

Covid-19 Pandemisi ve Etik

Covid-19 Pandemic and Ethics

Arş. Gör. Dr. Sevim Coşkun¹

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken²

Özet

Coronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19), yeni ortaya çıkan bir koronavirüsün (SARS-CoV-2) neden olduğu bir solunum yolu enfeksiyonudur. İlk kez 2019 yılının Aralık ayında, Çin'in Wuhan bölgesinde görülmüş ve dünyada hızlı bir şekilde yayılmıştır. 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bu hastalığa bağlı pandemi ilan edilmiştir. Pandemi devam etmektedir ve beraberinde birçok etik problem ortaya çıkmaktadır. Bu etik problemler, daha çok COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların gerekli sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacakları ve yoğun bakımdaki sınırlı kaynakların nasıl dağıtılacağı konularında karşımıza çıkmaktadır. Özellikle hastaların seçilmesi, solunum cihazına hiç bağlanmaması ya da solunum cihazından ayrılması gibi konularda hekimler etik açıdan zor kararlar vermek zorunda kalabileceklerdir. Böylece tedaviye hiç başlamama ya da devam eden tedaviyi sonlandırma kararları öne çıkacaktır. Bu açıdan, afet tıbbına yönelik hazırlanmış eylem planları ile temel biyoetik ilkelerle uyumlu triyaj uygulamalarının geliştirilmesi, pandemilerin doğru yönetilmesinde büyük bir rol oynayacaktır. Pandemi yönetimi kapsamında, hastaların gerekli sağlık hizmetlerine erişebilmeleri, özellikle yaşadıkları ülkenin böyle bir pandemiye ne kadar hazırlıklı olduğu, mevcut sağlık politikaları ve pandemiye yönelik eylem planlarına bağlı olacaktır. Bu çerçevede, ülkelerin yaşlılara ve savunmasız/örselenebilir gruplara sağlık hizmetleri sunumundaki yaklaşımları ve pandemi sürecinde bu gruplara özel olarak geliştirdiği veya geliştirmedikleri politikalar da önem kazanacaktır. Pandemiler, öncelikle halk sağlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle, doğru bir pandemi

¹ HÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, <http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/>, HÜ Biyoetik Merkezi (HÜBAM), <http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/>, ORCID No: 0000-0003-4509-404X.

² HÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, <http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/>, HÜ Biyoetik Merkezi (HÜBAM), <http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/>, ORCID No: 0000-0001-9166-6569.

yönetimi için toplum sağlığını önceleyen ve ayrımcı olmayan politikalar geliştirilmelidir. Her bir bireyin temel haklarından biri olan sağlık hakkı korunmalıdır. Bunun için ülkelerin pandemi eylem planları, temel insan haklarını gözetmeli ve evrensel etik ilkeler ile uyumlu olmalıdır.

Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a respiratory infection caused by a newly emergent coronavirus that is called SARS-CoV-2. It was first detected in Wuhan, China, in December 2019, and has spread rapidly around the world. World Health Organization (WHO) declared COVID-19 as a pandemic on 11 March 2020. As the pandemic continues, many ethical issues have arisen. These ethical issues mainly revolve around how the patients with COVID-19 who need intensive care can access necessary health services and how to allocate limited health resources. Physicians might have to make difficult ethical decisions such as selecting patients and withholding or withdrawing mechanical ventilation of critically ill patients. Thus, the decisions about withholding or withdrawing life-sustaining treatment will become prominent. In this respect, action plans must have a triage plan based on disaster medicine and consider basic bioethical principles for the correct management of pandemics. In the frame of pandemic management, whether patients can access necessary health services will depend on especially how their countries prepared for such a pandemic, and the countries' current health policies and the action plans. In this context, the approaches of countries for providing health services to the elderly and vulnerable populations, and developing policies specific to these populations will gain importance during the pandemic. Pandemics primarily threaten public health, so non-discriminatory policies that prioritize public health should be developed for correct pandemic management. The right to health, which is one of the fundamental rights of every individual, should also be protected. Therefore, pandemic action plans of the countries should protect fundamental human rights and comply with universal ethical principles.

Covid-19 Pandemisi ve Etik

Arş. Gör. Dr. Sevim Coşkun

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Giriş

COVID-19, Coronavirüs Hastalığı 2019 anlamına gelen 'Coronavirus Disease 2019'un kısaltılmış adıdır. Bu hastalık, ilk kez 2019 yılının Aralık ayında, Çin'in Wuhan bölgesinde görülen ve yeni ortaya çıkan bir coronavirüsün (SARS-CoV-2) neden olduğu bir solunum yolu enfeksiyonudur (WHO, 2020a: 1). Dünyada hızlı bir şekilde yayılmış ve 11 Mart 2020 tarihinde WHO (World Health Organization – Dünya Sağlık Örgütü) tarafından bu hastalığa bağlı pandemi ilan edilmiştir (WHO, 2020b). Pandemi devam etmektedir ve beraberinde birçok etik problem ortaya çıkmaktadır. Bu etik problemlerin içerisinde, pandemi sürecinde COVID-19'a bağlı olarak yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların gerekli sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri ve güncel bilgilere uygun bir şekilde tedavilerinin ve bakımlarının yürütülmesi için neler yapılması gerektiği ile yoğun bakımdaki sınırlı kaynakların nasıl dağıtılması gerektiği konuları da yer almaktadır.

İçerik

Kitabın bu bölümünde içerik olarak aşağıda yer alan konular sırasıyla ele alınacak ve sonrasında genel bir değerlendirme yapılacaktır.

■ COVID-19 bulaştığı kişileri nasıl etkilemektedir?

■ Durumu ciddi olan COVID-19 hastalarına sunulacak en iyi tedavi şansı/olasılığı nedir? [► COVID-19 hastalarına genel klinik yaklaşım ► Durumu ciddi olan COVID-19 hastalarının kısaca klinik yönetimi ► İleri yaş grubunda COVID-19 tanısı almış kişilere klinik yaklaşım ► COVID-19 hastalarında palyatif bakım ► COVID-19 pandemisinde kişilere verilebilecek en uygun bakım için etik ilkeler]

■ COVID-19 hastalarının sağlık durumlarını etkileyen faktörler

[► Ulusal ve uluslararası politikalar (*Sınırlı kaynakların dağıtımı *Örselenebilir kişiler) ► Sağlık hizmetlerine erişim (*Engellilerin durumu)]

■ **COVID-19 pandemisinde afet tıbbı ve triaj** [► Afet tıbbı ► Triaj
► Sayılarla COVID-19 (*Örnekler ile COVID-19 pandemisinde karşılaşılan sorunlar *Bakımevlerinde kalan yaşlıların durumu – Avrupa örneği)]

■ **COVID-19 pandemisinde ortaya çıkan etik sorunlar nasıl yönetilebilir?** [► COVID-19 pandemisi neden küresel çapta bu kadar etkili oldu?
► Pandemi sürecinde verilen sağlık hizmetleri nasıl olmalı?]

COVID-19 Bulaştığı Kişileri Nasıl Etkilemektedir?

Günümüze kadar yapılan epidemiyolojik ve virolojik çalışmalar, COVID-19'un başlıca bulaşma yollarının semptomatik kişilerden yakın temasta bulundukları kişilere damlacık yoluyla, enfekte kişilerle doğrudan temas ile veya kontamine nesneler ve yüzeylere temas yoluyla olduğunu göstermektedir. Doğrulanmış hastalardan alınan biyolojik örnekler üzerinde yapılan klinik ve virolojik çalışmalar ise hastalık seyrinin başlarında, semptomların başlamasından sonraki ilk 3 gün içinde, SARS-CoV-2 yayılımının en çok üst solunum yollarında olduğunu göstermektedir. Virüs ile enfekte olma ve semptomların başlangıcı arasındaki zaman olan kuluçka süresi, COVID-19 için ortalama 5-6 gündür. Ancak bu süre 14 güne kadar çıkabilir. "Presemptomatik" dönem olarak da bilinen bu dönemde, enfekte olmuş bazı kişiler semptomların başlangıcından 1-3 gün önce hastalık için bulaştırıcı olabilirler. Presemptomatik bulaşmada da virüsün damlacıklar yoluyla ya da enfekte olmuş bir kişinin vücut sıvılarıyla doğrudan veya dolaylı temas yoluyla yayılması söz konusudur (WHO, 2020d: 9).

COVID-19, enfekte ettiği kişilerde genellikle ateş, öksürük, halsizlik, iştahsızlık, nefes darlığı ve kas ağrısı gibi belirtilere neden olmaktadır (WHO, 2020d: 13). COVID-19'lu hastaların çoğu hastalığı hafif (%40) ve orta (%40) şiddette geçirirken, yaklaşık %15'i ağır bir şekilde geçirmektedir. Hastalığı ağır bir şekilde geçirenler, hastanede yatma ve oksijen desteği alma gereksinimi duymaktadır. Hastaların %5'inin ise durumu kritiktir ve yoğun bakımda yatması gerekmektedir. Durumu ciddi ve kritik olan hastalarda, Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome), sepsis ve septik şok, tromboembolizm, akut böbrek hasarı ve kardiyak hasarı da içeren çoklu organ yetmezliği nedeniyle, COVID-19 komplike hale gelebilmektedir. İleri yaş, sigara kullanımı ve eşlik eden hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kanser gibi) ölüm için risk oluşturmaktadır. COVID-19 hastalığını atlatan kişilerde viral RNA ortalama olarak 20 gün boyunca tespit edilebilirken, hastalığı atlatamayan kişilerde ölümlerine kadar geçen süre boyunca virüs tespit edilebilmiştir. Hastalığı atlatan kişilerde, viral RNA'nın saptanabildiği en uzun süre ise 37 gün olarak bulunmuştur (WHO, 2020a: 1-2; WHO, 2020d: 9).

COVID-19'un psikiyatrik ve nörolojik belirtilerle (deliryum veya ensefalopati, ajitasyon, inme, meningo-ensefalit, bozulmuş koku veya tat hissi, anksiyete, depresyon ve uyku problemleri gibi) de ilişkili olduğu bulunmuştur. Çoğu vakada, solunum yolu semptomları olmaksızın nörolojik belirtiler bildirilmiştir. Anksiyete ve depresyon, COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırılan kişilerde yaygın görülmektedir. Örneğin; Çin'in Wuhan kentindeki bir çalışmaya göre, COVID-19 nedeniyle hastanede yatanların %34'ünden fazlası anksiyete belirtileri, % 28'inden fazlası da depresyon belirtileri göstermiştir. Fransa'dan yapılan gözlemsel bir çalışmaya göre ise yoğun bakım ünitelerinde yatan COVID-19'lu hastaların % 65'i konfüzyon (veya deliryum) belirtileri ile % 69'u ajitasyon belirtileri göstermiştir. Özellikle deliryum, COVID-19'a bağlı artan mortalite riski ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca Çin, Fransa, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nden çok sayıda vakada akut serebrovasküler hastalığın (iskemik ve hemorajik inme dahil) ortaya çıkması ile ilgili endişeler bildirilmiştir (WHO, 2020d: 9-10).

Çocuklar ve gebeler gibi spesifik popülasyonlarda COVID-19'un klinik seyri hakkında çok az veri bulunmaktadır. COVID-19 genellikle çocuklarda yetişkinlere göre daha hafif seyretmektedir. Görece daha az sayıda COVID-19 tanısı almış bebek bildirilmiş ve bebeklerde hastalığın hafif seyrettiği görülmüştür. Fakat çok yakın zamanda, akut olarak ortaya çıkan ve çoklu organ yetmezliği ile şoka neden olan bir hiperinflamatuvar sendrom bildirilmiş ve son olarak ise bu sendrom, çocuklarda ve ergenlerde geçici olarak COVID-19 ile ilişkili multisistem (çoklu sistemleri tutabilen) inflamatuvar sendrom olarak tarif edilmiştir. Çocuklarda altta yatan durumlar ile ağır geçirilen COVID-19 hastalığını ilişkilendiren sağlam kanıtlar henüz bulunmamaktadır. COVID-19 tanısı alan ve altta yatan hastalıkları tam olarak bilinen 345 çocuktan % 23'ünde en sık olarak kronik akciğer hastalığı (astım dahil), kardiyovasküler hastalık ve immünosupresyon yapan (bağışıklık sistemini baskılayan) hastalıklar gibi altta yatan bir durum bildirilmiştir. Ayrıca şu ana kadar, gebelerde ve üreme çağında olup gebe olmayan yetişkinlerde COVID-19'un klinik belirtileri arasında bilinen bir fark bulunmamıştır (WHO, 2020d: 10). Bu nedenle bu bölümde COVID-19 çerçevesinde çocuklar ve gebeler için özel bir klinik yaklaşımdan bahsedilmeyecek, daha çok durumu ciddi olan hastalara ve ileri yaştaki kişilere verilmesi gereken ve olabilecek en iyi bakım üzerinde durulacaktır.

Durumu Ciddi Olan COVID-19 Hastalarına Sunulacak En İyi Tedavi Şansı/Olasılığı Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19'lu hastalarda sepsis ile ARDS'nin (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu) klinik yönetimi için 13 Mart 2020 tarihinde "*Clinical Management of Severe Acute Respiratory Infection*

(SARI) *When COVID-19 Disease is Suspected*” başlıklı bir kılavuz yayınlamış ve bu kılavuzda COVID-19 hastalığı ve şüphesi söz konusu olduğunda ortaya çıkan ciddi akut solunum yolu enfeksiyonunun klinik yönetiminin nasıl yapılması gerektiğini anlatmıştır. DSÖ, 27 Mayıs 2020 tarihinde bu kılavuzu güncellemiş ve adını “*Clinical management of COVID-19*” olarak değiştirmiştir (WHO, 2020d: 2). Bu kılavuzda DSÖ’nün COVID-19 ile ilgili 3 temel hedefi; hastalığın bulaşmasını yavaşlatmak ve durdurmak, tüm hastalar için en uygun bakımı sağlamak ve bu salgının sağlık sistemleri, sosyal hizmetler ve ekonomik faaliyetler üzerindeki etkisini en aza indirmek olarak verilmiştir (WHO, 2020d: 4). Böylece DSÖ, COVID-19 şüphesi olan veya tanı almış tüm hastalara verilmesi gereken tedavilerin olabilecek en iyi hale getirilmesini ve hayata tutunabilmeleri için onlara olabilecek en iyi tedavi şansının güncel bir şekilde sunulmasını amaçlamıştır (WHO, 2020a: 2; WHO, 2020d: 2). Ayrıca DSÖ, güncellenen kılavuzda (WHO, 2020d: 3), COVID-19 pandemisinde hastaların en uygun bakımı için önemli olan etik ilkelere de yer vermiştir.

