



LOKMAN HEKİM

DERGİSİ

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



Ocak-Nisan 2021
Cilt: 11
Sayı: 1





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 11 OCAK – NİSAN 2021 SAYI - NUMBER 1

DERGİ HAKKINDA - ABOUT JOURNAL

Sahibi - Owner

Prof. Dr. Ahmet Hakan Öztürk

Onursal Editör - Honorary Editor in Chief

Prof. Dr. İtler Uzel

Başeditör - Editor in Chief

Prof. Dr. Gülçin Yapıcı

Yardımcı Editör - Associate Editor

Prof. Dr. Selim Kadioğlu Prof. Dr. Seyhan Şahan Fırat Doç. Dr. Oya Ögenler Dr. Öğr. Üyesi Selda Okuyaz

Bölüm Editörleri - Section Editors

Doç. Dr. Özcan Örsçelik Doç. Dr. Sultan Alan Doç. Dr. Gülay Yıldırım Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş Dr. Öğr. Üyesi Türkan Erer
Dr. Öğr. Üyesi Mehtap Ergenoğlu Dr. Öğr. Üyesi Mukadder Gün Dr. Öğr. Üyesi Serap Torun Dr. Sadık Nazik Dr. Cebrail Yılmaz

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

Yabancı Dil Editörü - Foreign Language Editor

Prof. Dr. İsmail Ün Öğr. Gör. Ayça Aysın Yılmaz

Mizanpaj editörü - Layout editor

Prof. Dr. Selim Kadioğlu Prof. Dr. Seyhan Şahan Fırat Öğr. Gör. Gülay Halidi

Sekreter - Secretary

Dr. Öğr. Üyesi Selda Okuyaz

Bilimsel Kurul - Scientific Board

Emeritus Prof. Stuart Blume (Netherlands)
Assoc. Prof. Stephen T. Casper (United States)
Prof. Catharine Coleborne (New Zealand)
Prof. Pratik Chakrabarti (United Kingdom)
PhD. Eric J. Engstrom (Germany)
Sherry Sayed Gadelrab (United Kingdom)
Prof. Elizabeth Lunbeck (United States)
Dr. Harry Oosterhuis (Netherlands)
Prof. John Harley Warner (United States)
Prof. Dr. Ayten Altıntaş
Prof. Dr. Berna Arda
Prof. Dr. Tamay Başağaç Gül
Prof. Dr. İbrahim Başağaoğlu
Prof. Dr. Alev Bobuş Örs
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. Zuhal Özyaydın
Prof. Dr. Gülbün Özçelikkay
Prof. Dr. Abdullah Özen
Prof. Dr. Nuran Yıldırım
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. Nuran Yıldırım
Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu
Doç. Dr. Nurdan Kırmılioğlu
Doç. Dr. Ayşe Menteş Gürlert
Doç. Dr. Rफीye Okuşluk Şenesen

Doç. Dr. Gürkan Sert
Dr. Öğr. Üyesi Murat Aksu
Dr. Öğr. Üyesi Selim Altan
Dr. Öğr. Üyesi Rana Can
Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Demirsoy
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Erbay
Dr. Öğr. Üyesi Tolgahan Karaimamoğlu
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Karataş
Dr. Öğr. Üyesi Esin Karlıkaya
Dr. Öğr. Üyesi Volkan Kavas
Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Keleş,
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Kırmılioğlu
Dr. Öğr. Üyesi Hale Özcömert Coşkun
Dr. Öğr. Üyesi Atilla Özgür
Dr. Öğr. Üyesi Şükran Sevimli
Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Çağlar Sinmez
Dr. Öğr. Üyesi Ali Yiğit
Dr. Öğr. Üyesi Müge Demir
Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Keleş
Dr. Öğr. Üyesi Sibel Öner Yalçın
Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk
PhD. Dr. Cebrail Yılmaz

Kapak - Cover

Ayşegül Tuğuz

(İtler Uzel'in "Dioskorides ve Öğrencisi" adlı eserinden - from composition of İtler 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.

Taranan Dizinler - Index

DOAJ TR Dizin Türkiye Atıf Dizini Türk Medline Sobiad Atıf Dizini

İletişim - Correspondence

Dr. Öğr. Üyesi Selda Okuyaz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD / Mersin University School of Medicine Department of History of Medicine and Ethics

E-mail: lokman@mersin.edu.tr

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

Telefon-Phone: +90 324 361 0001

Faks-Fax: +90 324 341 2312



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 11, No 1, Ocak Nisan 2021

EDİTÖRDEN

Lokman Hekim Dergisi'nin Değerli Okurları,

Derginin 2021 yılına ait birinci sayısında tarih, folklor ve sosyoloji alanlarında gerçekleştirilen çalışmalar sunulmuştur. Bu sayıda dört derleme, 11 araştırma makalesi olmak üzere toplam 15 makale yer almaktadır. Alanında değerli araştırmacılar tarafından yazılan bu makalelerin dergimizin okuyucuları tarafından da beğenilerek okunacağını ve kendi çalışmalarında kaynak olacağını umuyoruz. Sayın yazarlara ve makalelerin geliştirilmesinde katkısı olan sayın hakemlerimize teşekkür ederiz.

Dünyada COVID-19 pandemisi bir yılı aşkın bir süredir devam etmektedir. Bu süreçte ülkemizde iki milyonun üzerinde kişi hastalanmış ve yirmi binin üzerinde kişi ne yazık ki hayatını kaybetmiştir. Bilim insanları tarafından aşı çalışmalarının hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi ve birkaç aşının acil kullanım izni almasıyla aşılama sürecine geçilmiştir. Ülkemizde de hastalık bulaşmasında en önemli riskli meslek grubu olan sağlık çalışanları aşılanmaya başlamıştır. En kısa sürede hastalığın salgın özelliğini yitirmesi için ülke yöneticilerinden bireylere kadar herkesin üzerine düşeni yapması önemlidir.

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

Gülçin Yapıcı



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 11

OCAK – JANUARY 2021

SAYI – NUMBER 1

REVIEW – DERLEME

- Meme Kanseri ve Aromaterapi** 1-9
Breast Cancer and Aromatherapy
Ünal ve ark.
- Sağlıkta Bireysel Yenilikçilik, Motivasyonel Kararlılık ve Performans** 10-15
Individual Innovativeness, Motivational Persistence and Performance in Health
Tarhan ve Şar
- Müziğin Kökenine Yönelik Arkeolojik Bir Değerlendirme** 16-29
An Archeological Evaluation of the Origins of Music
Çağatay Yücel
- Cumhuriyet (1928-1973) Döneminde Sürdürülen Sağlıkın Geliştirilmesi Mücadelesinde Halk Sağlığı Temaları** 30-39
Public Health Themes in The Struggle to Promotion Health During The Republic (1928-1973)
Meydan Acımiş ve Kılıç

ORİJİNAL ARTICLE – ARAŞTIRMA MAKALESİ

- Hekimbaşı Muştafa Behcet Efendi'nin *Rūhye Risālesi* üzerine bir çalışma: Eser gerçekten Störck'ten bir çeviri mi?** 40-72
A study on *Rūhye Risālesi* by Chief-physician Muştafa Behcet Efendi: is the work indeed a translation from Störck?
Aciduman ve Aciduman
- Diş Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Sağlık İncasına, Öz Etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi** 73-82
The Effect of Education Given to Patients with Diabetes in Line with Health Belief Model on Their Health Belief, Perception of Self-Efficacy and Decision Making Level
Aydoğar Takcıl ve Yıldırım
- Türkiye'de Radyasyon Çalışanlarının Mevzuattan Kaynaklanan Hakları** 83-93
The Rights of Radiation Workers Arising from the Legislation in Turkey
Barlaz Us ve Us
- Bir Grup Hemşirelik Öğrencisinin COVID-19 Riskine Yönelik Koruyucu, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları** 94-103
Preventive, Traditional and Complementary Medicine Practices for a Group of Nursing Students for COVID-19 Risk
Işık ve Can
- Ebelik Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Yaşama Sıklığı ile Algıladıkları Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi** 104-113
Determining the Relationship Between Midwifery Students' Frequency of Experiencing Premenstrual Syndrome and Perceived Stress Level
Çevik ve Alan



The Relationship of Type D Personality to Herbal Product Use and Asthma Control in Asthma Patients	114-123
Astım Hastalarında D Tipi Kişiliğin Bitkisel Ürün Kullanımı ve Astım Kontrolü ile İlişkisi Erdogan et al.	
The First Production of Artificial Limbs in The Ottoman State	124-130
Osmanlı Devleti'nde İlk Yapay Uzuv Üretimi Elif Gültekin	
Türkiye'de Hekimlik Mesleğinde Mecburi Hizmet Yükümlülüğünün Tıp Tarihi, Tıp Hukuku ve Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi	131-150
Evaluation of Compulsory Service Obligation for Physicians in Turkey with regards to Medical History, Medical Law and Medical Ethics Şükrü Keleş	
Antik Dönem İskeletlerinde Travma: Minnetpınarı ve Güllüdere Materyallerinden Olgu Sunumları	151-159
Trauma in Ancient Skeletons: Case reports from Minnetpınarı and Güllüdere Materials Çeker ve Erol	
Türkiye'de Havacılık Psikiyatrisi ve Psikolojisi	160-172
Aviation Psychiatry and Psychology in Turkey Nazım Ata	
Osmanlı Hilal-i Ahmer Şeref Defteri	173-192
Ottoman Red Crescent Honor Book Yurdakul ve ark.	

Meme Kanseri ve Aromaterapi *

Breast Cancer and Aromatherapy

Esra Ünalⁱ, Derya Atikⁱⁱ, Ebru Gözüyeşilⁱⁱⁱ

ⁱ Arş. Gör., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-22550447>

ⁱⁱ Doç. Dr, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-8497-0105>

ⁱⁱⁱ Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/-0002-9193-2182>

ÖZ

Sağlığı ve yaşam kalitesini yükseltmek için tamamlayıcı tedavilerin kullanımı hem genel popülasyonda hem de kanser hastaları arasında yaygındır. Tamamlayıcı tedaviler kanser hastalarında hem semptomları hafifletmek hem de tedaviler sonucu oluşan yan etkileri ortadan kaldırarak rahatlamayı sağlamaktadır. Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser çeşididir ve meme kanseri olan kadınlar fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedir. Meme kanseri olan kadınlar genellikle tamamlayıcı yöntemleri rutin tedaviye ek olarak kullanmaktadırlar. Tamamlayıcı uygulama yöntemlerinden olan aromaterapinin meme kanser hastaları üzerinde semptom yönetiminde etkili olduğu belirtilmektedir. Geçmişten bu yana aromaterapi uygulamalarının hasta bakımında kullanıldığı hemşirelik mesleğinde, holistik bakım hedeflerine ve meslek etiğine uygun olması nedeniyle aromaterapi uygulamalarına yer verilmesi önemlidir. Bu makalede aromaterapinin meme kanserli kadınlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aromaterapi, Meme kanseri, Hemşirelik

ABSTRACT

The use of complementary therapies to improve health and quality of life is widespread both in the general population and among cancer patients. Complementary therapies provide relief in cancer patients by both alleviating the symptoms and eliminating the side effects resulting from the treatments. Breast cancer is the most common type of cancer among women and women with breast cancer are negatively affected physically, socially and psychologically. Women with breast cancer often use complementary methods in addition to routine treatment. It is stated that aromatherapy, which is one of the complementary application methods, is effective in symptom management on breast cancer patients. It is important to include aromatherapy practices in the nursing profession, where aromatherapy practices have been used in patient care since the past, because they are suitable for holistic care goals and professional ethics. The aim of this article is to evaluate the effect of aromatherapy on women with breast cancer.

Keywords: Aromatherapy, Breast Cancer, Nursing

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 1-9

DOI: 10.31020/mutfd.780539

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 14 Ağustos 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 27 Aralık 2020

İletişim - Correspondence Author: Derya Atik <deryaatik09@hotmail.com>

Giriş

İnsanların doğal yaşama ve doğal olanın her zaman daha güvenilir olduğuna inancı, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki eşitsizlikler, kanser gibi bazı hastalıkların tedavisindeki yetersizlikler ve tedavilerin oluşturduğu yan etkilere çözüm bulma arayışları gibi nedenler geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelimlerini sağlamıştır.¹ Bu uygulamalar da çeşitli tanımlamalar kullanılmakla beraber güncel olarak artık bu ifadeler yerine bütüncü (integratif) tıp kavramı kullanılmaktadır.¹⁻³

Bütüncü tıp kavramı rutin tedaviye ek olarak hastaların ruhsal, zihinsel ve çevresel yolla tedavisini temel almaktadır.² Bütüncü tıbbın genel ilkesi hastanın her yönüyle değerlendirilip, mümkün olduğunca doğal ve daha az invaziv bir tedavi planının oluşturulmasıdır.² Aynı zamanda insanı tüm yönleriyle ele alarak holistik bir yaklaşım sunmaktadır. Holistik yaklaşım her bireyin farklı olduğunu ve bireyi ele alırken bütün boyutlarıyla ele alınması gerektiğini savunan bir yaklaşımdır.⁴ Holistik bir yaklaşımı temel alan aromaterapi bütüncü tıp uygulamaları arasında önemli bir yere sahiptir.⁵

Aromaterapi bitkiler yoluyla tedavi yöntemi olan fitoterapinin alt alanlarından biridir.⁶ Fitoterapi daha genel bir kavram olup bitkiler yoluyla yapılan tüm tedavileri içerirken aromaterapi ise bitkilerden çeşitli yollarla elde edilen uçucu yağların kullanımı ile yapılan bir tedavi şeklidir.^{6,7} Birçok ilaç oluşturulurken bitkisel kaynaklı etken maddelerin kullanılması, insanların tedavi yolları arayışında aromaterapiye yönelimini artırmıştır.^{1,6,7}

İnsanların yaşam süresinin artması ile birlikte yaşamda kalitenin sağlanması da önemli hale gelmiştir.⁸ İnsanların sağlığı düzeltmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için birçok tamamlayıcı ve alternatif yöntem başvurduğu bilinmektedir. Bu yöntemler kanser hastaları arasında yaygın olarak kullanılmaktadır.⁹ Tüm kanserler içinde meme kanseri dünya genelinde kadınlar arasında en sık görülmekte ve kanserden ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.¹⁰ Meme kanseri olan kadınların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma oranını inceleyen bir çalışmada kadınların %80'den fazlasının bu uygulamalara başvurduğu bildirilmektedir.¹¹ Yapılan sistematik bir derlemede kanserli olan hastaların yaşadıkları depresyon, konstipasyon, yorgunluk, uyku bozuklukları, lenf ödem, ağrı, bulantı gibi semptomlarda aromaterapi uygulamaları ile rahatlamının sağlandığı ifade edilmiştir.¹² Kanser hastaları hem hastalığa bağlı olarak hem de uygulanan tedavinin yan etkileri sonucu birçok semptom yaşayabilmektedir, bu semptomlar hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte ve hastaları bir araya sürüklemektedir.¹³ Meme kanseri hastalarında aromaterapi uygulamaları üzerine farklı sonuçlar bulunmakla birlikte genel anlamda kanser semptomları üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Meme kanseri olan hastalar üzerine yapılan bir çalışmada da uçucu yağlarla yapılan aromaterapi masajının hastaların kaygı düzeylerini azalttığı saptanmıştır.¹⁴

Aromaterapi gibi bütüncü tıp uygulamalarının kullanımının artması sonucunda, sağlık alanında bilgi sahibi olmayan insanların bu uygulamaları yapmakta olduğu ve bu durumun kişiler üzerinde olumsuz sonuçlara yol açacağı öngörülmektedir. Holistik bakış açısı doğrultusunda bakım verme rolü olan hemşirelerin, bu alanda gerekli eğitimleri alarak aromaterapi uygulamaları yapmalarına imkan sağlanmalıdır.⁵ Kadınların büyük çoğunluğunu etkileyen meme kanseri gibi hastalıkların tedavisinde, yaşanan birçok sorunla mücadelede bütüncü tedavi yöntemlerinden olan aromaterapi ile bu sürecin daha iyi geçirilmesi sağlanabilir.

Meme Kanseri

Dünya genelinde kadınlar arasında en sık teşhisi konulan kanser türü meme kanseridir.¹⁵ Küresel kanser istatistikleri 2018 verilerine göre, dünya genelinde 2.1 milyon yeni teşhis edilmiş meme kanseri vakası olduğu ve bunun tüm yeni kanser vakalarının dörtte birini temsil ettiği belirtilmiştir.¹⁶ 20-59 yaş arası kanserden hayatını kaybeden kadınların çoğunluğunun meme kanseri olduğu saptanmıştır.¹⁷

Meme kanserinin etiyojisi çok faktörlüdür. Genetik, ırk, yaş, menarş yaşının erken menopoz yaşının geç olması, hiç doğum yapmamak, oral kontraseptif kullanmak, hormon tedavisi almak, sigara ve alkol kullanmak, obezite, fiziksel aktivite gibi faktörler meme kanseri için risk oluşturmaktadır.¹⁸

Kanserler çoğu zaman insanlar için ölüm ve ağrı ile özdeşleşmektedir. Kanser kişiyi her yönüyle etkileyen bir hastalık türüdür. Hastalar bir yandan kanser ve tedavi sürecinin oluşturduğu semptomlarla baş ederken diğer yandan ise aile, eğitim, iş gibi sosyal hayatında birtakım aksaklıklar yaşamaktadırlar. Kanserler aynı zamanda kişinin beden imajında da değişikliklere neden olmaktadır. Saç dökülmeleri, kilo kayıpları gibi etkilerin yanında meme kanserli hastalarda gibi cerrahi işlemler sonucu kişiler fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel anlamda olumsuz etkilenmektedir.¹⁹ Meme kanserli kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada, mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu olumsuz etkilediği ifade edilmiştir.²⁰

Meme kanserli hastalarda hayatta kalma oranları artış göstermesine rağmen uzun süreli tedavi süreci, tedavilerin oluşturduğu yan etkiler, kronik ağrı, yorgunluk, uykusuzluk gibi semptomlar kişilerin yaşam kalitelerini büyük ölçüde azaltmaktadır. Meme kanseri tanısı alan kadınlar hastalığın oluşturduğu semptomları gidermek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için çeşitli tamamlayıcı uygulamalara başvurmaktadırlar.²¹ Meme kanseri hastalarının tamamlayıcı uygulamaları kullanma amaçlarına bakıldığında temel olarak kanser tedavisinin yan etkilerini yönetmek ve yaşam kalitesinin artırmak olduğu belirtilmiştir.²²

Aromaterapi

Aromaterapi adını koku anlamına gelen aroma kelimesi ve tedavi anlamına gelen terapi kelimelerinin birleşiminden almıştır.²³ Aromaterapi, aromatik bitki yağlarının hastalıkları önleme veya tedavi etme amacıyla kontrollü olarak kullanılması olarak tanımlanabilir.²⁴ Bitkiler sabit (taşıyıcı) ve uçucu (esansiyel) olmak üzere iki çeşit yağ üretirler. Sabit yağlar genellikle bitkilerin tohum ve çekirdek kısımlarından üretilir, kokusuz ya da az kokulu yapıdadırlar. Uçucu yağlar ise bitkilerin çiçek, dal, kök, gövde gibi kısımlarından üretilir ve yoğun kokuya sahiptirler. Uçucu yağlar bitkinin bağışıklık sisteminin bir parçasıdır ve çevresel etkenlere karşı savunucu bir rol oynamaktadır.²⁵ Aromaterapi uygulamaları genellikle uçucu yağlarla yapılmakta sabit yağlar ise daha çok uçucu yağlar uygulanmadan önce seyreltme amacıyla kullanılmaktadır.²⁶ Uçucu yağların kullanılması eski uygarlıklara kadar uzanmakla birlikte çağdaş aromaterapinin başlaması yirminci yüzyılın başlarına dayanmaktadır.²⁴

İlk çağlarda insanlar bazı bitkilerin yanması sonucu yayılan dumandan güzel ve rahatlatıcı kokular ortaya çıkması ile otları kurutmaya, törenlerde kullanmaya başlamışlardır. Hipokrat sağlıklı olmak için her gün aromatik bitkilerle banyo yapılması ve kokulu masajlar uygulanması gerektiğini ifade etmiştir. Fransız kimyacı Gattefosse yaptığı bir deney sırasında kaza sonucu elini yakması ile oluşan acıyı azaltmak için elini yanında bulunan lavanta yağına batırması ile yarasının hızlı bir şekilde iyileştiğini ve yara izi kalmadığını görmüştür. Bu olaydan sonra bu alanda çalışmalar yapmaya başlamış ve ilk defa aromaterapi kavramını 1937'de ortaya atmıştır. Aromaterapi daha sonraki zamanlarda da terapötik amaçlı kullanılmıştır. İkinci dünya savaşında yaralı askerleri tedavi etmek amacıyla kekik, papatya, karanfil gibi çeşitli bitkiler kullanılmıştır.⁶ Uçucu yağların antifungal, antibakteriyel, antiviral, antienflamatuvar, antitümör, antioksidan, antiöstrojenik gibi farmakolojik etkileri olduğu belirtilmiştir. Aromaterapi kozmetik, ilaçlama, tıbbi tedavi, içecek ve parfümeri gibi çeşitli alanlarda kullanılmaktadır.²⁵ Kozmetik olarak saç, cilt ve vücutta temizleme

ve nemlendirme amaçlı, uçucu yağların solunması sonucu stresli ruh hali ve duygularda rahatlamının sağlanması, teşhis edilen tıbbi rahatsızlıklar sonucu oluşan semptomların giderilmesi ve tedavilerin oluşturduğu yan etkilere çözüm bulma gibi amaçlarla kullanılmaktadır.²³

Aromaterapi çeşitli yollarla uygulanabilmekle birlikte genellikle topikal ya da inhalasyon yoluyla uygulanmaktadır. Uçucu yağlar topikal olarak uygulandığında, cilt tarafından emilerek dokulara girer ve kan dolaşımına katılarak bütün vücut sistemleri üzerinde etkisini gösterir. Farklı özellikteki yağların vücut üzerinde farklı şekillerde hareket ettiği ve rahatlatıcı, canlandırıcı, sakinleştirici gibi etkileri olduğu düşünülmektedir. Uçucu yağlar inhalasyon yoluyla uygulandığında, havada yayılan koku molekülleri burun zarından emilerek koku sinirini uyarır ve sinir uyarıları üretimini artırmaya başlar. Bu uyarılar, sinir sisteminden geçip beyin limbik sistemine ulaşarak kişide fizyolojik değişikliklere yol açmaktadır.^{27,28} Bu durum kişinin kan basıncını, kalp atış hızını, duygusal tepkilerini ve nefes alışverişini değiştirebilmektedir.²⁹

İnsan vücudunun ortalama 10.000 kokuyu algılayıp, ayırt edebildiği düşünülmektedir.²⁵ Yapılan çalışmalarda kokuların nörofizyolojik fonksiyonları etkileyip fiziksel ve ruhsal durumu değiştirebileceği ifade edilmiştir.^{30,31}

Aromaterapi gibi tamamlayıcı tedavi uygulamaları, kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmak amacıyla destekleyici tedaviler olarak ortaya çıkmıştır. Son zamanlarda tamamlayıcı tedavilerin kanser tedavilerinde etkili olarak kullanılması uygulamaların popüler olmasını sağlamıştır.³² Aromaterapi gibi tamamlayıcı uygulamaların temel felsefesi kanserin tedavisini sağlamak değil kanserli hastaların yaşadığı semptomları ve tedavi sürecinde oluşan yan etkileri azaltarak, kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesini sağlamaktır. Yapılan çalışmalarda aromaterapi uygulamalarının kanser hastalarının semptomlarını hafiflettiğini, tedavi öncesi ve sonrası kişilerin yaşam kalitelerini desteklediği ifade edilmiştir.^{33,34,35}

Meme Kanseri ve Aromaterapi

Meme kanserinden muzdarip hastalar rutin tedaviye ek olarak yaşadığı semptomları hafifletmek ve tedavilerin yan etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla tamamlayıcı tedavi yöntemlerini tercih etmektedir.³³ Semptomların kontrolünde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden olan aromaterapinin yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu farklı çalışmalarda kanıtlanmıştır.^{33,36,37}

Aromaterapi uygulaması meme kanseri hastalarında genellikle hastalığın önlenmesi amacıyla değil semptomları hafifletmek ve tedavilerin oluşturduğu yan etkilere çözüm bulmak amacıyla uygulanmaktadır.²⁵ Aromaterapinin meme kanserli hastaların yaşadığı semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmada hastalar dört gruba ayrılmışlardır gruplardan birincisine sadece aromatik kokular uygulaması, ikincisine aromatik kokular ve masaj uygulaması, üçüncüsüne sadece masaj uygulaması ve kontrol grubuna hiçbir şey uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda sırasıyla aromatik kokular ve masaj uygulaması yapılan grup ile sadece aromatik kokular uygulanan grubun yaşam kalitesinin en yüksek olduğu ve kontrol grubunun diğer gruplara göre daha yoğun fiziksel ve psikolojik semptom yaşadığı bildirilmiştir.³³

Meme kanseri tedavisi gören hastaların yaklaşık %30'nda sekonder kol lenfödem görülmektedir.³⁸ Lenfödem sonucu koldaki şişlik ve ağrı kişilerde rahatsızlık hissi oluşturarak yaşam kalitelerini düşürmektedir.³⁹ Meme kanserli hastalar üzerine yapılan çalışmalarda aromatik yağlar kullanılarak yapılan basit lenfödem drenaj masajının koldaki gerginlik, ağrı gibi semptomları ve lenfödem gelişimini azalttığı saptanmıştır.⁴⁰

Meme kanserli kadınlar kanser semptomları ve uygulanan tedavilerin yan etkisi sonucu psikolojik olarak etkilenmekle birlikte beden imajında oluşabilecek değişiklikler nedeniyle de yoğun kaygı yaşamaktadırlar.²⁰ Meme kanserli hastalar üzerine yapılan bir çalışmada uygulanan aroma ve müzik tedavisinin strese duyarlı

kaygıyı ve ağrıyı azalttığı⁴¹ meme kanserli kadınlar ile yapılan farklı bir çalışmada ise meme cerrahisi öncesi kullanılan lavanta yağının hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı bildirilmiştir.⁴²

Literatürde yeni çalışmalarda çeşitli aromaların kanser hücrelerinde nekroza neden olduğu sonuçları bildirilmiştir. Meme kanserli hastalar üzerine yapılan bir çalışmada metil butirat aromasının kanser hücrelerinde nekroza neden olduğu saptanmıştır. Metil butirat, bütirik asidin metil esteri olup birçok bitki ürünüde çok az miktarda ve ananas yağında bulunmaktadır. Bu çalışma aromanın kanser hücreleri üzerine etkisini değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle butirat aromasının normal hücreler ve diğer kanser hücreleri üzerine etkisini inceleyen daha detaylı çalışmaların yapılması önerilmektedir.⁴³ Yine aromanın kanser hücreleri üzerine etkisini inceleyen Etil asetat aromasının kullanıldığı bir çalışmada aromanın normal dokulara etkisi olmazken kanser dokularında nekroza neden olduğu ifade edilmiştir.⁴⁴ Literatür incelendiğinde aromaterapinin yan etkisini bildiren bir çalışmada lavanta ve çay ağacı yağının topikal olarak uygulanması sonucunda prepubertal jinekoma masti görüldüğü belirtilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda bu iki yağın östrojenik ve antiandrojenik etkisinin olduğu ve östrojene bağlı gelişen tümörleri artıracağından dikkatli kullanılması gerektiği ifade edilmiştir.^{25,45} Literatürde güncel olarak çalışmalar bulunmakla birlikte bu aromaların yan etkilerinin değerlendirildiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu da ifade edilmektedir (**Tablo 1**). Aromaterapinin yan etkileri minimal düzeylerde bilinmekle birlikte tamamen zararsız olduğunun düşünülmemesi gerekmektedir.²⁵ Uygulanan aromatik yağların dozunun ve hastada oluşturduğu etkilerinin iyi belirlenmesi önemlidir. Aromaterapi gibi tamamlayıcı uygulamaların mutlaka kontrollü ve ilgili sağlık profesyonelleri öncülüğünde yapılması gerekmektedir.

