

ATATÜRK DÖNEMİ GÖÇ VE İSKÂN POLİTİKALARI *

Elif Zülal SAYGIN**

Geliş/Received: 07.12.2021

Kabul/Accepted: 10.03.2022

ÖZET

Göç, canlıların yaşamlarını sürdürebilmek amacıyla yaptıkları sosyal bir hareketliliklerdir. İnsanlar da buldukları coğrafyalardan çeşitli nedenlerle başka coğrafyalara göç etme arzusu ile hareket etmektedirler. 1877-1878 yılları arasında cereyan eden ve 93 harbi olarak adlandırılan Osmanlı- Rus savaşı sonrası kaybedilen topraklardan Anadolu'ya doğru bir göç başlamıştır. Kafkaslarda ve Balkanlarda sürekli devam eden bu göç olgusu bu sefer tersine göç hareketi ile karşılaşmıştır. Bu savaşın ardından yaşanmış olan Balkan Savaşları ve I. Dünya Harbi ise 1914-1918 yılları arasında meydana gelmiş ve göç hareketi bu savaşlar sonrasında da hızla devam etmiştir. 1919-1922 yılları arasında yine topraklarımızda meydana gelen Kurtuluş Harbi sonrasında sular durulmuş ve savaşın tarafları İsviçre'nin Lozan kentinde bir barış konferansı için toplanmıştır. Bu toplantı sonrası azınlıklar meselesi Türkiye ve Yunanistan arasında yapılmış olan 30 Ocak 1923 tarihli Türk ve Rum Nüfus Mübadelesine İlişkin Sözleşme ve Protokol ile açıklığa kavuşmuştur. 1923-1938 yılları arasında Yeni kurulan Türk Devleti ülkeye gelen yeni nüfusu homojen bir şekilde topraklarında dağıtabilmek amacıyla önemli iskân kanunlarını meclis görüşmelerinde müzakere etmiştir. Bu amaçla ilk olarak Lozan Antlaşması sonrasında Mübadele edilecek ahalî işleri için Mübadele İmar ve İskân Vekâlet'ini meydana getirmişlerdir. Ayrıca çeşitli kanunlar ile iskân edilmiş olan muhacirleri her alanda faal hale getirmeye çalışmışlardır. Bu çalışmada 1923-1938 yılları arasında Türkiye'nin Göç ve İskân Politikaları değerlendirilmiş, ayrıca bu tarihler arasında Türkiye'ye gelen göçmenlere de değinilmiştir. Bu bağlamda 362 Sayılı Kanun ve 885 Sayılı kanun Türkiye'nin İskân Politikasının belirlenmesinde önemli bir etkenlerinden olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Göç, İskân, Atatürk, Mübadele, Meclis

MİGRATION AND DEPOSIT POLICIES IN THE ATATÜRK PERIOD (1923-1938)

ABSTRACT

Migration is a social movement of living things in order to survive. People also move from their geographies with the desire to migrate to other geographies for various reasons. After the Ottoman-Russian war, which took place between 1877-1878 and called the 93 war, a migration towards Anatolia started from the lost lands. This migration phenomenon, which continues continuously in the Caucasus and the Balkans, has encountered reverse migration this time. The Balkan Wars and the First World War, which took place after this war, took place between 1914-1918 and the migration movement continued rapidly after these wars. After the War of Independence, which took place in our lands between 1919-1922, the waters calmed down and the parties of the war gathered for a peace conference in Lausanne, Switzerland. After this meeting, the issue of minorities was clarified with the Convention and Protocol on the Exchange of Turkish and Greek Populations between Turkey and Greece dated January 30, 1923. Between 1923 and 1938, the newly established Turkish State negotiated important settlement laws in parliamentary meetings in order to distribute the new population homogeneously in its territory. For this purpose, after the Treaty of Lausanne, they created the Ministry of Population Reconstruction and Settlement for the people's jobs to be exchanged. In addition, they tried to make the immigrants, who were settled by various laws, active in every field. In this study, Turkey's Migration and Settlement Policies between the years 1923-1938 were evaluated, and also the immigrants who came to Turkey between these dates were mentioned. In this context, Law No. 362 and Law No. 885 have been an important factor in determining Turkey's Settlement Policy.

Key Words: Immigration, Settlement, Atatürk, Exchange, Parliament

* Bu makale Atatürk Dönemi Göç ve İskân Politikaları (1923-1938) isimli Yüksek Lisans Tez'inden üretilmiştir.

** Yüksek Lisans Mezunu, ezaslan027@gmail.com, orcid.org/0000-0002-1743-9306

GİRİŞ

Göç, insanların varlıklarını sürdürmeye başladıkları zamanlarından günümüze kadar var olagelen bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumların kaderinin belirlenmesinde çok önemli bir yere sahip olan göç olgusu kimi zaman da tarihin kaderini değiştiren olayları da meydana getirmiştir. Bu da toplumların ilkçağlardan bu yana bir göç stratejisi oluşturmalarını zaruri kılmıştır. Tarih boyunca bütün devletlerin kendilerine özgü göç stratejileri olmuştur. Bu strateji dönemin ve coğrafyanın etkilerine göre değişmiş ve değişmeye devam etmektedir.

İnsanların göç etmelerine neden olan etmenlerin başında yaşam kaynağına yakın olma arzusu gelmektedir. İlk insanlar avcı-toplayıcı bir yaşam sürdürdüklerinden sürekli hareket halinde olmuşlardır. Yaşam kaynağı aramalarının yanı sıra, doğanın sebep olduğu; iklim değişiklikleri, doğal afetler, kuraklık, açlık gibi faktörler etkili olduğu gibi, beşerî faktörlerden olan savaşlar da insanların göç etmelerine sebep olmaktadır. Bu kitlesel hareketlerde insanlar iç-dış veya gönüllü-zorunlu olmak üzere farklı tanımlamalarla göç etmektedirler. İç göçler, ülke içerisinde kırsaldan kente, kentten kırsala veya şehirler arasında yapılan göçleri kapsarken (Ed.Perruchoud & Jillyanne, s. 43), dış göçler ise devletin kendi sınırları dışarısına yapılan göçleri kapsamaktadır (Baklacioğlu Özgür, 2010, s. 131). Gönüllü göçler ve zorunlu göçler de ise kişinin isteğine ya da isteğine bakılmaksızın yapılmaktadır.

Bir imparatorluk hüviyetine ve geniş sınırlara sahip olmuş olan Osmanlı Devleti'nin yıkılmasıyla gerek kaybedilen topraklardan gerekse de Anadolu'da bulunan azınlıklar nedeniyle ciddi bir göç sorunu meydana gelmiştir. Bu durum hem Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde hem de yıkılan Osmanlı Devleti'nin küllerinden yeniden doğan Yeni Türkiye Cumhuriyeti için ciddi bir sorun olarak karşısına çıkmıştır. Cumhuriyetin erken yıllarında yeni devletin ilgilenmesi gereken konuların başında göç meselesi gelmiştir. Bu çalışmada Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yılları ve bilhassa Atatürk döneminde meydana gelen göçler ve bu göçlere karşı alınan tedbirler ele alınmıştır. Atatürk dönemi göç ve iskân politikaları incelenirken hem Osmanlı hem de Cumhuriyet Arşivlerinden faydalanılmıştır. Ayrıca dönemin basını ve bu dönemde ele alınan birinci el kaynaklar da kullanılmıştır.

1. LOZAN BARIŞ ANTLAŞMASI'NDA MÜBADELE SORUNU

Kurtuluş Savaşımızın başarı ile sonuçlanmasının ardından Türk heyetinin Lozan kentinde barış görüşmelerine çağrılmış olması Türk tarihinin kırılma noktalarından birini teşkil etmektedir (Saygın, Kâzım Karabekir ve Terakkiperver Cumhuriyet Fırkası, 2020, s. 1098). Bu kırılma noktasının başlangıcında Saltanatın kaldırılması önemli bir yer tutmaktadır. Saltanatın kaldırılmasının ardından Lozan'a İsmet İnönü liderliğinde katılan Türk hükümetini çözülmeyi bekleyen bir dizi sorun beklemekteydi. Bunlardan biri de mübadele konusuydu. Lozan'a gidecek olan heyete Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından on dört maddeden oluşan bir talimat verilmiştir. Bu talimatlar içerisinde azınlıklar konusunda mübadelenin yapılması gerektiği belirtilmiştir (Şimşir B. N., 1990, s. XIV). TBMM heyetine verilen talimatname bu şekilde iken Lozan'da mübadele konusunun gündeme gelmesine sebep olan gelişme Yunanistan'a Kurtuluş Savaşı'nın ardından yoğun bir Rum göçünün başlamış olmasıdır. Yunan hükümeti ülkeye doğru yapılan bu göç hareketini kontrol etmekte zorlanınca Milletler Cemiyeti'ne başvurmuş ve Milletler Cemiyeti Dr. Fridlof Nansen'i göçmen sorununu çözmesi için görevlendirmiştir. Dr. Nansen 12 Ekim'de İstanbul'da Ankara Hükümeti temsilcisi olan Hamit Bey ile görüşmüş ve bu görüşmenin sonucunda Ankara Hükümetine üç öneride bulunmuştur (Çelebi, 1999) (Karataş, 2004). Bu öneriler şu şekilde olmuştur;

- "Yunanistan'daki Müslümanlarla, Anadolu'daki Rumların değiştirilmesi
- İstanbul'daki Rumların değişim dışı tutulmaları,

Değişimin isteğe bağlı olması ve barış koşullarının saptanmasını beklemeden hemen başlanması" (Biçici, Lozan Barış Antlaşması ve Göç, 2019, s. 200). Dr. Nansen iki hükümete de durumu bildirmiş ve artık son söz konferansta alınacak kararlara bırakılmıştır. İşte bu gelişmelerin ardından 1 Aralık 1922 tarihinde Lozan'da Lord Curzon başkanlığında yapılan toplantıda, nüfus mübadelesi konusu gündeme gelmiştir. Lord Curzon toplantıyı bu sebeple yaptığını da konuşmasında belirtmiştir (Peker, 2005, s. 1018). Yine bu oturumda Dr. Nansen 'de söz almış ve konuşmasında: "Yakın Doğu'da halkların iç içe girmişlikten kurtarılmasının barışın kurulmasını ve nüfus

mübadelesinin yer değiştirmelerin yaratmış olduğu ekonomik sorunlara en etkin bir çözüm olacağını” (Kiracı, 2006, s. 14) savunmuş ve raporunu bu oturumda okuyarak mübadelenin gerekliliğini ve iki hükümetinde ekonomik problemlerini gündeme getirerek mübadelenin bir an önce yapılması gerektiğini söylemiştir (Bozdağlıoğlu, 2014, s. 16). İsmet Paşa, toplantıda esirler konusunun yerine mübadele konusunun gündeme gelmesine şaşırılmış ve bu konu hakkında ki görüşlerinin azınlıklar konusu dâhilinde konuşulduğunda söyleyeceğini sözlerine eklemiştir. İsmet Paşa, konu hakkında konuşmaların devam etmesi üzerine, görüşlerini genel hatları ile açıklamıştır (Meray, 2001, s. 122-124). Yunanları acınacak durumda gösteren Lord Curzon’a karşı İsmet Paşa, Rumların daha kötü durumda olduğunu eleştirerek durumun ekonomik boyutundan çok insani boyutuyla değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (Kara, 2005, s. 190). İsmet Paşanın açıklamalarının ardından konuyu görüşmek amacıyla alt komisyonlar kurulmasına karar verilmiştir. Bu 3 alt komisyon ise şunlardır:

- Sivil tutsaklar sorunu
- Savaş tutsakları sorunu
- Nüfus mübadelesi sorunu

Nüfus mübadelesi komisyonunun en önemli konusu olmuştur. İtalyan temsilci Montogna alt komisyonun karşılaştığı sorunları anlatmış ve iki hükümet de mübadelenin başarılı olamayacağını iddia etmiştir. Yapılan görüşmeler üzerine, Batı Trakya Müslüman nüfusu ile İstanbul’un Rum nüfusunun mübadele dışı tutulması kararlaştırılmıştır (Meray, Lozan Barış Konferansı (Tutanaklar ve Belgeler), 2001, s. 322-323). Bunun ardından da mübadelenin zorunlu ya da gönüllü mü olacağı konusu ortaya atılmıştır. Yunan heyeti mübadelenin gönüllü olmasını teklif etmiştir ve bu karara Türk heyeti ile birlikte Lord Curzon’da karşı çıkmıştır (Güner, 2017, s. 24). Komisyon kararı olarak mübadelenin zorunlu olmasına karar verilmiştir (Meray, 2001, s. 323).

Yapılan görüşmeler neticesinde 23 Ocak 1923 tarihli alt komisyonda görüş birliğine varılmış ve sivil rehinelere geri verilmesi ve savaş tutsaklarının da iadesine dair bir anlaşmayla birlikte nüfus mübadelesine ilişkin sözleşme metni ortaya konmuştur (Meray, Lozan Barış Konferansı (Tutanaklar ve Belgeler), 2001, s. 2). 30 Ocak 1923 tarihinde Türk- Rum Ahalinin Değişimine dair Nüfus Mübadelesi ve Protokolü Türk tarafından İsmet Paşa, Dr. Rıza Nur Bey ve Hasan Bey, Yunan tarafını temsilen ise E.K. Venizelos ve D. Caclamenos tarafından imzalanarak yürürlüğe girmiştir (Saygın, 2021, s. 1440). Bu antlaşma on dokuz maddeden oluşmaktadır (Arı, 2000, s. 18). Gelen mübadiller için Mübadele İmar ve İskân Vekâleti kurulmuş ve bu vekâlete özel bir bütçe ayrılmıştır. 366 sayılı kanunla Mübadele, İmar ve İskân Vekâlet’inin teşkilat yapısı ve Bütçesi belirlenmiştir. Bu kanuna göre vekâlete 6.095.083 lira tahsil edilmiştir (Mübâdele, İmâr ve İskan Vekaletinin Teşkilât ve Masrafı Hakkında Kânûn, 1923).

Mübadele için bir iskân planı belirlenmiş ve bu iskân planına göre sekiz alan belirlenmiştir.

Tablo 1.

Mübadele öncesinde iskân planı (Tevfik, 2017, s. 52)

Birinci Alan	Samsun ve havalisi
İkinci Alan	Adana ve havalisi
Üçüncü Alan	Malatya ve havalisi
Dördüncü Alan	Amasya, Tokat, Sivas ve havalisi
Beşinci Alan	İzmir, Manisa, Menteşe ve Denizli havalisi
Altıncı Alan	Çatalca, Tekfurdağı, Niğde ve Karaman havalisi
Yedinci Alan	Antalya, Silifke ve havalisi
Sekizinci Alan	Ayvalık, Edremit, Mersin ve havalisi

Tablo 2.

İskân planının son şekli

Birinci Alan	Sinop, Samsun, Ordu, Giresun, Trabzon, Gümüşhane, Amasya, Tokat, Çorum
İkinci Alan	Edirne, Gelibolu, Kırkkilise, Çanakkale, Balıkesir
Üçüncü Alan	Balıkesir
Dördüncü Alan	İzmir, Manisa, Aydın, Menteşe, Afyon
Beşinci Alan	Bursa
Altıncı Alan	İstanbul, Çatalca, Zonguldak
Yedinci Alan	İzmit, Bolu, Bilecik, Eskişehir, Kütahya
Sekizinci Alan	Antalya, Isparta, Burdur
Dokuzuncu Alan	Konya, Niğde, Kayseri, Aksaray, Kırşehir
Onuncu Alan	Adana, Mersin, Silifke, Maraş

Antonios Pavlids'in "Yunan Kaynaklarına Göre Mübadele Meselesi (1918-1930)" adlı tezinde verilen bilgilere göre iskân planının son şekli Tablo 2'de verildiği şekilde olmuştur (Pavlidis, 1997, s. 33). Bu planlarda küçük değişiklikler yapıldığı görülmektedir.

Mübadele öncesinde mübadiller ülkeye gelmeden önce nereden geldikleri, yerleştirilecekleri yerler, sayıları ve meslekleri de verilmiştir. Tablo 3'te verilen bilgiler aşağıdaki gibidir (Tevfik, 2017, s. 53).

Tablo 3.

Geldikleri Yer	Sayıları	Meslekleri	Toplam	Yerleştirildikleri Yer
Drama- Kavala	30.000	Tütüncü	30.000	Samsun
Serez	20.000	Tütüncü	40.000	Adana
	15.000	Çiftçi- Bağcı		
	5.000	Zeytinci		
Kozani- Grebene- Naslic- Kesriye	2.500	Tütüncü	22.500	Malatya
	15.000	Çiftçi- Bağcı		
	5.000	Zeytinci		
Kayalar- Karaferye- Vodine- Katerini-	3.000	Tütüncü	43.000	Amasya Tokat
	25.000	Çiftçi- Bağcı		

Alosonya- Langada- Demirhisar- Gevgeli	15.000	Zeytinci		Sivas
Zeytuncu- Drama- Kavala- Selanik	20.000	Çiftçi- Bağcı	64.000	Menteşe
	40.000	Zeytinci		Manisa
	4.000	Tütüncü		İzmir Denizli
Kesendire- Polizoz- Sarisaban- Avrethisar- Nevrokopi	20.000	Zeytinci	90.000	Çatalca
	55.000	Çiftçi-Bağcı		Tekirdağ
	15.000	Zeytinci		Karaman Niğde
Preveza- Yianya	15.000	Çiftçi-Bağcı	55.000	Antalya
	40.000	Zeytinci		Silifke
Midilli- Girit	30.000	Çiftçi-Bağcı	50.000	Ayvalık
	20.000	Zeytinci		Edremit Mersin

Bu tabloda dikkat çekici nokta gelen mübadillerin yerleştirildiği bölgelerin Türkiye’de mesleklerini devam ettirebileceği yerlerin olmasıdır. Böylece mübadillere iş imkânı sağlandığı gibi ülkede de tarım faaliyetleri kuvvetlendirilmeye çalışılmıştır.

Mübadillerin ülkeye getirilmeye başlamasının ardından ilk kabileler Selanik ve Kavala gibi liman kentlerinden gelmiştir. Liman kentlerinde yığılmış olan birçok Türk ailesinin perişan halde yaşamaları mübadelenin buradan başlamasına neden olmuştur (Ağanoğlu, 2017, s. 321-322).

17 Temmuz 1923 yılında mübadillerin yanlarında getirecekleri eşyalar ile ilgili “*Ahali Mübadelesi, Mukavelesinin Tatbikine Dair Talimat*” yayımlanmıştır. Buna göre “*göçmenlerin eşyaları beş nüfusa kadar aileler için 250 kilo, beş nüfustan fazla olanlar için ise 500 kilo ve tek nüfuslar için 100 kiloya kadar ücretsiz taşınacağı belirtilen miktarların üzerine ise ekstra ücret alınacağı belirtilmiştir.*” Talimatname bu şekilde iken mübadilleri getirecek olan gemilerin ihalesi ilk olarak İtalyan Lyod Tristino Vapur Kumpanyası tarafından kazanılmış ancak Türk Vapur Birliği dururken yabancı bir kumpanyanın kazanması ülkede tepkiyle karşılanmıştı. Bu sebeple Türk Vapurcular Birliği ile anlaşma sağlanmıştır. (Demirtaş, 2008, s. 19-20). Göçmenler ülke sınırlarına geldikten sonra önceden günümüzde Kızılay olarak bilinen Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından muayene edilip ülkeye öyle kabul ediliyordu. Türkiye’den dönen gemiler beraberlerinde Rum göçmenleri de Yunanistan’a taşımaktaydı (Ağanoğlu, 2017, s. 321-322). Türklerin ülkeye gelirken yoldaki ihtiyaçları Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından karşılanırken, Yunanistan’a giden Rumların ihtiyaçları ise 7 farklı Amerikan teşkilatı tarafından karşılanmaktaydı. Buna rağmen Milletler Cemiyeti, Yunan Milli Bankası başkanına altı milyon sterline kadar uzun vadeli borç verebileceklerini beyan etmişlerdir (Çapa, 1990, s. 49). Türk tarafında ise her şey imkanlar doğrultusunda yapılmıştır. Bunun için her detayı düşünülen bir talimatname 25 Kasım 1923 tarihinde yayımlanmıştır. Talimatnameye göre “*muhacirlere karantina merkezlerinde, sabahları ekmek, çay akşamları ise etli ekmek; Karantina merkezlerinden ihraç iskelelerine kadar yolda, ekmek ve katık; ihraç iskelelerinde ki misafirhanelerde sabahları ekmek ve çay, akşamları etli ekmek; yollarda, ekmek ve katık; iskân tarihinden itibaren iki ay süreyle yalnız ekmek veya un, gerektiği zaman bunların bedeli de verilecekti*” (Biçici, Lozan Barış

Antlaşması ve Göç, 2019, s. 203). Böylece mübadiller yerleşene kadar mağdur olmalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Göçmenlerin sadece yiyecek ihtiyaçları için değil geçici barınma yerleri için de gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Böylece 28 Kasım 1923 tarihinde Misafirhaneler Talimatnamesi yayınlanmıştır. Bu talimatname ile;

- A- İhraç İskelelerinde
- B- Konak Yerlerinde
- C- İskân Mıntıklarında: Açılacak olan muhacirin misafirhanelerinin açılış şartları ve idaresi hakkında bilgiler içermektedir.

Bu talimatnamenin ilk iki maddesinde emval-i metruke olarak ifade edilen terkedilmiş evlerin askeriye alınacak olan yatak ve yorgan gibi eşyalar ile misafirhaneler yapılacağı belirtilmiştir. 3. Maddede yine Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından revirlerin açılacağı, 4. Madde ile misafirhanelerin kaynaklarını Hilal-i Ahmer Cemiyeti, bölgenin ileri gelenleri ve bu imkânların olmadığı yerlerde ise hükümet tarafından karşılanacağı kararlaştırılmıştır (İskan Tarihçesi, 1932, s. 19-20).

1924 yılında çeşitli bölgelerde kurulan misafirhanelerin listesi aşağıdaki tabloda verilmiştir (Erdal, 2018, s. 101).

Tablo 4.

Misafirhanelerin Bulunduğu Bölge		Yatak Kapasitesi
İstanbul	Ahırkapı	2.000
	İplikhane	1.000
	Çatalca	300
Gelibolu		500
Menteşe (Muğla)	Güllük (İskele)	300
	Bodrum (İskele)	200
	Marmaris (İskele)	250
	Fethiye (İskele)	500
Çanakkale		300
Erdek (İskele)		1.000/1.500
Samsun		3.000
Edirne (Karaağaç)		1.000
Toplam Yatak Kapasitesi		10.350/10.400

Antonios Pavlidis'in Diplomat A. Pallı'dan aktardığı bilgilere göre Yunanistan'dan Türkiye'ye 347.582 göçmen gelmiştir. Gelen göçmenler ise Makedonya, Epir, Teselya, Girit ve Ege Adalarından gelmiştir (Pavlidis, 1997, s. 31-32).

1924-1933 yılları arasında ülkeye gelen mübadillerin listesi ve bunlara verilen taşınmazlar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Ağanoğlu, 2017, s. 331-332).

Tablo 5.

Sıra No	İller	Aile Ad.	Nüfus	Ev	Dükkan	Arsa	Toprak (Dönüm)	Bağ (Dönüm)	Bahçe (Dönüm)
1	Adana	1.640	5.862	1.640	344	41	45.187	2.870	84
2	Afyon K.H.	109	358	74	-	-	3.472	-	58
3	Aksaray	1.076	3.186	747	22	-	13.561	2.178	2.273
4	Amasya	475	2.087	448	43	5	14.887	1.549	-
5	Ankara	185	925	135	159	56	16.426	286	290
6	Antalya	1.087	4.015	1.033	228	-	106.780	939	-
7	Aydın	2.264	8.312	1.893	201	144	97.256	-	12.466
8	Balıkesir	7.541	25.515	7.018	1.583	958	131.540	606	906
9	Bilecik	771	2.665	-	-	-	11.308	2.696	3.393
10	Bolu	14	122	5	9	-	3.131	-	-
11	Burdur	102	380	98	8	-	2.403	330	57
12	Bursa	7.082	31.558	5.317	719	1.544	150.221	4.445	33.885
13	Çanakkale	2.143	9.646	2.709	152	8	87.894	1.091	3.492
14	Çankırı	2	5	2	-	-	-	-	6
15	Çorum	428	1.680	181	83	42	18.697	297	150
16	Cebelibereket	502	2.396	486	48	16	13.482	-	960
17	Denizli	490	1.740	193	141	-	14.511	-	-
18	Diyarbakır	3	8	2	4	-	296	-	-
19	Edirne	10.354	24.705	10.354	128	243	400.334	11.998	3.485
20	Elâzığ	174	651	174	-	-	11.484	-	-
21	Erzincan	272	945	272	-	-	11.805	-	-
22	Eskişehir	855	1.214	186	29	214	4.633	1	-
23	Gaziantep	119	438	117	-	-	8.082	-	-
24	Giresun	216	832	214	39	-	938	-	6.118
25	Gümüşhane	17	130	839	-	-	11.191	-	-
26	İçel	143	543	143	16	-	5.674	-	32

27	İzmir	13.234	62.947	5.000	3.000	-	1.000.000	5.000	5.000
28	Isparta	264	984	254	39	-	6.281	830	193
29	İstanbul	8.610	33.328	2.553	2.000	-	937.441	12.158	-
30	Kastamonu	97	333	94	24	-	771	13	-
31	Kayseri	1.644	6.150	1.640	119	-	65.244	3.721	3.008
32	Kırklareli	4.729	19.739	4.437	192	-	151.069	3.005	-
33	Kocaeli	5.071	17.074	1.688	295	27	111.218	-	-
34	Konya	1.021	4.023	1.021	156	-	33.858	32	492
35	Kütahya	176	669	139	64	3	4.145	-	-
36	Malatya	1	4	1	-	-	-	-	-
37	Manisa	3.662	15.468	2.349	155	423	45.572	22.893	798
38	Maraş	103	842	103	-	-	5.000	1.711	274
39	Mersin	803	3.091	680	115	11	23.264	1.075	942
40	Muğla	647	2.401	641	99	-	27.040	-	89
41	Niğde	3.969	15.750	-	120	-	134.709	-	-
42	Ordu	332	1.438	389	178	148	21.174	-	24
43	Samsun	6.288	23.454	4.209	511	544	112.997	-	-
44	Sinop	225	920	204	41	-	8.202	-	24
45	Sivas	486	1.918	288	15	-	25.636	-	-
46	Şebinkarahisar	1.425	5.617	1.515	-	-	58.450	-	-
47	Tekirdağ	6.430	23.221	3.179	361	266	290.571	18.878	1.722
48	Tokat	1.630	6.209	1.325	25	-	75.868	-	-
49	Trabzon	77	393	77	65	-	590	-	-
50	Urfa	1	3	1	-	-	-	-	-
51	Yozgat	1.113	3.911	698	67	3	56.731	4	80.100
52	Zonguldak	207	938	207	9	-	1542	-	3
Toplam		99.709	380.243	66.872	11.609	4.996	4.482.567	98.606	160.300

Atatürk Dönemi olarak nitelendirilen 1923-1938 yılları arasında ülkeye sadece Yunanistan'dan göçmen gelmemiştir. Bulgaristan'dan Türkiye'ye de göçler olmuştur. Bulgar göçleri sadece 1938'e kadar sürmemiş 1925'ten 1989 yılına kadar sürmüştür. Balkanlardan yapılan bu göç hareketlerinin yaşanmasında en büyük etken 93 harbi olarak bilinen 1877-1878 Osmanlı- Rus Savaşı ve Balkan Savaşlarıdır. Bu savaşlar sırasında ve sonrasında Türk halkına yapılan baskı ve zulümler sonrası muhacirler ülkeye gelmeye başlamıştır (Ağanoğlu, 2017, s. 73-91). 93 harbinin bitmesinin ardından Bulgaristan'da kurulan Bulgar Prenslığı ulus bir devlet kurma düşüncesi ile harekete geçmiş ve

böylece nüfus yapısını değiştirmeye gitmiştir. Bulgar nüfusu içerisinde %53'lük bir dilime sahip olan Türkler ise ulus devlet kurma düşüncesinin önündeki en büyük engeldi. Bunun sonucunda Türkler Bulgaristan'dan zorla göçe tabi tutulmuşlardır (Çeçen, 2016, s. 11).