Bahsedilen kılavuzlardaki vaka tasvirlerine göre, 65 yaşında ve COVID-19 tanısı almış erkek bir hastanın olduğunu düşünelim. Bu hasta, maalesef hastalığı ağır bir şekilde geçiriyor ve yoğun bakım ihtiyacı olan %5’lik dilimin içerisinde bulunuyor olsun. Farz edelim ki; kendisinin bilinen kalp hastalığı, yani tabloya eşlik eden ek bir hastalığı da mevcut. Ayrıca bu hasta ciddi bir pnömoni (zatüre) geçirmekte (ateşi var, solunum sayısı dakikada 30’un üzerinde, oksijen saturasyonu %90’ın altında ve ciddi solunum sıkıntısı mevcut) olsun³. Hastanın semptomlarının giderek kötüleştiğini ve ne yazık ki hastada ARDS geliştiğini, görüntüleme yöntemlerinin de bu tabloyu doğruladığını düşünelim. Böyle bir senaryoda, hastanın oksijen ihtiyacı olduğu için mekanik ventilatör gereksinimi de ortaya çıkacaktır. Bu durumda hasta donanımlı bir hastanede yoğun bakıma alınmalı, burada yakından takip edilmeli, entübe edilmeli, mekanik ventilatöre bağlanmalı ve güncel kılavuzlara göre tedavi edilmelidir. Eğer bu tabloya sepsis ve takiben septik şok da eklenirse bu durum hastanın yaşamını oldukça tehdit edecektir. Verilen tüm bu klinik bulgularla birlikte ve daha önce verilen bilgilere göre böyle hastalarda mortalite oranının yüksek olmasını beklemekteyiz. Öyleyse bu durumdaki bir hastanın en iyi tedavi şansı nedir? Pandemi sürecinde böyle bir hastaya nasıl davranılmalıdır ve bu hasta nasıl tedavi edilmelidir? İçinden geçtiğimiz ve olağanüstü önlemlerin alındığı, olağandışı uygulamaların yapıldığı bu durumda, bu klinik tablodaki hastalara etik açıdan uygun yaklaşım nasıl olmalıdır?

³ WHO’nun “Clinical management of COVID-19” kılavuzunda yer alan ve COVID-19 ile bağlantılı klinik sendromların gösterildiği Tablo 2’de yer alan ciddi pnömoni bulgularına (WHO, 2020d: 14) göre vakanın klinik durumu yazılmıştır.

COVID-19 Hastalarına Genel Klinik Yaklaşım

DSÖ tarafından öncelikle yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde COVID-19 vaka yönetim şemalarının oluşturulması önerilmektedir. Bu şemalar şüpheli veya doğrulanmış COVID-19 vakaları için olmalıdır. Bir kişi, standart vaka tanımını temel alınarak semptom değerlendirmesi ile birlikte tarandıktan sonra, şüpheli vaka için gerekli kriterleri taşıyorsa COVID-19 vaka yönetim şemasına göre değerlendirilmelidir. Olası vakalar, yapılan SARS-CoV-2 testinin sonucunun belli olmadığı veya testin yapılamadığı şüpheli vakalardır. Doğrulanmış vakalar ise laboratuvar tarafından COVID-19 (+) olduğu onaylanan vakalardır. Şüpheli, olası veya doğrulanmış COVID-19 vakalarının tümü izole edilmelidir. Tüm şüpheli vakalar, doğrulanmış bir vaka olup olmadıklarının belirlenmesi için test edilmelidir. COVID-19 için pozitif olup olmadığı kanıtlanana kadar, tüm şüpheli vakalar COVID-19 vaka yönetim şemasına göre değerlendirilmelidir. Test yapmak mümkün değilse kişi olası vaka haline gelir (klinik şüpheyeye dayanarak) ve yine COVID-19 vaka yönetim şemasına göre değerlendirilmelidir (WHO, 2020d: 10).

DSÖ'ye göre, COVID-19'a küresel yanıtın temel amacı, hastalığın yayılımını yavaşlatmak ve durdurmaaktır. Bunun için her şüpheli vakayı bulmak, izole etmek ve test etmek gerekmektedir. Bunlarla birlikte COVID-19'lu hastaların zamanında ve en uygun şekilde bakımları sağlanmalıdır. Önerilen bakım yeri epidemiyolojik senaryoya bağlı olarak COVID-19 için belirlenmiş bir sağlık kuruluşu, bir toplum kuruluşu veya böyle yerler mümkün olmadığında ev olacaktır (WHO, 2020d: 11).

Durumu Ciddi Olan COVID-19 Hastalarının Kısaca Klinik Yönetimi

Durumu ciddi olan COVID-19 hastalarının klinik yönetimine (WHO, 2020a: 5-9) baktığımızda, öncelikle ciddi akut solunum yolu enfeksiyonu (SARI), solunum sıkıntısı, hipoksemisi (oksijen yetersizliği) olan veya şok tablosu içerisinde olan bu hastalara acil bir şekilde destekleyici oksijen terapisi verilmeli ve bu hastalarda hedef oksijen saturasyon değeri %94 ve üzerinde olmalıdır⁴. Hızlı ilerleyen solunum yetmezliği ve sepsis (virüsün kan yoluyla tüm vücuda yayılımı) gibi klinik kötüleşme bulguları olan COVID-19 hastaları, özellikle yaşamsal bulgular açısından yakından takip edilmeli ve acilen bu hastalara destekleyici müdahaleler yapılmalıdır. Gerekli laboratuvar testleri yapılmalı, hastaların EKG'si çekilmeli ve akut organ hasarı veya şok gibi komplikasyonlar açısından hastalar yakından takip edilmelidir. Ciddi

⁴ Nefesin tıkanması veya yokluğu, ciddi solunum sıkıntısı, santral siyanoz, şok, koma veya konvülsiyonlar gibi acil durum bulguları olan yetişkinlerde havayolu yönetimi yapılmalı ve resüsitasyon boyunca oksijen saturasyonu %94 veya üzerinde olacak şekilde hastaya oksijen terapisi verilmelidir (WHO, 2020a: 5; WHO, 2020d: 20).

COVID-19 bulguları gösteren hastalar için zamanında, efektif ve güvenli bir şekilde verilen destekleyici terapiler, bu hastalar için verilecek tedavinin mihenk taşını oluşturacaktır. Bu kritik hastalığın uygun bir şekilde yönetimi için hastaların bu tabloya eşlik eden komorbid (yaşamı tehdit edici ek hastalıklar) durumlarının olup olmadığı anlaşılmalıdır. Bu durumda hastaların kronik tedavilerinden hangilerine devam edileceğine, hangilerinin geçici bir süre durdurulacağına karar verilmeli ve ilaç etkileşimleri açısından da hastalar yakından takip edilmelidir. Ciddi COVID-19 hastalarında ortaya çıkan koenfeksiyonlar (eşlik eden diğer enfeksiyonlar) da tedavi edilmelidir.

Mümkün olan en kısa sürede SARI'ya ve sepsise neden olabilecek tüm patojenleri tedavi edebilecek şekilde ampirik antimikrobiyaller verilmelidir. Ampirik antibiyotik tedavisi, hastaların klinik teşhisine, yerel epidemiyolojik ve yatkınlık verilerine ve ulusal tedavi kılavuzlarına göre düzenlenmelidir. Ampirik tedavi mikrobiyolojik sonuçlara ve klinik kararlara göre devam edilmeli ya da sonlandırılmalıdır.

Kritik COVID-19 hastalarında ARDS geliştiğinde, solunum sıkıntısı olan hastaların standart oksijen terapisine yanıt vermedikleri ve hastalarda ciddi hipoksemik solunum yetmezliği geliştiği fark edilmiştir. Bu durumda hastalara, ileri oksijen/ventilasyon desteği sağlanmalıdır. ARDS'ye bağlı hipoksemik solunum yetmezliği, genellikle mekanik ventilasyon gerektirmektedir. Bunun için endotrakeal entübasyon eğitilmiş ve tecrübeli kişiler tarafından, havadan bulaşa yönelik tedbirler alınarak yapılmalıdır. Mekanik ventilatöre bağlanan ARDS'li hastalarda, kılavuzlardaki ventilasyon önerilerine ve ventilatör protokollerine göre hareket edilmelidir. Ayrıca kritik COVID-19 hastalarında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi de oldukça önem taşımaktadır (WHO, 2020a: 8-9).

İleri Yaş Grubunda COVID-19 Tanısı Almış Kişilere Klinik Yaklaşım

DSÖ'ye göre (WHO, 2020a: 13; WHO, 2020d: 45-46), ileri yaş ile diyabet ve hipertansiyon gibi komorbid hastalıklar, COVID-19'lu hastalar için ölüm açısından risk oluşturmaktadır. Bu yüzden, yaşlı kişiler bu hastalığa bağlı hayatını kaybetme riski en yüksek olan grubu oluşturmakta ve en örselebilir popülasyonlar içinde yer almaktadırlar. Şunu fark etmek önemlidir ki; yaşlı kişilerin de diğer kişilerle aynı şekilde, yoğun bakım da dahil olmak üzere, yüksek kalitede sağlık hizmeti alma hakları vardır. Ayrıca belirtilen şu maddelere de dikkat edilmelidir (WHO, 2020d: 45-46):

- Bilinen ya da olası COVID-19'lu yaşlı kişiler için verilecek sağlık hizmetlerinin yönetiminde, sadece geleneksel hasta hikâyesi almaktan ziyade, kişilerin yaşamını, değerlerini, önceliklerini ve tercihlerini de içeren kişi merkezli ve koordine bir bakım yaklaşımı sergilenmelidir.

- Yaşlı kişiler, sağlık hizmetlerine ulaştıkları ilk noktada, genel klinik yaklaşımda olduğu gibi COVID-19 açısından değerlendirilmeli ve COVID-19 hastası olduklarından şüpheleniliyorsa oluşturulan COVID-19 vaka yönetim şemalarına göre tedavi edilmelidirler. Bu durum; kuruluşlara bağlı acil üniteleri, birinci basamak sağlık kuruluşları, hastane öncesi bakımın verildiği yerler ve uzun dönemli bakım kurumları gibi yaşlı insanların bakıldığı tüm yerler ve kurumlar için geçerli olmalıdır.
- Yaşlı kişiler, deliryum da dahil olmak üzere COVID-19'a dair atipik semptomlar gösterebilirler. Bu durum, yaşlı kişilerin değerlendirilmesi sırasında sağlık çalışanları tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.
- Yaşlı COVID-19 hastaları için önceden oluşturulmuş bir ileri bakım planının (yoğun bakım desteğine yönelik istekleri gibi) olup olmadığı belirlenmeli ve hastaların öncelikleri ile tercihlerine saygı gösterilmelidir. Eğer hastaların ileri bakım planları varsa belirlenmiş istekleriyle uyumlu ve seçtikleri tedavi çerçevesinde olabilecek en iyi bakımları sağlanmalıdır.
- COVID-19'a yönelik tedavi edilen hastalarda polifarmasiyi (çoklu ilaç kullanımı) azaltmak, ilaç etkileşimlerini ve yan etkilerini önlemek için hastaların kullandıkları ilaçlar gözden geçirilmelidir. Yaşlı hastalar, sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açabilen yeni reçete edilen ilaçların, yetersiz ilaç mutabakatının⁵ ve hasta bakımındaki koordinasyon eksikliğinin bir sonucu olarak polifarmasi açısından yüksek risk altındadır. Eğer hastalara COVID-19'un psikiyatrik ve nörolojik belirtileri için ilaçlar verilecekse ortaya çıkabilecek istenmeyen ilaç etkileşimleri ve yan etkiler açısından da çok dikkatli olunmalıdır. 60 yaşın üzerindeki kişilerin % 20'sinden fazlasında, COVID-19'dan önce de ilaç kullanmalarını gerektiren psikiyatrik veya nörolojik durumlar mevcuttur. Bir kişinin bilinen bir psikiyatrik veya nörolojik durumu varsa ve bunun için zaten bazı ilaçlar kullanıyorsa bu ilaçları kullanmaya devam etmesinin (veya bu ilaçların kesilmesinin), COVID-19

⁵ “İlaç mutabakatı; hastanın kullanmakta olduğu mevcut ilaçların olası en doğru ve tam bir listesinin oluşturulması ve bu listenin hasta kaydında veya ilaç isteklerindeki ilaçlarla karşılaştırılması süreci olarak tanımlanmaktadır. İlaç mutabakatı programlarının amacı, hastaya ait en güncel ve eksiksiz ilaç listesinin oluşturulmasıdır. İlaç mutabakatı programları ile özellikle hastaların bakım merkezlerine geçişlerinde (hastaneye yatış, hastanenin servisleri arası nakil veya hastaneden taburculuk) ilaç atlanmasının, ilaç uygulama yolu, dozu veya sıklığındaki yanlışlıkların ve ilaç duplikasyonları gibi hataların önlenmesi hedeflenmektedir (Sancar M, et al., 2014).”

semptomlarını nasıl etkileyebileceği üzerinde düşünülmelidir. COVID-19'lu kişilerde ilaç kullanımının durdurulması veya dozunun ayarlanması, dikkatli bir risk-fayda analizi gerektiren kararlardır ve mümkünse bir uzmana danışılarak yapılmalıdır.

