

Covid-19 ve Getirdiği Etik Sorunlar

Covid-19 and the Ethical Problems It Brings

Eylül YALÇINKAYA^a

GİRİŞ

İnsanlık bugünlerde yeni bir koronavirüs salgınıyla başa çıkmaya çalışıyor. Uzun zamandır ilk defa tüm dünyayı aynı anda etkileyen, bu kadar hızlı yayılabilen ve ölümcül sonuçlara yol açabilen bir virüsle karşı karşıyayız. Virüsün 2003'te görülen SARS koronavirüsünün yeni bir tipi olduğu anlaşıldığından virüse, 2019 yeni koronavirüsü veya kısaca 2019-nCoV adı verilmiştir (1). Fakat halk ve medya dilinde daha çok Covid-19 terimi tercih edilmektedir. İlk Covid-19 vakaları 2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde görülmeye başlamıştır. Kuluçka süresi 2-14 gün olarak açıklanmıştır (2). En çok karşılaşılan belirtiler ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Şiddetli olgularda zatürre, ağır solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği ve ölüm görülebilmektedir (3). Bulaş yolu, kişinin solunum damlacıkları ile doğrudan temastır. Kişiler ayrıca virüs ile kontamine yüzeylere dokunma ve yüzlerine dokunma ile de enfekte olabilir (4). Virüsün Çin ile sınırlı kalmayarak tüm dünyaya hızla yayılması üzerine birçok ülkede hayat durma noktasına gelmiştir. Salgın, kimlerin nasıl tedavi edileceğinden, alınan önlemlerin yeterliliği ve gerekliliğine kadar birçok tartışmaya neden olmaktadır. Ben de bu tartışmalara geleceğin hekimlerinden biri olarak küçük bir katkıda bulunmak üzere, Covid-19 pandemisi ile ortaya çıkan etik sorunları çeşitli boyutlarıyla ele almayı ve bundan sonra yapılabileceklerle ilgili birkaç öneri sunmayı amaçlıyorum.

Covid 19 Nedir? Neden Bu Kadar Korkuyoruz?

RNA virüslerinden olan koronavirüsler, insanlarda genellikle ciddi olmayan nezle, grip gibi hastalıklara yol açarlar. Fakat SARS-Cov, MERS-Cov ve bugünün problemi haline gelmiş Covid-19 gibi çeşitleri, ağır solunum yolu enfeksiyonlarına ve ölüme yol açabilir.

Korona virüslerle ilgili geçmiş deneyimlerimizi inceleyecek olursak; SARS-Cov, 2002-2003'te 8.096 kişiyi enfekte etmiş ve 774 ölüme neden olmuştur (2). Vakaların çoğu Çin ve Hong-Kong'ta saptanmakla birlikte 17 ülkede vaka bildirilmiştir, fakat Türkiye bunlardan biri değildir (5).

MERS-Cov ise 2012 yılından itibaren 2.494 kişiyi enfekte etmiş ve 858 ölüme yol açmıştır (2). Toplamda 27 ülkeye sıçramıştır (6). Covid-19, 17 Nisan 2020 itibariyle 185 ülkede görülmüştür (7). Bunun nedeni Covid-19'un bulaştırıcılık kat sayısının SARS-Cov ve MERS-Cov'dan daha fazla olmasıdır (SARS: <2 , MERS: <1 , Covid 19: 2-3) (2). SARS-Cov'un fatalite oranının %11, MERS-Cov'un %35-50 olduğunu biliyoruz. DSÖ, Covid 19'un fatalite oranını ise %3.8 olarak açıklamıştır (8). Fakat bu virüs çok kısa bir sürede yayılarak 17 Nisan itibariyle dünya çapında 2.169.022 kişiyi enfekte etmiş, 146.071 kişiyi de öldürmüştür (7). Bu verilere bakarak, kontrol altına alınması zor bir salgınla karşı karşıya olduğumuzu söyleyebiliriz.