Balkanlarda zulüm sadece 93 harbinde değil Balkan Savaşlarında da devam etmiştir. Leon Troçki Balkan Harbinde gelişmeleri yakından takip eden bir gazeteci olup, yapılan zulmü eleştirip Bulgar üst yöneticilerinden olan Petko Todorov'a bir mektup yazmıştır. Mektubunda ise Rodop mıntikasında bulunan bir Pomak köyünün Bulgar askerler tarafından, o köyde bulunan kadın, çocuk herkesin evlerinin yakılıp yıkıldığını belirtmiş ayrıca Dimotike'de bir süvari bölüğünün silahı olmayan Türkleri suyun içerisine doğru sürüklemişler ve yaban ördeklerine ateş eder gibi ateş ettiklerini yazmıştır (Troçki, 1995, s. 328-329).

1934 yılında yapılan bir haberde Bulgaristan'dan birçok Pomak ailesinin Yunan toprağına iltica ettiğini ve Türkiye'ye gelmek üzere Bulgaristan'dan geldiklerini belirten göçmenleri Bulgar hükümeti Pomakları Bulgar sayarak göçlerine mâni olmaya çalışmıştır. Bunun üzerine ise muhacirler gizli yollardan Yunanistan üzerinden Türkiye'ye ulaşmaya çalışmışlardır (Akşam Gazetesi, 1934, s. 2). Pomakların bu zorlu yolculukları 16 Mayıs'ta tekrar gazetelere konu olmuş bu haberde ise Yunanistan'a gizlice geçmeye çalışan 8 kişilik Pomak grubundan 4 kişinin, Bulgar hudut muhafızları tarafından öldürüldüğü yazılmıştır (Akşam Gazetesi, 1934, s. 2).

Türk aileleri 1934 yılının 5 Ağustos gecesi, Bulgarlar tarafından saldırıya uğramış evleri taşta tutulmuştur. Evden çıkamayan aileler sabah kapılarında "*Türkleri daha burada tutacak mısınız?*" yazılı not bulmuşlardır (Akşam Gazetesi, 1934, s. 1-2). Verilen bu haberlerden de anlaşılacağı üzere Türklerin göç etmekten başka çarelerinin kalmadığı görülmektedir. Osmanlı Döneminde savaşlardan sonra gerçekleşen göç hareketleri Cumhuriyet'in ilanından sonra Türkiye'ye yönelik göç hareketleri diplomatik olaylardan sonra gerçekleşmiştir. 18 Ekim 1925 tarihinde yapılan Türkiye Bulgaristan Dostluk Antlaşması buna örnek olmaktadır (Çeçen, 2016, s. 12). Bu antlaşmaya ek olarak bir Genel Protokol imzalanmış bu protokol ile Türkiye'de ve Bulgaristan'da yaşamış olan Türk ve Bulgar azınlıkların tanımı yapılmış ve 1912 yılında Osmanlı yurdunda doğmuş olup da anlaşmanın imza edilmiş olduğu, 18 Ekim 1925 tarihine kadar Bulgaristan'a göç edip bu ülkenin vatandaşlığını alan kişiler Bulgar sayılacak, aynı şekilde Bulgaristan'da doğup anlaşma vaktine kadar Türkiye'ye göç etmiş olanlar ise Türk vatandaşı sayılacaktır (Bıçaklı, 1988, s. 86). 1923-1938 yılları arasında Bulgaristan'dan Türkiye'ye gelen göçmen miktarı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Çeçen, 2016, s. 14).

Tablo 6.

Yıllar	Göçmen Sayısı
1923-1933	101.507
1934	8.682
1935	24.968
1936	11.730
1937	13.490
1938	20.542

Tabloda da görüldüğü üzere anlaşmanın imzalandığı ilk on yıl içerisinde Türkiye'ye Bulgaristan'dan kitlesel göçler olmuş daha sonra ki yıllarda ise göçmen sayısında düşüşler olmuştur.

93 Harbi Bulgaristan'dan olduğu gibi Romanya'dan da Türkiye'ye göçlere sebep olmuştur. Romanya'da Ruslar başta olmak üzere bazı Avrupa ülkeleri bölgedeki etnik ve dini farklılıklardan yararlanarak bölgede ayrılıkçı düşünen gruplar desteklenmiştir (Yıldırım & Sofuoğlu, 2012, s. 93).

Romanya ile Türkiye arasında, Lozan Konferansında Ada- Kale sorunu gündeme gelmiştir. Ada- Kale'nin Romanya'ya bırakılması teklif edilmiştir. Ada-Kale Demirkapı Barajı altında kalmadan önce Tuna Nehri üzerinde yer alan ve o dönemde Türk nüfusunun kendine yaşam alanı oluşturduğu bir ada olmuştur (Bozkurt, 2019, s. 28). Ada o dönemlerde Türkiye için stratejik bir öneme sahiptir. İşte bu sebeple Ada-Kale hakkında İsmet Paşa'ya Lozan'da bu bölgenin bırakılmaması için telgraflar gönderilmekteydi. 27 Kasım 1922'de Hüseyin Rauf Bey'den gelen telgrafta, Tuna Nehri'ndeki Ada-Kale'nin Berlin Muahedesi ile Türklere bırakıldığını ve tamamen Türklerin olduğu ada hakkında aleyhte karar verilmesine engel olunmasını talep etmiştir (Şimşir B. N., 1990, s. 135). Lozan'da yapılan görüşmeler ve Türk heyetine gelen telgraflar sonucunda Ada-Kale konusu 4 Haziran 1923 tarihli oturumda çözülmüş ve İsmet Paşa barışın sürdürülebilmesi adına Ada-Kale'de fedakarlığa gitmiş ve böylece Lozan antlaşmasının imzalandığı gün Ada-Kale'deki tüm haklardan vazgeçilmiştir (Meray, 2001, s. 153).

Türk-Roman göçlerini 1923-1933 ve 1934-1938 arasında iki gruba ayırabiliriz. 1923- 1933 yılları arasında olan göçlerde, Romen Hükümetinin 1924 tarihli İstimlak Kanununu uygulamaya başlaması ve Türklerin yoğun olarak yaşadığı Dobruca bölgesine Ulahları yerleştirmeye başlaması üzerine Türkiye'ye Romanya'dan göçler başlamıştır. Romanya'dan gelen göçmenler Türk hükümetinden yardım talep etmişlerdir. Bu göçmenlerin çoğu serbest göçmen statüsünde olup istedikleri bölgeye yerleşmişlerdir (Ağanoğlu, 2017, s. 399-400). Bu göçmenler serbest göçmen statüsünde olduğundan kayıtlara geçmemiş ancak Önder Duman'dan aktardığımızı göre bu dönemde 33.852 kişi göç etmiştir (Duman, 2016, s. 498).

1923-1938 YILLARI ARASINDA ÇIKARILAN İSKÂN KANUNLARI

Özellikle Lozan Anlaşmasının imzalanmasından sora ortaya çıkan dış göç ve mübadele sorunu Türkiye Cumhuriyeti'nin bir dizi önlem almaya itmiştir. Bu dönemde özellikle Türkiye'ye gelen soydaşların temel ihtiyaçlarının karşılanması ve göçten en az şekilde etkilenmelerini sağlamak için meclis çatısı altında yoğun çalışmalar yapılmış ve bir dizi kanun ile göç sorunu koordine edilmeye çalışılmıştır. Aşağıdaki tabloda da göçe maruz kalanların sorunlarının çözümü için çıkarılan bir dizi yasa ve kararlar listelenmiştir.

- 368 Sayılı Mübadele, İmar ve İskân Kanunu ve Mübadele, İmar ve İskân Vekâleti
- 627 Sayılı 1341 Senesi Muvazenei Umûmiye Kanunu /İskân Müdüriyeti Umûmiyesi Bütçesi
- 885 Sayılı İskân Yasası
- 997 Sayılı Büyük Millet Meclisi Bütçesiyle Maliye, Bahriye Vekâletleri ve İskân Müdüriyeti Umûmiyesinin 1926 Senesi Maliyesi Bütçelerinde Münakele İcrasına Dair Kanun
- 1097 Sayılı Bazı Kişilerin Doğu Bölgelerinden Batı İllerine Nakli Kanunu
- 1456 Sayılı 1929 İskân Umum Müdürlüğü Bütçesi Kanunu
- 1507 Sayılı 1111 Numara ve 2 Haziran 1927 Tarihli Askerlik Mükellefiyeti Kanununun 2'nci Maddesinin 5'nci fıkrası ile 35'nci maddesinin (H) fıkrasını ve 885 numara ve 3 Mayıs 1926 tarihli iskân kanununun 11'nci maddesini muaddil kanun
- 2263 Sayılı 31 Mayıs 1926 Tarih ve 885 Numaralı İskân Kanununun 3. Maddesine Bir Fıkra İlâvesine Dair Kanun
- 2371 Sayılı İskân Kerestelerinden Kalmış Olanların Satılarak Bedellerinin Dâhiliye Bütçesine Tahsisat Olarak İlâvesi Hakkında Kanun
- 2510 Sayılı İskân Kanunu
- 2650 Sayılı İskân Kanununun 44.Maddesine Bir Fıkra İlavesine Dair Kanun
- 2837 Sayılı İskân Hakkındaki 2510 Sayılı Kanun'a Ek Kanun
- 2848 Sayılı İskân Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun
- 2849 İskân İşlerinin Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekillğine Devrine ve Ayrı Bir Bütçe ile İdare Olunmasına Dair Kanun
- 3123 İskân Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Olan 2848 Sayılı Kanun'a Müzeyyel Kanun
- 3371 Sayılı İskân Kanuna Ek Kanun

1923-1938 Yılları Arasında Çıkarılan Muhacir Kanunları

- 675 Sayılı Mahalli İskânlarını Bilamezuniyet Tedbil Eyleyen Muhacir ve Mültecilerle Aşair Hakkında Kanun
- 1331 Sayılı Mübadil, Gayri Mübadil, Muhacir ve saireye Kanunlarına Teyfikân Teffiz veya Adiyen Tahsis Olunan gayrimenkul Emvalin Tapuya Raptına Dair Kanun
- 1407 Sayılı Mübadil, gayri mübadil, muhacir vesaire kanunlarına teyfikân tahsis olunan gayrimenkul emvalin tapuya raptına dair 28 Mayıs 1928 tarih ve 1331 numaralı Kanuna müzeyyel Kanun
- 2396 Sayılı Muhacir ve Mültecilerin Gümrük Muafiyeti Hakkında Kanun
- 2502 Kars Vilâyeti ile Bayazıt, Erzurum ve Çoruh Vilayetlerinin Bazı Parçalarında Muhacir ve Sığıntıların Yerleştirilmesi ve Yerli Çiftçilerin Topraklandırılması Hakkında Kanun

1923-1938 Yılları Arasında Çıkarılan Mübadele Kanunları

- 352 Sayılı Mübadele, İmar ve İskân Vekâleti İhdasına Dair Kanun
- 488 Sayılı Mübadeleye Tabi Ahaliye Verilecek Emval-i Gayrimenkule Hakkında Kanun
- 512 Sayılı Mübadele, İmar ve İskân Vekâletinin Teşkilat ve Masarifi Hakkında Kanun
- 529 Sayılı Mübadele, İmar ve İskân Vekâletinin Lağvı ile Vezâifinin Dâhiliye Vekâletine Devri Hakkında Kanun
- 1771 Sayılı Mübadele ve Teffiz İşlerinin Katî Tasfiyesi ve İntacı Hakkında Kanun
- 1866 Sayılı Mübadele ve tevfiz işlerinin katî tasfiyesi ve intacı hakkındaki 19.3.1931 tarih ve 1771 numaralı kanuna müzeyyel kanun
- 1973 Sayılı Muhtelit mübadele komisyonu bitaraflar heyetinde inhilâl eden azalığa bir yenisinin intihab edilmesine ve bitaraflara mevdu vezâifi ahdiyenin sureti ifasına dair teati edilen notaların tasdiki hakkında kanun

2. ATATÜRK DÖNEMİ ÇIKARILAN KANUNLARIN MAHİYETİ VE ÖNEMİ

Savaş yıllarının ardından ülkede kalan nüfus ve ülkeye gelen muhacirlerin yerleştirilmesi ve daha da önemlisi ülkede milli bir kültür oluşturma çabalarının bir sonucu olarak bir dizi yenilik ve düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden biri de incelemiş olduğumuz 1923-1938 yılları arasında çıkarılan iskân kanunlarıdır. Çıkarılmaya çalışılan kanunlar ile genel anlamda nüfusu düzenlemek, asayiş sağlamaya ve bu vesileyle de ülkede Türk kültürüne bağlı homojen bir yapı elde etmeye çalışılmıştır.

Daha önce de belirtildiği üzere Kurtuluş Savaşı'nın başarıyla sonuçlanmasının ardından Lozan'da yapılan barış konferansında Türk ve Yunan hükümetleri arasında bir mübadele protokolü imzalanmış ve bu protokol sonucunda iki millet arasında nüfus değişimi yaşanmıştır. Ülkeye gelen bu nüfusu kontrol etmek amacıyla çeşitli düzenlemeler yapılmış ve bu düzenlemelerden biri de 368 sayılı Mübadele, İmar ve İskân Kanunu ve Mübadele, İmar ve İskân Vekaleti kanunu olmuştur (365 Sayılı Mübadele, İmar ve İskân Kanunu, 1339). Aslında mübadele işlerine Osmanlı Devleti'nden kalan Muhacirin Müdüriyeti bakmaktaydı. Ancak aksaklıkların meydana gelmesinin ardından yeni bir vekalet ihtiyacı duyulmuş ve böylece 368 sayılı kanun ihtiyacı halinde meydana getirilmiştir (Yıldırım A. , 2004, s. 24). Bu vekaletin kurulması teklifini Zonguldak mebusu Tunalı Hilmi Bey yapmıştır. Ancak Layiha Encümeni bu teklifi Kanun-i Esasiye muhalif olduğu gerekçesiyle geri çevirmiştir. Ancak Tunalı Hilmi Bey dışında diğer vekiller de bu vekaletin kurulması gerektiği ile ilgili konuşmalar yapmışlar ve kanun teklifi Kanun-i Esasi Encümenine iletilmiştir. (Zabıt Cerideleri, 1339, s. 332-336)

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından çıkarılan kanunlardan biri de 885 Sayılı İskân yasası olmuştur. Bu kanunun çıkma sebebi ülke içerisinde asayiş sağlama arzusudur. Çünkü ülkede yapılan yeniliklere karşı çıkan muhalifler dışarıdan aldıkları desteklerle isyan etmeye başlamışlardı. İşte bu sebeple ülkede düzen sağlamak amacıyla kanun çıkarılmıştır. Aşağıdaki tablo da Atatürk dönemi olarak tarihlendirilen 1923-1938 yılları arasında çıkan isyanlar verilmiştir.

Tablo 7.

1923-1938 yılları arasında Cumhuriyet'e karşı çıkan ayaklanmalar (Babuş, 2006, s. 110-111)

Ayaklanma/ Ayaklanmacı, Gerçekleştirilen Askeri Harekât	Ayaklanmanın Başladığı Tarih	Bastırıldığı/ Bittiği Tarih
Nasturi Ayaklanması	12 Eylül 1924	28 Eylül 1924
Raçkotan ve Raman Tedip Hareketi	9 Ağustos 1925	12 Ağustos 1925
Şeyh Sait Ayaklanması	13 Şubat 1925	31 Mayıs 1925
Yusuf Taşo Ayaklanması	16 Mayıs 1925	16/17 Mart 1926
I. Ağrı Ayaklanması	16 Mayıs 1926	17 Haziran 1926
Koçuşığı Ayaklanması	17 Ekim 1926	1 Aralık 1926
Alikanlı Aşiretinden Halil Sami Ayaklanması	Mayıs 1927	25 Ağustos 1927
II. Ağrı Ayaklanması ve Ağrı Tedip Hareketi	13 Eylül 1927	20 Eylül 1927
Bıcar Tenkil Hareketi	7 Ekim 1927	17 Kasım 1927
Jiyan Aşiretinden Asi Resul Ayaklanması	22 Mayıs 1929	27 Eylül 1929
Tendürek Hareketi	14 Eylül 1929	27 Eylül 1929
Şeyh Abdülkadir Ayaklanması	14 Eylül 1929	27 Eylül 1929
Zeylan Ayaklanması	20 Haziran 1930	Eylül 1930
Savur Tenki Hareketi	26 Savur 1930	9 Haziran 1930
Oramar Ayaklanması	16 Temmuz 1930	10 Ekim 1930
III. Ağrı Ayaklanması ve Ağrı Hareketi	7 Eylül 1930	14 Eylül 1930
Haydaran Aşiretinden Kör Hüseyin Ayaklanması	20 Haziran 1930	10 Ağustos 1930
Barzani Şeyhi Ahmet'in Ayaklanması	16 Temmuz 1930	10 Ekim 1930
Pülümür Hareketi	8 Ekim 1930	14 Kasım 1930
Menemen Olayı	23 Aralık 1930	Aynı Tarih
Dersim Ayaklanması	21 Mart 1937	18 Kasım 1937

İsmail Beşikçi “*Doğu Anadolu’nun Düzeni, Sosyo- Ekonomik ve Etnik Temeller I*”, adlı kitabında Doğu’da meydana gelen isyanların sebeplerini şu şekilde açıklamıştır.

- Hilafetin Kaldırılması
- Bürokrasinin Kürt Halkıyla Çelişmesi
- Feodalizme Karşı Dışarıdan Yapılan Müdahaleler
- Milli Duygular
- Emperyalizmin Rolü (Beşikçi, 1970, s. 297-308)

Çıkarılan bu isyanların çıkış sebepleri düşünülecek olunursa, isyanların çıkış konumlarının Doğu Bölgelerinde gerçekleşmiş olması bölgenin hem coğrafi konumunun hem de bu sebebe bağlı olarak devlet otoritesinin tam manasıyla gerçekleşmemiş olması göze çarpmaktadır.

885 sayılı kanun için maddelerin oylama süreci 30 Mayıs 1926 tarihli meclis oturumunda gerçekleşmiştir. Maddeler oylanırken 3. Maddenin okunmasının ardından Trabzon Mebusu olan Rahmi Bey söz almış ve bir bölgeden başka bir bölgeye yapılacak olan nakil işlemlerinde köy halkının rızasının alınıp alınmayacağını sormuş ayrıca casusluk yapan kişilerin hudut dışarısına çıkarılmasında mahkeme kararıyla mı şüpheyle mi? Çıkarılacağını sorması üzerine konu hakkında Dahiliye Vekili olan Cemil Bey söz almış ve zaten casusluk yapanların mahkeme tarafından tutuklanacaklarını ve böylece hudutlardan uzaklaştırılmaya gerek kalmayacaklarını belirtmiştir (Zabit Cerideleri, 1926, s. 649-650). 885 sayılı kanunun 2. Maddesine bakıldığında şu cümle çok dikkat çekici olmuştur. “*Türk kültüründen olmayanlardan, bulaşıcı hastalığı olan kişi ve aileler, askeri ve siyasi suçlar dışındaki cinayet hükümlüleri, anarşistler, casuslar, çingeneler ve sınır dışı edilenler kabul edilmezler.*” (885 Sayılı İskan Kanunu, 1926) Bu cümle iskân yasaları ve yapılan devrimlerin ana sebebinin milli Türk kültürü oluşturmaya yönelik olduğunu açıkça beyan etmektedir (Saygın, 2021, s. 165). İskanlar yapılırken, iskân edilecek olan ahalinin ihtiyaçları da gözetilmiştir. 885 sayılı kanunun 6. maddesinde bunu açıkça görebilmekteyiz. Bu maddeyle ihtiyacı olanlara borçlanma yasası gereğince ev ve diğer gereksinimlerinin karşılanacağı, çiftçi olanlara arazi, sanayicilere dükkân, aynı şekilde ihtiyacı olan herkese gereksinimleri dahilinde isteklerinin temin edileceklerinin teminatı bu madde ile verilmiştir. Dışarıdan gelecek olan göçmenlere ise ihtiyacı olanların nakil masraflarının devlet tarafından karşılanacağı, ayrıca geçimleri için 2 ay süreyle masraflarının karşılanacağı 2 aydan sonra ise borçlandırılarak karşılanacağı da belirtilmiştir. Savaştan yeni çıkmış sayılabilecek olan bir devletin, kanuna bu şekilde bir madde koyması ve böyle bir fedakârlığın altına girmesi devletin göç ve iskân siyaseti konusunda hassasiyetini göstermesi bakımından oldukça önemlidir.

885 sayılı kanun çıkarılmış olduğu 1926 senesinin ardından 1927 senesinde de yeni bir nakil kanunu daha vücuda getirilmiştir. Dönemin iskân politikaları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. 885 sayılı iskân yasasında olduğu gibi yine asayişli sağlama ön planda tutulmuştur. Ancak burada dikkat çeken nokta, aşiretleri devlete bağlama isteği olmuştur. Bu kanunda 1400 kişiyle birlikte ailelerinin ve bunun yanı sıra 80 asi ve ailelerinin nakledilmeleri için hükümete yetki verilmiştir. Nakledilecek olan bu kişilerin seyahat etmelerinde bir sakınca görülmemiş ancak iskân edildikleri yerlere geri dönmelerine ve o bölgeye seyahat etmelerine izin verilmemiştir. Bununla birlikte iskân yerlerini terk etmelerine müsaade edilmemiştir. Böyle bir maddenin konulması iskânlar da sürekliliğin sağlanmaya çalışılması ve başıboşluğun önüne geçilmek istenmesine önem verildiğini göstermektedir (885 Sayılı İskan Kanunu, 1926).

Ülkede daha önce çıkarılan iskân kanunlarının ihtiyacı karşılayamamış olması üzerine yeni bir iskân kanuna ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla İskân yasası tasarısı İçişleri Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. 2510 Sayılı Kanun 21 Haziran 1934 tarihinde Resmî gazete yayınlamış ve bu tarihten sonra devletin yeni iskân yasası olarak yürürlüğe girmiştir (Resmî Gazete, 1934). Bu kanun 52 maddeden oluşur ve 10 bölüme ayrılır.

Tablo 8.

2510 Sayılı İskân Kanunu		
Bölümler	Maddeler	Ele aldığı konu
Giriş	1. ve 2. maddeler	İskân yerleri
1	3-7 arası	Muhacir ve mültecilerin kabulü
2	8-11 arası	Nakiller, kültür ve idare tedbirleri
3	12-25 arası	İskân
4	26-30 arası	Mecburiyetler, tasfiye ve istihkak mazbataları
5	31-38 arası	Muafiyetler
6	39-41 arası	Mali hükümler
7	42. madde	İskân komisyonu
8	43-47 arası	İcrai hükümler
9	48-52 arası	Meteferrik hükümler

Bu kanunun daha planlı ve kapsamlı olduğunu maddelerden anlamaktayız. Tabloda da görüldüğü üzere kanunun giriş bölümünde iskân yerleri belirlenmiştir. Bu iskân yerleri devlet tarafından üç bölgeye ayrılmıştır. Bu mntıkların ilki, Türk kültürlü nüfusun yoğunlaştırılmasının istendiği yerler, ikincisi Türk kültürünü temsil edecek kişilerin yerleştirileceği yerler, son mntika ise iskân ve ikametın yasak olduğu bölgeler olmuştur (Yeşiltuna, 2006, s. 72). Bu kanunun daha kapsamlı olduğundan daha önce bahsedilmişti, kapsamlı olmasının yanı sıra kafalarda soru işareti olan konulara da açıklık getirmekteydi. Üçüncü madde de muhacir ve mültecilerin tanıını yapılarak kimlerin mülteci sıfatı ile ülkeye alınacağı kimlerin muhacir sıfatıyla nitelendirildikleri belirtilmiştir. Buna göre; Türkiye'ye yerleşmek amacı ile gelmeyen zaruret doğrultusunda geçici oturak için gelen kişilere mülteci denilmiş, Türk kültürüne bağlı meskûn kimselere ise muhacir denilmiştir. Kimlerin ve hangi millet haklarının Türk kültürüne bağlı sayılacağı İcra Vekilleri heyeti tarafından belirtilecektir.

885 sayılı kanunda olduğu gibi bu kanunda da kimlerin ülkeye muhacir olarak alınmayacağı açıkça belirtilmiştir. 2510 sayılı kanunla Türk devletlerinde görülen sosyal devlet anlayışının sürdürülmeye çalışıldığı da görülmektedir. Eğer bir göçmen hükümetin desteği ile iskân edilmek isterse hükümet tarafından daha önceden kendileri için belirlenmiş bölgelere iskân edilecektir. Yardım istemeyenler ise istedikleri bölgelere iskân edilmiştir. Yedinci maddede ülkeye gelenlerin iskanını belli bir düzene oturtmaya çalışmış olan Türkiye Cumhuriyeti Devleti, Türk ırkından olmayanların yardım istemeseler dahi hükümetin göstereceği bölgelere iskân edilmeye mecbur edilmişler, iskân yerlerini terk etseler dahi ilk kez terk etmelerinde iskân bölgelerine geri gönderilecekleri, aynı hareketi tekrarladıkları takdirde İcra Vekilleri Kararı ile vatandaşlıktan çıkarılmalarına karar vermiştir. Yine ana dili Türkçe olmayanların bir araya gelerek köy ve mahalle, işçi ve sanatçı kümesi oluşturmaları engellenerek kasabalarda ve şehirlerde yerleşen yabancıların belediye sınırı içinde ki nüfusun yüzde onunu geçmesine de on birinci engel olmuştur. Böylece ülke içerisinde homojen bir nüfus elde edilmeye çalışılarak Türk nüfusunun asimile olmasına engel olunmak istenmiştir.