- Multimorbidite (çok sayıda ölümcül olabilen durumlar) ve fonksiyonel zayıflamanın tespitinde hekimler, hemşireler, eczacılar, fizyoterapistler, meslek terapistleri, sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı ve psikososyal destek sağlayıcıları ve diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte multidisipliner bir işbirliği içinde olunduğundan emin olunmalıdır.
- Yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler; malnutrisyon (beslenme yetersizliği), bilişsel fonksiyonlarda gerileme ve depresif semptomlarla kendini belli ederek, kişisel kapasitede gerilemeye yol açabilir ve bu semptomlar farklı düzeylerde birbirleriyle etkileşime girebilir. Bu bulgular ve etkileşimler kapsamlı bir şekilde ele alınarak yönetilmelidir.
- Özellikle sağlık çalışanlarının kullandığı koruyucu maskeler dudak okumayı engellediğinden ve ses netliğini azalttığından, işitme ve görme bozuklukları olan yaşlı kişiler arasında, iletişim engeli daha yaygın hale gelebilir. Yaşlı hastalarla iletişim kurarken, bu yaş grubundaki kişilerde bilişsel açıdan gerilemenin de dikkate alınması gereklidir. Bu tür problemler, bu kişilerin bakımlarıyla ilgilenen sağlık çalışanlarının iletişim biçimlerini bu şartlara göre ayarlayabilmeleri için erken tespit edilmelidir.
- Yoğun bakım ünitesine kabul edilen ve/veya uzun süreli oksijen tedavisi ve yatak istirahati ile tedavi edilenler de dahil olmak üzere, COVID-19'lu yaşlı kişilerde belirgin bir fonksiyonel zayıflama yaşanma olasılığı daha yüksektir ve bu durum, hastaneye yatışlarından sonra koordineli bir şekilde rehabilitasyon verilmesini gerektirmektedir.
- Yaşlı kişilerde kronik enfeksiyonlar uygun şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir. Tüberküloz gibi diğer enfeksiyonlar COVID-19'u taklit edebilir veya COVID-19 ile birlikte bulunabilir. Bu nedenle fark edilmez ve atlanılır ise mortalite (ölüm riski) artışına neden olurlar.

COVID-19 Hastalarında Palyatif Bakım

Palyatif bakım, COVID-19 gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunlarla karşılaşan yetişkinlerin, çocuk hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik çok yönlü, entegre bir yaklaşımdır. Palyatif

bakım; fiziksel, psikososyal ve manevi stres faktörlerinin erken teşhisi, değerlendirilmesi ve tedavisi ile ağrıların ve acıların önlenmesine ve giderilmesine odaklanmaktadır. Palyatif bakım, yaşam sonu bakımını içerir ama yalnızca bununla sınırlı değildir. Palyatif müdahaleler, iyileştirici tedavilere entegre edilmelidir. Solunum güçlüğüne veya diğer semptomların hafifletilmesi ile birlikte sosyal desteği de içeren temel palyatif bakım; tüm hekimler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve COVID-19'dan etkilenen kişilerin bakımında yer alan herkes tarafından uygulanmalıdır (WHO, 2020d: 46).

DSÖ, COVID-19'lu hastalar için verilebilecek en uygun palyatif bakıma yönelik olarak bazı önerilerde bulunmuştur. Bunların başında, COVID-19'lu tüm hastaların, COVID-19'a yönelik önceden belirlenmiş ileri bir bakım planına (yoğun bakım desteği istemeleri gibi) sahip olup olmadıklarını tespit etmek gelmektedir. Hastaların önceliklerine ve tercihlerine saygı gösterilerek en uygun bakım planı oluşturulmalı ve tedavi seçimlerinden bağımsız olarak da onlara olabilecek en iyi bakım sağlanmalıdır. Palyatif bakıma yönelik müdahaleler, COVID-19 hastalarına sağlık hizmeti veren her kurumda erişilebilir hale getirilmelidir. Hastanelerde palyatif bakım için ayrı bir oda veya bölüme gerek yoktur, palyatif bakım herhangi bir ortamda sağlanabilir. Hastaların evden de palyatif bakıma yönelik müdahalelere erişebilmelerini sağlamak için çaba gösterilmelidir (WHO, 2020d: 46-47).

Palyatif bakım çerçevesinde, standart bakımın ya da yaşam sonu bakımın bir parçası olarak opioidler (morfin ve türevleri) ile diğer farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahalelerin yapılması düşünülmelidir. Morfin ve türevleri, doz ayarlamasının kritik olduğu ilaçlardır. Bu nedenle, morfin ve türevlerinin kanıta dayalı tedavi protokollerine göre reçete edilmeleri ve uygunsuz kullanıma bağlı olarak ortaya çıkabilecek istenmeyen etkilerinin önlenmesi için hastaların yakından izlenmesi gerekmektedir. COVID-19'lu hastalarda da gerektiğinde morfin ve türevlerinin kullanımı üzerinde düşünülmeli, bu ilaçların kullanımı ile ilgili belirtilen hususlara dikkat edilmeli ve kurumsal standartlara başvurulmalıdır (WHO, 2020d: 46-47).

COVID-19 Pandemisinde Kişilere Verilebilecek En Uygun Bakım İçin Etik İlkeler

DSÖ'nün de belirttiği üzere, tüm hastaların bakımında önemli olan etik, COVID-19 hastalarının klinik bakımında da merkezi bir öneme sahiptir. Klinik bakım, hastaların bakımında en iyi olanı yapmak için klinik uzmanlığın kullanılmasını içerir. Bu bağlamda, COVID-19'dan etkilenen tüm kişilerin bakım süreçlerinde hatırlanması gereken bazı etik konular şunlardır (WHO, 2020d: 47-49):

- **Eşit Ahlaki Saygı:** Her insan eşit derecede değerlidir. Tedavi ve bakım kararları; etnik köken, din, cinsiyet, yaş, engellilik, cinsel tercih/yönelim veya siyasi ilişkiler gibi alakasız veya ayrımcı özelliklere değil, tıbbi gereksinimlere dayanmalıdır. Benzer sağlık sorunları veya semptomları olan hastalar eşit tedavi ve bakım almalıdır. Ahlaki saygı göstermek demek, hastalar ile onlara bakan kişileri mümkün olan en fazla oranda karar alma sürecine dahil etmek, onlara tedavi seçeneklerini ve sınırlılıklarını açıklamak demektir.
- **Özen Borcu:** Her hastaya, mevcut şartlarda mümkün olan en iyi bakımın ve tedavinin verilmesi, hem hukuki hem de etik bir sorumluluk ve bir borçtur. Bir kriz sırasında kaynakların dağıtılması gerektiğinde bile, sağlık çalışanlarının ve en ön saflarda çalışanların, mevcut kaynaklar dahilinde hastaların refahını sağlamaya yönelik özen borçları vardır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının ve en ön saflarda çalışanların da özen görme hakları vardır. Bu bağlamda, bu gruplar içerisinde çalışanların güvenliklerini sağlamak ve refahlarını arttırmak amacıyla uygun Kişisel Koruyucu Donanımlar (KKD'ler) sağlanmalıdır. Bu durumda sağlık çalışanları ve en ön saflarda çalışanlar, verilmesi gereken klinik hizmetleri mümkün olduğunca uzun bir süre destekleyebilecekler ve böylece sadece onlar değil, tüm toplum fayda görecektir.
- **Terk Etmeme:** Eşit ahlaki saygı ve özen yükümlülüğü göz önüne alındığında, tıbbi bakıma ihtiyacı olan hiç kimsenin ihmal edilmemesi veya terk edilmemesi gerekmektedir. Hastaların aileleri ile arkadaşlarına da özen gösterilmeli ve onlarla iletişimi sürdürme seçenekleri araştırılmalıdır. Kendisine solunum cihazı desteğinin verilmeyeceği ya da verilen desteğin sonlandırılacağı tüm solunum yetmezliği olan hastalar için palyatif bakım erişilebilir olmalıdır.
- **Toplumsal Korunması:** Zorunlu olan ve gerekliliklerine riayet edilen, uygun bir '*enfeksiyon önleme ve kontrol*' sistemi mevcut olmalıdır. Böyle bir sistem; hastaları, sağlık çalışanlarını ve toplumu korur. Bir pandemi sırasında, hem hastalar için verilmesi gereken klinik bakımın niteliğine hem de toplum sağlığının iyileştirilmesi üzerine odaklanılmalıdır.
- **Gizlilik:** Hasta ve klinisyen arasındaki tüm iletişim - halk sağlığıyla ilgili endişeler (örn. temas izlemi ve gözetim vb.) veya mahremiyetin ihlali için kabul edilen diğer gerekçeler haricinde- gizli kalmalıdır. Özel kişisel bilgiler, haklı bir ihlal gerekçesi olmadıkça gizli tutulmalıdır.

Yukarıda bahsedilen etik konularla birlikte, DSÖ'nün önerilerine göre, sağlık alanında bakım hizmeti verenlerin '*enfeksiyon önleme ve kontrol*' de dahil olmak üzere, bakım konusunda yeterli eğitime erişebilmeleri, uygun ve yeterli KKD'ye erişebilmeleri, hasta bakımını engelleyecek seyahat kısıtlamalarından muaf tutulmaları; psikolojik, sosyal ve ruhsal bakım desteğine erişebilmeleri ve ayrıca gerektiğinde dinlenme ve matemini yaşama konusunda destek görebilmeleri sağlanmalıdır. Sağlık alanında bakım hizmeti verenler, hastalar ile aynı psikolojik, sosyal ve ruhsal sıkıntıları yaşama konusunda risk altındadırlar, ayrıca enfekte olma riskleri de yüksektir. Bu hizmetlerde çalışan tüm kişilere, ihtiyaçları ve kaygıları hakkında sorular sorularak ve bu konular ele alınarak temel ruh sağlığı ve psikososyal destek sağlanmalıdır (WHO, 2020d: 49).

COVID-19 Hastalarının Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler

COVID-19 hastalarına uygun bir klinik yaklaşımla birlikte göz önüne alınması gereken başka faktörler de olacaktır. Böylesi bir sağlık krizinde, hastaların sağlık durumlarını etkileyen faktörler olarak bildiğimiz onların yaşlarından, cinsiyetlerinden, eşlik eden hastalıklarından ve klinik durumlarından başka, ne tür faktörler etkili olacaktır?

Ulusal ve Uluslararası Politikalar

Öncelikle ulusal ve uluslararası sağlık politikaları ve sosyal politikalar, hastaların sağlık durumları üzerinde etkili olacaktır. UNESCO da bu politikaların önemine dikkat çekmiş ve "*COVID-19: ethical considerations from a global perspective*" adlı bildirgesinde, COVID-19 ile birlikte ortaya çıkan etik sorunları küresel bir bakış açısıyla değerlendirmiştir (UNESCO, 2020). Buna göre, bilim ve teknolojinin etik açıdan değerlendirildiği ve insan haklarına dayanan bir biyoetik perspektif, pandemide ortaya çıkan bu sorunların çözümünde anahtar bir rol oynamalıdır. Bu bağlamda:

- Sağlık politikaları ve sosyal politikalar, hem ulusal hem uluslararası düzeyde, sağlam bir bilimsel kanıt üzerinde temellenmeli, özellikle de yeni bir patojenden kaynaklı pandemi nedeniyle ortaya çıkan belirsizlikler göz önünde tutulmalı ve küresel etik değerlendirmeler çerçevesinde hareket edilmelidir. Pandeminin yayılımı ve etkileriyle ilgili verinin toplanmasında, mümkün olduğunca aynı ölçütlerin kullanılması ve benimsenmesi için uluslararası bir çaba önerilmektedir. Bireylerin ve toplumun sağlığını ve güvenliğini önceleyen politik stratejilerin kurumsallaştırılması ve bu süreçte bilimsel, etik ve politik aktörlerin yer aldığı bir interdisipliner diyalog ortamı sağlanması önemlidir. Politik kararlar geçerli olan bilimsel bilgiye dayanmalıdır, fakat asla sadece bilim tarafından meşrulaştırılmamalıdır (UNESCO, 2020).

■ Bir sürü bilinmeyişi olan böyle bir kriz durumunda; politika, bilim, etik ve hukuk arasında açık bir diyalog kurulması özellikle önemlidir. Bu bağlamda, genel popülasyonun güvenliğini, kesin olmayan ve değişen şartlarda riske atabilecek bir şekilde epidemiyolojik bilginin retrospektif analizinden yola çıkarak oluşturulan politikalar, bazı endişeleri beraberinde getirmektedir. Örneğin “toplum bağışıklığı” kavramı, gelişmiş ülkelerde bile yeterli yoğun bakım ünitelerinin bulunmaması nedeniyle, yaşamı tehdit eden olayların ve tıbbi olarak sürdürülemeyecek durumların sayısı üzerine etkisi göz önüne alınarak, çok dikkatli bir etik değerlendirme gerektirmektedir. Böyle bir tutum, bireylerin ve toplumların sağlığı ve güvenliği açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir. IBC (International Bioethics Committee) ve COMEST (the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology), sağlam bilimsel bilgiye ve uygulamalara dayanmayan politikaların, etik olmadığını vurgulamaktadır (UNESCO, 2020).

