



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISI İLE VATANLARINI TERK ETMEK  
ZORUNDA BIRAKILAN İNSANLARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE  
ERİŞİMİNİN TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ:  
ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ**

**CEM HAKAN BAŞARAN**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. ÖMÜR ŞAYLIGİL**

**Eskişehir**

**2021**





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISI İLE VATANLARINI TERK ETMEK  
ZORUNDA BIRAKILAN İNSANLARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE  
ERİŞİMİNİN TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ:  
ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ**

**CEM HAKAN BAŞARAN**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. ÖMÜR ŞAYLIGİL**

**Eskişehir**

**2021**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Cem Hakan BAŞARAN'ın doktora tezi olarak hazırladığı **“Hekimlerin Bakış Açısı ile Vatanlarını Terk Etmek Zorunda Bırakılan İnsanların Sağlık Hizmetlerine Erişiminin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi: Eskişehir Örneği”** başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek **“KABUL”** edilmiştir.

Tarih

17 / 09 / 2021

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / ... tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ

Enstitü Müdürü

## **TEŞEKKÜR SAYFASI**

Araştırmama katılan ve sorularımı içtenlikle yanıtlayan tüm meslektaşlarıma teşekkür ediyorum.

**15.08.2021**

**Cem Hakan Başaran**

***Odunpazarı***

## ÖZET

### HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISI İLE VATANLARINI TERK ETMEK ZORUNDA BIRAKILAN İNSANLARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİNİN TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ

**Amaç:** Bu çalışmada sağlık hizmetlerine erişimde zorlanan ve çeşitli hak ihlallerine uğrayabilen, vatanlarını terk etmek zorunda bırakılan insanların sağlık hizmetlerine erişimine hekimlerin nasıl baktığını ortaya koymak ve tıp etiği ve deontoloji açısından tartışmak amaçlanmıştır.

**Kapsam:** Sağlıkta ayrımcılığın temel nedenlerinden biri olan zenofobi, değerlendirilmesi gereken bir fenomendir. Bu kapsamda Eskişehir ilinde hizmet veren hekimlerin zenofobi düzeylerini ölçmek için nitel ve nicel araştırma yöntemleri birlikte kullanılmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada hekimlerin görüşlerini değerlendirmek amacıyla tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Kees Van Der Veer ve arkadaşları tarafından geliştirilen Zenofobi Ölçeği (Xenophobia Scale), araştırmacının hazırlamış olduğu soru kağıdı ve yarı-yapılandırılmış görüşme kayıtları ile konu ayrıntılı olarak ölçülmüş, nitel veriler söylem çözümlemesi yöntemi ile nicel veriler ise uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hekimlerin yaş dağılımı  $38,069 \pm 10,337$  olarak hesaplanmış ve zenofobi ölçeğinden aldıkları puan dağılımı yüksek ( $56,20 \pm 11,54$ ) bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin %34,3'ü kendilerine tercih hakkı verilse mültecilere sağlık hizmeti vermek istemeyecekleri yönünde görüş bildirmişlerdir. Hekimler ağırlıklı olarak vatanlarını terketmek zorunda bırakılan kişilere sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmemesi, ayrı birimlerde sağlık hizmeti verilmesi gerektiğini, bu kişilerin T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilediklerini, medyada ve sosyal medyada çıkan haberlerin sağlık sunumlarını etkilediğini, çocuk sayılarına sınır getirilmesi gerektiğini, sağlıkta şiddeti ve halk sağlığı sorunlarını arttıracakları görüşünde iken sağlık kurumlarında tercüman bulundurulması gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir.

**Sonuç:** “Mülteciler insandır.”, “Mülteciler buldukları ülkelerin vatandaşları ile eşit düzeyde bir sağlık bakımını hak ederler.”, “Mültecilik temel insan haklarının erişimine

engel teşkil etmez.”, “Mülteciler sağlık hizmetlerinde ayrımcılığı hak etmezler.”, “Hekimler mesleklerini icra ederken her türlü ayrımcılığa karşı ortak bir ödevde buluşmalıdır.” Zenofobi sağlık alanında etkisini gösterdiğinde, insan onurunu zedeleyen, her türlü eşitsizliğe neden olan, hekimliği deontolojisinden uzaklaştıran bir fenomendir.

**Anahtar Sözcükler:** Tıp Etiği, Deontoloji, Mülteci, Sağlık Hakkı, Zenofobi, Medikal Zenofobi, Tıbbi Irkçılık

## SUMMARY

### MEDICAL ETHICS-RELATED EVALUATION OF ACCESS TO HEALTH SERVICES IN PEOPLE FORCED TO LEAVE THEIR HOMELAND FROM THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS: THE ESKİŞEHİR SAMPLE

**Aim:** In this study, we aimed to reveal physicians' view of access to health services in people forced to leave their homeland who have difficulty in accessing health services and may suffer various rights violations, and to discuss these in terms of medical ethics and deontology.

**Scope:** Xenophobia, which is one of the main causes of discrimination in health, is a phenomenon that needs to be evaluated. In this context, we used qualitative and quantitative research methods together to measure the xenophobia levels of physicians serving in Eskişehir.

**Method:** In this study, a stratified sampling method was used to evaluate the views of physicians. The topic was evaluated in detail with the use of the Xenophobia Scale developed by Kees Van Der Veer et al., the questionnaire form prepared by the researcher, and the semi-structured interview records. Qualitative data were evaluated with the discourse analysis method and quantitative data were evaluated with appropriate statistical methods.

**Results:** The age distribution of the physicians participating in the study was calculated as  $38.069 \pm 10.337$  and the score distribution from the xenophobia scale was found to be high ( $56.20 \pm 11.54$ ). 34.3% of the physicians participating in the study stated that they would not want to provide health services to refugees if they were given the right to choose. Physicians stated that health services should not be provided free of charge to people who were forced to leave their homeland, that health services should be provided to these individuals in separate units, that they were of the opinion that refugees negatively affected the access of Turkish citizens to health services, that news articles in the media and social media influenced the provided healthcare, that the number of children of these individuals should be limited, and that they would increase public health problems and violence in healthcare; however, they also expressed the opinion that there should be translators in health institutions.



**Conclusion:** “Refugees are human beings.”, “Refugees deserve an equal level of health care with the citizens of the countries they live in.”, “Being a refugees does not prevent access to basic human rights.”, “Refugees do not deserve discrimination in health services.”, “Physicians should meet in a common duty against all kinds of discrimination when practicing their profession.” When xenophobia shows its effect in the field of health, it is a phenomenon that harms human dignity, causes all kinds of inequality, and moves medicine away from deontology.

**Key words:** Medical Ethics, Deontology, Refugee, Right to Health, Xenophobia, Medical Xenophobia, Medical Racism

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI .....</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR SAYFASI.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>iv</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>xii</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ.....</b>	<b>xiii</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Giriş .....	1
1.2. Amaç .....	10
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>12</b>
2.1. Tanımlar/Statüler .....	12
2.2. Kısa Tarihçe ve Türkiye’de Mevcut Durum.....	15
2.3. Göç, Yerinden Edilme ve Sağlık .....	21
2.3.1. Sağlıkın tanımı ve sağlık hakkı kavramı .....	21
2.3.2. Sağlık hakkının öznesi, kapsamı, sınırları .....	23
2.3.3. Temel bir insan hakkı olarak sağlık hakkı.....	26
2.3.4. Sağlık hizmetlerine erişimde statü sorunu.....	31
2.4. Zenofobi/Xenophobia ve Medikal Zenofobi .....	39
2.4.1. Zenofobi kavramı ve zenofobiyi yeniden düşünmek .....	39
2.4.2. Medikal zenofobi.....	50
2.5. Hekim ve Hasta, Geçmiş ve Günümüz.....	62
2.5.1. Tarihte ideal (politik etik/etik), ödev (deontoloji), edep ve görgü (decorum-etiquette) ekseninde hekim kimliği, hasta ve yabancı karşısında hekim ve yükümlülükleri.....	62
2.5.2. Günümüz ulusal ve uluslararası etik bildirgeler ve yönetmeliklerde adalet, eşitlik ve ayrımcılık yapmama üzerine.....	101
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>109</b>
3.1. Araştırmanın Tipi ve Kullanılan Terminoloji.....	109
3.1.1. Araştırmanın varsayımları .....	109
3.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması .....	110

3.3. Araştırmanın Tasarımı .....	110
3.4. Nicel Araştırma Yöntemi.....	111
3.4.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme .....	112
3.4.2. Veri toplamada kullanılan araç ve gereçler .....	112
3.4.3. Veri toplanması.....	113
3.4.4. Verilerin analizi .....	113
3.4.5. Kısıtlılıklar.....	114
3.5. Nitel Araştırma Yöntemi .....	114
3.5.1. Söylem ve söylem analizi .....	114
3.5.2. Yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler .....	121
3.5.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme .....	121
3.5.4. Veri toplamada kullanılan araç ve gereçler .....	122
3.5.5. Veri toplanması.....	122
3.5.6. Verilerin analizi .....	122
3.5.7. Kısıtlılıklar.....	122
3.6. Araştırma İçin Alınan İzinler .....	123
3.7. Araştırmada Etik İlkeler.....	123
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>124</b>
4.1. İstatistiksel Analiz.....	124
4.2. Geçerlilik-Güvenilirlik Analizleri.....	124
4.2.1. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi ile geçerlik sınaması .....	124
4.3. Nicel Veri Analizleri.....	129
4.4. Nitel Veri Analizleri .....	144
4.4.1. Belirlenen konular ve çözümlenmeler .....	144
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>163</b>
5.1. Tartışmanın Çerçevesi ve Sınırlılıkları .....	163
5.2. Demografik Verilerin Tartışılması.....	164
5.2.1. Araştırmaya katılan hekimlerin ‘göçmenlere hizmet vermek isteyip istememe’ durumunun tartışılması .....	165
5.3. Araştırmacı tarafından oluşturulan sağlık hizmetlerinde zenofobiyi ölçmek için hazırlanan 5’li likert tipi ölçekle toplanan verilerin tartışılması .....	170
5.3.1. Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir.’ maddesinin tartışılması.....	170

5.3.2. “Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır” maddesinin tartışılması..	173
5.3.3. “Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır” ve “göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır” maddelerinin tartışılması.....	174
5.3.4. Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamları daha kolaylaşır (R)’ maddesinin tartışılması.....	177
5.3.5. ‘Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır.’ maddesinin tartışılması..	178
5.3.6. ‘Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır’ maddesinin tartışılması .....	179
5.3.7. ‘Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler’ maddesinin tartışılması.....	181
5.3.8. ‘Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir’ maddesinin tartışılması .....	183
5.3.9. Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.’ maddesinin tartışılması .....	184
5.4. Zenofobi Ölçeği’nin tartışılması.....	185
5.4.1. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘bu ülkede göç kontrolden çıktı.’ maddesinin tartışılması .....	186
5.4.2. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenlerin bu ülkeye girmesini önlemek için sınırlar daha güvenli hale getirilmelidir.’ maddesinin tartışılması.....	187
5.4.3. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenler suçlarda artışa neden olurlar.’ maddesinin tartışılması .....	189
5.4.4. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenler burada bulunan insanların işlerini almaktadır.’ maddesinin tartışılması.....	190
5.4.5. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenlerle etkileşim kurmak beni huzursuz ediyor.’ maddesinin tartışılması .....	191
5.4.6. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenlerle etkileşimden keyif alıyorum (R)’ ve ‘Göçmenlerle etkileşimi memnuniyetle karşılarım (R)’ maddelerinin tartışılması .....	192
5.4.7. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenlerin olağandışı hastalıkları yayabileceklerinden endişe ediyorum.’ maddesinin tartışılması .....	195

5.4.8. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'savaş veya siyasi gerginlik durumunda göçmenlerin kendi ülkeleri ve köklerine sadık olacağından korkuyorum.', 'göçmenlerin kriz zamanlarında ülkeme destek vereceğine güveniyorum (R)' ve 'göçmenlerin bu ülkenin çıkarlarına öncelik vereceğinden şüpheliyim.' maddelerinin tartışılması .....	196
5.4.9. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'artan göçle, yaşam tarzımızın daha kötü yönde değişeceğinden korkuyorum.' ve 'göçün artmasıyla kendi kültürümüzün kaybolacağından korkuyorum.' maddelerinin tartışılması .....	198
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>200</b>
6.1. Sonuca Başlarken.....	200
6.2. Sonuç .....	205
6.3. Öneriler yahut Mülteci/sığınmacı Hastalara Sağlık Hizmetleri Sunumunun Deontolojik Prensipleri .....	207
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ.....</b>	<b>210</b>

## TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1. Ölçek Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri ve Faktör Yük Değerleri (Lambda), Çoklu Korelasyon Karesi ( $r^2$ ) Değeri ve t Değerleri.....	125
Tablo 4.2. Ölçek maddelerinin faktör yapısı için uyum iyilik indeksleri.....	126
Tablo 4.3. Ölçek Maddelerinin Madde Toplam Korelasyonları .....	127
Tablo 4.4. Ölçekten Alınan Toplam Puanların Kapsam Geçerliliği Açısından Araştırma Hipotezleri ile Sınanması.....	128
Tablo 4.5. Hekimlere ait Demografik Verilerin Dağılımı.....	129
Tablo 4.6. Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri İle İlgili Yanıtlarının Dağılımı .....	130
Tablo 4.7. Hekimlerin Zenofobi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	131
Tablo 4.8. Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımı.....	132
Tablo 4.9. Hekimlerin Zenofobi Ölçeğine Verdikleri Yanıtlarının Demografik Veriler ile Karşılaştırılması.....	134
Tablo 4.10. Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar ile Zenofobi ölçeğine verdikleri yanıtların karşılaştırılması.....	136
Tablo 4.11. Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar ile Demografik Veriler ile Karşılaştırılması .....	138
Tablo 4.12. Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar ile Demografik Veriler ile Karşılaştırılması (Devam).....	139

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Sayısı 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar .....	16
Şekil 2.2. Başvurusu kabul edilip üçüncü ülkelere yerleştirilen kişilerin sayısı ve yerleştirildiği ülkeler, 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar .....	17
Şekil 2.3. Yıllara göre Uluslararası Koruma Başvuru yapan kişi sayısı, 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar .....	17
Şekil 2.4. AFAD'ın 15.10.2018 tarihli GBM Raporu .....	18
Şekil 2.5. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımı, 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar .....	19
Şekil 4.1. Zenofobi Ölçeği (Xenophobia Scale) Path Diagramı .....	125
Şekil 4.2. Zenofobi Ölçeği (Xenophobia Scale) Path Diagramı-Düzenlenmiş .....	126

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD :</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFAD:</b>	Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı
<b>AMA:</b>	Amerikan Tabipler Birliği
<b>APA:</b>	Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>BM:</b>	Birleşmiş Milletler
<b>BMA:</b>	İngiliz Tabipler Birliği
<b>BM:</b>	Boston Medical Police
<b>CEC:</b>	Merkez Etik Komitesi
<b>CMP:</b>	Connecticut Medical Police
<b>DSÖ/WHO:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DTB:</b>	Dünya Tabipler Birliği
<b>ESOGÜ:</b>	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
<b>GMC:</b>	Genel Tıp Konseyi
<b>GSS:</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>HIV:</b>	İnsan İmmun Yetmezliği Virüsü
<b>ICERD:</b>	Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme
<b>İHEB :</b>	İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
<b>İKGV:</b>	İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı
<b>IOM:</b>	Uluslararası Göç Örgütü
<b>İŞİD:</b>	Irak ve Şam İslam Devleti
<b>LGBTİ:</b>	Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transseksüel ve İnterseks
<b>MSF:</b>	Sınır Tanımayan Doktorlar
<b>MSSNY:</b>	New York Eyaleti Tıp Cemiyeti
<b>NMA:</b>	Ulusal Tabipler Birliği
<b>OHCHR:</b>	Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği
<b>SGK:</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>STK:</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>SUT:</b>	Sağlık Uygulama Tebliği
<b>TBMM:</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TDN:</b>	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
<b>TTB:</b>	Türk Tabipler Birliği



**UNHCR:** Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği  
**YUKK:** Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu  
**YUP:** Yabancı Uyruklular Polikliniği

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

*İnsanın, başka bir türün üyelerinden (hayvanlar, bitkiler vs.) daha değerli olduğuna inanmak, onlara eşit değerlere sahiplermişçesine, aralarında tercihlerde bulunmak için öne süreceğimiz nedenlerden kesinlikle bağımsız olarak eşit davranılması gerektiğini kabul etmek demektir.*

*John Harris<sup>1</sup>*

## 1.1. Giriş

II. Dünya Savaşı ile birlikte uluslararası kamuoyunu fazlasıyla meşgul eden ve kendine küresel bir tartışma alanı bulan mülteci krizi, bugün yine küresel bir boyuta ulaşmış, birçok Avrupa ülkesi içeride düşman, muhalif ve dolayısıyla istilacı bir tehdit olarak konumlandırılan ve duygusal anlamda saygıyı hak etmeyen “Müslüman” –veya Ortadoğulu- göçmenlerle<sup>2</sup> karşı karşıya kalmıştır (Allen’dan aktaran Pawlicka, Kazmierczak & Jagiello-Rusilowski, 2019, s. 1015). Yerinden edilmiş milyonlarca insan ve Suriye’de devam eden şiddet, Suriye Savaşı’nı modern tarihin en büyük insanî krizlerinden biri hâline getirmiştir (Dimitrova, Ozdora-Aksak & Connolly-Ahern, 2018, s. 533).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde (İHEB), “herkesin sığınma hakkı olduğu” açıkça belirtilmiş olmasına rağmen, yerlerinden edilmiş milyonlarca insanın dinleri, ırkları veya menşe ülkeleri nedeniyle sığınma hakları/talepleri reddedilmeye devam etmektedir. Irak ve Şam İslam Devleti (İŞİD) ve diğer radikal terörist grupların saldırıları gittikçe daha fazla İslamofobik hâle gelen siyasi bir iklime yol açmış, bu terörist saldırılar ve Müslüman mültecilerin terörist gruplarla bağları bulunduğu dair inançlar, Ortadoğu’dan gelen mültecilerin reddedilmesine yol açmıştır. Bunun sonucu olarak, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nden olduğu kadar Avrupa ülkelerinden de Suriyeli mültecilerin kabul edilmesine karşı tepki oluşmuştur. Krize ve düşük Suriyeli mülteci alım rakamlarına verilen küresel tepki,

---

<sup>1</sup> Harris, J. (1998). *Hayatın Değeri*. (Çev. S. Sertabiboğlu). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, s. 29.

<sup>2</sup> Çalışmamızda “mülteciler, göçmenler, sığınmacılar ve vatanlarını terketmek zorunda bırakılan insanlar” tanımlamaları aynı anlamda kullanılmış olup, dünyanın çeşitli ülkelerinden gelerek Türkiye’de ikamet eden kişileri tanımlamaktadır. Uluslararası ve ulusal mevzuata göre bu insanların hukuki statüleri farklılık göstermekle birlikte, bu konuya “Genel Bilgiler” bölümünde değinilecektir.

batı ülkelerinin Suriye'den göç etmiş olanlara yardım etmek için gereken aciliyete kayıtsızlığını göstermekte, bu da mevcut olan insanî krizi daha da ağırlaştırmaktadır (Smajlovic ve Murphy, 2020, s. 2).

Problemler bunlarla da (yani kabul edilip/edilmeme ve “fobiler” ile) sınırlı değildir. Mültecilerin birçoğu gittiği/gidebildiği ülkelerde, kamplardan kurtulup gündelik hayata dâhil olduklarında dahi, yoksulluk, sağlıksız yaşam koşulları, eğitimden mahrumiyet vb. maddi yetersizliklerin yanında; ötekileştirme, ırkçılık, sosyal dışlanma, ayrımcılık, sömürü/istismar ve damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır. Ulusal medya ve hükümetler tarafından kullanılan nefret söylemi/dili bu problemleri -sosyal felâketlere gebe olacak derecede- derinleştirdiği gibi mülteciler; ekonomik daralma, kemer sıkma politikaları, bulaşıcı hastalıklar, kültürel yozlaşma, hırsızlık, şiddet ve terörizm gibi birçok sosyo-ekonomik, politik ve kültürel sorunun müsebbibi olarak sunulmaktadır.

Göçün medya tasviri genellikle yanlış inançlara ve klişelere, göçmen ve mültecilerin olumsuz algılanmasına yol açmaktadır. Bu geniş çapta dolaşıma girerek yaygınlaşan medya dili, medyanın ürettiği ve siyasetçilerin de çoğunlukla sırtını dayadığı popülist söylem genellikle göçün fenomenlerinin ciddiyetini seyreltmekte ve meselenin sadece olumsuz yönlerine odaklanmaktadır. Sonuç olarak, ev sahibi toplumlar, göçü bütünüyle (başlangıç, varış ve entegrasyona kadar), özellikle politik çerçevesi içinde anlamayı ihmal ederler (Mladovsky, 2007; Esses, Medianu & Lawson, 2013; Erdoğan, Kavukçuer & Çetinkaya, 2017). Bu noktada göze çarpan bir başka olgu ise göçün ve göçmenlerin/mültecilerin görünmezliğidir. Birçok ülkede medya, Suriyeli veya diğer göçmenlerin anavatanlarındaki gerçek durumunu (kamplarda veya şehirlerde) veya mültecilerin göç boyunca karşılaştıkları engelleri görmezden gelmektedir (Vidra, 2019; Čada ve Frantová, 2019). Göçmenler/mülteciler kamuoyuna kendilerini göstere(bile)cek bir sosyal statüye veya imkâna sahip olamadıkları gibi, birçok Sivil Toplum Kuruluşu (STK) da ana akım medyada göçmenleri temsil edememektedir. Buraya kadar aktarılan durum yani mültecilerin kabulü sorunu, haklardan yoksunluğu, medya ve toplumca algılanma biçimleri (politik ve sosyal görünürlüğü-görünmezliği) batılı ülkelere münhasır bir durum değil elbette. Ülkemizde ve mültecilere ev sahipliği yapan diğer Ortadoğu ve Arap ülkelerinde de durum yukarıda aktarılanlardan hiç de farklı değil. Örneğin Türkiye’de çeşitli toplumsal kesimlerin mültecilik algısına yönelik yapılan

çalışmalarda, katılımcıların birçoğunun mültecilerin vatanlarından ayrılma nedenlerini anladıkları/haklı buldukları tespit edilse de, aynı katılımcıların göçün pratik gerçeklerine daha az açık/duyarlı (pek çok konuda duyarsız) oldukları, hatta sosyo-ekonomik, kültürel ve ideolojik gerekçelerle mültecilere nefret duydukları gösterilmiştir (Kavlak, 2011; Eşigül vd., 2017; Özatalay ve Doğuç, 2018; Tümeğ, 2018). Bu duyarsızlık (benmerkezci ayrımcılık)<sup>3</sup> ve ülkemizdeki mülteci politikalarının hak tanımını yerine –sosyal katılımı teşvik eden düzenlemeler içermeyen- yardım anlayışı üzerine kurulu olması ise mültecilerin toplumsal olarak kabul görmesine engel teşkil etmektedir (Danış, 2018).<sup>4</sup> Bütün dünyada bu yardımcı/üstün konum (vatandaş-mülteci) beraberinde sinsi bir otorite doğurmakta, seslerin iyice kısılmasına neden olmakta ve zaten vatandaşlara nispetle kısıtlı haklara sahip bir hukuki statü verilerek, mülteciler karşısında vatandaşlar şeklinde-oluş(turul)muş hâkim bir sınıf doğrudan mahkûm bir sınıf yaratmaktadır. Mevcut olan bu hukuki (egemen ideolojiyi tekrar üreten ve statükoyu koruyan) statü farkı, toplumsal pratiklere yansıdığında ötekileştirmeyi/ayrımcılığı derinleştirirken, insanlığın da giderek yitmesine sebebiyet vermektedir. Ülkelerin veya bölgelerin adları değişmekle birlikte ayrımcılığın da yalnızca sureti değişmektedir, ayrımcılık günümüzde çoğu zaman “fobilerle” kodlanma eğilimindedir. “İrkçılık” kavramı ise - muhtemeldir ki alışıl gelmiş kullanımlarında- içerisinde soykırım ve şiddeti barındırdığı, biyolojik ve genetik nedenlerden dolayı bir “üstünlük” ayrımı betimlediğı ve dolaylı olarak “Nazizm”i ve türevlerini çağrıştırdığı için –çıktıları eylemlere yansıdığında ayrımcılığın tanımlanagelmiş diğer türleriyle çoğu zaman eşdeğer olsa bile- tercih edilmemekte, negatif anlamda ayrımcılık genel olarak İslamofobi, zenofobi, zenofobik milliyetçilikle (xenophobic nationalism) özdeşleştirilmekte, fobilere ikincil bir davranış/tutum olarak kabul görmektedir.

---

<sup>3</sup> *Benmerkezci Ayrımcılık Algısı*: Yalnızca ait olduğu kimlik grubunda olanlara karşı yapılan ayrımcılığın ayırında olan, ait olduğu/hissettiğı grubun haricindeki kimlik gruplarına karşı –bazen bizzat ait olduğu/hissettiğı grup tarafından- yapılan ayrımcılıklara duyarsız olan grubun algı biçimidir. Bu algı biçiminde olanlar -genelde- haklı ayrımcılık/haksız ayrımcılık ayrımı yapmaktadırlar. Bu durum Türkçe’de ‘Kendine Müslümanlık’ ifadesiyle argoda kullanılmaktadır (Özatalay & Doğuç, 2018, s. 18).

<sup>4</sup> Bu durumun önüne geçebilmek için Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne oluşturulan “Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Uyum ve İletişim Daire Başkanlığı” tarafından ulusal ve uluslararası çeşitli faaliyetler yürütölmektedir. *Bkz.* <https://www.goc.gov.tr/sosyal-uyum-projesi-calistayi-duzenlendi#>

Oysa birçok bölgede milliyetçilik, İslamofobi, zenofobi ve ırkçılık içiçe geçmiş bir görünümüdür. Günümüzde ırkçılığı tekrardan çerçeveleyen ve bunu topluma sunduğu makul gerekçelerle görünmez kılan “iktidar-ırkçılık” ilişkilerinin sonucu olan bu durum, sadece bireysel önyargılardan kaynaklanmamakta, sosyal, kültürel ve ekonomik gerekçelerle perdelenmekte, hukuk rejimleri tarafından da görmezden gelinmektedir (Taştan, 2018, s. 10)<sup>5</sup>. Ayrımcılığı bu bağlamda iki ana başlıkta inceleyebiliriz; Genetik/biyolojik ayrımcılık (ırkçılık) ve Abiyolojik/Agenetik ayrımcılık (-fobi’ler, ayrıştırıcı –izm’ler ve abiyolojik/agenetik ırkçılık türleri (örn. Kültürel ırkçılık)). Abiyolojik/Agenetik ayrımcılığı benimseyen güç sahiplerinin (çoğunluk) kendilerini ait olarak kodladığı (benlik bulduğu ve dolayısıyla kendi “öteki”sini ortaya çıkardığı) ve bunları bir üstünlük olarak algıladığı kültür, millet, coğrafya, din/inanç, vatandaşlık vb. bağlar ve aidiyetler ne olursa olsun, esas olan “Ayrımcılığın” sureti değil ayrıştırılmış olan gruba (ötekilere) dayattığı mağduriyetlerdir.

Türkiye toplumu özelinde meseleyi ele aldığımızda mültecilerin sayısının günbegün artması belki de toplumsal olarak krizin olgusal boyutlarından (tekil durumlardan) koparak bir bütün olarak algılanmasını, “mülteciler/sığınmacılar...” ile başlayan retoriklerle problemlerin indirgenerek, söylemin milyonlardan oluşan bir grubu kolayca kapsamamasını –veya kategorik olarak yok sayılmalarını- ve bu grubun ekonomik, sosyal ve kültürel haklarının tanınmamasını ve böyle iken dahi yaşanan hak ihlallerinden bağımsız bir surette tartışılabilir hâle gelmesine yol açtı. Bizler kötü şartlar altında –iş buldukları takdirde çoğu- sigortasız ve düşük ücretlerle çalışan, sağlıksız yaşam koşullarında hayatta kalma çabası içinde olan birçok mültecinin insanî yaşam haklarının müdafaasına, hukuksal statülerinin bir sonucu olan ve

---

<sup>5</sup> Bu durum “Madun (subaltern)” (alt, aşağı, ikincil) kavramı ile ifade edilebilir; Madun “öteki”leri ya da “başkaları”nı değerlendirmeye olanak sağlayan bir kavramdır. Toplumun işleyiş mekanizmalarında kendilerini temsil ve ifade edemeyen (ve dışlanan) ve ‘başka’ bir durumda olan kişi ve grupları tanımlamak için kullanılan kavram; sömürge coğrafyalarında yaşayan kişi ve grupları, kadınları, yoksulları, göçmenleri/mültecileri ve toplumun işleyiş mekanizmalarında sesi duyulmayanları nitelendirir. Bu kişiler iktidar mekanizmalarınca hem tehdit unsuru hem de vatandaş olmayan, mazlum ve mağdur insanlar olarak çift yönlü söylemler bütününe parçasıdırlar. İçinde buldukları bu heterojen parçalılık hali ve sabit olmama durumu, mültecileri madun olarak tanımlamayı mümkün kılmaktadır (Altıntaş, 2018, s. 255). Madun çalışmaları ve tarihyazımı için *bkz.* Erdoğan, N. (2000). Devleti "idare etmek": Mâduniyet ve düzenbazlık. *Toplum ve Bilim*, 83, 8-31.

“vatandaşlık sahibi” bireylerle kıyaslandığında belirginleşen ekonomik ve sosyal eşitsizliklerin bertaraf edilmesine yönelik eylem gücünü içimizde bulamazken, yurttaşların yararlandığı eğitim hakkı, sağlık hakkı gibi sosyo-ekonomik hakların paylaşımı noktasında itiraza müteallik -çoğu zaman ekonomik (liberal) ve ayrımcı saiklerle olan- eylem gücünü içimizde bulmaktayız.<sup>6</sup>

Hâlbuki insan hakları temelli göç politikaları yerine ekonomi temelli (liberal) politikalar üretmek, göçmenlerin yasal haklarının azal(tıl)dığını, bakım haklarındaki “ötekileştirme” uygulamalarının hızının arttığını göstermektedir (Grove & Zwi, 2006). Bu politikaların bir sonucu olarak bugün birçok Avrupa ülkesi, sağlığa erişim ile ilgili ulusal kanunlarını kısıtlamaya başlamış ve hakları sadece acil bakım düzeyine indirgemıştır. (Ooms, Hammonds & Keygnaert, 2019, s. 47). “Mülteci sağlığı” özelinde düşünüldüğünde –sosyal ve hukuki statülerinin bir tezahürü olan- sağlığın sosyal belirleyicilerinin, yani sağlığı etkileyen faktörlerden birçoğunun (sosyal statü ve düşük gelir, sosyal katılım düşüklüğü, sağlıksız yaşam koşulları, stres, ayrımcılık, sağlık hizmetlerine erişim engelleri vb.) mültecilerin hastalıklarına predispozan birer etken olduğu şüphesizdir. Ertelenemez ve ikame edilemez olan sağlık hizmetleri esasen *pratikte* herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişimidir (Aba & Ateş, 2015; s. 7-12). “Sağlıkta eşitlikçi mi (sağlıkta sosyalist), özgürlükçü mü (sağlıkta liberal) olunmalı?” tartışmaları devam edegelirken, *pratikte* dünyanın her yerinde, hak temelli mağduriyetler ve çözümsüzlükler olanca hızıyla artmaktadır. “İnsan Hakları”nın soyut bir *insan*’ı tanımladığı, somut insanla karşılaşıldığında ise bir karşılık bul(a)madığına yönelik, farklı felsefi konumlardan gelen eleştiriler dikkate alındığında<sup>7</sup>, mültecilere ve diğer azınlıklara yönelik sağlık hizmetleri sunumunun haklılığının temellendirilmesinde başlangıç kabul edilen ve kâğıt üzerinde “herkes”i kapsayan İHEB ve –akabinde ortaya çıkan- diğer uluslararası sözleşmelerin bugün, ürettiği demokratik ve eşitlikçi söyleme rağmen “sağlık hizmetlerine erişimin/sağlık hizmetlerinden faydalanmanın eşitliğine” yönelik bir

---

<sup>6</sup> Avrupa ülkeleri II. Dünya Savaşı’ndan bu yana göç almaktayken Türkiye 90’lı yıllara kadar transit bir ülke olmuştur. Türkiye’deki kurumlar ve tutumların da bu tarihsellikte şekillendiği unutulmamalıdır.

<sup>7</sup> Bu eleştirilerin toplu halde okunabileceği bir kaynak için bkz. Berber, E. (2018). *İnsan Haklarının Yüku: Kültürel ve İdeolojik çerçevede Eleştirel Bir Değerlendirme*. İstanbul: Onikilevha Yayınları, s. 72-159.

standardizasyonu yeterince hayata geçiremediği görülmektedir. Bunda toplumculuktan bireyciliğe doğru evrilen çağımızın ulus-devlet politikalarının (neoliberal siyaset ve bunun sonucu olarak sosyal refah devletinin ortadan kalkması, dolayısıyla sağlık, eğitim gibi devletin ücretsiz olarak vatandaşlarına sağlamak zorunda olduğu hizmetlerin piyasalaşmasının) payı olmakla birlikte, diğer –küresel veya bölgesel- dünya görüşlerinin/ideolojilerinin altında yatan hedonizm ve narsizmin de etkisi büyük. Özgürlük söylemi ardında gerçek şahısların soyutlandığı, *öteki bireyi (kişiyi) ya da öteki birey grubunu* –ekonomik ve hukuki gerekçeler bahane edilerek- günbegün görünmezliğe götüren *bireyciliğin (milliyetçi bireycilik olarak tanımlanmasını önerdiğim)* ya da –çağımızda giderek yaygınlaşan- varlığı(nı) *kendi* şuurunda kutsayan (hedonist ya da narsist) ve dolayısıyla kendinden başkasını (ötekini) yadsıyan *kayıtsız/hedonist bireyciliğin* var olan sorunların çözümüne katkı sunmadığı gibi çözümsüzlük kapılarını söylemlerin gölgesinde açık tutmaya devam ettiği görülmektedir. Nitekim postmodern çağın sona erdiği ve *hipermodern* zamanların başladığı iddiasında olan Lipovetsky toplumsal düzenleyici ilkelerin aşkın tözlerinin içlerinin boşaldığı, yaşam tarzları ve kanılar birliğinin çözülüp- dağıldığı bir momente giriş olarak nitelediği postmodern çağın, beyhudeliğe ve gelip-geçici olana değer veren, kişisel refahı önceleyen, hedonist, toplumun tüm katmanlarına yayılan bireycilik anlayışının (postmodern bireyciliğin) özünü fazlasıyla paradoksal bulmaktadır: sosyal kontrollerin yapısının dağılması karşısında bireylerin sorumluluk üstlenip-üstlenmeme, kendi kendini kontrol etme (otokontrol) veya kendini akışa bırakma tercihinine sahip olduğunu vurgulamakta ve çağı bir *Narkissos* çağı olarak nitelemektedir (Lipovetsky, 2018). Bu paradoksal durum (ahlâkî belirsizlik) sağlık alanında da etkisini ziyadesiyle göstermekte, *öteki*'ne karşı sergilenen keyfi tutum ve davranışlarla ezilenler daha da ezilmekte, hekimlik ise deontolojisinden gitgide uzaklaşmaktadır.

Pratik boyutta iş, çeşitli uzmanlık bölümlerinin bir bütünüdür. İşin içerisinde o kadar fazla kişi vardır ki kimse nihai sorumluluğu üstlendiğini akıl ve mantıken ileri süremez. Sonuç olarak ortada günahkârın bulunmadığı günah, katilin bulunmadığı cinayet, failin olmadığı bir suç kalır. Sorumluluk sahilini bulamadan yüzer durur, çünkü sorumluluk role aittir, rolü oynayana değil (Bauman, 1998, s. 29-33.). Bu durum gerçek kişilerin (bireylerin) sorumluluğu yanında, toplumsal sorumluluğu da –peyderpey- ortadan kaldırır, çünkü toplum toplulukların, topluluklarsa gerçek

kişilerin toplamıdır. *Herkesin bildiği sırlar* kabilinden olan çağımızın mülteci krizi ve yarattığı mağduriyetlerin çözümüne yönelik olarak -sarahaten konuşmak icap ettiğinde- bugün birçok ülkede atılan adımlar *idare-i maslahat etmenin* ötesine geçememektedir. Bu noktada *varlık* (vücûd) bulan ve dolayısıyla *varolan*'ı (mevcûd'u) yani "İnsanı" kendine düşünmenin konusu (düşünmenin öznesi) yapan - *ihtiyaç fazlası* ya da *yadsınabilir* olma tasavvurunu dahi reddeden- varlık âleminin bir parçası olan insanı kavrama getirebilmek için gereken bilgi ve bilinç edimini arayan/sorgulayan "Tıp Etiği"ne ve onun uygulayıcıları olan "Hekimler"e büyük görev(ler)/ödev(ler) düşmektedir. Bilimsel/teknik gelişmelere katkıda bulunan hekimlerin; etnik kökenleri, ırkları, toplumsal cinsiyetleri ve sınıfsal farklılıkları (mültecilik/göçmenlik vb.) nedeniyle bilimsel gelişmelerden faydalanamayan bir kesimin neden bunlardan mahrum kaldığını, anlama ve değerlendirme yetilerine de sahip olması gerekir. Ancak bu türden bir kavrayış (gerçeği bütünüyle kavrama) bu mahrumiyete neden olan toplumsal ve siyasî gerçekler arasında bağ kurabilmeye sebep olabilir ve bu da ancak Cündioğlu'nun ifadesiyle; "hekimî bir teknikerden fazlası yapan ve tıbbî hikmetin bir parçası kılan özü derinliğiyle kavramaya çalışan bir felsefesinin (etiğinin) olmasıyla farkedilebilirdir" (Cündioğlu, 2008).

Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve dünyanın birçok yerinde zenofobi (yabancı düşmanlığı) göçmenlerin birer paraziter davetsiz misafir, göçün ise yıkıcı bir medcezir dalgası olarak görülmesine yol açmış ve zenofobi sıklıkla merkezî bir sosyo-kültürel ideoloji hâline gelmiştir (Yakushko, 2018, s. 2). Gustave Le Bon *Kitleler Psikolojisi/La psychologie des foules* adlı eserinde bir yığılı oluşturulan bireylerin kim olurlarsa olsunlar, birbirlerine benzesinler ya da benzemesinler, yığınım onlara her birinin yalnızken hissedeceği ve davranacağından bambaşka bir şekilde hissetmesine yol açan kolektif bir zihniyet kazandıracığını, bu zihniyetin ise onların yığın olmak dışında ortaya çıkartamayacağı düşünce ve duyguları ortaya çıkartacağı ve eylemlere sevk edeceğini belirtir. Bu yığılı bir mânâda bireysel düşüncenin yok olduğu ve kendiliğın kaybolduğu (özneliğın yittiği) kimyasal bir reaksiyona benzeterak yeni karakterlerin yaratım süreci ile ilişkilendirir (Gustave Le Bon, 1997, s. 23). Özneliğın kaybeden kitlelerin bireyleri, bir ideolojinin etrafında birleşenler, *öteki* özneler, yani mülteciler hakkında düşünemezler, medya, hükümet ya da iktidar sahiplerinin telkin ve manipölasyonları çerçevesinde düşünmeye başlarlar.



Bu çalışmada yabancı korkusu/düşmanlığı olarak bilinen “zenofobi” ve zenofobinin sağlık alanındaki (hekimler üzerindeki) çıktıları ve bu çıktıların nelere sebebiyet verebileceği incelenmiştir. Zenofobi esasen temelinde toplumsal ezberler yatan ve –çoğu zaman maddi- refaha dayanan, yeterli bilgi ve tefekkürden yoksun (bir nevi *ahlaki panik/moral panic* haliyle ortaya çıkan), temelini yerleşiklikten/kök salmışlık hissinden almakta olan, beraberinde ahlaki körlük/duyarsızlık getiren bir duyguyu (duygulanım+düşünce) tanımlar.

Simone Weil gücün ancak ve ancak üzerine bazı fikirler giydiği vakit etkisini tam olarak gösterdiğini, hak kavramının ise güç kavramıyla ayrılmaz bir birlikteliği olduğunu belirtmiştir. Hak kavramının toplumsal çatışmaların merkezine konulmasıyla her iki tarafın da iyilikseverlik/merhamet dürtüsünün engellendiğini, bunun yerine doğru-yanlış kavramının konularak insan ruhuna dokunulabileceğini öne sürmektedir (Weil, 2019, s. 33-35). Hasta ve hastalığı karşısında güçlü bir konumda olan hekimliğin zenofobi ile harmanlandığında -hekim hastasını ötelemeyip tedâvi sürecine dâhil olsa bile- hasta/insan haysiyetine iras ettiği hâle tartışılmaz bir gerçek(lik)tir. Hekimlerin ellerindeki gücü doğru amaçlara vakfedebilmesi için (ödevlerinin pratikte gerçekleşebilmesi için) ortak bir fikrî zeminde buluşmaları, dolayısıyla tefekkürlerinin zeminini oluşturan bu fikirlerinin de esaslı temellere dayanması gerekmektedir. Nitekim Gasset “insan, ilkin temel olarak eylemdir” önermesini ortaya atar. Eylemi/praksisi ancak kişinin tefekküre dalma (derinlemesine, uzun uzadıya düşünerek meydana çıkan bir tasarım) etkinliği olarak ortaya çıkan şey olarak betimler; düşünce olmadan sahici eylem, eylemle ilişkili olmayan (eylemle ilişkisiyle canlılık kazanan) sahici düşünce yoktur görüşündedir (Gasset, 2011, s. 38-42).

Mültecilerle ilgili yapılan araştırmalar genel olarak; sosyoekonomik ve sosyokültürel sorunlara yönelirken, ekonomik göstergeler üzerinden yürütülen ekonomi-politik tartışmalar “öteki”lerin neden olduğu maddi gönenç kaybı ve çözüm olasılıkları üzerine, sosyo-kültürel araştırmalar ise sosyal değişim, suç artışları, eğitim, kültürel yozlaşma, mülteci entegrasyonu ve toplumsal kesimlerin mülteci(lik) algı ve tutumları gibi konulara odaklanmıştır. Literatürde bulunan sağlıkla ilgili araştırmalar ise klinik araştırmalar dışında; halk sağlığı ve mültecilerin sağlık hakları-sağlığa erişimleri ile ilgili araştırmalardır. Bilimsel araştırmalar ulusal ve uluslararası sözleşmeler temelinde, sağlığı temel bir insan hakkı olarak savunup

eksikliklere/ihlâllere değinen ve çözüme yönelik öneriler sunan çalışmalar yanında sağlık personeli ya da mültecilerin bu süreçte yaşadığı problemlere odaklanmış durumdadır.

Bu süreçte ne yazık ki hemen hemen hepimizin zihni mültecilerle ilgili kötücül ya da -kötücül fikirlere saplanmamak için oluşturulmuş- iyicil imgelerle kuşatılmış durumda. İmgeler diyorum çünkü birçoğumuz gerçek bir mülteci ile gerçek bir temas kurma fikrinden bile çok uzaktayız. İmgeler ancak gerçekliğin us yardımıyla kavranmasıyla arınabilir. Bu durumu gerçekliğiyle kavramak için öncelikle ihtiyacımız olan *bu duruma tahammül etme ödevi* birtakım sorumlulukları da beraberinde getirmekte. Bu sorumluluklar, birtakım feragatleri ve fedakârlıkları da zorunlu kıldığından, birçoğumuz bu yükün altına girmemeyi kolayca seçebiliyoruz. Ancak bugün hepimiz *mülteci* gerçeğiyle/sorunuyla karşı karşıyayız. Sartwell gerçeğin nihayetinde gerçek olduğunu, kişi veya devletlerin belli bir zaman için belki olgulardan sakınabileceği ya da olguları değiştirebileceğini, gerçekliğin ortadan kaldırılabileceği zannının ise nafiye ve umutsuz bir çabaya yol açacağını belirtir. Çünkü her birimiz –esasen- gerçek içinde, aslında onun mekânlarından birinde, gerçekliğin dönüşüme uğramış hallerinden biri olarak geçeriiz. Gerçekten sakınmak ise başka saçmalıklar[ın] yanında kendimizden de sakınmayı icap ettirir. Kendini yok etmek dışında gerçeklikten sakınmaya yönelik tüm girişimler ise ancak, kişinin tahammül edilemez bulduğu şeye sonuna kadar gömülmekten duyduğu ıstırap ve öfkeyi arttırır (Sartwell, 1999, s. 17-18).

Geleneksel ve sosyal medyada servis edilen –çoğu zaman aslı astarı olmayan- münferit birçok hadisenin toplumun farklı sosyal ve siyasi kesimlerini bile karşıtlıkta bir araya getirebildiği görül(ebil)mektedir. Sağlık hizmetleri sunumu sırasında hekimlerin bir kısmı tarafından *mültecilere karşıtlık* olarak gözlen(ebil)en bu tutum, tıp etiğinin hekimleri bir vizyon birliğine getiremediği ya da hekimlerin etik ve deontolojiyi -yeteri kadar- önemsemediğini düşündürmektedir. Esasen çağımızdaki sorun tam da bu ikisinin birlikte var oluşudur. Ulusal veya uluslararası politikalar, hükümetler ve medya tarafından göçün etkilerinin ciddiyeti seyreltilir ve insan onuru itibarını yitirirken, tababet mesleğini icra eden hekimlere mesleki etik ve vicdani yükümlülüğü ile bütün bu hercümerç karşısında -esasen her koşulda ve zamanda- insana yalnızca insan olması hasebiyle en ulvî değeri verebileceği bir mücadele yaraşmaktadır.

Bu çalışma bir nesnellik kaygısı gütmemekte, fotoğrafın bir diğer yüzüne ışık tutmayı amaçlamaktadır. Paulo Freire nesnelliği hususunda kendisini eleştirenlere şöyle seslenmektedir, “Nesnellik iddialarının esasen ideolojik temelleri vardır, müddeiler bunu ne kendilerine ne de başkalarına itiraf edebilirler. Oysa nesnelğin içerisinde her zaman öznellik vardır ve bu bakımdan diyalektiktir. Gözlemleyen kişi, gözlemine kendi bakış açısıyla yapar ancak bu onun pozisyonunun hatalı olduğu anlamına gelmez. Hata kişinin dogmatik olması, pozisyonunun doğruluğuna inansa da bulunduğu zeminin her daim etik bir zemin olmama ihtimalini göz ardı etmesidir. Benim bakış açım, *yeryüzünün lanetlileri*’nin, *dışlanmışları*’nın bakış açısıdır.” (Freire, 2019, s. 11-66).

Bu çalışma hekimlerin mültecileri nasıl algıladıkları veya onlara nasıl yaklaştıklarını ortaya koymaktan ziyâde mevcut pratikler ve –temellerinde ne yatıyor olursa olsun- algıların olumsuzlanarak -potansiyel; haksızlık, zulüm, sömürü, eşitsizlik vb. tikel durumlardan hareketle- hekimlik kavramı üzerine yeniden düşün(ebil)meye ve göçmenlere/mültecilere etik yaklaşımın çerçevesini deontolojik bir perspektifle (*déontologie médicale*) oluşturmaya küçük bir katkı sunma gayreti olarak görülmelidir. Bu çerçeve ise ancak fotoğrafın diğer yüzüne, yani hekimlerin mülteciler ile ilgili önyargılarının temellerinde yatan ideoloji ve ayrıştırılmış özneye reva görülen ahlâki tahakkümün nedenlerinin kavranabilmesiyle ortaya konulabilir.

## 1.2. Amaç

Yoksulluk, savaş veya siyasi sebeplerle ülkelerini terk eden göçmenler/mülteciler sağlık hizmetlerine ulaşmada dezavantajlı ve en savunmasız konumdadırlar. Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri (tanı, tedavi olanakları) ve ilaçlara erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Hakkaniyet sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri içinde listelenmektedir. Hakkaniyet *herkesin* uygun sağlık hizmetine erişebilmesi şeklinde ifade edilebilir ve insan haysiyeti ve onuru ile doğrudan ilişkili bir kavramdır. Bu kavramın hem ahlâki hem de etik boyutu vardır. Sağlık hizmetlerine erişim ve sonrasında kimilerinin diğerlerine göre genetik ve fizyolojik olarak, kimilerinin de sosyal farklılaşma nedeniyle dezavantajlı oldukları görülmektedir. Bu kapsamda deontoloji merkezî bir öneme sahiptir. Hastaların temel haklarının başında yer alan en iyi, en kaliteli sağlık hizmeti almaları, hizmetin insancıl bir biçimde sunulması, varsa engellerin bertaraf edilmesi ile mümkün

kılınabilir. Sağlıkta eşitlik, herkesi aynı seviyede ve kalitede sağlık düzeyine ulaştıracak şekilde farklılıkları azaltmayı da hedeflemelidir.

Deontoloji özneleşme sürecine sekte vuran her türlü nedeni/toplumsal ve politik görünürlüğü/durumu ortadan kaldıran ödevlerin toplamıdır. Bu çalışmada “*vatanlarını terk etmek zorunda bırakılan hastaların sağlık hizmetlerine erişimine hekimlerin bakışı*”nın tıbbi etik ve deontoloji açısından değerlendirilmesi ve hekimlik mesleğine –bu noktadan- eleştirel bakılarak mültecilere en uygun yaklaşımın çerçevesine bir katkı sunmak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

“Tabip tek mil halkın bir mürebbii  
[mürşidi] ve vaiz-i içtimaisi olmalıdır,  
tabipliğin şanı bundadır.”

Dr. Julius Wieting Paşa, Gülhane  
Hastanesi Başhekimisi, 1912.<sup>8</sup>

### 2.1. Tanımlar/Statüler

Uluslararası Göç Örgütü tarafından hazırlanan Göç Terimleri Sözlüğünde Göçmen ve Sığınmacı tanımları aşağıdaki gibidir (International Organization for Migration/IOM, 2013):

“*Göçmen (migrant)*: Uluslararası ölçekte, evrensel olarak kabul edilmiş bir ‘göçmen’ tanımı bulunmamaktadır. Göçmen terimi genellikle, bireyin göç etme kararını, zorlayıcı dış faktörlerin müdahalesi olmaksızın kendi özgür iradesiyle ve ‘kişisel uygunluk’ sebepleriyle aldığı tüm durumları kapsar şekilde anlaşılmıştır. Dolayısıyla bu ifade, maddi ve sosyal koşullarını iyileştirmek ve kendileri ve ailelerine ilişkin beklentilerini geliştirmek amacıyla başka bir ülkeye veya bölgeye hareket eden kişiler ve aile fertleri için geçerli kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler (BM) göçmeni, sebepleri, gönüllü olup olmaması, göç yolları, düzenli veya düzensiz olması fark etmeksizin yabancı bir ülkede bir yıldan fazla ikamet eden bir birey olarak tanımlar. Bu tanım kapsamında, turist veya işadamı statüsüyle daha kısa sürelerde seyahat eden kişiler göçmen olarak değerlendirilmemektedir. Ancak yaygın kullanım, tarım ürünlerinin ekimi veya hasadı için kısa sürelerde seyahat eden mevsimsel tarım işçileri gibi kısa dönemli göçmenlerin bazı türlerini de kapsar.

*Sığınmacılar (asylum seekers)*: Zulüm veya ciddi zarardan korunmak amacıyla, kendi ülkesi dışında bir ülkede güvenlik arayışında olan ve ilgili ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde mültecilik statüsüne ilişkin yaptığı başvurunun sonucunu bekleyen kişi. Olumsuz bir karar çıkması sonucunda bu kişiler ülkeyi terk etmek zorundadırlar ve eğer kendilerine insani ya da diğer gerekçeler temelinde ülkede kalma izni verilmemişse, bu kişiler ülkede

---

<sup>8</sup> Julius Wieting. (1912). *Gülhane Seririyatı Külliyyat Mesaisi No:14: Gülhane Hakkında Üçüncü Lâyiha: 1326 senesinden 1328 senesine kadar Gülhane'deki tebeddülât*, İstanbul: Matbaa-i Hayriye ve Şürekâsı, s. 24.

düzensiz veya kanuna aykırı bir durumda bulunan herhangi bir yabancı gibi sınır dışı edilebilirler.”

2013 yılında yürürlüğe giren Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'na (YUKK) göre Uluslararası Koruma çeşitleri aşağıdaki gibidir:

#### Mülteci (YUKK)

MADDE 61: (1) Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında mülteci statüsü verilir.

#### Şartlı mülteci (YUKK)

MADDE 62: (1) Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında şartlı mülteci statüsü verilir. Üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mültecinin Türkiye'de kalmasına izin verilir.

#### İkincil koruma (YUKK)

MADDE 63: (1) Mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde;

a. Ölüm cezasına mahkûm olacak veya ölüm cezası infaz edilecek,

b. İşkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye maruz kalacak,

c. Uluslararası veya ülke genelindeki silahlı çatışma durumlarında, ayırım gözetmeyen şiddet hareketleri nedeniyle şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak, olması nedeniyle menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişiye, statü belirleme işlemleri sonrasında ikincil koruma statüsü verilir.

Geçici koruma (YUKK)

MADDE 91: (1) Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir. (2) Bu kişilerin Türkiye'ye kabulü, Türkiye'de kalışı, hak ve yükümlülükleri, Türkiye'den çıkışlarında yapılacak işlemler, kitlesel hareketlere karşı alınacak tedbirlerle ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlar arasındaki iş birliği ve koordinasyon, merkez ve taşrada görev alacak kurum ve kuruluşların görev ve yetkilerinin belirlenmesi, Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yukarıda belirtilen Uluslararası Koruma çeşitleri ve göçmen, sığınmacı tanımlarından yola çıkıldığında bu insanları mülteci/sığınmacı gibi tek bir başlık altında toplamak hukuki statüleri bakımından yanlış olacaktı, zira Suriye'den savaş dolayısıyla Türkiye'ye gelen insanlara 'Geçici Koruma Statüsü' verilmiş bu zaman zarfında Irak, Afganistan, İran, Somali gibi ülkelerden gelen kişiler 'Geçici Koruma Statüsü' dışında bir uluslararası korumaya alınmıştır. Türkiye'de bugün üç buçuk milyonu aşkın Suriyeli dışında beşyüz elli bini aşkın uluslararası koruma başvurusu ve 600 bini ikamet izniyle yaklaşık 190 farklı ülkeden 4,3 milyonu aşkın göçmen yaşamaktadır (TBMM Göç ve Uyum Raporu, Mart 2018, güncel sayılar daha fazladır). Tezin başlığında "Vatanlarını terk etmek zorunda bırakılanlar" tabiri kullanılmış, sadece Suriye'den gelenlerin değil diğer ülkelerden Türkiye'ye gelen kişilerin de sağlık hizmetlerine erişimlerine hekimlerin bakış açısı, etik açıdan değerlendirilmeye çalışılmıştır.

## 2.2. Kısa Tarihçe ve Türkiye’de Mevcut Durum

II. Dünya Savaşı’nın başlangıcından itibaren derinleşen, sığınma/iltica arayan insanların sorunları Cenevre’de 28 Temmuz 1951 tarihinde kabul edilen “Mültecilerin Statüsüne İlişkin Sözleşme” ile giderilmeye çalışılmış, ancak mülteci statüsü için tarih ve coğrafi kısıtlama şartı getirilmiştir. Bu sözleşme kısıtlayıcı şartlar nedeniyle küresel anlamda sorunları çözebilecek bir nitelikte olmamıştır. New York Protokolü olarak da bilinen "Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü" ile tarih ve coğrafya kısıtlaması ilgili maddeler kaldırılmış, uluslararası koruma evrensel bir tanım kazanmıştır. Her iki sözleşmeyi de imzalayan Türkiye Cumhuriyeti Devleti, tarih sınırlamasının kaldırılmasını kabul etmiş, ancak coğrafi kısıtlamanın kaldırılmasına çekince koyarak, bu kısıtlamayı kaldırmamıştır (Safi, 2017, s. 73-81).

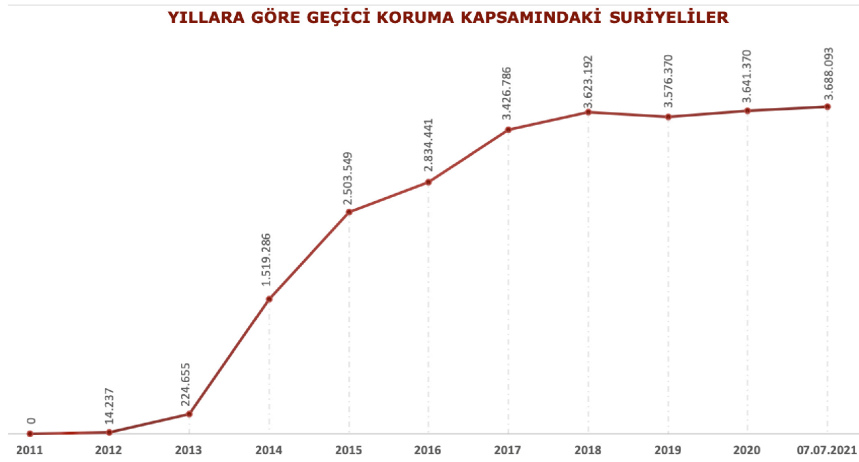
Afganistan, Irak ve Suriye’de 2000 yılı sonrası başlayan olaylar neticesinde milyonlarca insan yurdunu terk etmek zorunda kalmış, Ortadoğu adeta kan gölüne dönmüş, kitleler halinde göçlerle, özellikle sınır devletler mücadele etmek durumunda kalmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Devleti 2011 yılından itibaren Suriye’den gelen büyük göç dalgası karşısında açık kapı politikası uygulamış, göçün başında kamplarda istihdam edilen Suriyeliler göç rakamlarının milyonlara ulaşması ile Türkiye’nin 81 vilayetine gönderilmişlerdir (TBMM Göç ve Uyum Raporu, Mart 2018). Türkiye bugün dünyadaki en büyük sığınmacı nüfusuna ev sahipliği yapmaktadır, dört milyona yakın Suriyeli sığınmacının yaklaşık iki milyonunu çocuklar oluşturmaktadır (Şekil 2.1. ve Şekil 2.5.).

Bu zaman diliminde Türkiye Cumhuriyeti Devleti savaş neticesinde ülkelerini terk edenlerle birlikte düzensiz göçle de mücadele etmek durumunda kalmış, aynı zamanda kitlelerin sağlık ve sosyal durumlarının iyileştirilmesine yönelik anayasal ve sosyal altyapının iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik bazı önlemler almıştır. Bugün Türkiye Cumhuriyeti Devleti özellikle Suriye, Irak, İran, Afganistan, Pakistan ve Afrika ülkelerinden gelen milyonlarca sığınmacıya evsahipliği yapmaktadır. Suriyeli sığınmacılar dışındaki sığınmacı nüfusun sayısal verileri ise bilinmemektedir.



04.04.2013 tarihli ve 6458 sayılı YUKK<sup>9</sup> ile yabancılar için uygulanacak prosedürler, uluslararası koruma çeşitleri ve haricinde tutulma koşulları belirlenmiş, “Mülteci”, “Şartlı Mülteci”, “İkincil Koruma” ve “Geçici Koruma Statüleri”, ilgili kanun ile açıkça tanımlanmış, yine aynı kanunun 103. maddesi ile İçişleri Bakanlığı bünyesinde “Göç alanına ilişkin politika ve stratejileri uygulamak, bu konularla ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak, yabancıların Türkiye’ye giriş ve Türkiye’de kalışları, Türkiye’den çıkışları ve sınır dışı edilmeleri, uluslararası koruma, geçici koruma ve insan ticareti mağdurlarının korunmasıyla ilgili iş ve işlemleri yürütmek üzere” Göç İdaresi Genel Müdürlüğü kurulmuştur (YUKK, 2013). 13.10.2014 tarihli 6883 numaralı Geçici Koruma Yönetmeliği<sup>10</sup> ile bu kapsamdaki yabancılara; sağlık, eğitim, iş piyasasına erişim, sosyal yardım ve hizmetler ile tercümanlık ve benzeri hizmetlerin sağlanması için gerekli şartlar ve hükümler belirlenmiştir (Geçici Koruma Yönetmeliği, 2014).

Türkiye’de sığınmacı nüfusu günbegün artarken, uluslararası koruma başvurusunda bulunan kişilerden (Şekil 2.3.) üçüncü ülkelere yerleştirilen kişi sayısı, başvuran kişi sayısı ile kıyaslanamayacak derecede düşük kalmış ve kalmaya devam etmektedir (Şekil 2.2.).



Şekil 2.1. Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Sayısı 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar

<sup>9</sup> 11.04.2013 tarihli ve 28615 sayılı Resmi Gazete de yayımlanmıştır.

<sup>10</sup> 22.10.2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmi Gazete de yayımlanmıştır.

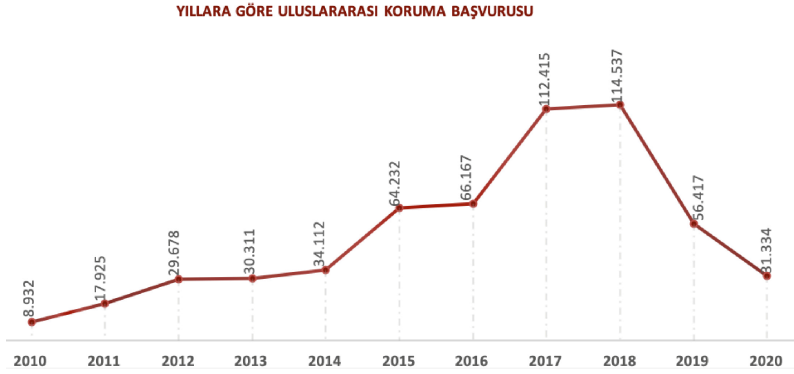
2014-2021 YILLARI ARASINDA SURİYELİLERİN  
ÜÇÜNCÜ ÜLKELERE YENİDEN YERLEŞTİRİLMESİ

KONU	S.N.	ÜLKE	ÇIKIŞ YAPAN KİŞİLER
2014-2021 YILLARI ARASINDA SURİYELİLERİN ÜÇÜNCÜ ÜLKELERE YENİDEN YERLEŞTİRİLMESİ		<b>TOPLAM</b>	<b>17.109</b>
	1	KANADA(BMMYK)	5.389
	2	KANADA(DOĞRUDAN)	2.645
	3	ABD	3.991
	4	İNGİLTERE	2.540
	5	NORVEÇ	1.926
	6	İSVEÇ	168
	7	AVUSTRALYA	115
	8	İSVİÇRE	92
	9	AVUSTURYA	58
	10	BELÇİKA	46
	11	LÜKSEMBURG	46
	12	ROMANYA	43
	13	LÜHTENŞTAYN	18
	14	YENİ ZELANDA	15
	15	İZLANDA	13
	16	HOLLANDA	3
17	FRANSA	1	

\*07.07.2021 itibarıyla



Şekil 2.2. Başvurusu kabul edilip üçüncü ülkelere yerleştirilen kişilerin sayısı ve yerleştirildiği ülkeler, 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar



Şekil 2.3. Yıllara göre Uluslararası Koruma Başvuru yapan kişi sayısı, 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar

Türkiye Cumhuriyeti Devleti göçmenlerin sağlığının iyileştirilmesi, halk sağlığı tedbirleri, çocukların aşılınması gibi hizmetlerin sunulması adına kayda değer girişimlerde bulunmuş, geçici barınma merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerinin yanısıra (Şekil 2.4.), göçmenlerin acil sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi herhangi bir şarta bağlı olmadan sunulmuş, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişim ve göçmenlerin kayıt altına alınması için 99 ile başlayan yabancı kimlik numarası alma zorunluluğu getirilmiş ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında muayene ve tedavilerin birçoğu ücretsiz veya katkı payı şartıyla sürdürülmüştür (Mülteci Hakları Merkezi, 2017).

Bu kapsamda TBMM'nin Mart 2018 Göç ve Uyum Raporu'na göre Türkiye genelinde 2017 yılı sonu itibariyle Suriyelilerin tedavileri kapsamında yaklaşık 32 milyon poliklinik hizmeti verilmiş; 1 milyon 300 bin yatan hasta tedavi edilmiş; 1 milyon 100 bin ameliyat gerçekleştirilmiştir. 2017 yılı Eylül sonu itibariyle ülkemizde doğmuş Suriyeli bebek sayısı 276.158'dir (güncel resmi veriler yayımlanmamıştır).



T.C.  
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI  
Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

15.10.2018

**GEÇİCİ BARINMA MERKEZLERİ**

ÜLKEMİZDEKİ TOPLAM SURIYELİ SAYISI *		3.577.792		
GEÇİCİ BARINMA MERKEZLERİ TOPLAM MEVCUDU		178.965		
GEÇİCİ BARINMA MERKEZLERİNDE BULLUNAN SURIYELİ SAYISI		174.256		
GEÇİCİ BARINMA MERKEZLERİNDE BULLUNAN İRAKLI SAYISI		4.709		
İL	GEÇİCİ BARINMA MERKEZİ	BARINMA TİPİ	GBM MEVCUDU	TOPLAM MEVCUT
HATAY	Altınözü Konteynerkenti	2.056 konteyner	8.179 Suriyeli	16.894
	Yayladağı Konteynerkenti	776 konteyner	3.670 Suriyeli	
	Apaydın Konteynerkenti	1.181 konteyner	5.045 Suriyeli	
	Güveççi Çadırkenti**	824 çadır	0	
GAZİANTEP	İslahiye Çadırkenti**	1.552 çadır	0	3.732
	Karkamış Çadırkenti**	1.578 çadır	0	
	Nizip 1 Çadırkenti**	1.873 çadır	0	
	Nizip 2 Konteynerkenti	908 konteyner	3.732 Suriyeli	
ŞANLIURFA	Ceylanpınar Çadırkenti	4.972 çadır	17.100 Suriyeli	64.432
	Akkakale Çadırkenti	6.461 çadır	21.057 Suriyeli	
	Haran Konteynerkenti	2.069 konteyner	9.729 Suriyeli	
	Sungur Çadırkenti	7.028 çadır	16.546 Suriyeli	
KİLİS	Öncüpınar Konteynerkenti	3.089 konteyner	9.898 Suriyeli	24.164
	Elbeyli Beşirye Konteynerkenti	3.586 konteyner	14.266 Suriyeli	
MARDİN	Midyat Çadırkenti**	1.053 çadır	0	0
KAHRAMANMARAŞ	Merkez Konteynerkenti	5.008 konteyner	16.309 Suriyeli	21.018
OSMANIYE	Cevdetiye Konteynerkenti	3.352 konteyner	13.585 Suriyeli	13.585
ADİYAMAN	Merkez Çadırkenti	2.302 çadır	0 Suriyeli	0
ADANA	Sarıçam Konteynerkenti	6.136 konteyner	26.176 Suriyeli	26.176
MALATYA	Beydağı Konteynerkenti	1.977 konteyner	8.964 Suriyeli	8.964
	27.675 çadır ve betonarme bölme (54.703 kişi, %30,6)		Suriyeli	174.256
	30.138 konteyner (124.262 kişi, %69,4)		Iraklı	4.709
	57.813 toplam		Toplam	178.965

**EĞİTİM HİZMETİ**

GBM	Devlet okulları	Öğrenci sayısı			Öğrencilerin sınıf seviyeleri				Yetişkin eğitimleri	
		Geçici eğitim merkezleri	Açık okullar	Toplam	Okul öncesi	İlkokul	Ortaokul	Lise ve diğer	Mesleki eğitim	Genel eğitim
83.246	381.593	138.387	9.620	612.846	33.397	378.304	141.278	59.867	87.168	216.060

**SAĞLIK HİZMETİ**

Türk doktor	GBM'de çalışan sayısı		Türkiye geneli sağlık hizmetleri verileri				
	Türk sağlık personeli	Suriyeli doktor	Suriyeli sağlık personeli	Poliklinik	Hastanede yatan	Doğum	Ameliyat
156	186	109	137	34.501.808	1.423.844	302.470	1.188.606

\* Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nden alınan Suriyeli kayıtları temel alınmıştır.  
\*\*Siz konusuz geçici barınma merkezleri geçici süreyle kapatılmıştır.

**Şekil 2.4. AFAD'ın 15.10.2018 tarihli GBM Raporu<sup>11</sup>**

Hastanelerin yükünü azaltmak, hizmete erişimi artırmak için Suriyeli nüfusun çok olduğu şehirlerde, içerisinde dâhiliye, çocuk, kadın doğum, diş hekimliği ve psiko-sosyal destek hizmetleri ile görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin verildiği güçlendirilmiş 'Göçmen Sağlığı Merkezleri' oluşturulmuştur. 2017 itibariyle halen 103 yerleşkede oluşturulan 103 göçmen sağlığı merkezi hizmet vermektedir. Göçmen sağlığı Merkezlerinde 275'i doktor olmak üzere 680 Suriyeli sağlık personeli istihdam edilmiştir (TBMM, Göç ve Uyum Raporu, Mart 2018, güncel resmi veriler yayımlanmamıştır).

<sup>11</sup> AFAD'ın geçici barınma merkezleri ile ilgili yayımladığı son rapor 15.10.2018 tarihli *Bkz.* <https://www.afad.gov.tr/barinma-merkezlerinde-son-durum>

Sığınmacı hastalar için tercüme hizmetleri hastane tercümanları tarafından sağlanırken, tercüman bulunmayan hastaneler için Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Uluslararası Hasta Destek Birimi'nin Tercümanlık ve Çağrı Merkezi'nin '+90 850 288 38 38'nolu hattından hekimler tercümanlık hizmeti talep edebilmektedirler.<sup>12</sup>

**GEÇİCİ KORUMA KAPSAMINDA BULUNAN SURIYELİLERİN  
YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI**

YAŞ	ERKEK	KADIN	TOPLAM
<b>TOPLAM</b>	<b>1.983.796</b>	<b>1.704.297</b>	<b>3.688.093</b>
0-4	260.861	243.517	504.378
5-9	290.700	273.026	563.726
10-14	218.489	205.251	423.740
15-18	137.982	118.173	256.155
19-24	283.383	213.497	496.880
25-29	220.946	160.350	381.296
30-34	166.613	120.922	287.535
35-39	125.017	97.904	222.921
40-44	85.429	74.481	159.910
45-49	57.906	56.610	114.516
50-54	45.936	44.806	90.742
55-59	34.952	35.004	69.956
60-64	23.041	23.792	46.833
65-69	15.008	15.844	30.852
70-74	8.869	9.769	18.638
75-79	4.361	5.406	9.767
80-84	2.389	3.189	5.578
85-89	1.137	1.679	2.816
90+	777	1.077	1.854

\*07.07.2021 tarihi itibarıyla

*Şekil 2.5. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımı, 07.07.2021 tarihinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan resmi rakamlar*

Ülkemizde mülteciler/sığınmacılara yönelik farklı sağlık uygulamaları vardır. Suriyeli sığınmacılara verilen sağlık hizmetleri, “Geçici Koruma Yönetmeliği”nde belirtilen esaslara dayanılarak, AFAD tarafından yayımlanan 18 Aralık 2014 tarih ve 2014/4 sayılı “Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi Genelgesi” ve Sağlık Bakanlığı'nın 2875 sayılı ve 4 Kasım 2015 tarihinde güncellenen “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Yönergesi” ile düzenlenmiştir. Suriyeliler, kayıtlı oldukları yerde geçerli olmak üzere 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”na göre Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmışlardır. Bu düzenlemeye göre Suriyeli sığınmacıların primleri Göç İdaresi tarafından ödenmektedir. TTB 2018 yılında olumlu adımlar olmasına rağmen bu adımların yetersiz olduğuna, İran, Irak, Afganistan ve diğer ülkelerden gelen sığınmacıların bu uygulama(lar) ve haklardan

<sup>12</sup> <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-53610/-90-850-288-38-38-cagri-merkezi.html>

yararlanamadıklarına ve ayrımcılığa uğradıklarına dikkat çekmiş, tüm mülteciler/sığınmacıların, Türkiye’de yaşayan herkes gibi sağlık hakkına sahip olması ve sağlık uygulamalarından eşit şekilde yararlanması gerektiğine dair bir basın açıklaması yapmıştır.<sup>13</sup> Bu tarihten sonra, 24/12/2019 tarih 30998 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan kanun ile YUKK’nun 89. maddesinin 3. Fıkrasının A bendi değiştirilmiş, yeni düzenlemeyle birlikte, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayan uluslararası koruma başvuru ve statü sahiplerinin GSS’leri, uluslararası koruma başvuru kaydından itibaren 1 yıl süreyle Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne karşılanmış, ‘Özel ihtiyaç sahipleri ve Bakanlıkça sigorta kaydının devamı uygun görülen yabancılar’ dışındaki sığınmacıların (kanun hükmü gereğince kayıt tarihinden itibaren Türkiye’de bir yılını dolduran, 18 yaş üstü uluslararası koruma başvuru ve statü sahiplerinin) GSS’leri Şubat 2020 tarihi itibarıyla sonlandırılmıştır (bu düzenleme geçici koruma statüsündeki Suriyeli sığınmacıları kapsamamaktadır).<sup>14</sup>

Görüldüğü gibi mevcut mevzuat, fiziki koşullar, sağlık hizmeti veren kişiler ve kurumlar nedeniyle çeşitli hak ihlalleri yaşanmaktadır. Medya kaynaklı zaman zaman dile getirilen bazı iddialar ve kullanılan nefret dili, günden güne artan hasta sayısı, iletişim sorunları, hekim-hasta (özne-özne) ilişkisinin sağlıklı kurulamamasına neden olmakta, hatta bazen hastalar, hekimler tarafından ötekileştirici söylem ve tutumlara maruz kalmaktadırlar. Nitekim Isparta’da 276 Mülteci/Sığınmacı üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan problemlerin önemli bir bölümünün hekimlerin olumsuz tutumlarıyla ilgili olduğu saptanmıştır (Önal & Keklik, 2016). Sağlık çalışanlarının sığınmacılara karşı tutumlarının yanısıra sığınmacıların hakları ve sağlık ihtiyaçları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları da sağlık hizmetlerine erişimlerine engel teşkil etmektedir (Janssens, Bosmans, Leye & Temmerman, 2006; Bhatia & Wallace, 2007; Dias, Gama, Cargaleiro & Martins, 2012).

---

<sup>13</sup>[https://ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=bac58a20-7525-11e8-b8e4-f23637708b6a&1534-D83A\\_1933715A=811246924aa64be06d0b804179b0361e5a6deb69](https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=bac58a20-7525-11e8-b8e4-f23637708b6a&1534-D83A_1933715A=811246924aa64be06d0b804179b0361e5a6deb69) Erişim tarihi: 16 Mart 2021.

<sup>14</sup><https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma-kapsamindaki-yabancilarin-genel-saglik-sigortalari-hakkinda> Erişim tarihi: 12 Mayıs 2021.

## 2.3. Göç, Yerinden Edilme ve Sağlık

*Yok'u var'a, var'ı hiç'e gömerek*

*Her solukta bir gam yakar geçerim.*

Neyzen Tevfik<sup>15</sup>

### 2.3.1. Sağlık tanımı ve sağlık hakkı kavramı

Bugüne kadar sağlığın çeşitli tanımları yapılmış olmakla birlikte, günümüzde en çok kabul gören tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” (World Health Organization, 1986). Sağlığın bu tanımı üzerinde, özellikle de “tam iyilik hali”nden neyin anlaşılması gerektiği konusunda çeşitli tartışmalar süregelmiştir. “Tam iyilik hali”ni sağlayacak şeylerin neler olduğu, insanların “sağlık”lı bir şekilde hayat sürmelerine imkân tanıyacak olan çevre ve yaşam koşullarını kimin ne şekilde hangi ölçülerde sağlaması gerektiği gibi noktalarda süren tartışma, zamanla, “tam iyilik hali”ni hangi siyasal sistem ve yapılanmanın gerçekleştirebileceği sorusunu içerecek şekilde daha geniş bir boyuta taşınmıştır.

Alma Ata Deklarasyonu’nda (1978, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı) *Yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği vurgulanmıştır* (madde-1). Konferansta “Temel Sağlık Hizmetleri” kavramı tarif edilerek, ülkeler arasındaki eşitsizlikler ve bu eşitsizliklerin ortadan kalkması gerektiği vurgulanmıştır (Alma-Ata Bildirgesi, 1985).

Sağlığın tanımına ilişkin tartışmanın, sağlık hakkı kavramı için de geçerli olduğu görülmektedir. Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerini ve sağlığın belirleyicilerini de içeren (temiz su ve gıda, barınma ve sanitasyon) efektif ve entegre bir “sağlık sistemi” hakkıdır (Asher, Hamm & Sheather, 2007). Bir başka açıdan sağlık hakkına

---

<sup>15</sup> ‘Geçerim’ Tıp Fakültesi Hastanesi, 13 Kânunusani 1337 (13 Ocak 1921). Neyzen Tevfik. (2009). Azâb-ı Mukaddes. (Haz. İ. Ada). İstanbul: Kapı Yayınları, s. 94-95.

yönelik tartışma “sağlık hizmetlerine erişimi de içine alan, tam ve sağlıklı bir yaşama zarar vermeyecek fiziksel ve sosyal çevrede yaşama” hakkı ve isteği ile de ilgilidir (Evans, 2002, s. 199).

DSÖ'nün sağlık tanımını temel alacak olursak sağlık hakkı insanların güvenli sağlıklı yaşam koşullarını oluşturması ve geliştirerek sürdürmesi için sosyal, siyasi ve ekonomik düzenlemeleri de içine alan geniş bir sosyal hak talebidir. Belki de sağlık hakkını “İnsanların sağlıklı olabileceği ortamları sağlamak için bizlerin toplum olarak ortak hareket etmemiz” (International Federation of Red Cross, 1999, s. 29) şeklinde düşünmek daha anlamlı olabilir.

Buna göre sağlık ancak güçlü bir sosyal örgütlenme bağlamı içerisinde gerçekleşebilir ve yoksulluk, eğitim, barınma ve diğer sosyal etmenleri dikkate almaksızın başarılı bir sağlık uygulaması ve sağlık hakkından bahsetmek mümkün değildir. Burada sağlık hakkının daha geniş bağlamda, insan haklarıyla birlikte ele alındığını görüyoruz. İnsan hakları noktasından sağlık hakkını savunanlar geleneksel yaklaşımdan farklı olarak, sağlığı daha genişleterek “iyilik hali”nin ön gereklilikleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde durulması gerektiğini savunmaktadır (Mann, 1997). Bu yaklaşım, toplum sağlığı ve insan hakları hareketlerini bir arada, tek bir parça olarak görmekte, bu dayanışıklı projenin en azından sosyal hak taleplerini güçlendireceği söylenmektedir. Harvard Halk Sağlığı Okulu'nun (Harvard School of Public Health) mezunlarına diplomayla birlikte İHEB'ni vermesi bu yaklaşımın başarılı bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Mann, 1996). Freedman, sağlık hakkı ve insan hakları kavramlarının birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirterek soruna kişisel sağlıktan sosyal politikaya uzanan daha geniş bir perspektiften bakmak gerektiği üzerinde ısrarla durmaktadır (Freedman, 1995).

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi (EKSHK/CESCR) 2000 yılında yayımladığı raporun girişinde, sağlık hakkının yalnızca bir dizi yararlanım hakkı ya da pozitif haklar olarak anlaşılması gerektiğini belirtmektedir. Rapora göre, “Sağlık hakkı, sağlıklı olma hakkı gibi anlaşılmamaktadır. Sağlık hakkı, hem hakları hem de özgürlükleri içermektedir. Buradaki özgürlükler, cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili özgürlükler dâhil, kişinin kendi sağlık ve bedenini kontrol etme hakkını ve müdahaleye maruz kalmama hakkını; örneğin, işkence görmeme hakkı, rıza olmadan tıbbi tedavi ve işleme tabi tutulmama hakkını içermektedir. Buna karşılık haklar, mümkün olan en yüksek

seviyedeki sağlık durumuna ulaşabilmeleri işin insanlara eşit imkânlar sunan bir sağlık koruma sistemine sahip olma hakkını içermektedir.” Rapor aynı zamanda devletlerin sağlık hakkına saygı duyma, koruma ve gerçekleştirme sorumluluğuna yer vermektedir (CESCR, 2000).

### **2.3.2. Sağlık hakkının öznesi, kapsamı, sınırları**

Sağlık hakkına ilişkin uluslararası bildirme ve sözleşmelerde hakkın öznesi - bireyin kimliği ve vatandaşlığının bir önemi olmadan- “herkes” olarak ifade edilmektedir. İHEB’ne göre: (*madde. 25, 10 Aralık 1948*) *Herkesin* kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir (Universal declaration of human rights, 1948).

Avrupa Sosyal şartı (1961, Türkiye’de yürürlüğe girdiği tarih 7 Ağustos 1989) ile “*Herkesin* ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkı” koşulu benimsenmiş, Sağlığın korunması hakkı (md. 11) ve Sosyal ve tıbbi yardım hakkı (md. 13) maddeleri ile ayrımcılık yasağı (madde E) getirilmiş, dolayısıyla ilgili şartta hakların öznesinin *herkes* olduğu vurgulanmıştır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS) ile 1. kuşak haklar güvence altına alınırken Avrupa Sosyal şartı ile 2. kuşak haklar koruma altına alınmıştır (Erdoğan, 2008, s. 123).

Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin (ESKHS, 1976) Sağlık Hakkı ile ilgili maddesinde (md.12): “Dil, din..., diğer herhangi bir statü temelinde ayrımcılık yapılamayacağı vurgulanmış, EKSH Komitesi daha sonra yayınladığı genel yorumlarda uyrukluk bağının sözleşmeye özne olmak için bir unsur olmadığını vurgulamıştır (Temiz, 2014, s. 172). Sözleşme ile taahhüt altına giren devletler, yetkisi altında bulunan hiç kimseyi uyruk, hukuksal statü ve hiçbir sosyal statü sebebiyle sağlık hakkı özneliğinden dışlayamaz. Taraf devletlerin sağlık hakkı öznelerine karşı ödevleri farklı olabilmekle birlikte bu farklılaşma ‘ayrımcı uygulamalardan kaçınmayı mümkün kılan haklı temeller üzerinde kurulmalıdır’ şartı getirilmiştir (ESKHS 14 sayılı genel yorum, paragraf 12, 18, 19), *özel yasal yükümlölükler* bahsinde “Taraf devletler, mahkûmlar, tutuklular, azınlıklar, sđınmacılar ve yasa dışı göçmenler de dâhil olmak üzere, herkesin önleyici,



iyileştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimini engellemeyerek ve kısıtlamayarak, ayrımcı devlet politikaları gütmeyerek, kadınların sağlık durumları ve ihtiyaçlarıyla ilgili ayrımcı uygulamalar empoze etmekten kaçınarak sağlık hakkına saygı gösterilmelidir. (...)” (ESKHS 14 sayılı genel yorum, paragraf 34) sığınmacılar ve göçmenlerin de ayrımcılığa tâbi tutulmaması gerektiği vurgulanmıştır.

Yine ESKHS’de sağlık hakkı her türlü biçim ve düzeyde zaruri ve ilişkili unsurlar içermelidir bunlar; (a) Mevcudiyet-Availability (tesisler, mal ve hizmetler, sağlık personeli), (b) Erişilebilirlik-Accessibility (ayrımcılık olmaması, fiziksel erişim, ekonomik erişim, bilgiye erişim), (c) Kabul edilebilirlik-Acceptability (tıp etiğine saygılı ve kültürel açıdan uygun), (d) Kalite-Quality’dır (AAAQ). Sağlık hakkı çerçevesi, herkes için yüksek kalitede mevcut, erişilebilir ve kabul edilebilir sağlık bakımını desteklerken yeni ülkede (varış ülkelerinde) göçmenlerin sağlığının sıklıkla kötüleştiği, AAAQ’nin sırasıyla yoksulluk, ayrımcılık, sağlık hizmetlerinin eksiklikleri ve yanlış anlamalar nedeniyle engellenebildiği belirtilmiştir. Sağlık hakkı çerçevesinin, sağlıkta eşitlik savunulurken odaklanılması gereken alanları vurguladığı, göçmenlerin çok olduğu bölgelerdeki sağlık çalışanlarının, müdahalelerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine kültürel araçları da dâhil etmeye çalışmaları gerektiğine dikkat çekilmiştir (Magnusson & Jama, 2020).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi’ne göre (md. 35) ‘Herkes, ulusal hukuk ve uygulamalar uyarınca koruyucu sağlık hizmeti alma ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir.’ Birliğin hedefi *daha üst düzeyde bir insan sağlığının korunması* olarak belirtilmiştir (Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi, 2000). Bununla birlikte bu hak, genellikle vatandaşlara odaklanmıştır ve göçmenlere, özellikle de belgesiz göçmenlere başvuru AB’de hâlâ farklılık göstermektedir (Hiçdurmaz & Yüksel, 2020).