2510 sayılı kanunun aşiretler hakkında maddeler içermesi de dikkat çekici olmuştur. Türkiye Cumhuriyeti Devletinin geçmişinden ders alarak merkezi otoriteyi sağlamlaştırma çabası böylece kanunlar ile de desteklenmiştir. Onuncu maddenin (A) bendinde aşiretlere kendilerine özel hakların

bulunmadığını varsa bile bu madde ile kaldırıldığını söylemekle birlikte, (B) bendinde; “*Bu kanunun neşrinden önce herhangi bir hüküm veya vesika ile veya örf ve âdetle aşiretlerin şahsiyetlerine veya onlara izafetle reis, bey, ağa ve şeyhlerine ait olarak tanınmış, kayıtlı, kayıtsız, bütün gayrimenkuller devlete geçer. Bu kanun hükümlerine ve devletçe tutulan usullere göre bu gayrimenkuller muhacirlere, mültecilere, göçebelere, naklolunanlara, topraksız veya az topraklı yerli çiftçilere dağıtılıp tapuya bağlanır...*” (2510 Sayılı İskân Kanunu, 1934) Böylece aşiretlerin toprak hakimiyetleri üzerinden üstünlük sağlamalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu kanun ile aşiret düzenine karşı çıkıldığı ortadadır. Çünkü devlet aşiretleri parçalayamaz ise devrimleri gerçekleştiremezdi. O dönemlerde çıkan isyanların ana sebeplerinin isyan karşıtı olduğu bir gerçektir.

Bu kanunun istikrarlı bir biçimde devam ettirilmesi içinde maddeler eklenmiştir. Kanunun 29. Maddenin A fıkrasına göre hükümet tarafından yerleştirilen kimselerin yerleştirildikleri bölgelerden en az 10 yıl süreyle oturma zorunluluğu getirilmiş, dahiliye vekaletinin izni olmadıkça yer değiştirilemeyeceği de eklemiştir (2510 Sayılı İskân Kanunu, 1934). A fıkrasında hüküm böyleyken, B fıkrasında ise daha önce belirtilen 1 ve 3 numaralı mıntikalardan 2 numaralı mıntikalara iskân edilenlerin on yıl sonra bile iskanlarına izin verilmemiştir (2510 Sayılı İskân Kanunu, 1934). Genel anlamda kısıtlayıcı maddeler olmakla birlikte ülkeye gelen ve ülke içindeki kişilerin yerleştirilmeleri belirli kıstaslara göre yapılıp ülke içindeki asayışsızlıklar ve düzensiz yerleşme bir plana bağlanılmaya çalışılmıştır.

SONUÇ

Ulusal Kurtuluş Mücadelesinin ardından kurulan Türkiye Cumhuriyeti bir yandan devrimler ile kurumlarını yerleştirmeye çalışıp tam bağımsız bir devlet meydana getirmeye çalışırken bir yandan da Osmanlı Devleti’nden kalan sorunlarla da uğraşmak zorunda kalmıştır. Uğraşmak zorunda kaldığı ve Cumhuriyetin ilk yıllarında gerek iç meselede gerekse de dış meselede gündemini önemli konuların başında göç ve iskân meselesi oluşturur. Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları uyguladıkları politikalarla hem bu sorunlara çözüm üretme hem de göçlerin kurulan yeni devletin insan kaynağına olan ihtiyacını giderme amacıyla çalıştıkları göze çarpmaktadır.

Makalede anlatılanlar ışığında Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin özellikle Atatürk dönemi uyguladığı göç ve iskân politikasının çok yönlü ve birçok sorunu çözme eğiliminde olduğu görülmektedir. Özellikle Lozan Anlaşmasından sonra mübadele ile gelen Türklerin hem temel ihtiyaçlarının giderilmesi hem de geldikleri yerlerdeki yaşam koşullarına yakın bir hayatı devam ettirmelerini sağlamalarına azami ölçüde dikkat edilmiştir. Bu amaçla gelen mübadiller meslek ve sosyal statülerine göre Anadolu’nun çeşitli bölgelerine yerleştirilmişlerdir. Ayrıca mübadele dışı gelen göçlerde de bu politika takip edilmiştir. Atatürk döneminde yeni kurulmuş olan devletin nüfusunun homojenleştirilip milli ve üniter bir devlet oluşturulması göç ve iskân politikalarının belirlenmesinde çok önemli rol oynamıştır. Özellikle mübadele ile ülkedeki Türk nüfusu oranı ve sayısı artırılarak ulus devlet inşasına katkı sağlanması hedeflenmiştir. Ayrıca özellikle Anadolu’nun doğusunda meydana gelen isyanları önleme amacıyla yeniden göç politikasına başvurulmuştur. Bu da bölgedeki asayişin sağlanmasında ve devlet otoritesinin bölgede güçlenmesine yardımcı olmuştur.

Atatürk dönemi uygulanan göç ve iskân politikaları, çıkarılan yasa ve kararlar kurulan genç cumhuriyetin nüfus sorunu, nüfusun homojenleştirilip milli devletin yapısının güçlendirilmesi ve güvenlik sorununun giderilmesi hususunda pratik çözümler üretmiştir. Bu dönemde alınan kararlara bakıldığında ilk yıllarında birçok sorunla boğuşan genç cumhuriyetin mübadele ve göç konusunda başarılı bir sınav verdiği görülmektedir.

KAYNAKÇA

- (1934, 04 11). *Akşam Gazetesi*.
- (1934, 04 16). *Akşam Gazetesi*.
- (1934, 08 20). *Akşam Gazetesi*.
- 2510 Sayılı İskân Kanunu. (1934, 06 14). 07 01, 2021 tarihinde www5.tbmm.gov.tr:https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc013/kanuntbmmc013/kanuntbmmc01302510.pdf adresinden alındı
- 365 Sayılı Mübadele, İmar ve İskân Kanunu. (1339, 11 08). 06 27, 2021 tarihinde www5.tbmm.gov.tr:https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc002/kanuntbmmc002/kanuntbmmc00200368.pdf adresinden alındı
- 885 Sayılı İskan Kanunu. (1926, 07 01). www5.tbmm.gov.tr:https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc004/kanuntbmmc004/kanuntbmmc00400885.pdf adresinden alındı
- 885 Sayılı Kanun. (1926, 07 01). 07 05, 2021 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Arşivi: [https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc004/kanuntbmmc004/kanuntbmmc00400885.pdf](http://www5.tbmm.gov.tr:https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc004/kanuntbmmc004/kanuntbmmc00400885.pdf) adresinden alındı
- Ağanoğlu, H. Y. (2017). *Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Balkanların Makûs Talihi: Göç*. İstanbul: İz Yayıncılık.
- Arı, K. (2000). *Büyük Mübadele Türkiye'ye Zorunlu Göç (1923-1925)*. İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.
- Babuş, F. (2006). *Osmanlı'dan Günümüze Etnik ve Sosyal Politikalar Çerçevesinde Göç ve İskân Siyaseti ve Uygulamaları*. İstanbul: Ozan Yayıncılık.
- Baklacioğlu Özgür, N. (2010). *Dış Politika ve Göç Yugoslavya'dan Türkiye'ye Göçlerde Arnavutlar (1920-1990)*. İstanbul: Derin Yayınları.
- Beşikçi, İ. (1970). *Doğu Anadolu'nun Düzeni Sosyo- Ekonmik ve Etnik Temelleri*. Ankara: E Yayınları.
- Bıçaklı, H. A. (1988). *Türkiye Bulgaristan İlişkileri (1919-1988) (Yayımlanmamış Doktora Tezi)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü .
- Biçici, M. (2019). Lozan Barış Antlaşması ve Göç. M. N. Gültekin içinde, *The Global Refugee and Migration Congress* (s. 199-208). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Yayınları.
- Biçici, M. (2019). Lozan Barış Antlaşması ve Göç. *The Global Refugee and Migration Congress* (s. 199-208). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Yayınları.
- Bozdağlıoğlu, Y. (2014). Türk- Yunan Nüfus Mübadelesi ve Sonuçları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*(3), 9-32.
- Bozkurt, M. (2019). *Türkiye ile Romanya Arasındaki Siyasi İlişkilerin Kurulması (1920-1930)*. İstanbul: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Çapa, M. (1990). Yunanistan'dan Gelen Göçmenlerin İskânı. *Atatürk Yolu Dergisi*, 2(5), 49-69.
- Çeçen, B. (2016). *Bulgaristan'dan Türkiye'ye Gelen Düzensiz Göçmenlerin Yasallaşma Süreçlerinde Göçmen Derneklerinin Rolü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çelebi, B. (1999). *Türk-Yunan Nüfus Mübadelesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans TEzi)*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih Anabilim Dalı.

- Demirtaş, B. (2008). *Lozan Mübadele Sözleşmesi'nin Etkileri ve Sonuçları Üzerine Bir Araştırma (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Duman, Ö. (2016). Romanya'dan Kocaeli Vilayetine Göç ve İskân. H. Ed. Selvi, B. M. Çelik, & A. Yeşildal içinde, *Uluslararası Kara Mürsel Alp ve Kocaeli Tarihi Sempozyumu* (s. 497-503). Kocaeli: Kocaeli Büyükşehir Belediyesi, Kültür ve Sosyal İşler Dairesi Başkanlığı Yayınları.
- Ed.Perruchoud, R., & Jillyanne, R. (tarih yok). *Uluslararası Göç Terimleri Sözlüğü*. Uluslararası Göç Örgütü.
- Erdal, İ. (2018). *Ulusallaşma Sürecinde Türkiye ve Yunanistan 1923-1930*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.
- Güner, Z. (2017). *Lozan'da Türk- Yunan Mübadele Siyaseti*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- İskan Tarihçesi*. (1932). İstanbul: Hamit Matbaası.
- Kara, B. (2005). Dramatik Bir Huzur Mücadelesi: Mübadele. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 187-198.
- Karataş, M. (2004). *Türk-Yunan Nüfus Mübadelesi (1923-1925) (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih Anabilim Dalı.
- Kıracı, M. (2006). *Cumhuriyet Döneminin İlk Göçü Türk Yunan Mübadelesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Meray, S. L. (2001). *Lozan Barış Konferansı (Tutanaklar ve Belgeler)*. Ankara: Yapı Kredi Yayınları.
- Meray, S. L. (2001). *Lozan Barış Konferansı (Tutanaklar ve Belgeler) (Cilt 2)*. Ankara: Yapı Kredi Yayınları.
- Meray, S. L. (2001). *Lozan Konferansı (Tutanaklar ve Belgeler) (Cilt 1)*. Ankara: Yapı Kredi Yayınları.
- Mübadele, İ'mâr ve İskan Vekaletinin Teşkilât ve Masraflı Hakkında Kânûn*. (1923, 11 07). Resmi Gazete: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/41.pdf> adresinden alındı
- Pavlidis, A. (1997). *Yunan Kaynaklarına Göre Mübadele Meselesi (1918-1930) (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Pavlidis, A. (1997). *Yunan Kaynaklarına Göre Mübadele Meselesi (1918-1930) (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü .
- Peker, M. (2005). Lozan Konferansı'nda Nüfus Tartışmaları. *Belleten, LXIX(256)*, 1015-1046.
- Resmi Gazete. (1934, Haziran 14). 2510 Sayılı İskan Kanunu.
- Saygın, S. (2020). Kâzım Karabekir ve Terakkiperver Cumhuriyet Fırkası. *Tarih ve Gelecek Dergisi*, 6(3), 1091-1108.
- Saygın, S. (2021). Türk Milli Kültürü ve Atatürk Devrimleri. *Social Sciences Studies Journal*, 76(7), 161-172.
- Saygın, S. (2021). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Görev Yapmış Akademisyen Kökenli İçişleri Bakanlarının Faaliyetleri. *Gazianep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(3), 1435-1448.
- Şimşir, B. N. (1990). *Lozan (1922-1923) (Cilt 1)*. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları.
- Şimşir, B. N. (1990). *Lozan Telgrafları (1922-1923) (Cilt 1)*. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları.
- Tevfik, İ. (2017). *İnsan ve Mekan Yüzüyle Mübadele 1923'ten Bugüne Zorunlu Göç*. İstanbul: İnkılap Yayınevi.

- Troçki, L. (1995). *Balkan Savaşları*. İstanbul: Arba Yayınları.
- Yeşiltuna, S. (2006). *1934 İskân Kanunu ve Türk Basınındaki Yansımaları*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü.
- Yıldırım, A. (2004). *Cumhuriyet Dönemi İskân Politikaları (1923-1952) (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- Yıldırım, S., & Sofuoğlu, A. (2012). Balkan Savaşları ve Göç. *Türk Yurdu Dergisi*(303).
- Zabıt Cerideleri (2. Dönem, 1. Cilt, 12. Birleşim)*. (1339). Ankara: TBMM Kütüphane ve Arşiv Hizmetleri Başkanlığı Yayınları.
- Zabıt Cerideleri (2. Dönem, 25. Cilt, 110. Birleşim) (Cilt 25)*. (1926). Ankara: TBMM Kütüphane ve Arşiv Hizmetleri Başkanlığı Yayınları.

TALİMATNAMELER İŞİĞİNDA XIX. YÜZYILDA TİFO SALGININDAN KORUNMA YOLLARI VE AŞI UYGULAMASI *

*İbrahim AYKUN***

*Menekşe YILDIZ USLU****

Geliş/Received: 07.11.2021

Kabul/Accepted: 21.03.2022

ÖZ

İnsanoğlu var olduğu günden bugüne çeşitli salgın hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmıştır. Tifo salgını, epidemik ve pandemik özellikler gösteren felaketlerden biri olmuştur. Özellikle Osmanlı Devleti'nde; altyapı sorunları, yetersiz beslenme, temiz su ihtiyacının karşılanamaması ve hijyen eksikliği gibi nedenlerden kaynaklı olarak halk tifo salgınları yaşamış, ölümler olmuştur. Bu çalışma, 1910-1915 yılları arasında Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi ve Bahriye Nezareti Celilesi Sıhhiye Müfettişi Umumiliği tarafından yayımlanan talimatnameleri ele almaktadır. Söz konusu talimatnameler; tifo salgınıyla mücadele, tifodan korunma yolları ve tifo aşısı hakkında ayrıntılı bilgiler sunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre tifo Osmanlı Devleti'nde yaygın bir etki göstermiş, birçok kişinin hastalanmasına hatta ölümüne sebep olmuştur. Tifo salgınıyla mücadelede karantina uygulaması ve aşı ön plana çıkmıştır.

Anahtar sözcükler: Tifo, salgın, Aşı, Talimatname, Osmanlı.

WAYS TO PROTECT FROM EPIDEMIC OF TYPHOID FEVER DURING 19TH CENTURY IN THE LIGHT OF INSTRUCTIONS AND VACCINE APPLICATION

ABSTRACT

Humanbeing has been obliged to struggle with various epidemic diseases from the day when one has existed until today. Epidemic of typhoid fever was one of disasters which were experienced by showing epidemic and pandemic features. Particularly, in Ottoman State, people were exposed to typhoid fever due to reasons such as substructure problems, inadequate nutrition, falling short of clear/fresh water requirement and lack of hygiene etc and deaths occurred. This study addresses instructions which were published in 1910-1915 by Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi (General Directorate of Health) and Bahriye Nezareti Celilesi Sıhhiye Müfettişi Umumiliği (Ministry of Navy General Directorate of Health Inspectorship). The said instructions present the detailed information about struggle with epidemic of typhoid fever, ways to protect from typhoid fever and typhoid vaccination. According to the study, typhoid fever showed a widespread impact in Ottoman State and it caused a lot of people to get sick and even to die. Struggle with epidemic of typhoid fever, quarantine application and vaccination came into prominence.

Keywords: Typhoid fever, epidemic, Vaccination, Instruction, Ottoman.

* Bu makale, Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Aykun danışmanlığında yürütülen "19. Yüzyılda Osmanlı Devleti'nde Tifo Salgını ve Tifo Salgınıyla Mücadele" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

** Dr. Öğretim Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tarih Anabilim Dalı, ibrahim.aykun@gop.edu.tr, orcid.org/0000-0003-3894-7104

*** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Bilimleri Yakınçağ Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, menekseyildizuslu@gmail.com, orcid.org/0000-0001-8957-8930

GİRİŞ

Ölüme neden olan temel sebepler; savaş, doğal afet, kıtlık ve salgın hastalıklardır. Özellikle salgın hastalıklar, “insanlar arasında meydana gelen ticaret, savaş ve göç gibi olgusal süreçler de yayılma imkânı bulmuş ve daha geniş coğrafyalara nüfuz ederek, ölüm oranlarının artmasına yol açmıştır” (Özlu ve Tiryaki, 2020: 35). “Toprakları geniş bir alanı kaplayan Osmanlı İmparatorluğu’nun salgın hastalıklardan korunması güç olmuştur. Osmanlı topraklarında görülen salgın hastalıklarının başında veba, kolera, tifo, sıtma ve dizanteri gelmektedir” (Özcan, Aydın ve Polatel, 2015: 955). “Bu hastalıklar, insanlığın başına gelebilecek en büyük felaketler arasında öncü olmuştur. Birkaç hafta veya yıl içerisinde binlerce hatta milyonlarca insanın ölümüne yol açan salgın hastalıklar, devletleri çökertmiş, orduları kırıp zayıflatmış, toplumların hafızasında derin yaralar açmış, aileleri yok etmiş ve yerleşim bölgelerini haritadan silmiştir” (Özlu ve Üzüm, 2020: 21).

“Salgın hastalıkların ortaya çıktıkları yerden çıkıp bir başka yerde görülmesine ve belli bir bölge de veya birkaç ülkede normalinden fazla görülüp etkili olmasına epidemik, kıtalararası yayılma özelliği taşımasına ise Pandemi denilmektedir” (Kılıç, 2004: 11). Endemik bir hastalık türü olan tifo, tarih boyunca epidemik ve pandemik özellikler de göstermiştir. Tifo, insanlığın yaşadığı felaket sebeplerinden biri olmuş, Osmanlı toplumunun hafızasında derin yaralar açmış ve insanların ölümüne neden olmuştur.

Tifo kelimesi duman, buharlaşma, dalgınlık anlamlarına gelen Yunanca kökenli “Tifos” kelimesinden gelir (Braun, 1944: 93). Tifo, Salmonella familyasından Ebert basilinin neden olduğu, hızlı ve kolay bulaşıcılık gösteren, kısa sürede salgına dönüşebilen, tedavi edilmediğinde ise ölümcül sonuçlar doğurabilen bir hastalıktır (Hot, 2001: 188; “Karahumma-Tifo”, 1937: 1; Akmirza, İnci, Çömez, Demirbakan ve Yetişgen, 2012: 125). Hastalık insanlara özgüdür (Baran, Arslan, Çelik, Sünnetçioğlu ve Karahoca, 2020: 139). Tifo; Humma-ı Tifoidi, Tifo, Humma-ı Şibh Tifo, Tifüs, Anadolu’da ise Kara Humma isimleriyle de bilinir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331: 4).

“İnsan sağlığını uzun yıllar boyunca tehdit etmiş olan” (Özlu ve Çay, 2021:924) hastalık ilk kez 1829 yılında tanımlanmış, “Fievre Typhoid” adı verilmiştir. Hastalığının etken maddesi 1880 yılında Ebert tarafından bulunmuştur. 1896 yılında Gruber ve Vidal hastalıkların serumunda Tifoya özgü aglütinini göstermiştir (Hot, 2001: 188). Bu döneme kadar tifo, tifüs olarak kabul edilmiştir. İlk kez 1659 yılında T. Willis İngiltere’deki epidemiler esnasında tifo ve tifüsün birbirinden ayrı klinik şekillerle seyrettiğini bildirmiştir. Gilchrist ve arkadaşları, tifo ve tifüsün enfeksiyonları arasında farkları ortaya koymuştur. 1826 yılında Bretonneau ise ilk defa bağırsak lezyonlarını göstermiş, tifoyu Dothienenteritis adıyla tanımlamıştır. Bretonneau aynı zamanda hastalığın zehir vasıtasıyla da insanlara bulaşabileceğini bildirmiştir (Onul, 1962: 654; “Tifo”, 1985: 4103). Tifoya 17. yüzyıla kadar yaygın olarak rastlanır. Bu sebeple birçok yazar, eserinde hastalığa değinilmiştir (Onul, 1962: 654).

Hastalığın en yaygın bulaşma yolu; kirli sular, tifo hastasına ait çamaşır ve elbiselerdir. (“Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüs”, 1326: 3). Tifo basillerinin bulunduğu yerler ise hastaların idrar, dışkı, kan, deri döküntüleridir. Nadir olarak hastanın balgamı, kusmuğu ve salyası yoluyla da bulaşır (“Karahumma-Tifo”, 1937: 1; Akson, 1945: 19). Hastalığın vücuda temel giriş yolu ağızdır (Mering, 1926: 26). Ağız yoluyla giren tifo mikrobi bağırsaklara, kana geçmesiyle aktif hale gelir. Tifo mikrobi, insan vücudunda yıllarca yaşayabilir. Bu durum çevresindekiler için ciddi bir tehlikedir (Hot, 2001: 189). Tifo mikrobunun hastalığa dönüşebilmesi için basillerin ağız yoluyla alındıktan sonra ince bağırsağa ulaşması, burada çoğalması gerekir. Yetersiz ve sağlıklı beslenme, yorgunluk, maddi imkânlarla bağlı olarak elverişsiz yaşam koşulları, hastalığın daha önce geçirilme durumu hastalığın vücutta yayılmasında etkilidir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331:4). Hastalığın en sık görülen semptomları; karın ağrısı, iştahsızlık, vücutta uyuşukluk hali ve kırgınlık, ürperme, şiddetli baş ağrısı, neşesizlik ve ishaldir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331:15; Ayaz ve Arıtürk, 1997: 493).

Bulaşıcı hastalıklardan korunmanın temel yolu temizliktir. Çevre koşulları düzgün olmayan, içme ve diğer amaçlarla kullanılan suyun temiz olmadığı, hijyen eksikliği olan toplumlarda hastalıklar, artış eğilimi gösterir (Tarakçı, 1988: 38-39; Mayer ve Neilson, 2010: 848). Özellikle içme suyunun temizliğine özen gösterilmelidir. Bulaşıcı hastalık riski ortaya çıktığı andan itibaren sular kaynatılarak içilmeli, kirlenmiş kuyulardan su tedarik edilmemelidir. Gerekirse bu kuyular kapatılmalıdır. Gıda

üretimini yapıldığı, özellikle fırıncı gibi, halkın tüketimine hitap eden gıdaların imalatını yapan kişiler bu hususa çok dikkat etmelidir. Tifo hastasına ait kirli kıyafetler akarsularda yıkanmamalı, hastaya ait hiçbir şey çevreye atılmamalıdır (“Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüs”, 1326:8). İçme sularına, ticareti yapılan gıdalara; sokak, pazar ve panayır yerlerinin temizliğine dikkat edilmelidir. Kirlendiğinden şüphe edilen kuyular kontrol edilmeli ve gözetim altında bulundurulmalıdır. Suların kirlenmesine sebebiyet verebilecek durumlardan ve olaylardan uzak durulmalıdır. Kuyuların etrafında çamaşır yıkanmamalıdır. (“Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüs...”, 1326: 9).

Yerleşim yerinde; içme ve diğer amaçlarla kullanılan temiz sulara, atık madde veya sokak pislikleri karışmamalıdır. Halkın tuvaletini evlerde yapması, yaygınlaştırılmalıdır. Halk abdestini abdesthanede bozmaya alıştırmalı; halkın sokaklarda, hane içerisinde, bahçelerde abdest bozması yasaklanmalıdır. Pis sular, abdesthanelerden, mutfaklardan veya insanların kullanım alanına giren her türlü alandan uzakta tutularak çukurlara sevk edilmelidir. Suları kirleten mezarlara, şehir, köy, hane ve bahçe içerisine vefat edenlerin gömülmesine izin verilmemelidir. Her şehir ve köyde mezar satın alacak olanlara, temiz suları kirletmeyecek şekilde yer tahsis edilmelidir. Yiyecek-içecek maddeleri üreten, satan esnafın ve bu alanda çalışan amelelerin sağlık kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır. Bu kişiler içinde herhangi bir bulaşıcı hastalığa veya tifoya yakalanırsa bu kişilerin mesleklerini yapmalarına izin verilmemelidir. Pişmeden, kabukları soyulmadan yenen sebze ve meyvelerin kirli sularla yıkanması; kirli yerlerde, kirli kaplarda saklanması yasaklanmalıdır (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331: 54-55).

Meskenlerde, işçilerin ve fakirlerin barındığı hanelerde, kışlalarda, hapishanelerde, bimarhanelerde⁴ (Çapan,2019: 1209) ve mekteplerde izdiham önlenmelidir. Hapishaneler ve bimarhanelere ayrıca dikkat edilmelidir. Buralara içme ve diğer amaçlı kullanmak için gerekli su hıfzıssıhha tarafından verilmelidir. Bu mekanlardaki tuvaletler, lağımlar temiz olmalı, buralar kontrol altında tutulmalıdır. Bu yerlerin hamamı olmalı, yatılan yerler kolay temizlenecek şekilde düzenlenmelidir. Buraya yeni dâhil olanlar için bir karantina alanı tahsis edilmelidir. Hastalar veya hastalık şüphesi taşıyanların, tecrit edilebilmeleri için birbirinden ayrı üç kısım bulundurulmalıdır. Bu kısımların tuvaletleri ayrı olmalıdır. Ayrıca eşya ve çamaşır temizliği için etüv⁵ (Ağır, 2020: 47.; Özlü, 2017: 456; Yıldırım, 2004: 423-424) bulundurulmalıdır.

Hastalık süresinde veya hastanın vefatından sonra, hastanın odası, tuvaleti, eşyaları, çamaşıruları ve diğer malzemeleri fenni kurallara uygun olarak temizletilmelidir. Bulaşıcı hastalık şüphesi taşıyanların hızlı bir şekilde teşhisinin yapılabilmesi ve hastaların tecrit edilebilmesi için her şehirde küçük bir muayene laboratuvarları tesis edilmelidir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331: 56). Hastalığı yeni atlatanlar, haftalık muayene sonucunda iyi raporu alıncaya kadar halkla teması girmemelidir. Hükümet memurları tarafından halka, okul idareleri tarafından öğrencilere, askeri idareler tarafından askerlere temizlik öğretilmelidir. En azından bu kişiler tuvalet sonrası ellerini bol akan su ile yıkamaya alıştırmalıdır. Özellikle insanların aynı kaptan yemek yememeleri ve parmaklarıyla yeme alışkanlığından vazgeçmeleri talimatnamede belirtilmiştir. Bu nedenle cemiyetlerin, yurtların, derneklerin, halkın terbiye-i medeniye ve temizliğiyle ilgilenmeleri istenmiş, hızlı ve ciddi neticeler alınabileceği *Şibh Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahaffuziye ve Mânia-ı İstilaie'ye Dair Talimatname*' de bahsedilmiştir.