Tablo 1. Meme kanseri olan hastalarda aromaterapi uygulamaları ile ilgili yapılan araştırmalar

Yazar	Amaç	Örneklem	Bulgular
(2019) ⁴² Beyliklioğlu ve Arslan	Meme kanserli hastalarda cerrahi öncesi uygulanan lavanta yağının hastaların kaygı düzeyini zaltmada etkisini belirlemek	Çalışma grubuna (n=40) 20 dakika inhalasyon uygulanmıştır. Kontrol grubu (n=40)	Çalışma grubunda hastaların anksiyete seviyeleri anlamlı düzeyde azalmıştır (p<0.05).
(2018) ⁴¹ Xiao ve ark.	Operasyon öncesi dönemde olan meme kanseri hastalarında aromaterapi ve masaj uygulaması ağrı ve anksiyeteyi azaltmadaki etkisini belirlemek	Aromaterapi grubu (n=25) Masaj grubu (n=25) Aromaterapi ve masaj grubu (n=25) Kontrol grubu (n=25)	Kontrol grubuna göre diğer gruplarda ağrı ve anksiyete anlamlı düzeyde azdır (p<0.05).
(2018) ⁴⁷ Crosby ve ark.	Meme kanseri hastalarında aromaterapinin ağrı, anksiyete, depresyon, duygusal tepkiler, uykusuzluk, bulantı / kusma ve baş etme yeteneği gibi semptomları azaltmadaki değerini test etmek	284 meme kanseri hastası	Aromaterapi grubunda altı haftada duygusal işlevsellik, yorgunluk ve depresyonda iyileşmeler vardı.
(2017) ⁴⁴ Khan ve ark.	Etil asetat aromasının meme kanseri hücreleri üzerindeki etkisini belirlemek	Etil asetat aroması insan meme kanseri hücre dizisi MDA-MB-231 ve normal hücre dizisi üzerine uygulanmıştır	Etil asetat aroması meme kanseri hücrelerinde nekroza neden olurken normal hücreler üzerinde etkisi olmamıştır.
(2017) ⁴⁸ Tamaki ve ark.	Meme kanserli hastalarda preoperatif dönemde uygulanan aromaterapinin yaşam kalitesi ve yaşamsal belirtiler ve uyku üzerine etkisini belirlemek	Çalışma grubu (n=102) 3 Çeşit uçucu yağ kullanılarak aromaterapi uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubu (n=51)	Aromaterapi ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aromaterapinin meme kanserli Hastalar üzerine herhangi bir yan etkisine de rastlanmamıştır.

Tablo 1. Meme kanseri olan hastalarda aromaterapi uygulamaları ile ilgili yapılan araştırmalar (devam)

Yazar	Amaç	Örneklem	Bulgular
(2016) ⁴³ Khan ve ark.	Aromaların kanser hücresi üzerindeki etkisini belirlemek	Metil butirat aroması insan meme kanser hücre dizisi MDA-MB-231 üzerine uygulanmıştır.	Metil butirat aroması meme kanseri hücrelerinde nekroza neden olmuştur.
(2016) ⁴⁹ Zorba	Meme kanserli hastalarda inhaler ve masaj yoluyla uygulanan aromaterapinin kemoterapiye bağlı akut bulantı-kusma üzerine etkisini belirlemek	İnhalasyon yoluyla aromaterapi uygulanan grup (n=25) Masaj yoluyla aromaterapi uygulanan grup (n=25) Kontrol grubu (n=25)	Aromatik masaj grubunun 3. ve 4. kemoterapi küründe bulantı-öğürme yaşama durumu inhalasyon ve kontrol grubundakilere göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur (p<0.05) Masaj ve inhaler aromaterapi gruplarındaki bireylerde izlenen tüm kemoterapi kürlerinde bulantı şiddetinin anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur (p<0.05)
(2015) ⁵⁰ Lua ve ark.	İnhale zencefil aromaterapisinin meme kanserli kadınlarda kemoterapiye bağlı bulantı kusma ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek	Çalışma grubu (n=38) zencefil uçucu yağı uygulanmıştır. Plasebo grubu (n=37) zencefil koku yağı uygulanmıştır.	Zencefil uçucu yağı kullanılan grupta bulantı ve kusma skorları zamanla azalma göstermiştir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışma grubunda, plasebo grubuna göre yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alanlarında anlamlı farklılık belirlenmiştir.
(2014) ³³ Ovayolu ve ark.	Meme kanseri hastalarına çeşitli şekillerde uygulanan aromaterapi ve klasik masajın semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine farklı etkilerini belirlemek	Masaj grubu (n=70) 1 ay, haftada 3 kez, 35 dakika uygulanmıştır. İnhalasyon yoluyla aromaterapi grubu (n=70) 1 ay, haftada 3 kez, 5 dakika uygulanmıştır. Aromaterapi ve masaj grubu (n=70) 1 ay, haftada 3 kez, 35 dakika uygulanmıştır. Kontrol grubu (n=70) girişim yapılmamıştır.	Kontrol grubunda yaşam kalitesi zamanla düşerken diğer gruplarda artış yaşanmıştır. Kontrol grubunda yaşanan semptomlar zamanla artarken diğer gruplarda anlamlı düzeyde semptomlar azalmıştır (p<0.05). Bu azalma aromaterapi ve masaj uygulanan grupta daha belirgindir.
(2013) ⁵¹ Vidal ve ark.	Meme kanseri öyküsü olan Portekizli kadınlardan oluşan bir örnekleme tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımını incelemek	Meme kanseri öyküsü olan toplam 107 kadın	Katılımcıların %3.9'u aromaterapi uygulamıştı.
(2009) ¹⁴ Imanishi ve ark.	Aromaterapi masajının meme kanseri hastalarında anksiyete, depresyon ve immünolojik durum üzerine etkisini belirlemek	Çalışma grubuna (n=60) 4 hafta boyunca haftada iki kez 30 dakikalık aromaterapi masajı uygulanmıştır.	Aromaterapi masajı sonrası hastaların anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde azalmıştır (p<0.05). Aromaterapi masajının depresyon düzeyini değiştirmediği, immünolojik durumu iyileştirdiği saptanmıştır.
(2008) ⁵² Eghbali et al.	Meme kanserli hastalarda kemoterapinin akut döneminde (ilk 24 saat) nane esansiyel yağı ile aromaterapinin bulantı ve kusmaya etkisini belirlemek	100 meme kanseri olan kadın	Aromaterapi grubunda ortalama bulantı ve kusma puanı, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü (p <0.05).
(2007) ⁴⁰ Gül ve Aslan	Basit lenf drenaj masajı ve aromatik yağlarla yapılan basit lenf drenaj masajının meme kanserli hastalarda ameliyat sonrası lenfödem yakınmalarını azaltmada etkisini belirlemek	Basit lenf drenaj masajı uygulanan grup (n=21) Aromatik yağlarla basit lenf drenaj masajı uygulanan grup (n=20) Kontrol grubu (n=23)	Kontrol grubunda koldaki ağrı ve harekette sınırlılık hissi diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 1. Meme kanseri olan hastalarda aromaterapi uygulamaları ile ilgili yapılan araştırmalar (devam)

Yazar	Amaç	Örneklem	Bulgular
(2007) ⁴⁵ Henley ve ark.	Lavanta ve çay ağacı yağlarının prepubertal jinekomiastiyeeye etkisini belirlemek	Lavanta ve çay ağacı kültür ortamında seyreltilerek insan meme kanseri hücreleri üzerine uygulanmıştır	Lavanta yağı ve çay ağacı yağı östrojen ve androjen yol sinyallerinde bir dengesizliğe katkıda bulunabilecek zayıf östrojenik ve antiandrojenik aktivitelere sahiptir.
(2006) ⁵³ Lengacher ve ark.	Meme kanseri teşhisi konan kadınlarda semptomların ve yan etkilerin giderilmesi için tamamlayıcı ve alternatif tıbbın kullanımını belirlemek	Florida'da 105 meme kanserli kadın hasta	Masaj, kayropratik, refleksoloji, terapötik dokunuş ve aromaterapi gibi geleneksel ve etnik ilaçların kullanım oranı %11 olarak belirlendi.
(2000) ⁵⁴ Rees et al.	Güney Thames NHS bölgesinde meme kanseri teşhisi konulan kadınların tamamlayıcı tedavi kullanımının yaygınlığını belirlemek	714 meme kanserli kadın	Aromaterapi ile masaj uygulama sıklığı %14 olarak belirlendi.

Hemşirelikte tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden olan aromaterapinin geçmişi hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale kadara uzanmaktadır. Yaralı askerlere lavanta yağı uygulaması ile başlayan hemşirelikte aromaterapi süreci daha sonraları hastaların bakımında kullanılan tamamlayıcı yöntemlerden biri olmuştur. Nightingale hemşirelik bakımında uçucu yağları kullanan ilk hemşire olmasına rağmen ilk aromaterapist hemşire Marguerite Maury'dir. Marguerite, aromaterapide bir referans olarak kabul edilmektedir çünkü holistik hemşirelik ilkeleri ile uçucu yağların kullanılarak bireysel terapötik reçeteler hazırlama fikrini sunmuştur.⁴⁶

Sonuç

Holistik bir bakımı temel alan hemşirelik mesleği tamamlayıcı tedavi uygulamalarını kullanarak hastaların sağlığını yükseltmeyi ve yaşam kalitelerini artırmayı amaçlamaktadır. Tamamlayıcı tedavi yöntemleri kanser hastaları arasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Dünya genelinde kadınlar arasında en fazla görülen meme kanserinde de tamamlayıcı yöntemlere başvuran hasta sayısı artmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan aromaterapi meme kanseri hastalarında semptom yönetiminde kullanılmakta ve yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Aromaterapi uygulamalarının, hastanın bütüncül bakımının sağlanmasını amaçlaması nedeniyle hemşireliğin felsefesine ve etik ilkelerine uygundur. Aromaterapi tarihte ve dünya çapında hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Tamamlayıcı tedaviler geçmişten bugüne kadar hemşirelik bakımında kullanılmasına rağmen Türkiye'de 2014 yılında yayınlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliğiyle oluşturulan bilim komisyonunda hemşirelere yer verilmemiştir. Hemşireler gerekli eğitimleri alarak aromaterapi uygulamalarını hastalara uygulayabilecek sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri bilim komisyonunda yer almasını ve bu alanda yapılacak bilimsel çalışmalarını artırmalarını öneriyoruz.

Bilgi

Yazarlar çıkar çatışması bildirmemektedir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Esra Ünal: Fikir/Kavram, kaynak taraması, makalenin yazımı.

Derya Atik: Fikir/Kavram, Denetleme/danışmanlık, makalenin yazımı.

Ebru Gözüyeşil: Fikir/Kavram, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu. Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/gatt_2017.pdf
2. Gannotta R, et al. Integrative Medicine as a Vital Component of Patient Care. *Cureus* 2018;10(8):e3098. Published 2018 Aug 4. doi:10.7759/cureus.3098
3. Matovina C, et al. Integrative Medicine in Head and Neck Cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;156(2):228-237. doi:10.1177/0194599816671885
4. Korkut BS, Biçer S. Holistik Hemşirelik Bakımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 4(1): 25-29
5. Baltacı, N., Tülek Deniz, H. "Tamamlayıcı ve Bütünleşik Bir Bakım Uygulaması: Aromaterapi", *International Social Sciences Studies Journal* 2019;5(32): 1802-1809
6. Bilgiç, Ş. Hemşirelikte Holistik Bir Uygulama; Aromaterapi. *Namık Kemal Tıp Dergisi* 2017;5 (3): 134-141.
7. Özdemir H, Öztunç G. Hemşirelik Uygulamalarında Aromaterapi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2013; 5(2):98-104.
8. Aydınlar BA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)* 2016; 8(15): 137-150.
9. Chui PL, et al. Quality of Life in CAM and Non-CAM Users among Breast Cancer Patients during Chemotherapy in Malaysia. *PLoS One* 2015;10(10):e0139952. Published 2015 Oct 9. doi:10.1371/journal.pone.0139952
10. Sharma R. Breast cancer incidence, mortality and mortality-to-incidence ratio (MIR) are associated with human development, 1990-2016: evidence from Global Burden of Disease Study 2016. *Breast Cancer* 2019;26(4):428-445. doi:10.1007/s12282-018-00941-4
11. Boon HS, Olatunde F, Zick SM. Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors: comparing survey data from 1998 and 2005. *BMC Womens Health* 2007;7:4. Published 2007 Mar 30. doi:10.1186/1472-6874-7-4
12. Teskereci G, Kulacaç Ö. Aromatherapy Massage in Cancer: A Systematic Literature Review. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018; 26(2): 115-130.
13. Aydın BH, Akdemir N. Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 60-54.
14. Imanishi J, et al. Anxiolytic effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. *Evid Based Complement Alternat Med* 2009;6(1):123-128. doi:10.1093/ecam/nem073
15. Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. <http://globocan.iarc.fr>
16. Bray F, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
17. Siegel RL, et al. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018;68(1):7-30. doi:10.3322/caac.2144
18. Veronesi U, et al. Breast cancer. *Lancet* 2005;365(9472):1727-1741. doi:10.1016/S0140-6736(05)66546-4
19. Albayrak A, Yıldırım İ, Kurt E. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Din ve Maneviyat Üzerine Teorik Yaklaşımlar. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2019; 40(21): 349-376
20. Uçar T, Uzun Ö. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2008. 4(3).
21. Cramer H, et al. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1(1):CD010802. Published 2017 Jan 3. doi:10.1002/14651858.CD010802.pub2
22. Greenlee H, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2014;2014(50):346-358. doi:10.1093/jncimonographs/lgu041
23. Ali B., et al. Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine* 2015;5(8): 601-611.
24. Koo M. A bibliometric analysis of two decades of aromatherapy research. *BMC Res Notes* 2017;10(1):46. Published 2017 Jan 18. doi:10.1186/s13104-016-2371-1
25. Tayfun K. Aroma Terapi J Biotechnol and Strategic Health Res 2019;3(Özel Sayı):67-73 DOI:bshr.548407
26. Başer HC. Uçucu Yağlar Ve Aromaterapi, Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 2009; 9-12-13-17-18-19-20-21
27. Marzouk TM, El-Nemer AM, Baraka HN. The effect of aromatherapy abdominal massage on alleviating menstrual pain in nursing students: a prospective randomized cross-over study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:742421. doi:10.1155/2013/742421
28. Farahani MA, et al. Effect of aromatherapy on cancer complications: A systematic review. *Complement Ther Med* 2019;47:102169. doi:10.1016/j.ctim.2019.08.003
29. Boehm K, Büssing A, Ostermann T. Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care--a descriptive systematic review. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2012;9(4):503-518. Published 2012 Jul 1. doi:10.4314/ajtcam.v9i4.7

30. Buchbauer G, et al. Fragrance compounds and essential oils with sedative effects upon inhalation. *J Pharm Sci* 1993;82(6):660-664. doi:10.1002/jps.2600820623
31. Zhong Y, et al. Sedative and hypnotic effects of compound Anshen essential oil inhalation for insomnia. *BMC Complement Altern Med* 2019;19(1):306. Published 2019 Nov 11. doi:10.1186/s12906-019-2732-0
32. Lee SM, Choi HC, Hyun MK. An Overview of Systematic Reviews: Complementary Therapies for Cancer Patients. *Integr Cancer Ther* 2019;18:1534735419890029. doi:10.1177/1534735419890029
33. Owayolu O, ve ark. The effect of aromatherapy and massage administered in different ways to women with breast cancer on their symptoms and quality of life. *Int J Nurs Pract* 2014;20(4):408-417. doi:10.1111/ijn.12128
34. Oh B, et al. A critical review of the effects of medical Qigong on quality of life, immune function, and survival in cancer patients. *Integr Cancer Ther* 2012;11(2):101-110. doi:10.1177/1534735411413268
35. Khiewkhern S, et al. Effectiveness of aromatherapy with light thai massage for cellular immunity improvement in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *AsianPacific Journal of Cancer Prevention* 2013;14(6): 3903–3907
36. Chang SY. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2008;38(4):493-502
37. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;(2):CD002287.
38. Williams AF, Franks PJ, Moffatt CJ. Lymphoedema: estimating the size of the problem. *Palliative medicine* 2005;19(4): 300-313
39. Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Ann Oncol* 2007;18(4):639-646. doi:10.1093/annonc/mdl182
40. Gül A, Eti Aslan F. Meme kanseri ameliyatlarından sonra lenfödemin önlenmesinde basit lenf drenajı masajı ile aromatik yağlarla yapılan basit lenf drenajı masajının etkisinin karşılaştırılması. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3:075-081.
41. Xiao Y, et al. Effects of aroma therapy and music intervention on pain and anxious for breast cancer patients in the perioperative period. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2018;43(6):656-661. doi:10.11817/j.issn.1672-7347.2018.06.013
42. Beyliklioğlu A, Arslan S. Effect of Lavender Oil on the Anxiety of Patients Before BreastSurgery. *JPerianesthNurs* 2019;34(3):587-593. doi:10.1016/j.jopan.2018.10.002
43. Khan MA, Ahmad R, Srivastava AN. Effect of methyl butyrate aroma on the survival and viability of human breast cancer cells in vitro. *J Egypt Natl Canc Inst* 2016;28(2):81-88. doi:10.1016/j.jnci.2016.02.005
44. Khan MA, Ahmad R, Srivastava AN. Effect of ethyl acetate aroma on viability of human breast cancer and normal kidney epithelial cells in vitro. *Integr Med Res* 2017;6(1):47-59. doi:10.1016/j.imr.2016.11.004
45. Henley DV, et al. Prepubertal gynecomastia linked to lavender and tea tree oils. *N Engl J Med* 2007;356(5):479-485. doi:10.1056/NEJMoa064725
46. Gnatta JR, et al. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica [Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception]. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50(1):130-136. doi:10.1590/S0080-623420160000100017
47. Clemo-Crosby AC, et al. Aromatherapy Massage for Breast Cancer Patients: A Randomised Controlled Trial. *J Nurs Womens Health*. JNWH-144. 2018. DOI, 10, 2577-1450.
48. Tamaki K, et al. Randomized trial of aromatherapy versus conventional care for breast cancer patients during perioperative periods. *Breast Cancer Res Treat* 2017;162(3):523-531. doi:10.1007/s10549-017-4134-7
49. Zorba P. Masaj ve inhaler yollarla uygulanan aromaterapinin kemoterapiye bağlı akut bulantı kusmaya etkisinin karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 2016
50. Lua PL, Salihah N, Mazlan N. Effects of inhaled ginger aromatherapy on chemotherapy-induced nausea and vomiting and health-related quality of life in women with breast cancer. *Complement Ther Med* 2015;23(3):396-404. doi:10.1016/j.ctim.2015.03.009
51. Vidal M, Carvalho C, Bispo R. Use of complementary and alternative medicine in a sample of women with breast cancer. *Sage Open* 2013. 3(3), 2158244013502497.
52. Eghbali M, et al. The effect of aromatherapy with peppermint essential oil on nausea and vomiting in the acute phase of chemotherapy in patients with breast cancer. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2018; 20(9): 66-71.
53. Lengacher CA, et al. Relief of symptoms, side effects, and psychological distress through use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(1):97-104. Published 2006 Jan 1. doi:10.1188/06.ONF.97-104
54. Rees RW, et al. Prevalence of complementary therapy use by women with breast cancer. A population-based survey. *Eur J Cancer* 2000;36(11):1359-1364. doi:10.1016/s0959-8049(00)00099-x

Sağlıkta Bireysel Yenilikçilik, Motivasyonel Kararlılık ve Performans*

Individual Innovativeness, Motivational Persistence and Performance in Health

Nilay Tarhanⁱ, Sevgi Şarⁱⁱ

ⁱ Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık İşletmeciliği AD, <https://orcid.org/0000-0002-3085-1178>

ⁱⁱ Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık İşletmeciliği AD, <https://orcid.org/0000-0002-2816-9575>

Öz

Yenilikçilik, motivasyonel kararlılık ve iş performansı, birçok sektörle benzer şekilde, ilaç ve sağlık alanının da önemli unsurları arasında yer almaktadır. Organizasyonların varlıklarını sürdürmeleri için gelişmeleri ve yenilikleri takip etmeleri gerekmektedir. Ayrıca çalışanların yüksek iş performansı göstermesi rekabet edebilmede önemli bir unsurdur. Performansa etki eden birçok faktör olduğu belirtilmekle birlikte bu çalışma kapsamında iş performansının bireysel yenilikçilik ve motivasyonel kararlılık ile ilişkisine odaklanılmıştır. Hayatımızın hemen hemen her alanında yeniliklerin hızlı bir şekilde yapıldığı ve uygulandığı göz önüne alındığında yeniliklere uyum sağlayabilmek önem arz etmektedir. Yalnızca günlük hayatımızda değil çalışma hayatımızda da yenilikçi olmamız gerekmektedir. Günümüzde bireysel yenilikçiliğin yüksek performans elde edilmesinde oldukça etkili olduğu bunun da rekabet gücünü etkilediği ifade edilmektedir. Literatürde motivasyonel kararlılıkla ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışmada motivasyonel kararlılığın performansı etkilediği belirtilmektedir. Motivasyonel kararlılığın belirlenen hedefe ulaşmak ve başarılı olabilmek için önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, araştırma geliştirmeden (Ar-Ge)'den stok kontrolüne, insan kaynaklarından pazarlamaya kadar her alanda gerek rekabetin gerekse insanlığa fayda yönünün yoğun olduğu ilaç endüstrisinde ve sağlık alanında, bireysel yenilikçilik ve motivasyonel kararlılığın performansı etkileyen unsurlar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada, bireysel yenilikçilik ve motivasyonel kararlılık hakkında genel bilgiler verilmiş, bireysel yenilikçilik ve motivasyonel kararlılık ile performans arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca son dönemlerde meydana gelen sağlık sektöründeki gelişmelerden ve yeniliklerden de bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bireysel yenilikçilik, Motivasyonel kararlılık, Performans, Sağlık sektörü

ABSTRACT

Innovativeness, motivational persistence, and work performance are important factors in the pharmaceutical and health fields similar to many sectors. Organizations need to follow developments and innovations to continue their existence. Moreover, employees' high work performance is an important factor in competitiveness. Although it is stated that there are several factors affecting work performance, this study focused on the relationship between work performance and individual innovativeness and motivational persistence. Considering that innovations are made and implemented quickly in almost every aspect of our lives, it is important to adapt to innovations. We need to be innovative not only in our daily life but also in working life. Today, it is stated that individual innovativeness is very effective in achieving high performance and this affects competitive power. In the literature a limited number of studies about motivational persistence exist, and it is stated that motivational persistence affects performance. Motivational persistence is seen as an important factor in achieving the set goal and being successful. In this context, it should be taken into consideration that individual innovativeness and motivational persistence are the factors affecting performance in the healthcare and pharmaceutical industry where competition and humanity are intense in every field from research and development (R&D) to stock control, from human resources to marketing. In this study, general information about individual innovativeness and motivational persistence were represented, and the relationships between individual innovativeness, motivational persistence, and performance were examined. Besides, recent developments and innovations in the health sector were also mentioned.

Keywords: Individual innovativeness, Motivational persistence, Performance, Health sector

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 10-15

DOI: 10.31020/mutfd.808272

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 9 Ekim 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 23 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: Nilay Tarhan <tarhan8840@gmail.com>

Giriş

Günümüzde, işletmelerin rekabet edebilmeleri için sürekli yenilik bir zorunluluk olmakta ve sağlık endüstrisi giderek daha rekabetçi bir durum almaktadır. Yenilik stratejilerinde, çalışanların kendi bireysel hedefleri ile organizasyonun hedeflerini birleştirerek çalışmaları büyük önem taşımaktadır.¹ Çalışanların performanslarının yeteneklerinden, motivasyonlarından ve çalışma ortamlarından etkilendiği, çalışanların nasıl ve nelerden motive olacaklarının bilinmesinin önemli bir yönetsel beceri olduğu belirtilmektedir.² Ayrıca yüksek performansı olan işletmelerin en temel dayanağının çalışma ortamında gösterilen bireysel yenilikçi davranışlar olduğu tespit edilmiştir.^{3,4} Bu bağlamda, sağlık alanındaki işletmeler çalışan motivasyonunu geliştirmek ve sürdürmekle giderek daha fazla ilgilenmeye başlamışlardır.⁵ Sağlık hizmetlerinin sunumundaki performansın büyük ölçüde sağlık profesyonellerinin motivasyonuna bağlı olduğu ifade edilmektedir.⁶⁻⁸ Sağlık profesyonellerinin motivasyonları ile yeniliğe karşı tutumları ve bu yenilik süreçlerinin yönetimine katılımları arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.⁸

Bu çalışmada bireysel yenilikçilik ve motivasyonel kararlılık kavramları açıklanmaya çalışılmış, bunların performansla ilişkisi ve önemine değinilmiş, ayrıca sağlık alanındaki gelişmelere ve yeniliklere yer verilmiştir.

Bireysel Yenilikçilik

Yenilikçilik, “eski fikirleri atma ve yeni alternatifler bulma isteği” olarak ifade edilmektedir.^{9,10} Bireysel yenilikçiliğin, bir yenilikle karşılaşıldığında bireyin doğasını yansıtan kalıcı bir kişilik özelliği olduğu belirtilmektedir.^{11,12} Yenilik yetkinlikleri, bireylerin değişim fırsatlarını algılamalarını, çalışma ortamında yeni fikirler oluşturabilmelerini, yeni ve eski durumları karşılaştırmalarını sağlamaktadır.¹³

Bireylerin yeni bir fikri veya ürünü benimsemeye risk alma isteklilikleri değişiklik göstermektedir. Çoğu kişi yeni bir fikir veya ürünü benimsemenin getireceği riskleri kabul etmeden önce başkalarının denemesini beklemeyi tercih etmekte olup az sayıda kişi herkesten önce yeni bir fikir veya ürün benimseme riskini göze almaktadır.¹⁴ Yüksek derecede yenilikçi olan bireyler, yenilikçilik düzeyi daha düşük olan emsallerine göre genellikle daha iyi performans göstermekte ve üstleri tarafından daha yaratıcı ve proaktif bulunmaktadır.^{9,10,15,16}

Yeniliğin yalnızca ürün kapsamında değil yönetsel, organizasyonel de olabileceği ve bilgi işlem, ticarileştirme gibi birçok alanda meydana gelebileceği belirtilmektedir.¹⁷ Özel hastane çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada en çok görülen yenilik çeşidinin ürün yeniliği olduğu, bunu sırasıyla davranışsal ve pazarlama yeniliğinin izlediği; süreç yeniliği ile nicel performans, pazarlama yeniliği ve stratejik yenilik ile nitel performans arasında güçlü bir ilişki olduğu ifade edilmiştir.¹

Son yıllarda sağlık alanında gerek yönetsel gerek tıbbi konulardaki birçok yenilik, dünya genelinde hastalıkların tanı ve tedavisinde, tıbbi hizmetlerin sunumunda ilerlemeler sağlamaktadır.¹⁸ Akıllı bilgi teknolojisi uygulamaları sağlık hizmetlerindeki verimliliği ve etkinliği arttırmaktadır. Tıbbi kayıtların elektronik olarak tutulmasının, elektronik klinik karar destek sistemlerinin ve elektronik reçetelemenin hastaların aldığı sağlık hizmeti kalitesine önemli etkileri bulunmaktadır.¹⁹ Bireylerin telebakım kullanma niyetini ortaya koymak ve kişilerin telebakım kullanımına yönelik davranışsal faktörlerini tespit etmek için yapılan bir çalışmada bireysel yenilikçiliğin de telebakım kullanma niyetini etkilediği, daha yenilikçi bireylerin bu sistemi kullanmayı daha kolay buldukları belirlenmiştir.²⁰

Farmasötik Ar-Ge'ye yapılan yatırımda artış olsa da onaylanan yeni ilaçlarda benzer bir artışın olmaması, terapötik yeniliğin zorlaştığını göstermekte ve ilaç endüstrisindeki yenilik azlığı konusunda endişe duyulmaktadır. Farmasötik yeniliklerin, teknolojik değişimlerden ve piyasadaki düzenlemelerden etkilendiği belirtilmektedir.²¹ Bununla birlikte, bir pazara girmeden önce o pazarın benimseyicilik durumunun

belirlenmesi, işletmelerin hem pazarlama harcamalarını azaltabilmekte hem de başarı olasılığını arttırabilmektedir.²²

Eczacılara, eczanelerin erişilebilirlikleri ve eczacıların geniş sağlık bilgilerine sahip olmaları nedeniyle değişik roller verilmektedir.^{23,24} İlaç üretiminin sanayiye kaymaya başlaması ile birlikte serbest eczacılarda ilaç yapma işlevi azalmış, hasta odaklı müdahaleler ön plana çıkmıştır.^{25,26} Klinik eczacılık, farmasötik bakım, hasta odaklı bakım gibi yenilikçi kavramlar gündeme gelmiştir.²⁷ Eczacılık uygulamalarında meydana gelen değişikliklere uyum sağlayabilmeleri için eczacıların da yenilikçi olmaları gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada Avustralya'daki eczacıların, serbest eczanelerde obstrüktif uyku apnesi için hastalara hizmet verdikleri belirtilmektedir. Bu eczacılık hizmeti, hem klinik hem de organizasyonel açıdan yenilikçi bir uygulama alanı olarak ifade edilmektedir.²⁴ 2014 yılında ise Türkiye'de hasta bakım sürecinde özellikle astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hipertansiyon, dislipidemi ve diyabet hastalarına bakım vermek amacıyla 'Rehber Eczane' (SMART Pharmacy) programı başlamış ve sonrasında birçok ülkeye yayılmıştır.²⁷