Sağlıkta eşitsizliklerin göçmen, sığınmacı ve mülteci sorunlarının 21. Yüzyıl’da ayyuka çıkmasıyla birlikte derinleştiği, uluslararası sözleşmelerce sağlık hakkının öznesi olarak tanımlanan *herkes*’in pratikte sağlık hizmetlerine erişimde geçerli ol(a)maması ve hakkın söylem düzeyinde kalması nedeniyle, çeşitli rapor, çağrı ve hedefler yayımlanmış ve yayımlanmaya devam etmektedir.

DSÖ ve Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği (OHCHR) 2008’de yayımladığı sağlık hakkı raporunda göçün, önemli insan hakları sonuçlarıyla birlikte önemli bir siyasi, sosyal ve ekonomik fenomen haline gelişi ele alınmakta, göçmenlerin sağlık hakkından yararlanmaları genellikle yalnızca göçmen oldukları için ve ayrıca ayrımcılık, dil ve kültürel engeller veya yasal statüleri gibi diğer faktörler nedeniyle sınırlı olduğu, birçok göçmenin sağlık hakları da dâhil olmak üzere insan haklarını elde etmede benzer engellerle karşılaşacağı vurgulanmıştır. Devletlerin, uluslararası insan hakları kurumlarında veya ulusal mevzuatlarında, göçmenlere kendi vatandaşlarıyla aynı düzeyde koruma sağlayamayacaklarını veya istemediklerini açıkça belirttikleri vurgulanmış ve buna göre, çoğu ülkenin vatandaş olmayanlara karşı sağlık yükümlülüklerini yalnızca "temel bakım" veya "acil sağlık bakımı" olarak tanımlamış olduğunun altı çizilmiştir (OHCHR & WHO, 2008).

Bundan yedi yıl sonra BM 2030 Gündemi ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’ni açıklamış ‘‘No one must be left behind/Leaving no one behind’’ hiçkimse geride bırakılmamalıdır sloganıyla; Fiziksel ve zihinsel sağlığı ve refahı teşvik etmek ve *herkes* için yaşam beklentisini uzatmak için, evrensel sağlık güvencesi ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlanması hedefleri dile getirilmiş, tüm önlenebilir ölümleri 2030’dan önce sona erdirerek yenidoğan, çocuk ve anne ölümlerini azaltma konusunda bugüne kadar kaydedilen ilerlemeyi hızlandırmayı, aile planlaması, bilgilendirme ve eğitim dâhil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim sağlamayı taahhüt etmiştir (UN, 2015).

DSÖ tarafından sağlıkta insan hakları ihlâllerine dikkat çekilen bir başka raporda sağlık hakkının temel bileşenlerini/çerçevesini ESKHS’nin önerdiği biçimde dörde ayırmış (AAAQ); mevcut sağlık hizmetlerinin özellikle erişilebilir ve kaliteli olması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık tesislerinin, mallarının ve hizmetlerinin herkes tarafından erişilebilir olmasını gerektiğini, *erişilebilirliğin* çakışan dört boyutunun: (a) ayırım gözetmeme (b) fiziksel erişilebilirlik (c) ekonomik erişilebilirlik (satın alınabilirlik) (d) bilgi erişilebilirliği, önemine, *kaliteli* sağlık hizmetlerinin ise: güvenli, etkili, insan merkezli, zamanında, âdil, entegre ve verimli olması gerektiğine dikkat çekilmiştir (WHO, 2017).

BM 2017 yılında sağlık hizmetlerinde ayrımcılığın sona erdirilmesine ilişkin ortak bir bildiri yayımlamış, buna göre ‘Sağlık hizmeti ortamlarında ayrımcılık dünya çapında yaygındır ve birçok biçimde (birçok kişi ve grup; yaş, cinsiyet, ırk

veya etnik köken, sağlık durumu, engellilik veya hastalıklara karşı savunmasızlık, cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği, milliyet, iltica veya göç durumu veya sabıka kaydı temelinde veya sıklıkla kesişen ayrımcılık biçimleri) olabilir. [Ayrımcılıkla] Uluslararası sözleşmelerde ve ulusal yasa ve anayasalarda korunan en temel insan hakları ihlâl edilir. Buna göre önlemlerden bazıları etkili tazminat ve hesap verebilirlik mekanizmalarına erişimi garanti etmek ve ayrımcılığın raporlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi için mekanizmaların güçlendirilmesidir' (UN, 2017).

Sağlığın tanımı ve sağlık hakkı kavramı, kapsamı günümüzde sosyal, ekonomik, hukuki ve siyasal boyutları da içerecek şekilde tartışılmaya devam etmektedir. Küreselleşme ve çağımızın mülteci kriziyle birlikte sağlık hakkı kavramına farklı bir boyut daha eklenmiştir; sağlık hakkının ulusal yapılardan bağımsız olarak evrensel bir tanımlama, yorumlama, içerik ve öngerekliliklerinin belirlenmesi ihtiyacı daha fazla ortaya çıkmıştır. Bugün ne yazık ki Avrupa ve dünyanın geri kalan birçok bölgesinde taahhüt edilenin gerisinde bir dağıtımla karşı karşıya kalmakla birlikte, hakların ulus-devletlerin inisiyatifi altında gölgelendiğine, çağrı ve sözleşmelerin retorik düzeyde kaldığına tanıklık etmekteyiz.

### **2.3.3. Temel bir insan hakkı olarak sağlık hakkı**

Alma-Ata Bildirgesi'nden sonra insan hakları temelli sağlık hakkını savunan akademik çalışmalar ve konferansların sayısında artış görülmeye başlamıştır (Dupuy, 1979; *Revue québécoise de droit international*, 1985, Fuenzalida-Puelma & Connor, 1989; Chapman, 1994; Sachs, 1995; Hunt, 2016). Bu yayınların çarpıcı özellikleri hem uluslararası sağlık hakkı, hem de sağlık bakımı ve insan hakları yaklaşımına büyük önem vermeleridir ve sağlık hakkının bir insan hakları yaklaşımı içine yerleştirilmesine öncülük etmeleridir. Örneğin 1994 yılında François-Xavier Bagnoud Sağlık ve İnsan Hakları Merkezi tarafından *Health and Human Rights* (HHR) dergisi yayımlanmaya başlamış ve günümüze sağlığı temel bir insan hakkı olarak ele alan literatür devam edegelmiştir. Başka bir örnek olarak Küresel Göç, Etnisite, Irk ve Sağlık Topluluğu'nu (The Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health) verebiliriz. Topluluk 'görünüştümüz, mirasımız, menşe yerimiz, cinsiyetimiz, dinimiz, engelliliğimiz veya cinsel yönelimimiz ne olursa olsun *hepimizin* eşit sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olduğu ilkesini destekleyecektir' sloganıyla, 2018'de Edinburgh'da 1. Dünya Göç, Etnisite, Irk ve Sağlık Kongresini (1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health,

17-19 May 2018) düzenlemiş ve bir deklarasyon yayımlamıştır (First World Congress on Migration, Ethnicity, Race, and Health. Edinburgh declaration, 2018; Bhopal vd., 2021). Akademisyenler ve insan hakları aktivistlerinin çabalarıyla sağlık hakkının temel bir insan hakkı olarak görülmesine yönelik bu mücadelenin politika yapıcılarını ne kadar etkilediği ise bir başka tartışma konusudur.

Bugün evrensel insan hakları üzerinde “liberal bir uzlaşma” olduğu görülmektedir. Bu liberal uzlaşma, sivil ve siyasi hakları insan hakları olarak kabul etmekte fakat sağlık hakkını da içeren sosyoekonomik hakların gerçekleşebilmesini, bir “hayal”, bir “özlem” olarak görmektedir. Liberal uzlaşma, bu yaklaşımını, hakların “ancak bir görevi yerine getirilecek biçimde açıkça belirlendiği zaman” anlamlı olduğu düşüncesiyle desteklemektedir. Oysaki sosyoekonomik haklar böyle bir kategoride değerlendirilemez. Yaklaşımın merkezinde yer alan esas argüman, “insanların yiyeceğe, sığınmaya ve iyi sağlığa sahip olacakları bir çevreye ihtiyaç duymalarının diğer insanlar üzerinde bunu sağlama sorumluluğu yarattığına inanmak için bir neden yoktur” düşüncesidir. Sosyoekonomik talepleri insan hakları olarak kabul etmemenin bir diğer savunması da “kıtlık argümanı”dır: eğer zenginliğin bir parçası olarak fakirlerin temel ihtiyaçlarını karşılamının açıkça belirlenmiş bir görev şeklinde yerleşme ihtimali olsaydı böyle bir görevi yerine getirmek zenginlerin üzerinde aşırı bir külfet, yük oluşturacaktı. Bu korku çoğu kez “tufan etkisi” olarak açıklanmaktadır: zenginler fakirlerin sosyoekonomik isteklerinin denizinde boğulacaktı. Üstelik liberaller, sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel değişikliklerin yaşandığı bu dönemde, herkese bunu sağlamanın tufan etkisini büsbütün şiddetlendireceğini iddia etmektedirler (Evans, 2002, s. 199).

Sınırlı kaynaklar ile insanların sosyoekonomik taleplerini karşılamının imkânsız olduğunu savunan liberaller, örneğin sağlık konusunda, tüm bireylerin kalp nakline, böbrek için diyaliz makinesine, ya da doğmamış çocuklarının cinsiyetini belirlemeye imkân veren tıbbi teknolojiye erişim hakkına mı sahip olacaklarını sormaktadır. Liberallere göre bu türden sağlık hakkında olduğu gibi eğer sosyoekonomik haklar bir sınırlama ya da arz üzerinde kontrol yaratmıyorsa istekler sınırsız olacağından karşılanması imkânsız haklar yaratacaktır (Veatch, 1991). Liberal argümanlar, sağlık hakkının insan hakları olarak kabul edilmesine karşı çıkarken sosyoekonomik hakların nitelik açısından sivil ve siyasi haklardan farklı olduğunun altını çizmektedir. Bu ayrım genellikle negatif haklar (sivil ve siyasal) ile

pozitif haklar (ekonomik ve sosyal) arasında yapılmaktadır. Bu ayrımı takip edecek olursak, negatif haklar, bir topluluğun tüm üyelerinin, ötekilerin özgürlüklerine zarar vermekten kaçındıkları zaman uygulanmış olacaktır. Ancak pozitif haklar, en alt seviyede temiz su, barınma, yiyecek ve sağlık bakımı gibi yaşamın temel gereksinimlerini sağlayamayanlara bunları sağlamayı gerektirir. Basitleştirmek gerekirse, negatif hakları sahiplenmek, korumak sabır ve hoşgörü istemekten başka bir şey değil iken pozitif hakları sahiplenmek kaynakların yeniden dağılımını (redistribution) istemektir (Evans, 2002, s. 200). Bu yaklaşım “devletin bireylerden istekleri dışında elde ettiği gelirleri, tanımadıkları ve sevmek durumunda olmayabilecekleri kişilere zorla yeniden dağıtımına sebep olacağı” şeklinde de ifade edilmiş, insan haklarının yalnızca negatif haklar -ya da Karel Vašák sınıflamasına göre birinci kuşak haklar (siyasal ve kişisel haklar)- olduğu, sosyal ve ekonomik hakların temel hakları zayıflattığı ve etkisini ortadan kaldırdığı ileri sürülmüştür (Hayek, 1995, s. 145-146; Temiz, 2014, s. 171). Ekonomik şeyler doğa tarafından verilmeyen, bireylerin beceri ve çabalarıyla üretilen şeyler olması hasebiyle ücretsiz olamaz ve hak, başka birinin hakkını ihlâl ediyorsa, o bir hak değildir (Ayn Rand’dan aktaran Tahmazoğlu, 2012, s. 9).

Pozitif haklar ancak ülkelerin ekonomik gelişmişliğine bağlı olarak gerçekleşebilir fakat ekonomik ve sosyal hakların evrensel standartlarını kurmak imkânsızdır. Ekonomik ve sosyal haklar, sağlık hakkı da dahil olmak üzere esasında coğrafi ve kültürel olarak belirlenmiş haklardır. Dolayısıyla bir ülkede insan hakkı ihlâli olarak düşünülebilecek bir hak seviyesi bir başka ülke için ulaşılması gereken bir seviye olarak düşünülebilir. Örneğin mültecilere, sığınmacı, göçmen veya belgesiz göçmenlere ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini (kronik hastalıkların tedavisini de içeren hizmetleri) sunmak, hamilelik ya da doğum sonrası ücretli izin, ücretli olarak işten ayrılma gibi bir evrensel haktan bahsetmek, “maaşlı iş” “ücretsiz izin” kavramları bu hizmetlerin verilmediği toplumlar için hiçbir şey ifade etmeyecektir.

Yeterli gıda ve sağlık bakımını içeren sosyoekonomik talepleri yerine getirmek, insan hakları değil fakat “insani toplumların gerçekleştirmek için çaba sarfetmeleri gereken istekler”dir (Staples, 1999). Sosyoekonomik taleplerin “meşru istekler” olmakla birlikte bir “hak” olamayacağını savunan liberaller, pozitif haklar bağlamında açık bir görev sorumluluğu kurulamayacağından yola çıkarak, şu yargıya

ulaşır: “birinin iyi ya da kötü sağlığı, fiziksel ve biyolojik süreçlerin, belki de iyi ya da kötü kaderin sosyal bir sonucudur; fakat sorumlu tutulabilecek diğerlerinin eylemlerinin sonucu değildir” (Bole, 1991, s. 4).

Öte yandan liberaller, sosyal ekonomik taleplerin ancak negatif özgürlüklerin temsil ettiği liberal değerlerin korunduğu ve geliştiği zaman tatmin edileceğini, bu değerlerin refahı yaratacak ilkeleri sağlayacağını iddia etmektedirler (Evans, 2002, s. 203). Oysaki teşvik ettiği üretim ve değişim biçimiyle küreselleşmenin istekleri, toplumların daha kötü sağlık koşulları, daha yoksul beslenme ve daha kötü yaşam koşullarına yol açmıştır (Evans, 2002, s. 203). Liberaller ise bu kötüleşmenin nedenini negatif özgürlüklerde iyileşme gerçekleşmemesine bağlamaktadırlar. Taleplerin bugün için karşılanması ise “yüksek geçiş maliyeti” (high transition costs) olacağından karşı çıkmaktadırlar.

Temel haklar (basic rights) yaklaşımı, aynı zamanda küreselleşme, serbest piyasa ve hâkim hale gelen evrensel insan hakları kavramları bağlamında liberal uzlaşmaya meydan okumaktadır (Evans, 2002, s. 206). Temel haklar yaklaşımı, liberal yaklaşıma karşı çıkarken, sosyoekonomik hakların, sivil ve siyasi hakların bir öngerekliliğini temsil ettiğini ve eşit biçimde değerlendirilmesi gerektiğini savunur. Açlık ve hastalıkların, insanları yaşamak için, tüm temel ihtiyaçlarını sağlamak için diğerlerine bağımlı kıldığı bir zamanda, bu temel haklar olmaksızın gerçekleştirilemeyecek olan sivil özgürlükleri geliştirmeyi kim iddia edebilir? (Jons’dan aktaran Evans, 2002, s. 206). Başka bir ifadeyle sosyoekonomik hakların (temiz su, barınma, yiyecek ve sağlık bakımı gibi yaşamın temel gereksinimlerinin) reddinin insan onuruna aykırı olduğu, bu hakların örneğin yoksul bireyler için bazen sivil ve siyasal haklar kadar önemli olabileceği ifade edilmiştir (Donnelly, 1995, s. 35, 41-42). Bu durum *insan hakları kuşakları arasında tamamlayıcılık ilişkisinin* varlığı “Hakların bütünlüğü ve bölünmezliği ve karşılıklı bağımlılığı” ilkeleri ile savunulmaktadır. Bu durumda ancak kuşak hakları ve bu hakların içerdiği haklar arasındaki hiyerarşi yok olur ve kişi, meşru ve bazı yasal istisnalar haricinde bütün haklarından aynı anda ve bir bütün olarak yararlanabiliyorsa eğer, insan hakları güvence altına alınmış olur ve insan onuruna yaraşır bir hayat sürebilir (Turhan, 2013, s. 373-374).

Temel hakları savunanlar, liberallerin “tufan” argümanına karşılık olarak, sağlık hakkının en son teknolojik ve bilimsel kaynaklara erişimle tatmin olacak bir

hak değil, bundan çok daha az, en az seviyede onurlu bir yaşamın temeli için gerekli olan hak olduğunu savunmaktadır. Hâlihazırdaki uygulamaların sosyoekonomik haklara erişimi inkâr ettiği ve bu durumun insan hakları ihlallerinin bir sonucu olduğunu düşündükleri için, mevcut durumu ve bu durumdan sorumlu olan aktörleri ifşa etmek gerektiğini savunmaktadırlar. Günümüzde sağlık hakkının temel bir insan hakkı olarak korunması ve geliştirilmesi sorumluluğunun ülkelerin kendilerine bırakıldığını görmekteyiz. Sağlık hakkı, uluslararası sözleşmeler ve tıp etiği/biyoetik belgelerinde temel bir insan hakkı olarak tanımlanmakta ve hakkın öznelere - etiketi/damgası, statüsü ne olursa olsun- bu hakkın ayrımcılık yapılmadan eşitlik ve özgürlük içerisinde dağıtılması gerektiği belirtilmektedir.

Hakları herkesin eşit ve doğal olarak hak ettiğinin a priori nedeni olarak, doğal/içsel insan onuru (intrinsic/inherent human dignity), yine "onur" ile eşanlamlı olan ahlaki onur/haysiyetten (moral dignity, kişilerin varoluşuyla değil, davranışlarıyla erdemli bir hayat ilgili olan onur) ayırt edilmelidir. İlki (intrinsic human dignity) biyoetikle ilgili yasal belgelerde merkezi bir rol oynasa da ikincisi (moral dignity) bu alanda daha az ilişkiye sahiptir. Bir yandan, insanlık durumundan ayrılamaz olduğu için içkin/içsel onur herkes için aynıdır, kazanılamaz veya kaybedilemez ve herhangi bir ölçüme imkân vermez (Spiegelberg, 1970). İçsel insan onuru kavramı, modern zamanlarda, İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ortaya çıkan uluslararası insan hakları sisteminin temelini oluşturmaktadır. 1990'ların sonundan beri kabul edilen biyoetikle ilgili uluslararası politika belgelerinde de önemli bir rol oynamaktadır. İnsan onuru, uluslararası biyoetiğin “şekillendirme ilkesi/shaping principle” (Lenoir & Mathieu'dan aktaran Andorno, 2014) veya biyomedikal sorunları yöneten küresel normların “kapsayıcı ilkesi/overarching principle” olarak tanımlanabilir (Andorno, 2009). Biyoetikte insan onuruna atfedilen yüksek profil, yalnızca üslupta bir değişimi temsil etmekten çok, dikkatle değerlendirilmeyi hak eden gerçek bir özdeğişim olarak görülmektedir (Beyleveld ve Brownsword, 2002, s. 29).

İHEB & DSÖ/WHO 1948'deki Anayasası'nın yanısıra 1978'de Alma Ata Deklarasyonu'nun ardından sağlık hakkı dili/söylemi, sağlık eşitsizlikleriyle ilgili yerel ve küresel endişelere yanıt olarak ulusal anayasalarda ve belirli sağlık hizmetleri politika ve programlarında görünmeye başlamıştır. Bununla birlikte, sağlık hakkı ilkelerinin nasıl uygulanması gerektiği, bu tür uygulamaların potansiyel

etkileri ve devletlerin sağlık hakkını yasal mekanizmalar yoluyla garanti edip edemeyeceği konusunda ciddi soru(n)lar hâlâ devam etmektedir. Yerel ve küresel sağlık politikalarının içiçe geçtiği günümüzde, sağlık hakkı ilkelerinin insan haklarının doğası ve bunların etrafında inşa edilmesi gerekliliği hakkında bitmemiş felsefi, politik ve yasal tartışmalar, şimdilik bitmeyecek gibi gözükmemektedir.

#### **2.3.4. Sağlık hizmetlerine erişimde statü sorunu**

Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan 'statü kaynaklı' sorunlara yönelik eleştiriler genellikle politika yapıcılardan ziyâde hümanist insan hakları savunucuları ve örgütleri yahut konu ile ilgilenen akademisyenler cephesinden gelmektedir. Eleştirilerin temeli; mülteciler/göçmenlerin kamp bölgelerinde ya da şehirlerde thanatopolitik (ölüm siyaseti) ve zoopolitik'e (hayvan siyaseti) kurban gitmeleri ya da refah devletlerinin biyopolitik çıkarlarına alet olmalarıdır. Ucuz iş gücü olarak çoğu ülkenin ekonomi ve sanayisine katkı sağlarken bir taraftan sağlık hakları görmezden gelinmekte, kamp gibi istisna mekânlarında ise uluslararası haklar maskelenmekle birlikte adalet, hayırsever ve hümaniteryen faaliyetlerle gölgelenmektedir. Faaliyetlerini sürdüren küresel tıbbi insancılığın örnekleri olan Sınır Tanımayan Doktorlar/Médecins Sans Frontières (MSF) ve Dünya Doktorları/Médecins du Monde gibi oluşumların, IOM ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) gibi aktörler ve diğer irili ufaklı STK'ların mevcut biyopolitikanın hareket alanını genişlettiği iddia edilmekte, son tahlilde Avrupa ve diğer ülkelerde yükselen milliyetçilik ve süreğen biyosiyasetle birlikte insan hakları vatandaş(lar)a münhasır bir hâl olarak yok sayılmaya devam etmekte ya da yok olmaya yüz tutmaktadır. Mevcut durumda egemen, mülteciler/göçmenleri "medeniyet" alanından dışlamakta ve temelde insanlıktan çıkarılmalarını (çıkartılma süreçlerini) işletmektedir. Bu durum ise hükümetler veya toplumlar nazarında da kemer sıkma politikaları ve ekonomik söylemlerle gerekçelendirilmektedir. Öte yandan kimlik siyaseti ve söylemine karşı çıkanlar da yok değildir, çünkü mağduriyet, siyasal öznellik için yeterli neden ortaya koymamaktadır. Ötekini yalnızca mağdur ve kurban olarak görmenin kişiyi öznellik ve habitusundan yoksun bırakacağı, kişinin dayatılan hâkimiyetin nesne ve zayıfına indirgenmesiyle salt mağduriyet durumunun devam edeceği, farkına varmadan ve yeniden üretilen ve hâlâ devam eden bir reşit olmama/farik ve mümeyyiz olmama halinin söz konusu olduğu ve olacağı öne sürülmektedir.



Bu tartışmalar devam ederken *insan onurunu* haklı çıkarmanın en hassas göstergesi olan sağlık, kültürel dönüşümün en etkileyici arenası konumundadır. Ekonomik kâr odaklı mevzuatta mallara, [bazı] insanlardan daha öncelik tanımakla, ayrıcalık ve ayrımcılığın sağlanmasıyla üretilen eşitsizlik-adaletsizlik düzeyini en iyi belgeleyen alandır. Bu alan aynı zamanda, insanların ve yaşamlarının normal, beklenen, ölçülebilir "kurbanlar" olduğu ve dokunulmaz konular olmadığı gözlem ve analizlerinin kaçınılmaz bir nesnesidir. Öte yandan, evrensellik paradigmalarına dayanan ilkelerinin, sözleşmelerinin ve anayasalarının biçimsel sağlamlığından memnun olan çoğu hukuk bilimi ve kurumu, yeni küresel düzenin uyumluluğunun hakem ve denetçileri rolüyle sınırlı hale gelmiştir. Bu senaryoda, insan ve halk/vatandaş haklarının evrenselliği aşamalı olarak ekonomik sürdürülebilirliğin bağımlı bir değişkenine ve ulusal ve uluslararası düzeyde aktif olan yeni siyasi ve ekonomik güçlerin ihtiyaç duyduğu cezasızlık durumuna dönüştürülmüştür (Tognoni ve Macchia, 2020).

Karl Marx, insan haklarını “egoist insanın, diğer insanlardan ve topluluktan ayrılmış insanın hakları” olarak anlamıştı, çünkü haklar vatandaşı insandan ayırmıştı (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen/İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi, 1791). Şöyle diyordu: “İnsan hakları (droits de l'homme), vatandaşın haklarından (droits du citoyen) farklıdır. *Citoyen*den farklı olarak kimdir *homme*? Sivil toplum üyesi [aslında] ondan başkası değildir. Neden sivil toplumun üyesine “insan” deniyor, basitçe insan; neden haklarına insan hakları deniyor? Bu durum nasıl açıklanmalıdır? Politik devlet ile sivil toplum arasındaki ilişkiden, politik özgürleşmenin doğasından. (...)” ona göre sözde insan haklarından hiçbirisi -sivil toplumun bir üyesi olarak- egoist insanın ötesine geç(e)memiş, toplum, özgün bağımsızlıklarının bir kısıtlaması olarak, bireylere dışsal bir çerçeve olarak görünmüştür. Onları (*hommeleri*) bir arada tutan tek bağın, doğal gereklilik, ihtiyaç ve özel çıkar, mülklerinin ve egoist benliklerinin korunması olduğunu iddia etmiştir. Ona göre yurttaşlık, politik topluluğun, politik özgürleştirici aktörler tarafından insan hakları denen hakların elde edilmesine yönelik basit bir araç haline indirgenmiş, *citoyen* egoist *homme*'un hizmetçisi ilan edilmiş, insanın komünal varlık olarak davrandığı alan, kısmi bir varlık olarak davrandığı alandan daha da alçaltılmış, gerçek ve hakiki insan olarak kabul edilen insanın *citoyen*/vatandaş olarak insan değil, bourgeois/burjuva olarak insan olduğu anlaşılmıştır (Marx, 1844).

Byung Chul-Han ise günümüzde *herkesin* egoist ve kurban olduğunu öne sürer; geç modern iş/performans toplumu olarak adlandırdığı günümüz toplumlarının özgürlük toplumları olmadığını, geç modern iş/performans toplumunun herkesi çıplak hayata indirgediğini, artık sadece mülteciler, kamp Yahudileri, siyasi tutuklular değil herkesin *homines sacri* olduğunu belirtir. Geç modern *animal laborans* (Arendt'e göre modern toplumun insanları indirgediği statü: *çalışan hayvan*) bireyselliğini ve egosunu asla terketmez. Adeta patlama noktasına kadar egoyla donatılmıştır (Chul Han, 2019, s. 30-33).

Bugün ne Marx'ın öne sürdüğü insanın (homme) vatandaştan (citoyen) üstün, hatta eşit haklara sahip olduğu bir dünya düzeninde yaşıyoruz, ne de Chul-Han'ın herkesin kurban olduğu argümanı, hukuki görünürlükte kamp vb. istisna mekânlarında ya da ev sahibi (host) ülkelerde yaşayan mülteciler veya diğer incinebilir grupların dışında -sağlık hizmetlerinden yararlanma anlamında/ölüm siyasetine kurban gitmeme anlamında- sarih bir kurbanlık durumuna yol açmaktadır. Tartışmalar ekonomi-politik bir temelde, yaşam siyaseti (biyopolitika) ekseninde sürmektedir.

Didier Fassin yalnızca yaşam biçimleri üzerindeki tartışmalarla (sosyal bir yapı içinde neyin veya kimin insan olarak kabul edildiğinin sınırı) değil, aynı zamanda yaşamı neyin oluşturduğuna ilişkin tartışmalarla da ilgili kavranması gereken gerçekliğin *insanların birbirleri için oluşturduğu tehlikeler*, olduğunu belirtir. Bu, egemen iktidarın yetki verdiği gibi ille de öldürme hakkı anlamına gelmez, ama daha normal olarak "diğerinin tanınmasını engelleme" gerçeği anlamına gelir. Fassin Foucault'nun yaşam siyaseti olarak yeniden formüle etmeyi önerdiği biyopolitika ve biyoiktidar konusundaki çalışmalarını bu yönde ele almaya çalışmış ve bunu biyomeşruiyetle değiştirmiştir. Kendi teorisinde Foucault'nun teorisinden (*nüfus düzenlenimine* yönelen siyasadan) farklı dört değişikliğe/yönelime işaret etmiştir: (a) Politika yalnızca yönetim oyununun kuralları ile ilgili değil, aynı zamanda onun çıkarları ile de ilgilidir. (b) Çağdaş toplumlar, yaşam üzerindeki güçten çok, hayata yükledikleri meşruiyet ile karakterize edilir. (c) Normalleştirme sürecinden ziyade, hayata müdahale bir eşitsizlik üretimidir. (d) Öyleyse yaşam siyaseti yalnızca bir yönetimsellik ve teknoloji sorunu değil, aynı zamanda anlam ve değerler sorunudur. Politikanın hayata -ve yaşamlara- yaptığı şey sadece söylemler, teknolojiler, stratejiler ve taktikler meselesi değildir. Bu aynı zamanda, bireylere ve gruplara nasıl

somut muamele edildiği, hangi ilkeler altında ve hangi ahlâk adına hangi eşitsizlikleri ve yanlış tanımları ima ettiği sorusudur (Fassin, 2009).

Agamben *homo sacer* (kutsal insan, çoğ. *homines sacri* öldürülebilir/öldürülmesi cinayet teşkil etmez ve ceza gerektirmez olan, ancak kurban edilemez olan insan) incelemesinde, Egemen'in bedeni ve Kutsal [insanın] Beden(i) arasındaki ilişkinin yakınlığını ele aldığı bölümde zihninde üçlü bir tasnif yaratır: "egemenin bedeni-normal beden-kutsal beden". Egemenin bedeni ve kutsal bedenin öldürülmesinin hukuki olarak farklı sonuçlarının bir önemi yoktur, aslolan şey, ikisinde de *bir insanın öldürülmesinin* cinayet suçu teşkil etmemesidir. Hayat siyasallaşmıştır artık, çıplak hayat biyoiktidarın egemenlik nesnesi, istisna durumu ise biyopolitik hukuksal-siyasal egemenliğin kaynağıdır. Modern devletin ulusal ve biyosiyasal gelişimiyle, insan *özgür ve bilinçli bir siyasal özne* yerine tebaadan vatandaşa geçişte egemenlik ilkesiyle donatılan yalın doğum olgusu olarak ortaya çıkmıştır. Doğum doğrudan ulus (milliyet) olmakta, haklar insanlara -asla sadece insan olmaları sebebiyle değil- ancak sadece vatandaş sıfatıyla (statüsüyle) verilmektedir (Agamben, 2020, s. 113-127, 155). Kaldı ki Hannah Arendt'de insan haklarının ulus hakları (yalnızca devlet aygıtı aracılığıyla gerçekleştirilebilen haklar) demek olduğu hususunda *ulus-devletin çöküşü ve insan haklarının sonu* başlıklı yazısında uzun bir tartışma yürütmüştür. Güya *mükemmel bir insanın farazi varoluşu üzerine kurulan insan hakları* ulus-devlet sisteminde (vatandaşlığı olanlara) ancak tatbik edilebilmekte, devletin vatandaşlarına ait haklar biçiminden çıktığında -azınlık uluslar/devletsiz halkların var oluşuyla- koruyuculuğunu kaybederek gerçekliğini yitirmektedir (Arendt, 2018, s. 255-314.).

Yine Agamben'e göre mültecilerin modern ulus-devlet düzenine zarar veren bir unsur oluşturmaları, mültecilerin insan ile vatandaş, doğum ile milliyet arasındaki sürekliliği koparması nedeniyle egemenliğin orijinal kurgusunu krize sokmasından dolayıdır. Halbuki hakları cisimleştiren, tartışılmasını sağlayan, çıplak hayatı (ve dolayısıyla incinebilir bir yaşamı) gözler önüne seren gerçek *hakların insanı* mültecilerdir. Bugün hümanist örgütlerin bile insan hayatını yalnızca çıplak ya da kutsal hayat figürüyle (yardım ve koruma nesnesi figürü olarak) kavrayabildiği ve dolayısıyla siyasetten koparılan -STK ya da örgütçü düzeyde- bir insanîyetçiliğin, egemenliğin temelindeki kutsal hayatı yeniden tecrit etmeye hizmet etmeye mahkûm olduğunu, hükmedemeyeceği istisna mekânlarının (kamp -saf istisna mekânı- vb.)

oluşumunu engelleyemeyeceğini belirtir (Agamben, 2020, s. 158-161). Peter Redfield'de aynı kanaattedir, örn. küresel tıbbi insancılığın arketipi olan Sınır Tanımayan Doktorlar'ı, ele alan Redfield yaşam ve ölüm durumlarında ortaya çıkan politik dinamiğin, hayatta kalmaya odaklanan zayıflatılmış bir biçime dönüştüğünü, bunun minimalist bir biyopolitika olduğunu hatta az miktardan [aslında] çok daha fazlası olduğunu iddia eder. Böyle bir biyopolitikanın, iktidar normlarını genişlettiğini, sağlığın yönetimine etki ettiğini, ancak herhangi bir kontrolün kesin sorumluluğu olmaksızın MSF gibi insani yardım kuruluşlarının, mevcut olmayan siyasi otoriteye bırakıldığını aktarır. *Zoē* (yalın yaşam/canlılık) ve *bios* (yaşma biçimi/hayat tarzı) arasındaki ayrımı araştırır. Bu terimleri, bir yandan fiziksel varoluşun sürdürülmesi ile diğer yandan insan onurunun savunulması arasında insani yardımseverlerin savunmaya çalıştıkları "yaşam" değerindeki içsel bir gerilimi tanımlamak için kullanır. *Zoē* gibi bir hayatta kalma durumunun öneminin, kendi başına biyolojik doğanın herhangi bir olgusuna, daha düşük bir eşik "yaşam" olasılığını sınırlayan *bios* tehdidinde olduğundan daha az dayandığını öne sürer. Ona göre dünya çapında tekrarlanan felaket bölgelerinin ortasında, tıbbi insani yardım eylemi, varoluşu koruma vaadi sunmakta ancak bunu, haysiyetle daha tutarlı olma biçimini destekleyebilecek eylemleri erteleme pahasına yapmaktadır (Redfield, 2005).

Gazzotti İspanya-Fas sınır bölgelerinde, -baskıcı göç politikalarının ölümcül işleyişinin doğal evrimi olarak ortaya çıkan- sınır insancılığının yükselişini (sınırdaki insani yardımseverlerin varlığı zaten başlı başına paradoksaldır) sorguladığı çalışmasında Salter ve Vaughan Williams'ın sınırdaki istisnacılık ve biyopolitika konusundaki çalışmalarından yararlanarak iki noktaya değinmektedir. Birincisi, İspanya-Fas sınırının olağan işleyişinin, *siyahların* yaşamlarının, çoğu zaman ölüm noktasına kadar canavarlaştırılması ve değersizleştirilmesi üzerine kurulduğunu, ikinci olarak, "istisna"nın sınır normallğine entegrasyonunun acil müdahale ihtiyacını harekete geçirdiğini, zorladığını ve sonsuz bir şekilde yeniden ürettiğini iddia etmektedir (sınırdaki insani yardım görevlilerinin faaliyet gösterdiği koşullar, neredeyse "istisnai" olarak nitelendirilemez). Ona göre Avrupalı politika yapıcılarının gözünde, kısıtlayıcı göç politikaları ve sıkı sınırlar bir istisna değil, normdur. Bu nedenle, küresel sınırların sıkılaştırılması, insani yardımseverlerin eylem alanlarını "olağandışı"dan "sıradan"a doğru genişletmeye itmiştir. Bu distopik çerçevede,

hümaniteryenizm, göçmenlerin sıradan alçal(tıl)mış yaşamlarının sürdürülmesi için bir araç haline gelmekte, [mülteciler] sınırda vatandaştan daha az, insandan daha az bir varoluş biçimine dönüştürülmektedir. İnsancılık yalnızca siyahların *ölmemesine* izin verilen bir bağlamdadır bundan daha fazlası değildir (Gazzotti, 2020).

Avrupalı ve Avrupalı olmayan yetkililer tarafından insanlara uygulanan çeşitli gözetim, gözaltı/alıkoyma ve [kaderine] terk etme biçimlerini inceleyen Vaughan-Williams, sınırlar hakkındaki kavrayışımızı göçmenlerin/mültecilerin oradaki yaşamları (hem de ölümleri) nedeniyle "biyopolitik mekânlar" olarak gözden geçirmemiz ve keskinleştirmemiz gerektiğini savunmaktadır. Çünkü orada göçmenlerin hem yaşamına farklı aktörler ve sınır çevreleme teknikleri tarafından farklı bir şekilde meydan okunmaktadır hem de sınır güvenliği yalnızca yaşam ve ölüm arasındaki uçurumu derinleştirmekle kalmaz, aynı zamanda bu bölünmüşlükte göçmen yaşamını hayvanileştirir, *hayvan varlığına* indirger. Agamben ve Derrida'nın çalışmalarına dayanarak, sınırlar kavramını "thanatopolitik" ve "zoopolitik" alanlar olarak tanıtmaktadır; burada, yaşam kaybı ve *insandan daha aşağıya/less-than-human* indirgenen yaşam, rutin olarak egemen tarafından sınır güvenliği adına yönetilir (Vaughan-Williams, 2015, s. 16-85).

Hukuksal normların ötesine itilmişlerin/statü mağdurlarının sorunlarına yönelik literatürde birçok yayın göze çarpmaktadır. Mültecilerin bozulan sağlığı ve sağlık hizmetlerine erişim zorluğu gözlemsel ve meta-analitik çalışmalarla raporlanmıştır. Örneklendirmek gerekirse, sağlık hedefli olmayan kamu politikalarının göçmen sağlığı (mülteciler, sığınmacılar ve mülteci olmayan göçmenlerin) üzerindeki etkisini inceleyen bir meta-analizde (1 Ocak 2000-15 Temmuz 2017 tarihleri arasında yapılan çalışmaları kapsayan) yerliler ve göçmenler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin başta ruh sağlığı olmak üzere ölüm ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili sonuçlarını ortaya koymuştur (Juárez vd., 2019). Birleşik Krallık ve Almanya'daki mülteciler ve sığınmacılar için sağlık hizmetlerine erişim politikalarını analiz eden ve karşılaştıran (2010-2017 dönemindeki çalışmalar için akademik veri tabanları ve literatürün kapsamlı bir incelemesini gerçekleştiren) bir başka çalışmada mülteci ve sığınmacıların sağlığa erişim engellerine ilişkin kanıtlar rapor edilmiş, çalışma her iki ülkedeki sağlık sistemlerinin, bu nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için yeterince uyarlanmamış olduğunu ortaya koymuştur. Mültecilerin sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma hakkına sahip oldukları ülkelerde bile, resmi ve gayri resmi

engeller, bu hakka sahip olmalarını veya bu hakka sahip olduklarını hissetmelerini engellemektedir. Dil ve iletişim sorunları gibi sosyo-kültürel engeller, resmi ve gayri resmi sosyal ve sağlık bakım ağlarının eksikliği, sağlık sistemi ve sağlık profesyonellerinin gayri resmi ağlar hakkında bilgi eksikliği, yaygın engeller olarak saptanmıştır (El-Gamal ve Hanefeld, 2020).

Ekim 2018'de BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, Almanya ile ilgili sonuç gözlemlerini yayımlayarak vatandaş olmayanlar için sağlık hakkının uygulanması konusunda ciddi endişelerini, ayrıca, sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarının, ikametlerinin ilk 15 ayı boyunca yalnız akut ve acı verici koşullarla sınırlandırıldığına ve ulusal yasaların henüz "diğer temel sağlık bakım hizmetlerini" nelerin oluşturduğuna dair net kurallar sağlamadığına dair endişelerini dile getirmiştir (Bozorgmehr, Dieterich & Offe, 2019). Bir başka çalışmada AB göç politikalarının, Yunanistan adalarında sağlık krizini tetiklediğine dair örnekler verilmiş (örneğin 2019'un sonunda, tesislerin/kampların maksimum 6178 kapasiteye sahip olmasına rağmen, 42.000'den fazla sığınmacının sağlıksız bir şekilde ikameti ele alınmış), politikaların, önlenebilir acı ve zarara ve evrensel insan onuru ve haklarının ihmâl edilmesine neden olduğu iddia edilmiştir. İnsan sağlığını korumadaki küresel başarısızlığın, sığınmacıların ve göçmenlerin refahını göz ardı ettiği, devletlerin; insan hakları ihlallerindeki suç ortaklığını ve düşmanca göç politikalarının insani maliyetini kabul etmesi gerektiği vurgulanmıştır. AB'nin insan hayatının korunmasını bir öncelik olarak bütünleştiren ve sağlık hizmetlerine ve tüm insanlar için sağlığın tüm belirleyicilerine, *yasal statüden bağımsız* olarak evrensel ve eşit erişim sağlayarak sağlık ve insani riskleri en aza indiren politikaları benimsemesi gerektiği şu sözlerle belirtilmiştir "Sığınmacılar ve göçmenler bir *göçmenlik statüsü* değildir: onlar insandır" (Orcutt vd., 2020).

Finlandiya'da yapılan bir çalışmada sığınmacı çocukların sağlık hakkı yasada resmen ve tam olarak tanınırken, yetişkin sığınmacılar için sağlık hizmetlerine erişim yasalarca kısıtlanmıştır. Çalışma Finlandiya'nın mülteci krizine ve sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarına tepkisel bir şekilde yaklaştığını (acil bakım düzeyinde sağlık hizmeti sağladığı) aşırı ademi merkezîyetçilik (yeterli ulusal koordinasyon ve denetimi engellemiştir) ve sağlık hizmetlerinin zayıf yönetiminin endişe verici yönlerini ortaya çıkarmıştır (Tuomisto, Tiittala, Keskimäki & Helve, 2019). Ürdün'deki Suriyeli mülteci kadınlarla yapılan bir nitel araştırma, Suriyelilerin

fiziksel ve ruhsal sağlığının savaş ve yerinden edilme streslerinden etkilendiğini öne sürmektedir. Sağlık hizmetlerinin eksikliği, vücut ve akıl sağlığı tedavisine yönelik hizmetlerinin kıtlığı, akıl sağlığı tedavisine yönelik toplumsal ve kişisel damgalanma ve mali kısıtlamalar, Suriyeli mülteciler arasındaki fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların tedavisine engel teşkil etmektedir (Rizkalla vd., 2020). Lübnan'da yapılan nitel bir araştırmada Suriyeli mülteci ailelerin sağlık hizmetlerine erişimini korku, cesaretsizlik, tıbbi sisteme güven eksikliği ve maliyetlerin birleşerek zorlaştırdığı tespit edilmiştir. Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini çevreleyen bağlam ve zorluklara ve bu zorlukların günden güne artmasıyla insani krizin büyümesine yazarlar bir ailenin sarfettiği "en önemlisi, umarım Tanrı hastalığı bizden uzak tutar" tümcesiyle dikkat çekmiştir (Sousa, Akesson, & Badawi, 2020).

Literatür bize, temel uluslararası anlaşmalarla tanımlanan *sağlık hizmetlerine erişim* hakkına henüz tam olarak saygı gösterilmediği ve bazı ülkelerin bunun sağlanmasına yönelik politikalarına yeterince hız vermediğini göstermektedir. Bu sorun özellikle belgesiz göçmenlerin sağlığa erişiminde göze çarpmaktadır (De Vito vd., 2016). Nitekim Aralık 2019'da gerçekleşen Küresel Mülteci Forumu'nda (Global Refugee Forum in December 2019) altı ana öncelikli konu arasında sağlık, özellikle yer almamış, kısıtlayıcı göç politikalarının zararlı sağlık sonuçları forumda dikkate alınmamıştır (UNHCR, 2019).

Hümanist bir cepheden; insan haklarının insanlık için yükümlölükler iğerdiği anlayışının henüz emekleme aşamasında olduğu, insanlığın, vatandaş haklarının ötesine geçerek, insan haklarının sonuçlarını kucaklamak için mücadele ettiği, mevcut uluslararası insan hakları düzeninin, yeniden dirilen milliyetçilik çağında ahlaki bir pusula görevi gördüğü, insan haklarının, vatandaşların kemer sıkma anlatılarına meydan okumasını gerektiği vurgulanmıştır (Ooms, Keygnaert & Hammonds, 2019). Badiou insan hakları varsa eğer, bunların kesinlikle hayatın ölüme yahut sefalete karşı hayatta kalmanın hakları olmadığını belirtir. Gerçekte bu haklar ölümsüzün kendi kendine dayanan haklarıdır ya da *sonsuz*'un ıstırap ve ölüm denen olumsuzluğın üzerinde uygulanan haklarıdır (Badiou, 2019, s. 26-31).

Statü farklılığının/eşişsizliğin en fazla hissedildiği alanlardan biri olan sağlık hizmetleri alanında (özel hastaneler, muayene, poliklinik ve ameliyat ücretleri vb.) biyolojik, sosyoekonomik, toplumsal ve kültürel farklılıkların sağlık sistemi/hizmetleri potasında erimesi/birbirine karışması/yok olması farklılıkları

oldukları vehmedilen bu insanları, her birinin ortak yazgısı olan hastalıklar karşısında eşit yani *insani* bir konuma getirerek farkındalığın artmasını (hakikatin keşfedilmeye başlanmasını) sağlayacaktır. Çünkü farkındalık farkın kavranmasıyla, fark da ancak bunun (farkın) farkında olmakla ortadan kaldırılabilir. Statü hayali bir mekânın/kalıbın sınırlarını çizmektedir. Var olan bu statü eşliğinden bürokratik engelleri -bir şekilde- aşarak sağlık hizmetine erişebileceklerin *vatandaş-hekimle* veya *vatandaş-sağlık personeli* ile karşılaşmaları bazen trajik sonuçlar doğurabilmektedir. Sağlık hakkının tanındığı bir durumda ve karşılaşmada (*vatandaş hekim-mülteci* karşılaşmasında) başka ihlallerin yaşanıp yaşanmaması sağlık uygulayıcılarının inisiyatifine ve etik anlayışlarına bağlı bulunmaktadır.

## 2.4. Zenofobi/Xenophobia ve Medikal Zenofobi

*Yabancılar, tanrılar ve canavarlar, bizleri uçurumun kıyasına kadar getiren aşırılık deneyimlerini simgeler. Yerleşik kategorilerimizi çökertip yeniden düşünmemiz için kıskırtırlar bizi. Malumu meçhulle tehdit ettikleri için, korku ve titremeyle, ayrılırlar çoğu zaman. Cehenneme veya cennete sürülürler ya da insan topluluğundan kovulup yabancıların ülkesine gönderilirler.*

Richard Kearney<sup>16</sup>

### 2.4.1. Zenofobi kavramı ve zenofobiyi yeniden düşünmek

Latince *hostis* 'düşman' ve *hospes* 'misafir' kavramları arasındaki ilişkileri inceleyen Benveniste'e göre Latince *hostis* 'düşman'ın başka bir muadili Gotik *gasts* 'misafir' (*gasts*; misafir ve yabancı/düşman demektir) kavramıdır. Yunanca'da ise *xénos* "yabancı", *xeinízō* fiili ise "misafirperver davranış" anlamına gelir. Hint-Avrupa dillerinde anlamsal ve yasal olarak üç ayrı varlık oluşturan "düşman, yabancı, misafir" kavramları yakın bağlantılar göstermektedir ve her üç dilde de bu sözcükler (*hostis*, *gasts*, *xénos*) bu yakın bağlantılardan dolayı paradoksal anlamlar barındırır (Benveniste, 2016, s. 599). Yabancı korkusu veya düşmanlığı olarak bilinen zenofobi/xenophobia ( $\xi\acute{\epsilon}\nu\omicron\varsigma+\phi\acute{o}\beta\omicron\varsigma$ ), *xénos*/ $\xi\acute{\epsilon}\nu\omicron\varsigma$ ; *Lat.* *peregrinus* (topluluğun sınırları dışında olan kişi), *alienus*, *externus*, *inuitatus*, *novus* (Leopold,

---

<sup>16</sup> Kearney, R. (2018). *Yabancılar, Tanrılar, Canavarlar 2.bs.*, çev. Barış Özkul, İstanbul: Metis Yayınları, s. 15.



1830), yeni, bilinmedik, beklenmedik, topluma yabancı, yabancı gibi anlamlara gelen xénos (ξένος) ve phóbos (φόβος/korku) kelimelerinden meydana gelmektedir. Temelde daha kavramsal olmayan bir tanımla yeni, bilinmedik, beklenmedik tarafımıza yabancı olan şeylere karşı duyulan korku ve düşmanlıktır. Zenofobi terimi esasen, anlamsal olarak düpedüz temel bir fikri ifade eder: başkalarından ve özellikle de yabancılardan korkmak. Ancak bu etimolojiye bağlı kalmak yetersizdir ve sosyal eleştirinin amaçları açısından potansiyel olarak yanıltıcıdır. Terimin ikinci yarısı, dikkatimizi korku üzerine daraltır ve söz konusu fenomenle ilişkili çoğul inançları ve diğer etkileri potansiyel olarak karartır. Korku, zenofobinin ortaya çıkardığı şeyin tek ya da zorunlu olarak birincil etkisi değildir. Örneğin, kıskançlık, kızgınlık veya uyumsuzluk duyguları ilk önce deneyimlenebilir ve bunlar korkuyu tetikleyebilir veya başlatmayabilir. Bununla birlikte, dilbilimsel morfolojisinin yetersizliğine rağmen, bu terim bir başkasını icat etmek veya dönüştürmek yerine popüleritesine bağlı olarak kullanılmaktadır (Sundstrom ve Kim, 2014, s. 23). Nitekim uluslararası düzeyde kabul edilmiş yabancı düşmanlığı tanımı yoktur, ancak topluma veya ulusal kimliğe yabancı veya yabancı oldukları algısına dayanarak kişileri reddeden, dışlayan ve sıklıkla kötüleyen tutumlar, önyargılar ve davranışlar olarak tanımlanabilir (IOM, 2019, s. 235). Zenofobi günümüzde artık göçmen ve mülteci araştırmalarının temel kavramlarından biri olarak yerini almıştır. Bu kavramın paradoksal anlamlar barındıran etimolojisi, şüphesiz tarihseldir ve içinde bulunduğumuz çağda gündelik dilde kullanımının anlam-bilim açısından daraldığını söylemek mümkündür. Günümüzde ve özellikle sosyal bilim çevrelerinde zenofobi tanımı üzerine son yıllarda yeniden düşünmeyi ve yeniden tanımlamayı dayatan ise şüphesiz yeni tarihsel bağlamda ortaya çıkan ve giderek karmaşıklaşan insanlık/uygarlık sorunlarıdır.

Zenofobi/yabancı düşmanlığı Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association/APA) sözlüğünde "yabancılardan güçlü, irrasyonel (usdışı) ve bazen patolojik olarak korku. Diğer milletlerden, etnik gruplardan, bölgelerden veya mahallelerden insanlara yönelik düşmanca tutum veya saldırgan davranış (<https://dictionary.apa.org/xenophobia>)" veya buna yakın bir tanımla "yabancılardan patolojik bir korku, yabancıya yönelik düşmanca bakış açısı veya şiddet içeren eylemler, hayvansal içgüdüyle ortaya çıkan şey (Pam, 2013)" olarak tanımlanmış, sosyal bilimciler tarafından bu kavram genellikle "yabancı olarak

düşünülen bireylere veya gruplara karşı korku veya hoşgörüsüzlük (Olowu, 2008)", "etnik köken, inanç ve cinsel yönelimlerdeki vd. farklılıklara dayalı kötü niyetli ayrımcılık (Ullah & Huque, 2014, s. 6)", "yabancılara yönelik ayrımcılık ve şiddet eylemlerinin yanısıra özellikle göçmenlerin/mültecilerin olumsuz sosyal temsillerini ifade eden çoğunlukla günah keçisi ilan etme, izolasyon ve biyokültürel hipotezlere dayanan bir patoloji (Harris, 2002)" olarak ele alınmıştır. Bazı araştırmacılar tarafından düpedüz ırkçı olan toplumsal hadiseler dahi, örneğin Nazi antisemitizmi, ABD'ndeki yabancılara karşı olumsuz tutumlar ve eylemler (örn. siyah karşıtı bir hareket olan Ku Klux Klan), Güney Afrika'daki Afrika kökenli yabancılara ve hatta Güney Afrikalılara yönelik saldırılara yabancı düşmanlığı etiketi verilmiştir (Chaleila, Buthelez, Misago & Moyo'dan aktaran Olonisakin & Adebayo, 2021, s. 1).

Peterie ve Neil zenofobi literatürüne dâir kapsamlı bir araştırma yapmış ve yabancı düşmanlığının dört etkili teorisini kategorize etmiştir. Buna göre; (a) yanlış inanç anlatıları/teorileri: yanlış inançlar ile mültecilere/sığınmacılara yönelik olumsuz tutumlar arasında güçlü bir ilişki olduğu, siyasi ve medyatik/popülist söylemlerin, sığınmacıların iddialarının meşruiyetiyle ve oluşturduğu tehdit ile ilgili yanlış bilgiler yaydığını ve bunları ortadan kaldırmaya yönelik yapılandırılmış eğitimlerin ve müdahalelerin zaman içinde olumsuz tutumları azaltmada etkili olabileceğini iddia eden teoriler, (b) yeni ırkçılık olarak yabancı düşmanlığı: göç politikalarının ve söylemlerinin temelini oluşturan ırkçılığın gizlendiğini, 'eski moda ırkçılık' olarak adlandırılan bariz önyargı biçimlerinin, son zamanlarda daha ince ve gizli bir çeşitlilikle değiştirildiğini, yabancının bir "yasadışı yaratık", "refah[ı sömürme] süngeri", "pezevenk", "uyuşturucu satıcısı" ve "hastalıklı/hastalık yayan" damgasıyla ikamet etmeye zorlandığı/kendini ifade edemediğini, ırkçıyı ırkçılık ve önyargı suçlamalarından koruyan biyolojik olmayan söylemsel stratejilerin geliştirildiğini, medya ve popülizmin de hortlayan yeni ırkçılığa önyak olduğunu, sığınmacıların olumsuz tasvirlerinin kültürel ve dini farklılık kavramları etrafında topladığını (öyle ki artık İslam bir 'ırksal kategori' ifade etmeye başlamıştır) iddia eden teoriler, (c) sosyobiyojik yorumlar/teoriler: yabancı düşmanlığına yönelik eğilimler de dahil olmak üzere ahlaki eğilimlerin derin bir şekilde insan ruhunda kök saldığını, fedakarlık ve empati gibi 'toplum yanlısı' dürtülerin yanı sıra yabancı düşmanı korku ve düşmanlığa yönelik görünüşte 'antisosyal' eğilimlerin, insanlık

tarihinin başlangıcından beri hayatta kalma değeri olan ve bu nedenle seçilip gelecek nesillere aktarılan davranışsal özellikler olduğunu iddia eden teoriler ve (d) kapitalist küreselleşmenin bir etkisi olarak yabancı düşmanlığı: yabancıya yönelik korku ve düşmanlığı, yapısal eşitsizliklerin bir işlevi ve daha spesifik olarak, verdiği zararlara rağmen kapitalizme kamu desteğini sürdürmek için kasıtlı politik stratejilerin bir sonucu olarak, milliyetçiliğin ve yabancı düşmanlığının küresel dirilişinin önemli bir siyasi-ekonomik analizini içeren, bu gelişmelerin kapitalizme doğru daha geniş bir eğilimin parçası olduğunu iddia eden teoriler ve bunların arasındaki bazı karşılaştırmalar ve zıtlıklara dikkat çeken çalışmalar olduğunu saptamışlardır. Onlara göre yeterli bir yabancı düşmanlığı açıklamasının, tek boyutlu açıklamalara yönelik indirgemeci eğilime direnmesi gerekir. Yabancı düşmanlığı her zaman yerel ve küresel, psikolojik ve kültürel bir fenomendir ve aynı anda politik olarak üretilmiş ve politik olasılığı kısıtlayan bir sorundur (Peterie & Neil, 2020).

Zenofobi nihayetinde ayrımcılık ve ırkçılık sürecinin bir parçasıdır ve pratikte her türlü yabancıya ve yabancılığa (farklı dine mensup, farklı dil konuşan, farklı etnik kökene sahip, farklı alışkanlıkları olan vb. herhangi bir kriter listesi ve bu kriter listesini karşılayan herkesle ilgili) karşı oluşabilir. Yukarıda bahsedilen yabancı düşmanlığının tanımları, ölçüleri ve dünya tarihinde yabancı düşmanlığı olarak adlandırılan farklı olaylardan, fenomenin damgalama süreciyle başlayan dış grup korkusu, dış gruplara karşı üstünlük duyguları, dış gruplardan hoşlanmama ve düşmanlık, kültürel erozyon korkusu içerdiği tahmin edilebilir ve bütün bunlar genellikle usdışı sebeplere binaen oluşur.

Amerikan Psikiyatri Birliği (The American Psychiatric Association/APA), "Zenofobi, Göç ve Ruh Sağlığı" başlıklı resmi bildirisinde nüfus ve bireyler için etnik önyargı ve yabancı düşmanlığının yıkıcı sonuçlarına karşı resmi bir tutum sergilediğini ve bu kontrolsüz önyargıların olumsuz halk sağlığı ve zihinsel sağlık sonuçları konusunda derin endişelerini ifade etmiştir. Bu önemli olumsuz sonuçlardan ötürü, APA, farklı ulusal etnik veya ırksal kökenlerden gelen insanları içeren herhangi bir ulusal tartışmanın (örneğin; göç politikaları, vatandaşlığa kabul, dış ilişkiler ve terörizme tepki), önyargılara veya ideolojiye değil, nesnel verilere ve rasyonel ulusal çıkarlara dayandırılmasını gerektiğini belirtmiş, kitle iletişim araçlarını göçmenlerin, mültecilerin ve tüm yabancı ülkede doğan insanların haklarına sorumluluk ve duyarlılık göstermeye ve programlarında yabancı

düşmanlığını kışkırtmaktan kaçınmaya çağırmıştır. APA göçmenlere, mültecilere ve sığınmacılara saygı duyulması, güvenli bir sığınma ve beslenmeye erişmeleri, kendi etnik ve kültürel inanç/değerlerinin ve psikolojik sağlık için gerekli kimliklerinin korunması gibi hakları da savunduğunu deklare etmiştir (APA Official Actions, 2010).

Irkçılığa Karşı Dünya Konferansı'nda (WCAR/Durban Bildirgesi, 8 Eylül 2001) "Vatandaş olmayanlara, özellikle göçmenlere, mültecilere ve sığınmacılara karşı yabancı düşmanlığının çağdaş ırkçılığın ana kaynaklarından birini oluşturduğunu ve bu tür grupların üyelerine yönelik insan hakları ihlallerinin ayrımcı, yabancı düşmanı ve ırkçı pratikler bağlamında yaygın olarak meydana geldiği kabul edilmiştir" (WCAR, 2001, s. 7 prgrf.16). Anastasia Crickley Irk Ayrımcılığının Kaldırılması Komitesi (CERD) başkanı olarak İstanbul'da yaptığı konuşmada Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi'nde (ICERD), ırkçılık ve ırk ayrımcılığının "*siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel veya toplumsal yaşamın herhangi bir alanında, insan hakları ve temel özgürlüklerin tanınmasını, uygulanmasını, bu hak ve özgürlüklerden yararlanılmasını ortadan kaldırmak veya zayıflatmak amacına ya da etkisine yönelik, renk, soy ya da ulusal veya etnik kökene dayalı*" muamele olarak tanımlandığını, her türlü eylem veya ihmalin, amacı ya da etkisi bakımından direkt ya da dolaylı, bilerek ya da bilmeden, bir grup insanın haklarına erişimini yukarıdaki şekilde kısıtlıyor ise, ırkçı sayıldığını belirtmiştir. Temel olarak ayrımcılığın güç dengeleri ile ilişkisine değinmiş, ırkçılık ve ırklaştırma süreçlerinin yalnızca farklı renkteki insanlar üzerinden değil, üstünlük/aşağılık kavramlarının olduğu her yerde –herhangi bir topluluk ve bir grup arasında da– meydana gelebildiğine dikkat çekmiştir. Çağımızda ırkçılığı adlandırma konusundaki çekinceleri ve bunun yerine "zenofobi" (yabancı düşmanlığı) kelimesinin ikame edilmesine şu sözlerle karşı çıkmıştır: "Ancak zenofobi=yabancı korkusu" kavramı kafa karıştırıcı da olabilir: "Neden yabancılardan korkmayalım? Farklı görünüyorlar... Böylece yerelde yaşayanların korkuları diğer insanların haklarının önüne geçilmesine neden olabilir. Son iki yılda bu konuya karşı koymak için çok çalıştım." (Crickley, 2018, s. 17-24).

Irksal eşitsizliğin sürekliliği ve tarihsel süreçte ırkçılığın *linear* (doğrusal) bir yapı sergilemediği tezi, günümüzde oldukça kabul gören bir yaklaşımdır. Bu bağlamda "yeni ırkçılık" yenedünya düzeni, sirkülasyona maruz kalan toplumsal

yapılar ve kültürel etkileşimlerin sonucu olarak bugün çok farklı biçimlerde ortaya çıkar. Bugün “öteki” algısı, bambaşka unsurlardan beslenirken çoğu zaman sosyoekonomik faktörlere dayalı bir dışlama ya da aşağılama söz konusudur (Elmas, 2013). Bu dışlama ve aşağılama *günah keçisi yabancı(lar)* fenomeni ile de izah edilmektedir, toplumların tarihte her dönemde damgalanacak, aşağılanacak ve dışlanacak günah keçisine/keçilerine ihtiyacı olmuştur. Kearney kültürlerin yabancıyı günah keçisi haline getirmek için -topluluklara bağlayıcı bir kimlik bahşeden- kurban mitleri ürettiğini ve böylelikle toplumsal marazlardan sorumlu olan yabancıların kolaylıkla tecrit edilebildiğini ve ortadan kaldırılabildiğini belirtir. Yabancı damgasıyla kurban etme mitleri yalnızca kadim zamanlara özgü değildir, günümüzde çok daha sofistike ve örtük bir biçimde varlığını korumaktadır. Günah keçisi ilan etme eğilimi ulusal güvenlik bahanesiyle peyda olmuş olan zenofobi, ırkçılık, antisemitizm gibi fenomenlerle ortaya çıkar ve yabancı yaftası/damgası azınlıkların dışlanmasının aslî unsurudur (Kearney, 2018, s. 41-56). Bauman’da aynı konuya değinir; *güvenlikleştirme* politikası olarak adlandırdığı politikaların (ulusal güvenlik bahanelerinin), seyirci konumundaki bizlerin vicdanî sızılarımızı bastırmaya ve böylece göçmen/mülteci meselesinin ahlaki değerlendirmelerden muaf kılan (ahlaki sorumluluk alanının ötesi/sınırlarının dışına iten) kayıtsızlığa dönüşerek, ahlaki ödevlerin sorumluluğundan kurtuluş hissine yol açtığını belirtir (Bauman, 2019, s. 32-34).

Bu sosyopolitik fenomenin halk nezdinde yansımaları çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin Avrupalıların hangi tür sığınmacıları kabul etmek istediğini araştıran bir çalışma, toplumun *kendilerine en az yabancı ve mevcut refahı baltalamayacak olan yabancıyı* tercih ettiklerini gözler önüne sermiştir. Buna göre katılımcıların, ev sahibi ülkenin ekonomisine katkıda bulunacak, ekonomik zorluktan ziyade ciddi fiziksel veya zihinsel sıkıntı yaşayan ve Müslüman yerine Hıristiyan olan başvuru sahiplerini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Sığınmacılara yönelik tercihler özellikle üç ana faktör tarafından yapılandırılmış görünmektedir: ekonomik kaygılar, insani kaygılar ve Müslüman karşıtı duygular/önyargı yani İslamofobi (Bansak, Hainmueller & Hangartner, 2016). Günah keçisi fenomenine örnek olarak Macaristan’ın milliyetçi Başbakanı Viktor Mihály Orbán’ın Macaristan’da koronavirüsün yayılmasından yabancıları ve göçü sorumlu tutarak hastalanan bazı göçmenleri çeşitli gerekçelerle sınır dışı ettikten sonra gazetecilere verdiği demeç

örnek verilebilir. Orbán'ın, "Virüsün ilk olarak İranlılar arasında ortaya çıkması tesadüf değil, iki cepheli bir savaş yürütüyoruz, bir cephe göçe, diğeryse koronavirüse ait, ikisi arasında mantıklı bir bağlantı var, çünkü her ikisi de hareketle yayılıyor."<sup>17</sup> söyleminde görüldüğü gibi göçmen ve mülteciler toplumların (yerlilerin) ve güncel siyasetin yeni günah keçileri, kurbanları, şeytanları, iç ve dış politika nesnelere olarak varlıklarını sürdürmektedirler.

Yabancı meselesinin giderek politikleşmesiyle (yani kolay manipüle edilebilir bir hale gelmesiyle) kötüye dair sosyal algının biçimi değişmekte, mevcut kötülük sorunlarını yeniden düşünme gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Kötülük sorununu ele alan Badiou kötüye dair bir yaklaşım önermiştir. Badiou genellikle kanaatlerdeki kötünün farkında olmak ya da bir kötülük haklı çıkarılmak istendiğinde hep *en kötü*'ye (radikal/kökten/cezrî kötüye -Yahudi soykırımı vb.-) başvurulduğundan ve mevcut kötülüğün hep *en kötü* ile kıyaslandığından dem vurur. Esasen *en kötü* paradoksaldır, çünkü kendisi bir kıyas/ölçü birimi olarak (ölçünün kendisi olarak) ölçülemez ama aynı zamanda sürekli ölçülmelidir. Çünkü bu en kötü/suç nihai olumsuz örnek olarak taklit edilemediği halde her suç onu taklit eder. Yargılamalarımız yani bu –en kötüye göre- yapılandırılmış yargılarımız bir kötülük mutabakatına tabi kılındığından, kanaat ve yargılarımızı şekillendiren bu döngüden (*en kötü*'nün belirlediği döngüden) çıkılmalıdır (Badiou, 2019, s. 68-69.). Bu döngüden çıkılmadığı takdirde tekil durumlar ya da *en kötü* olarak sınıflandırılmayan *kötü*leri değerlendirmekten ve bunların sonuçları üzerine yeteri kadar düşünmekten aciz kalmakla birlikte, modern kötülük biçimlerinin en kötüye kıyasla aslında o kadar kötü olmadığını kavrarız. Aslında çoğu zaman *en kötü* olarak değerlendirilen durumlar/eylemler tarihsel süreçlerdir ve kendi tarihi koşulları içerisinde var olmuşlardır. Ancak kötüye dair eleştiri ve kötülüğe karşı koyma biçimleri, kötünün sergilendiği zaman dilimi içerisinde kıymet taşır. Uç bir örnek vermek gerekirse "Geçmişteki bir Nazinin (ya da benzer eylemlerde bulunan bir başkasının) bugün mevcut sosyopolitik düzende yaşasa zenofobikler kategorisinde bir kişi olarak mı değerlendirileceği ya da bugünün zenofobik addedilen bir kişisi geçmişte yaşasa bir Nazi olabilir miydi?" sorusu kolay cevaplandırılabilir bir soru değildir. Çünkü

---

<sup>17</sup> <https://www.france24.com/en/20200313-hungary-s-pm-orban-blames-foreign-students-migration-for-coronavirus-spread> Erişim tarihi: 24 Aralık 2020.

çağımızda artık her şey göz önündedir; toplum, medya ve küresel baskı beraberinde her türlü aşırılığı da baskılar ve görünmez kılar. Byung-Chul Han'ın Psikopolitika'da çağın özgürlük krizini *şeffaflık diktatörlüğü* başlığı altında ve siyaset-tüketici (toplum) ilişkisi ekseninde ele aldığı değerlendirmeyi toplum-mülteci, mülteciye hizmet veren toplumun bir bireyi (birimi)-mülteci, mülteci politikaları-toplum/ya da bireyin bakışı ekseninde ele alabiliriz (Han, 2020, s. 20). Mültecilerden/mülteci politikalarından talep edilen şeffaflığın aslında bireysel veya toplumsal katılımı pek de ilgisi yoktur. Bu talep çoğu zaman bu politikaların ne kadar zararlı olduklarını ifşa etmek, toplumda yarattıkları -politik, ekonomik ve sosyal- skandalları ortaya koymakla ilgilidir. Toplumsal ya da bireysel katılım şikâyetten öteye var(a)maz ve seyircilik konumu korunur. Çağımızda var olan kötülüğün artık birer klasik haline gelmiş iki tezahürü vardır: insanların acılarına duyarsızlık ve kamuya açılmaması gereken şeylerle mahremiyetin sömürgeleştirilmesi arzusu (Bauman & Donskis, 2020, s. 14).

Žižek günümüz ırkçılığının farklı tarzlarının analizinin yapılması gerektiğini iddia eder. Avrupa'nın Suriyeli mülteci krizine verdiği yanıtlardan hareketle Müslüman ötekinin (barbar, şarklı, yozlaşmış, ortodoks vs.) hiç utanıp sıkılmadan reddedilmesini ve onun etnik dehşet ve hoşgörüsüzlüğün, ilkel ve irrasyonel tutkuların mahalli olarak vehmedilmesini sağlayan çokkültürcü algıyı teşhir eder ve bunun tersine dönmüş ırkçılığı (Müslüman ötekinin hayat şehvetinin göklere çıkarılması vb.) hortlattığını belirtir. İrkçılığın genellikle basit kültürel küçümsemenin daha radikal/kuvvetli bir versiyonu olarak düşünüldüğünü (biyolojik veya kültürel), ancak günümüzün yansıtmalı ırkçılığının paradoksal biçimde doğrudan kendisini *ötekinin* kültürüne saygı gösterme biçiminde ifade edilebildiğini belirtir. Bunun riyakârlıkla bile kolay açıklanamayacağını, fetişist bölünmenin alameti farikası olan yadsıma mekanizması olduğunu şöyle vurgular: *ötekinin kültürünün de benimki kadar saygıdeğer olduğunu pekâlâ biliyorum, ama yine de onları hakir görüyorum*. Bu görüşünü de kendi kavramı olan *id-kötülük* (herhangi ideolojik yahut faydacı saiklerle temellenmeyen bir şiddet) kavramıyla temeller; ikincil rasyonalizasyonlar (yabancıların yerlilerin işlerini ellerinden alması, toplumsal değerlere yönelik tehdit oluşturmaları vb.) gerçekte bizi yanıltır. *İd-kötülük* özne arzusunun nesnesi-nedeniyle ilişkisindeki bir kısa devreyle meydana gelir; ötekinde bizi rahatsız eden şey onun nesneyle ayrıcalıklı bir ilişkiye sahipmiş gibi

görünmesidir (öteki ya bu nesne-hazineye sahiptir, onu bizden aşmıştır, ya da bizim nesneye sahip olabilmemizin önündeki engel ve tehlikedir) (Žižek, 2020, s. 217-218).

Tıbbın konusu olan -genellikle bir nesne, hayvan veya absürt fikirlere karşı olan- fobilerle sosyal bilimlerin konusu olan fobilerde ayrıma gitmek gerekse de fobinin tıbbi tanı kriterlerini kullanma imkânımız bulunmaktadır. Belirli bir fobisi olan kişi, korkulan nesneden kaçınmak için büyük çaba gösterir. *Kaçınma*, bir davranışı fobik olarak etiketlemek için kritik bir belirteçtir. Çoğu fobik, aşırı korkularının mantıksız olduğunu hatta aptalca görünebileceğini bilir, ancak onlar tarafından kapana kısılmaya ve onlardan kaçamaz hale gelmeye devam eder. Pek çok insan tarafından paylaşılan normal bir korku ile kronik bir fobi arasındaki temel fark, fobinin mantıksız olması ve bireyin günlük yaşamını engellemesidir. Korku, ezici, ısrarcı ve sarıcı hale geldiğinde ve bir bireyin işlevselliğini olumsuz etkilediğinde, normal yaşam akışını engellediğinde, bu bir fobi olarak kabul edilir (Doctor, Kahn, & Adamec, 2008, s. ix-xviii). Korkunun mantıksız bir temele oturması ve akabinde gelen patolojik kaçınma, korku duyulan dış grupları/yabancıları günlük yaşantı ve mesleki pratiklerden dışlama (hizmet verme istememe, hizmet verme esnasında her türden kötü muamele vb.) edimiyle kendini gösterir.

Buden korkunun temelinde dâir batı demokrasilerindeki vatandaşlardan hareketle ilginç bir sav ortaya atar; ona göre göçmenlerin -esasen gittikleri bölgenin verili düzeni içinde kendi kendilerinin imkânsızlığı içinde yok olacak- kültürel farkları bir nevi fetiş işlevi görür. Bu fetiş ise ruhsal ekonomide esas rolü daha temelde yatan bir korkunun doğurduğu çelişkilerin bastırılması ve katlanır hale gelmesidir, bu korku ise *kastrasyon* korkusudur. Göçmenlerin kültürel uyumsuzluklarıyla ilişkili bu abartılı korkunun fetişist işlevi, daha temeldeki bir travmanın: toplumu kaybetme [korkusu] travmasının yatıştırılmasında kullanılır (Buden, 2020, s. 132 dn 11).

Korku bir duygudur. Duygunun Latince kök anlamı *movere* (hareket etmek) istikrarsızlığı ifade etmektedir. Aristoteles *De Anima* [Ruh Üzerine] eserinde duygudan insan deneyiminin hareket ilkesi olarak söz eder. Duygular değişiklik göstermektedir; çünkü kıskançlık, sevgi, kızgınlık, iğrenme, korku (gibi duygular) duygular üzerinde düşünmenin bir sonucudurlar (kıskançlık, korku vb. duygular, içerisinde bir düşünme/muhakeme süreci barındırırlar ve düşünceler değiştikçe



duygular da deęişebilir; örneęin önceden korkulan bir Őeye karŐı dűŐüncelerimiz deęiŐirse artık o Őeyden korkmayabiliriz). Bunlar sıradan duyular deęil üzerinde fikir yűrűttűgűműz/dűŐűndűgűműz duyulardır. Bu durumda *duygular*=*duyumsamalar*+*dűŐűnceler* Őeklinde ifade edilebilir. Bir baŐka deyiŐle duygular insanları, olayları, Őeyleri/nesneleri vs. yorumlayiŐ biŐimi (yorumlama ve dűnyaya anlam verme eylemi) olarak anlaŐılabilir ve bu yorumlayiŐ [ahlaki] yargı ve muhakeme iŐerir. Duyguların ahlaki boyutu gűz önűne alındıęında, duygularımızdan daima yasal ve ahlaki olarak sorumluyuzdur (Sennett, 2017, s. 16-17). Zenofobi deęer yargılarının kaynaęı olabilen -Scheler'in- hınŐ/ressentiment kavramına yakın bir kavramdır. *Ressentiment*'da bir dűŐmanlık devinimi mevzubahistir; *ressentiment* zihnin karanlık dehlizlerinde egonun eylemlilięinden baęımsız, bastırılmiŐ bir gazap duygusudur. *Ressentiment* nihayetinde nefret ya da baŐka dűŐmanca duyguların tekraren yaŐanmasıyla Őekillenir, esasen dűŐmanca bir niyet taŐımamakla birlikte ők sayıda bu türden niyeti besler ve sahici ahlaki deęer yargıları asla *ressentimenta* dayanmaz. Deęerleri somut arzu/arzu yetisi seviyesine őkermek, deęerler arasında kiŐisel amaŐ ve istek/arzuların yapısına műnasip -yanılsamalı- bir hiyerarŐi kurmak normal bir deęer bilinci geliŐtirmenin yolu deęildir. Bu yol tersine deęer kűrlűęű ve yanılıęının temel kaynaęıdır. Bir deęere eriŐilemedięinde ise *geri durma* ve *razi oluŐ* edimi kiŐiyi baŐkasına diŐ bilemekten kurtarabilir (Scheler, 2015, s. 20-65).

Yabancı dűŐmanı ve ırkŐı inanŐların öznel rasyonelliğin iki tür biliŐsel *a priori* olan kategorizasyon ve őkıkarım önyargılarıyla [inference biases] desteklendiği, daha spesifik olarak, yabancı dűŐmanı inanŐların kliŐeleŐtirme yoluyla, yani bireyin bir parŐası olduğu sosyal grup veya kategori imajı temelinde bireyler hakkında bilgiye sahip olmadan varsayılmıŐ őkıkarımlarla (geŐersiz tűmevarımsal őkıkarımlardan ve basmakalıp sınıflandırma sűreŐlerle) ortaya őkıktıęı iddia edilmiŐtir (Rydgren, 2004, s. 143). Goffman damga/stigma terimini *son derece itibarsızlaŐtırılmıŐ* bir sıfata atıfla kullanır ve űç tip damgadan sűz eder:

- a) bedenin korkunŐluęuyla (fiziksel deformasyonlarla) gelen,
- b) zayıf irade, doğal olmayan tutkular, sapkınılıklar, katı inanÇlar ve ahlaksızlıklardan sonra gelen (hapis yatmak, eŐcinsellik, alkolizm, ruh hastalığına sahip olmak vs.),
- c) ırk, ulus ve din gibi etnolojik damgalar.

Damga *bir toplum veya topluluğun bir şey hakkında sahip olduğu bir dizi olumsuz ve genelde hakkaniyetli olmayan inanç, utanç ya da itibarsızlık işaretidir.* Damganın oluşabilmesi için *normaller* (belli beklentilerden negatif anlamda uzaklaşmayan biz ve diğer kişiler) ve *anormaller* gerekir. Kendi özelliklerimizi/gerçeklerimizi (hakiki ya da farazi) başkalarının insanîyetini ölçme ve değerlendirme hususunda bir kıstas olarak kullanmaya alışkın olarak, biz “normaller”, damgası olan bir insanın esasen pek de insan olmadığına inanırız. Bütün bunların doğrudan sonucu, aykırı olarak etiketlenen insanların toplumsal kabulünün kör bir reddi ve akabinde gelen yabancılaşmadır. Goffman bireyin varsayılan kimliği (bilkuve bir niteleme/bir nevi öndamga) ile fiili kimliğinin (kişinin gerçekten dâhil olduğu kategori ve sahip olduğu sıfatlar) arasındaki uyumsuzluğun, toplumsal kimliğini örseleyeceğini belirtir. Kişi artık itibarsızlaştırılmış bir kişi olarak dünyaya göğüs germek durumunda kalır ve toplumsal olarak itibarsızlaştırılmış kişi kendi gibi olanların dünyasında yaşamaya itilir. Bu durumda geriye destek alabileceği (alabilmeyi umabileceği) iki grup insan kalmıştır artık bunlar; kendiyle aynı damgaya hâiz olanlar ve *kabul görmüş* olanlardır (damgalı bireylerin mahremine girebilmiş, hallerinden anlar olmuş genellikle marjinal kişiler -bence toplumsal anlamda olmasa bile hekim-hasta ilişkisinin niteliği açısından bu gruba tüm hekimler dahildir/olabilmelidir- Goffman’da damgalı kişilerle daha fazla vakit geçiren hemşireler ve fizik tedavi uzmanlarını bu tiplere dahil eder) (Bauman, 2019, s. 37-39.; Goffman, 2020, s. 27-74).

Kearney’e göre ise *yabancı* insan ruhunun derunundaki bir yarığın göstergesidir; *yabancı* bilinç-bilinçdışı, aşına-yadırgatıcı (gayr-ı aşına), aynı-öteki arasında nasıl bölündüğümüzü gösterir ve bize tercih yapma imkânımız olduğunu hatırlatır/unutturmaz: (a) yabancılaşma ilişkin deneyimimizi anlayarak içselleştirmeye çabalayabiliriz (b) veyahut bu deneyimi münhasıran bizden/kendimizden olmayanlara yansıtarak inkâr ederiz. Kearney kişilerin çoğunlukla ikinci alternatifte yöneldiğini -bu kişilerin- karışık duygularını siyah-beyaz senaryolar şeklinde dışsallaştırarak, paranoyakça yanılsamaların bu duyguları anlamlandırmasının yolunu açtığını öne sürer. Esasen bizi irkilten, bilinçdışı korkuların çoğunlukla *başkaya* yansıtılmasıdır. Huzurumuzu bozan bir başkalıktan/başkadan bizzat mesul olduğumuzu kabul etmek yerine suçu üzerimizden atmak için her yolu deneriz. Birincil tepki *başkayı* "yabancı" olarak etiketleyip günah keçisi ilan ettikten sonra

hayatımızı kolaylaştırma çabasıdır. Böylelikle yabancı, bir canavar ya da fetiş-tanrıya dönüşür. Böylelikle her iki durumda da, karşımızdaki yabancıyı tekil bir öteki olarak tanımayı reddetmiş oluruz. Yabancıyı yani hakikatte *öteki-olarak-beni* tanımak istemeyiz, *ben* sağlıklı bir *ben* olabilmek için *ötekinin öteki* olmasına izin vermelidir (Kearney, 2018, s. 16-21).

Zenofobinin bilişsel temelinde her hâlükârda bir kategorizasyon (varsayılan/vehmedilen iyi-kötü, güzel-çirkin, terörist-hümanist, normal-anormal vs.) vardır ve kişi veya gruplar hakkında -genelde herhangi bir- bilgiye sahip olunmadan Goffman'ın tabiriyle "*kişinin kendisine tümüyle yabancı, kendisine ilişkin taslak bir biyografiye bile sahip olunmayan ötekine veya ötekilere karşı*" oluşmuş inançları temeller. Usdışıdır çünkü hem bilgiye sahip olmadan varsayılmış çıkarımlarla hem de bireysel ve/veya kolektif önyargılarla ortaya çıkar. Usdışı oluşunun ise- genellikle- ussal yetersizlikle ilgisi yoktur, bundan dolayı fenomen ahlaki bir soruna işaret eder ve etiğin konusu haline gelir. Zenofobinin *her türlü kimlik ve biyografik bilginin tıbbi sebepler dışında hiçbir önem arz etmediği bir mekân ve karşılaşmada, toplum içinde öz-saygısını yitirmeye yüz tutmuş yabancıya/incinebilir özneye karşı ortaya çıkması/çıkabilecek olması* hasta-hekim ve hekim-hekim ilişkisinin her türlü etik içerimini (gizlilik, sır saklama, mahremiyet, karşılıklı saygı, mesleki tesanüt, nezaket vb.) riske atmakla birlikte, meseleyi salt ahlaki bir soruna dönüştürür.

#### **2.4.2. Medikal zenofobi**

*Canavarlarla dövüşenler, dikkat etsinler de canavara dönüşmesinler.*

Nietzsche<sup>18</sup>

Güney Afrika'da *apartheid rejimi* (1948-1994 yılları arasında resmî devlet politikası olarak iktidarda bulunan Ulusal Parti hükümeti tarafından uygulanan ve Nelson Mandela'nın iktidara gelmesiyle sona eren rejim) sonrası toplumda derin bir şekilde kurumsallaşan yabancı düşmanlığının, sağlık hizmetlerinde de toplumsal niteliğiyle görülmeye devam etmesi üzerine, Güney Afrikalı akademisyenler ve araştırmacılarca medikal zenofobi kavramı ortaya atılmış, bazı yayınlarla bu durum belgelenmeye çalışılmış ve medikal zenofobi çoğunlukla yerel bir kavram olarak kullanımda kalmıştır. Bazı araştırmacılar -sağlık personeli tarafından yapılan

---

<sup>18</sup> Nietzsche, F. (2020). *İyinin ve Kötünün Ötesinde X*. (Çev. M. Tüzel). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, s. 90.

ayrımcılık türü olarak- yabancı düşmanlığını sağlık hizmetlerinin önündeki engeller teması çerçevesinde incelemiş ve sağlığın bir belirleyicisi olarak ele almıştır. Yeni ayrımcılık türü olarak zenofobinin günümüzde özellikle Avrupa ülkelerinde ırkçılıktan daha yaygın bir fenomen olduğu, yabancı düşmanlığına maruziyetin HIV ile yaşayan bireyler, mülteciler, kadınlar, çocuklar ve gençler de dahil olmak üzere halihazırda -daha fazla sosyal koru(n)maya ihtiyaç duyan- savunmasız topluluklara karşı daha belirgin ve özellikle Güney Afrika ve Rusya'da tıbbi hizmetlere erişimde bir engel olduğu belirtilmiş, marjinalleştirilmiş bireyleri etkileyen bu olgunun etik açıdan ele alınması gerekliliği vurgulanmıştır (Suleman, Garber & Rutkow, 2018).

