



LOKMAN HEKİM

DERGİSİ

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi



Mayıs-Ağustos 2019

Cilt: 9

Sayı: 2





MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ
MERSİN UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE LOKMAN HEKİM JOURNAL OF HISTORY OF MEDICINE and FOLK MEDICINE

CİLT - VOLUME 9

MAYIS- MAY

SAYI - NUMBER 2

DERGİ HAKKINDA - ABOUT JOURNAL

Sahibi - Owner

Prof. Dr. Ahmet Hakan Öztürk

Onursal Editör - Honorary Editor in Chief

Prof. Dr. İter Uzel

Başeditör - Editor in Chief

Doç. Dr. Oya Ögenler

Yardımcı Editör - Associate Editor

Prof. Dr. Selim Kadioğlu

Doç. Dr. Gülçin Yapıcı

Bölüm Editörleri - Section Editor

Prof. Dr. Seyhan Şahan Fırat
Dr. Öğr. Üyesi Türkan Erer

Prof. Dr. Taşkiner Ketenci
Dr. Öğr. Üyesi Mehtap Ergenoğlu
Dr. Öğr. Üyesi Selda Okuyaz

Doç. Dr. Sultan Alan
Dr. Öğr. Üyesi Mukadder Gün
Dr. Öğr. Üyesi Serap Torun

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş
Dr. Öğr. Üyesi Ekrem Oral

Yayın kurulu - Editorial board

Prof. Dr. Ahmet Aciduman

Prof. Dr. Yusuf Vayisoğlu

Doç. Dr. Gürkan Sert

Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Karataş

Dr. Öğr. Üyesi Sibel Öner Yalçın

Uzm. Dr. Harun Özmen

Bilimsel Kurul- Scientific Board

Emeritus Prof. Stuart Blume, Hollanda
Prof. Stephen T. Casper, ABD
Prof. Catharine Coleborne, Avustralya
Prof. Pratik Chakrabarti, İngiltere
PhD. Eric J. Engstrom, Almanya
Sherry Sayed Gadelrab, İngiltere
Prof. Elizabeth Lunbeck, ABD
Dr. Harry Oosterhuis, Hollanda
Prof. John Harley Warner, ABD
Prof. Dr. Ayten Altıntaş
Prof. Dr. Berna Arda
Prof. Dr. Adnan Ataç
Prof. Dr. Tamay Başağaç Gül
Prof. Dr. İbrahim Başağaoğlu
Prof. Dr. Alev Bobuş
Prof. Dr. Murat Civaner
Prof. Dr. Nilgün Çıblak Coşkun
Prof. Dr. Nesrin Çobanoğlu
Prof. Dr. Bayhan Çubukçu
Prof. Dr. Gülten Dinç
Prof. Dr. Ömür Elçioğlu
Prof. Dr. Ayşe Everest

Prof. Dr. Şefik Görkey
Prof. Dr. Gülsel Kavalalı
Prof. Dr. Kadircan Keskinbora
Prof. Dr. Arın Namal
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken
Prof. Dr. Zuhul Özaydın
Prof. Dr. Gülbin Özçelikkay
Prof. Dr. Abdullah Özen
Prof. Dr. Rahşan Özen
Prof. Dr. Menşure Özgüven
Prof. Dr. Nil Sarı
Prof. Dr. Mustafa Hamdi Sayar
Prof. Dr. Serap Şahinoğlu
Prof. Dr. Sevgi Şar
Prof. Dr. Yeşim Işıl Ülman
Prof. Dr. Çağatay Üstün
Prof. Dr. Selen Yeğenoğlu
Prof. Dr. Aşkın Yaşar
Prof. Dr. Halis Yerlikaya
Prof. Dr. Nuran Yıldırım
Doç. Dr. Hacer Çetin
Doç. Dr. Ayşe Menteş Gürler

Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu
Doç. Dr. Nurdan Kırımlıoğlu
Doç. Dr. Refiye Okuşluk Şenesen
Dr. Öğr. Üyesi. Aslıhan Akpınar
Dr. Öğr. Üyesi. Murat Aksu
Dr. Öğr. Üyesi. Selim Altan
Dr. Öğr. Üyesi. Rana Can
Dr. Öğr. Üyesi. Nilüfer Demirsoy
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Elvan
Dr. Öğr. Üyesi. Hasan Erbay
Dr. Öğr. Üyesi. Önder İlgili
Dr. Öğr. Üyesi. Esin Karıkaya
Dr. Öğr. Üyesi. Volkan Kavas
Dr. Öğr. Üyesi. Didem Lafçı
Dr. Öğr. Üyesi. Emine Öncü
Dr. Öğr. Üyesi. Hale Özcömert Coşkun
Dr. Öğr. Üyesi. Atilla Özgür
Dr. Öğr. Üyesi. Şükran Sevimli
Dr. Öğr. Üyesi. Müge Demir
Öğr. Gör. Dr. Şükrü Keleş
Öğr. Gör. Dr. Sibel Öner Yalçın
Öğr. Gör. Dr. Melike Öztürk

Index

Tr Dizin, Türkiye Atıf Dizini, Türk Medline, DOAJ

Kapak - Cover

Ayşegül Tuğuz

(İter Uzel'in "Dioskorides ve Öğrencisi" adlı eserinden - from composition of İter Uzel named "Dioscorides and his Student")

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin süreli bilimsel yayınıdır. Kaynak gösterilmeden kullanılamaz. Yılda üç kez internet üzerinden yayınlanır. Makalelerin sorumlulukları yazarlara aittir - Periodical scientific publication of Mersin University School of Medicine. Can not be cited without reference. Published online three times a year. Responsibility of the articles belong to the authors.

İletişim - Correspondence

Dr. Oya Ögenler

E-mail: lokman@mersin.edu.tr

Telefon-Phone: +90 324 361 0001

Faks-Fax: +90 324 341 2312

URL: <https://dergipark.org.tr/mutfd>



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ
MERSİN UNIVERSITY SCHOOL of MEDICINE LOKMAN HEKİM JOURNAL of HISTORY OF MEDICINE and FOLK MEDICINE

Vol 9, No 2 (2019): Mayıs - Ağustos 2019

EDİTÖRDEN

Lokman Hekim Dergisi'nin Değerli Okurları,

Derginin 2019 yılına ait ikinci sayısında bir editöre mektup, dört derleme ve yedi araştırma olmak üzere toplam on iki farklı çalışma mevcuttur. Bu sayıda yer alan tarih, folklor ve sosyolojiden oluşan çalışmalar birbirinden değerlidir. İlk yazı Ekrem Güner ve ark. tarafından yazılan Asklepiona yapılan adaklardan bahsedilen "A male genital oblation defining hidradenitis suppurativa" başlıklı editöre mektup, ikinci yazı ise Ayşe Şenoğlu ve Zekiye Karaçam tarafından ebelerin omuz distosisinin yönetimi konusundaki eğitiminin ve becerilerinin öneminden bahsedilen "Omuz Distosisi: Ebelik Eğitim ve Uygulamalarındaki Yeri" başlıklı derleme, üçüncü yazı Banpiny Pal Wath Dar ve ark. tarafından yazılan antiviral ilaçlarla ilgili gelişmelere ait güncel bilgilerden bahsedilen "Antiviral ilaçlardaki gelişmeler ve değerlendirilmesi" başlıklı yazı, dördüncü yazı Gülçin Yapıcı ve Aylın Yeniocak Tunç tarafından yazılan aşı ile korunabilen enfeksiyon hastalıklarından korunma için yürütülen eliminasyon/eradikasyon programlarını değerlendiren "Ülkemizde Aşı İle Korunulabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi" başlıklı yazı, beşinci yazı Özman ve ark tarafından prostat kanseri tanı, evreleme ve tedavisinde klinisyenlerin vazgeçemeyeceği bir tümör belirteci olan PSA hakkında yazılan "Prostat Spesifik Antijen'in Tarihi" başlıklı yazı, altıncı yazı Serpil Demirci Kayıran tarafından yazılan Doğu Akdeniz bölgesindeki tıbbi bitkilerin kullanımından bahsedilen "Dioscorides'in De Materia Medica Adlı Eserindeki Tıbbi Bitkilerin Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki Güncel Kullanımlarının Araştırılması" başlıklı araştırma makalesi, yedinci yazı Yusuf Özay ve ark. tarafından yazılan "MCF-7 meme kanseri hücreleri üzerine Verbascum inulifolium'un antiproliferatif ve apoptoz indüklenme aktivitelerinin değerlendirilmesi" V. inulifolium türünün metanol ekstresinin insan meme kanseri hücre hattı (MCF7) üzerine anti-proliferatif etkisinden bahsedildiği yazı, sekizinci yazı Zekiye Karaçam ve Kafiye Eroğlu tarafından yazılan hemşirelerin ve ebelerin çalışma alanlarının benzer ve farklı özelliklerinden bahsedildiği "Hemşirelik ve Ebelik: Görev, Yetki ve Sorumluluklardaki Benzerlik ve Farklılıklar" başlıklı yazı, dokuzuncu yazı Okuyaz ve ark. tarafından yazılan bir hastane örneğinde çocuk sağlığı uzmanlarının empati becerilerini etkileyen faktörlerinden bahsedilen "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Doktorlarının Empati Becerisi Üzerine Bir Pilot Çalışma" başlıklı yazı, onuncu yazı Ahmet Aciduman ve ark. tarafından yazılan İstanbul Şer'î Mahkeme sicillerinin irdelendiği "Kadına Yönelik Şiddet: İstanbul Şer'î Mahkeme Sicillerine Göre" başlıklı yazı, on birinci yazı Gülşah Kumaş ve ark. tarafından yazılan onkoloji hemşirelerinin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını tespit eden "Onkoloji Hemşirelerinin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri: Adana Örneği" başlıklı makale, son olarak Türk yazın tarihinin en önemli eserlerinden biri olan Kutadgu Bilig'in irdelendiği "Kutadgu Bilig'de Akıl ve İlişkili Kavramlar Üzerine Bir Araştırma; Tıp Tarihi Açısından" başlıklı araştırma makalesidir.

MeÜ Tıp Fakültesi Lokman Hekim Dergisi okuyucularına yararlı olması dileğiyle...

Oya Ögenler



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ
MERSİN UNIVERSITY SCHOOL of MEDICINE LOKMAN HEKİM JOURNAL of HISTORY OF MEDICINE and FOLK MEDICINE

CİLT – VOLUME 9

MAYIS – MAY

SAYI – NUMBER 2

EDİTÖRE MEKTUP-LETTER TO THE EDITOR

- A male genital oblation defining hidradenitis suppurativa** **144**
Hidradenitis Suppurativa Tanımlayan Bir Erkek Genital Adak
Ekrem Güner ve ark.

REVIEW – DERLEME

- Omuz Distosisi: Ebelik Eğitim ve Uygulamalarındaki Yeri** **147**
Shoulder Dystocia: Place in Midwifery Education and Practice
Ayşe Şenoğlu ve Zekiye Karaçam

- Antiviral ilaçlardaki gelişmeler ve değerlendirilmesi** **160**
Development in antiviral drugs and the assessment
Banpiny Pal Wath Dar ve ark.

- Ülkemizde Aşı İle Korunulabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi** **171**
Evaluation of Elimination and Eradication Programs for Vaccine Preventable Diseases in Turkey
Gülçin Yapıcı ve Aylin Yeniocak Tunç

- Prostat Spesifik Antijen'in Tarihi** **184**
History of Prostate Specific Antigene
Oktay Özman ve ark.

ORGİNAL ARTICLE – ARAŞTIRMA MAKALESİ

- Dioscorides'in De Materia Medica Adlı Eserindeki Tıbbi Bitkilerin Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki Güncel Kullanımlarının Araştırılması** **189**

A Research on the Present Uses of the Medicinal Plants in De Materia Medica written by Dioscorides in Eastern Mediterranean Region
Serpil Demirci Kayıran

- MCF-7 meme kanseri hücreleri üzerine Verbascum inulifolium'un antiproliferatif ve apoptoz indüklenme aktivitelerinin değerlendirilmesi** **203**
Antiproliferative and apoptosis inducing effect of Verbascum inulifolium on MCF-7 breast cancer cell line
Yusuf Özay ve ark.

- Hemşirelik ve Ebelik: Görev, Yetki ve Sorumluluklardaki Benzerlik ve Farklılıklar** **211**
Nursing and Midwifery: Similarities and Differences in Tasks, Authorities and Responsibilities
Zekiye Karaçam ve Kafiye Eroğlu

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Doktorlarının Empati Becerisi Üzerine Bir Pilot Çalışma** **228**
A Pilot Study on Empathy Skills of Pediatrics
Selda Okuyaz ve ark.

- Kadına Yönelik Şiddet: İstanbul Şer'î Mahkeme Sicillerine Göre** **236**
Violence against Women: According to İstanbul Islamic Jurisprudence Records
Ahmet Aciduman ve ark.

- Onkoloji Hemşirelerinin Tükenmişlik ve İş Doymu Düzeyleri: Adana Örneği** **256**
Level of Burns and Job Satisfaction of Oncology Nurses: Adana Case
Gülşah Kumaş ve ark.

- Kutadgu Bilig'de Akıl ve İlişkili Kavramlar Üzerine Bir Araştırma; Tıp Tarihi Açısından** **266**
A Study On Mind And Related Concepts in Kutadgu Bilig; From The Perspective of History of Medicine
Abdullah Yıldız

A male genital oblation defining hidradenitis suppurativa*

Hidradenitis Suppurativa Tanımlayan Bir Erkek Genital Adak

Ekrem Günerⁱ, Zeynep Topkarciⁱⁱ, Şebnem İzmir Günerⁱⁱⁱ

ⁱDr. Health Science University, Bakirkoy Dr Sadi Konuk Training and Research Hospital, Department of Urology
<https://orcid.org/0000-0002-4770-7535>

ⁱⁱDr. Health Science University, Bakirkoy Dr Sadi Konuk Training and Research Hospital, Department of Dermatology and
Venereology <https://orcid.org/0000-0002-3847-0695>

ⁱⁱⁱAssist.Prof.Dr. Şişli Memorial Hospital, Department of Internal Medicine and Hematology
<https://orcid.org/0000-0002-6326-9424>

Dear Editor,

In the ancient ages, many Gods and Goddesses were believed to have healing powers. Gods and Goddesses such as Zeus, Apollon, Asklepius, Artemis, Eileithia in Ancient Greece, and, Jupiter, Apollo, Aesculapius, Diana, Minerva, Liber and Juno in Ancient Rome were believed to heal patients in their temples built on their own name. Undoubtedly the most famous of them was Asclepius (Greek: Asclepios, Latin: Aesculapius), who had attained the rank of God of health and medicine. The cult and health centers, founded in the name of the Health God Asclepius, were called Asclepion, and they served as an ancient age hospital.^{1,3}

People used to leave various gifts or anatomical oblations, made in the form of organs or limbs which symbolize their sick organs, to these temples to attract the attention of the Gods (**Figure 1**) In the temple treatment model, the patients were treated by clergymen physicians in temples which were built on behalf of Gods or Goddesses.⁴ In addition to the religious and mystical treatments given in the temples under the supervision of the Gods, some somatic and physical diseases were also treated, which could be understood from the works of ancient writers and from the various anatomical organ offerings found in the temples.^{4,5} concomitant treatment of physical and organic diseases in the temples, where religious and mystical medicine practices were performed mainly for psychological and psychosomatic diseases, can be possibly explained by influences of popular folk medicine and scientific, secular Hippocratic medicine practices of the period on the religious temple medicine.⁶ Spa hydrotherapies, dietary cures, exercises, blood collection (phlebotomy, cupping), vomiting, enema, various oral or topical drug applications, and fracture detection methods were among the treatment methods in physical diseases.^{7,8} Surgical interventions were also performed in healing temples if necessary.⁹

Information about ancient age diseases, Gods and temple medicine was collected, and organ oblations, which represent a disease, in archaeological museums in Turkey and abroad were researched and studied by visiting and searching on the web. In the research that we did in the light of this ancient age facts, a male genital oblation, which is exhibited at the Altes Museum in Berlin with an inventory number of Y 581, found in central Italy and dated to the 4th century BC, attracted attention with its different form.¹⁰ (**Figure 2**) In

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2):144-146

DOI: 10.31020/mutftd.553493

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received:13 Nisan 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 15 Nisan2019

İletişim - Correspondence Author: Zeynep Topkarci <ztopkarci@yahoo.com>

the pubic region of the male genital oblation made from terra-cotta, expressing wish for the remedy from the God, it was observed that there were many structures similar to Lesions what we call today as hidradenitis suppurativa. **(Figure 3)** Many male genital oblations discovered in archaeological excavations at temple healing centers are known to be healthy and normal. **(Figure 4)** However, the details of the health problem of the dedicants had been formed on these examined genital oblations. This indicates proof that patients leave better-expressed organ oblations to the temples, which will express the specific disease and attract the attention of the Gods.

When the oblations presented to the Gods in the temples of the polytheistic ancient Greece and Rome were examined, and the majority of them appeared to be healthy and normal. However, it was seen that very few of these oblations point out to some diseases. Examples of such rare oblations have attracted attention as very specific examples and provide important information to understand what our ancient diseases might be.



Figure 1. Anatomic oblations of various organs and extremities, terra-cotta, Corinth Asclepion, Archaeological Museum of Corinth, Greece



Figure 2. Male genital oblations indicating Hidradenitis suppurativa lesions, terra-cotta, Altes Museum, Berlin, Germany



Figure 3. Hidradenitis suppurativa lesions on a terracotta oblation, and Hidradenitis suppurativa lesions on the pubic and axillary regions at the present time



Figure 4. Numerous normal-looking genital oblations, terracotta, Archaeological settlement of Cales/Caserta, Naples Archaeological Museum, Italy

References:

1. Versnel HS. God: the question of divine omnipotence. In: Frankfurter D, Hahn J, Versnel HS, editors. *Coping with the Gods: Wayward Readings in Greek Theology*. Boston: Brill; 2011. pp:400-421.
2. Oberhelman SM. Anatomical Votive Reliefs as Evidence for Specialization at Healing Sanctuaries in the Ancient Mediterranean World. *Athens Journal of Health* 2014; 1(1): 47-62.
3. Kellie SM. Cult of Asclepius. *The Lancet* 1999;354(18):1038.
4. Van Straten F. Votives and Votaries in Greek Sanctuaries. In: Buxton RGA, editor. *Greek Religion*. London: Oxford University Press, 2000. pp:247-290.
5. Retief FP, Cilliers L. Medical Dreams in Graeco-Roman Times. *SAMJ* 2005;95(11):841-844.
6. Bronwen WL. *Asklepios, Medicine, and the Politics of Healing in Fifth-century Greece: Between Craft and Cult*. 1st ed. Bronwen WL, editor. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2008.
7. Israelowich I. *Society, Medicine and Religion in the Sacred Tales of Aelius Aristides*. (Mnemosyne, Supplements). Leiden, Boston: Brill; 2012.-7
8. Hamilton M. *Incubation: The Cure of Disease in Pagan Temples and Christian Churches*. California: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2016.
9. Boehringer E. *Altertümer On Pergamon. Band VIII 3. Die Inschriften des Asklepieions*: Walter de Gruyter and Co: Berlin. 1969.
10. Eagles L. Warburg's Etruscan Florentines. *Sequitur*. 2018; 4 (2): 3-8. Available from: <http://www.bu.edu/sequitur/files/2018/Eagles-Florentines-2.pdf>.

Omuz Distosisi: Ebelik Eğitim ve Uygulamalarındaki Yeri*

Shoulder Dystocia: Place in Midwifery Education and Practice

Ayşe Şenoğluⁱ, Zekiye Karaçamⁱⁱ

ⁱUzman Ebe, Sağlık Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

<https://orcid.org/0000-0003-0580-1758>

ⁱⁱProf. Dr, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü AD

<https://orcid.org/0000-0002-0419-8961>

Öz

Omuz distosisi, tüm doğumların yaklaşık %0,15-2,0'ında görülen, ciddi maternal ve neonatal komplikasyonlara neden olan tahmin edilemeyen ve önlenemeyen acil obstetrik bir durumdur. Omuz distosisinin saptanması ve yönetimi, ileri düzey ebelik ve obstetri bilgi ve becerisi gerektirdiği için ebelik eğitim ve uygulamalarında yer alan önemli bir konudur. Literatüre dayalı olarak hazırlanan bu çalışmanın amacı, omuz distosisi ve yönetimi ile ilgili güncel bilgilerin paylaşılmasını sağlamaktır. Omuz distosisi fetus başının doğumundan sonra, omuzların doğumunda başarısızlık olarak tanımlanmaktadır. Bu durum fetüsün omuz boyutu ile pelvis girişi arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkabilir, ön ya da arka omuzun takılması şeklinde gelişebileceği gibi her iki omuzda da görülebilir. Fetal makrozomi, omuz distosisinin en önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir. Omuz distosisi, yeterli teknik bilgi ve beceriye sahip ebe ve doktorlar tarafından uygun yaklaşımların seçimi ve kullanılması ile başarılı bir biçimde yönetilebilir. Literatürde omuz distosisinin yönetiminde kullanılan manevraların birincil, ikincil ve üçüncül olarak tanımlandığı, en yaygın olarak McRoberts, Rubin, Wood ve Gaskin manevralarının kullanıldığı bildirilmektedir. Ancak etkinlik ve güvenlik bakımından hiçbir manevranın tek başına bir diğerine göre üstünlüğü bulunmamaktadır. Hangi müdahalenin kullanılacağı, doğuma yardım eden sağlık çalışanının bilgi, tercih ve deneyimine bağlı olarak değişebilir. Ancak yapılan müdahalenin en az invazivden başlanarak daha invazive doğru olması gerekmektedir. Sonuç olarak, omuz distosisinin öngörülemeyen ve önlenemeyen, çok ciddi maternal ve neonatal sonuçları olan önemli bir durum olduğu, önlenmesi, erken tanısı ve yönetiminde sistematik bir yaklaşımın kullanılması gerektiği anlaşılmaktadır. Ebelere simülasyon eğitimi yolu ile omuz distosisinin yönetimi konusundaki beceri kazandırılması ya da mevcut bilgi ve becerilerinin iyileştirilmesi ve sürecin yönetimine ilişkin kanıta dayalı bir standardizasyonun oluşturulması ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Omuz Distosisi, Ebelik, Eğitim, Bakım

ABSTRACT

Shoulder dystocia is an emergency obstetric condition which can unpredictable and unpreventable by serious maternal and neonatal complications in approximately 0.15-2.0% of all births. The detection and management of shoulder dystocia is an important issue in midwifery education and practice because it requires advanced midwifery and obstetric knowledge and skills. The aim of this study prepared based on the literature is to share current information about shoulder dystocia and its management. Shoulder dystocia is defined as failure of the birth of the shoulders after the birth of the fetus head. This condition may be the result of a mismatch between the shoulder size of the fetus and the pelvic inlet either as it may occur as jam of anterior or posterior shoulder, or both shoulders. Fetal macrosomia is the most important risk factor for shoulder dystocia. Shoulder dystocia can be successfully managed by midwives and physicians with adequate technical knowledge and skills by the choice and use of appropriate approaches. It has been reported in literature that the maneuvers used in the management of shoulder dystocia are defined as primary, secondary and tertiary, while the most commonly used maneuvers are McRoberts, Rubin, Wood and Gaskin. However, in terms of efficiency and safety, no maneuver has superiority over one another. Which intervention will be used may vary depending on the knowledge, preference and experience who assisted delivery. However, the intervention should be more invasive than the least invasive. As a result, it occurs that shoulder dystocia is an important condition with very serious maternal and neonatal consequences which can unpredictable and unpreventable. Better results can be achieved by providing midwives with skills in the management of shoulder dystocia through simulation training or by improving existing knowledge and skills and by establishing an evidence-based standardization of management of the process.

Keywords: Shoulder Dystocia, Midwifery, Education, Care

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2019;9 (2): 147-159

DOI: 10.31020/mutfd.522365

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 5 Şubat 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 21 Mart 2019

İletişim - Correspondence Author: Ayşe Şenoğlu <aysenoglu@gmail.com >

GİRİŞ

Omuz distosisi sık görülmemekle birlikte, ciddi maternal ve neonatal komplikasyonlara neden olan acil obstetrik bir durumdur. Omuz distosisi olan vakaların yarısından daha fazlasında herhangi bir risk faktörü bulunmadığından, öngörülememekte ve önlenememektedir. Bu nedenle, doğum ekibinin her vajinal doğumda omuz distosisi gelişebileceği gibi hazırlıklı olması ve yönetiminde yararlanılabilecek tüm manevraları uygulayabilmeleri gerekmektedir.¹⁻³ Maternal ve neonatal sağlığın geliştirilmesinde omuz distosisinin önlenmesi, erken tanısı ve yönetimi oldukça önemlidir ve ileri düzey ebelik ve obstetri bilgi ve becerisi gerektirmektedir.⁴ Omuz distosisi, önemli neonatal ve maternal komplikasyonlara yol açabileceğinden, hızlı tanılama ve koordineli bir yaklaşımla yönetim gerektirmektedir.^{5,6} Omuz distosisi tanısı konulduktan sonra durumun aciliyetini kavramak ve ekibin diğer üyelerine bilgi vermek gerekmektedir. Müdahalenin amacı yenidoğandaki asfiksi, ölüm ya da periferik sinir hasarını, annedeki travma sonucu oluşan morbiditeyi engellemektir. Bu manevraların, en az invazivden başlanarak daha invazive doğru olan bir yaklaşım ile seçilmesi ve uygulanması önerilmektedir.^{3,7} Simülasyon eğitimi yolu ile omuz distosisinin yönetimi konusunda ebelere ve doktorlara beceri kazandırılması ya da mevcut bilgi ve becerilerinin iyileştirilerek sürecin yönetiminde kanıta dayalı bir standardizasyonun oluşturulması ve kullanılması gerekmektedir.^{5,8,9} Mevcut literatüre dayalı olarak hazırlanan bu makalede, omuz distosisi ile ilgili güncel bilgilerin paylaşılması hedeflenmiştir.

Omuz distosisinin görülme sıklığı, etiyolojisi ve risk faktörleri

Omuz distosisi ile ilgili kayıtlar yetersizdir. Yapılan sınırlı sayıda çalışmada görülme sıklığının %0,15 ile %2,0 arasında değiştiği rapor edilmektedir.^{8,10,11}

Omuz distosisinin en önemli nedeninin fetal makrozomi olduğu bildirilmektedir. Doğumların yaklaşık %10'unda makrozomi görülmektedir.¹² American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 4500 gram ve üzerindeki bebekler için makrozomi tanımı yapmaktadır.¹³ Doğum ağırlığı 4000 gramın üzerinde olan fetüsler omuz distosisi yönünden yüksek riskli olarak değerlendirilmektedirler.¹⁴ Doğum ağırlığı 4500 gr ve üzerinde olan fetüslerde ise mortalite ve morbidite oranı belirgin bir biçimde artmaktadır. Ayrıca maternal diyabetin, hem fetal makrozomi hem de fetal gelişimdeki orantısızlık (başa göre daha büyük gövde) nedeniyle omuz distosisi açısından risk faktörleri arasında yer aldığı belirtilmektedir.^{3,8,11}

Fetüsün aşırı kilo alınma neden olan pregestasyonel ve gestasyonel diyabet, iri fetüs ile ilişki olabilecek önceki doğumda omuz distosisi ve operatif vajinal doğum öyküsü, maternal obezite ve gebelikte aşırı kilo artışı da omuz distosisinin risk faktörleri olarak gösterilmektedir.^{4,7,11} Zhang ve ark. tarafından yapılan kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında, araştırmaların yapıldığı bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte, gebelik öncesi obezitenin omuz distosisi riskini artırdığı rapor edilmiştir.¹⁵ Gurewitsch omuz distosisi olan kadınların %12-17'sinin daha önceki doğumunda da bu durumla karşılaştıklarını belirtmiştir.¹⁶ Diğer yandan, Sentilhes ve ark. ve Deneux-Tharoux ve Delorme da omuz distosisi olan vakaların %50-70'inde makrozomi ve daha önceki doğumunda omuz distosisi öyküsü bulunmadığını bildirmişlerdir.^{10,11}

Omuz distosisinin bir diğer risk faktörü de operatif vajinal doğumdur. Ancak fetal inişte gelişen problemin mi operatif vajinal doğuma neden olduğu, yoksa operatif vajinal doğumun mu distosi olarak tanımlandığı tam olarak bilinmemektedir.^{3,7}

Doğum eyleminin ikinci evresinin uzaması birçok risk faktörü ile ilişkilendirilir. Bu durumlardan biri de omuz distosisi ile sonuçlanabilen iri fetüstür. Bu nedenle ikinci evre uzadığında, gebe iri fetüs ve bu duruma bağlı gelişebilecek omuz distosisi yönünde değerlendirilmelidir.^{3,8,11,17}

Yapılan çalışmalarda, önceki doğumunda omuz distosisi öyküsü olan kadınların %1-25'inin tekrar distosi ile karşılaşabilecekleri belirtilmektedir.^{3,16} Ancak önceki doğumunda omuz distosisi yaşayan kadınların çoğunluğu, olumsuz doğum deneyimi nedeni ile daha sonraki doğumda sezaryeni tercih ettiklerinden, aslında bu oranın daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir. Tekrarlayan omuz distosisi görülme oranı, bir önceki gebeliğine göre gebelik öncesi ve gebelikte alınan kilosu daha fazla olan, iri bebek (4000 gr ve üzeri) ve uzamış ikinci evre doğum öyküsü olan gebelerde artış göstermektedir.^{3,11,17}

Post-term gebelikler de gebeliğin ilerlemesi nedeniyle artan fetal ağırlığa bağlı olarak omuz distosisi yönünden risk faktörü olarak gösterilmektedir. Ayrıca erkek bebeklerin, kızlara göre vücut gelişimi ve kilo alımındaki farklılıklardan dolayı, omuz distosisi yönünden daha yüksek riskli olabileceği belirtilmektedir.^{3,8}

Ayrıca omuz distosisinin anneye ait bazı faktörler ile de ilişkili olabileceği rapor edilmektedir. Bunlar ileri anne yaşı, maternal obezite ve gebelikte fazla kilo alımıdır.^{3,12}

Omuz distosisinin fizyopatolojisi

Omuz distosisi, fetüs ve pelvik kavite arasındaki uyumsuzluk sonucunda oluşmaktadır. Omuz distosisinde, ön omuz pubise ve arka omuz da promontoryuma takılabilir. Fetüsün inişi sırasında omuzlar ön-arka (anterior-posterior) çapa paralel olursa ya da pelvik girime sırayla değil de aynı anda girerse, ön omuz simfizis pubisin arkasında, arka omuz da sakral promontoryumda sıkışabilir. Ön omuz distosisi, arka omuz distosisine göre daha sık görülmektedir.^{3,7}

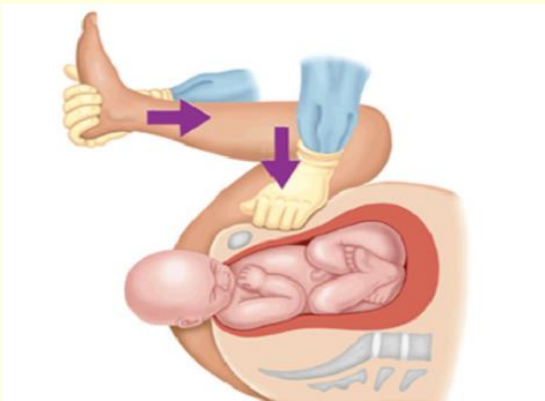
Omuz distosisinin yönetiminde kullanılan manevralar

Ebeler ve doktorlar her doğumda omuz distosisi ile karşılaşabileceklerini düşünerek tüm manevraları uygulayabilir olmalıdırlar.¹⁻³ Yenidoğan ve annede gelişebilecek morbiditeyi önlemek amacı ile omuz distosisinin tespit edildiği durumlarda, durumun aciliyetini kavramak, ekibin diğer üyelerine bilgi vermek, hızlı tanılama ve koordineli bir yaklaşım ile müdahale etmek gerekir.^{3,5,6} Omuz distosisinde omzu kurtarmak için bazı manevralar kullanılabilir. Bu manevraların en az invazivden başlanarak daha çok invazive olana doğru seçilmesi ve kullanılması önerilmektedir.^{3,7} Bu manevralar;

1. Birincil manevralar

McRoberts Manevrası: Bu manevra daha az invaziv olduğu için başlangıçta yapılması önerilmektedir. *Şekil 1*'de görüldüğü gibi annenin bacakları ve kalçası fleksiyona ve abduksiyona getirilip olabildiğince abdomene yaklaştırılır. Bu manevrayla lumbosakral açı düzleştirilerek, sakral promontoryumun sıkıştırıcı etkisi kaldırılmaya çalışılır. McRoberts Manevrası, pelvisin gerçek boyutlarını değiştirmez, rölatif olarak ön-arka çap ve kıvrımın etkinliği artırılmış olur.^{3,4,7}

Suprapubik basınç: Elin yumruğu ile fetal sırtın bulunduğu taraftan suprapubik bölgeye baskı uygulanarak fetal biakromial çap (omuzlarası mesafe) azaltılmaya çalışılır (*Şekil 1*). Bu işlem ile ön omuz, arka tarafından fetal sternuma doğru itilerek adduksiyona getirilir ve böylece oblik çapa doğru yer değiştirmesi sağlanır. Sonrasında başın çekilmesi ile omuz simfizis pubis altından kurtarılır. Suprapubik basıncın McRoberts Manevrası ile birlikte uygulanması başarı şansını %58 oranında arttırmaktadır. Bu işlemin yaklaşık 30 sn süre ile uygulanması gerekmektedir. Etkinlik bakımından suprapubik basıncın aralıklı ya da sürekli uygulanmasının benzer olduğu bildirilmektedir.^{3,4,7}



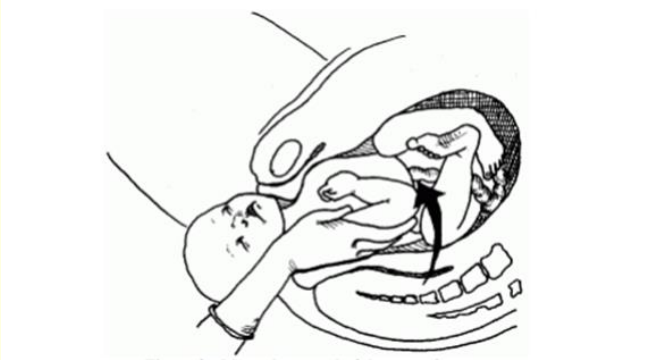
Şekil 1. McRobert's manevrası ve suprapubik bası.³

2. İkincil (internal) manevralar

Birincil manevralar ile başarı sağlanamadığında internal manevralara ya da diz dirsek (Gaskin All Fours) manevrasına geçilir.^{3,4,7} Internal manevraları uygularken omuza ve posterior kola ulaşabilmek için vajendeki rahat alan olarak sakral bölgeden yararlanılır. El ile arka taraftan vajene girilerek arka kol doğurtulabilir ya

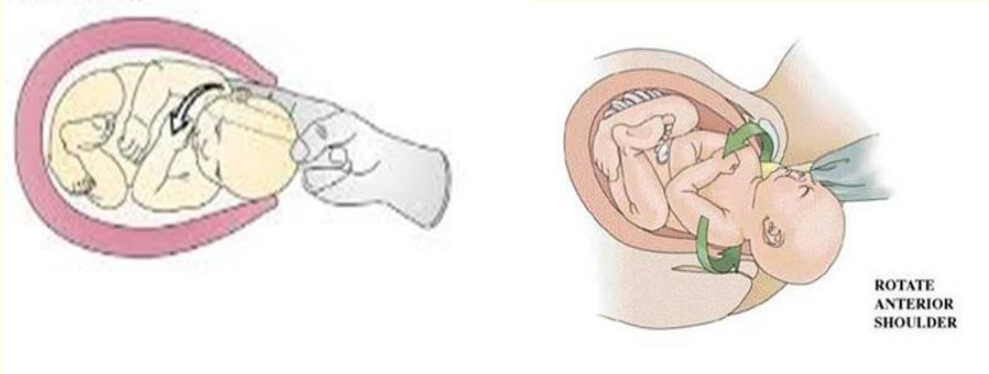
da omuz oblik çapa getirilip fetal gövde 180 derece döndürülerek doğum gerçekleştirilebilir. Konunun doğası gereği, arka kolun doğurtulmasında internal manevraların etkinliğini gösteren randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Bazı yazarlar kilolu gebelerde arka kolun doğurtulmasını önerirken, bazıları da arka kolun doğurtulması ile internal manevranın kullanılması arasında başarı oranlarında fark olmadığını, ancak rotasyonel manevraların daha az brakial pleksus yaralanması ve humerus kırığına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu denkle doğumu gerçekleştiren sağlık personeli, bilgi, eğitim ve klinik deneyimine göre hangi manevrayı uygulayacağına karar verebilir.^{3,4,7}

Arka kolun doğurtulması: Arka kolun doğurtulması neredeyse her zaman ön omuzu rahatlatır ve distosiyi çözer. Bu manevra, en iyi anestezi altında yapılabilir. Fetal abdomen annenin sağ tarafına bakıyorsa, uygulayıcı sol elini, sol tarafına bakıyorsa sağ elini kullanılmalı ve arka kolu dirsek hizasından tutmalıdır. Dirsek fleksiyonda ise ön kol ya da el yakalanır, eğer ekstansiyonda ise antekubital fossaya baskı uygulanarak fleksiyona getirilir, ön kol ya da el yakalanır ve kol vajinadan dışarıya çıkartılır (**Şekil 2**). Böylelikle biakromial çap yaklaşık olarak 2-3 cm azaltılarak omuz kurtarılır. Eğer arka kolun doğurtulmasından sonra ön omuz kurtarılamıyor ve doğum gerçekleştirilemiyorsa, fetüs döndürülerek ön omuz arkaya getirilir ve doğurtulur. Bu işlemin en büyük riski humerus kırığıdır ve vakaların yaklaşık %0-20'sinde gelişebilir. Bu durumu önlemek için fetal kol fleksiyonda iken ön kol, el veya dirsekten tutulması gerekmektedir. Eğer ön kol dirsek ya da ele ulaşamıyorsa, kol doğurtulmadan önce, arka omuz doğurtulmalıdır. Arka omuzun ön ve arka tarafından her iki elin orta parmakları aksillada birleştirilerek arka omuz nazikçe sakrum açısına uyacak biçimde aşağı doğru çekilir (Menticoglou Manevrası) ve sonra kol doğurtulur. Bu manevrada humerus kırığı riski artmaktadır. Bunlar dışında arka omuzun doğurtulmasında askı yöntemi de kullanılabilir (Arka Aksilla Sling Traksiyonu). Bu yöntemde aksillaya yumuşak foley kateter yerleştirilir ve çekilerek omuz doğurtulur. Ancak bu yöntemin güvenilirliği ve etkinliğini belirlemek için daha çok klinik çalışmaya gereksinim bulunmaktadır.^{3-5,7}



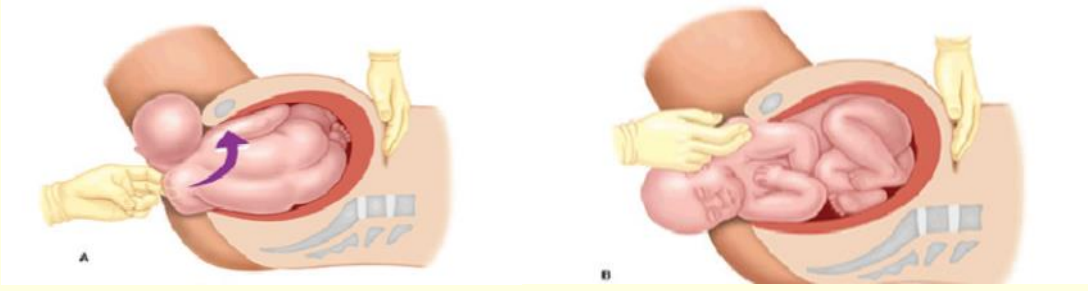
Şekil 2. Arka kolun doğurtulması.⁴

Rubin Manevrası: Bu manevra ile fetal omuz gövdeye yaklaştırılarak (adduksiyon) omuzun ön-arka çaptan kurtulması sağlanır. Anestezi altında uygulayıcı elini arka omuzun arka tarafına yerleştirilerek omuzu öne doğru rotasyon yaptırır (**Şekil 3**). Eğer arka omuza ulaşamazsa, el ön omuzun arkasına yerleştirilerek rotasyon yaptırılır.^{3,4,7}



Şekil 3. Rubin manevrası.¹⁸

Woods Manevrası: Uygulayıcı elini fetüsün arka omuzunun ön tarafına yerleştir ve omuzu saat yönünün tersine doğru iter (**Şekil 4**). Fetal omuzlar oblik ya da 180 derece rotasyon yaptırılarak doğurtulur.^{3,4,7}



Şekil 4. Wood manevrası. Arka omuz (A) öne gelene kadar saat yönünün tersi yönde çevrilir (B).³

Diz-Dirsek Manevrası (Gaskin All Fours): Bu manevra diğer manevralar uygulanmadan önce veya sonra yapılabilir. Zayıf, epidural anestezi uygulanmamış ve mobil olan gebelere uygulanmalıdır. Anne elleri ve dizlerinin üzerine alınır (**Şekil 5**). Böylece omuzların serbestleyerek sakrum üzerinden kayması sağlanır. Önce sakrum tarafındaki arka omuz, yukarı doğru nazik bir şekilde traksiyon ile doğurtulur ve sonra ön omuz aşağıya doğru traksiyon uygulanarak doğurtulur. Bu manevra pelvis çapını artırır, obstetrik konjugata 10 mm ve pelvis çıkımı 20 mm'ye kadar artar. Bu manevranın başarı oranının %83 olduğu belirtilmiştir.^{3,4,7}



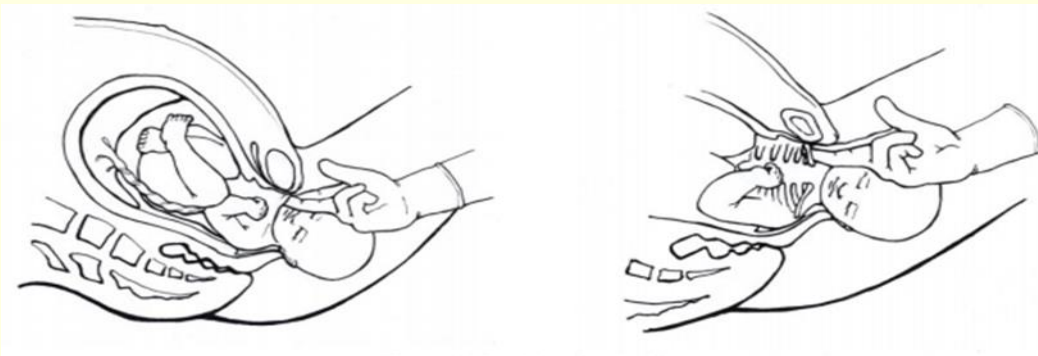
Şekil 5. Diz-dirsek manevrası (Gaskin All Fours).⁴

Bu manevralar başarısız olduğunda, inatçı omuz distosisinden söz edilir ve yukarıda sözü edilen tüm manevralar tekrar denir. Başarılı olunamıyorsa üçüncül manevralara geçilir.

3. Üçüncül manevralar

Bu manevralarda maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranı oldukça yüksektir. Ancak, bu manevraların yönetimi için belli bir zaman sınırlaması belirtilmemiştir.^{3,4,7}

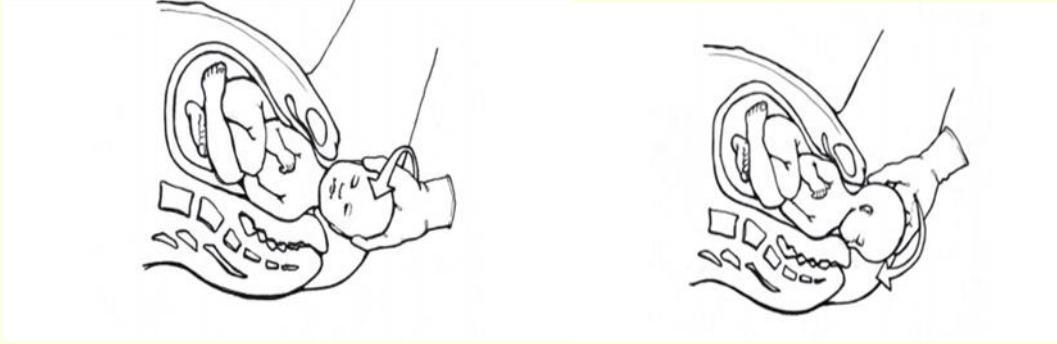
Kleidotomi: Kleidotomi, klavikulanın biakromiyal çapını küçültmek amacı ile kırılmasıdır. Parmak yardımıyla ön klavikula dışarı doğru itilerek (**Şekil 6**) ya da cerrahi olarak kırılır. Bu işlem sırasında vasküler ve pulmoner yaralanma riski yüksektir.^{3,4,7}



Şekil 6. Kleidotomi.⁴

Simfizyotomi: Simfizis pubis ekleminin kesilerek omuzların doğurtulması işlemidir. Simfizisin kıkırdak kısmına insizyon yapılarak ayrılması sağlanır. Bu işlem, yüksek oranda maternal morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Gelişmekte olan ülkelerde abdominal cerrahi imkânı yoksa bu yöntem kullanılabilir, ancak postpartum kanama, mesane, üretra ya da vajinal laserasyonlara neden olabilir.^{3,7,19}

Zavanelli Manevrası: Fetüsün sezaryen ile doğumunu sağlayabilmek için fetal başın pelvise doğru geri itilmesidir (**Şekil 7**). Nadiren karşılaşılan bilateral omuz distosisi durumunda uygulanır. Uterus kasılmasını azaltmak için Terbutalin ya da Nitrogliserin gibi ilaçlar uygulanır, fetal baş oksiput anterior pozisyonuna getirilerek pelvise doğru geri itilir.^{3,4,7}



Şekil 7. Zavanelli manevrası.⁴

Omuz distosisinin yönetimi ile ilgili diğer durumlar

Yukarıda sözü edilen manevraların herhangi birinin diğerine göre üstün olduğunu destekleyecek kanıt bulunmamaktadır. Önerilen bu manevraların çoğu klinik deneyimlere dayanmaktadır. Hangi manevra kullanılırsa kullanılsın, acele etmemek, sakin kalmak, hastaya ve ekip üyelerine açık talimatlar vermek son derece önemlidir.^{8,20}

Omuz distosisinde McRoberts manevrasının, suprapubik basınçla birlikte veya tek başına, ilk sırada kullanılması önerilmektedir.²⁰ Başarısızlık durumunda, eğer posterior omuz takılmışsa, Woods manevrasının yapılması tercih edilmelidir. Eğer posterior omuz takılmamışsa, öncelikli olarak posterior kolun doğurtulması önerilmektedir. McRoberts manevrasının başarısız olduğu omuz distosisi durumunda en az iki manevranın daha gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir.¹¹ Literatürdeki bazı çalışmalarda öncelikli olarak posterior kolun doğurtulmasının gerektiği öne sürülmektedir. Menticoglou manevrası, Gaskin manevrası ve arka aksilla sling traksiyon tekniği gibi birçok yeni teknik, birincil manevraların kullanımında başarısızlık durumunda kullanılması gereken obstetrik seçenekler olarak değerlendirilmelidir.⁵

Fetal travmaları önlemek için fundal bası, uzun süre kuvvetli bir şekilde fetal başın aşağı doğru çekilmesi ya da fetal başın ters rotasyonu ve tekrarlayan kuvvetli suprapubik basınçtan kaçınılmalıdır.¹¹ Omuz distosisi durumunda rutin epizyotomi önerilmemekle birlikte, internal manevraların rahat uygulanması ve arka kolun kolay kurtarılabilmesi için açılmasının uygun olacağı belirtilmektedir.⁸

Omuz distosisinin önlenmesi ve erken tanınmasına yönelik yaklaşımlar

Omuz distosisi için birçok risk faktörü tanımlansa da kesin olarak önlenemediği bilinmektedir. Ancak en önemli risk faktörü olan fetal makrozomi ve önceki doğumunda distosi öyküsü bulunan kadınlarda, fetal ve maternal hasarları azaltmayı önleyecek önlemler alınabilir. Maternal obezitenin gebelikten önce kontrol altına alınması da en ideal korunma şekli olarak gösterilmektedir. Gebelik öncesi dönemde ve gebelik süresince fiziksel aktivite ve beslenmenin düzenlenmesi ile maternal kilo alımı kontrol altına alınabilmektedir. Ayrıca gestasyonel diyabetin iyi yönetilmesi ile de maternal kilo alımı kontrol altına alınabilir.^{22,23} Gebelikte annenin kilo kaybı fetal gelişimi olumsuz yönde etkileyebileceğinden önerilmemektedir.⁸ Hill ve Cohen gebelik süresince annenin kilo alımının kontrol altına alınması ile obez olan kadınlarda makrozomi riskinin azaltılabileceğini belirtmektedirler.⁸ Ancak, Fuchs ise gestasyonel diyabet dışındaki omuz distosisi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile riskin azalabileceği konusunda kesin kanıtların olmadığını rapor etmiştir.²³

Antepartum ve intrapartum risk faktörleri, omuz distosisini belirlemede yetersiz olduğundan fetüsün ağırlığını saptamada önemli bir yöntem olarak sonografik muayene akla gelmektedir. Ancak fetal ağırlığın tahmin edilmesinde ultrasonografi kullanımının hatalı ölçümlere neden olduğu ve bu durumun sezaryen oranlarını arttırdığı da belirtilmektedir. Bu nedenle, omuz distosisini önlemek amacıyla fetüsün biyometrik ölçümlerinin klinik yönetimi değiştirmede kullanılmaması önerilmektedir.^{5,8}

Omuz distosisi daha çok makrozomik fetüslere bağlı olarak geliştiğinden fetal makrozominin yönetimi önemlidir. Bu yönetimde üç seçenek bulunmaktadır. Bunlardan biri elektif sezaryen doğumdur. Ancak elektif sezaryen, diyabetik kadınlarda tahmini fetal ağırlığın 4500 gr \geq ve diyabetik olmayan kadınlarda fetal ağırlığın 5000 gr \geq olduğu durumlarda önerilmektedir. Ayrıca doğum sırasında tespit edilen fetal makrozomi durumunda, fetal baş +2 seviyesinin üzerinde olduğunda ve doğumun ikinci evresinin ilerlememesi durumunda da sezaryen doğum önerilmektedir.^{11,17} Diğer bir yönetim şekli de bekleme yaklaşımıdır. Ancak bekleme yaklaşımında doğum ağırlığı 4500 \geq gr olan bebeklerde perinatal mortalite, neonatal asfiksi ve travma riskinin anlamlı derecede artabileceği belirtilmektedir.²⁴ Üçüncü seçenek ise fetal makrozomi durumunda 38 \geq gebelik haftasında gebeliğin indüklenerek doğumun gerçekleştirilmesidir. Bu seçeneğin, sefalopelvik oransızlık ve omuz distosisi için sezaryen doğum riskini azaltırken, spontan vajinal doğum olasılığını da artırdığı belirtilmektedir.^{24,25} Ancak yine de şüpheli makrozomik bebeklerde doğumun indüklenmesi, omuz distosisi insidansını azaltmadığı ve müdahale oranını da arttırabileceği için önerilmemektedir.⁴

Bazı diyabet hastaları dışında, fetal makrozomi şüphesi varsa, doğumun indüksiyonu omuz distosisi insidansını azaltmamaktadır. Fiziksel gelişimindeki farklılıkları nedeniyle erkek cinsiyetli fetüste kız cinsiyetli fetüse göre omuz distosisi görülme olasılığının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ancak sadece erkek fetal cinsiyet, omuz distosisinin önlenmesine yönelik olarak sezaryenle doğum kararında belirleyici kriter olarak görülmemektedir.⁸

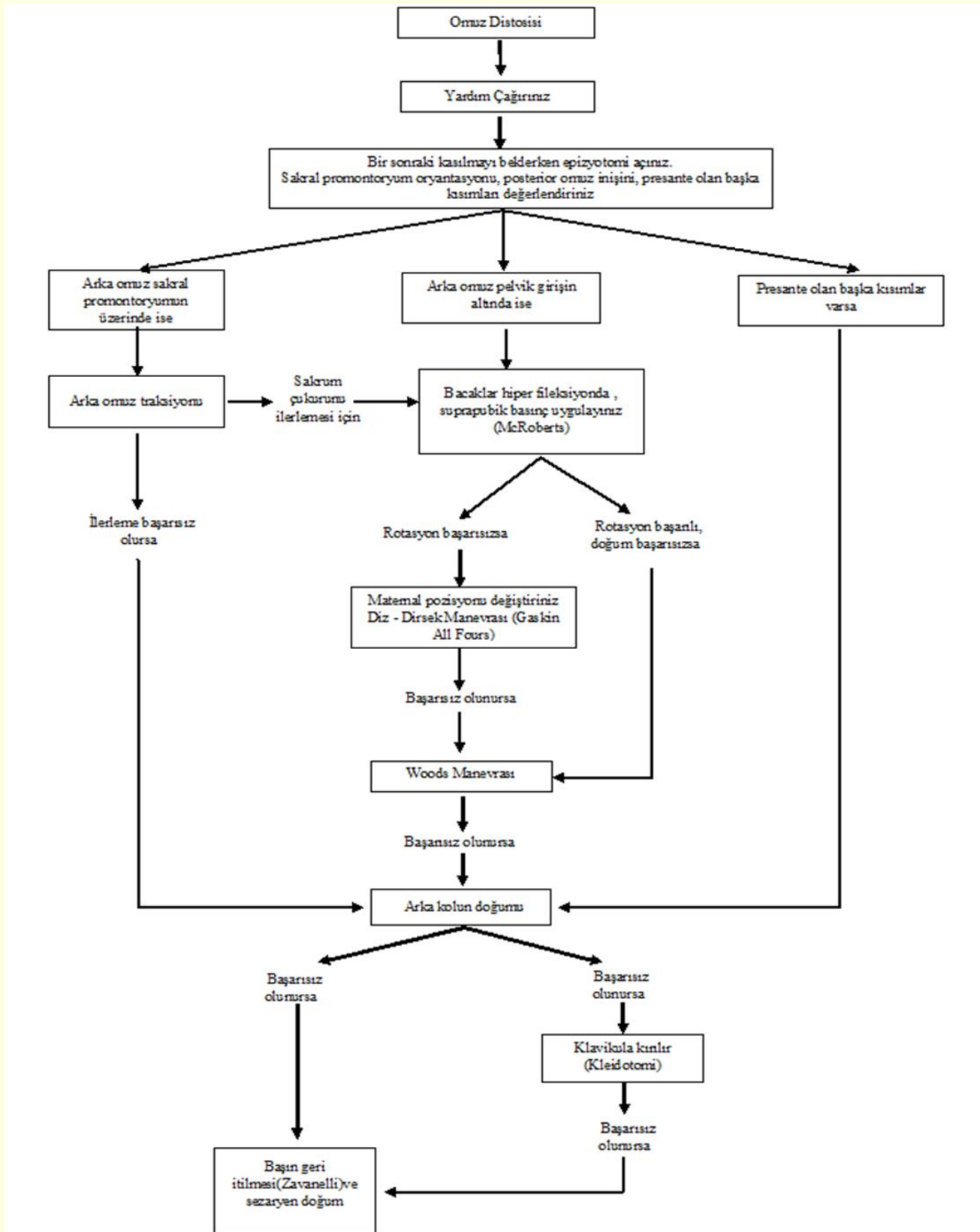
Önceki doğumunda omuz distosisi öyküsü olan kadınlarda, tahmini fetal ağırlık, gestasyonel yaş, maternal glikoz intoleransı ve önceki neonatal hasarın şiddeti değerlendirilmeli ve doğum şekli kadın ile tartışılmalıdır.⁸

Omuz distosisinin maternal ve fetal komplikasyonları

Omuz distosisi, fetüste brakial pleksus hasarı, klavikula ve humerus kırığı, perinatal asfiksi, hipoksik-iskemik ansefalopati ve perinatal mortalite risklerini arttırmaktadır.^{8,11,26} Omuz distosisi nedeniyle gelişen maternal komplikasyonlar ise kanama, atoni, laserasyon, uterin rüptür ve pelvik taban hasarı olarak sıralanabilir.^{27,28,29}

Omuz distosisine yönelik ekibin hazırlığı ve çalışması

Omuz distosisinin önceden tahmin edilememesi durumu göz önüne alındığında, doğum ekibinin tüm doğumlarda omuz distosisi gelişebilir olasılığına karşı hazırlıklı olmaları ve vakaların yönetiminde kanıt temelli uygulamaları dikkate almaları gerekmektedir (**Tablo 1**). Bu nedenle, omuz distosisine yönelik olarak tüm ekip tarafından çok iyi bilinen ve hazırlıklı olunan bir yönetim protokolü hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Omuz distosisinin başarılı bir biçimde yönetilmesi için, standart bir protokolün kullanılmasının yanında ekip eğitimi ve standart iletişiminin uygulanması, tüm ekibe birlikte / aynı anda teknik becerileri de kapsayan simülasyon eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir. Ekip çalışması, iletişimin standardizasyonu ve klinik simülasyon, obstetride hasta güvenliği programlarının temel bileşenleridir. Sürekli iyileştirme çalışmaları için simülasyon teknikleri ile hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi omuz distosisi vakalarında iyileştirilmiş sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.^{5,8,9} Bu konuda yapılan çalışmalarda, omuz distosisinin yönetiminde simülasyon eğitimi ve algoritmik yaklaşımların neonatal ve maternal hasarları önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir.^{5,11,30} Bu amaçla Hill ve Cohen tarafından önerilen algoritmik yaklaşım kullanılabilir (**Şekil 8**).⁸ Ayrıca literatürde ALARMER olarak da bilinen farklı bir yaklaşım da bulunmaktadır.⁴ Bu yaklaşım; yardım çağır (A: Ask for help), bacakları yukarı kaldır ve hiper fleksiyona al (L: Lift/hyperflex legs), subrapubik basıç uygula (A: Anterior shoulder disimpaction), arka omuza rotasyon yap (R: Rotation of the posterior shoulder), arka kolu doğurt (M: Manual removal posterior arm), epizyotomi aç (E: Epiyotomy) ve gebeyi döndür / Gaskin'in dörtlü manevrası (R: Roll over onto "all fours") şeklinde gösterilmektedir.⁴

Şekil 8. Omuz distosisi algoritması.⁸

Tablo 1. Omuz distosisi yönetiminde kanıt temelli uygulamalar (RCOG,2012)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2012)'in önerileri	Kanıt düzeyi*
Klinisyenler, doğum yapan kadınlarda mevcut risk faktörlerini bilmeli ve omuz distosisi olasılığına karşı daima hazırlıklı olmalıdır	D
Omuz distosisi için yapılan risk değerlendirmeleri, vakaların önlenmesinde yeterince öngörü sağlamamaktadır	C
Doğumdan sorumlu personel rutin olarak omuz distosisi bulgularına dikkat etmelidir	√
Şüpheli makrozomik fetüsü olan, ancak diyabetik olmayan kadınlarda indüksiyon omuz distosisini önlemez	D
GDM ^H olan gebelerde termde indüksiyon, omuz distosisi insidansını azaltabilir	B
Fetal ağırlığın 4500 gr dan daha fazla olduğu tahmin edilen GDM'li veya öncesinde mevcut gebelik komplikasyonu bulunan kadınlarda morbidite riskinin azaltılması için elektif sezaryen düşünülebilir	D
Omuz distosisi sistematik olarak yönetilmelidir	√
Omuz distosisi tanısından hemen sonra ek yardım çağrılmalıdır	
Fundal bası kullanılmamalıdır	D
McRoberts manevrası basit, hızlı ve etkili bir müdahaledir ve ilk önce gerçekleştirilmelidir	D
McRoberts manevrasının etkinliğini artırmak için suprapubik basınç kullanılmalıdır	D
Epizyotomi her zaman gerekli değildir (internal manevralarda gereklidir)	D
McRoberts manevrası ve suprapubik basınç başarısız olduğunda internal manevralar kullanılmalıdır	√
Omuz distosisi doğum yapan kadınlarda doğum sonrası kanama ve şiddetli perineal laserasyon olasılığına karşı dikkatli olunması gerekir	√
Bebek, doğum sonrası yaralanma riski açısından bir yenidoğan uzmanı tarafından muayene edilmelidir	√
Ebeveynlere doğumla ilgili bilgi verilmelidir	√
Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde çalışan tüm personel, en az yılda bir kez omuz distosisi eğitimine katılmalıdır	√

B*: Hedef popülasyona doğrudan uygulanabilen ve sonuçların genel tutarlılığını gösteren 2++ olarak değerlendirilen çalışmaları içeren bir kanıt; veya 1++ veya 1+ olarak derecelendirilen çalışmalardan elde edilen tahmin edilebilir kanıtlar

C*: Hedef kitleye doğrudan uygulanabilen ve sonuçların genel tutarlılığını gösteren 2+ olarak değerlendirilen çalışmaları içeren bir kanıt; veya 2++ olarak derecelendirilen çalışmalardan elde edilen tahmin edilebilir kanıtlar

D*: Kanıt düzeyi 3 veya 4; veya 2+ olarak derecelendirilen çalışmalardan elde edilen tahmin edilebilir kanıtlar

√*: Rehber geliştirme grubunun klinik deneyimlerine dayanarak önerilen en iyi uygulama

^H**GDM**: Gestasyonel Diabetes Mellitus

Omuz distosisi sonrasında anne ve bebeğin yakın izlem ve bakımı da çok önemlidir. Bu izlem ve bakımda dikkat edilmesi gereken durumlar şunlardır;^{4,26}

- ✓ Önemli derecede maternal travma ve postpartum kanamaya neden olduğu akılda bulundurulmalıdır,
- ✓ Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi sağlanır,

- ✓ Perineal travmalar kontrol edilir ve onarımı yapılır,
- ✓ Yenidoğanın kordon kan gazları alınır ve değerlendirilir,
- ✓ Yenidoğanın APGAR skorları dikkatlice değerlendirilir ve gerekirse neonatal resüsitasyon yapılır, yapılan tüm uygulamalar ve değerlendirme sonuçları kayıt edilir,
- ✓ Yenidoğanda herhangi bir hasar olup olmadığı değerlendirilir, bebekte omuz distosisi geliştiği ve yenidoğanın ilk muayenesinde bulunan herhangi bir yaralanma-hasar belirtileri olup olmadığı kayıt edilir,
- ✓ Eğer şüpheli bir durum varsa, yenidoğan doğum sonrası herhangi bir zamanda ve 24 saat içinde yeniden değerlendirilir ve elde edilen tüm bulgular kayıt edilir,
- ✓ Doğumun yönetiminde kullanılan manevralar, yapılan tüm işlemler, varsa kullanılan ilaçlar ve bebek başının doğumundan gövdenin doğumuna kadar geçen süre kayıt edilir,
- ✓ Kadına ve ailesine doğumda gelişen durum (omuz distosisi), hangi yönetim adımlarının kullanıldığını ve bir sonraki doğumunda tekrar omuz distosisi gelişme riski bulunduğuna ilişkin bilgi verilir.

Omuz distosisi vakalarında sıklıkla adli sorunlar ile karşılaşılabilir. Bu nedenle kayıtların çok iyi tutulması gerekmektedir.³¹ Sağlık bakım süreçlerinde standardizasyonun sağlanması, bakım ve sonuçların kalitesini artırmaktadır. ACOG, standardizasyon sürecinin kolaylaştırılmasına yönelik "Omuz Distosisi Kayıt Formu" geliştirmiş (**Tablo 2**) ve bu ya da benzer standardize edilmiş kontrol formlarının mutlaka kullanılmasını önermiştir.³² ACOG'un hazırladığı bu form omuz distosisi vakalarında doğrudan kullanılabilmesi gibi kuruma özgü ve klinik, bilimsel ve hasta güvenliği alanlarındaki güncel gelişmeler doğrultusunda değiştirilebilir ve güncellenebilir.³² Bu vakalar için hazırlanan kayıt formunda mutlaka aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir;⁴

- ✓ Doğumdaki personelin isimleri ve rolleri,
- ✓ Varsa omuz distosisi için risk faktörleri,
- ✓ Tahmini fetal ağırlık ve pelvik değerlendirme sonucu,
- ✓ Herhangi bir doğumsal anomali olup olmadığı,
- ✓ Varsa anestezi tipi,
- ✓ Fetal başın çıkış ve omuzların doğum zamanları,
- ✓ Doğum sırasında fetal başın pozisyonu,
- ✓ Anterior omuzun hangisi olduğu (sağ ya da sol),
- ✓ Doğumda kullanılan manevralar,
- ✓ Epizyotomi, laserasyonlar ve özellikleri,
- ✓ İlave maternal yaralanmanın olup olmadığı (örn: simfizyotomi)
- ✓ Fetal yaralanma olup olmadığı ve özellikleri,
- ✓ Doğum sonrası bebeğin durumu (APGAR, kan gazı) ve
- ✓ Umbilikal kordon gaz analiz sonuçları.

Tablo 2. Omuz distosisi kayıt formu (ACOG, 2002)**Omuz Distosisi Kayıt Formu**

Hasta Ad-Soyad (hastaya ait barkod) Tarih: / / ve Saat:

Doğum tarihi:

Doğumu yaptıran, Ebe: Doktor:.....

Gravida / Parite:.....

Aktif evrenin başlama saati:.....

İkinci evrenin başlama saati:.....

Başın doğum saati:.....

Omuz distosisi tanısının konulduğu ve yardım çağrıldığı saat:.....

Posterior omzun doğum saati:.....

Bebeg'in doğum saati:.....

Antepartum değerlendirme

Pelvisin değerlendirilmesi:

Önceki doğumun şekli: C/S NVD

Önceki doğum sezaryen ise sezaryen endikasyonu:

Önceki doğumda omuz distosisi öyküsü var mı? Evet Hayır

Önceki doğumlarındaki bebeğin kilosu (en yüksek olan):

Gestasyonel diyabet var mı? Evet Hayır

Şu anki gebeliğinde tahmini fetal ağırlık:

Eğer tahmini fetal ağırlık 4500 gr üzerindeyse (gebede GDM var ise) ya da fetal ağırlık 5000 gr'ın üzerindeyse (gebede GDM yoksa bile) sezaryen doğum önerilir.

İnapartum değerlendirme

Verteks doğumun şekli: Spontan Müdahaleli (operatif)- İndiksiyon Vakum Forseps

Anterior Omuz: Sağ Sol

Başın çekilmesi (traksiyonu): Hiçbiri Standart

Fundal basınç: Uygulandı Uygulanmadı

Kullanılan manevralar (uygulama sırasına göre belirtiniz)

Kalça fleksiyonu (McRoberts manevrası)

Arka kolun doğumu

Posterior skapula (Woods manevrası)

Suprapubik basınç

Dörtlü manevra (Gaskin manevrası)

Anterior skapula (Rubin manevrası)

Zavanelli manevrası

Abdominal doğum

Epizyotomi: Uygulandı (epizyotominin şeklini belirtiniz.....) Uygulanmadı

Epizyotominin genişlemesi: Hiçbiri Üçüncü derece Dördüncü derece

Laserasyon: Hiçbiri Üçüncü derece Dördüncü derece

Kordon kan gazları laboratuvara gönderildi mi? Evet. Sonuç:..... Hayır

Doğum odası veya ameliyathaneden ayrılmadan önce yenidoğanın durumu

APGAR skoru:.....

Doğum ağırlığı:.....

Yenidoğanda varsa, travma bulguları:.....

Mevcut personel:.....

Mevcut aile üyeleri:.....

Kadın ve aile danışmanlığı:.....

Doğum sonrası / yenidoğan

Doğum aile ile tartışıldı

Perine değerlendirildi (üçüncü veya dördüncü derece laserasyon varlığı)

Doğum sonrası kanama açısından izlem yapıldı, Evet (Sonuç):..... Hayır

Yenidoğan doktoru ile iletişim sağlandı (eğer yenidoğanda asfiksi ya da travma varsa)

Doğum sonrası anne-bebek takibi için düzenleme:

Doğum sonu depresyon açısından değerlendirme: Evet (sonuç):..... Hayır

Omuz distosisine ilişkin işlem basamakları

Omuz distosisi yönetilirken aşağıdaki adımlar atılmalıdır:

1. Pediatri, anestezi ve yenidoğan yoğun bakım personelinden yardım isteyiniz ve saatleri kaydetmesi için bir personel görevlendiriniz
2. Manevrayı başlatınız (örn. McRoberts manevrası)
3. Başarısızlık durumunda, diğer manevraları kullanmak ya da manevraları tekrarlamak da dahil olmak üzere eylemlerin seyrini yeniden değerlendiriniz.
4. Abdominal doğumu düşününüz.
5. Kaydediniz.

Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada omuz distosisinin, öngörülemeyen ve önlenemeyen, çok ciddi maternal ve neonatal sonuçları olan önemli bir durum olduğu, önlenmesi, erken tanısı ve yönetiminde sistematik bir yaklaşımın kullanılması gerektiği anlaşılmaktadır. Omuz distosisinin iyi yönetilerek muhtemel komplikasyonların önlenmesi / azaltılması ve anne-bebek sağlığının geliştirilmesinde standart bir protokol kullanımı, iletişimin standardize edilmesi, ekip eğitimi ve çalışması yapılması gerekmektedir. Ayrıca simülasyon eğitimi yolu ile omuz distosisinin yönetimi konusunda tüm ekibe beceri kazandırılmalı ya da mevcut bilgi ve becerilerinin iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Yine bu konuda kanıt düzeyi yüksek deneysel ve gözlemsel çalışmalar yapılmadığından, klinik çalışanlarının karşılaştıkları ve yönettikleri vakalar ile ilgili deneyimlerini paylaşımları yolu ile bilimsel bilgi birikiminin geliştirilmesine katkı oluşturabilir.

BİLGİ

Bu çalışma 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) 7-9 Kasım 2018 İzmir Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Mehta SH, Sokol RJ. Shoulder dystocia: risk factors, predictability, and preventability. In Seminars in perinatology 2014;38(4):189-193.
2. Güngören A. Omuz distosisi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2016;9(4):39-46
3. Tokmak A et al. Vajinal Doğumun Korkulan Komplikasyonu: Omuz Distosisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; 13(4), 176-183
4. AIP, Fourth Edition Of The Alarm International Program, Chapter 13, Shoulder Dystocia [İnternet] (1-13) Available from: <https://tr.scribd.com/document/356733756/AIP-Chap13-Shoulder-Dystocia>. Erişim Tarihi: 01.09.2018
5. Gilstrap M, Hoffman MK. An Update on the Acute Management of Shoulder Dystocia. Clinical Obstetrics And Gynecology 2016; 59(4): 813-819.
6. Smith S. Team training and institutional protocols to prevent shoulder dystocia complications. Clinical obstetrics and gynecology 2016;59(4):830-840.
7. Canela CD, Hughes J. Shoulder Dystocia. StatPearls Publishing 2017.[İnternet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/> Erişim Tarihi: 01.09.2018
8. Hill MG, Cohen WR. Shoulder dystocia: prediction and management. Women's Health 2016; 12(2): 251-261.
9. Moni S, Lee C, Goffman D. Shoulder Dystocia: Quality, Safety, and Risk Management Considerations. Clinical obstetrics and gynecology 2016;59(4):841-852.
10. Deneux-Tharaux C, Delorme P. Epidemiology of shoulder dystocia. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1234-47.
11. Sentilhes L, et al. Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice-Short text. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction 2015; 44(10):1303-1310.
12. Ergen EB. 4500 Gram ve Üstü Fetusların Maternal ve Fetal Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2018;49(1):21-23.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Fetal Macrosomia. Practice Bulletin [İnternet] 2016; Number 173. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27776071>. Erişim Tarihi:10.09.2018
14. Arık OH, Coşkun T, Leblebicioğlu GA. Obstetrik Brakiyal Pleksus Yaralanmaları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2018;11(1):71-5.
15. Zhang C, et al. Maternal prepregnancy obesity and the risk of shoulder dystocia: a meta-analysis. BJOG 2018; 125(4): 407-413.
16. Gurewitsch Allen ED. Recurrent Shoulder Dystocia: Risk Factors and Counseling. Clinical Obstetrics And Gynecology 2016; 59(4): 803-812.
17. Schmitz T. Delivery management for the prevention of shoulder dystocia in case of identified risk factors. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction 2015; 44(10):1261-1271.
18. Rubin'in modifiye Woods manevrası.[İnternet].Erişim: http://tjodistanbul.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=297:omuz-distosisi. Erişim tarihi:01.11.2018
19. Hofmey RGJ, Shwenı PM. Symphysiotomy for fetopelvic disproportion. Cochrane database of systematic reviews - Intervention Version published: 17 October 2012.[İnternet]. Available from:

- <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005299.pub3/full?highlightAbstract=withdrawn%7Csymphysiotomy>. Erişim tarihi:28.01.2019
20. Le Ray C, Oury JF. Management of shoulder dystocia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015 ;44(10):1272-84
 21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Shoulder Dystocia. Green-top Guideline [Internet] 2012; 42(2). Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg42/>: Erişim Tarihi: 30.12.2018
 22. Gümüş İİ, et al. Gebelik öncesi vücut kitle indeksi ve gebelikte kilo alımı ile perinatal sonuçlar arasındaki ilişki, *Turk J Med Sci* 2010; 40 (3): 365-370.
 23. Fuchs, F. Prevention of shoulder dystocia risk factors before delivery. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 2015;44(10):1248-1260.
 24. Rozenberg P. In case of fetal macrosomia, the best strategy is the induction of labor at 38 weeks of gestation. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 2016;45(9):1037-1044.
 25. Magro-Malosso ER, et al. Induction of labour for suspected macrosomia at term in non-diabetic women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BJOG* 2017; 124(3):414-421.
 26. Lopez E, Saliba E. Neonatal complications related to shoulder dystocia. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 2015;44(10):1294-1302.
 27. Anğın AD, et al. Doğum Sırasında Omuz Distosisi için Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2014; 48(2):96-101
 28. Dahlke JD, Bhalwal A, Chauhan SP. Obstetric emergencies: shoulder dystocia and postpartum hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2017;44(2): 231-243.
 29. O'Berry P, et al. Obstetrical Brachial Plexus Palsy. *Current problems in pediatric and adolescent health care* 2017; 47(7):151-155.
 30. Legendre G, Bouet PE, Sentilhes L. Impact of simulation to reduce neonatal and maternal morbidity of shoulder dystocia. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2015; 44(10): 1285-1293.
 31. Başbuğ M. Omuz Distosisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2018;11(1):65-70.
 32. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Shoulder dystocia. *ACOG Practice Bulletin Obstet Gynecol* [Internet] 2002;40: 100:1045–50. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2002/11000/ACOG_Practice_Bulletin_No__40__Shoulder_Dystocia.42.aspx. Erişim tarihi:30.12.2018

Antiviral ilaçlardaki gelişmeler ve değerlendirilmesi *

Development in antiviral drugs and the assessment

Banpiny Pal Wath Darⁱ, Zehra Öksüzⁱⁱ, Öztekin Algülⁱⁱⁱ

ⁱLisans Öğrencisi, Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, <https://orcid.org/0000-0001-9048-6785>

ⁱⁱDr., Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-1542-0556>

ⁱⁱⁱProf. Dr., Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Kimya Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0001-5685-7511>

Öz

Antiviral tedavinin amacı, viral hastalık semptomları ile bulaşıcılığı en alt düzeye indirmek ve tedavi sürecini kısaltmaktır. Antiviraller viral replikasyon basamaklarına farklı şekillerde etki ederler. Ancak günümüzde, antiviral tedavi tüm viral enfeksiyonlar için bulunmamaktadır. Tedavide kullanılan antiviral ilaçların çoğu, HIV, Herpes virüsleri, Hepatit B ve C virüsleri ve İnfluenza A ve B virüslerinin neden olduğu enfeksiyonların tedavisinde etkindir. Virüslerin zorunlu, hücre içi parazitler olması nedeniyle, konak hücreye zarar vermeden viral replikasyonu önleyen hedefler bulmak diğer antimikrobiyal ilaçlardan çok daha zordur. Bu nedenle antiviral tedavideki gelişmeler gerek antibakteriyel gerekse antifungallere göre daha yavaş ilerleyen bir süreç olmuştur. Bu süreç günümüzde hala devam etmektedir. Bu çalışmada, viral tedavide kullanılan antiviral ilaçlar, bu ilaçların farklılıkları ve ilaçların özellikleri literatür verilerine dayanılarak ortaya konulmuş, antiviral ilaçlarla ilgili gelişmelere ait güncel bilgiler derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Virüs, viral replikasyon, viral enfeksiyon, antiviral ilaç

ABSTRACT

The aim of antiviral therapy is to minimize the viral disease symptoms, infectiousness and shorten the treatment process. Antivirals act differently on viral replication cycle steps. However, nowadays, antiviral therapy is not available for all viral infections. Most antiviral drugs used in the treatment are effective in treating infections caused by HIV, herpes viruses, hepatitis B and C viruses, and influenza A and B viruses. Owing to viruses are mandatory, intracellular parasites, it is more difficult to find targets that prevent viral replication without damaging the host cell, as opposed to other antimicrobial drugs. Therefore, advances in treatment with antiviral drugs have been more lingering compared to antibacterial and antifungal drugs. This situation still continues today. In this study, antiviral drugs used during the treatment, differences and properties of these drugs was tried to be revealed by literature and the latest update on developments related to antiviral drugs was reviewed.