Motivasyonel Kararlılık

Motivasyon sözcüğünün "hareket etmek" anlamına gelen Latince "movere" teriminden türediği belirtilmektedir.²⁸ Motivasyonun, bireysel ya da örgütsel davranışları harekete geçirmeyi ya da güçlendirmeyi, yönlendirmeyi sağlayan içsel bir durum ya da koşul, bazen bir ihtiyaç, arzu ya da istek olduğu ifade edilmektedir.²⁹ Literatürde motivasyona genellikle içsel ve dışsal güdülerin neden olduğu belirtilmektedir.^{30,31} Dışsal motivasyonda dışardan gelen ödüllerin içsel motivasyonda ise faaliyetin kendisinin etkili olduğu ifade edilmektedir.³²⁻³⁴

Çalışanların iş performansını arttırmak, başta ihtiyaç teorileri olmak üzere birçok motivasyon teorisinin odak noktası olmuştur.³⁵ İhtiyaç teorilerine göre performans memnuniyete değil, memnuniyet performansına neden olmaktadır.³⁶ Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi insan davranışlarını, motivasyon temelinde incelemek için kullanılan bir teoridir. Maslow motivasyonun *temel-fiziksel ihtiyaçlar, güvenlik, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme* olarak ifade edilen beş basamaktan oluştuğunu ve bireylerin öncelikle fizyolojik ihtiyaçlarını, sonra sırayla diğer ihtiyaçlarını yerine getirme gereksiniminde olduklarını belirtmektedir.^{37,38} Yapılan bir çalışmada bu teori palyatif bakım için de adapte edilmiştir.³⁹

Bireyler bazı işlerde diğerlerinden daha fazla ısrarcı olma eğiliminde bulunabilmekte olup hedefleri seçme ve devam ettirme yeteneklerinde de farklılıklar gösterebilmektedir.⁴⁰ Kararlılık doğuştan gelen bir özellik olarak da kabul edilebilmektedir.⁴⁰⁻⁴² Kararlılık zorluklara, engellere, yorgunluğa, uzun süren hayal kırıklığına veya yapılabilmek olası düşük hedeflere yönelik faaliyetlerde bulunma eğilimidir.^{40,43} Zor hedeflerin başarılmasında sadece yetenek yeterli olmamakta aynı zamanda bu yeteneklerin devamlı ve amaca odaklanmış bir şekilde uygulanması gerekmektedir.⁴⁴ Motivasyonel kararlılık, kişilerin belirledikleri hedeflere, ulaşmak istedikleri düzeye gelebilmelerinin belirteci olmakla beraber⁴⁵⁻⁴⁷ ihtiyaçlar ve bunların düzeyleri tarafından belirlenmektedir.⁴⁷⁻⁴⁹ Bunlar tatmin edilmediğinde kişilerde dengesizlik meydana gelmekte, bunu düzeltmek için ihtiyaçlar motivasyonel kararlılık ile tatmin edilerek denge sağlanmaya çalışılmaktadır. Yani motivasyonel kararlılığın kişinin kendisini düzenlemede etkili olduğu söylenebilmektedir.⁴⁹

Kararlılığı tespit etmek amacıyla gerek psikoloji alanındaki araştırmalarda gerekse özel popülasyonlarda kullanılmak üzere birçok ölçek geliştirilmiştir.⁵⁰⁻⁵³ Ancak motivasyonel kararlılıkla ilgili çalışmaların ise oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bireylerde motivasyonel kararlılığın değerlendirilebilmesi amacıyla Constantin ve ark. tarafından üç alt boyuttan oluşan Motivasyonel Kararlılık Ölçeği geliştirilmiştir.⁴⁰ Geleneksel yaklaşımlar, performansta zeka ve kişilik özelliklerinin etkisi olduğunu ileri sürmekte iken

günümüzdeki yaklaşımlara göre ise performansın bireysel kapasiteden ve motivasyondan etkilendiği ifade edilmekte, iş performansı ile motivasyonel kararlılığın alt boyutlarından olan uzun ve mevcut hedefleri takip arasında güçlü pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir.⁴³

Teknolojik yeniliklerin sağlık alanındaki yoğun etkisi göz önüne alındığında, bu alanda yenilikleri takip etmek ayrı bir öneme sahiptir. Özel sektör sağlık kurumlarının, yüksek teknoloji tıbbi ekipmanları benimsemede kamu kurumlarından daha hızlı olduğu belirtilmektedir.^{8,54} Kar amacı taşımayan kamu kurumlarında verimliliği artırmaya yönelik motivasyon eksikliğinin bu durumun nedenlerinden biri olabileceği ifade edilmektedir.⁸ Toplum sağlığı çalışanlarının performansının genellikle, motivasyonları ile karşılaştıkları kısıtlamalar arasındaki etkileşime bağlı olduğu belirtilmektedir.^{55,56}

Sonuç

Organizasyonların amaçlarına ulaşabilmesi için çalışanların motivasyonel kararlılıklarının yüksek olması gerekmektedir. Rekabetin ve ilerlemenin sağlanması için de yenilikler yapılmalı ve uygulanmalıdır. Özellikle emeğin ve fedakarlığın yoğun olduğu sağlık alanında çalışanların gösterdikleri motivasyonel kararlılık ve bireysel yenilikçilik, bireylerin çalışma performanslarını etkileyebilecektir. Ayrıca, günümüzde yenilikleri takip etmek ve yenilikçi olmak bu alanda çalışanlar için vazgeçilmezdir. Gerek ilaç endüstrisinde gerekse eczane, hastane gibi ortamlarda çalışanların yenilikçi olmaları, iş performansını etkilediği göz önüne alındığında oldukça önemli olup mesleki faaliyetlerin daha etkili bir şekilde yapılmasına katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda, ilaç endüstrisinde ve sağlık alanında, motivasyonel kararlılığın ve bireysel yenilikçiliğin önemszenmesi ve desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bilgi

Bu çalışma ilk yazarın (Nilay Tarhan'ın) doktora tezinden türetilmiştir. Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Nilay Tarhan: Fikir/kavram, tasarım, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Sevgi Şar: Tasarım, denetleme/danışmanlık, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Acar AZ, Acar P. The effects of organizational culture and innovativeness on business performance in healthcare industry. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;58:683-92.
2. Barikani A, et al. Satisfaction and Motivation of General Physicians toward Their Career. *Global Journal of Health Science* 2013;5(1):166-173.
3. Carmeli A, Meitar R, Weisberg J. Self-leadership skills and innovative behavior at work. *International Journal of Manpower* 2006;27(1): 75-90.
4. Yesil S, Sozibilir F. An empirical investigation into the impact of personality on individual innovation behaviour in the workplace. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013;81: 540-551.
5. Marupuru S, et al. Exploring performance predictors among employees in a pharmacist-led medication management center. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2020; in press. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.04.009>
6. Martinez J, Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning* 1998;13:345-58.
7. Franco ML, Bennet S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine* 2002;54:1255-66.
8. García-Goñi M, Maroto A, Rubalcaba L. Innovation and motivation in public health professionals. *Health Policy* 2007;84: 344-58.
9. Lumpkin GT, Dess GG. Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance. *Acad.Manage. Rev* 1996;21:135-172.
10. Perry SJ, Hunter EM, Currall SC. Managing the innovators: Organizational and professional commitment among scientists and engineers. *Research Policy* 2016;45:1247-62.
11. Yi MY, Fiedler KD, Park JS. Understanding the role of individual innovativeness in the acceptance of it-based innovations: Comparative analyses of models and measures. *Decision Science* 2006;37(3): 392-426.

12. Fang J, Shao P, Lan G. Effects of innovativeness and trust on web survey participation. *Computers in Human Behavior* 2009;25:144-152.
13. Vila LE, Perez PJ, Coll-Serrano V. Innovation at the workplace: Do professional competencies matter? *Journal of Business Research* 2014;67:752-57.
14. Valente TW. Social network thresholds in the diffusion of innovations. *Social networks* 1996;18: 69-89.
15. Krauss SI, et al. Entrepreneurial orientation: a psychological model of success among southern African small business owners. *Eur. J. Work Organ. Psychol* 2005;4:315-44.
16. Keller RT. Predicting the performance and innovativeness of scientists and engineers. *J. Appl. Psychol* 2012;97:225-33.
17. Faiz E. Öğrenen örgütlerde yenilikçilik ve proaktiflik üzerine kavramsal bir çalışma. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;2(2): 1-21.
18. Rye CB, Kimberly JR. The adoption of innovations by provider organizations in health care. *Medical Care Research and Review* 2007;64(3): 235-78.
19. Berry LL, Mirabito AM. Innovative healthcare delivery. *Business Horizons* 2010;53(2): 157-69.
20. Huang JC. Innovative health care delivery system—a questionnaire survey to evaluate the influence of behavioral factors on individuals' acceptance of telecare. *Computers in biology and medicine* 2013; 43:281-86.
21. Pammolli F, Magazzino L, Riccaboni M. The productivity crisis in pharmaceutical R&D. *Nature Reviews Drug Discovery* 2011;10: 428-38.
22. Fell DR, Hansen EN, Becker BW. Measuring innovativeness for the adoption of industrial products. *Industrial Marketing Management* 2003;32: 347-53.
23. Benrimoj SI, Frommer MS. Community pharmacy in Australia. *Aust Health Rev* 2004;28: 238-246.
24. Hanes CA, Wong KK, Saini B. Consolidating innovative practice models: the case for obstructive sleep apnea services in Australian pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2015;11(3): 412-27.
25. Azzopardi LM. Validation instruments for community pharmacy: Pharmaceutical care for the third millennium. NY: Pharmaceutical Products Press, 2000;p. 13-28.
26. Azzopardi LM, Serracino-Ingloft A. Clinical pharmacy education and practice evolution in Malta. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy* 2020;3(5): 973-79.
27. Rouse MJ, Meštrović A. Learn Today—Apply Tomorrow: The SMART Pharmacist Program. *Pharmacy* 2020;8(3):139.
28. Ruthankoon R, Ogunlana SO. Testing Herzberg's two-factor theory in the Thai construction industry. *Engineering, Construction and Architectural Management* 2003;10(5):333-41.
29. Seniwoliba JA. Teacher motivation and job satisfaction in senior high schools in the Tamale metropolis of Ghana. *Merit Research Journal of Education and Review* 2013; 1(9):181-196.
30. Schmid B, Jonathan A. Motivation in project management: the project manager's perspective. *Project Management Journal* 2008;39(2):60-71.
31. Barg JE, et al. Motivating workers in construction. *Journal of Construction Engineering* 2014;Article ID 703084.
32. Cameron J, Pierce WD. Rewards and intrinsic motivation: Resolving the controversy. Westport, CT: Bergin & Garvey; 2002.
33. Herzberg F. One more time: how do motivate employees? *Harvard Business Review* 2003;81:86-96.
34. Kuranchie-Mensah EB, Amponsah-Tawiah K. Employee motivation and work performance: A comparative study of mining companies in Ghana. *Journal of Industrial Engineering and Management (JIEM)* 2016;9(2):255-309.
35. Arnolds CA, Boshoff C. Compensation, esteem valence and job performance: an empirical assessment of Alderfer's ERG theory. *International Journal of Human Resource Management* 2002; 13(4):697-719.
36. Gomes F, Proença T. Nurses' Motivation and Satisfaction at Work: an exploratory study at the Centro Hospitalar S. João (n. 558). *FEP Working Papers*, 2015. ISSN: 0870-8541.
37. Kreitner R, Kinicki A. *Organizational Behavior*, 17th Edition, 2007. p. 237.
38. Jiang Z, et al. Total reward strategy: A human resources management strategy going with the trend of the times. *International Journal of Business and Management* 2009;4(11):177-183.
39. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9(5):1120-1127.
40. Constantin T, Holman A, Hojbotă MA. Development and validation of a motivational persistence scale. *Psihologija* 2011;45(2): 99-120.
41. Chess S, Thomas A. *Origins and evolutions of behavior disorders: From infancy to early adult life*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1987.
42. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The tridimensional personality questionnaire: U. S. normative data. *Psychological Reports* 1991;69:1047-57.
43. Tuțu A, Constantin T. Understanding job performance through persistence and job competency. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;33:612-16.

44. Duckworth AL, et al. Grit: perseverance and passion for long-term goals. *Journal of personality and social psychology* 2007;92(6):1087-1101.
45. Pintrich PR, Schunk DH. *Motivation in education: Theory, research and applications*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall; 2002.
46. Pintrich PR. A motivational science perspective on the role of student motivation in learning and teaching contexts. *Journal of Educational Psychology* 2003;95:667-86.
47. Demir M, Peker A. Motivasyonel kararlılık ile okul tükenmişliği arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2017;19(1):289-300.
48. Önen L, Tüzün B. *Motivasyon*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2005.
49. Sarıcam H, ve ark. Motivasyonel kararlılık ölçeğinin Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Journal of Education* 2014;3(1):60-69. DOI: 10.19128/turje.181076.
50. Lufi D, Cohen A. A scale for measuring persistence in children. *Journal of Personality Assessment* 1987;51(2):178-185.
51. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993;50(12): 975-990.
52. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High Self-Control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality* 2004;72(2): 271-324.
53. Kennel KD, Ward-Smith P. Academic persistence among nursing students: A concept analysis. *Journal of Nursing Education and Practice* 2017;7(11): 62-68.
54. González B. Adopción y Difusión de Tecnologías en Sanidad. In: ORTUN V, editor. *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Masson; 2004.
55. Le Grand J. *Motivation, agency, and public policy: of Knights and Knaves, pawns and queens*. Oxford University Press; 2003.
56. John A, Newton-Lewis T, Srinivasan S. Means, Motives and Opportunity: determinants of community health worker performance. *BMJ Global Health* 2019;4(5): e001790.

Müziğin Kökenine Yönelik Arkeolojik Bir Değerlendirme*

An Archeological Evaluation of the Origins of Music

Çağatay Yücel¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Dicle Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Arkeoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-7997-7505>

Öz

Müzik, evrensel ve felsefesi gereği büyüleyici bir konudur. Müzik, insanlık tarihine ve kültürlerine dair kesintisiz bir süreç sunar. Müziğin kökeni insanın tarihi kadar eskidir. Müzik Soyut ve somut olarak hayatın her alanında kendine yer edinir. Gündelik yaşamın birçok alanını kaplar, insanın günlük yaşamında önemli rol oynar. Organoloji nin geleneksel olarak merkezi bir ilke olduğu müzik arkeolojisi, bu araştırma alanında en güçlü çıkarılara sahiptir. Bu çalışmada müzik enstrümanlarının tarihcenesi ve tarihsel süreci ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Bu makale müzik arkeolojisiyle ilgili değerli çalışmaları odak haline getirmeyi hedeflemektedir. Bu enstrümanları kimler, nerede, neden ve ne zaman yaptılar gibi sorulara yönelik kuramsal çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Bu çalışmadaki müzik enstrümanları Orta Paleolitik dönemden antik çağ arasındaki zaman dilimlerine tarihlenmektedir. Çağlarla ilgili olarak enstrümanlardan örnekler verilmiş ve bir bütünlük oluşturulmaya çalışılmıştır. Ahşap, bitkisel temelli organik aletlerin günümüze kadar gelemediğinden söz konusu bu aletlere değinilmemiştir. Tunç Çağına gelindiğinde müzik enstrümanları çok daha çeşitlilik göstermeye başlar. Müzik gündelik hayatın önemli bir parçası haline gelir. Antik Grek tasvirlerinde ise müzikle ilgili birçok mitolojik tasvir bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Müzik, Müzik Arkeolojisi, Paleolitik flüt, Alet, Boğaböğürten.

ABSTRACT

Music is a universal and fascinating subject due to its philosophy. Music offers an uninterrupted process of human history and cultures. The origin of music is as old as the history of man. Music Takes Its Place in all aspects of life in an abstract and concrete way. Music occupies many areas of everyday life, plays an important role in a person's daily life. Music Archaeology, where organology has traditionally been a central tenet, has the strongest interests in this field of research. In this study, the prehistoric and historical process of musical instruments is tried to be revealed. This article aims to bring valuable studies in music archeology into focus. It has been tried to find a theoretical solution to the questions such as who, where, why and when they made these instruments. The period of musical instruments in this study is dated from the Middle Paleolithic to the time periods between antiquity. Examples of instruments related to the era were given and an attempt was made to establish integrity. Wood, plant-based organic tools can not come to the present day, these tools in question have not been mentioned. When it comes to the Bronze Age, musical instruments begin to show much more diversity. Music becomes an important part of everyday life. There are many mythological descriptions of music in ancient Greek depictions.

Keywords: Music, Music Archeology, Paleolithic flute, Instrument, Bullroarer.

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 16-29

DOI: 10.31020/mutftd.812848

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 19 Ekim 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 26 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: Çağatay Yücel <cagnar21@gmail.com >

GİRİŞ

Müzik aleti olabilecek paleolitik nesnelere beş ana türe ayrılır. Birincisi olarak en sık kullanılan tür, flüt veya boru biçimli olanlardır. İkinci olarak, genellikle “falanks (parmak) flütleri” olarak yorumlanan delikli parmak kemikleridir. Falanks kemikleri ya da parmak kemikleri omurgalı hayvanların ellerinde ve ayaklarındaki parmaklarda bulunan kemiklerdir. Çalışmamızdaki Paleolitik döneme ait flütlerin yapım tekniği olarak bu tür flütlerden söz edilmiştir. Üçüncü bir tür aerofon, yani boğa böğürten olarak yorumlanan nesnelere Dördüncüsü paralel oluklarla çentiklenmiş bazı kemik parçalarıdır, bunlar da törpüler olarak işlev görmüş olanlardır. Son olarak beşincisi ise, mağaraların kendisinin ve mağaraların iç yapısındaki özelliğinin dolayı akustik ses aracı olarak kullanılmasıdır.¹ Beşinci durum haricinde, Paleolitik dönemden bilinen veya tanınmış ses üreticilerinin tüm örnekleri kemikten yapılmıştır. Bu, yakın veya daha geç tarihteki avcı toplayıcı vakalarının etnografik örneklerine ters düşer; yakın tarihteki ses (müzik) üreticilerinin üretim için kemik kullanımları nadirdir. Müzik enstrümanları olarak doğal olarak oluşan bitki bazlı (veya diğer organik) ürünlü malzemeler tercih edilmiştir.¹

Tarih öncesi ve günümüzdeki flütler, hava akımını bir kenar üzerinden 'keserek' ses üretirler; bu da türbülans ve hava titreşimlerine neden olur. Açık veya kapalı borularda titreşim frekansı, borunun uzunluğuna ve çapına bağlıdır. Daha hızlı üfleterek, frekansta ilk yüksek oktav elde etmek için ses iki katına çıkar. Artan hava akışının yanı sıra diğer üfleme teknikleri ile parmak delikleri olmadan basit borularda bile farklı yüksek aralıklarla ses ya da müzik üretilir. Ses üretmek için hava akımını kesmenin temelinde iki farklı yolu vardır. Bunların ilki bir borunun ucuna veya bir gövdesindeki bir deliğe (enine oluklar) üfleme yolu. İkincisi hava akışını ses deliğinin eğimli kenarına yönlendiren hava kanalına üfleme yoludur. İlk tür basit bir yapıya dayalıdır, ancak çalınması daha zordur çünkü çalanın hava akımını kontrol etmesi gerekir, böylece hava kesen kenara tam olarak hava akımının çarpması gerekir. Fipple Flüt olarak adlandırılan ikinci tip, kanal hava akışını yönlendirdiği için çalmak daha kolaydır. Ancak, bunu yapmak çok daha zahmetlidir. Çünkü boruya bir tıpa koymak, hava kanalını tıpa ve/veya borunun iç duvarına hava yönlendirilecek şekilde havayı kesmek ve boru gövdesindeki deliğin eğimli kenarına hava akımını üfleme gerekir.¹

Müzik son derece duygusal bir konudur ve müziğin kökenleri binlerce yıldır insanları büyülemiş ve kökeni tarihöncesine dayanmaktadır. Bu nedenle, müziğin tek güvenilir kanıtını temsil eden bu en eski korunmuş enstrümanlar hakkında daha fazla bilgi edinmek oldukça ilgi çekicidir. Bunları ilk kim icat etti ve neden yaptılar? Flüt yapımında ne gibi teknikler kullanmışlardır? Ne tür flütler yaptılar? Hangi sesi ürettiler? Ve en ilgi çekici olanı, hangi müziği çalıyorlardı? Gibi ilgi çekici sorular yer alıyor. Hiç şüphe yok ki müziğin başlangıcı Paleolitik çağa, on binlerce yıl öncesine uzanıyor. Asıl mesele ise müzik olarak kullanılan bu enstrümanların ne kadar geriye gittiğidir.

METOT

Bu çalışmada, nicel ve nitel araştırma yöntemi olan tasvirsel analizler kullanılmıştır. Çalışmanın konusu ile ilgili bilimsel yayınlar araştırılmış olup, Avrupa, Uzak Asya ve Yakındoğu uygarlıklarının arkeolojik yüzey araştırması ve kazılar sonucu ele geçen materyallerin yayınlarından yararlanılmıştır. Bu çalışmanın, müzik arkeolojisine ilgi duyan araştırmacılara müziğin kökenine ve nefesli çalgıların tarihsel süreci ile ilgili kaynak olması hedeflenmiştir. Bu bakımdan kronolojik olarak her çağ ile ilgili örnekler verilmiştir.

BULGULAR

3.1 Orta Paleolitik Çağ'da Müzik Aletleri

Libya'da Haua Fteah'ın Orta Paleolitik seviyelerinde bulunan tek delikli uzun uyluk kemiği, McBurney tarafından 1969 yılında kırık bir flüt olarak yayınlandı. Kemiğin kırık kenarlarından biri içbükeydir ve birinciyle

hizalanmış ikinci bir deliğin kalıntısı olarak yorumlanmıştır. Bu nesnenin üzerindeki delik, etobur deliklerin ortak bir özelliği olan çukur kenar boşluklarını gösteren taş alet izlerinin yokluğuna ve delik duvarlarının morfolojisine işaret eden Davidson (1991), kemik üzerindeki deliklerin bir etobur deliği olarak yorumlamış kemiğin bir müzik enstrümanı olmasına karşı çıkmıştır.² Bir Mousterian endüstrisi ve bir Üst Pleistosen döneminin faunasıyla ilişkili olarak bulunan ve bir dizi derin alt paralel olukları gösteren, Belçika'nın Schülen kentinde bir mamuta ait uzun bir kemik parçası ise, Huyge (1990) tarafından kazanmış bir idyofon*, ses üretmek için ritmik olarak kazanmış oluklu bir yüzeye sahip müzik aleti olarak tanımlanmıştır.²

Söz konusu arkeolojik kanıtlar bilinen en eski müzik aletlerinin yaklaşık olarak 40 bin yıl önce arkeolojik kayıtlarla ortaya çıktığını doğrulamaktadır. Bir milyon yıl önce, Geç Aşölyen kültüründe (800-250 bin yıl önce) homininlerin beyin büyümesinde evrimsel olarak bir ilerleme meydana geldi. Bu, hâlihazırda devam etmekte olan müzikal gelişmelere paralel olarak, ses-anatomisinin sinirsel dokularla birlikte gelişmesini de beraberinde getirdi ve bu da atalarımızın her zamankinden daha sözel olarak iletişim kurmasını sağlamaya yaradı. Anatomik yapıdaki evrimleşmeyle alt gırtlaklar yoluyla boğaz ve ağız tarafından oluşturulan ses yansıtma odası genişlemiş oldu, bu da ses aralıklarını ve üretilebilir sesleri büyük ölçüde geliştirmiş oldu.³ Bunun meydana geldiğinin ilk kanıtı Homo ergaster /erectus'tadır. Aynı şekilde homininlerdeki bu ortak evrim, özellikle seslerinin duyulması açısından, işitsel algının altında yatan nöral ve anatomik mekanizmaları da hassaslaştırmıştır. Tek delikli uzun uyluk kemiği radyokarbon yöntemi ile 36.000 yıllık olarak değerlendirildi. Buna ek olarak, Üst Paleolitik'in sonraki evrelerinde, özellikle Gravettian ve Magdalenian olmak üzere, nispeten nadir bulunan başka kemik yivleri de ele geçmiştir.⁴

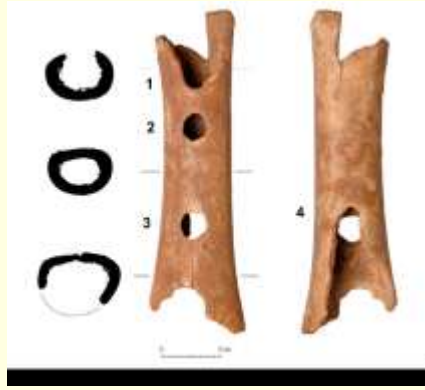
19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında dönen en temel tartışma, dilin fonetik yapısı ve müziğinin kökeni etrafında dönüyordu ve hangisinin daha önce gerçekleştirildiği merak konusuydu. Biyolog Charles Darwin, evrimi eşeyli seçim yoluyla kabul etmesine uygun olarak, müziğin kuş şarkısına benzer bir kur yapma gösterisi olarak evrimleştiğini; konuşmanın müzikten kaynaklandığını iddia ediyordu.⁵ Bununla birlikte bu tartışma ve beraberinde ortaya çıkan merak ilgiyi arkeolojik kazılara yönlendirmiş, müzik aletlerinin tarihi ve özellikle tarih öncesi kökenine doğru araştırmalara yöneltmiştir. Keşfedilebilir en eski müzik araçları binlerce yıl boyunca kemik malzemeleri olarak kazılar neticesinde ele geçmiştir. Ayrıca tarihi ve kutsal kitaplara ait kayıtlarda da, günümüzden 5.000 yıl öncesine dayanan müzik aletlerinden söz edilmekteydi.⁶

Bilim insanları, yaklaşık olarak 800-600 bin yıllık fosil kalıntılarındaki çıkarımlarına göre Homo Heidelbergensis'in, Homo neandertal'lerin, Homo Denisovalar'ın ve modern insanın atası olduğu düşünülen Hominid'lerin, günümüz insanların üretebileceği vokal ses türlerini az ya da çok çıkarabiliyorlardı ve seslendirmelerinde çoğunlukla yönetici kontrole sahiptiler. Aynı zamanda Homo Heidelbergensis'in soyundan gelen Homo Neandertal'lerin, erken dönem Homo Sapiens'in dilbilimsel-vokal kapasitelerine benzer özelliklere sahip olup olmadıkları bilim adamlarınca hala tartışılmaktadır. Bununla birlikte her iki türün anatomik olarak modern ses müzikalitesine sahip olması da olasılık dahilindedir.⁶ Ancak Homo Neandertaller kişisel süs eşyaları ve kemikten alet yapmış olsalar da müzik yapımlarına ait herhangi bir bulgu şuana kadar bulunamamıştır. Üst Paleolitik Çağ'dan önce durum çok farklıydı. Bu dönemden sanat pratik olarak bilinmemektedir, ancak bu var olmadığı anlamına gelmemektedir. Çünkü geçmişte şimdi de olduğu gibi kemikten olduğu kadar içi boş bitki saplarından da flütler yapılmış olmalıydı. Ancak bunlar organik olduğundan günümüze kadar gelememişlerdir.⁶

Slovenya'da Divje Babe mağarasında yapılan arkeolojik kazılarda genç bir mağara ayısının uyluk kemiğinden yapılan flüt Orta Paleolitik döneme tarihlenmektedir ve bu nedenle şuana kadar dünyadaki en eski enstrümanı temsil ettiği kabul görmektedir.²⁻⁴⁻⁷ Nesnenin Neandertaller tarafından flüt olarak kullanılması,

* İdyofon, tınlı bir katı cismin (örn. ahşap, metal ya da taş) titreşmesiyle ses çıkaran çalgıların genel adıdır.

büyük bir ses getirdi. Genç bir ayının uyluk kemiğinden yapılmış, yaklaşık 37 cm uzunluğunda bir flüt parçası olduğu ve Batı müziğinin dayandığı yedi nota kalıbının tamamının çalınabileceği önerileri öne sürüldü.² Diğer yandan ise bulgunun bir flüt olarak yorumlanması ile ilgili kuşku hala devam etmektedir. Çünkü buluntu Geissenklösterle'deki flüt ve diğer kemik ürünlerinden neredeyse 10.000 yıl daha geriye gitmektedir (**Şekil 1**). Deneysel arkeoloji alanında bazı uzmanlar bu flütlerin gerçek olup olmadığı ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Bunlardan biri olan Gustaf Alleng, orijinal Sloven ayı kemiği flütünün nasıl bir müzik enstrümanı olduğu öngörüsüne dayanarak kendi yaptığı bir modeli kullanır. Bunun için orijinal esere bağlı kalarak parmak deliklerini standartlaştırmak için yaptığı özel bir metal kalibrasyon kuralı kullanır. Bu yöntemle (teknik olarak balmumu bloğu ilkesini uyguluyor) müzikal perdeyi veya duyulabilir frekansı ve de enstrümanın makamını belirlemeye çalışır. Yeniden yapılandırma ile orijinal Divje Babe flütünün nasıl görüneceğine, sesinin nasıl çıkacağına ve nasıl çalındığına dair bulgunun (nefes çıkışı ve parmakların yerleştirme düzeninin) yeniden yorumlanmasıdır. Gustaf, arkeolojik kayıtlardan algılanan flüt örneklerini deneysel arkeoloji yöntemiyle doğal malzemeler ve üzerinde çalışmak için orijinal ve modern araçların bir karışımını kullanarak hem bu flütleri kopyaladı hem de yeniden oluşturdu. Divje Babe rekonstrüksiyonu onun öznel yorumudur. Ayı uyluk kemiği yerine silindir olarak koyun uyluklarını kullandı. Ürettiği bu flütün bir şekilde av düdüğü olduğu yönünde görüş bildirmiştir.⁷