Zihindula ve arkadaşları tıbbi yabancı düşmanlığını, baskıcı ilişkileri veya mültecilerin yaşamlarını dışlayan ve/veya sınırlayan koşulları yaratan ve güçlendiren herhangi bir uygulama, yargılama veya davranış olarak tanımlar. Dışlanmış bireyler ve gruplar, ırklarına, etnik kökenlerine, dinlerine, kültürlerine ve yasal statülerine dayalı olarak tıbbi yabancı düşmanlığı ile karşı karşıya kalabilirler ve diğer hastalardan farklı muamele görmelerinin başlıca sebeplerinden biri mülteci olmalarıdır. Güney Afrika'da yaşayan mültecilerin sağlık sistemi ile ilgili deneyimlerini anlamak amacıyla 31 Kongolu mülteciyle yapılan görüşmelerin yayımlandığı araştırmada, mültecilerin sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışlarına maruziyeti ve bu durumun onların tedavi arama davranışlarına olumsuz etkileri ele alınmış, araştırmacılar tıbbi yabancı düşmanlığının genellikle bir mülteci ile bir sağlık çalışanı arasındaki neredeyse her karşılaşmada yaşandığını ortaya koymuştur (Zihindula, Meyer-Weitz & Akintola, 2017). Crush ve Tawodzera, tıbbi yabancı düşmanlığını 'sağlık profesyonellerinin ve çalışanlarının işlerini yaptıkları sırada, mültecilere ve göçmenlere yönelik olumsuz tutumları' olarak tanımlar. Zenofobik bir sağlık profesyoneli -profesyonel davranışlarını ve hastalarına karşı sorumluluklarını yönetmesi gereken etik ilkeler ve davranış kurallarına [mesleki deontolojiye] aykırı olarak- hastalarını diline, görünümüne ve ulusal kökenine göre sınıflandırır ve buna göre tedavi eder. Yazarlar bakım zincirindeki yabancı düşmanlığını hayata geçiren tek grup olmamakla birlikte hemşirelerin, hastalara karşı mesleki sorumluluklarını göz ardı etmekte özellikle mahir olduklarını iddia etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından mutsuz ve hoşnutsuz olmalarının hastalar(ın)a kötü davranmak için mazeret olamayacağını, tıbbi yabancı

düşmanlığının, Güney Afrika halk sağlığı sisteminden çıkarılması gereken köklü ve zararlı bir olgu olduğunu belirtmişlerdir (Crush & Tawodzera, 2011, s. 28).

Cape Town ve Johannesburg'da 2010 yılı Ağustos-Eylül aylarında yapılan bir saha araştırmasında araştırmacılar, tıbbi yabancı düşmanlığının, ülkenin Anayasası ve Haklar Bildirgesi'nin, uluslararası insan hakları yükümlülüklerinin ve hastaların tedavisini engellememeyi deklare eden mesleki etik kurallarının temel bir ihlâli olmasına rağmen, Güney Afrika halk sağlığı sisteminde derin bir şekilde yerleşik olduğunu savunmuştur. Yazarlar Güney Afrika'daki vatandaşlara uygulanan anketlerde, vatandaşların çoğunun, sağlık hizmetlerinin yabancı uyruklular tarafından 'batırılıyor/sömürülüyor' düşüncesine sahip olduğunu, göçmenlerin ülke kaynaklarını 'tükettiği' ve ülkeye hastalık getirdiklerine inandıklarını, sağlık hizmetlerine erişim hakkının vatandaşlığa ve yasal statüye bağlı olması gerektiğini (hatta mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin reddedilmesi ve HIV pozitiflerse uzaklaştırılmaları gerektiğini) düşündüklerini belirtmiştir. Bunların sağlık sistemindeki 'tıbbi yabancı düşmanlığı' olgusunun merkezinde yer alan tutum ve stereotipler olduğunu, Güney Afrikalıların çoğu gibi, çoğu sağlık çalışanının da, mültecilerin hiçbir şeye hakları olmamaları gerektiğini düşünüyor gibi göründüklerini belirtmişlerdir (Crush & Tawodzera, 2014). Birçok araştırma ve rapor bu iddiaları pekiştirecek niteliktedir. Örneğin mülteci kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişim ve yararlanma girişimlerinde sağlık profesyonellerinin yabancı düşmanı tutumlarıyla karşı karşıya kaldıkları (Munyanzeza & Mhlongo, 2019), sağlık profesyonellerinin mültecilere yönelik tutumlarının ihmalden tamamen düşmanlığa kadar değiştiği mültecilerin sağlık tesislerinde "hastane istilacıları", "ilaç kurutucuları" gibi aşağılamalara maruz kaldıkları iddia edilmiştir (Chekero & Ross, 2017).

İnsan Hakları İzleme Örgütü 2009 yılında hazırladığı raporunda *Güney Afrikalı sağlık uzmanlarının binlerce sığınmacı, mülteci ve göçmenlere rutin olarak sağlık hizmetleri sunumunu engelleyerek, ülkenin yabancı nüfusunun sağlığını tehlikeye attığı* iddiasında bulunmuş, sağlık personelinin yabancı düşmanı tutumlarının, birden fazla izleme grubu tarafından belgelendiğini dile getirmiş, hastane personelinin ayrımcı davranışlarının, sözlü tacizin ötesinde bazen fiziksel istismar ve tıbbi ihmal olarak gerçekleştiğini belgelemiş, sağlık hizmeti sunumunun apolitik olmadığına dikkat çekmiştir (Shaeffer, 2009).

Bu akademik literatüre bir eleştiri olarak, Vanyoro tarafından Güney Afrika'daki tıbbi yabancı düşmanlığı anlatılarına karşı haklı bir çıkış gelmiştir. Bu güne kadar yapılan çalışmaların -çoğunun- mülteci görüşmelerinin, anlatılarının çıktıklarıyla tartışılması, sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşmelerin de sağlık hizmetlerine erişimle ilgilenen akademisyenleri ayırım gözetmeksizin göçmenlerin anlatılarına odaklanmaya yönlendirmesi, dengeli ve ölçülü bir ampirik eleştirinin önüne geçmiş ve araştırmacılar yerel sağlık hizmeti sağlayıcılarının (ve vatandaşların) bakış açılarını anlamaya yönelik çok az girişimde bulunmuştur. Bunun sonucunda araştırmacılar Güney Afrikalı hizmet sağlayıcılarının bakış açılarının, deneyimlerinin ve uygulamalarının heterojenliğini ve bunların farklı yapı ve alanlardan nasıl etkilendiğini yeterince dikkate almadan bulgularını Güney Afrika bağlamlarına genelleştirmiştir (Vanyoro, 2019).

Yukarıdaki bilgiler göz önüne alındığında tıbbi bir mekânda yabancı düşmanlığının var olmasına atıfla kullanılan medikal zenofobi esasen problemlili bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (yabancı düşmanı zaten her mekân ve zamanda yabancı düşmandır). Her şeyden önce yabancı düşmanlığının etik kodlara sahip profesyonel bir meslek grubunun sunduğu tıbbi bakım esnasında ve apolitik bir mekânda ortaya çıkması meselenin zenofobinin alt boyutu/kategorisi olarak tartışılmasını problemlili kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık, ırkçılık ve bunun sağlık sonuçları, mevcut sistemik/yapısal ırkçılık (structural racism), -yapısal ırkçılığa aracılık eden- kurumsal (institutional racism), kültürel ve kişilerarası ırkçılık fenomenleriyle tartışılmaktadır. Literatürde çoğunlukla yapısal ve kurumsal ırkçılığın bireysel, kurum içi (tıp eğitimi, hastane politikası, çalışanların adaletsiz kurumsal politikalara hoşgörüsü vs.), kurum dışı (dışlanmış grupların ayrı tesislere gönderilmesi, tesislerinin kapatılması, kaynakların adaletsiz dağıtımı vs.) ölçümleri ve bunların marjinal grupların beden ve akıl sağlıklarına yansımaları irdelenmiştir. Sosyal bilimlerde bazen yapısal ve kurumsal ırkçılık birbirlerinin yerine kullanılmıştır. Çoğu araştırmacı kurumsal ırkçılığın kurumsal mekanizmalar ve süreçler, kültürel ve kişilerarası ırkçılıkla beslendiğini iddia etmiştir (Williams & Mohammed, 2013; Bailey vd., 2017; Hicken, Kravitz-Wirtz, Durkee & Jackson, 2018; Adkins-Jackson, Legha & Kyle A. Jones, 2021). Kurumsal ırkçılık genellikle Amerikan sağlık sistemi özelinde (beyaz-siyah adaletsizliği) tartışılmaya devam ederken, kurumsal ırkçılığa aracılık eden sağlık profesyonellerinin ırkçı düşünce,

tutum ve davranışlarına yönelik, bazı vaka örnekleri dışında ve hassaten yeterli ölçüde biyoetik araştırma yürütülmemektedir.

Tıpta ırk ilişkilerinin etik boyutlarına değinmeyen biyoetikçilere bazı yazarlarca önemli eleştiriler getirilmiştir. Irksal farklılıklarla yüzleşmenin insan ıstırabını hafifletme yükümlülüğü olan tıp kültüründe neden hâlâ gerçekleşemediği sorgulanmamaya devam etmektedir. Irk kaynaklı suiistimallerin ve tıbbi zorbalık kültürünün biyoetik dergilerinde asla [hakkıyla] analiz edilmeyen semptomlar olduğunu, biyoetikçilerin hastaneler ve tıp fakülteleri gibi kurumların gerçekte nasıl çalıştığı (statükoyu nasıl sürdürdükleri ve sorumluların çıkarlarını nasıl destekledikleri), iktidarı nasıl dağıttıkları, hiyerarşinin alt basamaklarını işgal edenlerin sistematik suiistimaline nasıl tahammül ettikleri, buna yanıt olarak kendi kendini aklayan anlatıları nasıl ürettiklerine dair bir şeyler öğrenmek ve -sosyal ve kurumsal değişimi mümkün kılan koşulları yaratmak için gerekli olan- siyasi analizlere girişmek hususunda isteksizliği eleştirilmiştir (Hoberman, 2016). Başka bir yazıda bu ihmale (tıpta ırkçılığa resmen ne kadar az değinildiğine) dikkat çeken Johnstone ve Kanitsaki, "Irkçılık neden kendi başına sağlık hizmetleri etiği söyleminde etik bir mesele olarak yetersiz bir şekilde ele alınma eğilimindedir?" diye sormuşlardır (Johnstone ve Kanitsaki, 2010). Biyoetiğin, aynı konuların etrafında dolaşması (kürtaj, doktor yardımlı ölüm, sağlık teknolojisi, araştırma etiği, hasta-hekim ilişkisi vb.) sosyal adalet, irksal adalet, engellilik etiği, LGBTİ etiği, göçmen/mülteci etiği, Latin ve siyah nüfuslara yönelik ayrımcılık gibi konuların ilgi çekmemesi ve bu tür konuların ana akım biyoetiğin dışında bırakılma eğiliminde olması üzerine biyoetiğe karşı bir isyan olarak siyah biyoetik (BlackBioethics) kavramı ortaya atılmıştır. Siyah biyoetik, birçok farklı alandaki siyahların ve diğer marjinalleşmiş popülasyonların maruz kaldıkları adaletsizlikleri dile getirmek ve [grup/topluluk] çıkarlarının kabul edilmesi için benimsemek zorunda kaldıkları "kendimiz yapacağız" tutumunun başka bir örneğidir (siyah biyoetiğin varlığı biyoetiğin misyonunu yerine getirmedeki başarısızlığını temsil eder). Bunu savunanlarca savunmasız popülasyonlar ve belirli popülasyonları savunmasız hale getiren dış ve bazen iç faktörler biyoetikte önemli bir konudur (Ray, 2020; Ray, 2021).

Tarih hekimlerin birbirlerine yabancı düşmanı, hatta ırkçı eylemlerini ve söylemlerini kaydetmiştir. Tarihte ve günümüzde hekimlerin, hekim cemiyetlerinin

bile birbirlerine karşı yabancı düşmanı tutum ve eylemleri göze çarpmaktadır. Örneklendirmek gerekirse 19. yüzyılın sonunda, ABD'li doktorları iki ulusal dernek temsil ediyordu, Ulusal Tabipler Birliği (National Medical Association/NMA, siyahi hekimlerin birliği, kur.1895) ve Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association/AMA, beyaz hekimlerin birliği, kur.1847). Siyahi hekimlerin AMA'ya bağlı tıp derneklerinden dışlanmaları ırkla ayrılmış bir mesleği yansıtıyordu. Amerika'da 100 yıldan fazla bir süre, birçok eyalet ve yerel tıp topluluğu siyah doktorlara karşı açıkça ayrımcılık yapmış, onları üyelikten, profesyonel destek ve ilerlemeden menetmiştir. Örneğin Abraham Flexner'in *Medical Education in the United States and Canada* isimli, 1910 tarihli meşhur raporu (Flexner Raporu) tıp eğitiminde karmaşık bir evrime katkıda bulunmuş ayrımcı ve eşit olmayan tıp eğitimini güçlendirmiştir. AMA'nın talebi üzerine hazırlanan raporda Flexner ABD'de yaşayan 9,8 milyon Afro-Amerikalıya hizmet etmek için yeterli sayıda siyahi hekimin eğitilemeyeceğini kabul etmesine rağmen, o sırada faaliyette olan iki Afro-Amerikan tıp fakültesinin (Howard Üniversitesi ve Meharry Tıp Fakültesi) de kapatılmasını tavsiye etmiştir. Raporda Flexner kadın ve erkeklerin birlikte eğitilmesini tavsiye ederken, tıp fakültelerinde ırk ayrımcılığını kabul etmiş, buna rağmen siyahi doktorların farklı şekilde eğitilmesi (*halkına sağlık görevlileri olarak alçakgönüllülükle hizmet edecekleri şekilde*) gerektiğine dikkat çekmiştir (Baker vd., 2008). 2005 yılında AMA Başkanı Ronald Davis geçmişte birliğin Afro-Amerikalı hekimlere yaptığı muameleleri araştırmak için bir komite toplamış, komite bulgularını bildirdikten sonra (Baker vd, 2008), 30 Temmuz 2008'de AMA Yönetim Kurulu birliğin kurumsal ırkçı uygulamaları için alenen özür dilemiş ve Başkan Davis NMA'dan şahsen özür dilemiştir. AMA Kurulu özüründe, Afro-Amerikalı doktorları iç savaşın sonundan 1960'ların sonuna kadar AMA'dan dışlayan uygulamalar için ve açıkça ayrımcılık uygulayan eyalet ve yerel tıp derneklerini disipline etmedikleri, Afro-Amerikalı hekimleri 20. yüzyılın başlarında AMA'nın ulusal doktor dizininde "renkli" olarak listeledikleri için pişmanlık duyduğunu ifade etmiştir (Baker, 2016).

Türk tıp tarihinde de yabancı hekimlerle ilgili cumhuriyetin kurulmasından önce ve sonra çeşitli tartışmalar yaşanmıştır. Örneğin özellikle Ağustos-Eylül 1921 tarihlerinde yabancı hekimlerin Türkiye'de *hekimlik yapma hakları* ile ilgili tartışmalar yaşanmış, yabancı hekimlerin hatta mütetabiplerin bile Türk



hekimlerinden şöhretli ve sosyoekonomik olarak daha iyi durumda olmaları, Türk hekimlerin yaşadığı zorluklar, yabancı hekimlerin temettü vergisi[in miktarı] ve diğer vergilerden muaf oluşları eleştirilmiştir (Mazhar Osman, 1921). Kasım/Aralık 1923'de hükümet Türk tababetini himaye maksadıyla, ecnebi hekimlerin muayenehanelerini ve bazı yabancı klinikleri/hastaneleri (örn. Manara Kliniği/İstanbul İtalyan Hastanesi) kapatmış, ecnebi hekimleri icra-yı sanattan menetmiştir (Mazhar Osman, 1923).<sup>19</sup> Yaklaşık bir buçuk yıl sonra Temmuz 1925'de hükümet eskiden beri Türkiye'de icra-yı tababet eden ahlak ve irfanları ile temeyyüz etmiş bir Fransız tabibi ile sekiz İtalyan tabibin icra-yı sanatına müsaade etmiştir (Mazhar Osman, 1925). Bu müsaadeden sonra dönemin tabipler birliği (Etibba Muhadenet Cemiyeti) toplantılarında Türkiye'de çalışan ecnebi tabipleri ve ecnebi hastanelerde çalışan Türk hekimlerini münakaşa etmeye başlamış, bunun üzerine Mazhar Osman Bey dergisinde (*İstanbul Seririyatı*) hükümetin ecnebilere müsaade ettikçe kanunen ve nezaketen bu itirazların yanlılığını, bu müesseselerin yaşatılması, hekimlerimizin kendi tekâmülleri ve kurumların ıslahıyla uğraşması gerektiğine dair eleştirilerini yayımlamıştır (Mazhar Osman, 1926), hatta bu yazıdan sonra hekimler arasında ecnebiperestlik suçlamalarıyla çeşitli polemikler yaşanmıştır.

Fransa'da 19. yüzyılın sonları ile 1930'lar arasında yabancı doktorları Fransa'da çalışmaktan caydırmak için oluşturulan yasal engeller, 1990'ların sonundaki düzenleyici önlemlere kadar (özellikle Batı Afrikalı hekimlere yönelik), kamu politikalarıyla da pekiştirilerek tıbbi alanda düşük statülü işlerde istihdam edilmek suretiyle sürmüştür. 19. yüzyıl sonunda Fransız doktorlar, yabancı doktorların Fransa'da hekimlik yapmalarını engellemek için harekete geçmiş, 1892'de tıp doktoru diplomasına (docteur en médecine) erişimi kısıtlamayı başarmışlardır. 1896'da yabancılar için Fransa'da çalışma hakkı tanımayan diplomalar getirilmiş, 1933'te, Fransız vatandaşlığının ek şartını getiren bir yasa üzerinde oylama yapılmış, 1935'te, Fransız doktorların talebi üzerine, başka bir yasa ile, cinsiyet, sağlık ve yaş gibi

---

<sup>19</sup> I. Dünya Savaşı sonrası devlet kurumlarının çökmesi ve halkın yoksullaşması ile serbest hekimlik piyasasında Ermeni, Rum ve Türk hekimler arasındaki paylaşım kavgalarına Musevi ve İstanbul'da mülteci olarak bulunun -300 kadar- Rus hekim de katılmışlardır. Bu kavgalar Mütareke Dönemi'nde etkin olmuş, İstanbul Etibba Muhadenet Cemiyeti 1921 yılında Rus hekimlerin icra-yı sanattan men edilmeleri için hükumete çeşitli müracaatlarda bulunmuştur (Etker, 2017, s. 181-183). Yabancı hekimlerle ilgili tartışmalar Cumhuriyet kurulduktan sonra da devam etmiştir.

nedenlerle hizmet için uygun olmayanlar da dâhil olmak üzere, askerlik hizmetini yerine getirmemiş vatandaşlığa alınmış doktorların çalışmalarını geciktirmeyi/engellemeyi amaçlayan karmaşık bir ceza sistemi getirilmiştir. Bu ardışık eylemlere açık bir şekilde yabancı düşmanı söylem de eşlik etmiş, yabancı uyruklu doktorlar toplu olarak meslekte aşırıya kaçmakla ve Fransız vatandaşlarına ait olan işleri almakla suçlanmışlardır. Yabancı hekimlerin tıp pratiği yapmak için gerekli ahlaki yapıya sahip olmadıkları ve mesleğe karşı çıkarıcı bir tavır sergiledikleri iddiaları ortaya atılmıştır. 1970'lerin başına kadar, Fransız diplomasına ve Fransız vatandaşlığına sahip olmayan doktorlara mesleğin icrası fiilen yasaklanmıştır (Deplaude, 2011). Tıp dünyasındaki yabancı düşmanlığına bir başka örnek ise yine Fransa'dan verilebilir. Yahudi Soykırımı sırasında geniş okuyucu kitlesine sahip bir tıp dergisi olan *Le Concours Médical*'in, 1940 ile 1944 yılları arasındaki analizi, Fransız tıp birliklerinin (yabancı düşmanı ve antisemitik) tavrını ortaya koymaktadır. Vichy hükümeti yönetiminde yabancı düşmanlığı ve antisemitizmin tıp dünyasında da görülmesiyle, alınan kararlar yabancı ve Yahudi hekimlerin muayenehanelerini yasaklayan tedbirlerin uygulanmasını ve düzenli olarak listeler yayımlanmasını sağlamıştır. Ağustos 1941'den itibaren *Le Concours Médical*, tıp pratiği yapma yetkisi olmayan yabancı doktorların listelerini yayımlamaya başlamış, 1941 ile 1944 arasında, *Le Concours Médical* ve *La Presse Médicale* düzenli olarak tıp uygulamaları için yasaklanmış veya yetkilendirilmiş yabancı doktorların listelerini yayımlamıştır (Halioua, 2003).

Bir başka örnek de Kanada'dan verilebilir. Kendisi de göçmen bir hekim olan Chang *yabancı düşmanlığı ve yabancı tıp mezunlarının çilesi* başlıklı mektubunda, Kanada Tıp Birliği (Canadian Medical Association (CMA), kur.1867) gibi meşhur bir kuruluşun, göçmenlerin tıp mesleğinde hoş karşılanmayacağını deklare etmesi ve tıp fakültelerine girişlerini engellemeye yönelik bir pozisyon alması üzerine, şunları söylemiştir: "Diğer tüm meslek grupları da göçmenlerin mesleklerine girişini sınırlamaya çalışarak Kanada Tıp Birliği örneğini izlemeye karar verirse, göçmenler yoksulluğa mahkûm edilecektir. Bu, hem insan sefaleti hem de yoksullarla ilgilenen programlara aktarılan kaynaklar açısından ülkeye pahalıya mal olacaktır. Göçmenlerin çocukları tıp gibi belirli eğitim olanaklarından mahrum bırakılırsa ve diğer meslekler buna uyarsa, bu ülkede eşitlik ve özgürlüğe ne olacak?" (Chang, 1974). Yakın tarihli bir örnek de Güney Afrika'dan verilebilir. Bateman'ın

çalışmasında Güney Afrika kırsalında sağlık hizmeti sunumunun bel kemiği olan birçok yabancı doktor, meslektaşlarının yabancı düşmanı tavırlarıyla karşı karşıya olduklarını ve bu tutumların insanı yardımları aksattığını aktarmışlardır (Bateman, 2011).

İngiltere’de Royal College of Physicians/RCP tarafından 2020’de yayımlanan tıbbi sertifikalı (medical certificate of completion of training/CCT) hekimlerden elde edilen 8 yıllık veriler kullanılarak hazırlanan raporla, siyah, Asyalı ve etnik azınlığa mensup (BAME) hekimlerin iş başvurularında sürekli olarak dezavantajlı durumda oldukları ve yıllardır devam eden ayrımcılık süreci ortaya konulmuştur (Royal College of Physicians, 2020).

Örnekler çoğaltılabilmekle birlikte, bütün bu örnekler bu fenomenin tıp kültüründeki tarihi ve -hekimlerin birbirlerine (ve hastalarına) karşı olan ödev ve sorumluluklarını göz ardı etmesine sebep olan- güncel varlığını politik yönüyle birlikte ortaya koymaktadır. Toplumun en savunmasız bireylerinin sağlığını ve refahını etkileyen, ahlaki açıdan rahatsız edici her türden eşitsizlik ve etik problem(ler)i yaratan sebeplerden bazıları sağlık hizmetleri ortamının dışında yatmaktayken bazıları ise sağlık hizmetleri ortamından (tıbbi personel, sağlık kurumundan kaynaklı vb.) kaynaklanmaktadır. Örneğin siyahiler üzerinde yapılan deneyler ve ırk temelinde bakım ayrımcılığı, ABD sağlık hizmetleri sistemine derinlemesine yerleştirilmiş ve çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuş, biyoetikçilerce - gönüllülük ve aydınlatılmış onam perspektifinde- uzun yıllardır tartışılmış ve tartışılmaktadır (Byrd ve Clayton, 2001; Nuriddin, Mooney & White, 2020). Diğer savunmasız gruplarla ilgili sağlık hizmetleri ortamından kaynaklanan ve sağlıkta eşitsizlik ve adaletsizliği yeniden üreten -sadece eşitsizliklerin gözlemlenmesi ve istatistiksel olarak bunları kaydetmenin dışında- ayrımcı tutumları, davranışları ve uygulamaları ortaya koymak ve ortadan kaldırmak için ırkçılık ve yabancı düşmanlığı gibi fenomenlerin ele alınması ve bu fenomenlerle eşitsizliklerin nasıl yeniden üretildiğini ve sürdürüldüğünü anlama yükümlülüğümüz günden güne artmaktadır. Sağlık hizmetleri ortamındaki ayrımcı tutum ve eşitsizliklere örnek vermek gerekirse;

Amerikalı bazı hekimlerin siyahi hastalarına bazen hâlâ Amerika’da köklü bir ırkçılık geçmişi ‘Jemima Hala (Aunt Jemima)’ olarak seslendiği (Ray, 2017), bazı sağlık hizmeti sağlayıcılarının dini inançlarını hastalarına dayattığı, özellikle LGBTİ

bireyleri aşağıladığı ve -kişisel ahlakı mesleki etik yükümlülüklerinin önüne koyarak- bakım vermeyi reddettiği bildirilmiştir (Klugman, 2019). Brooks kendi eğitim hayatından kesitler sunduğu yazısında beyaz bir hekim olarak şunları yazmıştır; ‘Hekimlerin sağlık eşitsizliklerinin kökenlerini anlamak için ideal bir konumda olduğuna inanarak tıbaa girdim. Hastalarımızın yaşamlarının ve mücadelelerinin samimi ayrıntılarına erişebiliriz. Kötüleşen okulların, toplu hapisanelerin ve coğrafi ayrışmanın insanları sağlıklarını ciddi şekilde etkileyen durumlara nasıl yerleştirdiğini görmek için eşsiz fırsatlarımız var. Ancak bunun yerine, klişelerin ve suçlamanın, televizyonlarımızdaki haberler kadar geniş çapta pratiğimize nüfuz ettiğini, teşhisimizi etkilediğini ve bakımımızı tehlikeye attığını öğrendim. Beyaz olduğumu söylemeliyim. [Bundan dolayı] Sözlerimin göz ardı edilme ve kızgınlık olarak etiketlenme olasılığının daha düşük olduğunu biliyorum, şüpheli sözler yerine gözlemlerim için övgü alma olasılığım daha yüksek olabilir. Akranlarımın [siyah] renkli stajyerler olarak ırkçılığı deneyimlediklerini gördüm ve ayrıcalığının stetoskopum kadar güçlü olduğunu biliyorum...’ (Brooks, 2015).

Son tahlilde yabancı düşmanlığı, apolitik olmaları beklenen ve ahlaki sorumlulukları olan kişilerin görevlerini icra ettikleri tıbbi bir mekân ve karşılaşmada, *hekim* → *hasta* (hekimin yabancı addettiği hastasına düşmanca tutumu), *hekim* → *hekim* (farklı etnik kimliğe veya statüye sahip hekimlerin birbirlerine düşmanca tutumu), *hasta* → *hekim* (yerli hastanın yabancı ya da siyah bir hekime düşmanca tutumu), *hasta* → *hasta* (farklı etnik kimliğe, sosyal statü, kültürel farklılık vb. sahip hastaların birbirlerine düşmanca tutumu) arasında var olabilir/ortaya çıkabilir. Bir gruba karşı sağlıkta eşitsizliği yeniden üreten ve sürdüren bir ayrımcılık biçimi olarak ortaya çıkar. Meselenin tıbbi etiği ilgilendiren boyutu *-hasta* → *hekim* pratiğinde ortamda başka bir hekim yoksa eğer- *hekim* → *hasta* ve *hekim* → *hekim* arasında var olan yabancı düşmanlıklarıdır. Bu fenomenin varlığının saptanabilmesi için sağlık çalışanlarıyla çalışılması ve görüşlerinin alınması gerekliliği iddiası haklı olmakla birlikte, mesele tarihsel boyutuyla hekimlerin birbirlerine ve hastalarına karşı zenofobik tutum, düşünce ve davranışlarının ortaya konması gerekmektedir. Fenomenin yabancı düşmanlığının alt bir kategorisi olarak mı yoksa kurumsal ırkçılığı besleyen bir kategori mi olduğu ise tartışılması gereken başka bir konudur. Çağımızda ırkın önemli bir değişken olma statüsü yalnızca biyomedikal bilimlerle veya sağlığı ve -genetik ve bölgesel- bazı

hastalıkları anlamayla sınırlı olmakla birlikte, biyoetikte artık, ırk sosyopolitik bir fenomen olarak ele alınmakta, ırkın biyolojik temeli giderek yok olmaktadır. Türkiye, Almanya, Ürdün ve Güney Afrika gibi milyonlarca mülteciye ev sahipliği yapan ülkelerde göçmenlik/mültecilik toplumun ve dolayısıyla sağlık personelinin gözünde -genellikle- ırksal/ırklaştırılmış bir kategoriye (bir sosyal grubu) ifade etmekte ve medikal zenofobi tıbbi personel tarafından uygulanan bir ayrımcılık biçimi ve tıbbi ırkçılığın çağımızdaki fenomenlerinden biri haline gelmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, tıbbi bir alanda zenofobi salt ahlaki bir soruna işaret eder.

Tıbbi bakımın kim tarafından, hangi amaçla ve seviyede sağlanacağı, özellikle huzursuzluk ve siyasi çatışma zamanlarında önemli bir çekişme alanı olarak ortaya çıkması, hekimlerin politik öznellikleri, hekimler ile diğer politik ve sosyal aktörler arasındaki tarihsel ve yerel olarak bilgilendirilmiş karşılaşmalara bağlı olarak çok çeşitli biçimler alır. Sosyal ve politik geçiş dönemlerinde doktorların farklı roller üstlenebilmesi, tıbbi bilgi ve bakımın tarafsızlığının verilmediği anlamına, pratik ve ideolojik çekişmelerle dolu bir alan haline gelir (Can, 2016). Didier Fassin Fransa'da belgesiz göçmenlerin tıbbi gerekçelerle (hekimin verdiği hastalık raporuyla) ülkede ikametlerinin uzatıldığı ve sınır dışı edilmeyişine örnek olarak iki hasta-hekim karşılaşması örneklendirir. Bunlar, hekimin yurttaşlık sorumluluğuna iki zıt yaklaşımı temsil eder (bu olgularda hekimin karşısındaki dört gerçek; profesyonel, politik, deontolojik ve etik gerçeklerdir). Her ne kadar çelişkili olsa da, farklı pozisyonlar yine de, her biri kendi tarzında, bu profesyonellerin/tıp uzmanlarının görüşlerini, deontolojik referans noktalarının bulanıklaştığı bir siyasi alanda nasıl konumlandıklarını ortaya koymaktadır. Böylelikle teşhis ve prognoz hekim için ideolojik ya da etik konuları içeren bir vicdan sorunu haline gelir (Fassin, 2011, s. 93-97). Ancak Türkiye'de (ve diğer birçok ülkede) bu türden çelişkilere neden olabilecek ve hekimleri bu türden ikilemlere düşürecek bir göçmen politikası ve hasta-hekim karşılaşması bulunmamaktadır. Hekimler ve diğer sağlık personellerinin başlıca ödevlerinden biri Türkiye, Avrupa ülkeleri ve diğer ülkelerde ikamet eden *yerleşik* mülteci ve göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi sırasında politikadan arındırılmış bir mekânın yaratılmasına katkıda bulunmak ve bu mekânda mutlak misafirperverliğe kapı aralamaktır.

*Başkalık ve ötekilik* farklı düşünürlerce ele alınmıştır. Levinas'ta başkalık bitimsiz bir sorumluluk doğurur, Derrida ise başkalığı koşulsuz/mutlak misafirperverliğe davet olarak görür. Başkalığın etik açıdan kıymetinin bilinmesi, adaletin tesisi ile mümkün olabilir. Bu türden bir kadir-kıymet bilme ancak karşımızdaki *insan yabancının*, bizim egosantrik tasarılarımıza uymadığını, onu günah keçisi ilân etme ya da en iyi ihtimalle bir alter-ego olarak görme çabalarımızı boşa çıkarır. Kearney başka-öteki ve yabancıyı birbirinden ayırır, başkalığı saygı ve misafirperverliği hak eden bir başkalık, yabancılığı ise yabancılıkla ilgili deneyime atıfla kullanır: bu deneyim, (a) ayrımcılık (göç politikaları veya apartheid), (b) işkillenme (uzaylılar, davetsiz misafirler vb.), (c) günah keçisi yaratma (yabancı düşmanlığı, antisemitizm, ırkçılık vb.) ile bağlantılıdır (Kearney, 2018, s. 87-90). Derrida misafirperverlik kanununu tanımlar ve yabancı sorununun esasen yabancı sorusu (Önce yabancıya sen kimsin? denir, kimlik saptaması yapılır, yani misafir kendini tanıtmalıdır) olduğunu vurgular. Misafirperverlik kanunları, ev sahibine her zaman -evine kimi alıp kimi alamayacağını değerlendirme yetkisiyle- ayrımcılık yapma hakkı tanır. Koşulsuz/mutlak misafirperverlik bir isme/özel isme/soyisme (dolayısıyla soy-sop ve etnik kökene) tabi değildir, *öteki* zaten mutlak ve koşulsuz bir misafirperverliği hak etmektedir. Bu bağlamda mutlak misafirperverlikle koşullu/genel kabul gören misafirperverlik hukuku (Kantçı misafirperverlik kanunu, sosyopolitik koşulları gözardı etmeyen) özellikle sağlıkta birbirinden ayrılır/ayrılmalıdır. Hekimlik ethosunda ve nomosunda (deontolojisinde) zaten koşullu misafirperverliğe yer yoktur, hasta hastadır, hastalık da hastalık. Mutlak misafirperverlikle koşullu misafirperverliği ayıran Derrida misafirperverliğin adil olabilmesi için mutlak ötekinin evimize girebilmesi için her zaman açık kapı bırakılması gerektiğini belirtir, iyi yabancılar ile kötü yabancılar arasında bir ayırım yapılamaz. Misafirperverlik yabancının ayak bastığı topraklarda düşmanlık görmeme hakkını garanti altına alır (Derrida & Dufourmantelle, 2020, s. 27-31).

Kearney kötülüğün soykütüğü ve yüceye ilişkin yürüttüğü tartışmasında şu kaniya varır; "Radikal başkalığa açık olmak, her ne kadar etiğin olmazsa olmazıysa da tek başına yeterli değildir. İyi ile kötü arasındaki, kesinlikten uzak olsa da dikkatli bir ayırım yapmayı ihmâl etmemek gerekir. Böyle bir ayırım yapmadan düşünüp taşınmış etik eyleme geçmek pek mümkün görünmemektedir" (Kearney, 2018, s. 126). Badiou'nun deyişiyle de hekimlerin hastalarına gerekli müdahalede bulunması

için bir etiğe bile ihtiyacı yoktur, yalnızca açık seçik bir tıbbi görüşe ihtiyacı vardır. Hastalar ne, ne idüğü belirsiz kurbanlar ne de istatistiksel olarak kavranan nesnelere (Badiou, 2019, s. 26-31).

## 2.5. Hekim ve Hasta, Geçmiş ve Günümüz

است حاذق حکیم، او آید چونک

است صادق و امین کو، دان صادقش

*Geldiğinde onu bil ki [o] hâzık bir hekim  
ve sadık bir emîndir. Hakiki bir hekimde  
bulunması lâzımgelen hâzakat, emânet ve  
sadâkat sıfatlarını hâzıdır.<sup>20</sup>*

‘Salus Aegroti Suprema Lex’

Hastanın sağlığı en üstün yasadır.

### 2.5.1. Tarihte ideal (politik etik/etik), ödev (deontoloji), edep ve görgü (decorum-etiquette) ekseninde hekim kimliği, hasta ve yabancı karşısında hekim ve yükümlülükleri

#### 2.5.1.1. Giriş, Antik Çağ’dan Orta Çağ’a

Hekimlik, profesyonel/meslek etiği, etik kodlara sahip olmasının yanısıra bizatihi etik bir meslektir. Hekimlikte kimlik ve adap arayışı ‘hakikî/usta/hazık hekim kimdir, nasıl davranmalıdır ve sorumlulukları nelerdir?’ sorularının merkezi etrafında yol bulmuş, idealin tasavvur ve tasmimi zamanın gergefinde farklı dini, politik ve sosyal nakışlarla ortaya çıkmış, hekim, tarih boyunca kendisi ve aynı zamanda ait olduğu sosyal sınıf onurunun temsilcisi ve koruyucusu addedilmiş, hekimlikte ahlak, edep, görgü ve etik yazın Antik Çağ’dan bugüne kesintisiz devam etmiştir. Hekimlik mesleğinin her yeni pratiği ve her yeni hasta-hekim karşılaşması ödevsel (deontolojik) ve etik tartışmaların yanında ahlaki ve hukuki problemleri de beraberinde getirmiştir. Tarih boyunca doğru veya olması gereken/gerçek hekimin kimliği ve sorumlulukları; *ödevler (deontoloji)*, *idealler (etik)*, *edep (adabımuâşeret, decorum)* ve *görgü (etiquette)* ekseninde savrulmuştur. Bu bölümde geçmişten günümüze hasta-hekim ilişkisinin nasıl kavrandığına ilişkin örnekler verilmeye çalışılacak, biyoetik devrim öncesi tıbbi etik geleneğinde hekimlerin hastalarına karşı

<sup>20</sup> Olgun [Mevlevî], T. (1976). *Şerh-i Mesnevî 1. Cilt*. İstanbul: Şamil Yayınları, s. 103.

bakış açıları ve parçalanmış bir kimliğin nasıl bir araya gelerek ortak mutabakata dayalı entegre hekim kimliğini oluşturduğu aktarılacaktır. Literatürün Ortadoğu, Uzakdoğu, Kıta Avrupası'nın pek çok ülkesi, Avustralya, Rusya ve diğer pek çok ülkeyle birlikte değerlendirilmesi mümkün olamamışsa da genel bir değerlendirmeye birlikte tarihsel süreç kabaca aktarılmaya çalışılmıştır.

Robert Baker tıp etiği tarihi üzerine çok az birincil araştırma yapıldığını ve mevcut literatürün üç döneme odaklandığından (Antik Yunan ve Roma, 18. ve 19. Yüzyıllarda İngilizce konuşulan dünyada tıbbi ahlakın profesyonelleşmesi ve yirminci yüzyılın ikinci yarısının biyoetik devrimi) bu modelin, İslam dünyasını [ve uzakdoğuyu] ve kıta Avrupasını görmezden gelen bir tıp etiği tarihi ürettiğini belirtir (bu yayından sonra birkaç derleme eser yayımlansa da bu yayınlar etiğin ve dolayısıyla tıbbin özünü kavramaktan uzaktır). Baker'a göre bilimsel yetersizliğinin altında bizzat etiğin doğası hakkındaki inançlar yatar. Etik bazen, yorumlama alanı dışında, değişime açık olmayan ve dolayısıyla bir geçmişi olmayan tarihsel evrensel ilkeler açısından kavramsallaştırılma, bazen de sosyal bilimler perspektifinden temel olarak sosyo-ekonomik güçlerin 'yalnızca' bir epifenomeni olarak tasavvur edilme eğilimindedir. Tarihsicilik (historicism) tercihi -genelde- tıp etiği tarihi için 'Hipokrat'a Dipnot' mitidir, yani Batı tıp etiğinin Antik Yunan'da Hipokrat Yemini ile kurulduğu ve sonraki iki bin yıl için bu temel taahhüdü yorumlayan dipnotlardan biraz daha fazlası olduğudur. Efsane, fikirlerini meşrulaştırmak için kadim otoriteyi arayan hekimler ve Yemin'i eleştirileri için uygun bir odak olarak gören tıp eleştirmenleri tarafından geliştirilmektedir. Konuları daha da karmaşık kılan ise, farklı tarihsel dönemlerdeki ahlakı kavramsallaştırmadaki temel değişikliklerin, daha önceki ahlaki anlayışların/kavrayışların daha sonraki etikçiler tarafından önemsizleştirilme eğilimidir. Örneğin Thomas Percival (1740-1804), 19. Yüzyılda evrensel olarak modern tıp etiğinin kurucusu olarak görülmekteyken, yirminci yüzyılda köhne tıbbi görgü kurallarının (etiquette) yeniden üreticisi olarak özetle reddedilmiştir (Baker, 2000, s. 852).

Doğu ve Batı medeniyetlerindeki köklü tıbbi etik geleneğini ele alan Jonsen, kültürel ve zamansal farklılıkların erdem ve dürüstlük hakkındaki kavramların anlamlarında yarattığı değişime rağmen, tıp etiği hakkındaki literatürün, farklı kisveler altında bile tanınabilen, belirli ortak temalar etrafında dönüyor gibi görüldüğünü belirtir. Sokrates zamanından beri düşünürler, ahlaki kişinin (moral



person) karakteri veya vasıfları, ahlaki bir yaşamı oluşturan görevler veya yükümlülükler ve bireyler ile toplulukları arasındaki ilişki üzerine düşünmüşlerdir. Jonsen kolaylık sağlamak için, bu üç etik alanı *decorum* (Yun. εὐπρέπεια, adabımuaşeret/edep, Cicero *decorumu* içsel erdemi tezahür ettiren dışa dönük davranışları tanımlamak için kullanır), *deontoloji* ve *politik etik* (*politic ethics*, antik tıpta nadiren bahsedilen politik etik, bireyin ötesinde, bireylerin yaşadıkları topluluğa bakar ve tıbbın ticari kültürlerde profesyonel bir uygulama haline gelmesiyle önem kazanır) olarak adlandırır. Ahlak felsefesinden tıbbi etiğe dönüldüğünde bu üç alan ortaya çıkar. Çünkü tıbbi bir yaşamda hekim, erdemli, hastalarına olan ödev ve yükümlülüklerini ifa eden, daha geniş topluluklar veya toplumda önemli roller üstlenerek refaha hizmet eden bir kişi olarak görülmektedir (Jonsen, 2000, s. ix-xi).

Batı kültüründe tıp etiğinin kökleri, MÖ 5. yüzyıldan başlayıp MS 3. yüzyıla kadar uzanan Yunan Klasik Dönemi (Helen), Hellenistik Dönem ve Roma tıbbına (Romalı hekim Galen (MS.129-199/216) ile kapanır) dayanmaktadır. Yaraları iyileştirme ve hastalıkları tedavi etme işi ilk olarak Helen dünyasında, ilk toplumların çoğunda olduğu gibi, halk pratiği ve dini ritüel olarak ortaya çıkmıştır. Yunanca Orkos/Ὀρκος: kısıtlama/constraint anlamına gelen oath/yemin hakikatin veya bir sözün tanıklığı anlamına gelir. Böylelikle hekim kendini *öteki insanın* hayatı, özgürlüğü ve onuru karşısında kısıtlamak durumunda kalır. Yeminle birlikte hekimler, kişisel bütünlükle güvence altına alınan ve hastalara fayda sağlamaktan ve onları adaletsizlikten korumaktan sorumlu ahlaki bir girişimde bulunurlar. Yemin tıp sanatının saflığı ve kutsallığına dayanır. Hekim kürtaj yaparak veya düşüğe yardımcı bir ilaç reçete ederek veya vererek, hastanın ölümüne neden olacak -intihara yardımcı olmak için bile- bir ilaç reçete ederek veya vererek sanatını (mesleki ve şahsi onurunu) kirletmemelidir. Yeminli hekimin en temel yükümlülükleri ise, hastalara yardım etmek ve her türlü kötülük ve zarar vermekten, hastalardan, hatta kölelerden cinsel menfaat elde etmekten veya hastanın *mahremiyetini* ihlal etmekten kaçınmaktır. Bununla birlikte, Oath'ın/yeminin tıbbi etik anlayışı, köleliği kabul etmesi ve kadınların ikincil statüsü de dâhil olmak üzere dönemin kültürü tarafından şekillenmiştir (Miles, 2005, s. v-ix).

Hipokrat metinlerinde, hekimin tıbbi bakıma ihtiyaç duyan *herkese* hizmet etme görevinden açıkça bahsedilmemektedir. Platon, vatandaş hekimlerin vatandaşları tedavi ederken, asistanların kölelere baktığını öne sürer, ancak sınıflar

arasındaki bu engel resmini destekleyen yine de çok az kanıt vardır (Jonsen, 2000, s. 8). Hatta bir yorumcu şu yorumu yapacak kadar ileri gitmektedir ‘Hipokrat Koleksiyonu’nda yer alan pek çok tezin hiçbirinde köleler ve özgür insanlar arasında şimdiye kadar yapılmış en küçük ayırım yoktur. Her ikisi de hekimin özeni, ilgisi/dikkati ve saygısı için aynı kavgaları yaşamıştır ve sadece köleler değil, beşinci yüzyılın sonlarına doğru Yunan dünyasında her yerde sayıca artan ve hayatı çoğu zaman kölelerinkinden daha az zor olmayan yoksullar da dahil’ (Bonnard, 1959, s. 170). Edelstein, Yemin’in Yunan dünyasındaki hekimler arasında yaygın bir anlaşmayı temsil etmediğini, ancak filozof, mistik ve matematikçi olan Pisagor’un takipçisi olan küçük bir grup hekimin özel antlaşması olduğunu öne sürer. Bu yorumda Yemin, tıbbi çalışmanın gerekliliğinden ya da hekimin itibarını geliştirme ihtiyacından değil, gerçek ve açık bir ahlaki inanç sisteminden kaynaklanmaktadır (Edelstein, 1967). Kökeni ne olursa olsun yemin, deontolojinin çarpıcı bir örneğidir ve tıbbi deontolojinin temelidir. Yeminler, adaklar ve vaatler tipik deontolojik eylemlerdir: daha yüksek bir varlık önünde tanıklık edildiği gibi, kişiyi sözüne bağlarlar. Gasset’e göre yemin/ant tanrı ya da tanrıların tanık tutulduğu dinsel bir söyleyiştir. Tanrı gerçeğin sahibi olduğu için, o tanık tutulduğunda gerçekleştirilen kişi/ben(lik) arasında üçüncü kişi var olamaz. Tanrının hazır bulunuşu esasen özü gereği bulunmayışıdır (lâ-mekân, Tanrı hiçbir yerde bulunmayarak var olandır). Tanık tutulduğunda kişi *şeylerin* gerçeğiyle başbaşa kalır, onlarla kişi arasındaki hakikati örtecek hiçbir şey ya da kimse kalmaz (Gasset, 2011, s. 102).

Yunan felsefi yazını ahlaki, deontolojik bilgi olarak tasvir etmez, yani bir kural ve ilke ahlakı olarak değil, daha ziyade bir erdem ve özlem ahlâkı (the morality of aspiration) olarak tasvir eder. Yine de, popüler ahlak düzeyinde, kural ve ilkeler, özellikle ilahi olarak onaylanmış, yazılı olmayan bir yasaya (nomos) ve yeminlerin bağlayıcı gücüne olan inançlar da yaygındır (Dover, 1974, s. 246-261). Buna örnek olarak Platon’un erdem (sanat) etiği verilebilir (Platon, 2010, s. 8-27):

-(Sokrat) Peki ama sevgili Polemarkhos, hasta olmayana hekimden fayda gelmez değil mi?

- Gelmez. (I. Kitap, 332e, s. 8)

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) Yeter, bırakalım bu sözleri. Sen şimdi bana şunu söyle. Öz anlamıyla hekim nedir? Hekimlikle para kazanan mı, yoksa hastaları iyi eden mi? Anlat bize gerçek hekimi,

- Hastaları iyi eden tabii. (I. Kitap, 341c, s. 21)

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) Şunu demek istiyorum: Biri bana bedene beden olmak yeter mi, başka hiçbir şeyi gereksemez mi?, diye sorsa, ben şöyle karşılık verirdim: Bedenin gereksediği başka şey vardır. Hekimlik sanatı onun bu gereksediği şeyi karşılar, bunun için icat edilmiştir. Beden tek başına yetersizdir. Bu sanat bedenin işine geleni, ona yarayan neyse onu sağlar. Böyle demekle doğru mu söylemiş olurum sence?

- Doğru söylemiş olursun. (I. Kitap, 341e, 342a, s. 22)

(...)

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) O halde hekimlik, hekimliğin işine geleni değil, bedenin işine geleni gözetir.

- Evet.

- Binicilik, biniciliğin işine geleni değil, atların işine geleni gözetir. Bir sanat da hiçbir eksiği olmadığından, kendinin değil, sanatı olduğu şeyin işine geleni gözetir.

- Öyle olacak. (I. Kitap, 342c)

-(Sokrat) O halde her bilgi, kendinden üstün olanın işine geleni değil, kendi yönetimi altında olanın, yani güçsüzün işine geleni gözetir ve buyurur. (Bir hayli direndikten sonra, bunu da kabul etti Thrasymakhos.)

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) Demek ki, her hekim, hekim oldukça kendi işine geleni gözetmez. Hastanın işine geleni gözetir, buyurur. Öyle ya, öz anlamıyla hekim dediğimiz bir adam tüccar değil, beden bakıcısıdır. Bunda anlaştık.

- Anlaştık (I. Kitap, 342d, s. 21-22-23)

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) Peki, biri hastaya bakar da para kazanırsa, hekimliğe para kazanma sanatı diyebilir misin?

- Hayır. (I. Kitap, 346c, s. 27)

Bu pasajlarda Platon, okuyucularının, her etkinliğin bir iyiliği amaçladığını ve bir sanatın/zanaatın veya bir zanaatkârın erdemlerinin, bu iyiliğe ulaşma yeteneklerinin bir işlevi olduğunu -gerçek- kabul edeceklerini varsayar. İyinin elde edilmesine yol açan eylemler veya karakter özellikleri erdemlerdir veya erdemlidir; İyiden uzaklaşanlar ahlaksızlık veya kötülüktür. İyi hekimler, becerilerini ve karakter özelliklerini (erdemleri) geliştirerek ona ulaşmalarını sağlayan kişilerdir. İyi hekimin bu erdem anlayışı, yeminli iyi hekim idealinden çok farklıdır. Ezoterik ve kutsal olan yemin sanatı, uygulayıcılardan, ancak özel bir rol üstlenmeye yemin ederlerse sanatı emanet edebilecekleri kutsal bir taahhüt talep ediyordu. Böylece yemin, bilginin kutsal olmayan amaçlar için kötüye kullanılma olasılığını varsayar. Platon'un tıp sanatı ise aksine sekülerdir, Platon'a göre, ahlakı rol değil, etkinlik belirler. Yemin deontolojikken, Platon'un erdem etiği, tersine, teleolojiktir: yani, yükümlülüğün belirlenmesi de dahil olmak üzere iyi tıbbi uygulama, hangi eylemlerin ve hangi özelliklerin sanatın amacına en iyi şekilde ulaştığının ampirik bir değerlendirmesi ile belirlenir. Vicdanı yemin ile belirlenen bir hekim, yemine bakarak eyleminin uygunluğunu belirler. Örneğin ötenazi ve kürtaj yasakladığından, hekim, hasta veya toplum için sonuçları ne olursa olsun, yeminli hekim hastanın isteğini yerine getiremez (Baker, 2000, s. 857). Bunun da büyük oranda 'günaha girme kaygısı' ve 'insan vicdanı gerçeğin yanlış temsilidir' düşüncesi ile ilgili olduğu iddia edilmiştir; ancak etik, günahla, 'felsefi günah' (philosophical sin) denilen yön dışında ilgilenmezken, deontoloji, günahı, uygun teolojik anlamında 'Tanrı'ya karşı bir suç veya düşünce, Tanrı'nın yasalarına karşı çıkma' olarak tanımlar. Deontoloji/yemin, bu nedenle, doğal teolojiyi önceden varsayar ve onun sonucudur. Aynı zamanda, etik mutluluğun zorunlu nesnesi olarak Tanrı'nın varlığının değerli bir kanıtını gösterirken, deontoloji/yemin zorunlu kanun koyucu olarak O'nun bir kanıtını sunar. Tanrı olmadan insanın rasyonel arzusu hüsrana uğrar ve *insanın vicdanı gerçeğin yanlış bir temsilidir* (Rickaby, 1919, s. viii).

Platon'un sanat etiği modern zamanlara değin hekimler güruhunda genel kabul görmemiş gibi görünüyor. Ancak hekimler tarafından yazılan metinlerin bir kısmında Hipokratik deontoloji, tıbbi görgü ve edep/adabımuaşeret literatürü devam etmiştir. Tıp sanatının kutsallığı gibi yemin de birçok kültürde kutsal kabul edilmiş, hekimlerin saf ve ilahi/ilhami olan bu kutsal sanatın yolundan sapma ihtimallerinin önüne yemin aracılığıyla geçilmeye çalışılmıştır. Bunun yanında hekimlerin temel

erdem ve ahlaksızlıkları, ideal hekim profili görgü ve edepsel yazınla birlikte tartışılabilmiştir.

Hipokrat'a atfedilen -üslup ve felsefi gerekçelerle sonradan Helenistik döneme tarihlenebilen- *Decorum* ve *Precepts* gibi ahlaki tezlerden *Decorum* adlı kitap bilgeliğin övgüsüyle açılır: "Hekim bilgelik aşığı, yani bir filozof olmalıdır ve böylece tanrısal olacaktır." (III). Hipokrat'a göre hekimin *decorumu* (edebi) onun itibarını (εὐδοκίμην) artıracaktır (XVIII). Burada itibar, hekimin kendi reklamını arttıracak şöhretten ileri gelmez, esasen iç benliğinin dışavurumu, yani ahlaki erdeminin dışsal tezahürüdür. Bilgelik aşığı bir hekim bir tanrıya eşdeğerdir (tanrılar, insanlar öyle düşünmese de gerçek hekimlerdir), çünkü bilgelikle tababet arasında gerçekte sabit bir uçurum yoktur; tıp, bilgeliği oluşturan tüm niteliklere sahiptir (Withington, 1959, s. 267-301). Sanatın hizmetkârı (hekim), *Precept V*'de önerildiği gibi, hastanın isteklerini göz ardı edemez, ancak hastanın işbirliğini güvence altına almalıdır, çünkü işbirliği sanatın amacına ulaşır. *Precepts (VI)*'de ise şu pasajlar dikkat çekicidir: Sizin çok kaba olmamanızı, hastanızın bolluk veya servetini dikkatlice düşünmenizi tavsiye ediyorum. Bazen hizmetlerinizi karşılıksız verin, önceki bir iyilik ya da mevcut tatmini aklınıza getirin. Ve mali sıkıntılar yaşayan bir *yabancıya* hizmet etme fırsatı varsa, bunların hepsine tam destek verin. İnsan sevgisinin olduğu yerde sanat sevgisi de vardır (Jones, 1923, s. 319). *Precepts* (Παραγγελαί, tıbbi düsturlar) ve *Decorum* gibi ahlaki tezler, evrenselci bir etiğin, görünüşte hekimin pratik başarısına daha fazla bağlı bir başkasına tabi (insan/hasta/yabancı) olduğunu onaylar. Yemin tıbbın deontolojisini belirlediğinden, esasen, hekimlik pratiğindeki görgü ve edep (etiquette ve decorum) etiği belirler, etiğe bir tartışma alanı açar (Nutton, 1992, s. 26). Evrensel olarak uygulanmamış olsa da, evrensel olarak uygulanabilir etik kurallar için en iyi kanıtın Helenistik dönem sözde Hipokrat metni *Precepts*'de bulunabileceği başka yazarlarca da iddia edilmiştir (Elliott Burton Martin, 2012).

Roma tıbbıyla birlikte Stoik öğretiler de tıbbi etik literatürüne eklenmiştir. Romalı hekim Scribonius Largus'un (MS 1?-54?) -MS 44 ile 48 yılları arasında yazdığı- *Compositiones medicamentorum* isimli kompozisyonlarının önsözündeki ahlaki öğretiyi inceleyen Pellegrino -dönemin Roması ve tıbbının (bilimsel ve ahlaki olarak), Scribonius tarafından ifade edilen türden etik ve insani duyguları beslemek için uygun bir zemin olmadığını belirterek- Scribonius'un öğretisine doğrudan

Hipokrat geleneğine ilaveten bu geleneği önemli ölçüde genişleten orta dönem Stoa ahlakından çıkarılan boyutları ekleyerek, hekimin sosyal rolünün özel doğasındaki ahlaki yükümlülükleri, bu role özgü şefkat ve ahlaki bir zorunluluk olarak statüsünü şekillendirdiği hümanist bir etik yarattığını belirtir. Scribonius eserinde şunları yazmıştır: ‘(...) Öte yandan, hastalarına mümkün olan her şekilde yardım etmeye istekli olanlar alkışlanmalıdır (bu cümlenin çevirisinde farklı çevirmenlerce bazı farklılıklar vardır). (...) Tüm tanrılar ve insanlar, yüreği şefkatten ve insanlığın nezaketinden yoksun olan hekimden nefret etmelidir. Ne de olsa bu nitelikler, kutsal tıp yeminine bağlı olan hekimin bir düşmana bile zararlı bir ilaç vermesini engellemektedir. (...)’. Tıp, kişinin bütün varlığıyla yoğunlaşmasını/dikkat kesilmesini gerektirir. Hekim hastalar(1) arasında ayırım yapmaz çünkü "bir erkeğin/hastanın değerini zenginliğine veya karakterine göre ölç(e)mez, ancak [ve] onu arayan herkese yardımını *özgürce* sunar". Scribonius bunu ‘scientia enim sanandi non nocendi est medicina/tıbbın ana amacı iyileştirmektir, zarar vermek değildir’ ilkesiyle açıklamıştır. Ona göre en düşük fayda sağlayabilmek bile zararlı olmamanın çok ötesindedir. Buna göre hekim bütün varlığını ıstırabın giderilmesine yoğunlaştırmalıdır. Scribonius'un ahlaki kodunun bu unsurları haklı olarak hümanist olarak adlandırılabilir. O erdeme dayalı, role özgü bir deontolojik etik kurar. Role özgüdür çünkü tıp mesleği kişisel çıkarların silinmesini gerektirir. Üstelik tıp, hekimlerin büyük bir özgürlüğe sahip olması ve istedikleri gibi pratik yapabilmeleri nedeniyle, hekimin erdemli olmasını gerektirir. Gerçekten de şefkat, hekimin her tıbbi eylemde göstermesi ya da hekimliği bırakmasını gerektiren açık bir ahlaki zorunluluk haline gelir. Aslında, hekimin "mesleği", merhametli bir iyilik vaadi, ahlaki olarak saygı göstermek zorunda olduğu bir kutsallıktır. Kısaca hekimin hastalara hizmeti, *insan düşmanlığını* aşmalıdır (Pellegrino & Pellegrino (A), 1988). Scribonius'un yazdığı zamandan yaklaşık iki yüzyıl sonra MS. 220'ye tarihlenen Atina'nın Asklepion'unda kurulan bir anıta hekimin görevleri üzerine -Dor lehçesiyle- yazılmış bir şiirde de geleneğin devamı izlenebilir. Düşünce, insan kardeşliği Stoacı doktrinini, özellikle de Hipokrat yazılarının eski felsefesini yansıtır. Şiir -klasik yemin içeriğinden sonra- şu cümleyle bitmektedir "Bir hekim bir Tanrı gibi, kölelerin, yoksulların, zenginlerin ve yöneticilerin kurtarıcısı ve tüm kardeşlere eşit derecede yardımcı olmalıdır. Çünkü hepimiz kardeşiz. Bu nedenle kimseden nefret etmez, zihninde kıskançlık duymaz." (Oliver, 1939).

Galen'in eserlerine, örneğin, *Terapötik Metod Üzerine* isimle eserine bakıldığında Metodizm Ekolü'nün kurucusu kabul edilen ünlü Romalı hekim Trallesli Thessalus (MS 70-95 civarı) Galen'in ahlaksızlık örneğidir. Uzun zaman önceki güzel günlere kıyasla çağdaşlarının bayağı zevkleri ve ahlaki durumundan bahseden Galen, gerçeğin/hakikatin kendi çağında hiçbir şey ifade etmediğini, yalnızca para, dalkavukluk, güç, yiyecek ve şarap anlamına geldiğini aktarır (Smith, 1973, s. 577-578; Hankinson, 1991). Galen, yazılarının pek çok bölümünde hekimleri açgözlülük, çekişme ve cehaletle suçlar. Gerçek hekimi, ölçülü bir dost ve bir hakikat musahibi olarak tanımlar. Bu nedenle hekim felsefenin tüm bölümlerini bilmelidir: mantık, fizik ve etik (Epikürosçu tasnif). Bu durumda, ölçülü davrandığı ve parayı küçümsediği için, herhangi bir kötü eylemde bulunma tehlikesi olmayacaktır. Öyleyse hem ilköğrenim hem de sonraki eğitim hayatında hekimler için felsefe gerekliyse, açıkça tüm gerçek hekimlerin de filozof olması gerekir (Singer, 1997, s. 30-34). Müslüman tabiplerden Galen'in bu görüşüne (ehil bir tabip filozof olmalıdır) muhalif görüşler de yok değildir. Örneğin İbn Hindû'ya (ö. 423/1032) göre "Sanatların sanatı olan felsefe, tıp da dâhil olmak üzere tüm ilimleri içeren genel bir disiplin olduğundan, hekimi filozof yapmaktansa filozofu hekimi yapmak, daha kolay ve anlamlıdır" filozof olmayan hekimin, felsefenin -nazarî ve amelî- tüm dallarında ilim tahsil etmesine lüzum yoktur, ancak mantık eğitimi ardından tıp talebesi, nefsinin rezil hallerden korumak ve faziletlerle donatmak için ahlâk ilmini (ilmü'l-ahlâk) tahsil etmelidir (Kaya, 2011).

Bazı akademisyenler tababet ve hekimlikle ilgili ahlaki söylemin çeşitli yüzyıllarda ve kültürlerde çeşitliliğinin, kesintisiz/değişmemiş bir şekilde günümüze gelmediği konusunda uyarsa da (Veatch & Mason, 1987) her devirde tıbbi ve ahlaki yazın hep içiçe olmuştur. Gelenek boyunca, bu alıntılar dikkat çekici ölçüde benzer tonlarda, ancak çeşitli vurgularla tekrarlanmıştır. Örneğin, edepte (decorum) tavsiye edilen tavırlar, belirli dönemlerin geleneksel nesirlerinde farklı şekilde tanımlanmış olsalar bile, büyük bir kararlılığa sahiptir. En eski zamanlardan beri mevcut olan gizlilik veya tıbbi sır gibi diğer edepsel unsurlar, farklı kültürlerde farklı şekillerde vurgulanmış ve hatta deontolojiye entegre edilmiştir. Kürtaj veya kasıtlı olarak can almaya karşı olma gibi deontolojik unsurlar, bir çağdan ve kültürden diğerine tutarlı, ancak oldukça farklı görünen derin ahlaki varsayımlara dayanır. Uzun geleneğin çoğu, hekimlerin nasıl davranması gerektiğini yazan hekimler tarafından

yaratılmıştır. Ancak tıbbi adap bundan çok daha geniştir. Diğer kişi ve kurumların tıbbi faaliyetlere verdikleri yanıtları (şairlerin ve oyun yazarlarının yorumları, hahamların ve papaların öğretileri, kralların ve meclislerin hükümleri vs.) da içerir (Jonsen, 2000, s. ix-xi).

### 2.5.1.2. *Uzakdoğu, İslami yazın ve Orta Çağ'dan örnekler*

Uzakdoğu'dan da örnekler vermek gerekirse; Konfüçyüsçü (Confucius (551–479 MÖ)) -hümanist, diğerinin acısına dayanamayan insan kalbini kök alan ve *Ren Sanatı* olarak adlandırılan öğretinin- tıp etiği geleneğinde, *tababet* bir aşk sanatıdır, iyi yaşam için erdemleri geliştirme hayatıdır ve kişisel adanmışlık gerektirir. Konfüçyüsçüler doğal olarak tıbbi "ren sanatı" olarak kabul etmiş, onu kâr veya şöhret için değil, sevgi ve şefkatin bir nedeni olarak görmüşlerdir. Tıbbi tekniklerde ustalaşmak ve bunları uygulamak için büyük erdemler gerektiğine inanmışlardır, çünkü Konfüçyüsçülük, insan hayatını evrendeki her şeyin en şerefli ve değerlisi olarak yorumlar (Fan, 2008). Genel olarak, Konfüçyüs etiği güçlü deontolojik ve erdem etiği özelliklerinin yanı sıra, *kamu yararını gözetmek için* sosyopolitik bağlamda kaçınılmaz olarak sonuççu etik olarak belirir (Tsai, 2005). Hasta-hekim ilişkisine dair en aşkın yorumlardan biri 7. Yüzyılda Çinli hekim Sun Si Miao'nun (sūn sī miǎo (581-682)) *Usta Hekimlerin Mutlak Samimiyeti* (dàiyī jīngchéng/Absolute Sincerity of Great Physicians) başlıklı makalesinde göze çarpmaktadır, Sun Si Miao'nun hazık bir hekimin hiçbir koşulda ayrımcılık yapmaması gerektiğine dair yazdıkları dikkat çekicidir: *Usta bir hekim statüye, servete veya yaşa dikkat etmemelidir; bir kişinin ilgi çekici ya da çirkin, düşman ya da arkadaşı, Çinli ya da yabancı, eğitimsiz ya da eğitilmiş olup olmadığını sorgulamamalıdır. Herkesle eşit zeminde buluşmalı. Her zaman yakın akrabalarını düşünüyormuş gibi hareket etmelidir* (Wang & Wang (X), 2014). Çin ve Batı kültürleri arasındaki farklılıklara rağmen, bir 'hekimin erdemleri ve profesyonelliği' hakkındaki görüşler benzerdir (Tsai, 2014).

Hipokratik etik ile Yahudi-Hıristiyan tıp etiği çatışmalarını anakronik bir tarzda irdeleyen bir çalışmada, Hıristiyanlığın ilk dokuz yüzyılında tıbbi eserlerde kaydadeğer bir Hipokratik atıf bulunmasa da sonrasında Hipokrat Yemini'nin teolojikleşerek Avrupa kültürüne entegre edildiği ve bir Hıristiyanın yemin edebilmesi için revize edildiği belirtilmiştir (Veatch & Mason, 1987). Nitekim İslâm kültüründe de durum bundan farklı olmamıştır. Örneğin İbn Ebî Usaybia (ö.



668H/1269) *Uyûnu'l-enbâ fî tabakâti'l-etıbbâ*'da Hipokrat, Pisagor, Sokrat, Aristo, Platon, Galen gibi filozof ve hekimleri mümin ve muvahhid ilân etmiş, tıbbın kökeninin kaynağı ile ilgilenmiş (Tıp kadîm midir? -Hadis midir?/Ampirik midir? -Vahiy veya ilham eseri midir?) ve Galen'in tıp ilminin ilahi/ilhami olduğuna hükmetmiştir. Usaybia Hipokrat Yemini'ni Arapça'ya tercüme etmiş ve yemini İslamileştirmiştir (Arıcı, 2014). Chauncey D. Leake'de yeminin Hıristiyanlaştırılması hakkında şu yorumda bulunur: Hıristiyanların aslen bir pagan olanı almasına izin vermek için, yeminin biraz değiştirilmiş biçimleri geliştirilmiştir. Yeminde yer alan etik kuralları uygulayan kimse olmamasına rağmen, yine de tıbbi uygulama üzerinde bir miktar etkisi olduğu görülmektedir. 18. Yüzyılın sonundan önce tıp mesleği genellikle etik sorunlarını Yunan geleneği olan sosyal açıdan uygunluk [good taste] ve kişisel onur temelinde ele almaya çalışmıştır. Bununla birlikte, özellikle modern tıp etiği kodlarının gelişimini anlamak istiyorsak, antik Yunan'a değil, 19. yüzyıl İngilteresine ve özellikle 1803'te yayınlanan Thomas Percival'in eski ve modern tıp etiği arasında önemli bir kırılma noktası olan çalışmasına *Tıp Etiği*'ne bakmak gerekir. Çünkü Yunan tıp etiğinin genel ilkelerinden mevcut karmaşık sisteme geçişi herkesten daha fazla etkileyen Percival olmuştur (Leake, 1927, s. 23-24, 36).

Hipokrat'ın fikirlerinin kesintisiz bir çizgide erken ve geç Orta Çağ ve Salernitan (Salerno Hipokrat idealizmi ve bilimselliğinin merkezi, orta çağda Yunan tıp geleneğinin temsilcisi olan seküler ekol) olmayan merkezlerde ısrarı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Temkin, 1932; Kibre, 1945). Yunan tıp geleneğinin yüksek ideallerinden saptığı varsayılan ve hekimlerin şarlatan, şifacı, berber konumuna indirgendiği Orta Çağ tababetinin tıbbi etik geleneği ile ilgili önemli çalışmalar yapılmıştır. Dönemin el yazmalarını inceleyen MacKinney'e göre erken Orta Çağ için (9. Yüzyıl öncesi) kaynaklar yetersizse de 4. Yüzyıl'dan sonra tıp etiği ile ilgili belgeler Hipokrat yeminine muğlak yakınlıklar göstermektedir. Tıbbi idealler daha dindar ifadelerle manastır tıbbi olarak da anılan 8-10. Yüzyıllar'da özellikle Kuzey Avrupa'da yazılan el yazması eserlerde görülebilmektedir. Karanlık Orta Çağ olarak bilinen 4-11. Yüzyılların tıbbi ideallerinin de Hipokrat, İncil veya ruhani otoritelerden kaynaklandığı ve evrildiği gösterilmiştir. Şifanın ilahi yönlerini vurgulayan dinsel tezlerin yanında (bedenin iyileşmesi ruhun iyileşmesine bağlıdır, şifa tanrıdandır, tıp *en yüce olan* tarafından yaratılmıştır) hekimin nitelikleri ve eğitimi (örn. hekim zarif ve doğuştan iyi bir karaktere sahip, öğrenmeye yatkın ve

eğilimli, ayık ve mütevazı olduğunu görmek için kişiliğini test etmelidir; iyi bir konuşmacı, çekici, vicdanlı, zeki, uyanık ve nazik, tüm ayrıntılı işlerde usta ve becerikli olmalıdır. Tıp sanatı aynı zamanda kişinin sevimli, alçakgönüllü ve yardımsever olmasını gerektirir. Hekimin onuru yüksek olduğu için kusurları olmamalı, sağduyulu, sabırlı, sükûnet ve incelik sahibi olmalı; açgözlülükten kaçınmalı, akılcı, çalışkan ve haysiyetli olmalıdır. Bu sanatın erdemlerinden biri de, bilgeliğin kazanılmasında gösterilen gayrette saklıdır.), nasıl biri olması gerektiği (hekim güvenilir, tavırlarında nazik ve mütevazı olmalıdır. Ne bilgidен yoksun olmalı ne de gurur duymalı; *zengin ve fakir, köle ve hür olanla ilgilenmelidir, çünkü tüm bu insanlar arasında ilaçlara eşit olarak ihtiyaç vardır.* Hipokrat Yemini'ne dikkat etmeli ve her türlü suçluluktan ve özellikle ahlaksızlıktan ve baştan çıkarma eylemlerinden kaçınmalıdır.), tıp sanatında eğitim almaya başlayacak olanların özellikleri (önce doğuştan özgür, asil karakterli, yaş olarak genç, orta büyüklükte ve sağlam vücutlu olmalıdır. Her şeyde; gerçekten de vücutta olduğu gibi, ruhsal olarak da; iyi bir ögüdün bilincinde, iyi huylu, erkeksi, iyiliksever, iffetli, alışılmadık bir zihin gayretiyle donatılmış, öfkelenmeden cüretkâr, dik başlı değil, öğretileni hızlıca kavrayan ve anlayan, kısaca konuşmayı bilen, zarif, iyi hafızaya sahip ve tembel olmamalıdır. Öncelikle ona gramer, diyalektik, astronomi, aritmetik, geometri ve müzik öğretilmelidir. Konuşkan olmasın diye retorikten kaçınmalıdır. Tıpla birlikte felsefe öğretilmelidir.) pek çok eserde ele alınmıştır. Erken Orta Çağlarda tıp etiği ve görgü gerileyen bir klasisizmden çıkmasına ve münzevi dindarlığın "karanlık çağı" tarafından beslenmesine rağmen, belirgin bir şekilde modern bir tada sahiptir. Başvurulan tek otorite Hıristiyanlığın Tanrısı olmasına rağmen, Hıristiyanlığın ve Hipokratik ideallerinin dikkate değer bir sentezidir. MacKinney hem Yunan hem de Orta Çağ hekimlerinin, biri idealist, diğeri pratik olmak üzere iki farklı etkiye maruz kaldığını iddia eder; etik ve görgü kuralları (etiquette). Etik söz konusu olduğunda, erken Orta Çağ yazarlarının, görünürde herhangi bir çatışma veya tutarsızlık hissi olmadan Hipokrat ve Hıristiyan ideallerini birleştirmiş gibi göründüklerini belirtir. Ancak tıbbi veya başka türlü pratik faaliyetler daha dünyevi bir şekilde tartışılmıştır. Bu nedenle, tıp etiği üzerine yapılan incelemeler genellikle -oldukça- Hıristiyan bir ideolojiyi ortaya koyarken, görgü kuralları ile ilgili olanlar daha sekülerdir (MacKinney, 1952).

İslam tıp yazımında da Hipokratik ve Galenik erdemler ve edep kültürü, İslâm kültür, ahlak ve adabıyla yoğrulmuş *nasihatname/vasiyetname* şeklinde veyahud müstakil eserlerle genç hekimlere aktarılmıştır. İdeal hekim tasavvuru dönemin gerçekliğiyle şekillenmiştir, örneklendirmek gerekirse;

Bilinen en eski müstakil metin İshak bin Ali er-Ruhâvî'nin (Ishâq bin Ali al-Rohawi, ö. 319/931'den önce) *Edebu't-Tabîb* (Hekimlik Edebi/Adabı) eseridir ve eserde bir hekimin ödevleri (kendisine, hastalarına ve yardımcılara karşı), liyakati, mesleğin onuru (nakit kazançlar asla *insan yaşamının değerinin üstünde* değildir) gibi pek çok konu yer alır (Aksoy, 2001; Zunic, Karcic, & Masic, 2014). Râzî (865-925), *Ahlâku't-Tabîb* (Hekimlik Ahlâkı) adlı eserinde Hipokrat ve Galen'den alıntılar yaparak, hekimin-hastaya ve hastanın-hekime karşı ödevleri ve hekimlerin kişisel erdemlerinden (Allah'a güvenmesi, gururlu olmaması, alçakgönüllü olması vs.) bahseder (Kaya, 1987). Ali ibn Abbâs'ın (Haly Abbas/Alî ibn al-'Abbâs al-Majûsî Ahvazi, 930-994) *Kitâbu'l-Melikî/Kâmilu's-Sinâ'ati't-Tıbbiyye* (Tıp Sanatında Olgunluk) eserinin “el-bâbu's-sânî fi zikri vesâyâi İbukrât ve gayrihi min el-kudemâi'l-mütetabbibîni ve ‘ulemâ’ihim (Hipokrat ve diğer eski âlimler ve hekimlerin vasiyetlerinin anılması üzerine)” başlıklı ikinci babı hekimlere vasiyetlerini içerir: hekimlerin Allah'a inanması ve onun emir ve yasaklarına uyması, Hipokrat'ın öğütleri ve yeminine sadakat: üstada saygı/hürmet, hizmet, ailesine destek ve çocuklarına mesleği ücretsiz öğretme, hastanın sırrını korumak, iffetsizlikten kaçınmak vd., açgözlülük ve lüksten sakınmak, hastaları maddi menfaatler uğruna değil, manevi güdülerle tedavi etmek (Acıduman, 2013). Selçuklu hekimi olan Semerkanlı Nizâmî-i Arûzî (12. Yüzyıl) *Çehâr Makâle* (Dört Makale) eserinin son makalesi olan “İlmi Tıp ve Hidâyet-i Tabîb Beyanındadır” başlıklı makalesinde aynı -İslami- erdemler (imanlı, nefesine hâkim, yumuşak huylu, sezgisinde iyi olması) ve Hipokratik gelenek göze çarpmakta ve Arûzî hekimin yumuşak huylu olabilmesinin *insanın şerefini/onurunu tanımasına* bağlı olduğunu belirtmektedir (Ünver, 1936). Tıp etiğinin aktarım biçimi olan vasiyetname/nasihatname geleneğini Anadolu Türk Beylikleri ve Osmanlı döneminde de gözlemlemek mümkündür. Örneğin Hekîm Hayreddîn'in (15. yüzyıl) *Hulâsatü't-Tıbb'ı* (Acıduman & İlgili, 2009), İbn Şerîf'in (15. yüzyıl) *Yâdigâr'ı* (Altınbaş & Saki, 2003), Cerrâh İbrâhîm'in *Alâ'im-i Cerrâhîn'i* (1505) (Acıduman & Belen, 2007), Nidâ'î'nin (16. yüzyıl) *Menâfi'ü'n-Nâs'ı* (Acıduman, 2013) Emîr

Çelebi'nin *Enmûzecü't-Tıbb'ı* (1624) (Acıduman & Arda, 2008) bunlara örnek olarak verilebilir.

Orta Çağ boyunca Avrupa'da tıp mesleği, şifalı bitkiler ilmine sahip olanlardan (ot hekimleri), sihirbazlara, cerrahlardan üniversite eğitilmiş hekimlere kadar çok çeşitli uygulayıcılar tarafından yürütülmüştür. Oxford'da ve Avrupa'da tıp eğitimi arasında bazı farklılıklar olsa da, ilk 7 yıl boyunca teoloji ve liberal sanatlara yapılan vurgu ile büyük ölçüde benzer olmakla birlikte, “MD derecesi” almak için 3 yıllık ek eğitim gerekiyordu. Liberal sanatlar eğitimi [septem artes liberales], trivium (gramer, mantık ve retorik) ve quadrivium (aritmetik, müzik, geometri ve astronomi) eğitimini içeriyordu. Trivium'da yansıtıldığı gibi akıl yürütme, tartışma ve münazara, öğrenilmesi gereken en önemli becerilerdi. Daha ileri tıp eğitimi büyük ölçüde, başta İbn Sina (Avicenna) ve Galen gibi klasik tıp yazarları olmak üzere belirli metinler takip edilerek sağlanmıştı. Bazı üniversitelerde bir hekimle (öğrenci tarafından ayarlanacak) klinik eğitim gerekiyordu ve diğerlerinde, özellikle 1300'lerin başından ortalarına kadar Bologna ve Montpellier'de anatomik diseksiyona katılım gerekiyordu. Ancak hekim olmanın temeli, kişinin hastalığın nedenlerini bilme ve hastalığın sağlıkla ilgili entelektüel bir teoriye nasıl uyduğunu bilme becerisine dayanıyordu (Porter, 1999, s. 114). Birçok ruhsatsız uygulayıcısı ile 14. yüzyılın ortalarında tıp uygulamaları organize olmaktan çok uzaktı (Bugün bildiğimiz anlamda sertifikalı, diplomalı tabipler ya da tıp mesleği, Orta Çağ'da basitçe yoktu). Ameliyat yapan bira yapımcılarından bebekleri doğurtan başrahiplere, tıp kitapları yazan keşişlerden krala doktorluk yapan bir maliye bakanına, toplumun birçok kesimi şifa arayışı içine girmişti ve tıp pratiğine bir şekilde dâhil olmuştu (Getz, 1998, s. 19).

Böyle olmasına rağmen Orta Çağ'da tıbbi adap ve hekim ahlakına dâir literatür büyük oranda -gerçek- hekimler tarafından kaleme alınmıştır. Avrupa'da da ahlaki yazın İslâm kültürüne benzer, tıp kitaplarının arasında ve nasihatname biçiminde bulunmaktadır. 14. yüzyılın Avrupa'sının tıbbi deontolojisini inceleyen Welborn, 14. yüzyıl tıbbi ideallerinin en iyi şekilde, dönemin hekimlerinden Guy de Chauliac'ın sözleriyle özetlenebileceğini belirtir: Hekimin iyi huylu ve pek çok yönden cesur olması, tehlikelerden korkması, yanlış tedavilerden veya uygulamalardan nefret etmesi gerektiğini söylüyorum. Hastalara karşı nazik olmalı, meslektaşlarına karşı iyi kalpli, tahminlerinde bilge olmalıdır. İffetli, ayık (sarhoşluktan uzak duran), şefkatli

ve merhametli olmalıdır; açgözlü olmamalı, para meselelerini kavramalıdır. Ve sonra [hekim] emeği, hastalarının maddi gücü, tedavinin başarısı ve kendi haysiyetiyle orantılı bir maaş alacaktır (Guy de Chauliac'dan aktaran Welborn, 1938).

Antik dünyada, hekimler için hiçbir düzenleme veya ruhsat bilinmiyordu. *Tıp, onursuzluk dışında hiçbir cezaya tabi olmayan tek sanattı.* Hem Platon hem de Aristoteles, hekimlere mahkemeler tarafından nasıl davranılması gerektiği konusunda kısaca yorum yapmıştır. Platon, zehirlenerek kasıtlı olarak zarar verme niyetinde olan bir hekimin öldürülmesi gerektiğini, Aristoteles, hekimlerin tıbbi başarısızlıklarının herhangi bir vatandaş jüri üyesi tarafından değil, sadece tıp eğitimi almış kişiler tarafından yargılanması gerektiğini öne sürmüştür (bir hekimin beceri ve bilgisi özel bir değerlendirme gerektirir). Kısacası devlet ile hekimler arasında muğlak bir ilişki şekli önerilmiştir (Jonsen, 2000, s. 9). Orta Çağ'da da aynı muğlaklık devam etmiş, her türden uygulayıcının (şifacılar, hekimler, büyücüler, rahipler vs.) tıp pratiğinde yer alması ve bölünmüş bir tıp mesleği (eczacılık, cerrahlık ve hekimlik), hekimleri, tıbbi eserlerin içlerine serpiştirilen ideal hekim tasvirleri ve nasihatler aracılığıyla mesleğin ve uygulayıcıların onurunu koruma yoluna itmiştir.

### ***2.5.1.3. Modern zamanlara ilerlerken etiğin kurumsallaştırılma çabaları, İngiltere, Amerika ve Fransa örneği***

Ancak 16. Yüzyıldan itibaren bu karmaşık yapıdan kurtulma ve devletlerin düzenleme ve denetleme kabiliyetini arttırmak için ruhsat meselesi gündeme gelmeye başlamıştır. 16. Yüzyıl itibariyle İngiltere'de Royal College of Physicians of London/Londra Kraliyet Hekimler Koleji (*kur.* 1518), İskoçya'da Royal College of Physicians of Edinburgh/Edinburgh Kraliyet Hekimler Koleji (*kur.* 1681) kurulmuştur. Bu kurumlar o dönem “kolejler” olarak adlandırılırsalar da akademik kurumlardan ziyade başkanlar, başkan yardımcıları, saymanlar, sekreterler ve sansürcüler (censors/denetçiler) tarafından yönetilen lisans veren kuruluşlardı. Tıp fakültesi sansürcüleri de benzer roller oynamış: ‘comita minora’ olarak bilinen bir sansür alt komitesi üyelik listeleri tutmuş, aidat toplamış, başvuru sahiplerinin uygulama ruhsatı için niteliklerini değerlendirmiş ve şikâyetleri araştırarak, anlaşmazlıkları karara bağlayarak ve yanlış davranışlar için cezalar önererek üyelerin[in] ahlakını korumuştur (Baker, 2013, s. 94-95).

Onsekizinci Yüzyıl'a gelindiğinde, tıbbi adabın temel bir yeniden kavramsallaştırılmasına dair kanıt, ilk olarak İngiliz dili literatüründe John Gregory (1725-73) tarafından 1772'de *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*'ın yayımlanmasıyla ortaya çıkmıştır. 1766'da Edinburgh Üniversitesi'nde profesör olduktan sonra Gregory, hekimlik veya tıp teorisi ve pratiği üzerine düzenli bir dizi konferansının öncesinde ve sonrasında tıp etiği ve tıp felsefesindeki konular üzerine dersler vermiştir (McCullough, 1998, s. 4-5). Öğrencilerine ders notlarını eksiksiz veren Gregory'nin derslerinin öğrenci versiyonu, 1770'te anonim olarak (Gregory, 1770), 1772'de ise kendi adıyla tekrar yayımlanmıştır (Gregory, 1772). Gregory, tıp teorisi ve pratiği üzerine derslerinde ve diğer eserlerinde, klinik deneyimin değerine olan bağlılığı, Baconcu bir yöntemin unsurlarını ve diğer eserlerini harmanlayan bir yöntemle tıp etiği ve tıp felsefesi konularını ele almıştır.

Gregory'den önce, hastalarla hekimleri arasındaki ilişki büyük ölçüde bir iş ilişkisi, hastanın hekimin hizmetleri için sözleşme yapmasıyla başlatılan bir hasta-hekim ilişkisi olduğu iddia edilmiştir (Porter ve Porter, 1989). Bu ilişki, Buchanan'ın profesyonel idealinin beş bileşeninden (pratik türden özel bilgi, bu bilgiyi koruma ve geliştirme taahhüdü, mesleğin uygulamasında mükemmelliğe ulaşma taahhüdü, kendi adına özel bilginin uygulandığı başkalarına hizmet etmeye yönelik içsel ve baskın bağlılık, profesyonel grup tarafından etkin öz-düzenleme) yoksundur. Hekimler hastalarına karşı yükümlülüklerini ya teolojik terimlerle ya da çok gelişigüzel bir şekilde dile getirmişlerdir (French, 1993). Gregory'nin etiğinin ahlaki temeli, doğrudan David Hume'un ahlak felsefesinden türettiği sempati kavramıydı ve bu, hekimin tüm yükümlülükleri için bir temel oluşturduğu gibi aynı zamanda hasta çıkarlarının öncelendiği bir etik yaratmıştı (McCullough'dan aktaran Haakonssen, 1997, s. 8-9).