Peki Türkiye'de durum ne? 17 Nisan 2020 itibariyle Türkiye'de vaka sayısı 74.193, ölü sayısı ise 1.643 olarak açıklanmıştır (7). Önlemler nispeten hızlı alınmaya başlamış olsa da, henüz genel bir sokağa çıkma yasağı ilan edilmemiştir. Burada Çin örneğine bakacak olursak, Wuhan şehri karantina altına alınmadan önce hızla artış gösteren vaka sayıları, karantinadan sonra azalmaya başlamıştır. Bu süreçte resmi vaka sayıları artmaya devam

^aBursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, Türkiye ✉ eylulyalc@gmail.com

Gönderim Tarihi: 07.04.2020 • Kabul Tarihi: 17.04.2020

etmiştir, çünkü hem insanlar daha sık doktora başvurmaya başlamış hem de yapılan test sayısı arttırılmıştır (9). Yine de sonuç olarak hastalığın kontrol altına alınmaya başlandığı söylenebilir.

İtalya örneğinde ise olay çok daha dramatik bir hal almıştır. 17 Nisan 2020 itibariyle 168.941 enfekte bireyle en çok vaka sayısına sahip üçüncü, 22.170 ölüm ile en çok ölü sayısına sahip ikinci ülkedir (7). Bu durumun altında, alınan önlemlerde geç kalınmış olması, salgının ilk günlerinde halkın önlemleri çok ciddiye almamış olması, yoğun bakım yataklarının yetersizliği gibi pek çok sebep yatmaktadır. Şimdiye kadar ülkemizdeki vaka sayılarının neredeyse her gün ikiye katlanarak gittiğini düşünürsek, sokağa çıkma yasağını ilan etmekte ve yapılan test sayısını arttırmakta geç bile kaldığımızı söyleyebiliriz. Test sayılarının arttırılması “gizli” enfektelerin ortaya çıkması için son derece önemlidir. Ayrıca test sayısının az olması demek, ölüm oranının yanlış bir şekilde yüksek çıkmasına neden olabilir. Washington’da yaşananlara bakacak olursak, yapılan test sayısı az olduğu için virüs haftalarca sinsi bir şekilde yayılmış ve tespit edilen üç vakadan biri ölünce de ölüm oranı %33 gibi çok yüksek bir rakama ulaşmıştı (9).

Karantina ve Kişi Özerkliği

Burada öncelikle izolasyon ile karantinanın farkına değinmemiz gerekir. İzolasyon hasta bireyin, bulaşı önlemek için sağlıklı kişilerden ayrılması iken; karantina, hasta olma olasılığı bulunan bireylerin belli bir süre, genellikle de hastalığın kuluçka süresi kadar, toplumdan ayrılmasıdır. İzolasyon ve karantina uygulamaları, “çoğunluğun yararı için azınlık haklarının ihlal edilmesi” argümanını savunuyormuş gibi anlaşılabilir. Fakat bu tehlikeli ve ucu açık bir argümandır. Çünkü kişi özerkliğinin ihlal edilmesine zemin hazırlar. Bu argümanı savunacaksak, neden daha çok insanın hayatını kurtarmak için küçük bir grup üzerinde ölümcül tıbbi deneyler yapmamamız gerektiğini de iyi sebeplerle açıklamamız gerekmektedir. O halde iki tarafın da çıkarlarını gözeten “ortak yarar” argümanını savunmamız daha doğru bir etik yaklaşım olacaktır. İçinde bulunduğumuz durumda hasta ve henüz enfekte olmamış bireylerin yararları ortaktır. İzolasyon ile hasta bireyin, başkalarını enfekte etmesi engellenmiş olurken, kişinin de tedaviye erişimi kolaylaşacak ve daha nitelikli bir tedavi alması sağlanacaktır. Çünkü izolasyon sayesinde hastalığın yayılımı büyük oranda azalacağından sağlık sisteminin üzerindeki yük de hafifleyecektir.

Karantinayı da yine “çoğunluğun yararı” argümanı ile temellendiremeyiz. Çünkü burada da azınlık, çoğunluk kavramı değil risk altındaki toplum söz konusudur. Vaka sayısının yüksek olduğu bölgelerde risk altındaki toplum, tüm topluma eşit olacaktır. Bu yüzden de tüm bölgenin karantina altına alınması söz konusu olabilir. Ayrıca karantinadan bahsettiğimiz zaman bireyin hasta olduğu henüz kanıtlanmadığı için, sadece toplumu korumak değil, bireyin virüsü almasını engellemek de göz önüne alınması gereken bir olgudur. Bu da yine hem risk altındaki kişileri hem de sağlıklı kişileri koruyacağından ortak yarar argümanına dayandırılabilir.