Sınırlı Kaynakların Dağıtımı

Pandemiler, farklı ülkelerdeki sağlık sistemlerinin güçlü ve zayıf yanlarının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri ve eşitsizlikleri de açıkça ortaya koymaktadır. IBC ve COMEST, sağlıkta kaynakların nasıl dağıtıldığının ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişimin birçok sorunun merkezinde olduğunu vurgulamaktadır. Kaynakların adil dağıtımını ve güçlü bir halk sağlığı sistemi, hükümetlerin gündeminde büyük bir önem taşımaktadır ancak bunun için uluslararası bir koordinasyona ihtiyaç duyulabilir. Makro düzeyde dağıtım üzerine bir politik seçimin, sağlık noktasında kaynakların mikro düzeyde dağıtımında (örn; hasta triajı) kaçınılmaz sonuçları olacaktır. Bu seçimler, tedaviye erişim talebinin katlanarak ve hızla arttığı pandemi döneminde daha da zorlaşmaktadır (UNESCO, 2020).

Sağlık kaynaklarının makro ve mikro düzeylerde dağıtımını, yalnızca adalet, yararlılık ve eşitlik ilkelerine dayandığında etik olarak haklı çıkarılabilir. Kaynakların yetersiz olduğu durumlarda hasta seçimi yapılırken, klinik ihtiyaç ve etkin tedavi öncelikli olarak dikkate alınmalıdır. Prosedürlerin şeffaf olması ve insan onuruna saygı göstermesi gerekmektedir. İnsan haklarını kutsal sayan etik düzenlemeler, her insanın sağlığının korunması hakkı olduğunu kabul etmektedir (UNESCO, 2020). UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi “Herhangi bir ırk, din, siyasi görüş, ekonomik veya sosyal durum bazında ayrımcılık olmaksızın elde edilebilecek en yüksek sağlık standardından faydalanmanın her insanın temel haklarından biri” olduğunun dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (UNESCO, 2007). Buradan hareketle, sosyal sorumluluk ve sağlık kapsamında “elde edilebilecek en yüksek sağlık standardı” her insanın temel hakkıdır, yani mevcut olan en yüksek sağlık hizmetlerine erişim her kişinin hakkıdır (UNESCO, 2020). Kuşkusuz bu temel haklar, pandemi koşullarında da geçerlidir.

DSÖ, tüm COVID-19 hastalarına uygun bakımın sağlanabilmesi ve temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için yerel, bölgesel, ulusal ve küresel düzeydeki hastanelerin ve sağlık sistemlerinin klinik bakım kapasitelerini (personel, yapı, malzeme ve sistemler) hazırlamalarını ve bu kapasiteyi arttırmaya hazır olmalarını önermektedir. Ayrıca kaynakların sınırlı olduğu durumlarda, kritik tıbbi müdahalelerin ve malzemelerin (oksijen, yoğun bakım yatakları, solunum cihazları gibi) dağıtımının veya bunlara erişimin nasıl yapılacağı konusunda her kurum bir eylem planı hazırlamalıdır. Bu plan net bir genel amaca sahip olmalı ve sınırlı kaynakların dağıtımı ile ilgili adil bir karar verme sistemini var etmelidir. Örneğin; planın amacı, belirlenmiş tıbbi kriterlere göre sınırlı kaynakların mümkün olan en iyi şekilde kullanılmasını sağlamak olabilir. Triaaj kriterleri tıbbi yarar ve eşitlik ile uygulama kolaylığını dengelemeye çalışmalıdır. COVID-19 durumundan bağımsız olarak, benzer ihtiyaçlara sahip tüm hastalar için aynı kriterler uygulanmalıdır. Sınırlı kaynakların dağıtılmasıyla ilgili karar verme sürecinin rutin şartlardaki işleyişinden pandemi şartlarındaki işleyişine ne zaman geçileceği netleştirilmelidir. Böylece kurumlar gelecekteki olası kaynak kıtlığı beklentisi nedeniyle, sınırlı kaynaklara erişimi kısıtlamak için çok erken hareket etmeyeceklerdir. Burada, pandemi şartlarındaki işleyiş geçişte “kritik eşik” noktasının ne olacağı (örneğin, sağlık bakanlığı tarafından veya yoğun bakım yatağı ile solunum cihazı kapasitesi sınırına ulaşan hastaneler tarafından yapılan bir bildiri) belli olmalıdır. Bu nokta, klinik kapasitenin en üst düzeye çıkarılması durumu göz önünde bulundurularak belirlenmelidir (WHO, 2020d: 47-48).

Sınırlı kaynakların dağıtımına ilişkin kararlar, belirlenen plana göre yapılmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Gerekirse daha önce yapılan dağıtımın faydasının kanıtlanamadığı durumlarda, dağıtım yeniden planlanmalıdır. Sınırlı kaynakların dağıtımı için hangi yöntem seçilirse seçilsin, adil bir dağıtımın yapılabilmesi için şu ilkelere dikkat edilmelidir (WHO, 2020d: 47-49):

► **Kapsayıcılık:** Dağıtım kararı için elde edilecek veriler, pandemiden en çok etkilenen popülasyonlardan elde edilmelidir.

► **Şeffaflık:** Dağıtım ile ilgili sistem, hem kolayca erişilebilir hem de ilkökul düzeyinde ve kurumun hizmet alanındaki tüm dillerde kolayca anlaşılabilir olmalıdır.

► **İzlenebilirlik:** Yeni veya güncellenmiş klinik bilgilerin veya ilgili durumların ışığında, onaylanmış bir triaj protokolünün uygulanmasına veya belirli bir kararın yeniden gözden geçirilmesine yönelik taleplerin incelenmesi konusunda uygun bir mekanizma mevcut olmalıdır.

► **Tutarlılık:** Sınırlı kaynakların dağıtımı ile ilgili ilkeler tutarlı bir şekilde uygulanabilir olmalıdır.

Örselenebilir Kişiler

Örselenebilir kişiler de pandemi zamanlarında daha savunmasız hale gelirler. Yoksulluk, ayrımcılık, cinsiyet, cinsel kimlik ve yönelimler, özerklik veya işlevsellik kaybı, yaşlılık, sakatlık, etnik köken, mahkûmiyet, göç gibi durumlar, mültecilerin ve vatansız kişilerin durumları ile ilgili savunmasızlıklar not edilmelidir. IBC ve COMEST, örselenebilir kişilerin korunmasına yönelik toplumsal sorumluluklarımızın farkında olunması gerektiğini, hem sözlü hem de fiziksel olarak her türlü damgalanma ve ayrımcılığın önlenmesinin önemli olduğunu yeniden teyit etmiştir. İzolasyon ve karantina gibi önlemler, örselenebilir kişileri büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, aile içi şiddete uğrama potansiyeli olan ve ekonomik güvencesi olmadan yaşayan kişilere özel bir dikkat gösterilmelidir. Bu kişileri destekleyecek ve koşullarının kötüleşmesini engelleyecek stratejiler dikkate alınmalıdır. Ayrıca pandemi kaynaklı anksiyetenin tetiklediği psikolojik stres ve hapsedilme duygusu göz önünde bulundurularak ek önlemler alınmalıdır (UNESCO, 2020).

Sağlık Hizmetlerine Erişim

UNESCO'nun pandemi döneminde üzerinde durduğu konulara baktığımızda, yoğun bakım ünitesinde tedavi gören tüm hastaların bakımı için de "elde edilebilecek en yüksek sağlık standardı"nı amaçlayarak hareket edilmesi gerektiğini söyleyebiliriz. Bu durum, daha önce bahsettiğimiz "COVID-19 hastalarına verilebilecek ve olabilecek en iyi tedavi şansı" kavramıyla da örtüşmektedir. Bu standart çerçevesinde tedavi görmek her kişinin temel hakkı olmalıdır. Fakat COVID-19 pandemisi süreci göstermiştir ki; kişilerin mevcut olan en yüksek sağlık hizmetlerine erişimi, bulundukları ülkenin mevcut pandemiye nasıl ele aldığı ve yönettiğine bağlı olarak değişmiştir. Özellikle ülkelerin sağlık politikaları ve toplum sağlığı anlayışları bu değişikliklerde oldukça belirleyici olmuştur. Bu açıdan ülkelerin bir ulusal pandemi planlarının olup olmaması ve bu planı uygulayabilme düzeyleri, acil durum hastanelerinin olup olmaması ve ihtiyaç anında bu hastaneleri kurabilme süreleri, sınırlı kaynaklarının ne olduğu ve bunların nasıl dağıtıldığı, salgın yönetiminde ön plana çıkmıştır. Bu unsurlara paralel olarak, ülkelerdeki yoğun bakım ünitelerinin sayısı ve kapasitesi, mevcut ventilatörlerin sayısı, sağlık personellerinin sayısı, yetkinlikleri ve başta maske olmak üzere kişisel koruyucu donanımlara ulaşabilme durumları ve iş güvenliği konuları oldukça önem kazanmış ve ülkelerde pandemi sürecinde yaşanan sorunlar bu konular etrafında şekillenmiştir. COVID-19 nedeniyle tedavi görmek zorunda olan hastalar da tüm bu unsurlardan etkilenmiş ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri o ülkede savunmasız bir grup içerisinde yer alıp almadıklarına, özellikle yaşlarına, hastalık açısından yüksek risk taşıyıp taşımadıklarına ve sağlık güvencelerinin olup olmamasına göre de biçimlenmiştir.

Engellilerin Durumu

European Disability Forum (EDF)/Avrupa Engellilik Forumu, 24 Mart 2020'de, bazı ülkelerde COVID-19 pandemisi için oluşturulan tıbbi kılavuzlarda, engelli kişilere karşı ayrımcılık yapıldığını belirten vaka raporlarından son derece endişe duyduklarını dile getirmiş ve bu kılavuzların etik prensiplere uyararak engelli kişileri de gözetmesi gerektiğini vurgulayan bir bildiri yayınlamıştır. Bu bildiride EDF, sağlık çalışanı sayısı ve ekipman yetersizliğinden ya da sağlık sektörünün yetersiz fonlanmasından dolayı herkese aynı şekilde sağlık hizmeti verilemeyen ülkelerde, COVID-19 için oluşturulan tıbbi kılavuzların ayrımcı olmaması ve uluslararası hukuk ile afetlerde ve acil durumlarda verilecek sağlık hizmetleri için oluşturulmuş kılavuzları takip etmesi gerektiğini söylemiştir (European Disability Forum, 2020). EDF'ye göre yetkililer, Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesi'ne göre ve özellikle bu sözleşmenin 11. maddesi çerçevesinde ilgili kılavuzları hazırlamalıdır (European Disability Forum, 2020). Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin web sayfasında yer alan bu sözleşmenin Türkçe çevirisinde (TTB, 2009) ilgili madde "risk durumları ve insani bakımdan acil durumlar" başlığını içermektedir ve burada bahsedildiği üzere, "engellilerin korunması ve güvenliğinin sağlanması için insancıl hukuk ve uluslararası insan hakları hukuku dahil, uluslararası hukuk çerçevesindeki yükümlülüklerini yerine getirmek için gerekli tüm tedbirleri" alacak şekilde hareket edilmelidir.

Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesi'ne göre, engelli kişilerin yaşam koşulları bir insan hakları meselesidir ve bu nedenle, engelli bir kişi ne zaman gerekçesiz olarak farklı bir muamele görürse, bir ayrımcılığa, yani bir insan hakları ihlaline maruz kalmış demektir (Republic of San Marino National Bioethics Committee, 2020). Temel ilkeleri arasında eşitlik, ayrımcılık yapmama ve fırsat eşitliği olan bu sözleşme, engelli kişilere karşı ayrımcılığın şu 3 şekilde olabileceğini savunur: gerekçelendirilmeden başka bir şekilde tedavi edilme (ayırım), bir hak veya menfaatten mahrum bırakılma (hariç tutma) ve bir hizmete veya hakka erişimini sınırlama (kısıtlama). Fırsat eşitliği de başta sağlıkla ilgili hizmetler olmak üzere, kişilerin mal ve hizmetlere erişim hakkının tanınmasını gözetir. Ancak bu hakların, acılar içinde bir yaşamın yaşamaya değer olmadığı ve böyle bir yaşamın sürdürülmemesi gerektiğini vurgulayan çok güçlü bir sosyal ve kültürel damgalama ile zarar görme riski de vardır. Bu anlayış, sağlık çalışanlarını acil durumlarda oldukça zor ve üzücü seçimler yapmak zorunda bırakabilmektedir (Republic of San Marino National Bioethics Committee, 2020). Bu durum ise özellikle olağanüstü durumlarda, kaynakların dağıtılmasında ayrımcılığa neden olabilmektedir.

COVID-19 Pandemisinde Afet Tıbbı ve Triaaj

Afet Tıbbı

Pandemi döneminde hazırlanan kılavuzlar, en doğru uygulamalar için Dünya Tabipler Birliği (DTB)'nin *Afet Durumları için Tıbbi Etik Bildirgesi*'ne uymalıdır. Buna göre, kurtarılabilecek hastaları seçerken, hekimler sadece hastaların tıbbi durumlarını ve tedaviye alınabilecek yanıtı göz önünde bulundurmalı ve tıbbi olmayan diğer tüm faktörleri bu sürecin dışında bırakmalıdırlar (European Disability Forum, 2020). EDF bu bildiride, San Marino Cumhuriyeti⁶ Ulusal Biyoetik Komitesi tarafından COVID-19 için özel olarak oluşturulan kılavuza da yoğun bir şekilde yer vermiştir. Bu kılavuzda şu maddeler öne çıkmıştır: Tedavi önceliğinin verilmesinde ve hastalıktan mağdur kişilerin tedavi edilmesinde temel etik prensiplere aykırılık söz konusu olmamalıdır. Bu nedenle, triaj ve kaynakların dağıtımı yapılırken tek seçim kriteri, her bir kişinin yaşamına saygı duyularak, vakaların klinik açıdan uyumlulukları ve uygun tedavi seçenekleri üzerinden olmalıdır. Yaş, cinsiyet, sosyal durum veya etnik köken, engellilik gibi tüm diğer seçim kriterleri kabul edilemez. Böyle bir seçim, kişilerin yaşamlarının olduğundan daha az ya da daha çok değerli olduğu bir sıralama yapar ve böyle bir sıralama kabul edilemez, bir şekilde insan hakları ihlali oluşturur (European Disability Forum, 2020).