Gregory konferanslarında, yalnızca geleneksel teleolojik tıp etiğinin (Sanat'ın) antiteleolojik bilimsel bir kültür karşısında yeniden savunulması sorununa değinmek için İskoç filozofların diline ve mantığına dönmüş aynı zamanda -sempatiye dayalı etiği ile- görgü kurallarını (etiquette) edepten (decorum) ayırt etme ve tıbbi uygulamanın "hastalıklı ticaret"e dönüşmesini engelleme gibi birbiriyle ilişkili problemlerde zamanının, tek etik ihtar edicisi olmuştur. Daha spesifik olarak Gregory, klasik tıp hümanizmini ahlaki duygular teorisi (the theory of moral sentiments) açısından yeniden yorumlamış ve hekimin erdemlerinin 'insanlık, sabır,

dikkat, sağduyu, gizlilik, şeref, ölçülülük, ayıklık ve samimiyet' ve her şeyden önce "hemcinslerimizin sıkıntılarına karşı bizi hissettiren ve sonuç olarak bizi onları rahatlatmaya teşvik eden kalp duyarlılığı" olarak tanımladığı 'sempati' olduğunu vurgulamıştır. Sempati üzerine kurulu tıbbi hümanizm, gerçek (veya 'doğal') *ahlaki uygunluk* ve görgü kuralları (moda, ulusal gelenekler vs. ile değişir) arasında ayırım yapmak için bir temel sağlar, doğal uygunlukta yükümlülük değişmezdir, tüm çağlarda ve milletlerde aynıdır. Gregory için 'doğal uygunluk', insanlık duyguları, sabır, dikkat, sağduyu, gizlilik, onur, dürüstlük, sempati ve ölçülülük açısından sıraladığı 'bir hekimin hastalarına borçlu olduğu başlıca görevler' gibi değişmez yükümlülükleri içerir, diğer her şey sadece görgü kuralları veya edepten ibarettir. Ahlaki duygular teorisini tıp etiğine uygulayarak Gregory, yalnızca ilk modern tıp etiği teorisini formüle etmekle kalmamış, aynı zamanda etkililiği tıpta olduğu kadar empatik bir hastalık anlayışından da gelen hümanist hekim idealini de yaratmıştır (Baker, 2000, s. 861-863).

Gregory, Rush ve Percival etiğini hakkında eleştirel bir yayın yapan Haakonssen 18. Yüzyıl tıp etiğini iki geleneksel türle betimler: karakter taslağı ve davranış kalıbı. Bir karakter tipinin veya idealize bir karakter portresinin tanımlanmasının etik ideallerin peşinde koşma ve ahlaki teorileştirebilmenin en eski biçimlerinden biri olduğunu belirtir. Bu üç hekimin etiğini, ofislerini [görev/sorumluluk/vazifelerini] analiz etme ve ahlaki yaşamı oluşturan sosyal karakterleri tasvir etme endişesinin bir parçası olarak yorumlar (Haakonssen, 1997, s. 35).

Kolonyal veya postkolonyal Amerika Birleşik Devletleri'nde 1769'dan 1822'ye kadar çıkan "tıp etiği" üzerine her büyük yayın, Edinburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmüş hekimler tarafından yazılmış veya yazdırılmıştır. Örneğin Samuel Bard (1742–1821) 1769'da Gregory'nin derslerinin Amerikanlaştırılmış versiyonunu yayımlamış (Bard, 1769; Baker, 2013, s. 63) Gregory'nin bir diğer Amerikalı öğrencisi Bard'ın dönem arkadaşı Benjamin Rush'da tıp etiği üzerine notlar almış, konferanslar vermiş ve bunlar yayımlanmıştır (Rush, 1951 [1789]; Rush, 1811).

Örneğin Dr. Benjamin Rush 1801'de *Hekimlerin Erdemleri ve Ahlaksızlıkları/Kötülükleri Üzerine* başlıklı Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde verdiği açılış dersinde, hekimlerin ahlaksızlıklarını üç başlıkta

incelemiştir bunlar: (a) tanrıyla (hekimlerin eğitimleri sırasında zorunlu olarak yaratanın bilgeliğini ve iyiliğini görmeleri gerekmesine rağmen bunu unutarak/görmeyerek sahtekârlığa eğilimli olmaları, insanların sağlığı ve yaşamları üzerinde ilahi ve denetleyici gücü dışlayarak şifayı kendinden bilmeleri, sarhoşluk, tanrının adını bazen hürmetsiz ve profan bir şekilde anmak/kirletmek) (b) hastalarıyla (yalancılık, davranışlarında insaniyetsizlik/zalimlik, tamahkârlık/açgözlülük/para hırsı özellikle yoksullar ve yaşlı hastalara hizmet vermeme, hastanın bakımını ihmâl etme, hastalarını iyileştirmekten çok memnun etmek için çalışma, muhafazakarlık/eskimiş başarısız tedavi usullerine bağlılık ve yeniliklere kapalı olma) ve (c) meslektaşları/kardeşleri (Rush bu konuya değinmek bile istemez) ile ilişkili ahlaksızlıklardır. Erdemlerini ise şöyle sıralar: (a) tanrıya saygı (Hipokrat'tan beri hekimlerin tanrı veya tanrılara saygısını ele almış, dindarlığın öneminden bahsetmiştir), (b) insaniyet (iyilik yapma aşkı, hastaları rahatlatma/refahını yükseltme amacı ve fedakârlık, asil bir sempati yeteneği, Rush'a göre hekimlerde insanlık özellikle kendisini fakirlere karşılıksız hizmetlerde gösterir burada fakir hastalarla fazlasıyla ilgilenen ve onların en iyi hastaları olduğunu belirten Dr. Herman Boerhaave'in ünlü sözlerini yineler: *fakirlere en iyi hastalarım olarak saygı duyuyorum, çünkü tanrı onların mutemetidir*), (c) vatanseverlik (kendi ülkelerinde hüküm süren hastalıkları bertaraf etme çabaları, tarımı, ticareti, ahlâkı ve edebiyatı/bilimi teşvik etme, ülkelerinin bağımsızlığına, barışına ve özgürlüklerine bağlılık çabalarında kendini gösterir), (d) açıksözlülük ve hatalarını kabul etme, (e) meslektaşlarına karşı cömertlik ve karşılıksız yardım, (f) oğul, kardeş, eş ve ebeveyn olarak ev içinde sahip olmaları gereken erdemler. Rush hekimlik mesleğinin, tüm dini, ahlâki ve sosyal görevlerin yerine getirilmesinden yana olduğunu belirterek sözlerini şöyle bitirir: *elbette kötü bir adam olan hekim, başka herhangi bir meslekten olan kötü bir adamdan daha affedilemez bir kimsedir* (Rush, 1811).

Onsekizinci Yüzyılın ikinci yarısından itibaren takip edilebilecek, tıp uygulamalarındaki etik sorunlarla ilgili endişeleri, 19. Yüzyıl itibariyle -Percival sonrası- etiğin kurumsallaştırılması, mesleki öz-denetim ve profesyonelleşme çabaları takip etmiştir (tıbbi cemiyetlerin tüzükleri, polisleri, etik kodları, profesyonelleşme olgusunun uluslararası kapsamı üzerine yeniden düşünme vd.).

İngiltere'deki literatüre bakıldığında tekil çabalara örnek olarak Porter ve Banks'ın eserleri verilebilir; Dr. William Ogilvie Porter'ın (1774–1850) 2 Ekim 1837



Pazartesi günü Bristol Tıp Fakültesi kış oturumunun açılışında verdiği Tıp Bilimi ve Etik/*Medical Science and Ethicks* [sic] adlı giriş dersinde Porter öğrencilerine "Bütün insanlara, sana davranmaları gerektiği gibi davran. Ve tıp adamları bu kuralı davranışlarının düzenlenmesine, birbirlerine ve diğer mesleki görevlerine uygulamadılar.", "Ancak unutmayın ki, nezaket, tüm insani duyguların kilidini açan anahtardır: tüm bunlar olmadan ve mükemmel bir öz-komuta olmadan, görevlerimizi hastalara saygı duyarak, onlara veya kendimize rahatlıkla yerine getiremeyiz." cümleleriyle seslenmiştir (Porter, 1837, s. 28-29). Dr. Abraham Banks Tıbbi Görgü/*Medical Etiquette* eserinde amacını "Adalet bizim dönüm noktamız olmuştur ve mesleğin çeşitli dalları arasında uyum ve uyumu geliştirme arzumuzda, onun kutsal haklarına tecavüz etmekten büyük bir titizlikle kaçınırdık." cümleleriyle açıklamıştır (Banks, 1839, s. 57). Etik problemlerle ilgili endişeler, tıp etiği ile ilgili tüm önemli tıbbi dergilerde ve aynı zamanda benzer sorunlarla uğraşan okuyucuların önemli sayıdaki mektuplarında (özellikle *Lancet*'te yayımlanan) da ifade bulmuştur. Etik sorunların üstesinden gelmek için kurulan Manchester Mediko-Etik Birliği/Manchester Medico-Ethical Association (*kur.* 1834) tarafından 1848'de bir tıp etiği kodu/tüzüğü (bu 1880'lerden önce bir tıp etiği kodu çıkaran Amerikan olmayan bir tıp topluluğunun bilinen tek örneğidir) yayımlanmış (Laycock, 1848) ve İngiliz Tabipler Birliği (British Medical Association/BMA, *kur.* 1832) içerisinde bir tıbbi-etik komitesi (*kur.* 1853) oluşturulmuştur (Waddington, 1975, s. 37). Bu tarihten sonra İngiltere'de 1858 tarihli tıp ve cerrahide uygulayıcıların niteliklerini düzenleyen tıp yasasıyla (The Medical Act) yarı özerk bir kurum olan Genel Tıp Konseyi/General Medical Council (GMC) kurulmuştur. Konseyin iki temel işlevi vardır: bir yandan, hekimler için eğitim standartlarını belirleyerek ve izleyerek, tıp pratisyenlerinin resmi sicilini tutmak/ruhsatlandırmak; diğer yandan ise adli, disiplin soruşturmaları yaparak adı sicilden çıkarılması gerekenleri belirlemek. Konsey, hekimlerin mesleki davranış standartları ve tıbbi etik hakkında tavsiyelerde bulunma konusunda yasama yetkisine sahipken ve bu işlev esas olarak Konseyin Mesleki Davranış Standartları Komitesi ve Tıp Etiği Komitesi tarafından yürütülmüşse de konsey, iyi profesyonel davranışa ilişkin bu türden resmi yönergeler oluşturmamış, davranış standartları daha ziyade, yıllar içinde kararlaştırılan disiplin davalarına konsey tarafından verilen kararlardan geliştirilmiştir. 1858-1883 arasında, kayıtlı hekimlere GMC tarafından disiplin cezalarından kaçınmak için mesleki

davranışlarını nasıl düzenlemeleri gerektiği konusunda yazılı bir rehberlik verilmemiştir. 1883-1914 yıllarında hekimlere resmi uyarı notları (warning notice) verilmiş, yine bir etik kodu oluşturulmamıştır. 1903'te konseye, İskoçya'da ikamet eden 133 hekim tarafından imzalanan mesleki etik davranış standartlarının belirlenmesine yönelik bir dilekçe verilmesine rağmen GMC bu talebi reddetmiştir. Özetle GMC'ye göre kabul edilebilir (en verimli ve etkili) mesleki davranış standartlarının belirlenmesi ve uygulanması, disiplin davalarından etik ilkeler çıkarılması ve bir dizi dava sonuçlandıktan sonra bu ilkeleri özetleyen beyanların yayınlanması yoluyla sağlanmıştır (Smith, 1993). Bu süre zarfında GMC'nin, hakkında hüküm verdiği ve lisansını iptal ettiği bir uygulayıcı hakkında resmî açıklaması her zaman aynı olmuştur: "mesleki açıdan rezil bir davranıştan suçlu olduğuna karar verilmiştir". Bu uygulayıcıların doğal olarak nasıl hissedip davranacaklarını bilen ve daha fazla açıklamaya ihtiyaç duymayan profesyonel beyefendiler olması anlayışından kaynaklanmıştır. Uygulayıcılar eğer bir açıklamaya ihtiyaç duyarlarsa, zaten düzgün beyefendiler ve bu yüzden de tam anlamıyla profesyonel değildirlere. GMC'nin İskoç profesyonellerinin "rezil davranışlar"ın neler olduğunu önceden tahmin etmelerine izin verecek resmi yazılı rehberlik talep eden başvurusunu reddetmesinin nedeni de: "mesleki davranışın beyefendi karakterinin bir işlevi olduğu sürece, yazılı davranış kuralları yalnızca onurlu bir beyefendinin kökleşmiş erdemlerine sahip olmamakla birlikte onlara sahipmiş gibi davranmak isteyen kişiler için yararlıdır." anlayışıdır. GMC'ye göre, "genel anlamda herhangi bir uygulamayı kınayan bir kararın kabul edilmesi arzu edilmez." Beyefendiler için onur yasalarının yazılı bir koda ihtiyacı yoktur. 1902'de, genel bir yeniden yapılanmanın parçası olarak, BMA, "tıbbi-etik" ve "tıbbi-politik" sorunları ele almak için bir Merkez Etik Komitesi/Central Ethics Committee (CEC) kurmuş, CEC başkanı Dr. Robert Saundby (1849–1918) bir etik rehberi yayımlamışsa da (Medical ethics: A guide to professional conduct, 1902), ne CEC ne BMA ne de GMC, herhangi bir resmi mesleki davranış kuralını *resmi* olarak kabul etmemiştir. Hatta 1980'lere kadar hiçbir *resmi* İngiliz etik tıbbi uygulama kılavuzu yayımlanmayacaktır (Baker, 2013, s. 97, 339).

Dr. Robert Saundby tarafından yayımlanan *tıbbi etik*'de (iki baskı yapmıştır, 1902 ve 1907) hasta-hekim ilişkisine ve bu ilişkiden doğan hekim yükümlülüklerine dair az sayıda pasaj bulunmaktadır. İlk baskıda ilişkinin doğasına ve hekimlerin

yükümlülüğü ve bundan doğacak hukuki yaptırımlara dair şu cümleler dikkat çekicidir: "Halk, bir hekim ile hastası arasındaki ilişkinin sadece ticari bir satıcı ve alıcı değil, sağlık, gelecekteki beklentiler ve hatta hastanın yaşamı onun bakımına bağlı olduğundan aynı zamanda güven ilişkisi olmasını talep eder. Bu ülkedeki hekimler, nadiren yanlış uygulama için eylemleri savunmaya çağrılır, ancak genel hukukta gerekli özen ve beceriyi kullanmadaki herhangi bir başarısızlığın sonuçlarından sorumludurlar ve hatta ağır ihmal nedeniyle cezai kovuşturmayaya tabi tutulabilirler" (Saundby, 1902, s. 39-41). Yazar sık sık öğrencilerin ve genç uygulayıcıların Birleşik Krallık'ta benzer bir talimat veya rehberin yokluğundan pişmanlık duyduklarını belirtir ve şöyle der: "Tıp etiği için sağlam bir temel bulmak, genel etik için sağlam bir temel bulmaktan daha kolay değildir, bu ikinci sorun her zaman filozof etiğini şaşırtmıştır. Sokrates, Platon ve Aristoteles -ortak görüşle- zamanın mevcut ahlakını yeterli bir temel olarak almaktan memnundular, ancak daha sonraki eleştiriler bazen medeniyetin farklı aşamalarında ve hatta aynı insanların farklı sınıfları arasında değişen bir standardı kabul etmeyi reddediyor. Yine de, Mesih'in öğretisinin evrensel olarak ilham edilmiş tanrı sözü olarak görüldüğü dönem hariç, etik için daha iyi türden daha tartışmasız bir temel önerilmiştir: temsili tıbbi görüş (representative medical opinion) olarak adlandırılabilir olan sorularla ele alınan sorulara ilişkin görüşleri ifade etmek.". Saundby hekimin hastasına karşı yükümlülüğünü acil müdahale yükümlülüğü olarak belirtir ve şöyle tanımlar: "*Çağrıldığında İlgilenme Yükümlülüğü*: Bir tıp doktoru, mesleğinin doğasında bulunan bazı yükümlülükleri kuşkusuz kabul eder. Kendini profesyonel karakterinden mahrum bırakamaz ve çağrılırsa aniden hastalanan bir kişiye tıbbi veya cerrahi yardım sağlamalıdır." (Saundby, 1907, s. 86-88).

Waddington'a göre mesleki etik kurallarını formüle etme ve bu kuralları uygulayacak kurumlar kurma girişimi, hekimlerin uygulamada karşılaştıkları bazı tekrarlayan sorunlarla başa çıkma girişimidir. Bu nedenle, İngiliz hekimlerin neden tıp etiği ile ilgilendiklerini sormak, onların tıp pratiğinde ne tür sorunlarla karşılaştıklarını sormak demektir. Ancak meslek etiğinin gelişmesi için yeterli bir koşulun ön koşulu olarak, patronaj sisteminin çöküşünü inceler. Meslek etiği kurallarını formüle etme ve uygulama girişimi, "meslektaş kontrolü" olarak adlandırılan şeye yönelik bir gelişmeyi temsil eder. Bu, hekimlerin mesleki faaliyetlerinin, profesyonel meslektaşlarının eylemleri ve duyguları tarafından

düzenlendiği bir sosyal kontrol biçimidir. Yine de meslektaş kontrolü, çeşitli mesleki kontrol biçimlerinden yalnızca biridir ve 19. Yüzyıldan önce hiçbir şekilde mesleki faaliyetlerin baskın kontrol biçimi değildir. Bu nedenle, 18. Yüzyıl bir himaye çağıdır ve patronaj, tipik bir meslektaş kontrolü değil, müşteri kontrolü yapısına yol açar. Himaye altındaki aristokrat ve varlıklı müşteri, müşteri/hasta-hekim ilişkisinde baskın ortaktır: Müşteri, gücünün daha geniş toplumsal temelleri sayesinde hem kendi ihtiyaçlarını hem de bu ihtiyaçların karşılanma şeklini belirleyebilmiştir. Dahası, hekimi patronuna veya patronlarına bağlayan bağlar, sadakat ve kişisel itaat bağlarıdır (Waddington, 1975).

Amerikalı hekimler ve cerrahlar ise, 19. Yüzyıl başından itibaren tıp topluluklarının iç ve tıbbi polis tüzüğüne veya tıbbi etik kurallarına uyma sözü veren -yalnızca topluluğun üyelerine uygulanan- bir yemin veya taahhüt imzalamışlardır. 1805 yılından önce New York Eyaleti'nde hekimlik uygulaması hiçbir kamu otoritesi tarafından düzenlenmemiştir. Eyalet ve eyalet dışındaki bazı tıp topluluklarının çabalarıyla 1806'da eyalet yasama meclisinin hekimlik ve cerrahi uygulamalarını düzenlemek ve tıp pratisyenlerine lisans verme yetkisi için tıp derneklerine yetki vermesiyle yasama meclisinin yaptırımını altında eyalet ve ilçe (county) tıp dernekleri kurulmaya başlanmış, aynı yıl -hekimlere lisans veren ve ilçe tıp dernekleri tarafından hekimlerin niteliklerini incelemek için kullanılan standartları belirleyen- The Medical Society of the State of New York (MSSNY)/New York Eyaleti Tıp Cemiyeti kurulmuştur. Eyalet tıp derneklerinin devlete kayıt olmaları gerekliliği ve böylece eyalet bürokratlarını sicilden çıkarma ve ilçe tıp topluluklarını düzenleme yetkisi nedeniyle, bu durumu mesleki özerkliğe bir tehdit olarak algılayan bu yasaya itiraz eden New York Şehri hekimlerince cemiyete bir komite atanmış ve cemiyet başkanı olan Dr. Nicholas Romaine (1756–1817) tarafından Edinburgh tıp yemini İngilizce'ye çevrilmiş, New York'ta ruhsat alan tüm hekimlerin yeminin bu versiyonuna (bu versiyonda gerçekçi olmayan ve uygulanamaz olan gizlilik hükmü kaldırılmıştır) yemin etmeleri sağlanarak mesleki özerklik sembolik olarak yeniden ortaya konmaya çalışılmış, tıbbi ruhsat başvurusunda bulunanların kimlik belgelerini araştırmak ve hekimler arasında ya da hekimlere yönelik suçlamalarını araştırmak için bir komitenin (comita minora) oluşturulabileceği koşulları belirten tüzükler oluşturulmuştur. Massachusetts Tıp Derneği'nin Boston şubesi olan Boston Hekimler Birliği/Association of Boston Physicians (*kur.* 1781 veya 1806) tarafından 1806'da

Massachusetts Commonwealth tarafından kendilerine tanınan yeni ruhsat verme yetkisine tepki olarak farklı bir özyönetim biçimi olarak 1808'de onaylanan, hekimlerin kendi kendilerini yönetmesine ilişkin düzenlemeleri içeren -Gregory, Rush ve Percival'in çalışmalarından yararlanılarak hazırlanan- bir tıp polisi/Boston Medical Police (BMP) kodu ortaya konmuştur. 1817'de Connecticut Medical Society/Connecticut Tıp Cemiyeti, Augusta, Georgia'dan (1822) Cincinnati, Ohio'ya (1821) Dover, New Hampshire'a (1849) kadar sayısız belediye, ilçe ve eyalet tıp derneği BMP'in kısa bir versiyonu olan Connecticut Medical Police'i (CMP) yayımlamıştır. 1823'e kadar, Amerikan tıp dernekleri tarafından yayınlanan yasalar BMP veya daha yaygın olarak CMP tarzı tıbbi polis yasaları olmuş, Edinburgh yemininin New York versiyonu Amerikan tıbbi adabı üzerinde çok az etkiye sahip olmuştur. Bir tören ritüeli statüsüne indirgenen BMP'in Connecticut versiyonu, 19. Yüzyıl başlarında Amerika'da tıp toplumunun özyönetim araçları için bir şablon haline gelmiştir. Bu belgeler içinde hasta menfaatine ilişkin -yalnızca- yoksullara karşılıksız hizmet verme ve hastalara verilecek zararları önlemek adına hekimlerin açgözlü olmamalarına yönelik hükümler bulunmaktadır. 1823'e kadar yalnızca kendi iç tüzüğü ve yeminiyle yönetilen MSSNY, "tıbbi etik" başlığını taşıyan bir kod yayımlayan ilk Amerikan tıp topluluğu olmuştur. Bu, "tıbbi polis" başlıklı kodlardan farklıdır çünkü polis kodları yalnızca hekimlerin ücretleri ve birbirlerine karşı davranışlarını ele alırken (tıbbi polis kodları -tıbbi uygulamayı etkileyen bir dizi ahlaki meseleyi ele almayı- müşteriler/hastalar için mücadelenin sınırlarını belirleyen veya ücretlendirilecek nesnelere hastalara neredeyse hiç ilgi göstermez), tıp etiği kodları, hekim-hasta ilişkisine de değinir. MSSNY'nin tıp etiği sistemi, hekimin hastadan aldığı acil bir yardım çağrısına derhal uyma görevini açıkça belirtir. 1832 yazında büyük bir kolera salgınıyla mücadele etmek için kurulan Baltimore Mediko-Şirurji Cemiyeti/The Medico-Chirurgical Society of Baltimore Society, kuruluş toplantısında bir komiteyi görevlendirerek -Philadelphia Hipokrat Kappa Lambda Cemiyeti/ Kappa Lambda Society of Hippocrates of Philadelphia (1823-1835) tarafından yayımlanan Percival's Medical Ethics'in Amerikanlaştırılmış baskısını kullanarak, Gregory ve Rush'ın yazılarından da yararlanarak- bir tıp etiği kodu yayımlamıştır. Buna göre "Unutulmamalıdır ki, bir hekimlik makamı yalnızca bir ücret değil, aynı zamanda yardımseverlik ve insanlık makamıdır. Bu nedenle, acil hastalık vakalarında veya yakın zamanda meydana gelen kaza ve yaralanmalarda

yardım sunması için sık sık aceleyle çağrılabilmesi için, her zaman bu tür çağrılara derhal itaat etmesi gerekir (Art. VIII)" kodda hasta-hekim arasındaki karşılıklı yükümlülükler de belirtilmiştir. Yemin, tıp etiği kodları veya tıbbi polislerin 1806-1832 döneminde tıp topluluklarına verilen ruhsatlandırma yetkisine ve bu yetkinin, tehdit olarak algılamasına tepki olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Tıp etiği kodları ve Amerikan tıbbının profesyonelleşmesinin diğer yönleri, genellikle, 1830'larda ve 1840'larda normal tıp topluluklarının ruhsatlandırma yetkisini kaybetmelerine bir yanıt olarak sunulur (Baker, 2013, s. 94-130).

AMA tarafından 1847'de etik kodlar yayımlanmıştır bu kodların ilk faslı (Art. I) hekimlerin hastalarına karşı ödevleriyle ilgilidir ve bunlar: (1) hastaların çağrularına iştirak etme ve iştirak ettiği hastasına dikkat ve özen yükümlülüğü, (2) gizliliğe riayet ve sır saklama yükümlülüğü, (3) gereksiz ziyaretlerden kaçınma, (4) hastayı cesaretlendirmek ve moralini bozmaya meyilli her şeyden kaçınma yükümlülüğü, (5) hastayı tedavi edilemez gördüğü için terk etmeme ve ıstırabını hafifletme yükümlülüğü, (6) konsültasyonları destekleme yükümlülüğüdür ve (7) hekimin tavsiyelerinin niteliği 'bir hekimin, kötü yönetim sonuçları altında acı çeken hastalarının iyi kararlarını desteklemek ve güçlendirmek için nadiren sahip olduğu fırsat asla gözardı edilmemelidir. Hekimin tavsiyeleri, hatta uyarıları, eğer kibar bir şekilde sunulursa ve muhatap oldukları kişinin refahına yönelik samimi bir ilgi eşliğinde gerçek bir erdem sevgisini ortaya koyarsa, gücenme değil, memnuniyet verecektir' şeklinde açıklanmıştır (American Medical Association, 1848, s. 7-10)

AMA'nın, Mayıs 1873'teki yıllık toplantısının ertelenmesinden kısa bir süre sonra, etik komite, mevcut etik kodların ülkenin genelinde mesleğin genel duygusunu temsil edip etmediğini tartışmaya açmıştır. Kodlarda değişiklik isteyenlerden bir grup, olağan tüzüklerle aynı ışıktaki bir etik koduna bakmış ve sonuç olarak bu kodlarda hastaların hekimlerine, halkın mesleğe olan görevlerine ilişkin her şeyi dikkate alarak, mesleğin kamuya gereksiz ve faydasız olduğunu söylemiştir. Bu grup, hekimlerin birbirleriyle ilişkisini düzenleyen kodlar dışında hiçbir şeyi kabul etmeyen ve çok azı, eğitilmiş bir mesleğin üyelerine ait yazılı olmayan onur duygusunun tüm gerekli rehberlik ve kontrol sağlamak için yeterli olduğunu iddia ederek, herhangi bir yazılı koda/kurala itiraz etmişlerdir. Ancak komite bu duruma "bize öyle geliyor ki, tüm bu grubun itirazları, bir etik kodun gerçek doğası ve gayesine ilişkin dar ve kusurlu bir kavrayışa dayanıyor." ve "bu nedenle, mesleğimiz

için etik kodlar, belirli bir toplumun üyelerine uygulanabilecek birkaç basit kural yerine, tüm yerlere ve zamanlara eşit şekilde uygulanabilen rehberlik ilkeleri geliştirerek, ahlaki bir girişimin doğasını az çok ele almalıdır." yorumlarını getirmiştir (*The Transactions of the American Medical Association*, 1874, s. 28-30).

Orijinal 1847 Kodu, biçimini, içeriğini ve ilkelerini 1903<sup>21</sup>, 1912 ve 1947'de yapılan revizyonlarla korumuştur. Tıbbi görgü kuralları ile tıp etiğini ayırt etmek amacıyla, 1957'de AMA tarafından kabul edilen tıp etiği ilkelerinde büyük bir değişiklik ortaya çıkmıştır. Yeni revizyonda ilkelerin, hekimlere yüksek düzeyde etik davranışı sürdürmede bireysel ve toplu olarak yardımcı olmayı amaçladığı belirtilmiş; Bölüm 1.'de *Tıp mesleğinin temel amacı, insanlık onuruna tam saygı göstererek insanlığa hizmet etmek (...)* olduğu, Bölüm 5'te ise *Bir hekimin kime hizmet edeceğini seçebileceği (...)* belirtilmiştir (Riddick, 2003, s. 6, 8).

Anglo-Amerikan kültürünü yansıtan tıp etiği kodları aynı zamanda dönemin rasyonalitesini de ortaya koymaktadır. Percival'in aslen dar görüşlü bir söylemden gelişen Manchester'daki bir klinikte/revirde (Manchester Infirmary) konsültasyonları kolaylaştırmak ve münakaşaları önlemek için tasarladığı prosedürler (Percival, 1794), tartışmalar kamuoyuna yansımadan, taraflar zarar görmeden ve en önemlisi meslek itibarsızlaştırılmadan çözülmesi amacı taşıyordu. Anglo-Amerikan etik kodları, hekimlerin devlet-toplum-hastalar ve meslektaşlarıyla aynı sorunlarının devam etmesinin de etkisiyle büyük oranda Percival'den esinlenerek oluşturulmuştur. Meslek etiği, bir yandan mesleki dayanışma ve kişisel çıkarların, diğer yandan genel ahlak ve kamu yararının kesiştiği noktada ortaya çıkmıştır. Tıbbi polisler, etik kodlar veyahut deontolojinin bağlayıcılığı ise ayrı bir tartışma konusu olmalıdır. Bu dönemde Anglo-Amerikan literatüründe göze çarpan, hekimlerin

---

<sup>21</sup> 1880'lerde AMA'nın etik kodlarına karşı mesleğin içerisinden bir ayaklanma başlamıştır. Bilimsel ilerlemenin etiği demode kıldığı ve etiğin yer ve zamana göre değişmesi gerektiği, kodların meslek içerisinde bir yaptırım gücü olamayacağı iddia edilmiştir. Warner'e göre bu, tıbbi ortodoks ideolojiye karşı bir isyan olarak belirmiştir. Esasen bu itirazların nedeni 1847 kodlarında düzenli bir tıp eğitimi almayan uygulayıcılardan konsültasyonun ve konsültasyon isteklerine cevap vermenin yasaklanmasıdır. Ortodoksinin güçlenmesiyle hekimlerin heterodoks şifacılardan (özellikle homeopatlardan) kendileri ayırması ve diplomalarını iptal ederek meslekten ihraç etmesine neden olan bu yasak, MSSNY ve diğer derneklerin bu yasağı iç tüzükleriyle delmesi ve kamuoyu baskısının da artmasıyla AMA 1903 tarihli ilk revizyonunda konsültasyon yasağını kaldırmıştır (Warner, 1999).

hastalarına olan davranışlarını ve bu davranışların arkasındaki esasen olması gereken irade ve saikleri dikkate alan metinler, hekimlerin hasta haklarını ve refahını, insan haysiyetini öncelemesi gerektiğine dâir yorumlar da göze çarpmaktadır, örneklendirmek gerekirse:

Hıristiyan sosyalizminin kurucularından biri olan İngiliz teolog Frederick Denison Maurice (1805–1872) Londra Guy's Hastanesi'nin papazı olarak görev yaptığı dönemde hastanenin şapelinde tıp öğrencileri için verdiği *The responsibilities of medical students/Tıp öğrencilerinin sorumlulukları* başlıklı, 1838 tarihli bir vaazda şöyle söylemiştir 'Avukat, eğer bir avukat olarak hareket ederse, müvekkili adına hareket etmelidir, hekim ise hekim olarak hareket ediyorsa, hastaları için hareket etmelidir' (Maurice, 1838, s. 9). Bu hekimlik adabını yansıtan ve hasta-hekim ilişkisinin niteliğine dair önemli yorumlardan biri olarak kabul edilebilir. Avukat gerekirse, müvekkiline ve mahkemeye, müvekkili için yalan dahi söyleyebilir, bu kişisel ahlaktan ziyade mesleğin adabından ve kişinin kutsal kabul edilen savunma hakkından doğar. Hastanın da ayrımcılığa maruz kalmama ve özenle tedavi edilmesi kutsal kabul edilebilecek temel haklarıdır.

Harvard'da 1833 yılında hekimlerin ödev ve nitelikleri üzerine verdiği konferansta Dr. John Ware (1795-1864) şunları söylemiştir: Hekimin itibarında, sıradan hırslı bir adam için arzu edilecek çok az şey vardır. Hekimlik gösterişi sevenlere uygun bir meslek değildir. Hekim, fiili uygulama alanının ötesinde çok az bilinir ve bu, durumun doğası gereği, son derece dar olmalıdır. Hiçbir güven, iyi karakterli bir hekime, mensubu olduğu toplum tarafından ifade edilen kadar örtük değildir. Hekimin karakteri ve toplumla bağlantısı, yalnızca mesleğine özgü değil, sadâkat/vefa ve zekâ/idrak gerektiren her koşulda ona şüphesiz bir güven duymaya davet edecek şekildedir. *İnsanlık*, hekimin huzurunda ve tavsiyesinde en azından geçici bir rahatlama arar ve bulur. Ancak bu [güven ve yetkinlik], hiçbir şeyin onu sapmaya teşvik etmemesi gereken *tek tip* bir nezaket ve şefkat uygulamasına bağlıdır. Ve kendi gözlemime göre hekimlerin başarısına katkıda bulunan herhangi bir şeyin diğerinden daha fazla olduğunu belirtecek olsaydım, bunun hasta odasında, *hastalarının refahına saygı gösterecek bir tutum ve yönetim* olduğunu söyledim. Yani bu, *hastaların duygularını dikkate alma, çektikleri acıları gerektiği gibi anlama*, gerçek ifadeyle çok [da] fazla tezahür etmeyen, durumlarının doğasına içten bir ilgi [gösterme] ve rahatlama araçlarının dikkatli bir şekilde uygulanmasıdır. Ve



genç hekimlere şu tavsiyelerde bulunur: Hastalığı anlamak ve tedavi etmek için titizlikle çaba göstermenin yanısıra, *hastaların refahına gerçekten ilgi duymaya çabalayın*; [hastalardan kaynaklı] mantıksızlık veya nankörlük konusundaki tüm sabırsızlık ve kızgınlıklarınızı kontrol etmeye çabalayın; her zaman *bir görev olarak* onlara karşı nazik ve yardımsever duygular geliştirmeye çabalayın ve bu ruh halini davranışlarınızda tezahür ettirebilmekten başka korkunuz yoktur. Bunlar, şu anda mesleğe baktığımız bakış açısıyla, hekimin karakterinde sergilemesi gereken en önemli ahlaki niteliklerdir (Ware, 1847).

20. yüzyıl başında özgeci bir yaklaşımla ele alınan hasta-hekim ilişkisi ve bu ilişkiye dair yorumlardan biri göze çarpmaktadır. O dönem Amerikan Tıp Akademisi/The American Academy of Medicine Başkanı (1902-1910) olan Amerikalı Fizyolog Dr. Winfield Scott Hall (1861-1942) akademinin 14 Kasım 1905 tarihli toplantısında (*Auburn Journal*, 1905, s. 3) *Tıp Mesleğinde Altruizm/Altruism in the Medical Profession* başlıklı bir sunum yapmıştır: Hall konuşmasına, Maudsley'den alıntı yaparak şöyle başlamıştır "*Medeniyette ne kadar ileri gidersek, egoist dürtülerin sahip olduğu üstünlük de o kadar büyük olur* [Maudsley]. Bu yaşam yasasına uyararak, her insan bir gün -egoist ya da özgecil dürtülerle harekete geçeceği- bu yol ayrımında durur: Kendini beğenme ve büyütme yolunu seçmek ya da yardım eli uzatmak arzusuyla onu harekete geçiren *yaşam* işine girişmek (düşeni ayağa kaldırmak ve ilham vermek)." Hall'a göre hayattaki her meslek özgecilik için fırsatlara sahiptir, ancak tıp mesleğini seçen, bunu, o mesleğin yararlı ve başarılı bir üyesi olmak için, *kendisini diğer insanların refahına tabi kılmak zorunda olduğunu bilerek* yapmalıdır. "Gerçek hekim, her şeyden önce hastanın refahı için isteklidir ve *sadece hastasına âcil ihtiyaçları için bakan biri* değildir. Hastasının refahını her durumda destekler. Bu, tıp mesleğinde neredeyse evrensel olan fedakârlığın bir tezahürüdür ki, bu yükümlülüğü yerine getiremezse hekim mesleğindeki *kastını* kaybeder. *Gerçek bir hekim, bir fakirin evinde bir servetlinin evindekinden daha az becerikli ve sadık hizmet vermez* ve her an, her koşulda yardıma hazırdır. Bu derecede bir fedakârlık, tüm gerçek hekimler için ortaktır" (Hall, 1906).

Fransızlarda ise etik, deontoloji olarak ortaya çıkmıştır (Simon'un kullanımının ardından, "deontoloji", İngilizcede "tıp etiği" olarak bilinen şeyin Fransız karşılığı haline gelmiştir). 1840'lara kadar Fransa'da hiçbir etik kod yayımlanmamış, yayımlananların çoğu kısmi kodlar olmasının yanısıra, yerel etkiler gösterebilmiş,

neredeysi yalnızca hekim-hekim ilişkilerini ele almış ve bunlar da genellikle retorik ve uygulanamaz ideal davranış modelleri olarak etkisiz kalmıştır. Bazı tıp fakültelerince görünüşte onları iyi davranışlara mecbur eden bir yemin kabul edilmiş, yirminci yüzyıla kadar yalnızca Montpellier Tıp Fakültesi mezunlarının yemini Hipokrat Yemini temel alınarak düzenlenmiş ve esasen yeminde yalnızca "incitmeme" sözü verilmişti. 1936'ya gelindiğinde hâlâ bazı yeni fakültelerden mezun olanlar yemin etmiyordu. Fransa'da iyi kurumsal davranışın nihai garantisi, bir erkeğin kişisel onuruydu ve bunun da hekimleri doğru davranmaya ve utançtan kaçınmaya sevkettiği düşünülüyordu. Bu nedenle, onurlu beylerden oluşan bir grup olarak hekimler, yazılı kurallara veya disiplin tavsiyelerine ihtiyaç duymadı. Çünkü eril sosyalliğin görgü kurallarının ayırt edici özelliği olan dürüstlüğün ve sadakat duygusunun doğal olarak meslek mensuplarında mevcut olduğuna inanıyorlardı. Ancak, 1789'da soyluların ayrıcalıklarının kaldırılması, cerrahlar ve hekimler de dâhil olmak üzere Orta Çağ şirketlerinin sona ermesi aynı eğitimsel ve mesleki çıkarları paylaşan erkeklerin dernekleşmesini sağladı. Dernek veya birlikleri olmayan hekimlerin mesleki görevler yasasının oluşturulmasındaki tereddütleri, 1840'larda sağlık personelinin fazlalığı, hastalar için artan rekabet ve azalan maaşlar/gelirler konusunda artan endişeler, taşra hekimlerinin itirazları, şarlatanlar ve yasadışı uygulayıcılar, sorunlarıyla birlikte ortadan kalkmaya başladı. 1845'te Paris'te bir tıp kongresi toplandı ve mesleki kaygılar dile getirildi. Bu krizleri hafifletmek için ortaya çıkan yasa tasarısı iyi karşılanmadı ve sorunların çözümü 1848 devrimi sonrasına kaldı. 1858'de -yasal kapsamı ve faaliyeti esasen karşılıklı yardımla sınırlı kalan- Fransa Genel Hekimler Birliği (Association Générale des Médecins de France/AGMF) kuruldu. Sonraki yıllarda tıp etiği sorunları ile çok ilgili bir tıbbi yayın dalgası *L'Union Médicale*, *Le Progrès Médicale* ve *Le Concours Médicale* dergileriyle birlikte ortaya çıktı (Nye, 2006, s. 25-27).

Bu konjonktürde ortaya çıkan ve bilinen ilk medikal deontoloji monografisi olan Dr. Maximilien Isidore Amand Simon'nun 1845 tarihli *Déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation* (Günümüz uygarlığında medikal deontoloji veya hekimlerin ödev ve hakları) isimli eseri teolojik bir metindir ve deontoloji kavramı Simon'la birlikte tıbbi entegre olmuştur (Simon, 1845). Simon Hıristiyanlığın yüce ahlakını tıp etiğinin temel ilkeleri olarak kabul eder. Mesleğin eskisinden daha az itibarlı olduğunu belirtir ve

bunun nedeni ona göre *hekimleri tek başına güvende tutacak ve toplumun saygısını kazanabilmelerini sağlayacak olan ilkelerin*, çok az sayıda uygulayıcıya rehberlik etmesidir. Hekimler ortak çıkarlara [adaba, deontolojiye] değil, kendi çıkarlarına bağlıdırlar. Güneşin altında yeni bir şey yok der 'erkekler her zaman eşit derecede bencildir, arzunun nesnesi değişebilir ancak açgözlülükleri hep aynıdır'. Simon, uygulayıcıların sahip olması veya edinmesi gereken entelektüel ve ahlaki niteliklerin değerlendirilmesine bir bölüm ayırır. Hekim, insan yaşamına değer verdiği ölçüde kendisine değer katacaktır. Ona göre hekim -toplumsal nedenlerden bağımsız olarak- hissetmesi gerektiği gibi hissederek, yani insan hayatının ne kadar kutsal olduğunu hissederek -vicdanlı bir uygulayıcı olarak- görevlerine yeterlilik kazandırmak için hiçbir çabadan kaçınmayacaktır. Hekimin hastalara karşı ödevlerini aktarırken, Simon'na göre birinci ve en önemli ödev 'yardım isteyen birine tıbbi yardımı asla reddetmemektir'. Hekim bunu tarafsız bir şekilde yaparken bir triyaja mecbursa, bu yalnızca hastaların ıstırabının derecesine dayalı olmalıdır. Simon, kim olursa olsun, hekimin hastalarını değişmeyen bir nezaketle tedavi etmesi gerektiğini ileri sürmüştür (*Medical Deontology; or, the Duties and Rights of Medical Practitioners*, 1846, s. 439-448). Bu sorunlu dönemde ortaya çıkan Bentham'ın konseptini belirli bir profesyonel bağlamda geliştiren en önemli tıbbi tez, bu eserle ortaya atılmıştır. Buna rağmen Simon'nun düşüncesi, Bentham ve Fransız faydacı geleneğine, bu döneme özgü Hıristiyan sosyal romantizminden esinlenen bir etik anlayıştan çok daha az şey borçludur. Simon'nun çalışması neredeyse tamamen kendine özgü, benzersiz koşullar altında doğmuş ve Fransa'da doğrudan bir halef bulamamıştır. Simon, toplumun *sefillerine* karşı ateşli cömertliğinde, tıbbın "muhteşem havariliğinden" söz etmiş, bir şifacı ve rahatlık kaynağı olarak Mesih örneğini hatırlatmış ve hekimlere, fakirlere karşı hayırseverlik yapmaları için Hıristiyan emirlerini takip etmelerini tavsiye etmiştir. Sonraki kırk yıl içinde bu teolojik etik anlayışı, Fransız hekimlerin materyalist ve antiklerikal dünya görüşüyle gelen yeni seküler hümanist söylemle parçalanmıştır (Nye, 2006, s. 27-28).

Fransa'da 1882'de Dr. Amédée Dechambre (1812-1886) tarafından dönemin referans eserlerinden biri olan ve Dechambre'ın direktörü olduğu *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicale'de Déontologie et Dicéologie* başlıklı uzun bir makale yayımlanmıştır. Dechambre'a göre, deontoloji, bir dizi görev ve haklar olsa da, bunlar kaçınılmaz olarak hekimlerin nitelik ve hatta "namuslu adamlar" olarak

karakterlerinde temel bulur. Bir hekimin dürüstlük, sağduyu, kişisel alışkanlıklar ve alçakgönüllülük konusundaki itibarı, -tedavide önemli bir rolü olan- hastalarla güven ilişkilerinin kurulmasında çok önemlidir. O dönemki hekimlerin pek çoğu gibi, Dechambre'da hastanın iyileşme şansının hekimin doğal otoritesine bağlı olduğunu ileri sürmüştür ve hekimlerin hastalara karşı ödevleri hususuna neredeyse değinmemiştir. Dechambre, onurlu bir karakterin yalnızca kodlarla öğretilbileceğinden/kazanılabileceğinden şüphelidir ve ihtiyaç duyulan şeyin, mesleği, ahlaki hale getirme etkisine sahip olacak bir kolektif disiplin biçimi olduğunu söylemiştir. Hastaların hekimlere olan güvenini baltalayan “mesleki haysiyet ve namus” kusurlarını bastırmak ve hekimliği savunmak için disiplin konseylerine veya denetim komitelerine ihtiyaç vardır. Ona göre mesleğin asaletini ve onurunu korumak için, zayıf karakterli ve ahlaksız meslektaşları cezalandırmak için, hekimlerin sorumluluklar üstlenmesi gerekiyordur (Dechambre, 1882, s. 480-524). Dechambre ertesi yıl, tıp sanatının kutsal kökenlerini ve seküler saygınlığını tanıtan eserini *Le Médecin/Hekim* başlığı altında yeniden, genişleterek yayımlamıştır. Özellikle kadim Hint tıbbi eserlerinden pasajlar aktarmış, en sağlam deontoloji doktrinleri olarak belirttiği yararlı olma, cömertlik, hekimlerin bağlılığı ve birbirlerine borçlu oldukları saygıyı incelemiş, çağının hekimlerinin kadim hekimliğin gerektirdiği niteliklere mutlak surette sahip olmalarına gerek olmadığı, ancak bunları da hesaba katmaları gerektiğini belirtmiştir. Eski eserlerin neredeyse hepsinde, hekimlerin hastalar veya toplumla ilişkisi meselesine değinilmediğini aktarır. Dechambre, hekimlerin hastaları ayartması/suiistimali, gönüllü yer değiştirmeler, konsültasyonlar, tıbbi klüpler/dernekler meseleleri ile ilgilenmiş ve tıp fakültelerinde herhangi bir deontoloji eğitiminin olmamasından pişmanlık duyduğunu belirtmiştir (Dechambre, 1883).

Fransız deontoloji tüzüklerinin erken dönem özgün örneklerinden biri *Gironde Hekimler Birliği/Association des médecins de la Gironde*'un (kur. 1859) deontoloji komisyonu tarafından hazırlanan deontoloji prensipleri/ilkeleridir. Bu prensipler 25 Kasım 1894'de birliğin genel kurulunda görüşülmüş ve kabul edilmiştir. Prensiplerin hazırlanmasına neden olarak; tıp fakültelerinde deontoloji öğretiminin olmaması, pek çok hekimin meslektaşlarına karşı olan ödevlerini tam olarak bilmemesi veya tamamen görmezden gelmesi ve zamanın değişmesi gösterilmiş ve bu durum şu sözlerle açıklanmıştır: *Eskiden hekimler, tüm özgürlüğü elinden alınuncaya kadar,*

*hastalarına/müşterilerine, topluma ve kendisine ya da dar ve karmaşık kuralları onu köleleştiren bir şirkete ilişkin görevleri dışında neredeyse hiç görev yapmamıştı. Aslında çoğu kasabada ve neredeyse tüm kırsal kesimde profesyonel rekabet sıfırdı veya katlanılabildi. Artık öyle değil, yaşam mücadelesi toplumsal taleplerle büyüyor ve gelecekte ne kadar sert ve acımasız olacağını birden fazla işaretle görebiliyoruz. Dolayısıyla, somut desteğe olan bu açık ihtiyaç, bir araya gelme, güçleri birleştirme ihtiyacı ve bilinçdışının, belirsizliğin tehlikelerini hafifletebilecek yazılı bir yasaya duyulan ihtiyaçtır. Umut etmek mümkün görünmeyen bir hekimler birliğinin yokluğunda, tüm hekimler kendi derneklerinde kendiliğinden, yaptırımı hiçbir zaman tanınmayan, tamamen özgürlüğe, seçime ve özgür teslimiyete dayanan gerçek namus mahkemeleri kurmuşlardır. Ancak sorumluluklarının ihtişamı ve inceliğiyle dolu olan şeref, meslektaşları arasındaki ilişkileri yönetmesi gereken gelenekleri ve kolaylıkları mümkün olduğunca kesin bir kural olarak, bazen vicdanlarını rahatlatmayı talep ederek kendilerini yargılar. Deontoloji Komisyonu tarafından size sunulan çalışmanın nedeni budur. Prensiplerde ödevler 3'e ayrılmıştır: (a) Hekimin kendisine ve ilme karşı ödevleri (Devoirs du médecin envers lui-même, et envers la science), (b) Hekimin meslektaşlarına karşı ödevleri (Devoirs du médecin vis-à-vis de ses confrères), (c) Hekimin hastalarına karşı ödevleri (Devoirs du médecin vis-à-vis de la clientèle/malades). Hekimin hastalarına karşı ödevlerinde: *Hekim, kendi sorumluluğu altında, kendisini çağıran hastayı kabul etmekte veya reddetmekte serbesttir.* Ancak hasta bir kişiye bakmayı kabul ettiğinde, ona karşı yükümlülükler alır (ayrımcılık yasağı ve özen yükümlülüğü vd.) ayrıca hasta ve ailesiyle iletişim, muayene ve tedavi adabına dair yükümlülükler bildirilmiştir (Association des médecins de la Gironde, 1895, s. 7-9, 33-37).*

Paris'te 1900 yılında mesleki şikâyetlerin açıkça dile getirildiği bir tıbbi deontoloji kongresi (Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale/Paris, 23 - 28 juillet 1900) düzenlenmiş, kongrede hekimler arasındaki rekabet ve yaşam mücadelesi gibi meseleler ağırlıklı olmak üzere, sendikalaşma, tıp mesleğini düzenleyici/disipline edici kurumlar kurma çağrısında bulunmuş, böylece tüm hekimlere aynı disipline tabi, eşit muamele yapılarak mesleğin onurunu koruma girişimleri tartışılmıştır. *Hastanın kendi hekimini seçme hakkı ilkesi*, bürokrasi ve üçüncü şahıs sigortası tehdidi ile giderek daha fazla karşılaşılan uygulayıcıların çoğunun kabul edebileceği bir inanç maddesi haline

gelmiştir. Dr. Joseph Grasset (1849-1918) tarafından *Rapport sur les principes fondamentaux de la déontologie médicale* (Tıbbi deontolojinin temel ilkeleri üzerine) başlıklı rapor kongreye sunulmuş ve raporda yalnızca hekimlerin kendi aralarındaki görevlere yer verilmiştir (*Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale*, 1900, s. 181, 293-371, 631).

Mesleki onur ve tesanüt, kişisel onur ve yetkinlik, hekimlerce antik dönemden bu yana dile getirilmiş, 18 ve 19. Yüzyılların mesleki adap ve kişisel ahlaka dâir temel söyleminin ve her türlü tüzük/nizamname, disiplin mahkemesi vb. özdenetim sisteminin temelini oluşturan koşulların denetleyici faktörleri olmuştur. Tabir-i caizse bunlar, tarihte her dönemde hekimliğe içkin olarak tasavvur edilmiştir. 16. Yüzyıl hekimlerinden Dr. Leonardo Botallo'nun (1530-1587) tesanüt ve diğergâmlık ile ilgili sözleri dikkat çekicidir, Botallo bencil/gruba içkin çıkarları temel alan bir tesanüt anlayışının, aynı zamanda kişisel ve mesleki onuru da baltalayacağını belirtmekle beraber yetkin/ehil/hazık olmayan hekimin elinde, tababetin işlevini ve amacını yitireceğini şu sözlerle aktarır: "Ehil olmayanın elinde tababet, bir çocuğun elindeki kılıç gibidir.", "Hekimin diğergâmlık ve dayanışmayı (tesanütü) birleştirmesi, *kendi çıkarına olan herhangi bir bağlılıktan kaçınması* gerekir. Aksi takdirde, [hekimin] yalnızca eserinin değil, kendi isminin de değeri düşecek ve lekenecektir". Bir hekimin *iyi ismini* koruması, o dönemde de kesinlikle tüm sosyal sınıf hekimlerinin onuru ile bağlantılı addedilmiştir (Tozzo, Zanatta, D'Angiolella, Caenazzo, & Zampieri, 2020). Scheler'in bilhassa diğergâmlık ile ilgili tespitleri birinin (hekimin) *ötekine* kıyasla kendini kavramasının olası sonuçlarını ve hekimliğin bencilliğe dayanması mümkün olmayan doğasını kavramak bakımından önemlidir: 'diğergâmlık önemlidir zira bencil, kendi benliğinin kadrini bil(e)mediği gibi, bencil kişi kendini ötekine kıyasla kavrar' mesleğinin doğasına gölge düşürecek ve hasta kişi ile her türden çatışmayı körükleyebilecek olan bencillik ehil/ideal bir hekime tarih boyunca yakıştırılamamıştır. Hekimlikte dayanışma (tesanüt) ilkesi her hekimin bütün olarak cemiyete/cemaate içkinliğinin belirtisidir (bu aynı zamanda tüm dinlerin cemaat anlayışının da bir tezahürüdür), değerler şahsi değil aynı zamanda cemiyetin değerleridir. Buradaki değerler duygu ve irade dayanışmasına dayalıdır. Hekim hem cemiyetin bir organı hem de temsilcisi durumundadır ve dolayısıyla cemiyetin onuru aynı zamanda onun onurudur (Scheler, 2015, s. 106, 213-214).

Örneğin, *Tıbbi/mesleki onur meselesi* 19. yüzyıl sonu Prusyasında hekimlerin sayısındaki artış (dolaylı olarak rekabetin artmasıyla ticari kaygıların başgöstermesi), tıp etiği ve deontoloji literatürünün artması vesilesi ile de gündeme gelmiştir. Hekimlerin görevleriyle ilgili kitaplar, hekimler arasındaki aşırı rekabetçi davranışlara karşı koymanın, meslektaşlık ve dayanışma ihtiyacını vurgulamanın bir yolu olarak görülmüştür. Mesleki davranışları korumanın diğer yolları, tıp derneklerinin disiplin mahkemeleri ve doktor odaları (Ärzttekammern) olmuştur. Prusya'da, bölge hekim odalarına bağlı bu tür *tıbbi onur mahkemeleri* (ärztliche Ehrengerichte) 1899'da yasayla kurulmuştur. Ayrıca, birçok tıp topluluğu disiplin kurullarına rehberlik eden mesleki davranış kurallarını benimsemiştir. Buna göre, tıp etiği hakkında yazı yazmak, ağırlıklı olarak, hekimler arasında âdil davranmanın gereklerini tartışmak ve halkın gözünde mesleğin itibarını artıracak davranışların nasıl sergileneceği anlamına geliyordu (Maehle, 2012).

Baker'a göre ise Avrupalılar, tıp etiği kuralları/kodları fikrini [uzun müddet] reddettiler çünkü bu tür kodlar beyefendi onuruna dair idealler içeriyordu. Beyefendilik onuru kavramları, tüm batılı profesyonellik kavramlarının kökeninde yatmaktadır. Bir beyefendinin şeref duygusu onun doğasından kaynaklandığı için, yazılı davranış kuralları bu ideallerle bağdaşmaz olarak görülüyordu: biri ya onurlu bir beyefendinin doğuştan karakteri ve erdemlerine sahipti ya da değildi (Baker, 2013, s. 97).

#### **2.5.1.4. Osmanlı son ve Cumhuriyetin ilk döneminden örnekler**

Osmanlı'da ise deontoloji eğitimi erken bir tarihte başlamıştır. Bu tarihten önce Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'den mezun olan hekimlerin, mezuniyet törenlerinde hekimlik mesleğini hakkıyla ifa edecekleri ve padişaha sadık kalacaklarına dair kendi kutsal kitaplarına elbasarak yemin ettikleri bilinmektedir (Ülman, 2002, s. 58). Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'de deontoloji (vezaif-i etibba) dersleri ilk kez 1876'dan önce (dersler muhtemelen 1874 yılında başlamıştır) Dr. Nahabed Rusinyan/Roussignan (Նահապետ Ռուսինյան, 1819–1876) tarafından verilmiş, Rusinyan 29 Kasım 1876 tarihinde vefat etmiştir (Yıldırım, 1995). Aynı tarihte (Kasım 1876) Dr. Nurican Efendi, Rusinyan Efendinin yerine *Mebhas-ı Beşer ve Vezaif-i Etibba* derslerini vermek üzere Mekteb-i Tıbbiye Şâhâne'ye tayin kılınmıştır

(*Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye*, 1293 [1876], s. 749)<sup>22</sup>. Hovseb/Oseb Parseh/Parseğ Nurican Efendi'nin (1828-1898) Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de verdiği deontoloji derslerinin derlendiği eserinde (*Précis de Deontologie Médicale. Cours Elémentaire Professe A L'Ecole Imperiale de Médecine de Constantinople*, 1877)<sup>23</sup> hekim, 'tanrının en güzel özelliklerinden biri olan insan sevgisini paylaşandır, o bütün özverisi ile doğumdan ölüme kadar milliyet ve sınıf ayrımı yapmaksızın insanları korur. O zenginlerden daha çok fakara ve mutsuz insanların yardımına koşandır' (Yıldırım, 1993a, s. 18), hekimin hastasına karşı görevleri bahsinde hekim, 'ister zengin ister yoksun/yoksul, cani, düşman kim olursa olsun, kendisine başvuran hastaya özenle bakmaya hazır olmalıdır ve [şahsi] menfaati her zaman ikinci planda olmalıdır. Bütün hastalarını eşit bir dikkat ve iyi niyetle tedavi etmeli, hastaların kapris ve düşüncesizliklerine karşı hoşgörülü olmalıdır' (Yıldırım, 1993b, s. 33) pasajları dikkat çekicidir. Bu pasajlar 20. Yüzyıl öncesi tıbbi etik ve deontoloji literatürü ile kıyas edildiğinde hekimin hastasına karşı görevleri ve her türlü ayrımcılıktan kendini soyutlamasına yönelik aşkın yorumlardan biri olarak göze çarpmaktadır.

II. Meşrutiyet öncesinde tabiplerin bir meslek örgütü, özlük haklarını savunacak bir cemiyet faaliyette olmamıştır. Bu tarihten sonra sayıları artan tıp derneklerinin dernekleşme sürecine değişik grupların çıkar ilişkileri ve topluluk içindeki sınıf ayrışmaları yansımıştır. Ancak örgütlerin gündem ve tüzüklerinde hekimlere sağlanacak sosyal yardım ve deontoloji kuralları yer tutmuştur. Üyeleri bağlayan deontoloji tüzükleri hazırlanmış ve -etibba arasındaki meseleleri her iki tarafın şeref ve haysiyetini muhafaza etmek suretiyle halletmek maksadıyla- *hall-i müşkilat komisyonları* oluşturulmuştur. Tekil örneklere bakılırsa Ermeni Etibba Cemiyeti'nin 1914 tarihli Isgızpunk Pıjšıgagan Bardapanutyandır/Tıbbi Deontoloji İlkeleri yalnızca hekimlerin birbirleriyle ilişkilerini düzenlemeye yöneliktir. İstanbul Etibba Muhadenet ve Teavün Cemiyeti'nin (*kur.* 1919) 1920 tarihli Hall-i Müşkilat Komisyon Mukarreratı/Deontoloji Tüzüğü ve İzmir Türk Etibba Cemiyeti'nin (*kur.*

---

<sup>22</sup> *Atama haberi şöyledir*: Müteveffa Muallim Dr. Rusyan/Russiyan [*sic*] Efendinin yerine Dr. Nurican Efendi Mebhas-ı Beşer ve Vezai-i Etibba derslerini vermek üzere Mekteb-i Tıbbiye Şâhâne'ye tayin kılınmıştır (*Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye*, No: 57, 1293 [1876], s. 749).

<sup>23</sup> Bu notlar kitaplaşmadan evvel Nurican Efendi'nin editörlüğünü yaptığı *Revue de médecine et de pharmacie de l'Empire Ottoman* dergisinde birkaç bölümde yayımlanmıştır (Etker, 2017, s. 295-296).



1918) Hall-i Müşkilat Komisyon Mukarreratı birbirinin neredeyse aynısı olmakla birlikte bu tüzüklerde hasta haklarına yönelik âcil müdahaleye ihtiyacı olan hastalara müdahale yükümlülüğü ve muayenehanelere müracat eden yoksul hastegânın ücretsiz kliniklere sevkine delâlet etmeye icazet maddeleri dışındaki diğer maddeler hekimlerin birbirleri arasındaki ilişkileri düzenlemeye ve şahsi reklamın mahiyetine ayrılmıştır (Etker, 2017, s. 298-313, 391-393, 397-400, 445-447). Cumhuriyet sonrasında herhangi bir etik kod veya deontoloji nizamnamesi yayımlan(a)mamış, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi/TDN (1960) kanunlaşana kadar, adab-ı meslekiyeye riayet etmeyen tabiplerin muamelesi, tabip odalarının haysiyet divanlarına bırakılmıştır (Tababet ve şubatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun, 1928, md-15 ve 16). Bu dönemde hekimlerin tıbbi mecmualara ve dönemin basınına yansıyan tartışmalarını ve adab-ı meslekiyeye dâir yazılarını gözlemek mümkündür.

#### **2.5.1.5. Geçmişten geleceğe miras ve hekimlik adabının entegrasyonu**

İlk tıp etiği kodlarının ortaya çıktığı dönemde (18. Yüzyılın ikinci yarısı ve 19. Yüzyıl) çoğu hekimin sabit bir gelirin olmaması, özellikle taşra hekimlerinin mali vaziyetleri, büyük şehirlerde hastaları/müşterileri elde edebilmek için yaşanan rekabet ve birçok ülkede vatandaş ve mülteci/göçmen hekim, yasadışı uygulayıcılar ve şarlatanların fazlalığı, hekimleri öncelikle kendi aralarındaki problemleri çözmeye itmiş, hastalarına karşı ödev ve yükümlülükleri, hastaların hakları hususları içerisine yalnızca, âcil durumlarda müdahale yükümlülüğü, hastanın hekimini seçebilme hakkı ve yoksullara tıbbi yardımı reddetmemek gibi hak ve yükümlülükler tanımlanmıştır. Bu dönemin etik ve deontolojisi meslektaşlar arasındaki husumet ve problemlerin çözümlenmesinin nesnesi/aracı derekesine indirgenmiş (kuşkusuz dönemin yaşam mücadelesi, mali zorluklar vs. tartışmaları entelektüel bir zemine çekememiştir) gibi gözükmektedir. Şahsi ve mesleki onur kavramları hekimliğe içkin kabul edilirken, insan onuru, eşitlik, adalet gibi kavramlar hakkıyla ele alınmamış, tıbbi bakımın herkese eşit ve âdil dağıtımı, hekimin *herkese bakma yükümlülüğü* ve hastasını hangi koşullarda reddedebileceği meseleleri meçhul kalarak malum olacağı zamana intikal etmiştir.

19. Yüzyıl tıp etiği kodlarının hasta temsillerini içermediği, çıkar çatışmasına sahip olduğu ve kodların formüle edilmesine yol açan temel tarihsel nedenin, bir kişinin çıkarlarının savunulması değil, daha ziyade, ne kadar sosyal düzeyde tanınırsa da bir tür "iç sözleşme" yaratma isteği olduğu, mesleğin tekeli ilgisi ve

babacan modeli ile birlikte sağlık kuruluşunun tıp merkezli bakış ağısını sahiplenmeyi ve savunmayı amaçladığı farklı teorisyenlerce iddia edilmiştir. Örneđin; Percival'in Tıp Etiđi ve 19. Yüzyılın diğer tıp etiği eserleri ve tartışmalarını inceleyen Waddington o dönemin tıbbi etiğinin hekim-hasta arasındaki etik sorunlarla ilgilenmekten (hekimlerin hastalara nasıl davranılacağına dair Yunan geleneğine uygun olan oldukça genel türden değerlendirmeler dışında modern sorunlardan) daha çok, hekimler arasındaki profesyonel anlaşmazlıkları çözmek ve ilişkileri düzenlemek, ücretlerin paylaştırılması, konsültasyon için somut ve ayrıntılı bilgiler sunmakla, diğer bir deyişle *hekimlerin birbirlerine karşı davranışlarıyla ilgilenmek ve profesyonel nezaket ilkelerini somutlaştırmakla* iktifa ettiğini belirtir. Elbette hekim-hasta ilişkisindeki etik sorunlara dair tartışmalar literatürde göze çarpmakla birlikte, bu sorunların çözümine dair gerekli irade, dönemin mevcut tartışmalarına ve kodlarına yansımamıştır (Waddington, 1975). Lester King ise kitabın (Percival's Ethics) özellikle muhtaç hastalara bakan hekimler arasında daha iyi bir uyum sağlamak için tasarlandığını ve hiçbir şekilde herhangi bir řeyi keşfetme girişimi olmadığını ve belirsiz etik genellemelerle dolu olduğunu belirtir. Tıp etiğinin -iyinin ve kötünün doğası üzerine düşünen teorisyenlerce değil kötü, çirkin ve somut durumlarla yüz yüze gelen sert kafalı, pratik adamların fikirlerinden kaynaklı- sözde ve dünyevi kökenlere sahip olduğunu, çerçevesinin felsefede değil, sosyolojik fenomenlerde, özellikle de lonca örgütlenmesine yol ačan sebeplerde yattığını iddia etmiştir. Çünkü loncaya sahip olmak demek, aynı zamanda ortak çıkarlarını korumak, rekabeti yok etmek ve katı bir tekel elde etmek, yetkinliğini garanti etmek ve standartları belirlemek demektir (King, 1958). Percival çağında John Gregory'nin David Hume'un ahlaki felsefesine dayanan bahsetmeye değer düşüncesi, hekim-hasta ilişkisinin tıp etiğinin temel ilgi alanı olması gerektiği ve toplumun kendi sağlığı için karar vermekte özgür olması gerektiği fikrinden kaynaklanır ve bu, tıp sınıfının ayrıcalıklarını caydırmak anlamına gelir. Thomas Percival'in Tıp Etiđi'nin ise, tıp etiği kodlarının toplumdan ziyade mesleği temsil eden organlar tarafından geliştirildiği ve bunların da bir hastanın giderek merkezi bir rol kazandığı yeni ahlaki yorumları kabul etmek yerine, geleneğe sadık kalan yanlış başlıklı tıbbi görgü (etiquette) kuralları oldukları iddia edilmiştir (Patuzzo, Goracci & Ciliberti, 2018).

Özellikle tıbbi polis yönetmelikleri (deontoloji tüzükleri ve etik kodlar vs.) göz önüne alınırsa bunlar, aidiyetin merkezini simgeleyen, gelenek ve -dönem için-

kutsal kabul edilen şeylerin yerini doldurabilecek ve özlük haklarını müdafaa edebilecekleri somut bir şey, bir duvar, bir polis [şehir] oluşumunun gerekliliği biçiminde farklı karakter, hatta dil, din ve ırktan adamları (örn. Paris Kongresi) birleştirmiş, kendileriyle-hastalar dünyası ve diğer her şey arasında *bir bariyer işlevi görmüş* gibi gözükmektedir.

Genel itibariyle -dönemsel değerlendirmeler ne olursa olsun- Doğu'da ve Batı'da dikkate değer benzerlik ve farklılıklar bulunsa da şifa ve ahlak tarihte her dönem içiçe veya *birbirlerine ilişkin* olmuştur. Bu da şifanın ancak tanrı elinden gelebileceği ve şifayı dağıtan hekimlerin bu tanrısal gücü -ancak- ahlakla taşıyabileceği düşüncesinden, hekimin karşısındaki insan ve eşitine (hastasına) karşı temel ödev ve sorumlulukları olduğunu vaz' eden modern etiğe uzanan derin -dini yahut lâ-dini- kavrayışlara dayanmış ve dayanmaktadır. Ahlaki düşünce ve dini inançların tıp biçimini ne kadar etkileyebileceği, tıbbın artan teknik ve bilimsel kapasitesinin, mevcut sosyal yapıyla ilişkili olan hekimlerin sosyal statüsü ve gelirlerinin tıbbi geleneğin tanımladığı ödevlere/görevlere ne kadar güçlü bir şekilde baskı yaptığı ortadadır. Deontoloji ve etiğin ortaya çıktığı dönemde (18. Yüzyılın ikinci yarısı ve 19. Yüzyıl) hekimlerin etrafı, tıbbi bakımın finansmanı ve sunumu için karmaşık kurumlarla çevrelenmişti ve hekimlerin hastalara olan bağlılığının birden fazla tarafın çıkarlarıyla nasıl bağdaştırılabileceği konusu şüpheler uyandırıyordu. Bugün de özellikle göçmen nüfusu fazla olan ülkelerde aynı problemler devam etmektedir.

Etik ve Deontoloji, ortaya çıktığı dönemde aynı anlamda kullanılmış olup, antik dönemden 20. Yüzyıl'a değin yapılan değerlendirmeler bugünün modern sınıflamalarıyla yapılan anakronik değerlendirmelerdir. Bugün deontoloji mesleğin adabına dairdir ve meslek adabına ait değiş(tiril)mesi -var olduğu dönemi itibariyle- mümkün kabul edilmeyen unsurları barındırır. Nizamnameler ve kodlar normatif unsurlardan seçilerek oluşturulmakla birlikte, bunların, mesleki terbiyenin ve onurunun muhafazasına ve kemalâtına aynı zamanda hastaların refah ve haklarına hizmet etmesi beklenir.

II. Dünya Savaşı sırasında Alman hekimlerin oynadığı rolden (rıza alınmadan yapılan deneyler, ötenazi, öjenik kısırlaştırma ve 'öjenik-ötenazi' -toplama kamplarındaki gaz odaları ve diğer öldürme mekanizmaları üzerinden yapılan soykırım-) pek çok hekim derinden rahatsız olmuştur. Dünya Tabipler Birliği'nin

ikinci genel kurulunda tıp camiasının temsilcileri, yeni bir Hekim Yemini yayımlayarak mesleki ahlak iddialarını yeniden savunmaya çalışmıştır. Hekim Yemini, sadece Hipokrat Yemini'nin biçimsel yapısını ve deontolojik mantığını değil, aynı zamanda mesleğin seküler bir ortamda kutsal bir makam olarak algılanmasını da ustaca korumaya yöneliktir. DTB, terapötik emirleri ortadan kaldırarak (çocuk düşürmeye sebep olacak bir işlemde sakınma ve hastanın ölümüne neden olacak ilaç vermeme) ve 'görevimle hastam arasına herhangi bir özelliğin (ırk, din vb.) girmesine izin vermeyeceğime' ve "tehdit altında bile bilgimi insanlığın kanunlarına aykırı olarak kullanmayacağım." cümleleriyle aşkın, ulusötesi bir taahhüdü açıklığa kavuşturmaya çalışarak yemin içeriğini modernize etmiştir (Baker, 2000, s. 872-873). Tıpta ve kültürel değerlerde yaşanan birçok değişiklik, eski geleneğin varsayımlarını daha net hale getirmesi ve yerleşik değerlerini revize etmesi için yeterince baskı yapmış ve bugün, birçok ülkenin, etik ve deontoloji kodları neredeyse tamamen birbirlerine entegre hale gelmiştir. Tıp etiği, pratik deneyimin yanı sıra hukuki, tıbbi, felsefi ve teolojik düşünceyi de kapsayan, bunları özlü bir karışım içinde sentezleyen temelde senkretik bir çalışma olmuş, ortak taahhütleri modernize ederek ilerlemiş ve ilerleyecek gibi gözükmektedir.

Tıp etiği'nde eski geleneğin çizgileri zamanla solmasına rağmen, mevcut literatür, hekimliğin doğal gelişimi ve dönüşümü de göz önüne alındığında, hekimin özellikle bugün, incinebilir gruplara mensup -çoğunlukla hukuki maduniyet, bürokratik engeller ve kişisel ahlaki tercihlerden kaynaklı ve esasen tüm- hastalarına insandışılaştırılan muamelede bulunmaması, ayrımcılık yapmaması, ötelememesi ve kim olursa olsun kendisine başvuran hastaya özenle bakmaya hazır olması gerektiği hususunda herhangi bir etik zorluk, ihtilâf ve ikilem bulunmamaktadır. Özellikle 20. Yüzyıl sonrası mevcut modern literatür bu hususta soyut/anlaşılmaz kabul edilebilecek yargılar da sunmamıştır. Hasta bakımı, araştırma, eğitim ve sağlık politikasına ilişkin etik yargılar, hekime mevcut etik zorluklar hakkında pratik rehberlik sağlamalıdır. Etik yargılar da yeterli olmalıdır: yeni, beklenmedik etik zorluklar ortaya çıktığında düşünmek için en azından ilk rehberliği sağlamalıdır. Bunun yanısıra geçmişte olduğu gibi -birçok ülkede- hekimler bugün, kurumsallaşmamış tıp hizmetleri, kısıtlı kaynaklar ve kamu hizmetlerinde çalışan hekimlerin sınırlı olması gibi fiziki zorluklarla ve hekimler arasında etik kodları

gölgede bırakacak denli maddi savaşların ortasında hekimlik pratiği yapmak durumunda değildir, durumunda ise de çoğunlukla buna sebep mülteciler değildir.

Tarihte *hekim kimliği*, -zaman zaman bu grubun genellikle sosyoekonomik ve politik sebeplerle kendi menfaatlerini ön plana alma girişimleri göze çarpsa da- ötekinin/başkanın reddedilmesi ya da günah keçisi olarak kavranması üzerine kurul(a)mamıştır. Modern zamanlara değin hasta ve hekim ilişkisini hekim, hasta kimliğini kendi kimliğine eşdeğer bir kimlik olarak (şüphesiz bunda Hipokrat'tan - veya daha evvelki asırlardan- beri süregelen hekimliğin aristokrasisi, bilginin saklanması ve yalnızca oğullar yahud *tıbbi bilgiyi taşıyabileceğine inanılan ehil* kimselere tıp eğitiminin verilmesinin etkisi söz konusudur), yani bugün modern tıp etiğinin neredeyse olmazsa olmaz şartı olarak öne sürdüğü tam bir simetriye dayalı bir ilişki biçimi olarak kavramamış olsa bile, hiç olmazsa ötekiyi/başkayı, *yabancıl*asa da -günah keçisi olarak yaftalamayıp- yoksul/garip/sefil addederek, paternalist bir bakış açısıyla hıfz u himayesine almış, almamışsa bile alacağını vaad etmiştir. Literatür incelendiğinde muhtaç/garip/sefil/yoksul bir hastayı muayenehane kapısından kovma tasavvuruna rastlanmamaktadır. Hekimler de hastalar gibi dönem dönem bazen politik nesnelere konumuna indirgenmiş ancak bu dönemlerde bile - antik çağlardan beri süregelen kişilerden maddi ve cinsel bir menfaat elde etmemek, kölelere bakma mirasıyla- sağlık hizmetine erişemeyecek yoksullara/gariplere/sefillere tıbbi bakım verme taahhütlerini yinelemişlerdir. En azından tıp etiği tarihinde bunun aksini iddia eden bir metne rastlanmamaktadır. Bu, herkese hizmet verme ödevinin örtük bir biçimi olarak değerlendirilebilir, varlıklılar kendi imkânlarıyla sağlık hizmeti alabiliyorken, yoksullar da bu taahhüdün imkânıyla tıbbi hizmetlere erişebilmiştir. Bunun aksini iddia eden vâkıa da çoktur, yani yoksulların hizmet alımındaki bürokratik engeller, özensizlik vs. (Örn; *Bkz. Muhittin Celal [Duru], 1921, s. 25-27*) ancak bu taahhüdün pratikteki aksaklıkları genellikle hekimlerin kişisel ahlakı ile ilgilidir, hekimlik adabına mâl edilemez.

Dr. Aziz Fikret Derlen (1888-1947) 1936'da yayımladığı bir yazısında deontolojiyi şöyle tanımlar: *Bir tabibin icrâ-yı san'at uğrunda kendi şahsına, her gün temasta bulunduğu hastalarına, meslektaşlarına, aynı zamanda bin-i beşere ve hükumete karşı muvazzaf olduğu -kanuni değil fakat- şayan-ı temenni evsafa, Deontoloji derler.* İlgili yazı bir hekimin hastalarının mevki-i içtimaiyesini kesinlikle nazar-ı itibara almaması gerektiğine dâir önemli ve sert pasajlar içermektedir. Derlen

şunları yazmıştır: ‘Esasen mesleğin ruhunu kavramış bir hekimin kalbinde doğan sadakatle, sabırla, hastasına bahşettiği ihtimam ve gösterdiği şefkat, maddi ve ticari mülahazatın fevkindedir. (...) Hekim dâima vicdan ve insaf sahibi olmalı, hastalarını hiçbir zaman baştan savma muayene etmemeli, mevki-i içtimaiyesi hakkında hiçbir fark gözetmemelidir. Zahmet ve ihtimamını *hastasının servet ve mevki-i içtimaiyesine göre biçen*, bir sefil, bir zelildir... *Elemde, ölümde olduğu gibi bütün insanlar müsavidir*. Herşeyden önce hekim insan olmalı ve insani şeyler ona yabancı görünmemelidir. (...) *Elemde, ölümde olduğu gibi bütün insanlar müsavidir*. Aradaki feci fark, orada maddi bir menfaat, burada insanların hayatı mevzuubahstır. (...)’ (Derlen, 1936).

Günümüzde ise hastayı tanımak/tanımak istemek ve özende devamlılık tedavinin bir parçasıdır. Modern etik yani ideal olan, özeni tedavinin bir parçası olarak tanır. Tedavi almayı isteyen bir hastanın tıbbi nedenler ya da hasta-hekim arasındaki çatışma durumlarının dışında reddedilmesi ise bambaşka bir olgu olarak karşımıza çıkar. Hastanın ırkı, toplumsal cinsiyeti, dini, mezhebi sosyal statüsü vd. ne olursa olsun, hekim hastasını insan ve eşiti olarak tanımak mecburiyetindedir (Chollet, 2020, s. 210-223).

### **2.5.2. *Günümüz ulusal ve uluslararası etik bildirgeleri ve yönetmeliklerde adalet, eşitlik ve ayrımcılık yapmama üzerine***

*Bize güç veren şey dostlarımızın yardım etmesi değil,  
yardım edeceklerinden emin olmamızdır.*

Epikuros<sup>24</sup>

Modern etik çoğulcudur. Geleneksel ve bireyci toplumlarda neyin ahlâki olduğuna karar verme sürecinde çeşitli farklılıklar vardır. Bu farklılıklara karşın insanların büyük çoğunluğunun, İHEB ile diğer yaygın kabul görmüş ve resmi olarak onaylanmış belgelerde yer alan temel insan hakları gibi bazı etik ilkeler üzerinde uzlaştığı görülmektedir. Yaşama hakkı, *ayrım görmeme hakkı*, işkence, insanlık dışı ya da aşağılayıcı davranışa uğramama, düşünme ve düşündüğünü açıklama özgürlüğü, bir ülkedeki kamu ve sağlık hizmetlerine *eşit erişim* gibi insan hakları, tıp

---

<sup>24</sup> Bauman, Z. (2020). *İskarta Hayatlar & Modernite ve Safraları*. (Çev. O. Yener). İstanbul: Tellekt, s. 102.

etiği için özellikle önemlidir (Dünya Hekimler Birliği, 2015, s. 23-24). Bütün bunların yanında tıp etiği disiplini içerisinde hak ihlallerini önlemek, eşitlik ve adaletin gözetilmesi, ayrımcılık yapmamak, insan onuru ve hakları, hekimin vazifesi, görev ve ödevleri, yükümlülükleri tartışılmış, çeşitli ulusal ve uluslararası bildireler, kanun, nizamname ve tüzükler geliştirilmiş, özne-özne ilişkisinin sağlıklı kurulabilmesi, yeni ortaya çıkan problemlerin aşılabilmesi hedeflenmiştir. Bunlarla ilgili maddeler içeren ulusal ve uluslararası etik bildirge, kanun, yönetmeliklerin ilgili maddelerinden örnekler aşağıda verilmiştir.

Yukarıda da belirtildiği gibi İHEB’nde (mad. 1-2, 14, 25) bütün insanların özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğduğu, birbirlerine kardeşçe davranma yükümlülüklerinin bulunduğu, zulüm altında sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım haklarının doğuştan var olduğu bildirilmiştir (Universal declaration of human rights, 1948).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde hekimlerin başlıca vazifesinin *insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermek, hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükellef* olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin mesleğini icrası sırasında herhangi bir tesir ve nüfuza kapılmaması, mesleği uygulamıyorken dahi, meslek ahlak ve adabına aykırı hareketlerden kaçınması, hastanın (tıbbi) vaziyetinin gerektirdiği ihtimamı göstermekle mükellef oldukları, hekimin hastanın hususi veya ailevi işlerine karışamayacağı açıkça bildirilmiştir (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, md.2, 6-7, 14, 17, 1960). 2019’da güncellenen Fransız Hekimler Birliği Ulusal Konseyi’nin (Conseil National de l’Ordre des Médecins) deontoloji kodlarında (code de déontologie médicale) *kişinin yaşamına ve haysiyetine saygı-* ‘Bireyin ve halk sağlığının hizmetinde olan hekim, misyonunu insan yaşamına, kişiye ve onuruna saygı göstererek yerine getirir. Kişiye duyulan saygı, ölümünden sonra bile devam etmek zorundadır’ koduyla, *Ayrımcılık yapmama* ise- ‘Bir hekim, kökenleri, gelenekleri ve ailevi durumları, üyelikleri veya herhangi bir etnik gruba, bir millete veya belirli bir dine mensup olmama, engellilikleri veya sağlık durumları, itibarları veya kendilerine karşı duydukları hisler gibi durumlara bakmaksızın *tüm insanları* aynı vicdanla dinlemeli, incelemeli, tavsiye vermeli veya

muamele etmeli, *onlara her koşulda* yardım sağlamalıdır. Muayene edilen kişiye karşı *asla* doğru ve özenli bir tutumdan sapmamalıdır.' koduyla belirtilmiştir (Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre, Article R.4127-2, Article R.4127-7, 2019).

Dünya Tabipler Birliği'nin İnsan Hakları Bildirgesi'nde (Stockholm, İsveç, Eylül 1994) Tıp mesleğinin üyeleri insan haklarına saldırıların farkına varanlar arasında ilk sırada olduğu, tıp birliklerinin ülkelerindeki bu tip saldırılara dikkat çekmede önemli bir role sahip olduğu, yeterli sağlık bakımının *ayırım gözetmeden* tüm insanlara sağlanması için bütün gayretlerin gösterilmesi gerektiği ilan edilmiş, mahkumların bakımıyla ilgili önemli kararlar alınmıştır (Sayek, 1998, s. 41).

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nde (Amsterdam Bildirgesi, 1994) hastalara haklarının, *sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi ve başvuru* ana başlıkları altında *herkese* ayırım gözetmeden sağlanması gerektiği ilan edilmiştir (Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak Amsterdam Bildirgesi, 1994).

*Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi*'nde sözleşmenin amacı " taraflar, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır" maddesi ile belirtilmiş: insanın önceliği, sağlık hizmetlerinden âdil şekilde yararlanma ve ayırım yapmama (Md. 1, 2, 3, 11, sözleşme 2003'de Türkiye Cumhuriyeti tarafından onaylanmıştır) sözleşmeyle kanunen güvence altına alınmıştır (Sayek, 1998, s. 139-144).

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda *Hekimin Görev ve Ödevleri* tanımlanmıştır, buna göre: 'md 5-Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.' *Etik İlkelerine uyma yükümlülüğü* 'md 6-Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar



vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir. *Hekimin Yansızlığı* 'md 7-Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasi görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözlemeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.' *Hekimlerin uluslararası sözleşmelere uyma zorunluluğu* 'md 33-Her hekim, başta İHEB olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür.' maddeleriyle hekimlerin hasta ve hastalık karşısındaki temel ödev ve yükümlülükleri deklare edilmiştir (TTB, 1999).

DTB Hasta Hakları Bildirgesi'nde (Lizbon Bildirgesi, Ekim 2005'de Santiago, Şili'de 171. Konsey Toplantısı'nda uyarlanmış) hasta hakları, *nitelikli bir tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi ile ilgili kararlarını belirleme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal ehliyeti olmayan hasta, hastanın isteğine karşın yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onurunu koruma hakkı ve dini destek hakkı* ana başlıkları altında ele alınmış, bütün ana başlıklarda bu hakların hekimlerce eşit, ayırım yapmadan ve hastanın en üstün çıkarını ve onurunu koruyacak biçimde sağlanmasının teminatının yanında, bildirge hekimlere; mevzuatlar, hükümet önlemleri ya da herhangi bir diğer yönetim ya da kurum, hastaları bu haklarından yoksun bıraktığında, *hekimlerin bu hakları temin etmek ya da yeniden sağlamak için gerekli yollara başvurmaları gerektiği* ödevini yüklemiştir (Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, 2005).