Sağlık Personelinin Korunması:

Sağlık çalışanları bu tip salgınlarda hem enfekte olma açısından risk altındadır, hem de enfekte etme açısından önemli bir risk faktörüdür. Örneğin Güney Kore’de ilk 30 vaka kontrol altında tutulabilmiştir. Fakat 31. vakanın bir süper-yayıcı olması ve 40’a yakın kişiyi enfekte etmesi nedeniyle birden geniş bir yayılım kaçınılmaz olmuştur (9). Düşünecek olursak bir sağlık çalışanının süper-yayıcı olma olasılığı hiç de uzak değildir. Ayrıca temas ettiği kişilerin çoğunluğunun sekonder bir hastalığı bulunduğunu hesaba katarsak böyle bir taşıyıcı, ölüm oranlarının yüksek ivme kazanmasına neden olacaktır. Bu yüzden sağlık çalışanlarının korunması gerçekten de hayati bir öneme sahiptir.

Hekimin başkalarını koruma görevi olduğu kadar kendini koruma görevi de vardır. Bu hem bireysel bir haktır, hem de yukarıda bahsettiğimiz gibi, hastalarına karşı sorumluluğudur. Bu yüzden hekimin gerekli koruyucu önlemler alınmadıkça hasta bakması söz konusu olamaz. Bu önlemler arasında hekimlere N-95 maske,

eldiven, önlük gibi koruyucu ekipmanlar sağlanması, gerekli eğitimlerin verilmesi, uygun nöbet çizelgelerinin oluşturulması gibi birçok unsur sayılabilir. Bunların hepsi ücretsiz ve çalışana en az yük getirecek şekilde sağlanmalıdır. Devlet ve sağlık kurumları bu önlemlerden taviz veremezler. Korunmasız bir şekilde çalıştırılan sağlık çalışanının sebep olabileceği maddi ve manevi bedeller unutulmamalıdır.

Ailesi risk grubunda bulunan hekimler varsa, ailelerinden izole edilmeleri sağlanmalı eğer bu mümkün değilse hastaya bakmama hakkı verilmelidir. Burada “aile” olarak tanımlanan kişiler sağlık çalışanının birlikte yaşadığı, dolayısıyla enfekte etme riskinin yüksek olduğu bireylerle sınırlı olmalıdır.

Peki kendisi için fazladan bir risk bulunan sağlık çalışanlarının durumu nasıl değerlendirilmelidir? Bu durumdaki –örneğin immünsupresif ilaç kullanan- bir hekimin hastaya bakmama hakkı hatta zorunluluğu olmalıdır. Bu durum vicdani ret temelinde tartışılmayacağı gibi koruyucu hekimlik kapsamına bile alınabilir. Çünkü bu durumda hekimin hastaya bakmama sebebi vicdani değildir. Hekim kişisel değerleri dolayısıyla değil tamamen hastasını enfekte etme riskinin yüksekliği nedeniyle hastaya bakmamaktadır. Bunu yaparken de herhangi bir kişi ayrımı yapmamakta ya da özel olarak herhangi bir işlemi reddetmemektedir. Henüz hasta-hekim ilişkisi kurulmamışken, olası hastalarını koruma amacıyla böyle bir karar vermektedir.

Hekimliğin temeli önce zarar vermemektir. Bu ödev herhangi bir eylemde bulunmayı kapsadığı gibi eylemde bulunmamayı da kapsar. Dolayısıyla hekimin başkasına zarar verebilecek bir durumdan kaçınma hakkı olduğu kadar sorumluluğu da vardır.

Kaynak Kısıtlılığı

2018 verilerine göre; toplam 38.098 yoğun bakım yatağının 16.086’si Sağlık Bakanlığı’na, 6.039’si üniversite hastanelerine, 15.973’i özel hastanelere aittir. Bu yataklardan erişkinler için olan toplam yatak sayısı, 24.071’tir. bunların da 8.851’i özel hastanelerdedir. Yani Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerine ait 15.150 erişkin yoğun bakım yatağı bulunmaktadır (10). Yoğun bakım hizmeti gerektiren çoğu hastanın 60 yaş üstünde olduğunu hesaba katarsak, özel hastaneler kamulaştırılmadığı sürece herkes tarafından erişilebilir yatak sayısı 15.150’tir. Ayrıca bu yatak sayısının hepsinin Covid-19 hastalarına ayrılması mümkün değildir. Çünkü bu salgından önce yoğun bakım hizmetine ihtiyaç duyanlar salgın sırasında da bu yatakları kullanmaya devam etmektedir. Şimdiye dek bildiğimiz kadarıyla vakaların %20’si hastaneye kaldırılmakta ve %5’i yoğun bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. %1’i ise ventilatör veya ECMO cihazına bağlanmaktadır (9).