San Marino Cumhuriyeti Ulusal Biyoetik Komitesi'nin hazırlamış olduğu kılavuz, aslında COVID-19 pandemisinde her yaştan ciddi engeli bulunan insanlar için invazif mekanik ventilasyon kullanımında ortaya çıkan etik sorunlara dair alınmak istenen görüşlerle ilgilidir. Özellikle engelli kişilerin yaşamlarının sonlarında, acil durumlarda ve afet durumlarında vaka yönetimi üzerinde duran Komite, COVID-19 pandemisinde de bu kişilerin durumlarının uygun yönetimi için engelli kişilere biyoetik yaklaşım, biyoetik açıdan afetler ve yaşamlarının sonlarında bulunan hasta kişilerin bakımlarında karar verme süreci ile ilgili belgelere başvurulması gerektiğini belirtmiştir. Komiteye göre, böyle olağanüstü durumlarda, sağlık personeli çok zor ve etik değerler açısından kritik kararlar vermek zorunda kalabilir. Yine de UNESCO'nun Biyoetik ve İnsan Hakları Bildirgesi'ne bağlı kalınmalıdır ve herhangi bir biyoetik değerlendirme her zaman, insan haklarına ve onuruna saygı çerçevesinde yapılmalıdır (Republic of San Marino National Bioethics Committee, 2020). Benzer şekilde, COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda

⁶ Güney Avrupa'da yer alan ve İtalya yarımadası tarafından çevrelenmiş olan San Marino Cumhuriyeti, Avrupa'nın en küçük üçüncü devleti ve en eski cumhuriyetidir (Central Intelligence Agency, 2020). Bu küçük cumhuriyet, İtalya gibi COVID-19 pandemisinden oldukça kötü bir şekilde etkilenmiş ve bunun üzerine sıkı önlemler almıştır (Euronews, 2020).

tedavi görmesi gereken kişilerden özellikle yaşlılar ve engelli kişilerin de içinde bulunduğu örselenebilir gruplar daha da savunmasız bir hale gelebilecektir. Burada UNESCO'nun Biyoetik ve İnsan Hakları Bildirgesi'nin 8. maddesini de hatırlamak gerekmektedir. "İnsanın savunmasızlığına ve kişisel bütünlüğüne saygı" ile ilgili olan bu maddeye göre (UNESCO, 2006), "bilimsel bilgiler, tıbbi uygulamalar ve ilişkili teknolojilerin uygulanması ve geliştirilmesi sürecinde insanların hassasiyeti göz önünde bulundurulmalıdır." Bu bağlamda, "Özel savunmasızlıkları olan bireyler ve gruplar korunmalı ve bu bireylerin kişisel saygınlığı göz önünde tutulmalıdır (UNESCO, 2006)."

San Marino Cumhuriyeti Ulusal Biyoetik Komitesi hazırladığı kılavuzda, 6 Mart 2020 tarihli SIAARTI (Italian Society of Anesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care) tarafından hazırlanan bir belgeden söz etmiştir ve bu belgenin girişinde bahsedilen hususları kabul ettiğini belirtmiştir. Bu belgede, mevcut COVID-19 pandemisinde korkulduğu gibi gereksinimler ile mevcut kaynaklar arasında bir dengesizliğin olduğu şartlarda, hastalara yoğun tedavilerin verilmesi ve bu tedavilerin durdurulması için klinik etik açıdan önerilere yer verilmiştir. Buna göre, böyle bir senaryo, zor seçimler yapmak zorunda kalan hekimlerin ve hemşirelerin etik açıdan vakaların durumunu uygun bir şekilde değerlendirebilmeleri için birçok somut endikasyonun geliştirildiği "afet tıbbi"na büyük ölçüde benzetilebilir (Republic of San Marino National Bioethics Committee, 2020). Böyle zor ve etik açıdan yönetimi kritik olan hastalarla ilgili doğrudan endikasyonların belirlenmesi tam olarak afet tıbbında yapılır. Böyle hastalar "normal" şartlarda tedavi almak konusunda bir zorlukla karşılaşmayacak ve hatta iyileşebilecekken, "olağanüstü" acil durumlarda gerekli ekipman ve personel yetersizliğine bağlı olarak tedavi edilemeyebileceklerdir. Bu durumda tedavi edilecek kişiler için tedavi önceliğinin belirlenmesi, temel etik ilkeleri göz ardı etmeden kaynakların dağıtımını optimize etmeye çalışan doğru bir "triaj" uygulaması yapılmalıdır. Bu nedenle, tek seçim parametresi, klinik duruma uygun tedavilerin verilmesine dayanan ve her insanın hayatına saygı duyan bir şekilde triajın doğru uygulanmasıdır (Republic of San Marino National Bioethics Committee, 2020).

Trij

Pandemi döneminde, sınırlı kaynaklardan olan yoğun bakım yataklarının ve solunum cihazlarının adil ve insan haklarına saygılı bir şekilde dağıtılabilmesi için yukarıda bahsedilen "afet tıbbi" yaklaşımıyla doğru bir "triaj" uygulaması nasıl yapılmalıdır? Bunun için öncelikle Dünya Tabipler Birliği'nin bildirgelerine bakılmalıdır. İlk olarak 1994'te DTB tarafından hazırlanan "*Felaket Olayında Tıp Ahlak Kuralları*" bildirgesine göre, triaj "bir

teşhis koymaya ve bir prognoz belirlemeye dayanan; tedavi ve müdahaledeki öncelikler konusunda bir tıbbi eylemdir (Türk Tabipleri Birliği, 1994).” Bu bildirgede, felaket olaylarında sağlık durumları farklı olan mağdurlar için sınırlı tedavi kaynaklarına bağlı farklı problemlerin ortaya çıkabildiği ve hastaların yaşamının triaja bağlı olduğu belirtilmiştir. Bunun için triaj “tıbbi ihtiyaçları, tıbbi girişim olanaklarını ve mevcut kaynakları hesaba katarak çabuk şekilde gerçekleştirilmelidir (Türk Tabipleri Birliği, 1994).” Bu bildirge 2017 yılında DTB tarafından güncellenmiş ve hekimlere şu önerilerde bulunulmuştur (World Medical Association, 2017):

- Tıp mesleği her zaman, her durumda hastaların ve toplumun hizmetindedir. Bu nedenle, hekimler afetlerin sağlık sonuçlarını bir mazeret veya gecikme olmaksızın ele almalıdır.
- Afetler sırasında hekimlerin ve diğer müdahale ekiplerinin kişisel güvenliğinin sağlanması gereklidir ve esastır. Hekimler ve diğer müdahale ekipleri, hem uygun hem işlevsel tıbbi ve koruyucu ekipmanlara erişebilmelidir.
- Tedavi önceliklerini belirlemek için bir triaj sisteminin gerekli olduğu durumlarda, en ciddi şekilde etkilenen/yaralanan kişilere analjezik verilmesi gibi sadece semptom kontrolü yapılabilir de bu gibi triaj sistemleri normatif standartlara bağlı kalmaları koşuluyla etikdir. Triajın önemli özelliklerinden biri sınırlı kaynakların dağıtılması ihtiyacı ise de bu dağıtım yapılırken kişilere değer verilmeli ve merhamet gösterilmelidir. İdeal olarak triaj, yeterli personel tarafından desteklenen, yetkilendirilmiş ve tecrübeli bir hekim veya hekimlerden oluşan bir ekip tarafından yürütülmelidir. Vakalar düzeliş kategorisi değiştirebileceğinden, triajdan sorumlu yetkilinin, durumu süreç boyunca düzenli olarak değerlendirmesi esastır.
- Bir hekimin, her ne pahasına olursa olsun, tedavi ümidi olmayan kişileri “acil bakımın ötesinde” tedavi etmesi, böylece başka yerlerde ihtiyaç duyulan kıt kaynakları boşa harcaması etik değildir. Yaralı bir kişiyi, afet durumunun belirlediği öncelikler nedeniyle tedavi etmeme kararı, ölümcül tehlikesi olan bir kişiye yardım etme konusunda bir etik veya tıbbi başarısızlık olarak düşünülemez. Bu durum, maksimum sayıda kişi kurtarılacak istenildiğinde geçerlidir. Bununla birlikte hekim, bu tür hastalara şefkatli davranmalı ve onurlarına saygı göstermeli, örneğin onları diğerlerinden ayırarak ve onlara uygun ağrı kesici ve yatıştırıcılar vererek görevini yapmalıdır. Ayrıca mümkünse birinden hastayla kalmasını ve onu yalnız bırakmamasını istemelidir.

- Hekimler, hastaların ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklara göre hareket etmelidir. En fazla sayıda hayatı kurtaracak ve morbiditeyi en aza indirecek şekilde tedavi öncelik sırasını belirlemeye çalışmalıdırlar.
- Kurtarılabilecek hastaları seçerken, hekim sadece hastaların tıbbi durumlarını ve öngörülen tedavi yanıtlarını dikkate almalı, tıbbi olmayan kriterlere dayanan tüm diğer hususları dışlamalıdır.
- Bir felaketten kurtulanlar da diğer hastalarla aynı saygıyı görme hakkına sahiptir ve mevcut en uygun tedavi hastanın rızasıyla uygulanmalıdır.
- Afet sonrası dönemde hayatta kalanların ihtiyaçları dikkate alınmalıdır. Birçoğu aile üyelerini kaybetmiş olabilir ve psikolojik sıkıntı çekiyor olabilir. Hayatta kalanların ve ailelerinin onuruna saygı gösterilmelidir.
- Hekimler, tarafsız davranmak için her türlü çabayı sarf etmeli ve hastaların geleneklerine, inançlarına ve dinlerine saygı göstermelidir.
- Mümkün olduğunca, karşılaşılan tüm zorluklar ayrıntılı bir şekilde kaydedilmelidir. Ayrıca vefat eden hastalar da dahil olmak üzere hastaların kimlik bilgileri kaydedilmelidir.
- Afet durumlarında, hekimler için geçerli olan etik ilkeler diğer sağlık çalışanları için de geçerli olmalıdır (World Medical Association, 2017).

Sayılarla COVID-19

DTB'nin afetlerde yapılması gerekenler ile ilgili yukarıda ifade edilen bildirimlerde afet veya felaket olarak tanımlanan yerlere, yine bir felaket durumu olarak pandemi kelimesini koyarsak, olmuş bitmiş bir durumdan değil de devam eden bir süreçten bahsetmiş oluruz. Burada kurban ve kurtulan sayıları, süreç içerisinde devamlı değişkenlik gösterebilecek, salgın kontrol altına alınana kadar vaka sayısı ve dolayısıyla kurban sayısı beklentilerin ötesinde ya da hızlı bir şekilde artabilecektir. COVID-19 pandemisinde de salgının gidişatını anlamak için günlük olarak küresel ve ülkeler düzeyinde şu sayılar ön plana çıkmıştır: Toplam vaka sayısı, toplam ölüm sayısı ve yeni vaka sayısı. Örneğin 3 Temmuz 2020'de tüm dünyada koronavirüse bağlı olarak toplam vaka sayısı 10.720.449, toplam ölüm sayısı 517.340 ve yeni vaka sayısı 186.167 olmuştur (WHO, 2020c).

Ülkeler düzeyinde baktığımızda örneğin Türkiye'de bu sayılara ek olarak toplam test sayısı, toplam yoğun bakım hasta sayısı, toplam entübe hasta sayısı, toplam iyileşen hasta sayısı ile o güne ait test sayısı, vefat sayısı ve iyileşen sayısı da önemli sayısal bilgiler olarak verilmiştir. Yine 3 Temmuz

2020'yi örnek olarak verirsek, Türkiye'de toplam test sayısı 3.535.818, toplam vaka sayısı 203.456, toplam vefat sayısı 5.186, toplam yoğun bakım hasta sayısı 1.082, toplam entübe hasta sayısı 374, toplam iyileşen hasta sayısı 178.278 olarak verilirken; 3 Temmuz'a ait test sayısı 52.141, vaka sayısı 1.172, vefat sayısı 19 ve iyileşen sayısı 1.313 olarak verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Bütün bu sayılar sınırlı kaynaklar arasında yer alan yoğun bakım kapasitelerinin mevcut durumunu, kapasitesini, personel ve malzeme yeterliliğini ve ihtiyacı olanlar için dağıtılabilme şartlarını değiştirecektir. Entübe olan hastaların klinik durumları, yoğun bakımda yatan hastaların yatış süreleri ve yoğun bakıma ihtiyacı olan hastaların sayısı da sağlık hizmetlerinin verilebilme gücünü ve bahsetmiş olduğumuz uygun ve doğru bir triajın yapılabilme durumunu etkileyecektir. Tekrar Türkiye'deki duruma bakarsak, 1 Haziran 2020'den itibaren normalleşme dönemine geçilmiş ve alınan sıkı coronavirus tedbirlerinin çoğu gevşetilmiştir. Bu dönem sonrasında Türkiye'de günlük vaka sayısı yeniden artmaya başlamıştır. 14 Haziran 2020 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'deki yeni vaka sayısı 1.562, gün içinde vefat edenlerin sayısı 15, gün içinde iyileşenlerin sayısı 1.330 ve toplam yoğun bakım hasta sayısı 717 olarak verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Bunun üzerine T.C. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, kendi twitter hesabından bir açıklama yapmış ve şöyle yazmıştır:

“İyileşen hasta sayımız yeni vaka sayısının altına düştü. Yoğun bakıma ve solunum cihazına ihtiyaç artıyor: Hedeften uzaklaşıyoruz. En zayıf noktamız, TEDBİRSİZ iyimserlik. TEDBİRLİ İYİMSER olalım. Kontrollü Sosyal Hayat dönemine yarın tam olarak geçelim (Twitter, 2020a).”