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde (UNESCO Genel Konferansı'nın 19 Ekim 2005 tarihindeki 33. oturumunda kabul edilmiştir) *İnsan onuru ve insan hakları, İnsan savunmasızlığına saygı ve kişisel saygınlık, Eşitlik, adalet ve hakkaniyet, Ayrımcılık yapmama ve aşağılamama, Sosyal sorumluluk ve sağlık ve İnsan hakları, temel özgürlükler ve insan onuruna aykırı eylemlerin reddi* maddeleriyle (Md. 3, 8, 10-11, 14, 28) tıbbi uygulamalarda ve sağlık hizmetlerinde ayrımcılık yapmama, insan onuru, hakkaniyet ve adalete dikkat çekilmiştir (Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 2005).

TTB Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi'ne göre "Her hekim başta İHEB olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür. Hekimler, insan haklarının bütünselliğini ve bölünmezliğini kabul ederler. Tüm mesleki uygulamalarında insan haklarını temel alırlar. Hekimler herkesin; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal

köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir özelliğe göre ayrıma uğramadan ve toplumsal cinsiyet eşitliği göz önüne alınarak bütün haklardan ve özgürlüklerden yararlanması gerektiğini kabul eder. Var olan eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını önceler." (TTB Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi, 2009)

Hekimlik Andı olarak da bilinen DTB Cenevre Bildirgesi'nin son revizyonuna göre hekim; hastalarının sağlığının birinci önceliği olacağına, insan yaşamına azami saygı göstereceğine, ayrımcılık yapmayacağına, mesleğini icra ederken vicdanı, onuru ve iyi hekimlik ilkelerini gözeterek hareket edeceğine dair yemin eder (Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi, 2017). İlk bildirgeye (1948) imza koymayan devletler de politik koşullarının değişmesiyle zamanla uluslararası yemine peyderpey entegre olmuştur. Örneğin başlangıçta bildirgeye imza koymayan Sovyetler Birliği'nin, dağılmadan önceki hekimlik yemininde, "eylemlerimi komünist ahlak ve ilkelerine göre yürütmek ve her zaman akılda tutmak için...", "halkıma ve Sovyet hükümetine karşı yüksek sorumluluklarım..." gibi cümleler bulunmaktayken (Tichtchenko, 1994, s. 49) Sovyetler Birliği'nin dağılmasının (1991) ardından Resmi Hipokrat yemini 1992'de güncellenmiş, yemindeki komünist unsurlar kaldırılmış ve Rus bir doktorun resmi yeminine: "Hiç kimseye tıbbi yardımı inkar etmeyeceğim ve bunu herhangi bir milliyet, din ve inançtan olan hastaya [ayırt etmeksizin] eşit özen ve sabırla sunacağım." cümlesi eklenmiştir (Yurievna & Speckhard, 1993). Ancak yeminin bu yeni versiyonu da modası geçmiş, ataerkil, cinsiyetçi vurgular içermesi nedeniyle eleştirilmiş ve yeni toplumun yeni değerlere ihtiyaç duyduğu ifade edilmiştir (Tichtchenko, 1994, s. 51).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde (2016 yılında revize edilmiştir) sağlık hizmetinin verilmesi sırasında, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıklarının dikkate alınamayacağı (md-5), Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma hakkı (md-6), Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis ve Tedavi Hizmeti Alma Hakkı (md-11), Tıbbi Özen Gösterilmesi (md-14), İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret (md-39) hakları güvence altına alınmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 2016).

Hasta-Hekim İlişkisine Dair DTB'nin (WMA) son bildirgesi olan *Cordoba Bildirgesi*'nde (Ekim 2020) hasta-hekim ilişkisinin, sayısız kültürel, teknolojik, politik, sosyal, ekonomik veya mesleki etkiye tabi olan karmaşık bir konu olduğu vurgulanmış "tıbbi uygulamanın özü olan *hasta-hekim ilişkisinin, hekimin acıyı*

*hafifletme ve hastanın inançlarına ve özerkliğine saygı gösterme yükümlülüğünden kaynaklanan ahlaki bir faaliyet olduğu, kaliteli tıbbi bakım sağlamak için genellikle karşılıklı rızanın -açık veya zımni- gerekliliği belirtilmiştir. Bu ilişkinin evrensel bir kapsamı olduğu, bu kapsamın da kişinin sağlığını ve refahını iyileştirmeyi/geliştirmeyi amaçlaması gerektiği belirtilmiştir. Güven ortamında bilgi paylaşımı, ortak karar alma, hasta ve hekim özerkliği, yardım, rahatlık ve arkadaşlık ile mümkün olmaktadır." (WMA, 2020).*

Tıp etiği ilkelerini tıbbi davranış kurallarına dönüştürmek ve dolayısıyla etik ilkelerden deontolojiye geç(ebil)mek karmaşık bir görevdir. Örneğin, tıp mesleğinde teorik olarak hastaların özerkliği veya onuru ilkeleri onaylanırken, bunların gerçekte ne anlama geldiğini ve her şeyden önce klinik uygulamaya nasıl dâhil edileceğini belirlemek hususunda ikilemler ve çatışmalar görülebilir. Nitekim, bugün sağlık boyutunu ve bakım ilişkisini karakterize eden *öznel yön*, tıp etiği ilkelerinin altında yatan geniş ve tanımlanmamış kavramların açıklanması konusunda oybirliğiyle anlaşmaya varmanın önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. İtalyan Tıbbi Deontoloji Kodu'nu (Code of Medical Deontology/CMD) hem etik hem de yasal boyutlarıyla inceleyen bir çalışmada kodun dikkatli bir etik analizden (temel hakları önemli ölçüde koruyabilme kapasitesi ve sıkı korporatist yapısının) geçmesi gerekliliği yanında yazarlarca hukuk-kod arasındaki belirsiz ilişkilere değinilmiştir. Örneğin adli tıp sahasından farklı olarak CMD'ye ayrılmış açık bir yasal hüküm bulunmaması, devlet ile tıp profesyoneli arasındaki ilişkileri ayırt etmeyi ve CMD'yi hukuk kaynakları arasına yerleştirmeyi zorlaştırmaktadır. Doktrinde, deontolojik kurallar, geleneksel olarak, genel hukuk sisteminin normları olarak değil, "yargı dışı kurallar" veya "tıbbi kategori için iç kurallar" olarak görülmüştür. Bu bakış açısına göre, CMD'nin kurallarının profesyonel ve yasal olmayan kaynağı, bunların yasal doğasını dışlamaktadır. Ayrıca, bu yönelim hukuk sisteminin de -birkaç istisna dışında- mesleki dernekler tarafından deontolojik kuralların çıkarılmasını ne zorunlu kıldığını ne de düzenlediğini ve hiçbir şekilde bunları kendi kaynaklarına eşitlemediğini vurgulamaktadır. Bu anlayış, *deontolojik kuralların hukuki değerini dışlayarak*, yüksek mahkemenin disiplin soruşturmaları kapsamında yorumlanmasına ve doğru uygulanmasına ilişkin tahkimi de dışlamaktadır. Hukuki açıdan, İtalyan CMD'si resmi bir hukuki niteliği olmayan hükümler içermektedir ve bununla birlikte, *tıp pratisyenleri için doğrudan bağlayıcıdır* (Patuzzo, De Stefano & Ciliberti, 2018).

Pellegrino tıbbi bakımın ticarileşmesi ve sanayileşmesi, uzmanlaşma, teknoloji ve ahlaki çoğulculuğun tıp etiğinin eski yapısını zayıflatan güçler olduğunu iddia etmekte, hekimin teknik ve ahlaki (mesleki) yükümlülüklerinin giderek birbirinden ayrıldığını belirtmektedir. Çoğunluğun yalnızca *mesleki yetkinlik* ve *zarar vermemeyi* ahlaki yükümlülükler olarak kabul ettiği ve hastaların çıkarları için kişisel çıkarları silmeye yönelik herhangi bir yükümlülüğü reddettiğini gözlemler. Merhamet ise, tıbbın teknolojik gücü karşısında gerçekçi olmamaya, küçümsenmeye ve yok olmaya yüz tutmaktadır. Bu eğilimlerin olası devamlılığı göz önüne alındığında, temel soru, ‘meslekte onu bölen derin felsefi [yahut ahlaki] farklılıkları aşabilecek ortak bazı ahlaki taahhütleri tanımlamanın hâlâ mümkün olup olmadığıdır’. Bu tür taahhütler bulunursa, bunlar, zamanla değişmeyen tek tıbbi gerçeklikte, *hasta kişinin hekimin yardımına ihtiyacı ve hekimin bu yardımı sunmayı teklif ettiğinde verdiği sözde yer* alacaklardır (Pellegrino & Pellegrino (A), 1988).

Koşulsuz buyruğun üç formülasyonundan "Öyle eyle ki, insanlık ister senin ister başka birinin kişiliğinde, aynı zamanda bir amaç olsun, asla yalnızca bir araç olmasın." formülasyonunu değerlendiren Paul Guyer bu formülasyonun, seçimler ve eylemlerimizin tüm insanlık üzerindeki sonuçlarını fiilen bilemeyeceğimizden, esasen düzenleyici bir ideali temsil ettiğini belirtir. Burada amaç kişinin dâima kendi amaçlarını belirleyip gerçekleştirme yetisidir, yani seçme ve eylem özgürlüğü. Başka bir deyişle özgürlüğün koşulsuz değerinin tanınmasına imkân veren bu *formülasyon kendimiz ve diğerlerinin sahip olduğu seçme ve eylem özgürlüğünü koruma ve geliştirmeyi* buyurur. Kişinin kendi -seçme ve eyleme- özgürlüğünü kullanırken diğer herkesin özgürlüğünü koruma zorunluluğu ‘kişi özgürlüğünü bir başkasının özgürlüğünü engelleyecek şekilde kullanamaz’ şeklinde bir ahlaki buyruk halini alır (Guyer’den aktaran Özaydın, 2012, s. 104-107).

Özellikle deontolojik metinlerdeki hastalara din, dil, ırk, siyasi görüş vd. nedeniyle ayrımcılık yapılmamasına yönelik koşulsuz buyruklara (başka bir şeyden türetilmeyen ve bizzat temeli kendine dayanan) rağmen bu türden buyrukların istismar edilebileceği -İtalya örneğinde olduğu gibi- anayasal boşluklar, yaşadığı toplumun ötekisi/ayrıkısı otu olan incinebilir grupların yetersiz anayasal ve kamuoyu temsili, bu buyrukları hekimlerin indinde de koşullu buyruk seviyesine indirgemekte, istismara açık hale getirmekte ve özneyi hakikatten saptırmaktadır. Badiou’ya göre bir hakikat süreci kendi içinde krizden etkilenmez, çünkü hakikat kendi içinde tutarlı

çokluklardan oluşan bir bütündür. Bir olayla başlayan hakikat süreci (örneğin II. Dünya Savaşı sonrası deklare edilen İHEB ve Hekim Yemini) namütenehidir ve kesintiye uğrayamaz. Ortada bir kriz veya kesinti varsa bu bir sadakat veya özne krizi olarak ortaya çıkar. Bunlar da esasen *sıradan-çıkarlarla çıkar-gözetmeyen-çıkarların*, insan-hayvan ile öznenin, ölümlü ile ölümsüzün çıkarlarıdır (Badiou, 2019, s. 81-82). Hekimler arasında bunun bir hakikat veya hakikat süreci olduğu/olabileceğine dâir ortak bir kavrayışın olmadığı göze çarpmaktadır.

Son sözü genelleştirilmiş bir maksim olarak ifade etmek gerekirse, şu şekilde özetlemek mümkündür; ‘dünyanın neresinde olursam olayım, hastalandığımda hastaneye gidebiliyorsam eğer, hastaneye gidebilmek ve hastalığımla ilgili yaşayacağım tüm süreçlerde haysiyetime uygun muamele görmek isterim’.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Kullanılan Terminoloji

Bu araştırma, nitel ve nicel veri toplama yöntemlerinin birlikte kullanıldığı kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Nitel araştırmalar sıklıkla eylemleri, anlatıları ve bunların nasıl kesiştiklerini göstermesi bakımından önemlidir (Glesne, 2013, s. 1). Nitel araştırmada değişkenler karmaşık ve içiçe geçmiş olup aralarındaki ilişkiyi ölçmek zor olduğundan, araştırmanın nicel kısmında değişkenlerin sınırları kesin olarak belirleneceğinden, değişkenler arasındaki ilişki ölçülebilir. Veriler nitel araştırmada derinlemesine betimleme ile, nicel araştırmada ise genelleme olarak sunulur. Araştırmanın kendisine ait görüşme kayıtları nitel verileri ortaya koyarken standardize edilmiş likert tipi ölçek nicel verilerin sağlanmasında kullanılmıştır. Böylece güçlü sonuçlar için güçlü deliller ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tezimizin başlığında kullanılan “vatanlarını terk etmek zorunda bırakılanlar” tanımlaması, Türkiye’ye Avrupa Konseyi üyesi olmayan diğer ülkelerden gelen ve Türkiye’ye sığınan tüm insanları (vatansızları) kapsamı adına kullanılmıştır (Suriye, Irak, Afganistan, İran, Afrika Ülkeleri vd.). Araştırmada Eskişehir ilinde hizmet veren hekimlerin mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerine nasıl baktıklarının tespiti ve ortaya çıkan bu tablonun tıp etiği ve insan hakları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hekimlerin dışındaki diğer sağlık personeli çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmada hekimlere bu grubu temsilen sığınmacı veya mülteci terimi kullanılarak sorular yöneltilmiş, metin içerisinde de yukarıdaki tanımlama yerine yine mülteci/sığınmacı terimleri kullanılmıştır.<sup>25</sup>

##### 3.1.1. Araştırmanın varsayımları

Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti almada hak ihlalleri yaratan en önemli faktörlerden biri hekim-hasta arasındaki kurulamayan iletişimidir. Göçmenlik, mültecilik, sığınmacılık, incinebilirlik vb. kavramlar hekimlerce, üzerinde dikkatle düşünülmesi gerekli olan kavramlardır.

---

<sup>25</sup> Araştırma 2018 yılında tasarlanmış olup tüm araştırma verileri Covid-19 pandemisi başlamadan önce toplanmıştır. Bu bağlamda katılımcılara pandemi ve pandeminin neden olduğu/olabileceği etkiler ile ilgili herhangi bir soru yöneltilmemiştir.

Hekimlik mesleğini icra ederken “Vatanlarını terk etmek zorunda bırakılanlara” karşı, ırkçı ve mülkiyetçi yaklaşımlar sergilemek, zaten incinebilir gruplar içerisinde değerlendirilmesi gereken bu kişilerin, sağlık hizmetlerine erişimi ve sonrasında uğradığı hak ihlallerini arttırmaktadır. Hekimlerin bir bölümü mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi ve bakımı esnasında hekimlik deontolojisiyle bağdaşmayan tutum ve yaklaşımlar sergilemektedir.

### **3.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**

Zenofobi ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması verileri anket formları aracılığıyla, Eskişehir ili merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Şehir Hastanesi ve ESOGÜ Tıp Fakültesi’nde çalışan hekimlerden elde edilmiştir.

Çalışmaya alınma ölçütleri: klinisyen olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlendi. Örneklem alınacak kişi sayısı ölçek madde sayısının 10 katı olacak şekilde belirlendi. Araştırmaya katılan tüm hekimlere çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve anketteki sorularını eksik yanıtlayan kişiler çalışma grubundan çıkarıldı. Son olarak çalışma, olasılıksız örneklem yöntemi ile belirlenen 140 hekim ile yapıldı. Bu aşamada araştırmacı tarafından konunun sağlık alanına yansımalarını da değerlendirebilmek amacıyla hazırlanan ve ana araştırmada 5’li likert tipi şeklinde toplanan veriler burada ‘katılıyorum’ ve ‘katılmıyorum’ seçeneklerini içeren 2’li likert tipi ölçekle toplanmıştır

### **3.3. Araştırmanın Tasarımı**

Ölçeğin farklı dil ve kültürden uyarlanması nedeniyle, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları iki aşamada sürdürüldü. İlk aşamada dil ve kapsam geçerliliği, ikinci aşamada yapı geçerliliği ile iç tutarlılık ve faktör analizleri yapıldı.

Ölçeğin kapsam geçerliliği için kurulan hipotezler şu şekildeydi.

1. “Mültecilere hizmet vermek istemeyen hekimler” zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

2. “Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

3. “Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

4. “Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

5. “Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır.” şeklindeki önermeye katılmayan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

6. “Göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

7. “Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

8. “Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

9. “Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

10. “Göçmenlere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerekir.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha düşük puan alacaklardır.

11. “Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir.” şeklindeki önermeye katılan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır.

12. “Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.” şeklindeki önermeye katılmayan hekimler zenofobi ölçeğinden daha yüksek puan alacaklardır

### **3.4. Nicel Araştırma Yöntemi**

Araştırmanın nicel verileri anket formları aracılığıyla, Eskişehir ili merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Şehir Hastanesi ve ESOGÜ Tıp Fakültesi’nde çalışan hekimlerden elde edilmiştir.



### **3.4.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme**

Eskişehir ili merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Şehir Hastanesi ve ESOGÜ Tıp Fakültesi'nde çalışan T.C. vatandaşları ve mültecilere hizmet veren pratisyen ve uzman hekimler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Veri toplanan hekimlerin seçiminde öncelikli olarak klinisyenlik<sup>26</sup> şartı aranmış, bunun yanında örneklem grubunun mümkün olduğunca her iki kesime de hizmet vermiş/veren hekimlerden oluşması amaçlanmıştır. Eskişehir'de bulunan aile sağlığı merkezlerinde (ASM) hizmet veren aile hekimlerinin büyük bir bölümü 2011-2017 tarihleri arasında mültecilere hizmet vermiş olsa da Eskişehir'de 26 Eylül 2017 tarihinde Valilik oluru ile Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP) oluşturulmuştur. Bu tarihten sonra mültecilerin büyük bir bölümü YUP'ne müracaat etmekte olduğundan, aile hekimlerinin büyük bir bölümü yalnızca T.C vatandaşı hastalara hizmet vermekte ise de bu grupta hem geçmişte mültecilere hizmet veren hem de hâlen hizmet vermeye devam eden hekimler bulunmaktadır.

Örneklem, yukarıda zikredilen sağlık kurumlarında çalışan hekim sayılarına bağlı olarak tabakalı örneklem yöntemi ile hesaplanmış ve bunun neticesinde Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 70, Kamu hastanelerinde (Yunus Emre Devlet Hastanesi, Şehir Hastanesi) çalışan 143 ve ESOGÜ Tıp Fakültesi'nde çalışan 166 olmak üzere toplamda 379 hekimden oluşmuştur.

### **3.4.2. Veri toplamada kullanılan araç ve gereçler**

Hekimlerin yabancılara yönelik bakış ve tutumlarını nesnel bir biçimde ölçmek ve sayısal verilerle açıklamak için Kees Van Der Veer ve arkadaşları (Van Der Veer, Yakushko, Ommundsen & Higler, 2011) tarafından geliştirilen, Zenofobi Ölçeği 14 maddeden oluşan 6'lı likert tipi bir ölçek olup, 1'den 6'ya kadar puanlanan ölçek maddelerinin toplam puanları 14-84 arasında değişmektedir. Bu ölçek yabancı düşmanlığını/korkusunu genel olarak değerlendiren bir ölçek olduğundan konunun sağlık alanına yansımalarını da değerlendirebilmek amacıyla, literatürden derlenen bilgilerle araştırmacı tarafından hazırlanan 11 maddelik bir başka 5'li likert tipi soru kâğıdı Zenofobi Ölçeği ile birlikte katılımcılara uygulanmıştır. Tek bir anket olarak 3 bölüm hâlinde uygulanan sorular demografik bilgilerle başlamakta, demografik

---

<sup>26</sup> Primer olarak hasta bakan ve değerlendiren, hastanın tanı ve tedavi sürecini yöneten ve yürüten, temel tıp bilimleri bölümlerinden birine mensup olmayan hekimler.

verilerin hemen ardından sağlıkta ötekileştirmeyi nesnel olarak ölçebilecek bir tercih sorusuyla devam etmektedir. Bu soru “Tercih hakkınız olsa idi mülteci/sığınmacı hastalara hizmet vermek/vermemek ister miydiniz?” sorusudur. Konunun sağlık alanına yansımalarını ölçen sorularda ise sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması/sunulmaması, mültecilerin Türkiye’de doğum yapmalarının sağlık hizmetleriyle bağlantısı olup olmadığı, mültecilere çocuk sınırları getirilip/getirilmemesi gerekliliği, medyanın sağlık hizmeti sunumuna etkisi, mültecilerin sağlıkta şiddeti arttırıp/arttırmadığı, sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumunda mültecilerin Türkiye kültürüne adaptasyon/asimilasyonun gerekliliği veya kesimlerin tamamen ayrıştırılıp mültecilere tüm sağlık hizmetlerinin ayrı kurumlarda verilip/verilmemesi, T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimlerinin olumsuz etkilenip/etkilenmediği sorgulanmıştır

#### **3.4.3. Veri toplanması**

Yukarıda belirtilen sağlık kurumları, araştırmacı tarafından Nisan 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında sık sık ziyaret edilmiş çalışmanın içeriği, amacı ve verilerin anonimliği hekimlere anlatılmıştır. Katılımcıların araştırmaya dahil edilmesi tamamen gönüllülük esasına uygun olarak sağlanmış ve veriler katılımcılarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Örneklemimiz olan 379 hekime ulaşabilmek için yaklaşık 600 hekim ile görüşülmüş, 200’den fazla hekim (yaklaşık %37) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

#### **3.4.4. Verilerin analizi**

Değerlendirme yapılırken demografik verilerle birlikte, yaş grupları, 2’li uzmanlık ana branşları ve 5’li uzmanlık ana branşları kategorize edilmiştir. 2’li uzmanlık ana branşı Dâhili veya Cerrahi bilimlerde uzmanlık yapan hekimlerin verilerini karşılaştırma imkânı sunarken, 5’li uzmanlık ana branşı karşılaştırmasına ise mülteciler için sağlık hizmetlerinin en hayati bölümlerini oluşturan Pediatri, Kadın Doğum ve Acil birimleri ilave edilmiştir.

Çalışmanın verileri uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Kategorik veriler ifade edilirken sıklık ve yüzde, sürekli veriler ifade edilirken ortalama, standart sapma, median, en küçük, en yüksek değerler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk ShapiroWilk testi ile sınanmış, normal dağılıma uymayan verilerde, 2’li değişkenlerde Mann Whitney U, 3 ve daha fazla olan değişkenlerde

Kruskall Wallis testleri kullanılmıştır. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluk durumuna göre Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmış,  $P < 0.05$  değeri anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

#### **3.4.5. Kısıtlılıklar**

Verilerin anonim olarak çalışmada yer alacağına belirtilmesine rağmen, birçok hekim konunun hassasiyeti veya siyasi yönü nedeniyle çalışmaya katılmak istememiş ve tedirginliklerini belirtmiştir. Özellikle uzman hekimlerin polikliniklerdeki yoğun mesaisi sebebiyle veriler nispeten polikliniklerin yoğunluğunun azaldığı 16.30-17.00 saatleri arasında kısıtlı bir zaman diliminde ve uzun bir zaman aralığında toplanmış ancak yeterli sayıya erişilebilmiştir.

### **3.5. Nitel Araştırma Yöntemi**

#### **3.5.1. Söylem ve söylem analizi**

##### **3.5.1.1. Söylem**

Dilin büyüğü bir özelliği vardır. Konuştuğumuz ya da yazdığımızda, iletişim kurduğumuzda duruma veya içeriğe uyacak şekilde söylemek istediklerimizi yaratırız. Bu sürece, nesnelere, araçlar, inançlar ve duygular eşlik eder. Eylemlerimize, düşüncelerimize ait olan dil, her yerde her zaman aktif bir rol oynar ve çoğunlukla kendi içinde ayrı gerçeklik alanları da yaratır. Bal'a göre dil pratiği iki ayrı dilsel süreçle ilişkilidir. Bu süreçlerden ilki olan yönelimli pratikler, konuşma eylemlerine odaklı iken, diğeri kurumlar, roller ve statü ile belirlenen gerçekliğin sosyal inşasının pratikleri olarak karşımıza çıkar. İkinci alanda dil aynı zamanda ideolojileri belirler, inanç sistemlerine de vurgu yapar (Bal, 2016, s. 286-288).

İletişim bağlamında ele alındığında, dil bir konuşma aracı olarak ne ifade ettiği, bu ifade ile konuşanın ne yaptığı, dinleyen kişi/kişiler üzerinde nasıl bir etki yarattığı dikkate alındığında, üç ayrı bileşeni olduğu görülecektir.

Etimolojik açıdan söylem Latince "Discurrere", "Discursus" sözcüklerinden türemiştir. Dil ve dil pratiği olarak adlandırılmasının yanısıra özne hakkında konuşma ve iletişim anlamlarına da sahiptir. Söylem, belli bir sosyal durumda iletişimi mümkün kılan spesifik dil kullanımı ve sosyal etkileşimdir. Söylem bir meta-eylemdir ve ideoloji, bilgi, diyalog, anlatım, beyan tarzı, müzakere, güç ve gücün mübadelesiyle eyleme dönüşen dil pratiklerine ilişkin süreçlerdir. Söylem,

sosyal, siyasi, kültürel, ekonomik alanlar gibi, sosyal hayatın tüm yönleri ile ilişkilidir (Sözen, 1999). Söylem, dilin konuşulduğu ve yazıldığı şeklidir. Kime karşı, kim tarafından, ne için, nasıl söylendiği önemli olmakla beraber, içinde bir “öteki” kavramını da barındırmaktadır.

Söylem bir iletinin bütün boyutlarını, sadece içeriğini değil, onu dile getireni, otoritesini, dinleyiciyi ve amacını da kapsar. Söylem belirli bir zaman dilimi içinde, belli insan grupları arasında olan ve diğer insan grupları ile ilişkili olarak geliştirilen fikirleri, ifadeleri ve bilgileri de içerir. Bütün bu tanımlamalardan yola çıkıldığında söyleme ait veri çeşitliliğine değinmek yerinde olacaktır. Bavelas, Kenwood ve Phillips’in de ifade de ettiği gibi yüz-yüze konuşmalar (örn. parkta oynayan çocuklarını bekleyen annelerin konuşmaları), psikoterapi kayıtları (doktoru ile terapi için bir araya gelmiş hastaların kayıtları), polis ve mahkeme kayıtları (adli olaylara ilişkin sorgu süreçleri), röportajlar, sınavlar, yasa ve yönetmelikler, politik konuşmalar, medya raporları, uzman analizleri, basın açıklamaları, siyasi nutuklar, broşürler, günlükler, gazete haberleri, telefon konuşmaları bu kapsamda örneklenebilirler (Bavelas, Kenwood & Phillips, 2000, s. 102-129). Bütün konuşmalar ve yazıya dökülmüş metinler söylem olarak ele alınabileceği gibi, sadece belli amaçla gerçekleştirilmiş görüşmeler de bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Söylemler sosyal düzeyde mevcut olup bir anlam ortaya koyar. Toplumlar bu yolla mevcut semboller ve anlamlar arasında bağ kurar, konular, olaylar ve olgular üzerinde nasıl düşünecekleri ya da iletişim kuracaklarını söylemler üzerinden kazanırlar (Çelik & Ekşi, 2008, s. 99-117).

Foucault’ya göre söylem, içerik olarak daha genel, tarihi ve gelişmekte olan dil uygulamalarıdır ve her birey farklıdır. Bu farklılıklar bireylerin söylemlerinin de farklı olmasına sebep olur. Farklı zaman dilimlerinde, her bireyin söylemi hem tarihsel açıdan hem de içinde bulunulan zaman açısından birbirinden farklılık göstermektedir. Söylem, söyleme eylemi sonucu ortaya çıkan dile bağlı ifadelerin sözlü ya da yazılı halidir. Bu durumda söylemin en az iki tarafı vardır. O halde söylem sosyal bir eylem olarak da ele alınabilir. Sözü söyleyenin nerede, hangi güç ilişkileri içerisinde oluşuna, sosyal statüsüne, cinsiyetine göre bir anlam ve içeriğe de sahiptir. Söylemlerin bilgi içerikleri söylemin biçimine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Kimi söylem bir kurumla bağlantılı olup bilgi içeriği daha yoğun olabilmekte iken, kimi yaşanmışlıklara bağlı kalmakta, kimi de standart durumla

sınırlı olabilmektedir. Bu nedenle bilgi içerikleri listelenebilir: örneğin kurum bilgisi, standart durumlarla ilgili bilgi, eyleme bağlı bilgi, müşterek bilgi, sınıf bilgisi vb gibi (Foucault'dan aktaran Duman, 2018, s. 20-21).

Söylem, probleme ait kesin sonuçlar ortaya koymaktan öte probleme dışarıdan bakar ve çoğu kez daha iyi anlaşılmasına olanak tanır. Etiğin temel amaçlarından biri de insan eylemlerini incelemek ve bu eylemleri ahlaki niteliği bakımından aydınlatmaktır. Çoğu defa kişileri belli bir eyleme sürükleyen nedenler, arzuları, sevdikleri ya da sevmedikleri hatta korktukları şeylerdir. Bazı kişileri memnun etmek için özel bir istek duyulmasa da karşıdaki kişinin nazik tavrı eylemde bulunacak kişiyi de nazik olmaya yönlendirebilir. Ancak Nuttall'ın da ifade ettiği gibi kişiler bir taraftan elde etmek istedikleri gibi eyleme arzusu içinde iken, ahlaki bakımdan doğru olduğunu bildiği şekilde davranma arzusu içinde de olabilir ve bu durum kişilerin söylemlerine de yansiyabilecektir. İşte bu noktada dikkatten kaçmaması gereken asıl nokta ahlaki değer biçimler ile değerlendirmeler arasında benzerlikler olduğunun unutulmamasıdır (Nuttall, 2011, s. 34).

### **3.5.1.2. Söylem analizi**

En yalın anlatımla dilin incelenmesi olarak tanımlanan söylem analizi sosyal ve kültürel bağlam içinde iletişim kuran, dili kullanan kişilerin ortaya koyduğu sosyal olaylara odaklıdır. Söylem analizinde kişilerin kendi dünyalarını anlatabilmek için dilin nasıl kullanıldığı odak noktalarından biridir. İşte bu noktada dil sosyal ve mesleki ilişkileri, bilgi ve düşüncelerin ifade edilmiş biçimlerini ortaya koymaktadır. Söylem analizinde anlatılmak istenenlerin nasıl iletildiği de ayrı bir öneme sahiptir. *Söylem Analizine Giriş* adlı kitabında Gee, söyleme ilişkin olarak bazı söylemlerin ikiye ayrılmış olabileceğini (Orta Çağ'da doğa felsefesi iken daha sonra fizik ve öteki bilimler olarak) bazı söylemlerin de iki ya da daha çok söylemden oluşabileceğini ifade etmektedir. Bir söylemin bir başka söylemle aynı olup olmadığı araştırılabileceği gibi (modern tıp 19. Yüzyıldan önceki tıpla çok az benzerlik gösterir) yeni söylemler kimi başarısız söylemlerin yerini alır. Söylemler bir diğer söylemin melezi olabilir, büyük ya da küçük ölçekli olmaları gerekmez (Gee, 1999, s. 80-98).

Foucault'da söylemlere ilişkin olarak söylemin sosyal, zaman zaman birbiri ile çatışan farklı biçimlerde olabileceği düşüncesindedir. Çatışma ve hiyerarşiyi iktidar

kullanımı ile bağlantılı düşünür, söylem analizi için iktidar kavramını önemser. Söylem analizi metodolojik ve kavramsal unsurlardan meydana gelmiş, sosyal hayata dair bir perspektif olması yanında, söylem üzerine düşünme ve söylemi datalaştırma yolu olarak karakterize edilir. Söylem analizi, psikoloji, sosyoloji, dilbilim, antropoloji, felsefe, medya ve iletişim çalışmaları gibi çeşitli alanlardan beslenerek gelişen ve bu disiplinlerin teorik bakış açılarına dayanan bir analiz tekniği olarak tanımlanabilir. Söylem analizi bu özellikleri nedeniyle tek bir teori, yöntem ve uygulama değildir. Farklı disiplinler içinde yürütülen, nitel bir araştırma yöntemidir (Tonkiss, 2006).

Söylem analizi pozitivist yaklaşım ile yürütülen çalışmalara, alternatif metodolojik bir yaklaşım olarak kabul edilebilir. Yaşanılan dünyanın açıklanmasında sayısal verilerden elde edilen bilgiler yanında derinlemesine yorumlamalara duyulan ihtiyaç bu tür çalışmaların önemini ortaya koymaktadır. Söylem analizi sadece metinlere değil, tüm sembollere, geleneklere, normlara, ifadelere, jargonlara odaklanır, hiyerarşik güç ilişkilerini de ortaya çıkarır (Sözen, 1999, s. 82).

Söylem analizi, söylem, güç, birtakım sosyal eşitsizlikler gibi konulardaki ilişkileri ortaya çıkarmaya yöneliktir. Örneğin söylemin, bir baskının ortaya konması hatta yeniden üretiminde ve baskıya karşı koymadaki rolü/rollerini ele alır. Baskı çeşitli kurumlar tarafından uygulanabileceği gibi farklı gruplar, kişiler tarafından da uygulanabilir. Politik, kültürel, sınıfsal, etnik, ırksal ve cinsiyete dayalı sosyal eşitsizliklere neden olabilir. Söylem analizi, metinlerin, konuşmaların, sözlü etkileşimin problemi nasıl ürettiğini çözümlemeyi de amaçlamaktadır (Van Dijk, 2001, s. 301).

Söylem analizi başlığı altında daha çok sağlık ve eğitim alanına ait çözümleme çalışmaları yapılmıştır. Söylem analizinde, söylemin özellikleri dikkate alınmalıdır. Söylem, farklı boyutlara sahiptir. Van Dijk Söylemin boyutlarını: *İçerik özellikleri* (kullanım bağlamı); *Gramatik özellikleri* (dil kullanımı, gramer sapmaları, yerel düzeyde kullanılan sıfat, bağlaç vb); *diğer söylem yapıları* (küresel konuşma eylemleri, anlatıcı/dinleyici tartışmaları vb); *Etkileşimsel özellikler ve Konuşma sırasındaki özellikler* olarak listelemektedir.

Bu çalışmada değerlendirilen söylemlerde soruları sorup görüşmeyi başlatan da, soruları yanıtlayan kişiler de hekimdir. Tıbbi söylemler, bilginin alanını ortaya

koyup aidiyet oluştururken, aynı zamanda bir uzmanlık alanını da ifade eder. Hekimler otoritelerini bir uzmanlık/kurum dili üzerinden ifade ederler. Bu çalışmada, konuşmaya katılan herhangi bir hasta yoktur. Hekimin söylemi “hastalar”a (vatanlarını terk etmek zorunda bırakılmış hastalara) ilişkin olarak ele alınmaktadır. O halde iletişim hekimler arası bir iletişimdir.

Van Dijk’in söylem çözümlemesi başlığı altında dile getirdiği söylemin farklı boyutları bu çalışma için şöyle ayrıntılandırılmıştır.

#### 1- İçerik özellikleri

a) Söylem hangi kültüre aittir?

Türkiye’deki tıp alt kültürüne aittir.

b) Tarih aralığı

Verilerin toplanması için Nisan 2019-Ocak 2020 tarih aralığı belirlenmiştir.

c) Hangi sosyal durumda kullanılabilir?

Burada değerlendirilecek olan metinler bir sağlık kurumuna sağlık hizmeti almak üzere başvuran T.C vatandaşlarına, göçmen ve mültecilere bu hizmeti veren hekimlerin yarı yapılandırılmış sorulara yanıtlarını içermektedir.

d) Konuşmacının amacı nedir?

Konuşmacının amacı nicel veri toplama araçları ile değerlendirilen araştırma konusunun, nitel veriler ile derinlemesine ele alınması ve bu iki yöntemin verimliliği ile ayrıntılandırılmasıdır.

e) Kime hitap ediliyor?

Görüşmelerde soruları soran da yanıtlayan kişiler de hekimdir.

f) Konuşmanın amaçları nelerdir?

Araştırmaya ilişkin belirlenmiş hipotezlerin nitel araştırma yöntemleri ile değerlendirilmesi konuşmaların (görüşmelerin) ana amacıdır.

#### 2- Dilbilgisel özellikler

a) Görüşme standart bir dilde mi yoksa bölgesel veya sosyal bir lehçede mi?

*Konuşma içinde bölgesel ya da sosyal içerikli bir lehçe yoktur.*

b) Telaffuz ve sözdizimi dil veya lehçe normlarına göre mi?

Telaffuz ve söz dizimi Türk Dili kurallarına göredir.

c) Varsa ne tür gramer sapmaları oluyor?

Herhangi bir tür gramer sapması yoktur.

d) Cümleler arasındaki anlamsal bağlantılar nelerdir?

Cümleler arasında sorulan soruya verilen yanıtı zaman zaman açabilmek için araştırmacı tarafından ek sorulara yer verilmiştir. Ör: Mesela..., örneğin..., ile başlayan bazı ifadelere ihtiyaç duyulmuştur.

e) Yerel düzeyde başka hangi tutarlılık ilişkileri sergilenir (ör. zamirler, gösteriler, makaleler)?

Görüşmeler sırasında cevaplayıcılar tarafından “onlar” “bizim vatandaşlarımız gibi bazı tanımlamalar kullanılmıştır.

f) Konuşmanın konuları veya küresel fikirleri nelerdir ve bunlar nasıl başlıklarda ifade edildi, kelimeler, cümleler?

Konuşmanın konuları araştırma sorularına cevap olarak ortaya çıkan temel örüntü, bulgu veya soyutlamalar olarak düşünülmüştür. Ham verinin kendisi değil, verilerin soyutlaştırılmış halidir ve bireysel birçok örneği içine alan kavramsal bileşenlerdir.

g) Hangi konuşma eylemleri yapılıyor?

Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sorunlarının belirlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla kişiler arasında sağlık konusunda oluşan iletişim, kavram ve uygulamaları ortaya çıkarmaya yönelik soru cevap yöntemi kullanılmıştır.

h) Gerçekleştirilen küresel bir konuşma eylemi var mı?

Profesyonel etik kodlara sahip bir mesleği olan bireylerin ulusal ve aynı zamanda uluslararası bir problem hakkındaki görüşmeleridir.

### 3- Diğer söylem yapıları

a) Söylemler ne tür bir üstyapıya sahiptir, örneğin anlatı veya tartışmacı yapı ve bu yapı söylemlerde nasıl düzenlenmiş ve belirtilmiştir?



Söylem iki hekimin yarı yapılandırılmış sorular üzerine konuşması olarak belirlenmiştir.

b)Söylemi hangi stilistik yapılar karakterize eder:

Telaffuz, sözcük seçimi, kayıt, sözdizimsel uzunluk, cümlelerin karmaşıklığı anlamsal tutarlılık, bütünlük vb.

Söylemler kimi zaman örneklere de yer veren uzun ifadeleri içermektedir. Bazı tümceler kimi durumlarda kişilerin kararsız kaldıklarını kimi durumlarda ise bazı şeyleri görmezden geldiklerini göstermektedir.

c)Ne tür retorik işlemler kullanılıyor, sözdizimi veya anlamsal tekrarlar:

Hekim görüşmelerinde, hekimlerin eğitimi dikkate alındığında tıbbi literatürün, ahlaki literatürün önünde geldiği görülmektedir. Metin içerisinde zaman zaman retorik işlemler (ekleme, gizleme, metafor vs.) kullanılmış, ayrıca anlamsal tekrarlara da düşülmüştür.

4- Etkileşimsel özellikler

a) Kim kiminle konuşuyor?

Burada değerlendirilen kayıtlarda biri araştırmacı hekim, diğeri pratisyen ya da uzman hekim olmak üzere iki hekim konuşmaktadır.

b) Sırayı kim alır, verir veya tutar?

Konuşmacı (araştırmacı) konuşmayı başlatır, yönetir ve sonlandırır.

c) Konuşmacı, hedeflerine ulaşmak için hangi stratejik hamleleri yapıyor?

Konuşmacı (araştırmacı) yarı yapılandırılmış soruları sorup yanıtları beklemiş, ek olarak kimi zaman mesela vb ilavelerle yanıtlar için kolaylaştırıcı bir rol üstlenmiştir.

d) Konuşmacının eylemleri ve hareketleri hangi sosyal eylemleri ima eder (yardım etme, karşı çıkma vb.)?

Konuşmacı (araştırmacı) görüşlere karşı çıkmak yerine yeni küçük sorular sorarak görüşmeyi sürdürmeyi seçmiştir. Neden bu ifade kullanıldı ya da ne kastedildi gibi sorularla anlam üzerinde de durulmaya çalışılmıştır.

e) İfadelerde ve etkileşimlerde hangi rol ve statü farklılıkları sergileniyor?

İfade ve etkileşimlerde konuya odaklı rol ve statü farkı açıkça görülmektedir. Konuşmacıların farklı uzmanlık alanları (araştırmacı tıp tarihi ve etik, hekimler ise klinik bilimlerde), farklı statü ve bu statü kaynaklı farklı rolleri beraberinde getirmiştir.

#### 5- Sunum özellikleri

a) Yazma veya ses özellikleri nelerdir: ses yüksekliği, perde, sıcaklık vb.

Çözümlemede aşağıda gösterilen tablo ve belirteçler temel alınmıştır

Bu söylem analizi, söyleme odaklı olup söylemler, elde edilmiş gerçek kayıtlara dayalı olarak herhangi bir ilave ve çıkarma yapılmaksızın, söylemin gerçekleştiği yer (hastane), katılımcıların (hekim-hekim), sahip oldukları sorumluluk ve yükümlülükleri de dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Tüm söylemler, katılımcıların içinde oldukları sosyokültürel bağlam kapsamında ele alınmış, soruları yanıtlar izleyecek şekilde, söylem dizini de göz önünde tutulmuş, söylem içinde katılımcıların neleri ihlal ettikleri (eğer varsa düşünce/eylem) gözden kaçırdıkları ya da kararsız kaldıkları durumlar da değerlendirilmeye çalışılmıştır.

#### **3.5.2. Yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler**

Araştırmada nitel araştırmada kullanılan; görüşme/mülakat, odak grup görüşmesi, gözlem yöntemlerinden (Aksoy, 2005), görüşme/mülakat yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler; 1-Tam Yapılandırılmış/Standartlaştırılmış Görüşme, 2-Yarı-Yapılandırılmış Görüşme<sup>27</sup>, 3-Yapılandırılmamış/İnformel Görüşme olarak sınıflandırılmaktadır (Merriam, 2013, s. 87). Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır.

#### **3.5.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme**

Eskişehir ili merkezinde kamu kurumlarında çalışan, T.C. vatandaşları ve mültecilere hizmet veren pratisyen ve uzman hekimler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

---

<sup>27</sup> Yarı-Yapılandırılmış Görüşme: Bu tip görüşmede önceden hazırlık yapılmış, görüşme formu hazırlanmış olsa bile duruma göre bunların yeri değişebilir, yeni sorular sorulabilir. Alınan cevaplara göre derinleşmeyi sağlamak üzere literatürde ifade edildiği gibi "Sonda sorular" sorulabilir. Bu tür görüşme yapılandırılmış görüşmenin eksikliklerini ortadan kaldırabilir (Bal, 2016).

### **3.5.4. Veri toplamada kullanılan araç ve gereçler**

Hekimlerle gerçekleştirilen yarı-yapılandırılmış yüzyüze derinlemesine görüşmeler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan araştırma soruları (bkz. Ek-7) kullanılarak gerçekleştirilmiş, kayıtlar Sony ICD-TX650 dijital ses kayıt cihazı ile alınmıştır.

### **3.5.5. Veri toplanması**

Görüşmeler Eskişehir’de Nisan 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kayıtlar görüşme yapılacak hekimle birlikte belirlenen zaman diliminde ve gizliliğin sağlanabileceği bir ortamda alınmıştır. Bu görüşmeler çoğunlukla öğle arası, mesai sonrası veya gece nöbeti esnasında gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesi ve kayıt öncesi katılımcı hekimlere gerekli bilgiler aktarılmış, araştırmacı ve katılımcı hekim tarafından aydınlatılmış onam formu imzalanmıştır. Görüşmelerin süresi 10-30 dakika arasında değişmektedir.

### **3.5.6. Verilerin analizi**

Ses kayıtlarının çözümlenmesinde işlevsel edimbilimde kullanılan Eleştirel Söylem Analizi Yöntemi<sup>28</sup> kullanılmıştır. Nitel verilerin transkripsiyonu yapıldıktan sonra, değerlendirme için temalar belirlenmiş ve çözümlenmeler tamamlanmıştır.

### **3.5.7. Kısıtlılıklar**

Çalışmamıza davet ettiğimiz 100’e yakın hekimden yalnızca 10’u (yaklaşık %10’u) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Görüşülen kişilere kimliklerinin saklı

---

<sup>28</sup> Eleştirel söylem analizi: Eleştirel söylem analizi sosyal problemlere yöneliktir. Sosyal süreç ve problemlerin linguistik ve semiyotik görünüşlerinin analizine odaklandığı yer kullanımdaki dil değil sosyo-kültürel süreçler ve sosyal yapıların linguistik karakteridir. Bir linguistik form alınır ve onun sosyal etkileşim tarzlarının analizi yapılır. Eleştirel söylem analizi, güç ilişkilerinin söyleme dayalı ilişkilerini ortaya çıkarmaya çalışır. Söylem olaylarının hemen şimdisinde gücün kullanımı hem de uzun vadeli biçimlendirme süreçleri ele alınır. Söylem toplum ve kültürü tesis ettiğinden çağdaş toplumsal süreçler ve güç ilişkisi değerlendirilebilir. Eleştirel söylem analizi sosyal ve kültürel yapılar ve süreçler arasında bağ kurar. Sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmış çalışmalardaki bütün analizler açıkça göstermektedir ki dışsal durumlar yani kurumsal bağlam doktorları, doktor-hasta iletişimine ilişkin sözel davranışları etkilemektedir (Duman, 1995; Elçioğlu ve Duman, 2011). Müdahaleler, karışıklıklar ve sıkıntılar doğrudan diyaloglara yansımakta, işlemsizlik, karar verememe, düzensizlik egemen olmaktadır. Bu durum literatürde ifade bulduğu şekli ile "Rutin Karmaşa" olarak karşımıza çıkmaktadır (Sözen, 1999).

tutulacağı, verilerinin anonimleştirileceği beyan edilmesine rağmen konunun hassasiyeti ve siyasi yönü nedeniyle sınırlı sayıda görüşme gerçekleştirilebilmiştir. İki hekim arasındaki görüşmeler söylem analizi çerçevesinde kurum dili açısından değerlendirilmiştir. Kullanılan dil kuruma ait iki hekimin dilidir. Ancak bu araştırmada eleştirilecek olan görüşler beyan eden/görüşü alınan hekimlerin görüşleridir. Eleştiriler genellenemez ve tüm hekimleri kapsayamaz.

### **3.6. Araştırma İçin Alınan İzinler**

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ile İl Aile Sağlığı Merkezleri, Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Şehir Hastanesi'nde Nitel ve Nicel araştırma verilerinin toplanabilmesi için 01.04.2019 tarihinde “Bilimsel Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol” yapılmış aynı tarihli müsaade kararı ile gerekli izinler alınmıştır. ESOGÜ Tıp Fakültesi hekimlerinden verileri elde edebilmek için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği 'ne 01.03.2019 tarihli 26585 sayılı dilekçe ile başvurulmuş 31568761-804.01-E.28824 sayılı yazı ile araştırma izni alınmıştır.

### **3.7. Araştırmada Etik İlkeler**

Tez çalışmasının yürütülmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve kurulun 05/12/2018 tarihli 25403353-050.99-E.128676 sayılı kararı ile çalışma bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

Nicel araştırma için anonim anket formları kullanılmıştır. Görüşme kayıtları gizliliğin sağlandığı bir ortamda alınmış, kayıtların transkripsiyonu yapılırken araştırmacı ve katılımcı verileri belirli kodlar verilerek anonimleştirilmiştir (A: Araştırmacı, D1, D2...: Doktor 1, Doktor 2 vb.). Hekimlerle yapılan derinlemesine görüşmelerde “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” kullanılarak katılımcıların onamı alınmış, araştırmacı ve katılımcı tarafından bu formlar imzalanarak araştırmacı tarafından arşivlenmiştir. Katılımcılara görüşmeler sırasında yapılan araştırmanın amacı dışında herhangi bir soru yöneltilmemiştir.

## 4. BULGULAR

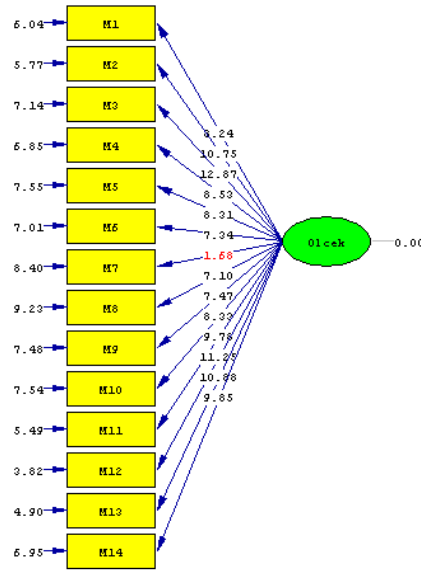
### 4.1. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Kategorik veriler ifade edilirken sıklık ve yüzde, sürekli veriler ifade edilirken ortalama, standart sapma, median, en küçük, en yüksek değerler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk ShapiroWilk testi ile sınıandı. Normal dağılıma uymayan verilerde, 2'li değişkenlerde Mann Whitney U, 3 ve daha fazla olan değişkenlerde Kruskall Wallis testleri kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluk durumuna göre Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanıldı. Ölçeğin geçerliliğinin test edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi ve güvenilirliğinin hesaplanması için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplandı.  $P < 0.05$  değeri anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

### 4.2. Geçerlilik-Güvenilirlik Analizleri

#### 4.2.1. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi ile geçerlik sınaması

Tek faktörlü 14 maddelik ölçek verilerine Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Maddeler arasındaki çoklu normallik varsayımının karşılanmaması sonucunda Ağırlıklandırılmamış En küçük Kareler (Robust Unweighted Least Squares-ULS) yöntemiyle asimtotik kovaryans matrisi kullanılarak parametre kestirimi yapılmıştır. Yapılan analizde Şekil. 4.1.'de gözlendiği üzere 7.maddenin t değerinin anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla bu madde çıkarılarak ikinci kez DFA yapılmıştır.



Chi-Square=232.52, df=77, P-value=0.00000, RMSEA=0.121

Şekil 4.1. Zenofobi Ölçeği (Xenophobia Scale) Path Diagramı

Kalan 13 maddeli ölçeğin DFA sonucunda  $t$  değerleri anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bir başka deyişle, ölçekten herhangi bir madde çıkarılmasına gerek yoktur. Ölçek maddelerine ilişkin faktör yük değerleri ( $\Lambda$ ), her bir madde ile örtük değişken arasındaki ilişkinin gücünü belirleyen çoklu korelasyonun karesi ( $r^2$ ) değeri ve ilişkinin manidarlığını gösteren  $t$  değerleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir

Tablo 4.1. Ölçek Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri ve Faktör Yük Değerleri ( $\Lambda$ ), Çoklu Korelasyon Karesi ( $r^2$ ) Değeri ve  $t$  Değerleri

Madde No	Faktör Yüğü	$t$ değeri	$r^2$
M1	0.68	5.58	0.46
M2	0.74	7.23	0.55
M3	0.78	8.69	0.61
M4	0.68	5.77	0.46
M5	0.64	5.60	0.41
M6	0.64	4.94	0.41
M8	0.63	4.80	0.40
M9	0.60	4.99	0.36
M10	0.65	5.62	0.42
M11	0.75	6.63	0.56
M12	0.77	7.52	0.59
M13	0.80	7.35	0.64
M14	0.72	6.64	0.52

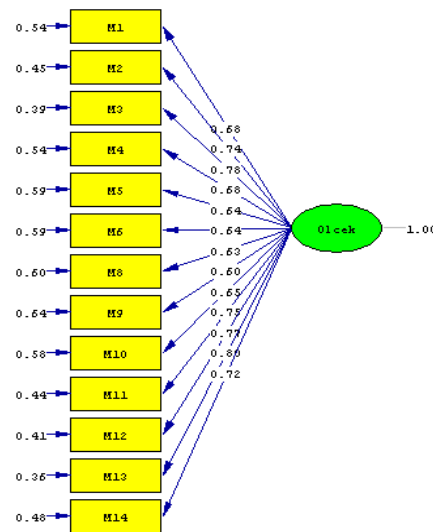
DFA sonuçlarına göre tüm maddelerin Faktör yüklerinin 0.60 ile 0.80 arasında olduğu gözlenmiştir. Açıklanan varyans değerleri de yüksek bulunmuştur. Uyum

indeksleri gözlenen verinin tek boyutlu olan modele uyum gösterip göstermediğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu çalışmada 13 maddelik ölçeğin model-veri uyum indeksleri Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Ölçek maddelerinin faktör yapısı için uyum iyilik indeksleri

İyilik Uyum İndeksi	Kabul Edilebilir Sınır *	Değer
$X^2/sd$	<5 Orta düzeyde <3 İyi uyum	88,29/65 = 1,36
<b>GFI</b>	>0.90	0,98
<b>CFI</b>	>0.90	0,98
<b>NFI</b>	>0.90	0,93
<b>NNFI</b>	>0.90	0,97
<b>RFI</b>	>0.85	0,91
<b>S-RMR</b>	< 0.08	0,071
<b>RMSEA</b>	< 0.08	0,075

Tablo 4.2.'ye göre benzerlik oranı ki-kare istatistiği  $X^2(65)=88,29$   $P<0.01$ ; Ki-kare istatistiğinin serbestlik derecesine oranı ( $X^2/sd$ )=1,36; kök ortalama kare yaklaşım hatası (RMSEA)=0.075; standardize edilmiş kök ortalama kare artık (S-RMR)=0.0671; karşılaştırmalı uyum endeksi(CFI)=0,98; uyum iyiliği indeksi (GFI)=0,98; normlanmış uyum endeksi (NFI)=0,93; görel uyum endeksi(RFI)=0,91 olarak hesaplanmıştır. Tüm uyum indeksleri kabul edilebilir değerlerin üstünde bulunmuştur. Böylece 13 maddelik ölçeğin yapısal geçerliliği kabul edilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin yol (path) grafiği ise Şekil 4.2.'de gösterilmiştir.



Chi-Square=88.29, df=65, P-value=0.02892, RMSEA=0.075

Şekil 4.2. Zenofobi Ölçeği (Xenophobia Scale) Path Diagramı-Düzenlenmiş

Ölçeğin güvenilirliğine Cronbach Alpha katsayısı ile bakılmıştır. 13 maddelik ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.917 olarak elde edilmiştir. Güvenirlik katsayısı, 0 ile +1 arasında değişkenlik gösterir. Güvenirlik katsayısının 1'e yakın değerler alması güvenilirliğin yüksek olduğu, maddeler arasında iç tutarlılığın yüksek olduğu anlamına gelir ve istendiktir. Ölçek maddelerinin madde geçerlik katsayısı olarak da bilenen madde-toplam korelasyonları Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

*Tablo 4.3. Ölçek Maddelerinin Madde Toplam Korelasyonları*

<b>Madde No</b>	<b>Madde-Toplam Korelasyonu</b>	<b>Cronbach Alfa Katsayısı</b>	<b>Madde Sayısı</b>
<b>M1</b>	0,604		
<b>M2</b>	0,701		
<b>M3</b>	0,743		
<b>M4</b>	0,630		
<b>M5</b>	0,607		
<b>M6</b>	0,615		
<b>M8</b>	0,579	0,917	13
<b>M9</b>	0,540		
<b>M10</b>	0,606		
<b>M11</b>	0,690		
<b>M12</b>	0,717		
<b>M13</b>	0,749		
<b>M14</b>	0,667		

Madde geçerlilik katsayılarının 0,540 ile 0,749 arasında değiştiği gözlenmiştir. Madde toplam korelasyonlarının 0,30 değerinden yüksek olması gerektiğinden ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.



Kapsam geçerliliği için yapılan analizlerde ölçekten alınan puanların kurulan hipotezlerin doğrulandığı görülmüştür (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Ölçekten Alınan Toplam Puanların Kapsam Geçerliliği Açısından Araştırma Hipotezleri ile Sınanması

<b>Zenofobi ölçeğinden alınan toplam puan</b>						
	Ortalama	Standart Sapma	Median	En düşük	En yüksek	P değeri*
<b>(H-1) İmkânınız olsa mültecilere hizmet vermek ister miydiniz?</b>						
<b>Evet</b>	53,65	10,32	54,00	22,00	75,00	<b>0.001</b>
<b>Hayır</b>	64,48	8,97	66,00	39,00	78,00	
<b>(H-2) Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	44,97	11,39	45,50	13,00	73,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	59,11	9,66	59,00	30,00	78,00	
<b>(H-3) Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	45,97	11,98	47,00	13,00	73,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	58,47	10,14	59,00	15,00	78,00	
<b>(H-4) Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	48,05	11,71	49,00	13,00	73,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	59,08	10,02	59,00	22,00	78,00	
<b>(H-5) Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	58,56	10,34	59,00	13,00	78,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	51,68	12,39	53,00	15,00	78,00	
<b>(H-6) Göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	50,36	12,04	50,50	24,00	77,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	57,66	10,95	58,00	13,00	78,00	
<b>(H-7) Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	49,31	10,86	50,00	13,00	77,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	60,96	9,41	61,00	32,00	78,00	
<b>(H-8) Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır.</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	55,65	11,40	57,00	13,00	78,00	<b>0.006</b>
<b>Katılıyorum</b>	61,63	11,68	65,00	39,00	78,00	
<b>(H-9) Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	52,95	11,67	54,00	27,00	77,00	<b>0.006</b>
<b>Katılıyorum</b>	57,04	11,38	58,00	13,00	78,00	
<b>(H-10) Göçmenlere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerekir</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	61,12	9,33	61,00	22,00	78,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	50,93	11,38	52,00	13,00	74,00	
<b>(H-11) Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	49,97	11,75	51,00	13,00	78,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	59,16	10,20	59,00	15,00	78,00	
<b>(H-12) Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.</b>						
<b>Katılmıyorum</b>	60,36	11,06	60,00	30,00	78,00	<b>0.001</b>
<b>Katılıyorum</b>	55,26	11,46	56,00	13,00	78,00	

\*Mann Whitney U testi

Kurulan hipotezlerden ‘(H-8) Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır.’ ve ‘(H-9) Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler’ doğrulanmamıştır.

### 4.3. Nicel Veri Analizleri

Tablo 4.5. Hekimlere ait Demografik Verilerin Dağılımı

Gruplar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	224	59,1
	<i>Kadın</i>	155	40,9
Yaş	<i>25-30</i>	129	34,0
	<i>31-36</i>	75	19,8
	<i>37-42</i>	50	13,2
	<i>43-48</i>	41	10,8
	<i>49-54</i>	60	15,8
	<i>55-60</i>	17	4,5
	<i>61-66</i>	7	1,8
Medeni durum	<i>Bekâr</i>	134	35,4
	<i>Evli</i>	245	64,6
Çocuk var mı?	<i>Var</i>	203	53,6
	<i>Yok</i>	176	46,4
Hastane	<i>Tıp</i>	166	43,8
	<i>Kamu</i>	143	37,7
	<i>ASM</i>	70	18,5
Pratisyen/Uzman hekim dağılımı	<i>Pratisyen</i>	81	21,4
	<i>Uzman hekim</i>	298	78,6
Mültecilere hizmet verilip/verilmeme	<i>Evet</i>	351	92,6
	<i>Hayır</i>	28	7,4
Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet verip/vermeme durumu	<i>Evet</i>	249	65,7
	<i>Hayır</i>	130	34,3
<i>Toplam</i>		379	100,0

Araştırmaya katılan hekimlerin en küçüğü 25 en büyüğü 65 yaşında olup yaş dağılımı  $38,069 \pm 10,337$  olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların 224’ü erkek (%59,1) 155’i kadın (%40,9), 134’ü bekâr (%35,4) 245’i evlidir (%65,6). Katılımcıların 203’ü çocuk sahibidir (%53,6). Araştırmaya katılan hekimlerin 351’i (%92,6) mültecilere hizmet vermektedir. “Tercih hakkınız olsa mültecilere hizmet

vermek/vermemek ister miydiniz?” sorusuna hekimlerden 249’u hizmet vermek “isterdim” (%65,7) 130’u ise hizmet vermek “istemazdim” (%34,3) yanıtını vermiştir (Tablo 4.5.).

*Tablo 4.6. Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri İle İlgili Yanıtlarının Dağılımı*

<b>Tanımlayıcı İstatistikler</b>				
<b>Maddeler</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Mak.</b>	<b>Ortalama</b>
<b>1-Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir.</b>	379	1	5	3,43±1,139
<b>2-Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır.</b>	379	1	5	3,66±1,102
<b>3-Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır.</b>	379	1	5	3,27±1,087
<b>4-Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır. (R)</b>	379	1	5	2,27±1,058
<b>5-Göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır.</b>	379	1	5	3,57±1,167
<b>6-Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır.</b>	379	1	5	3,05±1,205
<b>7-Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır.</b>	379	1	5	1,63±,955
<b>8-Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler.</b>	379	1	5	3,30±,978
<b>9-Göçmenlere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerekir. (R)</b>	379	1	5	2,50±1,063
<b>10-Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir.</b>	379	1	5	3,34±1,288
<b>11-Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.</b>	379	1	5	3,56±1,114

Hekimlere araştırmacı tarafından 11 maddelik Likert tipi sorularla “Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri” değerlendirilmeye çalışılmıştır. Soru kâğıdındaki ters ifadeler (R) olarak gösterilmiştir.

Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşlerine ilişkin 11 sorudan en yüksek puanı  $3,66\pm 1,102$  ile “Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır.” maddesi, en düşük puanı ise  $1,63\pm 0,95$  ile “Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır.” maddesi almıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Hekimlerin Zenofobi Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tanımlayıcı İstatistikler				
Maddeler	N	Min.	Mak.	Ortalama
1-Bu ülkede göç kontrolden çıktı.	379	1	6	$5,01\pm 1,126$
2-Göçmenlerin bu ülkeye girmesini önlemek için sınırlar daha güvenli hale getirilmelidir.	379	1	6	$4,65\pm 1,282$
3-Göçmenler suçlarda artışa neden olurlar.	379	1	6	$4,47\pm 1,239$
4- Göçmenler burada bulunan insanların işlerini almaktadır.	379	1	6	$4,26\pm 1,324$
5- Göçmenlerle etkileşim kurmak beni huzursuz ediyor.	379	1	6	$2,88\pm 1,429$
6- Göçmenlerle etkileşimden keyif alıyorum (R)	379	1	6	$4,24\pm 1,257$
7- Göçmenlerle etkileşimi memnuniyetle karşılarım (R)	379	1	6	$3,48\pm 1,312$
8- Göçmenlerin olağandışı hastalıkları yayabileceklerinden endişe ediyorum.	379	1	6	$4,76\pm 1,111$
9-Savaş veya siyasi gerginlik durumunda göçmenlerin kendi ülkeleri ve köklerine sadık olacağından korkuyorum.	379	1	6	$4,39\pm 1,327$
10-Göçmenlerin kriz zamanlarında ülkeme destek vereceğine güveniyorum (R)	379	1	6	$4,84\pm 1,118$
11-Artan göçle, yaşam tarzımızın daha kötü yönde değişeceğinden korkuyorum.	379	1	6	$4,70\pm 1,210$
12- Göçmenlerin bu ülkenin çıkarlarına öncelik vereceğinden şüpheliyim.	379	1	6	$4,77\pm 1,154$
13-Göçün artmasıyla kendi kültürümüzün kaybolacağından korkuyorum.	379	1	6	$3,74\pm 1,548$
Zenofobi	379	13,00	78,00	$56,20\pm 11,54$

Zenofobi ölçeğinden en yüksek puan dağılımı  $5,01\pm 1,12$  ile “Bu ülkede göç kontrolden çıktı.” maddesi, en düşük puan dağılımı ise  $2,88\pm 1,429$  ile “Göçmenlerle etkileşim kurmak beni huzursuz ediyor.” maddesi almıştır. 13 maddelik Zenofobi

ölçeği 6'lı likert tipi bir ölçek olup ölçek puanları toplamı en düşük 13 en yüksek 78 olarak değişmektedir. Katılımcılar içerisinde ölçekten alınan en düşük puan 13, en yüksek puan 78 olmakla birlikte ortalama puan  $56,20 \pm 11,54$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

*Tablo 4.8. Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımı*

<b>Bölüm / Uzmanlık alanları</b>		
<b>Branş</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Pratisyen</b>	81	21,4
<b>Aile hekimi</b>	30	7,9
<b>Acil tıp</b>	27	7,1
<b>Dâhiliye</b>	34	9,0
<b>Pediyatri</b>	36	9,5
<b>Genel cerrahi</b>	9	2,4
<b>Kadın doğum</b>	35	9,2
<b>Kardiyoloji</b>	14	3,7
<b>KVC</b>	8	2,1
<b>Çocuk cerrahisi</b>	6	1,6
<b>Göğüs hastalıkları</b>	10	2,6
<b>Anestezi</b>	10	2,6
<b>Plastik cerrahi</b>	4	1,1
<b>Radyoloji</b>	3	,8
<b>Ortopedi</b>	10	2,6
<b>Nöroloji</b>	11	2,9
<b>Nöroşirurji</b>	5	1,3
<b>Psikiyatri</b>	8	2,1
<b>Göz hastalıkları</b>	5	1,3
<b>Cildiye</b>	7	1,8
<b>Çocuk psikiyatrisi</b>	4	1,1
<b>Üroloji</b>	7	1,8
<b>Enfeksiyon</b>	4	1,1
<b>FTR</b>	4	1,1
<b>KBB</b>	5	1,3
<b>Göğüs cerrahisi</b>	2	,5
<b>Toplam</b>	379	100,0

Hekimlerin 81'i (%21,4) Pratisyen hekim olarak görev yapmaktadır. 46'si (%12,1) Pediyatri (pediyatri, pediyatrik cerrahi ve çocuk psikiyatrisi), 35'i (%9,2) Kadın

doğum uzmanıdır. Uzmanlık alanları temel alınarak Dâhili ve Cerrahi bilimler olarak bir gruplamaya gidilmiştir. Hekimlerin 273'ü (%72) Dâhili bilimlerde, 106'sı (%28) Cerrahi bilimlerde hizmet vermektedir. Uzmanlık alanlarının 5'li gruplandırılmasında ise yüzdeler şöyledir: Hekimlerin 65'i (%17,5) Cerrahi bilimlerde, 206'sı (%54,4) Dâhili bilimlerde, 46'si (%12,1) Pediatri (pediatri, pediatrik cerrahi ve çocuk psikiyatrisi), 35'i (%9,2) Kadın doğum, 27'si (%7,1) Acil tıp bölümlerinde uzmandır (Tablo 4.8.).

Sağlık hizmeti alan kadınlardan 15-45 yaş grubunda olanlar yalnızca cinsiyetleri nedeniyle yaşadıkları gebelik ve doğum sırasında (sağlıkları üzerinde özel etkisi bulunan bu durumlar nedeniyle) daha özenli bir sağlık bakımına ihtiyaç duyarlar. Mülteci kadınların çoğu aile planlaması, bağışıklama gibi koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamaktadır. Doğru bilgi ve hizmet odağına ulaşmada yaşanan problemler hizmet alan kadınlar ve hizmet veren hekimler arasında özel bir profesyonel ilişkiyi zorunlu kılmaktadır.

Göç eden toplumlarda en sık görülen sağlık sorunlarının başında bulaşıcı hastalıklar gelmektedir. Bu grupta en çok etkilenen kesim çocuklar olmaktadır. Bilindiği gibi sağlıklı yaşam, anne karnında başlayıp sağlıklı doğumla devam eden ve yaşam boyu süren temel insan haklarından biridir. Sağlığın korunması konusu Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de de (20 Kasım 1989) ayrıntılı olarak dile getirilmiştir. Taraf devletler çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için her türlü çabayı göstermekle yükümlü tutulmuştur. Devletler çocuğun en iyi sağlık düzenine kavuşması, tıbbi bakım hizmetlerinden ve gerektiğinde rehabilitasyon hizmetleri ile birlikte yararlanabilmesi için gerekli çabayı göstermeyi ödev saymışlardır. Bu nedenle araştırmaya katılan hekimlerin yanıtlarının değerlendirilmesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının yanıtları ayrıca gruplandırılmıştır.

Hastanelerde acil servisler hayati öneme sahip birimlerdir. Kişilerin en fazla ihtiyaç duydukları, bütün kimliklerden ve politikalardan bağımsız olarak elde etmesi gereken en temel sağlık hizmeti acil sağlık hizmetleridir. Bu nedenle ötelenmenin ve örselenmenin başlayabileceği ilk basamak, hastanelerin acil servisleridir ve bu konuya en fazla hassasiyet göstermesi gereken hekim grubu ise acil servislerde sağlık hizmeti veren hekimlerdir. Aşırı yoğunluk, muayene, tedavi ve taburcu olmayı bekleyen acil servis hasta sayısının, acil servisin fiziksel ya da personel kapasitesini

aşması nedeniyle yaşanabilecek olası sıkıntılar acil servislerdeki hekim-mülteci ilişkisinin de ayrı bir başlık altında değerlendirilmesinin uygun olacağını düşündürmüştür.

Tablo 4.9. Hekimlerin Zenofobi Ölçeğine Verdikleri Yanıtlarının Demografik Veriler ile Karşılaştırılması

Grup	Zenofobi					P değeri
	Ortalama	Median	Minimum	Maksimum		
Cinsiyet	Erkek	55,10 ± 11,97	55,00	13,00	78,00	0,045*
	Kadın	57,79 ± 10,73	59,00	24,00	78,00	
Yaş	25-30	57,26 ± 10,75	58,00	22,00	78,00	0,312**
	31-36	53,84 ± 11,58	54,00	31,00	77,00	
	37-42	58,18 ± 9,90	59,50	15,00	73,00	
	43-48	56,76 ± 12,22	57,00	24,00	78,00	
	49-54	54,53 ± 14,05	53,50	13,00	77,00	
	55-60	57,41 ± 9,11	58,00	37,00	73,00	
	61-66	55,71 ± 12,34	60,00	30,00	67,00	
Medeni durum	Bekâr	56,83 ± 11,50	58,00	22,00	78,00	0,524*
	Evli	55,85 ± 11,57	57,00	13,00	78,00	
Çocuk var mı?	Var	56,10 ± 11,72	57,00	13,00	78,00	0,911*
	Yok	56,31 ± 11,37	57,00	22,00	78,00	
Çalışılan kurum	Tıp Fakültesi	56,64 ± 10,94	58,00	22,00	78,00	0,942**
	Kamu Hast.	56,13 ± 11,22	56,00	15,00	78,00	
	ASM	55,29 ± 13,53	57,00	13,00	75,00	
Uzmanlık alanı	Pratisyen hekim	54,54 ± 14,37	55,00	13,00	78,00	0,380*
	Uzman hekim	56,65 ± 10,63	57,00	22,00	78,00	
Uzmanlık ana branş dağılımı	Cerrahi bilimler	58,55 ± 9,91	59,00	31,00	78,00	0,022*
	Dâhili bilimler	55,29 ± 12,01	55,00	13,00	78,00	
Uzmanlık ana branş dağılımı II	Cerrahi	58,18 ± 10,19	58,00	31,00	77,00	0,020**
	Dâhili	55,49 ± 12,43	57,00	13,00	78,00	
	Pediyatri	56,43 ± 10,70	56,00	33,00	76,00	
	Kadın doğum	60,00 ± 9,82	61,00	39,00	78,00	
Mültecilere hizmet verme durumu	Acil	51,52 ± 9,60	51,00	31,00	70,00	0,589*
	Evli	56,08 ± 11,65	57,00	13,00	78,00	
Mültecilere hizmet verme isteği	Hayır	57,68 ± 10,14	57,00	33,00	75,00	<0,001*
	Evli	52,59 ± 10,99	53,00	13,00	76,00	
	Hayır	63,11 ± 9,22	64,00	39,00	78,00	

\*Mann Whitney U \*\*Kruskal Wallis

Kadın hekimlerin Zenofobi ölçeği puan dağılımı  $57,79 \pm 10,73$  erkek hekimlerin ise  $55,10 \pm 11,97$  olarak belirlenmiştir. Erkek hekimler ile kadın hekimler arasında zenofobi açısından kadın hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,045$ ). Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $55,29 \pm 12,01$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $58,55 \pm 9,91$  olarak belirlenmiş, cerrahi bilimlerde görev yapan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,022$ ), uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5'li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım kadın doğum uzmanlarında görülmüş ( $60,00 \pm 9,824$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,020$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin ölçek puan dağılımı  $52,59 \pm 10,99$ , hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $63,11 \pm 9,22$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek isteyen/istemeyen hekimler arasında zenofobi açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Hekimlerin baktıkları hasta sayısı arttıkça Zenofobi ölçeğinden aldıkları puanlar da artmaktadır ( $p=0.006$ ,  $r=0,141$ ).  $R_s=0,14$  ( $R_s < 0,3$  olduğundan) aralarında zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir.





Bu değerlendirmede zenofobinin sağlık hizmeti sunumuna yansımaları ortaya konmaya çalışılmıştır. Hekimlerin T.C. vatandaşı olmayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi ve göçü olgusu hakkındaki görüşleri ile ilgili sorulan tüm sorularla zenofobi leği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Zenofobi leğine verilen yanıtlar ile Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve G Olgusu Hakkındaki Görüşleri ile ilgili sorulara verilen yanıtlar birbirlerine paralellik göstermektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Hekimlerin T.C. Vatandaşı Olmayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Göç Olgusu Hakkındaki Görüşleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar ile Demografik Veriler ile Karşılaştırılması

Grup		Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir. (1)		Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır.(2)		Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır. (3)		Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır. (4)		Göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asımleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır. (5)	
		Ortalama	P	Ortalama	P	Ortalama	P	Ortalama	P	Ortalama	P
Cinsiyet	Erkek	3,40±1,13	0,560*	3,58±1,11	0,078*	3,24±1,11	0,521*	2,47±1,10	<0,001*	3,38±1,20	<0,001*
	Kadın	3,47±1,16		3,78±1,08		3,32±1,06		1,99±,94		3,85±1,07	
Medeni durum	Bekâr	3,63±1,11	0,009*	3,78±1,00	0,213*	3,30±1,08	0,703*	2,22±1,07	0,439*	3,74±1,03	0,069*
	Evli	3,31±1,14		3,60±1,15		3,25±1,09		2,30±1,06		3,48±1,23	
Çocuk	Var	3,30±1,13	0,017*	3,57±1,17	0,129*	3,25±1,10	0,738*	2,31±1,06	0,525*	3,57±1,21	0,817*
	Yok	3,57±1,14		3,77±1,01		3,29±1,07		2,24±1,05		3,57±1,12	
Yaş	25-30	3,64±1,12	0,164**	3,86±,98	0,070**	3,47±1,08	0,001**	2,16±1,09	0,177**	3,68±1,12	0,136**
	31-36	3,23±1,24		3,53±1,04		2,89±1,06		2,33±,99		3,29±1,17	
	37-42	3,52±,99		3,90±1,02		3,36±,98		2,52±1,07		3,68±1,04	
	43-48	3,27±1,16		3,44±1,32		3,39±1,05		2,07±1,08		3,66±1,33	
	49-54	3,25±1,17		3,45±1,24		3,32±1,19		2,40±1,06		3,63±1,22	
	55-60	3,47±1,01		3,53±1,18		3,12±,99		2,24±1,03		3,47±1,23	
	61-66	3,29±,76		3,14±,90		2,29±,49		2,29±,76		2,86±,90	
Çalışılan birim	Tıp Fakültesi	3,49±1,15	0,501**	3,76±1,01	0,458**	3,38±1,09	0,161**	2,17±1,07	0,098**	3,60±1,12	<0,001**
	Kamu	3,41±1,14		3,62±1,11		3,22±1,13		2,40±1,06		3,31±1,22	
	ASM	3,33±1,11		3,53±1,27		3,11±,99		2,26±1,02		4,03±1,02	
Uzmanlık	Pratisyen	3,35±1,18	0,430*	3,57±1,22	0,538*	3,22±1,15	0,619*	2,40±1,10	0,258*	3,89±1,19	0,002*
	Uzman hekim	3,45±1,13		3,69±1,07		3,28±1,07		2,24±1,05		3,48±1,15	
Uzmanlık ana branş dağılımı	Cerrahi bilimler	3,63±1,06	0,023*	3,95±1,06	0,001*	3,42±1,07	0,081*	2,16±1,02	0,158*	3,63±1,15	0,555*
	Dâhili bilimler	3,35±1,16		3,55±1,10		3,21±1,09		2,32±1,07		3,55±1,18	
Mültecilere hizmet verme durumu	Evet	3,44±1,15	0,490*	3,68±1,10	0,157*	3,28±1,09	0,4*	2,30±1,07	0,164*	3,52±1,17	0,004*
	Hayır	3,32±,98		3,39±1,10		3,14±1,11		2,00±,94		4,18±1,02	
Mültecilere hizmet verme isteği	Evet	3,14±1,07	<0,001*	3,41±1,07	<0,001*	3,00±1,01	<0,001*	2,41±1,06	<0,001*	3,27±1,12	<0,001*
	Hayır	3,97±1,07		4,15±,99		3,79±1,04		2,02±1,02		4,15±1,03	

\*Mann Whitney U \*\*Kruskal Wallis H

Devam ediyor...



**“Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir.” maddesi için:** madde puan dağılımı bekâr hekimlerde  $3,63 \pm 1,11$ , evli hekimlerde  $3,31 \pm 1,14$  olarak belirlenmiş, aralarında medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Çocuğu olan hekimlerde madde puan dağılımı  $3,30 \pm 1,13$ , çocuk sahibi olmayan hekimlerde  $3,57 \pm 1,14$  olarak belirlenmiş, çocuk sahibi olmayan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,017$ ). Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,35 \pm 1,16$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,63 \pm 1,06$  olarak belirlenmiş, cerrahi bilimlerde görev yapan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,023$ ), uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5’li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım kadın doğum uzmanlarında görülmüş ( $3,91 \pm 1,04$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,004$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $3,14 \pm 1,07$ , hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $3,97 \pm 1,07$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır” maddesi için:** Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,55 \pm 1,10$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,95 \pm 1,06$  olarak belirlenmiş, cerrahi bilimlerde görev yapan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ), uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5’li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım kadın doğum uzmanlarında görülmüş ( $4,14 \pm 1,00$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $3,41 \pm 1,07$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $4,15 \pm 0,99$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır.” maddesi için:** Yaş gruplarının içerisinde en yüksek dağılım 25-30 yaş grubu hekimlerde ( $3,47 \pm 1,08$ ) en düşük dağılım 61-66 yaş grubu hekimlerde ( $2,29 \pm 0,49$ ) belirlenmiş, yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan ortalaması  $3,00 \pm 1,01$

hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $3,79\pm 1,04$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır.” maddesi için:** madde puan dağılımı erkek hekimlerde  $2,47\pm 1,10$ , kadın hekimlerde  $1,99\pm 0,94$  olarak belirlenmiş, kadın hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $2,41\pm 1,06$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $2,02\pm 1,02$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır.” maddesi için:** madde puan dağılımı erkek hekimlerde  $3,38\pm 1,20$  kadın hekimlerde  $3,85\pm 1,07$  olarak belirlenmiş, kadın hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Ayrı kurumlarda çalışan hekimlerin madde puan dağılımı tıp fakültesinde çalışan hekimler için  $3,60\pm 1,12$ , diğer kamu hastanelerinde çalışan hekimler için  $3,31\pm 1,22$ , aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler için  $4,03\pm 1,02$  olarak belirlenmiş, hizmet verilen kurum açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Pratisyen hekimlerin madde puan dağılımı  $3,89\pm 1,19$ , uzman hekimlerin madde puan ortalaması  $3,48\pm 1,15$  olarak belirlenmiş, pratisyen hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,002$ ). Uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5’li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım kadın doğum uzmanlarında görülmüş ( $4,14\pm 1,03$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Mültecilere sağlık hizmeti verenlerin madde puan dağılımı  $3,52\pm 1,17$ , sağlık hizmeti vermeyenlerin madde puan dağılımı  $4,18\pm 1,02$  olarak belirlenmiş, hizmet vermeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,004$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $3,27\pm 1,12$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $4,15\pm 1,03$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır.” maddesi için:** madde puan dağılımı erkek hekimlerde  $2,95\pm 1,21$ , kadın hekimlerde  $3,20\pm 1,19$  olarak belirlenmiş, kadın hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,041$ ). Madde puan dağılımı bekâr hekimlerde  $3,29\pm 1,21$ , evli hekimlerde  $2,92\pm 1,19$  olarak

belirlenmiş, bekâr hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,05$ ). Çocuğu olan hekimlerde madde puan dağılımı  $2,93\pm 1,19$  çocuk sahibi olmayan hekimlerde  $3,20\pm 1,21$  olarak belirlenmiş, çocuk sahibi olmayan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,027$ ). Yaş grupların içerisinde en yüksek dağılım 25-30 yaş grubu hekimlerde ( $3,31\pm 1,17$ ) en düşük dağılım 61-66 yaş grubu hekimlerde ( $2,29\pm 1,49$ ) belirlenmiş, yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Aynı kurumlarda çalışan hekimlerin madde puan dağılımı tıp fakültesinde çalışan hekimler için  $3,24\pm 1,17$ , diğer kamu hastanelerinde çalışan hekimler için  $2,91\pm 1,24$ , aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler için  $2,90\pm 1,17$  olarak belirlenmiş, hizmet verilen kurum açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,028$ ). Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $2,91\pm 1,17$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,42\pm 1,23$  olarak belirlenmiş, cerrahi bilimlerde görev yapan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ), uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5'li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım kadın doğum uzmanlarında görülmüş ( $3,71\pm 1,23$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $2,74\pm 1,10$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $3,65\pm 1,18$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır” maddesi için:** Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $1,68\pm 0,99$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $1,48\pm 0,83$  olarak belirlenmiş, aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,042$ ).

**“Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler.” maddesi** ile demografik veriler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**“Göçmenlere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerekir.” maddesi için:** Yaş grupların içerisinde en yüksek dağılım 61-66 yaş grubu hekimlerde ( $3,29\pm 1,76$ ) en düşük dağılım 25-30 yaş grubu hekimlerde ( $2,26\pm 1,00$ ) belirlenmiş, yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $2,58\pm 1,06$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $2,28\pm 1,04$  olarak belirlenmiş, cerrahi

bilimlerde görev yapan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,019$ ), uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5'li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım acil tıp uzmanlarında görülmüş ( $2,89\pm 1,01$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $2,74\pm 1,03$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $2,02\pm 0,96$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek isteyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir.” maddesi için:** madde puan dağılımı erkek hekimlerde  $3,15\pm 1,30$  kadın hekimlerde  $3,62\pm 1,22$  olarak belirlenmiş, kadın hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Madde puan dağılımı bekâr hekimlerde  $3,55\pm 1,25$  evli hekimlerde  $3,23\pm 1,30$  olarak belirlenmiş, bekâr hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,021$ ). Yaş grupların içerisinde en yüksek dağılım 25-30 yaş grubu hekimlerde ( $3,62\pm 1,31$ ) en düşük dağılım 31-36 yaş grubu hekimlerde ( $3,00\pm 1,22$ ) belirlenmiş, yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,038$ ). Dâhili bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,23\pm 1,28$ , cerrahi bilimlerde görev yapan uzman hekimlerin puan dağılımı  $3,63\pm 1,27$  olarak belirlenmiş, cerrahi bilimlerde görev yapan hekimler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,006$ ), uzmanlık ana dallarından üç önemli dal (kadın doğum, pediatri ve acil tıp) çıkartılıp 5'li bir değerlendirme yapıldığında en yüksek dağılım kadın doğum uzmanlarında görülmüş ( $3,86\pm 1,29$ ) ve birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,006$ ). Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $3,06\pm 1,23$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $3,88\pm 1,23$  olarak belirlenmiş, hizmet vermek istemeyenlerin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**“Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.” maddesi için:** Tercih hakkı sunulsa mültecilere hizmet vermek isteyen hekimlerin madde puan dağılımı  $3,71\pm 1,03$  hizmet vermek istemeyen hekimlerin ise  $3,28\pm 1,21$  olarak belirlenmiş, tercih hakkı açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ).