Temiz su içmek, gıdaları çiğ yememek, aynı kaptan yememek, aynı bardağı kullanmamak; yemek için çatal, kaşık, bıçak kullanmak, vücudunu, özellikle ellerini, elbise ve çamaşırlarını daima temiz bulundurmamak, tuvalet sonrası ellerini bol sabun ve akan su ile temizlemek, yemeğe başlamadan

⁴ Bimarhane, hastane manasına gelmektedir. XIX. Yüzyıldan itibaren Avrupa'nın etkisiyle tüm dünya genelinde Hastahane tabiri kullanılmaya başlanmıştır.

⁵ “İçinde belirli bir sıcaklık elde edilerek kurutma, dezenfekte veya sterilizasyon için kullanılan eşyayı buharın tazyik ve hareketinde bulundurmaya mahsus makinelere “tebhîr altı” yani “etüv” denilmektedir”. “Bahriye Nazırı Hasan Hüsnü Paşa'nın girişimiyle 10 Eylül 1891 tarihinde tebhîr (etüv) makinesi yapmak için Babıali'den iki ihtira beratı alınmıştır. Bahriye merkez hastanesi operatörlerinden Dr. Ancelo Bohor ile çarkçı solkolağası Mehmed Ali, Geneste ve Herscher etüvlerini model alarak, 1892 yılında Tersane-i Amire fabrikalarında etüv makinesi üretimi başlamıştır. Aynı yılın sonunda ikinci etüv makinesi hazırlanmıştır”.

önce ellerini iyice yıkamak, kimseyle el sıkışmamak, kimsenin yattığı yatakta yatmamak, kirli yerlerde oturmamak, hastalarla münasebette bulunmamak gerekli sihi tedbirlere uymak, tifo aşısı yaptırmak ve aşıyı iki-üç senede bir tekrar yaptırmak gerekliliği *Şibh Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahaffuziye ve Mânia-ı İstilaiye'ye Dair Talimatname*"de verilmiştir ("Şibh Tifoya Karşı İttihaz...", 1331: 58-59).

Tifoya yakalanmamak için insan pisliklerinden uzak durulmalıdır. Kirli tuvaletlere girilmemeli, pisliğe basılmamalıdır. İhtiyacını dışarıda girmek isteyenlere izin verilmemeli; ayakkabılarıyla eve girmek isteyenlere müsaade edilmemelidir. Kedi, köpek gibi hayvanlar evlere alınmamalıdır. İnsan pisliklerinin, meskene ait pisliklerin sızma ihtimali olan kuyu, çeşme, dere, göl sularından; insanların elini veya kabını soktuğu sulardan içilmemelidir. Tifo salgını olduğunda temiz kaynak suları, mümkünse kaynamış sular içilmeli, soğuk çay içmemeye özen göstermelidirler. Yenilen içilen maddelerin, meşrubatların; taşıyıcı hastaların pislikleriyle kirlenmemiş, yıkanmamış, sulanmamış olmasına dikkat edilmelidir. Bu zamanlarda mideyi bozacak hiçbir şey yenmemelidir. Çiğ sebze, salata, kabuğu soyulmamış meyve yenilmemelidir. Yenilecek her şey ateşten geçirilmeli veya pişirilmelidir. Soğuk su içmemeli, buz ve dondurma yenilmemeli, karın bölgesini üşütmek için bir kuşak sarılmalıdır ("Şibh Tifoya Karşı İttihaz...", 1331: 106).

Hastalığın veya riskinin olduğu yerlerde, yaş veya çiğ yenilen sebze ve meyveler, kaynar suyla yıkamadan yenmemelidir ("Karahumma-Tifo", 1937: 5). Lağım sularının içme sularına karışmasıyla hastalık sağlıklı kişilere geçer. Bu nedenle içme ve diğer amaçlarla kullanılan sular kaynatılmalı, klorlanmalı veya diğer dezenfektan maddeleriyle temizlenmelidir (Tarakçı, 1988: 41; hot, 2001:190). Lağım suları ile bostanlar sulanmamalı, açık lağımları kapatmalı, lağımlara yakın kuyu suları içilmemelidir. Abdesthanelere sönmemiş kireç dökülmelidir. Tifo hastasının çamaşırları mutlaka kaynatılmalıdır ("Karahumma-Tifo", 1937: 5-6).

Lağım sularındaki mikroplar, kabuklu hayvanların kabukları içine girer. Bu nedenle bu tür hayvanlar pişirilmeden yenildiklerinde insana bulaştırır. Lağımların döküldüğü yerde yakalanan midye ve istiridye gibi kabuklu hayvanlar iyice kaynatılmadan yenmemelidir (Karahumma-Tifo, 1937: 3). Midye ve istiridye gibi canlılar, hastalık şüphesi taşıyan yerlerden çıkarılıyorsa satışı yasaklanmalıdır (Oğultürk, 1944: 5).

Çiğ gıdaların satıldığı dükkânlarda, çalışanlar tifoya yakalanmışsa, bu dükkânlardan gıda alınmamalıdır. Hasta ve kirli kişilerle bir arada bulunulmamalıdır. Bu tür kişilerle kalabalık veya dar alanlarda, aynı ortamda bulunulmamalıdır. Hanesinin kapısının üzerinde "*sâri hastalık vardır girmeyiniz!*" yazılı sarı kâğıt yapıştırılmış hanelere girilmemeli, bu hanelerde oturanlarla aynı ortamda bulunulmamalıdır ("Şibh Tifoya Karşı İttihaz...",1331: 107).

Tifodan korunmanın en etkili yolu aşıdır. Tifo aşısının üretimi ve kullanımına yönelik ilk girişim Poymer ve Payper'e aittir (Sağlam, 1922: 4). 1896 yılında Kolle ve Pfeiffer, 1897 yılında Wright ve Semple tarafından tifo aşısı hazırlanmıştır (Sağlam,1922: 4-5; "Aşı", 1985: 209; Hot, 2015: 140).

Tifo aşısından önce hastalıktan en çok zarar gören ve en fazla ölümün yaşayan meslek grubu askerlerdir. Özellikle ordular, tifo nedeniyle büyük zayıflar vermiştir. Hastalığın askerler içinde bu denli ölümcül olma sebepleri; izdiham, olumsuz sağlık koşulları, temiz su tedarikinde ve muhafazasında yaşanan sorunlardır. Bu nedenle aşıyı ilk uygulayan kurum ordudur. İngiliz Müstemleke Ordusu, 1896 yılında tifo aşısının ilk kez uygulandığı merkezdir. 1899-1911 yılları arasında Almanya, Amerika, Fransa ve İtalya gibi devletler ordularına tifo aşısı uygulamıştır (Sağlam,1922:7). Osmanlı Devleti'nde tifo aşısına yönelik ilk teşebbüs Muallim Doktor Hüsamettin Bey tarafından 1911 yılında olmuştur. Hüsamettin Bey, Harbiye Nezaretine sunduğu raporda askerlere aşı yapılmasını belirtmiştir. Rapor, Gülhane Tabâbet-i Askeriye Tatbikat Mektep ve Seririyatın'da Doktor Reşad Rıza ve Mustafa Hilmi Bey'e havale edilmiştir. Bu rapor üzerine Doktor Reşad Rıza ve Mustafa Hilmi Bey, Kolle ve Pfeiffer usulünü kullanarak daha hafif bir aşı geliştirmiştir. Aşı ilk defa Gülhane Tabâbet-i Askeriye Tatbikat Mektep ve Seririyatın'da hazırlanmıştır. Aşının ilk uygulanma alanı Balkan Harbi'dir. Aşının örnek uygulamasını öğretmek ve aşının koruyucu etkisini anlatabilmek amacıyla Doktor Ziya Ali, Saim Ali, Tefvik Salim ve İhsan Beyler'den oluşan, başkanlığını Muallim

Doktor Neşet Osman Bey'in yaptığı bir heyet Hadımköy'e gönderilmiştir. Heyet Hadımköy civarında görevlerini yapmış, aşı hakkında konferanslar vererek doktorları bilgilendirmişlerdir (Sağlam,1922: 8).

Gülhane Tabâbet-i Askeriye Tatbikat Mektep ve Seririyatın'da hazırlanan aşı, ilk kez 1912 yılında Çanakkale'de, İzmir civarında ve Trablus'taki askerlere uygulanmıştır. Aynı yıl Çatalca cephesinde de denenmiştir. Ardından karma aşı orduda zorunlu hale getirilmiştir. Birinci Dünya Savaşı öncesi ordunun büyük kısmı aşılanmıştır (Sağlam,1922:11; Unat,1945:246; Yıldırım, 1985: 1327).

7 Eylül 1914 tarihinde Meclis-i Vükela kararı ile yayımlanan "*Tifo Aşısının Lüzum Görülecek Mahallerde Tatbikinin Mecburi Olması Hakkında İrade-i Seniyye*", tifo hastalığıyla mücadelede önemli bir adımdır. Bu iradede tifo aşısının, çiçek aşısında olduğu gibi lüzum görülecek mahallerde, zorunlu uygulanması kararlaştırılmıştır. İradenin birinci maddesi, Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi tarafından gerekli görülecek yerlerde halkın aşılanmasının zorunlu olduğunu, ikinci madde ise aşının zamanının ve uygulama şeklinin Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi tarafından özel bir talimatname ile belirleneceğini ifade eder. Bu iradenin uygulanmasında Dâhiliye Nezareti görevlendirilmiştir (Düstur, 1334: 1262; BOA.MV. 236/79; BOA. BEO. 4309/323140; BOA.İ.MMS. 188/20). 1914 yılı içerisinde Sadareten gönderilen tebligatta; tifonun salgına dönüşmesinden dolayı İstanbul, tifo mıntkası ilan edilmiştir. Özellikle Fatih, Bayezid ve Feriköy bölgelerinde tifo yaygınlık göstermiştir. İstanbul'daki devlet dairelerinde görev yapan bütün memurlar, müstahdemler, bazı nezaretlere bağlı okullardaki öğrencilerin bu iradeye uygun olarak hemen aşılanması gerektiğini belirtilir. Gerekli aşı ampullerinin de Bakteriyolojihane-i Osmanî'den (Uyaniker, 2018: 197) ⁶ talep edilmesi istenilmiştir. Ayrıca bakteriyolojihanede hazırlanan aşının, yabancı müesseseler tarafından hazırlanan aşından daha etkili ve ucuz olması nedeniyle hekimlerden bu aşının kullanılması istenmiştir (Hot, 2015: 140-141; BOA. BEO.4316/323698).

Müderri Süleyman Numan Paşa'nın Sıhhiye Riyaseti'ne tayininden sonra 11 Ocak 1914 tarihinde tifo aşısı orduda mecburi hale getirilmiştir. Özellikle tifo salgınının devam ettiği 9, 10 ve 11. Kolordu (Erzurum, Sivas, El-Aziz) mıntkasında aşı tatbikatına başlanması hakkında karar çıkartılmış ve bu karar 13 Ocak 1914 tarihli Harbiye Nezareti emri ile bildirilmiştir. 26 Mart 1914 tarihinde subayların aşılanması mecburi tutulmuştur. 1914 yılı Nisan ayının ortalarına kadar ordunun tamamı aşılanmıştır (Sağlam,1922: 9-10; Özlü ve Tiryaki, 2019: 1172.; Unat, 1945: 246.; Yıldırım, 1985: 1327).

Temmuz 1915'te Erzurum'da, daha sonra Sivas ve Merzifon'da aşı laboratuvarlarında tifo, kolera, dizanteri aşıları üretilmiştir (Unat, 1945: 246). İstanbul'dan gönderilen aşının yanında ordu laboratuvarlarında 381.000 kişiyi aşılama yetecek 953 kg tifo aşısı üretilmiştir. 1915 yılının Temmuz ayında Erzurum'da ortaya çıkan küçük bir Paratifo A salgını üzerine aşılar sadece tifo basiliyle değil, Paratifo A ve B basilleriyle birlikte karma bir aşı halinde yapılmaya başlanmış ve aşılanma süreci bu şekilde devam etmiştir" (Yıldırım, 1985: 1327).

Tifo hastalığından korunmanın en güvenli yollardan biri aşıdır. Bir bölgede tifo salgını sürekli görülüyorsa veya salgın halinde ise insanlar derhal aşılanmalıdır. İnsanlar, iki yılda bir aşılanırsa tifo hastalığı yakalanmaktan kurtulur. Bir evde tifo hastası varsa tüm ev halkı aşılanmalıdır. Tifo aşısı kesinlikle rahatsızlık vermez, iki sene koruyuculuk sağlar. Hükümet aşığı ücretsiz olarak yapmaktadır. Aşı yaptırmak için müracaat gereklidir ("Şibh Tifoya Karşı İttihaz...", 1331: 110).

Tifo aşısı; hastalığı daha önce geçirenlere, akciğer ve böbrek iltihabı olanlara, Frengi hastalarına, ateşli hastalara, ilerlemiş kalp rahatsızlığı olan kişilere, âdet dönemindeki kadınlara yapılmamalıdır. Kalp ve damar bozukluğu olan ihtiyarlara, şeker hastalarına, hamilelere, sar'a ve buna benzer uzvi sinir hastalarına, safra ve böbrek taşı olanlara, romatizma hastalarına da aşı yapılmaz (Sağlam, 1922: 43-44; Oğultürk, 1944:11).

6 Bakteriyolojihane-i şahane 1893 yılında İstanbul'da ortaya çıkan (kolera) salgınının bir sonucu olarak kurulmuştur. Bu salgında Pasteur'den konunun uzmanı bir bilim adamı talep edilmiş, Pasteur de kendi yardımcılarında biri olan Marice Nicolle İstanbul'a göndererek İstanbul'da Bakteriyolojihane kurulmuştur. Kurumun müdürlüğüne ise Nicolle getirilmiştir.

“Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde İstihzar Olunan Tifo Aşısının Tatbiki Hakkında Talimatname” de, Tifo aşısının, ağzı kapalı 2, 5, 10, 20 cm’lik ampuller ile 20, 50, 100 cm’lik şişeler içinde bulunduğuna dair bilgi verilmiştir. Aşı, karanlık ve serin bir yerde, tercihen buzdolabında çok dikkatli bir şekilde saklanmalıdır. Bu kurallara uygun hareket edildiğinde üç ay muhafaza edilebilir. Aşıların üretim tarihi şişelerin üstündeki etiketlerde yazılıdır. Üretim tarihinden itibaren üzerinden üç ay geçmiş, güneşte kalmış, ısınmış veya rengi değişmiş bulanıklaşmış aşılar kullanılmamalıdır (“Bahriye Nezaret-İ Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330: 2).

Aşı ampulünü açmadan önce aşı hızlı bir şekilde çalkalanmalıdır. Ampulün ağzını ege ile çizip bu çizginin üzerine cıva sürmeli ve kuruduktan sonra ucu kırılmalıdır. Aşı ampülü ateşe tutulmamalıdır, ateş aşığı bozabilir. Aşı beş dakika kaynatılıp bekletildikten ve soğuduktan sonra temiz bir şırınga ile çekildikten sonra yapılmalıdır. Daha önce kullanılmış şırınga ve iğne, uygulamadan önce soğuk su ile yıkanmalıdır (“Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330, 2). Tifo aşısı dokuzar gün arayla üç defa yapılır. Her defasında aşı olunacak miktar şöyledir; ilk aşıda yarım santimetre, ikincide (dokuz gün sonra) bir santimetre, üçüncüde (dokuz günden sonra) bir buçuk santimetredir (“Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330, 2).

Tifo aşısıyla tifoya karşı iyileşme elde edildiği tecrübeyle görülmüştür. Bir kere tifo geçiren insanlar tifoya karşı muafiyet kazanmış olur. Tifoya tekrar yakalananların sayısı çok azdır. Cilt altından yapılan tifo aşısının tesiriyle vücutta antikorlar meydana gelir. Antikor miktarı, aşının cinsine ve şahsa göre değişiklik gösterir. Antikorların devamı hususunda çeşitli fikirler vardır. Antikorlar ortalama bir hafta sonra etkisini göstermeye başlar ve bir sene sonra hiç kalmaz (Sağlam, 1922: 44-50).

Aşılacak kişi, aşıdan bir gün önce, bir gün sonra alkollü içeceklerden uzak durmalı, aşıdan sonraki yirmi dört saatte yorucu işler ile meşgul olmamalıdır (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331,61). 0-6 yaş aralığına tifo aşısı yapılmaz. 7-12 yaş aralığındaki çocuklara, yetişkinlere verilen dozajın yarısı, 12-15 yaş aralığına üçte iki doz, 15-50 yaş aralığına ise tam dozaj uygulanır (“Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330, 2-3). Aşı olacak kişi, hafif de olsa bir hastalığa yakalanmış ise aşı derhal ertelenmelidir. Hastalık tamamen ortadan kalktıktan bir veya birkaç hafta geçtikten sonra tekrar aşı uygulaması yapılabilir. Üç aşığı da yaptırmış kişiler, aşıllı olarak kabul edilecektir (Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330:4). Aşı yaptırmış kişilerin 24 saat dinlenmesi, bu müddet zarfında ve bundan sonra üç tabip tarafından gözetim altında bulundurulması gerekir. Aşı yaptıran kişiler, aşı günü şarap, bira gibi iştahsız içeceklerden uzak durmalıdır. (“Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330: 3). Aşılar, dokuzar gün arayla yapılmalıdır (Şibh Tifoya Karşı İttihaz..., 1331, 61). Ağır işlerde çalışanlara aşı yapmamak daha uygundur. Aşıdan sonra çok yemek yenmemelidir (Sağlam, 1922:29).

Tifo aşısı uygulandıktan sonra insanlarda yan etkiler görülebilir. Sık görülen yan etkiler yan etkileri; kırmızılık, şişkinlik, gerginlik, sıkışma, bazen kendiliğinden acı hissetmedir. Bu belirtiler genellikle aşı enjeksiyonundan iki saat sonra başlar giderek artar, 24 saat sonra azalmaya başlar, 2 gün sonra ise bir şey kalmaz (Sağlam,1922: 33-34).

Yan etkiler ikinci ve üçüncü aşıdan sonra da görülebilir. İkinci ve üçüncü doz aşıda görülen en yaygın yan etki ateştir. Aşıdan 2-4 saat aralığında nadiren de olsa 63 saat sonra ateş etkisini gösterebilir. Bu vücut tepkimesinde ateş 37,5’den 40,5’a kadar çıkabilir, ender olarak 2-3 gün sürer. Bu nedenle her aşıdan sonra kişinin ateşinin takip edilmesi gerekir.

Diğer bir yaygın yan etki baş ağrısı ve gerginliktir. Bu belirtilerin şiddeti ikinci aşıdan sonra azalır. Aşı herkeste yan etki göstermez. Yan etkilerin kişilerde oluşma olasılığı yüzde bir buçuktur, özel yan etkiler de ise daha az olarak görülür (“Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde...”, 1330: 3-4). Aşıdan sonra yan etki görülen kişilere bir gramlık bir antipirin verilmeli ve ihtiyaca göre bunu tekrar düşürmelidir (“Bahriye Nezaret-İ Bakteriyoloji Hanesinde..”, 1330: 4).

Yan etkinin şiddeti her hastada farklılık gösterebilir. Sadece aşı yapılan bölgenin tahriş olması yan etkiyi arttırabilir (Sağlam,1922: 35; “Aşı”, 1985: 209). Belirtiler ve şiddetleri, kişinin hassasiyetine de bağlıdır. Yorgun, hasta kişilerde ve aşıdan sonra kendisini yoranlarda daha fazla yan

etki görülebilir. Çocuklar da ise yan etkilerin görülme sıklığı azdır. Bu durum aşının çeşidi ve miktarına göre de değişir (Sağlam,1922: 36; “Tifo”, 1981: 1420; Oğultürk, 1944: 9).

Aşı, kanda birtakım değişikliklere neden olur. Aşıdan sonra dudakta veya dilde şişlik görülebilir. Nadir de olsa kızıl ve kızamığa benzer lekeler veya damar iltihabı görülebilir. Hastalığın iyileşme evresinde yapılan aşının hastalığı tekrar arttırdığı görülmüştür. Aşının tesiriyle bazen dalak büyümesi meydana gelebilir (Sağlam, 1922: 36-40; Unat, 1945: 246).

“Şibh Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahaffuziye ve Mânia-ı İstilaiye’ye Dair Talimatname⁷”de, tifo aşısı hakkında Meclis-i Âli-i Sıhhi tarafından alınan karar özetlerine yer verilmiştir. Buna göre; Sıhhiye Müdüriyeti tarafından humma-i tifoidinin yerleşik ve istilacı şekilde hüküm sürdüğü belirlenen yerleşim yerinde doktor raporuyla belirlenmiş 10-50 yaş aralığındaki herkes tarifnameye uygun olarak bir defa aşılanmak zorundadır.

“Osmanlı İmparatorluğu sınırları içinde” (Özlu ve Çay, 2020:168) “tifo mıntıkası” olarak adlandırılan yerler; suları temiz olmayan, lağımları ihmal edilmiş, mezarlıkları bakımsız ve sıhhiye tertibatının bulunmaması nedeniyle tifo hastalığının yerleşik bir şekilde hüküm sürdüğü şehir, kasaba, köy, mahalle ve meskenlerdir. Bu gibi yerlerin tifo bölgesi ilan edilmesi için hasta sayısı dikkate alınmalıdır. Bu mıntıkadaki halka, birkaç sene sonra yeniden tifo aşısının uygulanması, Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi tarafından gerekli görünürse tayin ve ilan olunacaktır. Osmanlı sınırları içerisindeki her bölgede hane, mektep, medrese, han, bekar odaları, hastane, bimarhane (Artvinli ve Etker, 2013: 1-40), hapishane (Yıldız Uslu, 2021: 449-499) gibi yerlerde humma-ı tifoidi vakası ortaya çıkarsa; hasta olan ve hasta ile teması bulunanlara tifo aşısı mecburidir. Bu kişiler arasında bir seneden az bir zamanda tifo aşısı yapılmış kişilere aşı yapılmayacaktır. Fakat bir seneyi geçmiş kişiler aşılanacaktır. Tifo bölgesi ilan edilen yerlerde okullarda 10 yaşını geçen öğrencilerden; atölye, gıda satan ticarethane ve şirketler ise çalıştıracakları işçilerden tifo şahadetnamesi⁸ istenecektir.

Osmanlı sınırları içerisinde tabiplik hakkına sahip serbest tabipler, aşı başvurusunda bulunanlara aşı yapabilir. Tabip veya belediye tabibi tarafından tifo hastalığını konu alan, imzalanmış, aşı adedini, zamanını, miktarını gösteren kısa bir not “Aşı Şahadetnamesi” olarak kabul olunacaktır (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331, 60-61).

Tifo aşıları, Bakteriyolojihane-i Osmani ile Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi’nin tarafından denetlenen Bakteriyoloji Laboratuvarları’nda hazırlanmaktadır. Ayrıca yabancı devletlerin güvenilir bakteriyoloji kurumları, laboratuvarları ve ecza fabrikaları tarafından aşı temin edilmektedir. Bakteriyolojihane-i Osmani veya yabancı müesseseler tarafından hazırlanan tifo aşılarının üretim tarihine göre üç ayı geçenlerin, kullanılmasına ve eczaneler tarafından satılmasına izin verilmeyecektir.

Talimatnamede yabancı müesseseler tarafından hazırlanıp Osmanlı Devleti’ne gönderilen aşıların değişik usullerle hazırlanmaları nedeniyle bazılarının kullanılmasında yan etki meydana gelmesi muhtemeldir. Bakteriyolojihane-i Osmaniye’de özel olarak hazırlanan aşılar da ise bu durumun görülmediği ifade edilmiştir. Bakteriyolojihane-i Osmani’nin ürettiği aşılar, ücret bakımından da hesaplıdır. Bu sebeple yerli aşıların kullanılması halka ve serbest tabiplere tavsiye olunmuştur. Belirtilen dozda yapılacak aşıların az yan etki ve çok fayda meydana getirdikleri, hayvan deneyleri ve bir milyona yakın insanlar üzerinde yapılan uygulamalarda görüldüğü belirtilmiştir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331: 62-63).

“Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi’nin Dâhiliye Nazırı namına Bircümle Vilayat ve Elviyeye ve Müstakil Elviye Mutasarrıflıklarına Vilayet Sıhhiye Müdürleriyle Müstakil Liva Merkez Tababetlerine 28 Eylül Tarihiyle İrsal Ettiği Tamim”de, Osmanlı sınırları içerisinde bulunan tüm hapishane ve tevkifhanelerin sağlık koşullarının yetersizliği nedeniyle başta tifo olmak üzere tüm bulaşıcı hastalıkların kaynağı olduğu belirtilmiştir. Talimatnamede, hapishanelerin ıslahlarının uzun bir süre

⁷ Talimatname 1915 yılında Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi tarafından yayınlanmıştır. Talimatname Toplamda 120 sayfadır. “Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüse Dair Talimatname”den sonra tifo ile ilgili en kapsamlı talimatname özelliğini taşımaktadır.

⁸ Tifo aşısı yapıldığına dair aşı karnesi

mümkün olamayacağından hapishanedeki mahkûmların, gardiyanların tifodan korunmak için aşılınmalarının gerektiği ifade edilmiştir. Aşı uygulaması mahkûmların korunması ve ortaya çıkabilecek hastalığın dışarıya sirayetinin önlenmesi için önemlidir. Mahkûm ve tutukluların mahkûmiyetlerinin başlangıcından itibaren aşılınmalarına, Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi tarafından karar verilmiş ve ilgili memurluklara tebligat gönderilmiştir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331: 64-65).

Talimatnamede “*Emraz-ı Sâriye Komisyonunun Müzekkeresi Üzerine Sıhhiye Müdüriyet-i Umûmiyesi'nin Teşrin-i Evvel Tarihli Raporu*” ele alınmıştır. Rapora göre; tifo aşısı, bulaşıcı hastalığa karşı koruyucu bir tedbirdir. Aşılınması zorunlu kişiler için vilayetlere Bakteriyolojihane-i Osmani tarafından ücretsiz olarak gönderilecektir. Aşılar resmi tabipler tarafından ücretsiz olarak yapılacaktır. Ancak özel bir tabip tarafından aşılınmak isteyenler için, Bakteriyolojihane-i Osmani tarafından elli altı kişiyi aşılama yetecek miktarda ve iki kuruş karşılığında verilecektir (“Şibh Tifoya Karşı İttihaz...”, 1331: 65).

Tifo aşısının hastalığa karşı iyileştirici etkisi tecrübeyle görülmüştür. Bir kere tifo geçiren insanlar, tifoya karşı bağışıklık kazanmış olur. Aşısını yaptırmış birinin tifoya tekrar yakalanma olasılığı düşüktür. Cilt altından yapılan tifo aşıları, vücutta birtakım antikorların oluşumunu sağlar. Antikor miktarı, aşının cinsine ve kişiye göre değişiklik gösterir. Antikorların vücutta kalma süresi hakkında çeşitli fikirler vardır. Antikorlar ortalama bir hafta sonra etkisini göstermeye başlar, bir sene sonra ise hiç kalmamaktadır (Sağlam, 1922:44-50).

