sağlık alanında her bir konunun uzmanı farklıdır ve o alanda çalışmıyorsa bir kişinin sağlıklı olması ilaç ve aşı çalışmaları konusunda yorum yapmasına izin vermez. Nitekim yorum yapabilmek için çoğu zaman tek bir çalışma bile yetmez, çalışmanın metodu önemlidir ve pek çok klinik çalışmanın verilerinden meta-analizler klinik kullanıma yön verir. Neticede profesyonel yaklaşımın dışında her türlü makalenin, yayının konuyla ilgisiz kişilerce yorumlanması yanlış sonuçlara götürür, topluma çok zarar verir.

Dünya Sağlık Örgütü ülkeleri, toplumun ihtiyaçlarını dinlemeye ve güvenilir, gerçek bilgi paylaşımına ve infodemiye karşı tedbir almaya yönelik çalışmaları başlatmış durumdadır (Grafik 2). Bu bağlamda infodeminin yönetilmesindeki önerileri kısaca şu çerçevelerde ele alınabilir:

Hazırlan ve izle - hedef kitleleri dinlemek için etkili araçların kullanımı ve uygun bilgilerin nasıl tasarlanacağı ve paylaşılacağı konusundaki yetkinlikler;

Tespit ve müdahale- Yalan ve yanlış bilgilendirmeye karşı direnci artırmak ve bireyleri ve toplulukları güvenilir, nitelikli sağlık bilgilerine erişim haklarını kullanma konusunda güçlendirmek için müdahaleleri tasarlama, uygulama ve değerlendirme yetkinlikleri;

Güçlendirme - sağlıkla ilgili acil ve diğer durumlarda, daha iyi bilgi-salgını yönetimi yoluyla daha sağlıklı toplum sağlamak için, sağlık sistemlerini güçlendirmeye yönelik yetkinlikler.

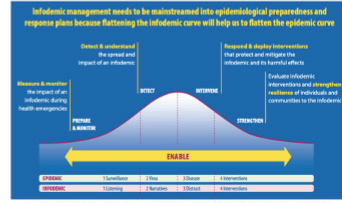
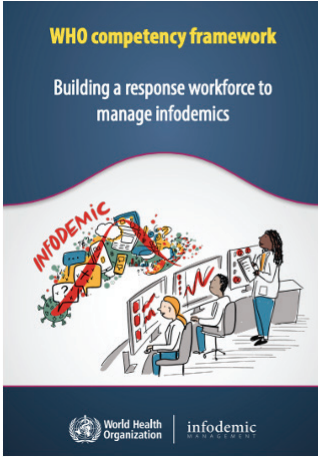


Figure 1. The four workstreams in the age curve of an infodemic response, analogous to the epidemic response.

Grafik 2. Dünya Sağlık Örgütü, infodemiyle mücadeleyi önermekte ve bu kapsamında çalışmalar yürütmektedir.

Sonuç olarak infodemiyle mücadelede şeffaflık adı altında her bilginin doğrudan halka iletilmesi değil, muhataplarınca yorumlanması ve uygun bir dille anlatılması, sansasyonel haber üreticilerinin çarpıtılmış bilgileri topluma sunmasının önüne geçilmesi, gerçek, güvenilir ve sağlıklı bilgi akışının muhataplara akışının sağlanması yönünde yeni ve yenilikçi çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir.

İleri okuma için kaynaklar

1. WHO competency framework: Building a response workforce to manage infodemics. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035287>
2. Infodemic.WHO.https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1



3. Focosi et al. COVID-19 infodemics: the role of mainstream and social media. [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(21\)00441-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email#relatedArticles](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(21)00441-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email#relatedArticles)
4. Lopez-Calva, LP. Where the pandemic meets the infodemic: The challenge of misinformation in the fight against COVID-19 in LAC. Undp.org.
5. Types, sources, and claims of COVID-19 misinformation. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/types-sources-and-claims-covid-19-misinformation>



TOPLUM SAğLIğI İÇİN BİREYSEL ÖZGÜRLÜKLERİN KISITLANMASI: HUKUKUN SINIRLARI^(*)

Muharrem Balcı

Hukuk Vakfı Başkanı
Hasta Hakları Aktivistleri Derneği Kurucusu

HUKUK, SADECE YASAL DÜZENLEMELER DEğİLDİR

Vecdi Aral Hocamızın güzel bir hukuk tanımı vardır. Hukuk, “İnsanlar arası ilişkileri biçimlendiren, onlara görünür ve algılanabilir bir düzen veren, bu amaca (adalete) yönlendiren normlar bütünüdür”¹. Kanaatimce hakların ve yükümlülüklerin, belli bir düzen içinde insanlara sunulması ve yaptırımlarla korunmaya alınması, bir sistemi ortaya koymaktadır ki buna bazen hukuk, bazen de *hukuk sistemi* denilir.² Hukuk sistemi, yasa yapımcıların ve uygulayıcıların hukuk mantığının

^(*) Bu tebliğ, Sağlık ve Medeniyet Sempozyumları -2 de *TIBBİ VE TOPLUMSAL AÇIDAN PANDEMİ* Sempozyumu’nda 9 Ekim 2021 tarihinde Üsküdar Bağlarbaşı Kültür Merkezi’nde sunulmuştur.

¹ Vecdi ARAL, *HUKUK FELSEFESİNİN TEMEL SORUNLARI*, Oniki Levha Yayıncılık, İst. 2010. s. 167.

² Muharrem BALCI, “Hukuk Mantığı”, <http://www.muhamrembalci.com/yayinlar/tebligler/47.pdf>



ürünü olduğu gibi, vatandaşların da uyup uymama konusunda güven veya güvensizliklerinin göstergesi olabilmektedir. Yasal düzenlemelere uyum konusunda, hukukun kılcal damarlara kadar yaygınlaştırılmış olup olmaması da önem taşımaktadır. Hukukun kılcal damarlara kadar yaygınlaştırılması, sokaktaki insana hukukun benimsetilmesi anlamına gelmektedir.

Ülkemizde hukuki düzenlemeleri yapanların sağlıklı bir hukuk mantığına sahip olması noktasında tereddütler olduğu da hepimizin malumudur. Özellikle de vatandaşların ihtiyatla karşıladığı kimi düzenlemeler; hukuk mantığının zaman içinde zedelenmesi ihtimaline binaen gözden geçirilmelidir. Toplumda oluşan tereddüdün yasal düzenlemelere eleştiri ve muhalefet oluşturduğu, hele de eyleme dönüştüğü ve kaos olduğu zamanlarda, düzenlemelere esas olan hukuk mantığının gözden geçirilmesi acil hale gelmektedir. Bu da düşünsel ve eylemsel bir çabayı, evrensel ve uluslararası hukuk kurallarına olduğu kadar, yerel kanunlara, özellikle de Anayasaya, toplumun inanç umdelelerine, gelenek-göreneklerine, örfüne uygunluğu da içinde barındırır.

O halde Hukuk Mantığı, “... yasaların yorum ve tümevarım yolu ile gerekçelendirilme tarz, ilke ve kuralları; yasaların gerek metinlerinin ötesine gerekse yasakoyucu tarafından açıkça verilmiş **tanımların ötesine geçerek** yorumlanmasından ibaret bulunan bir hukuk dalıdır”³ diyebiliriz. Bir başka ifade ile hukuk mantığı sadece yasalarla oluşmamaktadır.

Tekrar yukarıda Vecdi Aral’ın hukuk tarifine dönersek; mevcut yasal düzenlemelerin oluşturduğu hukuk sistemimizin, insanlar arasındaki ilişkileri nasıl biçimlendirdiği, bu ilişkilere görünür ve algılanabilir bir düzen verip vermediği, insan fıtratında bir ide olarak var olan adalete yönlendirip yönlendirmediği sürekli taze tutulmalı, hatırlanmalı, düşünsel ve eylemsel pratiğimizden çıkmamalıdır. Hukukun gayesi maddi gerçekliğe ulaşmak olduğuna göre, maddi gerçeklik insanların fıtratında bir ide olarak bulunan ‘adalet’in gerçekleşmesidir.

³ Ahmet Halük ATALAY, “Bir Hukuk Mantığı Var Mıdır?” <http://hukukkurami.net/media/file/hukukmantigi.pdf>



Adalet hukukun gayesini gerçekleştirirken, insanlardan beklediği, yine Vecdi Aral'ın ifadeleriyle; "... haksızlık yapmamak, kimseye zarar vermemektir. Onun insanlık için asıl hizmeti, insanların bir düzen içinde birliktelik oluşturarak toplum içinde maddî ve tinsel (manevî) varlıklarını güvenceye alarak dinî, ahlâki, bilimsel ve sanatsal kültürlerinin, hiçbir baskı altında kalmadan serbestçe oluşmasına ve gelişmesine olanak sağlamaktır."⁴

Bu makalede, hukukun, hukuk düzeninin ve hukuk mantığının oluşum tarzı ve uygulamasını, adaletin bir ideden öte bir amaç, gerçekleşmesini istediğimiz sonuç anlamında, Covid-19 tedbirleri bağlamında insanların bir düzen içinde birlikteliklerinin korunmasını, maddi/manevi varlıklarının güvenceye alınmasını, dinî, ahlaki, bilimsel kültürlerinin oluşmasını ve gelişmesini sağlayıp sağlamadığını, "Toplum Sağlığı İçin Bireysel Özgürlüklerin Kısıtlanması" başlığında incelemeye, irdelemeye çalıştık. Başka bir ifade ile Covid-19 tedbirlerinin, hukukun tanımındaki gibi, "İnsanlar arası ilişkileri biçimlendiren, onlara görünür ve algılanabilir bir düzen veren, adalete yönlendiren normlar bütünü olup olmadığını veya bu bütüne uyup uymadığını anlatmaya çalıştık.

AŞI VE SAĞLIK TEDBİRLERİ HAKKINDA GÜVENSİZLİK

Aşı Zorunluluğu

Pfizer-BioNTech, ürettiği COVID-19 aşısı için, Türkiye'de ruhsatlandırılmamış, izin verilmemiş ve acil kullanım onayı almamıştır, diyor-du. Ancak aşı kullanılmaya da başlanmıştı. Aşı olanlardan da onam alınıyordu. Daha sonra Pfizer-BioNTech, FDA'dan ruhsatı aldı. Şimdi sorumluluk almak zorunda. Fakat aşı olacıklardan onam alınmaya devam ediliyor. Ruhsat almış olması, aşının herkese zorla uygulanacağı anlamına da gelmiyor. Nitekim Anayasa'nın *Kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı* başlıklı 17. Maddesinde; "Herkesin, yaşama,

⁴ Vecdi ARAL, *Hukuk Nedir?* "Hukuka Felsefi ve Sosyolojik Bakışlar - VI" Sempozyum, 26-29 Kasım 2012, İstanbul, HFSA (Hukuk Felsefesi ve Sosyoloji Arşivi), İstanbul Barosu Yayınları, 2014. s.19. <https://www.istanbulbarosu.org.tr/files/Yayinlar/Kitaplar/doc/HFSA26.pdf>



maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı” hüküm altına alınmıştır. Anayasa Mahkemesinin de zorunlu aşının Anayasaya aykırı olduğuna dair kararı mevcuttur. Bu kararda Anayasa'nın 17. Maddesi uyarınca zorunlu aşı uygulamasına ilişkin öngörülebilir nitelikte bir kanuni düzenlemenin bulunmadığı değerlendirilerek, başvurunun maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğine karar verilmiştir.⁵

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) zorunlu aşı uygulamasının, kanunla düzenlenmiş olsa bile başvuruyu kişinin ruhsal ve fiziksel bütünlüğü bağlamında Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS) nin 8. Maddesinde düzenlenen *özel yaşamın gizliliği hakkı* kapsamında değerlendirmiş, başvuruyu reddetmiştir. Ancak karar gerekçesinden, aşı yapılan kişinin sağlık kontrollerinin gereği gibi yapılmaması ve risk taşıyan bir halinin tespit edilmesi durumunda kişinin özel yaşamın gizliliği hakkının ihlal edilmiş olacağı kararını verebileceği anlaşılmaktadır.⁶ Türkiye'deki uygulamalarda da aşının, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğü değerlendirilmediği gibi, sağlık kontrollerinin ve risk durumunun varlığına ilişkin bir tahlilin yapılmadığı görülmektedir.

Aşı Üreticisinin Sorumluluğu

Aşı biyolojik bir üründür. Aşı üreticilerinin hukukî sorumluluklarına dair bir yasal düzenleme henüz yoktur. Burada kıyasen *“ilaç üreticisinin sorumluluğu”* gibi aşı üreticilerinin sorumlu tutulması gerekmektedir. Bu sorumluluğun da kamuoyu ile paylaşılması gerekirken, aşı olanlardan onam alınması, sorumluluk tamamen aşı olanlar üzerine yıkılması anlamına gelmektedir.

⁵ AYM, Genel Kurulu, Halime Sare AYSAL Kararı, Başvuru No: 2013/1789, 11.11.2015 tarihli karar. <https://www.anayasa.gov.tr/tr/haberler/bireysel-basvuru-basin-duyurulari/zorunlu-asi-uygulamasina-iliskin-halime-sare-aysal-karari-basin-duyurusu/>

⁶ KASAROĞLU, *Covid-19 Aşısı Türkiye’de Zorunlu Hale Getirilebilir mi?* <http://www.kasaroglu.av.tr/tr/covid19-asisi-turkiyede-zorunlu-hale-getirilebilir-mi>



İlginçtir ki, Türkiye’de ilaç üreticisinin sorumluluğunu düzenleyen bir kanun da yoktur. Bu durumda 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun (TKHK) kapsamında konu değerlendirilmeye çalışılsa da tatmin edici bir sonuca ulaşılamamaktadır.⁷ TKHK’nın 4. maddesine göre; “Tüketicinin seçimlik haklarından birisi ile birlikte ayıplı malın neden olduğu ölüm ve/veya yaralanmaya yol açan ve /veya kullanımdaki diğer mallarda zarara neden olan hallerde imalatçı/üreticiden tazminat isteme hakkına sahiptir.” Olması gereken hukuk açısından, ilaç üreticisinin **tehlike sorumluluğu** esaslarına göre sorumlu tutulduğu bir İlaç Kanunu’nun yapılması gerekmektedir.

Elimizde, konunun aydınlatılmasında ve sonuçlandırılmasında uygulanabilecek “**ilaç üreticisinin tehlike sorumluluğu**”nu düzenleyen Türk Borçlar Kanunu’nun 71. Maddesi bulunmaktadır. Bu günlerde Türk aşısı olarak “Türkovak” da kullanıma gireceğine göre, ivedilikle “İlaç / Aşı Üreticisinin Kusursuz Sorumluluğu”nu düzenleyen bir mevzuata ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumda yerli ve yabancı ilaç şirketlerinin ve bu şirketlerin ürünlerinin her tür (tehlike sorumluluğu da dahil) ayıplı mal veya kullanımdan kaynaklanan tazminat sorumluluğu hallerinde tüketicinin yasal güvenceye kavuşması sağlanmış olacaktır. Bu da bu makalede belirttiğimiz aşı ve ilaç konusunda güvensizliğin önemli ölçüde giderilmesini sağlamış olacaktır. Böylece, vatandaşı ve hekimleri/uygulayıcıları aşı ve sağlık tedbirlerine ilişkin her tür düzenlemenin “*yasal güvenceleri sağlanmadan sorumlu tutmak*” hukuksuzluğundan da kurtulmuş alacağız.