## 4.4. Nitel Veri Analizleri

### 4.4.1. Belirlenen konular ve çözümlenmeler

Araştırma sırasında on (10) hekimden toplanan verilerin çözümlenmesinde, gereç ve yöntemde belirtildiği gibi eleştirel söylem analizi yöntemi kullanılmıştır. Toplanan ses kayıtlarının transkripsiyonları yapıldıktan sonra tümcelere ayrılmış, araştırmacının tümceleri (A), hekimlerin tümceleri ise numaralandırılarak (D1), (D2) ... (D10), şeklinde metin içinde belirtilmiştir. Yapılan analizler sözcelerin içerikleri ile ilgilidir. Her örnek yapılan görüşmenin bir bölümünü göstermektedir

#### 1- Sağlık hakkı temel insan haklarından biridir

Örnek 1:

*(A) Sağlık Hakkı nedir? Temel bir insan hakkı olarak tanımlayabilir misiniz?*

*(D1) Sağlık hakkı her insanın sahip olması gereken ırka, dine, dile göre coğrafyaya göre değişmeyen temel bir haktır.*

*(D4) En doğal insan hakkıdır.*

*(D5) Herkesin doğuştan ücretsiz sahip olması gereken bir haktır.*

*(D6) Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda kişinin bulunduğu bölgede, herhangi bir sağlık kurumundan sağlığını iyileştirmek için alabileceği sağlık hizmetlerinin bütünüdür.*

*(D7) İnsanların doğumundan itibaren elde ettikleri bir haktır. Kişilerin tüm sağlık hizmetlerine hiçbir engelleme olmadan ulaşabilmesidir.*

*(D8) Sağlık hakkı devlet tarafından sosyal devlet düzeninde insanların alması gereken haktır. Devlet tarafından karşılanması gereken insani, sosyal devlet anlayışına uygun haktır.*

Kişi varlığı hakları, kişilerin değerleri para ile ölçülemeyen devredilmesi mümkün olmayan haklardır. Sağlık hakkı da bu grup haklar içinde yer almaktadır. Herkes için ulaşılması gereken haklar içinde yer alan sağlık hakkı DSÖ'nün de listelediği temel haklar içinde yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse tamamı sağlık hakkını en temel insan haklarından biri olarak görmektedir. Bunu en açık şekilde, hiçbir faktörün bu hakkın önünde bir engel olamayacağı biçimiyle (D1) ifade etmiştir. Ancak bu hakkın şekillenmesi ve kullanımı konusuna

yaklaşımları farklılık göstermektedir. Ulusal ve uluslararası belgelerle korunan sağlık hakkından kimse mahrum bırakılamaz. Unutulmaması gereken bir diğer husus da sağlık hakkının bir hastalık durumunda hasta kişinin bulunduğu bölgede sağlığını düzeltmek için alacağı bir hizmet olmadığıdır.

## **2- Sağlık hakkının şekillenmesi: Ülke politikalarına göre, kısmen ülke politikalarına göre ve...**

Örnek 2:

*(A) Sağlık Hakkı sizce ülkelerin politikalarına göre şekillenmeli mi?*

*(D2) Ee hayır şekillenmemelidir. Çünkü ee örneğin bir hastalığın tedavisi bulundu ee eğer bu hastalığın bulunmuş tedavisi ülke politikası yüzünden ulaşılamıyorsa o hasta için, o hastalığın tedavisinin bulunması bir anlam ifade etmez. Onun için bulunmamıştır hala tedavi.*

*(D4) ((telefonuna mesaj geliyor ve bakıyor)) Ülkelerin hayır. Ülkelerin politikalarına göre olmaz eee burada insan objesi var, insana insanın bir ihtiyacı var ve bunu karşılıyorsunuz.*

*(D5) Şekillenmemelidir. Mümkün olduğunca tüm ülkelerde ve tüm vatandaşların her zaman aynı eşit şekilde ve sonuna kadar bu hizmetten yararlanması gerekir.*

*(D6) Evet şekillenmelidir. Yani ülkenin durumuna göre nasıl bir yol çizeceği, nasıl uğraşacağı, nasıl ilgileneceği, ülkenin politikasına göre değişebilir tabii ki.*

*(D7) Kısmen belki şekillenmeli ama temelde bu hak mutlaka verilmeli. Politikası ne olursa olsun, sağlığa bakış açısı ne olursa olsun, temel itibarıyla her insanın ülkenin sınırları içerisindeki her insana bu sağlık hakkı verilmeli[...]*

(D2), (D4) ve (D5) sağlık hakkının ülke politikalarına göre şekillenmemesinden yana iken, (D6) ve (D7) bu görüşe karşı çıkmaktadır. Sağlık hakkının temel insan haklarından biri olduğu konusunda görüş bildiren hekimler (D4) ve (D5), bu hakkın ülke politikalarına göre şekillenmemesi gerektiğinden yana görüş ortaya koymaktadırlar. (D6) ve (D7) sağlığın en temel insan hakkı olduğunu, kişinin doğumundan itibaren sahip olması ve hangi bölgede ikamet ediyorsa etsin bu

hakka ulaşması gerektiğine dair bir görüş bildirirken, burada ulusal politikalarının bu hakkı şekillendirebileceğine dair çelişkili görüşler bildirmişlerdir. Uluslararası etik kodlara sahip meslek mensuplarının sağlık hakkının ülke politikalarına göre şekillenmesi gerekir şeklinde bir görüş bildirmesi, esasen hekimlik mesleğinin ulusal bir politika nesnesine dönüşmesini destekleyebilecek bir tutumdur ve dolayısıyla ulusal bir hekimlik anlayışının ve hekim kimliğinin inşasına hizmet ederek, ev sahibi toplumların hekimlerinin uluslararası etik kodlardan uzaklaşarak, insan haklarının temel savları hakkında düşünemeyecek hale gelmelerine yol açabilme olasılığı taşımaktadır.

### **3- Muayene ve tedavide iletişim: Dil her şeydir.**

Örnek 3:

*(A) Mülteci/Sığınmacı hastaları muayene/tedavi ederken problemlerle karşılaşıyor musunuz? Var ise en sık karşılaştığınız problemler nelerdir?*

*(D1) Genelde dil sorunu ee en sık karşılaştığımız. Eee çünkü çoğu dil bilmiyor. Bizde onların dilini bilmiyoruz ve tercüman desteği yeterli değil.*

*(D2) Dil problemi olabiliyor ee kendi alışkanlıkları ile ilgili problemler olabiliyor ee çünkü kültürel farklılıklar var ee yabancı hastalarla karşılaşıyor.*

*(D7) Dil problemi, en temel problem dil problemi.*

*(D8) Bir kere dil problemi oluyor. Eee hasta ile anlaşma problemi oluyor. Genelde çok yanında tercüman vesaire olmuyor. O zaman ee dilden dolayı anlaşma problemimiz olabiliyor. Tabii elinde getirdiği evraklar vesaire ee yabancı dil olduğu için eee iletişim kurmakta zorlanıyoruz yani.*

(D8) konuşması sırasında mülteci/sığınmacıların yanında tercüman vesaire olmadığından bahsetmektedir. Vesaire sözcüğü, benzerleri, bunun gibi, buna benzer anlamında kullanılmaktadır. Çeşitli göçmen/mülteci grupları için tercüman yardımı almak koşullara bağlanmıştır. Bazı durumlarda meslekten olmayan tercümeçi çok az yapabilen, savunmasız bu grubu, riske atan bazı kişiler de vardır ki burada ifade edilmek istenen bu kapsamdaki kişi/kişiler olsa gerektir. Bu kişiler için, evraklar için de kullanılan ‘vesaire’ sözcüğü ile birlikte ifadesi aslında, sağlık hizmetine doğrudan katkısı olmayan kişileri de nesneleştirir.

Örnek 4:

*(D9) Dil problemi var. En temeli o. Onun dışında kültür farkı var anlamakta zorlanıyoruz. Eee yani bir de şimdi bunlar mülteci olduğu için eee eskiden başlarına gelen tıbbi sorunla, yapılan tıbbi müdahaleler, kullandığı ilaçları bilmiyorlar. Muhtemelen ee yani apar topar ülkelerinden geldikleri için belki öyle.*

Yaşadıkları yerden çeşitli sebeplerle (savaş, bölgesel çatışma, salgınlar vb) ayrılmak, kişinin tüm yaşam boyutlarında (fiziksel, ruhsal ve sosyal) sorunlara sebep olmaktadır. Çok yönlü kalıcı etkiler bırakan göç olgusunda, kültürel çeşitlilik nedeniyle sağlık hizmeti verme ve alma durumunda en çok dil engeli ile karşılaşmaktadır. Sağlık sistemleri içinde, dil engeli mültecilere/sığınmacılara düşük kaliteli tıbbi bakım sunulmasında en önemli nedendir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda dil engeli mülteci/sığınmacıların sağlık hizmeti almasını, istediği sağlık birimine ulaşmasını engellemekte, tedavi alması gerektiği tıbbi birim dışında bir başka birimde vakit kaybetmesine, şikayetlerini açıklayamadığı için hatalı teşhis ve tedavi ile yüz-yüze kalmasına, kötü sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. (D9)'un açıklamaları da bu yöndedir

#### **4-Kimlikler arası mesafe iletişimi etkiler mi?**

Sosyal ilişkiler anlamında uzaklık iletişim için önemlidir. Görüşmeler sırasında hekimlere mesleki iletişim dışında sığınmacı/mültecilerle iletişim kurma çabaları olup olmadığını sorduk.

Örnek 5:

*(A) Muayene ve tedavi süreci dışında bir Mülteci/Sığınmacı ile konuşma girişiminiz oldu mu?*

*(D1) Muayene dışında oldu tabii. Bir mülteci hastam var. Hem o hem annesi benim hastam. Onunla şey dışında da birkaç kere görüştük. Tesadüfen oldu bu görüşmeler ama isim olarak biliyoruz telefonlarımız var birbirimizde.*

*(D2) Evet oldu. Yani şöyle yine de mültecilerle mültecilere hizmet veren bir poliklinikte çalıştığım için oldu. İşte tercümanımın babası ile konuşabiliyorum, onun kardeşi ile konuşabiliyorum birlikte yemeğe gidiyoruz. Ee sosyal hayatta paylaştığımız şeyler var.*

İletişim, paylaşımlarda bireyin (hekimin) edindiği deneyime bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Kişilerarası gerilimleri azaltacak nitelikte olduğu gözlenen iletişim, bireyin (hekimin) doğası ve toplumsal etkilerin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. Bireyler hem içinde yaşadıkları grup ve çevrelerini düzenleyebilme hem de çevrelerinden etkilenen varlıklar olarak, kendileri değişebildikleri gibi başkalarını da değiştirebilme gücünü ellerinde tutmaktadırlar. (D2)'nin yanıtları incelendiğinde: *Gruplar arası temas kuramı*'na göre birbiriyle iletişim/temas kuran kişilerin ortak hedefleri varsa (örn. iyileşmek ve iyileştirmek) işbirliği içinde olabiliyor ve yasal olarak destekleniyorlarsa (kanun, tüzük ve yönetmeliklerle) tedavi alan ve veren grup arasında önyargıya dayalı yaklaşımın giderek azalmakta olduğu görülmüştür.

Bazı kişiler kendi tercihleri olarak sessiz kalmayı seçebilmektedir. Bu davranış karşısındaki kişi/kişilerden duydukları rahatsızlığa bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi ötekileştirme/dışlama davranışının bir ifadesi olarak kabul edilebilir.

Örnek 6:

*(D4) Hayır, hiç öyle bir şey olmadı.*

*(D3) Yok denk gelmedi.*

*(D6) Defalarca. Görüşmemen mümkün değil ki. Çarşıya çıkıyorsun alışveriş yapıyorsun eeee kafelerde, restoranlarda, sokaklarda, spor salonuna gidiyorsun yanındaki alette Suriyeli de çalışıyor Iraklı da çalışıyor Afganistanlılar (da).*

Sosyal ilişkiler anlamındaki mesafe ile fiziki mesafe de sığınmacı/mültecilerin görünürlükleri açısından önemlidir. (D6), çevresinde gördüğü bu kişilere ilişkin görüşlerini paylaşmaktadır. Gezgin'in de ifade ettiği şekli ile "Dışlayan dışlananı, dışlanan da dışlayanı görmezden gelerek" yaşamaya devam etmektedir (Gezgin, 2016, s. 225).

## **5- Göç bir halk sağlığı sorunudur. Ev sahibi ülke için de yük/külfettir**

Örnek 7:

*(A) Mülteci/Sığınmacı hastalar toplumsal ve sağlık sistemi açısından bir yük/külfet midir? Öyle ise Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları bundan etkileniyor mu?*

*(D4) Objektif davranmak gerekirse tabii. Sağlık hizmeti dünyada verilecek en büyük en pahalı hizmetlerden bir tanesi. Eee bu insanların gelip burada ee bulunmaları bir mecburiyet ama sağlık hizmetinin ücretsiz verilmesi de bir mecburiyet belki ihtiyaca göre ee ve bunu da bu da tabii memlekete bir külfet bu kesin.*

*(D6) Ülkemiz açısından şu aşamada evet. Her ne kadar eeee ((4sn)) dışarıdan o kadar yük gibi görünmese de sağlık hizmet sunucuları yani hekimler zaten mevcut baktıkları hasta sayısının fazlalığına bir de mülteci hastalar eklendiğinde ve bunların dil sorunu eklendiğinde iş yükünü arttırmak anlamında hekimlerin üzerinde bir yük olduğunu düşünüyorum.*

*(D5) Muhakkak külfettir. Her hasta sağlık sistemine ek bir yük getirdiği gibi bunlar da bir yük getirmektedir.*

*(D7) Buna birkaç açıdan bakabiliriz. Ya ben yük olduğuna inanıyorum. Şöyle yük olduğuna inanıyorum; bir baktığınız zaman sığınmacılar kendi getir/ yani kendi kültürlerinin ve coğrafyalarının getirdiği hastalık örüntülerini göçle birlikte ülkemize ee taşımış olabilirler. Bu benim açımdan bak/ yani bizim açımızdan veya benim düşüncem/ baktığımızda bir yük olarak değerlendirilebilir.*

Epidemiyoloji gruplar arasındaki farklılıkları belirlemeye ve açıklamaya çalışır. Bu işlevi yerine getirmesinde asıl motivasyon, etik motivasyondur. Farklılıklar ve bu farklılıklardan doğan eşitsizlikler, genel anlamda sağlığın sosyal belirleyicileri arasındaki eşitsiz dağılımlar nedeniyle daha da görünür hale gelmektedir. Yukarıdaki ifadelerin hepsi sığınmacı/mültecilerin hastalıklarının ev sahibi topluluğun sağlığı için potansiyel bir tehdit ve yük olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Göç politikası ortak insanlık üzerine kurulmalıdır. Göç sadece gelinen ülkeyi değil yolculuğu da kapsar. Bu süreç sığınmacı/mülteci sağlığı üzerinde de kısa ya da uzun vadeli etkilere sahiptir. Bu nedenle hekimlerden bazıları (örneğin D9) sığınmacı/mültecilerin toplumsal sağlık sistemi açısından bir yük/külfet olmadığı kanısındadır.

Örnek 8:

*(D9) Öyle olduğunu düşünmüyorum ben. Yani sonuçta yani buraya gelen insan mülteci de olsa insandır. Sonuçta başta söylediğim gibi sağlık hakkından o da faydalanması gerekiyor.*

(D9)'a göre mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları gerekmele birlikte, buradaki 'mülteci de olsa' sözcüğü, temelinde bir ayrımcılığı betimleyerek insandan daha aşağıya [less-than-human] indirgenen yaşamlara dair çarpıcı bir söylemi ve sözde empatiyi örneklendirmektedir.

## **6- Hekimlerin gözünden mülteci/sığınmacılar arasında farklılıklar**

Ülkemizde mülteci/sığınmacılar sorunu bir sosyal uyum sorunu olarak da görülmektedir. Farklı yaşam, kültür ve dil sorunları bazı problemlere neden olmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının görüşleri de kimi mülteci/sığınmacının geldikleri ülkeye bağlı, farklılıkları dile getirir niteliktedir. Kimileri için ise aralarında fark yoktur.

Örnek 9:

*(A) Irk-cinsiyet-yaş-egitim gibi faktörler açısından baktığınızda Mülteci/Sığınmacı hastalar arasında bir fark buluyor musunuz? Nasıl ve neden? Bu fark yaklaşımınızı etkiliyor mu?*

*(D3) Hayır. Onlar sonuçta çok büyük bir kısmı isteyerek ülkelerinden çıkmadığı için eee onları tamamen haklı buluyorum. Eee sonuçta ülkelerinde rahat edemedikleri için ayrı bir yere göç etmek zorunda kaldılar. Bir fark da bulmuyorum.*

*(D5) Yok, yok yok mülteciler arasında bir fark görmem. ((telefonuna mesaj geliyor)) Ben onlar arasında bir ırk farkı gözetmiyorum görmüyorum yani. Bir fark bulunmuyor, yaklaşımımı da etkilemiyor. Bu durum açıkçası.*

*(D7) Irk? Yani benim orada söyleyeceğim şey belki bu hizmeti verirken eee ülkenin kültürüne daha yakın olan yerlerden gelen kişilerle iletişim veyahut bizi anlayabilmeleri daha makul olabiliyor. Gördüğüm şey bu açıkçası, duyduğum, bildiğim, gözlemlediğim şey bu ama baktığınız zaman mutlaka bu kendi ülke vatandaşlarımız için de özellikle eğitim ve yaş mutlaka burada etkili bir faktör*

*olur. Özellikle eğitim. Saydığınız ırk, yaş, eğitim ee benzeri cinsiyet ve benzeri faktörler benim hastaya olan yaklaşımımı etkilemez.*

Yukarıdaki örnekler, mülteci/sığınmacı gruplar arasında kültürel ve entelektüel farklılıkları gözlemlese de, sağlık konusunun tüm mülteci/sığınmacılar için önemli bir varlık olduğunu hatırlatmaktadır.

Örnek 10:

*(D4) Evet onların arasında çok fark var. Kimisi mesela üniversite mezunu, mühendis hastalarımız da var. Ee hiç eğitimi olmayanlar da var. Ee her ne kadar dil problemi olsa da eğitilmiş ile eğitimsiz arasında iletişim kurmak açısından ciddi sıkıntılar yaşıyoruz.*

*(D6) Mülteci hastalarımız genellikle eğitim seviyesi daha düşük olan hasta grubu. Cinsiyet ırk ayrımı bizim açımızdan doktorluk yaşamında işimizi yapmak açısından sıkıntı değil ama hasta profili açısından soruyorsanız ((2sn)) maalesef biraz daha düşük eğitim düzeyindeki insanlar. Çoğu o kadar belli işi olmayan insanlar. Ee farklar şöyle uuu yaşadıkları olayların biraz tepkisi gibi biraz ufak ufak farklar var tabii. Yani genellikle bizim gördüğümüz ee sıkıntılı hasta grubu olarak adlandırdığımız hastanede olsun, dışarıda olsun biraz daha problem çıkarmaya, sıkıntı çıkarmaya meyilli olan grup, ben(im) gördüğüm kadarıyla Suriyelilerin biraz daha sıkıntılı olduğunu görmekteyim*

(D4) ve (D6) mülteci/sığınmacı gruplar arasında -özellikle eğitim açısından- önemli farklılıklar gözlemlediklerini belirtmekle beraber, (D4) bu farklılıkların iletişimi zorlaştırdığını, (D6) ise [...] *maalesef biraz daha düşük eğitim düzeyindeki insanlar. Çoğu o kadar belli işi olmayan insanlar.* veya *'Suriyelilerin biraz daha sıkıntılı olduğunu görmekteyim.'* sözceleriyle eğitimsiz, kendilerini ifade edebilecek sosyal statüleri olmayan, maddi olarak yetersiz gördüğü bir grubu aslında *tekinsiz* olarak etiketlemekte ve bu grubu bir tehdit olarak algılamaktadır. Herhangi bir hekimin, bir grubu bu şekilde etiketliyor ve kategorize ediyor olması, ayrımcılığı derinleştirebilecek bir faktördür.



## 7- Mülteci/sığınmacılara yaklaşımda medyanın hekimin davranışına etkisi

Örnek 11:

*(A) Medya veya diğer faktörler (bir hekim arkadaşınızı tecrübesi veya şahit olduğumuz bir olay vb.) Mülteci/Sığınmacı hastalara yaklaşımınızı etkiliyor mu? Nasıl?*

*(D1) ((telefonuna mesaj geliyor)) Eee medya etkiliyor tabii. Yani beni etkilemese de arkadaşlarımı etkilediğini görüyorum. Yük olarak görebiliyorlar medya yüzünden ya da olumlu bir haber ee iyi bir haber onları olumlu yönde düzeltebiliyor. Medya büyük bir faktör.*

İnsanların başka ülkelere sığınma hakları olduğu uluslararası ve ulusal belgelerde açıkça ifade edilmektedir. Bu kapsamda ev sahibi ülkeye çeşitli nedenlerle gelen kişileri anlayabilme konusunda medya önemli bir yere sahiptir. (D1) medyanın bu bakımdan gücüne atıf yapmaktadır.

Örnek 12:

*(D8) Medyanın gücü var tabii.*

*(D6) Mülteci hastalara etkilemiyor sadece mültecilere bakış açımızı değiştiriyor. Mesela bayramlarda memleketlerine gidip geri gelmeleri ((4sn)) muhtelif şehirlerde taciz olaylarına karışmaları veya toplu kavgalara girişmelerine şahit olduğumuz için mesela kendi adıma örnek vereyim. Ben İstanbul Zeytinburnu'nda ((2sn)) oturuyorum orada herhangi bir olay olduğunda WhatsApp iletişim grubu aracılığıyla olay yerine anında 30 veya 40 Suriyeli gelebildiğini biliyorum.*

Leh ve aleyhine olunabilen bir durum arasında kabul edilebilir bir ayırım ortaya konmadığında bir ayrımcılık gündeme gelebilmektedir. (D6) WhatsApp kullanımı ve haberleşme ile ilgili olarak böyle bir anlatı ortaya koymaktadır. Medya mülteci/sığınmacılara ait görüşlere yer verirken çoğu durumda tek taraflı ve olumsuz görüşlere odaklanmaktadır. Bu durumda mülteci/sığınmacılar eleştirilebilecek özneler/kişiler olmak yerine -bir demonizasyon unsuru olarak- politik nesnelere olarak ele alınmaktadırlar. Mülteci/sığınmacılara ilişkin pek çok haber ve görüş medyada yer almasına karşın bu kişilerin sesi neredeyse duyulmamaktadır. Bu durum söz

konusu kişilerin kırılmalıklarını arttırmakta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu gruba bakışını etkilemekte, grubun kaliteli ve insanca hizmet almaları önünde engel oluşturmaktadır.

Örnek 13:

*(D5) Açıkçası direkt olarak etkilemez, önyargı oluşturabilir fakat benim gene tedavi sürecimde, hastalara davranma sürecimde, yaklaşımında bir değişiklik oluşturmaz.*

*(D9) ((telefonuna mesaj geliyor)) Etkilemiyor dediğim gibi. Yani hani dediğim/medyada bir sürü şey yazılıp çiziliyor her konu hakkında. Yani işte tamamen medyanın güdümüyle yaşarsak zaten olayları doğru analiz edemeyiz. Yani öyle onlardan hiç etkilenmiyorum desem yeridir.*

(D5)'in ifadelerinde medyanın bir önyargı oluşturacağı konusuna dikkat çekildiği görölmektedir. Benzerlikler insanları birbirine yaklaştıırken gözlenen farklılıklar olumsuz bir bakış açısı oluşturup aradaki mesafenin artmasına sebep olabilir. Medyada tekrarlanan, zaman zaman dramatize/popülide edilen ifadeler, kitleleri etkileyen söz oyunları önem taşımaktadır. Türk medyası toplum algısında mültecilere/sığınmacılara karşı önyargı oluşturabilecek söylemleri ile dikkat çekmektedir. Bu grubun medyada ve kamuoyunda sürekli olarak kötü olaylarla ve uyum sorunlarıyla yer alması, toplumda sürekli problem yarattıklarına dair bir algı oluşturabilmektedir. Olayları görebilmek için farklı yönlerine bakabilmek gerekmektedir ki (D9) bu konuya dikkat çekmektedir.

## **8- Sağlık ve sosyal problemlerin artışında mülteci/sığınmacılar pay sahibidir**

Örnek 14:

*(A) Mülteci/Sığınmacı sayısındaki artışın sosyal problemleri ve sağlık problemlerini artırdığını düşünüyor musunuz? Nasıl?*

*(D2) Ee sosyal problemleri artıracığını düşünüyorum. Eee çünkü benim gözlemediğim şöyle ee özellikle ilkokuldan sonra okullaşmada akran şiddetine uğrayıp okullaşmadan vazgeçen çocuk sayısında fazlalık var. Bunu gözlemliyorum. Özellikle erkek çocuklarda ee okuldan uzaklaşma var. Ee bu sadece hani çalışıp sadece ailelerine para kazandırmak için değil de birebir*

*konuşmalarımızda bir akran şiddetine uğradıklarını hissediyorum. Sağlık için ise şöyle eee genel olarak ee bu kaotik sağlık sistemimizde bence ileride sadece mülteci ya da sığınmacılar değil bizzat Türk, Türkiyeli vatandaşların da sağlık hizmeti ile ilgili problemlerle karşılaşacağını düşünüyorum.*

*(D7) Düşünüyorum. Bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere sağlık problemlerini arttırdığını düşünüyorum ama bu benimki sadece bir düşünce. Buna belki biraz bakmak lâzım eee bildiğim kadarıyla mesela ilk bu Suriye temelinde meselâ baktığımızda ilk göçün gerçekleştiği yıllarda ee kızamık başta olmak üzere bazı bulaşıcı hastalıklardaki artışların, vaka sayısı artışlarının eee göçmenlere bağlı olduğu belirtildi. Belirtildi derken medyada falan çıktı ama bununla ilgili tabii ki mutlaka bir bilimsel şeye ihtiyacımız var. Hani bilimsel olarak bu nedir ne değildir rakamları mutlaka görmemiz bilmemiz gerekiyor ama ben ee her şeye rağmen hastalık açısından özellikle bulaşıcı hastalıklar açısından ciddi bir risk ee oluşturduğunu düşünüyorum. Sosyal problemler oluşturduğunu düşünüyorum. Vatandaşların özellikle bu göç eden kişilere bakış açıları ile ilgili. Dediğim gibi hani bilimsel ee şeylere bağlı olmasa da desteğe, destekli bir şey olmasa da vatandaşların özellikle sağlık hizmetleri alımı ile ilgili ee iş koşulları ve çalışma ile ilgili ve benzeri konularda eee en basitinden ya düzenimiz bozuldu gibi bu tarz hani bir sıkıntıları olduğunu ben düşünüyorum açıkçası.*

Mülteci/sığınmacıların daha göç yolunda, varış ülkelerine gelmeden önce ev sahibi toplum vatandaşlarınca ötekileştirilmeye başlanma süreci, yerleşme sürecinin tamamlanmasıyla giderek, sosyal problemleri her an üretebilecek bir hale bürünür. (D2) konu ile bağlantılı olarak özellikle erkek çocukların maruz kaldığı akran şiddetine ve eğitimden kopuşlarına değinmiş, (D7) sosyal problemleri yüksek riskli *enfekte* mültecilerin arttırdığını, ayrıca vatandaşların hizmetlere erişimlerinin, iş bulmalarının ve çalışma koşullarının iyileştirilmesinin önünde potansiyel bir tehlike oluşturmalarının sosyal problemleri arttırdığı ve arttıracığı kaygısını dile getirmektedir. Esasen bunun tam tersi olarak her türlü hizmet alımının önünün kesilmesi, sosyal haklardan mahrum bırakılma sosyal problemleri arttıran en önemli fenomenlerden biridir. Hekimlerin bu bakış açısına sahip olmaları, sağlık hizmetlerinde ayrımcılığı arttırarak mültecilerin sağlık hizmetleri alımına engel teşkil edebilir.

**9- Dr.: Bir tercih hakkım olsaydı mülteci/sığınmacılara sağlık hizmeti vermek konusunda, ben bu hizmeti vermek isterdim/istemezdim. Seçimler zordur**

Örnek 15:

*(A) Tercih hakkınız olsa idi Mülteci/Sığınmacı hastalara poliklinik-servis-ameliyat gibi hizmetleri vermek/vermemek ister miydiniz?*

*(D9) Yani şimdi şöyle güzel bir tercüman olduğu sürece, birbirimizi anladığımız sürece benim için bir fark yok. Ama mesela bazen geliyor tercümanı yok çat pat İngilizce bildiğine güveniyor onlar, bu hastalar beni zorluyor açıkçası. Ee dediğim gibi tercüman hizmeti sağlandığı sürece fark etmez benim için.*

Hasta ile karşılaşmanın hekimin dünyasında da bazı değişikliklere sebep olduğu bilinir. Hekim hasta iletişiminin olması gereken özelliklerini yitirdiği kimi durumlarda hekimin hizmet vermektan geri çekilmesi kabul edilebilir. Tedavinin başarısı için hekim ve hastanın birbirini anlaması gereklidir. Hekimlik mesleği hastayı iyileştirmeye odaklı olduğundan dil konusunda yaşanan bu engeller (örn: tercüman hizmetinin sağlanamaması) (D9)'un da söylediği gibi hekimin hizmetten çekilmesini düşündürecek önemli bir sebep olabilmektedir

Örnek 16:

*(D8) Yani öyle bir hak tabii ki bizim eee doktor olduğumuzdan dolayı böyle bir Hipokrat yeminimiz olduğu için böyle bir durumu reddetme durumumuz kesinlikle yok. Ama yani hani öyle sonuçta bu hastalara bir şekilde bakılacağını bilsem, tercih olarak bana sunulsa yani çok da istemezdim yani*

Tarihsel süreçte hekimin hasta seçme özgürlüğü hep olmuştur. Günümüzde beklenen, hekimin zor ya da kimi riskli durumlarda dahi, tüm hastalara gereken tedaviyi vermesidir. (D8) hekimin hizmetten çekilmesine ilişkin objektif sebepler sunmasa da tercih hakkı olsa mülteci/sığınmacı gruba hizmet vermek istemediğini söylemektedir. Hekimler kamu görevlisi olmaları nedeniyle kendi yararları için değil kamu yararı için hizmet üretme durumundadırlar.

Örnek 17:

(D2) *Evet ben tercih ettim. İsteyerek yaptığım bir iş. Her zaman da, aslında şöyle yapmak isterdim belki 1. Basamak olarak ee kendi sağlık ocağымda, kendi bölgemde eee bir grup, bir grup halinde yani diğer hekim arkadaşlarım, ebelerim, hemşirelerim, sağlık memurlarım, çevre teknisyenlerimle birlikte onların evlerine gidip gelerek, barınma sorunlarını görerek ee daha topluca bir ee daha kolektif bir bakış açısıyla onlara sağlık hizmeti vermek isterdim. Ee ama tabii göçmenlerle de çalışmaya devam etmek isterim.*

(D7) *Yani şey bile olsa yani bana bir ee hak verilse bile sonuç itibariyle dediğim gibi ben bir hekimim. Bu başvurmuş olan kişilerin bir şekilde bu kişileri sağlık hizmeti vermek konusunda olumlu bir tutumum olurdu açıkçası. Yani ben bunları sağlık hizmeti vermek istemiyorum demezdim ama orada sıkıntı şu bu sağlık hizmetini verirken en önemli şeylerden biri iletişim kurabilir miyim ve istediğim gibi bu hizmeti verebilir miyim? Bu kısma bakmak lazım belki de.*

D2) ve (D7) yasal olan tıbbi bakım verme sorumluluğunun farkındadırlar. İyi bir hekim nereden bakılırsa bakılsın tercüman hizmeti alamadığı koşullarda bile hizmet verme kaygısı taşıyan hekim olarak tarifienebilir.

### **10- Herkes için bir sorun: Aydınlatılmış onam**

Mülteci/sığınmacı hastalar için aydınlatılmış onam sorunu. Bu noktada en önemli konu “Aydınlatılmış Onam” konusunun bir sorun/problem oluşudur. Öyle bir sorun/problem ki ev sahibi ülkenin hastaları için de geçerlidir.

Örnek 18:

(A) *Mülteci/Sığınmacı hastalar için ‘Aydınlatılmış Onam’ süreci sizce işleyebiliyor mu? Bu hastalar için bu süreç sizce farklı işletilmeli ya da işletilebilir mi?*

(D4) *Şöyle ee tercüman maalesef kendi bulup geldikleri tercüman yasal bir tercüman değil ama benim için eee Türk vatandaşı ya da yabancı uyruklu bir kişi hiç fark etmiyor ne kadar basit bir şey yapacak olsak, komplike bir şey yapacak olsak onların anladığını hissetmeden ben zaten ameliyat randevusu vermiyorum hastalara. Tercümanla onu anlatıyorum çizerek görsel işitsel.*

*Tercümanın ne kadar tercüme ettiğini bilmiyorum o konu hep şüpheli benim için. Eğer insanlara insanca yaşayacakları ne bileyim prefabrik konutlar yapılırsa prefabrik okullar, prefabrik hastaneler yapılırsa oraya koyarsınız bir tane ee devletin atadığı bizim de güvendiğimiz bildiğimiz bir kişiyi orda hastalık için geldiğinde kendi doktoru halledemiyorsa zaten veya yoksa ben bakacaksam o hastalara o tercüman eşliğiyle ben bilirim ki benim söylediğim tamamen tercüme edildi. Bunun çözümü budur.*

Aydınlatılmış onam sürecinde (D4) yapacağı işlemlerle ilgili olarak verdiği bilginin tam olarak anlaşıldığı konusunda ciddi şüpheler taşıyor, bu nedenle anlaşıldığından emin olmadıkça yapılacak girişimle ilgili randevu oluşturmadığını açıklıyor. Mülteci/sığınmacı hastalarla aydınlatılmış onam sürecinin gerektiği gibi olabilmesi için kurumda resmi olarak görevlendirilmiş, güvenilir bir tercüman bulunması ile sorunun çözülebileceği umudunu paylaşıyor. Aydınlatılmış onam süreci: hastanın içinde bulunduğu durum, bu durumda kendisine yapılabilecek işlemler, işlemlerin beklenen yararları ve olası olumsuz sonuçları hakkında bilgi verilerek, bu bilgileri anlayıp anlamadığı kendi içinde, bilgilere nasıl bir anlam verdiğinin anlaşılmasına çalışılmasıyla, hastanın kendisine sunulan seçeneklerden birinin kendisi için uygun olduğunu açıklaması ile son bulmalıdır. (D4) anlaşılma konusunda kaygılarını aktarırken, mülteci/sığınmacı ve ev sahibi ülkede yaşayan hastalar için benzer kaygıyı dile getirmektedir. Aydınlatılmış onam tıbbi müdahalenin temel koşulu olarak bir sorun olmayı sürdürmektedir. (D4) aydınlatılmış onam sürecindeki problemlerin çözümüne yönelik olarak reva gördüğü *prefabrik tecrit mekânı* ile hekimlerin her hastaya bakım verme ödevini, bu mekanda hizmet verecek hekimlere yükleyerek, hekimler arasında bir statü, bir grup oluşturulmasına yol açabilecek bir görüş beyan etmektedir.

Aydınlatılmış onam süreci ile ilgili olarak:

Örnek 19:

*(D7) Yani işlediği konusunda işliyor olabilir ama çok net bir fikrim yok açıkçası. Yani tabii sonuçta demin de söyledik dille ilgili eğer bir şey varsa bu aydınlatılmış onamda bu yapılacak işlemlerle ilgili aydınlatılmış olmamla ilgili onlara ulaşabilmek onlara net bu konuyla ilgili bilgiyi direkt verebilmek. Kendi dillerinde ya da farklı bir şekilde bunu net anlatabilmek lazım.*

(D7) Aydınlatılmış onam süreci hakkında işlemin nasıl yürütüldüğü konusunda net bir fikri olmadığını açıklıyor. Aydınlatmanın hastanın kendi dilinde yapılması gerektiğini söylerken net bir biçimde anlaşılmış olması gerektiğini de dile getiriyor.

Örnek 20:

*(D7) Bu nedenle işte belki ha/ hazır aydınlatılmış onam formları onların dillerine yönelik olarak / hani çünkü hani sadece Suriye'den gelen kişiler yok. Hani o olsa Arapça hazırlayıp / ama birçok yerden gelen kişiler olduğunu düşünürsek belki her dile ayrı ayrı böyle bir şey yapılabilir mi bu olanak kullanılabilir mi belki tartışılabilir ama yani çünkü bu hem insani hem hukuki bir şey.*

Aydınlatılmış onam tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu açısından çok önemli bir süreçtir. Tıbbi müdahalenin, kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı çerçevesinde ele alınması gerekir ki, bu noktada sağlık kuruluşlarında yapılacak her işlem için ev sahibi ülke vatandaşları için hazırlanmış aydınlatılmış onam formları vardır. Bu süreç hiçbir zaman sadece hazır bir belgenin imza altına alınmış olması ile tamamlanabilecek bir durum değildir. Elbette aydınlatılmış onam formlarının başvuran hasta tarafından okunup/anlaşılması kendi durumunu anlayabilmesi için bir fırsata dönüştürülebilir. Ancak hekimlerin de ifade ettikleri gibi resmi olarak bu sürece katılacak bir tercümana gereksinim olduğu açıktır. (D7)'de bu süreci hem insani hem de hukuki olarak değerlendirerek, kendi anadillerinde onam formlarının gerekli olduğunu düşünmektedir.

Örnek 21:

*(D2) Ee ben yani bu aydınlatılmış onamım kendi vatandaşlarımız için de tam olarak işletildiğinin ((güliyor)) şeyinde değilim. Ee belki de şöyle bütün bunlar için ee hekimden bir şey bekleniyor.*

(D2)'nin bu ifadesi ile, aydınlatılmış onamın, kendi içinde hastanın vücudu üzerinde hekime bir işlemde bulunma yetkisi verdiği, hekimin eylemini meşrulaştıran önemli bir süreç olduğu gözden kaçmış bulunuyor.

Örnek 22:

*(D2) Oysa aydınlatılmış onam ee bu konuda eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından da ee verilebilir.*

Bu noktada; onamın hastanın kendi vücudu üzerinde sağlığı ile ilgili olarak yapılacak müdahalelerde hekimin yetkilendirilmesi olduğu gözden kaçmıştır. Ek olarak aydınlatılmış onamın “bu konuda eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından da verilebileceği” ifadesiyle onamın, hastanın aslında müdavi hekimini hukuki olarak yetkilendirmesi demek olduğu da gözden kaçırılmıştır ((D2)’nin açıklaması bunu göstermektedir).

Örnek 23:

*(D2) Şunu söylüyorum hani bir hemşire ya da bir sağlık memuru bu konuyu anlatsın ((kapı açılıyor, birisi içeri giriyor ve çıkıyor)) ve ondan sonra işlemi yapalım diye demiyorum.*

Burada (D2) bir önceki ifadesi ile ters düşmektedir. Aydınlatılmış onam iyi hekimlik uygulamalarının ilk şartıdır. Aydınlatılmış onamın geçerli olma şartlarından biri ve belki de ilki hastanın neye onam verdiğini bilmesi yanında, hekimin aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmiş olmasıdır.

Örnek 24:

*(D2) Bir insanın anlama süreci aldığı eğitim ee kültür birçok şeyden etkileniyor. Bu kendi vatandaşımız için de geçerli. Ee ne yapacağını eee kişiye ne yapacağını o değilse bunun nasıl yapılacağını anlatabilir.*

Bir eylem ancak kişi (hasta) kendisi üzerinde bu işlemin yapılmasını onaylar ve işlemi yapacak kişiye (hekimine) yetki verirse yasalır. Bu görevi hekim örneğin bir sağlık personeline devredemez.

Örnek 25:

*(D2) Bir sağlık çalışanı ve en son kişi son kalan birkaç sorusu için hekimle baş başa kalabilir. Çünkü şu an içinde bulunduğumuz sağlık sisteminde bir hekimin hastaya bunu uzun saatler boyunca anlatacak bir zamanı yok. Ben açıkçası zamanı olsa da bu gerekli midir ee bu konuda şüphelerim var. Çünkü hekim olarak yetiştirdiğiniz, bir personeli başka bir sağlık çalışanın da yapabileceği bir iş için emeğini ee harcamayı çok anlamlı görmüyorum.*



Örnek 26:

*(D2) Mülteciler için de çok zor çünkü bazı ee raporlarını tetkiklerini görüyorum ben de burada. Örneğin imza atmış soruyorum ben de hani böyle bir şey yapılmış o ne yapıldığının farkında bile değil. Yani bu aydınlatılmış onamdaki sadece imzanın aydınlatılmış onamı aldığımız anlamına gelmediğini düşünüyorum. Geniş geniş broşürler hazırlanmalı ve bunları okumalarına, anlamalarına ve soru sormalarına izin vermemiz gerekiyor.*

Aydınlatmanın temel amacı hekim tarafından verilmiş bilginin aynı zamanda anlaşıldığının belirlenmiş olmasıdır. Hem ev sahibi ülke vatandaşı olan hastaların hem de mülteci/sığınmacı hastaların aydınlatılmış onam formlarını imzalamış olmaları kişilerin kendi geleceklerini belirleme hakkını kullanabilmelerine olanak vermemektedir ki (D2) yukarıdaki ifadelerine rağmen çok açık olarak aydınlatılmış onam formunun imzalanmış olmasının onam aldıkları anlamına gelmediğini söylemektedir. Çelişkilerin sadece karşıtlıklardan ibaret olmadığı çoğu defa birbirinden ayrılamaz olarak karşımıza çıktığı hatırlandığında (D2)'nin aydınlatılmış onam sürecini kolaylaştıracak geniş broşürler önermesi de bu kapsamda düşünülmüştür.

**11- Bir hekim olarak farklı bir ülkede sağlık hizmetine gereksinim duysanız nasıl bir hizmet almak istersiniz? Yanıt: Gittiğim ülke vatandaşlarının aldığı sağlık hizmetini almak isterim**

Örnek 27:

*A) Siz farklı bir ülkede bulunduğunuzda sağlık hizmetlerine erişim ve sonrasında nasıl bir hizmet almak isterdiniz? Anlatabilir misiniz?*

*(D4) Misafir olarak ee tabii ki o ülkenin koşulları neyse orada ne verebiliyorlarsa o hizmeti ben de almak isterim. Niye almayayım.*

*(D3) Ee normal o ülkenin vatandaşları ile eşit şekilde hizmet almak isterim açıkçası. Bazı gittiğim ülke(ler) kendi ülkemizden geri olabilir. Hani beklenti daha yüksek olabilir ama sonuçta o ülkenin imkanları neyse en azından ona eşit şartlarda ulaşmalıyım.*

Tüm insanlar onurları açısından (intrinsic dignity) eşittir (D4) ve (D3) gittikleri herhangi bir ülkede sağlık hizmeti alma gereksinimi duysalar ev sahibi ülke

vatandaşlarının aldığı hizmetten aynı şartlarda yararlanmak istediklerini söylüyorlar. Aynı hekimler tercih hakları olsa idi mülteci/sığınmacılara sağlık hizmeti verme konusunda: (D4) “Benim için hastaların mülteci ya da T.C. vatandaşı olması fark etmiyor benim için hasta var ben hekimim”; (D3) ise “Mülteci/sığınmacılara hizmet vermek isterim çünkü mültecilik insanların keyfi hareketi değil zorunlu hareketidir” demektedir. Hekimler hem mülteci/sığınmacılara sağlık hizmeti verme hem de bu hizmetin kendi vatandaşlarının aldığı sağlık hizmetlerinden farklı olmaması konusunda bir görüş sunmaktadırlar. Burada hekimler empati yapmaktadırlar ve kendilerine ne yapılın istiyorlarsa ihtiyaç sahibi kişilere de öyle davranılmasından yana görünmektedirler.

Ancak (D4)’e ait ses kayıtlarının bazı bölümlerinde mültecilik ve misafirliğin vurgulandığı ve ayırt edildiğini görmekteyiz. Bu söylem *hekimin gözünde hasta statüsü* olgusunun biçimlenmesine neden olmaktadır.

Örnek 28:

*(D2) Ee şöyle söyleyeyim. Ee başka ülkelere gidiyorum tatil amaçlı bazen de eğitim amaçlı gidiyorum ve dua ediyorum hasta olmamak için.*

Mülteci/sığınmacılar için, sosyoekonomik (maddi güvenceden yoksun olmak, düzenli gelir getiren bir işe sahip olmamak, sosyal destekten yoksunluk vb), kültürel (dil yetersizliği, hakların bilinmemesi vb) ve duygusal (korku, tedirginlik, güvensizlik vb) birçok kişisel engel söz konusudur. (D2) zaman zaman farklı sebeplerle farklı ülkelerde bulunmayı deneyimlemiş bir hekim olarak “Dua ediyorum hasta olmamak için” sözü ile gittiği ülkede konuşulan dile vakıf olmadığı için kaygılarını dile getirmektedir. İletişim her şeydir ve konuşarak sağlanabilir. Hangi konumda olursak olalım dil bilmek kişinin kendisini ifade etmesi için çok önemli bir araç olma durumundadır.

Örnek 29:

*(D2) Ee çünkü ee o ülkenin dilini yeterince bilmiyorum. Yabancı dilim çok yeterli değil ya da hastalığımı anlatacak kadar bilmediğimi düşünüyorum ee yabancı bir dili. Ee ama ne isterdim ee gittiğimde ee kendi dilimde birinin / biri ile muhatap olabileceğim ee bir tercümanın olduğu, derdimi anlatabileceğim ee bir yer olsun isterdim.*

Dil engelleri sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hizmet alıcıları arasındaki en büyük sorun olarak (D2) tarafından da dile getirilmiştir. Kuşkusuz bu durum uygun sağlık hizmetlerine erişebilme kaygısı ile de doğrudan bağlantılıdır.

Örnek 30:

*(D2) Bana kızılmasın isterdim. Ülkemdeki herhangi bir şeye kızgınlarsa bile bunun öcünü benden almasınlar isterdim. Çünkü Avrupa'da ee bazen bizim ülkeden gitmek de kızgınlık nedeni olabiliyor yerli halkta. O yüzden de gelen göçmen ve sığınmacılara ben kendime nasıl istiyorsam öyle davranmaya / davranmak istiyorum. Umarım başarıyorum diye düşünüyorum.*

Bazı kültürlerin diğerinden üstün olduğu fikri saf/bozulmamış bir kültürün karışmış/kültürleşmiş bir kültüre göre üstün olduğu fikri kabul edilemez. Ayrıca herhangi bir yaşam alanında kültürün/hayatın tecrit edilmesi ya da saflaştırılması da kabul edilemez. (D2) açıkça bu konuyu dile getirmekte, kimi yerler için bu durumun kişiler için bir korku unsuru olabileceğini de açıklamaktadır.

Örnek 31:

*(D9) Oranın normal vatandaşı gibi hizmet almak isterdim. Ayrımsız uu yani farklı bir muamele görmek istemezdim kabaca. İnsan olmak başka da bir sınırı yok yani.*

Kişi olmak noktasında hem bireysel hem de toplumsal değerler çok önemlidir. (D9) hekim olarak insanın değerini dile getirirken başka hayatlara duyulacak saygıyı da hatırlatmaktadır.

Örnek 32:

*(D9) Vatandaşlık şart değil. Yoo onu diyorum zaten baştan beri yani sonuçta şimdi bu yani biz vatandaş olmayan birine niye engel çıkaralım şimdi, bu adam kalp krizi geçiriyor olabilir. Sen bunun sağlık hizmetine erişmesini maddi veya manevi olarak zorlaştırırsan bu insan ölüür. Yani insan hayatından daha değerli bir şey var mı yani.*

(D9) hekim olarak, iyileştirici rolünü merkeze almış, kişisel değerlerinin hastanın talep ettiği sağlık bakımını etkilememesi gerektiğine işaret etmektedir.

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Tartışmanın Çerçevesi ve Sınırlılıkları

Bugüne kadar zenofobiyi nesnel olarak ölçebilmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiş (Symeonaki & Kazani, 2011; Van Der Veer, Yakushko, Ommundsen & Higler, 2011; Bozdağ & Kocatürk, 2017; Olonisakin & Adebayo, 2021), bu çalışmada kullanılan Van Der Veer, Yakushko, Ommundsen ve Higler tarafından geliştirilen Korku Temelli Zenofobi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması, 2018 yılında başka araştırmacılarca yapılarak 14 maddelik ölçek 11 maddeye düşürülmüş (Özmete, Yıldırım & Serdarhan, 2018) ve ölçek bu haliyle çeşitli araştırmalarda kullanılmıştır (Karataş & Güzel, 2020; Öztürk, 2020). Bazı çalışmalarda ise Bozdağ & Kocatürk (2017) tarafından geliştirilen 5li Likert tipi 18 maddelik Zenofobi Ölçeği kullanılmıştır (Aydın, 2019; Padır, 2019; Gündüz, 2019; Kahraman & Şahin, 2021).

Ancak Korku Temelli Zenofobi Ölçeği sağlık çalışanlarına uygulanmamış, ayrıca, sağlık çalışanlarına özgü bir zenofobi ölçeği tespit edilememiştir. Çalışmamızda, Korku Temelli Zenofobi Ölçeği'nin geçerlilik-güvenilirlik çalışması hekimler üzerinde yapılmış, 14 maddelik ölçeğin bir maddesi çıkarılarak 13 maddeye düşürülmüştür. Tarafımızdan hazırlanan konunun sağlık alanına yansımalarını ölçen sorularla (11 soru, bu sorularla ayrıca zenofobi ölçeğinin yapısal geçerliliği ölçülmüştür) birlikte demografik verileri belirleyen sorulara katılımcıların yanıtları alınmıştır. Anket ve ölçek yalnızca hekim grubuna uygulandığı ve bu grup arasında eğitim farkları (yalnızca pratisyen-uzman ayrımı ve sınıflama için uzmanlık dalları sorgulanmıştır) ve ciddi gelir farkları olmadığından bunlar demografik veriler toplanırken sorgulanmamıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçek daha önce sağlık profesyonellerine uygulanmadığı için, demografik veriler ve zenofobi ölçeğinin mukayesesi hekim grubu ile gerçekleştirilememiştir. Başka bir meslek grubu (yardımcı sağlık personelleri ile bile) veya toplumsal bir kesimle hekimlerin zenofobi ölçeğinden aldıkları puanların mukayesesi, tartışmanın bilimsel doğasına aykırı olarak düşünülmüştür.

Literatürde mağdur söylemleriyle ilgili yapılan çalışmalar çok olmasına karşın, hekimlerin görüşlerini doğrudan değerlendiren çalışmalar neredeyse yoktur. Sağlığın sosyal belirleyicileri ele alınırken merkezi kavramın ırk eşitliği olması gerektiği

açıktır, sağlık hizmetlerinin temel sağlayıcısı hekimlerin bu konudaki görüşlerini ortaya koymak için hekimler üzerinde bir araştırma yapılmıştır.

Tartışma, zenofobi ölçeğinin yanında, nitel araştırma bulgularımız, zenofobi ve ırk ayrımcılığına yönelik genel literatürle birlikte yürütülmüştür. Tıp eğitimi, hekimliğin teorik ve pratik olarak, iki temel üzerine inşa edilmesine dayanır: (1) hastalıkların nedenleri ve tedavilerini bilmek (2) tıbbi deontolojinin öğretilerek, mesleki pratiğin bu adap üzerine yürütülmesini tesis etmek.

Hastayı sosyal bir varlık olarak ihmal etmek, farklılığa açık olmamak ve gerekli bilgileri iletmemek, hastaların kendi durumlarının sorumluluğunu almalarını ziyadesiyle zorlaştırır. Hekimlerin iyi niyetine rağmen, sonuç, yabancılaşma, artan acı ve dolayısıyla potansiyel zarardır. Benzer eğilimler, tıbbi konsültasyonlarla ilgili son zamanlarda yapılan bir dizi çalışmada yansıtılmaktadır. Bu nedenle, ahlaki aldatma için tek bir hekimi suçlamak yerine, bu eğilimleri tıp mesleğini etkileyen bir 'tanıma/farketme ihmali/kayıtsızlığı-forgetfulness of recognition' olarak görmeliyiz (Aambø, 2020).

Hekimlerin riskli, zor ya da elverişsiz bulunduğu durumlarda dahi, hastalarına gerekli dikkat ve özeni göstermesi, gerekli tedaviyi uygulaması, hasta-hekim ilişkisinin asimetrisine, bu asimetriden doğabilecek her türden ayrımcılık ve eşitsizliğin hastanın yüksek çıkarı öncelenerek olabildiğince simetrik bir hale getirebilmek gerçeği üzerine kuruludur. TDN'nin 18 ve 19. Maddeleri ile TTB Meslek Etiği Kuralları'nın 25. Maddesi değerlendirildiğinde hekimin hizmetten çekilme hakkına başvurabilmesi için mesleki veya şahsi bir nedene sahip olması gerektiği, siyasi, dini, mezhepsel, etnik vb. sebeplere binaen hizmetten çekilmesinin mümkün olmadığı açıktır (Türe ve Türe, 2017).

Tartışma bütün hekimlerin kamu yararını gözetmesi, araştırma verilerinin ulusal ve uluslararası etik kodlara uygunluğunun değerlendirilmesi üzerine kurgulanmıştır.

## **5.2. Demografik Verilerin Tartışılması**

Araştırmamıza katılan hekimlerin demografik verilerinde: yaş dağılımı 38,069±10,337 olarak bulunmuştur. 224'ü erkek (%59,1)-155'i kadın (%40,9), 134'ü bekâr (%35,4)-245'i evli (%65,6), 203'ü çocuk sahibi (%53,6) olarak bulunmuştur.

Hekimlerin 351'i (%92,6) mültecilere hizmet vermekte, "Tercih hakkınız olsa mültecilere hizmet vermek/vermemek ister miydiniz?" sorusuna hekimlerden 249'u (%65,7) hizmet vermek "isterdim" 130'u (%34,3) ise hizmet vermek "istemezdim" yanıtını vermiştir.

Zenofobiyi ölçen çalışmaların çoğunda erkeklerin zenofobi ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar kadınlardan daha yüksek bulunmuş (Padır, 2019; Karataş & Güzel, 2020; Kahraman & Şahin, 2021), bazılarında ise cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı fark bulunmamış (Gündüz, 2019) bizim çalışmamızda ise tam tersi bir durum söz konusu olmuştur. Bu da bize hekimliğin cinsiyete bağlı veya bağımlı bir meslek olmadığını/cinsiyetin önemli bir değişken olmadığını, daha ziyâde bir kimlik olduğunu düşündürmektedir.

### ***5.2.1. Araştırmaya katılan hekimlerin 'göçmenlere hizmet vermek isteyip istememe' durumunun tartışılması***

Araştırmamıza katılan hekimlerin 351'i (%92,6) mültecilere hizmet vermekte iken, "Tercih hakkınız olsa mültecilere hizmet vermek/vermemek ister miydiniz?" sorusuna hekimlerden 249'u (%65,7) hizmet vermek "isterdim" 130'u (%34,3) ise hizmet vermek "istemezdim" yanıtını vermiştir.

İngiltere'de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada 1. basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarının (hekim ve diğer yardımcı sağlık personeli) bir kısmı, bazı göçmenlerin merkeze (ASM vb.) kayıtlarını, aile hekimlerinin göçmenleri takip edilmesi zor hastalar olarak görmeleri nedeniyle reddettikleri tespit edilmiştir (Hargreaves vd., 2008).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada hizmet talebinde bulunan göçmenlerin %25'inin sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire vd.) tarafından tedavilerinin reddedildiği ortaya konulmuştur (Dorn vd., 2011). Bu açıdan bakıldığında araştırmamıza katılan hekimlerin kendilerine bir tercih hakkı verilse mültecilere hizmet vermek istememe oranı Hollanda deneyiminden daha yüksek görünmektedir.

Karşıt bazı çalışmalar da bunu destekler niteliktedir. Örneğin Isparta'da mültecilerle (276 mülteci) yapılan bir araştırmada, mülteciler, hekimlerin olumsuz tutumlarından, hastaneye gittiklerinde hekimlerin kendilerine yeterli özen ve ihtimamı göstermediklerini belirtmişlerdir (Önal & Keklik, 2016). Sağlık profesyonelleri ve mültecilerle yaptığı nitel araştırmalarda Terzioğlu, mültecilerin

karşılaştığı ayrımcılık, dışlanma ve *istenmeme* durumunu kurbanı suçlama fenomeniyle ilişkilendirir, bu kavramlar (ayrımcılık, dışlama, nefret söylemi vs.) birbirlerinden ayrılrsa da pratikte görünmez çizgilerle ayrışır ve çoğu zaman içiçe geçer (Terzioğlu, 2015; Terzioğlu, 2019).

Amerika’da 83 asistan hekimle yapılan bir çalışmada; hekimler Göçmen ve mülteci sağlığı konusunda eğitimi olan ve olmayanlar olarak sınıflandırılmış (53’ü eğitilmiş, 30’u eğitimsiz), hekimlere ‘Göçmen ve mülteci hastalara bakmaktan keyif alıyorum’ ve ‘Daha çok göçmen ve mülteci hastaya bakmak isterim’ soruları yöneltilmiş buna göre ilk soruya eğitim alan hekimlerin %92,5’u genellikle-her zaman, %7,5’u bazen-asla, eğitim almayan hekimlerin %63,3’u genellikle-her zaman, %36,7’si bazen-asla, ikinci soruya ise eğitim alan hekimlerin %58,5’u katılıyorum, %41,5’u katılmıyorum veya fikrim yok, eğitim almayan hekimlerin %26,7’si katılıyorum, %73,3’ü katılmıyorum veya fikrim yok cevabını vermiştir (Alpern, Davey & Song, 2016).

Savulescu’ya göre eğer bir hekim kendi değerleriyle çeliştiği için yasal olarak izin verilen etkin ve faydalı bir sağlık bakımını vermeğe hazır değilse ‘böyle bir kişi hekim olmamalıdır’, hukuk, sınırlı kaynakların âdil dağıtımı ve hastanın bilgilendirildikten sonraki istekleri tıbbi bakımın belirleyicileridir ve hekimin değerleri tıbbi bakımın belirleyicisi olamaz. Hekimin vicdanının tıbbi bakıma dâhil edilmemesi, karıştırılmaması gerekir. Hastalarını vicdanen reddeden hekimler onların bu hizmeti alabileceklerinden emin olmalarını sağlamalı ve bu hizmeti verebilecek başka bir meslektaşına yönlendirmelidir. Vicdanen ret nedeniyle hastalarının bakımını riske atan hekimlerin ‘lisansları ellerinden alınmalı’ ya da onlar hakkında hukuki mekanizmalar işletilmelidir. Eğer vicdani ret hakkı hastalara sunulması gereken hizmetin kalitesine, etkinliğine ve eşit olarak sunulmasına gölge düşürüyorsa bu hak tanınmamalıdır (Savulescu, 2006). Vicdani ret tartışmaya açılacak bir konudur ancak bu hususta vicdani redde sebep olabilecek olan şeylerin kendisi tartışmaya açılmalıdır, kalite, etkinlik ve eşitlik tartışmaya açılacak bir konu değildir. Hekimlerin kişisel değerleri elbette ki onları iyi klinik uygulamalara yönlendirecek ve doğru karar almalarına imkân sağlayacak önemlidir. Ancak bu kişisel değerler, hasta başı klinik bakım vermeyi etkilememelidir. Hekimlerin hastaların hakkı olan tıbbi bakımı onlara vermeyi reddetmelerine/engellemelerine izin veren *özel bir ahlaki statüye* sahip olma hakları yoktur (Savulescu & Schuklenk, 2017).

Özel ideolojik inançlar kamu hizmeti yükümlülüklerinin yerine geçmemelidir (Schuklenk, 2015). Nitekim TDN (1960) Madde 18 – Tabip ve dış tabibi, acil yardım, *resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç* olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir (*Bkz.* Bölüm 2. 5.). TTB Meslek Etiği Kuralları *Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma* Madde 25-Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci bir hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür. Önyargı sadece bireylere değil, açık olmasa bile toplumlara ve tıp mesleğine de yerleşmiştir. Hekimler azınlıklara yönelik önyargılı davranışları desteklemeyi bırakmalıdır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ele alınırken merkezi kavram ırk eşitliği olmalıdır (Adja, Wu, Golinelli, Lenzi & Fantini, 2020). Hekimlerin mesleki ve şahsi sebeplere dayanarak hizmetten çekilmelerinin önündeki engel, insani vazifenin ifasıdır. Esasında meslek olarak hekimliğin acı çeken birine yardım etme yükümlülüğüne dayandığı dikkate alındığında, hekimliğin başlı başına *insani vazifenin ifası* olduğu öne sürülebilir (Türe & Türe, 2017).

Simmel Yunanlıların-barbarlarla ilişkisini örnekleyerek, insana özgü genel niteliklerin diğeri (yerli) için bir anlam ifade etmeyip, kabul edilemez olduğu tüm durumları hesaba katarak şu yorumda bulunur; ‘yabancıyla ilişki aslında bir *ilişkisizliktir*’. Yabancı ile ilişki aynı anda hem uzak hem de yakındır, ortaklığın sadece mutlak bir genellikte sınırlılığının bilinci, ortak olmayan herşeye özel vurguları *da* beraberinde (mülteci *de* insandır -de eki önemlidir-) getirir. Yabancı, diğer tüm yabancılarla beraber yabancılığın ortak niteliklerinin vurgulanmasıyla daha da yabancılaşır. Bu nedenle yabancı(lar) genelde birey olarak algılanamazlar, belirli bir tipte yabancı(lar) olarak algılanırlar (Ünsaldı, 2019, s. 32-33).

Mültecilere hizmet vermek istemeyen ve isteyen hekimlerin ele alınması önemli bir konudur. Hizmet vermek istemeyen tarafa, hekim geçişlerinde tıbbi etik ve deontoloji bir bariyer vazifesi görmelidir. Hekimlerin mültecileri hınç ve öfke nesnesi olarak kavraması (mültecilerin bu duyguları uyandırması) bu geçişleri



kolaylaştıracak ve hekimlerin bu hizmetten peyderpey çekilmesine neden olacak faktörlerin başında gelmektedir. Bauman, insani yardım konusundaki endişelere değinir, hayır kuruluşlarının farkında olmadan etnik temizliğe yardım ettikleri şüphelerini, çalışanların az masraflı dışlama ajanları, geri kalanların vicdan ve suçluluk duygularını azaltıp körelten ve temizleyen, korkuları azaltan aygıtlara dönüşüp dönüşmediklerini sorgular (Bauman, 2020, s. 87-88). Hekimler arasında bir blok oluşturmak, insani yardım meselesinde olduğu gibi, bir tarafın vicdanlarını rahatlatmasına, diğer tarafın ise dolaylı olarak temizlik ve dışlamaya katkı vermesiyle sonuçlanmasının yanısıra, etik ve deontolojinin vaz' ettiği ödevlerin yok sayılması ve uygulanamaz hale dönüşme sürecini hızlandırır.

Yapılan görüşmelerde hekimler 'tercih hakkınız olsa idi mülteci, sığınmacı hastalara poliklinik-servis-ameliyat gibi hizmetleri vermek/vermemek ister miydiniz?' sorusuna

D3: *Kesinlikle vermek isterim çünkü mültecilik insanların keyfi hareketi değil zorunlu hareketidir. Herkesin başına gelebilir dolayısıyla vermek isterim.*; D4: *Özel bir talebim olmazdı.*; D5: *Tercih hakkıma bırakılıyorsa vermek isterim.*; D8: *Şöyle kim yani tabii ki dil problemi olduğu için çok iyi anlayamıyoruz. Yani öyle bir hak tabii ki bizim eee doktor olduğumuzdan dolayı böyle bir Hipokrat yeminimiz olduğu için böyle bir durumu reddetme durumumuz kesinlikle yok. Ama yani hani öyle sonuçta bu hastalara bir şekilde bakılacağını bilsem, tercih olarak bana sunulsa yani çok da istemezdim yani.*; D9: *Yani şimdi şöyle güzel bir tercüman olduğu sürece, birbirimizi anladığımız sürece benim için bir fark yok.*

gibi yanıtlar vermiş. Bir kısmı hizmet vermek istediklerini bir kısmı ise -örtük de olsa- hizmet vermek istemedikleri, böyle bir tercihte bulunmayacaklarını belirtmiştir. Kendilerini mülteci olarak düşünmelerini istediğimiz 'Siz farklı bir ülkede bulunduğunuzda sağlık hizmetlerine erişim ve sonrasında nasıl bir hizmet almak isterdiniz?' sorusuna ise

D1: *Eee başka bir ülkede bulunduğumda yani bulunmak zorunda kalırsam mülteci olarak o ülkedeki halkın aldığı bütün sağlık hizmetlerini aynı şekilde ben de almak isterim. Eee hiçbir dışlanmaya maruz kalmadan. Çünkü bu bir ülkenin bir ırkın değil evrensel olarak sağlık hakkı her insanın hakkıdır.*; D2:

*Ee ama ne isterdim ee gittiğimde ee kendi dilimde birinin/ biri ile muhatap olabileceğim ee bir tercümanın olduğu, derdimi anlatabileceğim ee bir yer olsun isterdim. Eee mahremiyetime özen gösterilsin isterdim. Bana kızılmasını isterdim. Ülkemdeki herhangi bir şeye kızgınlarsa bile bunun öcünü benden almasınlar isterdim.; D3: Eee normal o ülkenin vatandaşları ile eşit şekilde hizmet almak isterim açıkçası. Bazı gittiğim ülke(ler) bizim kendi ülkemizden geri olabilir. Hani beklenti daha yüksek olabilir ama sonuçta o ülkenin imkânları neyse en azından ona eşit şartlarda ulaşmalıyım.; D4: Misafir olarak ee tabii ki o ülkenin koşulları neyse orada ne verilebiliyorsa o hizmeti bende almak isterim. Niye almayayım.; D5: Bende aynı beklediğim ve vermek istediğim gibi eşit bir şekilde hizmet almak isterim. Kendi vatandaşlarıyla gittiğim ülkedeki hastalara nasıl davranılıyorsa ben de aynı şekilde hizmet almak isterim.; D7: O sağlık sistemindeki ee normal vatandaşların ee bir sağlık probleminde karşılaştıklarında aldıkları hizmetleri bende almak isterdim; D8: Eee sağlık hakkı almak isterdim sonuna kadar da yararlanmak isterdim tüm imkânlardan.; D9: Oranın normal vatandaşı gibi hizmet almak isterdim. Ayrımsız.; D10: Hani nasıl olması şu var hani en baştan beri aynı şeyi söylüyorum temel sağlık hizmetlerinin ee hani bir mülteci olsun olmasın ya kim olursa olsun ülkeler tarafından sağlanması gerekli olduğunu. Aynı şeyi acil gibi bir takım durumlarda da benim de ulaşabilmemi ama onun ötesinde bir takım şeyleri de kişilerin kendi katılımıyla ee bu işin çözümlenmesi gerekli olduğunu düşünüyorum.*

yanıtlarını vererek, tüm hekimler, mülteci (veya misafir) olarak ikamet edecekleri bir ülkede, gittikleri ülke vatandaşlarının aldığı sağlık hizmetlerinin tümünden faydalanmak istediklerini belirtmişlerdir.

Gasset, insan yaşamını *kökten gerçeklik/kökten yalnızlık* olarak betimler. Ötekinin yaşamını, başkasının acısını bizim açımızdan *kökten bir gerçeklik* olmadığı için sorunlu bir gerçeklik olarak bulur, bunu gözün gördüğü ama benim yaşamadığım salt bir gösteri olarak yorumlar. Nihayetinde yaşam, herkesin kendi yaşamıdır. Ancak bu *kökten gerçeklik* olan yaşam(ım), ne tek gerçeklik ne de en yüce (en saygıdeğer) gerçekliktir, yalnızca bütün diğer gerçekliklerin köküdür. Bu *kökten gerçeklik* (benim yaşamım) *hodbincilik* ve *tekbencilik*'ten -hakikatte- öylesine uzaktır ki, özü gereği

diğer her gerçekliğin kendini ifade etmesi ve özneliğini sergileyebilmesine imkân veren bir alandır (Gasset, 2011, s. 52-53.).

Hekimlik bu kökten gerçekliğin yani yaşamın/kutsalın, kökten savunucusu, onun gönencini ve refahını dikkate alan, apolitik bir mekân ve karşılaşmada her türden tekbencilikten uzak durma imkânını elinde bulunduran yegâne meslek olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **5.3. Araştırmacı tarafından oluşturulan sağlık hizmetlerinde zenofobiyi ölçmek için hazırlanan 5’li likert tipi ölçekle toplanan verilerin tartişılması**

#### ***5.3.1. Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir.’ maddesinin tartişılması***

Araştırma kapsamında puan dağılımını  $3,43\pm 1,139$  olarak bulunmuştur. Nüfus yoğunluğu beraberinde sosyal hizmetlerde yığılma, hizmet alımında gecikme, altyapı sorunlarını vs. beraberinde getirmektedir (Gümüş, 2015; Aydoğan ve Metintaş, 2017). Ülkelerde mevcut yapısal engeller, mülteci/sığınmacıların sağlık haklarının maliyetler açısından değerlendirilme eğilimi, sağlanan sosyal hakların yeniden gözden geçirilmesi gereken bir ‘yük’ olarak görülmesi ve mültecilerin devletlerin sağladığı bu hakları kötüye kullandıklarına dâir olan inançlar yaygındır (Hiçdurmaz ve Yüksel, 2020).

Göç alan bölgelerde sağlık kurumlarının yetersizliği kimi insanların sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir. Böyle olmakla birlikte, hekimlerin hizmet verdikleri ülkenin kültürünü, insanını, topluluklar ve toplumunu göç etmiş popülasyondan daha üstün ve önemli görmesi ve bunun hekimlik pratiğine yansıtılması kabul edilemez. Mardin’in çalışmasında “Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %14,3’ü, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %29,4’ü katıldıklarını, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırır.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %53,3’ü, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %61,8’i katıldıklarını, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.” şeklindeki önermeye İstanbul’da

çalışan hekimlerin %52,4'ü Eskişehir'de çalışan hekimlerin %58,8'i katıldıklarını belirtmişlerdir (Mardin, 2019).

Mültecilere sağlık hizmeti verilmesinin maliyetleri artıracığı, vatandaşların aldıkları hizmeti olumsuz etkileyeceği korkusu yaygındır. Mültecilerin sağlık risklerini arttırdığı endişesi bu konu ile ilişkilendirilmiştir (enfektif hastalıkları arttırdıkları, refahı sömürdükleri vs.) (Klingler, Odukoya & Kuehlmeier, 2018), travma sonrası stres, enfektif hastalıklar, kronik hastalıkları olan mültecilerin devletlere külfetliliği, ek maliyetleri ve dolayısıyla buna yönelik yeni politikalar üretmenin gerekliliği iddia edilmiş veya tartışılmıştır (Shahvisi, 2019, Memişoğlu ve Yiğit, 2019), karşıt yazılarda ise kaynakların âdil tahsisi olarak ele alındığında, tıbbi kaynakların tahsisi konusunda anne ve yenidoğan ölümleri düşünüldüğünde hakkaniyet ve adalet perspektifinden tekrar düşünmek gerektiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Ray, 2021).

Hekimlere 'Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının aldıkları bakım, mülteci popülasyonu nedeniyle etkileniyor mu?' diye sorduğumuzda

D1: *Eee etkileniyor bu yük arttığı için. Bakılması gereken hasta sayısı, verilmesi gereken ilaç/ herkes etkileniyor. Bu ülkede yaşayan herkes mülteci olsun olmasın sayı arttıkça hizmeti bölüşecektir. Hızlı arttığı için, kontrollü artmadığı için, planlı olmadığı için bir yük oluyor evet. A: Tedaviler aksıyor mu mesela? D1: Tedaviler aksamıyor. Sadece eee hekimlerin ve sağlık çalışanlarının iş yükü artıyor. Bir şekilde tedaviler yapılıyor. Veya kontroller diyelim ona tedaviler değil de. Şu an için aksamıyor sadece sıkışıyor. Çünkü yeteri kadar hâlâ Türkiye gelen mültecilere hizmet verecek kadar bir kapasitesi var. Bu aşarsa aksayabilir tabii ki.; D2: Ee böyle bir şeyin mümkün olduğunu sanmıyorum. Çünkü ee ülkedeki Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının gidebileceği 1. basamak sağlık hizmeti var. Hani bunlar etkin kullanılıyor mu dersiniz uzun bir mevzu. Etkin kullanılmadığına inanıyorum ama ee sonuçta ee göçmenler olduğu için 1. basamak sağlık hizmeti alamayan bir Türk vatandaşı yok.; D3: Eee yine sayı fazla olduğu için etkileniyor. Çünkü hastaneye başvurular arasında eee belli bir oranda artış var dolayısıyla ee belki on ee ya bir saat bekleyecekse 1,5 saat beklemek gibi bir sorunla karşılaşabilir.; D4: Sonuçta ((gülüyor)) memleketin girdisi belli çıktısı belli bunu artı 5 milyon insan %5'ten fazla oranda bir insan girdi ve tedavi*

*maliyetlerini ben biliyorum işte bir buçuk senedir bir tane hasta ile uğraşıyorum ben.; D5: Etkilendiklerini düşünmüyorum ben. Çünkü sayıları azınlıkta kalmakta ve kimsenin hakkına da şey olmamakta eşit bir şekilde onlar da tedavi alma haklarına sahipler. Randevusu aksayan hasta (vatandaş) olmuyor.; D10: Ya bizde, bize gelenler çok fazla değil. Onun için açıkçası hani bizim ee ne diyeyim 100 hastamız varsa 99'u bizim kendi vatandaşlarımız. Onun için açıkçası çok sorun oluşturduğunu düşünmüyorum ben. Belki hani Türkiye'nin farklı yerlerinde özellikle Güneydoğu'da ee sınır bölgelerindeki bir Hatay'da (bu) illerde birtakım sıkıntılar yaşandığını duyuyorum ama hani biz burada açıkçası yaşamıyoruz.*

görüşlerini aldığımız hekimlerin tamamı, pratikte T.C. vatandaşlarının muayene ve tedavilerinin aksamadığını bildirmiştir. Hekimlere 'mülteci hastalara baktıkları için zaman ve para kaybı yaşıyor musunuz?' sorusunu yönelttiğimizde

*D1: Yaşamıyorum. Eee çünkü bizim sağlık sistemimizi bu ciddi derecede etkileyecek kadar artmadı sayıları zaten. Normal kendi programım dâhilinde randevulu hastalarım mülteci de olabiliyor ya da Türk vatandaşı da olabiliyor. Mesai saatim artmadı.; D9: Yoo neden yaşayayım ki. Yani sonuçta şöyle, poliklinikte düzen şöyle işliyor diyorsun ki bugün 80 tane hasta bakacağım bunun 80'i de mülteci olsa ne fark eder vatandaş olsa ne fark eder. Para kaybı, zaten biz devlet memuruyuz.; D10: Ya ben hastaları muayene ederken hiçbir şekilde ee hani zaman kaybı ve para kaybı olarak düşünmüyorum. O esnada neyin yapılması gerekiyorsa onu yapmaya gayret gösteriyorum.*

hekimlerin bir kısmı verdikleri bakımı zaman ve para kaybı olarak görmez ve betimlemezken, bir kısmı ise

*D3: Hayır para kaybı yaşanmıyor. Eee zaman zaman devletin ödeme yapmadığı durumlar olabiliyor hastaneye.; D4: Para kaybı yaşamıyorum ee ben işimi yapıyorum.; D7: Zaman kaybı, evet.; D8: Zaman, para kaybı yaşamıyoruz. Yani kendi adıma ama zaman kaybı bazen olabiliyor. Zaten mevcut eee hastalarımız var eeee genelde ekstra bakıyoruz. Biraz o yüzden zaman kaybı olabiliyor tabii ki. A: Yani mesai saatinin dışına taşıdığı oluyor mu? D8: Dışına, yani çok mülteçiden, mülteçiden kaynaklanan bir mesai saati dışına taşma olmuyor açıkçası.*

mesai saatlerinde bir artış olmamasına rağmen, mülteci bir hastaya harcadıkları mesaiyi zaman kaybı olarak tanımlamışlardır. Bu söylemin arkasında yine mültecilerin bir ‘yük’ olarak görülmesi ve devletin mültecilere sağladığı sağlık hakkını kötüye kullandıklarına dair olan yaygın inançlar yatmaktadır.

### ***5.3.2. “Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır” maddesinin tartışılması***

Veri analiz sonucu madde puan dağılımı  $3,66 \pm 1,102$  olarak bulunmuştur. Savaş durumu dahi olsa, ülkelere göçü etkileyen önemli faktörlerden birinin ‘doğumda beklenen yaşam süresi’ olduğu gösterilmiştir (Akıncı, 2021). Yeni bir hayata başlayacak olan mültecilerin, kendi çocukları ve gelecekleri için en iyisini seçmeye haklarının olduğu açıktır.

Lübnan'daki ergen Suriyeli mülteci kızların cinsel ve üreme sağlığına, sağlık hizmeti sağlayıcısı ve eğitimcilerinin bakış açılarını inceleyen bir çalışmada gebelik artışının temel nedenleri arasında tecavüz, erken yaşta evlilik (savaştaki kayıpların telâfi edilmesi), sınırlı bakım ve cinsel sağlık eğitimi ve eril tahakküm olduğu gösterilmiş, Suriyeli kadın mülteciler arasında doğum kontrol yöntemi kullanımının daha düşük olmasına, Lübnan'da doğum kontrol yöntemlerine erişimdeki maliyet, diğer engeller ve yerinden edilmeye ilgili doğurganlık niyetlerindeki değişiklikler gibi faktörlerin neden olduğu iddia edilmiştir (Fahme, Sieverding, & Abdulrahim, 2021).

Türkiye’de yapılan birçok klinik çalışmada -GSS olan- Suriyeli gebelerin antenatal takiplerinin Türk hastalara kıyasla oldukça düşük olduğu, perinatal sonuçlarının da kötü olduğu gösterilmiştir (Erenel vd., 2017; Şirin, Ersoy & Pala, 2019).

En temel insan haklarının (sağlık ve eğitim, barınma hakkı) karşılanıyor olması ile nüfus artışı ilişkilendirilmiştir. Bu düşüncenin arkasında göç etmiş grupların eğitimsizliği, görgüsüzlüğü, hoyratça çocuk yapabiliyor oluşu ve bunun üzerine sosyal hizmetlerin ücretsiz verilmesi ile nüfus patlaması yaşandığı muhakemesi yatmaktadır. Bu düşünce sağlık hizmeti alınan her ortamda hekimlerin hastalarına karşı kayıtsızlığı (Harding, Seal, Duncan & Gilmour, 2019) ile başlayan ayrımcılığı yeniden üretebilecek potansiyeller taşır. Hatta bir araştırmada yeni ülkeye göç eden mülteci kadınların gebelik, doğum ve lohusalık sürecinde bir sağlık profesyoneli

tercih etmek ya da güvenmek yerine oraya kendilerinden daha önce gelmiş kadın akraba veya arkadaşlarına sağlık durumlarını danıştıkları gözlemlenmiştir (Henry, Beruf & Fischer, 2020).

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği demek, aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu konunun farkında olmaları, farkında olmadıkları takdirde ayrımcılığı yeniden üretebileceklerinin de farkında olmaları demektir.

### **5.3.3. “Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır” ve “göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır” maddelerinin tartışılması**

Maddelerinin puan dağılımları sırasıyla  $3,27 \pm 1,087$  ve  $3,57 \pm 1,167$  olarak bulunmuştur.

Konya’da 1254 sağlık çalışanı ile (604’ü hekim %48,2’si, çalışmada hekimlerin yanıtları sağlık çalışanları içerisinde ayrıca gösterilmemiştir) yapılan bir araştırmada katılımcıların %58,6’sı mülteci ve sığınmacıların toplumun sağlığını, %71,6’sı sağlık hizmet politikasını olumsuz yönde etkilediğini, %69,2’si sağlık bakım gereksinimlerinin iş yükünü arttırdığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının %48,3’ü mülteci ve sığınmacıların kurumu gereksiz yere kullanmakta olduklarını, %54,6’sı çalışma ortamını olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir (Küçükendirci & Batı, 2020). Bir başka çalışmada mülteci/sığınmacıların sağlık ya da hastalık noktasında kendilerine gerekli özeni göstermedikleri, kurumları lüzumsuz yere kullandıkları, sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmemesi gerektiğine kanıt olarak gösterilmiştir (Peltokorpi, 2010).

Mardin’in çalışmasında “Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %13,3’ü, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %20,6’sı katıldıklarını, “Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %16,2’si, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %26,5’i katıldıklarını, “Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %5,7’si, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %2,9’u katılmadıklarını, “Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %18,1’i, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %11,8’i katılmadıklarını, “Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla

ücret ödemelidir.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %10,5’u, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %5.9’u katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada bir başka şaşırtıcı sonuç ise tıbbi tecridin ülke dışına taşabilecek boyuta varabilmesine kanıt oluşturmuştur; buna göre “Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.” şeklindeki önermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %6,7’si, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %17,6’sı katıldıklarını belirtmişlerdir (Mardin, 2019).

Bir uzman hekime göre: ülkeler mülteci/sığınmacılara yardım sürecinde kendi vatandaşlarını öncelemelidir, ülke vatandaşları ikinci planda kalmamalıdır. Buna göre çalışmada mülteci/sığınmacıların sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları ‘en önemli sorunlardan biri’ olarak listelenmektedir. Yazara göre mülteci/sığınmacıların, ekonomik kaygılar nedeniyle sağlık kuruluşundan hizmet alma, ilaçlara erişme ve sağlık kurumlarını yoğun bir şekilde meşgul etmeleri sağlık sektöründeki sorunların başında gelmelidir (Keleşmehmet, 2018).

Ankara’da çalışan aile hekimleri ile yapılan nitel bir araştırmada, hekimlerin bir kısmı mültecilere ‘güçlendirilmiş mülteci sağlığı merkezlerinde hizmet verilmesi gerektiğini, hatta bu merkezlerde Suriyeli hekimlerin çalışması gerektiğini, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan mültecilerin hastanelerde yoğunluk ve sorunlar yarattığı yönünde görüş bildirmişlerdir (Baser, Mihçı, Direk, & Cankurtaran, 2021).

Belgesiz göçmenlerden çocuk ve hamile kadınların sağlık hizmetlerine erişimi hakkında, insan hakları ve mesleki değerleri sınırlayan siyasi düzenlemeleri hesaba katmadan, sağlık çalışanlarının değer yargıları ve tutumları arasındaki paradoksu ortaya koyabilmek için Montreal’de 1048 sağlık çalışanı ile yapılan bir araştırmada, katılımcılara ‘göçmen hamile kadın ve çocukların sağlık hizmetlerine erişimi hususunda düşünceleri ve sağlık hizmetlerinin bu gruba ne kadar kapsamlı şekilde sunulması gerektiği’ sorulmuş, sağlık profesyonellerinin %61,1’i, sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının %42,1’i, yönetici konumundakilerin %53,5’i göçmenlerin tüm sağlık hizmetlerine erişim hakkını savunuyor olmalarına rağmen, aynı grubun üçte biri göçmen hamile kadınlara ve çocuklara kısıtlanmış bir sağlık hizmeti sunulmasını ya da hiç sunulmaması gerektiğini ifade etmiştir (Ruiz-Casares vd., 2013). Benzer bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının, güvencesiz göçmen statüsündeki çocuklara ve hamile kadınların sağlık bakımına erişimini ‘bir haktan



çok bir ayrıcalık olarak görme eğiliminde' oldukları, bu bağlamda, bazılarının sigortasız göçmenleri 'ücretsiz bakımı hak etmeyen olarak algıladıkları' ortaya konulmuştur (Vanthuyne, Meloni, Ruiz-Casares, Rousseau & Ricard-Guay, 2013).

Mülteci/göçmenlerin sağlık hizmetlerinden dışlanması birçok ülkede politik bir gerçektir. Zaman zaman bu ülkelerdeki hastalar akut hastalıklar ve belli bazı halk sağlığı hizmetlerinden faydalanabilmekle birlikte, özellikle belgesiz göçmenler için tedavi, acil bakım ile sınırlı tutulmaktadır (Klingler vd., 2018).