SONUÇ

Tarih boyunca salgın hastalıklar insanlığın başına gelebilecek en büyük felaketlerden biri olarak kabul edilir. Osmanlı Devleti de salgınlardan en çok etkilenen devletler arasındadır. Özellikle 19. yüzyıldaki sosyal ve siyasi değişimler, salgın hastalıkların geniş bir coğrafyada yıkıcı etki göstermesine sebep olmuştur. Ticaret, savaş, göç, göçmenler, belediye hizmetlerinin yetersizliği, altyapı ve üstyapı sorunları, yetersiz beslenme ve hijyen eksikliği gibi temel etkenler; Osmanlı Devlet’inde salgın hastalıkların ortaya çıkmasında ve hızlı yayılımında etkili olmuştur. Sosyal, ekonomik ve sağlık açısından ciddi zararlar veren salgın hastalıklardan biri tifodur.

Tifonun ortaya çıkmasına ve salgın halini almasına sebep olan durumlar; olumsuz çevre koşulları, içme ve diğer amaçlarla kullanılan suyun sağlıklı oluşu ve hijyen eksikliğidir. Osmanlı Devleti’nde tifonun etkisini en fazla gösterdiği dönem 19. yüzyıldır. Hastalıktan temel korunma yolu, hijyen kurallarına bağlılıktır. Osmanlı Devleti, tifo salgınıyla mücadele edebilmek adına halkın temizlik kurallarına uymalarına yardımcı olmak, sağlıklı gıda tüketimini bilinçlendirmek, tifo aşısı konusunda halkı bilgilendirmek ve aşığı yaygınlaştırmak için çeşitli talimatnameler yayımlamıştır.

II. meşrutiyet döneminde 1910 tarihli “*Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüse Dair Talimatname*”, 1914 yılında I. Dünya Savaşı’nın başladığı yıllarda tifo aşısını konu alan, Bahriye Nezareti Celilesi Sıhhiye Müfettişi Umumiliği tarafından “*Bahriye Nezaret-i Bakteriyoloji Hanesinde İstihzar Olunan Tifo Aşısının Tatbiki Hakkında Talimatname*”si çıkarılmıştır. I. Dünya Savaşı’nın sürdüğü 1915 yılında ise Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi tarafından “*Şibh-i Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahfiziye ve Mâni’a-i İstilaiyeye Dair Talimatname*” isimli bir başka talimatname çıkarılmıştır.

1915 yılında Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi tarafından çıkarılan “*Şibh-i Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahfiziye ve Mâni’a-i İstilaiyeye Dair Talimatname*”, 1910 tarihli “*Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüse dair Talimatname*”nin devamı niteliğindedir. 1915 yılı talimatnamesi, daha kapsamlıdır. Talimatnamelerde, tifonun tanımı, bulaşma yolları, hastalığa karşı mücadele ve korunma yolları ele alınmıştır. Talimatnamelerde, halkın hijyen kurallarına uymaları ve hastalığına karşı halkı bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu sayede tifonun salgın halini almadan önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

Talimatnamelerde ayrıntılı olarak sunulan uygulamaların, tifoyla mücadelede tek başına yeterli olmayacağı görülmüş, Osmanlı Devleti tifo aşısı üzerinde titizlikle durmuştur. Aşı, hastalıktan korunmada etkin bir rol üstlenmektedir.

19. yüzyılda Osmanlı Devleti'nde yaşanan ekonomik sıkıntılara rağmen tifo, öncelikli çalışmalar arasında yer almıştır. Tifo aşısına yönelik ilk çalışma 1911 yılında Gülhane Tababet-i Askeriye Tatbikat Mektep ve Seririyatı'nda gerçekleştirilmiştir. Tifo aşısı ilk kez 1912 yılında Çanakkale, İzmir civarı ve Trablus'taki askerlere uygulanmıştır. Aynı yıl Çatalca cephesinde denenmiştir. Ardından da aşı, orduda zorunlu hale getirilmiştir. Hijyen eksikliği, yetersiz beslenme, temiz içmeye suyuna erişimdeki zorluklar tifonun askerler arasında hızla yayılmasına ve ölümlerin yaşanmasına sebep olmuştur. I. Dünya Savaşı'nın başladığı 1914 yılında çıkarılan "*Bahriye Nezaret-i Bakterioloji Hanesinde İstihzar Olunan Tifo Aşısının Tatbiki Hakkında Talimat*"ın yanı sıra, 7 Eylül 1914 tarihinde Meclis-i Vükela kararıyla yayımlanan "*Tifo Aşısının Lüzum Görülecek Mahallerde Tatbikinin Mecburi Olması Hakkında İrade-i Seniyye*" tifoyla mücadelede önemli bir adım olmuştur. Bu iradede tifo aşısının, çiçek aşısında olduğu gibi lüzum görülecek mahallerde, zorunlu olarak uygulanmasını kararlaştırılmıştır. 11 Ocak 1914 tarihinde tifo aşısı orduda mecburi hale getirilmiş, 26 Mart 1914 tarihinde subayların Paratifo A ve B basilleriyle birlikte karma bir aşı halinde aşılama zorunlu kılınmıştır. I. Dünya Savaşı'nın sürdüğü 1915 yılında ilk olarak Erzurum'da daha sonra Sivas ve Merzifon'daki aşı laboratuvarlarında; tifo, kolera, dizanteri aşuları üretilmiştir. İstanbul'dan gönderilen fazla miktardaki aşının yanında, ordu laboratuvarlarında 381.000 kişinin aşılmasına yetecek 953 kg tifo aşısı üretilmiştir. Tifo aşısı, Bakteriyojihaneye-i Osmani tarafından aşılama zorunlu kişilere ücretsiz olarak gönderilmiştir. Aşılar resmi tabipler tarafından ücretsiz olarak yapılmıştır. Tifo salgınının görüldüğü yerlerde 10-50 yaş aralığındaki herkesin bir defa aşı olması mecburi tutulmuştur.

"*Şibh-i Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahfiziye ve Mâni'a-i İstilaiyeye Dair Talimatname*" de verilen bilgilere göre, Osmanlı Devleti'nin sınırları içerisindeki her bölge, hane, mektep, medrese, han, bekar odaları, hastane, bimarhane gibi yerlerde tifo ortaya çıkarsa hasta ve hasta ile teması bulunanlara tifo aşısı yapılması mecbur tutulmuştur. Yerli aşının üretiminin yanında Osmanlı Devleti, dışarıdan güvenilir bakterioloji kurumları, laboratuvarları ve ecza fabrikalarından da aşı temin etmiştir. Bakteriyojihaneye-i Osmani'nin ürettiği aşılar ithal aşılarla ücret bakımından kıyaslandığında daha uygun olmuştur. "*Şibh-i Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahfiziye ve Mâni'a-i İstilaiyeye Dair Talimatname*" de yerli aşıların kullanımı, halka ve serbest tabiplere tavsiye edilmiştir. Osmanlı Devleti tifo hastalığına karşı kapsamlı bir çalışma gerçekleştirmiştir. Fakat bu hastalık Osmanlı coğrafyasından tamamen ortadan kaldırılamamıştır. Nitekim, 19. yüzyıldan günümüze, koruyucu tıp alanındaki ilerlemelere rağmen, insanlar tifodan mustarip olmaya devam etmektedir.

Tifo, günümüzde gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Alt yapı sorununun yaşandığı, yeterli beslenmenin gerçekleştirmediği, temiz içme suyuna ulaşımında zorlukların yaşandığı ülkelerde tifo varlığını sürdürmektedir. Amerika, Kanada, Batı Avrupa, Avustralya ve Japonya gibi endüstrileşmiş ülke ve coğrafyaların dışında hastalık yaygın olarak görülür. Özellikle Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde hastalığa yakalanma riski yüksektir. Riskin en yüksek olduğu bölge, Güney Asya'dır⁹.

Dünyada, her yıl 21 milyon civarında tifo vakası görülürken, bu vakaların yaklaşık 200.000'i ölümlerle sonuçlanmaktadır¹⁰. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2018) verilerine göre yaklaşık 11-20 milyon kişi, tifoya yakalanmakta, 128.000-161.000 arasında kişi ise tifo kaynaklı olarak hayatını kaybetmektedir¹¹. Tifoyla mücadelede aşı, tek başına yeterli değildir. Hastalığın kontrol altına alınabilmesi için kişisel hijyen kurallarının uygulanması, çevresel sağlığın sağlanması, kanalizasyon arıtımı, güvenli ve temiz içme suyunun sağlanması gibi kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.

⁹ <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/> (14.01.2022)

¹⁰ Manyombe, Martin Luther Mann; Mbang, Joseph; Lubuma, Jean; Tsanou, Berge (2019). "Global Dynamics Of A Vaccination Model For Infectious Diseases With Asymptomatic Carriers", *Mathematical Biosciences and Engineering*. 13 (4). s.814.

¹¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid> (14.01.2022)

KAYNAKÇA

Arşiv kaynakları

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı (BOA)

Babıali Evrak Odası (BEO)

BOA.BEO.4309/323140

BOA.BEO.4316/323698

İrade Meclis-i Mahsus (İ.MMS)

BOA.İ.MMS.188/20

Meclis-i Vükelâ Mazbataları (MV)

BOA.MV.236/79

“Bahriye Nezaret-İ Bakteriyoloji Hanesinde İstihzar Olunan Tifo Aşısının Tatbiki Hakkında Talimat”, Bahriye Matbaası, 1330.

“Humma-ı Şibh Tifo ve Tifüs, Meclis-i Umur-ı Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Neşriyat ve Mukarreratından”, Arşak Garoyan Matbaası, 1326.

“Karahumma-Tifo”, Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Neşriyatından, No:44, 1937.

“Şibh Tifoya Karşı İttihaz Olunacak Tedabir-i Tahaffuziye ve Mânia-ı İstilaiye’ye Dair Talimatname”, Dâhiliye Nezareti Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Neşriyatından, Hilal Matbaası, İstanbul, 1331.

Düstur, Tertib-i Sani, C.6, Dersâdet: Matbaa-ı Amire, 1334.

Tevfik Salim Sağlam, Tifo Aşısı, Kader Matbaası, İstanbul, 1922.

Y. Fon Mering “Karın tifosu (Tifo)”, Y. Fon Mering’in Dahilî Tıp Kitabı İntani Hastalıklar, Çev. Tevfik Sağlam, C.1, Şirket-i Mürettibiye Matbaası, İstanbul, 1926.

Kitap ve Makaleler

Ağır, S. (2020). *Osmanlı’da Karantina Uygulama Süreçleri ve Tepkiler (1865-1914)*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Akmirza, Nuran İ. Çömez, G. Demirbakan, H. ve Yetişgen, A. (2012). “Tifoya Bağlı Kolestatik Hepatit: Olgu Sunumu”. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 18(2), 125-126.

Akson, İ. (1945). *Salgın hastalıklar ve korunma tedbirleri*. Ankara: Başbakanlık Devlet Matbaası.

Artvinli, F. ve Etker, Ş. (2013). “Bimarhaneler ve Mecanin Yönetimi: İki Taslak ve Süregelen Tartışma”. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, XIV/2, 1-40.

Aşı (1985). *Sağlık ansiklopedisi*. C.1, İstanbul: Arkın Kitabevi.

Ayaz, C. ve Arıtürk, S. (1997). “Tifo ve Para Tifo Olgularının Tedavisinde Tiam Fenikol Kullanımı”. *Ankem Dergisi*, 11 (No.4), 493-496.

Baran, İrfan A. Arslan, Y. Çelik, M. Sünnetçioğlu, M. ve Karahocagil, Kasım M. (2020). “Derin Ventrombozu Tablosu ile Seyreden Bir Tifo Olgusu”. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 12(2), 138-141.

Braun, H. (1944). *Bulaşıcı Hastalıklar*. Çev., Ziya Öktem. Ankara: Maarif Matbaası.

Çapan, F. (2019). “İslam Dünyası’nda Bimaristanlar ve Gelişme Süreçleri”. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 18(3), 1205-1219.

Hot, İ. (2001). *Sihhiye Mecmuasına Göre Ülkemizde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele 1913-1996*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hot, İ. (2015). Tanzimat sonrası Osmanlı'da Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. *Osmanlı'da Salgın Hastalıklarla Mücadele*. (113-150), İ. Başağaoğlu, A. Uçar, O. Doğan (Ed.), İstanbul: Çamlıca.

Kılıç, O. (2004). *Eskiçağdan yakınçağa genel hatlarıyla dünyada ve Osmanlı Devleti'nde salgın hastalıklar*. Elâzığ: Fırat Üniversitesi Basımevi.

Mayer, Cora A. ve Neilson, Amy A. (2010). "Typhoid and Paratyphoid Fever: Prevention in Travellers". Australian family physician, (39)11, 847-851.

Oğultürk, L. (1944). *Tifo tedavisi*. Erzurum: Vilayet Matbaası.

Onul, B. (1962). *İnfeksiyon hastalıkları*. Ankara: Güzel İstanbul Matbaası.

Özcan, M. Aydın, R., Vd. (2015). "XX. Yüzyıl Başlarında İzmit'te Salgın Hastalıklarla Mücadelede Aşı Çalışmaları", *Uluslararası Gazi Akçakoca ve Kocaeli Tarihi Sempozyumu Bildirileri*, H. Selvi, M. Bilal Çelik (Ed.), 955-963.

Özlü, Z. (2017). "Osmanlı Devleti'nde Difteri Hastalığı ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri (19. Yüzyıl Sonları ve 20. Yüzyıl Başlarında)". *Bellekten*, C.LXXXI-291, 419-486.

Özlü, Z. ve Çay, M. M. (2020). 19. Yüzyılda Osmanlı Devleti'nde Salgın Hastalıklarla Mücadele ve Frengi Hastalığı. *Koronavirüs Pandemisi ve Geçmişten Günümüze Salgın Hastalıklar*. (168-197), M. Ali Yıldırım (Ed.), Kilis: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yayınları.

Özlü, Z. ve Çay, M. M. (2021). "Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Salgın Hastalıklardan Veba ile Mücadele: Doktor İsmail Kenan'ın "İçtimaî Hastalıklardan Tahaffuz ve Vikaye Çareleri" İsimli Eserine Göre." *Gaziantep University Journal of Social Sciences* 20 (2), 921-929.

Özlü, Z. ve Tiryaki, K. (2019). "Osmanlıda Seferberlik Dönemlerinde Salgın Hastalıklara Karşı Halk Sağlığı Muhafazasına Dair Bulgular", *Zeugma II. Uluslararası Multidisipliner Çalışmalar Kongresi*, Dr. T. Mehmetoğlu, Z. Sakhi (Ed.), 597-610.

Özlü, Z. ve Tiryaki, K. (2020). 20.Yüzyılın Başlarında Osmanlı Devleti'nde Sağlık Güvenliği Alanında Bir Uygulama: Kolera Talimatnamesi (1908). *Tarihsel Süreçte Anadolu'da Kolera* (35-49), F. Çakmak, Ş. Köse, A. Çağrı Büke, E. Akçiçek (Ed.), Ankara: Gece Kitaplığı Yayını.

Özlü, Z. ve Üzüm, H. İ. (2020). Kolera Salgını ve Mücadele Yöntemlerine Dair Bulgular (Himâye-i Etfâl Cemiyeti Doktoru İsmail Kenan Bey'e Göre). *Tarihsel Süreçte Anadolu'da Kolera* (21-33), F. Çakmak, Ş. Köse, A. Çağrı Büke, E. Akçiçek (Ed.), Ankara: Gece Kitaplığı Yayını.

Tarakçı, M. (1988). *Bulaşıcı hastalıklar bilgisi*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

Tifo (1985). *Yeni Türk ansiklopedisi*. C.11, İstanbul: Ötüken Neşriyat.

Manyombe, Martin Luther Mann; Mbang, Joseph; Lubuma, Jean; Tsanou, Berge (2019). "Global Dynamics Of A Vaccination Model Forinfectious Diseases With Asymptomatic Carriers", *Mathematical Biosciences and Engineering*. 13 (4), s.813-840

Unat, Kadri E. (1945). *Bulaşıcı hastalıklar ve salgınlarla savaş*. İstanbul: İsmail Akgün matbaası.

Uyaniker, A. (2018). "II. Abdülhamid Döneminde Açılan Sağlık Kurumu Kuduz Tedavihanesi (Dâülkelp Ameliyathanesi)". *Asia Minor Studies*, C.6, S.12.:190-200.

Yıldırım, N. (1985). *Tanzimat'tan Cumhuriyet'e sağlık uygulamaları*. Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi, C.5, İstanbul: İletişim Yayınları.

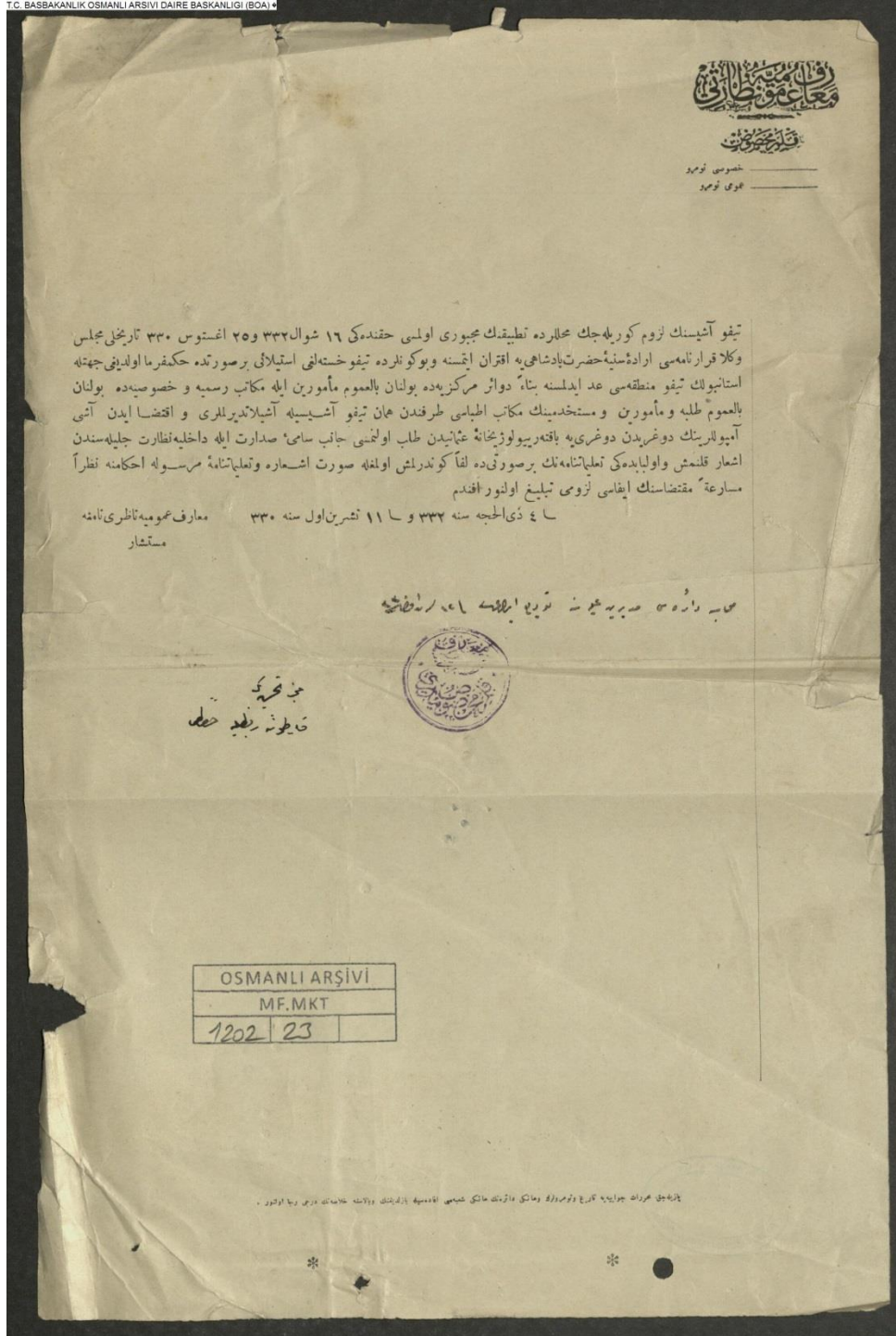
Yıldırım, N. (2004). "Tersane-i Amire Fabrikaları'nda Tebhir Makinası/Etöv Üretimi ve Kullanımı" *Dünü ve Bugünü ile Haliç Sempozyumu Bildirileri*, S. Faruk Göncüoğlu (Ed.), İstanbul: Kadir Has Üniversitesi Yayınları: 421-431.

Yıldız Uslu, M. (2021). Osmanlı Devleti'nin Son Döneminde Ordu Kazası Hapishanesi. *Hacı Bektâş-ı Velî Anısına Türkiye ve Türk Dünyası Araştırmaları-VIII* (449-499), Y. Emre Tansü (Ed.), Ankara, İksad Yayınevi.

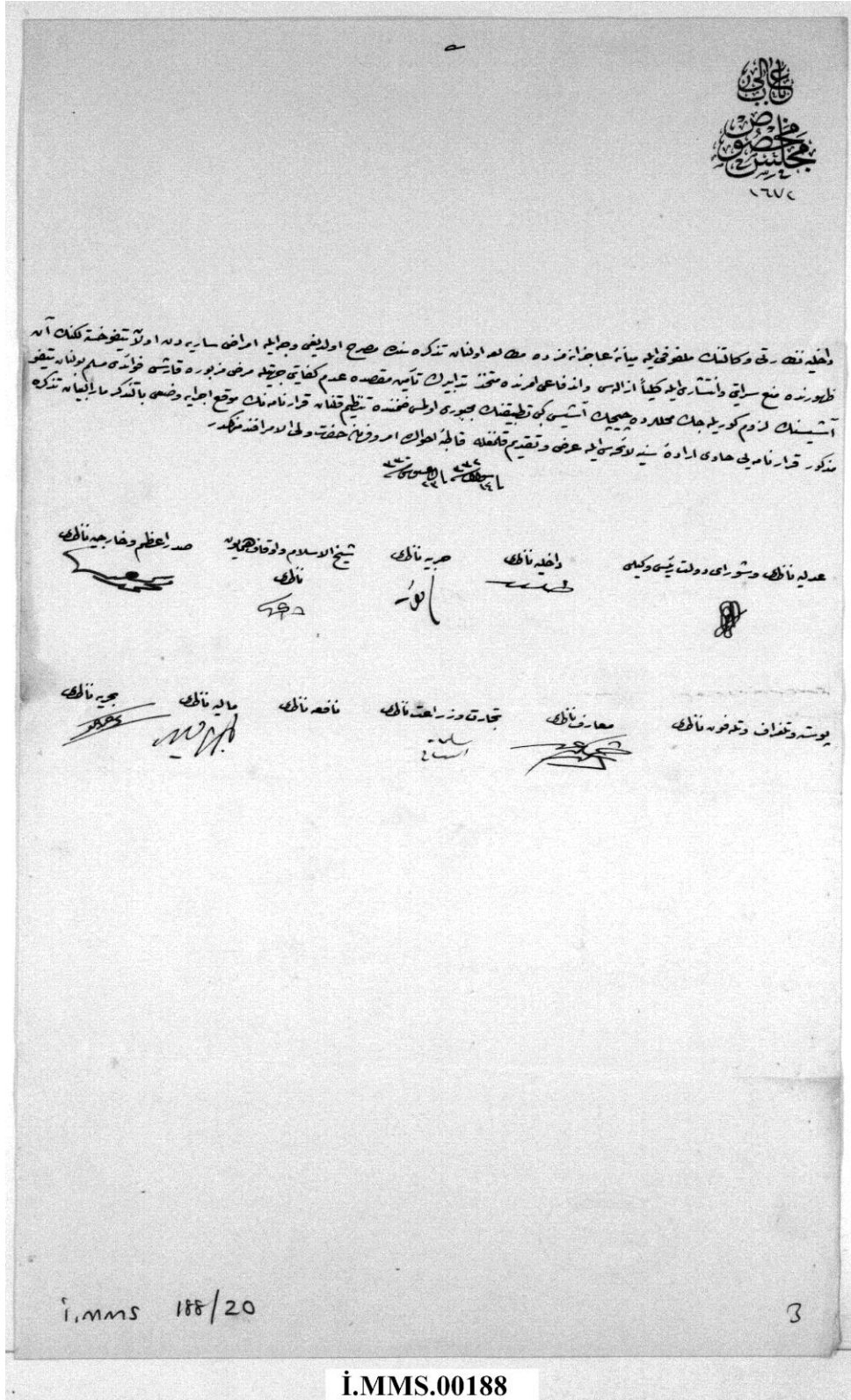
<https://www.seyahatsagligi.gov.tr/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>

Ek 1: Tifo aşısının lüzum görülecek mahallerde tatbikinın mecburi olması hakkında irade-i seniyye



MF.MKT.01202.00023.001



I.MMS.00188

حضرت سیدنا جناب صدر تاجاھریہ

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ
الحمد لله رب العالمین
محمد پریشاد عجمی
علا
۱۰۰۹

معرضہ جا کر کئی لکیر

امراض ساریہ در اولادہ تیغو خستہ لکنک حمالک عثمانیہ درہ شدتیں بر صورتہ اجرائی خیریات المذکی ولایان سیدہ وفستلرندہ
آلاندہ رابو لدرہ آجلا شدیغ حالہ مکتوز حیات اجتماعہ و شرائط حاضرہ سیدہ دولای مرضہ مذکورک آنہ ظورندہ
ضع سبایت وانتسابہ کلیا انزالہ وانرفاعی امرندہ اتخاز ایڈیکلہ تبار سیدہ ناصیہ مقصدی کافل اولردہ یغذ نیاز مرضہ مذکورہ قاریش
واقف اولقلہ خاندن مسلم بولنان تیغو آسینک سیدہ مدیریتہ عمومیہ سبغہ لزوم کویلا جلیک محللہ درہ جیولک آسینک سیدہ جیوری اولردہ
تعلیقہ وسائلک استعمالی صفحہ حفظ الصوم شمس حدیثیہ در حیانہ اولنان مطالعہ مجلس عالی سیدہ درہ نصیب ایطنہ و بولردہ
رتیب و تنظیم قلناہ قرار نامہ تصدیقہ عالی یہ اقتذہ اتیر طک اوزرہ نقادہ و تقسیم قلناہ اولقلہ برآہ اول موقع تعلیقہ
وضع اسپانیک استمالہ ساعدہ جلیہ جناب صدر تاجاھریک سبایانہ بیو طس بانج اروضہ عامہ حضرتہ و اول مرکزہ

راخلیہ ناظمی و کلیہ

ال سوال علیہ راہ اہل حدیث

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

i.mms 188/20

2

I.MMS.00188

Ek 2: Tifo aşısını bulan Sir Almroth E. Wright



ASKERİ BİRLİKLERDE MEYDANA GELEN İŞ KAZALARININ AY, YIL, MEVSİM, COĞRAFİ BÖLGESİ AÇISINDA KIYASLANMASI

*Turabi KARADAĞ**
*Habib DAYIOĞLU***

Geliş/Received: 07.03.2022

Kabul/Accepted: 18.03.2022

ÖZ

Sivil işyerlerinde olduğu gibi askeri işyerlerinde de zaman zaman çeşitli iş kazaları meydana gelmektedir. Bu çalışmada, Askeri iş yerlerinde meydana gelen iş kazalarının incelenmesi ile iş kazalarına sebep olan ana nedenlerin ortaya çıkarılması, meydana gelen kazaların önlenmesi için çözüm önerilerinde bulunularak askeri iş kazalarının azaltılması amaçlanmıştır. Çalışma ulusal yazılı basında elde edilen veriler ışığında 2016-2019 yılları içerisinde 267 askeri iş kazası meydana gelmiştir. Oluşan bu kazalar sonucunda 162 askeri personel şehit olurken 1210 askeri personel de yaralanmıştır. Bu iş kazaları Asker aileleri, Çalışan personel ve komuta kademesi üzerinde moral motivasyon bozukluğu yaratmakta olup performanslarında bir düşüklüğe sebep olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Asker, Askeri İş Kazaları, İş kazası, İş güvenliği, Kaza Önleme

COMPARISON OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS OCCURING IN MILITARY UNITS BY MONTH, YEAR, SEASON, GEOGRAPHICAL REGION

ABSTRACT

As in civilian workplaces, various occupational accidents occur from time to time in military workplaces. In this study, it is aimed to reveal the main causes of occupational accidents by examining the occupational accidents that occur in the military workplaces, and to reduce the military occupational accidents by suggesting solutions to prevent the accidents. In the light of the data obtained in the national print media, 267 military work accidents occurred in the years 2016-2019. As a result of these accidents, 162 military personnel were martyred and 1210 military personnel were injured. These occupational accidents create a morale-motivation disorder on the families of the soldiers, the working personnel and the command level and cause a decrease in their performance.