Bu açıklamadan on beş gün sonra, 29 Haziran 2020 tarihinde Bakan Koca tarafından açıklanan verilere göre, yeni vaka sayısı 1.374 ve toplam yoğun bakım hasta sayısı 1.018 olmuştur (Twitter, 2020b). Yani uzun zamandır ilk kez yoğun bakımdaki hasta sayısı 1.000'in üzerine çıkmıştır ve takip eden günlerde de 1.000'in üzerinde kalmaya devam etmiştir. Bunun üzerine Bakan Koca, vaka sayılarını azaltmak için yeterince kararlı olunmadığını ve tedbirler konusunda dikkatli davranılmadığını vurgulamıştır (Twitter, 2020b). Ayrıca 1 Temmuz 2020 tarihinde yaptığı basın açıklamasında şöyle söylemiştir:

“Virüsün yayılma hızının azaldığı düşüncesi yanıltıcıdır. Virüsün hasta etme gücünün zayıfladığı düşüncesi de bilimsel dayanaktan yoksundur. Bunlara itibar edilmesi, birçoklarının hastalığa yakalanmasına ve hastalığı başkasına bulaştırmasına neden olmaktadır. Bunlar hiç kimsenin gönlünün razı olacağı sonuçlar değildir (Twitter, 2020c).”

Bu örneklerden de görüldüğü üzere, günlük hayattaki uygulamalarla birlikte sürekli değişen sayılar ve bu değişimin etkileri beraberinde olası ya da yeni etik sorunlar getirebilecektir.

Örnekler ile COVID-19 Pandemisinde Karşılaşılan Sorunlar

Böyle bir pandemide ne gibi sorunlarla karşılaşılabilir? Örneğin Mart ayında yayınlanmış bir makaleye (Nacoti M, et al., 2020) göre İtalya'da bir hastanede karşılaşılan zorluklara bakalım: Papa Giovanni XXIII Hastanesi, İtalya'nın Lombardiya Bölgesi'nde bulunan Bergamo şehrinde yer almaktadır. Lombardiya Bölgesi, Avrupa'nın en zengin ve yoğun nüfuslu bölgelerinden biridir ve makalenin yazıldığı tarihte de salgından en fazla şekilde etkilenen bölge olmuştur. Bergamo ise nispeten küçük bir şehir olmasına rağmen, yine makalenin yazıldığı tarihe göre, 4305 vakaya sahiptir ve bu sayı da İtalya'nın herhangi bir yerinde görülen vaka sayısından fazladır. Dolayısıyla salgının merkezinde bulunan Papa Giovanni Hastanesi ise yeni teknolojik ürünlerle donatılmış ve 48 yoğun bakım yatağı olan bir hastane olarak oldukça zorlu bir dönem geçirmiştir. Makalede, bu hastanede çalışan hekimlerin gözünden yaşananlar aktarılmıştır. Aktarılanlara göre, kritik eşiğin oldukça üzerinde bir şekilde hastane kontamine olmuştur. Hastanedeki 900 yatağın 300 tanesi COVID-19 hastaları ile dolmuştur. Hastanedeki tüm yoğun bakım yataklarının %70'i durumu kritik olanlardan (makul) yaşama şansı olan COVID-19 hastalarına ayrılmıştır. Normal bakım standartlarının çok altında çalışıldığı için hastanedeki durum sıkıntılıdır. Bir yoğun bakım yatağı için saatlerce beklenmiştir. Yaşlı hastalar resüsite edilmemişler ve palyatif bakım verilmeden tek başlarına ölmüşlerdir. Hastaların ölüm haberleri ailelerine telefonla ve genellikle daha önce aileyle herhangi bir iletişim içerisinde olmamış, iyi niyetli fakat bitkin ve duygusal olarak yıpranmış bir hekim tarafından verilmiştir. Çevre bölgelerde durum daha da kötüdür. Çoğu hastane, neredeyse çalışamayacak durumda, aşırı şekilde kalabalıktır. Buralarda gerekli ilaçlar, mekanik ventilatörler, oksijen ve kişisel koruyucu ekipman da mevcut değildir. Hastalar yerlerde yatmışlardır. Sağlık sistemi, gebelik takibi ve doğum için gerekli sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sürekli verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin sunumunda zorlanılmıştır. Hastanelerde, sağlık çalışanları ve yardımcı sağlık personeli yalnız kalmışlar ve sistemi ayakta tutmaya çalışmışlardır (Nacoti M, et al., 2020).

Emanuel ve arkadaşlarının yazdığı bir makaleye (Emanuel EJ et al., 2020) göre de birçok ülkede gerekli kaynaklara ulaşma ve bu kaynakların dağıtılması açısından sıkıntılar yaşanmıştır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlık çalışanları için yeterli sayıda (yüksek filtrasyonlu) N-95 maskeler bulunamamıştır ve tek kullanımlık maskelerin nasıl yeniden kullanılabileceği konusu üzerinde durulmak zorunda kalınmıştır (Emanuel EJ et al., 2020). Tekrar İtalya'ya bakıldığında, buradaki doktorlar, yoğun bakım yatakları ve ventilatörler gibi önemli kaynakların tedaviden en iyi şekilde yararlanabilecek hastalar için kullanılmasını önermişlerdir. Daegu, Güney Kore'deki COVID-19 vakalarının çoğuna ev sahipliği yapmış ve hastaneler-

de hiç boş yatak olmaması sorunuyla karşı karşıya kalmıştır. Bu nedenle, bazı hastalar tedavi için kabul edilmeyi beklerken evlerinde ölmüştür. İngiltere’de ise, sağlık çalışanları için gerekli kişisel koruyucu donanımlar yeterli tere’de ise, sağlık çalışanları için gerekli kişisel koruyucu donanımlar yeterli özellikleri sağlayamamış ve bu malzemelerin kalite eksikliği de üreticilerin kınanmasına neden olmuştur (Emanuel EJ et al., 2020). Türk Tabipleri Birliği de Mart ayı içerisinde yaptığı bir ankete göre, Türkiye’deki sağlık çalışanlarının maske, eldiven, önlük gibi kişisel koruyucu malzemelere ulaşmakta güçlük yaşadığını ve bu nedenle de büyük risk altında sağlık hizmeti sunduklarını, düzenlediği raporda belirtmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2020b). Birçok ülkede de benzer şekilde tıbbi kaynakların arzı ve talebi arasında hızla artan bir dengesizlikle karşı karşıya kalınmıştır (Emanuel EJ et al., 2020).

Bakımevlerinde Kalan Yaşlıların Durumu – Avrupa Örneği

Avrupa Konseyi’nin web sayfasında yayınlanan bir yazıya göre, Avrupa Konseyi üye devletlerinde, ölümlerin neredeyse yarısı uzun süreli bakım tesislerinde ve özellikle yaşlı bakım evlerinde meydana gelmiştir (Council of Europe, 2020). Bu ölümler Fransa ve İngiltere gibi bazı ülkelerde resmi rakamlara sonradan dahil edilmeye başlanmıştır. Virüsün yayıldığı tüm ülkelerde, yaşlı bakım evlerinde kalan birçok kişi hastalanmış ve çoğu zaman ailelerinin bilgisi bile olmadan tamamen yalnız ve izole bir şekilde hayatlarını kaybetmişlerdir. Özellikle ileri yaş grubunda olan kişilere uygulanan sıkı izolasyon önlemleri, bu kişilerin hem fiziksel hem ruhsal sağlıklarını kötü etkilemiştir. Ayrıca bu kurumların böyle bir duruma karşı hazırlıklı olmamaları, personel için kişisel koruyucu donanım eksikliği, sürveyans eksikliği, yetersiz enfeksiyon kontrolü ve önlemleri ile bu kurumlar ve hastaneler arasındaki yetersiz koordinasyon da yüksek ölüm oranlarına katkı yapmıştır. Birçok ülkede ve kurumda, kriz yönetimi yapılamamış ve olaylar kaotik hale gelmiştir. Bazı ülkelerdeki çalışanlar, hastaları kurtarmak için kahramanca çabalar harcamışlar, bazen kendilerini tesislerde izole etmişler ve kendi aileleriyle temastan kaçınmışlardır. Romanya gibi bazı ülkeler ise bu kurumlarda çalışanların, uzun süreli bakım tesislerinde veya özel olarak belirlenmiş yerlerde, kendilerini tecrit etmesini bile zorunlu kılmıştır (Council of Europe, 2020).

Bir diğer durum ise İspanya’dan bildirildiği gibi, bu kurumlarda kalan kişilerin enfekte olmalarına rağmen ihmal edilmiş veya terk edilmiş olmalarıdır. Bu durum, uzun süreli bakım hizmeti veren bir kurumda hayatını kaybedenlerin, hem hayat kurtarıcı tedavilere hem de acılarını azaltmak için gerekli yaşam sonu bakımlarını içeren yeterli sağlık hizmetlerine erişip erişemedikleri konusunda birçok meşru şüphe uyandırmıştır. Özellikle çeşitli üye ülkelerin raporları rahatsız edici düzeyde olmuştur; çünkü hastaneler ve acil sağlık hizmetleri doldukça, bu uzun süreli bakım veren kurumlardan

gelen hastalar, hastaneler tarafından kabul edilmemiştir. Hatta hastanelerde hala müsait yer olsa bile, yaşlı hastalar hastanelerde tedavi edilmemiş ve uygunsuz bir şekilde reddedilmiş olabilirler. Örneğin, Stockholm’de bu konuda ortaya atılan iddiaların ardından İsveç’te soruşturmalar başlamış ve devam etmektedir. Bu belirsiz koşullarda sevdiklerini kaybeden aile üyelerinde ise anlaşılır bir öfke ve hayal kırıklığı ortaya çıkmıştır. Örneğin Fransa’da, bu kişilerin birçoğu, bakım evlerinin yönetimleri hakkında suç duyurusunda bulunmuştur. İspanya’da ise savcılar, yaşlılara bakım veren bir dizi tesis hakkında ceza soruşturması başlatmış, benzer soruşturmalar İtalya’da da başlamış ve devam etmiştir (Council of Europe, 2020).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin yaşam hakkına ilişkin 2. maddesi kapsamındaki yükümlülükleri uyarınca, üye devletler istisnasız olarak bu kurumlarda meydana gelen tüm ölümlere ışık tutmak zorundadırlar (Council of Europe, 2020). Yine Avrupa Konseyi’nin bu yazısına göre, DSÖ’nün uzun süreli bakım kurumlarındaki COVID-19 hastalarına özellikle yaşları veya alta yatan komorbiditeler nedeniyle risk altında olanlara bir sağlık kuruluşunda bakım verilmesini önerdiği, üye devletlere hatırlatılmalıdır. Ayrıca üye devletler, istisnasız herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına erişebilme hakkına sahip olduğunu da unutmamalıdır (Council of Europe, 2020).

Üye devletler, Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi’nin “sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanma (TBMM, 2003)” ile ilgili 3. maddesini de özellikle dikkate almalıdırlar (Council of Europe, 2020). Sınırlı kaynaklar bağlamında önceliklerin belirlenmesi için herhangi bir mutlak gereklilik, sadece sağlam tıbbi kanıtlara ve ölçütlere, bireysel bir prognoza ve gerekli tedavinin aciliyetine dayanmalıdır. Tüm insanların eşit olduğu temel ilkesini göz ardı eden ve örneğin “sosyal değer” veya “yaşam kalitesi” ya da yaş, engellilik durumu veya kişinin uzun süreli bir bakım evinde yaşaması gibi ölçütlere dayanan herhangi bir önceliklendirme prosedürü, birçok uluslararası ve ulusal etik kuruluşu tarafından vurgulandığı gibi, insan haklarına ve etik ilkelere uygun değildir (Council of Europe, 2020).

COVID-19 Pandemisinde Ortaya Çıkan Etik Sorunlar Nasıl Yönetilebilir?