Keywords: Virus, viral replication, viral infection, antiviral drug

* Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 160-170

DOI: 10.31020/mutftd.555760

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received:19 Nisan 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 25 Nisan 2019

İletişim - Correspondence Author: Öztekin ALGÜL <oztekinalgul@mersin.edu.tr>

1. Giriş

Virüsler, “soğuk algınlığı” kadar yaygın, Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) ile bazı kanser türlerinin de dâhil olduğu ölümcül olabilen geniş hastalık grupları ile ilişkili mikroorganizmalardır. Bu mikroorganizma grubu, enfeksiyöz süreçlerini yürütmek için konakçı hücrenin mekanizmalarına ihtiyaç duyan zorunlu hücre içi organizmalardır. Virüslerin genetik materyali, DNA veya RNA ve ilgili proteinlerden oluşan ve çeşitli şekil ve boyutlarda bulunan enfeksiyöz parçacıklardır. Çeşitli yollarla bulaşabilirler: İnfluenza, suçiçeği, kızamık, kabakulak, viral pnömoni, kızamıkçık ve çiçek gibi hastalıklardan sorumlu olan virüsler enfekte olan hastalardan aerosol yolla, kolorado kene humması ve sarıhumma gibi hastalıklara yol açan diğer virüsler ise eklem bacaklılar ve keneler aracılığıyla bulaşabilirler. AIDS, uçuk, nezle, genital herpes ve kuduzdan sorumlu olan bazı virüsler ise fiziksel temasla bulaşılır. Son olarak, sarılığa, çocuk felcine ve viral gastroenteritlere neden olan bazı virüsler ise gıda veya su kaynaklı olarak bulaşabilmektedirler.¹

Tarih boyunca, viral enfeksiyonların insan popülasyonuna yıkıcı etkilerini gösteren birçok epidemi yaşanmıştır. Örneğin, M.S 165-180 ve M.S 251-266 dönemlerinde Roma imparatorluğunu zayıflatan majör epidemilere kızamığın sebep olduğu düşünülmektedir. Çeşitli grip epidemileri ve pandemilerinin yok edici olduğu da bilinmektedir. 1918-1919 yıllarında görülen grip pandemisinden kaynaklı ölümlerin dünya genelindeki sayısının 20 milyondan fazla olduğu tahmin edilmektedir, bu rakam I. Dünya Savaşı sırasında savaşta ölenlerin sayısından çok daha fazladır. Ayrıca, 1980'lerden bu yana HIV enfeksiyonuna bağlı olarak 36,7 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. 2014-2015 yıllarında ise Afrika kıtasında Ebola ve Lassa hummasından sorumlu ölümcül virüslerden kaynaklı önemli kayıplar yaşanmıştır.^{2,3}

Geçmişte viral hastalıklar izole toplumlarda ortaya çıkmış ve kolaylıkla kontrol altında alınmışken, günümüzde ucuz ve kolay ulaşılabilir hava yolları ile turistler farklı bölgeleri sıklıkla ziyaret edebilmekte ve böylece nadir veya yeni viral hastalıkların dünya geneline yayılma ihtimali artmaktadır. Bu nedenle dünya sağlık otoritelerinin potansiyel riskleri izlemesi ve gerektiğinde uygun önlemleri alması oldukça önemlidir. Örneğin Uzak Doğuda 2003 yılında şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromunun (SARS) yayılması ile ilgili önlemler zamanında alınmasaydı, dünya genelinde çok daha büyük bir epidemiyeye neden olabilirdi. Yine de, SARS yayılımı viral enfeksiyonların ne kadar tehlikeli olabileceğini gösteren, o döneme ait bir uyarı niteliğindedir. Virüslerin toplumlar üzerine olan potansiyel etkileri düşünüldüğünde virüslere bağlı gelişebilecek risklerin ne derece önemli noktalara ulaşabileceği tahmin edilebilir. Dolayısıyla bu durum etkili yeni antiviral ilaçların geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.³

New York Bilim Akademisi'nin yarım asır önce düzenlediği ilk Antiviral Maddeler Konferansı'nda viral replikasyonun hücrel enzimler tarafından gerçekleştirildiği ve seçici inhibisyonunun oldukça güç olduğu belirtilmiştir. Ancak kısa bir süre sonra, 1967'de Kates ve McAuslan, ilk viral enzimi, pox virüs DNA'sına bağlı RNA polimerazı tanımlayarak seçici antiviral ilaçlar için ilk mekanik temeli oluşturdu ve daha sonra birçok viral enzim bunu takip etti ve keşfedildi.⁴ Prusoff, iyododeoksiüridin, Herpes simpleks'e karşı aktif olduğunu, amantadin'in sadece influenza virüsünü inhibe etmediği, aynı zamanda direnç gelişimine neden olduğunu da gösterdi.^{5,6} Daha sonra bu durumun seçici antiviral etkinin bir işareti olduğu öne sürüldü.^{6,7} Son olarak, interferon (IFN) ve bunun indükleyicileri, birçok farklı viral enfeksiyona karşı potansiyel antiviral ilaçlar olarak değerlendirilmeye başlandı.⁸

Asiklovir ve diğer benzer DNA polimeraz inhibitörlerinin geliştirilmesinin ardından, Herpes virüs tedavisinde antiviral ilaçların bilimsel çalışmaları hızla artmıştır.⁹ Ancak, antiviral ilaçların gelişmesine katkı sağlayan en önemli olaylardan biri, 1983'te İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (HIV) / (AIDS)'in ortaya çıkmasıydı; bu enfeksiyonun yıkıcı etkilerinden dolayı kısa sürede viral enzimi hedef alan çok sayıda anti-HIV ilacın geliştirilmesi antiviraller için bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. Diğer yandan, antiviral ilaçların tarihsel ile ilgili gelişmeler ayrıntılı olarak yakın tarihli literatürlerde yer almaktadır.^{8,10}

Antiviral ilaçlar, viral hastalıklarda veya etkili bir aşının olmadığı durumlarda daha sık kullanılmaktadır. Bir virüs hayat döngüsünü sürdürebilmek için konak hücreye ihtiyaç duyar ve bu döngünün devamı için immün sistem ile dolaşımdaki ilaçlardan etkili bir şekilde saklanması önemlidir. Ayrıca virüs konakçı hücrenin biyokimyasal mekanizmalarını çoğalma amacıyla kullandığı için, virüslere özgü potansiyel ilaç hedefleri diğer enfeksiyöz mikroorganizmalara göre daha sınırlıdır. Çoğu antiviral ilaç, viral replikasyon için gerekli anahtar

proteinlere etki ederek yüksek seçicilik seviyelerine ulaşabilecekleri şekilde geliştirilmiştir. Bu konudaki çalışmalar, viral enfeksiyonlara etkili ilaçların virüsün yaşam döngüsünde yer alan basamaklardaki spesifik olaylar ile klinik semptomlara özgü hızlı tanı sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesi çalışmaları ile sürdürülmektedir.¹¹

2. ANTİVİRAL İLAÇ GRUPLARI

Virüs replikatif döngüsü içinde, virüs adsorpsiyonu ve hücreye girişi, revers transkripsiyonu, viral DNA polimerizasyonu, viral DNA ve RNA sentezi ve viral mesajcı RNA (mRNA) olgunlaşması ile ilişkili hücresel enzimatik reaksiyonu gibi virüs spesifik basamaklarının kemoterapötik müdahale için çekici hedefler olduğu kanıtlanmıştır. Viral genom ya RNA ya da DNA'nın tek iplikli veya çift iplikli formudur. DNA virüslerinin çoğu çekirdekte çoğalır ve hücresel enzimleri kullanır, fakat birçok DNA virüsü, viral DNA replikasyonu için bir veya daha fazla spesifik viral enzime sahiptir. Öte yandan, çoğu RNA virüsü sitoplazmada çoğalır ve RNA polimeraz enzimi içermeyen pozitif polariteli RNA virüsleri özellikle konakçı mekanizmayı kullanır. Buna karşın negatif polariteli RNA virüsleri parental RNA'yı mRNA olarak kullanmadıkları için bir pozitif RNA ipliği sentez etmek zorundadır, bu nedenle RNA polimeraz enzimi içerirler. Bu enzimler etkili antiviral ilaçlar için potansiyel hedeflerdir. Antiviral ilaçların sınıflandırılması spesifik bir viral replikasyon basamağının inhibisyonu için belirli bir virüs hedefinin tanımlanmasına dayanır.^{12,13}

Bu derlemede tedavide kullanılan antiviral ilaçlar, DNA ve RNA virüslerine karşı etkili olan antiviraller olarak iki ana grup altında toplanmıştır. Her bir grup çeşitli alt gruplara ayrılarak, her grupta yer alan ve tedavide kullanılan ilaçlar etkili oldukları virüs türüne ve inhibitör tipine göre sınıflandırılmıştır.

2.1. DNA Virüslerine Karşı Kullanılan Antiviral ilaçlar

Kanser, otoimmün hastalıklar ve viral/bakteriyel enfeksiyonlar dâhil çok sayıda patolojik durum genellikle kontrol edilemeyen DNA replikasyonuna bağlanır. Bu temel biyolojik sürecin inhibe edilmesi, bu hastalıklara karşı belirgin bir terapötik hedef sağlar. Bu süreçte en belirgin nokta DNA'dan DNA sentez eden DNA polimeraz enzimidir.¹⁴ Polimeraz aktivitesini hedefleyen ilaçların mevcut stratejisi genellikle nükleik asidin uzamasını önlemek için tasarlanmış bir nükleotidin 2'-deoksiriboz modifikasyonlarına dayanır. Çoğunlukla DNA virüslerine karşı aktif ilaçlar Herpes virüslerine karşı, suçiçeği, zona, göz hastalıkları, mononükleozis, Burkitt lenfoması ve kaposi sarkomu gibi hastalıklarla mücadele etmek için geliştirilmiştir. Özellikle nükleozit türevleri bu gruptaki en etkili ilaçlardır.² Etkili olsa da, bu nükleozid türevlerinin büyük çoğunluğu selektivite eksikliği ve ilaç direncinin gelişimini içeren farmakodinamik komplikasyonlar gösterir. Bununla birlikte, günümüzde bu komplikasyonları aşmak için DNA onarımı ve/veya translasyonu DNA sentezinde yer alan polimerazlar için seçici inhibitörlerin geliştirilmesini içeren yeni terapötik yaklaşımlar geliştirilmektedir.¹⁴

2.1.1. Viral DNA Polimeraz İnhibitörleri

Çoğu antiviral ilaç, viral genom replikasyonu için gerekli anahtar proteinlere etki ederek yüksek düzeyde seçicilik elde edebilecek şekilde geliştirilir. Viral DNA polimeraz inhibitörleri, virüslerin sahip olduğu fakat insan hücrelerinde bulunmayan timidin kinaz (TK) enziminin seçici inhibisyonu ile yeni komşu hücrelere yayılır ve virüs replikasyonuna müdahale eder, böylece virüsün DNA'sını sentezleme yeteneğini yarıda keser. Sitomegalovirus (CMV) ve Epstein-Barr virusu (EBV) gibi virüsler kendi timidin kinazlarını kodlarlar.¹⁵ Ayrıca Hepatit B virüsü (HBV) tedavisinde kullanılan ve doğal substratlara yapışan nükleozit türevi ilaçlar hücresel DNA polimeraza bağlanırlar ve viral polimerazın revers transkriptaz aktivitesini inhibe ederler. Böylece yeni sentez olan DNA'ya bağlanıp DNA zincir sentezini durdururlar ve sirküler viral DNA'nın seviyesini azaltarak viral replikasyonu önlemiş olurlar.¹⁶ Tedavide kullanılan DNA polimeraz inhibitörleri **Tablo 1'**de gösterilmiştir.

Tablo 1: Tedavide Kullanılan DNA Polimeraz İnhibitörleri

Herpes Virüs Enfeksiyonlarına Karşı Etkili DNA Polimeraz İnhibitörleri		
Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
HSV, VZV	Asiklovir	
HSV, VZV, HCMV	Valasiklovir	
HCMV	Gansiklovir	
HSV	Pensiklovir	
HSV, VZV	Famsiklovir	Nükleozit türevi, Viral DNA Polimeraz İnhibitörleri
HCMV	Sidofovir	
HSV, VZV	Dessiklovir	
HSV	İdoksuridin	
HSV, VZV	Vidarabin	
HSV1 ve HSV 2	Trifluridin	
HSV, VZV, (HCMV ve EBV'ye karşı daha az etkili)	Vidarbin	
HSV, HSV Zoster	Sitarabin	Primidin Türevi, Viral DNA Polimeraz İnhibitörleri
HSV, HCMV	Foskarnet	Pirofosfat Türevi, Viral DNA Polimeraz İnhibitörleri
HCMV	Fomivirsen	Viral DNA Translasyon İnhibitörü
Hepatit Virüsüne Karşı Etkili DNA Polimeraz İnhibitörleri		
HBV	Adefovir Dipivoksil Telbivudin Entecavir Tenofovir	Viral DNA Polimeraz İnhibitörleri

HCMV: İnsan Sitomegalovirüs, HBV: Hepatit B Virüsü, EBV: Epstein-Barr Virus, HSV: Herpes simpleks Virüsü, VZV: Varisella Zoster Virüsü

2.2. RNA Virüslerine Karşı Kullanılan Antiviral İlaçlar

HIV, Hepatit C virüsü (HCV) ve Solunum Sinsityal Virüsü (RSV) dahil olmak üzere RNA virüslerinin neden olduğu birçok önemli enfeksiyon, viral RNA'ları hedefleyebilecek yeni bileşikler geliştirmenin önemini göstermektedir. Ancak RNA virüsleri RNA polimerazın proofreading aktivitesi eksikliğinden dolayı diğer organizmalara göre artmış mutasyon frekansları sergiler. Bu nedenle RNA virüslerine karşı antiviral ilaç üretmek DNA virüslerine karşı antiviral ilaç üretmekten zordur. RNA virüslerine karşı üretilen antiviraller revers transkriptaz (RT) gibi spesifik RNA virüs enzimlerini hedefler. Ayrıca poliovirüsler ve HCV gibi bazı RNA virüslerinde translasyon basamağında viral RNA'nın 40S ribozomal alt birimine bağlanarak virüs proteinlerinin üretilmesine yardımcı olan "Internal Ribosomal Entry Site (IRES)" adı verilen bir bölge mevcuttur. Son dönemde IRES, antiviral hedef haline gelen RNA elemanı olmaya başlamıştır.¹⁷

2.2.1. Viral Revers Transkriptaz İnhibitörleri

Retrovirüsler tarafından kodlanan ve RNA'dan DNA sentezini yöneten revers transkriptaz enzimi viral RNA'nın çift iplikli DNA haline transkribe edip hücre kromozomuna integre olmasında rol oynar. Antiviral ilaçlar bu virüse özgü enzimlerin etkili inhibitörleridir.¹³

A. Nükleozit Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NRTi)

HIV'e özgü RT enzimi ideal bir ilaç hedefidir. Bununla birlikte, enzim bir DNA polimerazdır. Çeşitli nükleozit benzeri yapılar, antiviral ilaçlar olarak etkilidir. Bu grup ilaçların büyük çoğunluğu kendileri aktif değildir, ancak aktif bir nükleotit trifosfat oluşturmak için hücresel enzimler tarafından fosforile edilirler. Bu durum, viral DNA polimeraz inhibitörlerin mekanizmasına benzer şekilde işler, ancak önemli bir fark vardır: HIV,

viral kinaz üretmediğinden fosforilasyonun tümünü katalize etmek için hücrel enzimlere gereksinim duymaktadır.²

HIV-1'in replikasyonunun ilk aşaması revers transkripsiyondur, bu aşamada virüsün genomik RNA'sı, bir komplementer DNA (cDNA)-RNA kompleksine, daha sonra çift sarmallı DNA'ya dönüştürülür. Böylece konakçı kromozomuna entegrasyon sağlanabilir. Bu reaksiyon dizini katalize eden enzim, revers transkriptazdır.¹⁸

Klasik antiretroviral ilaçların tümü, 2',3'-dideoksinükleosit türevleridir (**Tablo 2**). Bu bileşikler, HIV RT'nin inhibe edilmesinde ortak bir etki mekanizmasını paylaşırlar. RT, viral enfeksiyon replikasyonunun erken aşamasında gerçekleştiği için, enzimin inhibitörleri, hücrelerin akut enfeksiyonunu bloke eder, ancak kronik olarak enfekte olanlarda zayıf aktivite gösterirler. RT inhibitörleri ortak bir etki mekanizmasını paylaşmasına rağmen, farmakolojik ve toksikolojik profilleri birbirinden farklıdır.¹⁵

Tablo 2. Tedavide Kullanılan Revers Transkriptaz İnhibitörleri

Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
HIV-1, HIV-2, HTLV-1	Zidovudin	Nükleozit Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NRTİ)
HIV	Didanozin	
HIV -1 ve HIV-2	Zalsitabin	
HIV	Stavudin	
HIV, HBV, AIDS	Abakavir	
HIV-1, HBV	Tenofovir dizoksil	
HIV, HBV	Lamivudin	
HIV	Emtristabin	
HSV, CMV, HBV	Adefovir dipivoksil	
HIV	Nevirapin	
HIV-1	Delavirdin	Nükleozit Olmayan Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NNRTİ)
HIV	Efavirenz	
HIV-1	Etravirin	
HIV-1	Rilpivirin	

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü, CMV: Sitomegalovirüs, HBV: Hepatit B Virüsü, HTLV-1:İnsan T-hücre Lenfotropik Virüs Tip I, HSV: Herpes simpleks Virüsü

B. Nükleozit Olmayan Revers Transkriptaz İnhibitörleri (NNRTİ)

NNRTİ'ler; genellikle RT enzimin hidrofobik olan allosterik bağlama bölgesine bağlanan hidrofobik moleküllerdir. Bu ilaç grubunu iki nesile ayırmak mümkündür; birinci nesil NNRTİ'ler nevirapin ve delavirdin gibi ilaçları içerirken ikinci nesil ise efavirenz, etravirin ve rilpivirin gibi ilaçları içerir (**Tablo 2**). NNRTİ'ler RT'yi seçici olarak inhibe eder; HIV-2 ve Simian İmmün Yetmezlik Virüsü (SIV) dâhil olmak üzere diğer retrovirüslerin RT'lerini inhibe etmezler.²

NNRTİ'ler nükleozitlerin aksine yüksek terapötik indekslere sahiptir ve memeli DNA polimerazlarını inhibe etmezler. Ancak, hızlı gelişen direnç, RT enziminin NNRTİ'lerin bağlanma bölgesindeki mutasyonların bir sonucu olarak ortaya çıkar. Direnç problemi, tedavinin başlangıcından itibaren bir NNRTİ'nin ve bir NRTİ kombinasyonu ile önlenebilir.^{2,18} Tedavide kullanılan NRTİ ve NNRTİ inhibitörleri **Tablo 2'**de verilmiştir.

2.2.2. Proteaz İnhibitörleri

Bu ilaç grubu, hücrel/viral proteaz enzimlerinin aktivitesini önleyerek etki gösterir. Proteazlar, infeksiyöz virüs partiküllerinin üretimi için gerekli olduklarından antiviral ilaçlar için geçerli hedeflerdir. Moleküler çalışmalar, viral proteazların, fonksiyonel ürünler elde etmek için yüksek moleküler ağırlıklı viral poliprotein öncüllerinin bölünmesini etkileyerek ya da virüs partiküllerinin toplanması ve morfogenezi için gerekli yapısal proteinlerin işlenmesini katalize ederek birçok virüsün yaşam döngüsünde kritik bir rol oynadıklarını göstermiştir. HIV, HCV, Picorna virüsleri, RSV, Herpes virüsleri, Rota virüsü ve SARS gibi çok sayıda RNA ve DNA virüsünün tedavisi için proteaz inhibitörleri üzerinde birçok araştırma sürdürülmektedir.^{15,19}

A. HIV Proteaz İnhibitörleri

HIV proteaz inhibitörleri, revers transkriptaz inhibitörlerle birlikte viral replikasyonu baskılayan güçlü antiretroviral kemoterapötik ilaçlar olarak ortaya çıkmıştır. HIV proteaz, bir homodimerik aspartil proteazdan ve her monomer, 25 pozisyonunda bir katalitik Asp içeren 99 amino asit kalıntısından oluşur. HIV yaşam döngüsünde, proteaz viral olgunlaşma için önemli bir unsurdur. Viral olgunlaşmada HIV proteazının vazgeçilmez rolü onu ilaç tasarımı için popüler bir hedef haline getirmektedir. Çok sayıda çözülmüş HIV proteaz protein yapısı, yeni ve geliştirilmiş inhibitörlerin tasarımını önemli ölçüde kolaylaştırmıştır. Amerikan ilaç ve Gıda Dairesi (FDA) tarafından onaylanan veya tedavide kullanılan HIV proteaz inhibitörleri **Tablo 3**'de verilmiştir. Ancak, inhibitörlerin çoğuna uzun süreli tedavide yan etkiler eşlik eder. Bu nedenle, daha güvenli ve potansiyel olarak ümit verici proteaz inhibitörlerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.²⁰

Tablo 3. Tedavide Kullanılan HIV-Proteaz İnhibitörleri

Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
HIV-1	Atazanavir	HIV Proteaz İnhibitörleri
HIV	Amprenavir	
HIV	Fosamprenavir	
HIV	Darunavir	
HIV	İndinavir	
HIV	Lopinavir	
HIV	Nelfinavir	
HIV	Ritonavir	
HIV-1	Sakinavir	
HIV-1	Tipranavir	
HIV-1 ve HIV-2	Palinavir	

B. HCV Proteaz (NS3/NS4A) ve HCV NS5A/NS5B Polimeraz İnhibitörleri

Hepatit C tedavisi, ilk olarak klasik IFN monoterapisi ile başlamıştır. Yakın tarihe kadar HCV enfeksiyonunda standart tedavi seçeneği, ribavirin (RBV) ve pegile interferon (Peg-IFN) kombinasyonu olmuştur. Ancak HCV enfeksiyonunun, IFN bazlı tedaviye ciddi yan etkilerden dolayı uygunluk oranları düşüktür. HCV tedavisi için 2011 yılında Direkt Etkili Antiviral Ajanlar (DAA) ile IFN ve/veya ribavirinsiz tedavi rejimleri kullanıma girmiştir. DAA'ların temel hedefi, yapısal olmayan proteinlerden HCV replikaz kompleksini sentezleyen gen gruplarıdır. DAA'lar NS3/4A, NS5A ve NS5B gen bölgelerinden birini inhibe ederek etkili olur. DAA'lar dört gruba ayrılır: (i) NS3/NS4 proteaz inhibitörleri (ii) NS5A (nükleozit-tip) polimeraz inhibitörleri (iii) NS5B polimeraz inhibitörleri ve (iv) NS5B (non-nükleozit-tip) polimeraz inhibitörleri (**Tablo 4**). HCV enfekte hastalarda hangi DAA'nın tercih edileceği ve kullanım süreleri, hastanın daha önce antiviral ilaç kullanıp kullanmama durumuna, genotipine, kompanse siroz olup olmaması durumuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir.²¹

Tablo 4. Tedavisinde Kullanılan DAA'lar

Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
HCV	Boseprevir	HCV NS3-4A Proteaz İnhibitörleri
	Paritaprevir	
	Simeprevir	
	Glekaprevir	
NS5A Polimeraz İnhibitörleri		
HCV	Ledipasvir	HCV NS5A Polimeraz İnhibitörleri
	Ombitasvir	
	Pibrentasvir	
	Deklatasvir	
	Velpatasvir	
	Elbasvir	
NS5B Polimeraz İnhibitörleri		
HCV, HIV-1	Beklabuvir	HCV NS5B Polimeraz İnhibitörleri
	Dasabuvir	
	Sofosbuvir	

2.2.3. Diğer İnhibitörler

İntegraz antiretroviral ilaç gelişimi için aktif bir hedef olan HIV-1'e özgü temel bir enzimdir. HIV replikasyonunun inhibisyonu virüs tarafından eksprese edilen ve insan hücresinde bulunmayan viral enzimleri hedef almıştır. Bu ilaçlar spesifik olarak, konakçı DNA'ya HIV entegrasyonunun dizi transferini önler ve böylece insan immün yetmezlik virüsünün konakta çoğalmasını engeller (**Tablo 5**).²²

Tablo 5. HIV-İntegraz İnhibitörleri

HIV-İntegraz İnhibitörleri		
Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
HIV	Raltegravir	İntegraz İnhibitörleri
	Elvitegravir	
	Dolutegravir	

Sialik asit hücre yüzey reseptörleri ile viral proteinler ve enfekte olmuş hücrelerin yüzey proteinleri arasındaki etkileşimi keserek viryonların saliverilmesine izin veren nöraminidazlar İnfluenza A ve B tarafından üretilir. Nöraminidaz inhibitörü ilaçlar nöraminidazları inhibe ederek influenzanın tedavisinde ve önlenmesinde kullanılır.²³ Ayrıca Matriks 2 (M2) iyon kanalı inhibitörü antiviraller, viral RNA'nın konakçı hücrenin sitoplazmasına salınmasını engeller. Bu etki her iki influenza türünde (İnfluenza A ve B) iyon kanalının farklı yapısı nedeniyle yalnızca influenza A enfeksiyonlarıyla sınırlıdır (**Tablo 6**).²⁴

Tablo 6. İnfluenza Virüs İnhibitörleri

Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
İnfluenza A	Amantadin	M2 Protein
	Rimantadin	
İnfluenza A ve B	Zanamivir Oseltamivir fosfat	Nöramidaz İnhibitörü

Yaklaşık 100 insan Rhinovirüs serotipinin ortak yapısal özelliği VP1-4 viral kapsid proteinler ile oluşturulan ikozahedral kapsid yapısıdır. Bu kapsid, uzunluğu yaklaşık 7,400 baz olan tek zincirli, pozitif polariteli RNA genomunu korur. Bu nedenle VP1-4 viral kapsid protein inhibitörleri Rhinovirüs enfeksiyonunun tedavisinde kullanılmaktadır (**Tablo 7**).²⁵

Tablo 7. Rhino Virüs İnhibitörleri

Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
Rhino Virüsler	Plekonarin	VP1-VP4 Protein
	Dizoksaril	

Yakın bir tarihe kadar HCV'nin standart tedavisi peg-INF- α ve RBV ile gerçekleştirilmekte idi. RBV guanozine benzer sentetik bir purin nükleozit türevidir. Bu antiviral guanozin trifosfat oluşumunu inhibe eder, viral mRNA'nın kaplanması önler ve viral RNA-bağımlı RNA polimeraz aktivitesini bloke eder. HCV dışında İnfluenza A ve B, parainfluenza, RSV, paramikso virüs ve HIV gibi birçok DNA ve RNA virüsünün çoğalmasını önlediği için geniş spektrumlu antiviral aktiviteye sahip RNA polimeraz inhibitörüdür. İnterferon- α ise virüse karşı doğuştan olan immün yanıtta önemli rol oynayan bir sitokindir. IFN hedef hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanarak işlev görür (**Tablo 8**).²⁶

Tablo 8. Hepatit C Enfeksiyonunda Kullanılan İlaçlar

Virüs Türü	İlaç adı	İnhibitör tipi
HCV	Ribavirin	Geniş Spektrumlu RNA ve DNA Nükleozit Türevi
HCV	IFN- α	Viral Nükleik Asit ve Protein Translasyon İnhibisyonu

3. ANTİVİRAL İLAÇLARA YENİ YAKLAŞIMLAR

Günümüze kadar geliştirilen antiviral ilaçlar ve mevcut aşılar rağmen birçok virüs enfeksiyonu için kalıcı tedavi hala tam olarak sağlanamamıştır. Her geçen gün önemli virüs enfeksiyonlarına karşı yeni nesil antiviral ilaçlar tedaviye girse de yüksek derecede genetik çeşitlilik gösteren virüslere karşı tam bir tedavi stratejisi bulunmamaktadır. Bu yüksek genetik çeşitliliğin nedeni nükleotit düzeyinde birbirine çok yakın virüs topluluklarından meydana gelen türümsü (quasispecies) ve RNA-bağımlı RNA polimeraz enzimi aktivitesinin tamir yeteneğinden yoksun olması yani, proofreading etkinliğinin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle virüs enfeksiyonlarının önlenmesi veya ortadan kaldırılması için yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.²⁷ Son çalışmalarda *in vitro* gen ekspresyonunun baskılanmasında ve ayrıca memelilerde *in vivo* çalışmalarda ortaya konan RNA interferansın (RNAi) gen fonksiyonuna spesifik olarak müdahale etmek için kullanılabilirliği bulunmuştur. Daha sonra RNAi'nin, daha uzun çift iplikli RNA öncüllerinden türetilmiş küçük interferans RNA'lar (siRNA'lar) olarak adlandırılan 22 nükleotitli tek iplikli RNA'lara aracılık ettiği gösterilmiştir. siRNA'ların ilgili mRNA transkriptlerini kaldırarak genleri baskıladığı ve böylece protein sentezini bloke ettiği keşfedilmiştir. Sentetik siRNA'ların ve gen ekspresyonunun düzenlenmesinde kritik rol oynayan ve protein kodlamayan RNA'ların bir diğer sınıfını oluşturan mikroRNA'lar (miRNA) ile birlikte etki mekanizmalarının anlaşılması, kanser ve viral enfeksiyon alanlarında terapötik ilaç olarak kullanılacaklarını göstermiştir.²⁸ Bu mekanizmanın terapötik ilaç olarak kullanılabilirliğinin keşfinden sonra farklı virüslere karşı bir çok çalışma yapılmıştır. Örneğin HBV kor bölgesine karşı siRNA'nın kullanıldığı çalışmada hücre kültürü ortamındaki HBeAg seviyelerinin yaklaşık 5 kat düştüğünü göstermiştir. Bu çalışmanın sonucu RNAi dizilerinin, hücre ve hayvan modellerinde etkili bir azalma elde etmek için tasarlanabileceği gösterilmiştir.²⁹ Ayrıca HCV'nin replikasyonunda miR-122'nin pozitif düzenleyici rolünün keşfi HCV enfeksiyonu için miRNA hedefli terapötik strateji gelişmesinin temelini oluşturmaktadır. Son zamanlarda, klinik testlere giren ilk miRNA inhibitörü olan MiravirsenTM ile faz II aşamasındaki klinik denemede kronik HCV genotip 1 enfekte hastalarda viral direnç ve HCV RNA seviyelerinde uzun süreli doza bağımlı azalma gösterilmiştir.³⁰

Bakteri ve virüsler arasındaki etkileşimlerin araştırılması sırasında kısa süre önce keşfedilen "Düzenli aralıklarla bölünmüş palindromik tekrar kümeleri" (CRISPRs)-ilişkili Cas9, genomda düzenleme yapmaya imkân veren yeni nesil genom düzenleme tekniğidir. Bu teknik sayesinde hedef genler susturulabilmekte ve genlerde istenilen nükleotidlerin değiştirilmesi de mümkün olabilmektedir. Son dönemde CRISPR/Cas, yeni bir antiviral strateji olarak insan patojenik virüslerini hedef almak için de kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle HIV, HBV ve HCV için CRISPR/Cas tekniğinin kullanılabilir olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur.^{31,32} Lin ve ark.³³ HBV enfeksiyonunun *in vitro* ve *in vivo* olarak sınırlandırmak için CRISPR/Cas9 kullanımı hakkında ilk kez rapor veren araştırmacılarıdır. Anti-HBV CRISPR'lerin, bir HBV-ekspresyon vektörü ile transfekte edilmiş hepatokarsinom hücrelerinde viral protein ekspresyonunu önemli ölçüde azalttığı tespit etmişlerdir.³³ Diğer birkaç çalışma ise doku kültüründe ve fare modellerinde CRISPR/Cas9 aracılı HBV DNA azalmasını göstermeyi başarmıştır.³²

RNAi ve gen terapisinin terapötik potansiyeli umut vaat etse de hala türümsü kaynaklı dirençli suşların ortaya çıkması viral enfeksiyonların ortadan kaldırılmasında önemli bir sorundur. Son yıllardaki epigenetik

çalışmalar yeni ilkeler ortaya koymuş ve virüsler, hücrel transkripsiyon faktörleri, histonlar ve histonları değiştiren enzimler arasındaki etkileşimler hakkındaki bilgilerimizi genişletmişlerdir. Son zamanlarda hücre kültürü ve fare modellerinin destekleyici sonuçlarıyla güçlendirilmiş epigenetik ilaç adayları potansiyel antiviral ilaçlar olarak klinikte değerlendirilmektedir. Avantajlı şekilde ve geleneksel antivirallerin aksine, bu yöntemde kromatin modülasyon bileşenleri, viral kodlanmış faktörler yerine konakçıyı hedeflediklerinden dirençli suşların ortaya çıkması en aza indirgenmiştir.³⁴ Viral enfeksiyonları veya viral enfeksiyonla ilişkili maligniteleri manipüle etmek için tamamlanmış ve devam etmekte olan epigenetik ilaçların kullanımıyla ilgili klinik araştırmaların ön verileri **Tablo 9'** da gösterilmiştir.

Tablo 9. Viral Enfeksiyonlarda ve Viral İlişkili Malignitelerde Histon Deasetilaz İnhibitörlerinin Klinik Çalışmaları.³⁵

İlaç	Kombinasyon	Enfeksiyon	Çalışma Aşaması	İnhibitör
Panobinostat	Antiretroviral terapi	HIV Enfeksiyon	Faz I-II	NCT01680094
	Antiretroviral terapi İnterferon α -2a	HIV Enfeksiyon	Faz I-II	NCT02471430
Vorinostat	Antiretroviral terapi	HIV Enfeksiyon	Faz I-II	NCT01319383
	Antiretroviral terapi	HIV Enfeksiyon	Faz I	NCT02707900
	Otolog Dentrit Hücre Aşısı (AGS 004)			
Romidepsin	Antiretroviral terapi	HIV Enfeksiyon	Faz I-II	NCT02092116
	Geniş Nötralizan Antikor (3BNC117)	HIV Enfeksiyon	Faz-II	NCT03041012
Belinostat	Yok	Cerrahi Olarak Çıkarılmayan Hepatosellüler Karsinom	Faz I-II	NCT00321594
Moketinostat	Yok	Hodgkin Lenfoma	Faz II	NCT00358982
Traktinostat	Valgansiklovir	EBV ile İlişkili Lenfoit Maligniteler	Faz Ib/II	NCT03397706

4. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Virüsler dünya çapında her yıl tekrarlayan sosyo-ekonomik ve sağlık problemlerine neden olmaktadır. Yaşamak için mutlaka konakçı bir organizmaya ihtiyaç duyan virüsler soğuk algınlığı, grip ve siğil olarak bilinen bulaşıcı hastalıklara neden olduğu gibi kanser, HIV/AIDS, çiçek ve hemorajik ateş gibi ciddi ve çeşitli hastalıklara da neden olabilirler. Virüsler enfeksiyon boyunca her replikasyonda meydana gelen mutasyonlarla oluşan türümsü'lerden dolayı varyantlarında zengindir. Bu zengin varyantlar mevcut antivirallere karşı farklı yollarla direnç geliştirerek ilaca dirençli mutantları oluşturmaktadır. Değişmiş hücre tropizmine sahip veya ilaçların ve antikorların inhibe edici etkisinden kaçabilen mutantların farklı frekanslardaki mutant spektrumlarını arttırdığı ve ortaya çıkardığı bilinmektedir. İlaça dirençli mutantlar için seçilen monoterapi (tek bir viral replikasyon inhibitörü) ve konakçıyı sınırlı sayıda epitopa maruz bırakan sentetik aşuların, katı koruma sağlaması muhtemel değildir. Türümsü dinamiklerinden kaynaklanan mutantlar için kombinasyon terapilerine ve multi-epitopik aşulara ihtiyaç vardır. Ancak antiviral kombinasyon terapilerinin kayda değer başarısına rağmen, klinik uygulamadaki gerçek, çoklu ilaca dirençli viral mutantların seleksiyonunun hala viral bulaş ve tedavi başarısızlığının sık bir nedeni olduğunu göstermektedir. Bu nedenle yeni antiviral stratejilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Antiviral tedavide, sadece mutant dağılımların fenotipik profilini, olası adaptif stratejileri, moleküler belleği ve dışsal değişkenleri değil, aynı zamanda daha önce şüphelenilmeyen viral türümsülerin özelliği de dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda viral polimerazlara özgü yeni mutajenik ilaçlar, artan polimeraz yapısı ve uygunluk belirleyicileri bilgisine dayanarak geliştirilmelidir. Türümsüler içindeki mutantlara yönelik antiviral tasarlamak için teorik modellerin geliştirilmesi ve çoklu inhibitörlerin ve mutajenlerin katılımının genişletilmesi ve teorik tahminlerin deneysel sonuçlarla karşılaştırılması gerekmektedir. Mevcut ilaçlar esas olarak viral bileşenlere yöneliktir ve dirençli suşlar yeni antiviral terapötik maddeler geliştirme ihtiyacını doğurmaktadır. Artık yüksek verimli tarama teknolojileri fiziksel ve genetik olarak virüs konak etkileşimleri için genom çapında kapsamlı haritalar çizmeyi mümkün kılmaktadır. Özellikle son dönemde geleneksel antivirallerin aksine, RNAi ve gen terapilerinin terapötik potansiyelinin yanı sıra özellikle kromatin

modülasyon bileşenleri, viral kodlanmış faktörler yerine konakçıyı hedefleyen epigenetik çalışmalar dirençli suşların ortaya çıkmasını en aza indirgeyen yöntemler olarak viral terapide gelecek vaat etmektedir. HIV, HCV, HBV ve CMV gibi çeşitli virüsler için bu teknolojiler uygulanmış ve potansiyel antiviral hücrel hedeflerin zenginliği ortaya çıkarılmıştır. Yeni teknolojiler geliştirmek için son zamanlardaki çabalar, artık yeni antiviral ilaç keşfi için ilginç fırsatlar sunmaktadır.

5. KAYNAKLAR

1. Antonelli G, Pistello M. Virology: a scientific discipline facing new challenges. *Clin Microbiol Infect* 2019;25(Suppl, 2):133-5.
2. Graham L. Patrick, An Introduction to Medicinal Chemistry. 5th Edition; In: Patrick LP, editors. *Antiviral Agents*. New York: OXFORD University Press; 2012. pp:468-513.
3. Wohl S, Schaffner SF, Sabeti PC. Genomic Analysis of Viral Outbreaks. *Annu Rev Virol* 2016;3(Suppl 1):173-195.
4. Kates JR, McAuslan BR. Poxvirus DNA-dependent RNA polymerase. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1967;58:134-141.
5. Oxford JS, Logan IS, Potter CW. In vivo selection of an influenza A2 strain resistant to amantadine. *Nature* 1970;226:82-3.
6. Prusoff WH. Discussion of the possible mechanisms of action of 5-iodo-2'-deoxyuridine (IDU, IUDR) and chymotrypsin in the treatment of herpes simplex keratitis. *Transactions - American Academy of Ophthalmology & Otolaryngology* 1963;67:707-9.
7. Hermann EC, Hermann JA. A working hypothesis – virus resistance development as an indicator of specific antiviral activity. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1979;284:632-7.
8. Littler E, Oberg B. Achievements and challenges in antiviral drug discovery. *Antivir Chem Chemother* 2005;16(Suppl 3):155-68.
9. Schaeffer HJ, et al. 9-(2-hydroxyethoxymethyl) guanine activity against viruses of the herpes group. *Nature* 1978; 272:583-5.
10. Field HJ, De Clercq. E Antiviral drugs – a short history of their discovery and development. *Microbiology Today* 2004;31:58-61.
11. De Chassey B, et al. New horizons for antiviral drug discovery from virus-host protein interaction networks. *Curr Opin Virol* 2012;2(Suppl 5):606-13.
12. De Clercq E. Molecular targets for antiviral agents. *J Pharmacol Exp Ther* 2001; 297(1):1-10.
13. Ustaçelebi Ş. Virüslerin morfolojisi ve genel özellikleri. In: Ustaçelebi, Ş editors. *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*. Ankara: Güneş kitapevi;1999. pp:746.
14. Berdis AJ. DNA Polymerases as Therapeutic Targets. *Biochemistry* 2008;47(Suppl 32): 8253-60.
15. Said ZN, Abdelwahab KS. Antiviral Replication Agents. In: Rosas-Acosta, G. editors. Chapter 6. *Antiviral Replication Agents*. London: Intech;2013:127144.
16. Zoulim F, Lebosse F, Levrero M. Current treatments for chronic hepatitis B virus infection. *Current opinion in Virology* 2016;18:109-16.
17. McKnight KL, Heinz BA. RNA as a target for developing antivirals. *Antivir Chem Chemother* 2003;14(Suppl 2):61-73.
18. Beale JM. Wilson and Gisvold's textbook of Organic Medicinal and Pharmaceutical Chemistry. In: Beale JM, Block JH editors. *Antiviral Agents*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer; 2011:330-54.
19. Patick AK, Potts KE. Protease Inhibitors as Antiviral Agents. *Clin Microbiol Rev* 1998;11(Suppl 4): 614-27.
20. Lv Z, Chu Y, Wang Y. HIV protease inhibitors: a review of molecular selectivity and toxicity. *HIV AIDS* 2015;8(Suppl 7):95-104.
21. Zajac M, et al. Hepatitis C-New drugs and treatment prospects. *Eur J Med Chem* 2019;165:225-49.
22. Sierra-Aragón S, Walter H. Targets for inhibition of HIV replication: entry, enzyme action, release and maturation. *Intervirology* 2012;55(Suppl 2):84-97.
23. Toniolo Neto J. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Sao Paulo Med J* 2014;132(Suppl 4):256-57.
24. Duwe S. Influenza viruses - antiviral therapy and resistance. *GMS Infect Dis* 2017;25:5
25. Rollinger JM, Schmidtke M. The human rhinovirus: human-pathological impact, mechanisms of antirhinoviral agents, and strategies for their discovery. *Med Res Rev* 2011;31(Suppl 1):42-92.
26. Feld JJ, Hoffnagle JH. Mechanism of action of interferon and ribavirin in treatment of hepatitis C. *Nature* 2005;436(Suppl 7053): 967-72.
27. Yenen OŞ. Hepatit C virüs. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M. editors. *İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002. pp:1377.

28. Schott G, et al. Differential effects of viral silencing suppressors on siRNA and miRNA loading support the existence of two distinct cellular pools of ARGONAUTE1. *EMBO J* 2012; 31: 2553-65.
29. Mollaie HR, et al. RNAi and miRNA in viral infections and cancers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(Suppl 12):7045-56.
30. Janssen HL, et al. Treatment of HCV infection by targeting microRNA. *N Engl J Med* 2013;368(Suppl 18):1685-94.
31. Rogers GL, Cannon PM. Gene Therapy Approaches to Human Immunodeficiency Virus and Other Infectious Diseases. *Hematol Oncol Clin North Am* 2017;31(5):883-895.
32. Soppe JA, Lebbink RJ. Antiviral Goes Viral: Harnessing CRISPR/Cas9 to Combat Viruses in Humans. *Trends Microbiol* 2017;25(Suppl 10):833-50.
33. Lin SR, et al. The CRISPR/Cas9 system facilitates clearance of the intrahepatic HBV templates in vivo. *Mol. Ther. Nucleic Acids* 2014;3:186.
34. Deans C, Maggert KA. What do you mean, "epigenetic"? *Genetics* 2015;199: 887–96.
35. Nehme Z, Pasquereau S, Herbein G. Control of viral infections by epigenetic-targeted therapy. *Clin Epigenetics* 2019;11(Suppl 1):55.

Ülkemizde Aşı İle Korunulabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi*

Evaluation of Elimination and Eradication Programs for Vaccine Preventable Diseases in Turkey

Gülçin Yapıcıⁱ, Aylin Yeniocak Tunçⁱⁱ

ⁱDoç.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<https://orcid.org/0000-0002-8276-7701>

ⁱⁱAraş.Gör.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<https://orcid.org/0000-0003-2084-318X>

Öz

Enfeksiyon hastalıklarının tarihi neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. Yüzyıllar boyunca salgın hastalıklar birçok insanın yaşamlarını etkilemiş, ölümüne neden olmuştur. Yirminci yüzyılda tıptaki gelişmeler, özellikle mikroskopun keşfi, aşı ve antibiyotiklerin bulunması enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelede önemli adımlar olmuştur. 1970'li yıllarda çiçek hastalığının yaygın aşı çalışmaları ile tüm dünyadan ortadan kaldırılması, uygun stratejiler ve hükümetler arası işbirliği ile bulaşıcı hastalıkların tamamen ortadan kaldırılabilceğini göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda her ülke kendi özelliklerine göre bağışıklama programları yürütmektedir. Bölgesel farklılıklar olmakla beraber özellikleri uygun olan enfeksiyon hastalıklarının eliminasyon/eradikasyon çalışmaları yürütülmektedir. Sağlık örgütleri belirli aralıklarla bir araya gelerek dünyadaki durumu değerlendirmekte, yeni hedefler ve bu hedeflere yönelik stratejiler belirlemektedir.

Bu makalede, ülkemizde aşı ile korunabilen enfeksiyon hastalıkları için yürütülmekte olan eliminasyon/eradikasyon programlarının Türkiye'de ve dünyada geçmişten günümüze olan gelişiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Eliminasyon, eradikasyon, bağışıklama

ABSTRACT

The history of infectious diseases is as old as human history. Epidemics have affected their lives and have killed many people throughout the centuries. In the twentieth century, medical advances, especially the discovery of the microscope, vaccines and antibiotics, have taken important steps in the fight against infectious diseases. The eradication of smallpox from around the world by widespread vaccination studies in the 1970s showed that communicable diseases could be completely eliminated by appropriate strategies and intergovernmental cooperation. According to World Health Organization recommendations, each country carries out immunization programs according to its characteristics. Although there are regional differences, elimination/eradication studies of infectious diseases with appropriate characteristics are carried out. Health organizations come together at regular intervals to assess the situation in the world, identify new targets and strategies for these goals.

It was aimed to evaluate the development of the past to the present of elimination/eradication program ongoing for infectious diseases that can be prevented by vaccination in Turkey and all over the world.

Key words: Elimination, eradication, immunization

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 171-183

DOI: 10.31020/mutftd.552075

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 10 Nisan 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 10 Mayıs 2019

İletişim - Correspondence Author: Gülçin Yapıcı <gulyapici@yahoo.com.tr>

GİRİŞ

Halk sağlığı programlarının hedefi sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, gelişen hastalıkların etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile kontrol altına alınması ve komplikasyonların önlenmesidir. Bir bulaşıcı hastalığın öncelikle kontrol altına alınması, sonrasında eliminasyon ve eradikasyonunun gerçekleştirilebilmesi biyolojik, sosyal, politik ve ekonomik açıdan çok yönlü, etkili ve uzun süreli çalışmaları gerektirir.¹

Eliminasyon, planlı çabalar sonucunda, belirli bir hastalığın belirlenmiş bir coğrafi alanda veya ülkede yeni vaka görülme sıklığının (insidans) sıfır düzeyine indirilmesi anlamına gelmektedir. Eliminasyonu gerçekleştirilmiş hastalık için müdahale çalışmalarının devam etmesi gereklidir. Eradikasyon ise planlı çabalar sonucu olarak belirli bir mikroorganizmanın neden olduğu enfeksiyon insidansının dünya çapında sıfıra düşmesidir. Bu hastalık için artık müdahale önlemlerine ihtiyaç yoktur. Gerçek eradikasyon genellikle mikroorganizmanın ortadan kaldırılmasını ya da tamamen doğadan uzaklaştırılmasını gerektirir (sadece iki laboratuvarında depoda bulunan çiçek hastalığı virüsünde olduğu gibi).¹⁻³

Bir enfeksiyon hastalığının eradikasyonunun sağlanabilmesi için bazı şartların gerçekleşmesi gerekmektedir. Bunlar; etkenin tek kaynağın insan olması, başka bir rezervuarının olmaması ve çevrede çoğalmaması, tek kaynağın insan olması, yeterli duyarlılık ve özgülüğe sahip pratik teşhis araçlarının mevcut olması, etkili ve güvenli aşuların ve aşılama stratejilerinin olması, etkenin yayılımını kesmek için etkili bir müdahalenin mevcut olması, uzun bir süre boyunca geniş bir coğrafi alanda (örneğin ülke çapında) hastalığın yayılımının engellenebilmiş olmasıdır. Bu biyolojik kriterleri karşılamak, bir eliminasyon ya da eradikasyon programına başlama kararında sadece bir adımdır. Sağlık kaynakları sınırlı olduğundan maliyet-etkinlik analizleri de önemlidir. Herhangi bir halk sağlığı programında olduğu gibi bir hastalık eradikasyon girişiminin başarısı, başından sonuna kadar toplumsal ve politik kararlılık düzeyine bağlıdır.^{1,4,5}

Hastalıklar için eradikasyon çabaları 1800'lü yıllarda başlamıştır. Sığırların bulaşıcı plöropnömonisi, kancalı kurt ve sarı hummanın ortadan kaldırılma çabaları ile başlayan süreç o yıllarda başarısızlıklarla sonuçlanmıştır. 1950'li yıllarda düzenlenen Dünya Sağlık Kurulu toplantılarında küresel sıtma ve çiçek eradikasyon hedefleri benimsenmiştir. Bazı vektörlerin insektisitlere ve bazı parazitlerin tedaviye karşı direnci, vektörlerin beklenmedik çeşitliliği, idari eksiklikler ve artan maliyetler, 1960'lı yılların sonunda sıtmanın eradikasyon hedefinden vazgeçilme kararına neden olmuştur. Ancak 1977 yılında çiçek hastalığı için küresel eradikasyonda başarı sağlanmış (son vaka 1977'de Somali'de görülmüş) ve 8 Mayıs 1980'de 33. Dünya Sağlık Kurulu'nda bu durum resmi olarak ilan edilmiştir. Tarihte ilk kez, insanlık bir hastalığı yok etmiştir.^{2,4,6} Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çiçek hastalığının eradike edilmesi dönüm noktası olmuş ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada aşı ve bağışıklama hizmetleri öne çıkmıştır. Çiçek hastalığı eradikasyon programı başladığında, sadece iki aşı (BCG ve çiçek aşısı) dünya çapında yaygın olarak kullanılıyordu. Az sayıda ülkede ulusal aşı programı vardı ve bağışıklama hizmetleri büyükşehirlerin ve şehir merkezlerinin dışına çıkamıyordu. 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tüm çocukların dört aşı ile (DBT -difteri, boğmaca, tetanos-, BCG, polio, kızamık) altı hastalığa karşı korunmaları için Genişletilmiş Bağışıklama Programını (GBP) önermesiyle ülkelerde aşılama hizmetlerinde önemli gelişmeler sağlanmıştır. Ülkemizde 1981 yılında GBP çerçevesinde altı hastalığa (tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamık) karşı aşı yapılırken, bu sayı günümüzde 13'e yükselmiştir (tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci, hepatit B, hepatit A, pnömokok, haemophilus influenzae tip b, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği).^{1,6,7}

Dünya çapında yılda 100 milyondan fazla çocuk aşılanmaktadır. Bu sayede son yirmi yılda 20 milyonun üzerinde can kaybı önlenmiştir. Uygun stratejiler ile yılda 4-5 milyon ölümün önlenebileceği hesaplanmıştır.⁸

Hastalıkların morbidite ve mortalite hızlarını düşürmek ve salgınları kontrol etmek için uygulanan bağışıklama programlarının uzantısı olarak hayatı tehdit eden bazı bulaşıcı hastalıkları tamamen ortadan kaldırmak için dünyada ve ülkemizde eliminasyon ve eradikasyon programları yürütülmektedir. Aşıyla önlenebilir hastalıklarla mücadelede geçmişten günümüze ne kadar yol kat edildiğini anlamak, ne tür stratejiler uygulandığını ve nerede eksikler olduğunu analiz edebilmek açısından konuyu irdeleyen

çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu makalede ülkemizde aşı ile korunabilen hastalıklara yönelik olarak yürütülmekte olan eliminasyon ve eradikasyon programlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

POLİO ERADİKASYONU

Hastalığın etkeni Enterovirüs ailesinden olan Poliovirüsün üç tipi mevcut olup üçü de paralizlere neden olmaktadır. Epidemilerin çoğuna neden olan tip 1'dir. Aşılarla bağlantılı vakalarda ise daha çok tip 2 ve tip 3 görülmektedir.⁹⁻¹¹

Polio virüs sadece insanları enfekte eder. Hasta bireylerin gaitası ile virüsün atılımı yaklaşık bir ay kadar sürer ve virüs çevrede canlılığını 1-3 ay kadar sürdürür. Hijyen koşullarının kötü olduğu yerlerde virus fekal-oral yolla bulaşır. Epidemiler sırasında, farengial yolla bulaş riski de vardır. Sanitasyonun iyi olduğu ülkelerde ise, hava yoluyla bulaşabilmektedir. Vakaların %90'ı beş yaşın altındaki çocuklardır.^{8,11}

Hastalıktan korunmak için iki tip aşı geliştirilmiştir. Bunlar, inaktive edilmiş polio aşısı (İPA) ve canlı attenuue trivalan oral polio aşısıdır (OPA). OPA gerçek enfeksiyona benzer şekilde hem dolaşan antikorlarda, hem de intestinal dirençte artış sağlayarak sekonder yayılım ile temaslı kişileri de korumaktadır. Vahşi polio virüs eradike edilinceye kadar uygulanması gereken bir aşıdır. Ancak OPA canlı attenuue bir aşı olduğundan nadir de olsa aşıya bağlı parolitik polio (2.7 milyonda bir) gelişebilir. İPA, ölü aşı olduğundan OPA'na bağlı gelişen paralizi bu aşıda gelişmez ancak barsakta çoğalmadığı için OPA'nın sağladığı fekal oral bulaşmayı azaltma yönündeki özelliği bulunmamaktadır. İPA, ikincil yayılma ve dolaylı bağışıklama yoluyla başkalarına koruma sağlamaz. Bu nedenle polio virüs eradikasyonu gerçekleştikten sonra tek başına kullanılması önerilen bir aşıdır.^{9,12,13}

Dünyada durum: 1988 yılındaki 41. Dünya Sağlık Kurulu'nda, 2000 yılına kadar tüm dünyadan poliomyelitin eradikasyonu hedeflenmiştir. DSÖ, küresel poliomyelitis eradikasyonu için dört prensip tanımlamıştır. Bunlar; yüksek rutin aşılama kapsamı, ulusal bağışıklama günleri, akut flask paralizi (AFP) sürveyansı ve mopping-up aşılama.^{1,9}

1988 yılında 125'den fazla ülkede her yıl 350.000'den fazla çocuk polionun neden olduğu paralizi ile yaşarken, 2017 yılına gelindiğinde sadece üç ülkede (Nijerya, Pakistan, Afganistan) endemik olarak kalmıştır. 1988'den beri küresel poliomyelit insidansı %99.9 oranında azalmış ve altı DSÖ bölgesinden dört tanesi (1994'de Amerika, 2000'de Batı Pasifik, 2002'de Avrupa ve 2014'de Güneydoğu Asya Bölgesi) Poliodan Arındırılmış Bölge Sertifikası almıştır. Şu anda dünya nüfusunun %80'i poliodan arındırılmış bölgelerde yaşamaktadır. Küresel Polio Eradikasyon Kuruluşu'nun (Global Polio Eradication Initiative) verisine göre dünya genelinde 2017 yılında vahşi poliovirüse bağlı 22 olgu, aşıya bağlı 96 olgu bildirilmiştir.^{1,14-18} Kasım 2012'den bu yana, vahşi virüsle ilgili tüm polio vakaları tip 1'e bağlı gelişmiştir. 1999'da Hindistan'da son vakanın görülmesinin ardından vahşi virüs tip 2'ye bağlı polio vakası tespit edilmemiştir. Tip 3 polio virüs ise son olarak Kasım 2012'de Nijerya'da tespit edilmiş, ancak virüsün eradike edildiği henüz onaylanmamıştır.¹²

2012-2013 yıllarında Afrika ve Orta Doğu'da daha önce poliodan arındırılmış ülkelerde vahşi polio virüs salgınlarının ortaya çıkması, vahşi virüs herhangi bir ülkede dolaşmaya devam ettiği sürece tüm ülkelerin risk altında olduğunu göstermiştir. Polio vakalarının yaklaşık olarak yarısının polio endemik bölgelerden uluslararası yayılım ile poliodan arındırılmış bölgelerde görüldüğü belirtilmektedir. Polio eradikasyonunun başarısız olması, 10 yıl içinde her yıl 200.000 yeni vakaya neden olacaktır.^{15,19}

Küresel Polio Eradikasyon Kuruluşu'nun Polio Yayılımını Durdurma Programı; [Stop Transmission of Polio (STOP) program] 1999 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Uluslararası Rotary işbirliği ile başlatılan ve geliştirilen vahşi polio virus bulaşından etkilenen ülkeler için ek insan kaynakları ve teknik yardım sağlamayı amaçlayan bir programdır. 1999-2013 döneminde, 69 ülkede 2.221 görev için 1.563 gönüllü eğitilmiş ve görevlendirilmiştir. Küresel Polio Eradikasyon Kuruluşu'nun hazırladığı Polio Eradikasyonu ve Oyunun Sonu Stratejik Planı 2013-2018'de (The Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018) eradikasyon, sertifikasyon ve aşamalı olarak oral poliovirüs aşılarının geri çekilmesi süresince STOP programına devam edileceği belirtilmektedir. STOP programı başlangıçta polio eradikasyonu amacıyla oluşturulmuş olmakla beraber, şu anda tüm aşı ile korunabilen hastalıkların sürveyansı ve bağışıklama sistemlerinin geliştirilmesini de içermektedir.^{20,21}

Polio Eradikasyonu ve Oyunun Sonu Stratejik Planı 2013-2018'in dört temel amacı bulunmaktadır.

Bunlar;¹⁵

1. Poliovirüs tespiti ve durdurulması: Bu amaç, küresel poliovirüs süveyansını geliştirerek 2014'ün sonuna kadar tüm vahşi polio virüs bulaşını durdurmak, kalan endemik ülkelerde OPA kampanyası kalitesini iyileştirmek ve hızlı salgın yanıtını sağlamak için ulusal acil durum planlarını etkin bir şekilde uygulamaktır.
2. Bağışıklama sistemlerinin güçlendirilmesi ve OPA'nın kaldırılması: Aşı kaynaklı polio riskini ortadan kaldırmak için uzun dönemde OPA'nın rutin aşılama şemasından çıkarılması gerekir. 1999'dan beri vahşi polio virüs tip 2 eradike edilmiştir ancak aşıya bağlı polio vakalarında OPA'nın tip 2 komponenti tespit edilmektedir. 2016 yılının ortasına kadar aşından bu komponentin çıkarılması önerilmektedir (trivalan aşı yerine bivalan aşının kullanılması). Ancak bivalan OPA'ya geçmeden önce aşı şemasına en az bir doz İPA eklenmelidir. Böylece tip 2'nin neden olacağı poliiodan korunulabilecektir. 2019'a kadar da tüm OPA türleri tamamen kaldırılmalıdır.²²
3. Ortadan kaldırma ve belgelendirme: Bu amaç 2018 yılının sonuna kadar tüm DSÖ bölgelerindeki tüm vahşi polio virüslerin ortadan kaldırılmasını ve eradikasyonun belgelendirilmesini kapsamaktadır.
4. Mevcut planlamanın değerlendirilmesi ve geliştirilmesi: Dünyanın sürekli olarak çocuk felcinden arındırılmış olarak kalmasını, çocuk felci eradikasyonuna yapılan yatırımın gelecek yıllarda halk sağlığı açısından önemli faydalar sağlamasını, buradan çıkarılacak derslerin ulusal ve uluslararası düzeylerde başka programlarda da kullanılmasını amaçlamaktadır.

Ülkemizde durum: Ülkemizde Poliomyelit Eradikasyon Programı kapsamında 2008 yılına kadar bir yaş altındaki tüm bebekler üç doz OPA ile aşılanmıştır. 2008'den itibaren GBP kapsamında çocukluk dönemi aşılama takviminde İPA aşısı olarak beşli karma aşısı (DaBT-İPA-Hib) içinde 2.,4. 6. ve 18. aylarda, OPA ise 6. ve 18. aylarda uygulanmaktadır. Ayrıca İPA, dörtlü karma aşısının içerisinde ilkökul birinci sınıfta rapel doz olarak uygulanmaktadır.⁶

Poliomyelit Eradikasyon Programı (PEP) 1989'da uluslararası hedefler doğrultusunda başlatılmış ve 1995 yılından itibaren altı kez ulusal aşı günleri ve sekiz kez mop-up düzenlenmiştir.^{23,24}

Türkiye'de vahşi virüse bağlı son yerli poliomyelit vakası 26 Kasım 1998'de saptanmıştır. Ülkemizin de içinde olduğu DSÖ Avrupa Bölgesi 21 Haziran 2002'de "Polio'dan Arındırılmış Bölge" olarak belgelendirilmiştir. Poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek amacıyla 2002'de Polio İportasyon Planı Daimi Genelgesi yayınlanmıştır.²⁴

1989'da başlayan PEP'de DSÖ'nün polio eradikasyonu için belirlediği dört strateji uygulanmaya başlanmıştır:⁹

- 1) Rutin bağışıklama: Eradikasyonun temel adımıdır. Her yerleşim biriminde, rutin aşılama hizmetleri kapsamında bir yaşına kadar olan bebeklerin en az %95'i üç doz OPA ile aşılanır.
- 2) Ulusal Aşı Günleri (UAG): En az üç yıl üst üste 5 yaş altındaki tüm çocuklar daha önceki aşılama durumlarına bakılmaksızın, poliovirus dolaşımının düşük olduğu mevsimde, bir ay ara ile iki doz OPA ile aşılanır.
- 3) Akut Flask Paralizi (AFP) süveyansı: Tüm poliomyelit vakalarının tespit edildiğinden emin olmak için 15 yaş altındaki çocuklardaki bütün AFP vakasının ve hekim tarafından poliiodan şüphelenilen her vakanın bildirilmesi ve incelenmesidir. DSÖ bölgelerindeki ülkelerin poliiodan arındırılmış olarak belgelendirilmesi için, 15 yaşından küçük her 100.000 kişi için yıllık polio dışı AFP oranının 1 vaka veya daha aza ulaşması gerekmektedir.
- 4) Mopping- up Uygulamaları: Yüksek riskli bölge olarak tanımlanan endemik bölgeye komşu ya da yetersiz süveyansı olan bölgelerde; önceki aşılama durumlarına bakılmaksızın, 5 yaş altındaki tüm çocuklara, kapı kapı dolaşarak bir ay ara ile iki doz OPA uygulanmasıdır.

Ülkemize son yıllarda yaşanan göçlerle aşısız çocuk oranları artmış, bu da polio açısından ciddi risk oluşturmuştur. Bu nedenle 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Suriye ve Irak ile birinci derecede aktif

sınır bağlantısı olan Hatay, Kilis, Şanlıurfa, Mardin ve Şırnak illerinde 0-59 aylık tüm çocuklara iki tur halinde “Destek Aşılama Çalışmaları” yapılmıştır. Kampanya, ilki Nisan ayında ikincisi Haziran ayında olmak üzere iki tur halinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Suriyelilerin yerleştirildiği kampların bulunduğu diğer altı ildeki (Adana, Osmaniye, Kahramanmaraş, Adıyaman, Malatya ve Gaziantep) kamplarda 0-59 ay Suriyeli çocuklar, kamp dışında yaşayan Suriyelilerin bulunduğu diğer tüm illerimizde ise Suriyeli 0-59 aylık çocuklar ile polio endemik ülkeler (Afganistan, Pakistan ve Nijerya) ve importasyon nedeniyle salgın yaşanan (Somali, Güney Sudan, Irak, Ekvatoryal Gine ve Kamerun) ülkelerden gelen çocukların buldukları yerlerde de aşılama çalışmaları yürütülmüştür.²⁵

Poliomyelit eradikasyonunun gerçekleşebilmesi özellikle polionun endemik olduğu ülkelerde politik sorumluluk gerektirir. Ayrıca eradikasyonun maliyeti genellikle ülkelerin mali ve insan kaynaklarının üzerine çıkmaktadır. 2013-2018 stratejik planının tahmini maliyeti yaklaşık 5.5 milyar dolardır. Bu oldukça yüksek bir maliyettir, ancak küresel eradikasyona ulaşamamasının maliyeti çok daha fazla olacaktır. Bu nedenle endemik ülkelere yeterli kaynakların temin edilmesini sağlamak için uluslararası toplumun yardımı önemlidir. Çünkü mikroorganizmalar uluslararası sınırları tanımamaktadır.^{1,13,26}

MATERNAL ve NEONATAL TETANOS (MNT) ELİMİNASYONU

Tetanosun etkeni olan *Clostridium Tetani*; anaerobik gram-pozitif, spor oluşturan bir bakteridir. Sporlar toprakta, tozda, hayvan dışkıında yıllarca bulunabilir. Bu nedenle tetanosda eradikasyon değil ancak eliminasyon hedeflenebilmektedir.²⁷⁻²⁸ Tetanos, yaz ayları veya yağmurlu mevsimlerde daha çok görülür.²⁷

Tetanosun klinik özellikleri uzun zamandır bilinmektedir. Eski Mısır'da Edwin Smith Papirüsünde (M.Ö. 1600), antik Yunan'da Hipokrat (M.Ö. 400) ve Eski Hindistan'ın Ayurveda metinlerinde (MS 400) tetanos hakkında yazılar vardır.²⁹

Neonatal tetanos (NT) göbek kordonunun kontamine materyalle kesilmesi ya da doğumdan sonra göbeğin tetanos sporu içeren kirli maddelerle temas etmesi sonucu gelişir. Düşük sosyoekonomik düzeye bağlı kötü hijyen, yeterli düzeyde sağlık hizmetine ulaşamama, evde gerçekleşen doğumlar riski arttıran durumlardır.^{27,30-32} Maternal tetanos (MT), neonatal tetanosda olduğu gibi annenin düşük veya doğumu sırasında tetanos sporları ile kontamine olmuş materyal kullanılması sonucu gelişir.^{27,31}

Tetanos aşısı 1924'de üretilmiş ve ilk olarak II. Dünya Savaşı sırasında askerlere uygulanmıştır. Aşı, tetanos toksininin formaldehidle inaktive edilmesi sonucu elde edilen toksoid aşıdır. Hastalık geçirilmiş dahi olsa bağışıklık bırakmaz, mutlaka aşı yapmak gerekir. Primer bağışıklamada üç doz aşı önerilmektedir. Üçüncü dozdan sonra koruyucu düzey %100'e ulaşmaktadır. İki dozdan sonra koruyucu antikor titresi oluşmakla birlikte bu düzey zamanla azalmaktadır. Çocukluk çağı aşılama şemasında ise üç dozdan (2-4-6. aylar) sonra rapel dozların çocuk ikinci yaşında iken (12-23. ay) ve sonrasında okul çağında (4-7 yaş ve 9-15 yaş) yapılması önerilmektedir. İdeal olarak rapel dozlar arasında en az 4 yıl olmalıdır. DSÖ çocukluk ve adolesan dönemde toplam altı doz aşılamanın tetanostan korunmak için önemli olduğunu belirtmektedir.^{27,30}

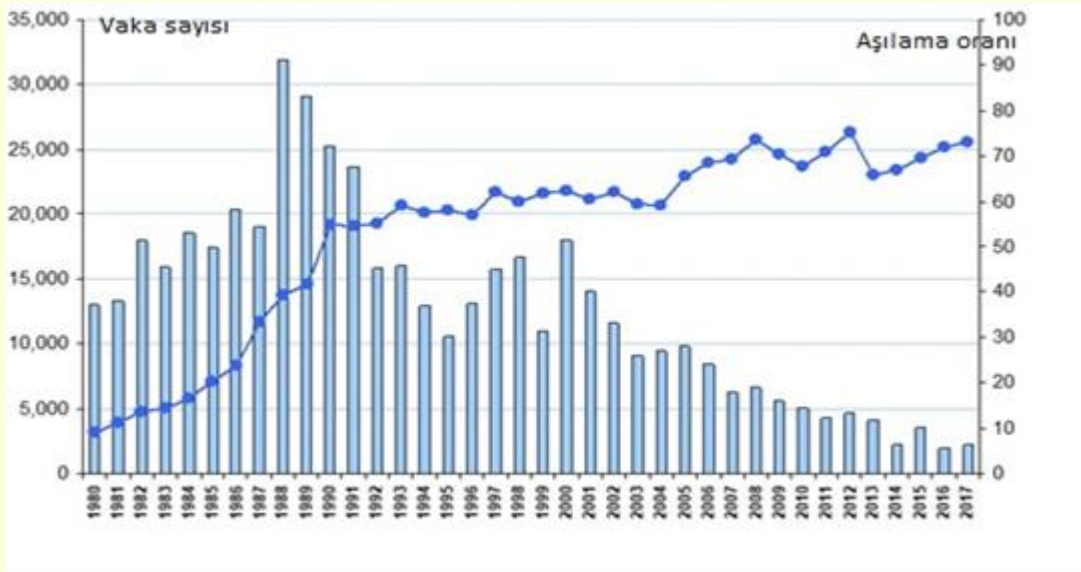
Antitetanos antikorları IgG grubundandır ve plasentayı kolaylıkla geçer. Annede bulunan tetanos antikorları pasif olarak fetusa geçerek yaşamın ilk birkaç ayı bebeği tetanosa karşı korumaktadır. Bu nedenle gebe kadının tetanosa karşı bağışıklanmış olması önemlidir. **Tablo 1'**de gebelik dönemi ve doğurganlık çağı boyunca uygulanması önerilen aşı takvimi yer almaktadır.^{6,27,30}

Tablo 1. Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanos Aşı Takvimi⁶

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td1	Gebeliğin 4. ayında-İlk karşılaşmada	Yok
Td2	Td1'den en az 4 hafta sonra	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 3 yıllık koruma
Td3	Td2'den en az 6 ay sonra	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 5 yıllık koruma
Td4	Td3'den en az 1 yıl sonraya da bir sonraki gebelikte	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 10 yıllık koruma
Td5	Td4'den en az 1 yıl sonraya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca koruma

Dünyada durum: Tetanos tamamiyla önlenabilir bir hastalıktır.²⁹ 1988’de DSÖ verilerine göre 787.000 yenidoğanın NT nedeniyle öldüğü, mortalite oranının yaklaşık 1000 canlı doğumda 6.7 olduğu tahmin edilmektedir. 1989 yılında yapılan 42. Dünya Sağlık Kurulu’nda “Neonatal Tetanos Eliminasyonu” her bir ülkede, her bir bölgede 1000 canlı doğumda 1’den az NT vakası görülmesi olarak tanımlanmıştır ve 1995 yılına kadar eliminasyonun sağlanması hedeflenmiştir. 1990’da gerçekleştirilen Çocuklar için Dünya Kurulu’nda NT eliminasyonu hedeflerden biri olarak belirtilmiş ve 1991’deki 44. Dünya Sağlık Kurulu’nda bu hedef tekrar gündeme getirilmiştir. Bu hedef gerçekleştirilememiş olmakla birlikte 2000 yılında 161 ülkeden 104’ünde NT eliminasyonu sağlanmıştır. Diğer ülkelerde gelişmeler sağlansa da belirlenen hedefe tamamiyla ulaşamadığından DSÖ, UNICEF ve Dünya Nüfus Fonu (UNFPA) yeni eliminasyon hedefini 2005 yılı olarak belirlemiştir. Bu tarihte eliminasyon hedefine MT de eklenmiştir. Bu hedef daha sonra 2015 yılına ertelenmiştir. DSÖ 2015 yılında dünyada 34019 yenidoğanın NT nedeniyle öldüğünü bildirmiştir. Bu sayı 1980’lerin sonundaki sayıdan %96 daha düşüktür. 2017 yılında ise bildirilen vaka sayısı 2266’dır. Mart 2018’e geldiğinde ise hala 14 ülke MNT eliminasyonunu gerçekleştirememiştir. Dünyada 1980-2017 yılları arasındaki NT vaka sayıları ve TT2 aşılama oranları **Şekil 1**’de gösterilmiştir. DSÖ tarafından NT vaka sayıları konusunda veriler elde edilmekle birlikte, MT nedeniyle ölüm sayıları konusunda dünya genelinde bir tahminin olmadığı belirtilmektedir.^{29,30,33-36}

Tetanos basili yeryüzünde toprak ve feçeste yaygın olarak bulunduğu için eradike edilmesi mümkün değildir. Ancak DSÖ, eliminasyonun gerçekleştirilebileceğini ve bunun için de dört temel stratejinin uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Bunlar, gebe kadınlarda tetanoz toksoid aşısı ile rutin bağışıklamanın güçlendirilmesi, yüksek risk alanlarında ek bağışıklama faaliyetlerinin yürütülmesi (üreme çağındaki kadınlara 3 doz aşı), temiz doğum ve göbek kordonu bakımı uygulamaları ile güvenilir NT sürveyansıdır.³⁵



Şekil 1: Küresel Neonatal tetanos vakaları ve TT2 aşılama kapsamı, 1980-2017³⁶

Ülkemizde Durum: Türkiye ilk olarak 1994’de bir genelge ile 2000 yılına kadar ülkenin her bölgesinde NT morbidite hızının 1000 canlı doğumda 1’in altına indirilmesini hedeflemiştir. Ancak belirlenen süre içinde eliminasyon hedefine ülke genelinde ulaşamamıştır. Bunun üzerine 2005 yılında program tekrar gözden geçirilmiş ve sorunlar tespit edilerek yeni düzenlemeler getirilmiş, 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi” yayınlamıştır. Hedef her bölgede 2007 yılı sonuna kadar 1000 canlı doğumda 1’in altında NT vakasının görülmesi, MT’nin hiç görülmemesi ve bu durumun devamlılığının sağlanmasıdır.^{27,33}

İlk aşamada 2006-2007 yılları arasında tüm ülkede gebelerin %80’i ve daha fazlasının aşılması, 2007 yılı sonuna kadar doğurganlık yaş grubu kadınların %80’i ve daha fazlasının primer immünizasyonunu sağlamak (Tetanos Aşı Günleri) ve okul döneminde yapılan Td aşılama oranına ulaşmak hedeflenmiştir.²⁷ Bu doğrultuda yüksek riskli olarak belirlenen 60 yerleşim yerinde 15-49 yaş doğurganlık

çağı kadınlara yönelik olarak 2006-2007 yıllarında üç tur şeklinde destek aşılama aktiviteleri (Mop-up) gerçekleştirilmiştir.³⁷ İkinci aşama olarak 2007 yılı sonrası için; tüm bölgelerde gebe aşılama programlarındaki %80 ve daha fazla oranını sürdürmek, yüksek riskli bölgelerdeki 15-49 yaş grubu kadınların primer immünizasyonunu sağlamak, tüm bölgelerde 1 yaş altı çocukların en az %90'ının üç doz DBT ile primer immünizasyonunu ve ayrıca aşıya devamsızlık oranının %10'un altında olmasını sağlamak, okul Td aşılama programlarını en az %90 oranında sürdürmek hedeflenmiştir. Aşılama hedeflerine ek olarak; sağlıklı koşullarda doğum ve göbek bakımı uygulamalarını yaygınlaştırmak, 2007 yılı sonuna kadar tüm bölgelerde doğumların en az %90'ının sağlık personeli yardımı ile gerçekleşmesini sağlamak, gebeliklerin ulusal düzeyde en az %90'ını tespit etmek, gebelik süresince en az bir kez doğum öncesi bakım yapılmasını sağlamak ve MNT vakalarının aktif ve pasif süreyansını sağlamak önemli hedefleri oluşturmaktadır. DSÖ'nün MNT süreyansının AFP süreyansı ile birlikte yapılması önerisi de hedefte belirtilmiştir.^{27,32}

Tüm bu hedefler ve uygulama çabaları sonucunda Şubat 2009'da Sağlık Bakanlığı DSÖ ve UNICEF ile işbirliği içinde NT'nin ortadan kaldırılıp kaldırılmadığını belirlemek için Şırnak'ta toplum temelli bir ortak saha çalışması yapılmıştır. Şırnak'ın seçilmesinin nedeni NT riskinin en yüksek olduğu bölgelerden olmasıdır. Bu nedenle yapılan çalışmada elimine edildiği görülen NT'nin tüm ülkede eliminasyonun sağlandığı çok muhtemel olarak yorumlanmıştır. DSÖ, NT ortadan kaldırıldığında MT'nin de ortadan kaldırıldığını kabul etmektedir. Bu çalışmanın sonucunda, Türkiye'nin NT'yi elimine ettiği ve bununla birlikte DSÖ'nün Avrupa Bölgesi'ndeki tüm ülkelerde eliminasyon hedefine ulaştığı belirtilmiştir. Bu sonuca ulaşmanın en önemli sebebinin doğumların %70'inin sağlık çalışanı yardımıyla gerçekleşmesinin olduğu belirtilmektedir.³⁷ DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki diğer ülkelerle birlikte MNT eliminasyonu sağlanmıştır, ancak eliminasyonun sürdürülebilmesi için çalışmaların devam etmesi gerekmektedir.