Şekil 1. Orta Paleolitik (GÖ 200.000-40.000) Döneme ait genç bir mağara ayısının uyluk kemiğinden yapılan flüt (Turk, Turk ve Otte 2020: 2).⁸

3.2 Üst Paleolitik Dönemde Müzik Aletleri

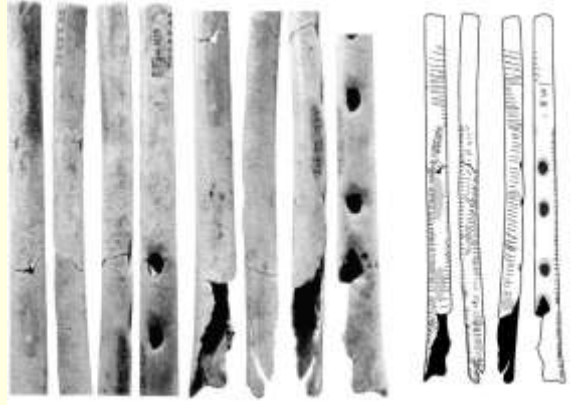
Avrupa'da, Almanya'daki Geissenklösterle mağarasında bulunan insan bilincinin bir sanat eseri olarak üretilen ilk müzik aleti, Üst Paleolitik'in başlarına tarihlenen ve Aurignacian kültüründen kalma kemik bir flüttür. Almanya'nın güneybatısında bulunan Geissenklösterle Mağarası, mamut fildişinden oyulmuş örneklerin dışında Aurignacian aerofonları ve bir kuğunun (Cygna cygnus) ulnae (ön kol kanat) kemiğinden yapılmış, üzerinde üç deliğin bulunduğu 37 bin yıllık bir flüt ele geçmiştir.⁹ (**Şekil 2**)



Şekil 2. Geissenklösterle flütü (Münzel, Seeberger ve Hein 2002: 115) .⁹

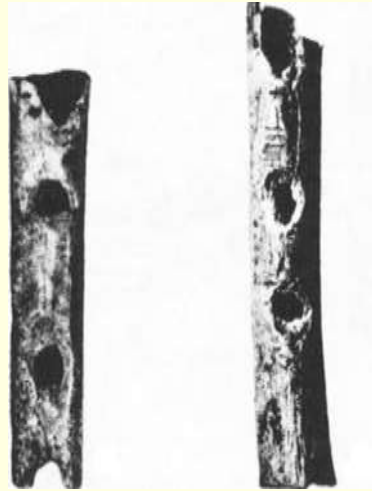
Bir başka örnek ise güney Fransa'da Isturitz Mağarasında Gravettian dönemine ait tabakada 20'den fazla kemik boru parçasıdır. Daha sonra bunların akbaba ulnaesından yapıldığı tespit edildi.¹⁰ Arberoue Vadisi'ndeki

Gaztelu Dağı'nda bulunan Isturitz Mağarası, Orta ve Üst Paleolitik arkeolojik seviyeleri içeren, Franco-Cantabrian Atlantik bölgesindeki en önemli tarih öncesi alanlardan biridir. Müzik kalıntılarının öne çıktığı önemli arkeolojik kalıntılara sahiptir. Bu nesnelere çoğunlukla Gravettian seviyesine aittir, ancak Aurignacian'dan Magdalenian'a kadar olan buluntular da ele geçmiştir.¹¹ Buluntuların sayısı açısından, Fransa'daki Isturitz mağarası birinci sırada yer alıyor. Fransa'da Isturitz'de bulunan bir başka buluntu dizisi 20 kadar antik kuş-kemik flütünden oluşur, ancak bunların yaşı günümüzden önce 35-32 binden 17-11 bine kadar değişmektedir (**Şekil 3**). Bu nedenle, müziğin tek güvenilir kanıtını temsil eden bu en eski korunmuş enstrümanlar hakkında daha fazla bilgi edinmek oldukça ilgi çekicidir. Bunları kim icat etti ve neden yaptı? Flüt yapımında neler vardır? Ne tür flütler yaptılar? Hangi sesi ürettiler? Ve en ilgi çekici olanı, hangi müziği çalıyorlardı? Soruları oldukça merak uyandırıyor.



Şekil 3. Isturitz'den Gravettian kültürüne ait flütler (Brade 1982:149).¹²

Yine Üst Paleolitik dönemine ait Isturitz mağarasında Orta Aurignacian dönemine ait tabakada iki flüt parçası daha ele geçti (**Şekil 4**).



Şekil 4. Basses-Pyrenees'teki Isturitz Mağarasında bulunan iki kemik flüt. Uzunluklar 108 mm ve 92 mm (Brade 1982:149).¹²

Brade, Basses-Pyrenees'te Isturitz Mağarasında toplam on iki kemik parçasını müzik aletleri olarak görüş bildirir. Bu kemik parçaları, her biri birden fazla deliğe sahip, yan yana yerleştirildiğinde benzersiz bir grup oluştururlar. Bu flütler, her ne kadar hepsi birer kemik parçası olsa da aynı uzunluklara sahip değildir. Aynı zamanda bu flütler benzer bir kırılma yapısına da sahiptirler. Tek tek nesnelere kırık noktaları birbirine o kadar benzer ki, bunların kazara kırılmaları imkânsız gibidir. Böylece bu kemik grubu aletlerin birer müzik enstrümanı olduğu yönünde bilim adamlarınca görüş bildirilmiştir.¹²

Üst Paleolitik Döneme ait başka bir müzik aleti güneybatı Almanya'daki Svabya Alpleri'nden gelen flütür (**Şekil 5**). Burada çoğu kuş kemiğinden (ağırlıklı olarak akbaba önkol kemiği, dirsek kemiği veya kuğu kemiği); birkaç tanesi de mamut fildişinden yapılmış flütler ele geçirilmiştir.³ Avrupa'nın her yerinde olduğu gibi Almanya'da da Üst Paleolitik'in (40.000 ila 30.000 yıl önce) başlangıcından bu yana sanatın gelişmesi kesintisiz devam etmiştir.⁴



Şekil 5. Svabya Alpleri'nde Üst Paleolitik Döneme ait bir flüt (Killin 2018: 6).³

Cro-Magnon insanları 43.000 yıl önce Afrika'dan Avrupa'ya geldiklerinde, müzikal eserler yapma ve kullanma yeteneği de beraberlerinde getirmişlerdir. Kemik ve fildişinden yapılan flüt, günümüzden 40 bin yıl önce Orta ve Üst Paleolitik arasında yer alan Chatelperronian kültürüne ait eserdir.⁶ Bu flüt 2008'de Almanya'nın Svabya Alpleri'nde Hohle Fels'de arkeolojik kazılarla ortaya çıkarılan grifon akbabasının (*Gyps fulvus*) önkol (ulnae) kemiğinden yapılmıştır: araştırmacıların adeta tam bir parça olduğunu düşündüğü flütün korunan kısmı 21,8 cm uzunluğunda ve 0,8 cm çapındadır (**Şekil 6**).



Şekil 6. Cro-Magnon insanına ait Hohle Fels'de ele geçen kemik flüt (Conard, Malina ve Münzel 2009: 1).¹³

Flütün gövdesi inceltilmiş bir alet kullanılarak düz bir şekilde kazınmış ve içbükey girintilerden parmak delikleri oluşturulmuştur. Kemiğin proksimal (gövdeye yakın) ucu manuel olarak ayarlanmış, muhtemelen bir ağız deliği olarak daha iyi işlev görebilmesi için kemiğin ucuna iki V şekli oyulmuştur. Parmak deliklerinin yanındaki kesik izleri, parmak deliklerinin yerleşimlerinin ölçüldüğünü gösterir, bu da flütün bu yönünün akılda bir şeyler tasarlandığını düşündürür: belki bir akort etme standardı veya alarm (uyarı) işareti. Swabian Jura'dan prehistorik flütlerin rekonstrüksiyon deneyleri, mümkün olan çok çeşitli tonlar sergiler ve bu enstrümanlar tam bir gelişmiş müzik enstrümanları olarak performans sergiledikleri anlaşılmaktadır.¹⁴ Oldowan'dan Aşölyen'e kadar taş alet tasarımında olduğu gibi, bu müzik aletlerinin yapımı da insan bilişinin ve sosyal öğrenmenin gelişmesini gösteriyor. Flütte hayvan kemiği olarak akbabanın seçilmesinin nedenleri vardır. Akbaba kemikleri sağlam, içi boş, uzun ve hafiftir, bu nedenle özellikle flütler için hammadde olarak uygundur. Bu flütler aynı zamanda kırılındır ve belki de yalnızca mağara çevresinde sağlam kalabileceklerdi. Kısa ömürlü olan daha kolay işlenebilen malzemeler (örneğin bambu, kamış, ahşap veya deniz yosunu boruları) zamana karşı dayanıklı olmayan malzemeler ile yapılan flütler kuş kemiği ve fildişi flütlerden daha eski de olabilir. Ancak organik özelliklerinden dolayı günümüze ne yazık ki ulaşamamışlardır.

Etnografik kayıtlar sazlık, su kabağı, hayvan derisi ve ağaç kabuğu gibi doğal, kısa ömürlü malzemelerden yapılmış çeşitli müzik aletlerin yanı sıra bizon boynuzu, deniz kabuğu gibi çok az değişiklik gerektiren veya hiç değişiklik gerektirmeyen aletlerden yapılmış enstrümanlardan söz eder. Parmak delikleri, ses düzenleme düğmesi mekanizmaları veya benzeri çeşitli üflemeli çalgılar - boynuz, ahşap ve fildişi oluklar -Afrika'da Sahra'da günümüzde de oldukça yaygındırlar.¹³

Morley şimdiye kadar arkeologlar tarafından ortaya çıkarılan tarih öncesi müzik aletlerinin araştırma ve envanterini ortaya çıkarmıştır. 104 kuş kemiği ve fildişinden flütün yanı sıra ren geyiğine ait delikli olan ön ayak parmak kemiklerinin de müzik enstrümanı olduğunu iddia eder.¹⁻¹⁶ Aynı zamanda boğa böğürten ve farklı biçimlerdeki vurmali çalgı aletlerinin envanterini de müzik aletlerinin arasına alır. Kuhn ve Stiner, çeşitli çağdaş müzik kültürlerinde bulunan raspaları anımsatan yaklaşık 35-32 000 bin yıllık farklı toynaklı biçiminde bir kemiği müzik aleti olarak tanımlar.¹⁵ Bu durumda Üst Paleolitik toplumların avlanma öncesi müzik aletleri ile ayınler gerçekleştirmiş olabilecekleri yorumunu öne sürebiliriz. Avın başarı ile sonuçlanmasına dair bir tür müzikal ritüel hazırlığı olabilirler.³⁻¹⁶

Kuş kemiği ile karşılaştırıldığında, fildişi flüt üretimi daha fazla beceri, hassas çalışma ve çaba gerektirir. Akbaba ve kuğunun önkol kemiği ve dirsek kemiği doğal olarak içi boş ve zaten uygun bir boyuttadır, aynı zamanda hafif, sağlamdır ve bu nedenle büyük boy, katmanlı ve çalışması zor olan fildişi ile karşılaştırıldığında işlenmesi daha kolaydır. Fildişi Flüt üretimi ise şunları gerektirir: Fildişi kesiti doğru uzunlukta kesilmeli, daha sonra uzunluğu boyunca iki parçaya bölünmeli, çekirdek katmanlar çıkarılmalı ve daha sonra oluğun iki yarısı yeniden yerleştirilmeli ve borunun ses çıkarması için hava geçirmez bir damgalama oluşturması için bağlayıcı madde ile birbirine bağlanmalıdır.¹⁻¹⁶

Fildişi flüt üretimi, Üst Paleolitik müzik teknolojilerinin olgunluğunu ve gelişmişliğini gösterir. Değerli kaynakların müzik teknolojilerine olan bağlılığı müziğin antik insanlar için gerçekten önemli olduğunu gösteriyor. Potoka Mağarası'nda (Slovenya) kazılar esnasında çıkarılan başka bir flüt, çok sayıda işlenmiş ayı kemiği ile birlikte bir ayının uyluk kemiğinden üretilmiş olup, ikinci Aurignacian (GÖ 35.000) dönemine tarihlenir. Bu nesne, oldukça eşit aralıklarla yerleştirilmiş birkaç delik sergiler.¹² Mağarada üzerinde bir veya daha fazla delik bulunan mağara ayılarına ait çene kemikleri bulundu. Farklı korumalara sahip sekiz çene kemiği ortaya çıkarıldı. Bir çene kemiğinin üzerinde sıralı delikler vardır. Hiç şüphe yok ki, bu delikler insanlar tarafından yapıldı, çünkü etoburlara ait kemirme izleri kemik üzerinde rastlanmamıştır. Üç delikli ilk çene kemiği bulunduğu anda, bunun belirli bir tür flüt olduğu önerilmişti (**Şekil 7**). İlginç bir şekilde, bu tür çene kemiği sadece Slovenya Alp bölgesinde ortaya çıkmaktadır.¹⁷



Şekil 7. Çene kanalının üzerinde üç delik bulunan mağara ayısına ait bu çene kemiği bir tür flütü temsil eder. Seslerin ve müziğin daha kolay çıkması için kasıtlı olarak üst çene kemiği çıkarılmıştır (Odar 2012: 14).¹⁷

1951'de Macaristan'ın Istallosko Mağarası'nda keşfedilen ikinci Aurignacian dönemine tarihlenen bir başka flüt, Paleolitik dönem müzik enstrümanlarından en ilginç olarak kabul edilir.¹² Maksimum 107 mm

uzunluğunda, sırt yüzeyinde iki delik bulunur. Yakınsal uçta bulunan delik sığ krater benzeri bir çöküntü ile temsil edilir (**Şekil 8**). Birbirine yakın duran ve radyal yönde ilerleyen 1-2 cm uzunluğunda çentiklere sahiptir. Uzak uçta daha büyük bir açıklıkla, 10 ila 13 mm yarıçaplı, düzensiz bir çevreye sahip olan ve orijinal olarak oval bir şekilde toplamda üç deliğe sahiptir.¹²



Şekil 8. İstallosko Mağarasında bulunan flüt kemik (Brade 1982: 149).¹²

Üst Paleolitik Çağ'da en eski müzik aletlerinden biri kabul edilen flüt dışındaki diğer bir enstrüman bullroarerlerdir. Diğer bir adıyla “boğa-böğürten” enstrümanıdır. Flüt veya boru tipi enstrümanlara göre sayısı az olsa da bu dönemde üretildikleri kazılar sonucunda netleşmektedir. Bu enstrüman, bir kordonun ucundaki düz delikli bir ahşap veya kemikten oluşur, bu da dairesel bir hareketle büküldüğünde bir uğultu sesi çıkarır.¹⁸ Günümüzde bazı Avustralya Aborjinleri doğanın doğal seslerinde meydana geldiklerine inandıkları ruhları taklit etmek için bu aleti kullanırlar. Günümüzde yine birçok Kuzey Amerikalı grup, Yeni Zelanda'nın Maurileri, Yeni Gine ve İskandinavya Samileri arasında da bu alet hala kullanılmaktadır. Malezya federasyonunda yaşayan halklar, hayvanları tarlalardan uzaklaştırmak için yine bu enstrümanı kullanırlar.¹ Bu delikli kemik parçaları, Aurignacian kültürü (MÖ 38000-28000) ile Gravettian kültüründe (MÖ 29000-22000) ele geçmiştir (**Şekil 9**). Bu örneklerin bir sonucu olarak, çok sayıdaki Paleolitik bullroarerlerin sırtlan vb yırtıcıları uzaklaştırmak amacıyla üretildikleri sonucuna varılabilir.



Şekil 9. Magdalenian Kültürüne ait bullroarer (boğa-böğürten) MÖ 17-10 bin. 180 mm uzunluk, 40 mm genişlik (Morley 2003:36).¹

3.3. Neolitik Çağ Flütleri

Neolitik döneme ait olarak bugüne kadar yayınlanan flütlerin değerlendirmesini yapmak çok daha kolaydır. Neolitik Döneme ait en ünlü örnek, Danimarka'nın Bornholm adasında bulunan kemikten bir flüttür (**Şekil 10**). Bu bulgunun arkasında oval şekilli bir hava deliği ve üç parmak deliği olan yivlerin varlığının Tunç Çağı'na

kadar uzandığı görülmüştür. Üstelik bu buluntu, diğer birçok tarihlenemeyen buluntular için karşılaştırmalı bir parça olması yönünden de önemlidir.¹²

Bir başka Neolitik döneme ait kemik flüt, Çek Cumhuriyeti'nde Moravsky Krumlov kasabasında ele geçen başka bir kemik parçasıdır (**Şekil 11**). Flüt, 1912'de 30 adet kabuk boncukla birlikte bir mezarda ele geçirilmiştir.¹²



Şekil 10. Bornholm'da ele geçen Neolitik Dönem'e ait kemik flüt. Uzunluk 142 mm (Brade 1982: 149).¹²



Şekil 11. Moravsky Krumlov Neolitik flütü. Uzunluk 63 mm (Brade 1982: 149).¹²

Çin'in Henan eyaletindeki erken Neolitik Jiahu sahasındaki kazılar esnasında çok notalı müzik aletleri ele geçirildi. Jiahu, MÖ 7000'den MÖ 5700'e kadar kesintisiz bir yerleşim yeridir.¹⁹ Radyo karbon tarihli kazı tabakasında 30 parça ile birlikte, zarif bir şekilde yapılmış altı kemikten tüm halde flütler ele geçirilmiştir. Flütler, Japon turnasının dirsek kemiğinden yapılmış olup 5, 6, 7, 8 deliklere sahiptirler (**Şekil 12**).



Şekil 12. Jiahu'daki mezarlardan ele geçen kemik flütleri (Zhang ve diğ. 1999: 367).¹⁹

3.4. Kalkolitik Çağ'da Müzik Aletleri

3.4.1 Veyreau Flütü

Bu alet düz flüt veya enine flüt olarak sınıflandırılabilir (**Şekil 13**). Flüt karbon izotop analizi ile tarihlendirilmesi yapılarak MÖ 3800 yılına tarihlendirilmiştir.²⁰ Flüt, bir Griffon akbabanın önkol kanat kemiğinden (ulnae) yapılmıştır.⁵



Şekil 13. Fransa Veyreau (MÖ 3800) flütü (Benito 2018: 28).²⁰

3.5 Tunç Çağı'nda Müzik Aletleri

Erken Tunç Çağında yazının icadıyla birlikte Müzik Arkeolojisi ile ilgili detaylı bilgilere de erişiyoruz. Mezopotamya'da müzisyenler, tanrı ve tanrıçaları için çok farklı enstrümandan müzik aletleri yaparlardı. Müzisyenler alt tabaka sınıftan oluşurdu. Festivaller, kraliyet düğünleri, doğumlar ve cenazeler gibi durumlarda özel müzikler çalınırdı. Alt sınıfta olan bir müzisyen zamanla üst sınıf yolunda ilerleyebilirdi. Müzisyenlik sadece erkelere özgü bir meslekti.²¹ Ancak alanında nam yapmış kadın müzisyenler de yer almaktadır. Mezopotamya'daki müzik aletleri arasında en bilinen estrümanlar harp, lir, davul ve çingiraklardır. Mezopotamya'da 5.500 yıllık flütler, üçgenler, telli çalgılar ve davullar da bulunurdu. Çok sayıda tablette Mezopotamya yaşamında müziğin önemini, müzik aletlerinin adlarını ve ayrıntılı bir müzik teorisinden söz eder. Sümerlerde müzik, Ur'da olduğu gibi dini törenlerde ve cenaze törenlerinde yaygın olarak kullanılmıştır. Müzisyenler tapınak görevlilerine bağlıydı ve bir hiyerarşi oluşturlardı. Mari'de, Sümer kralı Iblul-il'in sarayında (MÖ 2500) çok ünlü şarkıcı olan Ur-Nanshe, (**Şekil 14**) büyük şarkıcı namıyla birkaç heykelle onurlandırılmıştı.²² Betimsel mitolojik tasvirlerde hayvanların müzik çaldıkları sahneler, sadece masalları veya atasözlerini tasvir etseler de, bir tür küfürlü müziğin varlığını düşündürür. Asur kabartmalarında savaş ve kraliyetle ilgili müzik sahneleri görüyoruz.

Sir Leonard Wolley'in Ur Kral Mezarlığı'nda kazdığı binin üstündeki mezarın çoğu geç Er Hanedanlar dönemine (MÖ 2600-2400) tarihlenir. En ihtişamlı ve zengin olan mezarlara *Kral Mezarları* adı verilmiştir. Bunlardan üçü kraliçe Puabi'ye aittir. Kraliçe Puabi'nin mezarında bulunan bir lirin gövdesine takılmış olan, altın ve lapis lazuliden yapılmış inek başı, ahşaptan oyulmuş lirin kakma bordürlerine sahiptir.²⁵ Woolley bu hassas buluntuları korumak ve taşımak için alçı ve erimiş parafinden yararlanmıştır (**Şekil 15**).²²



Şekil 14. Büyük şarkıcı Ur-Nanshe heykeli (van Dijk 2013: 13).²³



Şekil 15. Ur Kraliyet Mezarlığı'nda Woolley tarafından çıkarılan Lir (Roaf 1996: 45; Wooley 1934: Res.115).^{22,25}

Kraliçe Puabi'in mezarında iki arp daha bulundu. Arpın özelliği, dış hatlarının üçgen olmasıdır; teller ses kutusunun karşısında değil, bir ucundan fişkıran bir çıkıntılı kola doğru yükselir; bu kolda ayar pimleri yer alır (**Şekil 16**).²²



Şekil 16. Kraliçe Puabi'nin restore edilmiş harp müzik aleti (Wooley 1934: Res. 109).²²

Dünyanın en eski yazılı sözlü müziği, Ugarit'teki çivi yazılı tabletlerde bulunan ve MÖ 2. binyılın ortalarına tarihlenen tablete geçen Hurri ilahileridir. Hepsi aynı akort veya modda bestelenmiş metin (Hurri dilinde) "tanrılara şarkı" adı altında müzikal bir besteyi içeriyordu.²⁴

3.6 Antikçağda Müzik

Arkaik ve klasik dönemde müzik geleneksel olarak dilden dile aktararak söylenir ve çalınırdı. Klasik dönemde müzikler ölen sporcular ya da savaşlarda ölen kahramanlar için bestelenirdi. MÖ 5. yüzyılın Atina'sında gelişen, gerçek bir klasik gelenek (rekabet) halindeydi. Bu geleneğin en büyük belgesi, MÖ 405'te üretilen *Aristophanes Kurbağalarıdır*. MÖ 404'te Atina yenilgi ve bozgunla iç içeydi. Dördüncü yüzyılda okul ve tiyatrodaki müzik bilgisi rezervleri ihmal edildi.²⁶ Antik çağdaki geniş müzik üretiminin dışında, çoğunluğu papirüs ve taş buluntularından oluşmak üzere yirmiye yaklaşık yazılı müzik parçaları vardır. MÖ 4. yüzyılda klasik müzik eğitimden bir şeyler vermeye çalışan Platon, müzik öğretmenlere aşağıdaki tavsiyelerde bulunur: ... *Lir tellerinin netliği için, diğer müzik aletleri ile birlikte kullanılmalıdır. Müzik aletini çalan ve besteleyen kişi birlikte çalışmalıdır.*²⁶

Antik Grek'in en önemli enstrümanlarından biri olan aulos; sporda, savaşa hazırlık ve yarışma sahnelerinde sürekli olarak betimlenmiştir (**Şekil 17**). Antik Grek'te sıklıkla tasvir edilen diğer enstrümanlar kithara (aşağıda soldaki resim), lirdir. Greklerde müziğin önemi mitolojik olarak konulara yerleşmiştir. Bir yarışmada Apollon çok iyi lir çalarken rakibi Marsyas ise flüt çalmaktaydı.²⁷



Şekil 17. Solda kithara çalan şarkıcı; sağda Lir ve çift aulos öğretisini gösteren bir Grek müzik okulu-MÖ 5. yüzyılın başları (Henderson 1957: 352).²⁶

TARTIŞMA VE SONUÇ

Müzik için enstrüman üretimi ve çalınması, arkeolojik kayıtlarda bulunan kanıt örneklerine dayanarak Üst Paleolitik dönemde başladığına göre müzik yapma geleneği çok eskidir; mimari yapıdaki evlerden, pişmiş toprak kaplar ve figürinlerden, hayvanların evcilleştirmesinden, yerleşik yaşama geçişten ve yazıdan da daha eski bir geçmişe sahiptir. Coğrafi ve kronolojik bağamlardan bağımsız olarak kuşların kanat kemikleri özellikle de ulnaeleri, boru tipi enstrümanlar yapmak için en çok tercih edilen hammadde olmuştur. Kuşların ulnaesi (insan iskeletindeki dirsek olarak bilinir), aerofon yapmak için idealdir. Uzun, ince, içi boş ve hafiftirler. Proksimal ve distal uçları çıkarılarak, hava üflenebilen ve ses üretilebilen bir tüp bırakılır. Paleolitik Dönem Avrupa’da mağaralarda ele geçen flütler bilim dünyasında hala tartışılmaktadırlar. Bazı bilim adamları bunların flüt olmadığı yönünde görüş bildirmektedirler. Tarihöncesi flütler deneysel arkeoloji yönünden bilim adamlarınca bunların flüt olduğuna yönelik çalışmalarla hala desteklenmeye devam etmektedir. Paleolitik dönemde üretilen kemik flütler Antik Grek uygarlığında mitolojilere de konu olmuştur. Bununla birlikte, atalarımızın arkeolojik kazılarda ortaya çıkamayan ahşap veya kamış gibi daha dayanaksız diğer hammaddeleri kullanmaları da muhtemeldir dâhilindedir. Tunç Çağında müzik daha çok insan hayatında yer edinmiştir. Kraliçe Puabi’nin mezarında çok sayıda müzik enstrümanı ortaya çıkarılmıştır. Mezopotamya’da müzik her ne kadar erkek mesleği olarak geçse de adına heykeller diktilenen kadın müzisyenler de yer almaktadır. Antik Grek’te müzik mitolojik öğelere sıkça girmiş, yarışma, ziyafet, savaşa hazırlık gibi bir çok konuda enstrümanlar tasvir edilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1.Morley I. The Evolutionary Origins And Archaeology Of Music or An Investigation into the Prehistory of Human Musical Capacities and Behaviours, Using Archaeological, Anthropological, Cognitive and Behavioural Evidence, Faculty of Archaeology and Anthropology of Cambridge University, Doktora Tezi; Cambridge: 2003
- 2.D’errico F, et al. Middle Palaeolithic origin of music? Using cave-bear bone accumulations to assess the Divje Babe I bone ‘flute’. *Antiquity* 1998; 72: 65–79.
- 3.Killin A. The origins of music: evidence, theory, and prospects. *Music & Science* 2018; 1:1-23.
- 4.Kunej D, Turk I. (2000). New perspectives on the beginnings of music: Archeological and musicological analysis of a middle paleolithic bone “flute.” In: Wallin N, Merker B, Brown S. Editors. The origins of music. Cambridge: MIT Press; 2000. pp: 235–269.
- 5.Atema J. Old Bone Fluttes. *Pan Magazine* 2004; 11: 18-23.
- 6.Atema J. Musical origins and the stone age evolution of flutes. *Acoustics Today* 2014; 10(3): 25-34.
- 7.Gill F. Flute Lines: Experiencing Reconstructions Concerning Music [Internet] [Dissertation]. 2012. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-27479>.