Aslında DSÖ 2016 yılında “Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks” adıyla dünya çapında etkili olan salgın hastalıklarda ortaya çıkan etik konuların nasıl yönetilmesi gerektiğiyle ilgili bir kılavuz yayınlamıştır (WHO, 2016). Bu kılavuza göre, böyle salgınlarda 7 etik prensip ön plana çıkmaktadır: Adalet, yarar sağlama, fayda, kişilere saygı-özerkliğe saygı, özgürlük, müteakabiliyet (karşılıklılık) ve dayanışma (WHO, 2016:8-9). Ortaya çıkabilecek belli başlı etik konulardan bazıları ise şunlardır:

- Hükümetlerin ve uluslararası toplulukların yükümlülükleri (-Ulusal halk sağlığı yasalarını yeterli hale getirmek -Küresel izlem ve hazırlık çabalarına katılmak -Finansal, teknik ve bilimsel destek sağlamak)
- Yerel toplumun sürece dahil edilmesi (-Kapsayıcılık -Belli örselenebilir grupların durumları -Farklı görüşlere açık olma -Şeffaflık - Hesap verebilirlik)
- Belli örselenebilir grupların durumları (-Hizmetlere ve kaynaklara erişimde güçlük -Etkili alternatif iletişim stratejilerine ihtiyaç duyulması -Damgalama ve ayrımcılığın etkileri -Salgınla mücadele önlemlerinde orantısız yükler -Daha fazla kaynak ihtiyacı)
- Sınırlı kaynakların dağıtımı (-Fayda ve hakkaniyetin dengelenmesi -Faydayı sağlıkla ilgili konular temelinde tanımlama -Örselenebilir grupların ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması -Salgına müdahale çabalarına katkıda bulunanlar için mütekabiliyet temelli yükümlülüklerin yerine getirilmesi -Hayat kurtarıcı kaynaklara erişemeyen kişilere destekleyici ve palyatif bakım sağlanması -Uygulamaların tutarlı olması -Anlaşmazlıkların çözülmesi -Yolsuzlukların önlenmesi -Sorumlulukların ayrılması)
- Halk sağlığı surveyansı (-Kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması -Evrensel katılımın öneminin değerlendirilmesi -Bireylere ve toplumlara bilgi verilmesi)
- Hareket özgürlüğü kısıtlamaları (-Kısıtlama getirmenin gerekçeleri -En az kısıtlayıcı araçlar -Maliyetler -İnsani koşulların sağlanması -Finansal ve sosyal sonuçların ele alınması -Hukuki usullere uygunluğun korunması -Adil uygulamalar -İletişim ve şeffaflık)
- Bulaşıcı hastalığın teşhisi, tedavisi ve önlenmesi için tıbbi müdahalelerle ilgili yükümlülükler (-Önerilen müdahalenin halk sağlığı açısından gerekliliği -Önerilen müdahale için tıbbi kontrendikasyonların varlığı -Gönüllü olmayan bir hastaya müdahalenin yapılması -Toplum güveni üzerine etkisi)
- Salgınlar sırasında araştırma yapılması (-Yerel araştırma kurumlarının rolü -Araştırma etiği incelemesinde ve bilimsel kapasitede sınırlılıkların ele alınması -Zamana duyarlı koşullarda etik incelemenin sağlanması -Araştırmayı daha geniş çaplı çalışmalara entegre etmek -Araştırmanın sağlıkla ilgili kritik kaynakları tüketmemesini sağlamak -Korku ve çaresizlikle yüzleşmek -Aydınlatılmış onamın önündeki diğer engelleri anlamak -Güven kazanmak ve bunu sürdürmek -Uygun bir araştırma metodolojisi seçmek -Hızlı veri paylaşımı -Araştırmadan elde edilen faydalara eşit erişimin sağlanması)

- Kanıtlanmamış tedavilerin acil durumlar için kullanılması
- En önde görev yapan çalışanların hakları ve yükümlülükleri (WHO, 2016).

COVID-19 pandemisinde de karşımıza bu alanlarla ilgili benzer sorunlar çıkmış ve bu sorunlara hem ulusal hem de uluslararası düzeylerde çözüm önerileri getirilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle COVID-19 pandemisinde ortaya çıkan etik sorunların da bu kılavuza göre yönetilmesi DSÖ tarafından önerilmektedir (WHO, 2020d:47).

COVID-19 Pandemisi Neden Küresel Çapta Bu Kadar Etkili Oldu?

Dünya daha önceden de pandemilere tanık olmuşken, olası pandemilere karşı uluslararası ve ulusal düzeylerde kılavuzlar ve planlar oluşturulmuşken, COVID-19 pandemisi neden küresel çapta bu kadar etkili olmuştur? Aggarwal'a göre (2020: 2), şu an çok büyük bir pandemiyle boğuşmaktayız. COVID-19, dünyayı böyle bir pandemiye karşı hazırlıksız yakalamıştır ve oldukça hızlı ve korkutucu bir şekilde yayılmıştır. Neredeyse her ülke COVID-19 vakalarının olduğunu açıklamış ve Çin'den sonra özellikle Avrupa kıtası bu salgından çok etkilenmiştir. Artan küreselleşme, bugün dünyadaki her yeri birbiriyle çok daha bağlantılı hale getirmiş, bu da hastalığın yayılmasını hızlandırmıştır. Ağırlıklı olarak yolculuk bağlantılı vakalar, pandeminin çoğu ülkede görülmesine neden olmuştur (Aggarwal, 2020).

BBC'nin "Bir pandeminin kronolojisi: Dünyayı değiştiren 6 ay" isimli ve 25 Haziran 2020 tarihli haberine göre; Çin'in Wuhan bölgesinde ortaya çıkan bu yeni koronavirüs kısa sürede tüm dünyaya yayılmış, DSÖ Genel Direktörü'nün 22 Haziran'da belirttiği gibi, 1 milyon kişiye bulaşması 3 aydan fazla sürmüş, 8 milyondan 9 milyon kişiye bulaşması ise sadece 8 gün sürmüştür. Bu süreçte liderlerin ve DSÖ'nün yaptığı açıklamalar dikkat çekmiştir (BBC News, 2020). Örneğin; koronavirüsün ilk çıkış zamanı olan 2019 yılının Aralık ayında ABD Başkanı "Umarım etkisi fazla olmayacak" demiş, DSÖ Genel Direktörü de "Bu salgını durdurmak için gerçek bir şansımız var" demiştir. Ocak ayında virüs Çin'de giderek yayılmıştır. DSÖ'nün Yeni Hastalıklar Birimi, 14 Ocak'ta "Evet... Bu yeni bir koronavirüs. İnsandan insana sınırlı bir bulaşma olursa şaşırmayız" demiştir. Çin Hastalık Önleme Merkezi ise "Bu SARS değil. MERS de değil" demiş, Çin Sağlık Komisyonu 20 Ocak'ta "İnsandan insana bulaştığı doğrulanmıştır" açıklamasını yapmıştır. 21 Ocak'ta DSÖ Sözcüsü, o ana kadar Çin dışında 4 vakanın rapor edildiğini belirtmiş; 23 Ocak'ta ise DSÖ Genel Direktörü, henüz salgının küresel bir sağlık krizine dönüşmediğini söylemiş ancak 30 Ocak'ta halk sağlığı için uluslararası acil sağlık durumu ilan etmiştir. Şubat ayında, Çin dışında da vaka sayıları artmaya başlamış ve Çin dışında ilk ölüm meydana gelmiştir. DSÖ Genel Direktörü, 10 Şubat tarihinde "COVID-19" olarak

hastalığın adını koyduklarını ve eğer acele bir şekilde harekete geçilmezse sonuçlarının çok ağır olacağını söylemiştir. ABD Başkanı, 26 Şubat'ta "Alıştığımız önlemler sayesinde Amerikan halkı için risk oldukça düşük" demiş, 29 Şubat'ta ise ABD'de ilk coronavirüs ölümü bildirilmiştir. Mart ayında salgının yeni merkezi Avrupa olmuştur. Avrupa Komisyonu Başkanı, 2 Mart'ta salgının risk düzeyinin ortadan yükseğe çıkartıldığını açıklamıştır. İngiltere Başbakanı ise 3 Mart'ta yaptığı basın açıklamasında "Sanırım birkaç coronavirüs hastası vardı. Ben herkesle tokalaştım" demiş, 6 Nisan'da COVID-19'a yakalanmış ve yoğun bakıma alınmıştır. Nisan ayında küresel çapta can kaybı artmaya başlamış, on binlerce kişi ölmüştür. ABD Başkanı 14 Nisan'da yaptığı bir açıklamada, DSÖ'ye yapılan ödemelerin durdurulması için talimat verdiğini söylemiştir. Mayıs ve Haziran aylarında virüs, Latin Amerika'da yaygın şekilde görülmeye başlamış ve 7 Haziran'da dünya çapında 400 bin kişi ölmüştür (BBC News, 2020). Bugüne kadar hastalık milyonlarca kişiye bulaşmış ve 500 binden fazla kişinin ölmesine neden olmuştur. 6 aylık süreçteki bu tablo göz önünde bulundurulduğunda, başta kontrol altına alınabileceği düşünülen salgının bir pandemiye dönüşmesi ve küresel çapta krize neden olması ve de hala devam ediyor olması, bu sürecin yönetimine karşı insanlarda güvensizlik oluşturmuştur.

Nacoti ve arkadaşlarının makalesine göre ise Batılı sağlık sistemleri, hasta-merkezli sağlık hizmeti anlayışıyla kurulmuş durumdadırlar. Fakat bu salgın, bu anlayışın toplum-merkezli sağlık hizmeti perspektifine doğru değişmesini gerektirmektedir. Acı bir şekilde öğrenilen şey ise –henüz ulusal, bölgesel ve hastaneler düzeyinde karar vericilerin odak noktası olmasa da– halk sağlığı ve salgın hastalıklar konusunda uzmanlara (halk sağlığı uzmanlarına ve epidemiyologlara) ihtiyaç duyulmasıdır. Salgın durumlarında, epidemiyolojik açıdan olumsuz davranışları azaltacak özel tedbirlerin alınması konusunda onlara kılavuzluk edecek uzmanlar yoktur. Örneğin, hastaneler hızlı bir şekilde enfekte olan kişilerle dolduğunda hastanelerin COVID-19 için ana taşıyıcılardan biri olabileceği ve enfekte olmayan kişilere de bu hastalığın taşınmasını kolaylaştırabileceği bu süreçle birlikte öğrenilmiştir. Hastalar, enfekte olan bölge içerisinde ambulanslarla taşınmakta ve buradaki personel de hızlıca taşıyıcı haline gelmektedir. Böylece hastalığın yayılmasına katkı yapmaktadırlar. Sürveyans olmadan, sağlık çalışanları asemptomatik taşıyıcılar ya da tanı almamış hastalar olabilmektedir. Genç olanları da dahil olmak üzere bazıları ölmekte, bu da ön cephede çalışmakta olan sağlık çalışanlarının moralini bozmaktadır (Nacoti M, et al., 2020).

Nacoti ve arkadaşlarının bu kriz karşısındaki önerileri şöyle olmuştur: Bu felaket, ancak büyük miktarda sosyal yardım hizmetlerinin devreye sokulmasıyla giderilebilecektir. Pandemiye yönelik çözümler ise sadece hastaneler için değil, tüm popülasyon için gerekmektedir. Evde bakım hizmetleri

ve mobil klinikler, gereksiz hareketliliği engelleyebilecektir ve bu sayede hastaneler üzerindeki baskı da azaltılmış olabilecektir. Yeterli izolasyonu ve yeni tele tıp araçlarının geliştirilmesini-kullanılmasını sağlayan geniş bir sürveyans (takip-gözlem) sisteminin kurulmasıyla birlikte hastalığı hafif derecede geçiren ya da iyileşmekte olan hastalar için erken oksijen tedavisi, pulse oksimetre takibi ve beslenme desteği evlerinde yapılabilecektir. Bu yaklaşım, hospitalizasyonu, durumu ciddi olan hastalarla sınırlandıracak, böylece hastaları ve sağlık çalışanlarını koruyarak hastalığın bulaşmasını azaltacak ve koruyucu ekipman kullanımını da minimal seviyeye indirecektir. Hastanelerde, tıbbi personelin korunması öncelikli olmalıdır. Protokollerde bu konuyla ilgili hiçbir ödün verilmemeli ve gerekli koruyucu ekipman sağlanmalıdır. Enfeksiyondan korunmaya yönelik alınacak önlemler, taşıtlar da dahil olmak üzere tüm bölgelerde sıkı bir şekilde uygulanmalıdır. COVID-19 için –virüs olmayan temiz alanlardan ayrılmış- özel hastane alanlarının tahsis edilmesine gereksinim vardır. Bu salgın bir yoğun bakım sorunu olmaktan ziyade, daha çok bir toplum sağlığı sorunu ve insanlık krizidir. Bu durum için sosyal bilimcilere, epidemiyologlara, lojistik uzmanlarına, psikologlara ve sosyal hizmet alanında çalışanlara gerek vardır. Acilen yerel katılımların/bölgesel bağlantıların öneminin farkında olan insani yardım kuruluşlarına ihtiyaç vardır ve bir sonraki pandemi için uzun vadeli bir plan yapılmalıdır (Nacoti M, et al., 2020).

Pandemi Sürecinde Verilen Sağlık Hizmetleri Nasıl Olmalı?

TTB'ye göre pandemi sürecinde verilen sağlık hizmetleri (Türk Tabipleri Birliği, 2020a), en yüksek düzeyde hasta güvenliğini sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve profesyonel tıbbi standartlara uygun olmalıdır. Yeni tanımlanmış bir ajan nedeniyle ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklarda, sağlık çalışanlarının gerekli bilimsel eğitimleri meslek örgütleriyle birlikte yürütülmelidir. Toplumun sağlık hakkının korunması için gerekli sağlık hizmetleri tüm kişilere “nitelikli, eşit ve ulaşılabilir” olarak sunulmalıdır (Türk Tabipleri Birliği, 2020a). Bu süreçte de tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan bireyler, yapılacak tıbbi müdahalenin riskleri, faydaları ve alternatifleri hakkında bilgilendirilmeli ve yapılacak tıbbi müdahale konusunda son karar hastaların olmalıdır. Eğer halk sağlığı için önemli riskler oluşturabileceğine dair güçlü gerekçeler varsa halk sağlığını korumak adına bu risklerin ortadan kaldırılması için gerekli önlemler alınmak zorunda kalınabilir. Başka hiçbir önlemin mümkün olmadığı böyle durumlarda, hastayı izole etmek de dahil olmak üzere, hastanın onamı alınmayabilir (Türk Tabipleri Birliği, 2020a). Ayrıca, hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının olabileceği de göz önünde bulundurulmalı, bunun için de pandemi sürecinde büyük bir mücadelenin içinde olan sağlık çalışanlarının mevcut koşulları dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir.