Ülkemizde vaka artış hızı azalmadan devam edecek olursa kısa sürede yoğun bakım yatakları yetersiz hale gelecektir. Özel hastanelerin kamulaştırılması bu süreci biraz daha uzatabilir. Fakat vakaların artış hızı azalmadıkça yatakların herkese yetmesi mümkün gözükmemektedir. Dolayısıyla bir kaynak sınırlılığı söz konusudur. Böyle bir durumda kaynakların hangi ölçütlere göre dağıtılacağı etik bir sorun haline gelir. İtalya buna, vaka sayısına yetişemeyen hastanelerde 80 yaş üstü hastalara bakılmaması uygulaması ile çözüm bulmaya çalışmıştır. Bu her ne kadar yaş ayrımcılığı gibi görünse de 80 yaş üstü hastaların prognozu değerlendirildiğinde “tıbbi kriterlere göre ayırım” argümanına uymaktadır. Tıbbi kriterler bir hekimin hastaları arasında ayırım yapabileceği tek koşuldur. Ayrımcılığın önüne geçmek için seçimlerin sadece tıbbi kriterlere göre yapılması son derece önemlidir. Peki yoğun bakım yatakları daha da azaldığı zaman, hastalar arasında tıbbi kriterlere göre ayırım yapamayacak duruma geldiğimizde ne olacak? Bu durumda tıpkı organ naklinde olduğu gibi aciliyeti olan veya daha önce başvuran hastaya yatağın verilmesi söz konusu olmalıdır. Düşük bir ihtimalle bütün bunların aynı olduğu iki hasta varsa, adil olmak adına aralarında kura çekilebilir.

Kaynak kısıtlılığı problemi ile karantinanın önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Burada özellikle 60 yaş üstünün enfeksiyondan korunması çok önemlidir. Çünkü zaten mortalite oranının yüksek olduğu bu grup, kaynaklar azaldıkça sağlık hizmetine en zor ulaşacak grup haline gelecektir. Bu durum, bu yaş grubunun ölüm oranlarının iyice artmasına neden olacaktır.

Kaynak sınırlılığındaki tek problem yatak sayısı değildir. Bu hizmeti sunabilecek sağlık personeli kısıtlılığı da vardır. Yeterli eğitimi almış personel sayısı az olabilir veya bu personeller hastaya bakmayı reddediyor olabilir. Bu durumu iyi yönetmek ve gerçekten risk grubunda olmayan sağlık personelinin retlerinin önünü açmamak çok önemlidir. Sağlık durumu yüzünden çalışamayacak durumda olan bir personelin bu durumu kanıtlanması gerekmektedir. Yoksa özellikle ölüme sebep olan bir hastalıktan bahsettiğimiz için korku gibi faktörlerle hastalara yaklaşmak istemeyen hekimler olacaktır. Yeterli önlemler alındıktan sonra sağlık personelinin hizmet sunmama gibi bir hakkı yoktur.

Bilgi Kirliliği

Herkesi ilgilendiren bir konuda bilgi kirliliği kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır. İletişimin süresinin çok kısaldığı bu günlerde yanlış/eksik bilgilerin yayılımını engellemek de zorlaşmaktadır. Bunu en kolay ve etkin şekilde engelleyebileceğimiz yer, televizyon yayınlarıdır. 60 yaş üstü bireylerin yani Covid-19'un en çok tehdit ettiği grubun birincil haber alma aracı televizyondur. Buradaki bilgi kirliliğinin önüne geçmek sosyal medyadaki akışı önlemekten çok daha kolay olacaktır.