KIZAMIK ELİMİNASYONU

Kızamık virüsü, bulaşıcılığı en yüksek virüslerden biri olan Rubeola'dır. Duyarlı insanlar arasında ikincil atak hızı %90'dan fazladır. Virüs, enfekte kişinin öksürük, hapşırığıyla ortama saçtığı damlacıkların solunmasıyla, enfekte kişilerin burun ve boğaz sekresyonlarının doğrudan ya da dolaylı temasıyla bulaşır.^{38,39}

Kızamık virüsü için kaynak sadece insan olduğu için eliminasyonu mümkün olan bir hastalıktır. Kızamık virüsü ılıman bölgelerde genellikle kışın sonunda ve baharda yayılım gösterir. Kızamık 3-4 yılda bir bağışık olmayan vakaların üst üste birikmesiyle salgınlarla seyrederek. Aşılama programlarının uygulanması ve kapsayıcılığın giderek artmasıyla salgın insidansları düşmüş ve salgınlar arası dönemler uzamıştır.^{38,40}

Kızamığa bağlı morbidite ve mortalite 5 yaş altı (özellikle 1 yaş altı) çocuklar ve 20 yaş üstü hastalarda daha fazladır. Beslenmesi kötü olan küçük çocuklarda, özellikle de A vitamini yetersiz olanlarda veya HIV/AIDS gibi bağışıklık sistemini zayıflatan bir hastalığı olanlarda kızamık daha şiddetli seyretmektedir.⁴⁰ Nadir görülen fakat ciddi bir diğer komplikasyon subakut sklerozan panensefalit (SSPE)'dir. SSPE, 100.000'de bir görülen, santral sinir sisteminin kalıcı kızamık virüs enfeksiyonu nedeni ile oluşan ilerleyici, kronik bir ensefalittir. Genellikle, enfeksiyon geçirildikten 7-10 yıl sonra görülür. DSÖ Aşı Güvenliği Küresel Danışma Komitesi SSPE hastalığına kızamık aşısının neden olmadığını açıklamıştır. Kızamık enfeksiyonunun yaşamın erken dönemlerinde geçirilmesi SSPE insidansını yükseltmektedir.^{39,41}

Kızamık aşısı 1960'lı yıllardan beri kullanılan, güvenli, etkili ve ucuz zayıflatılmış canlı aşıdır. Tüm çocuklara ve aşılanmamış erişkinlere iki doz olarak önerilmektedir.⁴²⁻⁴⁴

Dünyada durum: Kızamık, aşı ile korunulabilir hastalıklar arasında %30 oranla en çok çocuk ölümüne neden olan hastalıktır. Kızamık aşısının yaygın olarak kullanılmadığı yıllarda her yıl yaklaşık 2.6 milyon ölüme neden olmaktadır.⁴⁴

1989 yılında Dünya Sağlık Kurulu'nda ve 1990 yılında Dünya Çocuk Kurulu'nda aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin %95 ve morbiditesinin %90 azaltılması, DSÖ Amerika Bölgesi'nde 2000, Avrupa ve Doğu Akdeniz Bölgesi'nde 2010 yılına kadar kızamık eliminasyonu hedeflenmiştir.^{38,41} Küresel kızamık eradikasyonu biyolojik olarak mümkün ve uygun maliyetli olarak kabul edilmektedir.⁵

UNICEF ve DSÖ 2001-2005 yılları için hazırladığı stratejik planda; 2005 yılına kadar kızamığa bağlı ölümleri yarı yarıya azaltmayı, büyük coğrafik bölgelerde belirlenen kızamık eliminasyonu hedeflerine ulaşmayı hedeflemiştir.⁴¹

2000 yılından 2008 yılına gelindiğinde dünyada kızamığa bağlı mortalite %78 oranında azalmıştır. Bu dönemde kızamık kontrol faaliyetleri sayesinde dünya çapında yaklaşık 13 milyon kızamığa bağlı ölüm engellenmiştir. Kızamık ölümlerinin en çok engellendiği bölge Afrika Bölgesi (7.2 milyon) olmuş, bunu Güneydoğu Asya Bölgesi (2.9 milyon) ve Doğu Akdeniz Bölgesi (1.5 milyon) izlemiştir.⁹ DSÖ'nün Güneydoğu Asya Bölgesi dışındaki tüm bölgelerinde 2010 yılında tahmini küresel kızamık ölüm oranı 2000 yılına göre %75 azalmıştır (2000 yılında 535.300 ölümden 2010 yılında 139.300'a düşmüştür). 2010 yılında toplanan Dünya Sağlık Kurulu'nda ise, kızamık ölümlerinin 2015 yılına kadar 2000 yılı seviyesine göre %95 oranında azaltmak hedeflenmiştir. 2010 yılında tahmini kızamık ölüm oranının %47'sini Hindistan oluştururken, DSÖ Afrika bölgesi %36'sını oluşturmaktaydı.⁴²

DSÖ Avrupa Bölgesi kızamık eliminasyonunu 2010 yılında gerçekleştirmeyi hedeflemişken birçok Avrupa ülkesinde salgınlar patlak vermiştir. Bu salgınların oluşmasında importe vakaların yanı sıra importe vakalarla ilişkili yerli vakalar ve dini/felsefi görüşleri nedeniyle aşığı reddeden toplulukların etkili olduğu bildirilmektedir. 2000'li yıllarda eradikasyona yakın olduğu düşünülen Fransa'da 2008-2012 yılları arasında 20.000'den fazla vaka ortaya çıkmıştır. Daha çok gençlerin oluşturduğu vakaların ortanca yaşı salgın sırasında 12'den 16'ya yükselmiştir. İtalya'da 2013 yılında 2205, 2014'de 1694 vaka bildirilmiştir. Bu salgınlar nedeniyle Avrupa Bölgesi'nde kızamık eliminasyonu hedefi 2015 yılına ötelenmiştir. Ancak 2015'de de Bosna Hersek, Almanya, Avusturya, Kırgızistan ve Rusya'da yine büyük salgınlar gözlenmiştir. 2014 ve 2015'deki salgınlarda sağlık personelinde sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon olarak kızamık vakalarının görüldüğü bildirilmiştir. İtalya'da Haziran 2015-Mayıs 2016 arasında toplam 515 vaka bildirilmiş ve bu vakalar Avrupa Bölgesi'ndeki vakaların %28'ini oluşturmuştur. 2016'nın ilk üç çeyreğinde Avrupa'da 33 ülkeden rapor edilen kızamık vaka sayısı 2535'dir. 2015'in aynı dönemi ile karşılaştırıldığında %89 azalma tespit edilmiştir.⁴⁵⁻⁴⁷

2015 yılı sonu itibariyle, Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik Bölgeleri'ndeki Bölgesel Doğrulama Komisyonları, 61 üye devlette kızamığın ve 55 üye devlette kızamıkçığın ortadan kaldırıldığını doğrulamıştır. Avrupa, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik Bölgeleri için 2015 yılı, Afrika ve Güneydoğu Asya Bölgeleri için 2020 yılına kadar kızamık eliminasyonunu gerçekleştirmesi hedeflenmiştir. Ancak 2015 yılı sonu itibariyle Amerika dışında hiçbir bölge eliminasyon hedefini gerçekleştirememiştir.^{8,48}

DSÖ Amerika bölgesi kızamık eliminasyonunu başarmış olmakla birlikte özellikle son beş yılda ABD'de Ohio, California, Minnesota, Washington gibi bazı eyaletlerde kızamık salgınları gözlenmiştir. Vakaların büyük bölümü aşılınmamış veya aşı durumu kesin olmayan kişilerden oluşmaktadır. Özellikle eliminasyon sonrası dönemde aşı tereddüdü ve aşı karşıtlığının toplum sağlığı açısından önemli bir problem olduğu belirtilmektedir. 2011'de ABD'de kızamık salgınlarının maliyetinin 2.7-5.3 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir.⁴⁹

DSÖ'ye üye 71 ülke (%37) hala ulusal ölçüde kızamık aşısı oranını %90'ın üzerine çıkarma hedefine ulaşamamıştır. 2010'la kıyaslandığında ölümlerde %84'lük bir azalma olmakla beraber 2016 yılında dünyada kızamıktan çoğunluğu 5 yaş altı çocuklar olmak üzere yaklaşık 89780 kişi ölmüştür.^{7,44}

1999 yılında CDC'nin DSÖ, UNICEF ve Uluslararası Rotary işbirliği ile başlattığı Polio Yayılımını Durdurma (STOP) programına 2014'ten bu yana öncelikli ülkelerde kızamık ve kızamıkçık önleme, sürveyans ve salgın müdahale faaliyetlerini destekleme programı da eklenmiştir.⁵⁰ Kızamık-Kızamıkçık Girişim Grubu (MR Initiative) 2012-2020 yıllarını kapsayan bir stratejik plan hazırlamıştır. Bu stratejik planda kızamık ile birlikte kızamıkçık ve konjenital kızamıkçık sendromu (KKS) için de hedefler belirlenmiştir. Amaç 2020 yılı sonuna kadar altı DSÖ bölgesinde kızamık hastalığını ve iki bölgede kızamıkçık hastalığını elimine etmektir. Kızamık için hedefler; 2015 yılı sonuna kadar tüm ülkeler için rutin ilk doz kızamık aşısı ile aşılama oranını %90'ın üzerine çıkarmak, tüm ülkelerin tüm bölgelerinde aşılama oranını %80'in üzerine çıkarmak, tüm ülkelerde kızamık insidansının bir milyonda beş olgudan daha az olmasını sağlamak olarak belirlenmiştir. 2020 yılı

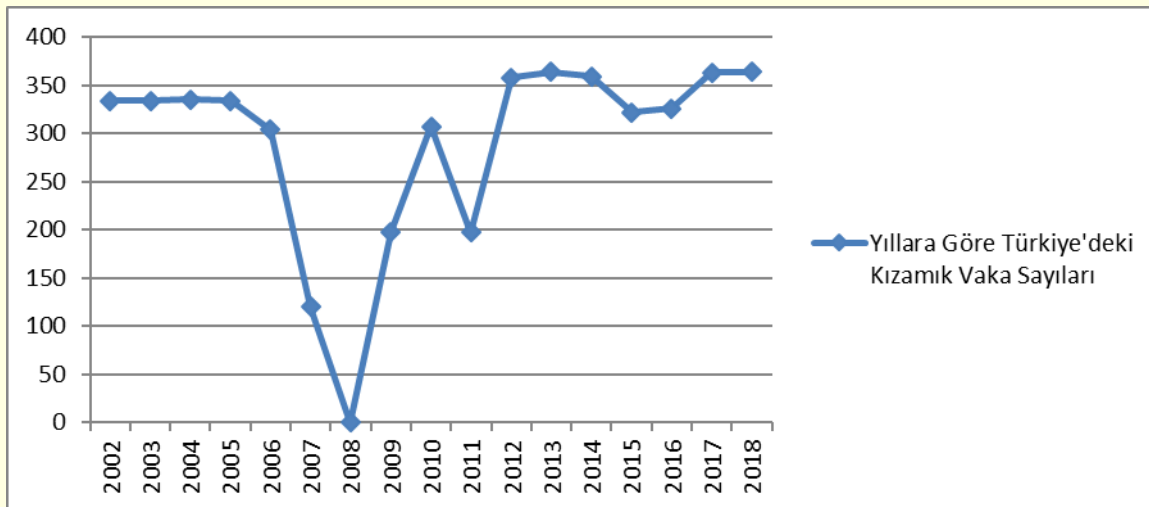
sonuna kadar tüm ülkelerin tüm bölgelerinde hem birinci hem de ikinci rutin kızamık aşısı dozları (veya uygun olduğu takdirde kızamıkçık ihtiva eden aşı) ile en az %95 koruma sağlamaktır.^{42,48}

Ülkemizde durum: Uluslararası alınan kararlar doğrultusunda 2002 yılında “Kızamık Eliminasyon Programı” ve 2006 yılında “Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi Programı” yürütülmeye başlanmıştır. Ülkemizde kızamık için uygulanmakta olan statejiler, bağışıklama, süveyans yürütülmesi, eylem planını uygulamaya yönelik politik kararlılık ve sosyal mobilizasyon olarak belirlenmiştir.³⁸

Bağışıklamada hedefler, rutin olarak her il ve ilçede her iki doz aşılama oranının en az %95 olmasını sağlamak ve sürdürmek, 9 ay-14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı uygulamak (Kızamık Aşısı Günleri 2003-2005 yılları arasında gerçekleştirilmiştir), aşılama hızı %95'e ulaşmamış yerlerde kapı kapı dolaşarak eksik aşıları aşılamaktır (mop-up).^{6,38} Süveyans çalışmalarında rutin bağışıklama programının sürekli izlenmesi, laboratuvar destekli aktif ve pasif süveyansın yürütülmesi, salgınların erken saptanması, incelenmesi, riskli ülkelerden ülkemize yönelik nüfus hareketlerinin izlenmesi, vaka ve salgın doğrulaması için oluşturulmuş olan bir laboratuvar ağının geliştirilmesi ve bağışıklama güvenliği için aşı sonrası istenmeyen etki süveyansı amaçlanmaktadır. Sosyal mobilizasyonda ise aşılanmanın toplumsal yararları ve bağışıklama güvenliği konularında sağlık çalışanlarını ve halkı doğru bilgilendirmek amaçlanmaktadır. Tüm bu programın uygulanabilmesi için politik kararlılığın olması ve diğer sektörlerle işbirliğinin olması gerekmektedir.^{6,38}

Haziran 2012'den sonra ülkemizde de yurt dışından gelen impote vakalar ve impote vakalarla ilişkili vakalar görülmüştür. 1 Ocak 2012-13 Şubat 2013 tarihleri arasında 1005 vaka tespit edilmiştir.⁴⁰ Vaka sayılarındaki bu artış nedeniyle 2012 Aralık ayında Kızamık Bilim Danışma Kurulu'nun kararları doğrultusunda riskli bölgelerde 6 ay-15 yaş arası herkese aşılama durumu sorgulanmaksızın kızamık içeren aşı (6-9 ay arasına sadece kızamık içeren aşı, 9 ayın üzerine KKK şeklinde) uygulanması, vaka kümelenmesi görülen illerde 9-11 ay arasındaki tüm bebeklere KKK aşısı uygulanması, 1-4 yaş kohortunda eksik aşılama durumunun kontrol edilerek kayıtlı aşısı olmayanlara bir doz KKK aşısı uygulanması (Follow-up Aşılması), 2012-2013 eğitim ve öğretim yılında ana sınıflarındaki çocuklara bir doz KKK aşısı uygulanması, sağlık çalışanlarının KKK aşılarının tamamlanması, askeri birliklerde 1 Ocak 1980-31 Aralık 1991 arası doğumlular askere alındığında bir doz KKK aşısı uygulanması, 1 Ocak 1980-31 Aralık 1991 arasında doğan vatandaşların talepleri halinde bir doz KKK aşısı ile aşılama tavsiye edilmiştir.⁵¹ Haziran 2016'dan sonra vaka sayılarında azalma görülmesiyle birlikte Sağlık Bakanlığı 20.04.2017 tarihli resmi yazısında kızamık ile ilgili önlemlerin devam etmesi, tüm hekimlerin bu konuda bilgilendirilmesi, süveyansın güçlendirilmesi, rutin aşılanmanın sürdürülmesi, okul aşılarının en kısa sürede tamamlanması, riskli bölge aşılamalarının sürdürülmesini belirtmiştir. Ancak anasınıfı, 9-11 ay aşılamalarının ve asker aşılamalarının sonlandırılmasını bildirmiştir.⁵²

Ülkemizde 2002-2018 yılları arasındaki kızamık vakalarının dağılımı **Şekil 2'**de gösterilmiştir.⁵³



Şekil 2. Türkiye’de 2002-2018 yılları arasında kızamık vaka sayılarının dağılımı⁵³

Kızamık ve Kızamıkçık hastalıklarının eliminasyonunun gerçekleşmesi için rutin bağışıklama yoluyla yüksek düzeyde nüfus bağışıklığını elde etmek ve sürdürmek gerekmektedir. Ancak aşının koruyuculuğu %95 civarında olduğundan tüm nüfus aşılsa bile her yıl o toplumun %5'i kadar kişi duyarlı havuza eklenecek ve yeterli sayıda duyarlı kişi biriktiğinde virüs salgına neden olacaktır. Bu nedenle özellikle rutin bağışıklama sistemleri aracılığıyla yüksek ve homojen aşılama sağlanamayan ülkelerde rutin bağışıklamanın kalitesine bağlı olarak her iki, üç veya dört yılda bir ek aşılamaların yapılması gerekir.^{40,42}

KIZAMIKÇIK VE KONJENİTAL KIZAMIKÇIK SENDROMU (KKS) ELİMİNASYONU

Kızamıkçık, Rubella virüsünün neden olduğu akut makülopapüler döküntüyle seyreden bir hastalıktır. Enfekte kişilerin solunum yolundaki damlacıklarla ve burun ve farengial sekresyonlarıyla doğrudan ya da dolaylı temas yoluyla bulaşmaktadır. İnsan bilinen tek konakçı olduğundan hastalığın eliminasyonu mümkündür.³⁸

Çocuklarda kızamık hastalığına göre daha hafif seyretmekle birlikte yetişkinlerde daha ağır seyirlidir. Hastalığın klinik önemi transplasental yolla geçerek fetal hasara neden olmasıdır. Kızamıkçık enfeksiyonları, önlenemez konjenital doğum kusurlarının dünya çapında önde gelen nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir.^{38,42,43}

Kızamıkçık aşısı 1969'da, kızamık-kızamıkçık (KK) ve kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) şeklinde kombine aşı 1970'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Aşı güvenli, etkili ve ucuz bir aşıdır. Tek dozla aşılanmış kişilerin %95'inden fazlası, en az 10-21 yıl boyunca kızamıkçığa karşı korunmaktadır. Aralık 2016 itibarıyla, 194 DSÖ üye devletin 152'si (%78) (Afrika Bölgesi'ndeki 13 ülke (%28), Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki 16 ülke (%76), Güney-Doğu Asya Bölgesi'ndeki 8 ülke (%73) ile Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik Bölgelerindeki 115 ülkenin tamamı) KK veya KKK şeklinde rutin aşılama programlarında kızamıkçık içeren aşıları uygulamaktadır. Aşının uygulanma şekli genellikle 9 veya 12-15. aylarda ilk doz, 15-18. ay veya 4-6 yaşta ikinci doz şeklindedir. Aşının koruyuculuğu uygulamanın ardından 2-3 haftada başlar.^{5,42,54,55}

Aşılama kapsamı %85'ten fazla olduğunda ve sadece küçük çocuklar (1-4 yaşlarındakiler gibi) aşılandığında, yaklaşık 20-30 yıl içinde kızamıkçık ve KKS ortadan kaldırılacaktır. Yüksek orandaki aşılama küçük çocukları ve ergenleri (örneğin 1-14 yaş arası çocuklara) kapsadığında hastalıkların yaklaşık 10-20 yıl içinde, aşılama 10 yaşından küçük çocuklara, ergenlere ve yetişkinlere (1-39 yaş arası kişilere) uygulandığında 10 yıl içinde eliminasyonun gerçekleşebileceği tahmin edilmektedir.⁵⁴

Dünyada durum: Kızamıkçık aşısı uygulanmaya başlanmadan önce, KKS insidansı endemik dönemlerde 1000 canlı doğumda 0.1-0.2 ve kızamıkçık epidemisi sırasında 1000 canlı doğumda 0.8-4.0 arasında değişmiştir.⁵⁴ KKS yükünün en fazla Güneydoğu Asya'da (yaklaşık %48) ve Afrika'da (yaklaşık %38) olduğu belirtilmektedir.^{42,48}

STOP MR Girişimi 2000'li yılların başlarında Orta ve Doğu Avrupa ülkelerindeki kızamıkçık kontrolü ve KKS önleme faaliyetlerini desteklemeye başlamış ve 2011 yılında kızamık eliminasyon çalışmalarına kızamıkçığı da eklemiştir. Kızamık ve kızamıkçık kontrol çalışmalarının birlikte yürütülmesi, kombine kızamık-kızamıkçık (kabakulak da eklenerek) aşılamalarının yaygınlaşması ve sürveyansın birlikte yürütülmesi kararını almıştır.⁴²

2015 yılında eliminasyon hedefini gerçekleştiren tek DSÖ bölgesi Amerika Bölgesi oldu. DSÖ, 2012-2020 Kızamık ve Kızamıkçık Stratejik Planında kızamıkçık ve KKS eliminasyonu için hedef tarihler belirlenmesini amaçlamıştır. Avrupa bölgesi 2015'e kadar kızamıkçık ve KKS eliminasyonunu sağlamayı, Güney Doğu Asya Bölgesi ise 2020'ye kadar kızamık eliminasyonunu gerçekleştirmeyi, kızamıkçık ve KKS hastalıklarının kontrolünü sağlamayı hedeflemektedir. Doğu Akdeniz Bölgesi kızamıkçık eliminasyonu için hedef tarihin oluşturulmasını tartışmaktadır. Afrika Bölgesi henüz kızamıkçık eliminasyon, kontrol veya önleme hedeflerini oluşturmamıştır.^{5,42,55,56}

2000 yılında DSÖ'ne üye 194 ülkenin 102'sinden 670.894 kızamıkçık vakası bildirilirken 2016'da 165 ülkeden 22.361 vaka bildirilmiştir. Vaka sayısında küresel ölçekte %97 azalma gözlenmiştir.⁵⁵ Avrupa Bölgesi verilerine bakıldığında 2012 yılında 29.617 kızamıkçık vakası bildirilirken 2015'de bu sayı 2437'ye düşmüştür. 2015'de Gürcistan, Kırgızistan, Polonya ve Ukrayna'da salgınlar gözlenmiştir. Vakaların büyük bölümünü 15 yaş altı çocuklar oluşturmuştur. 2016'nın ilk üç çeyreğinde Avrupa'da 17 ülkeden rapor edilen

kızamıkçık vaka sayısı 1090'dır. 2015'in aynı dönemi ile karşılaştırıldığında %80 azalma tespit edilmiştir.⁴⁷ 2012-2013 yıllarında Japonya'da 16.000 kızamıkçık vakası, 45 KKS vakası rapor edilmiştir.⁵⁷ Güney Doğu Asya Bölgesi'nde 2013 yılında bölgedeki tüm ülkelerde salgınlar gözlenmekle birlikte 2010 yılından 2016'ya geldiğinde kızamıkçık vaka insidansı bir milyonda 8.6'dan 5.4'e düşmüştür (%37 azalma). 2016'daki vakaların %92'si Hindistan ve Endonezya'dan bildirilmiştir. KKS vaka sayısı ise 2002'de 26 iken 2016'da 319'a yükselmiştir.⁵⁶

Ülkemizde durum: Rutin kızamıkçık aşısına Temmuz 2006'da KKK şeklinde 12. ayda uygulanmak üzere başlanmıştır. İkinci doz ilköğretim 1. sınıfta uygulanmaktadır. Rutin aşılamalara ek olarak destek aşılama çalışmaları yapılmıştır.³⁸

2010 yılında yayınlanan "Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu Sürveyansı Daimi Genelgesi'ne göre hedef, yılda 1.000.000'da 1'den daha az kızamıkçık vakası ve 100.000 canlı doğumda 1'den daha az konjenital kızamıkçık vakası görmektir. Bu hedefler doğrultusunda belirlenen stratejiler, kızamıkçık aşılama hızını %95'in üzerine çıkarmak, duyarlı kişilerin aşılanmasını sağlamak, sürveyans sistemini güçlendirmek ve aşılanmanın yararları ve yan etkileri konusunda toplumu bilgilendirmektir.³⁸

Sonuç olarak, bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbiditesinin engellenmesi çalışmaları önemli halk sağlığı uygulamalarıdır. İlk eradikasyon çalışmalarının başlamasından günümüze kadar yüz yıldan daha fazla süre geçmiştir. Çiçek hastalığı için başarılı eradikasyonun toplumlar için önemli olan diğer bulaşıcı hastalıklar için de başarılabilmesi tüm ülkelerin çabaları ile mümkün olabilir. İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gösterilen çabalar sonucunda elde edilen kazanımların sürdürülebilmesi ancak politik kararlılık ve toplumsal katılım ile mümkündür. Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaya başlayan aşı tereddüdü, aşı reddi ve aşı karşıtlığı uygulamaları bulaşıcı hastalıkların önlenmesi çalışmalarında bugüne kadar elde edilen kazanımların kaybedilmesine neden olmaktadır. Aşı olmayan bir çocuk nedeniyle sadece bu çocuğun sağlığı değil toplumun sağlığı da risk altına girebilecek ve aşıyla korunabilen bir hastalık nedeniyle salgınlar gözlenebilecektir. Bu konunun önemle ele alınması gerekmektedir.

Eradikasyon çalışmalarının başarılı olabilmesi için rutin yürümekte olan sağlık hizmetlerini engellemeyen ve bu hizmetlerle paralel olarak yürütülebilen programlar olarak düzenlenmesi gerekir. Hizmetin yürütülebilmesi için ayrıca maddi kaynaklara ve yetişmiş sağlık personellerine ihtiyaç vardır. Bulaşıcı hastalıklar herhangi bir uluslararası sınır tanımadıkları için sadece bazı ülkelerin hastalıkların kontrolünü veya eliminasyonunu sağlaması yetmemektedir. Olanakların sınırlı olduğu bölgeler ve ülkeler için maddi ve insan gücü olarak uluslararası desteklerin sağlanması eradikasyon programlarının yürütülebilmesi için gereklidir. Bugün bu yolda gösterilen kararlılık ve çabalar gelecekte daha sağlıklı nesillerin yaşaması için büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Centers for Disease Control and Prevention. Global disease elimination and eradication as public health strategies. MMWR 1999;48(Suppl):1-203
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. MMWR 1993;42(No. RR-16): 1-38
- Miller M, Barrett S, Henderson D.A. *Control and Eradication Chapter 62, In: Disease Control Priorities in Developing Countries*. Ed. Jamison DT., Breman JG., Measham AR., Alleyne G, Claeson M, Evans DB., Jha P, Philip Musgrove AM. Second Edition. Oxford University Press, New York, 2006, p. 1163-1176.
- Aylward B. et al. When Is a Disease Eradicable? 100 Years of Lessons Learned. American Journal of Public Health 2000; 90(10): 1515-1520.
- WHO Regional Office for Europe. 2014. *Eliminating measles and rubella. Framework for the verification process in the WHO European Region*. Copenhagen, Denmark.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009*. Erişim tarihi: 13.11.2018 Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>
- Feldstein LR. et al. Global routine vaccination coverage, 2016. MMWR 2017;17;66(45):1252-1255.
- WHO. *Department Of Immunization, Vaccines and Biologicals Strategic Plan 2010-15*. Erişim Tarihi: 30.11.2018 Erişim adresi: http://www.who.int/immunization/documents/IVB_SP_2010-15_final_Ver.pdf

9. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Polio Eradikasyon Programı Saha Rehberi*, 1999.

Erişim tarihi: 13.11.2018 Erişim adresi:

[file:///D:/Users/MEÜ/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_polioeradikasyonrehberi%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/MEÜ/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_polioeradikasyonrehberi%20(1).pdf)

10. WHO. *Poliomyelitis. Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standarts*. Erişim tarihi: 13.11.2018 Erişim adresi: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_18_Polio_R2.pdf?ua=1

11.WHO. *Poliomyelitis*. Erişim tarihi: 13.11.2018 Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

12. Patel M. et al. Polio endgame: the global introduction of inactivated polio vaccine, Expert Review of Vaccines 2015;14:5:749-762

13. Toole MJ. So close: remaining challenges to eradicating polio. Toole BMC Medicine 2016;14:43

14. Tezer H. Dünyada Polio'da Son Durum. J Pediatr Inf 2017; 11: 60

15. WHO. Global Polio Eradication Initiative. *Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018*. 2013.

16. Global Polio Eradication Initiative. *Polio this week*. Erişim tarihi: 25.10.2018

Erişim Adresi: <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

17. Datta SD. et al. National, Regional and Global Certification Bodies for Polio Eradication: A Framework for Verifying Measles Elimination. JID 2017;216 (Suppl 1): 351-354.

18. Centers for Disease Control and Prevention. Continues to Support the Global Polio Eradication Effort. Erişim tarihi: 01.11.2018 Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/polio/updates/index.htm>

19. Levitt A. et al. Surveillance Systems to Track Progress Toward Global Polio Eradication-Worldwide, 2012–2013. MMWR 2014; 63(16):356-361.

20. Centers for Disease Control and Prevention. The Global Polio Eradication Initiative Stop Transmission of Polio (STOP) Program 1999–2013. MMWR 2013; 62(24):501-503.

21. The STOP Program at CDC. *Stop Transmission of Polio*. Erişim tarihi: 01.11.2018 Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/globalhealth/immunization/stop/pdf/STOP-FACTSHEET_EPIMM_EN_072018.pdf

22. Orenstein WA. Faap, The Committee On Infectious Diseases. Eradicating Polio: How the World's Pediatricians Can Help Stop This Crippling Illness Forever. Pediatrics 2015;135(1):196-202.

23. Akşit S. Çocukluk çağında aşı takvimi. Türk Ped Arfl 2007; 42 Özel Sayısı: 26-35

24. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Polio İmportasyon Genelgesi 2002/67*

25. Polio Aşı Kampanyası. 27 Nisan 2015 HASUDER internet sitesi. Erişim Tarihi: 30.11.2018 Erişim Adresi: <http://hasuder.org.tr/hsg/?p=3720>

26. Mundel T, Orenstein W.A. No Country is Safe without Global Eradication of Poliomyelitis. N Engl J Med 2013;369(21):2045-6.

27. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Maternal Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi 2006*

Erişim Tarihi: 23.10.2018 Erişim Adresi:

https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ASI/saglik_bakanligi_2006_maternal_ve_neonatal_tetanos_elminasyon_saha_rehberi.pdf

28. Stephen SA. *Tetanos (Clostridium tetani)*. In: Nelson Pediatri (Çev. ed. Akçay T.) 2015 sf: 991-994.

29. Thwaites CL., Loan HT. Eradication of tetanus. British Medical Bulletin 2015;116:69-77

30. WHO. Tetanus vaccines: WHO position paper-February 2017. Weekly Epidemiological Record 2017;92(6):53-76

31. Thwaites L, Beeching NJ, Newton CR. Maternal and neonatal tetanus. Lancet 2015;385(9965):362–370.

32. WHO. *WHO-recommended surveillance standard of neonatal tetanus*. Erişim tarihi: 02.11.2018 Erişim Adresi: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/NT_Standards/en

33. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Maternal Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Tetanos Aşı Günleri Personel El Kitabı 2006*.

34. WHO. Maternal and neonatal tetanus elimination: validation in Punjab Province, Pakistan, November 2016. Weekly epidemiological record 2017;92(3):21-36.

35. WHO. Maternal and neonatal tetanus (MNT) elimination. The strategies Erişim tarihi: 02.11.2018 Erişim Adresi: http://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/index3.html

36. WHO. Neonatal Tetanus. Erişim tarihi: 13.11.2018 Erişim Adresi:

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/neonatal_tetanus/en/

37. WHO. Validation of elimination of neonatal tetanus in Turkey by lot quality assurance cluster sampling. Weekly epidemiological record 2009;84:141–148.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Kızamık/Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Sürveyansı Genelgesi* 2010. Erişim tarihi: 13.11.2018 Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1237,kizamik-kizamikcikks-surveyansigenelgesi2010pdf.pdf?0>
39. Wilbert HM. *Kızamık (Meales)*. In: Akçay T. (Çev. Ed.) *Nelson Pediatri. Nobel Kitabevleri;2011 sf: 1069-1075*.
40. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu, Kızamık Raporu 2013. Erişim Tarihi: 30.10.2018 Erişim Adresi: https://hasuder.org/anasayfa/images/Yonetim/HASUDER_KIZAMIK_RAPOR12-MART-2013-1.pdf
41. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Kızamık Eliminasyon Programı Saha Rehberi 2004*. Erişim Tarihi: 30.10.2018 Erişim Adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/17586,kizamik-eliminasyon-programi-saha-rehberipdf.pdf?0>
42. WHO. *Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020*. 2012. Geneva, Switzerland.
43. Enfeksiyon hastalıkları (EKMUD). Ed. Kurt H, Gündeş S, Geyik MF. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013, 28-33, 151-154.
44. WHO. *News; Meales*. Erişim Tarihi: 30.11.2018 Erişim Adresi: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measles>
45. Chantal ED. et al. Measles incidence estimations based on the notification by general practioners were suboptimal. Journal of Clinical Epidemiology 2004;57:633–637.
46. Antona D. Measles Elimination Efforts and 2008–2011 Outbreak, France. Emerging Infectious Diseases 2013;19(3):357-364.
47. Datta SS. et al. Progress and challenges in measles and rubella elimination in the WHO European Region. Vaccine 2018;36:5408–5415.
48. Orenstein WA. et al. Measles and Rubella Global Strategic Plan 2012–2020 midterm review. Vaccine 2018;36:A1–A34.
49. Sundaram ME, Guterma nLB, Omer SB. The True Cost of Measles Outbreaks During the Postelimination Era. JAMA 2019; Published online March 7,
50. Kerr Y. et al. Lessons Learned and Legacy of the Stop Transmission of Polio Program. The Journal of Infectious Diseases 2017;216(S1): 316–23
51. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu- Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı. Kızamık Bilim Danışma Kurulu Kararları. 14.12.2012 Tarih ve B.10.1.HSK.0.13.00.00 sayılı resmi yazı.
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu- Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı. Kızamık Eliminasyon Programı. 20.04.2017 Tarih ve 21001706 sayılı resmi yazı.
53. WHO Europe. *Data and Evidence*. Erişim Tarihi: 30.11.2018 Erişim Adresi: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=489655>
54. Taneja DK., Sharma P. Targeting Rubella for Elimination. Indian Journal of Public Health 2012;56(4):269-272.
55. Grant GB. et al. Progress in Rubella and Congenital Rubella Syndrome Control and Elimination-Worldwide, 2000-2016. MMWR 2017;66(45):1256-60.
56. Khanal S. et al. Progress Toward Rubella and Congenital Rubella Syndrome Control-South-East Asia Region, 2000-2016. MMWR 2018;67(21):602-6
57. Jindai K. et al. Towards rubella elimination in Japan. Lancet 2018;18:713-14.

Prostat Spesifik Antijen'in Tarihi*

History of Prostate Specific Antigene

Oktay Özmanⁱ, Zübeyr Talatⁱⁱ, Ahmet Erözenciⁱⁱ

ⁱ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-2499-8947>

ⁱⁱ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0002-0507-6552>

ABSTRACT

Prostat Spesifik Antijen (PSA) keşfinden 35 yıl sonra prostat kanseri tanı, evreleme ve tedavisinde klinisyenlerin vazgeçemeyeceği bir tümör belirteci haline gelmiştir. Buna rağmen PSA ile ilgili çeşitli tartışmalar süregelmektedir. En eski tartışmalardan biri de PSA'nın keşfi ile ilgilidir. T. Ming Chu, 1984 yılında PSA'nın keşfi ilan edildi. Protein, 4446122 patent numarası ile onun adına patentlendi. Ödüllerin hepsini Chu topladı. Fakat antijenin keşfinde Rubin Hyman Flocks, Richard J. Ablin gibi başka birçok bilim adamının yadsınamaz payı vardı. Flocks çalışmalarının planlama safhasında prostata özgü bir protein elde etme hedefi ile yola çıkmıştı. Her ne kadar keşfettiği proteinin prostata spesifik olduğunu geç fark etse de kronolojik olarak bugün adına PSA denilen proteini ilk bulan kendisi olabilir. Flocks'un kaderini Kristof Kolomb'unkine benzetebiliriz. Amerigo Vespucci keşfettiği toprakların yeni bir yer olduğunu görüp kendi adını vermişti. T. Ming Chu da tam olarak böyle yaptı. Konu ile ilgili kaleme alınmış makalelerde Flocks'a neredeyse hiç atıfta bulunulmamıştır. Oysa Rubin Hyman Flocks, PSA hakkında o günden oldukça isabetli yargılara varmıştır. Keşif prostat kanserine karşı yaklaşımı kökten değiştiren sonuçları beraberinde getirdi. Buna rağmen Chu'nun ödülleri arasında henüz Nobel Ödülü yoktur. Bu durum PSA'nın keşfi ile ilgili tartışmaların hala diri olduğunun dolaylı bir göstergesi olarak yorumlanmıştır.

Keywords: Prostat Spesifik Antijen, Rubin Hyman Flocks, Ming Chu

Öz

Prostate Specific Antigen (PSA) has become an indispensable tumor marker for the diagnosis, staging, and treatment of prostate cancer 35 years after the discovery. Nevertheless, various discussions on PSA are ongoing. One of the oldest discussions is about the discovery of PSA. In 1984, T. Ming Chu was named PSA's explorer. The protein was patented on its name with patent number 4446122. Chu collected all the prizes. But many other scientists, such as Rubin Hyman Flocks and Richard J. Ablin, had an undeniable share in discovering the antigen. Flocks set out to achieve a prostate-specific protein in the planning phase of his work. He did not realize that the protein he had discovered was prostate specific. In this case, Flocks may be the first to discover the antigen chronologically. We can compare the fate of Flocks to Christopher Columbus. Amerigo Vespucci saw that the lands he reached were unknown places and gave his name there. That's exactly what T. Ming Chu did. There is almost no reference to Flocks in the articles. Rubin Hyman Flocks, however, has made quite accurate decisions about the PSA. The discovery led to radical changes in the approach to prostate cancer. Nevertheless, there is no Nobel Prize yet. This was interpreted as an indirect indication that the debate on PSA discovery is still alive.

Anahtar Kelimeler: Prostate Specific Antigene, Rubin Hyman Flocks, Ming Chu

* Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 184-188

DOI: 10.31020/mutftd.543502

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 22 Mart 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 14 Mayıs 2019

İletişim - Correspondence Author: Oktay Özman <ozmanoktay@hotmail.com >

Prostat Spesifik Antijen'in Tarihi

Son sözü baştan söylemek gerekirse PSA(Prostat Spesifik Antijen)'nin kimin tarafından keşfedildiği hala tartışmalı bir konudur.¹ Kanserli dokudan elde edilen hücrelerin tavşana enjekte edilmesi ile tavşan kanında hücre proteinlerine karşı gelişecek antikorlar kanser tedavisinde kullanılabilir mi? Bu immünoterapi hipotezi 1960'lı ve 1970'li yıllar boyunca immünolojik çalışmalara damgasını vurdu.² Çalışmaların hiçbiri etkili ve güvenli bir immünoterapi geliştirilmesini sağlayamadı fakat bu minvaldeki bazı çalışmaların çığır açan başka yan sonuçları oldu. Öyle ki bunlardan bir tanesi 20. yüzyılda devrim yaratan bilimsel buluş ilan edildi (PSA).

T. Ming Chu, 1984 yılında PSA'nın kaşifi ilan edildi ve protein onun adına patentlendi. Ödüllerin hepsini Chu toplasa da antijenin keşfinde başka birçok bilim adamının yadsınamaz payı vardı. Keşfin prostat kanserine karşı yaklaşımı kökten değiştiren sonuçlarına rağmen Chu'nun ödülleri arasında henüz Nobel Ödülü yoktur. Bu durum da PSA'yı aslında kimin keşfettiği tartışmalarının varlığını sürdürdüğünün dolaylı bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Erken Dönem İmmünolojik Çalışmalar

Ablin ve arkadaşları 1970 yılında jel difüzyon yöntemi ile prostatta çeşitli antijenlerin varlığını gösterdi. Ablin iki sene içinde prostatik dokulardaki antijenler hakkında beş farklı makale daha kaleme almış olsa da tek bir prostat spesifik antijenden bahsetmemişti. Çalışmalarında prostata spesifik iki farklı antijen rapor edilmişti. Daha sonra bunlardan birinin, artık prostata özgü bir enzim olmadığı bilinen ve prostat kanserinde eski önemini yitirmiş olan prostatik asit fosfataz olduğu anlaşılmıştır. Ablin diğer protein için de prostata spesifik gama-beta bölgesine göç ettiğini ve asit fosfatazdan ayırt edilebildiğini rapor etmişti.³ Bu durumun ne kadar keşif sayılabileceği şüpheli olsa da Albin'in 2012 yılında, PSA'nın prostat kanseri taraması için kullanımına dair tartışmaların arttığı bir dönemde The Wall Street Journal'a verdiği bir röportajda kendisinden PSA'yı keşfeden adam olarak bahsedilmiştir. Yazıda PSA'yı keşfeden adamın, onun rutin tarama için uygun olmadığını söylediği vurgulanmıştır.⁴

Oysa prostata spesifik antijenlerden ilk bahseden Ablin değildir.⁵ Prostatı immünolojik olarak tanımlamak, kanser tedavisinde hedef olabilecek antijenler saptamak, kronik prostatitin patogenezinde yattığını düşündüğü antijen-antikor ilişkilerini ortaya koymak gibi hedeflerle Ablin'den on sene önce prostatik dokular üzerinde çalışan Flocks bugün hala geçerliliğini koruyan isabetli yargılara varmıştır.³ Yazarın gözlemlerinden biri prostata spesifik bu antijenlerin malign ve benign dokularda benzerlik gösterdiği ve kansere özgü spesifik bir antijenin izole edilemeyeceğiydi. Yarım asra yakın bir zaman geçse de kimse Flocks'un haksız olduğunu iddia edebilecek durumda değil. Yazar ayrıca bazı prostatik dokulara karşı antikorların semenin aglütinasyonuna neden olduğunu da rapor etmişti.³ Bugün PSA'nın yegâne görevinin semenin likefaksiyonunu sağlamak olduğunu biliyoruz. O halde Flocks'un PSA'nın varlığını ve fonksiyonunu indirekt yoldan gözlemleyerek ve bugün hala ürolojinin en canlı tartışmalarından olan en büyük kusurunu öngörerek keşfine en çok yaklaşan bilim adamı olduğu söylenebilir.

Amerika'da bu çalışmalar sürerken farklı bir amaçla da olsa Japonya'da prostatik antijenler üzerinde araştırmalar yapan bir grup daha vardı. Hara ve arkadaşları tecavüz vakalarında adli bir kanıt olarak kullanılacak antijenler bulmak amacıyla semende araştırmalar yapıyordu.³ Hedefleri semeni antijenik olarak kimliklendirmektir. Yazar 1966 yılında gama seminoprotein adını verdiği ve prostata özgü olduğunu savunduğu bir protein bulduğunu rapor etti.⁶ Daha sonraki yıllarda Japonca literatürde bu proteinin PSA ile benzerlikler gösterdiğini rapor eden yazılar yayımlansa da İngilizce kaynaklarda yeterince yer bulamadı. Hara ve ekibi o dönemki çalışmalarını tamamı aynı dergide olmak üzere "Forensic immunological study of body fluids and secretions." ortak başlığı ile yayımlamıştı. Raporların son üçünde beş yıllık bir döneme yayılan çalışmaların meyvesi olan gama seminoprotein vurgulanmıştı.

PSA'nın henüz saklı duran gerçeği, başka amaçlarla da olsa gizeminin etrafında dolanan bu üç bilim adamını onun keşfine yaklaştırmıştı. PSA ile ilgili erken dönem çalışmalarını yapan bu üç yazara da hakkını teslim etmek gerektiğinden bu metinde PSA'nın kaşifi olarak tek bir kişiden bahsedilmeyecektir. Kaldı ki bu üç yazar da tek başlarına değil alanında uzman birçok başka bilim insanıyla çalışmalarını yürütmüşlerdir.

Daha sonraki yıllarda ilk olarak Li ve Beling'in birlikte yürüttükleri çalışmalarda PSA benzeri antijenlerin keşfinden bahsedilmektedir. Yeni bir bilimsel yöntemin tanımlandığı ve sıkça uygulandığı dönemlerde

bilimin yanıt aradığı birbirinden farklı alanlardan sorulara bu yeni yöntemle çözümler aramak bilim tarihinde sıkça görülmüş bir eğilimdir. PSA'nın keşfedildiği bu dönemlere denk gelen immünolojik gelişmeler farklı disiplinlerden birçok bilim adamı ve klinisyenin aklındaki sorular için cazip bir cevap kaynağı olmuştur. Li ve Beling de sperm hücrelerinin mobilizasyonlarını bozduğu gösterilen antikörelara dair hayvan deneylerinden yola çıkarak infertilite çalışmaları yürütmüşlerdir.

Tablo 1. PSA'nın Keşfinin Kronolojisi³

Yıl	Kişi	Keşif
1960	Rubin H Flocks	Species-specific prostate antigens
1964	Mitsuwo Hara	Unique antigen in the semen
1970	Richard J Ablin	Prostate specific antigen
1971	Mitsuwo Hara	γ-seminoprotein
1973	Tien Shun Li Carl G Beling	Purification of E1 antigen
1978	George Sensabaugh	p30
1979	Ming C Wang	Prostate antigen from prostate tissue
1980	Lawrence C Papsidero	Prostate specific antigen from blood
1984	T. Ming Chu	Prostate specific antigen patent

Tıpkı Hara gibi insan seminal sıvısı ile çalışan iki bilim adamı 1973 yılında yayımladıkları bir makalede iki antijen izole ettiklerini rapor etti. E1 ve E2 adını verdikleri bu antijenlerden ilkinin PSA ile benzerlik gösterdiğini sonraki yıllarda gösterilse de Li ve Beling antijenlerin seminal sıvıya özgün olduğu ve prostat kaynaklı olmadıklarını düşünüyordu.^{7,8}

Tecavüz vakalarında kanıt olarak kullanılmak üzere seminal işaretleyici protein araştırmaları yapan bir başka bilim adamı da George Sensabaugh'tu. Yaptığı jel elektroforez çalışmaları sonucunda p41 ve p30 adını verdiği iki bilinmeyen semen proteini keşfetti.⁹ Proteinlerin ismi moleküler ağırlıklarından geliyordu. Sensabaugh, Li'den temin ettiği antikörelar sayesinde p30'un aslında E1 olduğunu gösterdi. Fakat Li ve Beling'in gözleminden farklı olarak yazar bu yeni proteinin kaynağı olarak prostatı gösterdi. Sensabaugh, p30 varlığını serum ve diğer vücut sıvılarında araştırırsa da dönemin yöntemleri ile olumlu bir sonuç elde edemedi. p30'un daha hassas yöntemlerle bu sıvılarda da saptanabileceği ve muhtemelen semende olduğunun %1'inden bile daha az bir konsantrasyon göstereceği öngörülerini o zamanki yayınlarında mevcuttu. Görüldüğü gibi Sensabaugh da PSA ile ilgili isabetli yargılara varmıştı. Zaten 1990 yılında yayımladığı bir makalede p30 ile artık iyi bilinen bir protein olan PSA arasındaki benzerlikleri geç de olsa rapor etmişti.¹⁰

Tablo 1'de PSA'nın keşfine katkıları olan çeşitli çalışmaların kronolojisi verilmiştir. Nihayetinde son yirmi yılda yapılan bütün bu çalışmalar bir araya getirildiğinde PSA'ya dair bir vizyon ortaya konabilir; varlığı farklı araştırmacılar tarafından ortaya konmuş, prostat kaynaklı ve organa spesifik, malign ve benign prostatik hadiselerde de üretilen, semeni likefiye eden ve daha düşük konsantrasyonlarda da olsa kanda saptanabileceği öngörüsü ortaya konmuş bir antijen...

Roswell Park Çalışmaları ve Klinik Kullanım

E1, γ-seminoprotein, p30 ya da PSA... Sanıldığından daha değerli olabilir miydi? Bu sorunun cevabı Roswell Park Kanser Enstitüsü'nde 1979 yılından itibaren yapılan çalışmalar ile netleşmiş oldu. Chu tarafından oluşturulan prostat kanseri araştırma grubu bu protein üzerinde çalışmaya karar verdi. Çalışma grubu, aynı yıl Wang'ın öncülüğünde yayımlanan ve ürolojinin kilometre taşlarından biri sayılan makalede prostat kanseri hücrelerinden PSA adı verdikleri bir proteini saflaştırdıklarını rapor etti.¹¹

Makale 1979 yılında yayımlandı ve gösterdiği başarıdan dolayı yıllar sonra, 2002'de yeniden yayımlandı. Wang ve arkadaşları bu yeni proteine PA (prostat antijen) adını vermişlerdi. Makalenin ilk paragrafında ise yapılanın yeni bir antijen keşfetmekten ziyade bilinen bir proteini saflaştırmak olduğu vurgulanarak Ablin'in erken dönem çalışmalarına atıf yapılmıştı. Makalenin tartışma kısmında da yenilenen Ablin atıflarına rağmen iki grup aynı proteini saflaştırdıklarını kanıtlayacak bir materyal paylaşımında bulunmadı.

Roswell Park'taki araştırma grubu daha sonraki makalelerinde PA'nın prostata spesifik olduğunu rapor etti ve ilk defa PSA kısaltması kullandı. Enstitü, izleyen yıllarda PSA'nın prostat hastalıklarında klinik kullanımı ile ilgili birçok çalışmaya daha imza attı. Başkanlığında yürütülen bu çalışmalar sayesinde Chu, bilimsel alanda birçok ödüle layık görüldü.³

Wang'tan sonra PSA ile ilgili kilometre taşı kabul edilen bir başka çalışmaya Stamey ve arkadaşları imza attı. Fakat bundan önce, şimdiye dek prostat dokusu ve semende varlığı gösterilen PSA'nın serumdaki varlığı kanıtlanmalıydı. Yapbozun eksik parçası gene Chu ile birlikte çalışan Papsidero'dan geldi. Papsidero metastatik prostat kanserli erkeklerin serumunda PSA'nın varlığını gösterdi.¹² Bu keşif prostat kanseri tanısında serum PSA'nın kullanımı için bir milat oldu. Papsidero, Chu ya da Ablin kadar ünlü biri olmadı. Belki de bunun sebebi makalenin yazarlar kısmında en sonda Chu'nun isminin yazmasıydı.

Roswell Park kaynaklı çalışmalar sayesinde PSA'nın klinik kullanımı ile ilgili çokça yol kat edilse de en ünlü çalışma bu grubun dışından geldi. 1987 yılında Stamey ve arkadaşları PSA'nın prostat kanseri için bir tümör belirteci olduğunu gösterdi.¹³

Roswell Park'taki çalışmalar sayesinde PSA soğuk laboratuvar köşelerinden gün yüzüne çıktı. PSA'nın klinikte kullanılabileceğinin gösterilmesi bir şeye daha neden oldu. Büyük resim, o ana dek prostat antijenleri üzerinde çalışmış bilim adamlarının kafasında netleşmeye başladı. Keşifleri sandıklarından daha önemli olabiliyordu. Böylece bilim tarihinin en ilginç dönemlerinden birine girilmiş oldu. Makale savaşları başladı. Laboratuvarlar arasında yaklaşık on yıl süren bu savaşın klinisyenleri ne kadar etkilediği bilinmez ama PSA'nın klinik faydalarını gösteren çalışmalar 90'ların sonlarına dek gecikti.

Gecikmenin diğer bir sebebi bütün bu tartışmaların üzerine ardı ardına gelen PSA'nın sanıldığı gibi o kadar da prostata özgü olmadığını rapor eden çalışmalar oldu. Hali hazırda PSA zaten kansere özgü de değildi.

Tartışmalar

PSA'nın keşfinin Chu adına patentlenmesinin ardından tartışmalar başlamış oldu. Chu ve ekibinden özellikle Wang, gerçek keşifin kendisi olduğunu kabul ettikleri Ablin de dahil olmak üzere diğer tüm yazarlara karşı tezler ileri sürdü. Sensabaugh, Hara, Li ve Ablin'den oluşan karşı grup ile Roswell Park ekibi arasındaki tartışmalar yaklaşık on sene sürdü.

1985: Wang ortadaki kafa karışıklığını gidermek amacıyla bir makale yayımladı. (Which prostate antigen is which?) Fakat kafalar bu makale ile biraz daha karışmış oldu. İlk makalede PSA'nın keşfini Ablin'e atfetmişlerdi. Bu kez gene onun ifadeleriyle Ablin'in tarif ettiği proteinin sadece normal prostat dokusunda saptandığı, hiperplastik ve malign prostat dokularında varlığı rapor edilmediği için PSA olamayacağı vurgulandı.¹⁴

1987: Hara'nın ekibinden Akiyama'nın gama seminoprotein keşfinden 16 yıl sonra yayımladığı makale her yönüyle dikkat çekiciydi.¹⁵ Yazının başlığından itibaren gama seminoprotein aslında PSA olduğu vurgusu bariz bir şekilde kendini gösteriyordu (The chymotrypsin-like activity of human prostate-specific antigen, gamma-seminoprotein). Fakat ilginç bir şekilde ne giriş ne de tartışma kısmında diğer antijenlere (PSA, p30, E1) ya da yazarlarına herhangi bir atıf yoktu. Akiyama sanki onlar yokmuş gibi davranmıştı. PSA'ya atıf yaptığı kısımlarda bile Chu ve ekibinin makaleleri yerine başka yazarların benzer çalışmalarını kaynak göstermişti.

1989: Hara keşfettiği protein olan gama-seminoprotein aslında PSA olduğunu tekrar vurgulama ihtiyacı hissederek proteinin biyokimyasal detaylarını da içeren bir makale yayımladı.¹⁶

1993: Ablin sessizliğini bozdu ve Wang'ın iddialarına cevap veren bir makale yayımladı.¹⁷ Aslında Ablin başından beri, PSA'nın patenti alındıktan sonra hızlanan kronoloji tartışmalarının içinde oldu. Dönem dönem farklı yazarlar tarafından kaleme alınan PSA'nın keşfine dair kronolojik metinlere editör mektupları ile cevap vermeye çaba gösterdi. Patent sahibi Chu'nun adının hiç geçmediği bu mektuplarda keşifte en büyük krediyi, kendisinin keşfettiği PSA'nın en başarılı confirmasyonunu yapan Wang'ın hak ettiğini vurguluyordu.^{18,19}

1994: Chu'nun ekibinden Wang, Hara, Sensabaugh ve Li'nin keşfettikleri antijenlerin PSA'nın özelliklerini karşılamadığını ileri sürdü.²⁰ Li ve Beling'in keşifleri olan E1'e karşı savunmaları yazarların kendi makalelerinde zaten belirtmiş oldukları E1'in prostat kaynaklı olmadığı ifadesinden ibaretti. Gama seminoproteine karşı savunmalarında da Hara'nın rapor ettiği verilerin kendi bulguları ile uyuşmadığını vurgulamakla yetindiler. Sensebaugh'un p30'u elde ettiği yöntemle PSA'yı izole etmenin de mümkün olamayacağı iddia edildi. Fakat Roswell Park ekibi, hiçbir zaman diğer laboratuvarlarla antijen preparatı alışverişinde bulunmadı.

Sensabaugh yukarıdaki makalenin yayımlandığı derginin editörüne mektup yazarak karşılık verdi. 1990 yılında kendisinin ve Stamey'inin grubunun kaleme aldığı makaleleri kaynak göstererek p30'un PSA olduğunu tekrar vurguladı. Hatta Hara ve ekibinin çalışmalarına atıf yaparak gama seminoprotein de aynı protein olduğunu iddia etti.

Sonuç

PSA'nın gerçek kaşifi kim, bilmiyoruz (4446122 numaralı patente rağmen). Her şey geçmişte olup bitti. Artık geçmişin karanlığında kaybolmuş bu konu üzerinde az da olsa mesai harcamak bize de kendi kanaatimizi belirtmek hakkı veriyor. Çalışmalarının planlama safhasında koyduğu hedeflere bakılarak vardığı sonucun tesadüfi olmadığı kanaatine varılan ve kronolojik olarak da keşfi ilk gerçekleştiren Flocks (Nesbit ile birlikte transüretal prostatektomiye tarif eden kişi) bu ünvanı en çok hak etmiş bilim adamı olmalıdır. Ayrıca konu ile ilgili kaleme alınmış makalelerde kendisine neredeyse hiç atıfta bulunulmaması ve PSA hakkında o günden oldukça isabetli yargılara varması nedenlerinden ötürü Rubin Hyman Flocks anılmaya değer bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Najeeb MA., et al., *A novel classification of prostate specific antigen (PSA) biosensors based on transducing elements*. Talanta, 2017. 168: p. 52-61.
2. Catalona WJ., History of the discovery and clinical translation of prostate-specific antigen. Asian Journal of Urology, 2014; 1(1): 12-14.
3. Rao AR., Motiwala HG., Karim OMA., The discovery of prostate-specific antigen. BJU International, 2008; 101(1): 5-10.
4. Blog H., *Should men get PSA tests to screen for prostate cancer?*, in *The Wall Street Journal*. 2012.
5. Flocks RH. et al., Studies on the Antigenic Properties of Prostatic Tissue I. The Journal of Urology, 1960;84(1): 134-143.
6. Hara MIT. et al., Preparation and immunoelectrophoretic assessment of antisera to human seminal plasma. Nippon Hoigaku Zasshi, 1966;20: 356.
7. Li TS., Beling CG. Isolation and characterization of two specific antigens of human seminal plasma. Fertil Steril, 1973; 24(2): 134-44.
8. Sokoll LJ., Chan DW, Prostate-specific antigen. Its discovery and biochemical characteristics. Urol Clin North Am, 1997; 24(2): 253-9.
9. Sensabaugh GF. Isolation and characterization of a semen-specific protein from human seminal plasma: a potential new marker for semen identification. J Forensic Sci, 1978; 23(1): 106-15.
10. Sensabaugh GF., Blake ET. Seminal plasma protein p30: simplified purification and evidence for identity with prostate specific antigen. J Urol, 1990; 144(6): 1523-6.
11. Wang MC. et al., Purification of a human prostate specific antigen. Invest Urol, 1979; 17(2): 159-63.
12. Papsidero LD. et al., A prostate antigen in sera of prostatic cancer patients. Cancer Res, 1980; 40(7): 2428-32.
13. Stamey TA. et al. Prostate-Specific Antigen as a Serum Marker for Adenocarcinoma of the Prostate. New England Journal of Medicine, 1987;317(15): 909-916.
14. Wang MC. et al., Which prostate antigen is which? Clin Chem, 1985; 31(8): 1405-6.
15. Akiyama K. et al., The chymotrypsin-like activity of human prostate-specific antigen, gamma-seminoprotein. FEBS Lett, 1987; 225(1-2): 168-72.
16. Hara M., Kimura H. Two prostate-specific antigens, gamma-seminoprotein and beta-microseminoprotein. J Lab Clin Med, 1989; 113(5): 541-8.
17. Ablin RJ. On the identification and characterization of prostate-specific antigen. Hum Pathol, 1993; 24(7): 811-2.
18. Ablin RJ. A retrospective look at studies on prostate-specific antigen. Clin Chem, 1985;31(3): 497-8.
19. Ablin RJ. Prostate-specific antigen: chronology of its identification. Oncology (Williston Park), 1998; 12(7): 1016.
20. Wang MC. Papsidero LD. Chu TM. Prostate-specific antigen, p30, gamma-seminoprotein, and E1. Prostate, 1994; 24(2): 107-10.

Dioscorides'in De Materia Medica Adlı Eserindeki Tıbbi Bitkilerin Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki Güncel Kullanımlarının Araştırılması*

A Research on the Present Uses of the Medicinal Plants in De Materia Medica written by Dioscorides in Eastern Mediterranean Region

Serpil Demirci Kayıranⁱ

ⁱ Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Botanik AD.
<https://orcid.org/0000-0001-8340-3347>

Öz

Pedanius Dioscorides, MS XL yılında Anavarza'da doğmuş tıp hekimi ve eczacıdır. Dioscorides, İskenderiye ve Atina'da tıp eğitimi almış, Anavarza'da askeri hekim olarak görevlendirilmiştir. Dünyanın bilinen en eski sistematik tıp ve eczacılık kitaplarından biri olan De Materia Medica'nın yazarıdır. Beş ciltlik De Materia Medica adlı eserinde 600'den fazla bitkisel, 35 hayvansal ve 100 kadar da madensel drogun, botanik özellikleri, tıbbi kullanım amaçları ve şekilleri, yan etki ve dozajları gibi bilgilere yer vermiştir. Bu eser öncelikle Grekçe yazılmış, daha sonraki yüzyıllarda Latince, Süryanice ve Arapça dillerine çevrilmiştir. Bu çalışmada Dioscorides'in Materia Medica adlı eserinde yer alan drogların Doğu Akdeniz bölgesindeki günümüzdeki kullanımlarının karşılaştırılması araştırılmıştır. Yapılan incelemelerde Materia Medica'da adları geçen 131 tıbbi bitki türünün Doğu Akdeniz bölgesinde günümüzde de tıbbi amaçlarla kullanıldıkları belirlenmiştir. Tespit edilen türlerden 61 türün Materia Medica'daki kullanımlar ile aynı olduğu, 70 türün ise farklı amaçlarla kullanıldıkları görülmüştür. Bu çalışmada, T.A. Osbaldeston ve ekibinin tercüme ettiği "The Herbal of Dioscorides the Greek" adlı nüsha kullanılmıştır.

Anahtar sözcükler: Dioscorides, Materia Medica, Doğu Akdeniz, Tıbbi bitki

ABSTRACT

Pedanius Dioscorides, born c. XL AD in Anavarza, was a Greek physician, pharmacist, botanist. Dioscorides, trained in medicine in Alexandria and in Athens, appointed as a military physician in Anavarza. He was the author of the Materia Medica, that is one of the oldest systematical medical and pharmaceutical book in the world. In the Materia Medica (5 volumes) includes information such as botanical characteristics, and forms the purposes of medical use, side effects, dosage of more than 600 herbal, 35 animal and 100 mineral drugs. The book was primarily written in Greek, then it was translated into Latin, Syriac and Arabic languages. In this study, the present uses of the medicinal plants in the eastern Mediterranean region are compared with the Materia Medica written by Dioscorides. It is determined that, 131 medicinal plant species have been used in the eastern Mediterranean region today, they are also used for medical purposes and which of 61 species have been used same purposed with the Materia Medica, other 70 species have been used for different purposes. In this paper, "The Herbal of Dioscorides the Greek" translated by T.A. Osbaldeston and scientist group was used.

Key Words: Dioscorides, Materia Medica, Eastern Mediterranean, Medicinal plant

* Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 189-202

DOI: 10.31020/mutfd.519382

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 30 Ocak 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 1 Mart 2019

İletişim - Correspondence Author: Serpil Demirci Kayıran <sdemirci@cu.edu.tr>

GİRİŞ

Pedanius Dioscorides MS XL-XC yılları arasında Anavarza (Kozan, Adana, Türkiye)'da yaşamış bir hekim-eczacıdır. Roma imparatorluğunda ordu hekimi olarak görev yaptığı sırada yaptığı seyahatler sayesinde birçok bölgeye giderek tıbbi bitkileri toplama şansına sahip olmuştur. Anadolu, Arabistan, Mısır, Kuzey Afrika ve Kafkasya'dan bitkiler toplamış, hastalıklarda kullanılan bitkilerin tanımlarını, kullanım şekillerini araştırmıştır. Dioscorides, Tarsus, İskenderiye ve Atina'da tıp eğitimi almış, çalışmalarında Tarsus'ta bulunan Alexandria kütüphanesini kullanmıştır. Günümüzden yaklaşık 2000 yıl önce (MS LXIV) "İlaçlar Bilgisi Üzerine" anlamına gelen "De Materia Medica" (Latince "Peri Hyles İatrikes") adlı eserini yazmıştır. Bu eser beş ciltten oluşmaktadır. Eserde 600 bitkisel, hayvansal ve mineral drog hakkında bilgiler vermiştir. Dioscorides bitki açıklamaları için basit botanik sınıflandırma kullanmıştır. İlk kitapta aromatik bitkiler, yağlar, merhemler, ağaçlar (ağaçlardan elde edilen usareler), reçineler, meyveler; ikinci kitapta tahıllar, baklagiller, ebegümeçigiller, turpgiller ve diğer bahçe otları, hayvansal droglar; üçüncü kitapta, tıbbi veya gıda amaçlı kullanılan kökler, meyve suları, otlar ve tohumlar; dördüncü kitapta ise narkotik ve zehirli bitkilere yer vermiştir. Son kitap olan beşinci ciltte üzüm, şarap ve minerallerle ilgili bilgiler anlatılmıştır. Bu eser VI. yy'da De Materia Medica adıyla Latinceye, daha sonra Latince çevirisinden Süryanice'ye çevrilmiştir. İslam Dünyasında Skoridos olarak bilinen Dioscorides'in eseri, Huneyn Bin İshak tarafından, IX. yy'da Kitabül Haşayiş adıyla Arapça'ya çevrilmiştir. İbni Sina tarafından yazılan El-Kanun Fi't-Tıbb kitabında Dioscorides'in kitabına atıflar bulunmaktadır.¹⁻⁵

Günümüzde bitkilerin halk arasındaki kullanımlarını belirlemek amacıyla etnobotanik çalışmalar yapılmaktadır. Etnobotanik, geniş anlamda "evrim süreci içinde insan-bitki ilişkileri"dir. Dar anlamda ise "bir yörede yaşayan halkın çevresinde bulunan bitkilerden çeşitli gereksinimlerini karşılamak üzere yararlanma bilgisi ve o bitkiler üzerine etkileri" olarak özetlenebilir. Tıbbi bitkiler hastalık tedavisinde veya hastalıklardan korunmak amacıyla kullanılan bitki ya da bitkisel ürünlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre "bir veya daha fazla organıyla tedavi edici veya hastalıkları önleyici olabilen veya herhangi bir kimyasal farmasötik sentezin öncüsü olabilen bitki çeşidi"dir.⁶ Ülkemiz zengin bitki çeşitliliği, insanların uzun yıllardır bitkileri kullanmasını beraberinde getirmiş ve ülkemizde bitkiler binlerce yıldır çeşitli farklı amaçlarla kullanılmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada Dioscorides'in eserinde yer alan tıbbi kullanımlar ile Doğu Akdeniz bölgesinde yapılan etnobotanik çalışmalar karşılaştırılarak tıbbi bitkilerin günümüzdeki ve geçmişteki kullanımları karşılaştırılarak bilgiler verilmiştir.

ÇALIŞMA YÖNTEMİ

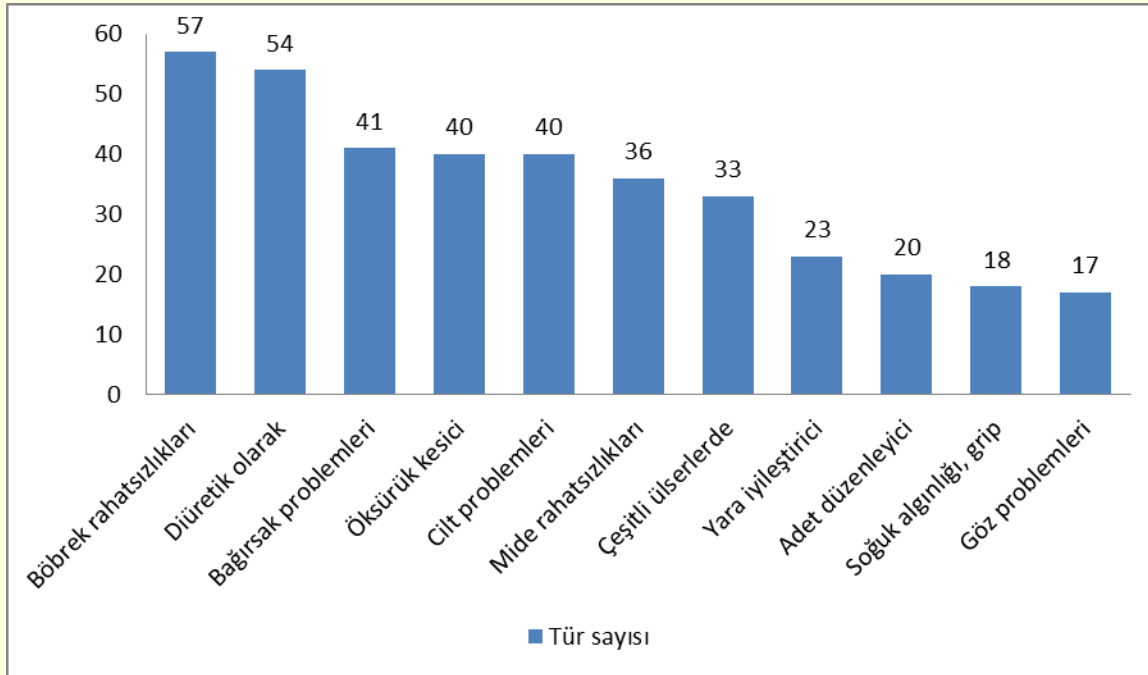
Bu çalışmanın amacı Dioscorides'in Materia Medica'sında yer alan tıbbi bitkilerin günümüzde Doğu Akdeniz bölgesindeki kullanımlarının ortaya konmasıdır. Öncelikle Osbaldeston'un de Materia Medica çevirisi kullanılmıştır. Diğer çeviri ise R. Gunther tarafından yapılan İngilizce çeviridir. Bu çeviride yer alan tıbbi bitki türlerinin Latince bilimsel adları ve kullanım amaçları bu kaynaklardan Türkçe'ye çevrilmiştir. Aynı zamanda Kitabül Haşayiş'in Süleymaniye'deki versiyonunda yer alan tablolar taranarak veriler toplanmıştır.⁷⁻⁹ "International Plant Name Index –Uluslararası Bitki Adları Listesi (IPNI)" taranarak türlerin otörleri ve familyaları eklenmiştir. Elde edilen veriler Doğu Akdeniz bölgesinde 2001-2018 yılları arasında yapılan etnobotanik araştırmalar ile karşılaştırılmıştır. Doğu Akdeniz Bölgesine Mersin, Adana, Hatay, Kahramanmaraş illeri dahil edilerek çalışmalar taranmıştır. Aynı zamanda yazar tarafından Adana il merkezinde tıbbi kullanımı olan türlerle ilgili toplanan veriler de ilk kez bu çalışmada sunulmuştur.¹⁰ Yapılan araştırmada Doğu Akdeniz bölgesinde 10 farklı etnobotanik çalışmanın yapıldığı belirlenmiş ve bitkilerin tıbbi kullanımları ile ilgili veriler toplanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

İnsan bitki ilişkisine ait ilk kanıtlar günümüzden 60 bin yıl öncesine dayanmaktadır. İlk çağlardan beri civanperçemi, ebe gümece, deniz üzümü, hatmi ve sümbül gibi bitki türleri, insanlar tarafından tedavi amacıyla kullanılmıştır.¹¹⁻¹² Bugün yeryüzünde bulunan bitki türü sayısının 500.000 kadar olduğu ve dünya nüfusunun büyük bir bölümünün (%70-80) tedavi veya korunmak amacıyla geleneksel tıptan yararlandığı belirlenmiştir. Tedavide kullanılan tıbbi bitki türlerinin 70.000 kadar olduğu tahmin edilmektedir. Dünya

Sağlık Örgütü araştırmalarına göre tıbbi kullanıma uygun bitki türü sayısının 21.000 olduğu bildirilmiştir.¹³ Tıbbi bitkilerden yararlanarak hastalıkları tedavi etme alışkanlıkları günümüzde “alternatif tıp”, “geleneksel tıp” ya da “tamamlayıcı tıp” adı altında giderek artmaktadır.¹⁴⁻¹⁵ Anadolu’da, halkın bitkileri uzun yıllardan beri tedavide kullandıkları bilinmektedir. Ülkemizde yapılan etnobotanik araştırmalarda halk arasında tedavi amacıyla kullanılan bitki türlerinin sayısının 500 civarında olduğu belirlenmiştir.¹⁶ Kodekslere kayıtlı tıbbi bitki türü sayısı, 140 kadardır. Dünyada ve ülkemizde, 20.000 civarında olduğu kaydedilen tıbbi bitki türlerinin sadece %15’i üzerinde kimyasal ve farmakolojik araştırmalar yapılabilmektedir.¹⁷

Bu araştırmada Materia Medica’da tıbbi kullanımı olan bitki türlerinin kullanım amaçlarının günümüzdeki kullanımları ile karşılaştırılması yapılmıştır. Yapılan incelemelerde Materia Medica’da adları geçen 131 tıbbi bitki türünün Doğu Akdeniz bölgesinde günümüzde de tıbbi amaçlarla kullanıldıkları belirlenmiştir. Tespit edilen 131 tıbbi bitki türünün Latince adı, familyası, Materia Medica’daki ve günümüzdeki kullanımları **Tablo 1’de** verilmiştir. Tıbbi kullanımı olan türlerin familyalara göre dağılımına bakıldığında en çok kullanımı olan familyaların şu şekilde olduğu belirlenmiştir: Lamiaceae (13 tür), Asteraceae (10 tür), Rosaceae (10 tür), Apiaceae (8 tür), Fabaceae (7 tür), Brassicaceae (5 tür). Tıbbi kullanım amaçlarına bakıldığında, her türün birden fazla amaçla kullanıldığı, 57 türün böbrek rahatsızlıklarında, 54 türün diüretik olarak, 41 tür bağırsak problemlerinde, 40 tür öksürük kesici ve cilt problemlerinde, 40 tür mide rahatsızlıklarında, 36 tür çeşitli ülselerde, 33 tür yara iyileştirici, 23 tür adet düzenleyici, 20 tür soğuk algınlığı, grip, 18 tür ise göz şikayetlerinde kullanıldığı, diğer türlerin farklı amaçlarla kullanıldıkları belirlenmiştir (**Grafik 1**).