Bauman, mültecilere duyulan nefretin, gözden uzak tutma, sınır dışı ve tecrit etme gibi edimlerle tezahür ettiğinden söz eder (Bauman, 2020, s. 140-145). Mülteci hastaları, vatandaş hastaların tedavi gördüğü mekânlardan tecrit etmek, Bauman'ın deyişle aslında bir hayaleti kovalamaktır. Bunu günümüzün (akışkan modernliğin), ayrı tutma, zayıf halkayı koparma alışkanlıklarıyla açıklar. Çünkü akışkan modernlikte ortak bir kader hissine, dostluğa ve herhangi bir uzun vadeli düşünceye yer yoktur. Aslında konu tecritle de sınırlı değildir. Burada, tecrit mekânının niteliği üzerine de düşünceler oluşmuştur. Hekim veya vatandaş kendi hizmet aldığı sağlık tesisinden daha lüks veya konforlu, içerisinde modern tıbbi alet ve edevatı barındıran, ünlü ve hazık hekimlerin hizmet verdiği bir sağlık tesisinin *onlara* (çünkü mülteciler bizler değil onlardır) hizmet vermesini isterler mi? Elbette istemezler, çünkü ekonomik tecrit, tecrit olgusunun en büyük bileşenlerinden biridir. Böylece zihinlerde baştan prefabrik mekânlar ve onlara hizmet veren yardımsever hekimler bulunduktan sonra, daha ne olsun, onların hak ettikleri yeterli hizmet sunulmuş olur.

Hekimlerin kendi mesleki deneyimlerine dayanarak mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini bir yük olarak görmesi ve temel sağlık kurumlarının dışına itilmeleri gerektiğine yönelik düşünceleri, sağlık hizmetlerinde her türden ayrımcılığı yeniden üreten, incinebilir grupların yaşadıkları sorunların farkına varmayan/görmezden gelen, sağlık hakkını temel bir insan hakkı olarak zihinlerinde kodlamalarını engelleyen bir pratiğe dönüşmektedir.

Hekimlere yönelttiğimiz 'Peki, bu hastalar için ek ödeme -muayene ücreti, ameliyat ücreti gibi- sistemi getirilmesini ister miydiniz?' sorusuna hekimler

D6: *İsterdim ama devletimizin bunu yapabileceğini düşünmüyorum.;* D7: *Getirilsin. Getirilsin isterim. Çünkü yaptığımız işin bir karşılığını almış oluyorsunuz. Emеğimizin karşılığını almış oluyorsunuz, yaptığımız işin. Belki*

*böyle düşünülebilir.; D8: Yok istemem. Yok, hayır istemem. Zaten sonuçta kendi ülkelerinde değiller sığınmacı rolündeler o yüzden zaten böyle bir şey olsun istemem şahsen.; D10: Ya bu ülke politikası, ya sonuçta biz devlet kurumunda çalışıyoruz. Belki özel hastanede olmuş olsaydı hani ben hani bu şekil konuşmazdım. Ee özel hastanede sonuçta hani maaşınızı kazandığınız ölçülerde alıyorsunuz. Sonuçta bizim burada maaşımız veya atıyorum ek ödemelerimiz devlet tarafından karşılandığı için açıkçası böyle bir şeyi hiçbir zaman düşünmedim.*

cevaplarını vermişlerdir. Buna göre hekimlerin bir kısmı ek ücret talep etmezken bir kısmı ise ek ücretin getirilmesi gerektiği görüşündedir.

#### **5.3.4. Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır (R)’ maddesinin tartışılması**

Madde puan dağılımı  $2,27 \pm 1,058$  olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde göç edenlerin geldikleri toplum içinde kendilerine bir yer edinmek çabası ile doğum oranlarının -doğal olarak- arttığı öne sürülmektedir (Kumcağız’dan aktaran Aydoğan & Metintaş, 2017). Doğumların, mültecilerin ekonomik ve kültürel adaptasyonunu, varış ülkelerinde kalış süreleriyle aynı etkide kolaylaştırdığı bir çalışmada gösterilmiştir (Rumbaut & Weeks, 1986, s. 432). Hatta bazı mülteci söylemleri de bunu destekler niteliktedir (Mecking, 2017).

Sennett, Amerika’da Pullman Fabrikasında çalışan işçilerin bir bölgeye yerleştirildikten sonraki hayatlarını incelerken, işçilerin ve ailelerinin mülkiyet anlayışında var olan önemli bir fenomene işaret eder: “Bu işçiler mülk sahibi olmayı yalnızca maddi bir güvence olduğu için değil, aynı zamanda mülkiyet, yeni kültürle kaynaşmanın, geçmişten kopmanın bir imgesi olduğu için istiyorlardı.” değerlendirmesinde bulunur (Sennett, 2017, s. 81). Buna benzer bir şekilde, mülteci/sığınmacıların varış ülkelerinde çocuk sahibi olmaya çalışmaları bu mülkiyet anlayışı ve entegrasyonun bir parçası olarak değerlendirilebilir.

Varış ülkesinde resmi başvuruda bulunmak, vatandaş kimliği olmasa dahi bir kimlik edinmek, bunun akabinde doğum yapmak, mülteci/sığınmacıların kök salmasını ve entegrasyonunu kolaylaştıracak etmenlerin başında gelir. Hekimler arasında bu madde puan ortalamasının düşük bulunması, bir külfet olarak iş yüklerinin artacağına yönelik endişelere ve bir grubun sosyal entegrasyonunun

yadsındığını düşündürmektedir. Oysaki bu grupla vatandaşlar arasında doğrudan bir iletişim olmadığı gibi, bu kuşaktan sonraki kuşaklar veyahut Türkiye'ye çocuk olarak göç etmiş, bugün erişkin yaşlara ulaşmış, bir mekânda Türk vatandaşlarıyla iletişim içinde olmuş ve Türkçe konuşan mülteci/sığınmacılarla sosyal uyum ve entegrasyon sağlanabilir. Topluluklar kültürel zenginliklerini bu vesileyle paylaşabilir ve kültürel uyumu yakalayabilirler. Sosyal uyum ve entegrasyonun sağlanmasına katkı verebilecek en önemli meslek grupları arasında eğitimcilerden sonra sağlık çalışanları ve bilhassa hekimler bulunmaktadır.

### **5.3.5. 'Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır.' maddesinin tartışılması**

Madde puan dağılımı  $3,05 \pm 1,205$  olarak bulunmuştur.

Mültecilere hizmet veren sağlık çalışanlarının sorunlarını inceleyen bir araştırmada mülteci kaynaklı sağlıkta şiddet vakalarının yok denecek kadar az olduğu görülmüştür (Akkoc, Muhammed & Hasiripi, 2017). Zaten medyadaki nefret söylemi ve bu söylemin zenofobi ve önyargıları arttırdığına dâir birçok çalışma mevcuttur (Kolukırık, 2009; Doğanay ve Keneş, 2016; Taş ve Taş 2018; Özmete vd., 2018).

Önyargı ve ayrımcılık toplum üyelerinin toplum içindeki diğer gruplara ait fikirleri ile bağlantılıdır, bu fikirle bir bilgi ortaya konulsa bile kişiler genellikle dirençlidirler. Baskın grup kanaati insanların davranışlarına yansıyan veya yansımayan önyargılardan kaynaklanabilir. Sağlık, eğitim ve polis hizmetleri gibi hizmetlerin hepsi belirli grupları kayırırken diğerlerine ayrımcılık yapmakta ve ayrımcılığı yeniden üretmektedir (Toldson, 2020).

Daha çok toplumsal şiddet eylemleriyle gündeme gelen Türkiye'deki mülteci/sığınmacılar, her şeyden önce bir sosyal uyum sorunu olarak basında yer almaktadır. Mülteciler ile evsahibi ülke vatandaşları arasındaki farklı dil, kültür ve yaşam tarzından kaynaklanan sorunlar, evsahibi ülke vatandaşlarının tepkilerinin en önemli sebepleridir. Örneğin TBMM Göç ve Uyum Raporu'nda raporun yayımlandığı tarihe kadar basında mülteci şiddeti ile ilgili pek çok asılsız haberin yer aldığı belirtilmiştir (TBMM Göç ve Uyum Raporu, Mart 2018). Mültecilerin sağlıkta şiddeti arttırdığına dâir bir veri olmamasına rağmen, bu sonucun mültecilerin medya temsilleri ve hekimlerin kategorik algıları ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Bauman'a göre; Dünya eskiye oranla daha güvenli bir hâl almıyor, çoğumuz güvensiz bir alanda olduğumuz hissine kapılıyoruz ki iletişimden uzak kalmayı bu nedenle seçebiliyoruz. Devamında Bauman Canetti'den alıntı yapar 'İnsanı bilinmeyen dokunuşundan daha çok korkutan hiçbir şey yoktur. İnsanlar kendilerine neyin yaklaşmakta olduğunu bilmek ve onları sınıflamak arzusundadır. İnsan her zaman tuhaf bir şey [insan] gördüğünde fiziksel temastan kaçınma eğilimindedir'. Donskis, Milozs'dan alıntı yaparak zihinsel akrobasiler ve gayri ahlaki manevraların arkasındaki temel itici gücün kayıtsızlık korkusu olduğunu belirtir. Bazen nefret ve yıkıcı güçler onları (entelektüeller, ıstırap çeken ve köşeye sıkışmış diğer bireyleri) kayıtsızlıktan daha az korkutur. Buber'den alıntılar 'Dolaysızca nefret eden biri ilişkiye, sevgisiz ve nefretsiz kişilerden daha yakındır' (Bauman & Donskis, 2020, s. 147, 154-155).

Charnowski'ye göre tanımlanmış bir sosyal statüleri olmayan hem maddi hem de entelektüel üretim açısından ihtiyaç dışı kabul edilen kişilere, *değer kaybetmiş bireyler* adı verilir. Bu kişiler toplum sağlığı için dâima tehdit olarak görülmüştür (Bauman, 2020, s. 51).

Mardin'in çalışmasında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına, 'sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması' sorgulanmış, bu önermeye verilen yanıtlardan metropol (İstanbul) ve uydu şehir (Eskişehir) arasındaki farklılıklar ortaya konulmuştur. Buna göre; uydu şehirdeki hekimlerin %42,4'ü sağlık çalışanlarının sığınmacılara hiçbir zaman önyargılı davranmadığını belirtirken, metropoldeki hekimlerin %22,4'ü bu görüşü dile getirmiştir (Mardin, 2019). Buna göre sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü mültecilere önyargılı davrandıklarını itiraf etmiştir. Bununla birlikte değerlendirildiğinde çalışmamızdan elde ettiğimiz sonucun var olan bir şiddetin dile getirilmesinden ziyade potansiyel şiddet algısının dışavurumu olduğu sonucuna varılabilir.

### ***5.3.6. 'Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır' maddesinin tartışılması***

Madde puan dağılımı 1,63±,955 olarak bulunmuştur. 1,63±,955 ortalama puan dağılımıyla hekimler kurumlarda tercüman bulunması gerektiği hususunda hemfikir görünmektedir.

Dil engeli, zaten sağlık hizmetlerine erişimi ve hakkaniyeti olumsuz etkileyen sorunların başında gelmektedir. Türkiye’de Arapça konuşan sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine dâhil edilmesine yönelik çabalara rağmen, dilin, sağlık hizmetlerinin önündeki en büyük engeli oluşturduğu çeşitli klinik çalışmalarla gösterilmiştir (Zhang & Worthington, 2021; Toker & Aktaş, 2021; Abohalaka, & Tekeli Yeşil, 2021). Yapılan bir metaanalizde de mülteci/sığınmacılara sağlık hizmeti sunumundaki üç ana zorluğun: ‘iletişim, bakımın sürekliliği ve güven’ olduğu belirtilmiştir (Brandenberger, Tylleskr, Sontag, Peterhans, & Ritz, 2019).

Örneğin Almanya’da, bilinen enformel engelleri azaltmak için ulusal düzeyde çok az Şey yapılmıştır. Alman sağlık sistemi içinde, sınırlı dil becerilerine sahip olanları desteklemek için çeviriyi finanse etme ve/veya organize etme sorumluluğu genellikle (genellikle göçmen/mülteci) hastaya aittir. Sonuç olarak, çeviriyi az ya da çok uygun Şekilde yapanlar çoğunlukla sıradan kişilerdir ve bu durum aslında tüm hastalar için olumsuz sağlık etkileri riski taşır. Hekim açısından bakıldığında, bu gibi durumlarda aydınlatılmış onam alınması neredeyse imkânsızdır (Klingler vd., 2018).

Mardin’in çalışmasında ‘‘Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitimli tercümanlar sağlanmalıdır’’ Şeklindeki nermeye İstanbul’da çalışan hekimlerin %3,8’i, Eskişehir’de çalışan hekimlerin %5,9’u katılmadıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunlar ile ilgili çeşitli önermelere yanıt vermeleri istenmiş, sağlık çalışanlarının %79,5’u ‘sığınmacıların Türkçe bilmemesinin’, %66,2’si ‘hastanelerde tercüman olmamasının’ erişim ve iletişime engel teşkil eden sorunların başında olduğunu ifade etmişlerdir (Mardin, 2019).

Mültecilerin hastaneye başvuru, muayene, tedavi ve izlem süreçlerinde kısaca sağlık hizmetine gereksinimleri olduğu andan itibaren doğal olarak, sağlık personelleri ile iletişim halinde olmaları gerekir (Dubus, 2016). UNHCR’e göre, sığınmacıların sağlığı üzerinde birçok faktörün büyük etkisi olmakla birlikte, sağlık profilleri vatandaşlardan önemli ölçüde farklıdır. Avrupa sığınma merkezlerinde mültecilerin sağlığı da psikolojik sorunlardan ve bulaşıcı hastalıklardan etkilenmektedir. Bunlara ek olarak, polimorbidite, kanser ve nörolojik hastalıklarla sonuçlanan kronik hastalıkların gözden kaçırılması kolaydır ve özel dikkat gerektirir (Müller, Khamis, Srivastava, Exadaktylos & Pfortmueller, 2018). Dil ve kültürel engellerin hastaların bakımını olumsuz etkilediği hususu açıktır (Clarke, Jaffe, &

Mutch, 2019). İletişimin kurulamaması ile hastalıkların atlanması, kronik boyutlara taşınması vb. öngörülemeyen birçok çıktı ile karşı karşıya kalınmakla birlikte *bir insan hayatı* tehlikeye düşecektir. Bu nedenle de çeşitli çeviri hizmetleri olmalı ve hastanelerde (en azından 3. Basamak sağlık kurumlarında) tercümanlar istihdam edilmelidir. Bu konuda literatürde bir ihtilaf bulunmamaktadır, çalışmamıza katılan hekimler de çoğunlukla aynı görüştedir.

### ***5.3.7. 'Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler' maddesinin tartışılması***

Madde puan dağılımı 3,30±,978 olarak bulunmuştur.

Dijk göçmenlerle ilgili söylemin kişilerce büyük oranda kitle iletişim araçlarından ödünç alındığını iddia eder, çünkü çoğunlukla yerliler göçmenlerle gerçek bir iletişim geliştirmek istemezler. Durum böyle olunca, kitle iletişim araçları *kanıtsallık* (söylemi gerekçelendirme) stratejisinin en önemli bölümü haline gelir. Ancak bu türden bir kanıt, önyargılı olmasının dışında ideolojiktir de (van Dijk, 2020, s. 61), iletişim içermediği gibi ideolojik süzgeçten geçerek, topluluklar için yeterli kanıtı oluşturur. Göçmenlerin medya temsilleri zaten kötüdür.

Kamuoyunda sadece mültecileri (kurbanları) suçlamaktansa onların ülkelerinden niçin ayrıldıkları ve varış ülkelerinde var olma çabalarını içeren temaların gündemde tutulması insancıl bir politika olarak dikkate alınmalıdır. Türkiye'ye ulaşan mültecilerin medyada yer alış biçimleri ölüm-kalım mücadelesi içinde hayata tutunabilme süreçlerinde karşılaştıkları sorunların anlatımı üzerine kuruludur. Bu gerçeği yansıtmayan haber içerikleri bir kurgu ve sıradanlaştırılmış haber metninden fazlası değildir (Kolukırcık, 2009). Bu söylem, zaman geçtikçe yön değiştirecektir ve mülteciler farik ve mümeyyiz olmamakla suçlanarak ev sahibi ülkelerde oluşturdukları yükler ve dâhil oldukları şiddet olayları basında geniş yer tutmaya başlayacaktır.

Medya veya diğer faktörler mesela bir hekim arkadaşınızın tecrübesi veya şahit olduğunuz bir olay mülteci, sığınmacı hastalara yaklaşımınızı etkiliyor mu? diye sorguladığımızda

D1: *Eee medya etkiliyor tabii ki. Yani beni etkilemese de eee arkadaşlarımı etkilediğini görüyorum. Yük olarak görebiliyorlar medya yüzünden ya da olumlu bir haber ee iyi bir haber onları olumlu yönde düzeltebiliyor. Medya*

*büyük bir faktör.; D2: Etkilemiyor. Çünkü şöyle ee yani ben medyada çok yanlı ve yanlış bilginin dolaştığının farkındayım. Ee göçmenlerle ilgili çalıştığım için kurumumda ee aslında o söylenen işte kira yardımı alıyorlar, aileye para yardımı alıyorlar gibi.; D3: Eee açıkçası benim kendi ee olumsuz bir örneğim olmadığı için çok etkilemiyor. Aslında baktığımız zaman eee gerçekten yardıma muhtaç olduklarını gördüğüm için eee oradaki haberler beni açıkçası etkilemiyor.; D4: Şimdi illa mülteçiden iyi ya da kötü yönde geri bildirim almıyorsunuz. T.C vatandaşı da yapıyor aynı şeyi. Eee bu ama benim mesleğime bakış açımı değiştirmiyor. Bu işlerin biraz bireysel olduğunu biraz hasta-hekim ilişkisi ile ilgili olduğunu düşünüyorum. Umarım da eee ben bu tür ((gülüyor)) kötü en azından deneyim yaşamam.; D5: Açıkçası direkt böyle bir olaya şahit olmadım. Fakat onların hani bu tip sağlık haklarına ulaşamamaları beni onlara daha da faydalı, yardımcı olma konusunda teşvik etmektedir.; D6: Mülteci hastalara etkilemiyor sadece mülteçilere bakış açımızı değiştiriyor. Mesela bayramlarda memleketlerine dönüp geri gelmeleri muhtelif şehirlerde taciz olaylarına karışmaları veya toplu kavgalara girişmelerine şahit olduğumuz için mesela kendi adıma örnek vereyim...; D7: Ya hekim olarak benim yaklaşımımı etkilemez ama hekimlikten çıkıp bir vatandaş olarak konuya baktığımda belki de yaklaşımlarımı etkileyebilir veya düşüncelerimi etkileyebilir.; D8: Muhakkak etkiler. Gerçi öyle bir şeyle karşılaşmadım ama sonuçta eee diğer bir meslektaşımın bu ee problem yaşadığı olay bizim başımıza da gelebilir, etkiler.; D9: Yok hayır.; D10: Hastaya yaklaşım açısından bir sıkıntı yok yani şey var mülteci mi değil mi Türk veya işte vatandaşımız mı ben(de) açıkçası hastaya yaklaşım anlamında bir şeyim oluşmuyor. Her ne olursa olsun ee ne gerekiyorsa onu yapıyoruz.*

Yukarıda alıntılanan farklı yanıtlardan görülebileceği üzere medyanın hekimlerin mülteci hastalarına yaklaşımlarını etkileyebilecek denli önemli olduğu farkedilebilir. Araştırmamızın nitel ve nicel sonuçları incelendiğinde hekimlerin medyadan etkilendikleri görülmüştür. Bu etkinin hekimlerin verdikleri bakıma yansiyabileceği de görülebilmektedir. Medyatik söylemin bir hekimin hastalarına yaklaşımını kategorik olarak etkileyebiliyor oluşu da kabul edilebilecek bir şey değildir.

### 5.3.8. 'Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir' maddesinin tartışılması

Madde puan dağılımı  $3,34 \pm 1,288$  olarak bulunmuştur.

Bauman bir eserinde *miksofobi* kavramını ortaya atar; buna göre miksofobi başedilmez ölçüde bilinmez, ehlileştirilemez, itici, denetlenemez şeylerden duyulan korkuyu ifade eder (Bauman, 2019, s. 15). Evsahibi ülke sakinlerinin temel endişelerinden biri *onların* aşırı çoğalmasdır. Ev sahibi ülkede yaşayanlar için doğum oranlarının düşmesi bu durumun yaratacağı sorunlar ve nüfusun yaşlanması kaygısıyla ilişkilendirilir. Mülteci/sığınmacıların nüfusunun azaltılması dünya ölçeğinde nüfus fazlası sorununun çözüme kavuşturulması için hayati öneme sahip olduğu açıklanmaktadır (Bauman, 2020, s. 55).

Bauman, Pierre-Andre Taguieff'in heterofobi ile ırkçılığı eşanlamlı kullandığı teorisini eleştirirken, ırkçılığın kaçınılmaz olarak *yabancılaştırma* stratejisiyle ayrıştırılmaz olduğunu belirtir. İrkçi, kaçınılmaz bir şekilde rahatsız edici olan kategorinin ülkesinden çıkarılmasını, koşullar buna elvermezse de bu kategorinin fiziksel olarak *yok edilmesini* ister. *Kovma* ve *yok etme* yabancılaştırmanın birbirine dönüş(ebil)en iki yöntemidir (Bauman, 2016, s. 109). Gasset yaşamın dört sıfatı olduğunu varsayar; kişiseldir, ortamsaldır (mekânsal), aktarılamaz ve sorumludur, sorumluluk kişiyi eylemlerinde (eylem tefekkür süreciyle ortaya çıkandır) anlamlı ve sağduyulu olmaya zorlar (Gasset, 2011, s. 66-67).

Ankara'da çalışan aile hekimleri ile yapılan nitel bir araştırmada hekimlerin bir kısmı mültecilerin kontrolsüz üremeleri nedeniyle aile planlaması ihtiyaçlarının yüksek olduğunu vurgulamış, bazı mültecilerin önerilen aile planlaması yöntemlerini reddetmelerinin de düşündürücü olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre hekimlerin bir kısmı: "[...] Suriyeli mültecilerin sağlık ihtiyaçlarının Türklerden çok farklı olduğunu düşünmüyorum ancak; Aile planlaması hizmetinin verilmesinin öncelikli olması gerektiğini ve kontrolsüz nüfus artışının önüne geçilmesi gerektiğini düşünüyorum." "[...] Bana göre en çok ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti aile planlamasıdır, durmadan doğum yapıyorlar [...]"; "[...] Kontrolsüz bir şekilde üriyorlar tabii, tabii hekim olarak [bana göre] en çok aile planlaması hizmetlerine ihtiyaçları var." söylemleriyle görüşlerini dile getirmişlerdir (Baser vd., 2021).



Bu düşünce eğer mülteci nüfusundaki ergen evliliklerinin önüne geçilmesi, yoksulluğun önlenmesi/refahın artması, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması, daha az popülasyona daha kaliteli bir sağlık hizmeti planlanması ve verilmesi arka planında dile getiriliyorsa kabul edilebilir. Ancak bir hekimin bunlar ve bu türden sebepler olmaksızın bir kişinin *üreme sağlığı hakkı* konusuna sınırlar getirilmesine yönelik yaklaşımı kabul edilebilir olarak değerlendirilemez.

### **5.3.9. Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.' maddesinin tartışılması**

Madde puan dağılımı  $3,56 \pm 1,114$  olarak bulunmuştur.

Dil ve kültürel engeller sağlık hizmetlerine erişimde başlıca sorunlar arasında yer aldıkları için hekimlerin bu maddeye olumlu yaklaşmış olmaları önemli bir sonuçtur. Savaş ve benzeri zorunluluklarla göç etmiş kişilerin varış ülkelerinde -ne kadar zaman ikamet edecekleri net olmasa dahi- insan onur ve haysiyetine yaraşır bir yaşam sürdürmelerinin esas alınması, *sosyal entegrasyon ve toplumsal bütünleşme* süreçlerinin desteklenmesi önemlidir.

Almanya ve Birleşik Krallık'taki mülteciler ve sığınmacılar için mevcut politikalar ve sağlık hizmeti sunumunu inceleyen bir çalışmada; bu grubun normal sağlık hizmetlerine erişiminin yasal statü, çeşitli prosedürler, dilsel ve kültürel engellerden etkilendiği ortaya konulmuştur. Mülteci ve sığınmacı nüfusun genel sağlık koşullarının kötü, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşük olduğu ve sivil toplum kuruluşlarına kayda değer ölçüde bağımlı oldukları bildirilmiştir (El-Gamal & Hanefeld, 2020).

Sağlık çalışanlarının, mültecilerin alışmadıkları çevre ve kültüre yerleşmeleri ile oluşan kötü sağlık durumlarını değil bu durumun kişileri nasıl sonuçlara götürebileceğini de düşünmeleri gerekir (Aultman, 2019). Esasen hasta ve hekim arasındaki tek gerçeğin hastalık oluşu, kültürel farklılık ve davranış paternlerinin hekimi hizmeti verirken etkilememesi gerektiği açıktır. Dil adaptasyonu dışında herhangi bir kültürel adaptasyon sağlık hizmetleri sunumunun gerekliliklerinden biri olarak kabul edilemez. Ankara'da çalışan aile hekimleri ile yapılan nitel bir araştırmada neredeyse tüm hekimler Türk vatandaşlarının yaklaşımı ile mülteci hastaların yaklaşım ve tutumları arasında fark olduğunu belirtmiş, bu farkların hasta

takibini (özellikle aşı, yenidoğan tarama programı ve hamile takiplerini) zorlaştırdığını dile getirmiştir (Baser vd., 2021). Konya’da 1254 sağlık çalışanı ile (604’ü hekim %48,2’si, çalışmada hekimlerin yanıtları sağlık çalışanları içerisinde ayrıca gösterilmemiştir) yapılan bir araştırmada katılımcıların %55’i sığınmacı ve mültecilerin toplumun kültürel yaşamında hoşgörü ve saygı çerçevesinde toplumla iç içe yaşamadıklarını, %23,5’i bu konuda kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %34,2’si sığınmacı ve mültecilerin sağlık ile ilgili gereksinimleri olduğunda nereye başvuracaklarını bilmediklerini, %40,7’si sevk zincirinde aksaklıklar olduğunu ifade etmiştir (Küçükkendirci & Batı, 2020).

*D1: Sosyal problemler ve sağlık problemlerinin artmaması için gelen mültecileri artık devletin bir an önce topluma adapte etmesi lâzım gibi söylemlerle de çalışmamıza katılan hekimlerin tamamı mültecilerin topluma entegrasyonlarının sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkileyeceğine dâir inançlarını ifade etmişlerdir.*

Literatürde mültecilerin sosyal entegrasyonunun evsahibi toplumlar ve devletlerce ne kadar önemli bir konu olduğuna dâir bir uzlaşmazlık görülmektedir. Toplumsal ya da sosyal entegrasyonu arttıracak çalışmaların yapılması sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesinde en önemli faktörlerden birisidir ve bunun sağlanması için çeşitli yasal düzenlemeler önerilmektedir (Marks-Sultan, Kurt, Leyvraz, & Sprumont, 2016; Giacco, Laxhman, & Priebe, 2018; Aslan, 2019).

#### **5.4. Zenofobi Ölçeği’nin tartışılması**

Geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılan ve 13 maddeye indirgenen (13-78 puan arasında değişen) Zenofobi Ölçeği’nden alınan ortalama puan dağılımı  $56,20 \pm 11,54$  olarak bulunmuştur. Zenofobi ölçeğinde en yüksek puan dağılımı  $5,01 \pm 1,12$  ile “Bu ülkede göç kontrolden çıktı.” maddesi, bunu takiben  $4,84 \pm 1,118$  puan dağılımı ile ‘Göçmenlerin kriz zamanlarında ülkeme destek vereceğine güveniyorum (R)’,  $4,77 \pm 1,154$  puan dağılımı ile ‘Göçmenlerin bu ülkenin çıkarlarına öncelik vereceğinden şüpheliyim.’ maddeleri, en düşük puan dağılımı ise  $2,88 \pm 1,429$  ile “Göçmenlerle etkileşim kurmak beni huzursuz ediyor.” maddesindedir.

#### **5.4.1. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'bu ülkede göç kontrolden çıktı.' maddesinin tartışılması**

Madde puan dağılımı  $5,01 \pm 1,126$  olarak bulunmuştur.

Akçapar'a göre (2016) göçün düzensizleşmesi ve denetim problemleri nedeniyle göç bir sorun hatta bir tehdit olarak algılanmaktadır. Esasen algılanan bu tehdit, refahın baltalanacağı, kültürel yozlaşmanın artacağı, ülke içindeki suçların artacağı inançlarıyla doğru orantılıdır. Kent görünümünün bozulması, dilenciliğin artması, kimsesiz çocukların çoğalması, evlilik birliğinin bozulması, gelenlerin enfektif hastalıklar taşıdıklarına dair inançlar, kişilerin kendi çocuklarıyla mülteci çocukların aynı ortamda olmalarını istememeleri, kentlerde oluşacak gettolaşma vb. tüm algılar bu kaygıyı arttırmış ve daha da arttıracaktır. Kentlere göç ve güvenlik meselesi tartışılmış, kentlilerin mülteci algısı, mültecilerin kentlere alınmaması gerekliliği, kentlilerin güvenliklerinin sağlanması ile bir tutulmuş ve mülteci nüfusun artışının kentlilerin kentin onlara sağladığı her türlü sosyal hizmete erişimi baltalayacağı varsayılmıştır (Küçük, 2020).

Bu sürecin böyle algılanması ve gerçekte de böyle olması, güvenlik tehdidinin kurgulanması ve normal siyasi sürecin dışına çıkılarak, alınan istisnai tedbirleri desteklemek için kullanılan söylemsel ve siyasi bir güvenikleştirme sürecine hizmet edecektir (Gök, 2016). 1994 tarihli BM Kalkınma Programı tarafından hazırlanan İnsani Gelişme Raporu ilk kez insan güvenliği kavramına atıf yapmıştır. Bu raporda insan güvenliğinin kapsamı: iktisadi, gıda, sağlık, çevre, birey, toplum ve siyasi güvenlik olmak üzere 7 başlık altında sınıflandırılmıştır. BM düzleminde insan güvenliği bireylerin yoksulluktan, açlıktan, salgın hastalıklardan, zorla yerinden edilmeden, toplum olarak kendi kültürlerinin korunmasına ve her tür siyasi baskıdan uzak olmalarına kadar geniş bir açıdan tanımlamıştır (BM Kalkınma Programı, 1994, s. 32).

Madde puanından anlaşıldığı üzere göçün kontrolden çıkması, kontrolden çıkıyor olması veya olarak algılanması, yabancı düşmanlığını arttıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### 5.4.2. *Zenofobi Ölçeği'ndeki 'göçmenlerin bu ülkeye girmesini önlemek için sınırlar daha güvenli hale getirilmelidir.'* maddesinin tartışılması

Madde puan dağılımı  $4,65 \pm 1,282$  olarak bulunmuştur.

Bu madde puan ortalamasının yüksek bulunmasının başlıca iki sebebi, vatandaşların ekonomik ve ulusal güvenlik kaygılarıdır. Sağlık esasen bu kaygıların ardındaki kaygılardan birisidir çünkü ekonomik ve ulusal güvenliği yüksek düzeyde olan ülkeler ardışık kaygıları kolayca bertaraf edebilir. Mültecilerin refahı baltalayacağı, insanların işlerini ellerinden alacağı ve evsahibi ülkenin kültürel yozlaşmasına neden olacağı inançlarının/korkularının yanında enfektif hastalıkları ülkeye taşıyacağı, sağlık sisteminin çöküşünü hızlandıracağı korkuları (Taştan, İrdem, & Özkaya, 2018) da bu madde puan dağılımının yüksek bulunmasına neden olmuş gibi görünmektedir.

Olası halk sağlığı tehditleri (enfekte kişilerin girişini engelleme) ve yüksek maliyetli kronik hastalıklara sahip kişilerin ülkelerine girmelerini engellemek için hükümetler sınırda birtakım güvenlik önlemlerini almaktadırlar (Klein, 2001). Kişilerde mültecilerin hastalık vektörü olduklarına dâir inançlar zaten yaygındır ve bu türden inançlar hekimlerde bile bu ortalamanın çok yüksek bulunmasına sebep olmuştur.

Hekimlere 'Göçü bir halk sağlığı sorunu olarak görüyor musunuz?' sorusunu sordüğümüzda

D1: *Çünkü ee bazı bulaşıcı hastalıkları özellikle çocukluk yaşı hastalıklarını biz eradike etmiştik. Şimdi yeniden o hastalıklar hortladı mesela gelen insanların geldiği ülkelerde bu aşılama yeteri kadar yapılmadığı için. Bu bir halk sağlığı sorunu.* D4: *Yani biraz evvel de söyledim en azından çocukluk aşılamalarının bir kaydı yok. Bu hastalığı taşıyan çocukların benim çocuğumla aynı yerde olması da yine benim çocuğum açısından aşılı olduğu için bir risk.* D6: *Kesinlikle başlangıçta koruyucu hekimlik açısından bulaşıcı hastalıkların sayısını aşılammamış çocuklar sebebiyle ülkemiz için risk olduğunu biliyoruz ve muhtelif vakaları duyuyoruz.* D7: *Çok çeşitli nedenlerle, yeni hastalıkların gelmesi veyahut toplum içerisinde en basitinden biz bu kişilerin özellikle çocukların mesela aşılama durumunu bilmiyoruz. Kronik hastalıklardan ziyade farklı bulaşıcı hastalıklar ee bizim aşı*

*takvimimizde olmayan veya bizim aşı takvimimiz dışında gelişebilecek çocuklarımızı özellikle etkileyebilecek hastalıklar olabilir.*

hekimlerin tamamı bu konudaki endişelerini dile getirmiş, burada D4'ün çocuk ayrımcı söyleminden de her çocuğun ne olursa olsun öncelikle korunup gözetilmesi gerekliliği, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlanmasında hekimlerin rolünün değeri göze çarpmaktadır

Ülkeye giren göçmenlerin oluşturduğu sağlık tehditleri ile ilgili olarak kimi ülkeler örneğin Fransa ve Almanya sınırında tüberküloz taraması yapmaktadırlar. HIV ve tüberküloz Avrupa'da endişe verici olarak değerlendirildiğinden etnik ve ırksal azınlıklar arasında yüksek oranda tespit edildiğinden, enfekte kişilerle teması engellemek için, ulusal ve uluslararası sağlık düzenlemelerine böylesi sağlık tehditlerini kontrol altına alma çabaları dâhil edilmiş, bu hastalıklara sahip kişilerin ülke sınırlarından içeri girmelerine izin verilmemektedir (Taylor, 2013). Kaldı ki WHO'nun kötü yaşam koşulları, ekonomik yetersizlikler, salgın hastalıklar (HIV, sıtma vb.) nedeniyle göçmen/mültecilerin evsahibi ülkelerde bir sağlık tehditi oluşturduklarına dâir raporu ve bazı çalışmalar dikkat çekicidir (World Health Organization, 2016; Nacar & Özer, 2017).

Mardin'in çalışmasında sağlık çalışanlarının %43,1'i 'sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesinin daha fazla sığınmacının gelmesine yol açacağını' (hekimlerin ortalama %33'ü) ve %38'i ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sadece sağlıklı olanların ülkeye kabul edilmesinin gerektiğini ifade etmişlerdir (Mardin, 2019). Ancak bu yerinden edilmiş kişilerin ülkelere girişlerini engellemeye yönelik bir düşünceyi yansıttığından, hekimlerin bu türden düşünceleri Türkiye'ye ulaşmış, ikamet etmeye başlamış ve bir şekilde sağlık hizmetine erişmiş kişilere karşı olan tutumlarını da etkileyebileceği açıktır.

Güvenikleştirme ve güvenlik duygusunun aşırılığı, ahlaki tesis edemeyeceği gibi, yerli ve yabancı arasındaki parçalanmayı ve bu parçalar arasındaki mesafeyi arttırıcı etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

### 5.4.3. *Zenofobi Ölçeği'ndeki 'göçmenler suçlarda artışa neden olurlar.'* maddesinin tartışılması

Madde puan dağılımı  $4,47 \pm 1,239$  olarak bulunmuştur.

TBMM raporunda Türkiye'deki bu algının gerçeği yansıtmadığı rakamlarla gösterilmiştir (TBMM, Göç ve Uyum Raporu, Mart 2018). Göçün toplumda yarattığı endişe, göçün neden olduğu zorunlu değişim, göçmenleri tanımamazlıktan kaynaklanan güvensizlik hissi ve geleceğe ilişkin belirsizlikler gerek bireyler gerekse yerli halk üzerinde göçmenlere yönelik suç korkusunu beslemektedir (Karasu, 2018).

Mariani suç oranlarının göçmenler/mülteciler arasında yerlilerden daha yüksek olmadığını, daha kısıtlayıcı bir göç politikasının hedef ülkede göçmen suçlarında artışa yol açabileceği koşulları ortaya koymuştur (Mariani, 2010). Literatürde tasvir edilen tablo, belirli etnik grupların suça diğerlerine göre daha meyilli olduğudur. Bununla birlikte, bu katkılar çoğu zaman göç sorununu, oldukça sorunlu olan, sınırları bulanıklaştıran ırk ve etnisite sorunuyla karıştırmaktadır. Göçmenleri tehlikeli ve suçlu olarak görmek, çoğu zaman bu insanları ülkede istememekle ilgilidir. Bunu da toplumsal ve bireysel önyargılar, sosyoekonomik sorunların neden olduğu hoşnutsuzluk ile güçlendirilmiş korku kültürü beslemektedir (Melossi, 2003, s. 374-375)

Göçün, kaçınılmaz olarak suça yol açtığı ileri sürülemez. Araştırma bulgularından hareketle, göçün suç üzerindeki etkisinin kompleks olduğunu ve bu ilişkinin bazı değişkenlere bağlı değişkenlik arz ettiğini söylemek mümkündür. Ayrıca bazı göçmen gruplarda kriminal yönelimin oluşmasında çok sayıda değişkenin etkili olduğu ifade edilmiştir (Kızmaz, 2018a). Kimi araştırmalara göre göçün suçlulukla doğrudan bir bağlantısı olmadığı saptanmış kimi araştırmalarda da yeni göçmen gruplar yüksek suç oranlarına sahip olarak algılanırken bu ilişkinin göçmenlerin yerleşim yerleri ile ilişkili olduğu da ifade edilmiştir (Moehling ve Piehl, 2009; Andresen, 2013)

Hekimlere 'Muayene ve tedavi süreci dışında yani profesyonel bir diyalog dışında bir mülteci sığınmacı ile bir konuşma girişimiz oldu mu?' sorusunu yönelttiğimizde katılımcılardan D3: *Yok denk gelmedi. Hayır.*; D4: *Hayır.*; D5: *Hayır olmadı.*; D6: *Tabii canım e her yerdeler çünkü. Yani görüşmemen mümkün değil ki. Çarşıya çıkıyorsun alışveriş yapıyorsun eeee kafelerde, restoranlarda, sokaklarda.;*

D7: *Yok, olmadı olmadı. Yani kendi konuşmam olmadı ama ha mutlaka kulak misafiri olma ve benzeri şey mutlaka olmuştur ama hani şey benim bir iletişim kurmam diye bir şey olmadı. Öyle bir şey yok.*; D8: *Yok, hiç olmadı.*; D9: *Eee haa yok hiç olmadı.*; D10: *E zaman zaman oluyor yani sonuçta Türkiye'de o kadar çoklar ki. Ee olmadı desek yalan olur. Yani sonuçta kırmızı ışıkta bile durduğumuz zaman ((gülüyor)) hemen birisi camınızı silmeye başlıyor. Yeri geliyor bir yerde bir fabrika ziyaretiniz esnasında veya bir iş yeri ziyareti esnasında orada pek çok mülteciler veya sığınmacılar asgari ücretli-ücretsiz artık bilmiyorum onları bir şekilde çalışıyor. Onlarla tabii ki diyalog içinde oluyorsunuz yanıtlarını vermiştir. Görüştiğimiz hekimlerden tercümanımla birlikte poliklinik yapan bir hekim dışında, hiçbir hekim bir mülteci ile gerçek bir diyalog kurmadığını ifade etmiştir. Bazılarının iletişim olarak 'kırmızı ışıkta karşılaşmayı' nitelemiş olduğu görülebilmekle birlikte, sonuçlar mültecilerin suçlu oldukları/suçlarda artışlara sebep oldukları ile ilgili görüşlerin önyargılardan kaynaklandığını kuvvetlendirmektedir.*

Göçmenlerin/mültecilerin suça eğilimli oldukları kilit ve yaygın -ancak çoğu zaman asılsız- bir düşünce olmakla birlikte, mülteci taleplerini karşılamamanın ahlaki zorunluluğu için mültecilerin savaş ve zulüm gibi kontrolleri dışındaki koşulların kurbanları olarak, refakatsiz gelen çocuklar, ergenler ve gebelerin yardıma ve desteğe muhtaç olarak sunulmaları gerektiği belirtilmektedir (Bradby, Frenz & Snow, 2016). Ancak hiçbir hekim için, hastasına bakım vermesi gerektiği bir durumda, bu türden bir gereklilik/zorunluluk olması söz konusu değildir, bir kişinin hasta oluşu ve bakıma ihtiyaç duyması, hekimlik pratiğinin ahlaki zorunluluğu için yeterli koşuldur.

#### ***5.4.4. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'göçmenler burada bulunan insanların işlerini almaktadır.' maddesinin tartışılması***

Madde puan dağılımı  $4,26 \pm 1,324$  olarak bulunmuştur.

Literatürde mültecilerin kötü koşullarda çalıştıklarına dâir birçok çalışma mevcuttur. Örneklendirmek gerekirse; 2016 yılında yapılan bir çalışmada Suriyeli mültecilerin düşük ücretlerle çalıştırıldığı ve kayıt dışı istihdam edildiği, vasıfsız iş alanlarında çalışarak, Türkiyeli işçilerin çalışmak istemedikleri iş alanlarındaki açığı kapattıkları ortaya çıkmıştır (Diken & Demirel, 2016). Bir başka araştırmada Suriyeliler (ve tüm mülteciler) hayat pahalılığına direnmek ve geçimlerini

sağlayabilmek için çalışma hayatına dâhil olmak isterken, işverenlerde zaten mecburlar düşüncesiyle sigortasız, asgari ücretin altında ve uzun mesai süreleri dayatarak mültecileri işe almakta tereddüt etmemektedirler (Ağlargöz & Yardımcı, 2019).

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yayımlanan bir çalışmaya göre göç eden işçiler, göç ettikleri ülkenin vatandaşlarına göre daha vasıfsız, daha tehlikeli ve daha kirli/pis işlerde çalışmaktadırlar. Örneğin Japonya’da göçmen işçiler yerli işçilerin yerine getirmekten kaçındığı işleri üstlenmekte 3D olarak adlandırılan bu işler pis, tehlikeli ve nitelik gerektirmeyen işler olarak kodlanmakta, göçmen işçiler aslında ülke vatandaşı işçilerin maruz kaldığı risklerden daha çoğuna maruz kalmaktadırlar (Çelgin, 2017).

Mültecilerin yerlilerin işlerini ellerinden aldıkları veya alabilecekleri doğrudur, ancak bu konu ile ilgili bazı gerçeklere dikkat çekmek gereklidir. İşverenlerin çoğu mültecileri sigortasız ve kötü koşullar altında çalıştırmakta, maaşlarını SGK üzerinden vermedikleri bu kişiler yasal olarak çalışmıyor gözükmektedirler. İşverenlerin bu şekilde vergi kaçırmaları ayrıca bir tartışma konusu olmakla birlikte, yerliler sisteme dâhil olmayan ancak gerçekte çalışan bu kişileri devlete vergilerini ödemeyen, ücretsiz sağlık hizmetlerinden ve diğer sosyal hizmetlerden faydalanan kişiler olarak etiketlemektedirler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı’nın bir raporunda da bu konuya değinilmiştir (İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı/İKGV, 2015).

#### **5.4.5. Zenofobi Ölçeği’ndeki ‘göçmenlerle etkileşim kurmak beni huzursuz ediyor.’ maddesinin tartışılması**

Madde puan dağılımı  $2,88 \pm 1,429$  olarak bulunmuş, ölçekteki en düşük madde puan ortalamasını bu madde almıştır. Ancak yukarıda görüleceği üzere hekimlerin çoğunluğunun mülteci/sığınmacılarla profesyonel bir diyalog dışında iletişiminin olmaması ve hekim-mülteci diyalogunun çoğunlukla muayenehane ortamıyla sınırlı kalması, kararsız bir hekim-mülteci iletişimine sebebiyet vermiştir.

Göçmen grubun ötekiliği, yerlileri kendi gruplarına sosyotropik bir tehdit olduğunu düşündükleri göçmenlere karşı olumsuz tutumlarını devam ettirmelerine neden olmaktadır (Choi, Poertner & Sambanis, 2019). Örneğin Türkiye’de 18 ilde farklı iş çevreleriyle yapılmış bir araştırmada, katılımcıların %90’ının



mülteci/sığınmacılar kaynaklı güvenlik kaygıları taşıdıkları gösterilmiştir. Bu kaygılar mültecileri oluşabilecek adli suçlarla ilişkilendirmekten ve genç nüfusun gelecekte radikalleşme eğilimde olabileceği, işsizlik ve yoksulluk gerekçesiyle fuhuş sektörü, mafyatik yapılanmaların artış göstereceği, göçmen ve yerel halk arasında kültürel çatışmaların artabileceğine ilişkin inançlardan kaynaklanmaktadır (Erdoğan ve Ünver'den aktaran Kızmaz, 2018b). Zaten kişi, çoğunlukla tekinsiz olarak algıladığı bir diğer kişi ya da grupta iletişime girer ya da girmemek için direnç gösterir. Enfekte bir kültür (bir başka kültürün yerli kültürüne enjeksiyonu), kültürel yozlaşma ya da yok oluşla çoğunlukla eşdeğer kabul edilir. Dolayısıyla farklı kültürel gruplar arasındaki iletişim bu ön kabuller çerçevesinde vuku bulur.

İletişim, hasta-hekim ilişkisinin en temel bileşenlerinden biridir. Bu ilişkide taraflardan herhangi birinin huzursuzluk duymasının hasta-hekim arasında gerçekleşecek olan etik ilişkiyi çıkmaza sokacağı açıktır.

#### ***5.4.6. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'göçmenlerle etkileşimden keyif alıyorum (R)' ve 'Göçmenlerle etkileşimi memnuniyetle karşılarım (R)' maddelerinin tartışılması***

'Göçmenlerle etkileşimden keyif alıyorum (R)' madde puan dağılımı  $4,24 \pm 1,257$ , 'Göçmenlerle etkileşimi memnuniyetle karşılarım (R)' madde puan dağılımı  $3,48 \pm 1,312$  olarak bulunmuştur.

Sağlık sistemi içinde hekimlerin göçmenlere kültürel olarak yetkin ve dilsel olarak uygun bakım sağlamaları önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetleri alma, kronik sağlık problemlerini yönetme ve ruh sağlığı hizmetlerine erişim söz konusu olduğunda, göçmenler yetersiz bakım almaktadırlar. Düşük sağlık okur-yazarlığı, sınırlı dil yeterliliğine sahip göçmen/mültecilerin daha kötü sağlık sonuçlarına sahip oldukları bilinen bir gerçektir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ihtiyaç sahibi bu grubun hizmetlere ulaşabilmeleri için iletişim kurma konusunda istekli olmalıdırlar (Chang, 2019).

Etkili iletişim, kişi merkezli bakımın temelinde yer alır. Hastaların ve hekimlerin aynı dili veya kültürü paylaşmadığı durumlarda, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sonuçları ve hasta güvenliği üzerinde şüphesiz, en etkili faktörlerden biri olan temel iletişim bile, sorunlu hale gelebilir. Bundan dolayı sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalığı ve eğitimleri önemlidir. Hollanda'da

yapılan bir çalışmada bir sağlık profesyoneli aldığı eğitimden sonra ‘Artık Hollandaca bilmeyen bir göçmen masada önümde durduğunda eskisinden çok daha sakin ve sabırla tepki veriyorum’ diyerek görüşünü dile getirmiştir (Teunissen vd., 2017).

Mülteci kadınların söylemlerinden yola çıkarak, sağlık profesyonellerinin kendilerine karşı davranışlarını değerlendiren bir çalışmada, kadınlar tarafından ‘hastalığımı tam açıklamama izin verin’, ‘yavaş konuşun’, ‘bir tercüman isteyip istemediğimi sorun’, ‘testler hakkında bilgi verin’, ‘kararlara katılımımı sağlayın’, ‘daha çok soru sorun ki size anlatabileyim’ gibi istekler dile getirilmiştir (Gagliardi, Kim & Jameel, 2020). Hekimlerin mültecilerle etkileşim konusunda isteksizliği kişilerin doğru sağlık hizmetlerine erişememesine, yanlış yönlendirilmesine, hatta yanlış teşhis ve tedavi almalarına bile sebebiyet verecek kadar ciddi bir husustur (Önal & Keklik, 2016). Buradan da anlaşılıyor ki hekimlerin özenli bir bakım sağlayabilmesinin en önemli araçlarından biri iletişim halinde olmaya istekli olmalarıdır.

İletişimden uzak durulduğunda ve onu yeniden canlandırma yönünde bir ilgi olmayınca, yabancıların yabancılıkları derinleşmeye mahkumdur. Bu da onları diyaloga giren potansiyel taraflar olmaktan güvenli ve kabul edilebilir bir ortak yaşamın pazarlığına girmekten köklü şekilde çıkartır (Bauman & Donskis, 2020, s. 133-134).

Avustralya’da 168 kanserli hasta ile yapılan bir çalışmada bazı katılımcılar bir dereceye kadar farklı veya yabancı olarak yargıldıklarını hissettiler. Diğerleri, *'bizden biri'* tarafından tedavi edilmeyi ne kadar çok istediklerini ve bunu başarmak için uzun mesafeler kat edeceklerini, bazıları da ikinci bir görüş almak için kendi ülkelerine gideceklerini belirtti. Bazı katılımcılar ‘Ancak hastanedeki personel bir Avustralyalıya farklı, bir göçmene/mülteciye farklı davranıyor.’, bazıları ise kendilerini ne kadar değersiz hissettiklerini ‘...doktor...[eğer] topluma pek bir faydası olmayacağını düşünüyorsa veya önemli olmadığını düşünüyorsa... Hayatınızı kurtarması gerekip gerekmediğine karar vermek için değerinizi değerlendirir...’ cümleleri ile bu çalışmada hasta bir kişinin hekimi ile iletişiminin ve bu iletişimin niteliğinin ne kadar önemli olduğu ortaya konulmuştur (Butow vd., 2011).

Norveç'teki Polonyalı göçmenlerle 2013 yılında yapılan bir nitel araştırmada Polonyalı göçmenlerin sağlık sistemine erişimde başta dille ilgili sorunlar ve bilgi eksikliği olmak üzere çeşitli engellerle karşılaştığı, mevcut sağlık hizmetlerine ve yabancı ülkedeki hekimlerin teşhislerine tam olarak güvenmedikleri, psikolojik sorunları için profesyonel yardım yerine resmi olmayan ağları kullanma eğiliminde oldukları bildirilmiş ve göçmenlerin 'kendilerini güvende ve önemsenmek istedikleri bir zamanda tanıdık bir dili konuşmayan bir hekimle etkileşimleri konusunda nasıl güvensiz ve korkmuş hissedebilecekleri gösterilmiştir'. Örneğin bir mülteci 'Polonyalılarından birçok hikâyeye duydum. Her şeyden önce, önemsenmediklerini hissediyorlar. Pek çok insan, hekimlerin yabancı bir hastaya karşı farklı tavırları olduğu izlenimine kapılır... Ben bu izlenime doğumhanedeyken kapılmışım.' şeklinde görüşlerini dile getirmiştir. Diğer birkaç katılımcı ise, sağlık personelinin göçmen hastalara yönelik dostane tutumunun özellikle önemli olduğunu ve dostane tutum deneyiminin ayrımcılık duygularını ortadan kaldırıyor görüldüğünü vurgulamıştır (Czapka & Sagbakken, 2016).

Yeterli ve kişi merkezli iletişim, iyi klinik uygulamanın temel taşıdır. Hasta merkezli iletişimin temel özellikleri şunlardır: hastanın hikayesine yer açmak; bağlama (kontekse) ve o kişinin sorunlarına dikkat; hasta ve sağlık hizmeti sunucusu arasındaki diyaloga vurgu; duygusal ipuçlarını keşfetmek ve empati göstermek; bilgileri ve tavsiyeleri kişilerin bağlamına göre ayarlamak ve bunu olumlu bir şekilde çerçevelemek; ve hastaları hastalığın yönetimine ilişkin kararlara dâhil etmektir (Stewart'dan aktaran Van den Muijsenbergh vd., 2014).

Konuşmada, iletişimsel etkinlik için iki muhatap gerekir. Hastaların bilgiye erişim hakları ve buna ilişkin sorumluluklarının etkileşimde ele alınabilmesi için klinisyenler tarafından kabul edilmesi gerekir. Klinisyenler, genellikle göçmen hastalarla iletişimde sınırlı katılım gösterirler, bu da hastaların bildiklerini ifade etme konusundaki hakları ve sorumlulukları konusunda endişeye yol açar ve onları dezavantajlı duruma getirir. Tersine, klinisyenlerin hastaların sözlerini aktif olarak dinlediği veya dil yorumlaması için düzenleme yaptığı durumlarda, bu eylemler yanlış anlaşılmanın üstesinden gelmeye ve hastaların epistemik otoritesini yükseltmeye yardımcı olur (Baraldi & Gavioli, 2020).

Anlaşılma ve kabul edilme duygusu, birinci basamakta hekim-hasta ilişkisine duyulan güvenin temel bir bileşenidir ve hasta memnuniyeti ile yüksek oranda ilişkilidir (Baker, R., Mainous Iii, Gray & Love, 2003).

Hekimin sözel davranışı, hastanın hastalık deneyimlerini ifade edebilmesini, hekim-hasta arasındaki güvenin inşa edilip edilemeyeceğini ve sürdürülüp sürdürülemeyeceğini büyük ölçüde etkiler (Fiscella vd., 2004).

#### **5.4.7. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'göçmenlerin olağandışı hastalıkları yayabileceklerinden endişe ediyorum.' maddesinin tartışılması**

Madde puan dağılımı  $4,76 \pm 1,111$  olarak bulunmuştur.

Göç bir halk sağlığı sorunudur. Göçmenlerin hastalıkları evsahibi topluluğun sağlığı için potansiyel bir tehdit olarak görülmektedir (Wild & Dawson, 2018). Gelen kişilerin önceki sağlık kayıtlarının yetersizliği, kronik hastalıklar ve aşı geçmişlerine, depresyon ve psikososyal sorunları ile ilgili bilgilerine ulaşamaması ev sahibi toplum bireylerinin zihninde bu algıyı desteklemekte ve büyütmektedir (Gümüş Şekerci ve Bilgili, 2015). Göçmenler özellikle bir bölgede toplu halde yaşadıklarında o bölgenin sağlık sorunlarının artmasına neden olabilecekleri konusundaki inançlar yaygındır (İlhan, Gözlü, Atasever, Dünder, Büyükgök & Barkan, 2016). Ancak bir çalışmada (Almanya) enfeksiyonlar söz konusu olduğunda, esasen mülteciler ve göçmenlerin genel nüfus için bir tehdit oluşturmadıkları, bunun yerine son derece savunmasız bir grup olarak algılanmaları gerektiği konusuna dikkat çekilmiştir (Stich, 2016).

Göç olgusunun özellikle kitlesel göçlerin toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği somut bir gerçektir. Bu çeşitli çalışmalarla da gösterilmiştir (Castelli & Sulis, 2017; Turan, Kaya, & Sezen, 2018; Ibáñez, Rozo, & Urbina, 2021).

Bu kategorik algının sınırda veya kamplarda aktif hizmet veren hekimler dışındaki diğer tüm hekimlerin endişe ve korkularını arttırdığı ve yabancı düşmanlığını destekleyebileceği gerçeği göz ardı edilemez. Aynı zamanda bu durum hekimlerin verdikleri bakımın niteliğini olumsuz etkileyebileceği gibi özverilerini de azaltabilir. Hekim bir halk sağlığı sorunu baş gösterdiğinde, kendi toplumu ve mülteci/sığınmacı toplulukların sağlıklarını eşit düzeyde ele alarak, zararlı sonuçların engellenebilmesi için elinden geleni yapmalıdır.

**5.4.8. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'savaş veya siyasi gerginlik durumunda göçmenlerin kendi ülkeleri ve köklerine sadık olacağından korkuyorum.', 'göçmenlerin kriz zamanlarında ülkeme destek vereceğine güveniyorum (R)' ve 'göçmenlerin bu ülkenin çıkarlarına öncelik vereceğinden şüpheliyim.' maddelerinin tartışılması**

'Zenofobi Ölçeği'ndeki 'Savaş veya siyasi gerginlik durumunda göçmenlerin kendi ülkeleri ve köklerine sadık olacağından korkuyorum.' maddesinin puan dağılımı  $4,39 \pm 1,327$ , 'Zenofobi Ölçeği'ndeki 'Göçmenlerin kriz zamanlarında ülkeme destek vereceğine güveniyorum (R)' maddesinin puan dağılımı  $4,84 \pm 1,118$  ve 'Zenofobi Ölçeği'ndeki 'Göçmenlerin bu ülkenin çıkarlarına öncelik vereceğinden şüpheliyim.' maddesinin puan dağılımı  $4,77 \pm 1,154$  olarak bulunmuştur.

Eski BM Mülteciler Yüksek Komiseri (2014) António Guterres 'toplumlar, dünya genelinde çok kültürlü, çok dinli ve çok etnik kökenli hale geliyorlar, beğensek de beğenmesek de kaçınılmaz olan bu eğilimi durduramayız. Çeşitliliği bir güç kaynağı olarak kucaklayacak mıyız, yoksa popülizm oyununu oynayıp bir tehdit unsuru haline mi getireceğiz?' söylemiyle görüşlerini ifade etmiştir (Baban ve Rygiel, 2018, s. 22).

Mültecilerin varış ülkelerinin politikaları veya toplum bireylerinden kaynaklı toplumsal entegrasyonlarının baltalanması, evden çıkamayacak hale getirilmeleri, yaşadıkları ayrımcılık, tedavisiz bırakılma, kötü muamele, aşağılama ve dışlanma, kendi köklerine yakın durmalarına ve varış ülkeleriyle duygusal bağ kuramamalarına neden olur. Durum böyle olduğundan kendi köklerine bağlılıklarını sürdürme, doğal ve kaçınılmaz olarak karşımıza çıkar. Bu ise evsahibi toplum bireylerinde mültecilerin hain olduklarına dâir bir önyargıyı besleyerek, her zaman ülkelere bir tehdit unsuru olarak algılanmalarına neden olur (Çelik, 2018, s. 10, 17). Mekânsal olarak hareket, sadece bir yerden bir yere transfer değil, sosyal çevre ya da mahalleden bir başkasına geçiş olarak ele alınmalıdır. Bu geçiş önceki sosyal bağları kesintiye uğratabileceği gibi güçlendirebilir veya tamamen koparabilir. Bu nedenle uluslararası göçün sosyolojik bir analizi için şu üç düzey geçerlidir: 1) gelinen ve geride bırakılan ülke (yapısal düzey) 2) Gelinen ve geride bırakılan ülkedeki birimlerde (aile, hane, ağlar vb.) gelenler ve kalanlar arasındaki sosyal ilişkilerin yoğunluğu, gücü ve içeriği (ilişkisel düzey) ve 3) göç edenin karar verme anlamında

özgürlüğü ve bağımsızlığı (bireysel düzey) (Faist'den aktaran Soykan, 2016, s. 2, 16). Mültecilerin adaptasyonu zamanla artacağı gibi, bireysel düzeyde ele alınan özgürlük ve bağımsızlıklarının baltalanması, misafir söyleminin devam ettirilmesi, kötü muameleyle maruz bırakılma gibi nedenlerle mültecilerin Türk toplumu ve kültürüne karşı gelişecek olan sempati ve aidiyet duyguları aşınmakta, daha doğrusu tesis edilememektedir.

Kanada'ya yeni gelen Suriyeli mültecilerin entegrasyon sürecinin çok yönlülüğünü inceleyen bir çalışmada, Kanada hükümetinin, mültecileri karşılama çabalarında, birçok cephede bu süreci kolaylaştıran hizmetler sağladığı belirtilmiştir. Ancak mali ve destek hizmetlerinin rahatlık, emniyet ve emniyet duyguları için gerekliyken, kimlik ve aidiyet duygularının hiç bitmeyen bir süreci oluşturduğu, menşe ülkedeki konulara bağlılığın çok daha karmaşık bir ilişki gerektirdiği belirtilmiştir (Mohamed & Bastug, 2021).

Avustralya'da yeniden yerleştirilen mülteci ergenlerle zulüm ve travma sonrası adaptasyon ve gelişim (ADAPT) modelini araştıran bir çalışmada, mültecilerin Avustralya'daki güvenlik deneyimleri incelenmiş ve kişilerin mülteci statüleri nedeniyle tehdit altında hissettikleri ortaya konulmuştur. Bunun yanında mültecilerin aile bağlarının, yaşamlarındaki merkezi önemi ele alınmış, mültecilerin çoğunluğu için, yakın aileleri ile karşılıklı olarak sevgi dolu ve destekleyici bir ilişki içerisinde olma ihtiyacı, benzer etnik ve mülteci geçmişe sahip akranlarıyla olan ilişkilerine odaklanma ihtiyaçları vurgulanmıştır (McGregor, Melvin, & Newman, 2016).

Bir çalışmada mülteci sağlığı için yeni bir klinik model önerilmiş ve bu model 'kültürel güvenliğin adaptasyonu' olarak adlandırılmıştır. Bu karşılaşmada farklı kültürler bir mülteci kültürü ve sağlık ekibinin kültürüdür. Mülteci bir hasta, sağlık ekibinin bir üyesi ile yaşadığı deneyimlerini ve kültürüne ilişkin bilgisini, karşılaştıkları alana getirir. Sağlık ekibinin üyesi kendi kültürel yeterliliğini karşılaştıkları alana getirir. Sağlık danışmanı (hekim) modeli bir arada tutan bağıdır, çünkü hem mültecilerin hem de sağlık ekibi üyelerinin kültürleri hakkında bilgileri kullanabilir. Sağlık danışmanı, kendi insanlarıyla yaşadığı deneyimlerin bilgisini ve çalıştığı sağlık kuruluşunun bilgisini -alana- getirdiği için her iki kültür arasında kolayca hareket edebilmektedir. Kültürel güvenlik, sağlık sistemlerinin gücüne ve sistemde çalışan sağlık profesyonellerine odaklanarak kültürel yeterliliğin ötesine geçer. Kültürel güvenlik, 'sağlık hizmeti sunumunun doğasında var olan güç

farklılıklarını anlamaya ve bu eşitsizlikleri eğitim süreçleri yoluyla gidermeye' dayanır, aynı zamanda, savunmasız nüfuslara özel ortaklık, katılım ve koruma yoluyla sosyal değişimi içerir (Reavy, Hobbs, Hereford, & Crosby, 2012).

Bir çalışmada Türkiye'de görev yapan Suriyeli mülteci hekimlerin sosyal uyumu değerlendirilmiş, hekim grubunun ülkede kalış süresi ve sağlık sistemi hakkındaki bilgilerinin artması ile adaptasyonlarının yükseldiği ortaya konulmuştur (Furkan Dağcıoğlu vd., 2020). Ancak şu unutulmamalıdır ki buradaki en önemli faktör esasen hekimlerin çalışma hayatına dâhil edilmesidir. Yukarıdaki klinik modelden ve yabancı hekimlerin diğer mülteci gruplarına göre ev sahibi ülkelerin kültürlerine daha kolay entegre olabilmesi yeteneğinden anlaşılacağı üzere hekim bir dünya vatandaşı ve kültür elçisidir.

#### **5.4.9. Zenofobi Ölçeği'ndeki 'artan göçle, yaşam tarzımızın daha kötü yönde değişeceğinden korkuyorum.' ve 'göçün artmasıyla kendi kültürümüzün kaybolacağından korkuyorum.' maddelerinin tartışılması**

'Artan göçle, yaşam tarzımızın daha kötü yönde değişeceğinden korkuyorum.' maddesinin puan dağılımı  $4,70 \pm 1,210$ , 'Göçün artmasıyla kendi kültürümüzün kaybolacağından korkuyorum.' maddesinin puan dağılımı  $3,74 \pm 1,548$  bulunmuştur. Örneğin bir raporda, Suriyeliler ile ilgili yerel halk kaygılarının ekonomi, güvenlik ve sosyokültürel konular olmak üzere üç alanda yoğunlaştığı belirtilmektedir. Sosyokültürel uyumun çift yönlü aktif etkileşimle sağlanabileceği dikkate alındığında, Suriyelilerin eşit olmayan koşullarda yaşadıkları deneyimler, ayrımcılık ve dışlanmışlık algıları, onları kendi içlerine kapanmalarına, ağırlıklı olarak kendi kültürel değerlerini yaşadıkları bir gettolaşma eğilimine yöneltecek (Taştan vd., 2018), bu da karşılıklı kültür kaybı ve kültürlenme korkusunu arttıracaktır.

Yabancı düşmanlığı, düşmanlığın yöneltildiği kişilerin sosyal stres ve ruh sağlığı üzerine etkili olduğu gibi, düşmanlık sergileyen kişilerde kendi dil, kültür, etnik kökenlerine yönelik ayrımcılık ve bir kültürel erozyon korkusunu da beraberinde getirir (Vromans, Schweitzer, Knoetze & Kagee, 2011). Bir çalışmada Avrupa'da göçmenlerin/mültecilerin kültürel veya ekonomik tehdit olarak algılanmalarının, ülkeler arası araştırmalarda, ülkelerin seçim sonuçlarını büyük ölçüde etkileyebileceği, hatta algılanan kültürel etnik tehditlerin, algılanan ekonomik

etnik tehditlere göre daha belirleyici olduğu ortaya konulmuştur (Lucassen & Lubbers, 2012).

Hollanda’da dinin kültürlenme sürecine etkisini inceleyen bir çalışmada din, kültürleşme sürecinde öne çıkan (pozitif ve negatif) bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Buna ilaveten kültürel mesafenin bir başka nedeni, göze çarpan bir sosyal kimliğin, parlak bir sınır ve ev sahibi ülkede bir önyargı kaynağı olarak algılanması ve kültürleşmeyi etkilemesi olarak gösterilmiştir (Şafak-Ayvazoğlu, Künüroğlu, Van de Vijver, & Yağmur, 2021).

Göç etmek ve kültürel bir süreklilik oluşturmak arasındaki karşılıklı bağımlılık, zorlayıcı asimilasyon süreçlerine direnen insanlara bakıldığında daha da kendini gösterir. Kimlik ve topluluk uyumu ile sıkı bağlantısı nedeniyle, kurumsallaşmış bir kavram olarak Somut Olmayan/Manevi Kültürel Miras (ICH), yerinden edilmiş topluluklar için büyük öneme sahip olabilecek kültürel mirasa erişimin bir insan hakkı olarak kabul edilip edilmemesi gerektiği konusunda literatürde tartışmalar önemli bir yer tutmaktadır (Giglietto, Ciolfi & Bosswick, 2021).

Bu korkunun hekimler üzerinde, bir insan ve vatandaş olarak profesyonel sağlık hizmeti verdiği kurumların dışında etkili olabilmesi anlaşılabilir bir durumdur. Ancak hekimin, bu korku ve kaygıyı profesyonel sağlık hizmeti verdiği ortamın dışında bırakabilmesi, davranışlarını ve profesyonelliğini etkileyecek bir biçime dönüşümünü hızlandıracak etik duyarlılık ve etik bilinç sapmalarına izin vermemesi gerekir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

*Deontoloji namile yakın zamanda tanınmış olan fennin bir kısm-ı mühimmi var ki, bu hayât-i içtimaiyye-i beşeriyede tibbanın ne surette ve nasıl yürümleri icab edeceğini, tıbbın kısm-ı felsefisi esası üzerine tayin ve tahdid eder. Henüz mukabil bir Türkçe kelime bulunamamış olan bu şube-i mühim, hayât-ı umumiyye-i kâinat üzerindeki tesirile hemen de bilcümle şüabat-ı tıbbiyye hâkimdir. Hiçbir tabip bundan, bunu tedristen, buna tatbik-i hareketten vareste kalamaz. Hiçbir operatör deontolojinin ahkâm-ı kat'iyyesinden harice çıkamaz. Tekmil şüabat-ı mühimme-i tıbbiye bunun esiri, bunun emrinin münkadıdır. Teessüf olunur ki henüz bizde nazar-ı dikkate bile alınmağa lâayık görülmemiştir.*

Dr. Şükrü Kâmil [Talimcioğlu], 1909<sup>29</sup>

### 6.1. Sonuca Başlarken

Türkiye’de göçmen sağlığı merkezlerinde istihdam edilen Suriyeli hekimler, Türkiye ile Suriye Arap Cumhuriyeti arasındaki çalışma ortamlarında çok net farklılıklar olduğunu kaydetmiş: Türkiye’de Suriye Arap Cumhuriyeti’ne göre daha yüksek hasta yükü, daha uzun çalışma saatleri, özel muayenehane kısıtlamaları ve daha az sosyal destek olduğunu ve bu farklılıkların iş doyumlarını, gelir düzeylerini ve sosyal statülerini etkilediğini belirtmişlerdir (World Health Organization Regional Office for Europe, 2021). Türkiyeli hekimler de uzun yıllardır aynı sorunlardan mustarip olmakla birlikte, çalışma şartları günbegün zorlaşmaktadır. Ancak bu durumun bir hekimin, mülteci/sığınmacı, herhangi bir incinebilir gruba mensup veya marjinalleştirilmiş bir kişiye olan düşünce, tutum ve bakımını etkilemesi kabul edilemez.

Paulo Freire mesleki eleştirinin önemine dair: “Bir mesleğe eleştirel bakmak, teori ile pratik arasındaki ilişkinin gereğidir. Bu olmadan teori kuru laftan ve pratik de aktivizmden ibaret kalır”, “Bir öğretmen olarak eğitimciliğin ontolojik, siyasi ve epistemolojik temellerine ilişkin kuramsal ayrıntılarla yetinemem; öğretmenlik mesleğine dair teorik açıklamalarımın pratikte de karşılığı olmalı. Teorinin somutlaşması gerek. Aksi halde çelişkiler yumağı haline gelirim ve eşitlik, söylemin bir aracı olmaktan öteye gidemez.” çıkarsamalarında bulunur ve doğru

---

<sup>29</sup> Şükrü Kâmil [Talimcioğlu]. (1909). Bizde Hekimlik: Âile Hekimliği. *Tababet-i Hâzıra*, 1(3), 3-4.

düşünebilmenin önkoşulu olarak: “Her türlü ayrımcı düşünceyi reddetmek de doğru düşünebilmenin bir parçasıdır. Üstünlük algısından doğan ayrımın, doğru düşünmenin bir parçası olan tevazuyla ilgisi yoktur. Doğru düşünme ile doğru davranış birbirine bağlı, esasen üzerinde konuşurken bile yaşanan şeydir, bu nedenle de bir insanın anlamadan, doğru düşünebilmesi mümkün olmaz. Anlamak ise öznenin bir diğer özneye eş katılımı halinin bir sonucudur. Anlama pratiği insani özneler gerektirir.”, “Adaletsizlik, sadakatsizlik, sevgisizlik, sömürü, ihlal vb. karşısındaki bu gibi haklı öfkeleri ifade etme imkânı tanımayan eğitim [etik], duyguların ifade edilebilmesinde oynadığı dolaylı rolü görmüyor demektir. Öfkenin haklılığını mutlaka vurgulamak gerek, çünkü haksız öfke, yozlaşmış safi hiddet, hatta nefret haline gelebilir.” sözleriyle tevazuyu önceler, anlamının önemine vurgu yapar ve eğitimin rolünün ne kadar önemli olduğunu belirtir (Freire, 2020. s. 68, 81-83, 85-86, 92).

Son dönemde ırkçı ve sömürgeci unsurların geleneksel tıp eğitiminde içkinliği nedeniyle, ırkçı politikaların ve uygulamaların kökünü kazıma çabalarının yanısıra, tıp müfredatını sömürsüzleştirmeye acil bir ihtiyaç olduğu konusunda artan bir farkındalıkla ‘tıp müfredatının dekolonizasyonu’ hareketi başlamıştır. Bu, dezavantaj, sağlık eşitsizliği ve ıstırapın yapısal kaynaklarının anlaşılmasına yönelik ‘kültürel yeterlilik’ eğitiminin ötesinde bir hareket olmakla birlikte, tıp eğitiminde ‘kurumsal ırkçılığın tarihi, beyaz ayrıcalığının rolü, kültürel alçakgönüllülüğün anlamı, pratiği ve yapısal yeterliliğin gelişimi’ hakkında bilgi edinme ve farkındalığı amaçlamaktadır. Neden benim müfredatım bu kadar beyaz? sorusuyla başlayan hareketle, ‘klinik belirtiler ve dermatoloji öğretiminde koyu ten renginin olmaması’na uzanan bir dekolonizasyonla tıp eğitiminin sürdürülebilir bir değişime öncülük etmesi amaçlanmaktadır (Hartland ve Larkai, 2020; Bracken vd., 2021).

DTB *Ahlaki Standartlar Prensibine Yeniden Adanma Konusunda Bildirge*'de (1994); bu bildirge ile tüm hekimlerin tıp ahlakının yüksek standartlarını mesleki pratiklerinde her zaman öncelemesi ve bahsedilen tüm ahlaki ilkelerin hem hekimler hem de topluma benimsetilmesi gerektiğini DTB ve ulusal tabipler birliklerinin misyonu olarak deklare etmiştir. Ayrıca *Dünyadaki Mülteci Problemi Konusunda DTB Bildirgesi*'nde (1994); ‘Ulusal tabip birlikleri, mülteciler ve bu ülkelerin vatandaşları için tıbbi ve insani yardım sağlamaya yardım eder.’ maddesiyle ülke

vatandaşları ile mültecileri aynı cümle içerisinde tıbbi ve insani yardımın eşit özneleri olarak kullanarak tavrını ortaya koymuştur (Sayek, 2009, s. 111).

Sonuçlar bize gösteriyor ki; Çalışmamızın buraya kadarki bölümü aslında gerçekler ve ödevleri hatırlatmak için yazıldı: “Mülteciler insandır!”, “Mülteciler buldukları ülkelerin vatandaşları ile eşit düzeyde bir sağlık bakımını hak ederler!”, “Mültecilik temel insan haklarının erişimine engel teşkil etmez.”, “Mülteciler sağlık hizmetlerinde ayrımcılığı hak etmezler!”, “Hekimler mesleklerini icra ederken her türlü ayrımcılığa karşı ortak bir ödevde buluşmalıdır.”

Zenofobi sağlık alanında etkisini gösterdiğinde, insan onurunu zedeleyen, her türlü eşitsizliğe neden olan, hekimliğin deontolojisinden çok uzak; tefekkürsüz, diyaloga direnen, yersiz bir korku ve düşmanlıkla kendini göstermektedir. Aynı zamanda hakim (derin düşünen, hükümleri sağlam) olması beklenen bir mesleğin mensuplarının, popülist söylemlerden etkilendiği, ırkçı saikler barındıran, -çoğu zaman- üzerine düşünülmemiş kavramlar ve toplumsal gerçekliklere rağmen, bencillik ve kayıtsızlıklarının nelere mâl olabileceği açıktır.

Hukuki bir yaptırımın olmaması, sorumluluğun olmadığı anlamına gelmez ve özne sorumluluktan bağımsız düşünülemez. Bu sorumluluk hekimlerin almaya mecbur bırakıldığı kendisine dayatılan, sözleşmesel veya bildirgesel bir sorumluluktan ziyâde, ahlaki ve vicdani olan, ödevlerden doğan ve ötekine sergilenebilecek her türlü ayrımcılığı reddeden öznel ve mesleki sorumluluktur. Bir yükümlülüğü yerine getirmek, karşılıklı yükümlü olmaktan (yükümlülüklerin karşılıklı olmasından) bağımsız düşünülmalıdır ve bu yükümlülükler çoğu zaman ödev(ler)in yüklediği ve aynı zamanda insan olmanın getirdiği gerekliliklerdir. Hekim-hasta ilişkisi içsel bir ilişkidir, bu ilişkinin aktörlerindeki “benlik” *öteki*'nin toplumsal, siyasi ve hukuki maduniyetinin perçinlenmesine sebep olmamalıdır.

Hekimlik sabır, tevazu ve etik ilkelerle icra edilmesi gereken, -ırksal, etnik, kültürel ve sosyal- farklılıkları mesleğin potasında yok eden, karakterin/mizacın ve başkalarına duyulan nefret, önyargı veya antipatinin hekimin değer yargılarını etkilemesine izin verilmemesi gereken bir meslektir. Çünkü tıbbi bilgi doğayı ikame edemez, ancak destekler veya yönlendirir.

Tedavi ve bakımın, devredilemez, yalnızca kişiye has olması hasebiyle tekil bir ilişki olarak kavranması, tıbbın, (hakiki) tedavinin ve hekimlerin tüm insanlara

göstermesi gereken “özen”in ve hizmetin temelidir. Nitekim Aristoteles *Fizik*’te “tedavi sanatına (hekimliğe) giden değil, sağlığa giden yola *tedavi* denildiğini, tedavinin tedavi sanatına (hekimliğe) doğru gitmesi değil, tedavi sanatından (hekimlikten) gelmesinin zorunlu olduğunu belirtir. Ancak bu ilginin/ilişkinin doğal bir biçim olmadığını; doğal olanın doğal olduğu için/doğası gereği bir şeyden bir şeye doğru (örn, ateşin alevlerinin yükselmesi, ağaçların dallarının uzaması vs.) olduğunu, bu nedenle tedavinin ana ilkesinin mesleki değil (mesleğin doğası gereği değil) insani olduğunu belirtir (Aristoteles, 2001, s. 55; Dastur, 2019, s. 56).

Çünkü tedavi sanatına sahip olan sanatkâr, yani hekim insandır ve mesleğini insanlığını kaybetmeden icra etmek zorundadır. Mevcut durumun iyileştirilmesi, kolektif çözümler kadar -hatta bazen daha fazla- bireysel sorumluluk gerektirir. Çünkü *öteki insan* duyumsanabilir bir varlık biçimi olarak, benim gözümde yalnızca bir beden değil, aynı zamanda -doğrudan doğruya dışa vurulamayan, dışsal olmayan, özü gereği gözle görülemeyen- duyumsanamaz nitelikleri barındıran, kişinin ancak kendini doğrudan tanıyabildiği *salt bir mahremiyettir*. Benimkinin dışında olması, benim yaşamımı aşması *ötekinin* yaşamını aşkın kılar. Birlikte varoluş gayr-ı bedenilikle/salt mahremiyetle, iki mahremiyetin birlikte varoluşudur (Gasset, 2011, s. 94-98). Hekim ne zaman bir insan bedeniyle karşılaşsa aynı zamanda bir insan mahremiyetiyle karşılaşmıştır. Daha da mühimi, *oldukça* egemen olduğu bir ilişkide (hekim-mülteci hasta), yitirmeye yüz tutmuş bir itibarla, bir var olma mücadelesiyle karşılaşmıştır.

Hekimlik apolitik bir meslek olması yanında, pratikte her türlü ideolojiyi dışarıda bırakmayı gerektirir.<sup>30</sup> Hasta-hekim ilişkisinin tek amacının tedaviye, sağlığın bir metaya indirildiği, hekimliğin rekabet/performans sistemi içerisinde değersizleştiği, meslektaşların sosyo-ekonomik bir yarışa koyulduğu ve bu esnada öznenin giderek kaybolduğu çağımızda, hekimlerin de entelektüel özerklikleri yok olmaya başlamıştır. Mesleğin itibarı ve hekimliğin onuru için mücadele, etik ve hekimliğin ayrılmaz birlikteliğinden kaynaklanıyor olsa da, bu mücadelenin gayrı

---

<sup>30</sup> Elbette politik olmayan bir sağlık sistemi düşünülemez. ‘Sağlık Politikası’ olmayan bir devlet sağlık hizmetlerini yürütemez. Ancak burada hekimin kişisel değerlerini mesleki pratik alanına getirmemesi, hekimliğin doğası gereği mesleğini her türlü ideoloji yahut politikanın nesnesi olmadan sürdürmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

eleştirel tepkisellikle (ya da bazen kurbanı suçlama yoluna saparak), ayrımcılığa, ötekileştirmeye, bir grubu kategorik olarak yok saymaya varacak sonuçlara varabildiği görülmektedir.

Hekimlerin kendi ideolojik konumlarını/statülerini [saygınlıklarını] ayakta tutabilmek için bir düşmana/*xenosa* yahut *anti-*'yle başla(tıl)mış bir kategoriye ihtiyaçları yoktur. Paranoyak fikir ve düşüncelerin -söz gelimi- *davetsiz misafire* yansıtılmasını gerektiren, hekimlik adabına dayanılabilecek hiçbir neden ve temel bulunmamaktadır. Aslında temel sorun, çoğunlukla sosyoekonomik bir kaygının veya sorunun ahlaki bir soruna nasıl dönüştüğüdür. Hekimlerin zihinlerinde varsaydıkları/oluşturdukları herhangi bir kategori hastalarını edilgen bir kurbanı indirgemekle eşdeğerdir. Hekim kimliği yalnızca hasta kimliği ile birlikte inşa olabilir. Hasta varsa hekim, hekim varsa hasta vardır. Kimliklere bölünmüş hastaların kimlikleri (mülteci, çingene, kürt, türk, gâvur vs.), hekim kimliği ve adabına bir *değer* kat(a)maz, bilakis var olan ne kadar değer varsa peyderpey parçalar.

Bu çalışma esasen mülteci çalışmaları ile okunmalıdır. Paulo Freire “insandışılaşma”yı sadece insanlığı çalınmış olanları değil, aynı zamanda onların insanlığını çalmış olanları da kapsayan bir süreç olarak betimler (Freire, 2020, s. 62).

Aslında tüm dünyada mevcut olan insanî krizden dayanışma ve -karşılıklı yabancılaşmayı ve insandışılaştırmayı bertaraf edebilmenin tek yolu olan- diyalogtan başka bir çıkış yolu olmamakla birlikte, -eşitsizlik ve farklılıkları yeniden üreten- bu krizin, çözüm elçilerinden bir grup ise şüphesiz hekimlerdir. Buna hizmet etmeyen, mevkiinin kudretiyle zaten ezilmiş olan bir topluluğu/kesimi ezebilen, ezme hakkını kendinde bulan, deontolojisinden uzaklaşmış bir hekimlik, hastasının insanlaşma/özneleşme sürecine bir katkı veremez, bununla birlikte tabir-i caizse bu süreci bir de o baltalamış olur, dolayısıyla hekimin kendisi de insanlığını giderek kaybeder.

Etik bir ilişkide, ortada ne hâkim-mahkûm ne de efendi-köle vardır. Bu gibi uç/sınır durumların yanısıra statü farklılığının (vatandaş-mülteci/sığınmacı) dahi, hasta-hekim ilişkisinin asimetrisini arttıracacağı, simetrik bir hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıkmasının ne denli zor olabileceği hesaba katılmalıdır. Durum böyle olduğundan mülteci ve vatandaşlardan farklı diğer statülere sahip olan hastalara deontolojik bir yaklaşımın elzem olduğu açıktır, çünkü diğer türlü, istismara açık bu

aland, insan onuruna aykırı, insan onurunu zedeleyen eylemlerin görülmesi kaçınılmaz hale gelir.

Son tahlilde yabancı *-xenos-* ben'in kimliğini tehdit etse de hekim kimliğini tehdit etmez. Ben'in kimliğini tehdit etmesi ise, kimlik sorununun başgösterdiği bir ahlaki soruna delâlet eder. Ahlaki olan -ahlaki görev- var olan/var edilmiş olan bu kimlik sorunuyla cedelleşmektir. Esasen mevcut etik sorun varlıktan öte bir öteki/yabancı kategorisinin inşa edilmesidir. Var olan tek şey varlıktır, varlıktan öte ve gayrı bir varlık yoktur.

## 6.2. Sonuç

Bu çalışmaya ait veriler Nisan 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında ve hastanelerde yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırma verileri, toplandığı zaman dilimi içerisinde araştırmaya katılan hekimlerin görüşlerini yansıtmaktadır, bu sebeple araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar tüm hekim camiası için genellenemez. Göçmenlik, mültecilik, sığınmacılık, incinebilirlik vb. kavramlar hekimlerce, üzerinde dikkatle düşünülmesi gerekli olan kavramlardır.

Hekimlik mesleğini icra ederken “Vatanlarını terk etmek zorunda bırakılanlara” karşı, ırkçı ve mülkiyetçi yaklaşımlar sergilemek, zaten incinebilir gruplar içerisinde değerlendirilmesi gereken bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi ve sonrasında uğradığı hak ihlallerini arttırmaktadır.