Süreç içerisinde ne yazık ki birçok sağlık çalışanı da bu kirliliğe alet olmuştur. Daha önce belirttiğimiz gibi burada da sağlık çalışanlarının “zarar vermeme” ödevini hatırlatmakta fayda vardır. Bu konudaki bilgilendirme görevi başlıca, enfeksiyon hastalıkları, mikrobiyoloji ve halk sağlığı uzmanlarında olmalıdır. Diğer uzmanlar, kendi alanlarının sınırı içinde kalacak şekilde katkı sağlamalı, bunu mesleki sınırlara uyma olarak adlandırılacak etik sorumluluğun bir parçası olarak görmelidirler. Bu yüzden yayınlara çıkarılacak kişiler de titizlikle seçilmelidir.

Tibbin temeli, toplum ile arasındaki güven ilişkisine dayanmaktadır. Toplum hekime güvenmezse, tedaviden de koruyucu hekimlikten de söz edilemez. Bu alanda uzmanlaşmamış hekimlerin, birbiriyle çelişen açıklamalarda bulunması halkın tıbbı olan güvenini zedelemektedir. Halkın uzmanlardan şüphe duyması, içinde bulunduğumuz durum gibi herkesin bir arada hareket etmesini gerektiren olaylarda süreci yönetmeyi zorlaştırmaktadır. Ayrıca bu şüphe, pandeminin bitmesiyle birlikte yok olmayacak, hekimlerin günlük pratiğine de yansacaktır.

Tedaviyi Ret Hakkı

Hastaların yeterince aydınlatıldıktan sonra, tedaviye onam vermek gibi bir zorunlulukları yoktur. Burada aydınlatılmış ret kavramı karşımıza çıkar. Hastalar, uygulanmasını istemedikleri tedaviye baştan onam vermeyebilir veya istedikleri aşamada onamlarını geri çekebilirler. Fakat hastalar onam vermese dahi tedavi ettiğimiz istisna durumlar da vardır: Bu durumlara örnek olarak intihar verilebilir. İntihar eden kişinin akli dengesinin yerinde olmadığı varsayılır ve tedavisi için onam şartı aranmaz. Fakat buradaki tedavi gereksesi toplum sağlığını korumak değil bireyin kendisini korumaktır. Tedavinin zorunluğu olduğu bir diğer örnek olan tüberküloza bakacak olursak, buradaki tedbirlerin hem bireyi hem toplumu korumaya yönelik olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık Bakanlığı'nın Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre; tüberküloz tedavisinde, hastanın tedavi süresince ilaçlarının her dozunu denetleyen bir görevli gözetiminde ilacını içmesine dayanan, doğrudan gözetimli tedavi (DGT) stratejisi uygulanır ve hastanın hastanede ya da evde olmasına bakılmaksızın DGT zorunludur (11). Görüldüğü gibi toplumu korumak adına kişilerin aydınlatılmış ret haklarının tanınmadığı örnekler mevcuttur.

Covid-19 için şu anda kombine antiviral tedavi ve destek tedavisi uygulanmaktadır. Bu kombine tedaviye favipiravir adlı ilaç da dahil edilmiştir (12). Favipiravir tedavisinin iyileşme süresini kısalttığına dair bulgular olsa da hâlâ etkene özgü bir tedavi veya aşı bulunmamaktadır. Hastaların diğer durumlarda olduğu gibi burada da destek tedavisini reddetme hakları bulunmaktadır. Fakat sadece ve sadece izole edilmeyi kabul etmek şartıyla. Çünkü kişinin destek tedavisini reddetmesinin etkileri sadece söz konusu kişi tarafından hissedilir ve tedaviyi ret kapsamında değerlendirilebilir. İzolasyon ise bir tedavi değil, koruyucu önlemdir. İzolasyonun reddedilmesi başta hastanın yakın çevresi olmak üzere tüm toplumu tehdit etmekte ve salgının yayılmasını

kolaylaştırmaktadır. Destek tedavisini reddeden hastalar iyi bir denetimle evlerinde de izole edilebileceği için, bu durum sağlık sistemi üzerine fazladan bir yük de getirmeyecektir. Hekimlerin hastanın tedaviyi ret hakkını iyice kavraması ve hastanın destek tedavisini sonlandırma isteğini pasif ötanazi olarak değerlendirmemesi önemlidir. Hekimin bu uygulamayı yapmaktan kaçınması, hasta haklarının ihlali dışında, kaynak kısıtlılığının baş gösterdiği bu gibi durumlarda ihtiyacı olan hastaların tedaviye erişiminin engellenmesine neden olabilir.