Keywords: Soldier, Military Occupational Accidents, Occupational accident, Occupational safety, Accident Prevention

* Dr. Öğr. Üyesi, Yıldız Teknik Üniversitesi. turabikaradag@windowslive.com, orcid.org/000-0001-9481-5718

** Prof. Dr., İstanbul Ticaret Üniversitesi, hdayioglu@ticaret.edu.tr, orcid.org/0000-0002-2069-4412

GİRİŞ

Türkiye’de 2021 yılında tahmini 355.000 aktif askeri personel bulunmaktadır (Global Fire Power 2021). Her yıl yaklaşık olarak 700.000 Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı zorunlu askerlik yaşına girerek kanunen belirlenen süreler için askere alınmaktadır. Tüm bu personelin askeri iş kazalarından etkilenmesi muhtemeldir.(Karadağ,2022)

Askeri örgütler, çok ciddi disiplinli bir yapısal sistem içerisinde binlerce personeli barındıran yoğun stres altında çalışılan örgütlerdir. Bu örgütlerde tıpkı sivil örgütlerdeki gibi iş kazaları yaşanabilmektedir. Fakat son dönemde geliştirilen iş güvenliği ve kaza önleme sistemi ile ciddi bir değişim, dönüşüm yaşanmasına rağmen hala iş kazaları yaşanmakta, bu kazalarda çok sayıda personel yaralanmakta ve şehit düşmektedir.(Karadağ,2022) 2012 Tarihinde çıkartılan 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu madde 2 gereği Askeri birlikler kanun kapsamı dışında tutulmuştur. (6331 Sayılı kanun). Ancak Türk Silahlı Kuvvetleri içerisinde kullanılan kaza önleme sistemi çok eski bir yöntem olan emniyet kaza önleme sistemi vardır. Bu yönerge en son 2012 Yılında güncellenmesine rağmen yine kanunun getirmiş olduğu yenilikler yoktur. Emniyet ve kaza önleme sisteminin planlanması, uygulanmaya konulması, denetlenmesine rağmen çeşitli zamanlarda silah kazaları, trafik kazaları, Elektrik kazaları, Düşme, Yangın, Gıda zehirlenme, Mühimmat patlamaları, Eğitim kazaları sonucu ölüm ve yaralanmalar meydana gelmektedir. Yaşanan bu üzücü olaylar toplumsal tepkilere yol açarak TSK’nın itibarını da zedelemektedir. Ayrıca bu kazalar, askeri personel açısından moral ve motivasyon düşüklüğüne yol açarken performanslarını da azaltmakta ve çok büyük maddi kayıplara sebep olmaktadır. Yapılan Literatür taramasında Askeri iş kazaları ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamış olup: Kabak (2019), sahil güvenlik araçlarının arama ve kurtarma görevlerinde kullanılmasını analitik yöntemler ile analiz etmişlerdir. (Akça, 2016). Teknolojinin gelişmesine paralel olarak tıpkı işletmelerde olduğu gibi silahlı kuvvetlerde de iş kazalarının sayısında artış meydana gelmiştir.(İSGK.2011).”Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleriyle Milli İstihbarat Teşkilatı faaliyetleri, afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri, ev hizmetleri, çalışan istihdam etmeden bağımsız çalışanlar ve hükümlü ve tutukluların iş yurtlarındaki çalışmaları, yasa kapsamı haricinde tutulmuştur”.(Aktaran , 2007) Sharma Malik 2002 ise çalışmalarında Hindistan Hava Kuvvetlerinde 1990-2000 arasında yaşanan kazaları incelemişler ve bu yıllar arasında yaşanan kazaların yeterli mürettebat, kaynak ve detaylı iş talimatları bulunmasına karşın yaşandığını ortaya koymuşlardır.

1.KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanımlamaya göre iş sağlığı ve güvenliği fiziki, ruhsal ve toplumsal bakımlardan tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir(WHO, 2009).Bir makinede ya da eylemde yaralanma ihtimalinin kabul edilebilir seviyede olduğu düşünülüyorsa, bu makina ve eylem güvenli görülmelidir. (Ringdahl, 2001). Kavramsal açıdan iş güvenliği, işin yapıldığı esnada çalışanların yaşadığı tehlikelerin bertaraf edilmesi ya da azaltılması hususunda, işverene yüklenen yükümlülükler ve teknik kuralların tümüdür(Centel, 2003).Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliğini geliştirecek çabalar, genellikle devletin zorlaması ve teftişler ile başlamaktadır. Devlet, bütün vatandaşlarının yaşamını fiziki ve ruhsal sağlığı yerinde bir şekilde devam ettirmesini temin etmek düzenlemekle mükelleftir.(1982 Anayasası). İş güvenliği dar anlamda işin yapıldığı esnada meydana gelebilecek tehlikeler karşısında çalışanın hayatının ve sağlığının korunmasını, çalışma süreleri dâhil çalışma yöntem ve biçimlerinin düzenlenmesini kapsarken geniş anlamda, iş ilişkisinin sosyal niteliğinden yola çıkılarak devletin çalışma ilişkisini çalışanın yararına kurması ve geliştirmesi için mevcut bütün araçları seferber etmesini içermektedir (Balkır, 2012).

Askeri İş Kazaların meydana gelmesinde doğrudan, dolaylı ve katkıda bulunan nedenler olmak üzere üç ana sebepten kaynaklanır.

1.1.1.Doğrudan nedenler

İstenmeyen bir işin yapılması veya istenen bir işin kasten yapılmamasıdır. Kasten kural ihlali yapmak, Eğer bu yapılsaydı veya yapılmaydı bu kaza meydana gelir miydi? sorusuna verilen cevap çoğu zaman doğrudan kaza nedenini açıklar.

1.1.2.Dolaylı nedenler

Bu tür nedenler, kazayla doğrudan bir nedenle bağlı olağan veya olağan olmayan arızalı malzeme, bilgi eksikliği, yorgunluk, uykusuzluk, dikkatsizlik, hastalık (psikolojik ve/veya fizyolojik), koşulları gibi durumlarda meydana gelen nedenlerdir.

1.1.3.Katkıda bulunan nedenler

Kazazadenin beraber Görev yaptığı Komutanı, nezaretçi olan amiri, emniyet subayının, ihmallerinden, bilgi noksanlıklarından dolayı kazaların devam etmesine sebep olmalarıdır.

2.BULGULAR

Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler 2016-2019 yıllarında yazılı basında elde edilen 267 adet askeri iş kaza vakasının yer aldığı analizde kazaların, ay, yıl, mevsim, kaza nevi, kaza bölgesi açısından kıyaslanabilmesi için yoğunluk tabloları oluşturulmuş ve grafikler ile görselleştirilmiştir. Kazalarda yaralı sayısı ve şehit sayısının kategorik değişkenlere göre değişimi Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Askeri kazalardaki şehit varlığı ve yaralı varlığının, kaza nevi, mevsim, ay, yıl, bölge değişkenleri tarafından açıklanması lojistik regresyon ile modellenmeye çalışılmıştır. İstatistiksel analizlerde IBM SPSS 22,0 ve IBM AMOS 24,0 programları kullanılmıştır.

3.TARTIŞMA

Askeri kazalardaki yaralı ve şehit sayısının kazaların özelliklerine göre karşılaştırılması Yaralı ve şehit sayısının kaza özelliklerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Welch Testi kullanılmıştır. Farklılık bulunan testler için farklılığın kaynağı Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi ile analiz edilmiştir. Welch Testinde ise çoklu karşılaştırma testi olarak Tamhane's uygulanmıştır.

Kaza türüne göre yaralı sayısındaki farklılıklar Çizelge 1.'de karşılaştırılarak sunulmuştur.

Çizelge 1. Kaza türüne göre yaralı sayısı farklılığı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	p
Bomba patlaması / Eğitim kazası	9	5,111	7,6558		
Gıda zehirlenmesi	15	68,533	98,3077		
Helikopter / uçak kazası	9	1,778	2,7285	22,236	,000**
Silah kazası	30	,067	,2537		
Trafik kazası	190	4,574	4,8022		
Çığ düşmesi / Yıldırım düşmesi /Donma	14	3,071	3,3847		
Total	267	7,506	27,4287		

** $p < 0,01$ AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki yaralı sayısının kaza nevi'ne göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,05$) anlaşılmaktadır. Çoklu karşılaştırma testlerinde gıda zehirlenmesinde yaralı ortalaması (68,5) diğer tüm kaza Türlerinden yüksektir. Bomba patlaması / eğitim kazası ortalamasının (5,1) ve trafik kazası yaralı ortalamasının (4,5), helikopter/uçak kazası yaralı ortalamasından (1,77) ve silah kazası yaralı ortalamasından (,067) yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Böylelikle 'Kaza sonucunda yaralanan

personel sayısı ile kaza türü arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HA Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HA₀ Hipotezi ‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kaza türü arasında anlamlı bir ilişki yoktur’ reddedilirken HA₁ Hipotezi ‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kaza türü arasında anlamlı bir ilişki vardır.’ kabul edilir.

Anlamlılığın nedeni gıda zehirlenmeleri nedenli kazalarda zehirli gıdayı personelin toplu olarak tüketmesi sebebiyle zehirlenmeye maruz kalan kişi sayısının çok olması gösterilmektedir. Diğer kazalarda ise kazadan etkilenen kişi sayısı gıda zehirlenmelerine göre daha azdır. Örneklenecek olursa bomba patlaması/eğitim kazası kategorisinde kazadan etkilenecek kişi sayısı 3-5 kişi kadar, helikopter-uçak kazalarında kazadan etkilenecek kişi sayısı uçak veya helikopterin mürettebatı kadar, silah kazalarında kazadan etkilenecek kişi sayısı 1-2 kişi kadar, trafik kazalarında kazadan etkilenecek kişi sayısı araç mürettebatı kadar, çığ düşmesi-yıldırım düşmesi kaynaklı kazalarda kazalardan etkilenecek kişi sayısı ortalama bir tim (15-22 kişi) kadarken gıda zehirlenmesine maruz kalabilecek en fazla kişi sayısı ise bir tugay (1500 kişi civarı) kadar olabilmektedir.2016-2019 yılları arasında yaşanan askeri iş kazalarının yaşandıkları coğrafi bölgeler ile yaralı sayısı arasındaki karşılaştırma Çizelge A.2.’de sunulmuştur.

Çizelge A.2. Kazanın yaşandığı coğrafi bölgeye göre yaralı sayısı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	p
İç Anadolu	24	3,792	6,3175		
Karadeniz	11	6,364	10,7729		
Ege	28	25,250	76,9356	2,198	,035*
Marmara	24	12,167	29,1423		
Akdeniz	22	6,409	8,0395		
Doğu Anadolu	114	4,404	5,7418		
Güneydoğu Anadolu	37	4,946	7,9998		
Sınır ötesi	7	2,571	3,8235		
Total	267	7,506	27,4287		

* $p < 0,05$ AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki yaralı sayısının bölgeye göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,05$) anlaşılmaktadır. Çoklu karşılaştırma testlerinde Egede olan yaralı ortalamasının (25,250) diğer tüm bölgelerden yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Marmara bölgesinde olan kazalardaki yaralı ortalaması (12,1) Ege bölgesi dışındaki bölgelerin tamamından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Böylelikle ‘Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HB Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HB₀ Hipotezi ‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki yoktur’ reddedilirken HB₁ Hipotezi ‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki vardır.’ kabul edilir.

2016-2019 Yılları arasında yaşanan askeri iş kazalarının yaşandıkları mevsimler ile yaralı sayısı arasındaki karşılaştırma Çizelge 3.’te sunulmuştur.

Çizelge 3. Kazanın yaşandığı mevsime göre yaralı sayısı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	p
İlkbahar	58	5,310	4,9602		
Yaz	70	3,471	3,8173		
Sonbahar	58	7,190	21,3685	3,112	,029*
Kış	81	12,790	45,8257		
Total	267	7,506	27,4287		

* $p < 0,05$ AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki yaralı sayısının mevsime göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,05$) anlaşılmaktadır. Çoklu karşılaştırma testlerinde kış aylarında olan yaralı ortalamasının (12,7) diğer tüm mevsimlerden yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Sonbahar aylarında olan kazalarda yaralı ortalaması (7,1), yaz aylarında olan kazalardaki yaralı ortalamasından (3,4) yüksek olduğu anlaşılmıştır. Böylelikle ‘Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı mevsimsel dönem arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HC Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HC_0 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı mevsimsel dönem arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ reddedilirken HC_1 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı mevsimsel dönem arasında anlamlı bir ilişki vardır.’’ kabul edilir. Anlamlılığın sebebi olarak trafik kazalarının ve çığ düşmesi-yıldırım çarpması gibi olayların mevsimsel değişimlere bağlı hava koşulları ile alakalı olması görülmektedir. Özellikle çığ düşmesi ve yıldırım çarpması gibi kaza türleri doğrudan hava şartlarına bağlıdır ve bu tarz kaza türlerinin kış şartlarında daha fazla olması beklenmektedir. Ayrıca dolaylı olarak hava şartlarının kötüleşmesi de trafik kazaları için ana nedenlerden biri olarak görülmektedir. 2016-2019 yılları arasında gerçekleşen askeri iş kazalarının yaşandıkları yıllar ile yaralı sayısı arasındaki karşılaştırma Çizelge 4.’te sunulmuştur.

Çizelge 4. Kazanın yaşandığı yıla göre yaralı sayısı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	p
2016	45	3,244	3,2133		
2017	75	11,747	47,0721		
2018	86	5,407	8,6056	3,083	,030*
2019	61	8,393	21,1387		
Total	267	7,506	27,4287		

* $p < 0,05$ AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki yaralı sayısının yıllara göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,05$) anlaşılmaktadır. Çoklu karşılaştırma testinde 2017 yılında olan yaralı ortalamasının (11,7) diğer tüm aylardan yüksek olduğu anlaşılmaktadır. 2019 yılında olan kazalarda yaralı ortalaması (8,3), 2016 yılında olan kazalardaki ortalama yaralı sayısından (3,2) ve 2018 yılında meydana gelen kazalardaki yaralı ortalamasından (5,4) yüksek olduğu görülmektedir. Böylelikle ‘Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı yıl arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HD Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HD_0 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı yıl arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ reddedilirken

HD₁ Hipotezi “ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı yıl arasında anlamlı bir ilişki vardır.” kabul edilir. Anlamlılığın sebebi 2017 yılında yaşanan kazaların yaralama oranının diğer yıllardaki kazaların yaralama oranına göre daha fazla olmasıdır. Özellikle yaralama oranı en fazla olan gıda zehirlenmesi kazalarından en büyüğü olarak analize katılan 21.12.2017 tarihinde Manisa ilinde gerçekleşen kazanın bu anlamlılığa neden olması belirlenmiştir.

2016-2019 yıllarında gerçekleşen askeri iş kazalarının yaşandıkları aylar ile yaralılar arasındaki karşılaştırma Çizelge 5.’da sunulmuştur.

Çizelge .5. Kazanın yaşandığı aya göre yaralı sayısı karşılaştırması

	N	AO	SS	F	p
Ocak	18	2,278	2,8244		
Şubat	19	5,105	6,1091		
Mart	28	3,679	5,1858		
Nisan	15	5,267	7,3821		
Mayıs	13	4,308	7,3980		
Haziran	31	11,581	20,0745	1,421	,179
Temmuz	21	3,667	3,3665		
Ağustos	17	5,294	6,9711		
Eylül	12	15,667	40,3515		
Ekim	38	5,342	6,9058		
Kasım	17	3,412	4,1240		
Aralık	35	18,200	67,8891		
Total	264	7,530	27,5826		

AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki yaralı sayısının aylara göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>,05$) anlaşılmaktadır. Ancak ortalamalara bakıldığında Aralık ayında olan kazalarda yaralı ortalaması (18,2), Eylül ayında olan kazalarda yaralı ortalaması (15,6), Haziran ayında olan kazalarda ortalama (11,5) diğer aylara göre öne çıkmaktadır. Böylelikle ‘Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HE Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HE₀ Hipotezi “ Kaza sonucunda yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki yoktur” kabul edilir

Her ne kadar anlamlı bir ilişki bulunmasa dahi en fazla yaralanmalı kazaların Aralık ayında olması mevsimsel hava şartlarının kötülüğü ile izah edilebilmekte iken Eylül ve Haziran aylarındaki kazaların TSK faaliyetlerindeki dönemsel artışları işaret ettiği söylenebilmektedir.

2016-2019 Yılları arasında yaşanan askeri iş kazalarının kaza türüne göre şehit sayısı varlığı karşılaştırması Çizelge 6.’de sunulmuştur.

Çizelge .6. Kaza türüne göre şehit sayısı farklılığı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	p
Bomba patlaması / Eğitim kazası	8	1,625	2,1998		
Gıda zehirlenmesi	15	,200	,5606		
Helikopter / uçak kazası	9	3,222	4,2361		
Silah kazası	30	,967	,1826	15,540	,000**
Trafik kazası	187	,401	,6261		
Çılg düşmesi / Yıldırım düşmesi /Donma	13	1,000	1,5275		
Total	262	,618	1,1904		

**p<,01 AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki şehit sayısının kaza nev'ine göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu (p<0,05) anlaşılmaktadır. Çoklu karşılaştırma testlerinde helikopter/uçak kazası şehit ortalamasının (3,2) diğer tüm ortalamalardan daha yüksek olduğu, Bomba patlaması / Eğitim kazası olaylarında verilen şehit sayısı ortalamasının (1,6), helikopter/uçak kazası hariç diğer kazalarda verilen şehit ortalamasından daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Böylelikle 'Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın türü arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?' araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HF Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HF₀ Hipotezi '' Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın türü arasında anlamlı bir ilişki yoktur'' reddedilirken, HF₁ Hipotezi '' Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın türü arasında anlamlı bir ilişki vardır.'' kabul edilir.

Anlamlılığın nedeni helikopter-uçak kazası gibi kazalardaki mortalite oranının diğer kaza türlerine göre çok daha yüksek olması gösterilmektedir. Beklenen bir durum olarak herhangi helikopter veya uçak kazasında kazaya maruz kalan personelin şehit olma olasılığı diğer kaza türlerine maruz kalan personelin şehit olma olasılığına göre daha yüksektir.

İlgili askeri kazaların gerçekleştikleri coğrafi bölgeler ile şehit sayısı arasındaki karşılaştırma Çizelge 7.'de sunulmuştur.

Çizelge 7. Kazanın yaşandığı coğrafi bölgeye göre şehit sayısı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	p
İç Anadolu	22	,500	,5976		
Karadeniz	11	1,182	2,1363		
Ege	28	,607	,6853		
Marmara	24	,250	,4423		
Akdeniz	22	,455	,8579	1,276	,263
Doğu Anadolu	111	,775	1,5237		
Güneydoğu Anadolu	37	,378	,5940		
Sınır ötesi	7	,714	,7559		
Total	262	,618	1,1904		

AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki şehit sayısının bölgeye göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) anlaşılmaktadır. Bölgelere göre meydana gelen kazalarda verilen şehit sayısı ortalaması oldukça yakındır.

Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HG Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HG_0 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ kabul edilirken, HG_1 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki vardır.’’ reddedilir.

Bu durumun nedeni şehit düşmeye neden olabilecek kazaların bölgesel olarak bir farklılık göstermemesidir. Kısacası mortalitesi yüksek olan iş kazalarının bölgesel olarak farklılık oluşturmayacak şekilde dağıldığı söylenebilir. Örnek vermek gerekirse mortalitesi en yüksek olan ve tespit edilerek analize katılan helikopter veya uçak kazaları tek bir coğrafi bölgede toplanmamış neredeyse her bir bölgede bu tarz kazalar ile karşılaşılmıştır.

2016-2019 yılları arasında yaşanan askeri iş kazalarının gerçekleştikleri mevsimler ile şehit sayısı arasındaki karşılaştırması Çizelge 8.’de sunulmuştur.

Çizelge 8. Kazanın yaşandığı mevsime göre şehit sayısı karşılaştırılması

	N	AO	SS	F	P
İlkbahar	56	,339	,6113		
Yaz	69	,420	,6040	4,404	,005**
Sonbahar	58	,862	1,0994		
Kış	79	,810	1,7620		
Total	262	,618	1,1904		

** $p<0,01$ AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki şehit sayısının mevsime göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) anlaşılmaktadır. Çoklu karşılaştırma testlerinde kış ayında olan yaralı ortalamasının ($,81$) ve sonbahar ayında olan kazalara verilen şehit ortalamasının ($,862$) diğer tüm mevsimlerden yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı mevsimsel dönem arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HI Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HI_0 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı mevsimsel dönem arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ reddedilirken, HI_1 Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı mevsimsel dönem arasında anlamlı bir ilişki vardır.’’ kabul edilir.

Anlamlı ilişkinin nedeni mortalitesi yüksek olan kazaların sonbahar ve kış aylarında daha fazla gözlemlenmesidir. Çığ-yıldırım düşmesi gibi doğrudan mevsimsel hava koşullarına bağlı kazalar ile dolaylı olarak hava koşulları ile artışı beklenen trafik kazalarının söz konusu mevsimsel dönemlerde daha fazla gözlemlenmesi bu duruma neden olmaktadır

İlgili askeri iş kazalarının gerçekleştikleri aylar ile şehit sayısı arasındaki karşılaştırma Çizelge 9.’de sunulmuştur.

Çizelge 9. Kazanın yaşandığı aya göre şehit sayısı karşılaştırması

	N	AO	SS	F	p
Ocak	18	,833	1,3394		
Şubat	17	,706	,9196		
Mart	28	,679	,7228		
Nisan	14	,357	,6333		
Mayıs	13	,462	,5189		
Haziran	31	,903	2,3714	,512	,890
Temmuz	21	,714	1,5213		
Ağustos	17	,412	,7123		
Eylül	12	,417	,6686		
Ekim	37	,595	1,2124		
Kasım	17	,529	,5145		
Aralık	34	,500	,5641		
Total	259	,618	1,1962		

AO: Aritmetik ortalama SS: standart sapma F: ANOVA tablo değeri

Askeri kazalardaki şehit sayısının aylara göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > ,05$) anlaşılmaktadır. Aylara göre meydana gelen kazalarda verilen şehit sayısı ortalaması oldukça yakındır. Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (H_J Hipotezi) nicel bir cevap verilerek H_{J0} Hipotezi ‘Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki yoktur’ kabul edilirken, H_{J1} Hipotezi ‘Kaza sonucunda şehit düşen personel sayısı ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki vardır.’ reddedilir. Anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen Haziran ayında mortalitenin daha yüksek çıkması, mortalitesi yüksek olan ve 13 personelin şehadeti ile sonuçlanan bir helikopter-uçak kazasının Haziran ayında olması ile açıklanabilir.

2016-2019 yıllarında yaşanan askeri iş kazalarındaki şehit varlığı ile kazanın gerçekleştiği coğrafi bölge karşılaştırması Çizelge 10.’de sunulmuştur

Çizelge 10. Şehit varlığı ile coğrafi bölge karşılaştırması

	n	Şehit varlığı		Total	p
		Yok	Var		
İç Anadolu	n	14	10	24	
	%	58,3%	41,7%	100,0%	
Karadeniz	n	6	5	11	
	%	54,5%	45,5%	100,0%	
Ege	n	14	14	28	
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
Marmara	n	18	6	24	,160
	%	75,0%	25,0%	100,0%	
Akdeniz	n	16	6	22	
	%	72,7%	27,3%	100,0%	

Doğu Anadolu	n	57	57	114
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Güneydoğu Anadolu	n	25	12	37
	%	67,6%	32,4%	100,0%
Sınır ötesi	n	3	4	7
	%	42,9%	57,1%	100,0%
Total	n	153	114	267
	%	57,3%	42,7%	100,0%

Şehit varlığına göre kazaların meydana geldiği bölge karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Buna göre kazanın meydana geldiği bölgeye göre verilen şehit oranının farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HL Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HL₀ Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ kabul edilirken, HL₁ Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki vardır.’’ Reddedilir. Kaza başına şehit varlığının kazanın yaşandığı coğrafi bölge ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır İlgili askeri iş kazalarındaki şehit varlığı ile kazanın gerçekleştiği yıl karşılaştırması Çizelge 11.’de sunulmuştur.

Çizelge 11. Şehit varlığı ile yıl karşılaştırması

		Şehit varlığı		Total	p
		Yok	Var		
2016	N	30	15	45	,142
	%	66,7%	33,3%	100,0%	
2017	N	48	27	75	
	%	64,0%	36,0%	100,0%	
2018	n	43	43	86	
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
2019	n	32	29	61	
	%	52,5%	47,5%	100,0%	
Total	n	153	114	267	
	%	57,3%	42,7%	100,0%	

Meydana gelen askeri kazaların yıllara göre şehit varlığını karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Buna göre kazanın meydana geldiği yıla göre verilen şehit oranının aynı kabul edilebileceği anlaşılmaktadır. Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı yıl arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HM Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HM₀ Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı yıl arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ kabul edilirken, HM₁ Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı yıl arasında anlamlı bir ilişki vardır’’ reddedilir.2016-2019 yılları arasında gerçekleşen askeri iş kazalarındaki şehit varlığı ile kazanın yaşandığı mevsim karşılaştırması Çizelge 12’da sunulmuştur.