Yapılacak *İlaç / Aşı Üreticisinin Sorumluluğu*^(*) Kanununda ve bağlı yasal düzenlemelerinde aşağıdaki hususların varlığı, aşı ve

⁷ Nurcihan DALCI, “TBK 71 bağlamında İlaç Üreticisinin Tehlike Sorumluluğu”, <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2014-114-1407>

(*) İlaç ve aşığı aynı yasal düzenleme içinde ele almamızın nedeni, Covid-19 ve benzeri virüsler için ilaç geliştirme çalışmalarının başlamış ve yakın zamanda piyasaya çıkmış olmasıdır. Burada ilaç ve aşı için gerekli ortak tedbir ve uygulamalar zikredilmiş, sadece ilaç için gerekli olan teferruatları ve prosedürleri aktarımından kaçınılmıştır. (M. Balcı)



sağlık tedbirleri konusunda belirttiğimiz güvensizliği büyük ölçüde ortadan kaldıracaktır:

- İlaç/aşı kullanımına ilişkin hastanın aydınlatılmış rızasının (onamının) alınması.
- İlaçla ilgili uygulama ve istemlerin yazılı yapılması. (Sözlü veya uzaktan iletişim araçları aracılığıyla yapılmaması (örneğin, hastanede verilecek ilaçların yetkili hemşire yerine sadece hastanın kendisi veya bir yakınına söylenmesi);
- İlaç/aşı ile bağlantılı riskler konusunda hastanın uyarılması.
- İlacın/aşının yan ve ters etkilerinin açıklama konusunda ihmal gösterilmemesi.
- Hasta açısından söz konusu olabilecek ilaç/aşı kontrendikasyonlarına dikkat edilmesi.
- İlacın/aşının uygulanma zamanı ve koşullarının dikkate alınmaması. (Örneğin, tok veya aç karnına alınmasının uyarılması)
- İlacın/aşının ilaç etkileşimlerinin göz ardı edilmemesi.
- İlacın/aşının hastaya uygunluğu konusunda gerekli tetkik, kontrol ve testleri yaptırmakta ihmal gösterilmemesi.
- İlaç/aşı kullanımı sürecinde, erken yan etkilerinin tespit edilmesine yönelik gerekli testlerin yaptırılması.
- İlacın/aşının yan etkileri ortaya çıktığında, tedavi esnasında veya derhal antidote uygulanmasında ihmal veya oluşan yan etkilerin tedavi edilmesi.
- İlaç/aşı değişimleri sırasında hastaya önceden kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verilmesi.⁸

⁸ Mehmet DEMİR, *İlaç Kullanımı Sonucunda Doğan Zararlardan İlaç Üreticisinin, Eczacının ve Hekimin Sorumluluğu*. <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2010-89-623>



Aşı ve sağlık tedbirleri bir güven sorunudur.

Güven hem idareye hem de sağlık yönetimine. İdare güven erimesine uğramışsa, sağlık sektörü her türlü yolsuzlukla malul⁽¹⁾ olarak çalışabiliyorsa, aşıya da alınan sağlık ve güvenlik tedbirlerine de kimse inanmayacaktır. Genel anlamda aşı karışıklığının temelinde bu güvensizliğin yattığını unutmamak gerekir. Öncelikle bu güven sağlanmalıdır. Toplumda siyasetle yaşamın, sağlığın, hukukun birbirine karıştırılması sonucunda büyük bir güven erimesi var. Sürecin sağlıklı yönetilememesi, çelişkili karar ve uygulamalar, güvenin bir daha uğramayacağı şekilde hayatımızdan çıktığını gösteriyor. Karışıklığın, kavga'nın nedeni bu güven erimesidir.

Yerli neoliberal işleyiş ekonomiyi ayakta tutmak için sıradan vatandaşın özgürlüklerini kısıtlayıp, yaylada hayvan otlatan nineye, dedeye sokağa çıkma ve maske yasağını ihlalden tutanak tutturup ceza kestirebiliyor. Hastaneye bir yakınına refakatçi olmak için sokağa çıkan vatandaşa hukuka aykırı olarak tutanak tutturup ceza infazı yaptırabiliyor. Öte yandan, sokağa çıkma, sosyal mesafe ve maske yasakları devam ederken siyasi parti toplantılarını lebalep yapabiliyor, lüks otellerde her türlü etkinliğe göz yumarak, otellerde bu etkinlikler için rezervasyon yapan kaymak tabakaya göz yumabiliyor. Camilerde ise sosyal mesafeyi hala uygulatabiliyor. Mitinglerde, kongrelerde, plajlarda ve konserlerde bulaşmayan virüs, camilerde bulaşabiliyor. Ezcümle siyasi ikballerine basiretsizliklerini katarak, piyasa ekonomisine sıradan halkın özgürlüklerini feda ettirebiliyorlar. İnsanların aklına şöyle bir soru gelse çok mu absürt olur? İlan edilen ve güya uygulanan pandemi tedbirleri şartlarında, en azından makul bir süre

⁽¹⁾ SGK bünyesinde yapılandırılmış denetim mekanizmalarının kamuoyu ile paylaşılmadığı, sadece kısmi, bazı haberlerin sızabildiği gerçeği karşısında, denetimlerde şeffaflığın, konuya ilişkin yargı kararlarının kamuoyu ile paylaşılması halinde devletin/idarenin yolsuzluklarla mücadelesine ilişkin bir güvencenin kamuoyunda oluşacağını kabul etmek gerekiyor. (M. BALCI)



daha lebalep kongreler yapılmıyaydı, turizmi kurtarmak aşkına lüks otellerde rezervasyonlu eğlencelere izin verilmeseydi, sanatçıların pandemi sürecindeki mağduriyetlerini gidermek adına konserlere izin verilmeseydi, aradan bir yıl geçmesine rağmen vaka sayılarının 30 binlere, ölümlerin 300'lere ulaşması mümkün olur muydu?

2020'de Ekim ayında Covid-19 kaynaklı ölüm 20'li sayılarda, bugün 250'li sayılarda. 115 milyon doz aşı yapılmış, fakat ölümler 12 kat artmış. Gelinek noktada kamuoyuna tatmin edici açıklama yapılması gerekiyor.

Türkiye'de aşı konusunda tartışılan ve kafa karışıklığına sebep olan hususlardan biri, ithal aşuların tahlil sonuçlarının, aşının muhtevasının, bileşenlerinin ne olduğunun kamuoyuna açıklanması, medya ve sosyal medyada yapılan değerlendirmelere bilimsel açıdan tatmin edici cevaplar verilmemesidir. Bu da mevcut ithal aşulara olan güveni sarsmaktadır.

Aşı üreticilerinin Faz3 denemelerinde Türkiye'yi kobay olarak kullandıkları da bilinen bir gerçek. Sinovac firmasının yetkilisi, "Türkiye'de Faz3 klinik deney yaptıklarını" söylüyordu.⁹ Salgın hastalık dönemlerinde aşının halk kitlelerine benimsetilebilmesinin yolu, Faz1, Faz2, Faz3 çalışmalarının, 'güvenli' ve 'etkili' olduğunun kanıtlanmış, aşı çalışmalarına ilişkin verilerin hakemli dergilerde yayınlanmış, aşının üretim sürecinin 'kalite' güvencesinin tamamlanmış ve kamuoyu ile şeffaf bir şekilde paylaşılması olması gerekir.

Yine TTB'nden Vedat Bulut'un, Sağlık Bakanlığının 'aşıda acil kullanım onayı' kararına ilişkin olarak, "*Çin aşısının Faz3 sonuçları henüz çıkmadı. Acil kullanım onayı için verilerin kamuoyu ile ve meslek örgütleriyle şeffaf bir şekilde paylaşılmasının, aşulara güven duyulması için gerekliliği*" açıklaması, güven konusunun önemini bir kere

⁹ Arslan BULUT, "Aşı Olanlardan Alınan Onam İmzası", Yeniçağ 6 Şubat 2021.



daha gündeme getirmektedir.¹⁰ Hele de geleneksel aşı türü olan ve dünyanın her yerinde üretilebilecek olan Sinovac aşısını “Çin Aşısı” olarak adlandırmak, aşı olacaklar üzerinde olumsuz etki yaptığı da bilinen bir gerçek. Bu kadar önemli bir konunun bu kadar basite indirgenmesini sadece aşı karşıtlarına mal etmek de terminolojik olarak doğru değildir.¹¹

Üstelik virüsün mutasyona uğradığına ilişkin tespitler üzerine, Almanya’da BioNThec aşısını geliştiren Uğur Şahin’in, “*Dokuz mutasyona uğramış bir tür ve şu anda bu varyanta karşı aşımızın koruma sağlayıp sağlamayacağını henüz bilmiyoruz*” demesi de aşılarla güvensizliğin sebeplerinde sayılabilir.¹²

Yine mRNA türü aşıların muhtevasının açıklanmamasını, dışarıdan programlanabilme özelliklerinden bahsedilmemesini, gelecekte oluşturabileceği yan etkilerin varlığına ilişkin iddialara yetkililerin doyurucu bilgi vermemelerini de zikretmemiz gerekiyor.¹³Buna bir de ABD ve AB’nin geleneksel aşıları kabul etmemesi, AB ve ABD’de üretilen aşıları yaptırmayanlara vize vermemelerini eklediğimizde, aşılarla olduğu kadar devletlere ve küresel hegemonyaya güvensizliğin anlaşılabilir olduğunu teslim etmemiz gerekiyor.

Yerele ve Küresele Direniş

Aşı üreten küresel aktörlerin evvelce yapmış oldukları bazı açıklamalarda, “Büyük Sıfırlama”, “Yeni Dünya Düzeni”, “insanlığın transhüman/posthüman çağa girdiği”, “Dünya nüfusunun 500 mil-

¹⁰ Arslan BULUT, “*Aşıdan Önce Testi Konuşmak Gerekir*”. Yeniçağ, 21 Aralık 2020

¹¹ Metin AKTAŞOĞLU, “*Yeni aşı tartışması: İnaktif aşı mı, mRNA aşısı mı? Uzmanlar yanıtladı...*” <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/yeni-asi-tartismasi-inaktif-asi-mi-mrna-asisi-mi-uzmanlar-yanitladi-6153670/>

¹² Burhanettin CAN, “*Bileşenleri Bilinmeyen Yabancı kaynaklı Aşılarla Karşı Çıkmak Aşıya Karşı Olmak Demek Değildir*”. Umran, Sayı 326, Ekim 2021.

¹³ Burhanettin CAN, a.g.m.



yonu geçmemesi” gibi projelerinden söz etmeleri ve söylemlerinin iddialardan öte uygulamalara geçmesi karşısında, yerel ve küresel düzlemde aşı ve küresel aktörler karşıtlığının oluşması anlaşılır bir durum olmaktadır. Nitekim, İstanbul Sözleşmesinin güvenceye aldığı *toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyet eşitliği*, küresel aktörlerin toplumlara dayattığı bir ifsad projesi olarak küreselleşirken, bir yandan da karşısında bir *küresel karşıtlık* oluşturmuştur. Küresel ifsad projesine karşı farklı inanç ve düşünceden kitlelerin oluşturduğu *Anti Cender Movement/Toplumsal Cinsiyet Karşıtı Hareket*¹⁴ dünya çapında eylemler düzenlemekte, toplumsal cinsiyetin insanlık için bir kurtuluş olduğuna dair iddianın bilimselliğine karşı eleştiri ve muhalefet oluşturmaktadır.

Başlangıçtan itibaren ifade etmeye çalıştığımız ve ifade özgürlüğü kapsamında değerlendirilmesi gereken *aşı ve sağlık tedbirleri* karşıtlığını hukukun imkân tanıdığı ölçülerde değerlendirmenin gereği üzerinde de durulmalıdır.

Kafalar Neden Karışık?

Kafalar karışık, vatandaşın güveni gittikçe azalıyor. Bu durumda aşı karşıtlığını ve kurallara uyulmamasını anlamak zor olmuyor. Buna bilim kurulu ile karar vericiler arasındaki uyumsuzluk ve sorumluluğun paylaşılmaması¹⁵ da eklenince, işler daha da karıştı. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, 29 Temmuz tarihine kadar paylaşılan “vaka sayısı” ifadesiyle, o tarihten sonra tabloda yerini alan “hasta sayısı” ifadesinin aynı şeyi karşılamadığını açıkladı. “Test sonucu pozitif

¹⁴ Muharrem BALCI, *İSTANBUL SÖZLEŞMESİNDEN İNSANI VE AİLEYİ KORUMAK*, Pınar Yayınları, İstanbul 2020, s. 152

¹⁵ Bakan KOCA, Bilim Kurulunun bir tavsiye kurulu olduğunun unutulmaması gerektiğini ve karar mercii olmadıklarının vurgularken, Cumhurbaşkanı Erdoğan ise “bu işin birinci dereceden sorumlusu Bilim Kuruludur” diyordu.

“Erdoğan, Bakan Koca’yı yalanladı: Kim doğru söylüyor?” <https://www.a3haber.com/2020/11/27/erdogan-bakan-kocayi-yalanladi-kim-dogru-soyluyor/>



çıkanların her biri bir vakadır. Bunların büyük kısmı belirti göstermeyen taşıyıcılardır. Kalan kısmı ise hastalık bulgusu olup tedavi altına alınan hastalardır. Bir kısmını evde, önemli bir kısmını da hastanede takip ve tedavi ediyoruz. Hastanede tedavi altına aldıklarımızı ayrıca yatan hasta olarak raporluyoruz” dedi. Koca'nın açıklaması kamuoyunda pek çok tartışmayı beraberinde getirdi. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise teyitli Covid-19 vakalarını “Klinik işaret ve semptomlardan bağımsız olarak, Covid-19 enfeksiyonu taşıdığı laboratuvar sonuçlarıyla teyit edilmiş kişiler” olarak tanımlıyor.¹⁶

Başından beri TV de sürekli konuşan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Ceyhan: “Aşı olanlar da virüs bulaştırıyor. O yüzden PCR'nin aşılılara da yapılması lazım. Ancak PCR testi %50 yanlış sonuç veriyor” dedi. ABD’de BioNTech’le ilgili bir araştırmada 1 milyon insanın gerçek zamanlı verileri incelendi. Uzmanlar, iki doz BioNTech aşısından 6 ay sonra aşının enfeksiyon bulaşmasını engelleme seviyesinin yüzde 20'lere düştüğünü belirledi. Bu gelişme üzerine potansiyel yeni salgın dalgalarının artabileceği endişeleri de arttı.¹⁷ Öte yandan aşı karşıtlarının içinde öyle gereksiz insanlar var ki, bunlarla yan yana gelerek herhangi bir organizasyona, eyleme katılmak, hem avara kasnak gibi üretimsiz kalmak, hem de toplumda damgalanmak için kâfidir. Üstelik bu insanların bir kısmı hayatları boyunca proje üretirler ama hiçbir projede sorumluluk almazlar, projeleri de hayata geçmez.

Dünyanın birçok yerinde aşılama ile ilgili tedbirler alınıyor.

Almanya’da Kasım ayından itibaren, aşı olmayan çalışanlar Kovid-19’a yakalanmalarından sonra karantinaya girdiklerinde

¹⁶ “Koronavirüs: BBC Türkçe’ye konuşan Bilim Kurulu Üyeleri, Sağlık Bakanı Koca’nın ‘Her vaka hasta değildir’ açıklaması hakkında ne düşünüyor?” <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-54391859>

¹⁷ “Aşıyla ilgili çok can sıkacak araştırma”, <https://www.dunyabulteni.net/saglik/asiyla-ilgili-cok-can-sikacak-arastirma-h511165.html>



çalışmadıkları günler için ücret kaybından dolayı devletten tazminat alamayacak. Doktor raporuyla belgelenen sağlık sebebiyle aşı yaptıramayanlar muaf tutuldu. Ayrıca, aşı olunmadığı takdirde restoran veya tiyatro, sinema, konser gibi çeşitli etkinliklere girmek için istenilen hızlı Kovid-19 testlerinin ücreti vatandaşlar tarafından ödenecek. 12-17 yaşlarındaki gençler ve çocuklar ile hamileler ise bu testleri 31 Aralık'a kadar ücretsiz yaptırabilecek. Bakanlık bu yeni kuralların aşı yaptırmak istemeyenlere bir baskı değil, adil olmayla ilgili bir durum olduğunu belirterek, "Kendilerini ve başkalarını aşı yoluyla koruyanlar, aşı olmayanlar için neden para ödediklerine ilişkin haklı bir soru soruyorlar" dedi.