Peki Covid-19'a etkili bir tedavi bulunursa hastaların tedaviyi ret hakkı olmalı mıdır? Bu durumda kişi eğer hem etkin tedaviyi hem de destek tedavisini almak istemiyorsa, yukarıda belirtilen sebeplerden dolayı, izolasyon şartıyla ret hakkı olmalıdır. Fakat kişi virüse karşı etkililiği ve güvenliliği gösterilmiş olan bir tedaviyi reddediyor, destek tedavisini ise almak istiyor olabilir. Bu durumda kaynak kısıtlılığı problemi bir kez daha karşımıza çıkar. Çünkü etkin tedaviyi alarak çok daha kısa sürede iyileşebilecek bir kişi, tedaviyi almamayı tercih ettiği için yatakları meşgul edecektir ve dışarıdaki birçok hastanın tedavi alma hakkını ihlal etmiş olacaktır. Bu yüzden hastanın böyle bir talepte bulunması etik olarak temellendirilemez. Kısacası ya hem etkin tedaviyi hem de destek tedavisini reddetmeli ya da ikisine birden onam vermelidir.

Ya Sonra?

Elbette ki bu pandemiden çıkarmamız gereken dersler olacaktır. Bunlardan en önemlisi doğal olarak sağlık alanında yapılabilecek düzenlemelerdir. Sağlığa erişimin devlet güvencesi altında ve ücretsiz olduğu ülkelerde süreçle daha kolay ve organize bir şekilde baş edildiğini söyleyebiliriz. Bu açıdan git gide özelleşen ve her alanda “en azlar” ile “en çoklar” arasındaki farkın açıldığı dünyamızda, Covid-19 pandemisini sağlığın herkes için hak olduğunu hatırlatan bir uyarı olarak görmemizin faydalı olacağını düşünüyorum. Aksi takdirde “sağlık herkes için eşittir, zenginler için daha eşittir” düşüncesinin yayılmasını engelleyemeyiz. Günümüzde zaten eşitliğinden bahsedemeyeceğimiz sağlık sisteminin problemleri bu salgınla birlikte biraz daha görünür hale gelmiştir ve gerekli düzenlemeleri yapmazsak olacaklar hakkında bize sadece küçük bir fikir vermiştir.

Covid-19 sağlık sisteminde olduğu kadar eğitim sistemi üzerinde de etkisini göstermiştir. Bunun yansımasını tıp eğitiminde de hissetmek mümkündür. Günümüzde özellikle devlet üniversitelerinin öğrenci sayısı düşünüldüğü zaman verimli bir yüzyüze eğitimden maalesef bahsedilemez. Pandemi ile birlikte uygulamaya konulan online / uzaktan eğitim modeliyle birlikte, uygulamalı eğitimin çok az bulunduğu üç senelik temel bilimler eğitimi içinde yüzyüze eğitimin gerekliliği tartışılır hale gelecektir.

Salgınla birlikte tüm dünyada ihtiyaç duyulan etik kılavuzların eksikliği de bir kez daha gözler önüne serilmiştir. Kaynaklar azaldıkça hekimlerin vermek zorunda kaldıkları kararlar da zorlaşmaktadır. Bu kararlar, zaten ağır koşullar altında çalışan hekimlerin üstüne yoğun psikolojik yükler bindirmektedir. Bu yüzden, önceden (veya Covid-19 gibi yeni ortaya çıkmış bir durumsa mümkün olan en kısa zamanda) hazırlanmış etik kılavuzları, hem hekimlerin üstündeki sorumluluğun paylaşılmasını sağlayarak onları psikolojik olarak rahatlatarak, hem de daha organize ve hızlı şekilde hareket edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca bu kılavuzlar sayesinde ulusal/uluslararası standardizasyon sağlanacak ve hekimlerin keyfi hareket etme riskleri ortadan kalkacaktır.