Çizelge 12. Şehit varlığı ile mevsim karşılaştırması

		Şehit varlığı		Total	p
		Yok	Var		
Mevsim	İlkbahar	N	43	15	58
		%	74,1%	25,9%	100,0%
	Yaz	N	44	26	70
		%	62,9%	37,1%	100,0%
	Sonbahar	N	22	36	58
		%	37,9%	62,1%	100,0%
	Kış	N	44	37	81
		%	54,3%	45,7%	100,0%
Total	N	153	114	267	
	%	57,3%	42,7%	100,0%	

**P<0,01

Şehit varlığına göre kaza mevsimi karşılaştırması anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) anlaşılmaktadır. Buna göre en yüksek şehit verilme oranı %62,1 ile sonbahar mevsiminde kaydedilmiştir. Kış aylarındaki kazalarda şehit verilme oranı %45,7, yaz aylarındaki kazalarda şehit verilme oranı %37,1 ve son bahar aylarında bu oran %25,9 olarak hesaplanmıştır.

Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı mevsim arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HN Hipotezi) nicel bir cevap verilerek H_{N0} Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı mevsim arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ reddedilirken, H_{N1} Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı mevsim arasında anlamlı bir ilişki vardır’’ kabul edilir.

Mevsimsel değişkenin kaza sonucundaki ölüm varlığını arttırmasının sebebi mevsim şartlarına bağlı olarak artış gösteren trafik kazalarının ve çığ-yıldırım düşmesi kazalarının kaza sonucu ölüm oranlarının yüksek olması gösterilmektedir.

İlgili askeri iş kazalarındaki şehit varlığı ile kazaların gerçekleştiği ayların karşılaştırılması Çizelge 13.’de sunulmuştur.

Çizelge 13. Şehit varlığı ile ayların karşılaştırması

		Şehit varlığı		Total	p
		Yok	Var		
Aylar	Ocak	n	10	8	18
		%	55,6%	44,4%	100,0%
	Şubat	n	11	8	19
		%	57,9%	42,1%	100,0%
	Mart	n	12	16	28
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Nisan	n	11	4	15
		%	73,3%	26,7%	100,0%
	Mayıs	n	7	6	13
		%	53,8%	46,2%	100,0%
	Haziran	n	19	12	31

	%	61,3%	38,7%	100,0%
Temmuz	n	12	9	21
	%	57,1%	42,9%	100,0%
Ağustos	n	12	5	17
	%	70,6%	29,4%	100,0%
Eylül	n	8	4	12
	%	66,7%	33,3%	100,0%
Ekim	n	23	15	38
	%	60,5%	39,5%	100,0%
Kasım	n	8	9	17
	%	47,1%	52,9%	100,0%
Aralık	n	19	16	35
	%	54,3%	45,7%	100,0%
Total	n	152	112	264
	%	57,6%	42,4%	100,0%

Meydana gelen askeri kazaların aylara göre şehit varlığının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Buna göre kazanın meydana geldiği aya göre kazada verilen şehit varlığının aynı kabul edilebileceği anlaşılmaktadır. Böylelikle ‘Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ araştırma sorusuna ve bağlantılı hipotezine (HO Hipotezi) nicel bir cevap verilerek HO₀ Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki yoktur’’ kabul edilirken, HO₁ Hipotezi ‘‘ Kaza sonucunda şehit personel olması ile kazanın yaşandığı ay arasında anlamlı bir ilişki vardır’’ reddedilir.

SONUÇ

HA₁ hipotezinin istatistiksel olarak kanıtlanmasıyla askeri iş kazaları sonucunda yaralanan personel sayısının askeri iş kazalarının türleri ile anlamlı bir ilişki içerisinde oldukları görülmüştür. Özellikle gıda zehirlenmesi türündeki askeri iş kazaları aynı olay yüzünden birçok personelin zarar görebildiği durumlara yol açabildiği için bu konuda ilgili önlemlerin alınması oldukça önemlidir. Bu noktada sadece askeri bir iş kazası durumunun dışında sabotaj gibi durumlarında ortaya çıkma ihtimali üzerinde durulmalıdır. Çünkü bazı askeri birliklerde ortak hazırlanan yemeklerin askeri bir tugay mevcudunca (yaklaşık 1500-2000 kişi) tüketilmesi nedeniyle yemek üzerinden yapılacak bir sabotajın da tüm bir tugayı etkilemesi mümkün olacaktır. Her ne kadar HB₁ hipotezi kabul edilerek askeri iş kazaları sonucunda yaralanan personel sayısının askeri iş kazasının yaşandığı coğrafi bölge ile arasında anlamlı bir ilişki kurulsa da anlamlı ilişkinin nedeni olan durumun ege bölgesinde yaşanan bir gıda zehirlenmesi sonucunda birçok personelin yaralanmasına neden olan münferit bir olay olduğu belirlenmiştir. Böylelikle askeri iş kazalarında yaralanan personel sayısı ile kazanın yaşandığı coğrafi bölge arasındaki ilişkinin olay bazlı olduğu kabul edilmiştir. Ayrıca bu durum gıda zehirlenmelerini askeri iş kazalarındaki yaralı sayısını ne denli etkilediği açısından da örnek teşkil ederek, HA₀ hipotezini desteklemektedir.

Gerçekleşen askeri iş kazalarında yaralanan personel ile kazanın yaşandığı mevsim arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuş ve HC₁ hipotezi kabul edilmiştir. Kış aylarında yaşanan askeri iş kazalarında yaralanan personel sayısı diğer mevsimlere göre daha fazla olmaktadır. Trafik kazaları gibi kaza başına yaralanma ihtimalinin yüksek olduğu askeri iş kazalarının kış aylarında daha fazla yaşanması bu sonucun sebebi olarak görülmektedir. 2016-2019 yılları arasında yaşanan askeri iş kazalarında yaralanan personel sayısının kazanın yaşandığı yıla göre ilişkisi incelendiğinde her ne

kadar HD_1 kabul edilse dahi bu durumun sebebinin 2017 yılında yaşanan gıda zehirlenmesi nedeniyle gerçekleştiği gözlemlenmiştir. Askeri iş kazalarında yaralanan personelin aylar ile ilişkisi incelendiğinde kaza başına yaralı sayısının aylardan etkilenmediği hesaplanmış ve HE_0 kabul edilmiştir. Ancak Aralık, Eylül ve haziran aylarında kaza başına yaralı sayısının diğer aylara göre yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedeni kaza başına yaralı sayısının daha fazla olduğu trafik kazaları gibi kazaların bu aylarda daha fazla yaşanması olabilir. Özellikle askeri hareketliliğin bu aylarda daha fazla olması ve bu nedenle trafik kaza sayısının fazlalaşması bu duruma neden olabileceği düşünülmekte iken eldeki verilerin sınırlılığı nedeni ile net bir sonuca ulaşılamamıştır. Askeri iş kazalarında kaza başına şehit sayısı incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunarak HF_1 kabul edilmiştir. Bu durumun nedeni helikopter ve uçak kazası gibi mortalitesi yüksek kazalarında askeri iş kazaları arasında bulunmasıdır. Kazalar sonucu kaza başına şehit sayısının kazanın yaşandığı coğrafi bölgeye göre incelenmesinde anlamlı bir farklılık bulunamamış ve HG_0 hipotezi kabul edilmiştir. Mortalite bakımından kazaların coğrafi bölgelere eşit dağıldığı söylenebilir. Aynı durum kazaların yıllara göre dağılımı için de geçerlidir. Kaza başına şehit sayısı yıllara göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ve bu nedenle HH_0 hipotezi kabul edilmiştir. Kaza başına şehit sayısının kazanın yaşandığı mevsimlere göre incelenmesi ile sonbahar ve kış aylarında mortalitenin arttığı hesaplanmış ve HI_1 hipotezi kabul edilmiştir. Mortalitenin yüksek olduğu kazalar özellikle sonbahar ve kış mevsimlerinde diğer mevsimlere göre daha fazla gözlemlenmektedir. Kaza başına şehit sayısının aylara göre incelenmesinde anlamlı bir farklılık bulunamamış ve HJ_0 hipotezi kabul edilmiştir. Buna rağmen sonbahar ve kış aylarında kaza başı şehit sayısının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Ayrıca bazı aylarda kaza başına şehit sayısının yüksek çıkması münferit olaylardan kaynaklanmaktadır. Haziran ayında 13 askerin şehit olduğu bir helikopter kazası bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Kaza başına şehit varlığının kaza türü ile arasında anlamlı bir ilişkisi olduğu hesaplanmış ve HK_1 hipotezi kabul edilmiştir. Silah kazalarının %96,7'sinde şehit varlığı bulunmuştur. Bu kaza türünü bomba patlaması, uçak-helikopter kazası ve eğitim kazaları %77,8'lik şehit varlığı oranıyla takip etmektedir. Kaza başına şehit varlığının kazanın yaşandığı bölge, kazanın yaşandığı yıl ve ay ile arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş HL_0 , HM_0 ve HO_0 hipotezleri kabul edilmiştir. Bu durum mevsimsel olarak incelendiğinde ise kaza başına şehit varlığı ile mevsimler arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur.

5.ÖNERİLER

Askeri personel iş kazaları ve mesleki riskler hususunda göreve girişten itibaren periyodik olarak meslek hayatları süresince hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmelidir önerisidir. Askeri kurumlar iş kazaları bakımından yüksek risk taşımaya karşın bu alandaki kanuni düzenlemelerin ihmal edildiği gözlemlenmektedir. Mevzuattaki iş güvenliği tedbirlerinin askeri sahada uygulanması önerilebilir. Araştırmanın resmi askeri veriler ile yapıldığını, sadece internet ve haber sitelerine düşen askeri iş kazaları haberleri ile yapıldığını bir kez daha altını çizmek gerekir. Bu durum araştırmanın en büyük kısıtlamasını oluşturdu. Fakat bilinen bir gerçek var ki o da iş kazalarının büyük çoğunluğunun insan kaynaklı olduğu, alınabilecek önlemler, eğitimler ve bilinçlendirme ile bunların önlenebileceğidir. Askeri karar alıcıların bu gerçekten yola çıkarak konuya daha fazla önem vermeleri, farkındalık oluşturmaları gerekmektedir. Bundan sonraki çalışmalarda farklı nicel ve nitel analiz yöntemleri ile askeri iş kazalarının araştırılması önerilmektedir. Özellikle örnek olay yöntemi ile yaşanan her bir iş kazasının altında yatan gerçek kök nedenleri ortaya çıkarılarak, buna uygun tedbirlerin askeri karar alıcılara önerilmesi faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- 4857 Sayılı İş kanunu.(2003).ErişimTarihi:15.01.2020<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin/154857pdf>. Mevzuat
- Akça, M.,(2016), Türk Silahlı Kuvvetleri'nde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları, Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bitirme Projesi,s.26.İstanbul.
- Balkır, Z. G. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkının Korunması: İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Organizasyonu.Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(1), 56-91.
- Demircioğlu, M. ve Centel, T., (2003), İş Hukuku, İstanbul.
- Global Fire Power.(2021).ErişimTarihi:20.01.2022.https://www.globalfirepower.com/country-military-strength-detail.php?country_id=turkey 02.05.2021.
- Kabak, M., Sağlam, F., Aktaş, A. (2017). Farklı Uzaklık Hesaplama Yaklaşımlarının TOPSIS Üzerinde Kullanılabilirliğinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Mimarlık ve Mühendislik Fakültesi Dergisi, 32(1):35-43.
- R, B., Çelebi, G.V. (2018). A Military Airport Location Selection by AHP Integrated PROMETHEE,VIKOR Methods, Transportation Research Part D, 59:160-173
- Türk Anayasası.1982.ErişimTarihi:20.01.2022.:<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>
- Uyduran, S., 2017,Olay ve Kazalarda İnsan Faktörü Analizi ve Modellemesi,HEYS 2017 Sempozyumu, 357-391
- Karadağ.T.,(2022)Askeri işyerlerde meydana gelen iş kazaları ve Çözüm Önerileri Doktora Tezi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü s. 75. İstanbul
- WHO (2009).Erişim Tarihi:10.01.2022.World Health Organisation, WHO definition of Health, [<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>]
- İSGK.(2012).Erişim Tarihi:20.01.2022.İş sağlığı ve güvenliğikanunu.<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>,

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRME ALGISI: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

*Fatma Nuray KUŞCU**
*Ali GÖDE***

Geliş/Received: 25.03.2022

Kabul/Accepted: 30.03.2022

ÖZ

Bu araştırma, sağlık personellerinde sağlık teknolojileri değerlendirmesi hakkındaki algı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla planlanmıştır. Bu amaç kapsamında araştırmada anket yöntemi uygulanarak nicel araştırma desenine uygun şekilde veriler elde edilmiştir. Araştırma verileri için kolayda örneklem yöntemiyle 289 sağlık çalışanı araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verilerinin elde edilmesinde kişisel bilgi formu ve “SPSTDT Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %60,2’si kadın, %39,8’si ise erkeklerden oluşmaktadır. Yaş grupları incelendiğinde katılımcıların %45’i 20-29 yaş arası, %38’i 30-39 yaş arası, %17’si 40 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır. Eğitim durumu frekans analizi sonuçlarına göre katılanların %15,6’sı lise mezunu, %33,6’sı ön lisans mezunu, %33,2’si lisans mezunu ve %17,6’sı lisansüstü mezundur. Medeni durum incelendiğinde %48,1’i evli, %51,9’u bekâr bireylerden oluşmaktadır. Meslek grubu frekans analizi sonuçlarına göre katılanlardan %14,2’si doktor, %32,5’i hemşire, %47,4’ü tekniker ve teknisyen, %5,9’u yöneticilerden oluşturmaktadır. Bulunulan kurumda çalışma süresi incelendiğinde katılımcıların %33,6’sı 0-2 yıl, %26,6’sı 3-5 yıl, %21,6’sı 6-9 yıl ve %21,1’i 10 yıl ve üzeri zamandır çalışmaktadır. Son olarak toplam mesleki yıl frekans analizi sonuçlarına göre katılan bireylerin %18,2’si 0-2 yıl, %19,8’i 3-5 yıl, %18,3’ü 6-9 yıl ve %21,5’i 10 ve üzeri süredir çalışmaktadır. Yapılan araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleklerine ilişkin Sağlık Teknolojisi Değerlendirme algısında anlamlı farklılık tespit edilirken; medeni durum, bulunduğu kurumda çalışma süresi ve toplam mesleki yıl bilgisinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Teknoloji, Sağlık Teknolojileri, Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Algısı, Sağlık Çalışanı.

HEALTH TECHNOLOGY EVALUATION PERCEPTION BY HEALTHCARE PROFESSIONALS: A PRIVATE HOSPITAL CASE

ABSTRACT

This research was planned to measure the perception levels of health care personnel about the evaluation of health technologies. Within the scope of this purpose, data were obtained in accordance with the quantitative research design by applying the survey method in the research. For the research data, 289 health workers were included in the study with the convenience sampling method. Personal information form and “SPSTDT Scale” were used to obtain the research data. 60.2% of the health workers participating in the research are women and 39.8% are men. When the age groups are examined, 45% of the participants are between the ages of 20-29, 38% are between the ages of 30-39, and 17% are between the ages of 40 and over. According to the results of the frequency analysis of the educational status, 15.6% of the participants are high school graduates, 33.6% are associate degree graduates, 33.2% are undergraduate graduates and 17.6% are graduate graduates. When the marital status is examined, 48.1% are married and 51.9% are single individuals. According to the results of the occupational group frequency analysis, 14.2% of the participants are doctors, 32.5% are nurses, 47.4% are technicians and technicians, and 5.9% are managers. When the working time in the institution is examined, 33.6% of the participants are 0-2 years, 26.6% are 3-5 years, 21.6% are 6-9 years and 21.1% are 10 years or more. is working. Finally, according to the results of the total professional year frequency analysis, 18.2% of the participants were 0-2 years, 19.8% were 3-5 years, 18.3 were 6-9 years and 21.5% were 10 years.

* Öğr. Gör., Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, nuraykuscu@outlook.com, orcid.org/0000-0003-2657-6174

** Öğr. Gör., Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, alig.sy31@gmail.com, orcid.org/0000-0002-6865-6298

and has been working for more than As a result of the research, there was a significant difference in the perception of Health Technology Evaluation regarding gender, age, educational status, and occupation of health workers; There was no significant difference in marital status, working time in the institution and total professional year information.

Keywords: Health, Technology, Health Technologies, Health Technologies Evaluation Perception, Health Professional.

1.Giriş

Günümüzde sağlık dünyası iş ve işlemlerinde gittikçe artan düzeyde teknolojiye daha bağımlı hale gelmiştir. Her yıl yüzlerce, belki de binlerce yeni teknoloji tıbbi bakım sistemine girmektedir. Teknoloji, temel olarak bilimsel veya diğer organize edilmiş bilginin pratik görevlere sistematik olarak entegre edilmesidir. Sağlık hizmeti teknolojisi ise sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, cihazlar ve tıbbi ve cerrahi prosedürler ve bakımın sağlandığı organizasyonel ve destekleyici sistemler olarak tanımlanmaktadır (Banta, 2003:122). Aynı zamanda sağlıkta paranın karşılığını sağlamanın ana hedefi ile yeni veya mevcut teknolojilerin kullanılmasının klinik (etkililik ve güvenlik), ekonomik (maliyet veya maliyet etkinliği), etik ve sosyal sonuçlarını değerlendiren süreçtir (Banta, 2009:7; Sanni Ali vd., 2019). Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (STD), bir sağlık teknolojisi uygulamasının kısa ve uzun vadeli sonuçlarını inceleyen bir araştırması biçimidir. Değerlendirilen özellikler, güvenlik, etkinlik, hasta tarafından bildirilen sonuçlar, gerçek dünya etkinliği, maliyet ve maliyet etkinliğinin yanı sıra sosyal, yasal, etik boyutlarını içermektedir (Sullivan vd., 2009:40).

STD yeni bir araştırma alanı olmasına rağmen son 10 yılda ABD’den Avrupa’ya günümüzde de tüm dünyaya yayılarak kayda değer bir gelişim göstermiştir. STD terimi ilk olarak 1967’de Amerika Birleşik Devletler kongresinde kullanıldı ve ABD teknoloji değerlendirme ofisi (OTA) da geliştirilmiştir (Banta, 2009:8). ABD’de OTA’nın faaliyete geçmesiyle eş zamanlı olarak, İsveçli araştırmacılar seçilen sağlık bakım teknolojilerini sağlık hizmetleri için yüksek harcamalar, yeni teknolojilerin görünürlüğü ve sağlık hizmeti teknolojisini rasyonalize etmeye başlama gerekliliği konularında değerlendirmeye almıştır (Banta ve Luce, 1993). Teknoloji değerlendirmesi fikirleri yavaş yavaş diğer ülkelere yayıldıkça, resmi teknoloji değerlendirme faaliyetlerine başlanmıştır (Battista vd., 1994:398). 1990’larda, Avrupa Birliği’nin (AB) neredeyse tüm üye devletleri, ulusal ve bölgesel kamu STD ajansları ve programları geliştirmiştir.

İlk yıllarında, sağlıkla ilgili bir teknoloji değerlendirmesine “tıbbi teknoloji değerlendirmesi” (MTA) adı verilmiştir. 1980’lerde “sağlık teknolojisi değerlendirme” terimi başkin terim haline gelmiş olup; 1990’larda “sağlık teknolojisi değerlendirme” (STD) yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık teknolojisi değerlendirmesinde yapılan bu terim değişikliği “tıbbi teknoloji” ifadesinin yalnızca hekimleri ima ediyor gibi algılanmasından oysa sağlık teknolojilerinin çok daha geniş bir kapsamı olması nedeniyle mantıklı bulunup sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır (Banta, 2009:8). Sağlık teknolojisi değerlendirme (STD), sağlık bakım teknolojilerinin etkinliğini, bakım kalitesini, hasta sonuçlarını ve maliyet etkinliğini incelemek için giderek daha değerli bir araç haline gelmiştir (Perry vd., 2009:82).

STD faaliyeti, başlangıçta sağlık politikası yapımcıları ve bazı klinisyenler arasındaki iki ortak endişeden kaynaklanmıştır. İlk olarak, yeni, "yüksek teknoloji" tıbbi müdahalelerin klinik etkinlikleri açısından değerlendirilmesi gerektiğine yaygın olarak inanılmaktaydı. İkincisi, mevcut pek çok tıbbi uygulamanın klinik etkinlikleri açısından yeterince değerlendirilmediği konusunda çok fazla endişe vardı. Daha yakın yıllarda, artan tıbbi ve farmasötik maliyetler, artan hasta beklentileri ve popülasyonun yaşlanması gibi sıklıkla belirtilen faktörler nedeniyle, sağlık hizmeti maliyeti endişeleri, STD hareketinin itici gücünü artan etkinlikten, etkinliği maximize etmeye doğru kaydırmıştır. Bu değişim, çoğu sağlık ekonomisti tarafından, her bir sağlık hizmeti kaynağı biriminden mümkün olan maksimum sağlık “sonucu” birimini üretmek için sahip olunan ortak bir arzuyu yansıtmıştır (Oliver vd., 2004:1-2).

Sağlık teknolojileri, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek, teşhis etmek veya tedavi etmek amacıyla sağlığa yapılan ilaçlar, cihazlar, prosedürler ve içinde sağlık hizmetlerinin verildiği organizasyonel, eğitimsel, bilgilendirici ve destek sistemleri gibi müdahale olabilir. STD’ler, sağlık

hizmetlerinde hükümet politika yapıcıları, sigorta şirketleri ve diğer ödeme yapan kuruluşlar, endüstriler, planlamacılar, yöneticiler, klinisyenler ve hastalar gibi çok çeşitli karar vericiler için faydalıdır. STD'nin amacı, tek bilgi üretimini değil geçerli sonuçlar elde etmek için bütünlük içinde ve sağlam bilimsel yöntemler kullanılarak işlemlerin gerçekleştirilmesidir (Banta, 2009:9; Sanni Ali vd., 2019). STD, yalnızca doktorlara değil, aynı zamanda genel nüfusa ve daha geniş düzeyde hükümete, çeşitli programların erişimini en üst düzeye çıkarmak ve sağlık programları ve politikalarıyla ilişkili maliyeti en aza indirmek için yardımcı olmaktadır. STD, sağlık sisteminin genel performansını önemli ölçüde iyileştirebilecek sağlık teknolojilerinin hastalara uygulanmasına ilişkin net, bilgilendirilmiş politika oluşturma ve önerilerde bulunmak için sağlam kanıta dayalı yaklaşımlar sunmaktadır (Dwivedi vd., 2020:5458)

STD, kanıta dayalı öncelikleri belirlemek için etik ve hakkaniyet hususlarının yanı sıra maliyet ve klinik etkililik için kanıt sentezine yönelik küresel olarak kabul görmüş ve yapılandırılmış bir yaklaşım sağlamaktadır. Dünyadaki hemen hemen tüm yüksek gelirli ülkeler, sağlık harcaması kararlarını bildirmek için yeni teknolojilerin klinik ve maliyet etkinliğine ilişkin kanıtları sistematik olarak değerlendirmede STD'yi kullanmaktadır (Chalkidou vd., 2016:462; Downey vd., 2018)

STD'nin birçok paydaşı vardır. Klinisyenler, karar vericiler, toplum ve diğer paydaşlar arasında sağlık hizmeti kararlarını desteklemek için mevcut kanıtların sentezlenmesine vurgu yapmaktadır (Dwivedi vd., 2020:5458). Yiğit ve Erdem (2015)'e göre bu paydaşların her biri için belirlenmiş roller aşağıda sunulmuştur:

- *“Sağlık politikası yapıcıları için ilaç, cihaz ya da diğer sağlık teknolojilerin ticari kullanımına (örneğin, pazarlama) izin verilip verilmeyeceğinin belirlenmesi hususunda düzenleyici ve ruhsatlandırma rolü,*
- *Geri ödeme kuruluşları ve sağlık hizmeti sunucuları için sağlık teknolojisinin geri ödeme fiyatının belirlenmesinde fiyatlandırma rolü,*
- *Klinisyenler için teknolojilerinin kullanımının hangi hastalıklar veya hangi yaşları kapsayacağı vb. belirlenmesinde ve hastanın klinik ihtiyaçları ve koşullarına uygun sağlık müdahalelerinin kullanımında bilimsel tavsiye rolü,*
- *Meslek örgütleri için sağlık teknolojisinin klinik protokolü veya uygulama kılavuzlarının hazırlanması, sağlık teknolojilerinin etik dışı kullanımları önlenmesi açısından etkili bir süreç ve araç olarak kullanım değerlendirmesi rolü,*
- *Hastaneler için hangi sağlık teknolojisinin satın alınması gerektiğine ilişkin kararının verilmesinde satınalma rolü bulunmaktadır.”*

Yukarıdaki maddeler gösteriyor ki sağlık teknolojilerinin kullanımı ve değerlendirilmesi birçok paydaş tarafından farklı gerekliliklerde algılanıp kullanılmaktadır. Bu meslek gruplarının farkındalıkları sayesinde iş gücünün daha etkin ve bilinçli kullanımı söz konusu olurken hem de katlanılan maliyetlerde daha bilimsel temelli dayanaklar oluşturulmaktadır. Bu çalışmada paydaşlardan sağlık personellerinin STD konusundaki algı düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın amacı

Bu çalışma sağlık personellerinde sağlık teknolojileri değerlendirmesi hakkındaki algı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla planlanmıştır.

2.2.Evren ve örneklem

Araştırmanın evreni özel bir hastanede bulunan sağlık çalışanları kapsamaktadır. Hastanede çalışmakta da olan 400 personel evren grubunu oluşturmaktadır. Buna göre evreni bilinen araştırmada %95 güven aralığında örneklem hesaplandığında en az 196 kişiye ulaşmak yeterli görülmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004). Bu araştırmanın örnekleme, gönüllük esası ile katılmayı kabul eden 289 sağlık çalışanından oluşturulmuştur.

2.3.Veri toplama araçları:

Uygulanmış olan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo- demografik özelliklerinin yer aldığı kişisel bilgi formunda 7 adet madde yer almaktadır. İkinci kısımda SPSTDTÖ formu 23 maddeden oluşmaktadır.

2.3.1.Kişisel bilgi formu; sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma statüsü, kaç yıldır aynı kurumda çalışıldığı ve toplam mesleki yılın sorulduğu ifadelerden oluşmaktadır.