Grafik 1. Belirlenen tıbbi bitki türlerinin kullanım amaçlarına göre dağılımı

Tespit edilen türlerden 61 türün Materia Medica’daki kullanımlar ile aynı olduğu, 70 türün ise farklı amaçlarla kullanıldıkları görülmüştür. Bitkilerin kullanım amaçlarının %46 oranında örtüştüğü belirlenmiştir. *Urtica* sp. (ısırgan) türleri antioksidan, antimikrobiyal, antiülser, analjezik, immunostimulan, hipotansif, hipoglisemik, antienflamatuar ve antiromatizmal etkili bitkilerdir.¹⁸ Materia Medica’da ülser, lösemi, kanser, tümör, astım, akciğer zarı iltihabı, zatürre ve adet düzenleyici amacıyla kullanıldığı belirtilmiştir. Günümüzdeki çalışmalarda ise, kanser, bronşit, idrar yolu enfeksiyonları, kellik, saç folikülü stimülatörü, saç bakımı, sivilce tedavisinde, hormonal şikâyetler, vücut alerjilerinde, romatizma, şeker düşürücü, eklem ve mide ağrıları, bağırsak ve böbrek hastalıklarında, adet düzenleyici, prostat kanseri, akciğer kanserinde, astım ve analjezik, diüretik, antienflamatuar, uyarıcı etkilerinden bahsedilmiştir.¹⁹⁻²³ Türün hem Materia Medica’daki kullanımı hem de günümüzdeki kullanımının literatürlerdeki etkileri ile örtüştüğü görülmektedir. Araştırmamızda, Materia Medica’da *Urginea maritima* (ada soğanı) soğanlarının kalp kuvvetlendirici olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Türün günümüzdeki kullanımının yılan, akrep ısırıklarında, baş ve diz ağrısı tedavisinde, kalp kuvvetlendirici, balgam söktürücü, idrar arttırıcı olarak olduğu

görülmüştür. Literatür çalışmalarında *Urginea maritima* türünün içerdiği kardiyotonik glikozitlerden dolayı kalp kuvvetlendirici etkinliği belirlenmiştir.²⁴ *Viscum album* (Ökseotu) bitkisinin yaprak ve dalları sedatif, diüretik, vazodilatör, hipotansif, antienflamatuvar, kan şekeri düşürücü ve kardiyak depresan etkilere sahiptir ve kanser tedavisinde adjuvan olarak kullanılmaktadır.²⁵ Materia Medica'da tümör tedavi edici olarak kullanıldığı belirtilen ökseotu bitkisinin hem literatürdeki kullanımları ile hem de günümüzdeki kullanımları ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.²⁶ *Allium sativum* (sarımsak) bitkisinin Materia Medica'da saç dökülmesi ve cilt hastalıklarında kullanıldığı görülmüştür. Sarımsağın günümüzdeki kullanımlarına bakıldığında özellikle saç dökülmesinde yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir.

Anagallis arvensis (farekulağı) göz problemlerinde, *Berberis vulgaris* (hanım tuzluğu) midevi, *Cedrus libani* (Lübnan sediri) cilt hastalıkları, *Equisetum arvense* (atkuyruğu) diüretik, *Ficus carica* (incir) bağırsak düzenleyici, *Foeniculum vulgare* (rezene) süt arttırıcı, *Glycyrrhiza glabra* (meyan) böbrek problemleri, *Hypericum perforatum* (kantaron) yara iyileştirici, *Laurus nobilis* (defne) damar açıcı, *Lavandula stoechas* (karabaş) göğüs hastalıkları, *Linum usitatissimum* (keten) öksürük kesici, bağırsak düzenleyici, *Myrtus communis* (murt) cilt hastalıkları, *Nerium oleander* (zakkum) zehirli hayvan ısırıklarında, *Nigella sativa* (çörek otu) adet söktürücü, *Olea europea* (zeytin) ağız diş problemlerinde, *Ononis spinosa* (kayıskıran) böbrek taşları, *Paliurus spina-christi* (karaçalı) böbrek taşları, *Pinus* sp. (çam) türleri öksürük kesici, *Platanus orientalis* (çınar) diş ağrısı, *Portulaca oleracea* (semiz otu) hemoroid, *Prunus avium* (kiraz) böbrek taşları, *Pteridium aquilinum* kurt düşürücü, *Rosa canina* (kuşburnu) midevi, tahriş azatıcı, *Salvia officinalis* (ada çayı) diüretik, *Sesamum indicum* (susam) cilt problemleri, *Sisymbrium officinale* diüretik, *Tribulus terrestris* (deve çökerten) böbrek taşları, *Tussilago farfara* (öksürük otu) öksürük kesici, *Urginea maritima* (ada soğanı) kalp kuvvetlendirici, *Urtica* sp. (ısırgan) türleri kanser, *Viscum album* (ökse otu) antitümör, *Vitex agnus-castus* (hayıt) adet söktürücü olarak binlerce yıldır kullanılan, kullanım amacı değişmeden günümüze ulaşan türlerdir.

Günümüzde Doğu Akdeniz bölgesinde kullanımı olan 70 türün, Materia Medica'daki kullanımından tamamen farklı amaçlarla kullanımı olduğu belirlenmiştir. Bu türlerin geneline bakıldığında günümüzdeki kullanım amaçlarının çok fazla olduğu, bunun nedeninin ise insanların internet, medya gibi sosyal iletişim araçlarından bitkilerin kullanımlarına dair çok fazla bilgiye ulaşabilir olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Günümüzdeki kullanımı farklı olan türlerden bazıları literatür bilgileriyle uyumlu olduğu gibi bazı türler ise literatürlerden tamamen farklı kullanımlara sahiptir. Örneğin Materia Medica'da *Brassica nigra* (karahardal tohumu) türü anlatılırken türün dikkatli kullanılması gerektiği ve zehirlenmelerde antidot olarak kullanıldığı belirtilmiştir. Ancak türün Anavarza'da yapılan etnobotanik bir çalışmada şeker düşürücü olarak kullanıldığı kaydedilmiştir.²⁰ *Brassica nigra* türü, taşıdığı sinalbin, sinigrin glikozitlerinden dolayı toksik etkilere neden olabilecek bir bitkidir.²⁷ Dikkatli kullanılması gerektiği ve toksik olduğu bilgisi Materia Medica bilgileri ile uyumludur. Materia Medica'da *Crataegus monogyna* (alıç) türü cinsel gücü artırıcı olarak kullanıldığı kaydedilmiştir. Günümüzde kalp hastalıklarında kullanımı olan alıç türünün literatürdeki aktivite çalışmaları ile daha uyumlu olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak da günümüzde bilimsel verilere daha ulaşılabilir olması, güncel bilgiler ile geçmişteki bilgilerin harmanlanarak bir etnobotanik kullanım çerçevesi oluşturduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Materia Medica'da yer alan bitkiler günümüz modern araştırmaları ile karşılaştırıldığında birçok türün literatür çalışmaları ile uygun olduğu görülmektedir. Halk hekimliğinde kullanılan birçok bitki türünün günümüzdeki bilimsel araştırmalara ışık tuttuğu bir gerçektir. Materia Medica'da yer alan tıbbi bitkiler günümüzde ve gelecekte yapılacak birçok fitokimyasal çalışmaya kaynak olmaya devam edecektir.

BİLGİ

Bu çalışma "Materia Medica İçerisindeki Doğu Akdeniz Droglarının Günümüzdeki Kullanımlarının Araştırılması" başlığı ile Adana X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günlerinde, 15-18.05.2017, poster bildiri olarak sunulmuştur.

Tablo 1. Materia Medica'da adları geçen 131 tıbbi bitki türünün Latince adı, familyası, Materia Medica'daki ve günümüzdeki kullanımları.

Latince Tür Adı	Türkçe Adı	Dioskorides'in Materia Medica'sındaki Kullanımı	Doğu Akdeniz Bölgesinde Günümüzdeki Kullanımı
<i>Achillea millefolium</i> L. (Asteraceae)	Civanperçemi	Aşırı kanama, ülser tedavisinde.	Midevi, sakinleştirici, diüretik, iştah açıcı, gaz söktürücü, yara iyileştirici. ²⁸ Baş ağrısında, adet ağrılarında. ^{10,21}
<i>Adiantum capillus veneris</i> L. (Adiantaceae)	Venüs saçı	Nefes darlığı, sarılık, sık ve ağrılı idrara çıkma, astım, böbrek taşları, zehirli böcek ısırılmaları, mide rahatsızlıkları, doğum sonrası adet kanamalarında, ağızdan kan gelmesi, zehirli hayvan sokması, saç dökülmesi, tümör tedavisinde.	Böbrek taşları, üriner sistem enfeksiyonları, göğüs ağrıları, öksürük tedavisinde. ²⁶
<i>Ajuga chamaepitys</i> (L.) Schreber (Lamiaceae)	Mayasilotu	Sarılık, karaciğer şikâyetleri, sık ağrılı idrara çıkma, böbrek iltihabı, yara iyileştirici.	Hemoroid. ²⁹
<i>Alcea rosea</i> L. (Malvaceae)	Gül hatmi	Midevi, bağırsak rahatsızlıklarının tedavisinde, zehirlenmelerde.	Soğuk algınlığı tedavisinde. ^{10,20} Öksürük. ³⁰
<i>Allium ampeloprasum</i> L. (Amaryllidaceae)	Pirasa	Adet sancıları düzenleyici, ülser, diüretik, kan dindirici, nefes açıcı, kulak ağrısı.	Hemoroit, ödem söktürücü. ¹⁰ Kanseri tedavisinde. ²⁹
<i>Allium cepa</i> L. (Amaryllidaceae)	Soğan	Mide bulantısı, hemoroid, bulantı, saç cilt problemleri, burun açıcı, menstrual şikâyetlerde.	Kulak çınlaması. ²⁹ İştah açıcı, diüretik. ¹⁹ İltihap giderici, öksürük kesici, göz kuvvetlendirici. ²⁸ Ülser tedavisinde. ²⁰
<i>Allium sativum</i> L. (Amaryllidaceae)	Sarımsak	Köpek ısırılmalarında, boğaz temizleyici, tahriş azaltıcı, saç dökülmesi, cilt hastalıkları, sedef, öksürük kesici, diş ağrılarında.	Tansiyon düşürücü, iştah açıcı, kurt düşürücü. ²⁹ Ansiseptik, hipertansiyon, iştah açıcı, kalp düzenleyici. ¹⁹ Cilt rahatsızlıklarında, kulak ağrısı, tansiyon düşürücü. ²⁸
<i>Althaea officinalis</i> L. (Malvaceae)	Deli hatmi	Yara ve iltihap tedavisinde, tümör, rahim iltihaplarında, böcek sokmalarında, diş ağrısı, fitik.	Bronşit, balgam söktürücü, bebeklerde akciğer hırıltısı tedavisinde, ağız yaraları ve tıbbi çay. ^{10,26}
<i>Ammi majus</i> L. (Apiaceae)	Diş otu	Adet düzenleyici, cilt solgunluğunda, böcek ısırılmalarında, idrar yolu enfeksiyonlarında.	Ağrı kesici. ²⁹
<i>Amygdalus communis</i> L. (Rosaceae)	Badem	Güneş lekelerinde, adet söktürücü, baş ağrısı, laksatif, diüretik, böbrek iltihaplarında, cilt enfeksiyonlarında, öksürük tedavisinde.	Laksatif, cilt çatlakları, saç dökülmesi, iltihaplı cilt hastalıkları. ²⁹ Romatizma. ¹⁹
<i>Anagallis arvensis</i> L. (Primulaceae)	Fare kulağı	Sinüzit açıcı, baş ağrısı, diş ağrısı, göz problemlerinde.	Göz enfeksiyonlarında. ²⁹
<i>Anchusa azurea</i> Mill. (Boraginaceae)	Sığırdili	Yanık tedavisinde, cilt enfeksiyonlarında, sarılık, böbrek iltihabı.	Kan dindirici. ²⁹
<i>Anethum graveolens</i> L. (Apiaceae)	Dere otu	Diş eti problemler, eklem ağrılarında.	Midevi, süt arttırıcı. ²⁶
<i>Anthemis cotula</i> L. (Asteraceae)	Hozan çiçeği	Astım, böbrek taşları, cilt enfeksiyonları.	Soğuk algınlığı, grip, antitussif, safra taşı, sarılık sistit, sedatif, kolik spazmlar, saç aydınlatma, gastrit-ülser. ²⁹

<i>Artemisia absinthium</i> L. (Asteraceae)	Pelin otu	Mide bulantısı önleyici, diüretik, damar genişletici.	Diyabet, soğuk algınlığı, yüksek kolesterol, böbrek taşı tedavisinde, gaz söktürücü, ateş düşürücü, adet düzenleyici, iştah açıcı olarak. ^{19, 26,28-29,31}
<i>Arum maculatum</i> L. (Araceae)	Yılan pancarı	Balgam söktürücü olarak, yılan ısırıklarının tedavisinde.	Hemoroit tedavisinde. ²⁴
<i>Asparagus acutifolius</i> L. (Asparagaceae)	Tilkişen	Sık ve ağrılı idrara çıkma, sarılık, böbrek rahatsızlıkları, kalça problemleri, örümcek ısırıkları.	Diüretik, ödem söktürücü. ²⁹
<i>Berberis vulgaris</i> L. (Berberidaceae)	Kızılkaramuk	Midevi, menstrual problemlerde.	Ateş düşürücü, midevi, iştah açıcı, yara iyileştirici, tansiyon düşürücü, müşhil. ²⁸
<i>Brassica nigra</i> L. (Brassicaceae)	Kara hardal	Zehirlenmelerde.	Şeker düşürücü. ²⁰
<i>Calluna vulgaris</i> (L.) Hull (Ericaceae)	Süpürge çalısı	Yılan sokmalarında.	Obezite, diüretik, ödem. ²⁶
<i>Capparis spinosa</i> L. (Capparaceae)	Kapari	Siyatik ağrıları, fıtık, baş-diş ağrısı.	Hemoroid. ²⁶ Midevi, iştah açıcı, romatizma. ¹⁹ Tonik olarak, karın ağrılarında. ³²
<i>Cassia angustifolia</i> Vahl (Fabaceae)	Sinameki	Diüretik, göz temizleyici, yılan ısırıklarında, böbrek iltihaplarında.	Laksatif. ^{10,29} Bağırsak düzenleyicisi. ^{10,30}
<i>Cedrus libani</i> A.Rich (Pinaceae)	Katran ağacı	İnsan ve hayvanda cilt hastalıklarının tedavisinde.	Cilt ve akciğer hastalıklarının tedavisinde, bağırsak şikayetlerinde, ülser, reflü tedavisinde. ^{26,29}
<i>Centaurium erythraea</i> Rafn. (Gentianaceae)	Kırmızı kantaron	Safra artırıcı, ülser, böbrek taşları, sistit.	Diyabet, ateş düşürücü, yara iyileştirici. ²⁸
<i>Cerasus vulgaris</i> Mill. (Rosaceae)	Vişne	Öksürük kesici, böbrek taşlarında.	Diyabet, solunum düzenleyici. ¹⁹ diüretik, gıda. ²⁸
<i>Ceratonía siliqua</i> L. (Fabaceae)	Keçiboynuzu	İshal durdurucu, mide-bağırsak şikayetlerinde.	Kansızlık, iştah artırıcı, faranjit, bronşit, kısırlık, cinsel güç artırıcı. ^{10,28} Antikanser, öksürük kesici, cinsel güç artırıcı, kansızlık. ^{10,29} Nefes darlığı, kan yapıcı, kemik geliştirici, astım, öksürük, bronşit. ³⁰
<i>Chondrilla juncea</i> L. (Fabaceae)	Karakavuk	İshal durdurucu, diş, saç problemlerinde.	Oburluk, dolgunluk hissi, yara bakımı. ³⁰
<i>Cichorium intybus</i> L. (Asteraceae)	Hindiba	Gastrit, gut.	Midevi, gastrit, ülser. ²⁹ Antipiretik, midevi, diüretik. ¹⁹
<i>Cistus creticus</i> L. (Cistaceae)	Laden	Dizanteri, yara, yanık.	Cilt hastalıklarında, midevi, gastrit, ülser. ²⁹ Uyuz tedavisinde. ²⁰
<i>Convolvulus arvensis</i> L. (Convolvulaceae)	Tarla sarmaşığı	Laksatif.	Midevi. ¹⁹
<i>Coriandrum sativum</i> L. (Apiaceae)	Kişniş	Cilt enfeksiyonları, hemoroid, böbrek taşları, cilt tümörleri.	Midevi, gastrit, ülser, kalp hastalıkları. ²⁹ Baş ağrısı. ³⁰
<i>Crataegus monogyna</i> Jaq. (Rosaceae)	Aliç	Cinsel güç artırıcı.	Kalp hastalıklarında, böbrek taşlarında. ^{10,25} Çarpıntı. ²⁹ Analjezik, sedatif, antihipertansiyon, kalp düzenleyici. ¹⁹ Kan dolaşımı hızlandırıcı. ³⁰
<i>Crocus sativus</i> L. (Iridaceae)	Safran	Sindirim problemlerinde, kulak iltihabı, cilt iltihapları.	Zayıflamak için. ³⁰
<i>Cucurbita pepo</i> L. (Cucurbitaceae)	Sakız kabağı	Diüretik, göz iltihabı, güneş çarpmaları.	Sindirim sorunlarında. ²⁶

<i>Cuminum cyminum</i> L. (Apiaceae)	Acem kimyonu	Zehirli hayvan ısırıklarında, böbrek iltihaplarında, menstrual problemlerde.	Gaz giderici. ²⁹
<i>Cuscuta epithymum</i> L. (Convolvulaceae)	Cinsaçı	Balgam söktürücü, safra arttırıcı.	Midevi. ¹⁹
<i>Cydonia oblonga</i> Mill. (Rosaceae)	Ayva	Mide problemleri, dizanteri, karaciğer hastalıkları, böbrek bozuklukları, sık ağrılı idrara çıkma.	Diyare, kan şekeri düzenleyici. ²⁶ Solunum düzenleyici, midevi. ¹⁹ Diyare, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, gıda. ²⁸ Damar açıcı. ³⁰
<i>Ecballium elaterium</i> (L.) A.Rich (Cucurbitaceae)	Eşek hıyarı	Kulak ağrısı, gut, ödem, siyatik, diş ağrısı, vitiligo, cüzzam, impetigo, ciltteki siyah leke ve izlerde, balgam ve safra söktürücü.	Sinüzit, romatizma, hepatit tedavisinde. ^{19,26,29,31-32} Sinüzit, sarılık tedavisinde. ²⁰
<i>Elaeagnus angustifolia</i> L. (Elaeagnaceae)	İğde	Cüzzam, sinir harabiyeti.	Öksürük kesici, yatak ıslatma, prostat bozuklukları, cinsel güç arttırıcı, kalp güçlendirici. ^{10,29}
<i>Elettaria cardamomum</i> (L.) Maton (Zingiberaceae)	Kaküle	Damar genişletici, böbrek, karaciğer problemleri, gut, hemoroid, akrep sokmalarında, baş ağrısında.	Hafıza güçlendirici. ³⁰
<i>Equisetum arvense</i> L. (Equisetaceae)	Atkuyruğu	Burun kanamalarını dindirici, diüretik, öksürük kesici, astım.	Vajinal enfeksiyonlar, diüretik, antiödemik, sistit, böbrek taşlarında. ²⁹ Midevi, diüretik, üriner bozukluklarda, yara iyileştirici. ¹⁹ Eklem ağrısında. ²¹ Kemikleri güçlendirici; bel ve boyun fitiği. ³⁰
<i>Eruca sativa</i> Mill. (Brassicaceae)	Roka	Cinsel güç arttırıcı, diüretik.	Soğuk algınlığının tedavisinde. ²⁰
<i>Eryngium campestre</i> L. (Apiaceae)	Kırsenet	Diüretik, adet düzenleyici, epilepsi, karaciğer problemleri.	Antiseptik, yara iyileştirici, diüretik, iştah açıcı. ¹⁹
<i>Ficus carica</i> L. (Moraceae)	İncir	Adet düzenleyici, süt arttırıcı, bağırsak düzenleyici, diüretik.	Kansızlık, siğil tedavisi. ²⁶ Solunum düzenleyici, yara iyileştirici. ¹⁹ Bağırsak çalıştırıcı, cilt hastalıkları, göğüs yumuşatıcı, balgam söktürücü. ²⁸ Gıda. ²²
<i>Foeniculum vulgare</i> Mill. (Apiaceae)	Rezene	Süt arttırıcı, adet düzenleyici, köpek ısırıklarında, böbrek ve mesane problemlerinde.	Mide-bağırsak problemlerinde, adet ağrılarında. ^{10,29} İştah açıcı, midevi, bağırsak şikayetlerinde, diüretik, süt arttırıcı. ^{10,28} Şişkinlik. ³⁰
<i>Fumaria officinalis</i> L. (Papaveraceae)	Şahtere	Diüretik, tüylenmeyi azaltıcı.	Hemoroid, mantar kaşıntısı, karaciğer problemleri, böbrek taşlarında. ²⁵ antipiretik, midevi, iştah açıcı, diüretik. ¹⁹ Kuvvet verici, sedef hastalığı ve ekzema. ²⁸
<i>Glaucium leiocarpum</i> Boiss. (Papaveraceae)	Gâvurhaşaşı	Göz yaralarında.	Yara, yanık, kesik, akne tedavisinde. ²⁶
<i>Glycyrrhiza glabra</i> L. (Fabaceae)	Meyan	Göğüs ve karaciğerdeki bozukluklar, parazitik cilt hastalıkları, mesane veya böbrek problemleri, yara iyileştirici.	Balgam söktürücü. ¹⁰ Solunum düzenleyici. ¹⁹ Böbrek iltihabında. ³⁰
<i>Helichrysum stoechas</i> (L.) Moench. (Asteraceae)	Altın çiçek, ölmez otu	Dizanteri tedavisinde.	Böbrek hastalıkları, taş, diüretik, tıbbi bitki çayı. ^{10,26} Böbrek taşı düşürücü, midevi. ³²
<i>Humulus lupulus</i> L. (Cannabaceae)	Şerbetçi otu	Damar büzücü, yumurtalık iltihabı, parfüm hazırlanmasında.	Sakinleştirici. ²⁹

<i>Hypericum perforatum</i> L. (Hypericaceae)	Kantaron	Diüretik, yara iyileştirici, adet düzensizliklerinin tedavisinde.	Midevi, yara, yanık, astım, solunum güçlüğü, depresyon, bağırsak rahatsızlıkları tedavisinde. ^{10,19,21,26,31} Sakinleştirici, diyabet, ülser, yanık ³² ; yanık yaralanmaları, solunum güçlüğü. ²¹ Sakinleştirici, mide ağrısı; sinir hastalıkları. ³⁰
<i>Juglans regia</i> L. (Juglandaceae)	Ceviz	Katarakt, mide-bağırsak problemleri, kulak ağrısı- çınlaması.	Yüksek tansiyon, egzama, kaşıntı, kızarıklık, saç boyama. ²⁶ Diyabet, hafıza güçlendirici, egzama, mantar hastalıkları. ²⁹ Antiseptik, saç yenileyici. ¹⁹ Kas gevşetici, diyabet, iştah açıcı, kuvvet verici ve kan temizleyici, cildi güzelleştirici, gıda. ²⁸ Saç boyası, kolesterol düşürücü, gıda. ³⁰
<i>Juniperus excelsa</i> M.Bieb. (Cupressaceae)	Boz ardıç	Öksürük kesici, diüretik, gaz sancılarında, hayvan sokmalarında.	Mide-bağırsak problemlerinde. ²⁶
<i>Laurus nobilis</i> L. (Lauraceae)	Defne, Har	Damar açıcı, tendon ağrısı, kulak ağrısı, böbrek iltihabı.	Damar açıcı, bel ağrısı, saç-cilt bakımı, romatizma, ağrı kesici, astım, çay. ²⁶ Ses kısıklığı, cilt rahatsızlıklarında. ³¹ Ülser tedavisinde. ²⁰ Astım ve solunum güçlüğünde. ²¹ Sabun yapımı, saç kepeklenmesi ve dökülmesi, cilt hastalıklarında. ³⁰
<i>Lawsonia inermis</i> L. (Lythraceae)	Kına	Akciğer zarı iltihabı, sinirsel problemler, yumurtalık iltihabı, kırık tedavisinde.	Mantar tedavisinde, saç dökülmesinde. ²⁹
<i>Lavandula stoechas</i> L. (Lamiaceae)	Lavanta, karabaş	Göğüs hastalıkları, zehirlenmelerde antidot.	Kalp-damar hastalıklarında, damar açıcı, astım, bronşit, baş ağrısı, sigara bağımlılığı, beyin hastalıkları, hipertansiyon, yüksek kolesterol, uykusuzluk, tıbbi çay. ^{10,26} Damar tıkanıklığı tedavisinde. ²² Böbrek temizleyici, damar tıkanıklığı, sakınleştirici, zayıflama. ³⁰
<i>Linum usitatissimum</i> L. (Linaceae)	Keten	Güneş yanığı, varis, viral cilt enfeksiyonları, öksürük kesici, cinsel güç artırıcı, bağırsak-rahim ülselleri.	Öksürük kesici, bağırsak düzenleyici, hazımsızlık, kan inceltici. ²⁹ Kolesterol düşürücü, zayıflamak için, öksürük kesici. ^{10,30}
<i>Malva sylvestris</i> L. (Malvaceae)	Ebegümece	Mide-bağırsak problemleri, mesane rahatsızlıkları, cilt enfeksiyonlarında.	Bağırsak gazları ve spazmı, nefes darlığı. ²⁶ Soğuk algınlığı, grip, öksürük kesici, anne sütü üretimi arttırıcı, iltihaplı yaralar, akne. ²⁹ Öksürük kesici, midevi, soğuk algınlığı, bulantı önleyici, yara iyileştirici. ²⁸ Şeker, böbrek iltihabı, kanser, kan temizleyici. ²⁰ Bağırsak çalıştırıcı. ³⁰
<i>Marrubium vulgare</i> L. (Lamiaceae)	Karaderme	Astım ve öksürük, ülser, yan ağrısı, kulak ağrısı, doğum sonrası adet düzenleyici.	Ağrı kesici, ateş düşürücü, iştah açıcı, midevi. ¹⁹
<i>Matricaria chamomilla</i> L. (Asteraceae)	Mayıs papatyası	Diüretik, adet düzenleyici, sarılık, karaciğer hastalıkları, çocuklarda pamukçuk, ateş.	Bronşit, farenjit, boğaz kanseri, sinüzit, saç rengi açma, midevi, göz ağrıları, adet sancıları, uykusuzluk, tıbbi çay. ^{10,26} Bronşit, astım, mide ağrısı, ateş düşürücü. ²⁰ Midevi, soğuk algınlığı. ²²

<i>Melissa officinalis</i> L. (Lamiaceae)	Melisa, oğul otu	Örümcek ısırıkları, adet düzenleyici, diş ağrıları, guatr, ülser, gut.	Sakinleştirici, damar açıcı, uyku verici, vajinal temizlik, tıbbi çay olarak. ^{10,26} Antiseptik, soğuk algınlığı, diyabet, spazm çözücü. ¹⁹ Astım ve solunum güçlüğü. ²¹ Mide ağrıları, gastrit, ülser, sakınleştirici. ²⁹ Sinir, stres ve uyku düzenleyici. ³⁰
<i>Mentha piperita</i> L. (Lamiaceae)	Nane	Cinsel güç artırıcı, kurt düşürücü, midevi, baş ağrısı,	Kalp kuvvetlendirici, midevi. ¹⁰ Sancı ve grip tedavisinde. ²⁰
<i>Morus nigra</i> L. (Moraceae)	Karadut	Bademcik iltihabı, ülser, bağırsak, diş ağrısı, örümcek ısırıklarında.	Solunum düzenleyici, şeker, ateş. ¹⁹ Ağız yaralarında. ³⁰
<i>Myrtus communis</i> L. (Myrtaceae)	Murt, Hambelez	Damar büzücü, yanık, ülser, eklem, cilt hastalıkları, terlemeyi azaltıcı.	Bronşit, öksürük. ¹⁰ Prostat sorunları, mide ağrısı, idrar tutamama, mesane enfeksiyonu, yanık, çıban, yara bakımı, anemi, diyabet, yüksek kolesterol, kanser. ²⁶ Diyabet, bağırsak şikâyetlerinde. ¹⁹ Gıda. ²² Nefes darlığı giderici. ³⁰
<i>Nasturtium officinale</i> R.Br. Aiton (Brassicaceae)	Su teresi	Diüretik.	İdrar yolu enfeksiyonları, mide-bağırsak hastalıkları, karın şişkinliği. ²⁶ Antidiyabetik, böbrek ağrıları, cinsel güç artırıcı. ²⁸ Gıda. ²²
<i>Nerium oleander</i> L. (Apocynaceae)	Zakkum	Zehirli hayvan ısırıklarının tedavisinde.	Hemoroit, romatizma ağrılarının tedavinde, arı, yılan sokmalarında. ^{26,29,31} Kanser karşı. ²⁰
<i>Nigella sativa</i> L. (Ranunculaceae)	Çörek otu	Dil ağrısı, ağız bakımı, kurt düşürücü, adet söktürücü.	Kalp bozuklukları, adet söktürücü, adet düzenleyici, anne sütü üretimi arttırıcı, diüretik, antiödemik, boğaz ağrısı. ²⁹ Astım tedavisinde. ²⁰
<i>Olea europaea</i> L. (Oleaceae)	Zeytin	Mide-bağırsak problemlerinde, ağız-diş eti problemlerinde.	Diyabet, yüksek kolesterol, hipertansiyon, saç bakımı, cilt bakımı, diş ağrısı, diş bakımı, ağız bakımı. ^{10,25} Antipiretik, iştah açıcı. ¹⁹ Kan şekeri ve tansiyon düşürücü. ²⁰ Gıda. ²²
<i>Ononis spinosa</i> L. (Fabaceae)	Kayışkıran	Hemoroid, böbrek taşları, diş ağrısı, cilt yenileyici.	Böbrek taşı. ²⁹ Ağrı kesici, antiseptik, midevi, üriner bozukluklarda. ¹⁹
<i>Orchis morio</i> L. (Orchidaceae)	Gelincik salebi	Ülser, viral enfeksiyonlarda, bağırsak şikâyetlerinde.	Gıda. ²²
<i>Origanum majorana</i> L. (Lamiaceae)	Mercanköşk	Karın, kasık ağrısı, adet düzenleyici, damar büzücü.	Soğuk algınlığı, faranjit, midevi, tıbbi çay. ²⁶
<i>Origanum syriacum</i> L. (Lamiaceae)	Hababa, kekik	Zatürre, astım, öksürük, solucan düşürücü, diş ağrısı, bağırsak temizleyici.	Soğuk, grip, karın ağrısı, fitik, farenjit, tıbbi çay. ²⁶
<i>Paliurus spina-christi</i> Mill. (Rhamnaceae)	Karaçalı	Öksürük, böbrek taşı, damar büzücü, bağırsak düzenleyici, diüretik.	Böbrek hastalıkları, prostat, sinüzit. ²⁶ Midevi, diüretik, solunum düzenleyici. ¹⁹ Adet sancıları. ³²
<i>Papaver rhoeas</i> L. (Papaveraceae)	Gelincik	Enfeksiyon tedavisinde, bağırsak yumuşatıcı olarak.	Solunum düzenleyici, egzama, arı sokmalarında. ^{19,31} Kurt düşürücü, kolesterol düşürücü, öksürük kesici. ²⁰ Gıda. ²²
<i>Peganum harmala</i> L. (Zygophyllaceae)	Üzerlik otu	Öksürük, akciğer iltihabı, kalça ve eklem ağrıları, diüretik, adet düzenleyici, kolik, göz problemleri, böbrek iltihabı, cilt hastalıkları.	Tansiyon düşürücü, hafıza güçlendirici. ¹⁰ Soğuk algınlığında. ¹⁹ Çıban tedavisinde. ³² Bronşit-astım. ³⁰

<i>Petroselinum crispum</i> (Miller) A.W. Hill. (Apiaceae)	Maydonoz	Diüretik, adet düzenleyici, zehirlenmelerde antidot.	Adet sancıları, midevi, gaz giderici, ülser, antidiyabetik, sistit, laksatif, süt arttırıcı. ²⁹ Diüretik, hipertansiyon. ¹⁹ Böbrek taşı, yara iyileştirici. ²⁸ İltihap kurutucu, böbrek rahatsızlıkları, idrar yolları iltihabı, zayıflatıcı. ²⁰
<i>Phaseolus vulgaris</i> L. (Fabaceae)	Fasülye	Bağırsakları rahatlatıcı.	Diyabet. ²⁹
<i>Pimpinella anisum</i> L. (Apiaceae)	Anason	Gaz giderici, zehirli hayvan ısırıklarında, cinsel güç arttırıcı, baş ağrısı.	Hazım kolaylaştırıcı. ¹⁰ Sancı giderici. ³⁰
<i>Pinus nigra</i> J. F. Arnold (Pinaceae)	Karaçam	Öksürük kesici, göğüs hatalıklarında.	Öksürük kesici. ²⁹
<i>Pinus pinea</i> L. (Pinaceae)	Fıstıkçamı	Öksürük kesici.	Meni arttırıcı; öksürük kesici, boğmaca. ²⁹
<i>Pinus sylvestris</i> L. (Pinaceae)	Sarıçam	Öksürük kesici.	Meni arttırıcı; öksürük kesici, boğmaca. ²⁹
<i>Pistacia terebinthus</i> L. (Anacardiaceae)	Menengiç	Mide-bağırsak problemleri, mesane, rahim şikayetlerinde.	Saç bakımı, nefes açıcı, astım, ağrı kesici, tıbbi çay. ²⁶ Balgam söktürücü, karın ağrısı, ülser, gaz sancısı, böbrek taşı. ²⁹ Antiseptik, yara iyileştirici. ¹⁹ gıda. ²²
<i>Plantago major</i> L. (Plantaginaceae)	Sinirotu	Ülser, tümör, köpek ısırıkları, yanıklar, iltihaplanma, iltihaplı bezler, kabakulak, epilepsi, astım, diş ağrısı, böbrek-mesane şikayetlerinde.	Yara iyileştirici, bronşit, midevi, alerji, cilt problemleri. ²⁶ Yara bakımı, antiseptik, akne, ağız bakımı, sistit, böbrek taşı. ²⁹ Yara iyileştirici. ¹⁹
<i>Platanus orientalis</i> L. (Platanaceae)	Çınar	Ödem, enfeksiyon, göz şikayetleri, diş ağrısı, yılan sokması, yanık.	Artrit, bronşit, eklem kireçlenmesi, burun akıntısı, ağrı. ²⁶ Antiseptik. ¹⁹ Diş ağrısı, böbrek taşı, kellik ve kepek, hemoroit. ³²
<i>Polygonatum multiflorum</i> (L.) All. (Liliaceae)	Mührüsüleyman	Yara iyileştirici, cilt lekelerinin tedavisinde.	Cinsel güç arttırıcı. ²⁴
<i>Polygonum aviculare</i> L. (Polygonaceae)	Köyotu	Safra, bağırsak şikayetlerinde, sık ve ağrılı idrara çıkma, hayvan ısırıklarında, adet düzenleyici.	Böbrek taşı, prostat, safra taşı, iştah açıcı. ²⁹
<i>Portulaca oleracea</i> L. (Portulacaceae)	Semizotu	Damar büzücü, baş ağrısı, göz iltihabı, diğer (iltihaplar), mide yanması, cilt enfeksiyonu, dizanteri, hemoroid, bağırsak problemleri, hayvan ısırıklarında.	Hemoroid, sindirim problemleri, sancı, kanser, karaciğer problemleri. ²⁶ Cinsel isteği azaltan, hafıza güçlendirici, kızarıklık. ²⁹ Kurt düşürücü, diüretik. ¹⁹ Gıda. ²²
<i>Prunus avium</i> L. (Rosaceae)	Kiraz	Öksürük, böbrek taşı, göz şikayetleri.	Obezite, diüretik, böbrek taşı. ^{10,26} Göğüs yumuşatıcı, diüretik, ödem çözücü. ²⁹ Böbrek taşı düşürücü. ³⁰
<i>Prunus divaricata</i> Ledeb. (Rosaceae)	Kiraz eriği	Mide-bağırsak problemleri, diş eti, bademcik, yara iyileştirici.	Yüksek tansiyon, reflü, damar açıcı. ²⁶
<i>Prunus persica</i> L. Batsch (Rosaceae)	Şeftali	Damar büzücü, mide-bağırsak problemlerinde.	Kurt düşürücü. ²⁹
<i>Pteridium aquilinum</i> (L.) Kuhn (Dennstaedtiaceae)	Kartal eğreltisi	Kurt düşürücü, kısırlık, ülser, bağırsak yumuşatıcı.	Böbrek taşı, diyabet. ²⁶ Kurt düşürücü. ¹⁹

<i>Punica granatum</i> L. (Lythraceae)	Nar	Mide-bağırsak problemlerinde, diüretik.	Diyabet, yüksek tansiyon, soğuk algınlığı, ödem çözücü, öksürük kesici, diüretik, kanser, kireçlenme, canlandırıcı, midevi, diyare, gastrit, ülser, yara antiseptiği. ²⁹ Kurt düşürücü, kalp düzenleyici. ¹⁹ Kan şekeri düşürücü. ²⁰ Gıda. ²² Kan şekerini düzenleyici. ³⁰
<i>Pyrus communis</i> L. (Rosaceae)	Armut	Damar büzücü, yara iyileştirici, bağırsak problemlerinde.	Mide bulantısı. ³²
<i>Quercus coccifera</i> L. (Fagaceae)	Kermes meşesi	Diüretik, hayvan ısırıklarında, enfeksiyon, ülser.	Yara, yanık, yara bakımı. ²⁶ Midevi. ¹⁹
<i>Quercus infectoria</i> Oliv. (Fagaceae)	Mazı meşesi	Diüretik, hayvan ısırıklarında, enfeksiyon, ülser.	Yara, yanık, yara bakımı. ²⁶ Midevi. ¹⁹
<i>Raphanus sativus</i> L. (Brassicaceae)	Turp	Sedef, cilt hastalıkları.	Kulak iltihabı. ²⁹
<i>Rhus coriaria</i> L. (Anacardiaceae)	Sumak	Bağırsak şikâyetleri, dizanteri, vajinal akıntı, hemoroid, kırıklara bağlı enfeksiyonlar.	Diş eti problemleri, yüksek kolesterol, ayak kokusu, ağız yaraları, kanser. ²⁶ Antiseptik. ¹⁹ Kanamalı yaralarda. ³² Boğaz ağrısında. ²¹ Gıda. ²²
<i>Ricinis communis</i> L. (Euphorbiaceae)	Hintyağı	Varis, güneş yanıkları, ödem, göz iltihabı, sütten şişen göğüsleri rahatlatmada.	Saç dökülmesi, kene çıkartma. ²⁹
<i>Rosa canina</i> L. (Rosaceae)	Kuşburnu, itburnu	Midevi, bağırsak-sindirim bozuklukları, dizanteri, boğaz tahrişi.	Hemoroid, enfeksiyon, kalp hastalıkları, damar büzücü, c vitamini desteği, kanama durdurucu, solunum yolu enfeksiyonları, menstrual problemler, ağrı kesici, böbrek taşları, üriner enfeksiyonlar. ^{10,26} Diüretik. ¹⁹ Soğuk algınlığında. ²⁰ Sakinleştirici, midevi, baş ağrısı, enfeksiyon, soğuk algınlığı, gıda. ²⁸ Soğuk algınlığı, kurt düşürücü, hemoroid. ²⁹ Soğuk algınlığı, öksürük, tahriş. ³² Soğuk algınlığı. ³⁰
<i>Rosmarinus officinalis</i> L. (Lamiaceae)	Biberiye	Sarılık, halsizlik giderici, krem.	Sinüzit, ağrı kesici, sakınleştirici, obezite, diyabet, üreiner enfeksiyonlar, böbrek taşı, tıbbi çay. ²⁶ İştah açıcı, diüretik. ³² Gıda. ²² Tansiyon; zayıflamak için; kolesterol düşürücü. ^{10,30}
<i>Rubia tinctorum</i> L. (Rubiaceae)	Kökboya	Diüretik, sarılık, siyatik, felç problemlerini azaltmada, doğum sonrası adet düzenleyici.	Romatizma ağrıları, egzema, mantar hastalıkları. ²⁹
<i>Salvia officinalis</i> L. (Lamiaceae)	Adaçayı	Diüretik, menstrual problemler, yara iyileştirici, vajinal mantar.	Sindirim problemlerinde, diüretik, gaz söktürücü, uyarıcı, iltihap söktürücü, yara iyileştirici, soğuk algınlığında. ^{10,28}
<i>Salvia sclarea</i> L. (Lamiaceae)	Paskulak	Cinsel güç artırıcı, göz problemlerinde, ödem çözücü.	Midevi, öksürük kesici. ¹⁹
<i>Sambucus ebulus</i> L. (Caprifoliaceae)	Mürver	İltihap azaltıcı, yanık iyileştirici, köpek ısırıklarında, ülser ve gut tedavisinde.	Hemoroit, romatizma ağrılarının tedavisinde, damar büzücü olarak. ²⁹
<i>Sanguisorba minor</i> L. (Rosaceae)	Çayırduğmesi	Yara iyileştirici.	İştah açıcı. ¹⁹
<i>Saponaria officinalis</i> L. (Caryophyllaceae)	Sabunotu	Karaciğer problemleri, öksürük, astım, bağırsak, böbrek taşı, menstrual problemler, görme	Romatizma, solunum düzenleyici, diüretik. ¹⁹

		keskinleştirmek	
<i>Sesamum indicum</i> L. (Pedaliaceae)	Susam	Katarakt, cilt problemleri, bağırsak temizleyici, midevi, kulak ağrısı, kulak çınlaması.	Yara, yanık, yara bakımı, cilt-saç bakımı, yan ağrısı. ²⁶ Öksürük kesici, cinsel güç artırıcı. ²⁹
<i>Silybum marianum</i> L. (Asteraceae)	Meryemana diken	Kusturucu.	Karaciğer koruyucu. ¹⁰ Romatizma. ²⁰ böbrek problemlerinde. ²⁶ Damar açıcı. ³⁰
<i>Sisymbrium officinale</i> (L.) Scop. Brassicaceae	Ergelen hardalı	Diüretik, böbrek taşları, baş ağrısı, arı sokması.	Göğüs yumuşatıcı, diüretik, ödem çözücü. ²⁹
<i>Smilax aspera</i> L. (Liliaceae)	Gıcirdikeni	Ölümcül zehirlenmelerde antidot olarak.	İltihaplı yaralarda antiseptik olarak. ²⁹ kabızlık, egzema. ³²
<i>Solanum melongena</i> L. (Solanaceae)	Patlıcan	Cilt hastalıklarında, göz yaralarında, kulak ağrısının tedavisinde ve adet düzenleyici olarak.	Ağır yaralar, romatizma tedavisinde. ³¹
<i>Solanum nigrum</i> L. (Solanaceae)	Köpek üzümü	Halüsinojenik, zehirli.	Diş ağrısı. ²⁹ Analjezik, sedatif. ¹⁹ Hemoroit, romatizma, adet düzensizlikleri. ²⁸
<i>Styrax officinalis</i> L. (Styracaceae)	Tesbih çalısı	Burun akıntısı, ses kısıklığı ve kaybi, öksürük.	Akne tedavisinde. ²⁹
<i>Taraxacum officinale</i> Weber (Asteraceae)	Karahindiba	Diyare, saç-diş bakımı.	Safra, idrar söktürücü. ¹⁰ Diüretik, süt artırıcı, diş temizleyici, gıda. ²⁸
<i>Teucrium chamaedrys</i> L. (Lamiaceae)	Kısamahmut	Spazm, sarılık, sindirim yavaşlığı, rahim problemleri.	Ağız yaraları. ²⁶ Diyabet. ²⁹ Uyarıcı, midevi. ¹⁹
<i>Teucrium polium</i> L. (Lamiaceae)	Acıyavşan	Adet düzenleyici, zehirli hayvan ısırıklarında, bağırsak hareketlerini arttırıcı.	Burun dekonjestanı, diyabet, yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, gastrointestinal ağrılar, kusma, bebek/çocuk iştahsızlık, ateş. ²⁶ İştah açıcı, diüretik. ¹⁹ Akciğer iltihapları, mide ülseri, diyabet, hipertansiyon, bağırsak hastalıkları, yüksek kolesterol tedavisinde, ateş düşürücü, diüretik olarak. ^{19,26} Alerji için; sancı giderici. ³⁰
<i>Tribulus terrestris</i> L. (Zygophyllaceae)	Deveçökerten	Damar büzücü, serinletici, enfeksiyon giderici, pamukçuk, tonsilit, ağız ve diş eti ülseri, göz rahatsızlıkları, böbrek taşları, yılan ısırıklarının tedavisinde.	Hemoroid, ağrı kesici. ¹⁰ Kalp güçlendirici, diüretik. ¹⁹ Yüksek kolesterol, hemoroit, böbrek taşlarının tedavisinde. ^{25,29} Böbrek taşı ve hipertansiyon. ³² Şeker düşürücü. ²⁰ böbrek taşı; damar tıkanıklığı. ³⁰
<i>Tussilago farfara</i> L. (Asteraceae)	Öksürük otu	Öksürük kesici.	Öksürük kesici, bronşit tedavisinde, göğüs yumuşatıcı olarak. ³¹ Öksürük ve bronşit tedavisinde. ²¹
<i>Urginea maritima</i> (L.) Baker (Asparagaceae)	Adasoğanı	Kalp kuvvetlendirici, idrar arttırıcı, ödem, sarılık, öksürük, astım tedavisinde.	Yılan, akrep ısırıklarında, baş ve diz ağrısı tedavisinde, kalp kuvvetlendirici, balgam söktürücü, idrar arttırıcı olarak. ²⁶
<i>Urtica pilulifera</i> L. (Urticaceae)	Dalağan, ısırgan	Ülser, lösemi, kanser, tümör, astım, akciğer zarı iltihabı, zatürre, adet düzenleyici.	Kanser, antienflamatuar, bronşit, idrar yolu enfeksiyonları, kellik, saç folikülü stimülatörü, saç bakımı, hormonal şikâyetler, vücut alerjileri. ²⁶
<i>Urtica urens</i> L. (Urticaceae)	Cılağan, ısırgan	Ülser, lösemi, kanser, tümör, astım, akciğer zarı iltihabı, zatürre, adet düzenleyici.	Analjezik, romatizma, diüretik, uyarıcı. ¹⁹ Mide, bağırsak ve böbrek hastalıklarında, adet düzenleyici, gıda. ²⁸

<i>Urtica dioica</i> L. (Urticaceae)	Isırgan	Ülser, lösemi, kanser, tümör, astım, akciğer zarı iltihabı, zatürre, adet düzenleyici.	İdrar yolu iltihabı. ¹⁰ Kanser, şeker düşürücü, prostat kanseri, sivilce tedavisinde. ²⁰ Akciğer kanserinde. ²¹ Astım. ²² Sistit. ²³ Damar açıcı, romatizma, eklem ve mide ağrıları, kanser. ³⁰
<i>Xanthium strumarium</i> L. (Asteraceae)	Koca pıtrak	Ödem çözücü, cilt lekeleri.	Kellik ve kepeğin tedavisinde. ³²
<i>Valeriana officinalis</i> L. (Valerianaceae)	Kediotu	Böbrek bozuklukları, karaciğer hastalıkları, ağrılı idrara çıkma, sarılık, gastrit.	Sakinleştirici. ¹⁰ Yara iyileştirici. ¹⁹
<i>Verbena officinalis</i> L. (Verbenaceae)	Mineçiçeği	Sarılık, ödem, ülser, tonsilit, ağız yaralarının, yılan sokması tedavisinde, enfeksiyon azaltıcı olarak.	Kalp hastalıkları, adet düzensizliği, kanser, böbrek taşları, karaciğer hastalıklarının tedavisinde. ³⁰
<i>Vicia faba</i> L. (Fabaceae)	Bakla	Bağırsak şikayetleri, öksürük, tümör, ödem, göz problemleri, cilt hastalıkları.	Alzheimer, kalp güçlendirici, damar genişletici. ²⁶
<i>Viola odorata</i> L. (Violaceae)	Kokulu menekşe	Mide yanması, göz enfeksiyonları, çocuk epilepsi.	Diüretik. ¹⁹
<i>Viscum album</i> L. (Santalaceae)	Ökse otu, göveldek	Ülser, kötü huylu tümörler.	Böbrek problemleri, diyabet, yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, obezite, bronşit, damar sertliği, tümör, kanser. ^{10,26} Astım-nefes darlığı, öksürük kesici, uzun süreli adet kanamalarında düzenleyici. ²⁹ Hipertansiyon, öksürük kesici. ¹⁹ Astım ve solunum güçlüğü. ²¹
<i>Vitex agnus-castus</i> L. (Lamiaceae)	Hayıt	Süt artırıcı, adet söktürücü, rahim rahatsızlıklarında, çıkık, yara iyileştirici.	İdrar söktürücü. ¹⁰ Astım, bronşit, soğuk algınlığı, hormonal problemler. ²⁶
<i>Vitis vinifera</i> L. (Vitaceae)	Asma, tevek, üzüm	Baş ağrısı, gastrit, cinsel güç artırıcı, cilt hastalıkları, diüretik, böbrek taşları, saç dökülmesi, siğil.	Cilt yenileyici. ¹⁰ Yara iyileştirici. ¹⁹ Kansızlık. ³² Gıda. ²²
<i>Zingiber officinale</i> Roscoe (Zingiberaceae)	Zencefil	Mide, sindirim, bağırsak problemlerinde.	Zatürre. ²¹ Astım-bronşit, öksürük. ^{10,30}

KAYNAKLAR

1. Baytop T. Anazarbalı Dioscorides I. yüzyılda yaşamış ünlü bir hekim. Sandoz Dergisi 1997; 1: 10-17.
2. Tekiner H. Dioscorides materia medica manuscripts in Turkey. Pharmaziegeschichte 2009.
3. Ataç A, Yıldırım V. Osmanlı hekimleri ve Dioskorides'in "De Materia Medica"sı. Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi 2004; 15: 257-269.
4. Yıldırım VR. Dioskorides'in De Materia Medica isimli eserindeki drogların veteriner hekimlik alanında kullanımları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2016; 6(3): 121-127.
5. Uygur H, Ökten Aİ. İlk çağlardan günümüze Çukurova tıp tarihi. Adana; Karahan kitabevi; 2016.
6. Yıldırım Ş. Etnobotanik ve Türk etnobotanigi. Kebikeç 2004; 17: 175-193.
7. Osbaldeston TA, editor. The herbal of Dioscorides the Greek, Ibdis Press. Johannesburg South Africa; 2000. Available from: <https://tr.scribd.com/doc/94437559/Dioscorides-De-Materia-Medica>.
8. Gunther R. The Greek herbal of Dioscorides, Illustrated by A Byzantine A.D. 512, Englished by John Goodyer A.D. 1655, Edited and First Printed A.D. 1933, Facsimile of The 1934 Edition, London-NewYork; 1968.
9. Dioscorides P. Dioscoridis Libri Octo Graecae et Latinae. Paris, 1549. Available from: https://books.google.com.tr/books?id=Fcc7AAAACAAJ&printsec=frontcover&dq=De+Materia+Medica+Dioscorides&hl=tr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=De%20Materia%20Medica%20Dioscorides&f=false.

10. Demirci S. Adana il merkezinde halk arasında tıbbi amaçlı kullanılan bitkiler, karşılıklı konuşma, 2018.
11. Lewin R. Modern İnsanın Kökeni, TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları, 7. basım, Tübitak, Ankara; 2000.
12. Heinrich M. et al. Fundamentals of pharmacognosy and phytotherapy, Churchill Livingstone: Edinburgh; 2004.
13. Başaran AA. Ülkemizdeki bitkisel ilaçlar ve ürünlerde yasal durum, Mised 2012; 27-28: 22-26.
14. Ersöz T. Bitkisel ilaçlar ve gıda takviyeleri ile ilgili genel yaklaşım ve sorunlar. Mised 2012; 27-28: 11-21.
15. Kırıcı S. Türkiye’de tıbbi ve aromatik bitkilerin genel durumu. Türktob 2015; 15: 4-11.
16. Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi 2011; 11(1), 52-67.
17. Başer KHC. Tıbbi Bitkiler, Bilim ve Teknik 1995; 331:76-79
18. Harput Ş. *Urtica dioica- Urtica urens* (Isırgan). Demirezer Ö, editör. FFD monografı, Tedavide kullanılan bitkiler. Ankara: Özyurt matbaacılık: 2011; 695-704.
19. Karaman S, Kocabas YZ. Traditional medicinal plants in Kahramanmaraş. The Sciences 2001; 1(3): 125- 128.
20. Kıran Ö. Kozan yöresi florasındaki tıbbi bitkiler ve bunların halk tıbbında kullanılışı. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2006.
21. Alan S, et al. Traditional health practices in mountain, plain and seaside regions of Adana in Turkey. Indian Journal of Traditional Knowledge 2012; 11(4): 593-601.
22. Altay V, Karahan F. Tayfur Sökmen kampüsü (Antakya-Hatay) ve çevresinde bulunan bitkiler üzerine etnobotanik bir araştırma. Karadeniz Fen Bilimleri Dergisi 2012; 2(7): 13-28.
23. Gökyıldız Ş, Alan S, Öztürk M, Şenesen RO. Traditional health practices in mountain, plain and seaside regions of Adana in Turkey: Maternal and infant health. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2013; 3(3): 21-9.
24. Demirci S, Özhatay N. An ethnobotanical study in Kahramanmaraş (Turkey); wild plants used for medicinal purpose in Andirin, Kahramanmaraş. Turkish J Pharm Sci 2012; 9(1): 75-92.
25. Deliorman O. *Viscum album* (Ökse otu). Demirezer Ö, editör. FFD monografı, Tedavide kullanılan bitkiler. Ankara: Özyurt matbaacılık: 2011; 721-730.
26. Sargın SA. Ethnobotanical survey of medicinal plants in Bozyazı district of Mersin, Turkey. J of Ethnopharm 2015; 173: 105-126.
27. Temiz A, Acar J Gıdalardaki doğal toksik bileşikler. Gıda Dergisi 1984; 9(1): 31-39.
28. Bağcı Y, Savran A, Dural H. Pozantı (Adana) ve çevresindeki bazı bitkilerin yerel adları ve etnobotanik özellikleri. SDÜ Fen-Edebiyat Fakültesi Dergisi 2006; 27: 77-82.
29. Güzel Y, Güzelşemme M, Miski M. Ethnobotany of medicinal plants used in Antakya: A multicultural district in Hatay Province of Turkey, J of Ethnopharm 2015; 174: 118-152.
30. Altay V, Karahan F. An ethnobotanical research on wild plants sold in Kırıkhan district (Hatay/Turkey) herbalists and local markets, Biodicon 2015; 8(2): 81-91.
31. Güneş S. Karaisalı (Adana) ve köylerinde halkın kullandığı doğal bitkilerin etnobotanik yönden araştırılması. Niğde, Niğde Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
32. Sağıroğlu M, et al. An Ethnobotanical survey from Yahyalı (Kayseri) and Tarsus (Mersin). Sakarya Üniversitesi Fen Edebiyat Dergisi 2013; 2: 13-37

MCF-7 meme kanseri hücreleri üzerine *Verbascum inulifolium*'un antiproliferatif ve apoptoz indüklenme aktivitelerinin değerlendirilmesi*

Antiproliferative and apoptosis inducing effect of *Verbascum inulifolium* on MCF-7 breast cancer cell line

Yusuf Özayⁱ, Atila Yıldızⁱⁱ, Celal Guvenⁱⁱⁱ, Isil Albeniz^{iv}, Leyla Türker Şener^v, Mufide Aydoğan Ahabab^{vi}, İbrahim Bozgeyik^{vii}, Sevda Güzel^{viii}, Haydar Bağış^{ix}, Önder Yumrutaş^x

ⁱAdıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0003-3855-6197>

ⁱⁱAnkara Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-3940-9199>

ⁱⁱⁱNiğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0003-0499-7787>

^{iv}İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-6005-5164>

^vİstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-7317-9086>

^{vi}Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-2578-3737>

^{vii}Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0003-1483-2580>

^{viii}Mersin Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakognozi Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-6642-5824>

^{ix}Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Genetik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-1140-8058>

^xAdıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0001-9657-8306>

ÖZ

Verbascum cinsi halk tıbbında geleneksel olarak kullanılan ve anti-enflamatuvar, antioksidan ve antibakteriyel aktiviteleri bilinen bir cinstir. *Verbascum inulifolium* türü Türkiye'de yetişen endemik bir türdür. Bu çalışmanın amacı *V. inulifolium* türünün toprak üstü kısımlarından elde edilen metanol ekstresinin insan meme kanseri hücre hattı (MCF7) üzerine antiproliferatif ve apoptotik etkilerinin değerlendirilmesidir. Ekstrenin farklı konsantrasyonlarının (1, 5, 25 ve 125µg/ml) hücre canlılığı ve proliferasyonu üzerine etkisi MTT ve Xcellange yöntemi ile test edilmiştir. Daha sonra hücreler Annexine V/propidium iodür (PI) ile boyanmış ve apoptozun safhaları FACS cell counter metodu ile belirlenmiştir. Ayrıca apoptotik ve anti-apoptotik protein ekspresyon düzeyleri western blot metodu ile belirlenmiştir. Son olarak phalloidine boyama metodu ile hücrelerde aktin filamentleri boyanmış ve floresan mikroskopunda incelenmiştir. MCF-7 hücre canlılığı ve proliferasyonun doz artışına bağlı olarak azaldığı belirlenmiştir. Ancak apoptozun erken veya geç dönemlerinde MCF-7 hücre sayılarında bir değişim gözlenmemiştir. P53, Bcl-2 ve kaspaz-3 protein ekspresyon düzeylerinde anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. Ayrıca aktin filamentlerinin yoğunluğu sadece 125 mg/ml dozda hafif azalmıştır. Sonuç olarak *V. inulifolium* türünün metanol ekstresi MCF-7 hücreleri üzerine anti-proliferatif etki göstermiştir, fakat sonuçlar bu etkinin apoptotik yolakla ilişkili olmadığını göstermiştir.

Anahtar sözcükler: *Verbascum inulifolium*, meme kanseri, antiproliferatif, apoptoz, MCF-7 hücre hattı

ABSTRACT

The genus *Verbascum* traditionally used in folk medicine is known with some activities including anti-inflammatory, antioxidant and antibacterial. *Verbascum inulifolium* is an endemic species growing in Turkey. The aim of the present study was to evaluate anti-proliferative and apoptotic effects of methanol extract obtained from aerial parts of *V. inulifolium* on human breast cancer cell line (MCF). Effects of different concentration of the extract (1, 5, 25 and 125µg/ml) were tested on cell viability and proliferation using MTT and Xcelligence assays. Then cells stained with Annexine V/propidium iodür (PI) and apoptosis phases were determined using FACS cell counter method. Moreover, western-blot method was performed to determine apoptotic and anti-apoptotic protein expression levels. Finally, cell actin filaments stained using phalloidine stain method and examined with fluorescence microscope. Cell viability and proliferation levels were reduced according to increasing concentrations of the extract. However, there were no differences observed in number of MC-7 cell during early and late phases of apoptosis. There were no significantly differences observed in P53, Bcl-2, and caspase-3 protein expression levels. Actin filament density was slightly reduced only at the concentration of 125 mg/ml. As a result, methanol extract of *V. inulifolium* showed anti-proliferative effect, but results indicated that this effect was not related to apoptotic pathway.

Keywords: *Verbascum inulifolium*, breast cancer, antiproliferation, apoptozis, MCF-7 Cell Line

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 203-210

DOI: 10.31020/mutftd.532710

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 26 Şubat 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 15 Nisan 2019

İletişim - Correspondence Author: Yusuf Ozay <yusufozay33@hotmail.com>

GİRİŞ

Apoptoz programlı hücre ölümü olarak kabul edilmektedir.¹ Bu sistemde en önemli enzimlerden birisi p53'dür. P53 hasar görmüş DNA'nın tamirinin düzenlenmesinde görev alan bir proteindir. Hücre DNA'sı tamir edilemediğinde hücrede apoptoz indüklenmektedir.² Bu aşamada apoptotik proteinlerin (Bax ve Bid gibi) seviyeleri antiapoptotik bir protein olan Bcl-2 proteinin seviyesine baskın gelir ve apoptoz indüklenir. Buna ek olarak kaspaz-3 ise apoptozun son aşamalarında aktifleşen enzimdir ve aktif kaspaz-3 CAD (Kaspaz aktive edici DNaz)'ı aktifleştirir.¹ Daha sonra CAD DNA'nın 50-200 bp uzunluğunda fragmentlere ayrılmasına neden olur. Kanser hücrelerinde apoptoz genellikle baskılanmış durumdadır.

Meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türlerinden biridir.³ Alt türlere ayrılan meme kanserinin akciğer kanserinden sonra ikinci sırada ölüme neden olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, meme kanserinin tedavisi için kemoterapötik etki gösterebilecek doğal ve sentetik maddelerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Bitkilerden elde edilen ve kanserin tedavisi için kullanılan bileşikler ve türevleri içeren pek çok çalışma literatüre girmiştir.⁴

Türkiye mevcut bitki türleri göz önünde bulundurulduğunda antikanser çalışmalarında kullanılacak bitki çeşitliliği açısından oldukça dikkat çekicidir. *Verbascum* cinsi hem Asya hem de Avrupa'da yayılış gösterir. Türkiye'de 233 türü bulunmakla birlikte bunların 185'i endemiktir. *Verbascum* cinsine ait türler üzerine yapılan çalışmalarda bu türlerin yara iyileşmesi⁵, antioksidan⁶, antihelmintik⁷ ve antiinflamatuvar⁸ aktiviteleri bildirilmiştir. Tür sayısı ve endemizm oranı düşünüldüğünde bu türlerin biyolojik aktiviteleri hakkında bilgimiz oldukça sınırlıdır. Özellikle kanser hücreleri üzerine *Verbascum* cinsine ait türlerin etkilerini gösteren çalışmalar hakkında aydınlatılması gereken pek çok önemli nokta bulunmaktadır. Bu türlerden biri de *Verbascum inulifolium* Hub.-Mor.'dur. Literatürde yapılan taramalarımız sonucunda, *V. inulifolium*'a ait antikanser etkiler gösteren herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle, bu çalışmada *V. inulifolium* türünün metanol ekstresinin MCF-7 meme kanseri hücre hattı üzerine antikanser aktivitesinin detaylı olarak araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında proliferasyon ve hücre canlılığının belirlenmesi, intrinsik apoptoz yolağında rol alan Bcl-2, P53 ve kaspaz-3 proteinlerinin ekspresyonları, hücre iskelet elemanlarının yoğunluğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER

Bitki materyali ve ekstraksiyon prosedürü

Bitki materyali doğal habitatından C4-Silifke, Mersin, Türkiye'den toplanmıştır ve Dr. Sevda Güzel tarafından teşhis edilmiştir. Gölgede kurutulmuş toprak üstü kısımları öğütülmüş ve 2 g bitki materyali, 250 mL metanol ile Soxhlet cihazında ekstre edilmiştir. Sonrasında 35-40 °C de vacuum evaporatörde (Heidolph-Rotar TLR 1000, Germany) çözücü uçurulmuş ve elde edilen ekstre 4 °C ileri çalışmalar için karanlıkta saklanmıştır.

Hücre canlılığının değerlendirilmesi

Kanser hücre hatları 12 kuyucuklu plâtelere %70-80 oranında konfluansa hazır hale geldiklerinde SF ortamında 24 saat tutulduktan sonra bitki ekstraktlarının farklı seyreltmeleri (1, 5, 25, 125µg/ml) ile 48 saat süre ile inkübe edilmiştir. Pozitif kontrol olarak %10 FCS içinde bekletilen hücreler kullanılmış ve hücrelerin canlılığı MTT (3- [4,5- dimethylthiazol- 2- yl]- 2,5- diphenyl- tetrazolium bromide) yöntemi ile değerlendirilmiştir. Kültür vasatı 1 mg/ml MTT (Sigma) içeren SF vasatı ile değiştirilerek 37°C de 4 saat süre ile inkübe edilmiş, daha sonra MTT solüsyonu dökülerek hücrelerin üzerine dimetil sulfoksit (DMSO, Sigma) eklenmiştir. Renkteki değişim kolorometrik bir okuyucu ile (spektrofotometre) 595 nm'de okunmuştur. Bitki özütlerinin hücrelere göre en uygun proliferatif ve inhibe edici dozları tespit edilmiştir. Böylece bitki özütlerinin kültür hücrelerinin canlılığı üzerinde etkisi ve etkin dozun etkinlik süresi belirlenmiştir.

Flow Sitometre İle Hücre Döngüsü ve Apoptozun Belirlenmesi

Apoptozun belirlenmesi için 75 cm²lik flâskalara 5000 hücre/ml olacak şekilde ekim yapılmıştır. Hücre canlılık testlerinde kullanılan en düşük ve en yüksek dozlar hücrelere uygulanmıştır. Daha sonra Annexin V ve PI içeren kit kullanılarak üretici firmanın (Becton Dickinson, Pharmingen, UK) tavsiyeleri doğrultusunda deney gerçekleştirilmiştir. Kısaca, hücreler (100.000 hücre/numune başına) soğuk PBS ile iki kez yıkanmış ve FITC ile konjüge annexin V (10 µg/ml) ve PI (10 µg/ml) içeren bağlayıcı tampon çözelti içine konulmuştur. Hücre

süspansiyonları karanlıkta buz üstünde 15 dk inkübe edilmiş, daha sonra FACSORT tipi akım (flow) sitometre ile değerlendirilmiştir.

MCF-7 Hücrelerinin İmmüno Floresan Yöntemi ile İşaretlenerek Boyanması

Floresans mikroskopunda aktin filament yapısının görüntülenmesi, F-aktine bağlanan Alexa flor 595 falloidin "Alexa fluor 595 phalloidin" kullanılarak yapılmıştır. Kültür ortamında bulunan hücreler pastör pipeti ile çözülmüş ve santrifüj tüpü içine alınarak 5 dakika 3000x g de santrifüj edilmiştir. Hücreler falloidin-PBS içinde bir saat etüvde bekletilmiş ve ardından hücre içine girmeyen falloidini uzaklaştırmak için 5 dakika 3000x g de santrifüj edilerek üst sıvı atılmıştır. Hücre peleti Triton-X-100 içine alınarak 10 dakika oda sıcaklığında bekletilmiştir. Ardından PBS'li falloidin ile bir saat boyunca işaretlenmiş ve 7 dakika 3500x g de santrifüj edilmiştir. İşlem sürecinde her bir basamaktan sonra hücreler PBS ile son aşamada ise BSA'lı PBS ile yıkanmıştır. Hücre çekirdekleri DAPI ile işaretlenerek boyanmıştır. Daha sonra floresan mikroskopta F-aktin yoğunlukları belirlenmiştir.

Apoptotik yolda görev alan bazı protein ekspresyon seviyelerinin Western Blot ile belirlenmesi

Protein analiz kiti (Pierce mikroplate BCA) kullanılarak protein miktarı belirlenen MCF-7 meme kanser hücre soyundan elde edilen hücre lizatı oranları 4x örnek yükleme tamponu ile karıştırılıp 5 dakika denatüre edilmiştir.

Örnekler, % 12' lik poliakrilamid içeren gel ile elektroforez düzeneğine yüklenerek 120 dakika yürütülmüştür. Jelden nitroseluloz membrana aktarım 125 mA'de 90 dakika süre ile gerçekleştirilmiştir. Membranlar TBS - % 0.1 Tween 20 ve % 3' lük BSA içeren tamponla 1 saat süresince +4 °C' de doyurulmuştur. Doyurma işleminin ardından membranlar 1. antikorlarla (p53, kaspaz-3 ve bcl-2) 14 saat boyunca inkübe edilmiştir. Her inkübasyondan sonra membranlar 3 defa 15 dakika TBS - % 0.1 Tween 20 içeren tamponla yıkandıktan sonra alkalen fosfotaz içeren tavşan monoklonal anti keçi IgG içeren ikincil antikor ile 1 saat inkübe edilmiştir. İkinci antikor inkübasyonundan sonra membranlar yine 3 defa 15 dakika TBS- % 0.1 Tween 20 içeren tamponla yıkandıktan sonra NBT/BCIP renk geliştirici solüsyonu kullanılarak membran üzerinde oluşan özgün bantlar gözlenmiştir.

İstatistik

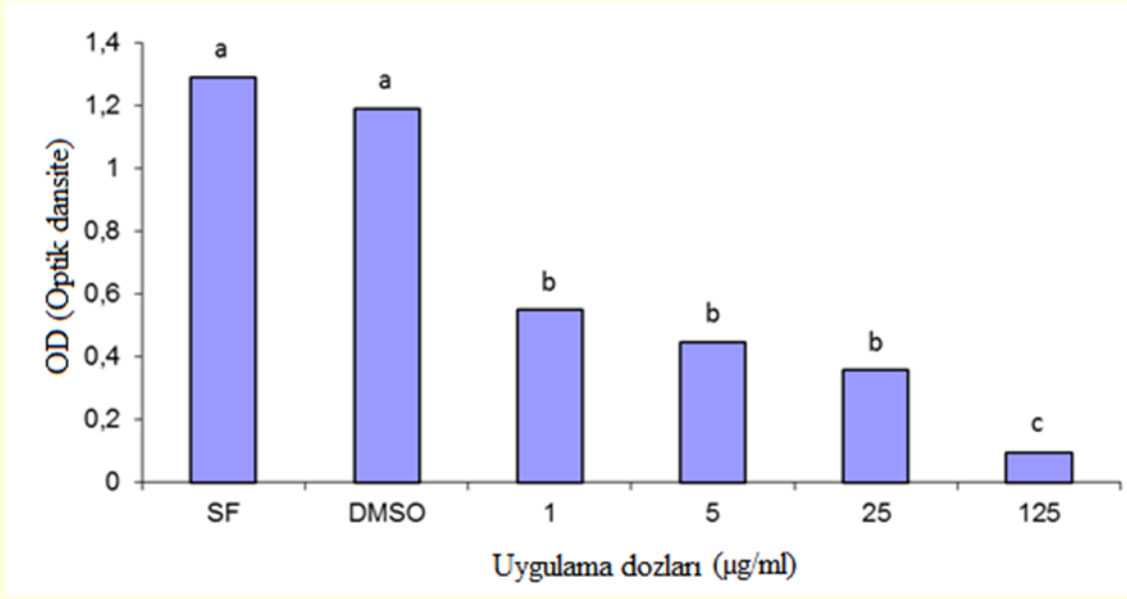
Çalışmanın sonuçları istatistiksel olarak GraphPad Prism (v6.02) ve SPSS (v20) paket programları yardımı ile değerlendirilmiştir. Yapılan tüm analizler iki uçlu (two-tailed)'dur ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

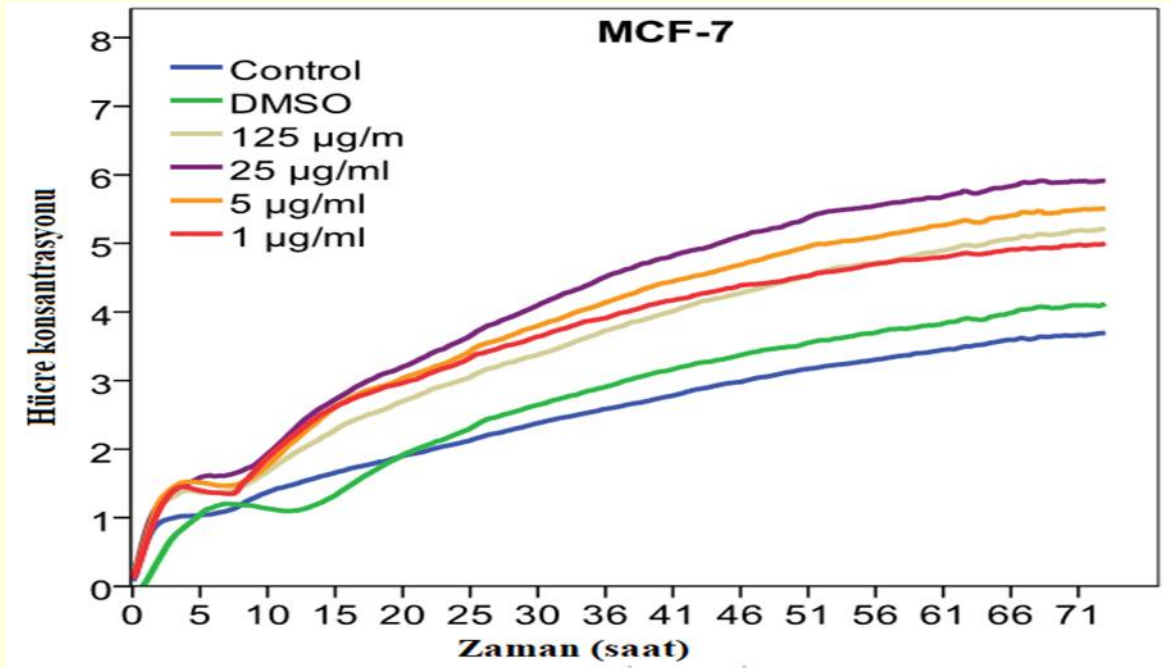
Hücre canlılığı ve Antiproliferatif aktivite

V. inulifolium metanol ekstresi doz artışına (1, 5, 25 ve 125 µg/ml) bağlı olarak MCF-7 hücre canlılığını ve proliferasyonunu azaltmıştır (**Şekil 1**).

Farklı yoğunluktaki MCF-7 hücreleri (100,000, 50,000, 25,000, 12,500, 6,250, 3,125 ve 1,562 hücre/kuyucuk) 16 kuyucuklu mikrolakalarda yetiştirilmiştir. Ekstre uygulaması sonucunda MCF-7 hücrelerinde kontrolle kıyaslandığında doz bağımlı olarak (1, 5, 25 ve 125 µg/ml) hücre proliferasyon yoğunluğunun azaldığı en yüksek etkinin ise MTT testinde sonuçlara benzer olarak 125 µg/ml dozda olduğu belirlenmiştir (**Şekil 2**) (**Tablo 1**).



Şekil 1. *V. inulifolium* ekstresinin MCF-7 hücreleri üzerine doz bağımlı antiproliferatif etkileri



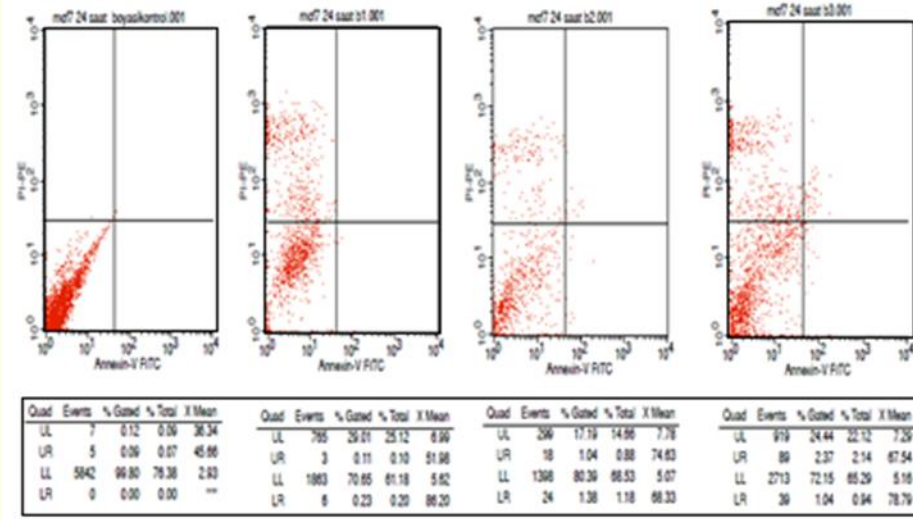
Şekil 2. Xcellinge aracılığıyla hücre poliferasyonunun dinamik olarak gözlenmesi

Tablo 1. Doz bağımlı hücre yoğunlukları üzerine *V. inulifolium* ekstresinin etkileri

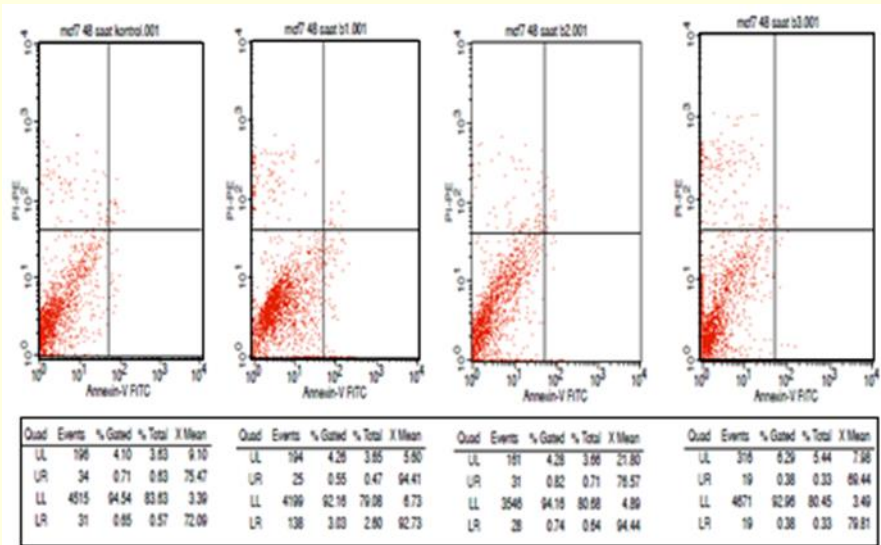
Gruplar	Hücre konsantrasyonları
SF	1.176 ^a ±0.00
DMSO	1.064 ^a ±0.016
1 µg/ml	1.109 ^a ±0.009
5 µg/ml	1.051 ^a ±0.118
25 µg/ml	0.781 ^b ±0.048
125 µg/ml	0.100 ^c ±0.007

Apoptozun belirlenmesi

Apoptozun belirlenmesi için 24 ve 48 saat süresince *V. inulifolium* ekstresinin en düşük ve en yüksek dozlarına maruz bırakılan hücreler AnnexineV/PI ile boyanmış ve daha sonra erken ve geç apoptotik safhadaki MCF-7 hücrelerinin taranması ve yüzdelerinin belirlenmesi sağlanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde hem 24 hem de 48 saat boyunca farklı dozlarda ekstre uygulanan MCF-7 hücrelerinin çok azının erken apoptotik safhaya girdiği ve bazı hücrelerin ise doğrudan nekrotik safhaya geçtiği belirlenmiştir. FACS sonuçları **Şekil 3 ve 4'**de verilmiştir.