SONUÇ

Covid-19'un neden olduğu ve neden olabileceği tehlikeleri çeşitli boyutlarıyla incelemeye çalıştığım bu yazıda ulaştığım sonuç elimizdeki bilgilerden yola çıkarak şu an yapabileceğimiz en iyi şeyin; sokağa çıkmayacak insan sayısını olabildiğince artırmak adına karantina önlemlerini sıkılaştırmak olduğudur. Virüsün yayılmasının önüne ancak bu şekilde geçilebilir. Özel hastaneleri kamulaştırmak, bizi hastalar arasında -tıbbi kriterlere göre de olsa- seçim yapmak zorunda bırakacak tarihi ertelemeyi sağlayacaktır. Yapılan test sayısını olabildiğince artırmak da gizli vakaların ortaya çıkmasına ve yayılımın engellenmesine yarayacaktır. Ayrıca bütün bu süreç içerisinde toplumun bilgiye mümkün olduğunca çabuk ve doğru biçimde ulaşması sağlanmalıdır. Kısacası tedavi etmek zorunda kalmadan önce korumak; yararlı olmaktan önce zarar vermemek ana hedef olmalıdır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. M. Murat Civaner'e çok teşekkür ederim.

KAYNAKÇA

1. Vikipedi. Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2. Buradan ulaşılabilir: https://tr.wikipedia.org/wiki/%C5%9Eiddetli_akut_solunum_yolu_sendromu_koronavir%C3%BCs%C3%BC_2#Adland%C4%B1rma Erişim tarihi: 5 Nisan 2020
2. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Yeni Koronavirüs (Covid-19) Son Durum Ve Bilgi Notu. 26 Şubat 2020. Buradan ulaşılabilir: <https://hasuder.org.tr/yeni-corona-virus-covid-19-son-durum-ve-bilgi-notu/> Erişim tarihi: 20 Mart 2020.
3. TC Sağlık Bakanlığı Covid-19 Yeni Koronavirüs Hastalığı. Covid-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı) Belirtileri Nelerdir? Buradan ulaşılabilir: <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-yeni-koronavirus-hastaligi-belirtileri-nelerdir> Erişim tarihi: 5 Nisan
4. TC Sağlık Bakanlığı Covid-19 Yeni Koronavirüs Hastalığı. Covid-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı) Nasıl Bulaşır? Buradan ulaşılabilir: <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-yeni-koronavirus-hastaligi-nasil-bulasir> Erişim tarihi: 5 Nisan
5. World Health Organization. 11 Nisan 2003. Buradan ulaşılabilir: https://www.who.int/csr/sars/epi2003_04_11/en/ Erişim tarihi: 20 Mart 2020
6. World health organization. WHO MERS Global Summary and Assessment of Risk. Temmuz 2019. Buradan ulaşılabilir: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326126/WHO-MERS-RA-19.1-eng.pdf?ua=1> Erişim tarihi: 20 Mart 2020
7. John Hopkins University and medicine. Buradan ulaşılabilir: https://coronavirus.jhu.edu/map.html?utm_medium=email&utm_source=marketing&utm_campaign=tIo98GlqEeqd_xFKDENJkw Erişim tarihi: 16 Nisan 2020
8. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü . Covid-19 (SARS-CoV 2 Enfeksiyonu) Rehberi. Sayfa:7. 11 Mart 2020. Buradan ulaşılabilir: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/covid19/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf Erişim tarihi: 20 Mart 2020
9. T24 Bağımsız İnternet Gazetesi. Buradan ulaşılabilir: <https://t24.com.tr/haber/alman-uzman-yazdi-23-sayfada-koronavirus-hakkinda-her-sey-neden-hemen-harekete-gecmeniz-gerekiyor,866050> Erişim tarihi: 21 Mart 2020.
10. TC Sağlık Bakanlığı. Ankara: Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sayfa:126. 2018. Buradan ulaşılabilir: <https://dosyab.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim tarihi: 21 Mart 2020
11. TC Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara: Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi . 2. Baskı Sayfa:66. 2019. Buradan ulaşılabilir: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tuberkuloz_db/haberler/Tuberkuloz_Tani_Ve_Tedavi_Rehberi_/Tuberkuloz_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_08.07.2019_YukseKKB.pdf Erişim tarihi: 16 Nisan 2020
12. TC Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tedarik Planlama Stok ve Lojistik Yönetimi Dairesi Başkanlığı. Favipiravir 200 mg Tablet - COVID-19 (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) Tedavisinde Kullanılacak İlaçlara İlişkin Bilgilendirme. 26.03.2020. Buradan ulaşılabilir: <https://khgmstokyonetimidb.saglik.gov.tr/TR,64704/favipiravir-200-mg-tablet---covid-19-sars-cov2-enfeksiyonu-tedavisinde-kullanilacak-ilaclara-iliskin-bilgilendirme.html> Erişim tarihi: 3 Nisan 2020