8. Turk M, Turk I, Otte M. The Neanderthal Musical Instrument from Divje Babe I Cave (Slovenia): A Critical Review of the Discussion. *Applied Sciences*. 2020; 10(4):1226.
9. Münzel SC, Seeberger F, Hein W. The Geissenklösterle Flute—Discovery, Experiments, Reconstruction. Hickmann E, Kilmer AD, Eichmann R, editors. *Studien zur Musikarchaologie III; Archaologie früher Klangerzeugung und Tonordnung; Musikarchaologie in der Agais und Anatolien. Orient-Archaologie Bd. 10. Verlag Marie Leidorf GmbH: Rahden/Westfalen; 2002. pp: 107–118.*
10. Davis SJM, Moreno-García M. Of metapodials, measurements and music: eight years of miscellaneous zooarchaeological discoveries at the IPA, Lisbon. *O Arqueólogo Português* 2007; 25:9–165.
11. Benito CG, Gracia MA, Perez CM. (2016). Reproduction of an Upper Palaeolithic Bird-Bone Pipe with Finger Holes from Isturitz First Experiments. In: Eichmann R, Koch LC, Jianjun F, editors. *Sound-Object-Culture-History. Papers from the 9th Symposium of the ISGMA at the Ethnological Museum, State Museums Berlin: 09-12 Eylül, 2014. Orient-Archäologie 37, Studien zur Musikarchäologie X, 2016. pp: 213-223.*
12. Brade C. The Prehistoric Flute—Did It Exist?. *The Galpin Society Journal* 1982; 35 (1): 138-150.
13. Conard N, Malina M, Münzel SC. New flutes document the earliest musical tradition in southwestern Germany. *Nature* 460 2009; 737–740.
14. Conard N, Malina M. New evidence for the origins of music from the caves of the Swabian Jura. In: Both AA, Eichmann R, Hickmann E, & Koch LCh, editors. *Orient-Archaologie Band 22. Studien zur Musikarchaologie VI. Rahden, Germany: Verlag Marie Leidorf GmbH; 2008. pp: 13–22.*
15. Kuhn S, Stiner M. The earliest Aurignacian of Riparo Mochi (Liguria, Italy). *Current Anthropology* 1998; 39 (3), 175–189.
16. Morley I. Mousterian musicianship? The case of the Divje babe I bone. *Oxford Journal of Archaeology* 2006; 25(4), 317–333.
17. Odar B. Potocka zijavka Fertility rites in The Raining cave. *Studia mythologica Slavica* XV 2012; 9–34.
18. Merriam A. *The Anthropology of Music*. Chicago: North Western University Press: 1964
19. Zhang J, et al. Oldest playable musical instruments found at Jiahu early Neolithic site in China. *Nature* 401 1999; 366-368.
20. Benito CG. Wind from the Sky, Wind from the Earth. The Earliest Bone Pipes and Whistles. De Angeli S. Et al. editors. *Music and Sound in Ancient Europe Contributions from the European Music Archaeology Project. Roma: Emap; 2018. pp: 26-29.*
21. Duchesne-Guillemin M A. *Hurrian Musical Score from Ugarit: the Discovery of Mesopotamian Music*. Malibu: Undena Publications: 1984.
22. Woolley CL. *Ur Excavations Volume II The Royal Cemetery. A Report on the Predynastic and Sargonid Graves Excavated Between 1926 and 1931 (Text and Plates)*. London: Oxford University Press: 1934.
23. Van Dijk RM. *Mesopotamian Early Dyanstic Bull-Lyres. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo: 2013.*
24. Duchesne-Guillemin M. Music in Ancient Mesopotamia and Egypt. *World Archaeology* 1981; 12(3), 287-297.
25. Roaf M. *Atlaslı Büyük Uygarlıklar Ansiklopedisi Mezopotamya ve Eski Yakındoğu (9) (Çeviren: Zülal Kılıç) İstanbul: İletişim Yayınları: 1996.*
26. Henderson I. *Ancient Greek Music*. In: Wellesz E. editor. *Ancient and Oriental Music* London: Oxford University Press: 1957.
27. Erhat A. *Mitoloji Sözlüğü*. İstanbul: Remzi Kitapevi: 1996.

Cumhuriyet (1928-1973) Döneminde Sürdürülen Sağlık Geliştirilmesi Mücadelesinde Halk Sağlığı Temaları*

Public Health Themes in The Struggle to Promotion Health During The Republic (1928-1973)

Nurhan Meydan Acımişⁱ, Bilge Betül Kılıçⁱⁱ

ⁱDoç Dr, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, <http://orcid.org/0000-0001-9616-1033>

ⁱⁱAr Gör, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-7307-3548>

ÖZ

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarında sağlıkla ilgili sorunlar oldukça fazlaydı. Anadolu'da halkın hijyen konusunda ve sağlık eğitiminde sorunları vardı. Bu dönemde hekim, hemşire ve ebe sayıları oldukça azdı. Sıtma, verem, trahom gibi salgın hastalıklar halk arasında çok sık görülmekte ve önemli sağlık sorunlarına yol açmaktaydı. Bu yüzden Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem arz etmekteydi. Bu dönemde dikey örgütlenme modeli ile sağlık hizmet sunumu benimsendi. Verem savaş dispanserleri, sanatoryum hastaneleri ve yerel idarelere örnek olması amacıyla Numune Hastaneleri kuruldu. Sağlık personeli sayıca artırılırken, hekim hemşire ve ebelerin mesleki eğitimine önem verildi. Hekimlere zorunlu hizmet görevi getirildi. Sağlıkla ilgili mevzuatlar yayınlandı. Afiş, broşür, radyo gibi iletişim araçlarıyla önemli sağlık sorunları ile ilgili halk eğitimlerinin yapılmasına özen gösterildi. Halka yönelik sağlık temalı belgesel filmler çekildi. Bu çalışmada, 1928-1973 tarihleri arasında ülkemizde verilen sağlığı geliştirme mücadelesi içinde yer alan halk sağlığı eğitimine tarihsel bakışa yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cumhuriyet, halk sağlığı, tarih

ABSTRACT

Health-related issues in the Republic of Turkey's first years was quite high. People in Anatolia had problems in hygiene and health education. During this period, the number of physicians, nurses and midwives were very low. Epidemic diseases such as malaria, tuberculosis and trachoma were very common among the people and caused important health problems. Therefore, preventive health services were of great importance in the foundation years of the Republic. During this period, the vertical organization model and health service delivery were adopted. Numune Hospitals were established to set an example for tuberculosis dispensaries, sanatorium hospitals and local administrations. While the number of health personnel was increased, importance was given to the vocational training of physicians, nurses and midwives. Compulsory service duty was imposed on physicians. Regulations regarding health have been published. It was paid attention to provide public trainings on important health problems with communication tools such as posters, brochures and radio. Documentary films on health were shot for the public. In this study, a historical perspective is given to public health education, which took place in the struggle for health promotion in our country between 1928-1973.

Keywords: Health promotion, public health, medical history

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 30-39

DOI: 10.31020/mutfd.784510

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi - Received: 24 Ağustos 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 12 Ocak 2021

İletişim - Correspondence Author: Nurhan Meydan Acımiş <nurhan88@hotmail.com>

Giriş

Salgın hastalıklarla mücadele, Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında devlet politikası olarak önemli bir yere sahiptir. Milli mücadelenin ardından yaşanan sosyoekonomik yıpranma, insan gücü yetersizlikleri ve sağaltımda yetersiz kalma gibi birçok sağlık sorunu mücadelede güçlükleri beraberinde getirmiştir. Bu gerçekler Türkiye'de, 1923-1945 yıllarında koruyucu hekimlik hizmetleri açısından önemli adımların atılmasını gerektirmiştir. Bu yıllarda Sağlık Bakanlığına bağlı sıtma, trahom, frengi, tifüs, tifo, gibi sık görülen hastalıklarla mücadele tesisleri ve veremle mücadele için sanatoryumlar kuruldu. Ayrıca Ankara'da Hıfzısıhha Enstitüsü kurularak bulaşıcı hastalıklar için aşı ve serum üretilmeye başlandı. Bakanlık, hastane hizmetlerini yürüten yerel idarelere yol gösterme amacıyla beş Numune Hastanesi kurmuştur. 1946 yılından sonra yeni bir sağlık planı hazırlanarak önceki yıllarda örgütlenememiş olan birinci basamak sağlık hizmetlerine önemli yer verilmiş; 20 köye birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezler, ilçelere ise 10-25 yataklı tedavi kurumları yapılmıştır. 1950-1960 yılları arasında Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNICEF ile işbirliği yapılarak koruyucu hekimlik hizmetlerinin gelişmesi sağlamış ve dönemin bulaşıcı hastalıklarıyla mücadeleye önem verilmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarına göre sağlık çalışanlarının sayısı yaklaşık 10 kat artırılmış, yabancı uzmanların görüşlerini içeren raporlar hazırlanmış, bu sayede birinci basamaktaki eksiklikler ortaya çıkarılmıştır. 5 Ocak 1961 tarihinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmesiyle bireyin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanabileceği güvence altına alınmıştır. Hemen ardından 16 Ekim 1962'de Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kabul edilmiştir. Bu plan ile birlikte "Sağlık Hizmetinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ilkeleri esas kabul edilerek hemşire, ebe eğitimi ve sayılarının artırılması hedeflenmiştir.¹

Uygulanan tüm politikalar sağlığın geliştirilmesine katkı sunarken; kitap, kitapçık, dergi, film, broşür afiş gibi görsel materyaller de halkın bilinçlenmesine yardımcı olmuştur. Bu çalışma, ülkemizde milli mücadele ile başlayan ve Cumhuriyetin ilanı ile devam eden sağlığı geliştirme mücadelesinde halk sağlığı eğitimine ilişkin detayları ortaya koymak ve sonuçları envanter nitelikte bir kaynakta toplamak amacı ile planlanmıştır.

Genel Bakış

16 Mart 1920'de İstanbul'un işgali ve 11 Nisan 1920'de Meclisi Mebusan'ın dağıtılmasının ardından Ankara'da toplanan Mebuslar Mustafa Kemal'in büyük gayreti sonucunda 23 Nisan 1920'de tekrar faaliyete başlamıştır. Büyük Millet Meclisi 1 Mayıs 1920 günü toplantısında Mustafa Kemal Paşa'nın verdiği hükümet üyelerinin seçimi konusunda ilk önerge ile hükümetin hangi vekilliklerden oluşacağı belirlenmiş, bunlar arasında Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti de yer almıştır. 02 Mayıs 1920'de yapılan oylama ile tasarı kanunlaşmış, 03 Mayıs 1920'de yapılan oylama ile Dr. Adnan Bey 127 kabul oyu ile ilk sağlık bakanı olarak seçilmiştir. Bu tarihten itibaren hem milli mücadelenin zor günlerinde hem de cumhuriyetin ilanından sonra Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletine büyük görevler düşmüştür. Sonrasında adında değişikliğe gidilmiş vekâlet "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti" olmuştur.²

1925 yılı Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti bütçesi görüşmelerinde; Zonguldak Mebusu Tunalı Hilmi Bey (Abdullah Tunalı Hilmi: 1871-1928) "halkın sağlıklı beslenme ve halk sağlığı konularında bilinçsiz olduğunu, çocuk ölümlerinin önlenmesi için çocuk bakımı konusunda bilgilendirme yapılması, gebe kadınların bakımı ve özellikle doğumundan üç yaşına kadar çocukların nasıl bakılacağı konusunda halkın bilgilendirilmesi için broşür, film vb. yollarla bilgilendirmelerin ücretsiz yapılması gerekliliği" üzerinde durmuştur.²

Toplantıda sivil ve askerî sağlık örgütünün birleştirilmesi, uyuşturucu maddelerden halkın korunması, sanatoryum sayılarının artırılması istenmiş, süt çocuklarının bulamaçla beslenip, uyusun diye afyon verildiği belirtilmiş ve en kısa zamanda çocuk ve göz doktoru yetiştirme yoluna gitmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Vekil Dr. Refik Bey bunlara açıklık getirmek üzere yaptığı konuşmada; sağlık personel sayısını artırmak üzere İstanbul ve Sivas'ta okul açıldığını, ebelik için kurslar düzenlendiğini, İstanbul'daki sanatoryumun açılıp, hastaları kabule başladığını, hastaneler için röntgen cihazları, laboratuvar araştırmalar için 80 mikroskop getirttiklerini, sıtma için 5 ton kinin alındığını söylemiştir. Vekâlet'in gider bütçesi 4.860.205 lira olarak kabul edilmiş, aynı yıl Maarife 7.742.508 lira, Adliyeye 6.013.722 lira, Dahiliyeye 4.949.616 lira ayrılmıştır.³

Erken Cumhuriyet döneminin temel problemi eğitimsizlik ve hijyen koşullarının yetersizliği idi. Bunun en önemli sebebi ise köyler, kasabalar hatta şehirlerde dahi kanalizasyon şebekelerinin olmamasıydı. Bataklık arazilerin çok olması başka bir sorundu. Şüphesiz bunun altında yatan çok sayıda sebep vardı. Öncelikli olarak küçük köy evleri ve kalabalık nüfus ilk göze çarpan sebeplerdi. Bazı bölgelerde insanlar ahır sekisi denilen yerlerde kış aylarında hayvanlarla birlikte yaşıyordu. Tuvaletler evlerin hemen yanına inşa edildiği için kanalizasyon suları ile içme suları birbirine karışıyordu. Tüm bunlar salgın hastalıkların kısa süre yayılmasına yol açıyordu.⁴

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine verdiği önemin göstergesi olarak sağlık propagandasına önem vermiştir. Bu açıdan; Sıhhiye ve İçtima-i Muavenet Vekaletince, Sıhhi Müze Atlası, Muhittin Celâl Duru'nun "Sağlık Bakımından Köy ve Köycülük", Reşit Galip'in "Dört Azgın Canavar" ve Ankara Sıtma Mücadele Merkez Tabibi Dr. Ata Ünalın tarafından "Sıtma: Sıtmalı Yerlerde Çalışan ve Yaşayanlara Pratik Bilgiler" gibi doğrudan halkın anlayabileceği biçimde yazılmış kitapların yanında film, broşür vs. yoluyla halk bilgilendirilmeye çalışılmıştır.¹

Kitle iletişim araçlarının yaygın olmadığı erken Cumhuriyet döneminde geniş halk kitlelerine ulaşabilmek için Sıhhiye Vekâleti tarafından yoğun bir propaganda faaliyetine girişilmiştir. Salgın ve bulaşıcı hastalıklardan korunmak hususunda halkın bilinç seviyesini yükseltmek için anlaşılabilir tarzda kitapçıklar basılarak sağlık teşkilatı aracılığıyla halka ulaştırılmaya çalışılmıştır. Nüfusun yarısına yakınının sıtma hastalığı taşıyıcısı olduğu bilindiğinden sakınma çareleri konusunda kapsamlı bir çalışma yapıldı. Çocuk bakımı hakkında anneleri bilinçlendirmek için hazırlanan kitapçıklardan 100 bin adet basılarak köylere kadar bütün ailelere ücretsiz şekilde ulaştırılmıştır.⁴ **Tablo 1**'de 1925-1930 yıllarında halkı bilinçlendirmek için hazırlanan kitap/kitapçıkların konularına göre sayıları verilmiştir.⁴

Tablo 1. 1925-1930 yıllarında halkı bilinçlendirmek üzere hazırlanan kitap / kitapçıklar⁴

Kitap/ kitapçık adı	Baskı sayısı
Sıtma öğütleri	30000
Kuşpalazı hastalığı nedir ve hastalıktan nasıl korunulmalıdır ?	10000
Trahom hakkında halka nesayih	10000
Kızıl hastalığı ve korunma çeşitleri	10000
Sıhhi müze rehberi	30000
Sıhhi müze atlası	1000
Annelere nasihat	100000

Dr. Refik Saydam, propaganda çalışmalarını "halk sağlığı eğitimi" olarak tanımlıyordu. Sağlık propagandası ile vatandaşlık eğitimi iç içe geçmişti. Her hafta radyodan konuşmalar yapılıyor, hijyene dair filmler kent ve kasabalarda gösteriliyor, sağlık müzeleri oluşturuluyor ve sağlık sergileri düzenleniyordu.⁵ 1923 yılından itibaren halk eğitimi çalışmalarında afiş, broşür, kitap ve dergiler basılarak dağıtımına başlanılmıştır (**Tablo 2**).⁶ Kimi zaman sayısı yüz binleri bulan bu malzemeler genellikle halk odaları, ordu, okul, jandarma, polis, sanayi kurumları gibi mekânlar aracılığıyla halka iletiliyordu (**Şekil 1**).⁶

Tablo 2. Sağlık Eğitimi Çalışmaları 1923-1972⁶

YIL	AFİŞ		BROŞÜR		KİTAP ve DERGİ		RADYO
	Basılan	Dağıtılan	Basılan	Dağıtılan	Basılan	Dağıtılan	Televizyon
1923-48	730 000	700 000	5 150 000	5 000 000	146 000	-	-
1949-50	8 400	6 377	135 000	169 756	33 000	-	-
1951-52	9 900	8 212	2 884 000	2 225 513	20 500	-	-
1953-54	15 000	18 569	625 000	534 359	48 500	-	-
1955-56	53 000	945	470 500	393 247	30 115	-	-
1957-58	-	2 024	199 000	168 949	17 250	-	-
1959-60	30 000	5 803	490 500	436 850	25 235	-	-
1961-62	51 500	44 474	1 340 000	1 046 936	32 700	-	-
1963-64	50 000	10 419	1 720 000	631 415	29 750	17 500	-
1965-66	177 000	182 113	1 196 000	1 040 054	68 900	32 680	20
1967-68	500 000	289 744	830 550	698 085	200 336	115 619	12
1969-70	350 000	148 941	947 300	1 234 359	118 335	258 545	299
1971-72	358 000	516 574	5 301 200	4 900 000	344 117	138 289	89

Şekil 1. Şiran'da din görevlilerine sağlık eğitimi veriliyor.⁶

Sağlık Eğitiminde Filmler

Sağlık propagandasının önemli bir aracı filmlerdi. Toplum eğitiminde göze ve kulağa hitap ederek önemli bir rol oynayan öğretici ve teknik kapsamlı sağlık konuları ile ilgili filmlerin tedarik edilerek halka gösterilmesine 1928 yılında başlanılmıştır. Yurtdışından getirilen bulaşıcı hastalıklar ve sağlıklı yaşamla ilgili 15 film halka ücretsiz olarak gösterilmiştir (**Tablo 3**).¹⁰

Tablo 3. Maarif Vekaleti tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nden satın alınan filmler (1941)¹⁰

Sıhhat filmleri
"Gıdanın ABC'si"
"Sivrisinekler"
"Sıhhatli Bir Çocuğun Hayatı"
"Gıda ve Sıhhat"
"Dal Taze İken Eğilir, Çocuk Hıfzıssıhhasında Bir Ders"
"Soğuk Algınlığı"

Filmler, sineması olan il ve ilçelere gönderilerek halka gösterilmekteydi (**Şekil 2**).⁶ 1937-1939 yıllarında seyyar projeksiyon cihazları ve filmler temin edilerek elektrikli tesisatı, mevcut sineması olmayan il ve ilçelerdeki halkın sağlık eğitimi için kullanılmıştır. Ayrıca elektrik tesisatı bulunmayan yerlerdeki halkın da sağlık eğitiminden faydalanması için, benzinle çalışan cihazlar ve basit sabit filmler satın alınmıştır. Filmler daha çok frengi, verem, sinek, süt, difteri, diş hijyeni, spor, soğuk, hijyen ve güneş kürü ile ilgiliydi.⁸ Sıhhiye Vekâleti tarafından halk sağlığının korunması temalı 12 film, sinema salonu bulunan bütün şehir ve

kasabalara hazırlanan program dahilinde gönderilmeye başlanmıştır. Filmler nüfus yoğunluğu dikkate alınarak gösterildikleri mahallerde 7 ila 15 gün arasında gösterimde kalmıştır. Bazı büyükşehirlerde ise bir ay süresince talebe, öğretmen ve ordu mensuplarına kadar geniş halk kitlelerine ücretsiz gösterilmiştir.⁴ Tablo 4'te sağlık alanında gösterilen filmlerin konuları verilmiştir (**Tablo 4**).⁴



Şekil 2. Sağlık eğitimi film çalışmaları.⁶

Tablo 4. Halkı Bilinçlendirmek İçin Gösterilen Filmler⁴

Film adı	İçerik
Sıtma	
Çocuk bakımı	
Vaktiyle üç dost idiler	Frengi
Erken teşhis-erken tedavi	Verem
Teminin dişi	Diş
Senin ağzın	Ağız
Sinek tehlikesi	
İhmalin cezası	Nüfus tezkeresi almayanlar
Uzun ve afiyette yaşamının çaresi	
Sihhi su	
Nezlenin ehemmiyeti	
Sıtma mücadelesinde yeni usuller	

Halk sağlığı eğitiminde önemli bir yer ve etkisi olan filmlerle ilgili daha olumlu bir çalışma yapmak amacıyla 1946'da Bakanlıkta bir sinema ekibi kurulmuştur. Ekibin çalışmalarını daha hızlı bir tempoda yürütülebilmesi için 1956 yılında UNICEF'den gezici nitelikte bir sinema otomobili sağlanmıştır.⁶

1963 yılından itibaren il sağlık müdürlükleri bünyesindeki eğitim ünitelerinin geliştirilmesine önem verilmiş, bu ünitelerin araç ve gereç bakımından donatılmasına çalışılmıştır. Bütçe olanakları çerçevesinde her ile en az bir sinema makinesi, jeneratör ve projeksiyon cihazı temin edilmiş ve tahmini hedef aşılmıştır.⁶

Sağlık Eğitiminde Broşürler ve Afişler

Sağlık eğitiminde kullanılan toplam sayısı 397.000'i bulan broşürler halkevleri yolu ile vilayetlere ücretsiz olarak dağıtılıyordu. 1926 yılında küçük ölçekte başlatılan sağlık broşürleri ve renkli duvar afişlerinin basımı 1936'dan sonra daha da artırılmıştır. 1963 yılından itibaren bastırılan afiş ve broşürler ülkenin sağlık koşulları ve sorunlarına göre hazırlanmıştır. Bunlar genellikle zührevi hastalıklar, çocuk ishali, tifüs, çiçek, trahom,

sıtma, kızıl, tifo, kızamık, diş hastalıkları, okul çağındaki çocuklar ile anneleri için hijyen eğitimi gibi konuları içermekteydi (**Tablo 5**).⁴ Broşürlerde halkın anlayabileceği bir üslup kullanılmış, afişlerin göze daha iyi hitap etmesi sağlanmıştır.⁶

Tablo 5. Halkın Sağlık Eğitimine Yönelik Hazırlanan Afişler⁴

Afiş	İçerik
"Çocuk Ve Fiyatı Termometresi"	Çocuk ölümlerinin çeşitli ülkelerdeki oranlarını gösterir
"Ben Hastalanmak İstemem, Beni Öpmeyiniz"	Bir çocuğun ağzından
"Sağlık Yolu"	
"Sağlık Katanı"	
"Mütetabbiblerin, Cahil Ebelerin Saf Halkı Götürdükleri Hastalık Ve Ölüm Kuyusu"	
"Bir Mektep Çocuğunun 24 Saatlik Programı"	
"Karahummanın Bulaşma Yolları"	
"Çocukları Süte Teşvik"	
"Karasineğin Her Günkü Gezintisi"	
Vitaminler Ve Korudukları Hastalıklar	
"Kızıl Aşısı İçin Halkı Teşvik"	
"Yüzde Yüz Afiyet Esasları"	
"Çocukların Dişleri Hangi Aylarda Çıkar"	
"Sıhhat Kitabı"	
"Bahar Ve Güneşin Sıhhat Ve Afiyete Tesiri"	
"Bir Yaşına Kadar Çocuk Ve Fiyatı"	Memedede ve emzikte olanların karşılaştırılması
"Türkiye'de Frengi"	Tasviri ve nispi
"Güneşin Hayat Veren Şuaatı"	

Bu dönemde sağlık müzesi sayısında da artış gözlenmektedir. Genel sağlık toplantıları vesilesiyle sağlık sergileri açılmıştır. Radyo da propaganda faaliyetlerinin önemli bir parçası olmuştur. Özellikle hijyen konusunda verilen konferanslar halkın dikkatini çekmiştir.⁵

Ek olarak Bakanlık tarafından basılıp dağıtılan teknik yayınlar da mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde görevli personelin mesleki bilgilerini arttırmak amacıyla Cumhuriyetten önce 1913'te yayınlanmaya başlanılan ve harp yıllarında çıkarılmayan "Sıhhiye Mecmuası" 1924 yılından itibaren düzenli olarak yayınlanmıştır. Bugün "Sağlık Dergisi" olarak çıkarılan bu yayın, orijinal ve tercüme yazılarla, koruyucu ve tedavi edici sağlık konularında personeli aydınlatmaktadır.⁵

Sağlık Eğitiminde Radyo ve Televizyonlar

1969 yılında Bakanlık ile TRT Kurumu arasında işbirliği çalışmaları başlatılmıştır. 1970 yılında MEB ve TRT ile yapılan işbirliği protokolü ile ilkokul öğrencileri ve yetişkinler seviyesinde radyo ve televizyon programları düzenlenmiştir. Sağlık eğitimi program yazarlarının hazırladığı eğitim programları radyoda yayınlanmak üzere TRT'ye gönderilmiştir (**Tablo 6**).⁶

Tablo 6. Sağlık Haftaları Eğitim Çalışmaları 1963-1972⁶

YILLAR	Seans Sayısı	VEREM		KANSER		DÜNYA SAĞLIK GÜNÜ	
		Dinleyici Sayısı	Seans Sayısı	Dinleyici Sayısı	Seans Sayısı	Dinleyici Sayısı	
1963	7 084	2 639 165	-	-	4 441	1 796 162	
1964	8 129	2 057 416	-	-	22 731	1 964 363	
1965	8 458	3 241 920	-	-	14 218	3 243 073	
1966	16 381	3 691 650	-	-	12 732	2 727 176	
1967	21 827	4 565 674	9 032	1 781 170	10 757	2 077 092	
1968	23 516	3 241 920	-	-	11 787	561 214	
1969	22 568	3 369 028	11 720	1 775 325	11 917	1 994 573	
1970	29 781	2 948 071		Ertelendi		Ertelendi	
1971	42 665	5 086 112	16 907	2 346 882	29 280	1 853 477	
1972	14 935	1 763 780	22 115	2 769 310	26 653	2 589 094	

Halk sağlığını koruma ve halkın eğitilmesi amacıyla radyolarda uzun yıllardır konuşmalar yapılmaktaydı. 1946 yılından itibaren uzman hekimlerce her hafta yapılan radyo sağlık konuşmaları, 1960'a kadar devam etmiştir. 1960'dan sonra Bakanlık adına uzman bir hekim tarafından haftada iki konuşma yapılmaktaydı. Ankara, İstanbul ve İzmir radyolarından ayrı olarak, hizmete giren diğer il radyolarında da mahalli bölge ve sağlık otoritelerince çeşitli sağlık konularında konuşmalar düzenlendi.⁶

Bakanlık bir taraftan mesleki memur ve uzmanların bilgi düzeylerini artırmak için teknik nitelikte yayın yaparken diğer taraftan halkın anlayacağı sade bir dille yazılı broşür ve kitapçıklar bastırarak halk eğitimi faaliyetinde bulunulmuştur. Çeşitli konularda sağlık ve sosyal yardım bakanlığınca bastırılan broşürler halkevlerine ve bütün illere parasız dağıtılmıştır (**Tablo 7**).⁹

Tablo 7. Halkı bilinçlendirmek için asılan broşürler⁹

Risale ve broşür adı	Adet
"Zührevi Hastalıklar Musaplarına Sıhhi Nasihat Ve Tavsiyeler"	250000
"Annelere Nasihat"	100000
"Çocuk İshali"	100000
"Bit"	100000
"Çiçek"	100000
"Annelere Öğüt"	50000
"Lekeli Humma"	50000
"Karakabarcık-Şarbon"	50000
"Sıhhi Müze Rehberi"	50000
"Trahom Hakkında Halka Nasihat"	50000
"Sıtma Öğütleri"	30000
"Kızıl Hastalığı Ve Korunma Çareleri"	20000
"Karahumma"	10000
"Kızamık"	10000
"Çocuk Bakımı Ve Halk Sağlığı Bilgisi"	10000
"Diş Sağlığı- Diş Temizliği"	10000
"Kuşpalazı Hastalığı Ve Korunma Çareleri"	2000
"Genç Kalınız"	2000
"Köy Sağlık Koruyucularına Sağdıç"	2000
"Okul Sağlık Bilgisi"	1000

Çeşitli sağlık hizmetlerini yurt çapında zamanında ve düzenli bir şekilde duyurmak ve boş bulunan hekimlik kadrolarını duyurmak amacıyla Mayıs 1961'den itibaren "Haberler Bülteni" adı altında yayın çıkarılmaktadır. 1968 yılında daha geniş kapsamlı bir şekilde ele alınan bu bültenin baskı sayısı 1971'de 4000'e ulaşmıştır. "Haberler Bülteni" Bakanlık merkez ve taşra örgütü ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlara düzenli olarak gönderilmektedir.⁶

Ülkemizde ve diğer yabancı ülkelerde tıbbi ve bilimsel alanlarda meydana gelen gelişmeleri ve yurdumuz sağlık sorunlarının çözömlenmesi için alınacak tedbirleri incelemek üzere 1925 yılından beri ülkemizde çeşitli ulusal ve uluslararası kongreler düzenlenmektedir. Bütün bu kongrelerin yönetim işleri Bakanlık tarafından yapılmaktadır. Ulusal kongrelerin en önemlisi Milli Tıp Kongresidir. 1925 yılından bu yana, ikinci Dünya Harbi yılları hariç, Ankara, İstanbul ve İzmir'de iki senede bir toplanarak çeşitli sağlık konu ve sorunlarını incelemiştir.