İnsanların aşı olma konusunda özgür olduklarına işaret eden Almanya Sağlık Bakanı Jens Spahn, "... ancak insanların verdikleri bu kararlar sorumluluk taşımaları ve maddi sonuçlara katlanmaları gerektiğini" kaydetti. Buradaki yaptırımların ve düzenlemelerin amacı, salgınla mücadelede aşı olmak istemeyenlerin de sorumluluk alması gerektiğidir. "Sağlık gerekçesi olmayan herhangi bir nedenle aşı yaptırmayı reddedenler kazanç kaybını toplumun ödemesini bekleyemezler".¹⁸

Hafızalarımızı yokladığımızda, dünyada, özellikle de ABD'de uzun zamandır, sigara içen vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanırken ekstra sigorta primi ödemeleri gerektiğine dair tartışmaları hatırlamalıyız. "Sigara kullananlardan ek sigorta primi alınması" düşüncesinin altında

yatan nedenler; tütünün kısmen ucuz ve rahat ulaşılabilir, toplumsal kabul gören, 1-3 kullanımda bile kuvvetli bağımlılık yapan, üreticisinin tarif ettiği gibi kullanıldığında ölümcül etkileri olabilen, zararsız dozu olmayan ve hiçbir yararı olmayan madde olması nedeniyledir. Aşı karşıtlığı ile kıyas edildiğinde, aşı karşıtlığının da sadece bir düşünce ve eylem biçimi olmaması, kolay ifade

¹⁸ "Aşı Karşıtları İçin Hayat Pahalılaşacak", <https://www.dunyabulteni.net/avrupa/asi-karsitlari-icin-hayat-pahalilashacak-h510111.html>



edilmesi ve toplumda kolay taraftar bulması nedeniyle kolayca karşıt tutum takınılması hususları çok benzerdir.¹⁹ Aşı olarak kendini ve toplum sağlığını önceleyenler, aksi tutumla potansiyel taşıyıcı ve aktif hasta olma ihtimallerine binaen aşı olmayanlara karşı yasal tedbirler alınmasını savunmalarını bu yönden de meşru ve geçerli görmek gerekiyor.

Ayrıca, aşılanmayı savunanlarla aşı karşıtı olanlar hem kendi çıkarlarını hem de toplumun çıkarlarını önceliklediklerini ifade ediyorlar. İki de sadece bireyi değil, toplumu ve devleti harekete geçirmek için argümanlar üretiyorlar.²⁰ Bu durumda tarafları tamamen mantıksız olarak değerlendirmek gibi yanlış da düşülmemeli, insanlar arası ilişkileri belirleyen ve bu ilişkileri anlamlaştıran, algılanabilir bir düzen veren hukuku gözardı etmemeliyiz. Başlangıçtan itibaren Pandemi ve tedbirlere ilişkin düzenlemeler sağlıklı bir hukuk düzeninin varlığına işaret etmiyor. Öte yandan aşı karşıtlarının özgürlüğünü mantık dışı, aşılanmayı savunanları ise mantıklı hareket etmekle nitelendirmek, yürürlükteki hukuk ve sosyal sistemimize hâkim olan düşünce ve ifade özgürlüğüne saygı duymamayı ifade eder.

Burada önemle değinilmesi gereken bir başka husus, asıl sorunun aşı karşıtlığı ile birlikte aşı kıtlığının olduğu tespittir. Bu tespitin dayanağı, Güney Afrika'da Aspen Fabrikasında doldurulan yaklaşık 10 milyon tek doz Johnson & Johnson aşısının, Afrika Covid-19 kriziyle boğuşurken Avrupa'ya ihraç edilmiş²¹ olmasıdır.

¹⁹ Mehmet GÖKSU, SOLUNUM PLATFORMU (solunumgooglegroups.com) Raportörü, "Sigara İçenlerin Tedavi Hakları ve Sağlık Giderlerinin Karşlanması". <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-sigara-icenlerin-tedavi-haklari-ve-saglik-giderlerinin-karsilanmasi-2-12-45627.html>

²⁰ Naman BAKAC, Pandemi, Özgürlük ve Liberalizmin Tıkanıklığı, <http://www.muhamrembalci.com/hukukdunyasi/alintilar/1476.pdf>

²¹ "Afrika'da üretilen 10 milyon doz aşı AB'ye ihraç edildi." <https://www.ntv.com.tr/galeri/dunya/kuresel-saglikta-yeni-somurgeci-yaklasim-afrikada-uretilen-10-milyon-doz-asi-abye-ihrac-edildi,ErmoKmJsN0mcDvaTlmUf6Q/4vA89anYDE6G-nJHXn4xlgz>



Yukarıda “güven erimesi” olarak adlandırdıklarımıza aşı kıtlığını, aşının kalkınmamış ülkelere, halklara ulaştırılmamasını, geçmiş yıllarda özellikle Afrika’da topluca yapılan bazı aşuların başka hastalıklara neden olması gibi sömürge uygulamalarını eklediğimizde aşı karşıtlarına önemli bir argüman da sunulmuş oluyor.

Fransa Cumhurbaşkanı Emmanuel Macron, Almanya’nın Hamburg şehrinde düzenlenen G-20 zirvesinde Afrika’nın az gelişmişliğinden bahsettiği bir konuşmasında “Afrika’nın gelişmesi, doğurganlık sayısının düşürülmesinden geçecek”²² ifadelerini kullanmıştı. Batı’nın nüfusu yaşlanırken, Afrika ve Türkiye dünyanın en genç nüfusuna sahiptir. Bu da Afrika ve Türkiye için büyük bir avantajdır. Ayrıca, yakın tarihte Suriye’de yapılan çocuk aşısı kampanyaları sonucunda onlarca çocuğun felç olduğu²³ akıldan çıkarılmamalıdır. Buna bir de az gelişmiş ülkelerin sömürdükleri ülkelerin insanlarına su ve gıda yardımı yapmayarak açlıktan ölmelerine neden olmalarını ilave ettiğimizde, su ve gıda götürülmeyen yerlere aşı tavsiye etmek, açlıkla ölüm ile hastalık arasında ölümü reva görmekten başka bir şey değildir. Belki de tüm bunlar, sözünü ettiğimiz küresel aktörlere güvensizliğin kaynaklarını netleşmiş oluyor.

HUKUKİ MÜTALAA

Temel Hak ve Hürriyetlerin Sınırlandırılması

Bu bölümde Sayın Kemal Gözler’in makalelerinden yararlandık.²⁴

Olağan dönemlerde temel hak ve hürriyetler, Anayasanın 13’üncü

²²Amadou TOGOLA, “Afrika’da Aşı Faktörü ve Aşı Kampanyaları”, <https://afam.org.tr/afrikada-asi-faktoru-ve-saglik-kampanyalari/>

²³Süleyman ŞAHİN, “Emperyalizmin Aşı Terörü”, <http://www.gercek hayat.com.tr/kapak/emperyalizmin-asi-teroru/>

²⁴Kemal GÖZLER, *Korona Virüs Salgınıyla Mücadele İçin Alınan Tedbirler Hukuka Uygun Mu?* (2), <https://www.anayasa.gen.tr/korona-2.htm> (Yayın tarihi 6 Temmuz 2020)

Kemal GÖZLER, *Pandemiyle Mücadele Şemasının Hukuki Şeması: Bir Özet*, <https://www.anayasa.gen.tr/pandemi-ozet.htm> (18 Mayıs 2021)



maddesi uyarınca, *özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir.*²⁵ Kanunlarımızda (Umumi Hıfzı Kanununda ve İl İdarresi Kanunu'nda) tedbir kararlarının gerekçesi olan salgın hastalık veya genel sağlık sebebiyle alınan tedbirleri koyma yetkisi veren bir hüküm yok. Temel hak ve hürriyetler sınırlandırılırken dar yorum yapılır, genişletilmez, keyfilik olmaz.²⁶ Kanun gerekir.

Olağanüstü hâl dönemlerinde ise temel hak ve hürriyetler Anayasanın 15'inci maddesi uyarınca sınırlandırılabilir.²⁷

Olağan dönemlerde temel hak ve hürriyetler yüksek düzeyde bir anayasal korumadan, olağanüstü hâl dönemlerinde ise düşük düzeyde bir korumadan yararlanırlar.²⁸

Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 25.3.2020 tarih ve 7226 sayılı Kanunun Geçici 1 ve 2'nci maddelerinde Adliyelerde, dava ve icra takipleriyle ilgili düzenlemeler ve 30/6/2020 tarihine kadar işleyecek iş yeri kira bedelinin ödenememesi, kira sözleşmesinin feshi ve tahliye sebebine ilişkin düzenlemeler kanunla yapıldığı için hukuka uygundur. Bunlar dışında;

²⁵ Anayasa m. 13. Temel hak ve hürriyetler, özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasanın sözüne ve ruhuna, demokratik toplum düzeninin ve lâik Cumhuriyetin gereklerine ve ölçülülük ilkesine aykırı olamaz.

²⁶ Anayasa m 14/2. Anayasa hükümlerinden hiçbirisi, Devlete veya kişilere, Anayasayla tanınan temel hak ve hürriyetlerin yok edilmesini veya Anayasada belirtilenden daha geniş şekilde sınırlandırılmasını amaçlayan bir faaliyette bulunmayı mümkün kılacak şekilde yorumlanamaz.

²⁷ Anayasa m. 15/1. Savaş, seferberlik (...)27 veya olağanüstü hallerde, milletlerarası hukuktan doğan yükümlülükler ihlal edilmemek kaydıyla, durumun gerektirdiği ölçüde temel hak ve hürriyetlerin kullanılması kısmen veya tamamen durdurulabilir veya bunlar için Anayasada öngörülen güvencelere aykırı tedbirler alınabilir.

²⁸ Kemal GÖZLER, *Korona Virüs Salgınıyla Mücadele İçin Alınan Tedbirler Hukuka Uygun Mu? (2)*,



“... sokağa çıkma yasaklarının, maske takma zorunluluklarının, şehirler arası seyahat yasaklarının kanunî bir dayanağı yoktur. Bu tedbirlerin de kanunla öngörölmeleri gerekirdi. Kanunla öngörölmemiş bütün tedbirler, Anayasamızın 13'üncü maddesinde hükme bağlanan “ancak kanunla sınırlama” şartına aykırıdır. Kanunla sınırlama şartını yerine getiremeyen tedbirlerin diğer şartlara uygunluğunu tartışmaya gerek yoktur. Çünkü 13'üncü maddede öngörülen şartlar alternatif şartlar değil, kümülatif şartlardır.”²⁹

Türkiye'de Covid-19 salgınıyla mücadele kapsamında alınan tedbirlerden, sokağa çıkma yasağı gibi, önemli bir kısmının *herhangi bir kanunî dayanağı yoktur*. Kanunlarda belirli yaş altı veya üstü kişilere sokağa çıkma yasağı koyan hüküm yoktur.

Türkiye'de **olağan dönemlerde** genel sağlık sebebiyle, mülkiyet hakkı, hak arama hürriyeti, çalışma ve sözleşme hürriyeti, seyahat ve yerleşme hürriyeti kanunla dahi sınırlanamaz. Bunun için OHAL ilân edilmesi ve sınırlamaların da OHAL Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle yapılması gerekir (Kemal Gözler). Korona virüs ile mücadele etmek için bu amaçla özel bir kanun veya Kemal Gözler'in önerdiği gibi OHAL ilân edip bir OHAL Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılması gerekirdi.³⁰

Anayasamızın 104. maddesinin 17.fıkrası 2. Cümlesinde:

«Cumhurbaşkanı, yürütme yetkisine ilişkin konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarabilir. Anayasanın ikinci kısmının birinci ve ikinci bölümlerinde yer alan temel haklar, kişi hakları ve ödevleriyle dördüncü bölümde yer alan siyasi haklar ve ödevler Cumhurbaşkan-

²⁹ Kemal GÖZLER, *Korona Virüs Salgınıyla Mücadele İçin Alınan Tedbirler Hukuka Uygun Mu?* (2)

³⁰ Kemal GÖZLER, *Korona Virüs Salgınıyla Mücadele İçin Alınan Tedbirler Hukuka Uygun Mu?* (2)



kanlığı kararnamesiyle düzenlenemez. Anayasada münhasıran kanunla düzenlenmesi öngörülen konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamaz. Kanunda açıkça düzenlenen konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamaz. Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile kanunlarda farklı hükümler bulunması halinde, kanun hükümleri uygulanır.

Türkiye Büyük Millet Meclisinin aynı konuda kanun çıkarması durumunda, Cumhurbaşkanlığı kararnamesi hükümsüz hale gelir.»

Fransa’da 23 Mart 2020 tarihli 2020290 sayılı “COVID-19 Salgını ile Mücadele Olağanüstü Haline Dair Kanun” ile sağlık olağanüstü hali (OHAL) kanunu çıkarılarak, COVID-19 virüsüne karşı mücadelede Başbakan’a özel kolluk yetkisi kapsamında düzenleyici kolluk işlemleri yapma imkânı tanınmıştır. Bu kapsamda COVID-19’un gündeme soktuğu Bilim Konseyi de Bilim İnsanları Komitesi adıyla yasal bir zemine kavuşturulmuştur.³¹

Benzer düzenleme Türkiye’de de yapılabilirdi. Ancak bu kadar önemli fakat basit bir hukuki düzenlemeyi yapacak siyasi irade maalesef oluşmadı. İster istemez sormak zorunda kalıyoruz: Hukuk bizim neyimiz olur? Kemal Gözler’in dediği gibi “gömleğin ilk düğmesi yanlış iliklenince, kaçınılmaz olarak izleyen düğmeler de yanlış iliklenir.”

Elbette ki salgın hastalıklarla, korona virüsü ile ilgili tedbirler alınmak zorundadır. Ancak bu tedbirleri açıkça tatad etmemiş kanunlara değil, Anayasanın, yukarıda saydığımız temel hak ve özgürlüklerin sınırlandırılmasını düzenleyen ilgili maddeleri esas alınarak çıkarılacak kanunlara dayanması gerekirdi. Burada tartışma

³¹ Memduh Cemil ŞİRİN, “Fransa’da COVID-19 ile Mücadele Kapsamında Ulusal Düzeyde Alınan Kolluk Tedbirlerinin Hukuki Rejimi: İlk İzlenimler, <http://iupress.istanbul.edu.tr/en/journal/mecmua/article/fransada-covid-19-ile-mucadele-kapsaminda-ulusal-duzeyde-alinan-kolluk-tedbirlerinin-hukuki-rejimi-ilk-izlenimler>



konusu tedbirlerin kendisi değil, hukuka ve yasalara uygun şekilde alınması usulüdür.

Genelgelerin Bağlayıcılığı

Sağlık Bakanlığı'nın pandemi tedbirlerine ilişkin karar ve genelgeleri de hukuka aykırı düzenlenmiştir. “Genelge”nin hukuki tanımı, “*İdarenin kendi personeline uygulayacağı yazılı emir ve talimatlar*” olduğudur. Genelgeler, idari personel dışında sair vatandaşlara hitap etmediği ve onları bağlamadığı gibi, kendi personeli açısından hukuka aykırı düzenledikleri için Anayasa'daki temel hak ve hürriyetler yönünden de personeli bağlamamaktadır. Aşağıda da ifade ettiğimiz gibi temel hak ve özgürlükler Anayasa'nın 13. Maddesi uyarınca ancak kanunla sınırlanabilir. Fakat Bakanlık, Resmî Gazetede de yayınlanmayan ‘Personel İşlemleri’ genelgesi ile personeline **‘istifa yasağı’** getirmiştir. Yine benzer şekilde **“Polislerin Görev Sırasında Resimlerinin Çekilmemesi”** gibi tamamen absürd, kamusal alan tanım ve uygulamalarına, idarenin işlem ve eylemlerinin şeffaf olarak yürütülmesi, denetlenebilirlik ve hesap verebilirlik ilkelerine, kamunun bilgi alma hakkına, genel işleyişe aykırı yasak getirmiştir.³²

Hukuk devletinde belirsiz ve bağlayıcı olmayan yasaklara/sınırlamalara vatandaşların uyması beklenemez. Aksine bu düzenlemelerin hukuka uyarlı olarak yapılması istenir, aksi halde direnilir. Anayasal hak olan direnme hakkı tam da bu durumlarda, idarenin hukuka aykırı işlem ve eylemleri-ne karşı söz konusu olur.³³

³² İdarenin (Devletin) Kusurlu Sorumluluk (hizmet kusuru ve görev kusuru) Kusursuz Sorumluluk ve Sosyal Risk Sorumlulukları için Bkz: Muharrem BALCI, Ömer ANIK, Abdullah KAYAN, Ümmügülsüm KILINÇ, *Devletin (İdarenin) Hukuki Sorumluluğu*, <http://www.muharrembalci.com/yayinlar/tebligler/228.pdf>

³³ Aybüke EKİCİ, *Direnme Hakkı*, <http://www.muharrembalci.com/hukukdunyasi/makaleler/birikimlerIV/148.pdf>

Ayrıca Bkz: Ramazan USLUBAŞ, *Alman Anayasasına Göre Direnme Hakkı*, <http://www.muharrembalci.com/hukukdunyasi/makaleler/birikimlerVI/1371.pdf>



Gereksiz değil, hukuka aykırı

Korona virüs ile mücadele amacıyla alınan söz konusu tedbirler *gereksiz değil, gereklidir fa-kat hukuka aykırıdır*. Bir tedbirin gerekli ve yararlı olması başka bir şey, hukuka uygun olması başka bir şeydir.