2.3.2.Sağlık personeli sağlık teknolojileri değerlendirme tutum ölçeği (SPSTDTÖ); Kuşcu, Yılmaz ve Kuşcu Karatepe (2022) tarafından geliştirilen SPSTDTÖ 23 sorudan ve 3 boyuttan oluşmakta olup; 1.-4. sorular ölçeğin kapsam boyutunu, 5.-11. sorular farkındalık boyutunu, 12.-23. sorular fayda boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekte ters kodlama bulunmamaktadır. 5’li Likert tipinde hazırlanan ölçek “1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde derecelendirilmektedir. 1’e yaklaştıkça Sağlık Teknolojisi Değerlendirmenin düşük puana sahip olduğu, 5’e yaklaştıkça ise yüksek puana sahip olduğu çıkarımında bulunulabilir.

Kuşcu vd. (2022) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,959 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0,948 olduğu tespit edilmiştir. Bu değer de SPSTDTÖ’nün yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Kalaycı, 2017; Uzunsakal ve Yıldız, 2018)

2.4.Verilerin toplanması ve analizi

Veriler gerekli etik izinler alındıktan sonra, özel bir hastanede çalışan sağlık personellerinden toplanmıştır. Ölçek soruları Google Form oluşturularak web tabanlı cevaplamaları sağlanmıştır. Araştırma 07.03.2022-20.03.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma için kullanılan veri toplama formu kullanılmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilme yapılmıştır.

Ölçeğin uygulanması sonucunda elde edilen veriler SPSS 26.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik bilgilerinin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma statüsü, kaç yıldır aynı kurumda çalışıldığı ve toplam mesleki yıl) sorulduğu belirlenmesi adına frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sağlık Teknolojileri Değerlendirme tutumları cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma statüsü, kaç yıldır aynı kurumda çalışıldığı ve toplam mesleki yıl değişkenleri açısından farklılığın olup olmadığını belirlemek adına, aritmetik ortalama (X), standart sapma (SS), bağımsız örneklem için t-Testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

2.5.Araştırmanın etik yönü

Anket formu uygulanmadan önce Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 07.03.2022 tarih ve 6 sayılı kararı ile etik komite onayı alınmıştır.

3.Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan kişilerin demografik özelliklerine yer verilmiştir(Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Verileri

Demografik Özellikler	Seçenekler	N	%
Cinsiyet	Kadın	174	60,2
	Erkek	115	39,8
Yaş	20-29 yaş arası	130	45
	30-39 yaş arası	110	38
	40 yaş ve üzeri	49	17
Eğitim Durumu	Lise	45	15,6

	Önlisans	97	33,6
	Lisans	96	33,2
	Lisansüstü	51	17,6
Medeni Durumu	Evli	139	48,1
	Bekâr	150	51,9
Meslek	Doktor	41	14,2
	Hemşire	94	32,5
	Tekniker ve Teknisyen	137	47,4
	Yönetici	17	5,9
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	0-2 yıl	97	33,6
	3-5 yıl	77	26,6
	6-9 yıl	53	18,3
	10 yıl ve üzeri	62	21,5
Toplam Mesleki Yıl	0-2 yıl	52	18
	3-5 yıl	65	22,5
	6-9 yıl	71	24,6
	10 yıl ve üzeri	101	34,9
TOPLAM		289	100.00

Araştırmaya 289 sağlık çalışanından elde edilen veriler dâhil edilmiştir. Katılımcıların %60,2'si kadın , % 39,8'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Yaş grupları incelendiğinde katılımcıların %45'i 20-29 yaş arası , %38'i 30-39 yaş arası, %17'si 40 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır. Eğitim durumu frekans analizi sonuçlarına göre katılanların %15,62'si lise mezunu , %33,6'sı önlisans mezunu, % 33,2'si lisans mezunu ve %17,6'sı lisansüstü mezunudur. Medeni durum incelendiğinde %48,1'i evli, %51,9'u bekâr bireylerden oluşmaktadır. Meslek grubu frekans analizi sonuçlarına göre katılanlardan %14,2'si doktor, %32,5'i hemşire, %47,4'ü tekniker ve teknisyen ve %5,9'u yöneticilerden oluşturmaktadır. Bulunulan kurumda çalışma süresi incelendiğinde katılımcıların % 33,6'sı 0-2 yıl , %26,6'sı 3-5 yıl, %18,3'ü 6-9 yıl ve %21,5'i 10 yıl ve üzeri zamandır çalışmaktadır. Son olarak toplam mesleki yıl frekans analizi sonuçlarına göre katılan bireylerin %18'i 0-2 yıl, %22,5'i 3-5 yıl, 24,6'sı 6-9 yıl ve %34,9'u 10 ve üzeri süredir çalışmaktadır.

Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) verilerin “-1,5 ile +1,5” arasında dağılması verilerin normal dağılımdan sapmadığını göstermektedir. Ayrıca Likert yapıdaki ölçeklerde kullanılan Cronbach Alpha değerinin 0,80-1.00 arasında yer alması yüksek güvenilirliğe sahip olduğu sonucunu göstermektedir (Kalaycı, 2017; Uzunsakal ve Yıldız, 2018). Araştırmada kullanılan ölçek ve boyutları için güvenilirlik ve normallik analizi sonuçları Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 2. Ölçeğin Güvenirlik ve Normallik Analizi Değerleri

Ölçekler	Madde Sayısı	Mean±SD	Cronbach Alpha	Skewness	Kurtosis
SPSTDTÖ	23	4,00±0,54	0,948	-0,238	0,765
Fayda Boyutu	12	3,93±0,57	0,918	-0,171	0,709
Farkındalık Boyutu	7	4,09±0,57	0,881	-0,538	0,286
Kapsam Boyutu	4	4,06±0,60	0,812	-0,448	0,687

Tablo 2 incelendiğinde ölçek ve alt boyutlarının Skewness ve Kurtosis değerlerinin “-1,5 ile +1,5” arasında olduğu tespit edilmiştir ve bu da verilerin normal dağılımdan sapmadığını göstermektedir. Ayrıca ölçek ve alt boyutlarının Cronbach Alpha değerlerinin 0,80-1.00 arasında yer alması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu bilgiler ışığında araştırmada parametrik analizlerin yapılmasına karar verilmiştir.

Tablo 2'de ölçek ve alt boyutlarının puan ortalamasının 5'e yakın olması çalışma yapılan kurumun Sağlık Teknolojileri Değerlendirme konusunda algı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki T Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Cinsiyet	Ort.	ss	t Değeri	p Değeri
SPSTDTÖ	Kadın	3,90	0,44	-3,727	0,000*
	Erkek	4,15	0,63		
Fayda Boyutu	Kadın	3,82	0,48	-3,870	0,000*
	Erkek	4,09	0,64		
Farkındalık Boyutu	Kadın	3,99	0,51	-3,073	0,002*
	Erkek	4,23	0,73		
Kapsam Boyutu	Kadın	3,98	0,54	-2,740	0,007*
	Erkek	4,19	0,66		

*p<0,05

Tablo 3'teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(p<0,05).Farklılık incelendiğinde ölçek ve alt boyutlarında erkeklerin puan ortalamasının kadınlarınkine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Yaşları ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki Anova Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Yaş Grupları	Ort.	ss	F Değeri	p Değeri
SPSTDTÖ	20-29 yaş arası ¹	3,91	0,48	6,996	0,001*
	30-39 yaş arası ²	3,99	0,54		3>1
	40 yaş ve üzeri ³	4,24	0,60		3>2
Fayda Boyutu	20-29 yaş arası ¹	3,82	0,53	8,541	0,000*
	30-39 yaş arası ²	3,93	0,54		3>1
	40 yaş ve üzeri ³	4,20	0,64		3>2
Farkındalık Boyutu	20-29 yaş arası ¹	4,04	0,55	3,434	0,034*
	30-39 yaş arası ²	4,04	0,66		3>1
	40 yaş ve üzeri ³	4,30	0,67		3>2
Kapsam Boyutu	20-29 yaş arası ¹	3,96	0,55	4,782	0,001*
	30-39 yaş arası ²	4,09	0,64		3>1
	40 yaş ve üzeri ³	4,27	0,60		

*p<0,05

Tablo 4'teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının yaşları ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(p<0,05). Farklılıkları incelemek adına yapılan Post-Hoc Tukey testi sonuçlarına göre ölçeğin genel ortalaması ile fayda ve farkındalık boyutlarının 40 yaş ve üzeri olanların 20-29 yaş arası ve 30-39 yaş arası çalışanların grup puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, kapsam boyutunda ise 40 yaş ve üzeri olanların 20-29 yaş arası çalışanların grup puan ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumları ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki Anova Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Eğitim Durumu	Ort.	ss	F Değeri	p Değeri
SPSTDTÖ	Lise ¹	3,83	0,42	8,100	0,000*
	Önlisans ²	3,99	0,48		4>3
	Lisans ³	3,93	0,52		4>2
	Lisansüstü ⁴	4,31	0,65		4>1

Fayda Boyutu	Lise ¹	3,77	0,49	9,544	0,000*
	Önlisans ²	3,90	0,51		4>3
	Lisans ³	3,84	0,55		4>2
	Lisansüstü ⁴	4,29	0,63		4>1
Farkındalık Boyutu	Lise ¹	3,95	0,47	2,732	0,044*
	Önlisans ²	4,10	0,56		4>1
	Lisans ³	4,03	0,65		
	Lisansüstü ⁴	4,28	0,75		
Kapsam Boyutu	Lise ¹	3,82	0,51	8,910	0,000*
	Önlisans ²	4,04	0,54		4>3
	Lisans ³	4,01	0,60		4>2
	Lisansüstü ⁴	4,41	0,67		4>1

*p<0,05

Tablo 5'teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının eğitim durumları ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(p<0,05). Farklılıkları incelemek adına yapılan Post-Hoc Tukey testi sonuçlarına göre ölçeğin genel ortalaması, fayda ve kapsam alt boyutlarının ortalaması lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlarda lise, önlisans ve lisans düzeyi olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkındalık boyutunda ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların lise düzeyi puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumu ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki T Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Medeni Durum	Ort.	ss	t Değeri	p Değeri
SPSTDTÖ	Evli	3,96	0,53	-1,321	0,188
	Bekâr	4,04	0,55		
Fayda Boyutu	Evli	3,87	0,55	-1,727	0,085
	Bekâr	3,99	0,58		
Farkındalık Boyutu	Evli	4,08	0,61	-0,310	0,757
	Bekâr	4,10	0,63		
Kapsam Boyutu	Evli	4,02	0,57	-1,328	0,185
	Bekâr	4,11	0,64		

Tablo 6'teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının medeni durumları ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir(p>0,05).

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki Anova Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Meslek	Ort.	ss	F Değeri	p Değeri
SPSTDTÖ	Doktor ¹	4,34	0,63	20,486	0,000*
	Hemşire ²	3,82	0,41		1>2, 4>3
	Tekniker ve Teknisyen ³	3,94	0,50		1>3, 4>2
	Yönetici ⁴	4,63	0,38		
Fayda Boyutu	Doktor ¹	4,31	0,60	21,810	0,000*
	Hemşire ²	3,74	0,44		1>2, 4>3
	Tekniker ve Teknisyen ³	3,86	0,55		1>3, 4>2
	Yönetici ⁴	4,60	0,43		
Farkındalık Boyutu	Doktor ¹	4,33	0,76	11,193	0,000*
	Hemşire ²	3,93	0,52		1>2, 4>3
	Tekniker ve Teknisyen ³	4,04	0,60		1>3, 4>2
	Yönetici ⁴	4,72	0,38		
Kapsam Boyutu	Doktor ¹	4,42	0,68	14,300	0,000*

Hemşire ²	3,87	0,48	1>2, 4>3
Tekniker ve Teknisyen ³	4,02	0,58	1>3, 4>2
Yönetici ⁴	4,60	0,61	

*p<0,05

Tablo 7’teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının meslekleri ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(p<0,05). Farklılıkları incelemek adına yapılan Post-Hoc Tukey testi sonuçlarına göre ölçeğin genel ortalaması ve tüm alt boyutlarının ortalaması doktor ve yönetici olanlarda, hemşire ve tekniker-teknisyen olanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahiptir.

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarının Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki Anova Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	Ort.	ss	F Değeri	P Değeri
SPSTDTÖ	0-2 yıl	3,96	0,53	1,605	0,188
	3-5 yıl	3,94	0,53		
	6-9 yıl	4,02	0,48		
	10 yıl ve üzeri	4,12	0,60		
Fayda Boyutu	0-2 yıl	3,86	0,57	1,786	0,150
	3-5 yıl	3,89	0,54		
	6-9 yıl	3,94	0,51		
	10 yıl ve üzeri	4,07	0,63		
Farkındalık Boyutu	0-2 yıl	4,10	0,61	1,233	0,298
	3-5 yıl	4,00	0,64		
	6-9 yıl	4,06	0,57		
	10 yıl ve üzeri	4,20	0,65		
Kapsam Boyutu	0-2 yıl	4,02	0,59	1,763	0,154
	3-5 yıl	3,97	0,60		
	6-9 yıl	4,17	0,54		
	10 yıl ve üzeri	4,15	0,66		

Tablo 8’deki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının bulunulan kurumda çalışma süresi ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir(p>0,05).

Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Toplam Mesleki Yılları ile SPSTDTÖ ve Boyutları Arasındaki Anova Testi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Toplam Mesleki Yıl	Ort.	ss	F Değeri	p Değeri
SPSTDTÖ	0-2 yıl ¹	3,89	0,58	2,433	,065
	3-5 yıl ²	3,92	0,52		
	6-9 yıl ³	4,02	0,47		
	10 yıl ve üzeri ⁴	4,10	0,56		
Fayda Boyutu	0-2 yıl ¹	3,79	0,63	2,484	,061
	3-5 yıl ²	3,84	0,54		
	6-9 yıl ³	3,97	0,50		
	10 yıl ve üzeri ⁴	4,02	0,59		
Farkındalık Boyutu	0-2 yıl ¹	4,00	0,66	1,128	,338
	3-5 yıl ²	4,03	0,60		
	6-9 yıl ³	4,09	0,57		
	10 yıl ve üzeri ⁴	4,17	0,64		
Kapsam Boyutu	0-2 yıl ¹	3,97	0,59	3,184	,024*
	3-5 yıl ²	3,95	0,60		

6-9 yıl ³	4,03	0,57
10 yıl ve üzeri ⁴	4,21	0,62

*p<0,05

Tablo 9'deki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının toplam mesleki yılları ile ölçek alt boyutu olan kapsam boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilirken (p<0,05), ölçek ve diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Farklılıkları incelemek adına yapılan Post-Hoc Tukey testi sonuçlarına göre ölçeğin kapsam alt boyutunda 10 yıl ve üzeri çalışanların puan ortalaması 3-5 yıl çalışanların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksektir.

4.Tartışma ve Sonuç

Literatür incelendiğinde Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi konusunda daha önceki çalışmaların yöneticilerle görüşme tekniği ile yapıldığı belirlenmiştir. Bu çalışma sağlık personellerinin sağlık teknolojileri değerlendirme hakkındaki algı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla planlanmıştır. Bu kapsamda araştırmaya 289 sağlık çalışanından elde edilen veriler dâhil edilmiştir. Katılımcıların %60,2'si kadın, %39,8'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Yaş grupları incelendiğinde katılımcıların %45'i 20-29 yaş arası, %38'i 30-39 yaş arası, %17'si 40 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır. Eğitim durumu frekans analizi sonuçlarına göre katılanların %15,62'si lise mezunu, %33,6'sı önlisans mezunu, %33,2'si lisans mezunu ve %17,6'sı lisansüstü mezundur. Medeni durum incelendiğinde %48,1'i evli, %51,9'u bekâr bireylerden oluşmaktadır. Meslek grubu frekans analizi sonuçlarına göre katılanlardan %14,2'si doktor, %32,5'i hemşire, %47,4'ü tekniker ve teknisyen ve %5,9'u yöneticilerden oluşturmaktadır. Bulunulan kurumda çalışma süresi incelendiğinde katılımcıların %33,6'sı 0-2 yıl, %26,6'sı 3-5 yıl, %18,3'ü 6-9 yıl ve %21,5'i 10 yıl ve üzeri zamandır çalışmaktadır. Son olarak toplam mesleki yıl frekans analizi sonuçlarına göre katılan bireylerin %18'i 0-2 yıl, %22,5'i 3-5 yıl, %24,6'sı 6-9 yıl ve %34,9'u 10 ve üzeri süredir çalışmaktadır.

Araştırma kapsamında uygulanan ölçek ve alt boyutlarının puan ortalamalarının 5'e yakın olması çalışma yapılan kurumun Sağlık Teknolojileri Değerlendirme konusunda algı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet demografik değişkenine göre yapılan analiz sonucu incelendiğinde Sağlık Teknolojileri Değerlendirme ve alt boyutlarında erkeklerin toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın erkek bireylerin teknolojiye olan merak ve adaptasyonlarının daha yüksek olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Küçükvardar (2019) tarafından yapılan araştırmada kadınların teknolojiyi kullanma ve teknolojiye ayırdıkları zaman bakımından daha istekli olduğu ancak erkekler kadınlara oranla teknoloji daha yatkın olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Sağlık çalışanlarının yaş demografik değişkenine göre yapılan analiz sonucu incelendiğinde Sağlık Teknolojileri Değerlendirme ve alt boyutlarında 40 yaş ve üzeri olanların diğer yaş gruplarına kıyasla toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın sebebinin yaşla birlikte artan tecrübe ve bu yaş grubuna dahil olana kadar çok çeşitli teknolojilerden yararlanılmış olunmasının algıyı yükselttiği sonucuna ulaşılabilir. Literatür incelendiğinde Sağlık Teknolojilerinin değerlendirme konusunda ileri yaştaki bireylerin rehber edinme ve tavsiye alma hususunda sıklıkla başvurduğu gözlemlenmiştir (Dilmaç, 2019; Erişen ve Yılmaz, 2020; Yılmaz ve Erişen, 2018).

Çalışma kapsamındaki çalışanların eğitim durumu değişkenine göre yapılan analiz sonucuna göre tespit edilen anlamlı farklılığın lisansüstü grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunun sebebinin artan eğitim düzeyi ile alınan teknik eğitimin artması, kavrama yeteneğinin yükselmesi, daha fazla bilinçlenme ile teknolojik değerlendirmede farkındalığın yükselmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Dwivedi vd. (2020) tarafından yapılan araştırmada neticelisinde sağlık hizmeti taleplerini karşılamak için daha geniş ölçekte STD'nin öğretimi ve eğitimi için her aşamada kapsamlı çabalar gerekmektedir. Karar verme ve sağlık teknolojilerinde ortaya çıkan gelişme, yenilikçi sağlık teknolojilerini takip edebilmek için daha iyi insani ve kurumsal yeteneklerin yanı sıra daha fazla farkındalık, daha iyi erişim ve istenen satın alınabilirliği sağlayacaktır.

Sağlık sektöründe çalışanlarda meslek demografik değişkeninin işleme alındığı analiz sonucuna göre doktor ve yönetici olanların diğer meslek gruplarına göre toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu meslek gruplarının artan sorumluluk duyguları, iş yükleri, teknolojiyi daha aktif kullanmak ve yakından takip etmek durumunda olmaları, azalan hata payları, almış oldukları risklerin fazlalığı bu puan ortalamasını arttıran sebeplerden bazılarıdır. Castillo-Riquelme ve Espinoza, (2014) tarafından yapılan çalışma, STD'ye daha fazla sempati duyan profesyonellerin tam olarak klinisyenler olduğunu göstermektedir. Çünkü STD onlara diğer hastalardaki sonuçlardan ödün vermeden hasta düzeyinde kararları ele almak için onaylanmış ve meşru bir araç vermiştir. Bu araç, sağlık hizmeti profesyonellerinin klinik ve hastane yönetiminden sorumlu oldukları ve sağlık hizmetlerinde kararlar almaya veya uygulamaya zorlandıklarında daha da değerlidir. Öte yandan, sağlık sisteminde doğru kararların alınmasını sınırlayan belirsizliği gidermek için bilgi boşluklarını belirlemek ve araştırma için kaynak tahsis etme ihtiyacı hakkında bir yargı oluşturmak için STD sürecinde merkezi bir unsurdur.

Toplam mesleki yıl değişkenine göre yapılan analiz sonucunda yalnızca kapsam alt boyutunda 10 yıl ve üzeri çalışanların 3-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasının nedeni sektörde daha fazla bulduklarından teknolojiye daha fazla maruz kalmalarından, meslekte kendilerini yetiştirmiş olmalarından ve teknolojik imkan ve kolaylıklardan daha fazla yararlanma arzularından kaynaklandığı söylenebilir. Eriş ve İlman (2019) tarafından yapılan çalışmada hastane bilgi sisteminin kullanımında meslekte geçirilen zaman ile anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil olan bireylerin medeni durum ve bulunulan kurumda çalışma süresi demografik değişkenlerine göre yapılan analiz sonuçlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Dilmaç (2019) tarafından yapılan çalışmada kurumda çalışma süresiyle sağlık problemi ve teknolojinin mevcut kullanımı ilişkin görüşlerini üzerine anlamlı etki belirlenmemiştir.

Sağlık teknolojileri hastane içerisinde tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinde vazgeçilmez olarak başvurulan kaynaklardır. Bu süreçleri yürüten sağlık çalışanları, teknolojilerin kullanımında aktif rol almaktadır. Bu durum hem kullanmış oldukları teknolojileri değerlendirmede hem de ileride satın alacakları ya da ihtiyaç duyacakları kaynakların belirlenmesinde önemli bir işleve sahiptir. Araştırmamız sağlık çalışanlarının STD algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak sağlık çalışanları bu algıya cihazları kullanarak ulaşmışlardır. Bunun daha profesyonel olabilmesi için bireylere düzenli periyotlarda alınabilecek STD eğitimi mecbur kılınmalıdır. Ayrıca sağlık üzerine okuyan öğrencilerin müfredatına STD eğitimi eklenmelidir. Böylece hem mevcut hem de gelecekteki teknolojiyi daha bilinçli kullanabilecek sağlık çalışanları yetiştirilecektir. Son olarak sağlık kurumlarında oluşturulabilecek STD komisyonlarında sağlık çalışanlarına aktif olarak yer verilmelidir.

Bu araştırma özel bir hastanede çalışan bireylerin verileri ile sınırlıdır. İleride yapılacak çalışmalarda bu kapsamın genişletilmesi, hatta kamu-özel kıyaslaması şeklinde yapılması önerilmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de STD konusunda yapılan çalışmaların, STD’nin amacını net olarak ortaya koyabilecek kapsamda olmadığı da bilinmektedir (Yılmaz ve Aydoğdu, 2022). Bu durum STD’ye, sağlık alanında yapılan yatırım ve politikalarda etkili veri sağlama konusunda dezavantaj oluşturmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, sağlık personeli sağlık teknolojileri değerlendirme tutum ölçeğine ait sonuçların aynı kurumdaki STD kullanımı ile desteklenmesinin, faydalı sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Banta, D. (2009). What Is Technology Assessment?. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(S1), 7–9. doi:10.1017/S0266462309090333
- Banta, H. D. (2003). The Development Of Health Technology Assessment. *Health Policy*, 63(2), 121–132. doi:10.1016/S0168-8510(02)00059-3
- Banta, H. D. ve Luce, B. R. (1993). *Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Battista, R. N., Banta, H. D., Jonnson, E., Hodge, M. ve Gelband, H. (1994). Lessons From The Eight Countries. *Health Policy*, 30(1–3), 397–421. doi:10.1016/0168-8510(94)00691-7
- Castillo-Riquelme, M. ve Espinoza, M. A. S. (2014). Health Technology Assessment. *Revista médica de Chile*, 142(SUPPL. 1), 4–5. doi:10.4067/S0034-98872014001300001
- Chalkidou, K., Glassman, A., Marten, R., Vega, J., Teerawattananon, Y., Tritasavit, N., ... Culyer, A. J. (2016). Priority-Setting For Achieving Universal Health Coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(6), 462–467. doi:10.2471/BLT.15.155721
- Dilmaç, E. (2019). Hastane Yöneticilerinin Hastane Tabanlı Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yöntemine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Downey, L., Rao, N., Guinness, L., Asaria, M., Prinja, S., Sinha, A., ... Chalkidou, K. (2018). Identification of publicly available data sources to inform the conduct of Health Technology Assessment in India. *F1000Research*, 7, 1-17. doi:10.12688/F1000RESEARCH.14041.2
- Dwivedi, R., Athe, R., Pati, S., Sahoo, K. C. ve Bhattacharya, D. (2020). Mapping Of Health Technology Assessment (HTA) Teaching And Training Initiatives: Landscape For Evidence-Based Policy Decisions In India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(11), 5458-5467. doi:10.4103/JFMPC.JFMPC_920_20
- Eriş, H. ve İlman, E. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hastane Bilgi Sistemi Hakkındaki Görüşleri. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (16), 301–309. doi:10.31590/EJOSAT.566750
- Erişen, M. A. ve Yılmaz, Ö. Y. (2020). Özel Hastanelerde Çalışan Üst Düzey Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Teknoloji Değerlendirmesine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(3), 412–420. doi:10.5222/SHYD.2020.87004
- Kalaycı, Ş. (2017). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Dinamik Akademi Yayınları.
- Küçükvardar, M. (2019). Bilişim Çağında Teknoloji Bağımlılığı Ve Dijital İstila Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmış doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kuşcu, F. N., Yılmaz, F. Ö. ve Kuşcu Karatepe, H. (2022). Sağlık Personeli Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Tutum Ölçeği (SPSTDTÖ): Metodolojik Bir Çalışma. *Journal of Academic Value Studies*, 8(1), 56–65. doi:10.29228/javs.57319
- Oliver, A., Mossialos, E. ve Ray Robinson. (2004). Health Technology Assessment And Its Influence On Health-Care Priority Setting. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(1), 1–10.
- Perry, S., Gardner, E. ve Thamer, M. (2009). The Status of Health Technology Assessment Worldwide. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13(1), 81–98.
- Sanni Ali, M., Ichihara, M. Y., Lopes, L. C., Barbosa, G. C. G., Pita, R., Carreiro, R. P., ... Barreto, M. L. (2019). Administrative data linkage in Brazil: Potentials for health technology assessment. *Frontiers in Pharmacology*, 10(SEP), 1-20.

doi:10.3389/FPHAR.2019.00984/BIBTEX

- Sullivan, S. D., Watkins, J., Sweet, B. ve Ramsey, S. D. (2009). Health Technology Assessment In Health- Care Decisions In The United States. *Value in Health*, 12, 39–44. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00557.x
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (Sixth Ed.). Boston:Pearson.
- Uzunsakal, E. ve Yıldız, D. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14–28.
- Yazıcıoğlu, F. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS applied scientific research methods*. Ankara:Detay Publishing.
- Yiğit, A. ve Erdem, E. (2015). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (23), 215–249.
- Yılmaz, F. Ö. ve Aydoğdu, A. (2022). *Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Kapsamında Yapılan Tez Çalışmalarının Analizi*. Sağlık Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar (25). Ankara: Gece Kitaplığı.
- Yılmaz, F. Ö. ve Erişen, M. A. (2018). "Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi: Kamu ve Özel Hastane Karşılaştırması" *Human Society and Education in the Changing World*, Konya.