Gazete ve dergilerde Bakanlığın hizmetleriyle ilgili olarak yayınlanan haberleri takip ve tespit amacıyla 1945 yılında idari olarak bir Basın Bürosu kurulmuştur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca satın alınacak, bastırılacak ve abone olunacak yayınları ve filmleri inceleyip üzerlerinde karara varmak için 1961 yılında beş kişilik bir "İnceleme Heyeti" kurulmuştur.⁶ Çalışmaları yönetmelikle belirlenen bu heyet her ay toplanmakta, tıp ve sağlık bilimleri ve ilgili bilim dallarına ait gündemdeki yayın ve film konularını toplumsal hizmetler açısından değerlendirilmektedir. Konulara, ilmi teknik ve sağlık eğitimi yönünden bakarak; sağlık hizmet ve programlarına uygunluk derecesine, sağlık personeline sağlayacağı faydaya, öğretim bakımından önemine

ve programlara uygunluğuna göre karar vermiştir. Bu büro tarafından günlük gazeteler ve diğer yayınlar incelenmekte olup, Bakanlığı ilgilendiren haberlerin özeti bir fişe kaydedilerek gereği yapılmak üzere ilgili dairelere gönderilmektedir. Ayrıca zaman zaman bültenler yayınlanarak Anadolu Ajansına, Ankara ve İstanbul gazetelerine verilmektedir.⁶

Bakanlık, Dr. Refik Saydam tarafından 1928 yılında kurulmuş zengin bir kütüphaneye sahiptir. Genel kültür kitaplarının da yer aldığı bu kütüphanede yayınlar telif, tercüme ve yabancı olmak üzere üç kısımdır. Kütüphaneye 1925-1937 yılları arasında Dr. Refik Saydam tarafından kitaplar armağan edilmiştir. Kütüphanede 1972 yılı sonu envanterine göre 12730 adet demirbaşaya kayıtlı kitap, 5000'i aşkın dergi koleksiyonu mevcuttur.⁶

Dr. Refik Saydam Vekilliği döneminde Sıhhiye Müzesi'nin zengin birikiminden yararlanmak maksadıyla Sıhhi Müze Atlası isminde bir kitap hazırlatmıştır. Bu kitapta Ankara Hıfzıssıhha Müzesi, İstanbul Hıfzıssıhha Müzesi ve İstanbul Sıhhiye Müzesi'ndeki tablo, maket, alçı modellerinin ve fotoğraflarının bulunduğu ve o dönemde yaygın olan, frengi, çiçek, sıtma, çocuk hastalıkları konularında bilgilerin yer aldığı 68 sayfalık renkli baskılı bir eserdir. Bu atlas Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâletinin bir yayını olarak basılmış memleketin her yanına, özellikle okullara dağıtılmıştır.²

Sağlık Eğitiminde Halkevleri

Denizli Halkevi

Piyesler ve halkın daha da ilgisini çeken, 1932 yılında "Gazi Hazretlerinin" Anadolu seyahatini gösteren filmin ücretsiz seyrettirilmesi olmuştur. Fakat film gösterilerinin sonraları pek yaygınlaşmadığı anlaşılmaktadır.¹¹

Burdur Halkevi

1939 yılı Cumhuriyet Bayramı öncesinde Tefenni Halkevi Başkanı "İdris Aykon", halka parasız olarak sinema gösterimi yapmak istediklerini ancak filmi temin edecek paralarının olmadığını belirtmiş, filmin kendilerine parasız verilmesini talep etmiştir. 1948 yılında benzer bir talebi Bucak Halkevi yapmış, halkevine kalıcı gelir sağlamak amacıyla bir sinema makinesi istemiştir. Halkevlerinin kimsesiz çocukların ihtiyaçlarını karşılamak, yoksul hastaların tedavilerinin yapılmasını sağlamak, ilaçlarını temin etmek, köylerden gelen ihtiyaç sahibi hastaların şehir ve kasabalarda tedavisine yardımcı olmak, yoksul işçi ve ailelerine yardımda bulunmak, cezaevlerindeki muhtaç mahkûmları gözetmek, halkın sağlık bilgisini artırmak için yönelik konferanslara ön ayak olmuştur. Afişler asılmış, sağlıkla ilgili filmler hazırlanmıştır. Köye kurulan seyyar sahnelerde temsiller verilmiş, sinema ve projeksiyon makineleriyle halka sağlık ve diğer konularda filmler izletilmiştir.

Temsil Şubesi

Halkevlerinin Temsil şubesi şehir ve kasabaların tiyatro ihtiyacını gidermekteydi. Gençleri hitabeti düzgün ve güzel konuşmaya hazırlamış, yetenekli gençlere olanak tanımıştır. Geleneksel (Karagöz-Hacivat) kültürel değerlere sahip çıkmıştır. Sabit ve seyyar sinema makineleri gösterimler yapılmıştır. Burdur Halkevi'nin en aktif şubesi Temsil' de 1936 yılında 20 gösteri ile 9825 kişiye erişmiştir. Halka faydalı temalarda ücretsiz sinemalar gösterilirken, "Sinir Hekimi" adlı komedi oyunu 1940'da 11 temsil gerçekleştirmiştir.¹²

Ödemiş Halkevi

Ödemiş Halkevinin sağlık çalışmaları "Sosyal Yardım ve Köycülük Kolları" desteği ile yürütülmüştür. Sosyal yardım şubesi Ödemiş kasabasında fakir hastaların sağlık sorunları ile ilgilenirken, köycülük şubesi Ödemiş köylerinde yaşayan hastaların tedavilerini yürütmüştür. Halkevlerinin sağlık alanında yaptığı çalışmalardan en önemlisi koruyucu sağlık hizmetleridir. Ödemiş halkevinde az görülen hastalıkların muayene ve tedavisi

yapılmakla beraber, asıl olan belirli hastalıklarla kesin mücadeleydi. Bu durum bazı hastalıkların kısmen ortadan kalkmasını sağlarken, güçlü ve sağlam nesiller yetişmesine olanak sağladı. Sosyal Yardım Şubesi Ödemiş Ortaokulunda kimsesiz dokuz gencin yemek ve yatak ihtiyacını parasız muayene ve tedavi işlemlerine karşılamıştır. 1934 yılında sıhhat ve içtimai muavenet başkanlığınca 12 tane sıhhi ve içtimai film gönderilmiştir. Bu filmler ünvanlı bir frengi filmi ile sıtma sıhhi su, verem, sinek tehlikesi, ehemmiyetsiz hastalıkların ihmali, uzun ve afiyette yaşamının faydası, anne sütünün kıymeti, sağlığı korumaya alışmak, yıkanmanın ehemmiyeti, sıtma mücadelesinde yeni usuller ve çocuk bakımı filmleridir. Bu filmler ücretsizdir. Bu filmlerden bazıları İzmir’de gösterilmiştir. 1935 yılında şube tarafından yoksul hastalara ücretsiz bakım sağlanmış, 1937 yılında klinik ve bakım odaları kurulmuş, bölge doktorlarından muayene saatleri ayarlamıştır. II. Dünya Savaşı süresince Himaye-i Etfal ile birlikte yapılan çalışmalar sonucu 120 fakir öğrenciye çocuk esirgeme kurumunda her gün sıcak yemek verilmiştir. Fakir çocuklara takım elbise, çamaşır, ayakkabı ve çorap dağıtılmıştır. 1947 yılında Halkevinin girişimleri ile Pazartesi ve Salı günleri saat 16’dan 17’ye kadar fakir ve hasta vatandaşlar doktor “Nezahat Okçular” tarafından muayene edilmiştir. Diğer fakir vatandaşlar için ise Diş Hekimi “Rüştü Elbi” ücretsiz muayene hizmeti sunmuştur. Sosyal yardım koluna mensup doktorlar muhtaç haldeki halka ücretsiz ilaç yardımı yapmıştır. 1934 yılında 34 üye ile çalışmaya başlayan Köycülük Kolunda üye sayısı 1935 yılında 53’e yükselmiş, köye sık sık ziyaretler düzenlemiş, doktor, veteriner, dişiçi, ziraatçı, avukatlardan oluşan heyetlerle köylünün sorunları ile ilgilenmiştir.¹³

Sonuç olarak; Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş yıllarında halkın sağlık sorunlarıyla ilgili ciddi mücadeleler verilmiş, ekonomik yokluğun baş gösterdiği hallerde bile halka sağlık hizmeti sunulmak için çaba harcanmış, kısıtlı olanaklar bile olsa halkta sağlığın geliştirilmesi ve toplumun bilinçlendirmesi çabalarına hız verilmiştir. Halkevleri bu ve benzeri halk sağlığı mücadelesinde rol üstlenmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak; Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş yıllarında halkın sağlık sorunlarıyla ilgili ciddi mücadeleler verilmiş, ekonomik yokluğun baş gösterdiği hallerde bile halka sağlık hizmeti sunulmak için çaba harcanmış, kısıtlı olanaklar bile olsa halkta sağlığın geliştirilmesi ve toplumun bilinçlendirmesi çabalarına hız verilmiştir. Halkevleri bu ve benzeri halk sağlığı mücadelesinde rol üstlenmiştir.

Bilgi

Bu araştırma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Özel Çalışma Modülünde (ÖÇM) yer alan “1928-1973 Yılları Arasında Ülkemizde Sürdürülen Sağlığın Geliştirilmesi Mücadelesinde Halk Sağlığı Temaları: Bütüncül Bakış” başlıklı dönem ödevini içermektedir. Dönem 2 Tıp Öğrencilerinden; alfabetik sıraya göre Begüm Güçlü, Hatice İrem Özgen, Ege Kıyak ve Sezin Şahin’e bu çalışmada gösterdikleri üstün gayretlerinden ve Pamukkale Üniversitesine kazandırdıkları bilimsel destekten dolayı çok teşekkür ederiz.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Nurhan Meydan Acımış: Fikir/Kavram, tasarım, denetleme/danışmanlık, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Bilge Betül Kılıç: Tasarım, kaynak taraması, makalenin yazımı.

Kaynaklar

1. Dirican R. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları –I. Sağlık Yönetimi, 13. Bölüm: Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; 1997.
2. Vergili A. Türkiye’de Modern Tıbbın Kurumsallaşması Ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
3. Özpekcan M. TBMM Tutanaklarına Göre Cumhuriyet’in İlk On Yılında Sağlık Politikamız(1923-1933). Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, İstanbul, 1999.

4. Tekir S. Sıhhiye Ve Muavenet-İ İçtimaiye Vekâleti'nin Kuruluşu Ve Erken Cumhuriyet Dönemindeki Faaliyetleri (1920-1930). *Belgi Dergisi* 2019;2(18):1301-1326.
5. İlikan-Rasimoğlu CG. İki Dünya Savaşı Arası Dönemde Türkiye'de Nüfus Ve Halk Sağlığı Tartışmalarının Değerlendirilmesi. *Lokman Hekim Dergisi* 2014;4(3):16-21.
6. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara;1973. pp: 208-215.
7. www.altayli.net [İnternet]. Ak B. Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Hizmetleri. İnternet erişimi: 06.01.2020. Available from: <https://www.altayli.net/turkiye-cumhuriyetinde-saglik-hizmetleri.html>
8. Dikmeli H. Türkiye'de Sağlık Teşkilatının Geliştirilmesi Çalışmaları (1923-1938).Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih Anabilim Dalı, Elazığ, 2013.
9. Aydoğan R. 1928-1945 Yılları Arası Halk Sağlığı Hizmetleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Bilim Dalı, İstanbul,2002.
10. Çeliktemel T, Özge M. Sinema: Erken Cumhuriyet Döneminde Sinema İle Eğitim Misyonu, Türk Film Araştırmalarında Yeni Yöntemler-12. Ankara; 2016. pp:272.
11. İnan S. Denizli'deki Halkevleri ve Faaliyetleri (1932-1951). Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi 2000; 25-26: 135-157
12. Özer S. Burdur Halkevi ve Faaliyetleri. *Cumhuriyet Tarihi Araştırmaları Dergisi* 2015;22: 331-362
13. Güneş G. Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Ödemiş'te Sağlık (Hastalıklar- Hastalıklarla Mücadele ve Sağlık Kurumları), İzmir Araştırmaları Dergisi 2017;5:33-54
14. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf> (erişim tarihi 1.07.2020)
15. Geray C. Halk Eğitimi. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları. No: 11, 1970.

Hekimbaşı Muştafâ Behcet Efendi'nin *Rûhye Risâlesi* üzerine bir çalışma: Eser gerçekten Störck'ten bir çeviri mi? ⁱ

A study on *Rûhye Risâlesi* by Chief-physician Muştafâ Behcet Efendi: is the work indeed a translation from Störck? ⁱⁱ

Ahmet Acidumanⁱ, Gözde Acidumanⁱⁱ

ⁱProf. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik A.D., <https://orcid.org/0000-0003-2021-4471>

ⁱⁱArş. Gör. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D., <https://orcid.org/0000-0003-2980-1138>

ÖZ

Osmanlı Devleti'nde, üçüncü hekimbaşılığı döneminde, 14 Mart 1827'de Tıbbhâne-i Âmire'nin açılmasını sağlayan ve büyük bir kısmı tıp üzerine olmak üzere, çeşitli eserler telif ve tercüme eden Muştafâ Behcet Efendi (1774-1834), Türk tıp tarihinin önemli ve öncü isimlerinden birisidir. Türk tıp tarihi literatürü gözden geçirildiğinde Muştafâ Behcet Efendi'nin hayatı ile telif ve tercüme ettiği eserlerini de kapsayan önemli çalışmaların yapıldığı ve yayımlandığı görülmektedir. *Risâle-i Telkîh-i Bakarî* [Çiçek Aşısı Risalesi], *Veza'if-i A'zâ* [Fizyoloji Tercümesi], *Tertîb-i Eczâ*, *Kolera Risâlesi*, *Frenji Risâlesi*, Buffon'un *Histoire Naturelles*'inin tercümesi [Tarih-i Tabîî], *Hezâr Esrâr* gibi eserlerinin yanı sıra, bu çalışmanın da konusunu oluşturan *Rûhye Risâlesi* isimli bir eseri de bulunmaktadır. Türk tıp tarihi literatüründe *Rûhye Risâlesi*'ni ele alan eserlerde adı geçen risalenin Hekimbaşı Muştafâ Behcet Efendi tarafından yazılmış olduğu genelde kabul edilen bir bilgi olmakla birlikte, bazı yazarlar tarafından Şânizâde Mehmed Aţâ'ullah Efendi'nin de Störck'ten bu adla bir çeviri yapmış olduğunu ileri sürdükleri görülmektedir. Bu makalede *Rûhye Risâlesi*'nin orijinini açıklamaya yönelik ilginç bulguların sunulması ve bu bilgilerin Türk tıp tarihi literatürüne kazandırılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Muştafâ Behcet Efendi, *Rûhye Risâlesi*, Anton von Störck, Tıp tarihi

ABSTRACT

Muştafâ Behcet Efendi (1774-1834) ensured the foundation of Tıbbkhâne Âmire on March 14, 1827 during his duty as the chief physician for the third time in the Ottoman Empire and wrote and translated many works mostly on medicine, therefore he is considered as a pioneer in the history of Turkish medicine. There are notable studies in the literature involving Muştafâ Behcet Efendi's life, works and translations. Along with *Risâle Telkîh Bakarî* [Pamphlet of Cowpox Vaccine], *Veza'if-i A'zâ* [Physiology Translation], *Tertîb-i Eczâ* [Composition/prescription of Medicines], *Kolera Risâlesi* [Pamphlet of Cholera], *Frenji Risâlesi* [Pamphlet of Syphilis], translation of Buffon's *Histoire Naturelles* [Tarih-i Tabîî], *Hezâr Esrâr* there is also *Rûhye Risâlesi* which is the object of this study. In the studies in the literature of history of Turkish medicine regarding *Rûhye Risâlesi*, it is generally accepted that the considered work was written by Chief-physician Muştafâ Behcet Efendi. However, some authors assert that *Rûhye Risâlesi* was a translation from Störck by Muştafâ Behcet Efendi. The aim of this article is to exhibit and add the findings about the origin of *Rûhye Risâlesi* to the literature of history of Turkish medicine.

Keywords: Muştafâ Behcet Efendi, *Rûhye Risâlesi*, Anton von Störck, History of medicine

ⁱLokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 40-72

DOI: 10.31020/mutftd.706973

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 20 Mart 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 28 Mayıs 2020

İletişim - Correspondence Author: Ahmet Aciduman <ahmetaciduman@yahoo.com>

Giriş

Türk tıp tarihi literatüründe üzerinde tartışma yaşanan konulardan birisi *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi*'dir. *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi*'ni ele alan eserlerde adı geçen risalenin Hekimbaşı Muştafâ Behcet Efendi (1774-1834) (**Şekil 1**) tarafından yazılmış olduğu genelde kabul edilen bir bilgi olmasına karşın, Şânizâde Meḥmed Aṭâ'ullah Efendi (1771-1826)'nin de (**Şekil 2**) bu adla bir risale kaleme almış olduğu yönünde bilgiler yer almaktadır. *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi*'nin telif bir eser mi yoksa Störck adlı yazardan bir çeviri mi olduğu da üzerinde tartışılan bir başka konu olarak göze çarpmaktadır.



Şekil 1. Hekimbaşı Muştafâ Behcet Efendi (1774-1834)



Şekil 2. Şânizâde Meḥmed Aṭâ'ullah Efendi (1771-1826)

Bursalı Meḥmed Ṭāhir Bey '*Osmanlı Mü'ellifleri* adlı eserinin Muştafâ Behcet Efendi'ye ayırdığı bölümünde *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi* ile ilgili şu bilgileri vermektedir: "Risāle'-i Rūḥye/Rūḥiye: Çocuklarda zuhûra gelen ve ergenlik dinilen bir nev' maraz-ı cildî ḥaḳkındadır."¹ Öte yandan Şânizâde Aṭâ'ullah Efendi'ye ayrılan bölümde ise *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi* ile ilgili herhangi bir açıklamanın yer almadığı görülmektedir.¹

Ünver'in 1943 tarihli *Tıp Tarihi – I ve II inci Kısımlar* adlı kitabında Muştafâ Behcet Efendi'nin Croûte de lait (Ruhye) hastalığı üzerine bir risalesi olduğundan bahsettiği, ama eser hakkında bundan başka bir bilgi vermediği görülmektedir.² Ünver'in Şânizâde Meḥmed Aṭâ'ullah Efendi'ye ait bir *Rūḥye Risālesi* olduğu ile ilgili herhangi bir açıklaması bulunmamaktadır.^{2,3}

Uzluk, 1951 yılında Şânizâde Meḥmed Aṭâ'ullah Efendi hakkında yazdığı monografide *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi*'ni Şânizâde'ye atfetmektedir. Bunu da *Miyârü'l-Eṭibbâ*'nın matbu nüshasının 198. sayfasının kenarında yer alan nota dayandırmakta ve başta Bursalı Tahir Bey olmak üzere hemen bütün biyograf ve bibliyografların adı geçen eseri Şânizâde'nin eserleri arasında saymadıklarını bildirmektedir.⁴ İstanbul Üniversitesi Kitaplığı 74/7045 ve Galata Mevlevihanesi, Halet Said Efendi Kütüphanesi, 754 numarada kayıtlı iki nüsha Ruhuyi [Ruhuye] Risalesi'ne rastlandığını bildiren Uzluk, her iki risalede de mütercim olarak Muştafâ Behcet Efendi'nin gösterildiğini söylemektedir.^{4,ii} Uzluk bu risalenin Şânizâde tarafından çevrildiğine, ama

ⁱⁱ "Gerçi risalenin önsözünde Mustafa Behcet efendi son Avrupa Tıp kitaplarını okuduğu zaman bu hastalığın sebeplerine, alâmetlerine, ilâçlarına dair ön söz 4 Şapitri, bir sonuç olmak üzere bu risaleyi kaleme aldığını bildirmektedir. Ön sözde İsa doğumunun

yayınlanmadan, Şānizāde'nin ölümünden sonra Muştafā Behcet Efendi tarafından bulunarak yayımlandığına inanmaktadır.^{4,iii} Muştafā Behcet Efendi'nin bu eseri çevirmesinin olanaklı olmakla birlikte, bu olasılığın zayıf olduğunu düşünmekte, ayırımın ancak Muştafā Behcet Efendi'nin çevirisinde tarih bulunmasıyla yapılabileceğini söylemektedir.^{4,iv}

Uzlu, 1954 yılında Muştafā Behcet Efendi hakkında yayınladığı kitabında da Şānizāde Meḥmed Aṭā'ullah Efendi'nin *Miyār'ül-Eṭibbā* adlı eserinin matbu nüshasının 198. sayfasının kenarına atıfta bulunarak, adı geçen bu risalenin "Musannifi kitap yani Dr. A. Baron von Stoerck (1731-1803)"e ait olduğunu ve bu risalenin tercüme edildiğini Şānizāde'nin sözlerine dayanarak bildirmektedir.⁵ "İstanbul Üniversitesi Kitaplığında süslü bir nüshası bulunan" risalenin içerisindeki ifadeden yola çıkarak, eserin "M. Behçet'e ait olduğu"nun anlaşıldığını, eserin incelenen elyazmalarında "müellifinin isminin her iki nüshada Stuarck şeklinde yazılmış" olduğunu bildirerek, bu durumun "müstensihe ait bir kusur" olabileceğini yazmaktadır.⁵ Risalenin ismiyle ilgili olarak ise Rokh kelimesinin Farsça yanak anlamına geldiğini,^{4,v} *Ruḥiye*'nin de yanağa mensup demek olduğunu^{5,vi} bildirmektedir.

Şehsuvaroğlu da *Rūḥye/Rūḥiye Risālesi*'ni Şānizāde Meḥmed Aṭā'ullah Efendi'nin eserleri arasında saymaktadır.^{6,vii} Öte yandan Stoerk'den Hekimbaşı Muştafā Behcet Efendi tarafından tercüme edildiği bildirilen bir *Rūḥiye Risālesi*'nden bahseden Şehsuvaroğlu bunun incelenmeye değer olduğunu bildirmektedir.^{6,viii}

Fehmi Edhem Karatay ise adı geçen eser hakkında şu bilgileri vermektedir: "1814 H. 569 (...) Müellif eliyle 1217 (1802-03) de yazılmıştır (...) رخیه رساله سی Ruḥiye risālesi Mustafa Behçet Efendi tarafından iltikat ve tercüme suretiyle bir mukaddime dört kap üzere yazılmıştır ve süt çocuklarının yanaklarında zuhur eden ve ruhiye tabir edilen cilt hastalığı hakkında risale (...)"⁷

Şehsuvaroğlu ve arkadaşları *Türk Tıp Tarihi* adlı eserlerinde *Rūḥiye Risālesi*'ni Muştafā Behcet Efendi'nin eserleri arasında anmakta, fakat eserin orijini ile ilgili bir bilgi vermemektedirler.^{8,ix} Aynı eserde Şānizāde'nin eserleri arasında da bir *Rūḥiye Risālesi* sayılmaktadır. Şehsuvaroğlu'nun 1951 tarihli yayınında yer alan açıklamasının burada da aynen yer aldığı görülmektedir.^{8,x}

1770 yılında ünlü hekimlerden Stoerck isminde bir hekimin Kuşurul lebeniye (Süt kabukları=Kışır kabuk, Leben süt), hakkında bir risale yazdığını ondan sonra gelenlerden bazıları dahi bu zatın sözlerini alarak kitaplarına yazdıklarını bildirmektedir.^{4,p:15}

iii "Bu risale Ş.Z. tarafından Störck ün benim henüz aslını bulamadığım broşüründen terceme edilmiştir, fakat zemin ve zaman onun basılmasına engel olmuştur. Hekim başı Mustafa Behçet efendi bu tercemeyi Ş.Z. nin 1826 daki ölümünden sonra satılan kitapları arasında ele geçirmiş ve belki kendisinde bazı ilâveler yaparak bu gün Üniversite ve Halet efendi kitaplıklarındaki risaleler bu suretle meydana gelmiştir. Gerçi Behçet efendi tercemesinin hiçbir yerinde Ş.Z. isminden bahsetmemektedir."^{4,p:15}

iv "Mustafa Behçet efendi bunu gene Störkten terceme etmiştir. Bence bu fikir biraz zayıftır çünkü Ş.Z. nin 1820 de basılması sona eren kitabında bu tercemeyi bitirdiği yazılı ve herkes gibi hekim başı Mustafa Behçet efendide elbette onu okumuştur. Eğer M.B. nin tercemesinde tarih bulunsaydı yahut kopyasının yı[[ı] belli olsaydı bu işi daha kolay ayırt edebilirdik."^{4,p:15-16}

v "Farsçada Rokh yanak demek olup Almanlar, süt çocuklarının yanaklarında husule gelen bu hastalığa Milchschorf demektirler."^{4,p:15}

vi "Farsçada Rokh yanak demek olduğuna göre Ruhiye yanağa mensup demek olur. Risale ise arapça Brochure anlamındadır. Risale-i Ruhiye izafet kaidesiyle yarısı arapça yarısı farsça bir terkip olur."^{5,p:86}

vii "Ruhiye risālesi [9] me'hazlerde Şānizāde'nin bu eserinden bahsedilmezse de Miyar'ül Etibba'nın 198 inci sahifesinde kendisi bu eserinden bahseder. [9] Ruhiye Fransızca Croute de Lait, Osmanlıca kışır leben mânasına gelir."^{6,p:492}

viii "İstanbul Üniversitesi Kütüphanesinde Yıldız yazmaları arasında 74/7045 numarada ve Galata Mevlevihanesi Halet Sait efendi kitaplığında 754 numarada kayıtlı birer Ruhiye risālesi varsa da bunun Stoerk'den ve Hekimbaşı Mustafa Behçet efendi tarafından tercüme edildiği yazılıdır ki bu nokta incelenmeğe değer."^{6,p:492}

ix "Ruhiye veya Kuşur-u Lebeniye (Croute de Lait): Süt çocuklarında pek çok görülen ve halkın konak dediği bir hastalıkla ilgili olan Mustafa Behçet Efendi'nin bu küçük eserinin bir nüshası Galata Mevlevihanesi Kütüphanesi'nde bulunmaktadır."^{8,p:153}

x "(VI) Ruhiye Risalesi: Kaynaklarda Şānizāde'nin bu eserinden söz edilemezse de Miyar'ül-Etibba'nın 193. [198.] sahifesinde kendisi bu eserinden söz etmektedir. İstanbul Üniversitesi Kütüphanesi'nde Yıldız Yazmaları arasında 74/7045 numarada ve Galata

Kâhya ise Muştafâ Behcet Efendi'nin *Rûhiye Risâlesi*'ni Anton von Stoerk'ün *Abhaltung von der Drohung der Kinderblattern* adlı eserinden yararlanarak yazdığını bildirmektedir.^{9,xi}

Yıldırım da aynı bilgiyi tekrarlamaktadır: “Sütçocuklarında görülen bir hastalığı konu edinen, *Ruhiye Risalesi* de, Anton von Stoerck'ün *Abhaltung von der Drohung der Kinderblattern* adlı kitapçığının çevirisidir.”¹⁰

Kâhya ve Erdemir'in *Bilimin Işığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları* adlı kitaplarında şu bilgiyi paylaştıkları görülmektedir: “Mustafa Behcet Efendi'nin ayrıca, *Ruhiye Risalesi* adlı bir çevirisi daha vardır. Bu risale Antony von Stoerk'ten yapılmış bir çeviri olup, burada çocukların yüzlerinde görülen bir nevi cilt hastalığından söz edilmektedir. Eserin orijinal adını bilmiyoruz.”¹¹

Bu çalışmada Türk tıp tarihi literatüründe *Rûhye/Rûhiye Risâlesi* ile ilgili bilgilerle *Rûhye/Rûhiye Risâlesi*'nin kaynağını/kaynaklarını açıklamaya yönelik olarak ulaşılan bulguların sunulmasıyla birlikte bu bilgilerin Türk tıp tarihi literatürüne kazandırılması ve *Rûhye/Rûhiye Risâlesi* ile ilgili olarak Türk tıp tarihi literatüründe yer alan karışıklığın giderilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca *Rûhye/Rûhiye Risâlesi*'nin çevriyazısının sunulması da bu çalışmanın amaçlarındandır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Tabîb Muştafâ Behcet Efendi'nin *Rûhye/Rûhiye Risâlesi* adlı eserinin önce *İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045*¹² (**Şekil 3**) ve *İstanbul Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Halet Efendi Koleksiyonu, No. 754*'te¹³ (**Şekil 4**) yer alan yazmaları üzerinde çalışılmıştır. *İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045* nüshasının çevriyazısı yapıldıktan sonra *Halet Efendi 754* nüshasının çevriyazısı yapılarak, *İstanbul Üniversitesi Türkçe Yazmalar T 7045* nüshası ile karşılaştırılmıştır. *T 7045* nüshası temel alınarak ve *Halet Efendi 754* nüshasında olan farklılıklar dipnotlarda “HE 754” açıklamasıyla gösterilerek bir metin hazırlanmıştır. Okuma kolaylığının sağlanabilmesi adına hazırlanan metne noktalama işaretleri konmuştur. **(Ek-I)**. Çalışmaya daha sonra *Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569*'da¹⁴ yer alan nüsha (**Şekil 5**) dahil edilerek, adı geçen nüshanın da çevriyazısı hazırlanmış ve hazırlanan metne noktalama işaretleri eklenmiştir **(Ek-II)**. Hazırlanan çevriyazılar karşılaştırıldığında, pek çok yerde ifade farklılıklarının olduğu görülmüştür. *Rûhiye Risâlesi*'nin nüshalarının fiziksel görüntüleri karşılaştırıldığında ise bu üç nüsha arasında *İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045* nüshasının diğerlerine göre çok daha özenle hazırlanmış olduğu, *Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı 569* nüshasının ise isimler konusunda en doğru bilgileri vermiş olduğu görülmüştür. *Halet Efendi 754* nüshası ile *Türkçe Yazmalar T 7045* nüshasının birbiriyle çok benzer olup bazı yazım farklılıklarının olduğu fark edilmiştir. Makaledeki eski Türkçe alfabe ile yazılı metinlerin çevriyazıları makalenin yazarlarından Dr. Ahmet Aciduman tarafından, makalede yer alan İtalyanca metinlerden Türkçeye yapılan çeviriler ile makalede yararlanılan İtalyanca metinlerin Türkçe metinlerle karşılaştırılması Dr. Gözde Aciduman tarafından gerçekleştirilmiştir.