Bu çalışmada Kees Van Der Veer ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Korku Temelli Zenofobi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış, 14 maddelik ölçek, 13 maddeye indirgenmiş ve uygulanmıştır. Ölçek bu hali ile tüm uyum indeksleri kabul edilebilir değerler üstünde bulunmuş, ölçeğin hekim grubunda korku temelli zenofobi değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğu ortaya konulmuştur. Ölçek Türkçe versiyonu ile eşdeğerlilik göstermektedir, yeterli güvenilirlik ve güvenilirliğe karşı yüksek duyarlılığa sahiptir. Hekimler arasında demografik değişkenlere göre zenofobi ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında farklılıklar bulunmuş ancak hekimliğin bir kimlik oluşu ve ortak değerler ve ödevler dikkate alındığı için bu bağlamdaki sonuçlar yalnızca bulgular içerisinde yer almış ve tartışılmamıştır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin yaş dağılımı 38,069±10,337 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların 224'ü erkek (%59,1) 155'i kadın (%40,9), 134'ü bekâr (%35,4) 245'i evlidir (%65,6). Araştırmacı tarafından hazırlanan zenofobi ölçeği dışındaki soru kâğıdında yer alan ifadelerin madde puan ortalamaları dikkate alındığında, araştırmamıza katılan hekimler<sup>31</sup>:

1- “Göçmen sayısındaki artış T.C. vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir.” görüşündedirler.

2- “Devletin göçmenlere sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri ücretsiz olarak sunmasından dolayı doğumlar artmaktadır.” görüşündedirler.

3- “Göçmenlere sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmamalıdır” görüşündedirler.

4- “Göçmenlerin Türkiye’de doğum yapmasıyla uyum sağlamaları daha kolaylaşır.” konusunda kararsızdılar.

5- “Göçmenlere sağlık hizmetleri ayrı birimlerde (göçmen asmleri, hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri vs.) sunulmalıdır.” görüşündedirler.

6- “Göçmen sayısındaki artış sağlıkta şiddeti artırır.” görüşündedirler.

7- “Göçmenler için sağlık kurumlarında tercüman bulunmamalıdır.” önermesini desteklememişler ve tercüman bulunmasından yana görüş bildirmişlerdir.

8- “Medyada ve sosyal medyada çıkan haberler göçmenlere sağlık hizmeti sunumunu etkiler” görüşündedirler.

9- “Göçmenlere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerekir.” konusunda kararsızdılar.

10- “Göçmenlere çocuk sayısı konusunda sınır getirilmesi gerekir.” görüşündedirler.

11- “Göçmenlerin Türkiye kültürüne adaptasyonu sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu için gereklidir.” görüşündedirler.

Zenofobi ölçeğinde en yüksek puanı 5,01±1,12 ile “Bu ülkede göç kontrolden çıktı” maddesi, en düşük puanı ise 2,88±1,429 ile “Göçmenlerle etkileşim kurmak beni huzursuz ediyor.” maddesi almıştır. 13 maddelik Zenofobi ölçeği 6’lı Likert tipi

---

<sup>31</sup> Bu listedeki görüşlerin hekimlerin zenofobi düzeyi ile ilişkisi için Tablo 4.10.’a bakılmalıdır.

bir ölçek olup, ölçek puanları toplamı en düşük 13 en yüksek 78 olarak değişmektedir. Katılımcılar içerisinde ölçekten alınan en düşük puan 13, en yüksek puan 78 olmakla birlikte puan dağılımı  $56,20 \pm 11,54$  olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin 351'i (%92,6) mültecilere hizmet vermektedir. Araştırmamıza katılan hekimlerin %34,3'ü kendilerine tercih hakkı sunulduğu takdirde mültecilere sağlık hizmeti vermek istemediklerini beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin çoğu göçü bir halk sağlığı sorunu olarak görmektedir, dil ve kültürel engellerin hasta bakımını olumsuz etkilediği ve aydınlatılmış onam almayı neredeyse imkânsız hale getirdiği görüşündedir. Araştırmaya katılan hekimlerin çoğunun profesyonel bir diyalog dışında bir mülteci ile gerçek bir diyalog yaşamadığı sonucuna varılabilir, kaldı ki bu durum zenofobi ölçeğinden elde edilen madde puan dağılımlarına yansımıştır.

Bu araştırma ile zenofobinin sağlık hizmetlerindeki varlığı ortaya konulmuştur. Bu konu ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu hususu açıktır. Bu nedenle bu türden çalışmaların farklı coğrafyalarda tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak nitelikte ve farklı örneklemeler üzerinde yapılması gerekmektedir. Önerilerde sunulacak prensiplerin gözardı edilmesine neden olan politik, toplumsal ve tıbbi dinamiklerin T. C. bağlamında ele alınması da ayrıca önemlidir.

### **6.3. Öneriler yahut Mülteci/sığınmacı Hastalara Sağlık Hizmetleri Sunumunun Deontolojik Prensipleri**

Deontoloji bir hastanın başka bir hasta veya bir hekimin başka bir hekim, sağlık sistemi veya hekim (ya da hasta) tarafından sömürüsüne, adaletsizliğe, kişiyi öznellikten çıkaracak bir sürece imkân tanımayacak ödevlerin toplamıdır. Hekimleri “insan” tözü etrafında birleştirir.

TTB göçmenler ve mülteciler ile ilgili bir önergeyi 2016 yılında DTB Genel Kurulu'na sunmuş ve bu önerge DTB Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. DTB, ilk kez 1998 yılında Ottawa, Kanada'da benimsenen ulusal ve uluslararası tabipler birliklerinin uluslararası toplum ve hükümetlerden beklentilerini ve birliklerin misyonunu içeren *Mültecilere Yönelik Sağlık Hizmetleri Açıklaması*'ni bu



vesileyle bir kez daha dile getirmiş,<sup>32</sup> ancak bu sürede DTB tarafından mülteci/sığınmacılarla ilgili herhangi bir bildirme veya deklarasyon yayımlanmamıştır. Bu nedenle hekimleri ortak ödevlerde buluşturacak prensipler tasarlanmış ve bu prensipler öneriler olarak aşağıda sunulmuştur.

Mülteci/sığınmacı Hastalara Sağlık Hizmetleri Sunumunun Deontolojik Prensipleri:

1- Hekimler görevlerini yerine getirirken, kendilerini her mekân ve karşılaşmada yükümlü kılan, ulusal ve uluslararası tıbbi etik ve deontolojik ilkeler, bildirgeler, kanun, tüzük ve yönetmeliklere uymakla mükelleftirler.

2- Hekim, mesleğini icra ederken mülteci/sığınmacılara veya incinebilir bir gruba mensup herhangi bir kişiye karşı, hiçbir ayrıştırıcı, ötekileştirici ve aşağılayıcı söylem ve eylemde bulunamaz ve bu gruplara mensup kişilerle diyaloga her zaman ve koşulda açık olmalıdır.

3- Hekimlerin mülteci/sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunumları sırasında kurumsal nedenlerden (fiziki şartlardan) kaynaklanan aksilikler ve eksiklikler (dil engelleri, sistemsel veya sağlık sigortası kaynaklı engeller vd.) varsa eğer, hekimler bunların düzeltilmesi için mücadele etmelidirler.

4- Bir sağlık tesisinde vatandaş-mülteci arasında yaşanan her türden gerilime şahit olan hekim, bu gerilimleri mesleki terbiyesi gereği yatıştırmakla mükelleftir.

5- Hekimler mülteci/sığınmacı hastalarını, toplumsal, politik veya biyolojik nedenlerle reddeden, küçük gören veya gereken ilgi ve özeni göstermeyen bir meslektaşıyla aynı ortamda çalışıyorlarsa eğer, bu meslektaşına ödevlerini hatırlatmakla mükelleftirler.

---

<sup>32</sup> 26-27 Şubat 2016 tarihlerinde DTB, TTB ve İstanbul Tabip Odası'nın ev sahipliğinde yapılan Savaş, Göç ve Sağlık Sempozyumu'nun sonuç bildirgesinden yararlanılarak hazırlanan bir tutum belgesi TTB tarafından DTB Konseyi'ne karar önerisi olarak sunulmuş. Önerge 28-30 Nisan 2016 tarihlerinde Buenos Aires'te yapılan DTB Konsey Toplantısı'nda oy birliği ile kabul edilmiştir. [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=67b44ed8-9232-11e7-b66d-1540034f819c](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=67b44ed8-9232-11e7-b66d-1540034f819c) Erişim tarihi: 18 Nisan 2021.

6- Hekim kendi ilmi kapasitesini ve tıbbi yeteneğini aşan durumlarda veya şahsi sebeplerle bakım vermek istemediği takdirde, mülteci/sığınmacı hastasını uygun bakım alabileceği bir başka hekime veya merkeze yönlendirmekle mükelleftir.

7- Hukukun kendilerini kısıtladığı durumlarda dahi, hasta gönenci için ahlaken ve vicdanen gerekli özen ve ihtimamı göstermek hekimin temel ödevlerindedir. Hekimler mülteci/sığınmacı hastalarına sağlık hizmeti sunarken göçün toplumsal ve ekonomi-politik sorunlarını bir kenara bırakmalıdırlar.

8- Hekim incinebilirlikleri ya da kırılganlıkları nedeniyle mülteci/sığınmacı kişileri klinik araştırmalarda yer almaya zorlamamalıdır.

9- Aydınlatılmış onam söz konusu olduğunda hekim mülteci/sığınmacı hastasını sürecin içerisine dâhil etmeli ve bu süreçte mutlaka bir tercüman bulundurmalı, hastasını aydınlattığından emin olmalıdır.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

- Aambø, A. K. (2020). Ethics in cross-cultural encounters: a medical concern?. *Medical humanities*, 46(1), 22-30. <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2018-011546>
- Aba, G., & Ateş, M. (2015). *Sağlıkta Eşitsizlikler*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Abomalaka, R & Tekeli Yeşil, S. (2021). Determination of Perceived Language Barriers According to Syrian Refugees Visiting Two Hospitals in Ankara. *Turkish Journal of Public Health*, 19(2), 92-105 . DOI: 10.20518/tjph.796038
- Acıduman, A., Er, U., & Belen, D. (2007). Cerrah İbrahim ve Alâ'im-i Cerrâhîn'in nöroşirürji ile ilgili bölümleri. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 17(3), 170-182.
- Acıduman, A., & Arda, B. (2008). Emir Çelebi ve ünlü eseri Enmûzecü't-Tıbb'da tıbbî deontoloji ile ilgili bir bölüm: Vesâyâ-yı Hükemâyı Selef ve Halef. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 68-72.
- Acıduman, A., & İlgili, Ö. (2009). Hekim Hayreddin'in "Hulâsatü't-Tıbb" Adlı Eserinde "Tıbbi Deontoloji" ve "Nöroanatomi" ile İlgili Bölümler. *Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi*, 2(1), 45-51.
- Acıduman, A. (2013). Ankaralı Hekim Nidâ'î ve ünlü eseri Menâfi 'ü'n-Nâs: XVI. yüzyıldan çocuk hastalıkları ve tıbbî deontolojiye bir bakış. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (56), 151-167.
- Adja, K. Y. C., Wu, E., Golinelli, D., Lenzi, J., & Fantini, M. P. (2020). What about social determinants of health against xenophobia?. *Public Health*, 187, 187-188.
- Adkins-Jackson, P. B., Legha, R. K., and Kyle A. Jones, RN. (2021). How to Measure Racism in Academic Health Centers. *AMA J Ethics*, 23(2):E140-145. doi: 10.1001/amajethics.2021.140.
- Agamben, G. (2020). *Kutsal insan: Egemen iktidar ve Çıplak Hayat 4*. (Çev. İ. Türkmen). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Ağlargoç, O., & Yardımcı, Ş. (2019). Uluslararası düzensiz göç ve çalışma hayatı: Şanlıurfa ilindeki Suriyeli göçmenlerin durumu. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(2), 535-558.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Akçapar, Ş. K. (2016). Uluslararası göç alanında güvenlik algılamaları ve göçün insani boyutu. Öner, G. I. & Öner, N. A. Ş. (Der.). *Küreselleşme Çağında Göç, Kavramlar, Tartışmalar* içinde, İstanbul: İletişim Yayınları
- Akıncı, Ş. (2021). Suriyeli Mülteci Akımını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Analiz. *Ortadoğu Etütleri*, 13(1), 71-90. DOI: 10.47932/ortetut.698825
- Akkoç, S., Muhammed, T. O. K., & Hasiripi, A. (2017). Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 23-27. DOI:10.5455/sad.13-1483602352
- Aksoy, Ş. (2001). 10. yüzyılda yaşamış Urfalı bir deontolog İshak bin Ali er-Ruhavi ve O'nun temel eseri Edebü't-Tabib'e ilişkin bir ön çalışma. *T Klin Tıp Tarihi*, 1(1), 39-45.
- Aksoy, H. (2005). Nitel Araştırma Teknikleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Teftişi Yüksek Lisans Programı, Ankara.
- Alma-Ata Bildirgesi. (1985). *Toplum ve Hekim*, 6/39, 4-6.
- Alpern, J. D., Davey, C. S., & Song, J. (2016). Perceived barriers to success for resident physicians interested in immigrant and refugee health. *BMC medical education*, 16(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0696-z>
- Altınbaş, A., & Saki, O. (2003). *Tabîb İbn-i Şerîf Yâdigâr*. İstanbul: Merkez Efendi ve Halk Hekimliği Derneği, Yerküre.
- Altıntaş, S. (2018). Davetsiz Misafirler: Türkiye'deki Mültecilerin Maduniyet Görünümleri. *İDEALKENT*, 5(14), 252-276.
- American Medical Association. (1848). *Code of ethics of the American Medical Association, adopted May 1847*. Philadelphia: T.K. and P.G. Collins. Erişim: <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-63310410R-bk#page/12/mode/2up> (Erişim tarihi: 24 Mayıs 2020).
- Andorno, R. (2009). Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 34(3), 223–240.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Andorno, R. (2014). Human dignity and human rights. In H. A. M. J. ten Have and B. Gordijn (Eds.) *Handbook of global bioethics* (pp. 45-57), New York: Springer.
- Andresen, M. A. (2013). International immigration, internal migration, and homicide in Canadian provinces. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 57(5), 632-657.  
<https://doi.org/10.1177/0306624X12436798>
- APA Official Actions. (2010). *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 726.  
doi:10.1176/appi.ajp.2010.167.6.726
- Arendt, H. (2018). *Totalitarizmin Kaynakları 2: Emperyalizm 6*. (Çev. B. S. Şener). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Arıcı, M. (2014). Evrensel Bir Tıp ve Felsefe Tarihi: Uyûnu'l-Enbâ fî Tabakâti'l-Etubbâ. *Felsefe, Tıp ve Tarih: Tabakât Literatürü Üzerine Bir İnceleme* içinde (s.273-306). İstanbul: Klasik Yayınları.
- Aristoteles. (2001). *Fizik 2*. (Çev. S. Babür). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Art. IX. Déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisations. Par le Docteur Max. Simon.-Paris, 1845./Medical Deontology; or, the Duties and Rights of Medical Practitioners. By Dr . Maximilian Simon. 8vo, pp. 590. (1846). *British and Foreign Medical Review; or, Quarterly Journal of Practical Medicine and Surgery*, January-April, v.21, 438-452.
- Asher, J., Hamm, D., & Sheather, J. (2007). *Right to Health: A Toolkit for Health Professionals*. London: British Medical Association.
- Aslan, D. (2019). Uluslararası literatürde göç(men) ve mülteci sağlığı ile ilgili hangi konular öne çıkmaktadır?. *Sağlık ve Toplum* , vol.29, no.2, 3-11.
- Assembly, U. G. (1948). Universal declaration of human rights. *UN General Assembly*, 302(2).
- Association des médecins de la Gironde. (1895). *Conseils professionnels et principes de déontologie médicale*. Bordeaux.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

*Auburn Journal*. (1905). Volume 34, Number 12 [16 November 1905].

Aultman, J. M. (2019). How Should Health Care Professionals Address Social Determinants of Refugee Health?. *AMA journal of ethics*, 21(3), 223-231

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi (2000). Erişim: [https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Avrupa\\_Birligi\\_Temel\\_Haklar\\_Sarti%E2%80%8B.pdf](https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Avrupa_Birligi_Temel_Haklar_Sarti%E2%80%8B.pdf) (Erişim tarihi 23 Mart 2020)

*Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak 28-30 Mart 1994 Amsterdam Bildirgesi*. (1994). Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm> (Erişim tarihi 23 Mart 2020).

Aydın, Z.D. (2019). Yetişkinlerde Zenofobi, Empati Düzeyi ve Suriyeli Çocukların Türk Eğitim Sistemine Dahil Edilmelerine İlişkin Algılar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Aydoğan, S., & Metintaş, S. (2017). Türkiye'ye Gelen Dış Göç ve Sağlığa Etkileri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2(2), 37-45.

Baban, F., & Rygiel, K. (2018). *Birlikte Yaşamak: Kültürel Çoğulculuğu Sanat Yoluyla Geliştirmek*. İstanbul: İstanbul Kültür Sanat Vakfı.

Badiou, A. (2019). *Etik: Kötülük Kavrayışı Üzerine Bir Deneme 2*. (Çev. T. Birkan). İstanbul: Metis Yayınları.

Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453-1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)

Baker, R. (2000). The History of Medical Ethics. In. Bynum, W. F., & Porter, R. (Eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (pp. 852-887). Routledge.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Baker, R., Mainous Iii, A. G., Gray, D. P., & Love, M. M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian journal of primary health care*, 21(1), 27-32.
- Baker, R. B., Washington, H. A., Olakanmi, O., Savitt, T. L., Jacobs, E. A., Hoover, E., & Wynia, M. K. (2008). African American physicians and organized medicine, 1846-1968: origins of a racial divide. *Jama*, 300(3), 306-313. doi: 10.1001/jama.300.3.306
- Baker, R. (2013). *Before bioethics: A history of American medical ethics from the colonial period to the bioethics revolution*. Oxford University Press.
- Baker, R. (2016). Race and bioethics: Bioethical engagement with a four-letter subject. *The American Journal of Bioethics*, 16(4), 16-18. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1145302>
- Bal, H. (2016). *Nitel araştırma yöntem ve teknikleri (uygulamalı-örnekli)*. Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Banks, A. (1839). *Medical etiquette; or an essay upon the laws and regulations, which ought to govern the conduct of members of the medical profession in their relation to each other. Compiled exclusively for the profession*. London: Charles Fox.
- Bansak, K., Hainmueller, J., & Hangartner, D. (2016). How economic, humanitarian, and religious concerns shape European attitudes toward asylum seekers. *Science*, 354(6309), 217-222. DOI: 10.1126/science.aag2147
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2020). Effective communication and knowledge distribution in healthcare interaction with migrants. *Health communication*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735701>
- Bard, S. (1769). *A Discourse Upon the Duties of a Physician, with Some Sentiments, on the Usefulness and Necessity of a Public Hospital: Delivered Before the President and Governors of King's College, at the Commencement, Held on the 15th of May, 1769. As Advice to Those Gentlemen who Then Received the First Medical Degrees Conferred by that University*. New-York: Printed by A. & J. Robertson, at the corner of Beaver-Street.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Baser, D. A., Mıhçı, Ö., Direk, M. T., & Cankurtaran, M. (2021). Views and experiences of family physicians about Syrian refugee patients in Turkey: a qualitative research. *Primary Health Care Research & Development*, 22.
- Bateman, C. (2011). Vital foreign-qualified doctors face xenophobia. *SAMJ: South African Medical Journal*, 101(11), 788-792. Retrieved January 29, 2021, from [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0256-95742011001100007&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742011001100007&lng=en&tlng=en).
- Bauman, Z. (1998). *Postmodern Etik*. (Çev. A. Türker). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Bauman, Z. (2016). *Modernite ve Holokaust*. (Çev. S. Sertabiboğlu). İstanbul: Alfa.
- Bauman, Z. (2019). *Kapımızdaki Yabancılar 2*. (Çev. E. Barca). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z. (2020). *İskarta Hayatlar & Modernite ve Safraları*. (Çev. O. Yener). İstanbul: Tellekt.
- Bauman, Z., & Donskis, L. (2020). *Ahlaki Körlük: Akışkan Modernlikte Duyarlılığın Yitimi*. (Çev. A. E. Pilgir). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International journal of Research in Marketing*, 13(2), 139-161.
- Bavelas, J. B., Kenwood, C., & Phillips, B. (2000). Discourse Analysis. In M. Knapp, & J. Dary (Eds.), *Handbook of Interpersonal communication* (3rd ed., pp. 102-109), Newbury Park, CA: Sage.
- Bentler, P. M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. *Annual review of psychology*, 31(1), 419-456.
- Benveniste, É. (2016). *Dictionary of Indo-European concepts and society*. Hau Books, distributed by University of Chicago Press.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Berber, E. (2018). *İnsan Haklarının Yükü: Kültürel ve İdeolojik çerçevede Eleştirel Bir Değerlendirme*, İstanbul: Onikilevha Yayınları
- Beyleveld, D., & Brownsword, R. (2002). *Human dignity in bioethics and biolaw*. Oxford: Oxford University Press.
- Bhatia, R., & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC family practice*, 8(1), 1-9.
- Bhopal, R., Gruer, L., Agyemang, C., Davidovitch, N., de-Graft Aikins, A., Krasnik, A., ... & Kumar, B. (2021). The Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health: why race can't be ignored even if it causes discomfort. *European Journal of Public Health*, 31(1), 3-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa191>
- Biyotik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*. (UDBHR, 2005). Erişim: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_tur](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_tur) (Erişim tarihi: 15 Nisan 2021).
- BM Kalkınma Programı/UNDP. (1994). *1994 İnsani Gelişme Raporu Tanıtımı*, 23 Haziran 1994, Ankara, Türkiye. <file:///Users/hakanbasaran/Downloads/NHDR-1994-TR.pdf>
- Bole T.J. (1991) The Rhetoric of Rights and Justice in Health Care. In: Bole T.J., Bondeson W.B. (eds) *Rights to Health Care* (pp. 1-19). Philosophy and Medicine, vol 38. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-0-585-28295-4\\_1](https://doi.org/10.1007/978-0-585-28295-4_1)
- Bon, G. L. (1997). *Kitleler Psikolojisi*. (Çev. Y. Ender). İstanbul: Hayat Yayınları.
- Bonnard, A. (1959). *Greek civilization: from the Antigone to Socrates Vol. 2*. (translated by A. Lytton Sells). London: Allen & Unwin.
- Bozdağ, F., & Kocatürk, M. (2017). Zenofobi Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışmaları. *Journal of International Social Research*, 10(52), 615-620. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1921>
- Bozorgmehr, K., Dieterich, A., & Offe, J. (2019). UN concerned about the right to health for migrants in Germany. *The Lancet*, 393(10177), 1202-1203. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30245-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30245-4)

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bracken, P., Fernando, S. , Alsaraf, S. , Creed, M., Double, D., Gilberthorpe, T., ... & Timimi, S. (2021). Decolonising the medical curriculum: psychiatry faces particular challenges. *Anthropology & Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1949892>
- Bradby, H, Frenz, M, & Snow, S. (2016). Migration and danger: ethnicity and health. *Ethnicity & Health*, 21(4), 333–339. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1170414>
- Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B., & Ritz, N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries-the 3C model. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>
- Brooks, K. C. (2015). A silent curriculum. *Jama*, 313(19), 1909-1910. [doi:10.1001/jama.2015.1676](https://doi.org/10.1001/jama.2015.1676)
- Buden, B. (2020). Bir Fazla: Sofistliğe Çıkan Demokrasi. Jela Krecic (Ed.), *Son Gerisayım Avrupa, Mülteciler ve Sol* içinde (s.116-145), İstanbul: Metis Yayınları.
- Butow, P. N., Sze, M., Dugal-Beri, P., Mikhail, M., Eisenbruch, M., Jefford, M., ... & Goldstein, D. (2011). From inside the bubble: migrants' perceptions of communication with the cancer team. *Supportive Care in Cancer*, 19(2), 281-290. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0817-x>
- Byrd, W. M., & Clayton, L. A. (2001). Race, medicine, and health care in the United States: a historical survey. *Journal of the National Medical Association*, 93(3 Suppl), 11S-34S. [PMC2593958/pdf/jnma00341-0013.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2593958/pdf/jnma00341-0013.pdf)
- Čada, K., & Frantová, V. (2019). Countering Islamophobia in the Czech Republic. In *Countering Islamophobia in Europe* (pp. 153-181). Palgrave Macmillan, Cham.
- Can, B. (2016). The criminalization of physicians and the delegitimization of violence in Turkey. *Medical anthropology*, 35(6), 477-488. <https://doi.org/10.1080/01459740.2016.1207641>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Castelli, F., & Sulis, G. (2017). Migration and infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 23(5), 283-289. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.03.012>
- Chang, C. D. (2019). Social determinants of health and health disparities among immigrants and their children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 49(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.11.009>
- Chang, P. (1974). Xenophobia and the ordeal of foreign medical graduates. *Canadian Medical Association Journal*, 111(11), 1183
- Chapman, A. R. (Ed.). (1994). *Health care reform: A human rights approach*. Georgetown University Press.
- Chekero, T., & Ross, F. C. (2017). 'On paper' and 'having papers': migrants navigating medical xenophobia and obstetric rights in South Africa. Erişim: <http://somatosphere.net/2017/on-paper.html/> (Erişim tarihi: 1 Mayıs 2020).
- Choi, D. D., Poertner, M., & Sambanis, N. (2019). Parochialism, social norms, and discrimination against immigrants. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(33), 16274-16279.
- Chollet, M. (2020). *Bugünün Cadıları-Kadınların Yenilmez Gücü*. (Çev. Z. H. Louze). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Chul Han, B. (2019). *Yorgunluk toplumu 5*. (Çev. S. Yalçın). İstanbul: Açılım Kitap.
- Clarke, S. K., Jaffe, J., & Mutch, R. (2019). Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatric Clinics*, 66(3), 669-686. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.012>
- Committee on Economic Social and Cultural Rights. (2000). *The right to the highest attainable standard of health*.
- Crickley, A. (2018). Güncel Irkçılık ve Ayrımcılık Türleri: BM Irk Ayrımcılığının Kaldırılması Komitesi'nin Çalışmaları Üzerine Bir Değerlendirme, Eşit Haklar İçin İzleme Derneği (Yay. Haz.), *İstanbul Uluslararası Ayrımcılık Konferansı* içinde (ss. 17-26), İstanbul: Ceylan Matbaası.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Crush, J., & Tawodzera, G. (2011). *The Southern African Migration Programme (SAMP): Medical Xenophobia: Zimbabwean Access to Health Services in South Africa*. Migration Policy Series No. 54. Erişim: [https://media.africaportal.org/documents/SAMP-\\_Medical\\_Xenophobia.pdf](https://media.africaportal.org/documents/SAMP-_Medical_Xenophobia.pdf) (Erişim tarihi: 26 Mart 2020).
- Crush, J., & Tawodzera, G. (2014). Medical xenophobia and Zimbabwean migrant access to public health services in South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(4), 655-670. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.830504>
- Cüendioğlu, D. (2008). *Zavallı tıp, bir felsefesi bile yok!*. Yeni Şafak (08 Haz 2008, Pazar). Erişim: <https://www.yenisafak.com/yazarlar/ducane-cundioglu/zavalli-tip-bir-felsefesi-bile-yok-11286> (Erişim tarihi: 19 Şubat 2020).
- Czapka, E. A., & Sagbakken, M. (2016). “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC health services research*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>
- Çelgin, D (2017). *Göçmen İşçiler İçin Riskler Daha Fazla*. Erişim: <http://www.istesaglikdergisi.com.tr/index.php/2017/04/18/gocmen-isciler-icin-riskler-daha-fazla/> (Erişim tarihi: 26 Ocak 2021).
- Çelik, K. (2018). *Kültürlerarası Duyarlılık ve Birlikte Yaşama*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi/HÜKSAM.
- Danış, D. (2018) *Türkiye’de Kent Mültecileri ve Misafirperverlik, Değerlendirme Notları-TESEV*. Erişim: [https://www.tesev.org.tr/wp-content/uploads/rapor\\_Turkiyede.Kent\\_.Mулtecileri.ve\\_.Misafirperverlik.Didem\\_.Danis\\_.pdf](https://www.tesev.org.tr/wp-content/uploads/rapor_Turkiyede.Kent_.Mулtecileri.ve_.Misafirperverlik.Didem_.Danis_.pdf) (Erişim tarihi: 26 Ocak 2020).
- Dastur, F. (2019). *Ölümlle Yüzleşmek-Felsefi Bir Soruşturma*. (Çev. S. Oruç). İstanbul: Pinhan Yayınları.
- Dechambre, A. (1882). Déontologie et Dicéologie. Directeur: A. Dechambre In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (pp. 480-580), 1ère série, Tome 27. Paris: Masson, Asselin et Houzeau.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Dechambre, A. (1883). *Le médecin: devoirs privés et publics, leurs rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicales*. Paris: G. Masson.
- Derlen, A. F. (1936). Deontolojiye ait bir kaç söz. *İstanbul Seririyatı, XVIII* (5): 77-80.
- De Vito, E., De Waure, C., Specchia, M. L., Parente, P., Azzolini, E., Frisicale, E. M., ... & Ricciardi, W. (2016). Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union?. *Public Health Reviews, 37*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0026-3>
- Deplaude, M. O. (2011). State xenophobia?" Foreign doctors" in France. *Politix, 95*(3), 207-231. DOI: 10.3917/pox.095.0207
- Derrida, J., & Dufourmantelle, A. (2020). *Davet, Konukseverlik Üstüne: Dufourmantelle Derrida'yı Konukseverliğin Sorumluluğunu Almaya Davet Ediyor*. (Çev. A. Sümer) İstanbul: Metis Yayınları.
- Dias, S. , Gama, A., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health, 10*(1), 1-6.
- Diken, A., & Demirel, E. (2016). İşletmelerimizde Nitelikli İşgücü İhtiyacı ve Suriyeli Göçmen İş Görenlerin İşgücü Piyasasına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. A. Diken, A. Buluş (Eds.), *Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi: "Göç, Yoksulluk Ve İstihdam" Bildiriler Kitabı* İçinde (ss. 51-61), Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksek Okulu.
- Dimitrova, D., Ozdora-Aksak, E., & Connolly-Ahern, C. (2018). On the border of the Syrian refugee crisis: views from two different cultural perspectives. *American Behavioral Scientist, 62*(4), 532-546. <https://doi.org/10.1177/0002764218756920>.
- Doctor, R. M., Kahn, A. P., & Adamec, C. A. (2008). *The encyclopedia of phobias, fears, and anxieties*. Infobase Publishing.
- Doğanay, Ü., & Keneş, H. Ç. (2016). Yazılı basında Suriyeli 'mülteciler': Ayrımcı söylemlerin rasyonel ve duygusal gerekçelerinin inşası. *Mülkiye dergisi, 40*(1), 143-184.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Donnelly, J. (1995). *Teoride ve Uygulamada Evrensel İnsan Hakları*. (Çev. M. Erdoğan, L. Korkut). Ankara: Yetkin Yayınları.
- Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M. J., Browne, J. L., de Keijzer, K. J., Buster, M. C., & Das, K. (2011). Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *11*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-190>
- Dover, K. J. (1974). *Greek popular morality in the time of Plato and Aristotle*. Basil Blackwell.
- Dubus, N. (2016). Interpreters' subjective experiences of interpreting for refugees in person and via telephone in health and behavioural health settings in the United States. *Health & social care in the community*, *24*(5), 649-656. <https://doi.org/10.1111/hsc.12270>
- Duman, S. (2005). *Aile planlaması danışmanlık konuşmaları: kurumsal söylem çözümlemesi*. İstanbul: Simurg.
- Duman, S. (2018). *Söylem Araştırması: Kuramlar-Yöntemler-Çözümlemeler*. Eskişehir: Dorlion Yayınları.
- Dupuy, R. J. (Ed.). (1979). *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme* (Vol. 78). Martinus Nijhoff Publishers.
- Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi* (Santiago, Şili, Ekim 2005). Erişim: <http://insanhaklarisavunuculari.org/dokumantasyon/files/original/ff9d7dbcf03c9a55c7586711fa6ce1b3.pdf> (Erişim tarihi 23 Mart 2020).
- Dünya Hekimler Birliği/WMA. (2015). *Tıp etiği el kitabı 3*. (Çev. M. Civaner). Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi*. (Chicago, Ekim 2017). Erişim: [https://www.tb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44](https://www.tb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44) (Erişim tarihi 23 Mart 2020).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Edelstein, L. (1967). The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation, In *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*, ed. Owsei Temkin and C. Lilian Temkin (pp. 3-63). Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Ekşi, H., & Çelik, H. (2008). Söylem Analizi. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, C, 27*, 99-117.
- El-Gamal, s. , & Hanefeld, J. (2020). Access to health-care policies for refugees and asylum-seekers. *International Journal of Migration, Health and Social Care, 16*(1), 22-45. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-07-2018-0045>
- Elcioglu, O., & Duman, S. (2011). Concept of the Voluntariness in Kidney Transplantation from the Position of Donors and Recipients. In *Global Bioethics-Perspective for Human Survival*. IntechOpen.
- Elliott Burton Martin, J. (2012). The Virtuous Physician. A New Translation of a Pseudo-Hippocratic Text and Its Implications for the History of Moral Inquiry; or, The Significance of an Insignificant Text. *Journal of Interdisciplinary History of Ideas, 1*(2).
- Elmas, F. Y. (2013). Irkçı İdeolojiler Zemin Değiştirirken... *Dünya, 31*, 65-67.
- Erdoğan, G. (2008). Avrupa sosyal şartı ve gözden geçirilmiş Avrupa sosyal şartı. *TBB Dergisi, 77*, 123-165.
- Erdoğan, M., Kavukçuer, Y., & Çetinkaya, T. (2017). *Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilere yönelik medya algısı*. Özgürlük Araştırmaları Derneği, (5). Erişim: [https://mmuraterdogan.files.wordpress.com/2016/06/oad\\_c2lgwsk.pdf](https://mmuraterdogan.files.wordpress.com/2016/06/oad_c2lgwsk.pdf) (Erişim tarihi: 12 Ocak 2020).
- Erenel, H., Mathyk, B. A., Sal, V., Ayhan, I., Karatas, S. , & Bebek, A. K. (2017). Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Archives of gynecology and obstetrics, 295*(1), 45-50. DOI 10.1007/s00404-016-4188-5
- Esses, V. M., Medianu, S. , & Lawson, A. S. (2013). Uncertainty, threat, and the role of the media in promoting the dehumanization of immigrants and refugees. *Journal of Social Issues, 69*(3), 518–536. <https://doi.org/10.1111/josi.12027>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Eşigül, A., Arslan, B., Gencer, A., Tosun, S. , Korkmaz, S. , & Yıldırım, Ş. (2017). *Bilgiden Algıya: Türkiye'deki Sığınmacı, Göçmen ve Mülteci Algısı Üzerine Bir Çalışma*. Avrupa Siyasal ve Sosyal Araştırmalar Enstitüsü (PS:EUROPE).
- Etiker, Ş. (2017). *İkinci Meşrutiyetin Tabip Örgütleri*. İstanbul: Libra Kitapçılık ve Yayıncılık.
- Evans, T. (2002). A human right to health?. *Third World Quarterly*, 23(2), 197-215.
- Fahme, S. A., Sieverding, M., & Abdulrahim, S. (2021). Sexual and reproductive health of adolescent Syrian refugee girls in Lebanon: a qualitative study of healthcare provider and educator perspectives. *Reproductive Health*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01170-3>
- Fan, R. (2008). The discourses of confucian medical ethics. In R. Baker, L. B. McCullough (Eds.), *The Cambridge World History of Medical Ethics* (pp. 195-201). Cambridge University Press.
- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, culture & society*, 26(5), 44-60. DOI: 10.1177/0263276409106349
- Fassin, D. (2011). *Humanitarian reason: a moral history of the present*. University of California Press.
- First World Congress on Migration, Ethnicity, Race, and Health. Edinburgh declaration. (2018). Erişim: [www.merhcongress.com/welcome/edinburgh-declaration/](http://www.merhcongress.com/welcome/edinburgh-declaration/) (Erişim tarihi 20 Aralık 2020).
- Fiscella, K., Meldrum, S. , Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians?. *Medical care*, 1049-1055.
- Freedman, L. P. (1995). Reflections on emerging frameworks of health and human rights. *Health and human rights*, 314-348. <https://doi.org/10.2307/4065246>
- Freire, P. (2019). *Özgürlüğün Pedagojisi*. (Çev. G. K. Gevinç). İstanbul: Yordam Kitap.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Freire, P. (2020). *Ezilenlerin Pedagojisi 21*. (Çev. D. Hattatoğlu, E. Özbek). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- French, R. (1993). Ethics in the eighteenth century: Hoffmann in Halle. Ed. Wear, A., Geyer-Kordesch, J., & French, R. K. In. *Doctors and ethics: the earlier historical setting of professional ethics* (pp. 153-180). Brill Rodopi.
- Fuenzalida-Puelma, H. L., & Connor, S. S. (1989). *The right to health in the Americas: a comparative constitutional study* (No. 509). Pan American Health Organization.
- Furkan Dağcıoğlu, B., Baydar Artantaş, A., Keskin, A., Karataş Eray, İ., Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2020). Social adaptation status of Syrian refugee physicians living in Turkey. *Central European journal of public health*, 28(2), 149-154. DOI: 10.21101/cejph.a5955
- GA, UN. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Division for Sustainable Development Goals: New York, NY, USA*. Erişim: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication> (Erişim tarihi: 15 Aralık 2020).
- Gagliardi, A. R., Kim, C., & Jameel, B. (2020). Physician behaviours that optimize patient-centred care: Focus groups with migrant women. *Health Expectations*, 23(5), 1280-1288.
- Gasset, O. Y. (2011). *İnsan ve "Herkes" 4*. (Çev. N. G. Işık). İstanbul: Metis Yayınları.
- Gazzotti, L. (2020). Deaths, Borders, and the Exception: Humanitarianism at the Spanish–Moroccan Border. *American Behavioral Scientist*, 64(4), 408-435. doi:10.1177/0002764219882990
- Geçici Koruma Yönetmeliği*. (2014). Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15-1.pdf> (Erişim tarihi: 13 Ocak 2020)
- Gee, J.P. (1999) *An Introduction to Discourse Analysis: Theory and Method*. London: Routledge.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Getz, F. (1998). *Medicine in the English middle ages*. Princeton University Press.

Gezgin, E. (2016). *Damgalanan mekanda yaşam: Bir kentin ötekisi olmak*. Ankara: Phoenix.

Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*, 77, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>

Giglietto, D., Ciolfi, L., & Bosswick, W. (2021). Building a bridge: opportunities and challenges for intangible cultural heritage at the intersection of institutions, civic society, and migrant communities. *International Journal of Heritage Studies*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/13527258.2021.1922934>

Glesne, C. (2013). *Nitel araştırmaya giriş 2*. (Çev. A. Ersoy, P. Yalçınoğlu). Ankara: Anı Yayıncılık.

Goffman, E. (2020). *Damga: örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar 5*. (Çev. Ş. Geniş). Ankara: Heretik Yayıncılık.

Gök, G. O. (2016). Kimin Güvenliği? Uluslararası Göç-Güvelik İlişkisi ve Uluslararası Örgütlerin Rolü. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (31), 65-82.

Gregory, J. (1770). *Observations on the Duties and Offices of a Physician: And on the Method of Prosecuting Enquiries in Philosophy*. London: W. Strahan and T. Cadell.

Gregory, J. (1772). *Lectures on the duties and qualifications of a physician. By John Gregory, MDRS Physician to His Majesty, and Professor of Medicine in the University of Edinburgh*. W. Strahan; and T. Cadell, in the Strand.

Grove, N. J., & Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Social science & medicine*, 62(8), 1931-1942.

Gümüş Şekerci, Y., & Bilgili, N., (2015). Göçün sağlık Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 63-67.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gündüz, C. (2019). Sağlık Çalışanlarının Zenofobi (Yabancı Düşmanlığı) Tutumları ile Empatik Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kızıltepe Devlet Hastanesi Örneği. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Haakonssen, L. (1997). Interpreting Eighteenth-Century Medical Ethics. In *Medicine and Morals in the Enlightenment* (pp. 1-45). Brill Rodopi.
- Halioua, B. (2003). La xénophobie et l'antisémitisme dans le milieu médical sous l'Occupation vus au travers du Concours Médical. *M/S: médecine sciences*, 19(1), 107-115.
- Hall, W. S. (1906). Altruism in the medical profession. *Quarterly Bulletin of the Northwestern University Medical School*, 7(4), 447-449.
- Han, B. C. (2020). *Psikopolitika Neoliberalizm ve Yeni İktidar Teknikleri 3*. (Çev. H. Barışçan). İstanbul: Metis Yayınları.
- Hankinson, R. J. (1991). *Galen On the Therapeutic Method: Books and I and II*. Clarendon Press.
- Harding, C., Seal, A., Duncan, G., & Gilmour, A. (2019). General practitioner and registrar involvement in refugee health: exploring needs and perceptions. *Australian Health Review*, 43(1), 92-97. <https://doi.org/10.1071/AH17093>
- Hargreaves, S. , Holmes, A. H., Saxena, S. , Le Feuvre, P., Farah, W., Shafi, G., ... & Friedland, J. S. (2008). Charging systems for migrants in primary care: The experiences of family doctors in a high-migrant area of London. *Journal of Travel Medicine*, 15(1), 13–18.
- Harris, B. (2002). Xenophobia: A new pathology for a new South Africa? In D. Hook & G. Eagle (Eds.), *Psychopathology and social prejudice* (pp. 169–184). Cape Town: University of Cape Town Press.
- Harris, J. (1998). *Hayatın Değeri*. (Çev. S. Sertabiboğlu). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Hartland, J., & Larkai, E. (2020). Decolonising medical education and exploring White fragility. *BJGP open*, 4(5). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0147>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Hasta Hakları Yönetmeliği.* (2016). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 26 Şubat 2020).
- Hayek, F. A. (1995). *Kanun, Yasama Faaliyeti ve Özgürlük/Sosyal Adalet Serabı.* (Çev. M. Erdoğan). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Henry, J., Beruf, C., & Fischer, T. (2020). Access to health care for pregnant Arabic-speaking refugee women and mothers in Germany. *Qualitative health research, 30*(3), 437-447. <https://doi.org/10.1177/1049732319873620>
- Hicken, M. T., Kravitz-Wirtz, N., Durkee, M., & Jackson, J. S. (2018). Racial inequalities in health: Framing future research. *Social science & medicine (1982), 199*, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.027>
- Hiçdurmaz, Z., & Yüksel, H. (2020). Sağlık Hakkı Perspektifinde Avrupa’da Yaşayan Düzensiz Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences, 19*(1), 37-60. <https://doi.org/10.21547/jss.627312>
- Hoberman, J. (2016). Why bioethics has a race problem. *Hastings center report, 46*(2), 12-18. <https://doi.org/10.1002/hast.542>
- Hunt, P. (2016). Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. *Health and Human Rights, 18*(2), 109–130.
- Ibáñez, A. M., Rozo, S. V., & Urbina, M. J. (2021). Forced migration and the spread of infectious diseases. *Journal of Health Economics, 102*491. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102491>
- International Federation of Red Cross. (1999). Public Health: an Introduction. In J.M. Mann, S. Gruskin, M.A. Grodin and G.J. Annas (eds), *Health and Human Rights: A Reader* (pp. 29-34). New York: Routledge.
- International Organization for Migration/IOM. (2013). *Göç Terimleri Sözlüğü 2.* (Ed. Richard Perruchoud & Jillyanne Redpath-Cross). IOM Yayınları, No:31.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

International Organization for Migration/IOM. (2019). Glossary on Migration International Migration Law Series No.34. Erişim: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf) (Erişim tarihi: 29 Aralık 2019).

İlhan M. N., Gözlü M., Atasever M., Dünder M. A., Büyükgök D., & Barkan O. B. (2016). Göç ve Halk Sağlığı. *Sasam Enstitüsü/Analiz*, 2(7). Erişim: <http://www.sasam.org.tr/wp-content/uploads/2016/05/gochalkalsagligi.pdf> (Erişim tarihi: 4 Şubat 2020).

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı/İKGV. (2015). *Türkiye'de göçmen olmak göçmen işçiler araştırması* haz. Tuba Dünder, s. E., Elif Özer, E. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı/İKGV.

Janssens, K., Bosmans, M., Leye, E., & Temmerman, M. (2006). Sexual and reproductive health of asylum-seeking and refugee women in Europe: entitlements and access to health services. *Journal of global ethics*, 2(2), 183-196.

Johnstone, M. J., & Kanitsaki, O. (2010). The neglect of racism as an ethical issue in health care. *Journal of immigrant and minority health*, 12(4), 489-495. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9210-y>

Jones, W. H. S. (1923). Precepts. In *Hippocrates* (pp. 303–332), Vol. 1. Cambridge, MA: Harvard University Press. Erişim: <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.01.0251%3Atext%3DPraec.%3Asection%3D6> (Erişim tarihi: 3 Mart 2020).

Jonsen, A. R. (2000). *A short history of medical ethics*. Oxford University Press.

Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Dunlavy, A. C., Aldridge, R. W., Barreto, M. L., Katikireddi, S. V., & Rostila, M. (2019). Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(4), e420-e435. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6)

Kahraman, B. Y., & Şahin, M. (2021). Göçmenlerin Ülkemizdeki Sağlık Yüküne Etkisi ve Göçmenlere Bakış Açısı: Sağlık Personeli Aday Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 98-104. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.818662>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Karasu, M. A. (2018). Suç korkusu, göç ve Suriyeli sığınmacılar: Şanlıurfa örneği. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 1(3), 332-347.
- Karataş, Z., & Güzel, B. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Yabancı Düşmanlığıyla İlgili Tutumlarının İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 500-523. <https://doi.org/10.33417/tsh.641947>
- Kavlak, İ. V. (2011). *Askıdaki yaşamlar & algıdaki yaşamlar projesi araştırma raporu*, SGDD. Ankara: Atik Matbaacılık. Erişim: <http://www.madde14.org/images/e/e9/Sgddalgirapor.pdf>. (Erişim tarihi: 24 Aralık 2020).
- Kaya, M. (1987). Ünlü Hekim-Filozof Ebû Bekr Er-Razî ve Hekimlik Ahlakı ile İlgili Bir Risalesi. *Felsefe Arkivi*, (26): 227-246.
- Kaya, M. C. (2011). Tabibin felsefeye ihtiyacı var mı? İbn Hindu'ya göre tıp-felsefe ilişkisi. *Kutadgubilig: Felsefe Bilim Araştırmaları*, (19), 417-430.
- Kearney, R. (2018). *Yabancılar, Tanrılar, Canavarlar 2*. (Çev. B. Özkul). İstanbul: Metis Yayınları.
- Keleşmehmet, H. (2018). Dünyada ve Türkiye'de göçmen sağlığı. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(4), 119-126.
- Kızmaz, Z. (2018a). Göç ve Suç Arasında Bir İlişki Var mı?: Bütüncül Bir Bakış. *BEÜ SBE Derg.*, 7(2), 562-599.
- Kızmaz, Z. (2018b). Suriyeli Sığınmacılar: Güvenlik Kaygıları ve Suç. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 392-431
- Kibre, P. (1945). Hippocratic writings in the Middle Ages. *Bulletin of the History of Medicine*, 18(4), 371-412.
- King, L. S. (1958). Development of medical ethics. *New England Journal of Medicine*, 258(10), 480-486.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Klein, A. (2001). *HIV/AIDS and immigration: Final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network*. Erişim: <http://www.hivlegalnetwork.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/ImmigRpt-ENG.pdf> (Erişim tarihi: 28 Ocak 2020).
- Kline, R. (2011). Convergence of structural equation modeling and multilevel modeling. In Williams, M., & Vogt, W. P. (Eds.), *The SAGE handbook of innovation in social research methods* (pp. 562-589). London: SAGE Publications. doi: 10.4135/9781446268261.
- Klingler, C., Odukoya, D., & Kuehlmeier, K. (2018). Migration, health, and ethics. *Bioethics*, 32(6), 330–333. <https://doi.org/10.1111/bioe.12473>
- Klugman, C. (2019). *Bigotry in Medicine: Legal, Yes. Ethical, No*. Erişim: <http://www.bioethics.net/2019/05/bigotry-in-medicine-legal-yes-ethical-no/> (Erişim tarihi: 22 Şubat 2020).
- Kolukırcık, S. (2009). Mülteci ve sığınmacı olgusunun medyadaki görünümü: Medya politığı üzerine bir değerlendirme. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-20.
- Korkmaz, A. Ç. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 37-42.
- Küçük, H. (2020). Kentte Göç ve Güvenlik İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme: Esenler İlçesi Örneği. R.S. S. Biçer, A. Yıldız (Ed.), *Yeni Dünya Ekonomisi ve Güvenlik Mimarisi/New World Architecture of Economy and Security* içinde (ss. 509-522), İstanbul Tasam Yayınları.
- Küçükkendirci, H. & Batı, S. (2020). Konya’da sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacılara bakış açısının değerlendirilmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 28-39.
- Laycock J. (1848). Rules and Bye-Laws of the Manchester Medico-Ethical Association. *The British and foreign medico-chirurgical review*, 2(3), 1–30.
- Leake, C. D. (1927). *Percival's medical ethics*. Baltimore: Williams & Wilkins Company.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Leopold, E. F. (1830). *Lexicon Graeco-Latinum manuale: ex optimis libris concinnatum*. Tauchnitz.
- Lipovetsky, G. (2018). *Hipermodern Zamanlar*. (Çev. A. Altınörs). İstanbul: Bilge Kültür Sanat.
- Lucassen, G., & Lubbers, M. (2012). Who Fears What? Explaining Far-Right-Wing Preference in Europe by Distinguishing Perceived Cultural and Economic Ethnic Threats. *Comparative Political Studies*, 45(5), 547–574. <https://doi.org/10.1177/0010414011427851>
- Maehle A. H. (2012). 'God's ethicist': Albert Moll and his medical ethics in theory and practice. *Medical history*, 56(2), 217–236. <https://doi.org/10.1017/mdh.2011.34>
- MacKinney, L. C. (1952). Medical ethics and etiquette in the early Middle Ages: the persistence of Hippocratic ideals. *Bulletin of the History of Medicine*, 26(1), 1-31.
- Magnusson, M., & Jama, I. Z. (2020). Cultural mediators are needed to fulfill Right to health for all. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement\_5), ckaa165-672.
- Mann, J. (1996). Health and human rights. Protecting human rights is essential for promoting health. *British Medical Journal*, 312(7036), 924–925.
- Mann, J. M. (1997). Leadership is a global issue. *The Lancet*, 350, SIII23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)90056-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)90056-8).
- Mariani, F. (2010). *Migration and crime*. IRES, Université Catholique de Louvain, Paris School of Economics, IZA, Bonn. Erişim: [http://conference.iza.org/conference\\_files/LeIlli2010/mariani\\_f2907.pdf](http://conference.iza.org/conference_files/LeIlli2010/mariani_f2907.pdf) (Erişim tarihi: 27 Nisan 2020).
- Mardin, F. D. (2019). Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol– Uydu Şehir Karşılaştırması. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD, İstanbul.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Marks-Sultan, G., Kurt, S., Leyvraz, D., & Sprumont, D. (2016). The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public health reviews*, 37(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0027-2>
- Marx, K. (1844). *On the Jewish question*. Marxists Internet Archive. Erişim: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1844/jewish-question/>. (Erişim tarihi: 24 Mart 2020).
- Maurice, F. D. (1838). *The responsibilities of medical students: a sermon preached in the chapel of Guy's Hospital, on Sunday, March 4th*. London: Darton and Clark.
- Mazhar Osman [Uzman]. (1921). Hekimlik etmek hakkı. *İstanbul Seririyatı* [ek], 3(3), 85-87.
- Mazhar Osman [Uzman]. (1923). Ecnebi doktorlar. *İstanbul Seririyatı* [ek], 8(5), 479-480.
- Mazhar Osman [Uzman]. (1925). Şuun. *İstanbul Seririyatı* [ek], 1(7), 210.
- Mazhar Osman [Uzman]. (1926). Muhadenet Cemiyeti Kongresi Münasebetile. *İstanbul Seririyatı* [ek], 11(7), 891-892.
- McCullough, L. B. (1998). *John Gregory and the invention of professional medical ethics and the profession of medicine* (Vol. 56). Springer Science & Business Media.
- McGregor, L. S., Melvin, G. A., & Newman, L. K. (2016). An exploration of the adaptation and development after persecution and trauma (ADAPT) model with resettled refugee adolescents in Australia: A qualitative study. *Transcultural Psychiatry*, 53(3), 347-367. <https://doi.org/10.1177/1363461516649546>
- Mecking, O. (2017). *The Double Culture Shock of Becoming a Mom While Living Abroad Sept. 22, 2017*. Erişim: <https://www.thecut.com/2017/09/the-dual-culture-shock-of-becoming-a-mom-while-living-abroad.html> (Erişim tarihi: 30 Mart 2020).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Melossi, D. (2003). 'In a Peaceful Life': Migration and the Crime of Modernity in Europe/Italy. *Punishment & Society*, 5(4), 371-397. <https://doi.org/10.1177/14624745030054001>
- Memisoglu, F., & Yiğit, C. (2019). Uluslararası Göç ve Kalkınma: Teori ve Güncel Meseleler. *Yıldız Social Science Review*, 5(1), 39-62.
- Merriam, S. B. (2013). Görüşmelerin Etkin Yönetimi. S. Turan (Ed.), *Nitel araştırma: Desen ve uygulama için bir rehber* içinde (s. 85-110). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım:
- Miles, S. H. (2005). *The Hippocratic Oath and the ethics of medicine*. Oxford University Press
- Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth-London*, 13(1), 9-11.
- Moehling, C., & Piehl, A. M. (2009). Immigration, crime, and incarceration in early twentieth-century America. *Demography*, 46(4), 739-763. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0076>
- Mohamed, E., & Bastug, M. (2021). Syrian refugees in Canada and transculturalism: Relationship between media, integration and identity. *Journal of Refugee Studies*, 34(1), 219-240. <https://doi.org/10.1093/jrs/feaa009>
- Muhittin Celal [Duru]. (1337R.) [1921]. Meslekdaşlar arasında. *Anadolu Tıp Mecmuası*, 1(1), 25-27.
- Munyaneza, Y., & Mhlongo, E. M. (2019). Medical Xenophobia: The Voices of Women Refugees in Durban, Kwazulu-Natal, South Africa. *Global Journal of Health Science* 11(13): 25-33. doi: <https://doi.org/10.1101/603753>
- Müller, M., Khamis, D., Srivastava, D., Exadaktylos, A. K., & Pfortmueller, C. A. (2018, April). Understanding refugees' health. In *Seminars in neurology* (Vol. 38, No. 02, pp. 152-162). Thieme Medical Publishers. DOI: 10.1055/s-0038-1649337

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Mülteci Hakları Merkezi/Refugee Rights Turkey. (2017). *Türkiye’de Uluslararası Koruma Arayan Kişiler için Sağlık Hizmetleri Sorular/Yanıtlar Ağustos 2017 Güncellemesi*. Erişim: <https://www.mhd.org.tr/images/yayinlar/MHM-4.pdf> (Erişim tarihi: 19 Aralık 2019).
- Nacar, E., & Özer, A. (2017). Göçlerin çocuk sağlığına etkileri. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*, 3(1), 36-40.
- Neyzen Tefvik [Kolaylı]. (2009). *Azâb-ı Mukaddes*. (Haz. İ. Ada). İstanbul: Kapı Yayınları.
- Nietzsche, F. (2020). *İyinin ve Kötünün Ötesinde X*. (Çev. M. Tüzel). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları
- Nuriddin, A., Mooney, G., & White, A. I. (2020). Reckoning with histories of medical racism and violence in the USA. *The Lancet*, 396(10256), 949-951. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32032-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32032-8)
- Nuttall, J. (2011). *Ahlak üzerine tartışmalar: etiğe giriş 2.bs*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Nutton, V. (1992). Healers in the medical market place towards a social history of Graeco-Roman medicine. In A. Wear (Ed.), *Medicine in Society: Historical Essays* (pp. 15-58). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511599682.002
- Nye, R. A. (2006). Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947. *Le mouvement social*, (1), 19-36.
- Olgun [Mevlevi], T. (1976). *Şerh-i Mesnevî I. Cilt*. İstanbul: Şamil Yayınları.
- Oliver, J. H. (1939). An ancient poem on the duties of a physician. *Bulletin of the History of Medicine*, 7(3), 315-323.
- Olonisakin, T. T., & Adebayo, S. O. (2021). Xenophobia: scale development and validation. *Journal of Contemporary African Studies*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/02589001.2020.1853686>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Olowu, A. A. (2008). Persons in Contact: A general introduction. *Ife Psychologia*, 16(2), 1-22, VIII..
- Ooms, G., Hammonds, R., & Keygnaert, I. (2019). The ethics of migrant health: Power and privilege versus rights and entitlements. In Kumar, B. N., & Diaz, E. (Eds.), *Migrant Health: A Primary Care Perspective* (pp. 43-53). CRC Press.
- Ooms, G., Keygnaert, I., & Hammonds, R. (2019). The right to health: from citizen's right to human right (and back). *Public health*, 172, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.019>
- Orcutt, M., Mussa, R., Hiam, L., Veizis, A., McCann, S., Papadimitriou, E., Ponthieu, A & Knipper, M. (2020). EU migration policies drive health crisis on Greek islands. *The Lancet*, 395(10225), 668-670. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33175-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33175-7)
- Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. (2019). *Code de Déontologie Médicale Édition Novembre 2019*. Erişim: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (Erişim tarihi: 25 Nisan 2020).
- Önal, A., & Keklik, B. (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(15), 132-148.
- Özatalay, C., & Doğuç, S. (2018). *Türkiye'de Ayrımcılık Algısı: Türleri-Failleri-Boyutları*. (Yay. Haz. Eşit Haklar için İzleme Derneği/ESHİD). İstanbul: Ceylan Matbaası.
- Özaydın, Ö. (2012). İçimdeki Ahlâk Yasası: Kant'ın Ahlâk Kuramı Üzerine Eleştirel Bir İnceleme. *Felsefe Arkivi*, (34), 97-117.
- Özmete, E., Yıldırım, H., & Serdarhan, D. (2018). Yabancı Düşmanlığı (Zenofobi) Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18, 191-209. <https://doi.org/10.21560/spcd.v18i39974.451063>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Öztürk, M. (2020). Gençlerin Suriyelilere Yönelik Yabancı Düşmanlığına (Zenofobi) Etki Eden Sosyodemografik Faktörler, *Turkish Studies-Social Sciences*, 15(1), 559-576 <http://dx.doi.org/10.29228/TurkishStudies.40505>
- Padır, M. A. (2019). Examining xenophobia in Syrian refugees context: The roles of perceived threats and social contact. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Pam M.S., N. (2013). XENOPHOBIA. in PsychologyDictionary.org, 29 April 2013. Erişim: <https://psychologydictionary.org/xenophobia/> (Erişim tarihi: 25 Nisan 2021).
- Patuzzo, S., Goracci, G., & Ciliberti, R. (2018). Thomas Percival. Discussing the foundation of Medical Ethics. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(3), 343–348. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.7050>
- Patuzzo, S., De Stefano, F., & Ciliberti, R. (2018). The Italian Code of Medical Deontology. Historical, ethical and legal issues. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 157–164. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.6674>
- Pawlicka, P., Kazmierczak, M., & Jagiello-Rusilowski, A. (2019). Empathy and social closeness toward refugees from Syria: The mediating role of cultural intelligence. *Journal of community psychology*, 47(5), 1014-1031. <https://doi.org/10.1002/jcop.22169>
- Pellegrino, E. D., & Pellegrino, A. A. (1988). Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus. *Literature and medicine*, 7(1), 22-38. DOI: 10.1353/lm.2011.0164
- Peltokorpi, V. (2010). Intercultural communication in foreign subsidiaries: The influence of expatriates' language and cultural competencies. *Scandinavian Journal of Management*, 26(2), 176-188. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2010.02.003>
- Percival, T. B. (1794). *Medical Jurisprudence; Or a Code of Ethics and Institutes, Adapted to the Professions of Physic and Surgery*. [Baskı yeri yok] Erişim: <https://wellcomecollection.org/works/nqqyzuuk/items?canvas=5> (Erişim tarihi: 28 Mayıs 2020).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Peterie, M., & Neil, D. (2020). Xenophobia towards asylum seekers: A survey of social theories. *Journal of Sociology*, 56(1), 23–35. <https://doi.org/10.1177/1440783319882526>
- Platon. (2010). *Devlet, XX*. (Çev S. Eyüboğlu, M. A. Cimcoz). İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.
- Porter, W. O. (1837). *Medical Science and Ethicks; an Introductory Lecture, Delivered at the Bristol Medical School, Etc*. Bristol: W. Strong.
- Porter, D., & Porter, R. (1989). *Patient's progress: doctors and doctoring in eighteenth-century England*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. London: Fontana Press.
- Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, Compte rendu de la 1ère session, tenue à la Faculté de médecine de Paris, juillet 1900*. (1900). Paris: Masson & Cie, Éditeurs.
- Ray, K. (2017). *When a doctor calls a patient a racial slur, who is hurt?*. Erişim: <http://www.bioethics.net/2017/07/when-a-doctor-calls-a-patient-a-racial-slur-who-is-hurt/> (Erişim tarihi: 17 Haziran 2020).
- Ray, K. (2020). *Black Bioethics and How the Failures of the Profession Paved the Way for Its Existence*. Erişim: <http://www.bioethics.net/2020/08/black-bioethics-and-how-the-failures-of-the-profession-paved-the-way-for-its-existence/> (Erişim tarihi: 17 Haziran 2020).
- Ray, K. (2021). *Black Bioethics, Black Health, And White Mobs*. Erişim: <http://www.bioethics.net/2021/01/black-bioethics-black-health-and-white-mobs/> (Erişim tarihi: 17 Haziran 2020).
- Ray, K. S. (2021). It's time for a black bioethics. *The American Journal of Bioethics*, 21(2), 38-40. Erişim: <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1861381> (Erişim tarihi: 17 Haziran 2020).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Reavy, K., Hobbs, J., Hereford, M., & Crosby, K. (2012). A new clinic model for refugee health care: adaptation of cultural safety. *Rural and Remote Health, 12*, 1826. <https://doi.org/10.22605/RRH1826>

Redfield, P. (2005). Doctors, borders, and life in crisis. *Cultural Anthropology, 20*(3), 328-361. doi:<http://dx.doi.org/10.1525/can.2005.20.3.328>

*Revue québécoise de droit international (RQDI) 1985, Volume 2.*

Rickaby, J. (1919). *Moral philosophy: Ethics, deontology and natural law (Fourth Edition)*. Longmans, Green.

Riddick F. A., Jr (2003). The code of medical ethics of the american medical association. *The Ochsner journal, 5*(2), 6–10. PMID: 22826677

Rizkalla, N., Arafa, R., Mallat, N. K., Souidi, L., Adi, S., & Segal, S. P. (2020). Women in refuge: Syrian women voicing health sequelae due to war traumatic experiences and displacement challenges. *Journal of Psychosomatic Research, 129*, 109909. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109909>

Royal College of Physicians. (2020). “Royal College of Physicians Uncovers Years of Discrimination against Black, Asian and Minority Ethnic Doctors.” Oct 21, 2020. Erişim: <https://www.rcplondon.ac.uk/news/press-release-royal-college-physicians-uncovers-years-discrimination-against-black-asian-> (Erişim tarihi: 25 Mart 2021).

Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Zelkowitz, P., Crépeau, F., & Steinmetz, N. (2013). Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and child health journal, 17*(2), 292-298.. DOI 10.1007/s10995-012-0973-3

Rumbaut, R. G., & Weeks, J. R. (1986). Fertility and adaptation: Indochinese refugees in the United States. *International Migration Review, 20*(2), 428-466.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Rush, B. (1811). On the Vices and Virtues of Physicians. Delivered November 2d, 1801. In *Sixteen introductory lectures, to courses of lectures upon the institutes and practice of medicine: with a syllabus of the latter: to which are added, two lectures upon the pleasures of the senses and of the mind, with an inquiry into their proximate cause: delivered in the University of Pennsylvania* (pp. 120-140). Philadelphia: Bradford and Innskeep.
- Rush, B. (1951) [1789]. Observations on the duties of a physician, and the methods of improving medicine: Accommodated to the present state of society and manners in the United States. *The American Journal of Medicine*, 11(5), 551-556.
- Rydgren, J. (2004). The logic of xenophobia. *Rationality and society*, 16(2), 123-148. DOI: 10.1177/1043463104043712
- Sachs, A. (1995). *Economic and Social Rights and the Right to Health: An Interdisciplinary Discussion Held at the Harvard Law School in September, 1993*. Harvard Law School Human Rights Program.
- Safi, S. (2017). *Mülteci Hukuku*. İstanbul: Legal Yayınları.
- Sartwell, C. (1999). *Edepsizlik, Anarşi ve Gerçeklik*. (Çev. A. Yılmaz). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Saundby, R. (1902). *Medical Ethics: A Guide to Professional Conduct*. Bristol: John Wright and Co.
- Saundby, R. (1907). *Medical Ethics: A Guide to Professional Conduct, (2. Ed)*. Griffin; Philadelphia, Lippincott.
- Sayek, F. (1998). *Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler*. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. Erişim: [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/uluslararası\\_belgeler.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/uluslararası_belgeler.pdf) (Erişim tarihi: 20 Ocak 2019).
- Sayek, F. (2009). *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf> (Erişim tarihi: 20 Ocak 2019).



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Savulescu, J. (2006). Conscientious objection in medicine. *bmj*, 332(7536), 294-297.
- Savulescu, J., & Schuklenk, U. (2017). Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. *Bioethics*, 31(3), 162-170. <https://doi.org/10.1111/bioe.12288>
- Scheler, M. (2015). *Hinç*. (Çev. A. Yılmaz). İstanbul: Alfa.
- Seale, C. (1999). *Researching society and culture*. Sage Publication, London.
- Scheler, M. (2015). *Hinç*. çev. Abdullah Yılmaz. İstanbul: Alfa.
- Schuklenk, U. (2015). Conscientious objection in medicine: private ideological convictions must not supercede public service obligations. *Bioethics*, 29(5). DOI:10.1111/bioe.12167
- Shaeffer, R. (2009). *No Healing Here: Violence, Discrimination and Barriers to Health for Migrants in South Africa*. Johannesburg: Human Rights Watch Report. Erişim: <https://www.hrw.org/report/2009/12/07/no-healing-here/violence-discrimination-and-barriers-health-migrants-south-africa#> (Erişim tarihi: 28 Ocak 2020).
- Sennett, R. (2017). *Otorite 5*. (Çev. K. Durand). İstanbul: Ayrıntı Yayınevi.
- Shahvisi, A. (2019). Austerity or xenophobia? The causes and costs of the “hostile environment” in the NHS. *Health Care Analysis*, 27(3), 202-219. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00374-w>
- Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti. (1928). *Tababet ve şubatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun*. Kanun numarası/yılı, 1219.
- Smajlovic, A., & Murphy, A. L. (2020). Invisible No More: Social Work, Human Rights, and the Syrian Refugee Crisis. *Journal of Human Rights and Social Work*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s41134-020-00115-3>
- Smith, R. G. (1993). The development of ethical guidance for medical practitioners by the General Medical Council. *Medical History*, 37(1), 56-67.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Simon, M. (1845). *Déontologie médicale ou des Devoirs et des Droits des Medecins dans l'etat actuel de la civilisations*. JB Baillière.

Singer, P. (1997). *Galen: selected works*. Oxford University Press.

Smith, W. D. (1973). Galen on Coans versus Cnidians. *Bulletin of the History of Medicine*, 47(6), 569-585.

Stich, A. (2016). Frequent infectious diseases in migrants. *Der Internist*, 57(5), 409-415. DOI: 10.1007/s00108-016-0057-3

Sousa, C., Akesson, B., & Badawi, D. (2020). 'Most importantly, I hope God keeps illness away from us': The context and challenges surrounding access to health care for Syrian refugees in Lebanon. *Global Public Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1775865>

Soykan, Ö. B. C. (2016). "Bize Misafir dediler. Söyleyiniz, kimdir misafir? Var mıdır kanunda karşılığı?": Suriyeli Mültecilerin Perspektifinden Türkiye'de Yaşam. Erişim: <http://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/10/SURIYELI-MULTECILERIN-PERSPEKTIFINDEN-TURKIYE-DE-YASAM.pdf> (Erişim tarihi: 28 Temmuz 2020).

Sözen, E. (1999). *Söylem: belirsizlik, mübadele, bilgi/güç ve refleksivite*. İstanbul: Paradigma Yayınları.

Spiegelberg, H. (1970). Human dignity: A challenge to contemporary philosophy. In R. Gotesky & E. Laszlo (Eds.), *Human dignity. This century and the next* (pp. 39–62). New York: Gordon and Breach.

Staples, V. J. (1999). What are human rights?. *The Lancet*, 353(9164), 1626. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)75754-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)75754-8)

Suleman, S., Garber, K. D., & Rutkow, L. (2018). Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *Journal of public health policy*, 39(4), 407-423. <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0140-1>

Sundstrom, R. R., & Kim, D. H. (2014). Xenophobia and racism. *Critical philosophy of race*, 2(1), 20-45. <https://doi.org/10.5325/critphilrace.2.1.0020>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Symeonaki, M., & Kazani, A. (2011). Developing a fuzzy Likert scale for measuring xenophobia in Greece. *ASMDA, Rome*.
- Şafak-Ayvazoğlu, A., Künüroğlu, F., Van de Vijver, F., & Yağmur, K. (2021). Acculturation of Syrian refugees in the Netherlands: religion as social identity and boundary marker. *Journal of Refugee Studies, 34*(1), 555-578. <https://doi.org/10.1093/jrs/feaa020>
- Şirin, B., Ersoy, S., & Pala, E. (2019). Suriyeli Geçici Sığınmacılar ve Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşlarının Gebelik ve Doğum Sonuçlarının Karşılaştırılması: 3. Basamak Bir Hastanede Yapılmış Vaka Kontrol Çalışması. *Smyrna Tıp Dergisi, 25*-32.
- Şükrü Kâmil [Talimcioğlu]. (1909). Bizde Hekimlik: Âile Hekimliği. *Tababet-i Hâzıra, 1*(3), 3-4.
- Tahmazoğlu Üzeltürk, S. (2012). *Anayasa hukuku açısından sağlık hakkı*. İstanbul: Legal Yayıncılık.
- Taş, O., & Taş, T. (2018). Post-Hakikat Çağında Sosyal Medyada Yalan Haber ve Suriyeli Mülteciler Sorunu. *İleti-s-im, (29)*, 183-207.
- Taştan, C., İrdem, İ., & Özkaya, Ö. (2018). Politika ve uygulama boyutlarıyla göç ve uyum. Ankara: Polis Akademisi Yayınları.
- Taştan, N. (2018). Önsöz: Irkçılığa İlişkin Egemen Konumlanma; İnkâr. Eşit Haklar için İzleme Derneği/ESHİD (Yay. Haz.) *İstanbul Uluslararası Ayrımcılık Konferansı (26-27 Mayıs 2018) Bildirileri Kitabı* içinde (s. 9-11), İstanbul: Ceylan Matbaası.
- Taylor, R. C. (2013). The politics of securing borders and the identities of disease. *Sociology of health & illness, 35*(2), 241-254. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12009>
- TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Mülteci Hakları Alt Komisyonu. (2018). *Göç ve Uyum Raporu*. Erişim: [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc\\_ve\\_uyum\\_raporu.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc_ve_uyum_raporu.pdf) (Erişim tarihi: 22 Kasım 2019).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Temiz, Ö. (2014). Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 69(1), 165-188.
- Temkin, O. (1932). Geschichte des Hippokratismus im ausgehenden Altertum. (Doktora tezi). Institut für Geschichte der Medezin, Gießen.
- Terzioğlu, A. (2015). Hep bu Suriyelilerin Yüzünden: Sağlık Çalışanlarının Gözünden Suriyeli Çocukların Sağlığı. *Toplum ve Bilim*, 134, 102-18.
- Terzioğlu, A. (2019). Hastalıkta ve sağlıkta mülteci olmak: Türkiye'deki Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde yaşadıkları sorunlar. *beyond.istanbul*, 7, 39-44.
- Teunissen, E., Gravenhorst, K., Dowrick, C., van Weel-Baumgarten, E., Van den Driessen Mareeuw, F., de Brún, T., ... & MacFarlane, A. (2017). Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. *International journal for equity in health*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0525-y>
- Tevcihat. (1876). *Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye*, Teşrinisani 1293 [Kasım 1876], Numero 57.
- The Transactions of the American Medical Association, Instituted 1847, Vol. 25.* (1874). Philadelphia: Printed for the Association.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.* (1960). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf> (Erişim tarihi: 26 Temmuz 2020).
- Tichtchenko, P. (1994). Resurrection of the Hippocratic Oath in Russia. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3(1), 49-51. doi:10.1017/S0963180100004709
- Tognoni, G., & Macchia, A. (2020). Health as a Human Right: A Fake News in a Post-human World?. *Development*, 1-7. <https://doi.org/10.1057/s41301-020-00269-7>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Toker, E., & Aktaş, S. (2021). The childbirth experiences of Syrian refugee mothers living in Turkey: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1913487>
- Toldson, I. A. (2020). Transdisciplinary convergence to accelerate strategies to mitigate institutional racism in criminal justice, education, and health systems (editor's commentary). *The Journal of Negro Education*, 89(1), 1-7.
- Tonkiss, K. (2006). Analysis text and speech: content and discourse analysis. In C. Seale (Ed.). *Researching Society and Culture* (pp. 367-383). London: Sage Publications.
- Tozzo, P., Zanatta, A., D'Angiolella, G., Caenazzo, L., & Zampieri, F. (2020). Leonardo Botallo (1530–1587) and his pioneering contributions to traumatology, cardiology and deontology. *Journal of Medical Biography*. <https://doi.org/10.1177/0967772020940976>
- Tsai, D. F. (2005). The bioethical principles and Confucius' moral philosophy. *Journal of Medical Ethics*, 31(3), 159-163.
- Tsai, T. C. (2014). When Hippocrates and Sun Simiao met in Taiwan in a highly efficient health care system. *Medical education*, 48(1), 14-16.
- TTB *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*. (1999). Erişim: [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=65&Itemid=31](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31) (Erişim tarihi: 26 Ağustos 2020).
- TTB. (2009). *Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi 26 Haziran 2009*. Erişim: [https://www.ttb.org.tr/makale\\_goster.php?Guid=75181ffe-9041-11ea-9b7d-6d38d16eb233](https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=75181ffe-9041-11ea-9b7d-6d38d16eb233) (Erişim tarihi: 26 Ağustos 2020).
- Tuomisto, K., Tiittala, P., Keskimäki, I., & Helve, O. (2019). Refugee crisis in Finland: Challenges to safeguarding the right to health for asylum seekers. *Health Policy*, 123(9), 825-832. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.07.014>
- Turan, M., Kaya, A. A., & Sezen, İ. (2018). Türkiye'deki Suriyeli misafirler ve ilişkilendirilen bulaşıcı hastalıklar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 119-127.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Turhan, A. (2013). İnsan hakkı kuşakları arasındaki tamamlayıcılık ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 357-378.
- Tümeğ, D. (2018). *Türk halkının Suriyeli sığınmacı/mülteci algısı*. Ankara: Türksam Yayınları.
- Türe, M. G., & Türe, O. (2017). Hekimin Hizmetten Çekilme Hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (131), 295-346.
- Ullah, A. A., & Huque, A. S. (2014). *Asian immigrants in North America with HIV/AIDS: Stigma, vulnerabilities and human rights*. Springer.
- United Nations. (2001). *World Conference against Racism (WCAR), Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance in Durban*. Erişim: <https://www.un.org/WCAR/durban.pdf> (Erişim tarihi: 16 Nisan 2020).
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights/OHCHR and WHO. (2008). Fact Sheet No. 31: *The Right to Health*. Erişim: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> (Erişim tarihi: 24 Aralık 2020).
- UN. (2017). *Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings*. Erişim: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/ending-discrimination-healthcare-settings.pdf> (Erişim tarihi: 24 Aralık 2020).
- UNHCR. (2019). *Global Refugee Forum pledges collective action for better refugee inclusion, education, jobs*. Erişim: <https://www.unhcr.org/news/press/2019/12/5dfa56b54/global-refugee-forum-pledges-collective-action-better-refugee-inclusion.html> (Erişim tarihi 20 Ekim 2020).
- Ülman, Y. (2002). Mekteb-Tıbbiyenin 1850-51 Öğretim Yılı Faaliyet Raporu ve Mezuniyet Töreni. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, 4(1), 57-64.
- Ünsaldı, L. (2019). *Yabancı: Bir İlişki Biçimi Olarak Ötekilik 2*. Ankara: Heretik.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ünver, A. S. (1936). *Tıb İلمي ve Meşhur Hekimlerin Mahareti/La Science médicale et Habilité des médecins célèbres*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınlarından Sayı: 32.
- Van den Muijsenbergh, M., Van Weel-Baumgarten, E., Burns, N., O'Donnell, C., Mair, F., Spiegel, W., ... MacFarlane, A. (2014). Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: The case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. *Primary Health Care Research & Development*, 15(2), 122-133. doi:10.1017/S1463423613000157
- Van Der Veer, K., Yakushko, O., Ommundsen, R., & Higler, L. (2011). Cross-national measure of fear-based xenophobia: development of a cumulative scale. *Psychological reports*, 109(1), 27-42. <https://doi.org/10.2466/07.17.PR0.109.4.27-42>
- van Dijk, T. (2001). Principles of critical discourse analysis, In M. Wetherell, S. Taylor and S. J. Yates (Eds.) *Discourse Theory and Practice: A Reader* (pp. 300-317). London: Sage.
- van Dijk, T. (2020). Söylem ve İdeoloji Çok Alanlı Bir Yaklaşım. N. Ateş (Çev.), B. Çoban, Z. Özarslan (Eds.), *Söylem ve İdeoloji içinde* (s. 15-100), İstanbul:Su Yayınları.
- Vanthuyne, K., Meloni, F., Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., & Ricard-Guay, A. (2013). Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege?. *Social science & medicine*, 93, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.008>
- Vanyoro, K. P. (2019). 'When they come, we don't send them back': counter-narratives of 'medical xenophobia' in South Africa's public health care system. *Palgrave communications*, 5(1), 1-12.
- Vaughan-Williams, N. (2015). *Europe's border crisis: Biopolitical security and beyond*. Oxford University Press, USA.
- Veatch, R. M., & Mason, C. G. (1987). Hippocratic vs. Judeo-Christian medical ethics: principles in conflict. *The Journal of Religious Ethics*, 86-105.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Veatch, R. M. (1991). Justice and the right to health care: an egalitarian account. In *Rights to Health Care* (pp. 83-102). Springer, Dordrecht.
- Vidra, Z. (2019). Countering Islamophobia in Hungary. In *Countering Islamophobia in Europe* (pp. 123-151). Palgrave Macmillan, Cham.
- Vromans, L., Schweitzer, R. D., Knoetze, K., & Kagee, A. (2011). The experience of xenophobia in South Africa. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 90–93. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01075.x>
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu/YUKK (2013). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6458.pdf> (Erişim tarihi: 27 Aralık 2020).
- Yakushko, O. (2018). *Modern-day xenophobia: Critical historical and theoretical perspectives on the roots of anti-immigrant prejudice*. Springer.
- Yıldırım, N. (1993a). Nurican Efendi'nin Yeni Bulunan Deontoloji Kitabı I. *Tarih ve Toplum*, 116, 16–21.
- Yıldırım, N. (1993b). Nurican Efendi'nin Yeni Bulunan Deontoloji Kitabı II. *Tarih ve Toplum*, 117, 33–38.
- Yıldırım, N. (1995). Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'nin İlk Deontoloji Hocası Rusinyan Efendi. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*, 1, 148-161.
- Yurievna, P.L., & Speckhard, C. (1993). Solemn Oath of a Physician of Russia. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3(4), 419. doi:10.1353/ken.0.0048.
- Zhang, E., & Worthington, R. P. (2021). Barriers to Healthcare Access and Utilization among Urban Syrian Refugees in Turkey. *Journal of Student Research*, 10(2). <https://doi.org/10.47611/jsr.v10i2.1240>
- Zihindula, G., Meyer-Weitz, A., & Akintola, O. (2017). Lived Experiences of Democratic Republic of Congo Refugees facing Medical Xenophobia in Durban, South Africa. *Journal of Asian and African Studies*, 52(4), 458–470. <https://doi.org/10.1177/0021909615595990>



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Žižek, B. (2020). İnsan Yüzlü Teröristler. Jela Krecic (Ed.), *Son Gerisayım Avrupa, Mülteciler ve Sol* içinde (s.213-230), İstanbul: Metis Yayınları.
- Zunic, L., Karcic, E., & Masic, I. (2014). Medical ethics in the medieval Islamic sciences. *Journal of research in pharmacy practice*, 3(3), 75–76. <https://doi.org/10.4103/2279-042X.141072>
- Waddington I. (1975). The development of medical ethics -a sociological analysis. *Medical history*, 19(1), 36–51. <https://doi.org/10.1017/s002572730001992x>
- Wang, H., & Wang, X. (2014). Medical Ethics Education in China. *Bioethics Education in a Global Perspective: Challenges in global bioethics*, 4, 81–92. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9232-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9232-5_7)
- Ware, J. (1847). 'Duties and Qualifications of Physicians. An Introductory Lecture, Delivered before the Medical Class of Harvard University, October 16, 1833'. In *Discourses on Medical Education, and on the Medical Profession* (pp. 83-113), Boston, MA: James Munroe and Company.
- Warner, J. H. (1999). The 1880s Rebellion against the AMA Code of Ethics. Ed. Robert B. Baker, Arthur L. Caplan, Linda L. Emanuel, Stephen R. Latham. In *The American Medical Ethics Revolution: How the AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, and Society* (pp. 52-69). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Weil, S. (2019). *Kişi ve Kutsal 3*. (Çev. M. Erşen). İstanbul: Vakıf Bank Kültür Yayınları.
- Welborn, M. C. (1938). The Long Tradition: A Study in Fourteenth-Century Medical Deontology. In *Medieval and Historiographical Essays In Honor of James Westfall Thompson* Ed. by JL Cate and EN Anderson (p. 344-357). Chicago: The University of Chicago Press.
- Wieting, J. (1912). *Gülhane Seririyatı Külliyyat Mesaisi No:14: Gülhane Hakkında Üçüncü Lâyiha: 1326 senesinden 1328 senesine kadar Gülhane'deki tebeddülât*. İstanbul: Matbaa-i Hayriye ve Şürekâsı.
- Wild, V., & Dawson, A. (2018). Migration: a core public health ethics issue. *Public health*, 158, 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.02.023>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2013). Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1152–1173. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>

Withington, E. T. (1959). ‘Decorum’, In *Hippocrates* Vol. II (pp. 267-301). Loeb Classical Library: Harvard University Press.

*WMA Declaration of Cordoba on Patient-Physician Relationship Adopted by the 71st WMA General Assembly (online), Cordoba, Spain, October 2020.* Erişim: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/> (Erişim tarihi: 29 Şubat 2021).

World Health Organization. (1986). Constitution. in *Basic Documents* (36th ed), Geneva.

World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2016). *Tuberculosis control in migrant populations: guiding principles and proposed actions*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246423> (Erişim tarihi: 23 Şubat 2021).

World Health Organization/WHO. (2017). *Human rights and health*. Erişim <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (Erişim tarihi: 20 Aralık 2020).

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). *Factors affecting the employability of refugee Syrian health-care professionals in Turkey*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341821>. (Erişim tarihi: 20 Aralık 2020).

<https://www.france24.com/en/20200313-hungary-s-pm-orban-blames-foreign-students-migration-for-coronavirus-spread> (Erişim tarihi: 24 Aralık 2020).

<https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma-kapsamindaki-yabancilarin-genel-saglik-sigortalari-hakkinda> (Erişim tarihi: 12 Mayıs 2021).

<https://www.goc.gov.tr/sosyal-uyum-projesi-calistayi-duzenlendi#> (Erişim tarihi: 10 Mart 2020).

<https://www.afad.gov.tr/barinma-merkezlerinde-son-durum> (Erişim tarihi: 9 Şubat 2020).

<https://dictionary.apa.org/xenophobia> (Erişim tarihi: 17 Ocak 2020).

[https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=67b44ed8-9232-11e7-b66d-1540034f819c](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=67b44ed8-9232-11e7-b66d-1540034f819c) (Erişim tarihi: 18 Nisan 2021).

[https://ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=bac58a20-7525-11e8-b8e4-f23637708b6a&1534-D83A\\_1933715A=811246924aa64be06d0b804179b0361e5a6deb69](https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=bac58a20-7525-11e8-b8e4-f23637708b6a&1534-D83A_1933715A=811246924aa64be06d0b804179b0361e5a6deb69) (Erişim tarihi: 16 Mart 2021).

<https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-53610/-90-850-288-38-38-cagri-merkezi.html> (Erişim tarihi: 14 Haziran 2021).