Şekil 3. 24 saatlik ekstre uygulamaları sonucunda hücrelerin apoptotik ve nekrotik dağılımları. UL:yukarı sol kare (Nekrotik hücrelerin bulunduğu kısım), UR: yukarı sağ kare (Geç apoptotik fazdaki hücrelerin bulunduğu kısım), LL: aşağı sol kare (Etkilenmeyen hücrelerin bulunduğu kısım), LR: aşağı sağ kare (Erken apoptotik fazdaki hücrelerin bulunduğu kısım)'yi ifade etmektedir.

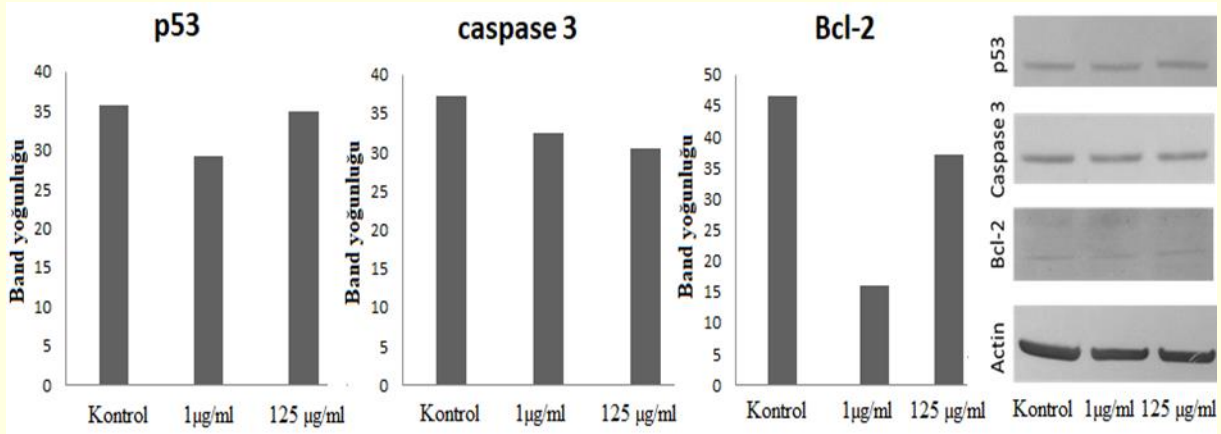


Şekil 4. 48 saatlik ekstre uygulamaları sonucunda hücrelerin apoptotik ve nekrotik dağılımları. UL:yukarı sol kare (Nekrotik hücrelerin bulunduğu kısım), UR: yukarı sağ kare (Geç apoptotik fazdaki hücrelerin bulunduğu kısım), LL: aşağı sol kare (Etkilenmeyen hücrelerin bulunduğu kısım), LR: aşağı sağ kare (Erken apoptotik fazdaki hücrelerin bulunduğu kısım)'yi ifade etmektedir.

Western Blot ile apoptotik ve antiapoptotik protein seviyelerinin belirlenmesi

Şekil 5'de, ekstre uygulaması sonrası MCF-7 hücrelerinde p53, kaspaz-3 ve Bcl-2 protein ekspresyon seviyelerindeki değişimler gösterilmektedir. Sonuçlar incelendiğinde düşük (1 mg/ml) ve yüksek (125 mg/ml) doz uygulamaları sonucunda p53 ve kaspaz-3 protein seviyelerinde anlamlı bir değişiklik

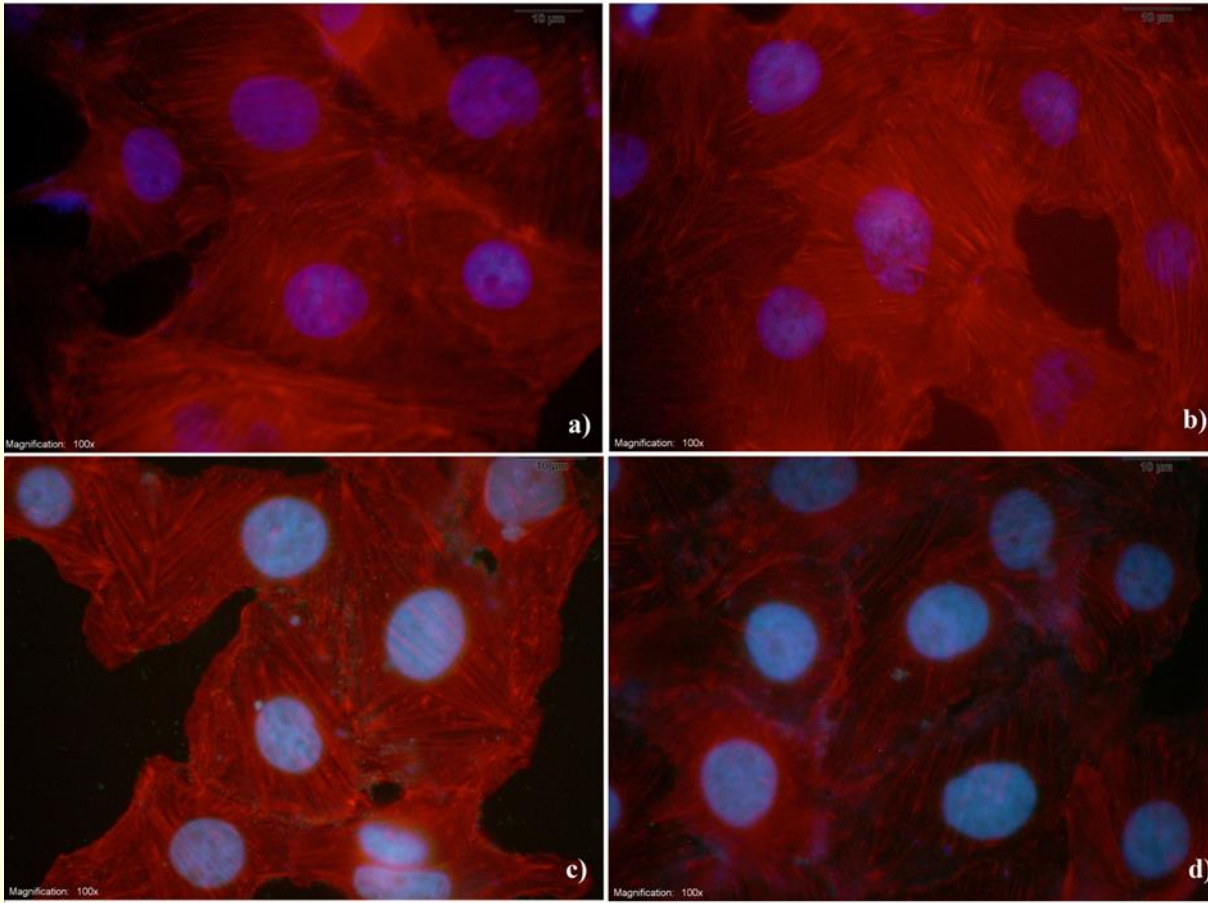
gözlenmemiştir. Bununla birlikte Bcl-2 seviyesi düşük doz uygulaması sonrasında kontrole göre azalmış ve yüksek doz uygulanan gruplarda ise kontrole yakın değerler sergilemiştir.



Şekil 5. *V. inulifolium* ekstresinin apoptotik ve antiapoptotik proteinlerin ekspresyon seviyeleri üzerine etkisi.

İmmüno Floresan Görüntüleme

Elde edilen görüntüler incelendiğinde sadece *V. inulifolium* ekstresinin 125 mg/ml doz uygulandığı hücrelerde aktin filamentlerinin yoğunluğunda düşük bir azalma görülmektedir. Bununla birlikte 1 mg/ml ekstre uygulanan grupta SF kontrol ya da DMSO grubuna göre aktin filamentlerinde azalma görülmemektedir (Şekil 6).



Şekil 6. Ekstre uygulamaları sonrası aktin filamentlerinin immüno floresan görüntüleri: a) SF, b) DMSO, c) 1 mg/ml, d) 125 mg/ml.

TARTIŞMA

Eski çağlardan günümüze kadar kanser tedavisi için bitkiler kullanılmaktadır. Bitkilerden elde edilen fitokimyasal bileşiklerin önemli antikanser aktiviteler gösterdiği bilinmektedir.⁹ Önceki çalışmalarda kamptotesin, topotekan, irinotekan, paklitaksel, dosetaksel, vinbilastin, vinkristin, podofillotoksin, etopozit, tenipozit, elliptinium, homoharringtonin vs. gibi bitkilerden elde edilen ve antikanser etki gösteren bileşikler rapor edilmiştir¹⁰ ve bu maddelere her geçen gün yenileri eklenmektedir.⁹ Türkiye bulunduğu coğrafik konumundan dolayı pek çok bitki türüne ev sahipliği yapmaktadır. Bu bağlamda antikanser ajan olarak kullanılacak maddelerin bulunması açısından düşünüldüğünde önemli bir kaynak olabileceği söylenebilmektedir.

Verbascum cinsine ait türlerin yara iyileşmesi¹¹, antimikrobiyal¹², antiinflamatuvar¹³, antiülserojenik¹⁴ aktiviteleri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Önceki çalışmalarda *Verbascum* sp. türlerinin kanser hücreleri üzerine etkilerini gösteren çalışmalarda mevcuttur. Talib ve ark. (2010) *Verbascum sinaiticum* çiçeklerinin kloroform ve metanol ekstrelerinin MCF-7 hücrelerinin proliferasyonunu önemli derecede engellediği bildirilmiştir.¹⁵ *Verbascum nobile* den elde edilen iridoit, fenilethanoit ve saponinlerin T-hücre hattının proliferasyonunu engellediği belirlenmiştir.¹⁶ Diğer bir çalışmada *Verbascum thapsus*'un A549 akciğer kanser hücrelerinin proliferasyonunu azalttığı ve apoptozu indüklediği rapor edilmiştir.¹⁷ Çalışmamızda, endemik bir tür olan *V. inulifolium*'un antikanser özelliklerinin belirlenmesi için öncelikli olarak MCF-7 meme kanseri hücreleri üzerine hücre canlılığı ve antiproliferasyon aktivitesi belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre metanol ekstresinin MCF-7 hücrelerinin canlılığını ve proliferasyonunu azalttığı gözlenmiştir. Ayrıca Xcelligence dinamik hücre monitörleme metodu ile hücrelerin proliferasyonu ve uygun hücre yoğunlukları belirlenmiştir. Her iki testin sonucuna göre proliferasyon ve canlılığın doz artışına bağlı olarak azaldığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda *V. inulifolium* MCF-7 hücreleri üzerine antiproliferatif bir etkiye sahip olduğu söylenebilmektedir.

Bitkilerin antikanser etkilerinin belirlenmesinde apoptozun indüklenmesi önemli bir kriterdir. Önceki çalışmalarda bazı *Verbascum* sp. türlerinin apoptozu indüklediği rapor edilmiştir. *Verbascum thapsus*'dan elde edilen fitokimyasalların A549 kanser hücrelerinde apoptozu indüklediği belirtilmiştir.¹⁷ Talib ve Mahasneh (2010). *Verbascum sinaiticum*'a ait farklı polaritedeki ekstrelerin MCF-7 ve Hep-2 hücrelerinde antiproliferatif etkileri belirlemiş ancak apoptozun indüksiyonu belirlenememiştir.¹⁵ Çalışmamızda hücre canlılığının azalması ile apoptoz arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Annexine V/PI boyaması yapılarak erken ve geç apoptozdaki hücre sayılarının belirlenmesi sağlanmıştır. Uygulama gruplarında erken apoptotik safhadaki hücre sayılarının çok az olduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında, *V. inulifolium* metanol ekstresinin MCF-7 hücrelerinde apoptozun indüklenmesi üzerine etkili olmadığı söylenebilmektedir. Çalışmamızda paralel olarak apoptotik (p53 ve kaspaz-3) ve antiapoptotik (Bcl-2) proteinlerin ekspresyon seviyeleri de belirlenmiştir. Uygulama gruplarında p53, kaspaz-3 ve Bcl-2 protein seviyelerinin kontrole yakın sevide olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda Annexin V/PI boyaması sonrasında hücrelerin apoptoza girmediği ve ayrıca western blot yöntemi ile apoptozda rol alan protein seviyelerinde anlamlı bir değişim gözlenmemesinden dolayı *V. inulifolium*'un MCF-7 hücrelerinde apoptozu indüklediği düşünülmektedir.

Ayrıca f-aktin yoğunluğunun *V. inulifolium* ekstresinin düşük doz uygulandığı gruplarda kontrole göre herhangi bir fark olmadığı ama yüksek dozun aktin filamentlerinin yoğunluğunu zayıfta olsa azalttığı görülmektedir. Hücre iskeletinin yoğunluğunun azalması ve deformasyonu ile karakterize olan hücre büzülmesi morfolojik olarak apoptotik hücre belirteçlerinden birisidir.¹⁸ Apoptotik hücre belirteçlerinden biri olan hücre büzülmesinin görülmemesinden dolayı *V. inulifolium*'un MCF-7 hücrelerinde f-aktin'in yoğunluğu üzerine etkili olmadığı söylenilebilmektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda *V. inulifolium*'un metanol ekstresinin MCF-7 meme kanseri hücre hattı üzerine olası antikanser etkileri test edilmiştir. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde, metanol ekstresinin MCF-7 hücre canlılığını azalttığını ancak bu azalmanın apoptozla ilgili olmadığı p53, kaspaz-3 ve Bcl-2 proteinlerin ekspresyon seviyelerine bakılarak anlaşılabilmektedir. Ayrıca bu yargı hücrelere ekstre uygulanması sonrasında Annexin V boyaması ile yapılan analizde hücrelerde apoptozun indüklenmediğinin belirlenmesi ile desteklenmiştir. Bu bağlamda, *V. inulifolium*'un metanol ekstresinin MCF-7 hücreleri üzerine apoptoz indüklenmiş antikanser aktivitesinin olmadığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Elmore S. Apoptosis: a review of programmed cell death Toxicol Pathol 2007; 35:495-516.
2. Vousden KH, Lu X. Live or let die: the cells response to p53. Nat Rev Cancer 2002;2:594- 604.
3. Ju J, Zhu AJ, Yuan, P. Progress in targeted therapy for breast cancer. Chron Dis Transl Med 2018;4:164-175.
4. Kintzios SE. Terrestrial plant-derived anticancer agents and plant species used in anticancer research. Crit rev plant sci 2006; 25:79-113.
5. Kayır S, et al. The in vivo effects of *Verbascum speciosum* on wound healing. S Afr J Bot 2018; 119:226-229.
6. Mihailović V, et al. Chemical profile, antioxidant activity and stability in stimulated gastrointestinal tract model system of three *Verbascum* species. Ind Crop Prod 2016; 89:141-151.
7. Kozan E, et al. The in vivo anthelmintic efficacy of some *Verbascum* species growing in Turkey. Exp parasitol 2011;129:211-214.
8. Dalar A, Guo Y, Konczak I. Phenolic composition and potential anti-inflammatory properties of *Verbascum cheiranthifolium* var. *cheiranthifolium* leaf. J of Herb Med 2014; 4:195-200.
9. Iqbal J, et al.. Plant-derived anticancer agents: A green anticancer approach. Asian Pac J Trop Biomed 2017;7:1129-1150.
10. Cragg GM, Newman DJ. Plants as a source of anti-cancer agents. J ethnopharmacol 2005;100:72-79.
11. Sutar I, et al. An ethnopharmacological study on *Verbascum* species: from conventional wound healing to scientific verification. J ethnopharmacol 2010;132:408-413.
12. Dülger B, et al. Antimicrobial activity of three endemic *Verbascum* species. Pharm biol 2002; 40:587-589.
13. Grigore A, et al. Correlation between polyphenol content and anti-inflammatory activity of *Verbascum phlomoides* (mullein). Pharm biol 2013; 51:925-929.
14. Gürbüz I, et al. Anti-ulcerogenic activity of some plants used in folk medicine of Pinarbasi (Kayseri, Turkey). J ethnopharmacol 2005;101: 313-318.
15. Talib WH, Mahasneh AM. Antiproliferative activity of plant extracts used against cancer in traditional medicine. Sci pharm 2010; 78: 33.
16. Dimitrova P, et al. New iridoids from *Verbascum nobile* and their effect on lectin-induced T cell activation and proliferation. Food Chem Toxicol 2018; 111:605-615.
17. Zhao YL, et al. Isolation of chemical constituents from the aerial parts of *Verbascum thapsus* and their antiangiogenic and antiproliferative activities. Arch of pharm res 2011;34:703-707.
18. Chuang HC, et al. Cytotoxic effects of incense particles in relation to oxidative stress, the cell cycle and F-actin assembly. Toxicol lett 2013; 220: 229-237.

Hemşirelik ve Ebelik: Görev, Yetki ve Sorumluluklardaki Benzerlik ve Farklılıklar *

Nursing and Midwifery: Similarities and Differences in Tasks, Authorities and Responsibilities

Zekiye Karaçamⁱ, Kafiye Eroğluⁱⁱ

ⁱ Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
<https://orcid.org/0000-0002-0419-8961>

ⁱⁱ Prof. Dr., Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
<https://orcid.org/0000-0002-8177-7211>

Öz

Bu çalışma hemşireler, özellikle kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ve ebelerin görev, yetki ve sorumluluklarındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konulması amacı ile yapılmıştır. Çalışma, literatüre dayalı olarak niteliksel çoklu vaka çalışması deseninde yapılmıştır. Hemşirelik (2007) ve ebelik (2014), yasal düzenleme ve yönetmeliklerde lisans eğitimi ile kazanılan meslekler olarak tanımlanmıştır. Her iki meslek için ilerleyen tarihlerde de yeni yasal düzenlemeler yapılmış olup, 2010 yılında hemşirelerin çalışılan alanlara göre görev, yetki ve sorumlulukları ve 2014 yılında ebelerin iş ve görev tanımları belirlenmiştir. Bu yasal düzenlemelerde, ebelerin iş ve görev tanımlarının başta kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği olmak üzere çocuk sağlığı ve hastalıkları ile halk sağlığı hemşireliğinin bazı görevleri ile benzer olduğu dikkati çekmektedir. Diğer yandan ülkemizde aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin iş ve görevlerinin mesleki eğitimlerine göre tanımlanmadığı ve her iki meslek çalışanının da aynı görevleri yapmakla yükümlü oldukları görülmektedir. Bunun yanı sıra 2007 ve 2012 tarihlerinde yapılan yasal düzenlemeler ile ebelere hemşirelik yetkisinin verilmesi ve 2014 yılından çıkarılan Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği ile ebelerin birçok hemşirelik alanında sertifikalandırılması, her iki mesleği aynı alanda çalışabilir konuma getirerek yetki ve görev karmaşasına neden olmuştur. Bu çalışmada hemşireliğin farklı uzmanlık ve çalışma alanlarının ebelerin bazı iş ve görev tanımlarıyla örtüştüğü, aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebelerin aynı görevlerden yükümlü oldukları, ebelerin hemşirelik yetkisi ve sertifikasyon programları ile hemşirelik alanlarında çalıştıkları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik, Ebelik, Meslek, İş, Görev, Sorumluluk, Yasal Düzenleme.

ABSTRACT

Aim of the study is to describe similarities and differences in the tasks, authorities and responsibilities of nurses, especially women's health and diseases nurses and midwives. This study was made in the qualitative multiple case study design as the literature based. Nursing (2007) and midwifery (2014) have been defined as occupations gained through undergraduate education in legal regulations. New legal arrangements were made for both occupations and the duties, authorities and responsibilities of the nurses according to the fields worked and the job and job descriptions of midwives were determined in 2014. In these legal arrangements, it is noteworthy that midwives' job and job descriptions are similar to the duties of women's health and diseases, child health and diseases and public health nursing. On the other hand, in our country, it is seen that the occupations of nurses and midwives working in family health and community health centres and affiliated units are not defined according to vocational trainings and both professionals are obliged to carry out the same duties. In addition, with the legal arrangements made in 2007 and 2012, the nursing authority was given to midwives and the certification of the midwives in many nursing fields with the Certificate of Certified Education issued in 2014 has led to the confusion of authority and duty by bringing both professions to work in the same field. This study have concluded that different fields of expertise and working areas of nursing coincide with some job and job descriptions of midwives, nurses and midwives worked in family health and community health centers are obliged to perform the same duties, midwives work in the nursing field with nursing authority and certification programs.

Keywords: Nursing, Midwifery, Profession, Tasks, Authorities, Responsibility, Legal Regulation.

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 211-227

DOI: 10.31020/mutfd.524807

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 08 Şubat 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 18 Nisan 2019

İletişim - Correspondence Author: Zekiye Karaçam <zkaram@adu.edu.tr>

GİRİŞ

Hemşirelik ve ebelik, farklı eğitim, uygulama ve yasal düzenlemeleri ile uluslararası tanınırlığı olan mesleklerdir. Ülkemizde hemşirelik ve ebelik meslekleri, lise eğitimi sonrası dört yıllık farklı lisans eğitim programları ile edinilmektedir.^{1,2} Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ise genel hemşirelik eğitiminden sonra lisansüstü eğitim yolu ile edinilen bir uzmanlık alanıdır.³ Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin yanı sıra Çocuk Sağlığı ve Halk Sağlığı Hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklarının kadına ve üreme sağlığına yönelik olması, uygulamada ebelik mesleği ile bazı karmaşaların yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu sorunun tanımlanması ve çözümü, her iki mesleğin profesyonel gelişimine katkı sağlayacak ve hizmet kalitesini artıracaktır. Bu nedenle konu ile ilgili çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2017 yılı verilerine göre 166 142 hemşire ve 53 714 ebe bulunmaktadır.⁴ Bu sayılar 100 000 nüfusa düşen hemşire (197) ve ebe (69) ortalamaları bakımından Avrupa Birliği ülkeleri (hemşire: 836; ebe: 33) ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi (hemşire: 766; ebe: 44) ile karşılaştırıldığında, hemşire sayısının az iken, ebe sayısının fazla olduğu görülmektedir.⁵

Son yıllarda hemşirelik ve ebelik meslekleri ile ilgili önemli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda, bu meslekler ile ilgili 2008 yılında çıkarılan yönetmelik ile eğitim standardizasyonları,⁶ 2010 ve 2014 yıllarında çıkarılan yönetmelik ile de görev, yetki ve sorumlulukları^{7,8} belirlenmiştir. Ayrıca 2010 ve 2011 yıllarında yapılan yasal düzenleme ile kadın sağlığı ve hastalıklarının yanı sıra diğer uzmanlık alanlarında çalışan hemşirelerin, genel hemşireliğe ilaveten bazı görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır.⁸ Yine Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 132 ve 133'üncü maddelerinde de hemşire ve ebelerin görev ve yetkileri belirtilmiştir.⁹ Yapılan bu tanımlamalar incelendiğinde; anne-çocuk ve üreme sağlığı, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası eğitim ve danışmanlık, infertilite ve yüksek riskli gebelerin bakımı gibi konularda, hemşirelerin ebeler ile aynı görev, yetki ve sorumluluklara sahip oldukları görülmektedir. Dolayısıyla bu durumun karmaşa ortamının oluşmasına zemin hazırladığını söylemek mümkündür.

Hemşire ve ebelerin eğitim ve uygulamalarında; yaşam bulgularını izleme, temel kişisel bakım verme ve ilaç uygulama gibi bazı benzerliklerin olması, halen ülkemizde her iki mesleğin istihdam edildiği pozisyonlarda karmaşaya neden olmaktadır. Ayrıca ebelik eğitimini yürüten eğitimcilerin çoğunluğunun hemşirelikten, özellikle Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından uzmanlığını almış hemşireler olması, meslek adaylarının mesleki kimlik gelişimini olumsuz etkilemekte, uygulama ve eğitim alanındaki karmaşanın daha da artmasına neden olmaktadır.¹⁰ Uygulamada ve eğitimde yaşanan bu karmaşa birçok mezun ve öğrenci ebenin kendisini hemşire olarak tanımlamasına ve tanıtmasına yol açarak sorunun giderek derinleşmesine neden olmaktadır.¹¹ Yaşanan bu durumun yansımaları toplum içinde de gözlenmektedir. Örn: Kendini ebe olarak ifade eden bir ebeye, "*evet anladım, hemşiresin*" biçiminde yanıt veren bir toplumda her iki mesleğin zaman zaman karıştırdığı açıkça görülebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Uluslararası Hemşirelik ve Ebelik Federasyonları (International Council of Nurses ve International Confederation of Midwives) ile iki yılda bir yapılan toplantıda, sürdürülebilir kalkınmada eğitilmiş, yetkin ve motive edilmiş etkili hemşirelik ve ebelik işgücünün oluşturulması, politika geliştirme, etkili liderlik, yönetim ve denetimin en üst düzeyde sürdürülmesinin gerekliliğinden söz edilmiştir.¹² Bu toplantılarda ayrıca, hemşirelerin ve ebelerin kapasitelerini ve potansiyelleri geliştirmek için meslek içi ve meslekler arası iş birliği, eğitim ve sürekli mesleki gelişim yoluyla birlikte çalışmaları ve kanıta dayalı hemşirelik ve ebelik işgücünü geliştirmek için etkili birimlerin harekete geçirilmesi vurgulanmıştır.¹² Ancak, ülkemizde hemşirelik ve ebelik meslekleri arasında işbirliğinin aksine, her iki mesleğin yukarıda bahsedilen eğitim ve uygulamadaki görev, yetki ve sorumluluklarında yaşanan karmaşıklıkların bir sonucu olarak, DSÖ'nün 21. yüzyıl sağlık hedeflerine ulaşmada hemşirelerin

güçlendirilmesi ve etkinliğinin artırılması amacı ile yürüttüğü kampanyada (*Hemşirelik Şimdi!*) ebeler de yer vermesi, Türk Hemşireler Derneği'nin tepkisine neden olmuştur.¹³

Hemşirelik ve ebeler ile ilgili uluslararası durum incelendiğinde, farklı uygulamalar dikkati çekmektedir. İngiltere, hemşirelik ve ebeler eğitimi ve uygulamaları ile her iki mesleğin görev, yetki ve sorumluluklarının belirginliği yönünden örnek bir ülke olarak görülmektedir.¹⁴ Dolayısıyla kadın sağlığında hizmet kalitesi yüksek olup, anne-bebek ölüm hızları ve diğer sağlık göstergeleri en iyiler arasındadır.¹⁵⁻¹⁷ Gelişmiş ülkelerden, Amerika'da temel ve sertifikalı hemşirelik eğitimi sonrası ebeler sertifikası verilmekte, temel eğitimlerine göre sırası ile sertifikalı ebe ve sertifikalı hemşire-ebe olarak çalışılmaktadır. Sertifikalı ebeler ve hemşire-ebeler; gebelik, doğum, yenidoğanın bakımı ile üreme sağlığını da içeren yaşam boyu kadın sağlığı ve eşteki (erkek) cinsel yolla bulaşan hastalıkların yönetimi alanlarında yetkilendirilmektedirler.¹⁸ Belki de bu eğitim süreci ile ilişkili olarak Amerikalı hemşire ve ebeler arasında çok keskin kimlik ayrımının ve tartışmanın olmadığı ve sertifikalı ebelerin doğum eylemi ve intrapartum bakımdan söz ederken, çok rahatlıkla kendilerini "*ben hemşire olarak yaparım*" şeklinde ifade edebildiklerini söyleyebiliriz.

Almanya, Avustralya, İsviçre ve Hollanda'da ebeler eğitimi ve uygulamaları ile ilgili yasal düzenlemelerin olduğu ve ebelerin profesyonel çalışma alanının Uluslararası Ebeler Federasyonu'nun belirlediği çerçeveye uygun bir biçimde anne ve yenidoğana odaklı olduğu görülmektedir.^{19,20} Afganistan, Bangladeş, Hindistan ve Bhutan gibi Asya ülkelerinde ebeler mesleğinin durumunu inceleyen bir çalışmada ebeler eğitimi ile ilgili yasal düzenlemelerin ve ulusal politikalarının var olduğu, ancak eğitimcilerinin hemşire olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada, Bangladeş, Nepal ve Bhutan'da ebelerin anne-bebek sağlığı ile ilgili alanlarda çalışmaları ve ebeler uygulamalarına yönelik yasal düzenlemelere sahip oldukları belirtilmesine karşın, bağımsız (otonom) bir meslek olarak tanınmadıkları rapor edilmiştir.²¹

Ülkemizde uygulama ve eğitim alanlarında görev, yetki ve sorumluluk bağlamında, çoğu kez hemşireler, özellikle kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ile ebeler arasında ciddi bir karmaşanın ortaya çıktığı gözlenmektedir. Literatürde, mevcut yasal düzenlemelere dayalı olarak kadın sağlığı kapsamında ana-çocuk sağlığı hemşirelik hizmetlerine ilişkin bir çalışmanın olduğu tespit edilmiştir.²² Ancak bu mesleklerin görev yetki ve sorumluluklarındaki benzerlik ve farklılıkların bir bütünlük içinde incelendiği ve ortaya konulduğu herhangi bir araştırmaya rastlanmamış ve bu çalışmanın yapılmasına gereksinim duyulmuştur. Bu konunun açığa çıkarılması, her iki meslek için de mesleki gelişim, eğitim, uygulama ve toplumsal tanınırlık bakımından yarar sağlayabilir; görev, yetki ve sorumluluk yönünden de meslekleri birbirinden ayırarak hizmet kalitesini artırmada kaynak olabilir.

Amaç ve araştırma soruları

Araştırma, Türkiye'de hemşireler, özellikle kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ve ebelerin görev, yetki ve sorumluluklarındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konulması amacı ile yapılmıştır. Araştırma soruları; (1) Mesleki ayrım yapılmaksızın çalışma alanlarına göre hemşire ve ebeler için ortak tanımlanan iş ve görevler nelerdir? (2) Kadın sağlığı ve hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, halk sağlığı hemşirelerinin görev ve sorumlulukları nelerdir? (3) Ebelerin görev ve sorumlulukları nelerdir? (4) Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ve ebelerin görev ve sorumluluklarındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir? (5) Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve halk sağlığı hemşireleri ve ebelerin görev ve sorumluluklarındaki benzerlikler nelerdir?

YÖNTEM

Bu çalışma mevcut yasal düzenlemelere, deneyim ve gözlemlere dayalı olarak bütüncül çoklu durum desen ile niteliksel açıklayıcı / tanımlayıcı durum çalışması (a qualitative multiple-case studies) olarak yapılmıştır.^{23,24} Niteliksel durum çalışması, farklı bilgi kaynaklarından yararlanılarak bir fenomenin açıklanmasını kolaylaştıran bir araştırma yöntemidir. Bu yöntem ile durumun farklı bakış açıları ile ele

alınması ve farklı yollardan açıklanması yapılabilmektedir.^{20,25} Bu çalışmada kullanılan “bütüncül çoklu durum deseni” ise birden fazla kendi başına algılanabilecek durum söz konusu olduğunda, her bir durumun kendi içinde bütüncül olarak ele alınmasına ve daha sonra da birbirleriyle karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır.^{26,27} Bu çalışmada bütüncül çoklu durum deseni içinde Türkiye’de hemşireler (özelde kadın sağlığı ve hastalıkları, halk sağlığı ve çocuk sağlığı hemşireleri) ve ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları olmak üzere iki durum (vaka) incelenmiştir. Daha sonra bu iki durum karşılaştırılarak aralarındaki benzerlik ve farklılıklar ortaya konulmuştur.

Çalışmada, yapılandırıcı ve yorumlayıcı bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu yaklaşıma göre gerçek görecelidir ve kişinin perspektifine göre değişebilir. Bu paradigmanda insan subjektif olarak kabul edilir, ancak nesnellik de bazı kavramların reddedilmesi anlamına gelmez.^{20,25} Bu kapsamda, Türkiye’de hemşirelik ve ebelik ile ilgili çıkarılan yasa ve yönetmeliklerde yer alan bilgiler elde edilmiştir. Ayrıca subjektif ve deneyime dayalı bilgilerden de yararlanılmıştır.

Geçerlik ve güvenilirlik

Literatürde, nitel araştırmalarda, özellikle de durum çalışmalarında geçerlik (bilimsel bulguların doğruluğu) ve güvenilirlik (bulguların tekrarlanabilirliği) konularının çok önemli olduğu ve dikkatle ele alınması gerektiği rapor edilmektedir.^{23,26} Bu nedenle, bu çalışma sürecinde, araştırmanın geçerliği ve güvenilirliğini arttırmak için güvenilirlik, yapı geçerliği, iç ve dış geçerlik dikkate alınmış ve her bir alana ilişkin yapılanlar aşağıda sunulmuştur.

1. Araştırmanın *yapı geçerliliğini* geliştirmek için, veri çeşitlemesi (verilerin yasa ve yönetmelikler, literatür ve deneyimlere dayalı olması) yapılmış ve hazırlanan son araştırma raporu, uzman görüşü alınmak üzere 18 kişiye (6 ebe: 3 uygulayıcı ve 3 eğitici; 6 hemşire: 3 uygulayıcı ve 3 eğitici; Hemşirelik ve Ebelle ilgili Dernek başkanları: 6) gönderilmiştir. Makalede geri dönüş yapan 13 kişinin görüşlerine yer verilmiştir.
2. Bu çalışmada *iç geçerliği* sağlayabilmek için, verilerin analizinde *yapıyı tanımlama* (sonuçlara nasıl varıldığının açıkça bildirilmesi) ve *karşı tanımlamaları söyleme* (çıkarımların kanıtları ile birlikte diğer kişilerle paylaşılması) yöntemlerinden yararlanılmıştır.
3. Araştırmada *dış geçerliği* geliştirmek için, çoklu durum çalışmalarına ilişkin önerildiği gibi araştırma yönteminin tüm detayları ile tekrarlanmaya izin verecek biçimde yazılmasına dikkat edilmiştir (çoklu durum çalışmalarında yenileme kullanma). Bu kapsamda araştırmanın deseni, verilerin nereden ve nasıl elde edildiği ve analiz süreci ayrıntılı bir biçimde sunulmuştur.
4. Araştırmanın *güvenirliğini* arttırmak için, verilerin elde edilmesi ve araştırma raporunun hazırlanmasında O’Brien ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kalitatif Araştırma Raporlarının Standartları listesinden (SRQR: Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations) yararlanılmıştır.²⁸ Ayrıca verilerin güvenilirliğine katkı oluşturmak için çalışmaya özel bir veri tabanı geliştirilmiş ve kullanılmıştır.

Verilerin analizi

Verilerin analizi ve yorumlanmasında, durum çalışmaları için önerilen teorik önermelere dayanma, rakip açıklamaları dikkate alma ve durum tanımlaması geliştirme yöntemleri kullanılmıştır.^{23,24,27,29} Bu doğrultuda hemşire ve ebelerin görev ve sorumlulukları olmak her iki durum ile ilgili elde edilen veriler öyküsel tanımlama (narrative descriptions) ve tablo yolları ile sunulmuştur.

E-mail yolu ile elde edilen uzman görüşlerine dayalı nitel verilerin analizinde, önce mailde ya da metin içinde bildirilen tüm görüşler Microsoft Word belgesine alındı ve Times New Roman, 12 punto ve 1.5 aralık özelliklerinde 10 sayfalık ham veri elde edildi. Daha sonra, öneriler doğrultusunda metin üzerinde, silme, ekleme ve değişiklik önerileri yapıldı. Ardından ham veri, birinci araştırmacı tarafından bir hafta ara ile iki

kez okundu ve ardından iletilmek istenen mesajlar çıkarıldı, betimsel analiz yaklaşımı ve farklı görüş bildiren katılımcı ifadeleri ile birlikte metin içinde sunuldu.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Hemşire ve ebeler ile ilgili yapılan yasal düzenleme ve yönetmelikler incelendiğinde; hemşirelik 2007 ve ebelik 2014 yılından itibaren lisans eğitimi yolu ile edinilen meslekler grubuna dâhil edilmiştir (**Tablo 1**). Her iki meslek için ilerleyen tarihlerde de yeni yasal düzenlemeler yapılmış olup, 2010 ve 2011 yıllarında hemşirelerin çalışılan alanlara göre görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanırken,^{7,8} 2014 yılında da ebelerin iş ve görev tanımları⁷ yapılmıştır. Ayrıca 1982 yılında çıkarılan ve en son 2007 yılında güncellenen Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde de hemşirelerin aile planlaması, doğum öncesi ve sonrası bakıma ilişkin görevlerinin olduğu bildirilmektedir. Yine bu yönetmelikte ebelerin görevleri arasında "Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler" ifadesi yer almaktadır.⁹ Yapılan bu yasal düzenlemelerde; ebelerin iş ve görev tanımlarının başta kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği olmak üzere çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği gibi farklı hemşirelik alanlarının görevleri ile benzer uygulamaları kapsadığı görülmektedir.

Tablo 1. Hemşire ve ebeler ile ilgili yapılan bazı yasal düzenleme ve yönetmelikler*

Hemşirelik Kanunu: 25.2.1954 Tarih ve 6283 sayılı Kanun	Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Üçüncü Fasıl: Ebeler
<p>Madde 1– (Değişik: 25.4.2007-5634/1 md.) Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.</p> <p>Madde 3 - (Değişik: 11.10.2011-KHK-663/ 58 md.) Bu kanun hükümlerine göre hemşire unvanı kazanmış olanların dışında hiç kimse Türkiye’de hemşirelik mesleğini icra edemez.</p> <p>Madde 4 – (Değişik: 25.4.2007-5634/3 md.) Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılaşabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.</p> <p>Geçici Madde 2 – (Ek: 25.4.2007-5634/7 md.) Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar ile halen bu programlarda kayıtlı bulunan öğrencilerin kazanılmış hakları saklıdır. Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar. Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programının adı, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilir ve programlar birleştirilir. Bir defaya mahsus olmak üzere, ebelik diplomasına sahip olduğu halde bu Kanunun yayımı tarihinde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu Kanunun</p>	<p>Madde 47– (Değişik: 2.1.2014-6514/22 md.) Türkiye’de üniversitelerin ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında ebelik ile ilgili bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere ebe unvanı verilir.</p> <p>(Ek fıkra: 27.3.2015-6639/1 md.) Lisans mezunu ebeler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim olarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman ebe olarak çalışırlar.</p> <p>(Ek fıkra: 27.3.2015-6639/1 md.) Ebeler meslekleri ile ilgili olan özelliğ arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili, kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar ile uzman ebelerin ve yetki belgesi alanların görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.</p> <p>Madde 50 – Bir mahalde icrayı sanat etmek isteyen ebeler azami bir hafta zarfında isim ve hüviyetlerini, şahadetname, vesika tarih ve numarasını ve icrayı sanat edecekleri mevkii mübeyyin bir ihbarnameyi bulunduğu mahallin en büyük sihiye memuruna vermeğe ve ikametgâhın tebdili veya diğer bir mahalle nakli halinde de en az yirmi dört saat evvel nakli keyfiyeti ihbar etmeğe mecburdur.</p> <p>Madde 51 – Ebeler gebelerin muayenesiyle bunların hıfzı sıhatlerine mütaallik tedavinin ifasına ve doğumun teshiline ve bu esnada yapılacak basit manevraların ve çocuk için lazım gelen ilk tedbirlerin ifasına salahiyyetler iseler de her nevi alet ve saire tatbik etmeleri memnu ve sureti avarızı velade vekayiinde behemahal bir tabip davetine mecburdurlar. Her ebe Sıhiye ve Muaveneti içtimaiye Vekaletince tayin olunacak levazım ve edviyeyi doğum vekayiinde beraberinde bulunduracaktır. Ebeler</p>

<p>yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam ederler.</p> <p>Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir.</p> <p>Geçici Madde 3 – (Ek: 4.7.2012-6354/ 23 md.) Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla, ebeler diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar, hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam eder.</p>	<p>çipek aşısı tatbik edebilirler.</p> <p>Madde 52 – Ebelerin reçete yazmaları memnudur. İcrayı sanatları için lazım gelen ve reçete ile alınması mecburi olan mevaddı resmi etibbanın reçetesiyle eczanelerden tedarik ederler. Etibbayı resmiye bu yolda vakı olan müracaatları sürat ve suhuletle ifaya mecburdurlar.</p> <p>Madde 54 – (Değişik: 23.1.2008-5728/30 md.) Diploma veya belgesi olmadığı hâlde ebeliği sanat ittihaz edenlere, fiilleri suç oluşturmadığı takdirde, iki yüz elli Türk Lirası idarî para cezası verilir.</p> <p>Madde 55 – (Değişik: 23.1.2008-5728/31 md.) Bu Kanununun 47, 49, 50 ve 53 üncü maddelerindeki şeraiti ifa etmemiş olan veya muvakkaten menedilmiş oldukları hâlde icrayı sanat eden ebeler yüz Türk Lirası idarî para cezası verilir.</p> <p>Madde 56 – (Değişik: 23.1.2008-5728/32 md.) 51 inci maddede zikredilen icrayı sanat hududunu tecavüz eden veya 51 ve 52 nci maddeler ahkâmına riayet etmeyen ebeler yüz Türk Lirası idarî para cezası verilir.</p> <p>Madde 57 – (Değişik: 23.1.2008-5728/33 md.) İcrayı sanata mani ve gayrikabili şifa bir marazı akli ile maluliyeti bilmuayene anlaşılabilir ebeler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve şahadetname veya vesikası geri alınır.</p>
<p>Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Bakanlar Kurulu Karar Numarası ve Tarihi: 8/5319 - 10.9.1982, Resmi Gazete: 13 Ocak 1983 – 17927; Son Güncelleme: Çarşamba, 21 Şubat 2007</p>	
<p>Hemşirelerin Görev ve Yetkileri</p> <p>MADDE 132 -</p> <p>Hemşirelerin anne-çocuk sağlığı ile ilgili görevleri hakkındaki bölüm</p> <p>k) Annelere, doğumdan evvel ve sonraki bakımları ile çocukların bakımları hakkında bilgi vermek ve bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olma yolları hakkında anneleri aydınlatmakla yükümlüdürler.</p>	<p>Ebelerin Görev ve Yetkileri</p> <p>MADDE 133 -</p> <p>Ebelerin hemşirelik hizmetleri ile ilgili görevleri hakkındaki bölüm</p> <p>f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.</p>

*Tabloda yer alan bilgiler ilgili yasal düzenleme ve yönetmeliklerden, herhangi bir değişiklik yapılmadan, olduğu gibi alınmıştır.

Hemşirelik ile ilgili yapılan başka yasal düzenlemelerde (2007 ve 2012) en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ebelerin, hemşirelik yetkisi ile görevlerine devam edebilecekleri bildirilmektedir (**Tablo 1**). Bu uygulama ile ülkemizdeki hemşire ihtiyacından dolayı süre gelen ebelerin uygun olmayan alanlara istihdam edilme durumlarının yasal biçime dönüştürüldüğü dikkati çekmektedir. Yasal düzenlemelerde bu uygulamaların üç aylık süre ile sınırlandırılmasına rağmen, ebelerin çalışma ve iş bulma, yöneticilerin de istihdam etme kolaylıkları nedenleri ile halen devam ettiği bilinmektedir. Bu tür uygulamalar, başta ebeler olmak üzere tüm sağlık çalışanları ve toplumun zihninde yer alan karmaşanın daha da derinleşmesine neden olabilir. Bir katılımcının bu konudaki görüşü şöyledir; *“Bakanlığın izlediği politika ben hemşireyi ebe olarak çalıştıramam fakat ebe hemşire olarak çalışır. Herkesin ebe olmasında sakınca yok politikası idi”* (Uzman Ebe, Uygulayıcı).

Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra yenidoğan, kadın hayatının evreleri ve aileye yönelik önemli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık görevleri bulunmaktadır. Tablo 2 incelendiğinde; bu görevlerin büyük oranda ebelerin iş ve görev tanımları ile benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Yine kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin görevleri koruyucu (eğitim ve danışmanlık vb.), erken tanılama (periyodik jinekolojik muayeneler vb.) ve kadın hayatının tüm evrelerine yönelik iken, ebelerin görevlerinin gebelik, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan olmak üzere doğurganlık dönemine odaklı olduğu görülmektedir. Ayrıca ebelerin kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinden farklı olarak gebelik tanısı koyma, doğum sürecini yönetme ve 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izleme görevleri de bulunmaktadır (**Tablo 2**). Benzer şekilde ICN (International Council of Nurses)

de hemşirelerin kadın sağlığı ve emzirmedeki rollerini tanımlamıştır.^{30,31} Yine Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.10.2018 tarihinde yayınladığı Sağlık Hizmetlerinde Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Okulu ve Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezlerinin Çalışma Usul ve Esasları hakkındaki yönergede, bu alanda görevlendirilen sağlık personelinin ebeler ve kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri olması gerektiği bildirilmiştir.³² Bu alanlar ebelerin ve hemşirelerin en önemli ortak çalışma alanları olarak görülmektedir.

Tablo 2. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ve ebelerin iş ve görev tanımları ile ilgili yapılan yasal düzenlemeler

Çalışılan Birim / Servis / Ünite / Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları (Hemşirelik Yönetmeliği; Tarih: 8.3.2010 ve Sayı: 27515)	Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (Tarih: 22.05.2014 ve Sayı: 29007)
<p>Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;</p> <p>a) Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar. b) Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yapar. c) Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder. ç) Doğumun uygun koşullarda yapılması için hastayı yönlendirir. d) Doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir. e) Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar. f) Erken ve geç lohusalık döneminde anne ve yenidoğan bakımını yapar. g) Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur).</p>	<p>Ebe</p> <p>a) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanması ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemini yapar. b) Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemini ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder. c) Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur. ç) Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemini yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder. d) Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular. e) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir. f) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır. g) 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.</p>

Bu araştırmada ebelle ilgili bazı görevlerin çocuk sağlığı ve hastalıkları ve halk sağlığı hemşireliği alanları ile benzer olduğu görülmüştür. Ebeler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin iş ve görev tanımları arasında yer alan yenidoğanın tarama testleri, büyüme ve gelişme izlemi, aşılama, anne-bebek ilişkisi, anne sütü ile beslenme gibi konuların benzer olduğu dikkati çekmektedir. Ebelerin bazı iş ve görev tanımları, halk sağlığı hemşirelerinin ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerindeki görevleri ile de örtüşmektedir (**Tablo 2 ve 3**). Diğer yandan bazı hastanelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili hizmet birimlerinde ebelerin istihdam edildiği gözlenmekte ve Sağlık Bakanlığı tarafından da bu ebelere çocuk acil, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikaları verilmektedir.^{33,34} Bu tür uygulamalar hem ulusal hem de uluslararası düzeylerde ebelerin yasal yönden eğitim, yetki ve sorumlulukları ile örtüşmemekte,^{19,35} tıbbi hata riskini artırmakta ve yasal olarak onları risk altına sokmaktadır. Ayrıca, her iki meslekte daha çok da

ebeler aleyhine mesleki kimlik karmaşasının yaşanmasına, görev, yetki ve sorumluluklarda belirsizliğe neden olabilmektedir.

Tablo 3. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve halk sağlığı hemşireleri ile ebelerin benzer/ortak iş ve görevleri

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*
<p>Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;</p> <p>1. Hemşirelik bakımı:</p> <p>a) Bebeğin anomalili olması, erken doğması, düşük doğum ağırlıklı olması veya bebeğin kaybı gibi ailelerde anksiyete ve strese neden olan krizli dönemlerde aileye destek olur.</p> <p>b) Yenidoğanın değerlendirmesini yapar. Yenidoğanın normalden sapma durumunda hekimi bilgilendirir.</p> <p>c) Yenidoğan hemşiresi yenidoğanın vücut ısısının korunması ve sürdürülmesini sağlar.</p> <p>ç) Aile bebek etkileşiminin en erken dönemde başlamasına yardımcı olur. Bunun için annenin gereksinimlerini karşılar, anne-bebek arasındaki ilişkinin niteliğini değerlendirir.</p> <p>d) Yenidoğan enfeksiyonlarının önlenmesi için gereken önlemleri alır.</p> <p>e) Yenidoğan hemşiresi gerektiğinde hastanın güvenli bir biçimde taşınmasını sağlar.</p> <p>f) Transport ile ilgili tüm koşulları hazırlar.</p> <p>2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:</p> <p>a) Tanı amaçlı bebekten alınması gereken örnekleri alır, uygun şekilde ve en kısa sürede yerine ulaştırılmasını sağlar.</p> <p>b) Gerektiğinde hastayı ameliyata ve işlemlere hazırlar.</p> <p>c) İlaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur.</p> <p>3. Eğitim ve danışmanlık:</p> <p>a) Aileler ile sürekli iletişim halinde bulunur. Bebeği aile ve çevresi ile bir bütün olarak ele alır. Bakımın her aşamasında annenin hazır oluşluk düzeyini değerlendirerek anneye bakıma katar.</p> <p>b) Bebeğin sağlığını koruma ve geliştirme için bakımın her düzeyinde aileye rehberlik eder, sağlık eğitimini planlar, uygular (anne sütü ve önemi, emzirme tekniği, meme bakımı, yenidoğan tarama testleri, büyüme ve gelişme, kazaları önleme, aşılama, izlem ve kontroller. vb).</p> <p>c) Anne bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için tensel temas, yenidoğan masajı ve anne sütüyle beslenmeyi destekler.</p> <p>ç) Bebeğin beslenmesi ve emzirme tekniği konusunda anneye bilgilendirir.</p> <p>d) Yenidoğan tarama testlerinin önemi ve yapılması konusunda aileyi bilgilendirir. Konu ile ilgili toplum eğitimlerine önem verir.</p> <p>e) Bebeğin aşılı hakkında aileyi bilgilendirir.</p> <p>f) Yenidoğan ve ailesini, taburculuğa ve evde bakıma hazırlar. Yenidoğanın davranışlarını anlayabilmesi için anneye rehberlik yapar.</p>
Halk Sağlığı Hemşireliği (Ana Çocuk Sağlığı [AÇS] ve Aile Planlaması [AP] Merkezi Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları)*
<p>Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;</p> <p>1. Hemşirelik Bakımı:</p> <p>a) Sorumlu olduğu bölgedeki toplumun sağlık düzeyi ölçütleri, ana-çocuk sağlığı durumu, sosyal, kültürel, ekonomik durumu, ulaşım durumu gibi özelliklerine ilişkin veri toplar ve değerlendirir.</p> <p>b) Sorumlu olduğu ailelere ev ziyaretleri yaparak kapsamlı değerlendirme yapar.</p> <p>c) Birey ve ailelerin ana-çocuk sağlığı ile ilgili gereksinimleri ve sorunlarını, öncelikleri belirler.</p> <p>ç) Birey ve ailelere ilişkin tüm kayıtları doğru, eksiksiz ve zamanında tutar.</p> <p>d) Ailedeki hasta ana-çocukların konsültasyon için gereksinimlerini belirler ve AÇS-AP merkezi hekimine sevk eder.</p> <p>e) Hizmetlerin sürekliliği ve koordinasyonunu sağlamak için diğer sağlık ekibi üyeleri ile ve kurum içi, kurum dışı diğer hizmet birimleri ile iletişim kurar ve geliştirir.</p> <p>f) Aile planlaması hizmetlerini yürütür.</p> <p>g) Doğum öncesi izlem, evde doğum ve doğum sonrası anne ve bebeğin izlem hizmetlerini yürütür.</p> <p>ğ) Kadın sağlığına yönelik tarama (Pap Smear, kendi kendine meme muayenesi ve benzeri) programlarına katılır.</p> <p>h) Çocuk izlem hizmetlerini yürütür.</p> <p>ı) Bağışıklama hizmetlerini yürütür.</p> <p>i) Ana ve çocuk yaş gruplarını ilgilendiren kronik hastalıkların takibini yapar, hekim tarafından reçete edilmiş ilaç ve tedavileri uygular.</p> <p>j) Merkez bölgesinde ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili yapılacak araştırmalara katılır.</p> <p>k) Hizmet içi eğitim programlarına, mesleki seminer, konferans, gibi etkinliklere katılır.</p> <p>l) Hemşirelik bakımında gerekli olan asepsi, sterilizasyon, dezenfeksiyon gibi tekniklere uyar ve uyulmasını sağlar. Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallara uyararak birey/grup hakları doğrultusunda yapar.</p> <p>2. Tıbbi tanı ve tedaviye katılma:</p> <p>a) Önemli çocukluk hastalıklarının (ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları, aşı ile önlenemez hastalıklar, beslenme bozukluklarına bağlı hastalıklar, paraziter hastalıklar ve çocukluk dönemi bulaşıcı hastalıkları, vb) muayene ve takibini</p>

yapar, hekim isteminde yer alan ilaç ve tedavileri uygular.

- b) Ana ve çocuk yaş gruplarını ilgilendiren kronik hastalıkların tedavisinde hekim tarafından reçete edilmiş ilaç ve tedavileri uygular.

3. Eğitim ve danışmanlık:

- a) Merkez sorumlu hemşiresinin gözetiminde halka, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıkların bakım, tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla bireysel ve grup sağlık eğitimini planlar, eğitim ortamını hazırlar, uygular ve değerlendirir.
- b) Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde ve AIDS ile mücadelede eğitim ve danışmanlık yapar.
- c) Sorumlu üreme ve cinsel danışmanlık ve sorumlu ebeveynlik için eğitim ve danışmanlık yapar.
- ç) Kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirler, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütür.

*Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 19.04.2011, Resmi Gazete, Sayı: 27910.
Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>

Ülkemizde Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri ve bağlı birimlerde görev yapan hemşire ve ebelerin iş ve görevlerinin mesleki eğitimlerine göre tanımlanmaması ve her iki meslek çalışanının da aynı görevleri yapmakla yükümlü olmaları, dikkati çeken bir başka yasal sorundur (**Tablo 4**).³⁶⁻³⁸ Bu durum çalışma ortamları ve toplumsal algıda mesleki karmaşa yaratabilir ve hizmet sunum kalitesini de olumsuz etkileyebilir.

Tablo 4. Mesleki ayırım yapılmaksızın bazı çalışma alanlarına göre hemşire ve ebeler için ortak tanımlanan iş ve görevler

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (Tarih: 5.02.2015, Sayı: 29258)
<p>MADDE 48 – TSM’de görev yapan sağlık memuru (toplum sağlığı), hemşire ve ebenin görevleri:</p> <p>a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, b) Toplum sağlığı merkezindeki aşılardan soğuk zincir kurallarına uygun olarak saklanması ve dağıtımını yürütmek, c) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek suretiyle sorunları ve öncelikleri saptamak, ç) Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü çalışmalarına katılmak, d) Okul sağlığı hizmetlerine katılmak, e) Kayıt ve bilgi işlem çalışmalarında görev almak, f) TSM başkanının direktifleri doğrultusunda bölgedeki sağlık çalışanlarının hizmetlerini izlemek ve değerlendirmek, g) Sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusundaki programlara katılmak, obezite danışmanlığı hizmetleri konusunda görev almak, ğ) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almak, h) İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görev almak, ı) Birey ve grup eğitimlerine katılmak, halkın sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve uygulanmasında görev almak, i) Bağışıklama hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde görev almak, j) Hizmet içi eğitim hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında görev almak, k) Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerinde görev almak, l) Üreme sağlığı hizmetlerinde görev almak, m) Görevi ile ilgili istatistik kayıtlarını ve formları düzenlemek, n) Görev alanlarında temizlik ve düzeni sağlamak; malzemelerin, kullandıktan sonra temiz ve her zaman kullanıma hazır halde tutulmasını sağlamak, o) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.</p>
<p>AÇS-AP birimi</p> <p>MADDE 40 – (1) Kadın, ana, çocuk ve ergenlerin sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetlerini sunmak ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği içinde kadın, ana, çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun olarak gerçekleştirmek üzere açılan AÇS-AP biriminin görevleri şunlardır:</p> <p>a) Hizmet bölgesindeki kadın, gebe, lohusa, çocuk ve ergenlere Kurumun belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini sağlamak ve Kurumca belirlenen tedbirleri almak; başvuranlara bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek, b) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve serviks kanseri gibi konularda erken teşhis için KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) birimi ile işbirliği yapmak, c) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak sorumluluk bölgesinin ihtiyaçları ve şartlarına göre Kurum veya müdürlükçe hazırlanmış olan programları uygulamak, ç) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına yönelik hizmet sunan diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak hizmetlerin sunumunda koordinasyon sağlamak, d) Başvuranların, birimde uygulanamayan gebeliği önleyici yöntemleri diğer sağlık kuruluşlarından almalarını sağlamak, e) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında; mahallin kitle iletişim araçları ile sivil toplum kuruluşlarından da faydalanmak suretiyle eğitim çalışmalarını organize etmek, sistemli bir şekilde halk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri vermek, f) İlin birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerini yürütmek, g) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasını temin için Kurumca</p>

- belirlenen eğitim merkezlerinde eğitici eğitimlerini yapmak,
- ğ) Gerektiğinde il dışı sağlık personelinin de kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında eğitimlerini sağlamak,
- h) İlde yataklı veya yataksız sağlık hizmeti veya destek hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık eğitimi veren diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- ı) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konuları ile ilgili yürüttüğü hizmetlerin kayıt ve bildirimlerini yapmak,
- i) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında Kurumca verilen diğer görevleri yapmak.
- (2) Sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı kapsamındaki hizmet içi eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi için, Kurumca belirlenen fiziki yapı, insan kaynakları ve günlük hizmet yükü gibi kriterler göz önünde bulundurularak, açılan birimler, ihtiyaç çerçevesinde Eğitim Merkezi olarak faaliyet gösterebilir.

Sağlık evi personelinin görevleri

MADDE 49 – Sağlık evlerinde çalışmakta olan personel, hizmet yönünden o bölgenin bağlı olduğu aile hekimine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(2) Sağlık evi personelinin görevleri şunlardır:

- a) Sorumluluk alanında, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimine bağlı olarak yürütmek,
- b) Bağlı olduğu aile hekimini, gezici sağlık hizmeti çalışmalarında desteklemek,
- c) Sağlık evinde bulundurulacak malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak bulundurmak,
- ç) Sorumluluk alanında sağlıkla ilgili kayıtları tutmak,
- d) Aylık çalışmalarını toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- e) Yürüttüğü hizmetler açısından bağlı olduğu aile hekimini bilgilendirmek,
- f) Sorumluluk alanındaki nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek,
- g) Sorumluluk alanının sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- ğ) Bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak,
- h) Sorumluluk alanında, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek; koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evde sağlık hizmeti vermek,
- ı) Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak,
- i) Çevre sağlığı konusunda bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak,
- j) Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak,
- k) Sorumluluk alanında bulunan veremli hastalara DGT (Doğrudan Gözetimli Tedavi) uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek,
- l) Sorumluluk alanında bulunan kronik hastaların izlemelerini yapmak,
- m) Sorumluluk alanında obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak,
- n) Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak,
- o) Gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak ve basit sütür atmak,
- ö) Sorumluluk alanında, bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak,
- p) TSM başkanının vereceği görevi ile ilgili diğer işleri yapmak.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı, 4 Şubat 2014 tarih ve 28903 sayılı Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği'ne dayalı olarak bazı uygulama alanlarına ilişkin nitelikli eleman sağlamak amacı ile sertifika programları hazırlamıştır.^{33,34} Bu sertifika programlarının 14'ünde hem hemşire hem de ebelerin katılabileceği bildirilmektedir (**Tablo 5**). Bu programların 6'sında katılımcıların nitelikleri, hemşire ve hemşire yetkisi almış ebeler, üç tanesinde hemşire ve ebeler, altı tanesinde de herhangi bir sağlık çalışanı olarak tanımlama yapılmıştır. Psikiyatri birimlerinde hemşirelik hizmetleri, enfeksiyon kontrol, çocuk acil, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği gibi sertifikalar ile ebeler, doğrudan hemşirelik çalışma alanlarında görev almakta ya da görevlendirilmektedirler. Bu yönetmeliğe bağlı olarak yapılan uygulamaların, ülkemizde farklı meslekler olarak hemşirelik ve ebelik ile ilgili çıkarılan diğer yasa ve yönetmelikler ile çelişki oluşturduğu söylenebilir. Daha önce bahsettiğim politikalar sonucu istihdam fazlası ebelerin hemşirelik yetkisi alması yerinde olmuştur. Hatta karışıklığı gidermek için bu kişilerin direk görevleri değiştirilmelidir. Alanda çalışan bir uzman ebenin, bu uygulamaya ilişkin görüşleri şöyledir; *"...İhtiyaç fazlası ebe ve ihtiyaçtan az hemşire olduğu için kişilerin istihdamının doğru yerde yapılabilmesi için nicel planlama yapılmalı idi. Bu şekilde önceden ayırım yapamayan bakanlık ayırım yapabilecek bir yol buldu ve ebe olmaktan gurur duyan, kendini ebe kabul eden ebeliğe daha fazla katkı sağlayacağını bilen ebeler dışında diğer ebeler yetki aldı. Ebelik daha çok bir gönül işidir ve bu kişiler mesleğe katkı sağlayacaktır. Eğer sertifikasyon olmasa idi bu sayılar ile*

bakanlık ebeleri mecburen hemşire olarak çalıştırmaya devam edecekti.” Yine uzun yıllar alanda çalışan bir uzman hemşire de “... ebelere hemşire sertifikası verilmekte iken kadın sağlığı hemşirelerine neden ebe sertifikası verilmiyor...” şeklinde görüşünü bildirmiştir.

Tablo 5. Hemşire ve ebelerin katılabileceği sertifikasyon programları

Sertifikasyon Program Adı (Güncellenme Tarihi)	Katılımcı Nitelikleri
Çocuk Acil Hemşireliği (04.07.2017)	- Çocuk hastaların kabul edildiği acil birimlerinde çalışan veya çalıştırılması planlanan hemşireler, hemşire yetkisi almış ebeler ve sağlık memurları (toplum sağlığı)
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği (10.04.2017)	- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan veya çalıştırılması planlanan (belgelendirilmesi kaydıyla) hemşireler, hemşire yetkisi almış ebeler , sağlık memurları - Bu standartın yayımlandığı tarihten önce yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışmaya başlamış ve hala çalışmakta olan ebeler
Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği (27.12.2016)	- Çocuk yoğun bakımda çalışan veya çalıştırılması planlanan hemşireler, hemşire yetkisi almış ebeler ve sağlık memurları
Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı (18.12.2017)	- Sağlık memurları (toplum sağlığı bölümü mezunu), hemşireler, hemşire yetkisi almış ebeler ve Laboratuvar teknisyeni/teknikeri
Psikiyatri Birimlerinde Hemşirelik Hizmetleri (11.04.2017)	- Psikiyatri birimlerinde çalışan veya çalıştırılması planlanan (belgelendirilmesi kaydı ile) hemşireler , sağlık memurları ve hemşire yetkisi almış ebeler
Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği (11.01.2017)	- Bu alanda çalışan ya da çalıştırılması planlanan tercihen lisans mezunu, bilgisayar kullanmayı bilen, en az 3 yıl mesleki deneyimi olan hemşireler ve hemşire yetkisi almış ebeler
Kanser Kayıt Elemanı (24.03.2017)	- Sağlık kurumlarında görev yapan hekim, hemşire, ebe , tıbbi teknolog, tıbbi sekreter ve sağlık memuru
Yerinde Değerlendirme Yapacak Verimlilik Gözlemcisi (06.03.2017)	- Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında en az 3 yıldır çalışmakta olan hemşire, ebe ve diğer tüm sağlık çalışanları ile diğer meslek mensupları
Halk Sağlığı Hizmet Birimleri İzleme ve Değerlendirme (26.06.2018)	- Halk sağlığı hizmet birimlerinde çalışmakta olan en az ön lisans mezunu sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer personeller
Hasta Hakları Eğitici Eğitimi (24.03.2017)	- Hasta hakları ile ilgili eğitim programlarını planlayıp yürütecek olan en az lisans mezunu kişiler
Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendiricisi (07.10.2016)	- Sağlık kurumlarında en az 2 yıl görev yapmış ve en az 4 yıllık fakülte mezunu olanlar
Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması Eğiticisi (07.10.2016)	- En az ön lisans mezunu sağlık personelleri ve bu alanda çalışan kişiler
Müzik Terapi (13.07.2016)	- Müzik alanı ve sağlık meslek mensupları
Çok Önemli Kişilerin Tıbbi KBRN Savunması (25.08.2016)	- Devlet büyüklerine sağlık hizmeti veren sağlık personeli

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı. Available from: <http://www.eshdb.saglik.gov.tr/TR,5099/dokumanlar.html>.

Ayrıca hemşire ve ebeler daha önceki yıllarda yapılan bazı yasal düzenlemelere dayalı olarak rahim içi araç uygulama, yenidoğan canlandırma programı, acil obstetrik bakım, emzirme danışmanlığı, ilkyardım, ameliyathane, palyatif bakım, yoğun bakım alanlarına ilişkin uygulayıcı ve eğitimci sertifikası alabilmektedir.³⁹⁻⁴¹ Yine bu durum da birçok çalışma alanında mesleki ayırım yapılmaksızın hemşire ve ebelere benzer yetkinlik ve sorumlulukların verildiğini göstermektedir.

Ülkemizde ebeler doğum ünitelerinde servis sorumlusu olarak yönetici rollerini yerine getirebilirler (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1982). Ayrıca, lisans mezunu ebeler, herhangi bir sağlık çalışanı olma (hemşire, ebe, diyetisyen vb.) şartı aranmadığından Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü olarak da görev

alabilirler.⁴² Diğer yandan, Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda,³⁵ ICM (International Confederation of Midwives)'in¹⁹ Ebelik Uygulamaları İçin Temel Yeterlilikler listesinde belirtilenlere uyumlu olarak “*ebelik hizmetleri kalite ve insan kaynaklarının yönetimini üstlenir; kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin yükseltilmesi ile ilgili organizasyonlarda yer alabilirler*” ifadelerine yer verilmiştir. Ayrıca hem yurt içi hem de yurtdışında ebelerin doğum üniteleri ve kadın doğum ile ilgili birimlerde sorumlu olarak görev yaptıkları bilinmektedir. Kadın-doğuma özel dal hastaneleri ve hastanelerin gebe, doğum ve doğum sonrasına ilişkin üniteleri ve aile planlaması birimlerinin ebeler tarafından yönetimi, anne-bebek sağlığına ilişkin hizmet sunum kalitesini geliştirebilir.

Yine mevcut yasal düzenlemelere göre ebelerin evde bakım, iş ve işçi sağlığı hizmetleri ile herhangi bir ilgisi bulunmamaktadır. Ancak, eğer evde bakım ekibi ihtiyaç duyarsa, geçici olarak ebeyi ekibe dâhil edebilmektedir.^{43,44} Benzer olarak Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı⁽³⁵⁾ ve ICM¹⁹'in Ebelik Uygulamaları İçin Temel Yeterlilikleri kapsamında da bu konulara yer verilmemektedir. Ebelerin temel eğitimleri kapsamında da yer almayan bu alanlarda görev almamaları ve görevlendirilmemesi ebelik mesleğinin mevcut konumuna katkı sağlayabilir.

Çalışmada görüş alınan 13 uzmandan 12'si bu çalışma ile iliği “*gerekli bir çalışma, önemli bir konu, alana değerli bir katkı, karmaşayı önleme konusunda öncü, ebe ve hemşire istihdamı hakkındaki sağlık politikası ile ilgili durum analizi çok güzel net ve doğru özetlenmiş*” şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır. Katılımcıların yedisi de metin içinde bazı kavram ve ifadelerin çıkarılmasını, değiştirilmesini ya da eklenmesini önermişlerdir. Katılımcıların üçü ise yaşanan karmaşanın en önemli nedeni olarak “*geçmişte yürütülen ebelik ve hemşirelik eğitim, istihdam ve uygulamalarını*” göstermişlerdir. Katılımcıların konuya ilişkin bazı ifadeleri şöyledir;

“... Türkiye’de en önemli sorun geçmişten gelen nedenlerle de hemşire ve ebelerin benzer meslekler gibi algılanıp bir biri yerine ikame ediliyor olması...” (Ebe, Eğitimci, Ebelik Bölümü).

“... Lisans eğitim öncesi hemşirelik ve ebelik eğitimlerinin benzerlikleri ve her iki mesleğin adının aynı alanda kullanıldığını gösterecektir. Örn. Sağlık Meslek Lisesi (SML) ebe / hemşire mezuniyeti gibi. Ayrıca her iki mesleğinde üniversite eğitiminde gelinen nokta da ortaya konulmalıdır. Önlisans ve lisans eğitimlere girişlerde SML tercihleri.. Örn: SML ebelik mezunu olanların Hemşirelik Yüksek Okuluna kabullerinde puan eklenmesi v.b. ya da önlisans ebe mezunlarının hemşirelik lisans programlarına dikey geçişleri gibi (Eğitimci, Ebelik Bölümü, Dernek Yöneticisi).

“..... Özellikle ebelerin sahada istihdam edilmesi ile ilgili çok ciddi sorunların yaşandığı, görev ve yetki karmaşasının olduğu çok net olarak yasal mevzuatlarla ortaya konmuş. Hemşirelerin ve ebelerin görev yetki ve sorumlulukları birbirine benzerlik gösterse de sahada ebelerin daha çok alan dışı çalıştırıldığını düşünüyorum. Bu durum bazen meslektaşlarımızdan ama çoğunlukla başhemşire / hemşirelik bakım hizmetleri müdürlerinin ebeleri, görev yetki ve sorumluluklarını dikkate almadan istihdam ettiklerinden kaynaklanmaktadır” (Uzman Ebe, uygulayıcı).

“... Genel olarak makalede anlatılması en zor olan kısım ebelerin temel görevleri ile hemşirelerin üst eğitim ile aldıkları görevlerin benzerlik göstermesi. Bu aslında hemşirelerin üst eğitim ile ebeler ile ortak alanda çalışabileceklerini göstermektedir. Bu anlamda üst öğrenim görmüş hemşireler ile ebelerin mesleki anlamda ortak alanda çalışmalarında bir sorun olması gerekmezken esas sorun ebelerin hiç bir üst öğrenime tabi tutulmadan hemşirelik alanında görevlendirilmeleri temelde ebelik eğitimi ile hemşirelik yapabilecekleri anlamını ve karmaşasını yaratmaktadır. Beceri düzeyinde hizmet başında bu uygulamaları öğrenmeleri mümkün olsa da tıbbi tedavide güvenliği ve teorik analizden eksik kalma tehlikesi ve toplumda aynı meslek olduğuna dair algı hatası oluşturmaktadır. Bu sebeple bu makalenin ana amacı bu sorun üzerinde

odaklanmalıdır benim görüşüme göre. Ayrıca üst öğrenim görmüş hemşirelerin ebeler ile ortak alanda örtüşen uygulamalar yapmasının yanında kesin ayrıştırılabilen görev ve sorumlulukları çok iyi tanımlanmalıdır. Örneğin doğum yaptırmaya yetkisi olmayan kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri travayda eylem izleminde görev almamalıdır. Çocuk alanında görev yapan ebelerin aslında temel görevleri sağlam çocuk izleminde odaklıdır ancak yine yukarıda bahsettiğimiz sebeplerden dolayı çocuk hastalıkları kliniklerinde görevlendirilen ebelerin olması nedeniyle algı sanki tedavi aşamasında görev alabileceği ya da almalı şeklinde olmaktadır. Oysaki Almanya gibi Ülkelerde 12 haftaya kadar anne isterse lohusa bakımı verilirken emzirme süresi boyunca çocuğun sağlam çocuk izlemi yapılmaktadır. Asla bir ebe konjenital anomalisi olan veya klinik bakım gerektiren çocuğa müdahale etmez.”(Uzman Ebe, Dernek Yöneticisi).

“Tablo 5, hemşire ve ebelerin katılabileceği sertifikasyon programları ile ilgili olarak: Bence lisans mezunu her insan mesleği dışında ya da içinde katılacağı kurs ve sertifika programları ile yaşam boyu öğrenme ile hem kendini hem de mesleğini geliştirip farklı çalışma alanlarında çalışabileceğine inanıyorum. Ayrıca bu iki meslek felsefe olarak da farklıdır: Ebelik normal - fizyolojinin sürdürülmesine odaklı iken, hemşirelik bununla birlikte patolojinin tedavisi ve rehabilitasyonuna da odaklıdır ve bu nedenle daha kapsamlı bir eğitim almaktadır. Ebeleri gebe ya da doğum yapan kadının ruh sağlığını değerlendirmekten ve enfeksiyonlardan korumaktan mahrum etmemek, bu dersleri de hemşireler kadar almaları ve yeterli olmaları gerekiyor diye düşünüyorum (Eğitimci, Ebelik Bölümü).

“...Yazı içeriğine, ebelik ve hemşirelik mesleklerinin gelişimleri ve hizmet alanların bireylerin hakları ve güvenlikleri açısından da baktığımızda önemli olduğunu söyleyebilirim. İçeriği açısından herhangi bir önerim olmamakla beraber (Eğitimci, Hemşirelik Bölümü).

“Elinize sağlık. İhtiyaç olan bir derleme”(Eğitimci, Hemşirelik Bölümü, Dernek Yöneticisi).

“...burada şu ayrıntıyı unutmamak gerekir ya da göz ardı edilmemelidir bununla ilgili ya lisans eğitimi sırasında buna müfredatta yer verilmelidir ya da lisans eğitim döneminde hastanelere sığmayan öğrenciler yenidoğan yoğun bakımlarda staja alınmayacak. Çünkü kontenjanların bu kadar fazla olduğu okullarda uygulama sahası konusunda sıkıntı çeken okullar yenidoğan çocuk yoğun bakımlar ve çocuk acillerde uygulamaya çıkmakta ve mezuniyet sonrası öğrencinin de kafası karışmaktadır”(Uzman Hemşire, Eğitimci, Uygulayıcı).

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, çalışma verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak elde edilmiş ve belirli bir standardizasyon sağlanamamıştır. Bu duruma bağlı olarak bazı verilere ulaşılamamış olabilir. Bu konuda yapılabilecek gelecek araştırmalarda bu durumun dikkate alınması gerekmektedir. İkincisi, araştırma kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman iki hemşire tarafından yapılmıştır. Bu durum, çalışmada hemşirelik lehine yorum yapılmasına neden olabilir. Ancak bu etkinin kontrol altına alınması için, çalışma tamamlandıktan sonra her iki meslek grubundan uzmanlara okutulmuş, görüşleri alınmış ve metin içinde uzman görüşlerine yer verilmiştir.

Sonuç ve öneriler

Literatüre dayalı olarak niteliksel çoklu vaka çalışması deseninde yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- ✓ Hemşirelik ve ebelik ulusal ve uluslararası düzeyde farklı eğitim, uygulama, iş ve görev tanımları hakkındaki yasal düzenleme ile bilinen ve kabul gören iki meslektir.
- ✓ Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri yenidoğan, yaşam boyu kadın sağlığı ve hastalıkları, aileye yönelik bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden sorumludurlar.