Rûhiye Risâlesi'nin *İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045* ve *İstanbul Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Halet Efendi Koleksiyonu, No. 754* yazmalarının muqaddimelerinden yola çıkılarak eserde *kuşûr-ı lebiyye* [قشور لبنیه] ve *rûhye* [روحيه] olarak adlandırılan hastalığın Latince *crusta lactea, lactumen, lactumina*; Fransızca *croûte de lait*; İtalyanca *lattime*; İngilizce *milk scab*; Almanca *Milchschorf* ve Türkçe *süt kabukları* anlamına geldiği saptanmıştır. Eserde ayrıca bazı hekimlerin ve eserlerinin adlarının anıldığı [İstürāk nâmında bir tabîb - *Kuşûr-ı Lebiyye* hakkında bir *risâle* (إِسْتُورَاق - رساله بر حقه حقه بر رساله), Pelink-i Cermâni -

Mevlevihanesi Halet Sait Efendi kitaplığında 754 numarada kayıtlı birer *Ruhiye Risalesi* varsa da bunun von Stoerck'ten ve hekimbaşı Mustafa Behcet Efendi tarafından çevrildiği yazılıdır ki, bu nokta incelenmeğe değer bir durumdur.”^{8,p:158}

^{xi} “Mustafa Behcet Efendi *Ruhiye Risâlesinde* süt çocuklarının yanaklarında görülen bir hastalıktan söz eder. Bu eseri o, Anton von Stoerk'ten yararlanarak kaleme almıştır. Anton von Stoerk'in burada söz konusu eseri *Abhaltung von der Drohung der Kinderblattern*'dir.^{9,p:705}

Emrāz-ı Cildiyye nām risālesi (بِلَيْكُكُ جرمانی - امراض جلدیہ نام رسالسی) ve Dūpnāyil - Ṭıbb-ı 'Amelīsi (طَبَّ عملیسی) [دُنْپَنَیِل - طَبَّ عملیسی] görülmüştür. *Kuşūr-ı lebeniyye*'nin karşılığı olan terimler anahtar kelime olarak kullanılarak hem risalede adı geçen hekimlerin hem de dönemin başka hekimlerinin eserleri araştırılmış, elde edilen bulgular ile Ṭabīb Muşṭafā Behcet Efendi'nin *Rūhye Risālesi* karşılaştırılmış ve tartışılmıştır.



Şekil 3. Rūhye/Rūhiye Risālesi adlı eserin İstanbul Üniversitesi Kütüphanesi, Türkçe Yazmalar, T 7045 nüshasının ilk sayfaları



Şekil 4. Rūhye/Rūhiye Risālesi İstanbul Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Halet Efendi Koleksiyonu, No. 754 nüshasının ilk sayfaları



Şekil 5. Rūhye/Rūhiye Risālesi'nin Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569'da yer alan nüshasının ilk sayfaları

Bulgular

Nils Rosén von Rosenstein (1706-1773)'in *Underrättelser om barn-sjukdomar och deras botemedel* adlı eserinin Giovanni Battista Palletta (1748-1832) tarafından *Trattato Delle Malattie dei Bambini di Niccolo' Rosen de Rosenstein* başlıklı İtalyanca çevirisinde "Lattime" adlı bir bölüm bulunmaktadır (Ek-III) (Şekil 6).¹⁵ Palletta bu bölümün başında çocukları özellikle erken dönemlerinde etkileyen ve Rosenstein'in anmadığı bir deri hastalığından bahsedeceğini bildirerek, bu hastalık için Strack tarafından 1779 tarihinde yayınlanan tezinde sunulan özel ilacı da ekleyeceğini söylemektedir:

Çeşitli ilaç formüllerini ve uyuz için savunulan eski iddiaları önerme üzerine yoğunlaşmayacağım; bunun yerine, daha faydalı olarak, ilk yaşlarında çocukları etkileyen ve ayrıca Lord Rosenstein'in bahsetmediği bir başka kutanöz hastalıktan bahsedeceğim ve o belki de ülkemizde uyuzdan çok daha yaygın ve inanılandan daha da zararlıdır; bunun kısa bir tanımını vereceğim. Bu hastalığa karşı Mainz Üniversitesi Tıp Enstitüleri Pubblico Professore Signore Strack tarafından 3 Aralık 1776'da Lyon Bilimler Akademisi ve İnsan Bilimleri tarafından ödüllendirilmiş bir tezinde 1779 yılında yayımladığı tedaviyi ekleyeceğim.^{15,p:374}



Şekil 6. Giovanni Battista Palletta'nın *Trattato Delle Malattie dei Bambini* di Niccolo' Rosen de Rosenstein başlıklı İtalyanca çevirisinin kapak sayfası ile "Lattime" adlı bölümün başlangıç sayfası

Palletta'nın metni incelendiğinde altı yerde Dr. Strack'ın ismine atıf yapılmış olduğu görülmektedir. Nils Rosén von Rosenstein'ın adı geçen eserinin *Tratié des Maladies des Enfants* başlıklı Fransızca¹⁶ ve *Anweisung zur Kenntniß und Cur der Kinderkrankheiten* başlıklı Almanca¹⁷ baskılarında ise "Croûte de lait" ve "Milchschorf" hakkında bir bölümle karşılaşmamıştır.

William Buchan'ın (1729-1805) *Domestic Medicine: Or, A Treatise on the Prevention and Cure of Diseases by Regimen and Simple Medicines* adlı eserinin J. D. Duplanil (1740-1802) tarafından *Medicina Domestica o sia Trattato Completo di Mezzi Semplici per Conservarsi in Salute Impedire e Risanare le Malattie Opera Utile e Adattata All'Intelligenza di Ciascuno di Guglielmo Buchan* adıyla yapılan İtalyanca çevirisinin ikinci baskısının dördüncü cildinde "Del laticia ne'fanciulli" (*Parte Seconda, Cap. LI, §. IX. Ar. II*) adlı bir bölümün yer aldığı görülmektedir (Ek-IV) (Şekil 7).¹⁸ Bu bölümün başında, çeviriyi yapan Duplanil, Dr. Strack'a ve onun Lyons Akademisi tarafından 1776 yılında ödüllendirilmiş olan tezine atıfta bulunarak, Dr. Strack'ın bu hastalık hakkında pek çok doktorun sessiz kalmış olduğu yönündeki yakınmasını okuyucuya aktarmaktadır:

Söylemeye hazırlandığımız, 1776'da Lyon Akademisi tarafından ödüllendirilen mükemmel bir tezden alınmıştır. Bu tezi için, bu hastalık için doktorların çoğunun çocukların hastalıkları üzerine yazdıklarındaki sessizliği sebebi ile şikâyet eden Mainzlı Doktor Lord Strack'a borçluyuz. "Ya bunun hakkında konuşmadılar, diyor, ya da çok faydalı olmayan bir şekilde yaptılar..."^{18,p:212}



Şekil 7. J. D. Duplanil tarafından *Medicina Domestica o sia Trattato Completo di Mezzi Semplici per Conservarsi in Salute Impedire e Risanare le Malattie Opera Utile e Adattata All'Intelligenza di Ciascuno di Guglielmo Buchan* adıyla yapılan İtalyanca çevirinin ikinci baskısının dördüncü cildinin kapak sayfası ile "Del lattime ne'fanciulli" adlı bölümün başlangıç sayfası

Adı geçen metnin içerisinde Dr. Strack'ın isminin altı kez anıldığı görülmektedir. Öte yandan, William Buchan'ın adı geçen eserinin ikinci¹⁹ ve on birinci²⁰ baskılarının *Crusta Lactea* hakkında bir bilgi içermediği görülmektedir.

Palletta ve Duplanil'in çevirilerinde bildirdikleri Caroli Strack'ın *Crusta Lactea Infantum* başlıklı tezi 3 Aralık 1776 tarihli olup basım tarihi 1779 yılı ve dili de Latince'dir.²¹ Bu tezin *Von dem Milchschorf der Kinder und einem spezifiken Mittel darwider* başlıklı bir Almanca çevirisi²² de bulunmaktadır (Şekil 8).

Josef Jakob Plenck (1735-1807)'in *Doctrina de Morbis Cutaneis* adlı eserinde "Crusta Lactea"²³ ve onun İtalyanca çevirisi *De Morbi Cutanei*'de "Crosta Lattea"²⁴ (Ek-V) adlı bölümlerin bulunduğu görülmektedir (Şekil 9). Bu bölümlerde ise Strack ismine rastlanmamaktadır.

Yapılan inceleme ve karşılaştırmalar sonucunda Muştafa Behcet Efendi'nin eserini yazarken J. P. Duplanil'in çevirdiği esere eklediği İtalyanca bölümü esas aldığı görülmektedir (Tablo 1 ve 2).



Şekil 8. Caroli Strack'ın *Crusta Lactea Infantum* başlıklı Latince tezi ile bu tezin *Von dem Milchschorf der Kinder und einem spezifiken Mittel darwider* başlıklı Almanca çevirisinin kapak sayfaları.



Şekil 9. Josef Jakob Plenck'ın *Doctrina de Morbis Cutaneis* adlı eserinde "Crusta Lactea" ve onun İtalyanca çevirisi *De Morbis Cutanei*'de "Crosta Lattea" adlı bölümlerin başladığı sayfalar

Tablo 1. Muştafâ Behcet Efendi'nin *Kuşûr-ı Lebeniyye* adlı eserinin ve J. P. Duplanil'in çevirisinde yer alan *Del lattime ne'fanciulli* adlı bölümün alt başlıkları.

Muştafâ Behcet eṭ-Ṭabīb – Kuşûr-ı Lebeniyye	J. P. Duplanil – Del lattime ne'fanciulli
El-Muḳaddime kuşûr-ı lebeniyyenüñ mâhiyyet ve ḥaḳîḳati beyânındadır.	
Bab-ı evvel kuşûr-ı lebeniyyenüñ esbâbı beyânındadır.	Cagioni del lattime [<i>Lattimenin nedenleri</i>]
Bâb-ı şânî kuşûr-ı lebeniyyenüñ 'alâmâtı beyânındadır.	Sintomi del lattime [<i>Lattimenin belirtileri</i>]
Bâb-ı şâliş kuşûr-ı lebeniyyenüñ taḳdime'-i ma'rifesi beyânındadır.	
Bâb-ı râbî' kuşûr-ı lebeniyyenüñ mu'âlecâti beyânındadır.	Cura del lattime [<i>Lattimenin tedavisi</i>]
El-Ḥâtıme kuşûr-ı lebeniyyeden taḥaffuz ve şıyânetüñ ṭarîḳi beyânındadır.	Mezzi di preservare i fanciulli del lattime [<i>Çocukları lattimedden koruma yolları</i>]

Tablo 2. Muştafâ Behcet Efendi'nin *Kuşûr-ı Lebeniyyen*in sebeplerini ele aldığı bölümde J. P. Duplanil'in *Del lattime ne'fanciulli* adlı bölümünün süt kabuğunun sebebini açıklayan kısmından alıntı yaptığını gösteren bazı örnekler. Tabloda Plenck'in eserinden yapılan alıntı örneği de görülmektedir.

Bab-ı evvel kuşûr-ı lebeniyyenüñ esbâbı beyânındadır.	Süt kabuğunun sebebi
Düpnâyil nâm ṭabīb ṭıbb-ı 'amelisinde taḥrîr eylemişdir ki bu 'illetüñ sebeb-i ḥaḳîḳisi mestür ve muḥtefi olub bu aña degin münkeşif olmamışdur ^{12,p:6}	[Duplanil] <i>Lattimenin sebebi hâlâ bir gizemdir.</i> ^{18,p:213}
ve kezâlik meşâhîr-i eṭıbbâdan Pelink-i Cermânî'nün <i>Emrâz-ı Cildiyye</i> nâm risâlesinde "bu 'illete demüñ ḥırafet ve ḥiddetinden neş'et idüb ṭabî'at-ı müdebbirenüñ mevâdd-i fâsîde ve rediyyeyi demden bi-ṭarîḳi i't-tenḳiye ifrâz ve vicneteyne def' itmesidür" didi ^{12,p:6}	[Plenck] Neden olan materyal yağlı akrimonyanın yanak veya yüzdeki kütanöz bezlere birikmesidir; bu yüzden çoğunlukla şişman veya sütannesinin kanı yağlı, eski ve çok olan infantlarda olur. ^{24,p:82}
ve daḫı bu marazı evvelâ teşḫîş ve taḥrîr eyleyen İstürâḳ zâhib olmuşdur ki "kuşûr-ı lebeniyye 'ilel-i mütevâriş ve şâriyyedendür, şöyle ki bu 'illete ḥâl-i ṭufûliyyetde mübtelâ olmuş vâlide ve murzî'adan bi-ṭarîḳi's-sirâye ṭıflıda zuhûr ve vukû'idur ve bu marazüñ mütevâriş ve sârî olması bir kaç ṭarîḳledür. Evvelâ bi-ṭarîḳi't-tevârûş sirâyetdür ki ṭıfluñ vâlidesi ḥâl-i ṭufûliyyetinde bu 'illete mübtelâ olmaḳdur, gerek bi'n-nefs kendi irzâ' eylesün ve gerek âḫer irzâ' eylesün. Şâniyâ sirâyet-i bi-ṭarîḳi i'l-irzâ'adur ki ṭıfluñ süd anası bu marazdan muḳaddemâ me'ûf olmaḳla ṭıflıda zuhûr ve sirâyetidür ve bu 'illetden me'ûf olmuş murzî'a bir niçe eṭfâle irzâ' ile anlarda kuşûr-ı lebeniyye zuhûr eylediḳi bi'd-defa'ât tecribe ve müşâhede olunmuşdur" deyu taḥrîr eylemiş. ^{12,p:6}	[Duplanil] Sig. Strack açıkça bunu bilmediğini ifade eder: eğer fikrini söylemesi için zorlanırsa, bunun bulaşıcı bir hastalık olduğunu söyler, bir neden verememesine rağmen bu fikir temelsiz değildir. 1. Çocukluğunda bu hastalığı olan annelere doğan bebekler, kendi anneleriyle, ücretli sütanne ile veya inek sütü veya herhangi başka bir yiyecek beslense de <i>lattime</i> ile enfestedir. 2. <i>Lattimesi</i> olan sütanne, buna sahip olmayan baba ve anneye doğmasına karşın bunu çocuğa geçirdiğinden; bu yolla, der yazar, aynı sütannenin farklı ailelere mensup birkaç çocuğa bu musibeti bulaştırdığını sıkça görmüştür. Bu yüzden bu musibete başka bir kere maruz kalan yabancı bir sütannenin, bunu bulaştırma ihtimali süt vermeyen anneden daha fazladır. ^{18,p:213}

*Kuşûr-ı lebeniyyen*in tedavisini ele aldığı bölümde ise Giovanni Battista Palletta'nın çevirdiği esere eklediği İtalyanca bölümü esas olarak eserine aktardığı görülen Muştafâ Behcet Efendi'nin (**Tablo 3**), risalenin uygun yerlerine de Plenck'in eserinin İtalyanca çevirisinden bazı bilgileri eklediği görülmektedir (**Tablo 1 ve 3**).

Tablo 3. Muştafâ Behcet Efendi'nin *kuşûr-ı Lebeniyyen*in tedavisini anlattığı bölümde Giovanni Battista Palletta'nın "*Lattime*" adlı bölümünden alıntı yaptığını gösteren bazı örnekler. Tabloda Plenck'in eserinden yapılan alıntı örneği de görülmektedir.

Bâb-ı râbî' kuşûr-ı lebeniyye mu'âlecâtı beyânındadır.	Süt kabuğunun tedavisi
Bu marazûñ tedbiri iki tarîk ile huşûl-pezir olur. Evvelkisi bilâ-mu'âlece tabî'ata havâle, ikincisi mu'âlece-i bi'd-devâ'dur, ^{12,p:6}	[Palletta] İyileşme iki yolla gerçekleşir, ya doğanın işiyle, ya da ilaçlar vasıtasıyla. ^{15,p:375}
Lakin tabî'atuñ def'ine havâle niçe vaktuñ mürûrina muhtâcdur ki tabî'at bi-tav'ihâ istişâl eyleye. Bu şüretde altı ay ve belki bir sene yâhûd ziyâde müddetde mündefî' ola. Ammâ mu'âlece-i bi'd-devâ ile on beş günden ziyâde ve noqşân müddetde burû'ı müyesserü'l-huşûl olur. ^{12,p:6}	[Duplanil] Fakat, doğaya bırakılan iyileşme sanat [tıp] tarafından bildirilenden daha geç başarılı olur, çünkü müsibet kendi haline bırakıldığında altı ay, bir yıl sürer; şimdi açıklayacağımız ilaca gelince, bu on beş günlük, çok ya da az, bir uğraştır. ^{18,p:215}
Bu 'illete evvelâ tecrube ve tahrîr eyleyen İstürâk nâm tabîb yigirmi sene kadar etfâl-i müte'addide de bu maraza tedbir eşnâsında devâyı külliye vâşîl olmuşdur ki ol devâyâ lisân-ı Efrencide yâçeâ ve Türki'de hercâyî benefşe dirler. Tabîb-i mesfûr "kına kına hummeyât-ı dâ'irede ne-şekil devâyı mahşûş ise bu haşîşe dahî bu 'illete mücerreb devâyı mahşûşdur" didi. ^{12,p:6-7}	[Palletta] Ama Sig. Strack 20 yıllık bir süreçten edindiği sevindirici bir başarıyla, özgün bir bitkinin meziyetlerini ortaya çıkardı ve bu bitki, <i>china chinan</i> ın intermitant ateşlere etkisiyle karşılaştırıldığında, <i>lattime</i> ye karşı çok etkilidir. Bu bitki <i>jacea</i> olarak adlandırılır. ^{15,p:376}
ve kezâlik bu 'illet için Covân-ı Mõşkânmi ^{xii} nâm tabîb Nâpõli ahâlîsinden bir devâ'-i ceyyid ahz itmişdür ki ol devâ' tıfluñkolundan 'âdetâ yakı açmak iledür ve bu 'amel ile etfâl-i keşîre şihhat-yâb olduklarını nakl ve rivâyet eylemişdür, zîrâ koldan yakı açılmak ile bu 'illete müceb olan ruţûbât-ı müte'affine geregi gibi istifrag olunub burû'-ı kâmil gelmesine kifâyet ider ve bu 'amelüñ tarîkini dahî şöyle beyân itmişdür ki tıfluñ ihtiyâr olunan kolunuñ taraf-ı dâhilîsini pazı yaprağı ile kırmızılanınca cüz't şiddetlice oğalar, ba'dehu üzerine şâbûn-ı esved ve diyârimızda mağrib şâbunu dinilen devâdan cüz't tîlâ olunub üzerine yaprak leff eyleyeler ve anuñ üzerine dahî dülbenden bir yaşdıq vaz' olunub bağlandıktan-şoñra terk eyleyeler ve bu 'amel her gün tekrâr oluna, tâ ki cild şâbûn-ı esvedden çürüyüb münşakıb ola, ba'dehu 'âdetâ koldan açılan yakı gibi a'mâl oluna. ^{12,p:9}	[Palletta] Üstün deneyimli Sig. Dr. Giovanni Moscati Napoli'de çocukların <i>lattime</i> den kurtarıma yolunu bana zarif bir şekilde anlattı, bu, kırmaktır, <i>la rova</i> derler. Bu, kolda bir memba (pınar) açmaktır. Kolun iç kısmı bir pancar (kökü) veya lahanayla ovulur, cilt kızarıncı, siyah sabun uygulanır, pazı yaprağıyla ve bir kuştüyüyle kapatılır ve bir sargıyla burada tutulur. Bu sargı, cilt kara sabun tarafından aşındırılıp delinene kadar her gün tekrarlanır ve daha sonra sıradan bir kaynak gibi tedavi edilir. <i>Lattime</i> yi sürdüren kötü humor azar azar boşaltılır ve bu kusursuz iyileşmeye ulaşmak için yeterlidir. ^{15,pp:377-8}
Pelink-i Cermâni tahrîr eylemişdür ki bu 'illette murzî'a dahî perhîz ve ihtimâ eylemek lâzımdur, meşelâ şarâb ve fuqkâ'ü'ş-şar ve hâmişât ve lebeniyyât gibi ve aralık aralık murzî'aya dahî müleyyin virilüb tabî'atları telyîn üzre turmak ve ba'z maţâbîh-ı muşaffiye ve sâ'ir mu'âlecât-ı münasibe virilmek lâzımdur ve dahî hâricden kurudıcı kurşundan ma'mûl ve sâ'ir edviye-i kâbizadan a'mâl olunmuş merâhim-i râdi'a ilşâkından dahî gâyet-de mücânebet ve ihtirâz oluna, lakin cüz't taħammuz eylemiş kaymak tîlâ eylemekden ben çok menâfi-i 'azîme müşâhede eyledüm" didi. ^{12,p:9}	[Plenck] İnfant süttten kesilir, ya da sütanne daha genç ve zayıf olanıyla değiştirilir. Eğer bu yapılamazsa sütanne 1. Şarap, bira ve süt ürünlerinden sakınır; 2. Birkaç kez temizlenir; 3. Kanı saflaştırmak için dekoksasyon içer; 4. Yumuşak, yağsız veya sütlü yiyecekler kullanır ve 5. İnfanta da aynı ilaç ve diyeti verir. Dıştan kurşunlu veya diğer kurutucu ilaçlardan kaçınılır ve süt kabuğu günde iki kez asidik süt kreması ile yağlanır, bu bana sıkça yararlı olmuştur. ^{24,p:82-3}

Tartışma

Muştafâ Behcet Efendi risalenin girişinde, eserini son dönem Frenk kitaplarından topladığını ve bir araya getirerek yazdığını söylemekte,^{xiii} eski Latince kitaplarda kuşûr-ı lebeniyye adlı bir hastalığın yer almadığı ve bu hastalığın yeni yazılmış kitaplarda bulunduğu bilgisini vererek İstürâk adlı bir tabibin bu konuda 1770

^{xii} HE 754'de "Mõşkâti" olarak yazılıdır.

^{xiii} "Bu 'abd-ı kalîli'l-bezâ'a ve 'adîmi'l-istiţâ'a Muştafâ Behcet et-ţabîb kütüb-i müte'ahhîrin-i efrenciyyeden eşnâ'-i müţâla'ada cem' ve iltikâţ ile bu 'illetüñ esbâb ve 'alâmât ve mu'âlecâtına dâ'ir bir muqaddime ve dört bâb ve bir hâtimeyi hâvî işbu risâle ketb ve imlâ kılındı."

yılında bir risale yazdığını, sonra gelenlerden bazılarının da adı geçen tabipten alıntı yaparak kitaplarında bu konuyu yazdıklarını ve beyan ettiklerini bildirmektedir.^{xiv}

Muştafâ Behcet Efendi'nin verdiği 1770 tarihi Caroli Strack'ın *Crusta Lactea Infantum* adlı tezinin yayın tarihi olan 1779 ile uyuşmamaktadır. Bu farklılık akla "Müstensihler incelenen her iki yazmada da tarihi noksan olarak yazmış olabilirler mi?" sorusunu getirmektedir. Yine her iki yazmada da hastalığın ismi Rûhîye/Rûhiye olarak yazılıdır. Uzluk ve Karatay'ın verdiği bilgilerde ise hastalığın isminin Rûhîye^{xv} olarak ele alındığı görülmektedir. Bu nedenle Karatay'ın verdiği bilgilerden yola çıkılarak eserin Topkapı Sarayı'nda bulunan müellif eliyle yazılmış nüshasına bakılmasına gerek duyulmuştur.

Crusta Lactea adı verilen hastalıkla ilgili tezin/eserin sahibi Caroli Strack ise, *Rûhîye Risâlesi* nasıl olup da Anton von Störck (1731-1803)'ün bir eserinden çeviri olarak kabul edilmiştir?

Bu sorunun yanıtları Uzluk'un ve Şehsuvaroğlu'nun çalışmalarında bulunan açıklamalarında yer almaktadır. Uzluk 1951 yılındaki yayınında *Miyârü'l-Etibbâ*'nın 198. sayfasının kenarına atıfla *Rûhîye Risâlesi*'nin yazarını Şânizâde olarak bildirmektedir. Eserin Stoerck'ten çeviri olduğuna tereddüdü yoktur. Risalenin yazarı olarak Muştafâ Behcet Efendi'nin görünmesine karşın, ilk yorumunda Muştafâ Behcet Efendi'nin bu risaleyi Şanizade'nin ölümünden sonra bularak eklemelerle yazdığı kanaatindedir. İkinci yorumunda da Muştafâ Behcet Efendi'nin de bu risaleyi Stoerck'ten çevirme olasılığı bulunduğunu bildirmekte, ama buna olanak vermemektedir.

Uzluk 1954 yılı yayınında da benzer şeyleri yazmaktadır. Bununla birlikte burada Uzluk, kafasını karıştıran iki noktayı ortaya koymaktadır:

Şânizadenin Miyarı kenarında not ettiği broşürü, diğer değerli eserleri giri [gibi] göremediklerimiz arasındadır.^{5,p:86} [Bir başka deyişle, eğer bu risaleyi çeviren Muştafâ Behcet Efendi ise Şanizade'nin çevirisi nerededir?]