Anayasa (m.15 ve 119), tehlikeli salgın hastalıklarla mücadele amacıyla ihtiyaç duyulabilecek tedbirlerin alınması için gerekli bütün hukuki imkân ve yolları Cumhurbaşkanına vermiştir.³⁴ Cumhurbaşkanının yapması gereken şey, önce tehlikeli salgın hastalık sebebiyle olağanüstü hâl ilân etmek ve sonra da bu tedbirleri öngören Olağanüstü Hâl Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi çıkarmaktan ibaretti.³⁵ Türkiye’de maalesef Anayasa, m.15’e ve m.119’a uygun bir şekilde bu tedbirler düzenlenebilecek iken, aşırı özgüven gösterilerek sağlık tedbirlerinin hukuka aykırı olarak alınması yoluna gidilmiştir.

Genel sağlığın korunması gerekçesiyle özel yaşama saygı gösterilmesi hakkı ihlal edilebilir. Yani kamu sağlığının korunması için aşının gerekliliği bilimsel olarak ispat edildiğinde, bu sınırlama ölçütü

³⁴Anayasa Madde 119/1. Cumhurbaşkanı; savaş, savaşı gerektirecek bir durumun başgöstermesi, seferberlik, ayaklanma, vatan veya Cumhuriyete karşı kuvvetli ve eylemli bir kalkışma, ülkenin ve milletin bölünmezliğini içten ve-ya dıştan tehlikeye düşüren şiddet hareketlerinin yaygınlaşması, anayasal düzeni veya temel hak ve hürriyetleri orta-dan kaldırmaya yönelik yaygın şiddet hareketlerinin ortaya çıkması, şiddet olayları nedeniyle cumhurbaşkanının ciddi şekilde bozulması, **tabii afet veya tehlikeli salgın hastalık** ya da ağır ekonomik bunalımın ortaya çıkması hallerinde yurdun tamamında veya bir bölgesinde, süresi altı ayı geçmemek üzere olağanüstü hal ilan edebilir.

³⁵Anayasa M. 119/5-6. **Olağanüstü hallerde** vatandaşlar için getirilecek para, mal ve **çalışma yükümlülükleri ile 15 inci maddedeki ilkeler doğrultusunda** temel hak ve hürriyetlerin nasıl sınırlanacağı veya geçici olarak durdu-rula-cağı, hangi hükümlerin uygulanacağı ve işlemlerin nasıl yürütüleceği **kanunla** düzenlenir.

Olağanüstü hallerde Cumhurbaşkanı, olağanüstü halin gerekli kıldığı konularda, 104’üncü maddenin **17. fıkrasının 2. cümlesinde belirtilen sınırlamalara tabi olmaksızın Cumhurbaşkanlığı kararnamesi** çıkarabilir. Ka-nun hükmündeki bu kararnameler Resmî Gazetede yayımlanır, aynı gün Meclis onayına sunulur.



uygulama alanı bulacaktır. Burada önemli olan sadece aşı yapılacak bireyin değil onun aşılınmaması halinde toplumsal sağlığın tehlikeye düşeceğinin ispatıdır. Bir başka ifade ile sınırlama ölçütlerinin varlığı önlem alınabilmesi için tek başına yeterli değildir. Sınırlama ölçütlerinin kanunla düzenleniyor ve demokratik toplumlarda gereklilik şartı doğrultusunda uygulanıyor olmalıdır. (Bireye müdahale edilmediğinde toplum sağlığının tehlikeye düştüğünün ispatı). Bu konuda da idare maalesef sınıfta kalmıştır. Sinovak aşısının ve bu aşığı olanların başına gelenleri tekrar etmeye gerek var mı? Sinovak aşısı yeni mutasyonlar karşısında tuzlu su mesabesine düşmüştür. Sinovak'tan sonra en yaygın aşı olarak Pfizer-BioNTech aşısının da sonraki mutasyonlar için koruyuculuk oranının düşmesi söz konusudur. Bu da aşının muhatapları arasında bir güvensizlik oluşturmaktadır.

Toplumun tamamından aşı konusunda mutlak uyum şartı aranması mümkün değildir. Nitekim Anayasa Mahkemesinin “zorunlu aşı” konusunda idarenin işlem ve eylemlerinin hak ihlali oluşturduğuna dair kararları mevcuttur.³⁶ Buna bir de kanunla düzenlenmeyen tedbirler eklenince kaos kaçınılmaz olmaktadır.

BİLİM VE HUKUK

Bilim;

Bilim, “ya doğru değilse” diyerek maddi gerçeğe ulaşmak ister. Tabii ki bilim için dur durak yoktur. Ütopiktir, deşışkendir. Sabiteleri yoktur. Sabitelerinin olmaması, bilim içinde veya dışında bazı şahsiyetlerin bilim ütopyasını distopyaya dönüştürmesine de imkân tanır. Nitekim bazı yayınlarda, hukuka aykırı ilan edilen ve yaptırıma bağlanan sağlık tedbirleri, aşı ve küresel çeteler ifşa edilirken bir korku metaforu oluşturuluyor. İlginç olan da bu bilim adamlarının ne tıpcı ne de hukukçu olmalarıydı.

³⁶ AYM, Genel Kurulu, Halime Sare AYSAL Kararı



Hukuk;

Hukuk, “ya doğru ise” diyerek maddi gerçeğe ulaşmak ister. Sabiteleri vardır. Sabiteleri de hukukun temel kaynaklarını içinde barındıran din veya ideolojilerdir. İdeolojisiz insan olmadığı ve olmayacağı gerçeği bizi böyle bir sonuca ulaştırıyor.³⁷

Ancak;

Hukukun, ilahi ve beşerî tüm sistemlerin ilk kuralı, evrensel kural olarak, “**aslolan ibahadır**”. Yani “mübah olan / yasaklanmamış olan”dır.³⁸

Pandemi ve aşı konusunda elimizdeki en önemli veri de “aslolan ibahadır” kuralıdır. Yani masumiyet / suçsuzluk karinesidir.

Bu nedenle savunucuları ve karşıtlarının iddiaları, söylemleri ve üretimleri karşısında tavrımız, **ya doğru ise** duruşu olmalı. Devlet de bu yönden bakıyor gibi³⁹ görünüyorsa da hukuka dair belirti göstermemesi, karşıtlarının onu küresel aktörlere teslimiyetçi olarak yaftalamasına neden oluyor ki, uygulamalara bakılırsa haksız da sayılmazlar. Öte yandan “*Ya doğru değilse*” diyebilmek, bilim insanı olmayanlar için geçerli bir dayanak olamaz. Fakat, hukuk hayatın kendisi olduğundan her birey ve topluluk, *ya doğru ise* diyerek, bilimsel verilerin aksi ispat edilmedikçe geçerliliğinde hem fikir olmalıdır. O halde devlet (idare) aşı ve Pandemi tedbirlerini hukuka uygun şekilde düzenlemeli, kamuoyuna açık, şeffaf bir şekilde anlatmalı, çelişkili uygulamalara gitmemelidir.

³⁷ Muharrem BALCI, *Hukuk Mantiği*,

³⁸ Eşyada asıl ibahadır. Haram oluşuna delil bulunmadığı sürece eşyada asıl olan mübah olmasıdır. “Size haram kıldı-ğı şeyleri açıklamıştır” (En’am 119)

³⁹ Başbakan Erdoğan’dan Aşı Azarı. Bakan Akdağ’ın, “Cumhurbaşkanı ve Başbakan da aşı olacak” sözlerine tepki gösteren Başbakan Erdoğan, “Haberim olmadan benim adımlı vermişsin, hemen düzelt” dedi. Başbakan, aşının iste-ğe bağlı olduğunu da söyledi. <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/basbakan-erdogan-dan-bakan-akdag-a-asi-azari-12851720>



SONUÇ OLARAK

Bilimin verilerine ihtiyatla yaklaşmakla birlikte, ulaşılan son bulguları kabulden başka bir yol kalmıyor. Öte yandan bulguları, tedbirleri hukuka uygunluk yönünden denetlemek de sivil toplumun bir gereği ve görevidir. Sivil toplum bu görevini bilim ve hukukun verileri ve kuralları ile değil de sloganlarla yerine getirmeye çalıştığına kaos kaçınılmazdır.

Konunun idare yönünden açılımı da hukuka uyarlı olmayan genelge ve yönergelerle hukuk dayatmasının toplumu ayrı bir kaosa götürmesidir. Bir başka ifade ile devlet – millet elele toplumu bir kaosa doğru götürüyoruz. İhtiyat, maddi gerçeklik, uyumluluk, itiraz/itizal kavramları artık ta-raflar için bir anlam ifade etmiyor. Kakafoniyi andıran bir konsept, bizi sağlıklı sonuçlara götürecektir.

Toplumdaki bilgisizlikle, bağımlılıklarla, hukuka aykırılıklarla mücadele, öncelikle devlet/idare/nin görevidir. Zira her tür öğretim ve eğitim devletin düzenlemesine tabidir. Aşı ve Pan-demi/sağlık tedbirleri kapsamında sorumluluk da öncelikle devlete aittir. Devlet bu sorumluluklarını yerine getirirken hukuka uyarlı düzenlemeler yapmak zorundadır. Ben yaptım oldu anlayışı ile toplumun hiza-ya getirilmesi sadece geçici bir şaşkınlık oluşturur ki, sonrasında oluşacak kaos, toplumun ve tabii ki devletin de zaafa düşmesini beraberinde getirecektir.

Her zaman ifade ettiğimiz gibi, “Yarabbi, yöneticilerimize basiret ihsan eyle.” Âmin.



Kaynaklar

Ahmet Halûk ATALAY, “Bir Hukuk Mantığı Var Mıdır?” <http://hukukkurami.net/media/file/hukukmantigi.pdf>

Amadou TOGOLA, “Afrika’da Aşı Faktörü ve Aşı Kampanyaları”, <https://afam.org.tr/afrikada-asi-faktoru-ve-saglik-kampanyalari/>

Arslan BULUT, “Aşı Olanlardan Alınan Onam İmzası”, Yeniçağ 6 Şubat 2021.

Arslan BULUT, “Aşıdan Önce Testi Konuşmak Gerekir”. Yeniçağ, 21 Aralık 2020

Aybüke EKİCİ, *Direnme Hakkı*, <http://www.muhammedbalci.com/hukukdunyasi/makaleler/birikimlerIV/148.pdf>

Burhanettin CAN, “Bileşenleri Bilinmeyen Yabancı kaynaklı Aşılarla Karşı Çıkmak Aşıya Karşı Olmak Demek Değildir”. Umran Dergisi, Sayı 326, Ekim 2021.

KASAROĞLU, *Covid-19 Aşısı Türkiye’de Zorunlu Hale Getirilebilir mi?* <http://www.kasaroglu.av.tr/tr/Covid-19-asisi-turkiyede-zorunlu-hale-getirilebilir-mi>

Kemal GÖZLER, *Korona Virüs Salgınıyla Mücadele İçin Alınan Tedbirler Hukuka Uygun Mu? (2)*, <https://www.anayasa.gen.tr/korona-2.htm> (Yayın tarihi 6 Temmuz 2020)

Kemal GÖZLER, *Pandemiyle Mücadele Şemasının Hukuki Şeması: Bir Özet*, <https://www.anayasa.gen.tr/pandemi-ozet.htm> (18 Mayıs 2021)

Mehmet GÖKSU, SOLUNUM PLATFORMU (solunumgooglegroups.com) Raportörü, “Sigara İçenlerin Tedavi Hakları ve Sağlık Giderlerinin Karşıllanması”. <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-sigara-icenlerin-tedavi-haklari-ve-saglik-giderlerinin-karsilnasi-2-12-45627.html>



Mehmet DEMİR, İlaç Kullanımı Sonucunda Doğan Zararlardan İlaç Üreticisinin, Eczacının ve Hekimin Sorumluluğu. <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2010-89-623>

Memduh Cemil ŞİRİN, “Fransa’da COVID-19 ile Mücadele Kapsamında Ulusal Düzeyde Alınan Kolluk Tedbirlerinin Hukuki Rejimi: İlk İzlenimler, <http://iupress.istanbul.edu.tr/en/journal/mecmua/article/fransada-covid-19-ile-mucadele-kapsaminda-ulusal-duzeyde-alinan-kolluk-tedbirlerinin-hukuki-rejimi-ilk-izlenimler>

Metin AKTAŞOĞLU, “Yeni aşı tartışması: İnaktif aşı mı, mRNA aşısı mı? Uzmanlar yanıtladı...” <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/yeni-asi-tartismasi-inaktif-asi-mi-mrna-asisi-mi-uzmanlar-yanitladi-6153670/>

Muharrem BALCI, “Hukuk Mantığı”, <http://www.muhamrembalci.com/yayinlar/tebligler/47.pdf>

....., İSTANBUL SÖZLEŞMESİNDEN İNSANI VE AİLEYİ KORUMAK, Pınar Yayınları, İstanbul 2020.

....., Ömer ANIK, Abdullah KAYAN, Ümmügülüm KILINÇ, Devletin (İdarenin) Hukuki Sorumluluğu, <http://www.muhamrembalci.com/yayinlar/tebligler/228.pdf>

Naman BAKAC, Pandemi, Özgürlük ve Liberalizmin Tıkanıklığı, <http://www.muhamrembalci.com/hukukdunyasi/alintilar/1476.pdf>

Nurcihan DALCI, “TBK 71 bağlamında İlaç Üreticisinin Tehlike Sorumluluğu”, <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2014-114-1407>

Ramazan USLUBAŞ, Alman Anayasasına Göre Direnme Hakkı, <http://www.muhamrembalci.com/hukukdunyasi/makaleler/birikimlerVI/1371.pdf>

Süleyman ŞAHİN, “Emperyalizmin Aşı Terörü”, <http://www.gercek-hayat.com.tr/kapak/emperyalizmin-asi-teroru/>



Vecdi ARAL, HUKUK FELSEFESİNİN TEMEL SORUNLARI, Oniki Levha Yayıncılık, İst. 2010.

Vecdi ARAL, *Hukuk Nedir?* “Hukuka Felsefi ve Sosyolojik Bakışlar - VI” Sempozyum, 26-29 Kasım 2012, İstanbul, HFSA (Hukuk Felsefesi ve Sosyoloji Arkivi), İstanbul Barosu Yayınları, 2014. s.19. <https://www.istanbulbarosu.org.tr/files/Yayinlar/Kitaplar/doc/HFSA26.pdf>

.....

“Aşıyla ilgili çok can sıkacak araştırma”, <https://www.dunyabulteni.net/saglik/asiyla-iligili-cok-can-sikacak-arastirma-h511165.html>

“Aşı Karşıtları İçin Hayat Pahalılaşacak”, <https://www.dunyabulteni.net/avrupa/asi-karsitlari-icin-hayat-pahalilasacak-h510111.html>

“Afrika’da üretilen 10 milyon doz aşı AB’ye ihraç edildi.”