- ✓ Ebelerin görevleri doğurganlık döneminde kadın sağlığı ve 0-6 yaş çocuk sağlığına odaklıdır.
- ✓ Ebeler, doğum sürecini yönetme konusundaki görev ve sorumlulukları ile kesin olarak kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinden farklılık göstermektedirler.
- ✓ Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ile ebelerin görev ve sorumlulukları üreme döneminde benzerlik göstermektedir.
- ✓ Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ile ebelerin iş ve görev tanımları yenidoğanın bakım ve izlemi konularında örtüşmektedir. Ayrıca hemşirelik yetkisi almış ebeler; çocuk acil, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikaları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmet birimlerinde istihdam edilmektedirler.
- ✓ Halk sağlığı hemşireleri ile ebelerin ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerindeki görev ve sorumlulukları benzerlik göstermektedir.
- ✓ Aile Sağlığı, Toplum Sağlığı Merkezleri ve bağlı birimlerde çalışan hemşire ve ebeler toplum sağlığı elamanı olarak aynı görevleri yapmaktadırlar.
- ✓ Ebeler hemşirelik yetkisi ve sertifika programları ile temel eğitim ve yasal yetkileri dışında bulunan psikiyatri ve enfeksiyon kontrol hemşireliği alanlarında da istihdam edilmektedirler.
- ✓ Ebeler doğum ünitelerinde servis sorumlu ve sağlık bakım hizmetleri müdürü olarak yönetici rollerini yerine getirebilirler.
- ✓ Ebelerin evde bakım, iş ve işçi sağlığı hizmetleri ile ilgili doğrudan yasal görev, yetki ve sorumlulukları bulunmamaktadır.
- ✓ Ebelerin hemşirelik yetkisi ve sertifikasyon programları ile birçok hemşirelik alanında görevlendirilmeleri, onları profesyonel bir meslek olarak standart eğitim, yasal görev, yetki ve sorumluluklarından uzaklaştırabilir.

Bu sonuçlara dayalı olarak, bu mesleklerin çalışma ortamlarının görev tanımları ve mesleki eğitimlerine göre yeniden düzenlenmesi ile toplumsal ve mesleki algıda oluşan karmaşanın giderilmesi ve hizmet sunum kalitesinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda yasal düzenlemeleri yapanlar ve yöneticiler yasa, yönetmelik ve istihdamın planlanması ve uygulanmasında her iki mesleğin temel eğitim ve yasal düzenlemelerini göz önünde bulundurmaldırlar. Ayrıca Türk Hemşireler Derneği, Ebeler Derneği ve ilgili diğer mesleki derneklerin İngiltere ve Amerika örneklerinde olduğu gibi işbirliği yapmaları, eğitim ve çalışma alanlarını mevcut yasal düzenlemelerine uygun konuma getirmeleri gerekmektedir. Bu derneklerin işbirliği ve alanda daha fazla söz sahibi olmaları ile her iki mesleğin iç içe ya da karmaşa nedeniyle karşı karşıya olması yerine, yan yana ve işbirliği içinde olmaları sağlanabilir. Bireysel ve kurumsal düzeylerdeki uygulayıcıların, özellikle ebeleri eğitim ve yasal düzenlemelerine uygun olmayan birimlerde görevlendirmemeleri ve ebelerin de gönüllü olarak bu birimlerde çalışmamaları ile hizmet kalitesinin artırılmasına ve tıbbi hata riskinin azaltılmasına katkı sağlanabilir. Örgün ve yaygın eğitimde görev yapan eğitimciler her iki mesleğin öğrenci ve çalışanlarını mesleklerin yasal ve çalışma alanları bağlamında örtüşen ve ayrışan noktaları konusunda bilinçlendirmelidirler. Ayrıca ebelerin hemşirelik alanlarında çalışmalarının ve birlikte çalışmanın bilimsel sonuçlarını ortaya koyacak biçimde hizmet çıktıları, hasta ve çalışan memnuniyeti konularında araştırmaların yapılması önerilebilir.

BİLGİ

Bu çalışma, 05-06 Ekim 2018 tarihlerinde Kiew, Ukrayna'da düzenlenen III. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 5634, Tarihi: 25.4.2007. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>.
2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Tarih: 18.01.2014, Sayı: 28886. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>
3. Çalışılan Birim / Servis / Ünite / Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları (Hemşirelik Yönetmeliği; Tarih: 8.3.2010 ve Sayı: 27515). Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Haber Bülteni. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?0>
5. T.C. Sağlık Bakanlığı İzleme Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı. (2015). OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye. Available from: <https://www.saglikaktuel.com/d/file/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf>
6. Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. Tarih: 02.02.2008, Sayı: 26775. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?Mevzuat Kod=7.5.11949&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=>
7. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. Tarih: 22.05.2014, Sayı: 29007. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>.
8. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 19.04.2011, Resmi Gazete, Sayı: 27910. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
9. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Son Değişiklerle Beraber). Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliigi-son-degisiklerle-beraber.html>
10. Karaçam Z. Türkiye’de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: Yasal düzenlemeler, eğitim ve Araştırma. Lokman Hekim Dergisi. 2016;6(3):128-136. Available from: <http://lokmanhekim.mersin.edu.tr/index.php/lokmanHekim/article/view File/547/611>
11. Karaçam Z, Güleç T. Yeni mezun ve öğrenci ebelerin kendilerini hemşire olarak tanıtmaya nedenleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;32(2):11-24. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/issue-file/8922>
12. The International Council of Nurses. 2016-17 Biennial Report. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Biennial%20report%202016-2017_FINAL.pdf
13. Türk Hemşireler Derneği. Available from: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/duyurular/2018/dunya-saglik-orgutu-uluslararası-hemsireler-konseyi-hemsirelik-simdi-2018-2020.aspx>
14. The Nursing and Midwifery Council. Available from: <https://www.nmc.org.uk/>
15. World Health Organization. World Health Organization. Maternal and perinatal death reviews in the UK. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/united-kingdom/en/
16. IndexMundi-Country Profiles-Historical Data Graphs. Available from: <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=29&c=uk&l=en>.
17. Kemp B, Knight M. Maternal mortality in the UK: An update. Obstet Gynaecol Repr Med. 2016;26(1):26-28. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.003>
18. American Midwifery Certification Board. Available from: <https://www.amcbmidwife.org/>.
19. International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice 2010, Revised 2013 The Essential Competencies for Basic Midwifery Practice is a living document. Available from: <http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/05/ICM-Essential-Competencies-for-Basic-Midwifery-Practice-2010-revised-2013.pdf>
20. Luyben AG, Wijnen HAA, Perrenoud P. The current state of midwifery and development of midwifery research in four European countries. Midwifery. 2013;29 (5):417-24. doi: 10.1016/j.midw.2012.10.008.

21. Bogren MU, Wiseman A, Berg M. Midwifery education, regulation and association in six South Asian countries – A descriptive report. *Sex Reprod Healthc.* 2012;3(2):67-72. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.004.
22. Eroğlu K, Koç G. Dünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. Available from: *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;15:2. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29589>
23. Aytaçlı B. Durum çalışmasına ayrıntılı bir bakış. *Anan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi.* 2012;3(1):1-9. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/399478>
24. Vural RA, Cenkseven F. Eğitim araştırmalarında örnek olay (vaka) çalışmaları: Tanımı, türleri, aşamaları ve raporlaştırılması. *Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2005;6(10):25-38. Available from: <file:///C:/Users/Administrator/Downloads/rnekolayalmas.pdf>
25. Baxter P, Jack S. Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report.* 2008;13(4):544-559. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
26. Günbayı İ, Akcan F. İlköğretim Kurumları Yöneticilerinin Yaşadıkları İş Streslerine İlişkin Görüşleri : Bir Durum Çalışması. *Öğretmen Eğitimi ve Eğitimcileri Dergisi.* 2013; 2(2):195-224. Available from: <http://www.jtee.org/document/issue4/MAK2.pdf>
27. Subaşı M, Okumuş K. Bir araştırma yöntemi olarak durum çalışması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2017;21(2): 419-426. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/474049>
28. O'Brien BC, et al. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89:1245–1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388
29. Kaleli Yılmaz G. Durum çalışması. In: Metin M, Editor. *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* 1th ed. Turkey (Ankara): Pagem Akademi; 2014. p. 261-285. https://www.researchgate.net/publication/299418407_Durum_Calismasi
30. The International Council of Nurses. Women's health. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A19_Womens_Health.pdf
31. The International Council of Nurses. Breastfeeding. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A02_Breastfeeding.pdf
32. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinde Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Okulu ve Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge. 02.10.2018. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27473,gebe-okulu-gebe-bileke093068a-ccaf-4c37-aa08-7886ae9fa1e5pdf.pdf?0>
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı. Available from: <http://www.eshdb.saglik.gov.tr/TR,5099/>
34. Sertifikalı eğitim yönetmeliği. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/02/20140204-2.htm>
35. Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. 2016. Available from: <http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/ebelik.pdf>
36. Aile Hekimliği Kanunu. Tarih: 9.12.2004 ve Sayı: 25665. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>
37. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 16.05.2017, Sayı: 30068. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/05/20170516.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/05/20170516.htm>
38. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Tarih: 5.02.2015, Sayı: 29258. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>
39. Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği (11.12.2009 Tarih ve B.10.0.SEG.0.72.00.03-010.03/15296 Sayılı). Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/214,saglik-bakanligi-hizmet-ici-egitim-yonetmeliği-son-değisiklik-31122012-36239pdf.pdf?0>
40. 507 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi. Görev, Yetki Ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4933&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>
41. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 2827, Kabul Tarihi: 24.5.1983, Resmi Gazete: Tarih: 27.5.1983 Sayı: 18059, Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5, Cilt: 22, Sayfa: 352. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>

42. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Tarih: 31.10.2012, Sayı: 3131. Available from: <https://www.saglikaktuel.com/haber/tasra-teskilati-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge-40179.htm>
43. İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu. Kanun Numarası: 6331: Tarih: 30.06.2012, Sayı: 28339 Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>
44. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm>

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Doktorlarının Empati Becerisi Üzerine Bir Pilot Çalışma*

A Pilot Study on Empathy Skills of Pediatrics

Selda Okuyazⁱ, Meltem Direkⁱⁱ, Oya Ögenlerⁱⁱⁱ, Didem Derici Yıldırım^{iv}

ⁱDr.Öğr.Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, <https://orcid.org/0000-0002-5048-8679>

ⁱⁱSBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Nörolojisi, <https://orcid.org/0000-0003-1815-7981>

ⁱⁱⁱDoç.Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, <https://orcid.org/0000-0002-5118-6170>

^{iv}Dr.Öğr.Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD, <https://orcid.org/0000-0001-7709-6133>

ÖZ

Giriş: Kendini duygu ve düşüncede bir başkasının yerine koyabilme olarak tanımlanan empati (duygudaşlık), hasta hekim ilişkisi bakımından önemlidir. Çocuk hastalıkları ve sağlığı hekimlerinin empati becerileri hasta yakınlarının en değerli varlıkları olan çocuklarının sağlığı söz konusu olduğunda ön plana çıkar.

Amaç: Bu pilot çalışmanın amacı Mersin'deki bir hastanede çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında görev yapan hekimlerin empati becerilerini ve bu beceriyi etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında görev yapan hekimler üzerinde yürütülmüştür. Veri toplama formunun birinci bölümünde hekimlerin demografik özelliklerine yönelik sorular, ikinci bölümünde ise "Jefferson Empati Skalası" bulunmaktadır. Verilerin analizinde istatistik program olarak Statistica 13.3 kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 55 (26 erkek, 29 kadın) hekimin yaş ortalamaları $34,11 \pm 6,99$ 'dir. Katılımcıların 6'sı (%10,9) profesör, 2'si (%3,6) doçent, 5'i (%9,1) Dr. öğretim üyesi, 1'i (%1,8) yan dal uzmanı, 10'u (%18,2) yandal asistanı, 31'i (%56,4) asistan hekimdir. Katılımcıların toplam puan ortalaması 98.42 ± 12.71 'dür.

Sonuç: Çalışmamızda katılımcıların Jefferson Empati Skalasından aldıkları toplam puan ortalamasının, ortanın üzerinde olması olumlu bir durumdur. Bu pilot çalışmaya göre empati becerisini etkileyen faktörleri ortaya çıkaracak, olumlu yönleri pekiştirecek çalışmaların artırılması düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Empati, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, asistan hekim, hasta hekim ilişkisi

ABSTRACT

Introduction: "Empathy" is a term that stands for the ability of a person to replace himself/herself in terms of emotion and thought with another individual. Empathy is essentially important particularly in the patient-physician relationship in the field of health. Pediatricians' empathy skills stand out when the matter is the health of children who are the most precious wealth of their parents.

Aim: The objective of this pilot study is to identify the empathy skills of physicians dealing with pediatric disorders and to specify the factors affecting these skills in a hospital in Mersin.

Materials and methods: This study was conducted on physicians working in the field of child health and diseases. The data collection form consists of two parts; in the first part there are questions about the demographic characteristics of physicians and in the second part there is the "Jefferson empathy scale". All the analysis for evaluated using Statistica 13.3.

Results: The average age of 55 (26 male and 29 female) physicians was 34.11 ± 6.99 . The average age of 55 (26 male and 29 female) physicians was 34.11 ± 6.99 years. 6 (10.9%) of the participants were professors, 2 (3.6%) associate professors, 5 (9.1%) assistant professors, 1 (1.8%) sub-branch expert, 10 (18.2%) sub-branch assistant physicians, 31 (56.4%) assistant physicians. The average of the total score of the participants was 98.42 ± 12.71 .

Conclusion: In our study, the averages of the participants were higher than the intermediate level and this is a positive situation. According to the data obtained in this pilot study, it is thought to increase the studies to improve the positive aspects, which will reveal the factors affecting empathy skill.

Key words: Empathy, pediatrics, assistant physicians, patient- physician relationship

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 228-235

DOI: 10.31020/mutftd.552907

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 12 Nisan 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 25 Nisan 2019

İletişim - Correspondence Author: Selda Okuyaz <okuyazs@gmail.com>

GİRİŞ

Kendini duygu ve düşüncede bir başkasının yerine koyabilme olarak tanımlanan empati, zaman içinde farklılık gösterebilir.^{1,2} On dokuzuncu yüzyıl sonunda insanın bir sanat eserinden nasıl etkilendiğini açıklama amacıyla kullanılan Almanca “Einfühlung” kelimesi empatinin kökenini oluşturmaktadır ve sonrasında bu kelime kişiler arasındaki anlayışı açıklama amacıyla kullanılır oldu.² İngilizce olarak türetilen empati kelimesi hissetmek, başkalarının inançlarını ve niyetlerini anlayabilmek için onun içinde bulunduğu durumu düşünebilmesi anlamına gelmektedir.² Empati kelimesi içinde kavram olarak duygudan daha çok düşünme eylemini barındırmaktadır.³ Bir kişinin empati becerisine sahip olması, o kişinin karşısındaki insanın duygularını anlayabilmesi ona göre gereken davranışı göstermesidir.³

Hekim hasta ilişkisinde hekimin bir empati becerisinin olması beklenen bir özelliktir.⁴ Empati becerisi, uygulamalı alanda çalışan hekimler için hastasıyla ilişki kurmasını ve onun acısını anlamasını sağlamaktadır.⁴ Hekim tarafından hastanın muayene edilip gözlenmesi ve şikayetlerinin dinlenmesi hastaya insan olarak değer verilmesini sağlar.⁴ Ancak ne yazık ki son zamanlarda teknolojinin artması, teşhis ve tedavi sürecinin kanıta dayalı tıbbi ve somut delillere bağlı olması, hekim hasta ilişkisinde empatinin varlığını azalttığı yönünde bir kaygı uyandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinin empati becerilerinde azalma olması ya da istenen düzeyde olmaması düşündürücüdür. Özellikle hekim adaylarının meslek eğitimlerinde empati becerisinin varlığının sorgulanması hekim hasta ilişkisi açısından önemsenmesi gereken bir durum olarak dikkati çekmektedir.^{4,5,6,7,8}

Empati becerisi eğitim ile verilebilir, böylece hasta ile iletişimin iyileştirmesi sayesinde hastanın tedaviye uyumunu artırabilir; yapılan işten daha fazla memnun olunması sağlanabilir.^{8,9,10,11,12} Empati becerisinin ölçülmesi hekimin sahip olduğu beceriyi açığa çıkarması açısından önemlidir. Bu yeteneği ölçmeye yönelik birçok çalışma mevcuttur.⁷⁻¹⁵

Gelişen teknoloji ve bilgi artışının hekim hasta arasındaki ilişkiyi zedelediği ileri sürülebilir.^{16,17} Çağdaş hekimlik anlayışına sahip bir hekimde bütüncül yaklaşım ile hastanın tedavi sürecinin planlanması gerekir. Bütüncül yaklaşımda hekim sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal/psikolojik, toplumsal/sosyal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.¹³ Hasta hekim arasındaki iletişim ve empati becerisi halen önemini korumaktadır. Bu bağlamda empati becerisinin bütüncül bir yaklaşım ile hekimin davranışını şekillendireceği düşünülebilir. Bu sayede hekim, karşısındaki insanın hastalığından dolayı çektiği acıyı, mağduriyeti hissedebilir, ona hoşgörü ile yaklaşabilir.^{4,18} Klinikte hasta bakan hekim her zaman hastasıyla birebir ilişkide bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların sonuçları, klinikte çalışan hekimlerin uzmanlık alanlarıyla empati becerileri arasında farklılıklar olduğunu düşündürmektedir.^{12,15} Çocuk hastalıkları hekimlerinin, hastanın çocuk olmasından dolayı hem anne baba hem de çocuk ile ayrı ayrı birebir ilişki kurması gerekir. Dahili birimlerde görev yapan hekimler ile cerrahi birimlerde görev yapan hekimler arasında farklılıklar olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmaktadır.^{12,15} Ancak literatürde çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi birçok alt bilim dalını kapsayan özel çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı bir tıp fakültesi’nde çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı’nda görev yapan hekimlerin empati becerisini etkileyen olumlu ve olumsuz faktörleri belirlemektir.

METHOD

Bu çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda aktif olarak çalışan hekimler üzerinde yapıldı. 1-30 Temmuz 2018 tarihleri arasında 55 hekim üzerinde gönüllülük esasına dayanarak yürütülmüştür. Veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde hekimlerin sosyodemografik özelliklerine yönelik 20 soruya yer verilmiştir. Sorular çalışmanın literatürüne göre yazarlar tarafından hekimlerin

cinsiyeti, mezun oldukları okul, çalışma süresi, eğitimleri, sahip oldukları çocuk sayısı gibi hekimin empati becerisini etkileme olasılığı olan özelliklere göre belirlenmiştir.

Jefferson Empati Ölçeği, Jefferson Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi araştırma merkezinde doktor ve öğrencilerin empati becerisi düzeyini ölçme amacıyla geliştirilmiştir.^{13,14} İkinci bölümünde ise Jefferson Empati Skalasının Türkçe versiyonu kullanılmıştır.¹⁴ Yirmi maddeden oluşan "Jefferson Empati Ölçeği"nin 10 maddesi negatif, 10 maddesi de pozitif ifadeli cümlelerden oluşmuştur. Toplam alınan puan hesaplanmadan önce negatif ifadeli 10 maddenin (1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19. maddeler) verileri ters çevrilmiştir. Böylece bu maddelerde 1= kesinlikle katılıyorum, 7= hiç katılmıyorum anlamında değerlendirilmiştir. En az 20 En yüksek 140 puan alınabilir. Katılımcı ne kadar yüksek puan alırsa o kadar yüksek empatik beceriye sahip demektir. Jefferson Empati Ölçeği üç faktörden oluşmaktadır. "Hastanın bakış açısını yakalama" adını alan birinci faktörde(F1) 10 madde, "sağlık hizmeti verirken duyarlı olma" adlı ikinci faktörde (F2) sekiz madde ve "hastayı anlama" olarak adlandırılan üçüncü faktör (F3) ise iki madde içermektedir. Üç faktörün toplam varyansı %39.05; ölçeğin tümüne ilişkin Cronbach-Alpha iç tutarlık (güvenirlilik) katsayısı ise 0.79 olduğu verilmektedir.¹⁴

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlayan değişkenler $\text{ort} \pm \text{sd}$ cinsinden özetlenirken, varsayımı sağlamayan değişkenler medyan [25P.-75P.] (P.=Persentil) şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki grup karşılaştırmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda Independent Sample t testi, varsayım sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki gruptan fazla grup için normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda ANOVA uygulanmış olup, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey testi, varsayım sağlanmadığı durumda ise Kruskal Wallis testi ve ardından Dunn testi yapılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Analizler Statistica 13.3.1 programında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan 65 hekimden 55'i dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılım oranı çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri için %84,6'dır. Hasta yatak sayısı toplam 98 adettir. Katılımcıların %47,3'ü kadın, %52,7'si erkektir. Katılımcıların yaş ortalamaları $34,11 \pm 6,99$ 'dur. Hekimlerin %50,9'unun çocuğu yok, %10,9'u profesör, %56,4'ü uzmanlık öğrencisi, %18,2'si yandal uzmanlık öğrencisidir. Hekimlerden 16,3'ü meslekte 20 yılın üzerinde çalışırken %51'i mesleklerinin ilk on yılındadır. Hasta veya yakınından sözel şiddete uğrayan hekim oranı %77,8 iken fiziksel şiddete uğrayanların oranı %14,8'dir, hasta hekim ilişkisine yönelik eğitim alanların oranı %36,4'dür (**Tablo 1**).

Katılımcıların ortalama Jefferson Empati Ölçeği puanı 98.42 ± 12.71 'dür.

F2 ve toplam ortalama puan ile yaş arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,364$, $p=0,007$; $r=0,361$, $p=0,011$). F3 ile yaş arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,331$, $p=0,015$).

Hekimlerin deneyim yılı grupları arasında F1 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,054$). Hekimlik deneyim yılı grupları arasında F2 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,029$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla post hoc testlerden Tukey testi sonucuna göre, 20 yıl üstü ve 10 yılın altı grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,023$). F3 değerleri bakımından da hekimlik deneyim yılı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,014$).

Farklılığın kaynağını araştırmak amacıyla Dunn testi uyguladığımızda, 20 yıl üstü ve 10 yılın altı grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,007$).

Tablo1: Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik Bilgi		Sayı (Yüzde)
Unvan N(55)	Prof.Dr	6 (%10,9)
	Doç.Dr	2 (%3,6)
	Dr. Öğr. Üyesi	5 (%9,1)
	Yandal Uzmanı	1 (%1,8)
	Asistan Dr	31 (%56,4)
	Yandal Asist	10 (%18,2)
Cinsiyet N(55)	Kadın	26 (%47,3)
	Erkek	29 (%52,7)
Çocuk Varlığı N(55)	Var	27 (%49,1)
	Yok	28 (%50,9)
Görev Yapılan Yıl Dağılımı N(23)	10-20 Yıl Arası	9 (%38,9)
	20 Yıl Üstü	3(%12,9)
	10 Yıl Altı	11 (%47,3)
Fiziksel Şiddet Varlığı N(54)	Evet	8 (%14,8)
	Hayır	46 (%85,2)
Sözel Şiddet Varlığı N(54)	Evet	42(%77,8)
	Hayır	12 (%22,2)
Hasta- Hekim İlişkisi Eğitim N(55)	Evet	20 (%36,4)
	Hayır	35 (%63,6)
Hekimlerin Deneyim Yılı N(55)	20 Yılın Üstü	9 (%16,3)
	10-20 Yıl Arası	18 (%32,6)
	10 Yılın Altı	29 (%51)
Yaş N(55)	Ortalama±St.Sapma	34,11±6,99

Asistan eğitim süreleri açısından gruplar arasında toplam ortalama puan, F1, F2 ve F3 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,562$, $p=0,511$, $p=0,606$, $p=0,621$). Sözel şiddete uğrayan ve uğramayan grup arasında toplam ortalama puan, F1, F2 ve F3 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,480$, $p=0,327$, $p=0,875$, $p=0,965$). Fiziksel şiddete uğrayan ve uğramayan grup arasında toplam ortalama puan, F1, F2 ve F3 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,727$, $p=0,783$, $p=0,743$, $p=0,425$). Cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde toplam puan ortalaması, F1, F2 ve F3 değerleri bakımından kadın ve erkek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,776$, $p=0,695$, $p=0,931$, $p=0,192$). Çocuğu olan ve olmayan grup arasında toplam puan ortalaması, F1 ve F2 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,088$, $p=0,119$, $p=0,214$). Ancak F3 değerleri bakımından çocuğu olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,017$) (**Tablo2**).

Yatak sayısı ile F3 değerleri arasında istatistiksel olarak zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,366$, $p=0,016$). Çalışma koşulları ile F3 değerleri arasında istatistiksel olarak zayıf, anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır ($r=0,332$, $p=0,015$) (**Tablo3**).

Tablo2: Jefferson Empati Ölçeği puanının cinsiyete ve çocuk sahipliğine göre dağılımı

Cinsiyet(N)	Ort±St.Sapma	p	Çocuk Varlığı (N)	Ort±St.Sapma	p
Toplam	Kadın N(23)	97,86± 11,93	Toplam	Var N(22)	101,86±13,26
	Erkek N(26)	98,92 ±13,59		Yok N(27)	95,62±11,76
F1*	Kadın N(24)	46,29 ±5,61	F1*	Var N(23)	48,00 ±5,81
	Erkek N(27)	46,92 ±5,84		Yok N(28)	45,50 ±5,42
F2**	Kadın N(26)	40,46 ±6,35	F2**	Var N(27)	41,62±7,42
	Erkek N(28)	40,28 ±8,37		Yok N(27)	39,11±7,29
Median (Min-Max)			Median (Min-Max)		
F3***	Kadın N(25)	12 (8-14)	F3***	Var N(25)	13(8-14)
	Erkek N(28)	11 (6-14)		Yok N(28)	11 (6-14)

* F1: "Hastanın bakış açısını yakalama", **F2: "sağlık hizmeti verirken duyarlı olma", ***F3: "hastayı anlama"

Tablo3: Çalışma koşullarına göre dağılımı

Çalışma Koşulları	Ortalama±St. Sapma Medyan[Min.-Max.]
Yatak Sayısı	38,73±36,72 22,50 [3,00-97,00]
Polikliniğe günlük başvuran hasta sayısı	91,20±98,62 50,00 [10,00-500,00]
Günlük sizin poliklinikte muayene ettiğiniz hasta sayısı	45,90±45,07 40,00 [0,00-200,00]
Çalışma koşullarınıza verdiğiniz puan	5,24±2,32 5,00 [1,00-10,00]
	N (%)
Yataklı servis durumu	
Var	54 (98,2)
Yok	1 (1,8)

TARTIŞMA

Çağdaş hekimlik anlayışında hekimde empati kurma becerisinin varlığı, hem hastanın teşhis ve tedavi sürecini, hem de hasta hekim ilişkisini olumlu yönde etkilemesi muhtemeldir. Bu çalışma Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda çalışan hekimlerin empati beceri düzeyini etkileyen faktörleri belirleme amacıyla yapılan bir pilot çalışmadır. Araştırmamıza katılan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan hekimlerin toplam empati puanlarının ortalamaları 98,42 bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen puanların aynı ölçekle yapılan çalışmalardaki puanlara göre daha düşük olması dikkat çekicidir.^{8,14,20} Ancak hemşirelik mesleğinde yapılan çalışmada daha yüksek puan alınması, hemşirelik mesleğinde daha çok kadın olmasına, kadınların daha duygusal ve empati becerilerinin fazla olmasına bağlanabilir.²¹ Akgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlar daha fazla empatik beceriye sahiptir.¹⁹ Çalışmamızda ise cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. Çalışmamızda elde edilen düşük puanın cinsiyete bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hekimlerin yaşları ile empati becerisi arasında zayıf pozitif bir ilişki vardır. "Hastanın bakış açısını yakalama" ve "hastayı anlama" başlıklı iki faktör içinde yaş arttıkça empati becerisinin arttığı saptandı. Benzer şekilde hekimlerin deneyim yılları arttıkça özellikle 20 yılın üzerinde meslek hizmet süresi olanlar ile on yıldan daha az meslek süresi olanlar arasında fark olduğu saptandı. Hekimlerin deneyim süresi ve yaşları arttıkça empati becerisinin artmasının nedeni olarak hekimin tecrübesinin hekim hasta ilişkisine olumlu yansıdığı düşünülebilir. Uludağ Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da aynı şekilde yaş arttıkça hekimlerin empati becerisinin arttığı saptanmıştır.¹⁹ Literatürde yaş ile empati becerisinin olumlu etkilendiğini ya da yaş ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır.^{20,21,23}

Çalışmamızda statü olarak daha yüksek olanların asistanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek empati becerisine sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde çalışma statüsü ile empati düzeyi arasında bir fark bulunmadığını bildiren çalışma mevcuttur.²² Statü artışı, yaş ve hekimlik deneyimi artışı zaman olarak farklı boyutlarda yer almakla birlikte birbirine koşut olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda statüye ait görünen empati becerisindeki artma eğiliminin, yaş artışına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda empati düzeyi açısından çocuk varlığı incelendiğinde; "hastayı anlama" olarak adlandırılan üçüncü faktörün çocuğu olanlarda daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu faktör içinde "Hastalarım, onların duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissederler", "Tıbbi ya da cerrahi tedavide, empatinin tedavi edici önemli bir etken olduğuna inanıyorum" ifadeleri bulunmaktadır. Empati becerisinin sadece bir alt faktöründe fark olması çocuk sahibi olan hekimlerin çocuklar ile ilişkisinde, onları anlama konusunda daha fazla tecrübeye sahip oldukları düşünülebilir. Uludağ Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da aynı şekilde çocuk varlığı empati düzeyini olumlu etkilemiştir.¹⁹ Ancak literatürde çocuk varlığı ile yokluğu arasında fark

olmadığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur.²⁴ Empati kelimesinin anlamı “karşısındakini anlama” olarak kabul edildiğinde çocuğu olanlar çocukları anlıyor diyebiliriz.

Katılımcıların çalışma koşullarına verdikleri puan azaldıkça ve takip ettikleri yatak sayısı arttıkça empati becerilerinin azaldığı dikkati çekmektedir. Benzer şekilde literatürde, çalışma koşullarıyla ilgili memnuniyetsizlik artıkça empati puanlarının azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{19,20,21} Yatak sayısı ya da polikliniğe başvuran hasta sayısı artıkça göreceli olarak hastaya ayrılan zamanın azaldığı bunun sonucunda bütüncül bakışı sağlamaya yönelik zamanın azaldığı ileri sürülebilir.¹⁷ Çalışma koşullarından duyulan memnuniyetin az olmasının, sadece takip edilen hasta sayısı ya da hekimin çalışma süresi fazlalığının sonucunda ortaya çıktığı düşünülemez. Çünkü çalışma koşullarını etkileyen bir durum olarak hekimlerin dörtte üçünün sözel, yüzde onunun fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmesi üzücüdür. Çalışmaya katılan hekimler, 2015 yılında aynı hastanede yapılan çalışmaya uyumlu bir şekilde fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.⁸ Ayrıca katılımcıların yarısından fazlasının iletişim konusunda eğitim almadığını belirtmesi de önemlidir. Katılımcıların şiddete maruziyetleri ile iletişim konusunda eğitim alıp almamaları, empati beceri puanlarını etkilememektedir. Hekim hasta ilişkisinde hekimler herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiş olsalar da, tıp eğitimi müfredatının hekim hasta ilişkisine yönelik sosyal boyutu yürütebileceği donanımı sağladığı ileri sürülmektedir.⁷⁻⁸ Hekime tıp eğitimi boyunca klinik öncesinde kavramsal ve kuramsal alana yönelik eğitim verilirken, klinik dönemde ise klinik öncesi alınan bilgiler rol modellerle uygulamalı olarak somut hale dönüştürülmektedir.^{7,8} Ancak klinik dönemdeki eğitimin empati becerisi üzerine etkisi varsayılsa da 2007-2008 yılında yapılan çalışmada bu eğitimin bir katkısı olmadığı da iddia edilmektedir.⁷ Sağlık hizmeti sunumunda empati becerisi, ilişkinin temelini oluşturmaktadır. Hastaya empatik yaklaşım hastanın tedavi sürecini olumlu etkilemektedir. Eğitim becerisinin geliştirilmesini hedefleyen çalışma sayısı çok azdır. Empati becerisi düşük olan öğrencilere empati becerisini artırmaya yönelik bir çalışmada on haftalık başka bir çalışmada on üç haftalık eğitim verilmesiyle öğrencilerin empati becerisinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır.^{26,27} Yapılan çalışmalarda doğrudan bir eğitim olmadığında empati beceri puanlarında fark bulunmaması empati becerisine yönelik özel bir eğitimin zorunluluğuna işaret etmektedir diye düşünülebilir.

Araştırmamızın az sayıda katılımcı ile yapılması çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Ancak sağlık hizmeti sunumunda klinik öncesi ve klinikte hasta başı eğitimde empati becerisi hakkında literatüre uyumlu sonuç elde edilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda çağdaş anlayış ve bütüncül yaklaşım ile hizmet veren hekimlerde, hekim hasta iletişiminde empati becerisinin istenen seviyede olması sadece rol model hekimlerin çabası ile mümkün olmayacağı düşünülmektedir. Bu amaçla empati becerisi eğitimi verilmesi önemlidir. Ancak empati becerisi eğitimine yönelik eğitimin planlanması içeriğinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu pilot çalışma bu amaca yönelik tanımlayıcı bir şekilde çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimlerinin empati becerisini etkileyen faktörleri açığa çıkarmıştır. Bu araştırma sonucunda elde edilecek veriler çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının geneline yönelik empati becerisini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmaya yönelik çalışmada kullanılacaktır.

Sonuç olarak hekim-hasta ilişkisinde empati becerilerini araştırdığımız pilot çalışmada katılımcıların toplam puanlarının ortalamasının üzerinde olmasının pozitif bir durum olmasına rağmen literatürdeki hekimlere yönelik puanlardan daha düşük olması düşündürücüdür. Bu pilot çalışmanın uygulanması sırasında elde edilen verilere dayanarak, empati becerilerini etkili bir şekilde etkileyen faktörlerde olumlu yönleri güçlendirecek çalışmaları geliştirmek hedeflenmelidir. Bu hedefe ulaşmak için asistan hekimlerin empati becerisi eğitiminin sağlanması, hasta başında denetlenmeleri olumlu tutum ve davranışları pekiştirilmesi, değişimleri sağlayacak eğitim programlarının planlanması ile mümkün olacaktır.

BİLGİ

Çalışma 04/10/2018- 06/10/2018 tarihlerinde İstanbul, Türkiye’de düzenlenen “The 5th International and Interdisciplinary Conference on. Health, Culture and the Human Body Principles of Biomedical Ethics, Genetics and Human Enhancement” da sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu. Erişim Adresi: <http://tdk.gov.tr/>
2. Barnes A, Thagard P. Empathy and analogy. Erişim Adresi: <http://cogsci.uwaterloo.ca/Articles/Pages/Empathy.html>
3. Chismar D. Empathy and sympathy: the important difference. The Journal of Value Inquiry 1988;22:257-266. Erişim Adresi: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00136928.pdf>
4. Spiro H. Commentary: the practice of empathy. Acad Med September 2009;84(9):1177-1179.
5. Hojat M, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion in empathy in medical school. Acad Med 2009;84:1182–1191. Erişim Adresi: Ovid Full Text Bibliographic Links [Context Link]
6. Bıkgel N. Özçakır A. Jefferson empati psikometrik özelliklerinin Türkçe versiyonu. European Scientific Journal (ESJ) Temmuz 2017;13(20). DOI:10,19044 / esj.2017.v13n20p101
7. Kadioğlu S. ve ark. Tıp Fakültesi öğrencilerinin klinik eğitimin empati becerisi üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;18(1):33-37.
8. Ögenler O, Yapıcı G., Uzel İ. Tıp fakültesi öğrencilerinin empati becerileri hakkında görüşleri. In Işıl Ülman Y, Artvinli F, editors. Değişen Dünyada Biyoetik. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını; 2012.Pp:318-325. (Tbd VII. Kongresi, İstanbul 12-13 Ekim 2012).
9. Artıran İğde F, Şahin MK. Changes in empathy during medical education: an example from Turkey. Pak J Med Sci 2017 Sep-Oct;33(5):1177–1181. doi:10.12669/pjms.335.13074
10. Çam O. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde psikodramanın empatik eğilim ve empatik beceri üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1995;11:55-63.
11. Hojat M, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. Acad Med 2002;77(10 Suppl):58–60.
12. Avasarala S. K, Whitehouse S, Drake S M. Internship and empathy: variations across time and specialties. Southern Medical Journal 2015;108(10):591-595.
13. Hojat M, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. Educ Psychol Meas 2001;61:349–365.
14. Gönüllü İ. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde paralel yürütülen farklı eğitim sistemleriyle öğrenim gören dönem 5 öğrencilerinin "empati" beceri düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Eğitimi ve Bilişimi Ana Bilim Dalı Ankara, 2007.
15. Hojat M, et al. Empathy in medical education and patient care. Acad Med 2001;76:669.
16. Hojat M, et al. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson scale of physician empathy. Seminars in Integrative Medicine 2003;1:25-41.
17. Şahin G., Artıran İğde Füsün A. Hasta merkezli bakım-ortak karar alma süreci ve kalite. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):38-43.
18. Teke A. K., Cengiz E., Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;19(3):505-516.
19. Akgöz S. ve ark. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde çalışan hekimlerin empatik eğilimleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:97-104.
20. Şahin S. ve ark. Bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2018;10(3):318-325.
21. Şen H. ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):6-12.
22. Kılıç T, Seymen O. Sağlık sektöründe tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin analizi ve bir araştırma. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2011;16:47-67.
23. Kumcağız H. ve ark. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011;38:49-56.
24. Taşdemir G. Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1999.
25. Ögenler O, Yapıcı G. Assessment of physical violence against research assistants and nurses in an university hospital. Acta Bioethica 2018;24(1):19-29.

26. Bilge Y, Bilge Y. Empati eğitim programının empatik eğilim düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi: sağlık meslek lisesi örneği. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10(52):607-614.
27. Karaca A, Açıköz F, Akkuş D. Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi?: bir sağlık yüksekokulu örneği. ACU Sağlık Bil Derg 2013;(4):118-122.

Kadına Yönelik Şiddet: İstanbul Şer'î Mahkeme Sicillerine Göre*

Violence against Women: According to İstanbul Islamic Jurisprudence Records

Ahmet Acıdumanⁱ, Serap Şahinoğluⁱⁱ, Önder İlgiliⁱⁱⁱ

ⁱProf. Dr. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
https://orcid.org/0000-0003-2021-4471

ⁱⁱProf. Dr. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
https://orcid.org/0000-0003-4462-2402

ⁱⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
https://orcid.org/0000-0001-2345-6789

Öz

Amaç: “Şer’iye sicilleri” XV. yüzyıldan, XIX. yüzyılın son dönemini kapsayan Osmanlı toplumunun ekonomik, siyasi ve toplumsal yaşantısına dair bilgiler içeren, Türk tarihinin ana kaynaklarından birisini oluşturan çok önemli kayıtlardır. Bu siciller kapsamı itibarıyla tıp ve hukuk tarihimiz açısından da çok önemli bir yere sahiptir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada son yıllarda etkileri ve sonuçları ile sosyal ve tıbbi yönden önemli bir sorun oluşturan “şiddet” ve bunun bir alt başlığı olarak “kadına yönelik şiddet” olgusunun tarihsel planda İstanbul Şer’iye Mahkeme Sicillerine yer alan olaylar üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi İSAM yayını olan İstanbul Kadı Sicilleri (1-40) incelenmiştir. İncelenen bu kitaplarda toplam 23387 kayıt bulunmaktadır. Sözü edilen şer’î mahkeme sicillerinde, erkek ya da kadın hangi cinsiyetten gelirse gelsin, kadına yönelmiş şiddet unsuru içeren kayıtlar saptanmış ve gruplandırılmıştır. Bu gruplandırma yapılırken Osmanlı ceza hukukunda suçların sınıflandırıldığı ana ve alt başlıklar kullanılmıştır.

Bulgular: Bunlar arasında “darp”, “eziyet (işkençe)”, “bekâret muayenesi”, “kadın (bedeni) ticareti”, “sarkıntılık”, “tecavüz”, ve “öldürme” gibi fiziksel şiddet öğeleri içeren vakalar olduğu gibi, “iftira” ve “hakaret” gibi ağırlıklı olarak sözel şiddet öğeleri içeren mahkeme kayıtlarının da yer aldığı görülmüştür. Davaya konu olan suçun faillerinin, hem erkek hem kadın olabildiği; bu kişilerin kadının yakını olabileceği gibi, hiç tanımadığı kişiler de olabildiği görülmektedir.

Sonuç: On altıncı ve XVII. yüzyıllarda İstanbul’da şiddete uğramış kadınların ya kendileri ya da vekilleri aracılığı ile mahkemeye başvurdukları ve dönemin pozitif hukukunun verdiği hakları kullanarak, kendilerine şiddet uygulayan kişilerden uzaklaşmaya ve kendilerini korumaya çalıştıkları görülmektedir. Kadınların, mahkemeye başvurmaları ile “kadına yönelik şiddet” de görünür hale gelmiştir.

Anahtar kelimeler: Şiddet, Kadına yönelik şiddet, Kadı sicilleri, Osmanlı Tarihi, Hukuk

ABSTRACT

Object: “Islamic Jurisprudence Records” one of the important sources for Turkish History reflecting political, social and economic aspects of Ottoman Society form XVth century until the end of XIXth century. These records can be regarded as valuable sources for history of law and medicine due to their extensive content.

Materials and Methods: “Violence” and in particular “violence against women” became an important issue regarding medical practice and our social life in recent (past) ten years. This study is conducted to evaluate the historical aspects of “violence against women”, over occasions covered by İstanbul Islamic Jurisprudence Records. İstanbul Islamic Jurisprudence Records (1-40) published by Turkish Divinity Foundation Center for Islamic Studies were enjoyed. The books enjoyed were including in sum 23387 records. Records concerning violence against women, regardless to the gender of the perpetrator, determined and classified. Classification was conducted according to the titles and subtitles in the classification of the crimes in Ottoman Criminal Law.

Results: Results includes physical violence cases as “battery”, “torture”, “virginity testing”, “commercialization of female body”, “indecent assault”, “rape” and “homicide”, as well as verbal violence cases concerning “insulting” and “aspersion”. People of both sexes (both men and women) were determined as perpetrators of these acts. Also both total strangers and intimate people were involved as perpetrators in these occasions concerning aggressive behavior.

Conclusions: During XVIth and XVIIth centuries in İstanbul, victims of violence against women were used their rights given in positive jurisprudence system and applied to courts, in search of safety and protection form prosecutors, personally or by their representative. These litigations served the visibility of and awareness regarding “violence against women” in social and historical context.

Key words: Violence, Violence against women, Qadi records, Ottoman Empire, Law

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 236-255

DOI: 10.31020/mutftd.532367

Geliş Tarihi – Received: 26 Şubat 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 27 Mayıs 2019

İletişim - Correspondence Author: Önder İlgili <ilgili@hacettepe.edu.tr>

Giriş

Bu çalışma bazı İstanbul Şer'î Mahkeme Sicilleri'ne dayanarak oluşturulmuş olup, gerek dünyada, gerekse ülkemizde son yıllarda daha görünür hale gelen, kadına yönelik şiddeti tarihsel süreçte ve toplumsal cinsiyet bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Kadına yönelik şiddetin incelenmesinde toplumsal cinsiyet, kadınlık, erkeklik, iktidar kavramlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Özellikle 1970'ler sonrasında yoğun olarak çalışılan bir konu olan toplumsal cinsiyet, biyolojik cinsiyetten ayrı olarak erkek ve kadının kültürel ve sosyal açıdan tanımlanmasını, toplumun bu iki cinsi birbirinden ayırt etme ölçütlerini, onlara yüklediği toplumsal rolleri açıklamak için kullanılır.¹ Bu kavramın önemi kadın ve erkek arasındaki güç/iktidar ilişkilerini anlamayı, eşitsizlikleri sorgulamayı, değerlendirmeyi kolaylaştırmasında yatmaktadır. Geçmişten günümüze erkeklik, iktidar olgusuyla çok yakından ilişkilidir.¹ Egemenlik ve boyun eğme ilişkilerinde gözlemlenebilir. Erkeklik en basit biçimiyle, bir toplumsal cinsiyet kalıbı, bir "ideal erkek kimliğidir". Ancak bununla kalmaz, karmaşık yönleri de içerir. Kadınlık ve erkeklik durumları her iki cins tarafından karşılıklı olarak yeniden üretilir.¹

Kadınlık ve erkeklik içsel olarak ilişki kavramlarıdır, yani birbirlerine göre, birbirleriyle ilişki içinde anlam kazanırlar. Burada incelenen bilgi nesnesi olan bağımsız bir "kadınlık" ya da "erkeklik" değil, toplumsal cinsiyet ilişkileri bağlamında bunların değerlendirilmesidir.¹ "Şiddet" olgusu da ancak bağlamın bu ilişkisel özelliği dikkate alınarak çözümlendiğinde isabetli değerlendirmeler yapılabilmesi mümkün olabilecektir.

Toplumsal planda kadına yönelik şiddet herhangi bir sınıfa özgü olmayıp, hemen hemen toplumun tüm kesimlerinde görülebilen, bu sebeple de sınıflar üstü bir yaklaşımla değerlendirilmesi gereken bir özellik taşımaktadır. Şiddet erkekler arasında yaşandığında sıklıkla suçun ne olduğunun ve niteliklerinin açıklanması gündeme gelmektedir. Oysa erkekten kadına yönelik olan şiddette sorun farklı bir boyut kazanmaktadır. Sorun ek olarak toplumsal cinsiyet boyutuyla da ele alınmalıdır.

Kadına yönelik şiddetle mücadele ve her şeye rağmen sürmesinde hukuk da pek çok ipuçları sunabilecek bir alandır.² Tarihin her döneminde ve yaşamın her aşamasında karşımıza çıkan sosyal bir olgu olan şiddet, temel olarak hukukun ilgilendiği konulardan birisidir. Öte yandan insanların karşı karşıya kaldıkları şiddet nedeniyle fiziksel ve ruhsal zararlara uğramaları, bu konuyu doğal olarak tıbbın ilgi alanına da sokmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün resmî sitesi şiddetin tanımını şöyle vermektedir:

*"Şiddet, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksunluk ile sonuçlanan ya da yüksek bir sonuçlanma olasılığı bulunan, fiziksel kuvvet ya da gücün, tehdit ya da gerçek olarak, kendisine, bir başka kişiye ya da bir grup ya da topluluğa karşı kasıtlı kullanımıdır."*³

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet henüz yeni yeni gelişmekte olan bir terimdir. Bu terimin amacı, şiddete uğrayan ile uygulayanın toplumsal cinsiyetle ilişkili olduğunu vurgulamaktır. Bunu Birleşmiş Milletlerin 20 Aralık 1993 tarihinde kabul edilen Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirge'de (Declaration on the Elimination of Violence against Women) de görebiliriz. Bildirgenin 1. maddesinde kadına yönelik şiddet şöyle tanımlanmaktadır:

"Bu deklarasyonun amaçları için, "kadına karşı şiddet" terimi kadında fiziksel, seksüel ya da psikolojik zarar ya da acı ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı bulunan, toplumsal-cinsiyet temelli, eylem tehdidi, baskı ya

özgürlükten nedensiz olarak mahrum etme de içinde olmak üzere gerek toplumda gerekse özel yaşantıda olan herhangi bir eylem anlamına gelir.”^{4,}*

Günümüzde kadına yönelik şiddet türleri henüz bebek doğmadan anne karnındayken başlamakta kadının tüm yaşamı boyunca farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Çocuğun cinsiyetinin kız çocuklar aleyhine belirlenmesi, kız bebeklerin öldürülmesi bunun en üzücü örnekleridir. Çocukluk ve gençlik döneminde, kız çocuklarının cinsel istismarı, dayak, hırpalama ve dövülmesi, flörtte şiddet, hatta genital mutilasyon ve cinsel organlara zarar verici uygulamalara da rastlanmaktadır. Kadınlar evlilik çağına gelmeden evlendirilme, çeyiz ve başlık parası ile aşağılanma, namus cinayetleri, evlilikte hırpalanma, dayak, tecavüz, ekonomik ve psikolojik baskıya uğrayabilmektedir. Aile dışında kamusal alanda, işyerinde ve öteki kurumlarda cinsel ve psikolojik şiddet, kadın ticareti, fahişeliğe zorlama ile karşılaşılabilen hatta yaşlılıkta fiziksel, cinsel ve psikolojik saldırıya uğramakta, cinayet sonucu kadın ölmektedir.⁵

Osmanlı Devleti'ne ait hukuksal kayıtlar üzerinde çalışılmış olması nedeniyle yazının bundan sonraki bölümünde Osmanlı hukuku ve onunla ilgili kavramlar hakkında kısa bir bilgilendirme yapılması uygun olacaktır.

Osmanlı hukuku ve şer'î mahkeme sicilleri

Osmanlı Devleti, kendisinden önceki Müslüman Türk devletlerinde olduğu gibi, *şer'iatin* yanı sıra, hükümdarın iradesinden doğan *kanûn ve örfe* de dayanan hukuk düzeni geliştirmiştir.⁶ Kanunnameler, “Osmanlı İmparatorluğu'nda şer'î hukukun yanında, idarî, malî, cezaî, çeşitli hukuk alanlarına ait olmak üzere, zamanında padişahların emir ve fermanları ile konmuş olan kanun ve nizamları, aynen veya hulâsa olarak, bir araya toplamak yoluyla oluşturulan mecmualar veya bu kanunlardan belirli bir zümre veya sahaya ait olanlardan biri” olarak tanımlanmaktadır.⁷ Sultan II. Mehmed,⁸ Sultan II. Bayezid,⁹ Sultan I. Selim^{10,11} ve Sultan I. Süleyman^{12,13} dönemlerinde Osmanlı İmparatorluğu'nda *Kânûnnâmeler* düzenlendiği görülmektedir.

Şer'î mahkeme sicillerinde Osmanlı İmparatorluğu'nda resmi makamlardan gelen emirlerden başka, tereke tespiti, borçlanma, senet, dava, veraset, nikâh, satış, boşanma, noter hizmetleri, vekâlet, kefalet, belediye hizmetleri gibi kayıtlar düzenli olarak tutulmuştur. Şiddet, darp-cebir, yaralama ve öldürme gibi ceza hukukunu ilgilendiren kayıtlar da bu sicillerde bulunmaktadır.¹⁴

Osmanlı ceza hukukuna göre suçlar üç ana başlık bulunmaktadır: Had, Cinâyât ve Ta'zîr[†]. Had cezasını gerektiren suçlar altında “Zina, iffete iftira (kazf), içki içmek (şirb), hırsızlık (sirkat), yol kesme (hirâbe/kat'ı tarîk), dinden dönme (riddet) ve isyân (bağy)” sıralanmış olup, had kelimesi Allah/kamu hakkı olarak uygulanması gereken ceza miktarı belli anlamına gelmektedir. Az da olsa şer'îatin tarifine uymadığında had cezalar uygulanamazdı.⁹

Şahsa karşı işlenen suçlar (cinâyât) ise iki alt başlığa ayrılmaktadır. Bunlardan ilki insan öldürme (katl/cinâyet fî'n-nefs) ve ikincisi diğer müessir fiiller (cinâyet fî mâ dûnen nefis).⁹

İnsan öldürme ise, kasten insan öldürme (katl-i 'amd), kasda benzer insan öldürme (katl-i şibh-i 'amd), hatâen insan öldürme (hatâen katl), gayri ihtiyarî bir eylemle insan öldürme (hatâ mecrâsına cârî katl) ve

*“For the purposes of this Declaration, the term "violence against women" means any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.”⁴

† “Ta'zîr: Had suçları ve cinayetlerdeki gibi belirli cezası bulunmayan suçlara verilecek, miktarı ve uygulanması yöneticiye veya hâkime bırakılmış cezalardır. Bedeni cezalar (ölüm cezası, celde (sopa cezası), ayakta bekletme, saç ve sakalın kazınması, yüzün siyaha boyanması), hürriyeti kısıtlayıcı cezalar (hapis, sürgün, ip ve zincirle bağlama, ev hapsi), mali cezalar, kınama ve mahrumiyet cezaları (disiplin cezaları, işten çıkarma, kamu görevinden men etme, kamuya teşhir, sözlü kınama, şahitliği kabul etmeme) gibi türleri bulunmaktadır.”¹⁵

insan öldürmeye sebebiyet verme (tesebbüben katl) alt başlıklarına ayrılmaktadır. Bu suçların cezası ise üç kısım olup, bunlar aslî ceza, bedelî ceza ve tebeî ceza'dır.⁹

Diğer müessir fiiller ise yaralamak (cerh) ve insanın baş ve yüzünün yaralanması (şecce) olarak ikiye ayrılmaktadır. Yaralamak da kasten ('amden), hatâen, hatâ mecrâsına ve tesebbüben yaralama şeklinde sınıflanmakta, bunların cezası da kısas, diyet ya da ta'zîr olmaktadır. Kısas sadece kasten yaralamada olası bir cezadır. Baş ve yüz yaralanmaları (şecce) on çeşittir, mûzihada kısas cezası olasıyken, diğerlerinin cezası diyet olarak belirlenmiştir.⁹

Cenîne karşı işlenen suçlar ile kasâme müessesesi de şahsa karşı işlenen suçlar bahsinde ele alınmaktadır. Gebe bir kadını korkutarak ya da döverek ceninin ölü doğumuna yol açan suçlu gurre tazminatına çarptırılırken, kocasının izni olmaksızın çocuk düşüren kadın da aynı cezaya çarptırılır; çocuk sağ doğduktan sonra ölürse tam diyet ödemek gerekirdi.⁹

Had ve kısas cezaları haricinde, niteliği ve miktarı Kur'an ve sünnet tarafından saptanmamış suç ve cezalar ta'zîr olarak adlandırılmaktadır ve yasama organına (ülû'l-emr) bırakılmıştır. Yasama organının cezayı saptaması ve af yetkisinin bulunması ta'zîrin diğer suç ve cezalardan farkını oluşturmaktadır.⁹

Osmanlı kanunnamelerinde incelediğimiz konuyla ilgili olarak zina ve iffete iftiranın ayrı bir başlık altında; dövüşme, sövüşme ve öldürme gibi suçlar ile bunların cezalarının da bir başka başlık altında değerlendirildiği görülmektedir.

Kadına yönelik şiddet olgusu geçmişi çok öncelere dayanmakla birlikte günümüzde de özellikle yakın geçmişte ortaya konan toplumsal cinsiyet kavramı çerçevesinde ele alınan güncel bir araştırma ve tartışma konusudur.¹⁶ Araştırmamızda, kadına yönelik şiddet olgusunun tarihsel yönünün İstanbul Şer'îye Mahkeme Sicillerinde yer alan olaylar üzerinden yansıtılması hedeflenmektedir. Gerek olgunun zaman içerisindeki değişimini algılamayı kolaylaştırmak, gerekse güncel araştırmalarına da konuya özel bir seçki ve özgün tarihsel değerlendirmeler sunmak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Kadına yönelik şiddet ile ilgili kayıtların Şer'î Mahkeme Sicilleri'nde yer alabileceği düşünülmüş ve bu nedenle İstanbul Şer'î Mahkeme Sicilleri araştırmanın gereğini oluşturması planlanmıştır. Bu çalışmada şer'î mahkeme sicillerine ait ve çeviri yazısı yapılmış olan örneklerden *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi İSAM* tarafından yayınlanan *İstanbul Kadı Sicilleri (1-40)*¹⁷⁻⁴⁶ esas alınmış ve incelenmiştir. İncelenen bu kitaplarda toplam 23387 kayıt bulunmaktadır. Sözü edilen şer'î mahkeme sicillerinde, erkek ya da kadın hangi cinsiyetten gelirse gelsin, kadına yönelmiş şiddet unsuru içeren kayıtlar saptanmış (**Ek-1**) ve gruplandırılmıştır. Bu gruplandırma yapılırken çalışmamızda Osmanlı ceza hukukunda suçların sınıflandırılması ile ilgili açıklamalarda yararlanılan 3 ana ve 11 alt başlık kullanılmıştır. Yazıda yer alan bazı tanımların çevirileri ile mahkeme kayıtlarının sadeleştirilmesi yazarlar tarafından yapılmıştır.

Bulgular

On altıncı yüzyıla ait 18 defterde araştırma konumuz ile ilgili toplam 12224 kayıt incelenmiştir. Kayıtlar 1513-1599 yılları arasında kapsamaktadır.^{17-28,38,48-51} On defter Üsküdar'a ait olup,¹⁷⁻²⁶ İstanbul'un Anadolu yakasını ilgilendirmektedir. On yedinci yüzyıla ait 21 defterin tamamı İstanbul'un Avrupa'da yer alan yakası ile ilgilidir.^{29-36,39-47,52-56} Çalışmada 1612-1691 yılları arasında kapsayan 10856 kayıt incelenmiştir. Bir defter ise XVIII. yüzyıla aittir (**Tablo 1**).³⁷

Tablo 1. Araştırmanın kapsadığı İstanbul Kadı Sicilleri (1513 - 1738).

No	Mahkeme	Sicil No	Tarih-Hicrî	Tarih-Miladî	Kayıt sayısı
1	Üsküdar	1	919-927	1513-1521	826
2	Üsküdar	2	924-927	1518-1521	902
3	Üsküdar	5	930-936	1524-1530	688
4	Üsküdar	9	940-942	1534-1536	1072
5	Üsküdar	14	953-955	1546-1549	657
6	Üsküdar	17	956-963	1549-1556	873
7	Üsküdar	26	970-971	1562-1563	1032
8	Üsküdar	51	987-988	1579-1580	750
9	Üsküdar	56	990-991	1582-1583	497
10	Üsküdar	84	999-1000	1590-1591	1379
11	Balat	2	970-971	1563	543
12	Rumeli Sadâreti	21	1002-1003	1594-1595	339
13	İstanbul	3	1027	1618	781
14	Rumeli Sadâreti	56	1042-1043	1633	318
15	Rumeli Sadâreti	80	1057-1059	1647-1649	292
16	İstanbul	12	1073-1074	1663-1664	1325
17	Bâb	3	1077	1666-1667	1159
18	İstanbul	18	1086-1087	1675-1676	689
19	Bâb	46	1096-1097	1685-1686	796
20	Bâb	54	1102	1691	537
21	İstanbul	24	1138-1151	1726-1738	307
22	Eyüb	3	993-995	1585-1587	346
23	Hasköy	5	1020-1053	1612-1643	613
24	Eyüb	19	1028-1030	1619-1620	629
25	Eyüb	37	1047	1637-1638	604
26	Eyüb	49	1054	1644	319
27	Eyüb	61	1065-1066	1655	353
28	Eyüb	74	1072-1073	1661-1662	451
29	Eyüb	82	1081	1670-1671	233
30	Hasköy	10	1085-1090	1674-1679	262
31	Eyüb	90	1090-1091	1679-1680	775
32	Galata	5	983-984	1575-1576	238
33	Galata	7	985-986	1577-1578	223
34	Galata	15	981-1000	1573-1591	507
35	Galata	20	1005-1007	1596-1599	577
36	Galata	32	1015-1016	1606-1607	276
37	Galata	37	1022-1024	1613-1615	207
38	Galata	46	1024-1029	1615-1620	154
39	Galata	65	1051-1053	1641-1644	312
40	Galata	90	1073-1074	1663	546
40	TOPLAM		919-1151	1513-1738	23387

1. Had* Suçlar

1.1. Tecavüz/tecavüze yeltenme/sarkıntılık

İncelenen belgelerden birinde kadın, bir erkeğin zina kastıyla yolunu keserek kolunu tuttuğu şikâyeti ile mahkemeye başvurmuştur.¹⁸ Bir başka vakada ise gayrimüslim bir erkek, bir başka gayr-i Müslim erkeği, kendi eşiyle zina kastıyla evine gelmekle suçlamış ve mahkemeye başvurmuştur.¹⁸ Bu vakalar davalıların ta'zîriyle[†] sonuçlanmıştır.

Üsküdar Mahkemesi 2

* __, Hüküm no. 211: Ümmi bt. Resul'ün yolunu zina kastıyla kesen Ahmed b. Kemal'in tazir olunması
Ümmi bt. Resul mahkemeye başvurarak Ahmed b. Kemal'i getirtmiş ve "zina kastıyla yoluma gelip koluma yapıştın ve geçmişte de taş atıp teaddi? ettin diye teaddi ettin" dediğinde, Ahmed bu durumu inkar etmiş, şahit gösterilmeyince Ahmed'e yemin etmek düşmüş, kelâm-ı kadîm üzerine el koyup yemin etmekten kaçındığı için ta'zîr olunarak, sicile kaydedilmiştir.^{18, p.141.}

* __, Hüküm no. 385: Yorgi b. Kosta'nın evine zina kastı ile gelen Levend Mihâl b. Yani'nin tazir olunması^{18, p.199}

Bir kadının kendi isteği ile mahkemeye gelerek, kendisine tecavüz eden bir kişinin ismini bildirmesi üzerine mahkeme, suçlanan kişinin ifadesinin alınmasına karar vermiştir.²²

Üsküdar Mahkemesi 17

* __, Hüküm no. 64: Bekir'in, Kumru bt. Abdullah'a tecavüz ettiği
Merhum İbrahim Ağa zaviyesinde oturan Kumru bt. Abdullah meclis-i şer'de kendi isteği ile Mustafa b. Abdullah'ın evinde Bekir b. () adlı kişinin akşam namazı vaktinde kendisine yapışp çiftleştiğini söylemiş, bunun üzerine ehl-i örf (kadı) tarafından Mustafa b. Abdullah'ın itirafı talep edilerek deftere kaydedilmiştir.^{22, p.83}

İlginç bir başka vaka ise, bir kadına tecavüze yeltenen iki kişinin, kendilerine engel olmak isteyen bir erkeği dövdüklerinin tespittir.⁴⁴

Eyüb Mahkemesi 74

* __, Hüküm no. 110: Bir kadına tecavüze yeltenen Mahmud Beşe ve arkadaşının kendilerine engel olan Halil b. Mustafa'yı dövdüklerinin tespiti^{44, p.133.}

1.2. Fuhuşa zorlama

Kadına yönelik şiddet kapsamında değerlendirebileceğimiz bir başka başlık, kadının isteği dışında erkeklerle birlikte olmaya zorlanmasıdır. İlk vakada kadının istismarına hem eşinin²² ve hem de bir başka kadının aracılık ettiği²² görülmektedir. Durumun mahkemeye yansması²² sonrasında, kadın önce muhâlaa[‡] yapmış²² ve arkasından çocuklarını yedi yıl nafakasız beslemek şartıyla kocasından boşanmıştır.²² Bu durum, kadının boşanma öncesi içinde bulunduğu durumu onaylamadığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Üsküdar Mahkemesi 17

* __, Hüküm no. 264: İsmail b. Hasan'ın, karısı Şahnisa ile Softa Mustafa b. Ahmed'i buluşturduğu^{22, p.148}

* __, Hüküm no. 265: Ayni bt. Şaban'ın İsmail Fakih b. Hasan'ın karısı Şahnisa'ya pe.....k yaptığı^{22, p.148}

* __, Hüküm no. 266: Ayni bt. Şaban'ın, İsmail Fakih b. Hasan'ın hatunu Şahnisa ile Bezci'nin buluştuğunu söylediği^{22, p.148}

* __, Hüküm no. 268: Şahnisa bt. İbrahim'in, kocası İsmail b. Hasan ile muhâlaa yaptığı^{22, p.149}

* __, Hüküm no. 269: Şahnisa'nın çocuklarını yedi yıl nafakasız beslemek şartıyla İsmail Fakih b. Hasan'dan boşandığı^{22, p.149}

* "Hadd (a.i.c. hudûd): 4. Şeriatçe verilen cezâ."⁵⁷

† "Ta'zîr (a.i.c. ta'zîrât): 1. Tekdîr etme, azarlama. 2. Suçluyu suçuna göre sözle tekdîr etme."⁵⁷

‡ "Muhâlaa (a.i. hal'den): huk. Kadının kocasına biraz mal vermek suretiyle birbirlerinden resmen ayrılmalari."⁵⁷

Mahkeme kayıtlarına yansıyan ikinci vakada ise bir erkeğin, nikâhlı iki eşini başka erkeklerle para karşılığında ve zorla tasarrufta bulundurduğu, ardından da iki eşini talâk-ı bâin* ile boşadığı görülmektedir.²⁵

Üsküdar Mahkemesi 56

* __, Hüküm no. 278: Mehmed b. Eymir'in içki içip, eve yabancı erkekler getirdiği ve Ayşe ve Meryem isimli eşlerine para karşılığında tasarrufta bulundurduğu hakkında suç duyurusu^{25, p.148}

* __, Hüküm no. 279: Mehmed b. Eymir'in Ayşe ve Meryem isimli iki eşini bâyin talâk ile boşadığı^{25, p.149}

1.3. İffete iftira

İffete iftira (kazf) İslâm hukukunda had suç ve cezaları içinde sayılan bir suçtur. Kayıtlarda, bu konuyla ilgili az sayıda vaka saptanmıştır. Çoğunlukla erkeklerin kadınlara iftira attığı görülmektedir. Bu vakalardan üçünde, erkekler iftira ettikleri kadınların eşlerine durumu bildirmişler, kadınların kocaları da bu nedenle, iftira atanlar aleyhine mahkemeye başvurmuşlardır.

Bu vakalardan ilkinde bir kişi, bir adamın karısını başkasıyla öpüşürken gördüğünü söyleyince, kadının eşi mahkemeye başvurmuş ve bu kişiyi dava etmiştir. Dava edilen kişi inkâr ederek, öyle söylemediğini ama yalnız evine girip çıkarken gördüğünü söyleyince, mahkeme davayı açan kişiden, iddiası ile ilgili şahidi olup olmadığını sormuştur. Şikâyette bulunan kişi, bir Müslüman erkeği şahit göstermiş, hakkında dava açılan kişi de bu şahitliği kabul edince, mahkeme bir şahidin daha beklenmesini deftere yazmıştır.¹⁷ Sonraki kayıta imamın da şahitlik ettiği, ama mahkemenin bir şahidin daha beklenmesini deftere yazdığı görülmektedir.¹⁷

Üsküdar Mahkemesi 1

* __, Hüküm no. 89: Durmuş b. Oruç'un karısını başkasıyla öpüşürken gördüğünü söyleyen şahsın iddiasını ispat için ikinci bir şahide gerek olduğu^{17, p.136-137}

* __, Hüküm no. 90: Aynı dava hakkında İmam Mustafa'nın ikrara şahitlik yaptığı^{17, p.137}

İkinci vakada davayı açan kişiye şahidinin olup olmadığı sorulmuş, şahidi olmayınca iftirayı atan davalıdan bu konuda yemin etmesi istenmiş, fakat yemin etmeyince bu kişi hakkında hüküm verilmiştir.²²

Üsküdar Mahkemesi 17

* __, Hüküm no. 73: Hızır b. İnâm Çelebi'nin Kara Veli b. Ahmed'in eşine iftira etmesi^{22, p.86}

Üçüncü vakada ise iftirayı atan kişi şahit gösterememiş, dava görülürken hazır bulunanlardan iki kişi kadının iyi haline şahitlik etmişler ve kefil olmuşlardır.²²

Üsküdar Mahkemesi 17

* __, Hüküm no. 74: Karaca b. Aşık'ın Nefise bt. Halil'e iftira etmesi^{22, p.86-87}

* __, Hüküm no. 76: Karaca b. Aşık'ın Nefise bt. Halil'e iftira etmesi^{22, p.87}

Bir vakada ise, bir kadın kendisine iftira eden kişiyi mahkemeye şikâyet ederek dava etmiştir. İftira eden kişinin şahitlerine karşı, o da kendi mahallesinden başka kişilere durumunun sorulmasını istemiş ve bu yeni şahitler de onun iyi halini mahkemeye bildirmişlerdir.⁴⁴

Eyüb Mahkemesi 74

* __, Hüküm no. 59: Musa b. Ramazan'ın Ayşe bt. Mahmud'a iftira ettiği^{44, p.92-93}

Bir başka vakada ise bir kıza iftira atılmış, bunun üzerine ailesi mahkemeye başvurarak bu durumun araştırılmasını istemiş ve bunun sonucunda kıza bekâret muayenesi yapılmıştır. Mahkeme bu hususta kızın beraatına hükmetmiştir.¹⁸

Üsküdar Mahkemesi 2

* __, Hüküm no. 85: Halil'in kızı Fatma'nın bekaretini ispatı ve beraat etmesi^{18, p.96-97}

* "Talâk-ı bâin: fık. Zevcenin iddet müddeti (üç temizlenme devri) sona ermeksizin zevcine dönmeye hakkı olmayan talâk."⁵⁷

2. Şahsa karşı işlenen suçlar

2.1. Öldürme

Kadına yönelik şiddette “insan öldürme” suçu olarak ele alabileceğimiz ilk vaka, “kasten öldürme” kapsamında değerlendirilebilir. Çoban Hamza b. Abdullah eşini öldürmüş¹⁹ ve mahkemede bu durumu itiraf etmiştir.¹⁹ Mahkeme kayıtlarına göre, dava görülürken çobanın iki kişiye borçlu olduğu ortaya çıkmıştır.¹⁹ Bu borç durumunun, çobanın ruhsal dengesinin bozulmasına yol açtığı, onun da “cinnet geçirerek,” hem hayvanlara hem insanlara şiddet uyguladığı, sonunda karısını da öldürmesine neden olduğu düşünülebilir.

Üsküdar Mahkemesi 5

* __, Hüküm no. 41: Çoban Hamza b. Abdullah'ın eşi Elif'i öldürmesi

Bulgurlu köyü ahalisi mahkemeye başvurarak halen kayıp olan Hamza b. Abdullah'ın Bulgurlu köyünde kendi merkebinin ağaç ve taşlarla darp ettiğini, öldüremeyince bıçağıyla vurup öldürdüğünü, İstavros köyünde saraç Ahmed'in merkebinin birkaç kere bıçaklayarak öldürdüğünü, Kara Hasan'ın azat olmuş kölesi Kâsım'ın boğazını sıkıttığını, öldürme derecesine gelmesi üzerine, Hamza'nın kayınbabası Şirmerd'in araya girerek Kâsım'ı elinden almak istediğini, bunun üzerine Hamza'nın onu bırakıp Şirmerd'in başına çomağı ile kuvvetle vurduğunu ve bir iki yerini yardığını, Köy ahalisi bunun durumunu haber alınca, “delirdi” diye Hamza'nın ayağına bukağı vurduklarını, sonra kendi evinde karısı Elif'le yattığını, sabahleyin Elif'in ölü bulunarak, başının tamamen parçalanmış olduğunu, Hamza'nın ayağında bukağı ile kaçtığı demişler, bunun üzerine Müslüman heyetten Hayreddin Bey b. Abdullah, Hüsam bey b. Abdullah, Kulağız b. Aslıhan ve Mehmed b. Süleyman adı geçen maktulenin durumunu keşfe gitmişler ve durumun daha önce söylendiği gibi olduğuna şahitlik etmişlerdir. Bu durum köy ahalisinin talepleriyle deftere kaydedilmiştir.^{19, p.64-65}

* __, Hüküm no. 42: Çoban Hamza'nın suçunu itiraf etmesi

Bulgurlu ahalisinin Çoban Hamza'yı mahkeme huzuruna getirdiklerini ve kendisine karısı Elif'i neden öldürdüğü sorulduğunda “koltuğumda yatar iken boğazını sıkıttım, dışarı çıktım, geri gelip uyarmak kasdını eyledim, gördüm cevap vermez, bir taş ile başına bir iki defa darb-ı şedid ile vurup öldürdüm” diye itiraf ettiğini ve deftere yazıldığını bildirmektedir.^{19, p.65}

* __, Hüküm no. 43: Çoban Hamza'nın Mehmed b. Hüseyin'e borçlu olduğu^{19, p.65}

* __, Hüküm no. 44: Çoban Hamza'nın Manol b. Agusti Yorgi'ye borçlu olduğu^{19, p.65}

Diğer vaka ise “kasda benzer öldürme” şeklinde yorumlanabilecek olan vakadır. Bu vakada, subaşı ve adamlarının bir kadını dövdükleri ve bu eylemin kadının ölümüyle sonuçlandığı görülmektedir. Ölen kadının kocasının talebi ile keşif yapılmış ve bu mahkeme kayıtlarına geçirilmiştir.⁴³

Eyüb Mahkemesi 61

* ____, Hüküm no. 80: Hasan Beşe b. Abdülbâki'nin zevcesi İsmihân'ın subaşı ve adamları tarafından darbedildiğinin ve öldüğünün tespiti

Havass-ı Kostantiniyye kazasına bağlı Terkos nahiyesi kollarından Yassiviran isimli köy sakinlerinden Hasan Beşe b. Abdülbâki isimli kimse mahkemeye gelerek meramını anlatmış, adı geçen köyün yakınında Çayırılı tarla olarak bilinen yerde kayıt tarihinden bir gün önce zevcesi İsmihân bt. Ahmed isimli hatun ile kendi hallerinde buğday biçtiklerini, adı geçen köyün Subaşısı olan ve halen mecliste bulunmayan Mahmud isimli kişinin beş kişi hizmetkari ile gelerek zevcesinin başına, arkasına, ellerine ve kollarına yumruk ve tekme ile haksız yere darp ederek yaraladığını, halen adı geçen karısı İsmihân Hâtun'un o darptan vefat ettiğini, şeriat tarafından üzerine gidilerek darp eserinin keşif ve müşahede olunmasını talep etmiştir. Mahkeme tarafından Mevlânâ Ahmed Efendi yollanıp, o da kitabın ekinde isimleri yazılı Müslümanlar ile üzerine vararak keşfedildiğinde, gerçekten adı geçen kadının sağ elinin ayası ve sol elinin salavât parmağı ile orta parmağı ve göğsü üstü ve boynu ve sağ tarafı koltuğuna varıncaya kadar kara ve bere olup, yazıldığı gibi yumruk ve tekme darbından vefat ettiğini müşahede ve muayene ettikten sonra, durumu adı geçen Mevlânâ mahallinde yazmış ve sonra meclis-i şer'a gelerek olanları ulaştırıp yazmadıktan sonra olanlar talep üzerine yazılmıştır.^{43, p.101-102}

Hataen ve kazaen olan öldürme olaylarına ait örnekler de sicillerde görülmektedir.^{34,44}

İstanbul Mahkemesi 18

* __, Hüküm no. 254: Ayşe bt. Abdullah'ın Mustafa Efendi'nin evinde kaza eseri vurularak öldüğü^{34, p.279}

Eyüb Mahkemesi 74

* __, Hüküm no. 380: Tüfek kurşunuyla vurulan Nesli bt. Mustafa'nın diyeti hususunda kocasının Peroliç köyü halkından herhangi bir davası olmadığı^{44, p.364}

* __, Hüküm no. 402: Tüfek kurşunuyla [ölen] Nesli bt. Mustafa'nın annesinin kızının diyeti hususunda damadını ve diğer bazı kimseleri mesul tutmadığı^{44, p.382-383}

2.2. Yaralama

Erkeğin kadını yaraladığı vakalara ait kayıtlar da oldukça az sayıda görülmüştür. İki vakada, kadını yaralayanın eşi olduğu görülmektedir.^{36,40}

Bâb Mahkemesi 54

* __, Hüküm no. 208: Ayşe bt. Hasan'ın mehir ve yaralama hususunda eski kocası Halil b. Hacı Mehmed'in zimmetini ibra etmesi^{36, p.190-191}

Eyüb Mahkemesi 19

* __, Hüküm no. 164: Mehmed Bey b. Mustafa Bey'in karısı Ayşe Hatun'u bıçakla yaralaması^{40, p.173-174}

Bir vakada ise bir kadının, kocasının kölesi olan bir kadın tarafından yaralandığı görülmektedir. Kölenin fiili nedeniyle, kadının önce eşi aleyhine dava açtığı, sonra da davasından vazgeçtiği kayıta yer almaktadır.²⁹

İstanbul Mahkemesi 3

* __, Hüküm no. 568: Fâtıma Hâtun bt. Mehmed'in, kölesi tarafından bir gözünün çıkarılması sebebiyle eşi Seyyid Hasan aleyhine açtığı davadan vazgeçtiği^{29, p.383}

2.3. Cenine karşı işlenen suçlar

Az sayıda olmakla birlikte darp sonucu düşük olması ile ilgili kayıtlar görülmektedir. İki vakada kadınlar, kendilerini darp ederek çocuklarının düşmesine neden olan erkekleri şikâyet etmişler, dava edilenler bu durumu inkâr edince ve dava eden kadın şahit gösteremeyince, yemin söz konusu olmuş ve dava edilenler yemin ederek beraat etmişlerdir. İki vaka ise sulhle sonuçlanmış, dava edilenler bir miktar para ödemeyi kabul etmişlerdir.^{33,34}

Bâb mahkemesi 3

* __, Hüküm no. 799: Nartones bt. Hannan'ın kendisini merdivenlerden atıp çocuğunun düşmesine sebep olan Markar v. Marat'a açtığı davada sulh olduğu^{33, p.629-630}

İstanbul Mahkemesi 18

* __, Hüküm no. 194: Zülfikar b. Abdullah'ın hanımını darp edip çocuğunun düşmesine sebep olan Hüseyin Efendi b. Yusuf ile sulh olduğu^{34, p.229-230}

Yine yaşadığı korku sonrası çocuğunu düşüren kadınlara ait örnekler de mahkeme kayıtlarında bulunmaktadır.²⁶

Üsküdar Mahkemesi 84

* __, Hüküm no. 781: İbrahim b. Mehmed'in, Mustafa'yı tutuklatırken hamile karısının korkudan çocuğunu düşürdüğü^{26, p.426-427}

3. Ta'zîr suçları

3.1. Darp

İncelenen kayıtlarda en fazla görülen kadına yönelik şiddet biçimi, kadınların darp edilmesidir. Kadınlar, hem erkekler hem de kadınlar tarafından darp edilmişler ve bu eylemler mahkeme kayıtlarına yansımıştır. Kadını darp eden erkek, kadının eşi olabildiği gibi,⁴⁰ başka erkekler de olabilmektedir.^{22,23}

Eyüb Mahkemesi 19

* __, Kayıt no. 386: Aşçıbaşı mahallesinden Emine'nin kendisini döven kocası Hamza b. Mehmed'den boşanmış olduğu^{40, p.319}

Üsküdar Mahkemesi 17

* __, Hüküm no. 106: Nikola b. Poli'nin Margarika bt. Yuvan'ın evine girerek dövdüğü ve bazı eşyalarını aldığı^{22, p.98}

Üsküdar Mahkemesi 26

* __, Hüküm no. 71: Ahmed Çelebi'nin oğlunun, İbrahim ve Ömer Reis'in annesini dövmesi^{23, p.100}

Darp davalarında çoğunlukla, mahkemeye başvuru sırasında davanın kabulü için, hakkında dava açılan kişinin inkâr etmesi nedeniyle, iddia sahibi olan kadının, bu iddiasını doğrulayacak şahitlere gerek duyulmakta, onların şahitliklerinden sonra bu şikâyet kayıt altına alınmaktadır.²⁹

İstanbul Mahkemesi 3

* __, Hüküm No. 413: Gülfidar bt. Korkud'un, kocası Bayram b. Cihan tarafından dövüldüğü Kıbtîlerden Gülfidar bt. Korkud mahkemeye başvurup eşi Bayram b. Cihân'ı dava etmiş ve adı geçen Bayram'ın kendisini satır ile darp ettiğini ve bu durumun sorularak hakkının alınmasını talep etmiştir. Bayram'a sorulduktan ve inkâr edildikten sonra, adı geçen Ayşe'den davasına uygun şahit sorulmuş, Müslüman heyetten el-Hâc Ali b. Yakub ile kadınlardan Fâtıma bt. Mustafa ve Selime bt. Mustafa mahkemede hazır olarak, Bayram'ın Gülfidar'ı kendi huzurlarında satır ile darp ettiğini, bu duruma şahit olduklarını söylemişler ve talep kayıt altına alınmıştır.^{29, p.296}

Az sayıda olmakla birlikte, dava edilenin suçu kabul etmesiyle bu durum mahkeme siciline işlenmekte ve şahide gerek görülmemektedir.²⁰

Üsküdar Mahkemesi 9

* __, Hüküm no. 276: Dudu bt. Abdullah'ın hamamda Hasnâ bt. Musa'yı dövdüğü Hasnâ bt. Musa ile Dudu bt. Abdullah'ın mahkeme huzuruna geldikleri ve Hasnâ'nın, Dudu'nun kendisini hamamda dövdüğü şeklinde şikâyette bulunduğu ve Dudu'nun da bu durumu kabul edince sicile işlendiği görülmektedir.^{20, p.156}

Davacının şahit gösteremediği durumlarda, eğer davalı bu suçu işlediğini inkâr ediyorsa, davalıdan yemin etmesi istenmektedir. Bu durumda davalı yemin etmezse suçlu bulunarak cezalandırılmaktadır.²¹

Üsküdar Mahkemesi 14

* __, Hüküm no. 274: Turcihan bt. Saltuk'u döven Ayşe bt. Kasım'a tazîr cezası verilmesi Viran köyünden Turcihan bt. Saltuk ve Ayşe bt. Kasım mahkeme huzuruna çıkmışlar, Turcihan Ayşe'yi dava ederek, Ayşe'nin kendisini şiddetli bir şekilde darp ettiğini bildirmiş, Ayşe inkâr edince, şahit talep edilmiş, aciz olunca, Ayşe'ye yemin etmesi teklif edilmiş, Ayşe de üç defa yeminden kaçınca kendisine ta'zîr cezası verilerek sicile işlenmiştir.^{21, p.164}

Eğer davalı, bu fiili yapmadığına dair yemin ederse beraat etmektedir.^{17,33} Bu durumda davacı davasını ispat edememiş konumunda değerlendirilmektedir.