Yine TTB'ye göre (Türk Tabipleri Birliği, 2020a), hekimler hizmet verdikleri kişilere “önce zarar verme” ilkesiyle yaklaşmalı, fakat salgın bir hastalıkta sağlık çalışanlarının da hastalığa yakalanma riski olduğundan; devlet sağlık çalışanlarını, yakınlarını ve bu sağlık çalışanlarından hastalığın bulaşma riski olan kişileri de korumalıdır. Hekimleri kendi hayatıyla diğer kişilerin hayatı arasında bir tercih yapmak zorunda bırakmayacak şekilde çalışma koşulları sağlanmalı ve sağlık çalışanlarının tümü için sağlık ve güvenlik önlemleri alınmalı, kişisel koruyucu donanım da dahil olmak üzere tüm gerekli araç ve gereçler yeterli olacak şekilde temin edilmelidir. Sağlık çalışanları enfekte olurlarsa ya da sağlıkları hayati bir riskle tehdit edilirse, bu durumda çalışma yükümlülükleri de sınırsız olamayacaktır ve bunun farkında olunmalıdır (Türk Tabipleri Birliği, 2020a). Bu sebeplerle uygun sağlık hizmetlerinin verilmesi için ortaya çıkabilecek bu sınırlılıkların farkında olunmalı ve bunları gidermeye yönelik gerekli tedbirler alınmalı ve düzenlemeler yapılmalıdır. Böylece hastalara da pandemi sürecinde gerekli sağlık hizmetleri daha iyi koşullarda sunulabilecektir.

Genel Değerlendirme

Şimdi tekrar 65 yaşında COVID-19'lu erkek hastaya geri dönelim. Yaşı, komorbid hastalıkları, klinik durumu ve özellikle yoğun bakım ihtiyacı olup olmaması, bu hastanın yaşam durumunu ve yaşam kalitesini oldukça etkileyecektir. Bununla birlikte, bu hastayla aynı ihtiyaçlara sahip olan kişilerin sayısı ile mevcut imkânlar ve şartlar, hastanın gerekli sağlık hizmetine ulaşabilmesi açısından çok önemli olacaktır. Ayrıca yaşadığı ülkenin böyle bir pandemiye ne kadar hazırlıklı olduğu, mevcut sağlık politikaları ve pandemi için kararlaştırdığı eylem planları da hastanın sağlık hizmetlerine erişimi konusunda belirleyici olacaktır. İçinde bulunduğu ülkenin yaşlılar ve savunmasız/örselenebilir gruplara sağlık hizmeti sunumları konusunda yaklaşımı ve pandemi sürecinde bu gruplara özel olarak geliştirdiği veya geliştirmedeği politikalar da hastanın sağlık durumu üzerinde etkili olacaktır. Yine içinde bulunduğu ülkenin insan haklarına ne kadar saygı gösterdiği ve evrensel etik ilkelere ne derecede önem verdiği ve de uluslararası eylem planlarına ne derecede uyduğu da hastanın temel insan haklarının korunması açısından önemli olacaktır. Hastanın yoğun bakıma alındığını ve entübe edildiğini ve ne yazık ki verilen tedavilere rağmen durumunun iyiye gitmediğini düşünelim. Hayatının sonuna yaklaşan bu hastanın mümkünse kendisine yapılacak işlemler için onamının alınması, acısının ve ağrısının azaltılması, varsa yaşam sonu kararlarına uyulması, isteklerine saygı duyulması ve insan onuruna yakışır bir şekilde son zamanlarını geçirmesi, yakınlarıyla vedalaşabilmesi gerekmekte iken, bu imkânların hiçbirinin sağlanamamış olması, aynı zamanda bir insan hakları ihlali de beraberinde getirecektir. Daha önce de vurgulandığı gibi, içinde bulunduğumuz pandemi süreci bir

yoğun bakım sorunu olmaktan daha çok, bir toplum sağlığı meselesidir. Farklı ülkelerden oldukça iç burkan farklı insan hikâyeleri duyulmaktadır. İçinde bulunduğumuz bu zorlu dönem, birçok krizi içinde bulunduran bir insanlık krizidir. Bu krizin derinleşmemesi için atılacak her adım, temel insan haklarına ve evrensel etik ilkelere uymalıdır.

Sonuç

Sonuç olarak, küreselleşmenin hızlı bir şekilde devam ettiği dünyada, bir ülkede ortaya çıkan bir hastalık, ülkeler arası yolculukların ve hareketliliğin de oldukça artmasıyla diğer ülkelere de hızlıca yayılabilmekte ve aynı hızla küresel bir sorun haline dönüşebilmektedir. Bu sorun dünyadaki her insanı, bulundukları ülkelere, kişisel özelliklere ve yaşam şartlarına göre farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Bu durum da salgın bir hastalıktan etkilenen bir hastanın, diğer hastalar gibi en iyi tedavi şansına hangi oranda sahip olabileceğini etkileyecektir. Her bir kişinin, temel bir insan hakkı olarak, yoğun bakım ünitelerindeki tedaviler ve yaşam sonundaki bakımlar da dahil olmak üzere, elde edilebilecek en yüksek sağlık standardına sahip olabilmesi için dünya yeni salgınlara hazırlıklı olmalıdır. Yani olası pandemilere karşı küresel bir hareket planı oluşturulmalı ve her ülke de kendi ulusal politikalarıyla ve planlarıyla bu küresel standartları sağlamalıdır. Bunun için ise pandemi sürecinin yönetiminde söz sahibi olan ve pandemi yönetim planlarını oluşturan ulusal ve uluslararası düzeydeki kurum ve kuruluşların güvenilirliği devam etmelidir. Uluslararası işbirliği de bir güven ilişkisi içerisinde yapılmalı; işbirliği içerisinde olan ülkeler, pandemiye verilecek yanıtın en iyi şekilde olması için çabalamalıdır. Olası pandemilerin zamanına ve o zamanın getirdiği özelliklere, bilimsel ve teknolojik ilerlemelere, imkânlarla, şartlara ve mevcut sorunlara bağlı olarak da yeni etik sorunlar ortaya çıkabilecektir. Özellikle tele tıp uygulamaları, evde bakım hizmetleri ve palyatif bakım hizmetleri önemli rol oynayabilecektir. Bu nedenle bu hizmetlerin üzerinde daha çok durulmalı, bu alanlarda karşılaşılabilecek etik sorunlar etrafı bir şekilde değerlendirilmeli ve en uygun şekilde verilebilmeleri/sağlık sistemine entegre edilebilmeleri için de geliştirici çalışmalar yapılmalıdır.

Pandemiler, öncelikle halk sağlığını tehdit ettiğinden sağlık alanındaki politik, etik ve hukuki yaklaşımlar pandemilerin doğru bir şekilde yönetilmesinde belirleyici olacaktır. Doğru bir yönetim için toplum sağlığını önceleyen ve ayrımcı olmayan politikalar önem kazanacaktır. Ayrıca acil durum ve afet tıbbı ve bunlara yönelik hazırlanmış eylem planları ile temel biyoetik ilkelerle uyumlu triaj uygulamalarının geliştirilmesi, pandemilerin doğru yönetilmesinde büyük bir rol oynayacaktır. Bunun için de ileri yoğun bakım hizmetlerinin verilebildiği optimum kapasiteli acil durum hastaneleri ile enfekte olmamış ama sağlık hizmeti alması gereken kişiler için temiz hastanelerin kurulması ve işler bir şekilde olmaları gereklidir. Özellikle etik açıdan zor durumlara

düşüldüğünde, zor kararlar hızlı bir şekilde alınmak zorunda kalınabilecektir. Alınması gereken zor kararlar arasında, klinik uygulamalar içerisinde hekimlerin almak zorunda kaldığı kararlar da yer alacaktır ve bu kararlar oldukça önemli olacaktır. Bu zor kararlar daha çok hastaların yaşam kalitesini etkileyen kararlar ile hastaların yaşamlarının sonlarındaki kararlardan oluşacaktır. Bu bağlamda tedaviye hiç başlamama ya da devam eden tedaviyi sonlandırma kararları (örneğin hastayı ventilatöre hiç bağlamama ya da ventilatörden ayırma kararları) da verilmek zorunda kalınacaktır. Bunun için hekimlerin klinik etik karar verme becerilerinin artırılmasına ve klinik etik danışmanlık alabilmelerine yönelik çalışmalar ile birlikte olası pandemilere karşı ülkelerin ulusal düzeyde ve küresel standartlarda hazırlıklı olmaları, zor kararların klinik etik prensiplere uygun bir şekilde verilmesinde etkili olacaktır.

Son olarak, ülkeler pandemilere ne kadar hazırlıklı olurlarsa, o ölçüde iyi bir şekilde sağlık hizmetleri verilebilecek ve alınması gereken zor kararlar ile daha az ölçüde karşı karşıya kalınacaktır. Bu durum, yaşam sonundaki hastalar da dahil olmak üzere, hem hastaların yaşam kalitesini arttıracak hem insan onuruna uygun bir şekilde hastanede yatış sürelerini ya da son zamanlarını geçirebilmeleri sağlanacak ve zor kararlar almak zorunda kalan klinisyenlerin de bir ölçüde omuzlarındaki yük hafifletilmiş olacaktır.

Kaynakça

- Aggarwal, K. K. (2020). COVID-19: the Asian Perspective. *World Medical Journal*, Nr. 2, April 2020, Vol. 66, pp. 2-13.
- BBC News. (2020). Bir pandeminin kronolojisi: Dünyayı değiştiren 6 ay, 25 Haziran 2020 [Internet]. Erişim Adresi: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-53187324>, Erişim Tarihi: 3 Temmuz 2020.
- Central Intelligence Agency. (2020). The World Factbook, Europe, San Marino, 2 June 2020 [Internet]. Accessed from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sm.html>, Date of Access: 19 June 2020.
- Council of Europe. (2020). Lessons to be drawn from the ravages of the COVID-19 pandemic in long-term care facilities, 20 May 2020 [Internet]. Accessed from: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities>, Date of Access: 13 June 2020.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A.,... & Phillips, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382:2049-2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
- Euronews. (2020). Can San Marino's 'aggressive' COVID-19 testing strategy save Europe? 25 April 2020. Accessed from: <https://www.euronews.com/2020/04/25/can-san-marino-s-aggressive-covid-19-testing-strategy-save-europe>, Date of Access: 19 June 2020.

- European Disability Forum. (2020). Updated Statement: Ethical Medical Guidelines in COVID-19 – Disability Inclusive Response, 24 March 2020 [Internet]. Accessed from: <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/updated-statement-ethical-medical-guidelines-covid-19-disability-inclusive-response-0>, Date of Access: 9 June 2020.
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M.,... & Longhi, L. (2020). At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(2).
- Republic of San Marino National Bioethics Committee. (2020). Answer to the Requested Urgent Opinion on Ethical Issues Regarding to the Use of Invasive Assisted Ventilation in Patients All Age with Serious Disabilities in Relation to Covid-19 Pandemic, 16 March 2020 [Internet]. Accessed from: <http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica/documents-in-english/documento2116023.html>, Date of Access: 9 June 2020.
- Sancar, M., Özker, P. D., Er, E., Turan, B., & Okuyan, B. (2014). Hastane Yatışında Eczacı Tarafından Yürütülen İlaç Mutabakatı Programının Değerlendirilmesi. *MÜSBED* 2014; 4(4):226-231.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu [Internet]. Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 3 Temmuz 2020.
- TBMM. (2003). Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 3 Aralık 2003 [Internet]. Erişim Adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html>, Erişim Tarihi: 13 Haziran 2020.
- Türk Tabipleri Birliği. (1994). Felaket Olayında Tıp Ahlak Kuralları, Dünya Tabipler Birliği Bildirgesi, Eylül 1994 [Internet]. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/TD/TD48/etik.html>, Erişim Tarihi: 11 Haziran 2020.
- Türk Tabipleri Birliği. (2009). Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 14 Temmuz 2009 [Internet]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarina-k-slee&catid=6:uluslararasılg&Itemid=36, Erişim Tarihi: 9 Haziran 2020.
- Türk Tabipleri Birliği. (2020a). Salgınlaraya Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü, 4 Nisan 2020 [Internet]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=4da9a49c-7674-11ea-b329-aa051764b049, Erişim Tarihi: 14 Haziran 2020.
- Türk Tabipleri Birliği. (2020b). TTB Sağlık Çalışanlarının Risk Değerlendirmesi anketinde ikinci hafta sonuçları: Çalışma koşullarındaki olumsuzluklar sürüyor, sağlık çalışanlarının riski artıyor! 31 Mart 2020 [Internet]. Erişim Adresi:

- https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=2f0107c8-731e-11ea-b12d-d839943d748d, Erişim Tarihi: 14 Haziran 2020.
- Twitter. (2020a). Dr. Fahrettin Koca @drfahrettinkoca, 14 Haziran 2020 [Internet]. Erişim Adresi: <https://twitter.com/drfahtettinkoca/status/1272216571621113857>, Erişim Tarihi: 14 Haziran 2020.
- Twitter. (2020b). Dr. Fahrettin Koca @drfahrettinkoca, 29 Haziran 2020 [Internet]. Erişim Adresi: <https://twitter.com/drfahtettinkoca/status/1277648879975043072>, Erişim Tarihi: 3 Temmuz 2020.
- Twitter. (2020c). Dr. Fahrettin Koca @drfahrettinkoca, 2 Temmuz 2020 [Internet]. Erişim Adresi: <https://twitter.com/drfahtettinkoca/status/1278434042040418306>, Erişim Tarihi: 3 Temmuz 2020.
- UNESCO. (2006). Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 19 Ekim 2005 [Internet]. Erişim Adresi: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_tur/PDF/146180tur.pdf.multi, Erişim Tarihi: 7 Haziran 2020.
- UNESCO. (2020). Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective, 6 April 2020. UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST).
- World Health Organization. (2016). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization. Accessed from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>, Date of Access: 7 June 2020.
- World Health Organization. (2020a). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. Geneva [Internet]. Accessed from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>, Date of Access: 7 June 2020.
- World Health Organization. (2020b). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [Internet]. Accessed from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, Date of Access: 8 June 2020.
- World Health Organization. (2020c). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. Accessed from: <https://covid19.who.int/>, Date of Access: 3 July 2020.
- World Health Organization. (2020d). Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 May 2020 [Internet]. Accessed from: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>, Date of Access: 19 June 2020.
- World Medical Association. (2017). WMA Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters, October 2017 [Internet]. Accessed from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-ethics-in-the-event-of-disasters/>, Date of Access: 11 June 2020.