<https://www.ntv.com.tr/galeri/dunya/kuresel-saglikta-yeni-somurgeci-yaklasim-afrikada-uretilen-10-milyon-doz-asi-abye-ihrac-edildi,ErmoKmJsN0mcDvaTlmUf6Q/4vA89anYDE6GnJHXn4xlzg>

“Başbakan Erdoğan’dan Aşı Azarı.” <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/basbakan-erdogan-dan-bakan-akdag-a-asi-azari-12851720>

“Koronavirüs: BBC Türkçe’ye konuşan Bilim Kurulu üyeleri, Sağlık Bakanı Koca’nın ‘Her vaka hasta değildir’ açıklaması hakkında ne düşünüyor?” <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-54391859>



SALGIN SÜRECİNDE HEKİMLİK MESLEĞİNİN DEĞİŞEN TOPLUMSAL KONUMU

Elyesa Koytak

I İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyoloji AD Araştırma Görevlisi

Başlarken, sunumun başlığında geçen “toplumsal konum” ifadesi üzerinde durmak gerektiğini düşünüyorum. Toplumsal konum derken ne kastediyoruz? Elbette fiziki bir konum, bir mekan değil. Burada zamandan kazanmak adına, Emile Durkheim’ı takiben, bireyin üstünde zorlayıcı bir gücü olan her olguya toplumsal diyebiliriz. Bireyin algı, yorum ve eylem şemalarını biçimlendiren, harici kuvvetler. Bu kısa ve açıklayıcı tanım, hekimliğin toplumsal konumu derken tek tek her hekimin bireysel ilgi, donanım, arzu, çıkar ve ilişkilerinin ötesine geçip, hekimleri hem kendi içinde farklılaşan gruplar olarak hem de diğer meslek gruplarıyla farklılaşan bir grup olarak düşünmeyi teklif eder. Bir mesleğin toplumsal konumunu incelemek o halde, farklılaşmanın dinamikleri olarak mesleğin çalışma şartları, gelir skalası, demografik dağılımı, iş yeri örgütlenmesi, özerklik, mesleki tekelin ve otoritenin inşası, kamusal nüfuz ve imajı gibi bakımlardan nasıl yapılandığını açığa çıkarmayı gerektirir. Bunların



hepsi birbiriyle ilişkili olmakla birlikte, zaman kısıtlaması nedeniyle, mesleğin çalışma şartlarını, kamusal imajını ve demografik yapısını konu edineceğim.

Burada önemli bir soru beliriyor. Son salgın döneminde Türkiye’de hekimliğin toplumsal konumu nasıl değişti? Bir değişim varsa öncelikle, değişimden önceki hali tespit etmek gerekir. Sonda söyleyeceğimi başta söylemem gerekirse; hekimliğin toplumsal konumu her zaman çelişkilerle dolu bir konum olmuştur ve salgın süreci, bu çelişkilerin güçlü şekilde açığa çıkmasına yol açtı. Salgın, hekimliğin toplumsal konumunda öteden beri biriken bazısı açık bazısı örtük, potansiyel ve görünmez çelişkileri keskinleştirdi, görünür hale getirdi. Bir anlamda, hemen her sosyal kriz gibi katalizör oldu.

Çalışma şartlarından başlayabiliriz. Hekimlik öteden beri çok sıkı bir çalışma hayatına sahip olmak anlamına geldi. Hekimlerin iş yükünden şikayetlerinin kaynağı ironik olarak, mesleğin 19. Yüzyıldan bu yana kamusal sağlık hizmeti olarak tanımlanmasıyla ve devletin bürokratik istihdam ve terfi şemsiyesi altında kurumlaşmasıyla alakalıdır. 1960’larda uygulanan sosyalleştirme politikası ve 1980’lerde başlayan mecburi hizmet uygulaması, mesleğin zorlu deneyimlerini kitlesel ölçeğe taşıyan süreçlerdir. Devletin birçok kurumunun henüz gitmediği yerlere öteden beri genç doktorların gittiğini, belki tarih boyunca tabip girmemiş köy ve kasabalarda her türlü zorlukla karşılaştıklarını biliyoruz. Dolayısıyla tıp mesleği bir yandan istihdam garantisi sağlarken ki bu, üniversite sınavında tıp fakültesi tercihinin en baskın nedeni görünüyor, diğer yandan madalyonun öbür yüzünde, her hekimin mesleğin müstakbel getirilerinin diyetini mecburi hizmet yoluyla önden ödemesi vardır ve başka mesleklerde zor bulunan bu yapısal çelişki, mesleği kamu karşısında hem borçlu hem alacaklı kılan devletle bitişikliğinin sonucudur.

Çalışma şartlarının zorlaşması veya yakınma konusu haline gelmesinin ikinci kökeni, meslek piyasasında ve iş yeri ilişkilerinde



avantaj ve imtiyazlar getiren bir merteye olarak uzmanlığın pratisyenlikten ayrışmasıdır. 1960'lerden bu yana uzman hekim sayısı Türkiye'de pratisyenlerden fazla oldu; ancak özellikle 2000'li yıllarda aradaki makas çok açıldı. 2018 itibarıyla ülkemizde 82 bin uzman hekim ve uzman olma yolunda ilerleyen 26 bin asistan hekim var; ve bu ikisinin toplamı, mevcut hekimlerin %71'ine tekabül ediyor. İstedığı branş, istediği kurum veya en azından asgari düzeyde tercihi tutana kadar çok defa TUS'a girenlerin sayısı her sene artıyor.

Pratisyenliğin gelir ve statü bakımından meslek içi alt tabaka olmaya itilmesinin sonucunda uzmanlaşmaya hücum, iki şeyi beraberinde getiriyor: Meşakkatli ve çileli asistanlık sürecinde mesleğin çalışma şartları gayri resmi bir eleyici kriter olarak, ama kurumdan kuruma değişen şekilde işliyor. İkincisi, bu çile veya seyr-i sülukun sonunda varılacak mertebenin maddi kazanç, iş rutini, statü ve simgesel getirilerine dair beklenti ve arayışları çoğaltıyor, çeşitlendiriyor. Asistanlık boyunca zorlu nöbetler, nefes almaya vakit bulunmayan fazla mesailer, yetersiz ücretler, itiraz edilemeyecek kadar kurumsallaşmış ama bir o kadar da yasal hak ve özgürlüklerle şaşkırtıcı derecede ters düşebilen ilişki ve etkileşimler, yıldırma ve istismar gibi birçok bahis ya mecburi hizmet sonrası toplumsal konuma dair beklentileri artırıyor, ya da mesleğin mesai ve rutinindeki zorlukların mesleğin doğası olarak çileci şekilde kabullenilmesine yol açıyor. Gerçekten de üniversite diplomasıyla yapılan hiçbir meslekte, uzmanlığını almaya yaklaşmış, diyelim ki 27-28 yaşında bir hekimin yaşadığı kadar yorucu bir çalışma rutini ve temposu bulamayız; fakat tam da bu nedenle uzmanlıktan sonrasına dair planların birikmesini, belirsizlikleri ve muhtemel tatminsizlikleri de başka bir sektörde pek görmüyoruz.

Hekimin toplumsal konumunun hem maddiyat hem statü anlamında getirileri o halde ertelenmiş olarak tecrübe ediliyor. Dolayısıyla mesleğin en genel anlamıyla devletle kurduğu güvenli ama talepkar istihdam ilişkisi; ayrıca uzmanlaşmanın meslek içinde mecburi bir



yatırıma ve tabakalaşma mekanizmasına dönüşmesi hekimliği, çok zorlu ama bu zorluğu telafi edecek vaat ve güzergahların da çeşitlendiği bir meslek kılıyor. Uzman emeği aynı zamanda özel sektör için kamuyla rekabet edilecek bir kaynağa dönüşüyor: Son yirmi senede özel sektörde çalışan hekim sayısı iki katını aşarken özelde çalışan uzman sayısı da iki katını aştı. TUS tercihlerinde hastayla en az temas edilen, en çok maddi kazanç getiren, en rahat branşların üst sıralarda olması öteden beri mesleğin olumsuz gidişatının manidar bir göstergesi olarak söylenilir ancak bu aşık eğilimi, meslek piyasasının hızla çeşitlendiği ve giderek kalabalıklaştığı bir bağlamda genç kuşakların yapısal zorluklara karşı meslekten beklentilerini mümkün olduğu kadar karşılamak için bireysel güzergahlarını inşa etmeye mecbur kalması olarak değerlendirmek gerektiği de açıktır.

Uzman hekimin önden ödediği toplumsal diyetin telafisine yönelik mekanizmalarının işlememesi durumunda mesleki kariyer, sancılı bir çelişki yumağı haline gelmektedir. Nitekim salgın sürecinde bunun yaşandığını gördük. Kovid kliniğinde görev alan enfeksiyon, göğüs hastalıkları, dahiliye gibi branşların fazlasıyla mesai yaptığını, çünkü malum hastalığın klinik seyrinin daha çok bu branşların tanı ve tedavi teknikleri kapsamında tanımlandığını biliyoruz. Tıbbi görüldüğü kadar sosyal ayrışma ve hiyerarşilerle yüklü ancak dışarıdan müdahale ve denetime görece kapalı bir iş bölümü olarak branş farkları, belli hekim gruplarının salgına kadar zaten yoğun olan iş yükünü belirsiz, ucu açık ve tahammülü zor bir seviyeye çıkardı. Bilinmeyen bir hastalıkla mücadele etmek, izin kullanamamak, aile ve sevdiklerine bulaştırma kaygısı, salgının ne zaman biteceği yönündeki müthiş belirsizlik gibi durumlar kovid kliniğinde görev alan bilhassa asistanların ve genç uzmanların mesleki memnuniyetsizliğini daha da artırırken diğer branşlarda muayene ve operasyon sayısının azalması ise ironik olarak mesleki tatmini artırdı. Diğer yandan, salgın nedeniyle yapılan ek ödemelerin düzensiz, eksik, adaletsiz ve nihayetinde yetersiz olduğu yönündeki



şikayetler de devam etti. Salgın yönetiminin idari ve ekonomik boyutu o halde, mesleğin zorlu çalışma şartları ile tatmin edici olmayan getirileri arasındaki gerilimi daha da derinleştirdi. İzin ve istifa yasağı gibi uygulamalar, mesleki kimliğin aşınması ile çileci kabulleniş arasındaki salınımı hızlandırdı.

Hekimliğin toplumsal konumuyla ilgili ikinci bir husus, mesleğin kamusal imaj ve itibarı noktasında yoğunlaşıyor. Hekimlik hep aranan, hele de tedavi sonuçları tatmin edici olduğunda minnet duyulan, çok kazandığı düşünülen ve dolayısıyla ulaşılmak istenen, birçok kişinin kendi çocuğunu görmek istediği, belli belirsiz bir bilimsel rasyonalite atfedilen toplumsal imajını korumaktadır. Fakat diğer yandan, sadece Türkiye’de değil bütün dünyada son otuz yılda artan şekilde, hekimlerin bilgi tekeline dair şüphe ve sorgulamalar artmaktadır; sosyal devletin sağlık sektöründen seçici ve kademeli şekilde çekilmesiyle hekimlerin maddi kazançları ve iş yerindeki özerkliği erimektedir. Ve en önemlisi artık tıbbın odağında hekim-hasta ilişkisi değil, sağlık hizmetleri, performans ve verimlilik vardır. Bu durumda hekim emeği ikame edilebilir hale geldikçe hekimin uzun ve çileli öğrenme sürecine dayanan bilgi ve becerileri ve buna bağlı olarak hasta ve vatandaş nezdindeki itibarı aşınmaktadır. Hekimin sağaltıcı karizması ve otoritesi hekimin şahsından hem kamuda hem özelde sağlık kurumlarına kaymaktadır.

Nitekim aile hekimliği, MHRS, şehir hastaneleri gibi görece yeni uygulamalar hizmet verenle hizmet alanın daha sık ve yoğun karşılaşmasını beraberinde getirdiği gibi, hizmet alanın talep ve beklentilerini yükseltmiştir. Hizmet alanlar bir yandan mesleğin getirilerine dair eski dönemlerden miras kanaatleri muhafaza ederken diğer yandan hiç olmadığı kadar hızlı, kesin ve kaliteli bir hizmet almak talebindedir ve bu çelişki, sözgelimi acil serviste yeşil alanda yarım saat beklemenin tatminsizliğe, tatminsizlik de hastane hizmetlerinin yapılanmasındaki zaafarla birleştiğinde şiddete dönüştüğünde



şiddeti çeken paratoner, hizmet veren hekimler olmaktadır. Hekim, biraz önce dediğim gibi ertelenmiş bir toplumsal konuma yolculuğunda asistanlığı boyunca sayısız hasta bakarken, hastanın hekime bakışı ise hekimin daha hızlı ve daha tatmin edici bir hizmet sunmak zorunda olduğu yönündedir ve bu noktada hastanın tatmini hekimin tıbbi kriterlerinden ziyade hastanın tıbbi olmayan beklentilerine göre şekil almaktadır. Hastayla hekimin karşılıklı tatminsizliği ve itibar kaybı noktasında sahayla bürokrasinin birbirinden habersizliği de sorunları güçleştirmektedir.

Salgın sürecinde hekimlerin bu çelişkili itibar ve imajının keskin şekilde açığa çıktığını gördük. Salgın tıbbin içini dışına çıkardı; epidemiyoloji, viroloji, immünoloji, aşı çalışmaları, enfeksiyon gibi öncesinde pek bilinmeyen veya sadece ismen duyulan uzmanlıklar, her akşam üst üste canlı yayınlarda uzmanlarca kanlı canlı şekilde temsil edilmeye başlandı ve büyük oranda tekyönlü ve teksesli bilgi ve yönlendirmeler, hastalığa yakalanmamaya çalışan vatandaşın kullanımına girdi. Sürecin elbette belirleyici bir dinamiği, “bilim kurulu” denilen heyetin tesisleriyle, salgınla ilgili bilimsel bilgi ve tavsiye üretme yetkisinin tıbbın dışına kesinkes, tıbbın içinde de belli branşlar dışına göreceli şekilde kapatılması oldu. Hayatın her anına ve köşesine virüsten daha yoğun şekilde nüfuz eden salgın üzerine söylem ve salgın yönetim mekanizmaları aileden çalışma hayatına, eğitimden kültüre, çocukların ve yaşlıların temel hak ve özgürlüklerinin akıbetine kadar hemen her şeyin medikalizasyonuna yol açtı. Hastalıkla mücadele savaş metaforuyla tanımlandıkça ve klinik görev yapan sağlık çalışanları mücadelenin ön cephesindeki yorgun ve hakkı ödenmez savaşçılar olarak idealize edildikçe, salgın yönetiminin “komuta kademesi”nin belli branşlara ve belli branşlardaki kıdemli otoritelere terk edilmesinin meşruiyeti de güçlendi. Bu söylem tekelinin, meslekteki hakim konumlarla idari-bürokratik yapıdaki yetkili konumlar arasında aslında ne kadar araçsal ve karşılıklı bir kazanım ilişkisine dayandığı ayrıca incelenmeye değer.



Fakat salgınla gelen kamusal otorite temerküzü bir yandan tıp dünyasının topyekun itibarını tamir ederken bir yanıyla da bu tamiratın simgesel artı değerini, “cephedeki asker” olan klinisyenlerden ziyade mesleğin bürokratik kürsüsünü ve medya vitrinini meslekteki meşru uzmanlığına binaen dolduranlara bıraktı.

Diğer yanda ise şehirden şehre, hastaneden hastaneye, kamudan özele çok farklılaşacak şekilde sahada görev alan ve salgın öncesinde gelir, iş yükü, statü ve kariyer bakımlarından zaten son derece farklılaşmış olan hekim kitlesinin salgınla birlikte mesleğiyle kurduğu ilişkinin nasıl çatallandığını veya dönüştüğünü, sosyal bilimlerden gelen birkaç öncü inceleme dışında göremedik, haberdar olmadık. Doktorları alkışladık, salgınla ilgili günlük hayatta ne yapmamız gerektiği noktasında doktorlara kulak kabarttık ama tam da zaten, “doktorlar” ifadesinin geçtiği her cümlede bu meslek grubunun toptancı bir şekilde algılanma ve yorumlanması yönündeki alışkanlığın da etkisiyle göremediğimiz şeyler oldu. En basitinden, her bir doktorun öznel varoluşunu biçimlendiren mesleki aidiyet, mesleki tatmin, mesleki aşınma ve mesleki dayanışma örüntülerini; bu örüntülerin iş yerindeki nesnel ilişkiler, hiyerarşi ve süreçler içinde nasıl kuvvetlendiğini ve derinleştiğini göremedik. Keza salgınla ilgili hemen her tartışma konusu doktorlarla doktor olmayanlar arasında, aşı taraftarlarıyla aşı karşıtları arasında, bilim vaizleriyle paranoyak komplocular arasında, yani son derece suni, kaba ama kullanışlı ikiliklerde sıkışıp kaldığı için; salgın boyunca kıdem, cinsiyet, hastane tipi, gelir, bölge gibi en basit ayrımların doktorlar için neye tekabül ettiğini düşünecek fırsatımız olmadı. 156 bin kişiyi kastederek “doktorlar” diye yekpare bir gruptan bahsetmenin, grup adına konuşarak grubun kamusal rolünün ve çilesinin getirilerini büyük oranda toplayan meşru otoritelerle bu grubun toptan karşısında konumlanarak kendi sektöründe pazar payı elde etmek isteyen gayrimeşru şarlatanlar arasında ortak bir strateji olduğunu görmek zorlaştı.