Üsküdar Mahkemesi 1

* __, Hüküm no. 793: Nefise Hâtun isimli hamile kadını dövmediğine yemin eden Demirci Ali'nin beraat ettiği Kılağuz isimli bir kişi vekili olduğu Nefise Hatun adına mahkemeye başvurarak Demirci Ali'yi getirmiş ve "vekili olduğum Nefise Hâtunun gebeliğini darpla düşürmüşsün" dediğinde, Ali'nin bu durumu inkâr etmesi üzerine yemin etmesi söz konusu olmuş, kelâm-ı kadîm üzerine yemin edince de beraatine hükmedilerek deftere kaydedilmiştir.^{17, p.423}

Bâb Mahkemesi 3

* __, Hüküm no. 700: Âişe bt. Yusuf'un, kendisini dövüp çocuğunu düşürmesine sebep olduğunu iddia ettiği ev sahibi hakkındaki iddiasını ispat edemediği^{33, p.569-570}

Az sayıda olmakla birlikte, kadını darp eden kişilere ta'zîr cezası verildiğini gösteren kayıtlar bulunmaktadır. Ta'zîr cezası verilen kişiler erkek olduğu gibi,^{17,18} kadınlar da (Bkz. *Üsküdar Mahkemesi 14*, Hüküm no. 274) olabilmektedir.²¹

Üsküdar Mahkemesi 1

* __, Hüküm no. 269: *İstimat'ın karısını döven damadına ta'zîr cezası verildiği*

İstimat'ın damadının, İstimat'ın karısını vurup düşürdüğü sabit görülmüş, ta'zîr olunarak deftere kaydedilmiştir.^{17, p.201}

Üsküdar Mahkemesi 2

* __, Hüküm no. 293: *Hanımı Rabia'yı döven Mahmud b. İvaz'ın ta'zîr olunması*

Davudlu köyünden Mahmud b. İvaz karısı Râbia'yı günahsız yere dövüp let ettiğini mahkeme huzurunda itiraf edince ta'zîr olunmuştur.^{18, p.167}

Eşinin darp etmesinden sonra mahkemeye giderek muhâlaa yoluyla boşanan kadınlar olduğu gibi,²³ şartlı talâk* nedeniyle, darp sonrası boşanan kadınların olduğunu gösteren kayıtlar da bulunmaktadır.³⁶

Üsküdar Mahkemesi 26

* __, Hüküm no. 346: *İskender b. Abdullah'ın karısı Kumru bt. Abdullah'ı dövdüğü*

Kumru bt. Abdullah isimli bir kadın eşi İskender b. Abdullah'ı mahkemeye götürüp dava ederek, kendisini haksız yere maşa ile darp ettiğini söylemiş, eşi İskender de, karısının kendisine "kafir", "imansız" dediği için darp ettiğini itiraf etmiştir. Bunun üzerine Kumru "kafir", "imansız" demediğini söyleyerek inkar edince, İskender'den şahit talep edilmiş, göstermeyince, Kumru'ya yemin müteveccih olunca, yemin billah ettirilerek kayda geçilmiştir.^{23, p.200}

* __, Hüküm no. 347: *Kumru bt. Abdullah'ın kocası İskender b. Abdullah'tan nafakasız ve mehirsiz boşanması (muhâla'a)*

Kumru bt. Abdullah'ın iddet nafakası ve mehrinden vazgeçerek kocası İskender b. Abdullah'tan boşanmıştır.^{23, p.200}

Bâb Mahkemesi 54

* __, Hüküm no. 205: *Hatice bt. Mustafa'nın kendisini dövmemek üzerine şartlı talakta bulunan kocası Muharrem b. Mehmed'den boşanması*

İstanbul büyük şehri Sultan mahallesi sakinlerinden Hatice bt. Mustafa isimli kadın, mahkemede hazır bulunan Muharrem b. Mehmed isimli kişiyi dava ederek, eşim Muharrem bundan iki ay önce kendisine "eğer seni darp edersem benden boş ol" [dediğinden] ve bu şarta bağladıktan sonra kendisini darp ettiğinden, bu şartın oluşmasına binaen adı geçen Muharrem'den boşanmış olduğunu, sorularak zimmetinde bulunan bin akçe mehr-i müeccelinin alınmasını talep etmiştir. Muharrem cevabında adı geçen şartı tamamen inkâr edince, iddia sahibinden iddiasına şahit istenmiş, adı geçen mahalle sakinlerinden Mustafa b. Mehmed ve Ahmed b. Mustafa ve Hüseyin b. Abdullah adlı kişiler şahitlik için mahkemede hazır olarak şahitlik yapmışlar, Hatice bt. Mustafa'nın anlattıklarının kendi huzurlarında gerçekleştiğine şahitlik ettikten sonra, mahkeme, kadının boşandığına hükmederek, seksen akçe mehr-i müecceli adı geçen iddia sahibine vermesini adı geçen Muharrem'e tembih etmiş, adı geçen iddia sahibinin rızasıyla iddet nafakası ve me'UNET-i süknâsi için de dört yüz akçe vermeye taahhüd etmesinden sonra yazılmıştır.^{36, p.188-189}

İlginç kayıtlardan birisi sık sık şarap içerek eşini darp eden bir kişinin, bu kötü halinden dolayı mahalleden uzaklaştırılması için mahalle sakinlerinin mahkemeye başvurmalarıdır. Mahalle sakinlerinin eğer eşini evine kabul edecek olursa, kadının da kocasıyla birlikte mahalleden uzaklaştırılması için talepte bulunmaları üzerine, kadın da kocasının bu durumunu doğrulayarak, bundan sonra adı geçen mahallede kendi evinde eşini iskân etmeyeceğini taahhüt etmiş ve bu durum kayıt altına alınmıştır.

* "Şartlı Talâk (a.i.): Talak belli lafızlarla nikâh akdinin bozulması ve boşanma anlamında fıkıh terimi. Koca boşamaya ilişkin irade beyanını kayıtsız ve şartsız (münecciz) olarak yapabileceği gibi bunu ta'likî şarta bağlayabilir veya bir zamana izâfe edebilir. Büyük çoğunluğa göre talâkın ta'likî şarta bağlanması halinde şart gerçekleşince talâk da gerçekleşir. Gerçekleşmesi mümkün olmayan bir şarta yapılan ta'lik hükümsüzdür."⁵⁸

Eyüb Mahkemesi 90

* __, Hüküm no. 113: *Sarhoş olup sürekli karısını döven Zülfikar b. Abdullah'ın mahalleden çıkarılması*^{47,p.150-151}

Şer'î mahkemelere yalnızca Müslümanların başvurmadığı, başka bir dinden olanların da bu ve başka konularda bu mahkemelere başvurduklarını gösteren kayıtların da bulunması önemlidir. Mahkemenin İslâm şeriatına göre olmasına karşın, davacı ve davalının gayrimüslim olmasının yanında, şahitlerin de gayrimüslim oldukları görülmektedir. Dikkate değer bir nokta ise, farklı bir dinden olmalarına karşın, İslâm hukukunda olduğu gibi, davada bir erkeğe karşılık, iki kadının şahitliğinin kabul edilmesidir.²¹

Üsküdar Mahkemesi 14

* __, Hüküm no. 627: *Dimitri b. İstati'nin Teodora bt. Yani'yi dövmesi*

Akkilise köyünden Teodora bt. Yani ile Maltepe köyünden Dimitri b. İstati mahkemeye gelmişler ve Teodora, İstati'nin kendisini darp ederek ayağı ile tekme vurduğu şeklinde şikâyetle bulunmuştur. Dimitri'nin inkâr etmesi üzerine Kiti b. Nikola, Kirana bt. Manol ve İstato bt. Dimo açıklandığı şekilde şahitlik etmişler sicile kaydedilmiştir.^{21, p.279-280}

Gayrimüslimlerin davalarını kabul eden mahkeme, yalnızca durum saptaması yapmayıp, davalıya ceza da verebilmektedir. Bu mahkeme kaydı, "itme"nin de darp sayıldığını göstermesi açısından ilginçtir.¹⁸

Üsküdar Mahkemesi 2

* __, Hüküm no. 379: *Trandafilo'nun eşini döven Yorgi'nin tazir olunması*

Trandafilo mahkemeye başvurarak, Yorgi'yi getirmiş ve "sen benim avretimi dövdün" dediğinde, Yorgi "dövmedim, ama elimle ittim" diye itiraf edince, ta'zîr olunup deftere kaydedilmiştir.^{18, p.197}

3.2. İşkence

Bu kayıtlar oldukça ilginç olup, ilk kayıtta, davada adı geçen kadın, boşandığı eşinin kendisini darp etmediğini ve eziyet etmediğini bildirmektedir.²³ İkinci kayıtta ise kendisine eziyet ve haksızlık eden bir kadın ile kızı hakkında suç duyurusunda bulunmaktadır. Şahitlerin de doğrulamasıyla mahkeme bu durumu kayıt altına almıştır.²³

Üsküdar Mahkemesi 26

* __, Hüküm no. 608: *Kocasının Aynî bt. Hızır'ı dövmediği*

Üsküdar'ın içinden Aynî bt. Hızır mahkemede ikrar ve itiraf edip dedi ki, zevcim olup, beni boşamış olan Nuh b. İskender beni darp etmedi ve bana eza etmedi diye söyledi, adı geçen Nuh yüzüne karşı ve sözle onaylayıp doğruladığında talep üzerine sicile kaydedildi.^{23, p.293}

* __, Hüküm no. 611: *Fatma bt. Abdullah ile kızı Aynî'nin, Aynî bt. Hızır'a işkence ettiği*

Üsküdar'ın içinden Aynî bt. Hızır mahkemeye Dergâh-ı Âlî çavuşlarından Hasan Çavuş girişimiyle Fatıma bt. Abdullah ve kızı Aynî [yi] hazır edip, "benim fercime mum sokup bana eziyet eylediler, şeriata uygun gereğini talep ederim" deyince, adı geçen Fatıma ve kızı Aynî'den sorulduğunda inkâr ettiklerinden, adı geçen Aynî'den davasına uygun şahit talep edilince, Müslüman heyetten Ali ve Hüseyin ibney Hacı ve Ayşe Hâtûn bt. Ali ve Mihri bt. Hasan, adı geçen Aynî'nin fercine mesfûre Fatıma ve kızı diğer Aynî mum soktuk diye bize söylediğine şahidiz ve şahitlik de ederiz dediklerinde şehâdetleri temize çıkınca kabul edilerek, talep sonrası sicile kaydedildi.^{23, p.295}

3.3. Hakaret

Hakaret davaları da mahkemelere yansımıştır. Hakaretler çoğunlukla küfretme şeklindedir. Kadınlara, hem erkeklerin,²⁵ hem de diğer kadınların^{21,22,45} hakaret ettikleri görülmektedir. Müslüman olmayan kadınlara yapılan hakaretler de şer'î mahkeme kayıtlarına yansımıştır.²¹

Üsküdar Mahkemesi 56

* __, Hüküm no. 233: *Hacı b. Abdullah'ın Zülfıye bt. Murad'a küfrettiği*^{25, p.131}

Üsküdar Mahkemesi 14

* ____, Hüküm no. 348: Kimafti bt. Todora'nın Hasresuna bt. Todora ve kızı Rine bt. Todora'ya hakaret etmesi²¹, p.188

Üsküdar Mahkemesi 17

* ____, Hüküm no. 416: Yasemin bt. Abdullah'ın Hasnâ bt. Abdullah'a küfrettiği²², p.194

Eyüb Mahkemesi 82

* ____, Hüküm no. 146: Emine bt. Derviş'in görümcesi Rabia bt. Abdullah ile arasındaki hakaret davası⁴⁵, p.131-132

Müslüman bir erkeğin eşine küfretmesi ve küfrettiğini de inkâr etmesi üzerine, kadının mahkemeye başvurduğu, kocasının mahkemede yine durumu kabul etmemesi üzerine, kocasının kendisine küfür ettiğine tanıklık eden iki şahidin mahkemede hazır olması ile bu durumu tespit ettirdiği mahkeme kayıtlarında görülmektedir.¹⁸

Üsküdar Mahkemesi 2

* ____, Hüküm no. 205: Âmâ Süleyman b. Bâli'nin eşi Gül Paşa bt. Mehmedî'ye küfrettiği

Gül Paşa bt. Mehmedî mahkemeye gelip, eşi A'mâ Süleyman b. Bâli'yi mahkemeye getirerek, kendisine sövdüğü ve sövdüğünü inkâr ettiği için dava etmiş, Süleyman da "ben sövmedim ve sövdüğümü de inkâr etmedim" deyince, Müslüman heyetten Hamza b. Davud ve Mehmed b. Hızır li-ecliş..hazır olduklarından, Gül Paşa'nın eşi Süleyman'a "sen benim ağzıma sövdün" dediğinde, "dedim" diyerek, ağzına sövdüğüne şahitlik ettiklerini bildirmişlerdir. Durum bunun üzerine sicile kaydedilmiştir.^{18, p.138}

Öte yandan, Müslüman bir erkeğin eşine küfretmesi bir boşanma nedeni olabilmektedir. Örneğin bir kadının eşinin kendisine küfretmesi nedeniyle, eşinden boşanmış olduğunu iddiası ve mehrinin* alınarak kendisine verilmesi talebi ile mahkemeye başvurduğu, eşinin bu durumu inkâr etmesi üzerine, kendisinden iddiasını ispat için şahit göstermesi istendiği, Müslüman jüriden olan şahitlerin de bu duruma tanıklık ettiklerini bildirmeleri üzerine, mahkemenin boşanma durumunu kesinleştirerek, kadının mehrini alması yönünde karar verdiği görülmektedir.³³

Bâb Mahkemesi 3

* ____, Hüküm no. 361: Fâtıma bt. Yusuf'un, kocası Ömer b. Kâmil'in küfretmesiyle boşanmış olduğundan mehrini talep ettiği

İstanbul büyük şehrinde Mahmud Paşa mahallesi sakinlerinden Fâtıma bt. Yusuf isimli kadın mahkemeye başvurarak kocası Ömer b. Kâmil isimli kimsenin de hazır olmasıyla üzerine dava edip açıklamada bulunarak, adı geçen Ömer'in yazım tarihinden bir gün önce "bre dinini imânını si.....m" diye kendisine küfrettiği için, adı geçen Ömer'den mübâne olduğunu (boşanmış), sorularak zimmetinde bulunan ve akitten dolayı olan bin akçe mehr-i müeccelinin alınmasını talep etmiştir. Sorulduktan ve inkâr edildikten sonra, adı geçen iddia sahibi kadından iddiasını ispat için şahit talep edilmiş, Müslüman jüriden olan Nahılbend mahallesi sakinlerinden Ahmed Bey b. Osman ve Ramazan Bey b. Sefer isimli kimseler şahitlik için mecliste hazır olmuşlar, adı geçen Ömer'in zevcesine bu tarihten bir gün önce, yukarıda yazdığı gibi küfür ettiğini, adı geçen Fâtıma'nın mübâne olduğunu, bu duruma şahit olduklarını bildirmişler, şahitlikleri kabul edilerek, iddia sahibi kadının anlaşmazlığına hükmedildikten sonra, mehr-i müccel olan bin akçenin adı geçen kadına teslim edilmesi adı geçen Ömer'e tembih edildikten sonra talep üzerine yazılmıştır.^{33, p.319-320}

3.4. Rahatsız etme

Bir kadın, kayıt tarihinden yedi ay önce kendisini talâk-ı selâse ile boşadıktan sonra bir başka yere giden kocasının, tekrar gelerek kendisiyle karı-koca olarak yaşamayı istediğini, bu durumun engellenmesini mahkemeden istemiştir. Mahkeme de adı geçen kocaya bu durumu sorduğunda, o kişi inkâr edince, iddia sahibi kadının iddiasına uygun şahit göstermesini istemiş, o da Müslüman jüriden iki kişiyi şahit göstermiş ve bu kişiler de iddia sahibi kadının iddiasını destekleyen ifade vermişler, şahitliklerin kabul edilmesi sonucu gereğince hüküm verilmiştir.²⁹

* "Mehr (a.i.c. emhâr, mühûr): huk. [eskiden] mihir, evlenirken erkek tarafından kadına verilen nikâh bedeli."⁵⁷

İstanbul Mahkemesi 3

* ____, Kayıt no. 227: Musa Beşe b. Abdullah'ın boşadığı Ayşe Hâtun bt. Hasan'ı rahatsız ettiği^{29, p.188}

3.5. Evlenmesine izin vermeme

Bir kadın, kocasının ölümünden sonra kayınpederinin kendisi için “benim cariyem” diyerek evlenmesini engellediği şikâyetiyle mahkemeye başvurmuştur. Üç Müslüman kişi mahkemede şahitlik ederek, kayınpederinin adı geçen kadını evvelki ağasından oğluna nikâhlandığını, gelini olduğunu, çocuğunun, oğlunun oğlu olduğunu kendilerine söylediğini mahkemeye bildirmişler, bu durum kadının talebiyle sicile yazılmıştır.²³

Üsküdar Mahkemesi 26

* ____, Hüküm no. 797: Kocasının ölümünden sonra kayınpederinin Ayşe bt. Abdullah'ın evlenmesine izin vermediği^{23, p.359}

Değerlendirme

Yapılan çalışma İstanbul Kadı Sicillerinde kadına yönelik şiddet kapsamında tecavüz, iffete iftira, öldürme, yaralama, darp ve hakaret gibi başlıklar altında sıralanabilecek çok sayıda örneğin bulunduğunu ortaya koymuştur. Literatürde de bu konuda yapılmış bazı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Amira Sonbol⁵⁹ da Mısır'da hukuk modernizasyonu öncesi döneme ait Osmanlı İmparatorluğu şer'î mahkeme kayıtlarında kadınların durumunu belirlemek üzere yaptığı değerli çalışmasında, suçlarla ilgili olarak, kadınların cürümlerde mağdur ya da saldırıya uğrayan durumunda olduğunu bildirmekte, mahkemelerin suç vakalarında kadınlar ve erkekler arasında ayırım yapmadığına, ama kadınların sıklıkla erkek şiddetinin mağdurları olduğunun açık olduğuna işaret etmektedir.⁵⁹ Kadına yönelik şiddet arasında, bazen kocalar tarafından işlenen cinayetler bulunurken; kadınların tecavüz şikâyetiyle mahkemeye gittikleri,⁵⁹ yine kadınların sıklıkla erkekleri fiziksel ya da sözel taciz nedeniyle mahkemeye verdikleri, ayrıca sokakta, komşulukta ya da pazar yerinde tartıştıkları kadınları da dava ettikleri Sonbol'un mahkeme kayıtlarına dayanarak verdiği bilgiler arasında bulunmaktadır.⁵⁹

Bu çalışmanın konusu olan İstanbul Kadı Sicillerinde saptanan kadına yönelmiş şiddet olaylarının çağımızın bir kavramı olan toplumsal cinsiyet temelli kadına yönelik şiddet başlığı altında değerlendirilebilmesi için, bu olaylarda şiddeti uygulayan kişi ya da kişilerin “gücü” ya da bir anlamda “iktidarı” elinde bulunduran kişiler olması önem taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında, o dönemde toplumsal anlamda gücü/iktidarı elinde bulunduran kişilerin erkekler olması nedeniyle kadına şiddet uygulayan kişilerin de sıklıkla erkekler olduğu, işkence ile ilgili vakada görüldüğü gibi azmettirici olabildikleri ama kadınların da kadınlara şiddet uygulayabildiği görülmektedir.

İncelenen olaylar içerisinde öldürerek, yaralayarak ya da darp ederek sıklıkla eşlerinin kadınlara fiziksel şiddet uygulaması ve bu nedenle kadınların mahkemeye başvurması, yine eşinin hakareti nedeniyle sözel şiddete maruz kalan kadınların mahkemeye başvurması, incelenen dönemde, aile ilişkilerinde egemen gücün erkek olduğunu göstermektedir. Bu ilişkiler aynı zamanda aile içerisinde olduğundan bu şiddet uygulamaları, günümüzün “aile içi şiddet” kavramını, o dönem için de akla getirmektedir. Bu şekilde şiddete uğrayan kadınlar, şahit göstererek “mehir” ve “iddet* nafakaları”nı alarak eşlerinden boşandıkları gibi, bazı durumlarda da bu haklarından vazgeçerek yani muhâlaa yoluyla eşlerinden boşanmayı tercih etmişlerdir.

* “İddet (a.i.): huk. [Eskiden] kocasından ayrılan kadının, tekrar başkasıyla evlenebilmek zorunda bulunduğu, yâni üç def'a hayız görüp temizleninceye kadar geçecek olan müddet. [Kocasından boşanırsa 100 gün, kocası ölürse 130 gün beklenirdi.]”⁵⁷

Üsküdar Mahkemesi 26, 608 numaralı hüküm²³ o dönemde boşanmış bir kadının şiddete uğraması durumunda, toplumca ilk “olağan şüpheli” olarak boşanmış olduğu eşinin düşünüldüğünü göstermektedir. Bu örnek, toplumun kadın-erkek ilişkisinde egemen olan tarafın erkek olduğu kabulünü ve toplumda erkeğin eski eşi üzerinde halen bir “hakkı” olduğu anlayışını düşündürdüğü nedeniyle oldukça ilginçtir. Kadına eziyet eden kişinin eski kocası olmamakla birlikte, kayıtlarda, kadına diğer kadınların eziyet etme nedeni belli olmadığından, bu kadınların aralarındaki ilişkilerin niteliği hakkında yorum yapabilmek olası değildir.

Öte yandan günümüzdeki kimi örneklerle de benzer şekilde, eşinden boşanan bir erkeğin bir süre sonra tekrar eşiyle karı-koca ilişkisi içerisinde yaşama isteği eşini rahatsız etmiş ve kadın mahkemeye başvurmuştur. Bu örnekte de erkeğin egemen güç ilişkileri içerisinde, halen onun üzerinde tasarruf hakkı olduğunu düşünerek, eski eşine, kadının istemediği bir durumu kabule zorladığı, bir anlamda şiddet uyguladığı görülmektedir. Bu duruma karşı, kadın da mahkemeye başvurarak bir anlamda “korunma” talep etmiştir.

İlginç örneklerden bir diğeri ise, bir kayınpederin, oğlunun ölümünden sonra gelininin bir başka kişi ile evlenmesine engel olması ve bu nedenle kendisine uygulanan şiddeti engellemek amacıyla, kadının mahkemeye başvurarak durumu tespit ettirmesidir. Bu olay da bir anlamda, kayınpederin aile ilişkileri içerisinde sahip olduğu gücü ya da iktidarı kullanarak, gelini üzerinde yansıyan ataerkil bir anlayışın çarpıcı örneği ve ruhsal şiddet olarak değerlendirilebilir.

Güç ve iktidarın kadına yönelik şiddette etkin olduğunu gösteren ilginç bulgulardan bir diğeri ise bir subaşı ve adamlarının, devletin onlara görevleri nedeniyle sağladığı gücü kullanarak, bir kadını darp etmeleri ve sonuçta kadının ölümünde neden olmalarıdır. Her mahkeme kaydında sonuç ya da karar bulunmamakla birlikte, kadına yönelik fiziksel ya da sözel şiddet iddiaları kanıtlandığında mahkemenin bu şiddeti uygulayan kişiye ceza verdiği ve bu cezanın da dönemin hukuk anlayışına bağlı olarak ta'zir cezası olduğu görülmektedir.

İstanbul Kadı Sicillerinde gördüğümüz en önemli bulgulardan birisi ise mahkemeye başvuru yapıldığında ve başvurular kabul edildiğinde, kadına yönelik şiddetin görünür hale gelmesi/getirilmesidir. Bazı durumlarda mahkeme bu saptamayı yaparak kayda geçirirken, bazı durumlarda Müslüman bir topluluktan ya da jüriden bazı kişileri bilirkişi olarak keşfe yollayarak, onların raporlarını mahkeme kayıtlarına geçirmiş ve bu şiddet olaylarını görünür hale getirmiştir. Öte yandan, bu kayıtlar bir “adli rapor” niteliği de taşımaktadır. Şiddetin bu şekilde görünür hale getirilmesinin, daha sonraki benzer olaylar için de önleyici bir nitelik taşımış olma olasılığı olduğunu söyleyebiliriz. Günümüzde de şiddeti görünür hale getirmek, onun yalnızca bir “aile içi mesele” olmadığını ya da “özel alan” sorununun ötesinde ele almamız gerektiğini vurgulamak şiddetin önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Sonuç

Şer'î mahkeme sicilleri kadına yönelik şiddet kavramı içerisinde değerlendirebileceğimiz vaka kayıtları içermektedir. Şiddete uğramış kadınlar, XVI. ve XVII. yüzyıllarda, kendileri ya da vekilleri aracılığı ile mahkemeye başvurmuşlardır. Dönemin pozitif hukukunun verdiği hakları kullanarak, kendilerine şiddet uygulayan kişilerden uzaklaşmaya ve kendilerini korumaya çalışmışlardır. Kadınların, mahkemeye başvurmaları ile kadına yönelik şiddet görünür hale gelmiştir. Toplumsal cinsiyet, iktidar, ataerkillik ve erkeklik gibi çağdaş kavramların, o dönemde de kadına yönelik şiddet olaylarını açıklamamızda ve anlamamızda kullanılabileceği görülmüştür.

BİLGİ

Bu makale 10-13 Aralık 2012 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen 2. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde sunulan sözlü bildiriye dayanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Maral E. İktidar, erkeklik ve teknoloji. *Toplum ve Bilim* 2004; 101: 127-43.
2. Wykes M, Welsh K. *Violence, Gender & Justice*. London: SAGE Publications Ltd; 2009. p. 4.
3. World Health Organization. Health Topics. Violence. <http://www.who.int/topics/violence/en/>. Erişim tarihi: 01 Aralık 2012.
4. United Nations General Assembly, A/RES/48/104, 85th plenary meeting, 20 December 1993, 48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women, <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>. Erişim tarihi: 01 Aralık 2012.
5. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf. Erişim tarihi: 02 Kasım 2012
6. İnalçık H. *Devlet-i 'Aliyye*, 8. Baskı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2011. p. 227-8, 265-8.
7. Barkan ÖL. Kanûn-nâme. In: Adivar A, Arat R, Ateş A, Baysun C, Darkot B, editörler. *İslâm Ansiklopedisi*. 6. Cilt. İstanbul: Maarif Basımevi; 1955. p. 185-96.
8. Fatih Sultan Mehmed. *Kânûnnâme-i Âl-i Osman* (Tahlil ve Karşılaştırmalı Metin). Hazırlayan: Özcan A. İstanbul: Kitabevi; 2003.
9. Akgündüz A. *Osmanlı Kanunnâmeleri ve Hukukî Tahlilleri*, 2 Cilt (1. Kitap: Osmanlı Hukukuna Giriş ve Fâtih Devri Kanunnâmeleri; 2. Kitap: II. Bâyezid Devri Kanunnâmeleri). İstanbul: Fey Vakfı; 1990. p. 108, 118-23.
10. Yavuz Sultan Selim Han Kanunnamesi, Hicri 971, Yazarı Belli Değil. Konuşma diline çeviren: Tuncer H. Ankara: Tarım Orman ve Köyşleri Bakanlığı; 1987.
11. Yücel Y, Pulaha S. I. *Selim Kânûnnâmeleri (1512-1520)*. Ankara: Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Tarih Kurumu Yayınları, 1995.
12. Mehmed Arif. *Kânûn-nâme-i Âl-i Osmân* (Sultan Süleyman Han Kanunî emriyle cem' ve telfik olunan kanunname olup Viyana Kütüphanesi-i İmperatorîsinde mevcut nüshasından istinsah edilmiştir). İstanbul: Ahmed İhsan ve Şürekâsı; 1329 (Tarih-i Osmanî Encümeni Mecmû'ası'nın ilâvesidir).
13. Köprülü MF. *Osmanlı Kânûn-nâmeleri*. Millî Tetebbu'lar Mecmû'ası 1331; 1 (1): 49-112 ve 1 (2): 305-48.
14. Uzunçarşılı İH. *Şer'î mahkeme sicilleri*. *Ülkü* 1935; 5 (25): 365-8.
15. Başoğlu T. Ta'zir. In: *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi*, Cilt 40. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı; 2011. p. 198-202.
16. Scott J.W. Toplumsal cinsiyet: Faydalı bir tarihsel analiz kategorisi. Çeviren: Demirler D, Dinçer F. *Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar* 2010; 12: 112-38.
17. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 1 Numaralı Sicil* (H. 919-927 / M. 1513-1521). Hazırlayanlar: Aydın B, Tak E. Cilt 1. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2008.
18. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 2 Numaralı Sicil* (H. 924-927 / M. 1518-1521). Hazırlayan: Günalan R, Kemal V, Altıntop Ö, Ayyıldız Bahadır H. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Ak M, Oğuz M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 2. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
19. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 5 Numaralı Sicil* (H. 930-936 / M. 1524-1530). Hazırlayan: Dağdaş Y, Berktaş Z. Kontrol eden: Oğuz M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 3. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
20. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 9 Numaralı Sicil* (H. 940-942 / M. 1534-1536). Hazırlayan: Yıldız K. Kontrol eden: Ahışalı R. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 4. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
21. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 14 Numaralı Sicil* (H. 953-955 / M. 1546-1549). Hazırlayan: Güler N. Kontrol eden: Özcan A. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 5. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
22. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 17 Numaralı Sicil* (H. 956-963 / M. 1549-1556). Hazırlayan: Gültekin O. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 6. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
23. Yılmaz C, editör. *İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 26 Numaralı Sicil* (H. 970-971 / M. 1562-1563). Hazırlayan: Günalan R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 7. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.

24. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 51 Numaralı Sicil (H. 987-988 / M. 1579-1580). Hazırlayan: Günalan R. Arapça metin: Canatar M, Akman M. Kontrol eden: Emecen F. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 8. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
25. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 56 Numaralı Sicil (H. 990-991 / M. 1582-1583). Hazırlayan: Kazan H, Yıldız K. Arapça metin: Akman M, Özcan T. Kontrol eden: Ak M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 9. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
26. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Üsküdar Mahkemesi 84 Numaralı Sicil (H. 999-1000 / M. 1590-1591). Hazırlayan: Günalan R, Arapça metin: Canatar M, Akman M. Kontrol eden: Canatar M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 10. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
27. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Balat Mahkemesi 2 Numaralı Sicil (H. 970-971 / M. 1563). Hazırlayan: Osmanlıca metin: Uluskan M, Mert T, Çelik Y, Günalan R, Akyüz F. Kontrol eden: Aydın MA. Koordinatör: Küçükaşçı MS. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 11. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
28. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Rumeli Sadâreti Mahkemesi 21 Numaralı Sicil (H. 1002-1003 / M. 1594-1595). Hazırlayan: Erol R, Kılıç H. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 12. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
29. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri İstanbul Mahkemesi 3 Numaralı Sicil (H. 1027 / M. 1618). Hazırlayan: Karaca Y, Erol R, Kahrıman S, Recep F, Atay S, Kılıç H. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 13. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
30. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Rumeli Sadâreti Mahkemesi 56 Numaralı Sicil (H. 1042-1043 / M. 1633). Hazırlayan: Recep F, Atay S. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 14. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
31. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Rumeli Sadâreti Mahkemesi 80 Numaralı Sicil (H. 1057-1059 / M. 1647-1649). Hazırlayan: Recep F, Erol R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 15. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
32. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri İstanbul Mahkemesi 12 Numaralı Sicil (H. 1073-1074 / M. 1663-1664). Hazırlayan: Erol R, Kahrıman S, Recep F, Atay S, Kılıç H, Karaca Y. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 16. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
33. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Bâb Mahkemesi 3 Numaralı Sicil (H. 1077 / M. 1666-1667). Hazırlayan: Günalan R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Koordinatör: Küçükaşçı M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 17. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
34. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri İstanbul Mahkemesi 18 Numaralı Sicil (H. 1086-1087 / M. 1675-1676). Hazırlayan: Kahrıman S, Recep F, Atay S, Kılıç H, Karaca Y, Erol R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 18. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
35. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Bâb Mahkemesi 46 Numaralı Sicil (H. 1096-1097 / M. 1685-1686). Hazırlayan: Atay S, Kılıç H, Karaca Y, Erol R, Kahrıman S, Recep F. Arapça metin: Akman M, Kontrol eden: Sarıcaoğlu F, Koordinatör: Yıldıztaş M, Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 19. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
36. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Bâb Mahkemesi 54 Numaralı Sicil (H. 1102 / M. 1691). Hazırlayan: Kılıç H, Karaca Y, Erol R, Kahrıman S, Recep F, Atay S. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 20. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
37. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri İstanbul Mahkemesi 24 Numaralı Sicil (H. 1138-1151 / M. 1726-1738). Hazırlayan: Recep F, Atay S, Kılıç H, Karaca Y, Erol R, Kahrıman S. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 21. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2010.
38. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 3 Numaralı Sicil (H. 993-995 / M. 1585-1587). Hazırlayan: Çakır B, Adıgüzel AS, Trabzonlu Z, Kazan H. Arapça metin: Özcan T. Kontrol eden ve koordinatör: Özcan T. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 22. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
39. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Hasköy Mahkemesi 5 Numaralı Sicil (H. 1020-1053 / M. 1612-1643). Hazırlayan: Çakır B, Trabzonlu Z, Kazan H, Adıgüzel AS. Arapça metin: Özcan T. Kontrol eden ve koordinatör: Özcan T. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 23. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
40. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 19 Numaralı Sicil (H. 1028-1030 / M. 1619-1620). Hazırlayan: Karaca Y, Erol R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın M.A. Cilt 24. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
41. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 37 Numaralı Sicil (H. 1047 / M. 1637-1638). Hazırlayan: Kahrıman S, Atay S, Recep F. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın M.A. Cilt 25. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.

42. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 49 Numaralı Sicil (H. 1054 / M. 1644). Hazırlayan: Adıgüzel AS, Trabzonlu Z. Arapça metin: Özcan T. Kontrol eden: Özcan T. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 26. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
43. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 61 Numaralı Sicil (H. 1065-1066 / M. 1655). Hazırlayan: Çakır B. Arapça metin: Özcan T. Kontrol eden: Özcan T. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 27. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
44. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 74 Numaralı Sicil (H. 1072-1073 / M. 1661-1662). Hazırlayan: Kılıç H, Kahrıman S, Recep F, Atay S, Erol R, Karaca Y. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 28. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi; 2011.
45. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 82 Numaralı Sicil (H. 1081 / M. 1670-1671). Hazırlayan: Mert T, Günalan R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Koordinatör: Küçükkaşçı M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 29. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
46. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Hasköy Mahkemesi 10 Numaralı Sicil (H. 1085-1090 / M. 1674-1679). Hazırlayan: Özcan T. Kontrol eden: Emecen F. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 30. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
47. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Eyüb (Havâss-ı Refîa) Mahkemesi 90 Numaralı Sicil (H. 1090-1091 / M. 1679-1680). Hazırlayan: Recep F, Kılıç H, Erol R, Atay S, Kahrıman S, Karaca Y. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 31. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
48. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 5 Numaralı Sicil (H. 983-984 / M. 1575-1576). Hazırlayan: Akman M. Kontrol eden: Aydın MA. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 32. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
49. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 7 Numaralı Sicil (H. 985-986 / M. 1577-1578). Hazırlayan: Akman M, Gedikli F. Kontrol eden: Aydın MA. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 33. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2011.
50. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 15 Numaralı Sicil (H. 981-1000 / M. 1573-1591). Hazırlayan: Günalan R, Mert T. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 34. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
51. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 20 Numaralı Sicil (H. 1005-1007 / M. 1596-1599). Hazırlayan: Akman M, Gedikli F. Kontrol eden: Aydın MA. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 35. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
52. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 32 Numaralı Sicil (H. 1015-1016 / M. 1606-1607). Hazırlayan: Akman M. Osmanlıca metin: Gedikli F, Kenanoğlu MM. Kontrol eden: Aydın MA. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 36. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
53. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 37 Numaralı Sicil (H. 1022-1024 / M. 1613-1615). Hazırlayan: Erol R, Karaca Y. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Sarıcaoğlu F. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 37. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
54. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 46 Numaralı Sicil (H. 1024-1029 / M. 1615-1620). Hazırlayan: Işık A, Yıldız E. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Koordinatör: Yıldız K. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 38. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
55. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 65 Numaralı Sicil (H. 1051-1053 / M. 1641-1644). Hazırlayan: Atay S, Erol R. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 39. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
56. Yılmaz C, editör. İstanbul Kadı Sicilleri Galata Mahkemesi 90 Numaralı Sicil (H. 1073-1074 / M. 1663). Hazırlayan: Recep F, Kahrıman S. Arapça metin: Akman M. Kontrol eden: Oğuz M. Koordinatör: Yıldıztaş M. Proje yönetmeni: Aydın MA. Cilt 40. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi (İSAM); 2012.
57. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat Eski ve Yeni Harflerle, Yeniden Düzenlenmiş ve Genişletilmiştir (1993). Yayına hazırlayan: Güneşçay A.S. 18. Baskı. Ankara: Aydın Kitabevi Yayınları; 2001.
58. Acar Hİ. Talak. In: Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, Cilt 39. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı; 2010. p. 496-500.
59. Sonbol A. Woman in shari'ah courts: a historical and methodological discussion. Fordham International Law Journal 2003; 27 (1): 225-53.

Ek-1. Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi İSAM tarafından yayınlanan İstanbul Kadı Sicilleri (1-40)'nde kadına yönelmiş şiddet unsuru içeren kayıtlar

Sicil No	Hüküm No	Konu
Üsküdar 1	89	Durmuş b. Oruç'un karısını başkasıyla öpüşürken gördüğünü söyleyen şahsın iddiasını ispat için ikinci bir şahide gerek olduğu
Üsküdar 1	90	Aynı dava hakkında İmam Mustafa'nın ikrara şahitlik yaptığı
Üsküdar 1	173	Nefise Hâtun isimli hamile kadını dövmediğine yemin eden Demirci Ali'nin beraat ettiği
Üsküdar 1	269	İstimat'ın karısını döven damadına tazir cezası verildiği
Üsküdar 1	377	Uğurlu b. Abdullah ile Selçuk bt. Abdullah'ın birbirlerine vurduklarına dahil
Üsküdar 1	793	Nefise Hâtun isimli hamile kadını dövmediğine yemin eden Demirci Ali'nin beraat ettiği
Üsküdar 2	85	Halil'in kızı Fatma'nın bekaretini ispatı ve beraat etmesi
Üsküdar 2	205	Âmâ Süleyman b. Bâli'nin eşi Gül Paşa bt. Mehmed'e küfrettiği
Üsküdar 2	211	Ümmi bt. Resul'ün yolunu zina kastıyla kesen Ahmed b. Kemal'in tazir olunması
Üsküdar 2	293	Hanımı Rabia'yı döven Mahmud b. İvaz'ın tazir olunması
Üsküdar 2	379	Trandafilo'nun eşini döven Yorgi'nin tazir olunması
Üsküdar 2	385	Yorgi b. Kosta'nın evine zina kastı ile gelen Levend Mihal b. Yani'nin tazir olunması
Üsküdar 2	760	Habibe bt. Mustafa'nın, Hatice bt. Kocacık'ı dövdüğü
Üsküdar 5	41	Çoban Hamza b. Abdullah'ın eşi Elif'i öldürmesi
Üsküdar 5	42	Çoban Hamza'nın suçunu itiraf etmesi
Üsküdar 5	43	Çoban Hamza'nın Mehmed b. Hüseyin'e borçlu olduğu
Üsküdar 5	44	Çoban Hamza'nın Manol b. Agusti Yorgi'ye borçlu olduğu
Üsküdar 5	480	Bekir Halife b. İshak'ın, eşinin karnındaki çocuğu kabul etmemesi (liân)
Üsküdar 9	276	Dudu bt. Abdullah'ın hamamda Hasnâ bt. Musa'yı dövdüğü
Üsküdar 9	426	Ferhad b. Abdullah'ın Kadem bt. Abdullah'ı dövdüğü
Üsküdar 9	496	Ahmed b. Abdullah'ın bir câriyeyi başından vurduğu
Üsküdar 14	274	Turcihan bt. Saltuk'u döven Ayşe bt. Kasım'a tazir cezası verilmesi
Üsküdar 14	275	Turcihan bt. Saltuk ve Ayşe bt. Kasım'ın birbirlerine hakaret ettikleri
Üsküdar 14	348	Kimafti bt. Todora'nın Hasresuna bt. Todora ve kızı Rine bt. Todora'ya hakaret etmesi
Üsküdar 14	627	Dimitri b. İstati'nin Teodora bt. Yani'yi dövmesi
Üsküdar 17	64	Bekir'in, Kumru bt. Abdullah'a tecavüz ettiği
Üsküdar 17	73	Hızır b. İnâm Çelebi'nin Kara Veli b. Ahmed'in eşine iftira etmesi
Üsküdar 17	74	Karaca b. Aşık'ın Nefise bt. Halil'e iftira etmesi
Üsküdar 17	76	Karaca b. Aşık'ın Nefise bt. Halil'e iftira etmesi
Üsküdar 17	103	Hasan b. Süleyman'ın, evine girip eşine zulmettiği gerekçesiyle Mehmed b. Ali'den şikâyetçi olduğu
Üsküdar 17	105	Nikola b. Polinin Odege bt. Yorgi'yi dövdüğü
Üsküdar 17	106	Nikola b. Poli'nin Margarika bt. Yuvan'ın evine girerek dövdüğü ve bazı eşyalarını aldığı
Üsküdar 17	107	Nikola b. Poli'nin Zabiye bt. Abdullah'ı dövdüğü
Üsküdar 17	108	Margarika bt. Yuvan ile Zabiye bt. Abdullah'ın kendilerini döven Nikola b. Poli'den davacı olmadıkları
Üsküdar 17	113	Pe.....k yaptığı iddia edilen Hurşide'nin dava edilmesi
Üsküdar 17	115	Hurşide bt. Abdullah'ın Temim b. Hamza'nın eşi Âhûtab'a pe.....k yaptığı
Üsküdar 17	116	Hurşide bt. Abdullah'ın Temim Hoca b. Hamza'nın eşi Âhûtab'a pe.....k yaptığı
Üsküdar 17	117	Mahmud b. Seyyid ile Hurşide bt. Abdullah'ın boşandıkları
Üsküdar 17	127	Boşanan Mahmud bt. Seydi ile Hurşide bt. Abdullah'ın tekrar evlendikleri
Üsküdar 17	174	Ali b. Yahya'nın bir kadına sarkıntılık ettiği iddiası
Üsküdar 17	264	İsmail b. Hasan'ın, karısı Şahnisa ile Softa Mustafa b. Ahmed'i buluşturduğu
Üsküdar 17	265	Aynı bt. Şaban'ın İsmail Fakih b. Hasan'ın karısı Şahnisa'ya pe.....k yaptığı
Üsküdar 17	266	Aynı bt. Şaban'ın, İsmail Fakih b. Hasan'ın hatunu Şahnisa ile Bezci'nin buluştuğunu söylediği
Üsküdar 17	268	Şahnisa bt. İbrahim'in, kocası İsmail b. Hasan ile muhâlaa yaptığı
Üsküdar 17	269	Şahnisa'nın çocuklarını yedi yıl nafakasız beslemek şartıyla İsmail Fakih b. Hasan'dan boşandığı
Üsküdar 17	416	Yasemin bt. Abdullah'ın Hasnâ bt. Abdullah'a küfrettiği
Üsküdar 17	576	Süleyman b. Hüseyin ve Ali Çelebi b. Murad'ın kovanlarının harabedilmesi ve câriyesinin dövülmesi
Üsküdar 17	588	Çalabverdi b. Yusuf'un Aynı Hatun bt. Cafer'i dövmesinden beraat ettiği
Üsküdar 17	590	Aynı Hatun bt. Cafer ve Gülruh bt. Saruca ile olan davalarından vazgeçtikleri
Üsküdar 26	33	Dimitri v. Yani'nin, Furuşne bt. Torbacı'yı dövmesi
Üsküdar 26	71	Ahmed Çelebi'nin oğlunun, İbrahim ve Ömer Reis'in annesini dövmesi
Üsküdar 26	346	Hanımı Rabia'yı döven Mahmud b. İvaz'ın tazir olunması
Üsküdar 26	347	Kumru bt. Abdullah'ın kocası İskender b. Abdullah'tan nafakasız ve mehirsiz boşanması (muhâla'a)

Üsküdar 26	357	Sitti bt. Yakub ile kocası isa b. Musa'yı döven Bâli b. İbrahim'in sulh olduğu
Üsküdar 26	608	Kocasının Ayni bt. Hızır'ı dövmediği
Üsküdar 26	611	Fatma bt. Abdullah ile kızı Ayni'nin, Ayni bt. Hızır'a işkence ettiği
Üsküdar 26	797	Kocasının ölümünden sonra kayınpederinin Ayşe bt. Abdullah'ın evlenmesine izin vermediği
Üsküdar 56	56	Hacı b. Abdullah'ın Zülfiye bt. Murad'a küfrettiği
Üsküdar 56	249	Ayşe bt. Abdullah'ın boşadığı eski karısıyla birlikte gezen kocası Mehmed'i şikayeti
Üsküdar 56	278	Mehmed b. Eymir'in içki içip, eve yabancı erkekler getirdiği ve Ayşe ve Meryem isimli eşlerine para karşılığında tasarrufta bulundurduğu hakkında suç duyurusu
Üsküdar 56	430	Sultâna bt. Hasan'ın gece evine gelip kendisini korkutan ve hastalanmasına sebep olan kişilerle olan davasından vazgeçtiği
Üsküdar 84	781	İbrahim b. Mehmed'in, Mustafa'yı tutuklatırken hamile karısının korkudan çocuğunu düşürdüğü
Üsküdar 84	1059	Ayşe bt. Davud'un annesi Aynî Hâtun'u öldürenlere açtığı cinayet davası
İstanbul 3	227	Musa Beşe b. Abdullah'ın boşadığı Ayşe Hâtun bt. Hasan'ı rahatsız ettiği
İstanbul 3	413	Gülfidar bt. Korkud'un, kocası Bayram b. Cihan tarafından dövüldüğü
İstanbul 3	568	Fâtıma Hâtun bt. Mehmed'in, kölesi tarafından bir gözünün çıkarılması sebebiyle eşi Seyyid Hasan aleyhine açtığı davadan vazgeçtiği
İstanbul 12	785	Şerife Ayşe bt. Seyyid Mustafa'nın Fâtıma bt. Hasan'a tabanca ve yumrukla vurduğu
İstanbul 12	873	İsmihan bt. Abdülkerim ile Ramazan Halife b. Musa arasındaki darb meselesinin sulh ile sona erdiği
Bab 3	361	Fâtıma bt. Yusuf'un, kocası Ömer b. Kâmil'in küfretmesiyle boşanmış olduğundan mehrini talep ettiği
Bab 3	451	Benefşe bt. Abdullah ile Mehmed b. Abdullah ve Maryem bt. Marat arasındaki darp davasında sulh olduğu
Bab 3	700	Âişe bt. Yusuf'un, kendisini dövüp çocuğunu düşürmesine sebep olduğunu iddia ettiği ev sahibi hakkındaki iddiasını ispat edemediği
Bab 3	799	Nartones bt. Hannan'ın kendisini merdivenlerden atıp çocuğunun düşmesine sebep olan Markar v. Marat'a açtığı davada sulh olduğu
Bab 3	1042	Ahmed Bey b. İbrahim'in, Ahmed Çelebi b. Mustafa'nın adamlarını ve câriyesini dövdüğü
İstanbul 18	194	Zülfikar b. Abdullah'ın hanımını darp edip çocuğunun düşmesine sebep olan Hüseyin Efendi b. Yusuf ile sulh olduğu
İstanbul 18	254	Ayşe bt. Abdullah'ın Mustafa Efendi'nin evinde kaza eseri vurularak öldüğü
Bab 54	205	Hatice bt. Mustafa'nın kendisini dövmemek üzerine şartlı talakta bulunan kocası Muharrem b. Mehmed'den boşanması
Bab 54	208	Ayşe bt. Hasan'ın mehir ve yaralama hususunda eski kocası Halil b. Hacı Mehmed'in zimmetini ibra etmesi
Eyüb 3	20	Hümâ bt. Hüseyin'in kocası Eymir b. Ahmed'in kendisini boşadığı iddiası
Eyüb 3	21	Eymir b. Ahmed'in zevcesi Hümâ bt. Hüseyin'i evden kaçtığı için dövdüğü ve hâlâ nikâhı altında olduğu
Eyüb 3	23	Hümâ Hatun bt. Hüseyin'in Eymir b. Ahmed'den muhâlaa ile boşandığı
Eyüb 3	287	Ahmed Çelebi'nin câriyesi ile kölelerinin Mahmud b. Mehmed'in evini basıp zevcesi Yasemin'i bağlayarak kilitli bir sandık ile elbiselerini gasbettikleri
Eyüb 19	19	Mehmed Bey b. Mustafa Bey'in karısı Ayşe Hatun'u bıçakla yaralaması
Eyüb 19	386	Aşçıbaşı mahallesinden Emine'nin kendisini döven kocası Hamza b. Mehmed'den boşanmış olduğu
Eyüb 61	80	Hasan Beşe b. Abdülbâki'nin zevcesi İsmihân'ın subaşı ve adamları tarafından darbedildiğinin ve öldüğünün tespiti
Eyüb 74	59	Musa b. Ramazan'ın Ayşe bt. Mahmud'a iftira ettiği
Eyüb 74	110	Bir kadına tecavüze yeltenen Mahmud Beşe ve arkadaşının kendilerine engel olan Halil b. Mustafa'yı dövdüklerinin tespiti
Eyüb 74	380	Tüfek kurşunuyla vurulan Nesli bt. Mustafa'nın diyeti hususunda kocasının Peroliç köyü halkından herhangi bir davası olmadığı
Eyüb 74	402	Tüfek kurşunuyla [ölen] Nesli bt. Mustafa'nın annesinin kızının diyeti hususunda damadını ve diğer bazı kimseleri mesul tutmadığı
Eyüb 82	146	Emine bt. Derviş'in görüncesi Rabia bt. Abdullah ile arasındaki hakaret davası
Eyüb 90	113	Sarhoş olup sürekli karısını döven Zülfikar b. Abdullah'ın mahalleden çıkarılması
Eyüb 90	289	Fâtıma bt. Mahmud'un boşadığı kocası tarafından darp edildiği iddiasının reddi
Galata 5	205	Sekbanbaşı Mehmed Bey'in, karısı Ayşe Hatun'u Kur'an okurken görüp küfür etmesinden dolayı boşanmalarına hükmedildiği
Galata 90	536	Yani v. İstemed'in eşi Yasemin bt. Andriye'yi dövmeme üzerine şartlı talâk verdiği

Onkoloji Hemşirelerinin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri: Adana Örneği*

Level of Burns and Job Satisfaction of Oncology Nurses: Adana Case

Gülşah Kumaşⁱ, Sibel Öner Yalçınⁱⁱ, Gürsel Öztunçⁱⁱⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-5102-2643>

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-6122-7087>

ⁱⁱⁱProf.Dr., Girne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-7997-6377>

ÖZ

Onkoloji birimlerinde çalışan hemşireler sıklıkla ağır sağlık problemleri olan hastalarla çalışmak zorundadırlar. Kanser tanısı konulmasından hastanın kaybedilmesine kadar olan süreç sadece hasta ve ailesi için değil bakım veren hemşireler için de çeşitli zorluklar içermektedir. Hastaların ağır yan etkileri olan tedavilerini yönetme, hastaların tedaviye uyum sorunları, hastaların ağrı ve acı çekmesine şahitlik etme, ekip çatışmaları, terminal dönem hastalarının bakımı ve kaybedilmesi ile ilgili yaşanan stresli durumlar bu zorluklardan bazılarıdır. Araştırmamız onkoloji hemşirelerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmamız, Adana il merkezinde biri devlet diğeri vakıf olmak üzere iki üniversite hastanesi ile bir devlet hastanesinin onkoloji ve hematoloji birimlerinde görev yapan 72 hemşirenin katılımıyla yapılmıştır. Araştırmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin yaş ortalaması 31.2±8.4, %56.9'u evli, %48.6'sı lisans mezunu, %16.7'si ise onkoloji hemşireliği sertifikasına sahiptir. Tükenmişlik Ölçeğinin, duygusal tükenme (DT) alt boyutunda hemşirelerin (27.89±6.54 puan), duyarsızlaşma (D) alt boyutundan (12.53±4.71 puan) yüksek düzey tükenme yaşadıkları, kişisel başarı (KB) alt boyutunda ise düşük düzey tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir. İş doyum ölçeğinin içsel doyum puan ortalaması 36.19±9.88, dışsal doyum puan ortalaması ise 21.64±6.26'dır.

Sonuç olarak hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları, ancak başkalarına faydalı olduklarını düşündükleri için kişisel başarı duygusu ve orta düzeyde iş tatmini yaşadıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Onkolojik Hasta, Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu

ABSTRACT

Nurses working in oncology units often have to work with patients with severe health problems. From the diagnosis of cancer to the loss of the patient, the process includes various difficulties not only for the patient and his / her family but also for the nursing nurses. These challenges include making critical decisions for the patient, managing treatments with serious side effects, patients' anger and non-compliance problems, monitoring patients suffering from pain and suffering, intra-team conflicts, and the care and death of terminal-term patients. Our study was carried out as descriptive to determine job satisfaction and burnout levels of oncology nurses.

Our study was carried out with the participation of 72 nurses who work in oncology and hematology departments of two university hospitals and one state hospital in Adana city center. In our study, Maslach Burnout Inventory and Business Satisfaction Scale were used.

According to the results of the study, the mean age of nurses was 31.2 ± 8.4, 56.9% were married, 48.6% were bachelor's degree, and 16.7% were oncology nursing. It was determined that Burnout Scale experienced high level of depletion in nurses (27.89 ± 6.54 points), desensitization (D) sub-dimension (12.53 ± 4.71 points) in the subscale of emotional exhaustion (PD), and low level burnout in personal achievement (BP) sub-dimension. The mean satisfaction score of the job satisfaction scale was 36.19 ± 9.88, and the mean score of external satisfaction was 21.64 ± 6.26.

As a result, it can be said that nurses experience high levels of burnout, but because they think they are beneficial to others, they experience personal sense of accomplishment and moderate job satisfaction.

Keywords: Nurse, Oncological Patient, Burnout Syndrome, Job Satisfaction

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 256-265

DOI: 10.31020/mutftd.550272

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 6 Nisan 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 10 Mayıs 2019

İletişim - Correspondence Author: Gülşah Kumaş <gulsahkumas@gmail.com>

GİRİŞ

Günümüzde erken tanı ve tedavi yöntemlerinde kaydedilen gelişmeler ile kanser tanısı alan bireyler daha uzun süre yaşamakta dolayısıyla uzun süreli hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar.^{1,2} Hemşirelerin onkoloji alanındaki rolleri erken teşhis ve önleyici girişimlerden, hastaların terminal dönem bakımına kadar uzanan geniş bir yelpazeye sahiptir. Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin, kemoterapi ve radyoterapi sürecinde hastanın değerlendirilmesi ve bakımı, semptom kontrolü, hasta ve ailesinin eğitimi, bakımın koordinasyonu gibi rol ve sorumlulukları vardır.³ Onkoloji hastalarının tedavi ve bakım süreçleri karmaşık duygusal, fiziksel, sosyal ve psikolojik zorluklar içermektedir.⁴ Callaghan ve Lee'nin onkoloji hemşirelerinin yaşadığı zorluklara ilişkin yaptıkları çalışmada bu zorluklar, hasta için kritik kararlar verme, tedavilerin etkileri yönetme, hastaların tedaviye uyumu ile ilgili sorunlar, hastaların yaşadığı ağrı ve acıya şahitlik etme, ruhsal problemler, ekip içi çatışmalar, terminal dönem hastalarının bakımı ve ölümü ile ilgili yaşanan stresli durumlar olarak sıralanmıştır.^{5,6} Ülkemizde, konu ile ilgili yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre kanser hastalarının tedavisinde kullanılan antineoplastik ilaçların hazırlanması, uygulanması ve sonrasında yapılan bakım girişimleri hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını olumsuz olarak etkilemektedir.^{7,8} Bunların yanında uygun olmayan çalışma ortamı ve çalışma saatleri, mesleği istemeyerek seçme ve sürdürme, malzeme ve personel yetersizliği, hasta sayısının artmasına bağlı gelişen iş yoğunluğu, antineoplastik ilaçların hazırlanması sırasında koruyucu önlemlerin yetersiz kalması gibi olumsuz koşulların da onkoloji hemşirelerinin çalışmaları sırasında zorluk yaşamalarına neden olduğu bildirilmektedir.^{9,10}

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de kanser vakaları artış göstermekte dolayısıyla onkoloji hemşirelerinin iş yükü ve iş stresi artmaktadır. Uzun süren iş stresi tükenmişlik ve iş doyumunda azalma için zemin hazırlamaktadır. Sağlık çalışanları arasında özellikle onkoloji hastalarına bakım veren personel tükenmişlik açısından yüksek risk altındadır.¹¹⁻¹⁵

Tükenmişlik ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından, sağlık çalışanlarının işyerinde fiziksel ve psikolojik anlamda olumlu ya da olumsuz olarak yaşadığı durumların belirlenmesi ve olumsuz durumlara çözüm üretmek üzere ortaya konan bir kavramdır.¹⁶ Maslach ve Jackson tarafından sonraki yıllarda "kronik stres sonucunda iş hayatında ve insan ilişkilerinde bozulma, yorgunluk, umutsuzluk ve benlik saygısında azalmaya neden olan psikolojik bir sendrom" olarak bu kavram genişletilmiştir.^{17,18}

Sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan bazı araştırmalar tükenmişlik ile iş doyumu arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir.¹⁹⁻²¹ İş doyumu "çalışanların işlerine bağlılıkları ve işyerinde ne kadar mutlu oldukları" ile ilgili bir kavramdır.^{22,23} Tıp ve teknolojideki değişimler, kurumların rekabetçi tutumları, hasta haklarının sık olarak gündeme gelmesi gibi nedenlerle hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarından beklentileri, her geçen gün artmaktadır. Artan beklentilerin karşılanması ancak verimli çalışan sağlık profesyonelleri ile gerçekleşebileceğinden tükenmişlik ve iş doyumu konusu günümüzde ilgi çeken konulardır.²⁴⁻²⁶

Bizim yaptığımız bu çalışma ile Adana'da onkoloji-hematoloji klinik ve polikliniklerinde görev yapan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırmamız tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma 1 Haziran- 1 Temmuz 2014 tarihleri arasında Adana il merkezinde bulunan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde onkoloji ve hematoloji birimlerinde görev yapan hemşirelerin katılımıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/ Örnekleme

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş Adana ilinde bulunan üç hastanenin onkoloji ve hematoloji birimlerinde görev yapan 75 hemşirenin tümü örnekleme alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde görev

yapan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 72 hemşire araştırmaya dahil olmuştur, araştırmaya katılım oranı toplam %96'dır.

Veri toplama Araçları

Araştırmanın verilerini toplamak için üç adet soru formu kullanılmıştır. İlk form Tanıtıcı Özellikleri Belirleme Formu, ikinci form Maslach Tükenmişlik Ölçeği, üçüncü form Minnesota İş Tatmin Ölçeği'dir.

Tanıtıcı Özellikleri Belirleme Formu: Araştırmacılar tarafından literatürden elde edilen bilgilere göre hazırlanan bu form, katılımcıların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumları, mezun oldukları okul, çalıştıkları birim, bir günde bakım verilen hasta sayısı, çalışma süresi, son bir yıl içinde çalışılan bölümü değiştirme talebinin olup olmadığı gibi özelliklerini belirlemeye yönelik 14 sorudan oluşmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen Tükenmişlik Ölçeği 22 tükenmişlik ifadesi ve üç alt ölçekten oluşmaktadır.¹⁷ Alt ölçeklerden dokuz ifade duygusal tükenmeyi, beş ifade duyarsızlaşmayı, sekiz ifade ise kişisel başarıyı ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çapri ve Çam tarafından yapılmıştır.^{27,28} Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puan almak tükenmiş düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (**Tablo 1**).

Tablo 1. Tükenmişlik Boyutlarının Orijinal Değerlendirilmesi

ALT BOYUTLAR	YÜKSEK	ORTA	DÜŞÜK
Duygusal Tükenme	18 ve Üzeri	12- 17	0- 11
Duyarsızlaşma	10 ve Üzeri	6- 9	0- 5
Kişisel Başarı	0- 21	22- 25	26 ve üzeri

Minnesota İş Tatmin Ölçeği: Minnesota İş Doymu Ölçeği Weiss ve arkadaşları tarafından 1967 yılında geliştirilmiştir.²⁹ Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Baycan tarafından 1985 yılında yapılmıştır.³⁰ Minnesota iş doymu ölçeği içsel ve dışsal doymu olmak üzere iki alt boyutu olan toplam 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması iş doyumunun arttığını, düşük puan almak ise iş doyumunun düştüğünü göstermektedir.

Araştırmanın Verilerinin Toplanması ve Değerlendirmesi

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programı ile yapılmıştır. İstatistiksel verileri değerlendirmek için sayı-yüzde dağılımı, ortalama, spearman rho testi yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (14/02/2014-28) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve konu hakkında bilgi verildikten sonra bilgilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı açıklanmıştır.

BULGULAR

Araştırmada hemşirelerin yaş ortalaması 31.2±8.4 olup, %56.9'unun evli, %48.6'sının lisans mezunu, %16.7'sinin ise onkoloji hemşireliği sertifikasına sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin 28'inin (%38.9) gündüz, 44'ünün (%61.1) vardiya ya da nöbet şeklinde çalıştıkları belirlenmiştir (**Tablo 2**).

Örneklem Grubunda, Tükenmişlik Ölçeğinin, Duygusal Tükenme (DT) alt boyutunda hemşirelerin %100'ünün (27.89±6.54 puan), Duyarsızlaşma (D) alt boyutundan %66.7'sinin (12.53±4.71 puan) yüksek düzey tükenme yaşadıkları, Kişisel Başarı (KB) alt boyutunda ise %70.8'inin düşük düzey tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 2. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Demografik veriler (N=72)	n	%
Medeni Durum		
Evli	41	56,9
Bekar	31	43,1
Çocuk Sayısı		
Çocuğu yok	30	41,6
Bir Çocuk	14	19,4
İki Çocuk	25	34,8
Üç Çocuk	3	4,2
Öğrenim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	17	23,6
Önlisans	17	23,6
Lisans	35	48,6
Lisansüstü	3	4,2
Mesleği isteyerek seçme		
Evet	49	68
Hayır	23	32
Çalıştıkları Hastane		
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi	30	41,6
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	21	29,2
Başkent Üniveristesi adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi	21	29,2
Çalışma Şekli		
Gündüz	28	38,9
Vardiya/Nöbet	44	61,1
Onkoloji Hemşireliği Sertifikası		
Var	12	16,7
Yok	60	83,3
Son 1 yıl içinde yer değiştirme talebi		
Var	23	68
Yok	49	32
Yaş Ortalaması (X±S.D)	31.2±8.4	

Tablo 3. Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	N	Minimum	Maximum	X	SD
Duygusal tükenme	72	12	40	27,89	6,545
Duyarsızlaşma	72	5	25	12,53	4,717
Kişisel başarı	72	17	37	27,99	4,271
TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ İFADELERİ				X	SD
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.				3,44	1,019
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.				3,92	1,031
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.				3,38	1,093
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.				3,90	0,772
5. İşim gereği bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.				1,82	1,226
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.				3,64	0,909
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.				3,83	0,732
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.				3,46	1,087
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.				3,99	0,896
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.				2,76	1,316
11. Bu işin beni giderek katılaştırmaktan korkuyorum.				3,21	1,299
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.				3,35	0,995

13. İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.	3,60	1,134
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	3,94	1,099
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	1,75	1,084
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	3,22	1,189
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.	3,54	1,125
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	3,08	1,031
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.	2,92	1,184
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	2,74	1,321
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	3,38	1,041
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	2,97	1,353

İş Doyum ölçeğinin içsel doyum(İD) puan ortalaması 36.19±9.88, dışsal doyum(DD) puan ortalaması ise 21.64±6.26 tür (**Tablo 4**). Hemşirelerin içsel iş doyumunu maddelerinden "başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından" işlerinden çok memnun oldukları ve en yüksek (4.03±1.07) puanı aldıkları saptanmıştır. Dışsal iş doyumunu maddelerinden ise "yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından" işlerinden hiç memnun olmadıkları ve en düşük (1.81±1.04) puanı aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4. İş Doyum Ölçeğinden alınan Puan Ortalamaları

Alt Boyut	N	Minimum	Maximum	X	SD
İçsel doyum puanı	72	12	52	36,19	9,880
Dışsal doyum puanı	72	8	33	21,64	6,269
Genel iş doyum puanı	72	20	85	57,83	15,236
İŞ TATMİNİ İFADELERİ				X	SD
1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından				2,21	1,150
2. Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından				2,13	1,198
3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından				2,42	1,392
4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından				2,94	1,383
5. Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından				2,99	1,439
6. Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından				3,04	1,368
7. Vicdanıma aykırı olmayan şeyleri yapabilme şansımın olması bakımından				3,15	1,411
8. Bana sabit bir iş imkânı sağlaması bakımından				3,40	1,159
9. Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından				4,03	1,074
10. Kişilere ne yapacaklarını söyleme olanağına sahip olmam bakımından				3,56	1,137
11. Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması açısından				3,68	1,298
12. İş ile ilgili kararların uygulamaya konması bakımından				3,01	1,144
13. Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından				1,81	1,043
14. İş içinde terfi olanağımın olması açısından				2,17	1,113
15. Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi açısından				2,61	1,181
16. İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından				2,67	1,151
17. Çalışma şartları bakımından				2,04	1,144
18. Çalışma arkadaşlarımla birbirleriyle anlaşmaları açısından				3,75	1,184
19. Yaptığım iş karşılığında takdir edilmem açısından				2,85	1,421

20. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden

3,39

1,338

Örneklem grubundaki hemşirelerin içsel doyum ve genel iş doyumu puanları nöbet veya vardiya şeklinde çalışanlarda düşük iken ($p<0,05$), mesleğini isteyerek seçme/seçmeme ve medeni durumlarının iş doyumu puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 5'de görüldüğü gibi, Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenmişlik (DT) alt boyutu ile Minnesota iş doyum ölçeği içsel doyum (İD) alt boyutu arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,569$; $p=0,000$). Duyarsızlaşma (D) alt boyut puanları ile İD puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,469$; $p=0,000$). Kişisel başarı (KB) alt boyut puanları ile İD puanları arasında, pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=0,444$; $p=0,000$). DT puanları ile dışsal doyum (DD) puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,563$; $p=0,000$).

Maslach tükenmişlik ölçeği D alt boyut puanları ile DD puanları arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,472$; $p=0,000$). KB puanları ile DD puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=0,404$; $p=0,000$).

Maslach tükenmişlik ölçeği DT puanları ile Genel İş doyumu (GİD) puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,600$; $p=0,000$). D puanları ile GİD puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,498$; $p=0,000$). KB puanları ile GİD puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,454$; $p=0,000$). D puanları ile DT puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=0,579$; $p=0,000$).

Maslach tükenmişlik ölçeği KB puanları ile DT puanları arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir ($r=-0,225$; $p=0,057$). KB puanları ile D puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=-0,346$; $p=0,003$).

İD puanları ile DD puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=0,771$; $p=0,000$). İD ile GİD puanları arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur ($r=0,996$; $p=0,000$). DD boyutu ile GİD puanları arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur. ($r=0,910$; $p=0,000$)

Tablo 5. Hemşirelerin, Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyut Puanları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkileri

		Tükenmişlik Sendromu	Genel İş Doyumu	İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Tükenmişlik Sendromu	r	1	-,460**	-,429**	-,443**	,874**	,729**	,106
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,374
Genel İş Doyumu	r		1	,966**	,910**	-,600**	-,498**	,454**
	p			,000	,000	,000	,000	,000
İçsel Doyum	r			1	,771**	-,569**	-,469**	,444**
	p				,000	,000	,000	,000
Dışsal Doyum	r				1	-,563**	-,472**	,404**
	p					,000	,000	,000
Duygusal Tükenme	r					1	,579**	-,225
	p						,000	,057
Duyarsızlaşma	r						1	-,346**
	p							,003
Kişisel Başarı	r							1
	p							

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

TARTIŞMA

Araştırmamızın sonuçlarına göre onkoloji birimlerinde görev yapan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyutunda ve duyarsızlaşma alt boyutunda yüksek düzey tükenmişlik yaşadıkları, kişisel başarısızlık alt boyutunda ise düşük düzey tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (**Tablo 3**). İş doyumu düzeyleri ise alt boyutlara göre hemşirelerin içsel doyum maddelerinden “başkaları için bir şeyler yapabilmenin” iş doyumunu arttırdığı görülmektedir. Bu sonuçlar onkoloji hemşirelerinin kişisel başarısızlık düzeylerinin

düşük, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek, iş tatmini düzeylerinin ise orta ($57,83 \pm 15,236$) olduğunu göstermektedir. Katılımcılarımızın tükenmişlik ve iş doyumunu bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 5**). İçsel doyum ile kişisel başarı puanları arasında pozitif yönde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Genel iş doyumunun artması ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın da azaldığı saptanmıştır. Bu bulgularımız literatürle uyumludur.^{11,19,21,31,32} Delvaux ve Vaezi'nin yaptıkları araştırmalarda onkoloji hemşirelerinin farklı bakım ortamlarında çalışan meslektaşlarına göre hastaların acılarına uzun süreli şahitlik etmeleri nedeniyle tükenmişlik yaşadıkları ve düşük iş memnuniyetine sahip oldukları saptanmıştır.^{33,34} Kamışlı ve arkadaşlarının onkoloji birimlerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları araştırmada hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları, iş stresi yönetiminde ve hastalara psikolojik bakım vermede yetersizlik hissettikleri ancak iş tatmini, klinik becerilerin ve yaşamın önceliklerine dair farkındalıklarının arttığı bildirilmektedir.¹⁴ Bu sonuçlar onkoloji hemşirelerinin hastaların fizyolojik, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak için özel bilgi ve donanımlara gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre hemşirelerin tükenmişlik ölçeğinden en yüksek puan ortalamasını "yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum" ifadesinden almıştır. İş doyumunu ölçeğinde ise "kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması açısından işimden memnunum" ve "başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından işimden memnunum" ifadeleri en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin iş doyumunu sağlamaları özerk olmaları ve bağımsız hemşirelik rollerini yerine getirmeleri ile ilişkilidir. Hemşirelerin gün içinde onkoloji hastaları ve ailelerinin yaşadığı birçok olumsuzluklara şahit olmaları, vicdani duygularına göre davranmalarına neden olabilir. Bulgularımıza göre hemşireler "vicdanıma aykırı olmayan şeyleri yapabilme şansımın olması bakımından işimden memnunum" ifadesinden yüksek puan almıştır. Hemşirelik alanında yapılan bazı çalışmalar hemşirelerin özellikle etik açıdan zorluk içeren durumlarda hastalarını ve kendilerini korumak için vicdanlarına uygun davranma eğiliminde olduklarını bildirmektedir.^{33,34} Vicdana uygun davranmak hem kişisel bütünlüğün hem de mesleki değerlerin korunması için önemli bir faktördür.^{35,36} İsveç'te yapılan bazı araştırmaların sonuçlarına göre, işyerinde vicdana uygun olmayan tutum ve davranışlarda bulunmak ya da şahit olmak hemşirelerde tükenmişliği arttıran bir faktördür.³⁷⁻³⁹ Kadioğlu ve Öner Yalçın'ın ülkemizde hemşire ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları iki ayrı araştırmada da hemşirelik uygulamaları sırasında "vicdanın sesi"nin dinlenmesi gerektiği görüşü benimsenmiştir.^{40,41} Bizim araştırmamızda hemşireler, vicdanlarına uygun hasta bakımı yaptıklarını ve iş doyumuna eriştiklerini belirtmelerine rağmen, yine yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamakta ve yaptıkları işe karşı duyarsızlaşmaktadır. Bu durum, tükenmişliğe gidişin her zaman "vicdana uygun davranmamak" üzerinden olmadığını göstermektedir. Katılımcılarımız vicdanlarına uygun davranabilmekte; ancak işyerinde bir yandan fiziksel yorgunluk, öte yandan yaptıklarının takdir görmemesi ve maddi karşılığının olmaması, terfi olanağının az olması gibi konular nedeniyle tükenmişliğe sürüklenmekten kurtulamamaktadır.