Esasen hekimlik mesleği demografik anlamda tarihi bir dönüşümün eşiğindedir: 2007'den bu yana nüfusu artan tıp fakültelerinde 2020 itibarıyla kayıtlı öğrenci sayısı, mevcut hekimlerin %65'ini geçmiş durumdadır. Aynı zamanda kayıtlı tıp öğrencileri arasında kadın oranı ilk defa 2017 yılında %50'yi geçti. Dolayısıyla çok ciddi bir gençleşme ve kadınlaşma dinamiğinin mesleğin geleceğini yeniden şekillendirecek görünmekle birlikte, mevcut kurumsal veriler yeni kuşakların profilini yansıtmaktan henüz uzak görünüyor. Sözelimi 2010'lu yıllarda, bütün üniversitelerde görev yapan profesör sayısı %39,3 artmışken tıp fakültelerinde görev yapan profesör sayısı, yeni açılan fakültele rağmen sadece %11,9 artmıştır. Kamuda ve özelde görev yapan doktorların en temel sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik örüntülerinin dağılımına dair bu zamana dek yapılmamış ama acilen yapılması gereken incelemeler, mesleğin sorunlarının tespitinde giriş düzeyinde nesnel bilgi sağlayacak.

Toparlayacak olursam, her kriz gibi bu salgın da, meslekteki çelişkili dinamiklerin katalizörü oldu. Salgın, bir yandan mesleğe verilen “askeri” rol sayesinde kamusal otoritenin tasdikini temin etti. Diğer yandan, bu rolün külfetini meslek piyasasındaki emek dağılımı bakımından yüklenmesi gereken doktorlar için izin alamamak, beklentileri karşılayan bir ücret ödenmemesi, tahammül edilemez iş yükü gibi semptomlarda görüldüğü üzere normal denilen zamanlardaki sürekli ve yapısal krizin sosyolojik anlamda klinik seyrini ise ağırlaştırdı. Tam da bu nedenle, salgın boyunca hekimlik tecrübesinin kamu ile özel sektör arasında, kadınlarla erkekler arasında, asistanlarla uzmanlar arasında, uzmanlarla klinik şefleri arasında, doktorlarla hastane yönetimleri arasında, üniversite hastaneleriyle diğer hastaneler ve sağlık bürokrasisi arasında vs. nasıl çeşitlendiğini görmeyi mümkün kılacak araştırmaların artması bu sunumun başlıca temennisidir.



PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUNLARI VE PANDEMİNİN DİĞER HASTALIKLARA ETKİSİ

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Pandemiler tarihte birçok kez görülmüş ve neden olduğu psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel değişimlerle çoğu zaman tarihe yön vermiştir. Günümüzde de bilimin ve teknolojinin oldukça ilerlemesi, farmakolojik ve non-farmakolojik birçok tedavinin uygulanabilmesi ve aşılarla birçok enfeksiyonun önlenmesine rağmen en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Halen devam etmekte olan Koronavirüs Hastalığı-2019 (COVID-19) salgını ilk olarak 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan eyaletinde nedeni bilinmeyen pnömoni vakalarının tespit edilmesiyle başlamıştır. İlk günlerde mikrobiyolojik etiyojisi saptanamayan hastalığa, 2020 yılının Ocak ayında yeni bir coronavirus'un neden olduğu saptanmış ve bu etkene Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) ismi verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 enfeksiyonunu 30 Ocak 2020'de "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırmış ve birkaç ay içerisinde 100'den fazla



ülkede COVID-19 vakalarının tespit edilmesiyle 11 Mart 2020'de küresel salgın olarak tanımlamıştır.^{1,2} Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak 2020'de başlamış ve 22 Ocak 2020'de T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısını gerçekleştirmiştir. Alınan önlemler sayesinde ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde birçok ülkeden sonra tespit edilmiştir.³

Sağlık çalışanlarının görevleri gereği yaptığı işler kendilerine psikolojik ve sosyal açıdan çok ağır sorumluluklar yüklemektedir. Yüklenen bu sorumluluklar, kimi zaman sağlık çalışanlarının zihinsel ve fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Yaşanan pandemiler sağlık çalışanlarının zaten mevcut olan problemlerini çok daha fazla artırmaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunların en başında aşırı iş yükü gelmektedir. Son 20 yılda hastane ve hastane yatak sayısı artışı, hastanelerin daha konforlu ve modern hale gelmesi gibi fiziksel iyileşmeyle beraber hekime başvuran hasta sayılarında ki artış, sağlık çalışanlarının iş yükünü artıran en önemli nedenlerden biri olmuştur. Türkiye'de hastane sayısı 2002 yılında 1156'dan 2019 yılında 1538'e yükselirken, hastane yatağı sayısı 164.471'den 237.504'e yükselmiştir. Bu artış yoğun bakım ünitesi yataklarında kendini daha fazla göstererek 2214'ten 39.955'e yükselmiştir. Sağlık sunum merkezlerinde görülen iyileşme ve artış, hekime başvuran hasta sayısına da yansımış ve hekime başvuru sayısı 2002 yılında yaklaşık 209 milyon iken, 2019 yılında yaklaşık 4 kat artışla 813 milyona ulaşmıştır. Buna paralel olarak kişi başı sağlık sunumuna başvuru sayısı aynı yıllar arasında 3 kattan fazla artarak 3,1'den 9,8'e yükselmiştir. Kişi başı hekime başvuru sayısının 2018 yılında Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde 6,6, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde 6,4 olduğu göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarının üzerinde ki yük daha net olarak görülecektir. Hekime başvuran hasta sayısında ki artışa paralel olarak, hastanede yatarak tedavi olan hasta sayısı da 5.508.263'den 13.806.349'a yükselmiştir.⁴



Sağlık sisteminden hizmet talebi ve alımında ki artışa kıyasla sağlık çalışanı sayısında ki artışın yetersiz kalması sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmıştır. Toplam hekim sayısı 2002 yılında 91.949 iken 2019 yılında 160.810 olmuştur. Hemşire/ebe sayısı ise bu yıllarda 113.872'den 254.075'e yükselmiştir. Ülkemizdeki hekim sayısının yetersizliğini kişi başı düşen hekim sayısı daha net olarak göstermektedir. AB ülkelerinde 100.000 kişiye düşen hekim sayısı ortalama 379, OECD ülkelerinde 352, Yunanistan'da 610 iken, ülkemizde 193'tür. Aynı şekilde diş hekimi sayısı da AB ve OECD ülke ortalamalarının çok altındadır. AB ve OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı sırasıyla 78 ve 72 iken, ülkemizde 40'tır. Yüz bin kişiye düşen eczacı sayısı da ülkemizde 41 iken, AB ve OECD ülkelerinde sırasıyla 88 ve 85'tir. Bu sayı hemşire/ebelerde de benzer şekilde ülkemizde oldukça yetersiz iken (306), OECD ve AB ülkelerinde sırayla 953 ve 851'dir.⁴

Sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlardan bir diğeri sağlık çalışanlarına uygulanan şiddettir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sıklığının araştırıldığı bir çalışmada, ankete katılan çalışanların % 87'si çalışma hayatları boyunca en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını söylemiştir. Bu çalışmada "meslek hayatımda en az 11 kez maruz kaldım" diyenlerin oranı %31 bulunmuştur. Ayrıca, çalışanların %24'ü son bir yıl içerisinde en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu çalışmaya göre çalışanların neredeyse tamamı (%98) son bir yıl içerisinde sözel veya psikolojik şiddete maruz kalmıştır. Kadın sağlık çalışanları erkeklere kıyasla şiddete daha fazla maruz kalmaktadır (% 90 vs % 79). Bu çalışmada bulunan bir diğer önemli bulgu çalışanların % 82'sinin görevini yerine getirdiği sırada şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşamasıdır.⁵ Türkiye'de son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelen şiddet artmış, hatta bu nedenle pek çok sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş, yaralanmış ya da psikolojik yıkıma uğramıştır. 2018'in ilk 4 ayında 2 bin 934 sağlık çalışanı sağlık kurumlarında şiddete maruz kalmıştır. 2013-2018 yılları arasında



68.375 çalışan şiddete uğramış ve bu vakaların %30'u fiziksel şiddet şeklinde meydana gelmiştir.⁶ Çalışma ortamında güven duygusunun yokluğu; duygusal (şok, üzüntü, suçluluk, umutsuzluk, kaygı,...), fiziksel (baş, göğüs ağrısı, mide yanması ve/veya bulanması, kalp sıkışması, gürültüye karşı duyarlılık, sürekli yorgunluk hali, nefes darlığı ve kolay hastalanmak,...) ve davranışsal (uyku ve yeme bozuklukları, sosyal çevreden uzaklaşma, kendini ihmal etme, içe kapanma, konuşmama, dikkatsizlik ve dağınıklık,...) tepkiler halinde kendini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının en önemli sorunlarından biri de özlük haklarıdır. Ne yazık ki ülkemizde hekim maaşları Avrupa ülkeleri, Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi gelişmiş ülkelerde görev yapan meslektaşlarının oldukça altındadır. Hekimler kendi yakınlarını dahi aldıkları ücret konusunda bazen inandırmakta güçlük çekmektedir. Gelişmiş ülkelerde 2019 yılında pratisyen hekim maaşı 60.000 – 271.000 ABD doları arasındayken, uzman maaşları 91.000 – 371.000 ABD doları arasındadır.⁷ Almanya'da bir aile hekimi ortalama haftada 243 hasta görerek ortalama 180.000 Euro/yıl kazanmaktadır. Diğer Avrupa ülkelerinde aile hekimleri ortalama 40.000 – 70.000 Euro/yıl arasında ücret almaktadır.⁸ Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Brezilya ve Meksika'da ise hekimlerin ortalama yıllık kazancı sırasıyla 58.000 ve 22.000 ABD dolarıdır.⁹ İngiltere'de hekimler 493 meslek grubu içerisinde en yüksek maaş alan meslek grubu içerisinde.¹⁰ Alınan ücretlerin az olması yanında, malpraktis davalarında hekime verilen astronomik maddi cezalar, hekimlerin hasta bakma motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Öyle ki verilen cezayı bir hekimin bir ömür boyu çalışarak kazanması neredeyse imkansızdır. Bu durum tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin branş seçiminde kendini net olarak göstermektedir. Tazminat davalarının sık açıldığı ve iş yükünün fazla olduğu branşlar tercih edilmemekte ve bu branşların tıpta uzmanlık sınavında ki puanları düşmektedir.

Performansa dayalı döner sermaye primi (PDDSP) uygulaması sağlık işyerlerinde en önemli işyeri sorunlarından. PDDSP ile sağlık



kuruluşlarındaki muayene sayısı, hasta yatışı ve daha fazla tetkik sağlayacak tetkiklerin oranı artmıştır. Hasta hemen hekime ulaşabildiği, tetkik ve girişimsel işlemler ücretsiz olarak yapıldığı için bu uygulama hastalar açısından memnuniyet verici görülmektedir. Ancak yapılan her fazla muayene ve girişimsel işlem hekimin döner sermaye ücretini artırırken diğer ekip çalışanları için iş yükü anlamına gelmektedir. Hekimlerin standartların üzerinde vaka yapmak istemesi diğer sağlık çalışanları ile gerilime, hatta aynı ekibin üyeleri olan hekimler arasında da rekabete ve huzursuzluğa neden olmaktadır. Dahası, fazla hasta muayene etme isteği, hastalara olması gerekenden daha az zaman ayrılmasına ve hasta bakım kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Yapılan bir anket çalışmasında sağlık çalışanlarının %60'ı PDDSP'yi hem toplum hem de çalışanlar açısından sakıncalı/zararlı bulduğunu ifade etmiştir.¹¹ Bu uygulama kapsamında 12 gün üzerinde ki yıllık izin ve rapor günlerinde döner sermaye kesildiğinden, sağlık çalışanları bu haklarından vazgeçebilmektedir. İzinlerin kullanılmamasına bağlı olarak çalışanların yeteri kadar fiziksel ve zihinsel olarak dinlenemedikleri görülmektedir.

COVID-19 pandemisinin 2020 yılında başlamasıyla beraber yukarıda sayılan problemler daha da belirginleşmiş ve sağlık personelinin yaşadığı psikolojik ve fiziksel yorgunluk ve yılgınlık daha fazla kendini hissettirmiştir. Salgının başlamasıyla beraber insanlık yeni bir hastalıkla yüzleşmiş ancak mücadelenin en ön saflarında yer alan sağlık personelleri en fazla etkilenen çalışma grubu olmuştur. Salgının ilk günlerinde, Çin'den gelen görüntüler (sokaklarda görülen ani ölümler, zorla karantinaya alınmaya çalışılan hastalar, karantinaya alınan evlerden dışarıya çıkılmasına engel olmak için kapıların dışarıdan kilitlenmesi, vb) sağlık çalışanlarında nasıl bir hastalıkla karşı karşıya oldukları, nasıl bir hasta takibi ve tedavisi uygulayacakları konusunda belirsizliğe neden olmuştur. Bilindiği gibi belirsizlik insanlarda korku ve endişeye neden olmaktadır. İlk günlerde hastaların hastanelerde nasıl karşılanacağı, hastalardan tetkik amacıyla kan ve sürüntü örneklerinin kim tarafından alınacağı,



hangi hastaların servislerde, hangi hastaların yoğun bakım ünitelerinde takip edileceği ve hastalara hangi tedavilerin başlanacağını planlaması yapıldı. Ancak birinci basamakta çalışan sağlık personelinin görevleri net olarak tanımlanmadı. Sonra ki süreçte çeşitli düzenlemeler getirilse de, aile hekimlerini ve aile sağlığı merkezi çalışanlarının isteklerini karşılayacak düzeyde olmadı.

Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalığı olan ve enfeksiyonunu kolayca etrafındakilere yayma potansiyeli olan hastalara bakmakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğü yerine getirirken hastalığı edinme ve çevresinde yer alan iş arkadaşları, sevdikleri ve ailesine bulaştırma riskini ve endişesini taşırlar. Pandeminin ilk bir yılında sağlık çalışanlarının % 30'u enfekte olmuştur. Bu oran toplumun yaklaşık 10 katıdır. COVID-19'u bulaştırma korkusu, birçok sağlık profesyonelinin aylarca ailelerinden izole olmasına neden oldu. Bu dönemde evlerine gidemeyerek, otel ve misafırhanelerde konakladılar. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen) tarafından Ocak-Şubat 2021 tarihlerinde yapılan araştırmaya göre, sağlık çalışanlarının % 28'i en az bir hafta, % 10,4'ü 4 haftadan fazla evinden uzak kalmıştır.¹² Hasta sayılarının toplumda çok arttığı dönemlerde, artışın önüne geçebilmek için uzun süreli hafta içi ve aylarca süren hafta sonu sokağa çıkma yasakları uygulandı. Bu dönemlerde toplu taşıma araçları seferlerini gerçekleştirmedi. Görevine 7 gün, 24 saat kesintisiz devam eden sağlık personeli konaklama yeri ile çalıştığı sağlık merkezi arasında ulaşım sıkıntıları yaşadı. Dahası, gece geç saatlerde gerçekleşen nöbet değişimleri ve gece geç saatlere kadar devam eden filyasyon çalışmaları nedeniyle sokağa çıkma yasağının olduğu günlerde güvenlik endişesi yaşadılar. Yaşanan bu problemler, sağlık çalışanlarında değersizlik hissi oluşmasına neden oldu.

Pandeminin ilk günlerinde kişisel koruyucu ekipmanların (KKE) fazla tüketimine bağlı olarak üretim yapan firmaların kapasitesi yetersiz kaldı ve aşırı fiyat artışları meydana geldi. Sağlık çalışanları, pandeminin ilk günlerinde kişisel koruyucu ekipman, özellikle yüz siperliği ve N95 maske temininde sıkıntı yaşama endişesi yaşadı.



Hatta yüz siperliğini kendi olanaklarıyla kurumlarında üretmeye çalıştılar. Kimi zaman da bu ekipmanları tekrar tekrar kullanmak zorunda kaldılar. Yapılan araştırmada KKE'lerini yeniden kullanan sağlık çalışanı oranı %62,4 bulunmuştur. N95 maske % 69'luk yeniden kullanma oranı ile birinci sırada yer alırken, gözlük ikinci en sık kullanılan (%65) ekipman olmuştur.¹² Sağlık çalışanları bir taraftan doğru bilgiyi yanlış bilgiden ayırmaya çalışırken, diğer yandan ortaya çıkan bilgilere, kurumsal ve bölgesel prosedürlere ve değişen KKE tavsiyelerine ayak uydurmaya çalıştı. Hantal ve rahatsız edici bu KKE'leri giyerek uzun saatler çalışmak zorunda kaldılar. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde ve filyasyon çalışmalarında görev yapanlar bu durumdan en fazla etkilendi. Hatta bu uzun çalışma sürelerinde tuvalet, yemek, su gibi kişisel ihtiyaçlarını gidermede dahi sıkıntı yaşadılar.

Pandemi sağlık çalışanlarının zaten çok yoğun olan çalışma temposunu daha da artırdı. Özellikle yoğun bakım ünitesi, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, acil servis ve dahiliye gibi COVID-19 hastalarının tanı, takip ve tedavisini üstlenen branş hekimleri bu durumdan daha fazla etkilendi. Sağlık-sen'in yaptığı araştırmada sağlık personellerinin % 79'u pandemi öncesine göre pandemi döneminde iş yükünün arttığını söylemiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre pandeminin ilk aylarında sağlık çalışanlarının % 76'sı haftada 40 saatten fazla, % 16,5'i > 60 saat çalışmak zorunda kalmıştı. Bu oranlar ilerleyen aylarda her ne kadar kısmi olarak azalsa da birçok sağlık çalışanı hala normal çalışma sürelerinin üzerinde çalışmaya devam etmektedir. Pandemiyle beraber başta asistan hekimler ve hemşireler olmak üzere nöbet tutan sağlık çalışanı sayısı ve tutulan nöbet gün sayısında artış meydana geldi. Yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının % 43,4'ü üç günde bir nöbet tuttuğunu söylerken, % 7,3'ü dört günde bir nöbet tutmuştur.¹² Ne yazık ki bazı merkezlerde çalışma yoğunluğu ve nöbet sayıları personel arasında eşit dağıtılamamış ve personel arasında huzursuzluğa neden olmuştur. Özellikle pandeminin ilk aylarında bazı branş hekimleri gerek COVID-19



hasta sayısının çokluğu, gerekse uzun mesai saatleri ve fazla nöbet sayıları ile fiziksel ve psikolojik olarak yıpranmıştır. Yaşanan bir diğer problemde COVID-19 hastalarının takip ve tedavisinde meydana gelmiştir. Hekimlerin nöbet usulü çalışmasına bağlı olarak hastanın servise yatış kararı, tedavi kararı, laboratuvar ve klinik değerlendirmesi ve taburculuk kararı farklı hekimler tarafından verilmek zorunda kalınmıştır.

Pandeminin getirdiği ek yükü beraber sağlık personelinin hissettiği yorgunluk derecesi artmıştır. Sağlık-sen'in yaptığı çalışmada sağlık personellerinin sadece % 2,3'ü yorgun olmadığını söylerken, % 40,3'ü kendini orta derecede yorgun, % 57,4'ü kendini çok yorgun hissettiğini bildirmiştir. Aşırı yorgunluğun bir diğer yansıması da uyku kalitesinde kendini göstermektedir. Sağlık personellerinin sadece % 5,8'i uyku kalitesinin iyi olduğunu söylerken, % 42,8'i uyku kalitesinin ortalama düzeyde, % 51,5'i kötü olduğunu söylemiştir.¹²

Sağlık-sen'in yaptığı anket çalışmasının bir diğer çarpıcı bulgusu da yaşam koşulları ile ilgilidir. Sağlık çalışanlarının yaklaşık % 80'i pandemi öncesine göre ailesine ve kendine ayırdığı süre ile uyku süre ve kalitesinin azaldığını söylerken, % 53'ü gelir düzeyinin azaldığını söylemiştir. Hatırlanacağı üzere pandeminin ilk aylarında sağlık çalışanlarının tamamına PDDSP ödemesi tavandan yapıldı. Sonra ki aylarda COVID-19 kapsamında verilen ek ödemelerde personel kapsamı sağlık bakanlığı tarafından belirlendi. Ancak bu dönemlerde il sağlık müdürlüğü, toplum sağlığı merkezleri ve hastanelerde plazma bağışı organizasyonunda görev alan personelin bu kapsamda alınmaması, aynı birim içerisinde çalışanlar arasından sadece COVID-19 ile ilgili işlere bakanlara COVID-19 kapsamında ödeme yapılıp, diğerlerine yapılmaması personel arasında huzursuzluğa neden oldu. COVID-19 kapsamında yapılan ek ödemelerin görsel ve yazılı medyada çok fazla yer alması ve vatandaşın sağlık personeline bu konuda rencide edici söylemlerde bulunması, sağlık personeline tepkilere neden olmuştur.



Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşadığı sıkıntılardan biri de bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleriyle ilgili problemlerdir. Bilindiği gibi pandemi döneminde okul ve kreşler çok uzun süre kapalı kaldı. Sokağa çıkma yasakları ve aile bireyelerine COVID-19 bulaşmasından endişe edilmesi nedeniyle eve bakıcı alınamadı. Bazı ailelerde her iki eşinde sağlık çalışanı olduğu ve uzun süreli mesai yapmak zorunda kaldıkları düşünüldüğünde, bu problemin ne derece önemli olduğu daha net olarak anlaşılacaktır. Kadın sağlık çalışanları, özellikle de anne olanlar pandemiden en çok etkilenen sağlık çalışanı grubu oldu. Aile bireyelerine yeterli vakit ayıramamak, virüs taşıma riski dolayısıyla evde maskeyle dolaşmak ve aile bireyelerinden izole yaşamak zorunda kalmak gibi sorunlar yaşamışlardır.¹³ Sakarya üniversitesinde Dr. Nilüfer Aydoğan'ın kadın sağlıkçılar ile yaptığı tez çalışmasında; COVID-19 hastalarının takip ve tedavisinde yer almanın verdiği gurur yanında, meslek ve aile ikilemi arasında kaldıkları ve bu nedenle suçluluk duygusu yaşadıkları; aile bireyelerinden izole yaşamak zorunda kaldıkları için çocuklarıyla fiziksel temas kuramadıkları ve bu durumun hem kendilerinde hem de çocuklarında özlem, kendini yargılama gibi duygusal problemlere neden olduğu; çocuklarının akranları ile iletişim ve gelişim problemi yaşadığı ve takıntılı davranışlar sergilediği tespit edilmiştir (henüz yayınlanmamış veri). Sağlık-sen'in yaptığı araştırmaya göre ise sağlık çalışanlarının % 68,2'sinin çocuğu olup, % 77'si çocuğunun, % 43'ü bakmakla yükümlü olduğu > 65 yaş yakınının bakımıyla ilgili problemler yaşamıştır.¹²

Pandemi tüm dünya'da olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanında ki öğrencilerin eğitimlerini aksatmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri bir yıldan uzun süre yüz yüze eğitimden mahrum kalmış, bazı staj uygulamaları ya hiç yapılamamış, ya da çok kısıtlı yapılabilmektedir. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin gerek uzun süre pandemi servislerinde görevlendirilmiş olmaları, gerekse servis ve polikliniklerin kapatılmasına bağlı olarak kendi branşıyla ilgili hastaları normal dönemlere göre daha az görmeleri nedeniyle eğitimlerinde aksaklık



yaşandı. Benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin stajlarında yüz yüze eğitimin yapılamamasına bağlı pratik uygulamalar aksadı. Sağlık eğitiminde ki aksama en fazla eğitim süresi iki yıl olan sağlık meslek yüksekokullarında yaşandı. Pandeminin başladığı sene birinci sınıfta olan bir öğrenci, pratik uygulamasının en yoğun olduğu ikinci senesinde sağlık tesislerinde staj yapılamamasına bağlı eğitim problemleri yaşadı. Öğitmenler ise eğitim sorumluluklarını yerine getirmek için yeni teknolojileri kullanmak ve benimsemek zorunda kaldı.¹⁴

Hemşireler ve hasta bakıcılar hastalarla en fazla yakın temas halinde olan sağlık personelidir. COVID-19'a özgü tedavinin olmaması, solunum sıkıntısı yaşayan hastalar başta olmak üzere ağır hastaları, hatta ölmekte olan hastaları dahi teselli etmek ve hasta yakınlarını uzaktan bilgilendirmek ve teselli etmek zorunda kaldılar. Normal zamanlarda yoğun bakım ünitelerinde dahi çok fazla yaşanmayan genç hasta ve gebe ölümlerinin pandemi döneminde sık görülür hale gelmesi, aynı aileden birden fazla bireyin birkaç gün arayla vefat etmesi sağlık çalışanlarında duygusal travma oluşturdu. Sağlıkçılar, gelişmiş ülkelerde hastalara kaynakların paylaşılması, yoğun bakım ünitelerine ve hastaneye kabulün durdurulması veya hastaları seçerek alma gibi etik konularda çok ağır duygusal yükün altında kaldı. Ülkemizde bu durum hastane yatak sayısının ve yoğun bakım yatağının yeterli olmasına bağlı olarak yaşanmasa da, COVID-19 hasta sayısının en tepe noktaya ulaştığı zamanlarda hastaneye mutlaka yatması gereken hastaları yatıramama endişesinin yaşandığı bir gerçektir.¹⁴

Her ne kadar pandeminin ilk aylarında toplumun sağlık çalışanlarına bakış açısı olumlu yönde değişip, COVID-19 ile mücadeleleri nedeniyle takdir edilse de, bu olumlu yaklaşım birkaç eylemden ibaret kalmış ve sağlıkta şiddet tekrar artmaya başlamıştır. Hatta bazı binalarda asansör kapılarına "sağlık çalışanları asansörü kullanamaz" yazılı notların asıldığı, komşuların sağlık çalışanlarının binaya giriş çıkış saatini takip ederek bu saatlerde merdivenlere çıkmaması gibi sağlık çalışanlarının toplumdaki dışlandığını gösteren haberler basına yansımıştır. Toplumun sağlık çalışanlarına yaklaşımı



ve bakış açısında ki değişim Sağlık-sen'in yaptığı araştırmada da görülmektedir. Pandeminin ilk üç ayında sağlık çalışanlarının % 55'i toplumun kendilerine karşı olan bakış açısının olumlu yönde değiştiğini söylerken, salgının ikinci yılında bu olumlu algı % 35'e düşmüştür. Hatta pandeminin ikinci yılında, pandemiyle beraber toplumun sağlıkçılara bakış açısının olumsuz yönde değiştiğini düşünen sağlıkçı oranı % 26'dır.¹²

Pandemi döneminde yaşanan tüm bu sorunlar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz sağlık çalışanlarında da tükenmişlik hissi oluşmasına ve psikolojik problemler yaşamalarına neden olmuştur. A.B.D.'de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının son üç ayda yaşadığı en önemli stres kaynağının normale dönüğe dair belirsizlik (% 61), tükenmişlik (% 54), ağır iş yükü (% 49) ve hasta olma endişesi (% 43) olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde en sık yaşadığı duyguların stres (% 93), endişe (% 86), hüsrana (% 77), tükenmişlik (% 76), ezilmişlik (% 76), üzüntü (% 67), takdir edilmeme (% 60) olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada sağlık çalışanlarının % 82'sinde mental yorgunluğun, % 70'inde uyku sorununun, % 68'inde fiziksel yorgunluğun, % 63'ünde işle ilgili korkunun, % 56'sında baş ağrısı, karın ağrısı gibi fiziksel belirtilerin, % 55'inde kariyer yolunu sorgulama düşüncesinin, % 52'sinde merhamet yorgunluğunun arttığı bulunmuştur.¹⁵

Pandemi döneminde sağlık çalışanları mesailerinin önemli bir bölümünü COVID-19 ile mücadeleye ayırmak zorunda kalmıştır. Vakaların çok arttığı dönemlerde branş poliklinikleri kapatılmak zorunda kalmış, elektif ameliyatlar ertelenmiş, kronik hastalık raporlarının süreleri uzatılarak hastaların ilaçlarını direkt eczaneden almaları sağlanmış ve hastalara mecbur kalmadıkça sağlık kuruluşlarına başvurmamaları yönünde telkinlerde bulunulmuştur. Mecburen alınan bu önlemler sonucu kronik hastalıkların takibinin yapılamamasına bağlı olarak kronik hastalıkların evrelerinin ilerlemesinden ve komplikasyonlarının artmasından endişe edilmektedir. Dünya sağlık örgütü (WHO) de sağlık hizmetlerinin birçok ülkede



kısmen veya tamamen kesintiye uğradığını rapor etmektedir. Bu konuda WHO'nun yaptığı ankete katılan ülkelerin yarısından fazlası (%53) hipertansiyon, %49'u diyabet ve diyabetle ilgili komplikasyonların tedavisi, %42'si kanser tedavisi ve % 31'i kardiyovasküler acil durumlar ve % 63'u rehabilitasyona yönelik hizmetlerin kısmen veya tamamen kesintiye uğradığını bildirmiştir.¹⁶ Japonya'da Human immunodeficiency virüs (HIV) taramalarının 2020 yılında yaklaşık % 70 azaldığı ve bu nedenle hastaların erken dönemde yakalanıp tedavi edilememesine bağlı olarak ilerleyen yıllarda hastalığın ilerlemiş hali olan erişkin immün yetmezlik sendromu (AIDS) vakalarında artış yaşanacağı düşünülmektedir. Japonya kanser derneği her yıl yaklaşık 11 milyon kanser taraması yapılması sayesinde 13 bin kanser vakasının yakalandığını ancak 2020 yılında bu taramalarda yaklaşık % 30 azalma olduğunu ve yaklaşık 4 bin kanser vakasına erken tanı konulmadığını bildirmiştir.¹⁷ Asya ve Afrika'da yer alan 31 ülkenin 502 sağlık merkezinde yapılan bir araştırmada, 2020 yılında yapılan HIV testlerinin % 41 ve tüberküloz başvurularının 2019 yılına göre % 59 azaldığı bulunmuştur. Asya ülkelerinde sıtma teşhisinde %56, sıtma tedavisi hizmetlerinde %59 azalma tespit edilmiştir.¹⁸ Bu hastalıkların teşhis ve tedavisinde ki azalmaya bağlı olarak önümüzdeki yıllarda ölümlerde artış olması kaçınılmaz bir sonuç olacaktır.