Bulgularımıza göre onkoloji hemşireleri yaptıkları iş karşılığında aldıkları ücretten memnun olmadıklarını ve çalışma şartlarının ağır olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin genel iş doyumunu puanları nöbet veya vardiya şeklinde çalışanlarda gündüz çalışanlara göre daha düşüktür ($p < 0,05$). Barrett ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre de onkoloji hemşirelerinin %40'ı aldığı ücretten memnun olmadığını belirtmiş, iş doyumunu bakımından bizim araştırmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir.²¹ Yaptığı işte hem maddi hem de manevi açıdan doyuma ulaşamayan kişilerin iş verimleri düşük olmaktadır.⁴² Çalışanların tükenmişlik düzeylerini düşüren bir diğer faktörde iş motivasyonudur.^{43,44} Kanada'da yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre onkoloji hemşirelerinin yöneticilerle olumlu ilişkiler kurmaları, yeterli ücret ve yeterli personele sahip olmaları, hasta ile ilgili kararlara katılmaları iş motivasyonunu ve iş doyumunu arttırmaktadır.⁴⁵ Onkoloji hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerini azaltmak, iş doyumlarını arttırmak için yeterli ücret almanın yanında, hastalarla dengeli empati kurmaya, gerçek ve ulaşılabilir bakım hedefleri koymaya ve yöneticilerin güçlü desteğini almaya ihtiyaçları vardır.⁴⁶ Ülkemizde Onkoloji Hemşireliği Derneği bu alanda bilgili hemşirelerin yetiştirilmesi için "onkoloji hemşireliği" sertifika programları düzenlemektedir. Ancak hasta sayısına göre onkolojide özel eğitim almış, sertifikalı hemşirelerin sayısı azdır. Diğer bir sorun ise, onkolojinin özellikli alan

olarak kabul görmüş olmaması nedeniyle onkoloji hemşirelerinin maddi anlamda diğer dahiliye birimleriyle eşdeğer ücret almasıdır.⁴⁷

Tükenmişlik alt boyutları, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ile içsel doyum arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İçsel doyum ile kişisel başarı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. İçsel doyumun artması ile duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın azaldığı saptanmıştır. Tükenmişlik alt boyutu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile dışsal doyum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, kişisel başarı ile dışsal doyum arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dışsal doyumun artması ile duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarının arttığını söyleyebiliriz. Genel iş doyumunun artması ile duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarının arttığı saptanmıştır. Tükenmişlik alt boyutlarının birbirleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Duygusal tükenme ve kişisel başarı ile duyarsızlaşma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Duygusal tükenmenin artması duyarsızlaşmayı da arttırmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azalması kişisel başarıyı arttırmaktadır. İş doyum alt boyutlarının birbirleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. İçsel doyum ile dışsal doyum arasında orta, genel iş doyumunu ile içsel doyum ve dışsal doyum arasında yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İçsel doyum artması ile dışsal ve genel iş doyumunun arttığı saptanmıştır (**Tablo 5**). Bu sonuçlara göre, araştırma yapılan hastanelerde çalışan onkoloji hemşirelerinin iş doyumunu ile tükenmişlik düzeyleri arasında negatif yönlü doğrusal bir ilişki olduğu söylenebilir. Bu bulgularımız literatürle uyumludur.^{21,31,32}

Sonuç olarak, araştırma sonuçlarımıza göre katılımcı hemşireler yüksek düzeyde tükenme yaşamaktadır. Ancak hemşireler hastalarına yardım etmek için gösterdikleri çaba sayesinde kişisel başarı duygusu ve içsel iş tatminine de sahiptir. Onkoloji hemşirelerinin iş tatmini şüphesiz ki hasta bakımına sağlayacağı katkılar nedeniyle önemlidir. Onkoloji hemşirelerinin diğer birimlerde çalışanlara göre yaşadıkları özel zorluklar için ücretlerinde yapılacak iyileştirme, yönetsel olarak başarılarının ödüllendirilmesi, onkoloji birimlerinde sık rastlanan sorunlarla nasıl baş edecekleriyle ilgili eğitim almaları iş doyumunu arttırarak tükenmişlik düzeyini azaltabilir.

BİLGİ

Bu araştırma Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TSA-2014-1944 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Bu araştırma 15-19 Ekim 2014 tarihinde Belek-Antalya'da düzenlenen 16.Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Esther Kim JE, et al. A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009;37(4):715-736.
2. Kamal AH, et al. Care needs of patients with cancer living in the community. *Journal of Oncology Practice* 2011;7(6):382-8.
3. TC Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011, Sayı: 27910. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
4. Balbay ÖA, ve ark. Burnout status of health care personnel working in oncology and their coping methods. *HealthMED* 2011;5(4):730-740.
5. Callaghan P, Tak-Ying SA, Wyatt PA. Factors related to stress and coping among chinese nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(6):1518-1527.
6. Lee J A. What is research for? *The Lancet Oncology* 2002;3(8):516.
7. Köşgeroğlu N, ve ark. Mesleki maruziyet nedeniyle hemşirelerde sitotoksik ilaçların kısa dönem yan etkilerinin görülme sıklığı ve hemoglobin, lökosit düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(3):27-35.
8. Pınar R. Hemşirelerin kemoterapi hazırlama ve uygulama sırasında çevreyi kendilerini ve hastaları korumaya yönelik tutumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 1:45-54.
9. Tuna R, Baykal Ü. Onkoloji hemşirelerinde iş stresi ve etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013;21(2): 92-100.

10. Baykal Ü, Seren S, Sökmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2009;13(5):368-75.
11. Alacaloğlu A, ve ark. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology* 2009;18(5):543-548.
12. İşçen P. Onkologların çatışma eğilimlerinin, empatik becerilerinin, iş doyumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
13. Radziewicz RM. Self-care for the caregiver. *Nursing Clinics of North America* 2001;36(4):855-69.
14. Kamlı S, ve ark. Cancer patients and oncology nursing: Perspectives of oncology nurses in Turkey. *The Nigerian Journal of Clinical Practice* 2017;20(9):1065-1073
15. Papadatou D, Monos D, Anagnostopoulos F. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Psychology and Psychotherapy* 1994;67(2):187-199.
16. Freudenberger Herbert J. Staff burn-out, *Journal Social* 1974;30(1):159-165.
17. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981;2(2):99-113.
18. Maslac C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology* 1998;7:63-74.
19. Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2012;10(2):126-41.
20. Zareifar S, et al. Job satisfaction and stress levels of nurses working in oncology wards; a multicenter study. *Galen Medical Journal* 2017;6(2):128-35.
21. Barrett LR, Yates P. Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Australian Health Review* 2002;25(3):109-121.
22. Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management* 2005;13(1):40-50.
23. Odom RY, Boxx RW, Dunn MG. Organizational cultures, commitment, satisfaction, and cohesion. *Public Productivity & Management Review* 1990;14(2):157-169.
24. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine* 2000;50(7):512-517.
25. Arıkan F, ve ark. Job satisfaction and nursing. *Nursing Forum* 2006;1(1):4-10.
26. AbuAlRub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2004;36(1):73-8.
27. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;2(1):62-77.
28. Çam O. Tükenmişlik envanterinin geçerlilik ve güvenilirliğin araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1992; 22-25 Eylül, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
29. Weiss DJ, et al. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. The University of Minnesota Press. Minneapolis. 1967.
30. Baycan A. An analysis of several aspects of job satisfaction between different occupational groups. Boğaziçi Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 1985. İstanbul.
31. Tunçel Yİ, ve ark. Onkoloji hastanesi yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin tükenmişlik sendromu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2014;12:57-62.
32. Güveli H, ve ark. Oncology staff: burnout, job satisfaction and coping with stress. *Psycico-Onkology* 2015;24(8):926-931.
33. Delvaux N, et al. Effects of 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *British Journal of Cancer* 2004;90(1):106-14
34. Vaezi M, et al. Emotional, social and occupational adjustment among oncology nurses. *International Journal of Hematology Oncology and Stem Cell Research* 2016;10(4):195-199.
35. Torjuul K, Elstad I, Sørli V. Compassion and responsibility in surgical care. *Nursing Ethics* 2007; 4(4):522-534.
36. Jensen A, Lidell E. The influence of conscience in nursing. *Nursing Ethics* 2009;16(1):31-42.
37. Juthberg C, et al. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(14):1897-1906.
38. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing* 2007;57(4):392-403.

39. Åhlin J, et al. A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015;29(2):277–287.
40. Kadioğlu FG, Öner Yalçın S. Nurses' and physicians' views on conscience in Turkey. *Revista Romana de Bioetica* 2014;12(3):19-31.
41. Kadioğlu FG, Öner Yalçın S. Kadioğlu S. Professional differences between dental and nursing students' views on conscience. *Journal of Education and Ethics in Dentistry* 2016;6(1):8-13.
42. Zeynel E, Çarıkçı İH. Mesleki motivasyonun, iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerine etkisi: akademisyenler üzerine görgül bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2015;20(3):217-248.
43. Sat S. Örgütsel ve bireysel özellikler açısından iş doyumunu ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki: alanya'da banka çalışanları üzerinde bir inceleme. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.* 2011. Adana.
44. Jasperse M, Herst P, Dungey G. Evaluating stress, burnout and job satisfaction in New Zealand radiation oncology departments. *Eurupion Journal of Cancer Care* 2014;23(1):82-88.
45. Cummings GG, et al. The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in canadian oncology work environments. *Journal Of Nursing Management* 2008;16(5):508-518.
46. Güner P. Tükenmeden Çalışmak: Mümkün mü? 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi, 19-23 Mart 2014, Antalya.
47. Kaya HP, Kanseri tedavisinde onkoloji hemşireliğinin yeri ve geleceği. 2013. Erişim Tarihi: 04.4.2019 (update 30 Ağustos 2013; cited 9 Eylül 2013) Erişim Adresi: <https://www.medikalakademi.com.tr/kanser-tedavisi-onkoloji-hemşireligi-egitim/>

Kutadgu Bilig’de Akıl ve İlişkili Kavramlar Üzerine Bir Araştırma; Tıp Tarihi Açısından*

A Study On Mind And Related Concepts in Kutadgu Bilig; From The Perspective of History of Medicine

Abdullah Yıldızⁱ

ⁱAraş. Gör., Psikiyatri Uzmanı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
<https://orcid.org/0000-0001-5135-7200>

ÖZ

Kutadgu Bilig, Türk yazın tarihinin en önemli eserlerinden biridir. Bu makalede, *Kutadgu Bilig* adlı eserde akıl kavramsallaştırması ve bununla ilişkili kavramların araştırılması amaçlanmıştır. Eserdeki 4 ana karakterden biri olan Ögdülmiş akılı temsil etmektedir. Bu sebeple özellikle Ögdülmiş karakterinin yer aldığı bölümler incelemenin ana eksenini oluşturmuştur.

Yapılan incelemede akıl, bilgi, erdem ve iyilik kavramlarının birbiriyle sıkı bir ilişki içerisinde yer aldıkları görülmüştür. İnsanın doğuştan akla sahip olduğu, aklın, bilgi ve erdemlerin elde edilmesi için zorunlu bir koşul gibi sunulduğu görülmüştür. Eserde akıl felsefi boyutunun ötesinde somut bir şekilde beyin ve baş ile de ilişkilendirilmiştir. Eserde dikkat çeken bir nokta da akıl ile ruh arasında yapılan ayırmadır. Aklın felsefi ve somut değerlendirmeleri ile İbn-i Sina'nın değerlendirmeleri arasındaki benzerlikler ilginç bulunmuştur. Yine eserde dönemin tıp paradigmasına dair önemli ipuçları mevcuttur.

Anahtar kelimeler: Kutadgu Bilig, Yusuf Has Hacib, İbn-i Sina, Akıl, Tıp

ABSTRACT

Kutadgu Bilig is one of the most important works of Turkish history of literature. In this article, it is aimed to study the conceptualization of mind and related concepts in *Kutadgu Bilig*. Ögdülmiş, who is one of the four main characters in the work, symbolize the mind. For this reason, especially the sections, where Ögdülmiş takes place, constitute the main axis of the study. In the study, it's found out that the concepts of mind, knowledge and virtue are closely related to each other.

It's seen that man has innate intelligence and intelligence is presented as a necessary condition for the acquisition of knowledge and virtues. In the book, beyond its philosophical dimension, the intelligence is also related to the brain and head. One point that draws attention in the book is the distinction made between mind and soul. The similarities between the philosophical and concrete evaluations of the mind and the evaluations of Ibn-Sina's, are interesting. The book also has important clues about the medical paradigm of the age.

Key Words: Kutadgu Bilig, Mind, Yusuf Has Hacib, İbn-i Sina (Avicenna), Medicine

*Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9 (2): 266-279

DOI: 10.31020/mutftd.548858

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 3 Nisan 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 10 Mayıs 2019

İletişim - Correspondence Author: Abdullah Yıldız <dr.abdullahyildiz@hotmail.com>

Kutadgu Bilig'in Yazılışının 950. Yılı Anısına

GİRİŞ

Türk edebiyatının ilk dönemine ilişkin üç aşamadan bahsedilmektedir. Edebi eserlerde, Göktürkler (552-745) döneminde Şamanik öğeler; Uygurlar'da (747-840) Budizm izleri ve Karahanlılar (932-1212) ile birlikte İslami öğeler ağırlığını hissettirmiştir. Bu dönemler için Türklerin kendilerine özgü en önemli eserlerinin başlıcalarını Göktürkler döneminde *Orhun Anıtları* (732) ile Karahanlılar devrinde *Kutadgu Bilig* (1069-70) ve *Divan-ı Lugat-it Türk* (1072) oluşturmaktadır.¹

Karahanlılar döneminde Yusuf Has Hacib tarafından yazılarak Kaçgar'da 1069/70'de tamamlanan *Kutadgu Bilig* İslam etkisi altında kaleme alınmış Türk edebiyatının ilk edebi ürünlerinden birisidir. Eser dönemin hakanına sunulmuş ve beğeni kazanmıştır. Bu sayede Balasagunlu Yusuf, "Has Hacip" ünvanı ile mükafatlandırılmıştır.² *Kutadgu Bilig*'in en önemli özelliklerinden birisi, mümkün olduğunca Türkçe kavram kullanılmasına çaba gösterilmiş olmasıdır. Ancak zaman içinde eserin baş ve son kısımlarına Arapça ve Farsça ifadeler eklenmiştir.² *Kutadgu Bilig*'in 3 nüshası mevcuttur. Bunlar Fergana, Viyana ve Mısır nüshalarıdır.

Kutadgu Bilig'in değerinin, tarihsel olarak eski bir kaynak olmasının yanında eserin içeriksel niteliğinden kaynaklandığı ifade edilmiştir. *Kutadgu Bilig*, "kutluluk ve mutluluk veren bilgi" anlamına gelmektedir. Mutluluk eserde her iki alemdeki mutluluğa gönderme yapacak biçimde kullanılmıştır.^{1,2} Mesnevi tarzında yazılan eser 6520 beyitten oluşmaktadır.³ *Şehname*'ye benzer bir vezin ile yazıldığından İran bölgesinde *Şehname-i Türkî* olarak anılmıştır.²

Kutadgu Bilig'i yazarken Balasagunlu Yusuf'un, özellikle Farabi ve İbn-i Sina'dan etkilendiği ifade edilmiştir. Dolayısıyla Antik Yunan'dan aktarılan felsefi geleneği bildiği, ayrıca Doğu felsefeleri hakkında da bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir. Tüm bu özelliklerine ek olarak daha önce ifade edildiği gibi Türkçe konusunda da hassas olduğu vurgulanmıştır.¹

Ülkemizde *Kutadgu Bilig*'in ilk tanıtılma çabalarının Şemseddin Sami ile başladığı ifade edilmiştir.² *Kutadgu Bilig*'in XIX. yüzyılda Almanya gibi ülkelerde ilgi odağı olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda Mübahat Küyel tarafından Türkçeye çevrilmiş olan Otto Albers'e ait "Bir Türk Lehçesi Olan Uygurca Yazılmış Kutadgu Bilig'in (1069-1070) Şairi: İbn Sina'nın Bir Öğrencisi" adlı makale konuya ilişkin ilk çalışmalardan biridir.^{4,5}

Kutadgu Bilig'in kendine özgü belirleyici özelliklerinden birisi öğretici bir eser olmasıdır. Eserde başlıca 4 karakter mevcuttur ve her biri aynı zamanda birer kavramın temsilcisidir. *Küntogdı* adındaki hakan, adaletin temsilcisidir. *Aytoldı* adındaki vezir, mutluluğu temsil eder. *Ögdülmüş*, vezir *Aytoldı*'nin oğludur. Babasının vefatından sonra hakanın teveccühü ile onun yerine geçer. *Ögdülmüş*, "ukuş" yani "akıl"ı temsil etmektedir. *Odgurmuş* da vezir *Aytoldı*'nin akrabasıdır, münzevi bir yaşama sahiptir ve kanaati temsil etmektedir.² *Kutadgu Bilig* bir diyalog şeklinde devam eder. Temelde öğütler, devlet yönetimi, ahlaklılık, bilgi ve akıl ana temaları oluşturur. Ayrıca çeşitli devlet görevlilerinin nasıl olmaları gerektiği üzerinde durulmuş her biri için çeşitli özellikler tanımlanmıştır.

İsminden de anlaşıldığı üzere bir bilgelik kitabı olan *Kutadgu Bilig*'de akıl ve akla ilişkin kavramların yer alması şaşırtıcı değildir. Bu bağlamda *Kutadgu Bilig* kitabının incelenmesinde başta akıl kavramsallaştırmasına yaklaşılmış olup, aklın niteliği ve bununla ilişki içinde olabilecek tıbbi durumlar ele alınmaya çalışılmıştır. Ayrıca insanın ayırt edici özelliği olmak bağlamında akıl kavramsallaştırması ve yansımaları ve yer yer kaçınılmaz olarak ilişkili kavramlar üzerinde durulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu çalışmada yöntem olarak öncelikle *Kutadgu Bilig*'in latin harfleri ile yazılmış eski metnini içeren ve Reşid Rahmeti Arat tarafından hazırlanan *Kutadgu Bilig I Metin'i*,⁶ bu metnin anlamsal olarak da günümüz Türkçesine çevrilmiş olan *Kutadgu Bilig II. metni*³ incelenmiştir. Ayrıca eserin daha yakın tarihli olan ve anlamsal olarak günümüz Türkçesine Ayşegül Çakan tarafından yapılmış bir çevirisi de⁷ karşılaştırma açısından dikkate alınmıştır. Bu metinlerde akılla ilgili olduğu düşünülen beyitler incelenmiş ve bulgular

kısımında ilk iki metinden beyitlere alt alta italik gösterimle yer verilmiştir. Bulgular kısmında *Kutadgu Bilig I Metin* (KB-I) şeklinde ve *Kutadgu Bilig II* ise (KB-II) şeklinde kısaltılarak gösterilmiş ve kaynaklarda beyitlerin geçtiği sayfalara işaret edilmiştir. Örneğin I. metinde 48. sayfada yer alan beyitler, (KB-I,48) şeklinde gösterilerek beyitlerin altında kısa tartışmalar yapılmaya çalışılmıştır. Metinler incelenirken gerek görülen yerlerde sözcük anlamlarına ilişkin olarak yazım tarihlerinin yakınlığı göz önünde bulundurularak *Divanü Lügati't Türk*^{8,9} çevirilerine başvurulmaya çalışılmıştır.

Konunun sınırlandırılması amacıyla özellikle kitabın ilk bablarında akıl ve bilgi konusu ele alınmış ve özellikle akıl ile özdeşleştirilen *Öğdülmiş* ile Hakan arasında aklın konu edildiği beyitler üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Ancak bulgular kısmının sonuna dönemin tıp paradigmasına ilişkin önemli veriler sunması bakımından bir beyit serisinin eklenmesi uygun görülmüştür.

BULGULAR VE TARTIŞMA

VI. bâb “İnsan Oğlunun Değerinin Bilgi ve Akıldan Geldiğini Söyler” başlığını taşır. Eserin bu bölümünde akıl, erdem, bilgi ve insanın değeri konuları işlenmeye başlamaktadır. Konumuz özellikle akıl kavramsallaştırması çerçevesinde ele alındığından eserdeki ilgili önemli kısımlar ele alınıp tartışılmaya çalışılmıştır:

Beyit 148: “*törittü ödirdi seçü yalngukug*

angar birdi erdem bilig ög ukug” (KB-I,31)

Beyit 148: “*Tanrı insanı yarattı, seçerek yükseltti; ona fâzilet, bilgi, akıl ve anlayış verdi.*” (KB-II,22)

Beyitte bilgi, erdem, akıl ve anlayış için ayrı ayrı kavramlar kullanılarak bir ayırım yapıldığı aynı zamanda bu kavramların birbirleri ile ilişki içerisinde kavrandıkları görülmektedir. Bilgi, erdem, akıl ve anlayış gibi yeti ve edinimler aracılığı ile insanın farklı bir niteliğe kavuşturulduğu ifade edilmiştir. Bu değerlendirmelerin dönemin dini anlayışı ile uyumlu olduğu bilinmelidir. İnsanın farklı nitelikleriyle diğer canlılara üstün kılındığı bilgisi İslam’da doğrudan Kur’an-ı Kerim’e dayandırılabilir. Bu bilginin yorumunda ise üstünlük insanın akıl ve buna bağlı yetileri ile ilişkilendirilmektedir.¹⁰

Beyit 150: “*bilig birdi yalnguk bedüdi bu kün*

ukuş birdiötrü yazıldı tügün” (KB-I,31)

Beyit 150: “*Ona bilgi verdi ve insan bugün yükseldi; ona anlayış verdi ve böylece düğümler çözüldü.*” (KB-II,22)

Beyit 151: “*bayat kimke birse ukuş ög bilig*

öküş edgüçükke uzattı elig” (KB-I,32)

Beyit 151: “*Tanrı kime anlayış, akıl ve bilgi verirse, o pek çok iyiliklere elini uzatır.*” (KB-II,22)

İnsanın değeri ile bilgi ve anlayış arasında bir bağlantı kurularak, özellikle 151. beyitte akıl ve bilgi ile ahlaki bir kavram olan iyilik ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda Antik Yunan döneminden itibaren Sokrates, Platon ve Aristoteles gibi filozofların erdemi bilgi ile koşut tutan ahlaki yaklaşımlarının¹¹ Türk-İslam söylemi ile uyum içerisinde varlık gösterdiğini görmek mümkündür. Akıl, anlayış ve bilgi, iyilik gibi ahlaki içeriğe sahip olan bir kavram-eylem için zemin oluşturmuş. Bu zemin ise Tanrı vergisi olarak ilahi alana atfedilerek bir sentez sağlanmıştır. Şüphesiz bu sentezin oluşmasında İslam dinin kutsal saydığı metinlerdeki bazı ayetlerin ve yorumlarının destek sağlamış olması olasıdır.¹⁰

Beyit 152: “*biligni bedük bil ukuşnu uluğ*

bu iki bedütür ödürmüş kuluğ” (KB-I,32)

Beyit 152: “*Bilgiyi büyük ve anlayışı ulu bil; seçkin kulu bu iki şey yükseltir.*” (KB-II,22)

Beyit 157: “*biligsiz kişi barça iglig bolur*

igig emlemese kişi terk ölür” (KB-I,32)

Beyit 157: “Bilgisiz insan hep hastalıklı olur; hastalık tedavi edilmezse insan çabuk ölür.” (KB-II,22)

Beyit 158: “yori ay biligsiz igingni ota

biligsiz otin sen ay bilge kuta” (KB-I,32)

Beyit: 158: “Ey bilgisiz git hastalığını tedavi ettir; ey mes’ud alim, bilgisizliğin ilacını sen söyle.” (KB-II,23)

Kutadgu Bilig’de bilgi ile insanın değeri arasında sıkı bir bağ kurulmuştur. Daha sonra ilginç bir şekilde bilgisizlik ile hastalık arasında bir ilişki kurulmuş ve bunun ölümcül niteliğine değinilmiştir. Sunduğumuz bu beyitlerin sonunda ise bu bilgisizliğin giderilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Bilgisizliğin gerçekte bir hastalığa mı, yoksa hastalık sözcüğünün metaforik bir anlama mı sahip olduğu net değildir. *Divan-ı Lûgat-it-Türk*’ün iki farklı baskısında; *iglig*, *igletti* ve *igletmek* kelimelerinin hasta ve hastalandırmak anlamlarında yer aldığı görülmüştür.^{8,9} Ancak bu noktada özellikle vurgulanması gereken konunun, bilgisizliğin tedavi ettirilmesinin olanaklı olduğunun sorulan sorular ile işaret edilmiş olduğudur. Dolayısıyla kişinin eğitim gibi yollar ile bilgilenmesi olanaklı görülmüştür. Aynı şekilde iyilik ve erdem gibi kavramlar bilgiyle ilişkili olduğundan erdem ve ahlaki bilginin öğrenilmesinin önü açıktır. Bu konuda benzer bir ifadeye Platon’un *Timaios* adlı diyalogunda rastlamak mümkündür. Diyalogda bilgi Tanrısal ruha has bir özellik olarak sunulduğundan bilgisizlik en önemli hastalık olarak tanımlanmakta ve tedavi yolları arasında eğitim yer almaktadır.¹² Bu kavrayışın kökenlerini Farabi ve İbn-i Sina’nın Yusuf Has Hacib’in düşünce dünyasını etkilemiş olmasıyla açıklamak mümkün olabilir.

İncelediğimiz konu ile yakından ilgili olduğunu düşündüğümüz **X. Bâb, “Bilgi ve Aklın Meziyet ve Faydalarını Söyler”** başlığını taşır. Başlıktan da anlaşıldığı üzere eserin bu bölümünde bilgi ve akıl konu edinilmiş erdemleri yararları ile ilişkilendirilmiştir:

Beyit 288: “ukuş ol yula teg karangku tûni

bilig ol yarukluk yarutti sini” (KB-I,44)

Beyit 288: “Akıl karanlık gecede bir meş’ale gibidir; bilgi seni aydınlatan bir ışık gibidir.” (KB-II,288)

Beyit 289: “ukuşun agar ol biligin bedür

bu iki bile er ağırlık körür” (KB-I,44)

Beyit 289: “İnsan akıl ile yükselir, bilgi ile büyür; bu ikisi ile insan itibar görür.” (KB-II,32)

Bu beyitlerde de insanın değeri, bilgi ve akla dayandırılmaya devam edilmiştir.

Beyit 293: “kiçig oğlanıg kör ukuşka ulam

yaşı yetmeginçe yorımaz kılam” (KB-I,44)

Beyit 293: “Küçük çocuğa bak, ona akıl ulaşacaktır; fakat yaşı gelmedikçe, kalemler yürümez.” (KB-II,32)

Beyit 294: “ukuşlug kişi kör karısa munar

ukuş kitti tip hem kalem me tınar” (KB-I,44)

Beyit 294: “Akıllı insan da yaşlanınca bunar; akıl gittiği için kalem de susar.” (KB-II,32)

Beyit 295: “kalı tilve ursa kör ölse kişi

ölüm yok angar hem birilmez şışı” (KB-I,45)

Beyit 295: “Eğer deli bir adamı vurup öldürürse, o deliye ölüm cezası yoktur; kısas yapılmaz.” (KB-II,32)

Beyit 296: “negülük tise sen ukuşsuz tutar

ukuşsuz kişiler ülügsüz tutar” (KB-I,45)

Beyit 296: “Niçin dersen, o akılsızdır; akılsız adamlar ne mükâfat görür, ne de ceza.” (KB-II,32)

Bu beyitlerde özellikle akıl kavramının çok farklı boyutlarına değinilmiştir. Aklın yaş ile ilişkisinden başlanarak, bunama gibi tıbbi bir kavramın konuya dahil olduğu, son olarak da aklın sorumluluk yükleyen ve

akıl sorunlarının sorumluluğu kısıtlayan yönlerinin ele alındığı görülmektedir. Metin açısından önemli özellik bu kavramlara Türkçe ifadeler ile yer verilmiş olmasıdır. Aklın elde edilmesi denmese bile aklın gerçeği değerlendirme yetisinin zaman içinde kazanıldığı bilinen bir olgudur¹³ ve tarih boyunca hemen her toplumun bu konuda hemfikir olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu sebeple çocuğa aklın ulaşacağı söylemi bir yenilik veya farklı bir özellik olarak değerlendirilmemiştir. Ancak metinde *munama* sözcüğü yaşlılıkla birlikte aklın yitirilmesini ifade edecek biçimde kullanılmıştır. *Munama* ile ilgili kelimelere bakıldığında; *mundi* kelimesinin saçmalamak, *munduz* kelimesinin de budala ve şaşkın anlamlarında kullanıldığı,⁸ yine *mun* kelimesinin de hastalık ve ayıp anlamlarına karşılık geldiği görülmüştür.⁹ Dolayısıyla yaşlılıktaki akıl yitiminin bir hastalık olarak değerlendirildiği ve metinde bu anlamda yer aldığı söylenebilir. Aynı zamanda *munamak*, kelimesinin günümüzde *munamak* kelimesi ile olan benzerliğine dikkat çekmek gerekir. Fakat daha önce *Kutadgu Bilig*'de akıl konusunu ele alan¹⁴ ve yine *Kutadgu Bilig* ve *Divan-ı Lugat-it Türk*'deki tıp terimlerini inceleyen makalelerde bu kelimenin içeriğe alınmadığı görülmüştür.¹⁵ Son olarak akıl ile sorumluluk arasındaki ilişki Türkçe bir metinde yer almıştır. Aklını yitirenin sorumluluğu modern dönemle neredeyse aynı biçimde ele alınmıştır denebilir. Örneğin; Türk Medeni Kanunu, sorumluluk ve eylem yeterliliğini akla uygun davranış ve ayırt etme gücüne dayandırmakta ve aynı zamanda akıl rahatsızlığını da bu yetilerdeki azalmaya bağlamaktadır.¹⁶ Türk Ceza Kanunu da 32. maddesinde aynı konuyu ceza açısından güvenlik tedbiri konulması dışında neredeyse aynı biçimde ele alır.¹⁷

Beyit 303: “*ukuş birle aslı Atanur kişi*

bilig birle begler iter il işi” (KB-I,45)

Beyit 303: “*Akıl ile insan asıl insan adını alır; bilgi ile beyler memleket işini tanzim eder.*” (KB-II,33)

Beyit 304: “*tümen ming tü erdem öküş ögdiler*

ukuş birle kılmış üçün ögdiler” (KB-I,45)

Beyit 304: “*Binlerce fâzilet ve birçok alkışlanan işler akıl ile yapılmış olduğu için öğülmüştür.*” (KB-II,33)

Üst üste gelen bu iki beyitte, erdemlerin çokluğu ve bunun akla dayandırılması Aristoteles'in çoklu erdem anlayışını hatırlatmaktadır.¹⁸ Ayrıca kitabın bütünü boyunca bilginin yüceltilmesi ve iyiliğin bilgi ve akla dayandırılmasıyla genel olarak etik bilginin mümkün olduğu ve bunun da bilgiye dayandırılması gerektiği görüşünün devam ettiği görülmektedir. Özellikle 303. beyitte aklın insan olmayı sağlayan yanı, insan anlayışına ilişkin olarak ontolojik açıdan önemli bir çıkarsamadır. Bilindiği üzere Aristoteles'e göre insanın hayvandan ayrılmasını sağlayan akıldır ve dolayısıyla insan düşünen bir hayvandır denirken, hayvanla paylaştığı duyuşal ruhun üstüne akılla çıkılır ki, bu akıl insanı insan kılan tanrısal bir içeriğe sahiptir.¹⁹ Bu beyitlerde Yusuf Has Hacib'in Aristotelesçi geleneğe yakın bir tutum içerisinde yer aldığını söylemek mümkündür. Ancak daha önce de ifade edildiği üzere bu düşünce İslam düşünce geleneği ile uyum içerisindedir.¹⁰ Bu bağlamda Yusuf Has Hacib'in etkilendiği düşünülen önemli İslam filozofları olan Farabi ve İbn-i Sina'nın etkisinin varlığından bahsetmek mümkündür ki, bu filozoflar Aristoteles ve Platon gibi filozofların düşünce sistemleri hakkında derin bir bilgiye sahiptirler.^{20,21}

Beyit 314: “*kişen ol kişike bilig hem ukuş*

kişenlig yaragsızka barmaz öküş” (KB-I,46)

Beyit 314: “*Bilgi ve akıl insan için bir köstektir; köstekli olan yakışsız şeylere pek gitmez.*” (KB-II,33)

Beyit 316: “*kişenlig küremez kerekçe yorrı*

tuşaglıg yıramaz tilekçe barır” (KB-I,46)

Beyit 316: “*Köstekli olan kaçamaz, istenildiği kadar yürü; bukağılı olan uzaklaşamaz, istenilen yere kadar gider*” (KB-II,33)

Bu beyitlerde açık bir şekilde aklın sınırlandırıcı ve eylemleri denetleyici rolüne değinilmiştir. Dolayısıyla aşırılıkların önlenmesi ve dengeli bir durumda kalınması, akıl sayesinde mümkün görülmüştür. Bu değerlendirmeler özgürlük kavramı açısından da önem taşır. Çünkü akıl aracılığı ile arzuların ketlenebildiği ve biyolojik belirlenimin aşılabileceği sonucuna varabilecek şekilde genişletilmiş bir yorum yapmak

mümkündür. Dolayısıyla isteklere, akıl ve bilgi aracılığı ile köstek vurulabilmesi de insan için ayırt edici bir özelliktir. Yusuf Has Hacib'in İslam dünyasında akılcılığın önemli temsilcileri olan, Farabi ve İbn-i Sina'dan etkilendiği bilinmektedir.^{1,20,21} Dolayısıyla eserde bu türden değerlendirmelerin yer alması takip ettiği gelenek ile uyumludur denebilir. Bu türden değerlendirmelerin akılcı felsefelerce kabul gördüğü hatırlanmalıdır. Örneğin felsefe ve etik tarihinin önemli isimlerinden olan Kant için, özgürlük tam da böyle bir köstekleyebilme fonksiyonu aracılığı ile aklın sınır koyabilmesini ve tercih yapabilmesini olası görür, yoksa doğal belirleme içinde arzu ve isteklere uymak özgürlük olarak değerlendirilemez.²²

Beyit 322: “*ukuşlug ked eder övke özdin yırat*

bilig beg er buşma edgü kıl at” (KB-I,47)

Beyit 322: “*Ey akıllı iyi yiğit, öfkeyi kendinden uzaklaştır; ey bilgili bey yiğit, hiddetlenme, iyi ad kazan.*” (KB-II,34)

Beyit 327: “*ukuşlug kerek ked ödürse kişig*

biliglig kerek ked bütürse işig” (KB-I,47)

Beyit 327: “*İnsanları iyi seçebilmek için akıllı olmak ve işini iyi başarabilmek için de bilgili olmak lâzımdır.*” (KB-II,34)

Beyit 328: “*yaraglig yaragsızni titrü körüp*

kereglig kereksizni kirtü sorup” (KB-I,47)

Beyit 328: “*İnsan işe yarayana-yaramayana iyice dikkat ederek, gerekli ve gereksiz hakkiyle sorup soruşturarak,*” (KB-II,34)

Beyit 329: “*adırsa ödürse seçe bilse öz*

kamug iş içinde yitig tutsa köz” (KB-I,47)

Beyit 329: “*Ayırt eder, eler, seçebilir ve her işte gözünü keskin tutarsa,*” (KB-II,34)

Beyit 330: “*bolur ötrü işler bütün hem bışig*

biliglig kişiler bışig yir aşıg” (KB-I,48)

Beyit 330: “*Neticede işler sağlam olur ve olgunlaşır; bilgili insanlar yemeği pişmiş olarak yerler.*” (KB-II,34)

Beyit 334: “*buşu bolsa yalnguk biligsiz bolur*

kalı övke kelse ukuşsuz kılır” (KB-I,48)

Beyit 334: “*Hiddetlenirse, insan bilgisizce hareket eder; eğer öfkelenirse, öfke onu akılsıza çevirir.*” (KB-II,35)

Beyit 335: “*buşılık yavuz erke iltür bilig*

otunluk kılır buşsa kıkı silig” (KB-I,48)

Beyit 335: “*Hiddetlenmek insan için fenadır, bilgiyi götürür; hiddetlenince yumuşak huylu insan da kabalık yapar.*” (KB-II,35)

Bu beyitlerde akıl seçmeye, ayırt etmeye ve işin doğruluğunu sağlamaya kaynaklık eden bir pozisyonda tarif edilerek daha önceki beyitlerle tutarlılık sürdürülmektedir. Aynı zamanda daha önceki beyitlerde (örn: 303) ifade edilen insanın akıl ile insan oluşu ile de insana ilişkin tutarlı bir ontolojik kavrayış sürdürülmüştür. Modern psikiyatride belli durumlarda bir sorun alanı olarak değerlendirilen öfke,²³ Yusuf Has Hacib tarafından akıl ile kontrol altına alınabilecek bir biçimde tarif edilmiş ve bunu sağlayabilmenin de insanın itibarını artıracığı ifade edilmiştir. Dolayısıyla öfkenin eserde bir sorun alanı olarak tarif edilmesi ve çözüm önerileri verilmesi önemle vurgulanması gereken bir konu olarak ortaya çıkmıştır. Sonuçta bilgi ve akıl ile kızgınlık ve öfke arasında kurulmuş olan ilişki önemlidir, konunun ilk Türkçe eserlerden birinde yer alması önemli bir bilgi birikiminin göstergesi sayılabilir.

XI. bâb, “Kitabın Adını, Manasını ve Kendisinin İhtiyarlığını Söyler” başlığını taşır. Bu başlıkta Ögdülmüş karakteri ile akıl arasında kurulan temsili ilişki açıkça ifade bulmuştur:

Beyit 356: “*basa aydım emdi kör ögdülmüşig*

ukuş atı ol bu bedütür kişig” (KB-I,50)

Beyit 356: “*Bundan sonra Ögdülmüş’i anlattım; o aklın adıdır ve insanı yükseltir.*” (KB-II,36)

XXIII. bâb “Ay-Toldı’nın Hükümdar Kün-Toğdı’ya Vasiyetname Yazdığını Söyler” başlığını taşır. Konumuz açısından önemi ise beden ve ruh ayırımına ilişkin bir anlam dünyasının varlığına işaret eden beyitleri barındırıyor olmasıdır:

Beyit 1524: “*et öznüng evi ol bedizlig eving*

Süzük can evi ol bediz teg tening” (KB-I,169)

Beyit 1524: “*Bu süslü evin vücudun evidir; o heykel gibi vücudun temiz ruhun evidir.*” (KB-II,118)

Beyit 1525: “*kurug kaldı kalbüd uçup barsa can*

bayat bildi kanca barır erse can” (KB-I,169)

Beyit 1525: “*Ruh uçup gidince, vücut boş kalır; Ruhun nereye gittiğini ancak Tanrı bilir.*” (KB-II,118)

Beden ve ruh ayırımına dair bir kavrayışın mevcut olduğu görülmektedir, ancak *Kutadgu Bilig* adlı eserin İslam dönemine ait eser olması nedeniyle böyle bir düşünce dinsel düşünce ile de uyumludur. Bu pasajda dikkate değer bir konu, ruh ile akıl arasında da bir sınırın var olduğunun görülmüş olduğudur. Şimdiye kadar ele alınan beyitlerde akıl genellikle *ukuş* kelimesi ile karşılanmıştır, bu noktada gündelik dilimizde sıkça yer verdiğimiz *can* kelimesinin *ruh* yerine kullanılmış olduğu görülmektedir ya da en azından çeviri böyle yapılmıştır. Bu makalede *Divan-ı Lügat-it-Türk’e* ait kullanılan iki çeviride; *uquş* kelimesi akıl ve anlayış anlamında kullanılmıştır.⁸ *Ukuşmak* kelimesi anlamak, *ukuşlug* kelimesi ise anlayışlı olmaya işaret etmektedir.⁹ *Can* kelimesi ile ilgili olarak ilgili metinlerde bilgiye ulaşamamıştır. Sözlüklerde ruh anlamına gelen kelimelerin *öz* ve *tın* olarak geçtiği görülmüştür. Ali Haydar Bayat’ın ise bu konuda önemli bir tespiti vardır ve zaman içinde *can* sözcüğünün anlamsal değişime uğradığını ifade etmiştir. İslam öncesi dönemde şamanik yaklaşımda *can* sözcüğünün önceleri hayati fonksiyonları sağlayan *tın* ile aynı anlamda kullanıldığını fakat zaman içinde *ruha* evrildiğini ifade etmiştir.²⁴ Ali Haydar Bayat’ın bu değerli tespitine rağmen, yine sözlüklerde *tın* kelimesine karşılık olarak *ruh* anlamının verildiği görülmektedir.^{8,9} Dolayısıyla hem *can* hem de *tın* kelimelerinin zamanla *ruh* kelimesine evrilmiş olması da olasıdır. Abdülkadir İnan ise İslam öncesi dönemlerde Türklerin, *can* ve *ruh* anlamları için *tın* (nefes) kelimesini kullandıklarını ifade etmiştir. *Tın* kelimesinin zaman içinde Doğu ve Batı coğrafyasında yayılan Türkler’de anlam değişikliğine uğradığını, doğuda eski anlamıyla kalırken, batıda dinlenmek manasına geldiğini belirtmiştir.²⁵ Muhtemelen bu konudaki tartışmanın bir başka eksenini de *Kutadgu Bilig* yazarının esinlendiği kaynaklar oluşturmalıdır. 1524 ve 1525. beyitlerin çevirileri “*Bu süslü evin vücudun evidir; o heykel gibi vücudun temiz ruhun evidir*”- “*Et özün evidir, süslü evin/Temiz canın evidir, sūs gibi evin*” ve “*Ruh uçup gidince, vücut boş kalır*” – “*Kuru kaldı kalıbı uçup gidince can*” şeklindedir. Daha önce, Yusuf Has Hacib’in İbn-i Sina’dan etkilenme ihtimalinin oldukça kuvvetli olduğu değerlendirilmiştir. Bu noktada ilginç bir örnek ile karşılaşmıştır: Acıduman ve Şems’in 2014 yılında sundukları bir bildiri de konu ettikleri eserde “*Ten/vücut ev gibidir ve can ev sahibi*” ve “*Ten binilen gibidir ve can binici*” ifadelerine dikkat çekmişlerdir.²⁶ *Kutadgu Bilig* ve sunumdaki söylemlerin benzerlikleri aşikardır, dolayısıyla Bayat ve İnan’ın tartışmalarından farklı bir anlamla *Kutadgu Bilig*’de geliştirilen söylemin İbn-i Sina’dan esinlenilerek yazılma ihtimali oldukça güçlü görünmektedir. Yine de genel olarak bu kavram ve kelimeler konusunda bir kafa karışıklığının olduğunu düşünmek doğru olacaktır. Dolayısıyla bu kelime ve kavramların içeriklerinin açığa kavuşturulması sadece Türk tıp tarihi için değil, Türk düşünce tarihi için de önem taşıyacağından geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim var gibi görünmektedir. Bu noktada daha önce de değindiğimiz İbn-i Sina gibi filozofların düşünsel arka planlarının analizi yerinde olacaktır. Örneğin; Platon’un düşünce sisteminde beden ruha ev sahipliği yaptığı ve ruhun Tanrısal kısmının beden yöneticisi olduğu ifadeleri bu bağlamda dikkate değerdir.¹²

XXVI. bâb “Ögdülmiş’in Hükümdar Kün-Toğdı’nın Hizmetine Girdiğini Söyler” başlığını taşır. Bu bölümde bilginin öğrenilebilir olup olmayışı ile bilgi edinmenin kaynağı ile ilgili soruşturmalar yer almaktadır. Bu bağlamda aklın konumu da temel bir tartışma konusu olarak karşımızda durmaktadır:

Hakan sorar;

Beyit 1678: “*anadınmu bilge toğar bu kişi*

azu öğrenürmü yetilse yaşı” (KB-I,185)

Beyit 1678: “*İnsan anadan mı alim olarak doğar, yoksa yaşı ilerledikçe mi öğrenir?*” (KB-II,129)

Ögdülmiş’in cevabı;

Beyit 1679: “*yanut birdi ögdülmiş ilig kutı*

bilig hem ukuş ol bu erdem atı” (KB-I,185)

Beyit 1679: “*Ögdülmiş cevap verdi: - Ey devletli hükümdar, bu faziletin bir adı da bilgi ve akıldır.*” (KB-II,129)

Beyit 1680: “*bilgisiz togar ol turu öğrenür*

Bilig bilse ötrü kamug iş önür” (KB-I,185)

Beyit 1680: “*İnsan bilgisiz doğar ve yaşadıkça öğrenir; bilgi sahibi olunca, her işinde muvaffak olur.*” (KB-II,129)

Beyit 1681: “*anadan toguglı bilgisiz togar*

Bilig öğrenür ötre törke agar” (KB-I,185)

Beyit 1681: “*Anadan doğan, bilgisiz doğar, bilgi öğrenir ve böylece itibar kazanır.*” (KB-II,129)

Beyit 1682: “*ukuş ol anı yalnguk öğrenmedi*

tadu birle katlıp törütür idi” (KB-I,185)

Beyit 1682: “*Çalışmakla elde edilemeyen şey akıldır; Tanrı onu insanın hamuruna katar.*” (KB-II,129)

Beyit 1683: “*ukuşta adın barça erdemlerig*

kişi öğrenür ötrü yetlür bilig” (KB-I,185)

Beyit 1683: “*İnsan akıldan başka bütün faziletleri öğrenir ve böylece bilgisi gelişir.*” (KB-II,129)

Görüldüğü üzere beyitlerde epistemolojik ve psikolojik açıdan önemli değerlendirmelere yer verilmektedir. Bilgi öğrenilen edinilen bir varlık alanı olarak sunulmuşken, bunun akıl aracılığıyla gerçekleştirildiği ifade edilmektedir. Bilgi edinme ise aklı kendinde taşıyan insana bağlanmıştır. Akıl dışındaki bütün erdemler öğrenilebilir kılınmıştır. Dolayısıyla buradan aklın erdemin zorunlu koşulu olduğu sonucuna varılabilir. Bu değerlendirmelerin Yusuf Has Hacib’in fikirselsel arka planını oluşturan gelenekle uyumlu olduğu düşünülebilir. Ancak “*Anadan doğan, bilgisiz doğar, bilgi öğrenir ve böylece itibar kazanır*” şeklindeki ifade üzerinde tartışılması gerekebilir. Çünkü bu ifade geçerli ise bir paradoks ile karşı karşıya kalınmak zorundadır. Çünkü bu ifadenin XV. yüzyıl deneycilerinin, doğuştan gelen bilginin olmadığı, tüm bilgilerin sonradan edinildiği ve deney dünyasının ürünü oldukları yönündeki ifadeleriyle²⁷ olan benzerliği çarpıcıdır. Oysa Yusuf Has Hacib’in takip ettiği düşünülen Farabi ve İbn-i Sina gibi filozofların a priori bilginin imkansız olduğunu söyleyeceklerini düşünmek oldukça zordur. Ancak aklın doğuştan geldiği ifade edildiğinden akla, edinilen bilgiler (sonradan da edinilseler) için bir form oluşturma özelliği atfedildiği takdirde bu paradoksun aşılabilmesi düşünülebilir. Ancak bu daha geniş bir tartışmanın konusudur ve bu çalışmanın sınırlarını aşmak anlamına gelebilir. Ayrıca *Kutadgu Bilig*’in tam olarak bir felsefe kitabı olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. İnsanın akli doğuştan getirdiği ve erdemler için koşul olduğu şeklindeki değerlendirmenin ise hem içerikle hem de Yusuf Has Hacib’in daha önceki söylemleri ile uyumlu olduğu düşünülebilir.

Hakan ile Ögdülmüş arasında bu başlıktaki diyaloglar devam eder ve gerek aklın ne olduğuna gerek bilgi ve erdemlerin ne olduğuna dair ipuçları sunulur:

Beyit 1825: “bilgi tut ya erdem kişi öğrenür

meğer bu ukuş ol tadunun önür” (KB-I,200)

Beyit 1825: “Bilgiyi olsun, fazileti olsun, insan öğrenebilir; fakat akıl ise insan ile birlikte doğar.” (KB-II,139)

Beyit 1828: “bayattın erür bu ukuş bolgusu

tadu birle kirse bolur belgüsü” (KB-I,200)

Beyit 1828: “Akıllı olmak Tanrı vergisidir; ancak buna doğuştan sahip olursa, aklın emareleri kendisini gösterir.” (KB-II,139)

Beyit 1829: “bayattın ata ol ukuş belgülüg

ukuştın bulur er ming edgü ülüg” (KB-I,200)

Beyit 1829: “Akıl, şüphesiz Tanrının ihsanıdır; insan akıl ile bin türlü iyi kısmet ve nimete nail olur.” (KB-II,139)

Hakan ile Ögdülmüş arasındaki akıl ve bilgi soruşturması devam eder; bu noktada önemli bir konu olarak “**aklın yeri**” sorusu ile karşılaşılmaktadır:

Hakan’ın sorusu;

Beyit 1833: “ukuşug adırtıgn biligde öngi

negü teg turur ay sözüngnüng ongi” (KB-I,200)

Beyit 1833: Aklı bilgiden başka bir şey olarak ayırdın, bununla ne demek istiyorsun, doğrusunu söyle. (KB-II,139)

Beyit 1834: “negü ol ukuş orni kayda turur

kayudın kopar kopsa kayda barur” (KB-I,200)

Beyit 1834: “Aklın yeri neresidir, o nerede bulunur; nereden çıkar ve çıkınca nereye gider.” (KB-II,

Ögdülmüş’in cevabı;

Beyit 1835: “yanut birdi ögdülmüş aydu ukuş

agır neng turur ol kişike küsüş” (KB-I,201)

Beyit 1835: “Ögdülmüş cevap verdi ve: Akıl insan için aziz ve kıymetli bir şeydir –dedi-“ (KB-II,140)

Beyit 1836: “ukuş orni üstün mengede tutar

agır neng üçün orni başta erür” (KB-I,201)

Beyit 1836: “Aklın yeri üstte, beyindedir; kıymetli bir şey olduğu için, onun yeri baştadır.” (KB-II,140)

Soruda daha önce değinilmiş olan akıl ve bilginin farklı şeyler olduğu tekrar edilmiş, aklın yeri, aklın nerden geldiği ve nereye gideceği soruları yöneltmiştir. Bu sorunun bir özelliği de daha önce bahsedilen akıl ve ruh kavramlarının da farklı içerikleri barındırmasına işaret etmesidir. Dikkat edilecek olursa daha önceki beyitlerde *can* ya da *ruh*’un bedenden ayrılınca Tanrı’ya gideceğine gönderme yapan ifadeler mevcutken, şimdi yeniden aklın yerinin ve nereye gideceğinin sorulması farklı varlık anlamlarına işaret etmektedir. Bu türden değerlendirmeler İbn-i Sina’nın ruh anlayışına da uygundur denebilir.²⁷ Tekrar aklın yeri sorununa dönecek olursak, aklın yerinin beyinde olması ve kıymetli olması sebebiyle başta (yukarıda) yer aldığı ifadeleri çarpıcıdır. Ancak bu ifadelerin de oldukça benzer biçimlerine daha önce bahsedilen Aciduman ve Şems’in 2014 tarihli bildirisinde rastlanmaktadır: “Tanrı yaratılıştaki herşeyin üstünde Arş’ı yarattı” ve “İnsanda da başının tepesinde beyin vardır; akl’ı oraya koydu”.²⁶ Görüldüğü üzere benzerlik çarpıcı boyutlardadır. Dolayısıyla *Kutadgu Bilig*’deki akıl ve ruh kavramsallaştırmasında, İbn-i Sina’nın etkisinin

önemli boyutta olduğu sonucuna varılabilir. Bu değerlendirme ışığında İbn-i Sina'nın da farklı bir psikoloji kavrayışına sahip olduğunu söylemek yerinde olacaktır. Görülen odur ki; İbn-i Sina akı, kafa ve dolayısıyla beyin ile ilişkilendirerek tarihsel olarak önemli bir seçim yaparak ensefalosentrik (beyin merkezli) tarafta yer almıştır. Oysa uzun bir süre tüm tıbbi ve biyolojiyi etkilemiş olan Aristoteles geleneği kardiyosentrik yani kalbi merkeze alan modeli tercih etmiştir.²⁸ Günümüzdeki bilimsel yaklaşımlar beyin ve ilişkili yapılar temeline dayanmaktadır.²⁹ Kardiyosentrik ve ensefalosentrik yaklaşımlara ilişkin *Kutadgu Bilig*'de başka ilginç ifadeler yer almıştır. 12 ve 1933'üncü beyitlerde kavrayış fonksiyonu akıl dışında gönüle de yüklenmiştir. 12. beyitte; "... *Neteglikke yetgü köngül ögde yok*" (KB-I,18) "... *fakat nasıl olduğunu kavrayacak gönül ve akıl yoktur.*" (KB-II,13) ifadeleri yer almıştır. Dolayısıyla bir uzlaştırma çabası ya da farklı bir kavramsal çerçeveden bahsetmek de mümkündür. Bu noktada Yusuf Has Hacib'in etkilendiği filozoflar olan Farabi ve İbn-i Sina'ya dönülecek olursa ikisinin de Yeni Platoncu görüşlere sahip oldukları ve bu görüşlerin hem Aristoteles hem de Platon geleneğinden izler taşıdığı hatırlanabilir.³⁰ Filozof olarak Platon'un içinde yer aldığı ensefalosentrik kavrayışın önemli temsilcileri Erasistratus, Herophilos ve Galenos gibi önemli hekim filozoflarken, kardiyosentrik kavrayışın önemli temsilcileri Aristoteles ve Stoacı gelenek olmuştur. Bu iki yaklaşım arasında zaman zaman tartışmalar yaşanmış ve neredeyse modern döneme kadar sürmüştür.²⁸

Beyit 1837: "*kişen ol kişiye ukuş belgölüg*

kılınçı köni ol işi ülgölüg" (KB-I,201)

Beyit 1837: "*Akıl insan için şüphesiz bir köstektir; hareketi doğru ve işi ölçülüdür.*" (KB-II,140)

Beyit 1838: "*bağırsak bayat kör ödürmüş kulın*

Kişide ukuş birle kılın tilin" (KB-I,201)

Beyit 1838: "*Merhametli Tanrı seçmiş olduğu kulunun hareketini ve dilini akıl ile kösteklemiştir.*" (KB-II,140)

Beyit 1839: "*ukuşsuz ölüğ ol ukuçluk tirig*

ukuş munça tenglig adırtlar erig" (KB-I,201)

Beyit 1839: "*Akılsız ölüdür, akıllı ise diridir; akıl insanları bu şekilde birbirinden ayırt eder.*" (KB-II,140)

Beyit 1840: "*karangku ev ol bu kişi tün sanı*

ukuş bir yula teg yaratur anı" (KB-I,201)

Beyit 1840: "*İnsan, gece gibi, karanlık bir evdir; akıl bir meşale gibi onu aydınlatır.*" (KB-II,140)

Beyit 1841: "*ukuştın kelür kör kamuğ edgölük*

biligin bedür er bolur belgölük" (KB-I,201)

Beyit 1841: "*Her türlü iyilik akıldan gelir; insan bilgi ile büyür ve temâyüz eder.*" (KB-II,140)

Beyit 1842: "*bu iki bile boldı yalnguk ulug*

bu ikin ongarur könilik yolug" (KB-I,201)

Beyit 1842: "*İnsan-oğlu bu ikisi ile yükselmiştir; o doğruluk yolunda bu iki şey ile muvaffak olur.*" (KB-II,140)

Beyit 1843: "*biligin seçildi kişi yıldıın*

biligde bedükrek negü bar adın" (KB-I,201)

Beyit 1843: "*İnsan hayvandan bilgisi ile ayrılmıştır; bilgiden daha büyük başka ne vardır.*" (KB-II,140)

Bu beyitlerde, aklın köstekleme fonksiyonu ile sınırlandırıcılığı, aklın insan için önemi ve ayırt edici özellik oluşu, iyilik yapabilmenin akılla ilişkisi, bilgi ile insan olmak arasındaki koşutluk işlenmiş adeta daha önce incelediğimiz konuların bir özeti sunulmuştur. Bu konulara daha önceki bölümlerde değinildiği için bu beyitler altında bir tartışma yapılmasına gerek görülmemiş ve beyitlerin sunulmasıyla yetinilmiştir.

XXVI. bâb Hakan'ın Ögdülmüş'e aklın niteliğine dair sorularıyla sonlanır ve bir sonraki kısımda Ögdülmüş Hakan'a aklın suretini açıklamaya koyulur.

Hakanın sorusu;

Beyit 1848: *"manga aygıl emfi ukuş sureti*

negü teg bolur ol yörüğü atı" (KB-I,202)

Beyit 1848: *"Şimdi bana aklı tarif et, onun mâhiyeti nasıldır ve adı nedir?"* (KB-II,140)

Beyit 1849: *"yüzi körki kılık kılınıcı ne ol*

yaşı kuru bod sın avınçı ne ol" (KB-I,202)

Beyit 1849: *"Yüzü, görünüşü, tavır ve hareketi nasıldır; yaşı, derecesi, boyu-posu nasıldır ve ne ile avunur."* (KB-II,140)

XXVII. bâb, "Ögdülmüş Hükümdara Aklın Tarifini Söyler" başlığını taşır. Bir önceki bölümde aklın suretine ilişkin Hakan'ın Ögdülmüş'e yönelttiği soruya cevap olacak özellikle beyitleri bulundurmaktadır:

Beyit 1850: *"yanut birdi ögdülmüş aydı ukuş*

kılınçı köni kör küvençi öküş" (KB-I,202)

Beyit 1850: *"Ögdülmüş cevap verdi ve: - Aklın hareketi doğru ve itibarı büyüktür –dedi-"* (KB-II,141)

Beyit 1851: *"yüzi körki körklüg ne yaşı kiçig*

kamug edgüçükke anıngdın keçig" (KB-I,202)

Beyit 1851: *"Yüzü, şekli güzel ve daima genç ve dinçtir; her türlü iyiliğe geçit veren odur."* (KB-II,141)

Beyit 1852: *"örüg hem silig ol ne kılık amul*

Kamug teprenürke bağırsak köngül" (KB-I,202)

Beyit 1852: *"Halim, selim ve sakin tabiatlidir; o bütün canlılar için şefkat dolu bir gönüldür."* (KB-II,141)

Beyit 1853: *"kayuka elig ursa itlü barır*

kayuka sözi tegse yatlü barır" (KB-I,203)

Beyit 1853: *"Nereye eli dokunursa, orası düzelir; sözü nereye erişirse, orası o söze uyar."* (KB-II,141)

.....

Beyit 1855: *"yiti kölüg ol kör kamugka sevüg*

kayu işke tegse bekitür adak" (KB-I,203)

Beyit 1855: *"Keskin gözlü ve uzak görüşlüdür; hangi işe el uzatırsa, ayağını sağlam basar."* (KB-II,141)

.....

Beyit 1861: *"yula ol ukuş kör karaguka köz*

ölüg tenke can ol agın tilke söz" (KB-I,203)

Beyit 1861: *"Akıl meşaledir, kör için gözdür; ölü vücut için can, dilsiz için sözdür."* (KB-II,141)

.....

Beyit 1865: *"ukuşnung eng aşnu kılık ongay*

könilik bile ol yorıkı yıl ay" (KB-I,204)

Beyit 1865: *"Her şeyden önce aklın tavır ve hareketi makuldür; aylar ve yıllar geçse dahi, gidişi aynı doğru yoldan taşmaz."* (KB-II,141)

Beyit 1866: “*ukuşlug köni hem silig til sözi*

Bütünlük bile boldı kılık tözi” (KB-I,204)

Beyit 1866: “*Akıllı doğrudur, dili ve sözü yumuşaktır; hareketinin esası doğruluk üzerine kurulmuştur.*” (KB-II,142)

Beyit 1867: “*örüg ol amul ked serimlig sabur*

körüp işni yetrü ol akru tegür” (KB-I,204)

Beyit 1867: *O halim, sakin, çok mütehammil ve sabırlıdır; işe dikkatle bakar ve sükûn ile ele alır.* (KB-II,142)

Beyit 1870: “*kılınçı karı oylan özlüg ukuş*

ukuş kayda bolsa angar bar yapuş” (KB-I,204)

Beyit 1870: “*Akılın hareketi ihtiyardır, fakat kendisi gençtir; akıl nerede ise, ona git, yapış.*” (KB-II,142)

Beyit 1871: “*kiçigi seviglig karısı amul*

özi tüzüb alçak kör asgı öküş” (KB-I,204)

Beyit 1871: “*Küçüklüğü sevimli, ihtiyarlığı sakin, kendisi halim, alçak gönüllü ve çok faydalıdır.*” (KB-II,142)

Dikkat edilecek olursa, akıl ile ahlaki özellikler arasında oldukça sıkı bir bağ kurulmuştur. Daha önce de ifade edildiği üzere etik, ahlak ve erdem; bilgi ve akılla sıkı bir ilişki içinde ele alınmış olduğu görülmektedir. Yine akla atfedilen hemen her özellik ılımlılık ve ölçülülük gibi kavramlara gönderme yapmaktadır. Erdem etikçilerinin en önemlilerinden olan Aristoteles için ölçülülük ve orta olma kavramının oldukça önemli olduğu bilinmektedir.¹⁸ *Kutadgu Bilig*'in yazarı olan Yusuf Has Hacib'in de İslam bilim ve felsefe tarihinin önemli isimlerinden olan Farabi ve İbn-i Sina'dan etkilendiği hatırlanacak olursa Yusuf Has Hacib'in kavramsallaştırmasının onlardan etkilenmesi olasıdır.^{2,31}

Aklı temsil eden Ögdülmiş'in eserde sahnede kalmaya devam ettiği takip eden kısımlarda özellikle saray açısından dönemin önemli meslek gruplarına ilişkin, görevlilerin nitelikleri, görevleri ve amaçları konu edilmiştir. Konu olarak işlenen meslekler *Beg* (Bey), *Vezir*, *Sü Baş* (Ordu komutanı), *Ulug Hacib* (Ulu mabeyinci), *Kapug başçısı* (Kapı amiri), *Yalaveç* (elçi), *Bitigci ılımga* (Saray kalemi), *Agıcı* (Hazinedar), *Aş başç* (Aşçıbaşı) ve *İdişçi baş*'dan (İçkicibaşı) oluşmaktadır.^{3,6} Her meslek grubunun kendine has nitelik, özellik ve erdemlerine değinilmiştir. Bu yönleri ile her meslek grubuna ilişkin o meslek ile ilgili erdem ve iyiliklerin tanıtılması yönüyle Aristoteles gibi erdem etikçilerinin yaklaşımlarını hatırlatmaktadır.¹⁸ Ancak bu bölümlerde de akıl sürekli temel odak noktası olarak kalmaya devam etmekte başta beylik olmak üzere her meslek için öteki erdemler için birincil koşul gibi sunulmaktadır.

Tüm bu bulgulara ek olarak dönemin tıp paradigması hakkında bilgi verildiği ve bu yönüyle ilginç olduğu düşünülen, “**Saadetin Devamsızlığını ve İkbalin Dönekliliğini Söyler**” başlıklı XX. bâb'dan beyitler de okuyucunun bilgisine sunulmuştur:

Beyit 1053: “*yaraşık tadular karıştı için*

küçendi biri tuttı bastı için” (KB-I,122)

Beyit 1053: “*Ahenk içinde bulunan unsurlar arasında fesat baş gösterdi; biri tahakkim etti, diğerlerini bastırdı.*” (KB-II,87)

Beyit 1054: “*tadu tegşürüldi aş boldı yig*

agir boldı köngli katig tuttu ig” (KB-I,123)

Beyit 1054: “*Unsurların durumu değişti; yiyeceği çiğ geldi, gönlünü bir sıkıntı kapladı ve ağır bir hastalığa tutuldu.*” (KB-II,87)

Beyit 1057: “*otacı tirildi tamur kördiler*

ol ig kem ne ermiş ayu birdiler” (KB-I,123)

Beyit 1057: “Etrafına tabipler toplandı, nabzına baktılar; bu hastalık ve rahatsızlığın ne olduğu hakkında fikirlerini söylediler.” (KB-II,87)

Beyit 1058: “kayu aydı kan tutmuş emdi muni

aça birgü ekçek akıtgu kanı” (KB-I,123)

Beyit 1058: “Biri:- Şimdi bunu kan tutumuş, damarını açmak ve kan akıtmak lazımdır – dedi.” (KB-II,87)

Beyit 1059: “kayu aydı ötrüm içirgü kerek

özü katmış emdi boşotgu kerek” (KB-I,123)

Beyit 1059: “Biri:- Müshil içirmeli; kabız olmuş, şimdi onu boşaltmak gerek – dedi.” (KB-II,87)

Beyit 1060: “kayusı sogık itti kattı cülab

Kayu kıldı birdi kerkeleğ serap” (KB-I,123)

Beyit 1060: “Biri şerbet hazırladı ve gül suyu kattı; biri lüzumlu gördüğü bir içki yapıp verdi.” (KB-II,87)

1053. beyitten itibaren açık bir şekilde sağlıklılık için unsurlar arasındaki denge ve bunlar üzerinden bir tedavi arayışı gözler önüne serilmiştir. Ayrıca konunun kapsamını aşmamak açısından yukarıda yer verilmemiş olsa da eserin farklı bölümleri içerisinde tabiatla denge durumunda olan dört unsurdan bahsedildiği (Beyit 60,2845); unsurların sıcaklık, soğukluk, kuruluk ve yaşlık gibi özelliklerinden ve kızıl – sarı – ak - kara gibi renklerle ilişkilendirildiğinden (Beyit 4621-4633); hekimlerin bu ilişkileri bilen kişiler olarak değerlendirildiğinden (Beyit 4673) bahsedildiğini görmek mümkündür. Bahsi geçen yaklaşım, dönemin tıp anlayışı olan humoral patoloji yaklaşımı temelli paradigma ile örtüşmektedir. Humoral patolojiye dayanan tıp paradigması yaklaşık 1500 yıl hakim tıp düşüncesi olmuş ve ancak Rönesans’tan sonra sarsılmaya başlamıştır.³² Humoral tıp paradigmasını mükemmel hale getiren hekimlerden biri de İbn-i Sina’dır.³³ Şüphesiz bu metinde bu anlayışın geçmiş olmasının tıp tarihi açısından bir yeniliği ya da özgünlüğü temsil etmediği düşünülebilir. Ancak Türkçe bir metin içerisinde muhtemelen ilk defa yer alması sebebiyle tarihsel önemine vurgu yapmak yerinde olacaktır. Bu yönüyle de Türk bilim ve tıp tarihi açısından oldukça önemli olduğunu söylemek mümkündür.

SONUÇ

Türk dilinin tarihsel gelişimi açısından önemli yeri herkesçe bilinen ve kabul edilen *Kutadgu Bilig* adlı eserin sadece Türk dili ve edebiyatı açısından önemli olmadığı, içinde barındırdığı zengin içerik ile döneminin bilgi birikimi ve bilgi anlayışını yansıttığı konu bağlamında görülmüştür. Yapılan incelemede genellikle bir siyasetname olarak bilinen kitabın içeriğinde zengin bir felsefi arka plan ve bunun üzerine kurulmuş akıl, bilgi ve erdem anlayışının var olduğu görülmüştür. Eserde akıl temeli üzerine kurulmuş bilgi ve erdem anlayışının sıkça kendisini gösterdiğini ifade etmek gerekir. Akıl, insan olmanın en önemli koşulu olarak sunulurken, bilgi gibi eserin adında da yer alan en önemli kavramın akla tabi kılındığı görülmüştür. Akla verilen bu önem akılsızlık ya da akıl ile ilişkili sorunların hem sağlık hem de ahlaki bakımdan olumsuzlanmasını beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda bunama akla ilişkin bir sorun olarak konu edinilirken, delilik de cezai sorumluluk açısından eserde odak noktası haline getirilmiştir. Akıl ve ruh kavramlarının farklı varlık alanları olarak değerlendirildiği görülmüş ve bu kavrayışta İbn-i Sina etkisinin belirgin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İbn-i Sina etkisinin, incelenen alanlardan biri olan aklın niteliği ve yeri bahsinde de belirgin bir şekilde kendisini gösterdiği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak *Kutadgu Bilig*’in hem eserin içeriği hem de yazarının zihin dünyası açısından oldukça zengin bir bilgi birikiminin göstergesi olduğu anlaşılmaktadır.

BİLGİ

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı kapsamında 2016-2017 bahar yarıyılında Prof. Dr. Ahmet Aciduman tarafından yürütülen Türk-İslam Tıp Düşüncesinin Evrimi adlı derste gerçekleştirilen çalışmaya dayanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Dilaçar A. Kutadgu Bilig'in 900. Yıldönümü (1069-1079) ve Balasagun'lu Yusuf. Türk Dili. 1969;20(211):6–17.
2. Levend AS. Kutadgu Bilig. Türk Dili. 1969;20(211):1–5.
3. Has Hâcib Y. Kutadgu Bilig II. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi; 1974.
4. Alberts O. Der Dichter des in uigurisch-türkischem Dialect geschriebenen Kudatku bilik (1069—70 p. Chr.) ein Schüler des Avicenna. Arch für Philos. 1901;14(3):319–36.
5. Türker-Küyel M. Bir Türk Lehçesi Olan Uygurca Yazılmış Kutadgu Bilig'in (1069-1070) Şairi: İbn Sina'nın Bir Öğrencisi. Erdem. 1985;1(1):217–30.
6. Arat RR. Kutadgu Bilig I Metin. 2. Baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1979.
7. Has Hacib Y. Kutadgu Bilig. 3. Baskı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2017.
8. Kaşgarlı M. Divan-ü Lugat-it- Türk (Türk Dili Divanı). 2. Baskı. İstanbul: Salon Yayınları; 2017.
9. Divan-i Luqat-i it Türk Dizini [Internet]. 2003. Available from: www.achiq.org/pitikler/dlt---.pdf
10. İsrâ Suresi - 70 . Ayet Tefsiri [Internet]. [Erişim tarihi: 23.01.2018]. Erişim adresi: <https://kuran.diyaret.gov.tr/tefsir/isra-suresi/2099/70-ayet-tefsiri>
11. İyi S, Tepe H. Etik. 1. Baskı. Kuçuradi İ, Taşdelen D, editörler. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2011. s. 28-34.
12. Platon. Timaios. 1. Baskı. İstanbul: Say Yayınları; 2015.
13. Flavell JH. Cognitive Development: Past, Present, and Future. Dev Psychol. 1992;28(6):998–1005.
14. Önler Z. Kutadgu Bilig'de Öğ ve Ukuş kavramları [Internet]. [Erişim tarihi:22.06.2017]. s. 1–8. Erişim adresi: https://www.academia.edu/11732729/KUTADGU_BILIG_DE_OG_ve_UKUS_KAVRAMLARI
15. Önler Z. Divanû Lügâti't-Türk ve Kutadgu Bilig'de Tıp Terimleri. Kebikeç. 2006;(22):135–50.
16. Türk Medeni Kanunu [Internet]. [Erişim tarihi:06.06.2017]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>
17. Türk Ceza Kanunu [Internet]. [Erişim tarihi:21.06.2017]. Erişim adresi: www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf
18. Aristoteles. Nikomakhos'a Etik. 5. Baskı. Ankara: BilgeSu; 2014. s.9-43.
19. Ross D. Aristoteles. 2. Baskı. Ankara: Kabalcı Yayıncılık; 2014. s. 181-205.
20. Özden H. Kutadgu Bilig'de Ahlak Kavramı ve Tıp Etiğine Etkisi. 1. Baskı. İstanbul: Ötüken Neşriyat; 2007. s.33-35, 153-154.
21. Çotuksöken B, Babür S. Metinlerle Ortaçağda Felsefe. 3. Baskı. Ankara: BilgeSu; 2015. s.119-127.
22. Magee B. Büyük Filozoflar: Platon'dan Wittgenstein'a Batı Felsefesi. 1. Baskı. İstanbul: Paradigma; 2001. s.172-193.
23. Kirsch JL, Simeon D, Berlin H, Hollander E. Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders: Intermittent Explosive Disorder, Kleptomania, and Pyromania. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB, editors. Psychiatry. 4th ed. Wiley Blackwell; 2015. pp. 1367–70.
24. Bayat AH. Tıp Tarihi. 2.Baskı. İstanbul: Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği; 2010. s. 241.
25. İnan A. Tarihte ve Bugün Şamanizm: Materyaller ve Araştırmalar. 3. Baskı. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi; 1986. s.177-178.
26. Aciduman A, Şems Ş. El- Kânûn Fî't- Tıbb'ı Doğru Anlayabilmek: Kitâbu Teşrîhi'l-Vucûd/Risâle fî Teşrîhi'l-A'zâ' üzerinden İbn Sînâ felsefesi ve tıbbına özet bir bakış. In: El-Kânûn fî't-Tıbb'ın 1000 Yılı İbn-i Sînâ'ya Saygı Paneli. İstanbul; 2014.
27. Arslan A. Felsefeye Giriş. 23. Baskı. Ankara: Adres Yayınları; 2016.s. 72-73, 152-153.
28. Crivellato E, Ribatti D. Soul, mind, brain: Greek philosophy and the birth of neuroscience. Brain Res Bull. 2007;71(4):327–36.
29. Kandel ER, Huspeth AJ. The Brain and Behavior. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ, editors. Principles of Neural Science. 5th ed. McGrawHill Medical; 2013. pp. 5–20.
30. Şenel C. Yeni Eflatunculuk. In: İslam Ansiklopedisi [Internet]. Türkiye Diyanet Vakfı; 2013. Available from: <http://www.islamansiklopedisi.info/dia/pdf/c43/c430236.pdf>
31. Solomon RC, Higgins KM. Felsefenin Kısa Tarihi. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2013. s.180-185.
32. Porter R. Kan Revan İçinde: Tıbbın Kısa Tarihi. 2. Baskı. İstanbul: Metis Bilim; 2016. s.70-71.
33. Aciduman A. İbn-i Sina'nın Tıp Tarihindeki Yeri: Kuhn'ca Bir Yaklaşımla. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2002;55(2):115–22.