Sonuç olarak COVID-19 pandemisinin olumsuz etkileri pandemiyle en ön safta mücadele eden sağlık çalışanlarında toplumdan daha fazla görülmüştür. Sağlık çalışanları bir taraftan kendilerinin enfekte olmasından endişe ederken, diğer taraftan meslektaşlarına, ailesine ve sevdiklerine enfeksiyonu bulaştırmaktan korkmuştur. Bu korku nedeniyle kendilerini sevdiklerinden izole etmelerine bağlı özlem ve ruhsal sıkıntılar yaşamışlardır. Sağlık çalışanları iş yükü en fazla olan meslek gruplarından. Pandemiyle beraber iş yükleri çok daha fazla artmış ve çalışanların önemli bir bölümünde tükenmişlik hissi meydana gelmiştir. Sağlık gücünün daha çok COVID-19 ile mücadeleye arılmasına bağlı olarak bulaşıcı olan ve olmayan hastalıkların tanı



ve takibinde yetersizlikler meydana gelmiştir. Sağlık çalışanlarının sorunlarını çözmeye ve iş yüklerini azaltmaya yönelik düzenleme ve planlamaların acilen yapılması öncelikli sağlık politikaları içerisinde yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227):912-920.
2. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI (Bilimsel Danışma kurulu çalışması 27 Kasım 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberi-genelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yılığ 2019. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
5. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen) Ar-Ge Birimi. Sağlık Çalışanları şiddet araştırması Aralık 2013. <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d-6de70f52f76b914672.pdf>
6. Kablay S. Sağlık çalışanlarına şiddet. Çalışma ortamı dergisi Ekim 2018



7. Medimagazin. Dünyada en yüksek doktor maaşı veren 10 ülke. 16 Mayıs 2019 <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-dunyada-en-yuksekk-doktor-maasi-veren-10-ulke-11-681-81730.html>
8. Fatıma Betül Gülden. Avrupa'da aile hekimliği. <http://ailehekimi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Avrupada-Aile-Hekimli%C4%9Fi.pdf>
9. Kane L, Schubsky B, Locke T, Kouimtzi M, Duquerooy V, Gottschling C, Lopez M, Schwartz L. International Compensation report 2019. Do US physicians have it best? <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#1>
10. Moberly T. How do doctors' earnings compare with those of other occupations? <https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/956373?path=/bmj/359/8132/Careers.full.pdf>
11. Sebiha Kablay. Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi. İş, Güç Endüstri ilişkileri ve insan kaynakları dergisi 2014;16:4
12. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü. Covid-19 ile mücadelede sağlık çalışanları araştırması-2. Sağlık-Sen Yayınları-53, Mart 2021, Altındağ / Ankara.
13. Ulusal D. Covid-19 pandemi döneminde kadın sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunların analizi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2021;14(77):955-965
14. Mehta S, Machado F, Kwizera A, Papazian L, Moss M, Azoulay É, Herridge M. COVID-19: a heavy toll on health-care workers. The Lancet Respiratory Medicine 2021;9(3):226-228



15. Mental Health America. The mental health of healthcare workers in COVID-19. <https://mhanational.org/mental-health-healthcare-workers-covid-19>
16. World Health Organization (WHO). COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
17. Hiroaki Mitsuya. Fight against COVID-19 but avoid disruption of services for other communicable diseases (CDs) and noncommunicable diseases (NCDs). *Global Health & Medicine*. 2020; 2(6):343-345.
18. TheGlobalFund. The impact of COVID-19 on HIV, TB and malaria services and systems for health: a snapshot from 502 health facilities across Africa and Asia. https://www.theglobalfund.org/media/10776/covid-19_2020-disruption-impact_report_en.pdf



COVID-19 SALGINININ RUH SAĞLIĞIMIZA ETKİLERİ

Doç. Dr. Şenol Turan¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve kısa süre içerisinde bütün dünyaya yayılan virüs (*severe acute respiratory syndrome coronavirus-2: SARS-Cov-2*) yaşamımızı birçok yönden etkilemiştir. Koronavirüs ailesinden olan bu virüsün (*SARS-Cov-2*) insanda hastalık yaptığının belirlendiği tarihten itibaren insanoğlu farklı bir dünyaya uyanmış ve bu farklı dünyanın getirdiği zorluklarla mücadele etme durumuyla karşı karşıya kalmıştır. Virüsün yol açtığı hastalığın (COVID-19 hastalığı) insan bedenine olan doğrudan etkileri ve/veya COVID-19 hastalığının 11 Mart 2020'de "pandemi" olarak ilan edilmesinin ardından oluşan kaotik ortam birçok açıdan ruh sağlığımızı olumsuz bir biçimde etkilemiş ve çeşitli ruh sağlığı sorunlarının oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bu yazı, COVID-19 hastalığının ruh sağlığımız üzerine olan etkilerini inceleme amacını taşımaktadır.



COVID-19 Hastalarında Görülen Ruh Sağlığı Sorunları

Yapılan araştırmalar virüsün öncelikli etkilerinin solunum sistemi üzerine olduğunu gösterse de^{1,2} hastalığın yalnızca solunum sistemi ile sınırlı kalmadığını, hemen hemen bütün organ sistemlerini etkilediğini göstermektedir.³ Santral sinir sistemine farklı yollarla girebilen virüsün, direkt olarak nöronları etkilemesi sonucunda nöropsikiyatrik sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir.^{4,5} Bunun yanında, virüsün oluşturduğu immün yanıtın, tedavi sürecinde uygulanan farmakolojik ajanların (kortikosteroidler gibi), yoğun bakım sürecinin ve damgalanma, izolasyon gibi durumların da COVID-19 hastalığından muzdarip bireylerin ruh sağlığını olumsuz bir biçimde etkilediği söylenebilir.⁶ Hastalığa yakalanmış kişilerde akut dönemde en sık görülen ruh sağlığı sorunları deliryum (%38), uyum bozuklukları (%27), depresyon (%19,1) ve anksiyete bozukluklarıdır (%11,2).⁷ Bunun yanında, hastalık döneminin ve sonrasındaki sürecin kişide travmatik bir etki yaptığı ve hastalarda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin de önemli bir sorun olarak ortaya çıktığı akılda tutulmalıdır.⁸ COVID-19 hastalığını geçirmiş olanların 12 ay boyunca izlendiği çalışmalarda^{9,10} ruh sağlığı ile ilgili yakınmaların bedensel yakınmalardan daha uzun sürdüğu ancak 12 aydan sonra çoğu ruhsal yakınmanın gerilediği gösterilmiştir. Aynı çalışmalarda, hastalığın uzun sürmesinin, ciddi seyretmesinin ve kadın olmanın ruhsal sorunlar yaşama anlamında daha büyük risk oluşturduğuna vurgu yapılmıştır.

Genel Toplumda Görülen Ruh Sağlığı Sorunları

Salgın durumlarında çok sayıda etkene bağlı olarak ruh sağlığı ile ilişkili yakınmalar gelişebilir. Hastalığın bulaşıcı doğası, bireyler için yakın bir tehdit oluşturması, etki alanını hızlıca genişletebilmesi ve gözle görülememesi gibi özellikler önemli bir stres kaynağı görevi görerek ruhsal belirtilerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Hastalığa yakalanma ve ölüm korkusu, sevilen kişilere hastalığı bulaştırma ve onların ölümüne neden olma korkusu, karantina altına



alınma korkusu, geçim kaynaklarını kaybetme, çalışamama veya işten çıkarılma korkusu, hastalıkla ilişkilendirilip toplum tarafından dışlanma korkusu gibi tepkiler gelişen ruh sağlığı yakınmalarına örnek olarak verilebilir (Kuruluşlararası Daimi Komite (IASC) Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Referans Grubu, 2020).¹¹ Bireylerin yaşadığı stresin sonucunda çeşitli **emosyonel** (kolay öfkelenme, kararsızlık, değersizlik gibi), **fiziksel** (enerji azlığı, baş ağrısı, uykusuzluk, göğüs ağrısı, kalpte sıkışma hissi, kas ağrıları, cinsel sorunlar, ishal ya da kabızlık gibi), **bilişsel** (sürekli endişeli olma hali, unutkanlık, odaklanamama, olayları yalnızca olumsuz yönlerini düşünme gibi) ve **davranışsal** (çok fazla yemek yeme ya da iştahsızlık, sorumluluklardan kaçınma, sigara ve alkol kullanımında artış gibi) yakınmalar gelişebilir. Yapılan meta-analiz çalışmaları genel toplumda COVID-19 salgınına bağlı olarak en sık depresyon (%33,7), anksiyete (%31,9), insomnia (uykusuzluk) (%23,87) ve TSSB'nin (%21,94) geliştiğini göstermektedir.¹²⁻¹⁴

Sağlık Çalışanlarında Görülen Ruh Sağlığı Sorunları

Sağlık çalışanlarının salgın sürecinde en ön safta olmaları, birçok açıdan zorluklarla mücadele etme durumuyla karşı karşıya kalmalarına neden olmuştur. Yapılan çalışmalar salgın döneminde sağlık çalışanlarında en sık depresyon (%22,8), anksiyete (%23,2) ve insomnianın (%38,9) görüldüğünü göstermektedir.¹⁵ Türkiye'deki 939 sağlık çalışanı ile (580 hekim, 254 hemşire, 105 diğer personel) yürütülen bir çalışmada ise bu oranların daha da yüksek olduğu görülmektedir. Şahin ve arkadaşlarının¹⁶ yürüttüğü bu çalışmada, COVID-19 salgını sürecinde sağlık çalışanlarında depresyonun %77,6, anksiyetenin %60,2 ve insomnianın % 50,4 oranlarında görüldüğü saptanmıştır. Salgın sürecinde hemşirelerde ruhsal açıdan etkilenmenin daha fazla olduğu ve kadın olmanın bir risk faktörü olarak öne çıktığı görülmektedir.^{15,16} Sağlık çalışanlarında daha yüksek oranlarda görülen ruh sağlığı sorunlarının engellenmesi için geliştirilecek önlemler, bu özel grupta başa çıkma stratejileri ve dayanıklılığın değerlendirilmesi



ve güçlendirilmesini, yeterli koruyucu malzemelerin sağlanması ve çevrimiçi destek hizmetlerinin organizasyonunu içermelidir.¹⁷

Salgına Yönelik Alınan Önlemlerin Ruh Sağlığına Etkileri

Salgına yönelik alınan önlemlerin bireylerin fiziksel sağlıklarını koruma amacı taşıdığı bilinse de, çeşitli olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının olduğu akıld tutulmalıdır. Fiziksel kısıtlamalardan kaynaklanan sosyal izolasyon ve yalnızlığın hem ruhsal hem de fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir.^{18,19} Fiziksel olarak kısıtlanan bireylerde hareketsizlik, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımında artış, ekonomik problemler ve içe dönüklük gibi olumsuz durumların ve aynı zamanda depresyon ve TSSB gibi ruhsal hastalıkların gelişme riski artmaktadır. Sosyal ilişkilerin durduğu, yapılması gereken işlerin yürütülemez olduğu, bakmakla yükümlü olunan kişiler varsa onların ihtiyaçlarının karşılanamaz olduğu, gelecek planlarının değiştiği, başkalarının acılarına ve ölümlerine şahit olunan ve damgalanmaya maruz kalınan karantina ve izolasyon dönemlerinin önemli ruhsal sonuçlarının olacağı bilinmektedir. Bu bağlamda karantina veya izolasyon altındaki bireylerde, kaygı, panik ataklar, huzursuzluk, öfke, çaresizlik hissi, tetikte olma hali, suçluluk hissi, uykusuzluk, tahammülsüzlük, tükenmişlik ve yalnızlık hissi görülebilir. Hensler ve arkadaşlarının²⁰ yaptığı çalışma, özellikle 1 hafta veya daha uzun süre devam eden izolasyon veya karantina yaşayan bireylerin, yaşamayanlara kıyasla, olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından daha yüksek risk altında olduğunu rapor etmektedir. Tüm bunların yanında salgının, kronik hastalığa sahip bireylerin hastaneye gidememeleri nedeniyle sağlık durumlarının kötüleşmesi, kadın ve çocuklara yönelik aile içi şiddette artışın olması, vefat eden kişilerle vedalaşamama, son görevlerini yerine getirememe, cenaze töreni düzenleyememe, mezar ziyaretlerinin ve taziyelerin yapılamaması, toplu yapılması gereken etkinliklerin yapılamaması, özellikle sağlık çalışanlarına yönelik damgalanma ve ayrımcılık gibi sonuçlarının da olduğu bilinmelidir.



Salgın ile Başetme

COVID-19 salgını ruh sağlığımızı birçok yönüyle olumsuz bir biçimde etkilemektedir. COVID-19 salgınının yol açtığı ruhsal sorunlarla başetmede uygulanacak genel yöntemler şu şekilde sıralanabilir:

1. COVID-19 salgını ile ilgili medya yayınlarına gereğinden fazla maruz kalmaktan kaçınmak gerekmektedir. Tekrarlayan biçimde salgının oluşturduğu kriz durumunu duymak ve görüntüleri görmek üzücü olabilir. Salgın ile ilgili haberleri izlemeye, okumaya ya da dinlemeye mola vermek uygun bir davranış olacaktır.
2. Sağlıklı ve dengeli beslenmek, düzenli egzersiz yapmak, uykuya özel önem vermek, sigara ve alkol kullanımından kaçınmak birçok açıdan hem fiziksel hem de ruhsal sağlığımızı olumlu yönde etkileyecektir.
3. Çevredeki kişilerle bağlantı kurmak, yaşanan endişeleri ve nasıl hissedildiğini bir arkadaş ya da aile üyesiyle paylaşmak gibi sağlıklı ilişkiler salgın ile başetmede önemlidir. Bir ya da daha fazla kişiyle belirli zamanlarda görüşme yapmak ve onlardan ihtiyaç duyulan duygusal yardımı alma ve verme ilişkisi kurmanın *(yetenegi taşıyan ilişkiler) önemli katkıları olacaktır.*
4. Günlük rutinler yani yaşamın doğal akışı mümkün olduğunca korunmalıdır.
5. Boş zamanlar uygun bir biçimde doldurulmalıdır.
6. Gevşeme tekniklerini öğrenmek ve uygulamanın, nefes egzersizleri yapmanın salgına bağlı stresi yönetmede katkı verebileceği bilinmelidir.

Salgının ruh sağlığına olan olumsuz etkileriyle empati yapmak, destek olmak, dayanışma göstermek, damgalamalardan kaçınma gibi davranışları sergileyerek mücadele etmekte herkese görevler düşmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde açılan Koronavirüs



Enfeksiyonu Online Ruhsal Destek Programı (KORDEP), UNICEF tarafından hazırlanan ve “salgın döneminde ebeveynlik” ile ilgili ve benzeri kitapçıklar, Türkiye Psikiyatri Derneği’nin online olarak ulaşılabilen “COVID-19 ve Ruh Sağlığı” başlıklı bilgilendirme ve destek programlarından bireyler salgın ile ilgili başatme yöntemleri hakkında yararlanabilirler. Bu genel önlemler dışında salgın nedeniyle yaşadığımız stres veya endişenin günlük hayatımızı olumsuz etkilediğini ve işlevselliğimizi bozduğunu hissediyorsak, ruhsal destek almanın en doğru yol olduğu söylenebilir.

Kaynaklar

1. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, ve ark. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med*. 2020;382(24):2372-2374.
2. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, ve ark. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(20):2052-2059.
3. Prasad ve Prasad. Single Virus Targeting Multiple Organs: What We Know and Where We Are Heading? *Front Med*. 2020;7:370.
4. Han Y, Yuan K, Wang Z, ve ark. Neuropsychiatric manifestations of COVID-19, potential neurotropic mechanisms, and therapeutic interventions. *Transl Psychiatry*. 2021;30;11(1):499.
5. Cheng Q, Yang Y, Gao J. Infectivity of human coronavirus in the brain. *EBioMedicine*. 2020;56:102799.
6. Huang C, Huang L, Wang Y, ve ark. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220-232.



7. Turan Ş, Poyraz BÇ, Aksoy Poyraz C, ve ark. Characteristics and outcomes of COVID-19 inpatients who underwent psychiatric consultations. *Asian J Psychiatr*. 2021;57:102563.
8. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, ve ark. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;293:113382.
9. Liu D, Baumeister RF, Zhou Y. Mental health outcomes of coronavirus infection survivors: A rapid meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2021;137:542-553.
10. Schou TM, Joca S, Wegener G, Bay-Richter C. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 - A systematic review. *Brain Behav Immun*. 2021 Oct;97:328-348.
11. Kuruluşlararası Daimi Komite (IASC) Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Referans Grubu. COVID-19 Salgınının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart 2020.
12. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, ve ark. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2021;295:113599.
13. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, ve ark. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):57.
14. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244630.



15. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, ve ark. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901-907.
16. Şahin MK, Aker S, Şahin G, ve ark. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *J Community Health.* 2020;45(6):1168-1177.
17. Preti E, Di Mattei V, Perego G, ve ark. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(8):43.
18. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, ve ark. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ.* 2020;369:m1557.
19. Razai MS, Oakeshott P, Kankam H, ve ark. Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020;369:m1904.
20. Henssler J, Stock F, van Bohemen J, ve ark. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(2):223-234.