Ancak hayrete şayan olan tarafı müellifin ismini her iki nüshada Stuarck şeklinde yazılmış olup, bu müstensihe ait bir kusur olacak.^{5,p:86}

Şehsuvaroğlu da *Rûhîye Risâlesi*'nin kime ait olduğu konusunda bir tereddüt yaşamakta ve eseri *Miyârü'l-Etibbâ*'ya göre Şânizâde'nin eserleri arasında saymakta, *İÜ Yıldız Yazmaları 74/7045* ve *Galata Mevlevihanesi Halet Sait Efendi No. 754*'e göre Muştafâ Behcet Efendi'nin çevirdiğini düşünmektedir:

Ruhiye risâlesi [9] me'hazlerde Şânizâde'nin bu eserinden bahsedilmezse de Miyârü'l Etibbâ'nın 198 inci sahifesinde kendisi bu eserinden bahseder.^{6,p:492}

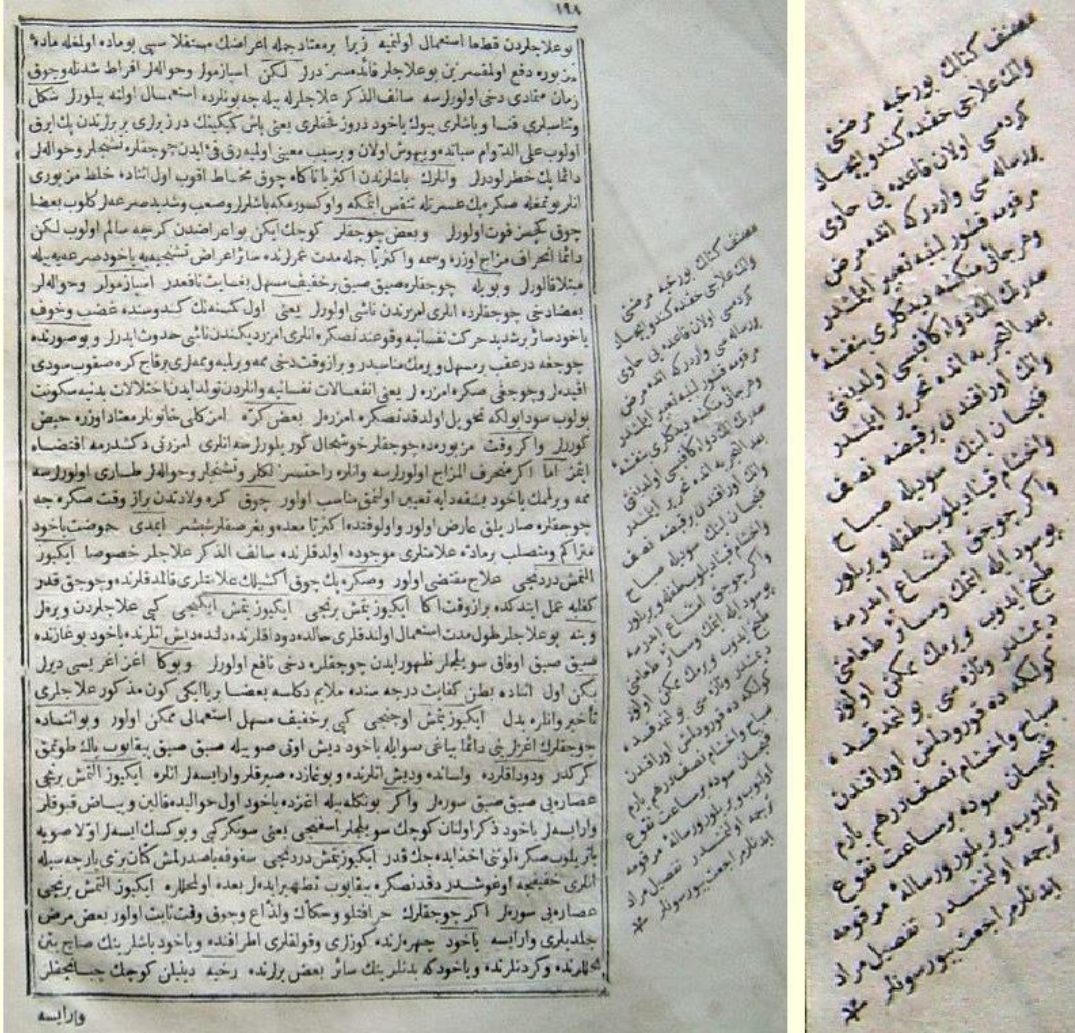
İstanbul Üniversitesi Kütüphanesinde Yıldız yazmaları arasında 74/7045 numarada ve Galata Mevlevihanesi Halet Sait efendi kitaplığında 754 numarada kayıtlı birer Ruhiye risâlesi varsa da bunun Stoerk'den ve Hekimbaşı Mustafa Behcet efendi tarafından tercüme edildiği yazılıdır ki bu nokta incelenmeğe değer.^{6,p:492}

Uzluk'un ve Şehsuvaroğlu'nun kafasını karıştıran kanımızca Şânizâde olmuştur. Şânizâde büyük olasılıkla Muştafâ Behcet Efendi'nin *Rûhîye/Rûhiye Risâlesi*'ni biliyordu ve yine büyük olasılıkla *kuşûr-ı lebeniyye* konusunda da çevirenin ismini vermeden o risaleye gönderme yapmıştı (**Şekil 10**).

^{xiv} "Fî'l-ḥaḳîka kütüb-i Laṭîniyye'-i kadîmede daḳı kuşûr-ı lebeniyye nâmında 'illet olmayub ancak 'ahd-ı karîbde te'lîf olunan kitâblarda muḥarrer ve meşûrdur. Ez-cümle mîlâd-ı 'İsâ'nuñ biñ yedi-yüz yetmiş târihinde meşâhîr-i eṭibbâdan İstürâk nâmında bir ṭabîb kuşûr-ı lebeniyye ḥaḳkında evvelâ bir risâle te'lîf eyleyüb andan-şoñra gelenlerden ba'zıları daḳı ṭabîb-i mesfûruñ kavlini aḳz ile kitâblarında taḥrîr ve tebyîn eylemişlerdür."^{12,p:2}

^{xv} P. رخ ruh. s. 1. The cheek, the cheeks. Hence, 2. The face, the features (...).^{25,p:969} ve رخ ruh (f.i): 1. Yanak, yüz çehre (bkz: hadd, izâr, ruhsâr, ruhsâre) (...).^{26,p:897}

Muşannif-i kitab bu ruḥye marazını ve anuñ 'ilāci ḥaqqında kendü icād-gerdesi olan kā'ideyi ḥavī bir risālesi vardur ki anda maraz-ı merķūma kuşūr-ı lebeniyye ta'bīr eylemişdür ve hercāī menekşe didikleri benefşe'-i se reng anuñ devā'-i kāfisi olduğunu ba'de't-tecibe anda taḥrīr eylemişdür ve anuñ evrākından bir kabza nişf fincān inek südiyle şabāḥ ve aḥşām kaynadılıb tıfla virilür ve eger çocuk imtinā' iderse bu süd ile etmek ve sā'ir ta'āmını ṭabḥ idüb virmek mümkün olur dimişdür ve tāzesi bulunmadıkda gölgede kurutulmuş evrākından sabāḥ ve aḥşām nişf dirhem yarım fincān süde bir sā'at nuķū' olunub virilür ve risāle'-i merķūme terceme olunmuşdur tafşil-i murād idenler mürāca'at buyursunlar"²⁷,p:198



Şekil 10. Şānizāde Meḥmed Atā'ullah Efendī'nin *Mi'yārü'l-İtibbā* adlı eserinin 198. sayfası ve *kuşūr-ı lebeniyye* konusunda bilgi verdiği derkenar notu

Şānizāde'nin *Rūḥye Risālesi*'nin yazarının Störck olduğu hatasını yapma nedeni Störck ile Strack'ın Türkçeleştirilmiş yazılışlarının birbirine çok benzer olmalarıdır Şānizāde'nin *Veşyā-nāme-i Seferiyye*²⁸ adlı eserinde Störck'ün astoruk olarak yazılı olduğu görülürken, Uzluk ve Şehsuvaroğlu'nun da incelemiş oldukları Muşafā Behcet Efendī'nin *Rūḥye Risālesi*'nin İstanbul Üniversitesi, *Türkçe Yazmalar, T 7045* nüshasında Strack'ın استوراك olarak yazıldığı ve İstanbul Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, *Halet Efendi Koleksiyonu, No. 754* nüshasında da استوراك olarak yazıldığı görülmektedir (Şekil 11).

Uzluk'un aslında bu anomaliyi (Stuark) fark etmiş olduğu, ama bunu müstensihlerin isimleri hatalı yazmış olabileceğine yorarak bir çözüm yoluna gittiği görünmektedir. Şehsuvaroğlu da bu garipliği fark etmiş ve "konunun incelenmeye değer" olduğunu belirtmiş, ama başka bir girişim yapmamıştır. Bu belgeler ve bilgiler

eşliğinde, dolaylı da olsa, Şānizāde'nin büyük olasılıkla böyle bir çeviri yapılmış olduğunu söylemek olanaklı görünmektedir.



Şekil 11. Şānizāde Mehmed Aṭā'ullah Efendi'nin *Veşyā-nāme-i Seferiyye* adlı eserinde Störck'ün yazılışı ile Muştāfā Behcet Efendi'nin *Rūhiye/Rūhiye Risālesi*'nin İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045 nüshasında Strack'ın yazılışı

Uzluḳ'un hastalığının ismini Rūhiye [رخيه] olarak vermesinin nedeninin de Şānizāde'den edinmiş bilgi olduğunu söylemek mümkündür. Hem *Mi'yārü'l-Eṭibbā*'nın basılı nüshasının 198. sayfasının derkenarında [رخيه],²⁷ hem de adı geçen eserin *Konya İl Halk Kütüphanesi, Feridun Nafiz Uzluḳ Kitapları, No. 6856*'da bulunan yazma nüshasında hastalığın ismi رُحِيه olarak yazılıdır.²⁹ Öte yanda *Mi'yārü'l-Eṭibbā*'nın 198. sayfasının derkenarında yer alan bilginin, eserin *Feridun Nafiz Uzluḳ Kitapları, No. 6856*'da bulunan yazma nüshasında yer almadığı görülmektedir (Şekil 12).²⁹



Şekil 12. Şānizāde Mehmed Aṭā'ullah Efendi'nin *Mi'yārü'l-Eṭibbā* adlı eserinin *Konya İl Halk Kütüphanesi, Feridun Nafiz Uzluḳ Kitapları, No. 6856*'da bulunan yazma nüshasında hastalığın isminin yazılışı

Kâhya'nın da *Rūhye/Rūhiye Risālesi*'nin yazarının Störck olduğu konusunda yanılmasının nedeni hem Uzluk'un hem de Şehsuvaroğlu'nun vermiş olduğu bilgiler olduğu düşünülebilir. Eserin Störck'ün *Abhaltung von der Drohung der Kinderblattern* adlı eserinden çevrildiği bilgisinin nedeni ise *kuşūr-ı lebeniyyenin* büyük olasılıkla çiçek hastalığı ya da bununla ilgili bir durum olarak değerlendirilmiş olabileceğidir. Araştırmalarımız sırasında Störck'ün Almanca yazdığı eserleri arasında *Abhaltung von der Drohung der Kinderblattern* [Çocukların çiçeğinin tehdidinden önleme] adlı bir eseriyle karşılaşmamıştır. Buna karşın literatürde Störck'ün *Abhandlung^{xvi} von der Einpfropfung^{xvii} der Kinds-Blatern^{xviii}* (Wien, 1771)³¹ [Çocuk Çiçeği Aşılması Makalesi] adlı bir eserinin bulunduğu görülmüştür (**Şekil 13**).^{xix}



Şekil 13. Störck'ün *Abhandlung von der Einpfropfung der Kinds-Blatern* adlı eserinin kapağı ve eserden bir sayfa

Yıldırım'ın da Kâhya'nın makalesini kaynak olarak kullanmış olması nedeniyle bu bilgiyi tekrarlamış olduğu anlaşılmaktadır.

Kâhya'nın Erdemir'le birlikte hazırladığı eserinde *Rūhye/Rūhiye Risālesi*'nin Störck'ten çeviri olduğu bilgisinin tekrarlanmadığı ve büyük olasılıkla bir düzeltmeye gidilmiş olduğu görülmektedir.

Muştaşā Behcet Efendi'nin *Rūhye/Rūhiye Risālesi*'ni yazarken yararlandığı kaynakları belirtmesi olumlu bir durumdur. Bununla birlikte Rosenstein'in eserini İtalyancaya çeviren Giovanni Battista Palletta'nın adını risalesinde hiç anmaması, "Duplanil" adlı hekimin ismini "Dupnāyil" olarak vermesi ve Strack'ın eserinin yayım tarihi 1779 iken, bunu 1770 olarak bildirmesi çalışma sırasında karşılaşılan önemli ve ilginç bulgulardandır.

^{xvi} "abhandlung: f. 1. ilmî tetkik, araştırma, trete 2. (kleinere) risale, makale, yazı".^{30,p:6}

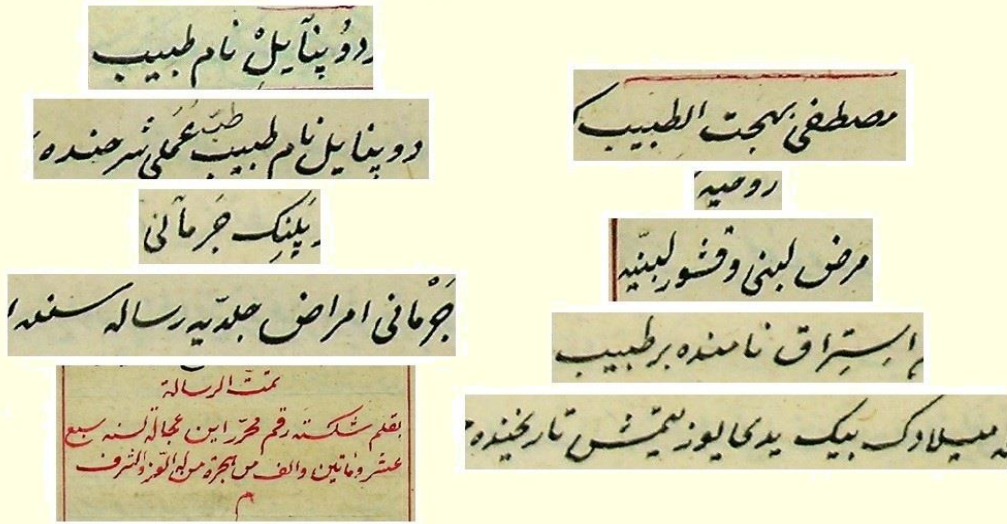
^{xvii} "einpfropfen: 1. aşılama 2. fig. zorla öğretmek, kafasına sokmak".^{30,p:176}

^{xviii} "Blattern: 1. çiçek hastalığı 2. çiçek bozukluğu".^{30,p:116}

^{xix} Friedrich Ludwig Meissner'in 1850 tarihli *Grundlage der Literatur der Pädiatrik, enthaltend die Monographien über die Kinderkrankheiten* adlı eserindeki kitap listesinde "Ant. Stoerck, Abhandlung von der Einpfropfung der Kinderblattern. Wien 1760. 8." künyesiyle bu eserin adı yer almaktadır.^{32,p:170.}

Bir başka dikkat çeken bulgu Muştafâ Behcet Efendi'nin *Rûhîye/Rûhiye Risâlesi*'ni yazarken kullandığı kaynakların İtalyanca olmasıdır. Bu durum Muştafâ Behcet Efendi'nin yaptığı diğer çevirilerinde de eserlerin İtalyanca çevirilerini kullanmış olmasıyla uyumludur. Duplanil ve Palletta'nın eserlerinde adı geçen bölümlerde Strack'tan bahsettikleri yerlerde, aynı şekilde, Muştafâ Behcet Efendi de *Rûhîye/Rûhiye Risâlesi*'nde Strack'tan bahsetmiş; hatta öyle ki alıntı yaptığı yazarın bazı ifadelerini de tekrarlamıştır.^{xx}

Topkapı Sarayı nüshası açık bir şekilde göstermektedir ki bu çalışmanın konusu olan *Rûhîye/Rûhiye risâlesi* [روحیه] Muştafâ Behçet et-Tabîb [مصطفى بهجت الطبيب] tarafından kaleme alınmıştır. Hastalık maraz-ı lebenî [مرض لبنی] ya da kuşûr-ı lebeniyye [قشور لبنیه] olarak adlandırılmaktadır. Muştafâ Behçet Efendi eseri yazarken yararlandığı hekimin adını İstirâk/Istirâk [استراق] ve eserin tarihini de miladın 1770'i [ملاذك بيك يدى يوز يتمش] olarak vermektedir. Risalede Muştafâ Behçet Efendi'nin adını andığı ve yararlandığı hekimlerden Dupnâyil [دوپناییل] in eserinin adının *Ṭıbb-ı 'Amelî Şerhi* [طب عملى شرحى], Pelink-i Cermânî [پلینک جرمانی] adlı hekimin eserinin de adının *Emrâz-ı Cildiyye Risâlesi* [امراض جلدیه رسالسى] olarak verildiği görülmektedir. Yine adı geçen nüshanın son sayfasında risalenin yazım tarihinin Hicri 1217 olduğu ve müellif eliyle yazıldığı da bildirilmektedir (*Şekil 14*).



Şekil 14. Müellif Muştafâ Behcet et-Tabîb'in kendi el yazısı ile Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569'da *Rûhîye/Rûhiye Risâlesi*'nde adı geçen yazarlar ve eserleri ile eserin yazılım tarihi

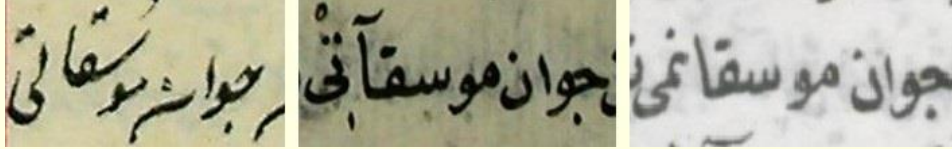
Sonuç

Muştafâ Behcet Efendi'nin Kuşûr-ı Lebeniyye üzerine yazdığı ve *Rûhîye/Rûhiye Risâlesi* olarak adlandırılan eseri Anton von Störck'ten yapılmış bir çeviri değildir. Bu eser Caroli Strack tarafından 1776'da sunulan ve 1779 tarihinde basılan *Crusta Lactea Infantum* adlı tezde yer alan bilgilere atıf yapılarak J. P. Duplanil'in *Medicina Domestica o sia Trattato* ve Giovanni Battista Palletta'nın *Trattato delle Malattie dei Bambini* adıyla çevirdikleri eserlere ekledikleri, sırasıyla "Del lattime ne'fanciulli" ve "Lattime" adlı bölümlerle, Plenck'in eserinin İtalyanca çevirisinde yer alan "Crosta Lattea" adlı bölümden yararlanılarak hazırlanmış bir çeviri-telif eser görünümündedir.

Eserin adını aldığı kelime Rûhîye [روحیه] olup Şânizâde bunu *Mi'yârü'l-Eṭıbbâ* [معيار الاطبا]'da Ruḥîye [رُحِيه] olarak yazmıştır. Muştafâ Behcet Efendi Strack ismini Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569'da yer alan kendi yazdığı nüshada İstirâk/Istirâk [استراق] şeklinde doğru olarak vermiştir. İÜ T 7045 ve Halet Efendi No. 754

^{xx} "Anuñ emşâli 'avârızât-ı keşîrenüñ zuhûrını muşannif-i mesfûr kitâbında taḥrîr itmişdür ki taḥvîlden ihtirâzen işbu maḥalle kayd olunmadı." ^{12,p:5} "Bay Strack değişik örneklere, ki tezinde de görülebilir, atıfta bulunuyor, ancak biz makaleyi çok uzatan bu konuyu atlıyoruz." ^{18,pp:214-5}

yazmalarının müstensih[ler]i Strack ismini İstürāk [إِسْتُرَاك] olarak yanlış yazmışlardır. Risalede adı geçen ve Muştafâ Behcet Efendi'nin Covân Mōşkātī [جوان مُوسْقَاتِي] olarak doğru şekilde yazdığı Dr. Covani Moscati ismini de *Halet Efendi No. 754* nüshasının müstensihinin Covân Mōşkātī [جوان مُوسْقَاتِي] olarak doğru bir şekilde yazarken, *İÜ T 7045* nüshasının müstensihinin Covân Mōşkānmī [جوان موسقانى] şeklinde yanlış yazmış olduğu görülmüştür (**Şekil 15**). Muştafâ Behcet Efendi'nin Strack'ın eserinin tarihi olarak 1779 yerine neden 1770 tarihini verdiği ve diğer yazarların isimlerini anarken Giovanni Battista Palletta'nın adını neden vermediği ise anlayışlamamıştır.



Şekil 15. Dr. Covani Moscati'nin *Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569, Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Halet Efendi, No. 754* ve *İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045* nüshalarındaki yazılışları

Şānizāde büyük olasılıkla Muştafâ Behcet Efendi'nin kendi el yazısıyla yazdığı risaleyi görmemiş, bunun yerine diğer nüshaları incelemiş olmalıdır. Bu yüzden eserin Störck'ten çevrilmiş olduğunu düşünmüş ve kendisi de *Mi'yārül-Eṭṭibbā'yı* Störck'ten çevirdiği için, risalenin yazarını bildirirken “Muşannif-i Kitāb” tamlamasını kullanmıştır. Adı geçen risale ile ilgili olarak Şānizāde tarafından *Mi'yārü'l-Eṭṭibbā'nın* derkenarında verilen bu bilgi literatürde karışıklığa neden olmuştur.

Burada “Şānizāde neden Muştafâ Behcet Efendi'nin ismini zikretmedi?” sorusu akla gelmektedir. Bunun cevabı da çeşitli eserlerde vurgulandığı gibi Şānizāde Meḥmed Aṭā'ullah Efendi ile Muştafâ Behcet Efendi'nin aralarında var olduğu söylenen anlaşmazlık/rekabet olabilir.^{xxi} Muştafâ Behcet Efendi *Rûhiye Risâlesi'nin* yazılım tarihini Hicrî 1217 [1802/3] olarak bildirmektedir. Bu tarih *Mi'yārü'l-Eṭṭibbā'nın* yazılım yılı Hicrî 1227 [1812/3] ve basım tarihi olan Hicrî 1235 [1820] yılından çok öncedir. Bu durum Şānizāde'yi kendisine “manevi üstad” olarak kabul etmiş olan Uzluk'un⁴ 1951 yılında yaptığı yorumlarında Muştafâ Behcet Efendi'ye karşı önyargılı davranmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bilgi

Bu makale 15-18 Mayıs 2017 tarihleri arasında Adana-Türkiye'de düzenlenen X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri'nde sunulan ve özeti Bildiri Özetleri kitabında yayınlanan sözlü bildiriye dayanmaktadır. Çıkar çatışması yoktur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Ahmet Aciduman: Araştırmacının fikri, tasarımı, organizasyonu, bulguların analiz ve yorumu, kaynak tarama, makale yazımı, eleştirel okuma.

Gözde Aciduman: Araştırmacının organizasyonu, bulguların analiz ve yorumu, kaynak tarama, makale yazımı, eleştirel okuma.

^{xxi} “Behcet Efendi zurafādan ve şu'arādan hōş şoḥbet ve meclis-ārā ve lisān-ı 'Arabīye āşinā olub Mes'ūd Efendi'ye nisbetle her işe aḥakk idi. Lakin o daḥı Şānī-zāde'yi istirkāb ile nihāyet bir varṭaya giriftār ve ba'dehu kendüsünüñ ḥalefi daḥı ber-vech-i bālā 'Oşmān Efendi'yi istirkāb ile deflef-kār itmişdür.”^{33,p.215}; ayrıca “Şimdi de karşısına çıkan M. Mesud gibi psychopat değil, âlim, mütefennin bir başkası: M. Behcet efendi, onu şiddetle kiskanıyor, hekimbaşı olmasından endişeler, korkular geçiriyor. Yeniçerilik ilga ve imha edilmek üzeredir, tam fırsattır. M. Behcet, ve kardeşi Abdülhak varkuvvetlerle uğraşıyorlar. Esasen saraydaki küçük kardeşleridir. Enderun ricalini elde ediyorlar. Bütün zevki, düşüncesi türk tıbbının kalkınması olan Tarakçı oğlunu yoketmek için gizli intrikalar çeviriyorlar ve – çok yazık her zaman böyledir – muvaffak dahi oluyorlar, önce vakanüvislikten azlettiriyorlar, bir yıl sonra da Bektaşılık kulpu takarak sürgün ettiriyorlar.”^{34,p.181-2}; ayrıca “(...) fenni tıbbın muhtaç olduğu, herhangi bir mevki veya makam değildir, demekle Sultan Mahmud Adlînin yanında bulunan Hassabaşı hekimini kasdetmektedir. Çünkü Mustafa Mesut ve Mustafa Behcet efendilerle sevişmemiştir. Bu tesir karşılıklı olmuştur.”^{3,p.234}

Kaynaklar

1. Bursalı Mehmed Tâhir. 'Osmânî Mü'ellifleri. Üçüncü Cild. İstanbul: Matba'a-i 'Âmire; 1342 Hicriyye. pp:209-10, 221-2.
2. Ünver AS. Tıp Tarihi – Tarihten Önceki Zamandan ve İslâm Tababetine ve İslâm Tababetinden XX inci Asra Kadar I ve II inci Kısımlar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1943. pp:175-7.
3. Ünver AS. Şânîzade Ataullah efendi tıbbî eserleri. Dirim 1947;22(8):233-6.
4. Uzluk FN. 14 Mart 1951 Tıp Bayramı Dolayısıyla Şâni Zade Mehmet Ataulah. Ankara: Örnek Matbaası;1951. pp:14-5.
5. Uzluk FN. Türk Tıbbiyesinin 748 ci Yıldönümü Dolayısıyla Hekimbaşı Mustafa Behçet Zâti, Eserleri Üstüne Bir Araştırma. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Enstitüsü; [1954]. pp:86-7.
6. Şehsuvaroğlu BN. Hekim Şânîzade Ataulah Efendi biyografisi ve eserleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1951;14(3):482-95.
7. Karatay FE. Topkapı Sarayı Müzesi Kütüphanesi Türkçe Yazmalar Kataloğu. C. I. Din, Tarih, Bilimler No. 1 – 1985. İstanbul: Topkapı Sarayı Müzesi Yayınları; 1961. p:588.
8. Şehsuvaroğlu BN, Erdemir Demirhan A, Cantay Güreşsever G. Türk Tıp Tarihi. Bursa: Taş Yayıncılık AŞ;1984. p:153.
9. Kâhya E. Ondokuzuncu yüzyılın ilk yarısında Osmanlı İmparatorluğunda tıp eğitimi ve kalburüstü hekimlerimiz. Erdem 1985;1(3):685-710.
10. Yıldırım N. Mustafa Behçet Efendi. In: Akbayar N, Işın E, Sakaoğlu N, Baydar O, Tanman MB, Koz MS, Aksoy B, Batur A, Yusufoglu Y, editörler. Dünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi. Cilt 5. İstanbul: Kültür Bakanlığı ve Tarih Vakfı; 1994. pp:559-60.
11. Kâhya E, Erdemir AD. Bilimin Işığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları; 2000. pp:287-8.
12. Muştafâ Behcet eṭ-Ṭabîb. [Rûhye Risâlesi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Türkçe Yazmalar, T 7045.
13. Muştafâ Behcet eṭ-Ṭabîb. [Rûhye Risâlesi]. İstanbul: Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Halet Efendi Koleksiyonu, No. 754.
14. Muştafâ Behcet eṭ-Ṭabîb. [Rûhye Risâlesi]. İstanbul: Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569.
15. De Rosenstein NR. Trattato delle Malattie dei Bambini, Trasportato dal tedesco con alcune note da Giovanni Battista Palletta. Milano: Nell' Imperial Monistero di s. Ambrogio Maggiore con Approvazione; 1780. pp:374-8.
16. De Rosenstein NR. Traité des Maladies des Enfants, Ouvrage qui est le fruit d'une longue observation, & appuyé sur les faits les plus authentiques. Traduit du Suédois par M. Le Febvre de Villebrune. Paris: Chez Pierre-Guillaume Cavelier; 1778.
17. Von Rosenstein NR. Anweisung zur Kenntniß und Cur der Kinderkrankheiten, aus dem Schwedischen übersetzt und mit Anmerkungen erläutert von J. Andreas Murray. Göttingen: Johann Christian Dietrich; 1785.
18. Buchan G. Medicina Domestica o sia Trattato Completo di Mezzi Semplici per Conservarsi in Salute Impedire e Risanare le Malattie Opera Utile e Adattata All'Intelligenza di Ciascuno. Tradotta Dall'Inglese e Arricchita di Molte Aggiunte ed Annotazioni Dal. Sig. Duplanil. Edizione seconda Italiana riveduta, ricorretta e notabilmente accresciuta su la settima di Londra e la quarta di Parigi. Tomo IV. Padova: Nella Stamperia del Seminario; 1789. pp: 212-9.
19. Buchan W. Domestic Medicine: or A Treatise on the Prevention and Cure of Diseases by Regimen and Simple Medicines. The Second Edition with considerable additions. London: Printed for W. Strahan; T. Cadell in the Strand; and A. Kincaid & W. Creech, and J. Balfour; 1772.
20. Buchan W. Domestic Medicine: or A Treatise on the Prevention and Cure of Diseases by Regimen and Simple Medicines. With an Appendix, containing a Dispensary for the Use of Private Practitioners. The Eleventh Edition. London: Printed for A. Strahan; T. Cadell in the Strand; and J. Balfour, and W. Creech, at Edinburgh; 1790.
21. Strack C. De Crusta Lactea Infantum Ejusdemque Specifico Remedio Dissertatio Quam Scientiarum, Artium Atque Litterarum Academia Quae Lugduni in Gallis Est Altero Duplici Praemio Coronavit die 3 Decembr. Ann. 1776. Francofurti ad Moenum: Typis Andreaeis; 1779.
22. Strack. Von dem Milchschorf der Kinder und einem specifiken Mittel darwider: eine von der Akademie der Wissenschaften zu Paris gekrönte Preißschrift vom Herrn Professor Strack, aus dem Lateinischen mit einigen Anmerkungen und einem Anhang von Friedrich August Waiß. Weimar: Hoffmannischen Buchhandlung; 1788.
23. Plenck JJ. Doctrina de Morbis Cutaneis Qua hi morbi in suas classes, genera & species rediguntur. Viennæ: Apud Rudolphum Græffer; 1776. pp:71-2.
24. Plenck GJ. De Morbi Cutanei Guista le Loro Classi, Generi e Specie. Dottrina del Signor Gioseffo Jacopo Plenck. Napoli: Presso Guiseppe Maria Porcelli Libraio; 1790, pp:81-3.
25. Redhouse JW. A Turkish-English Lexicon. New Impression. Beirut: Librairie du Liban; 1996.
26. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lûgat Eski ve Yeni Harflerle. 18. Baskı. Yayına Hazırlayan: Güneşal AS. Ankara: Aydın Kitabevi Yayınları; 2001.
27. Şânîzade Mehmed Aṭâ'ullah. Mi'yârü'l-Eṭṭebbâ. In: Ḥamse-i Şânî-zâde. İstanbul: Matba'a-i 'Âmire; 1235 [1820]. p:198.
28. Şânîzade Mehmed Aṭâ'ullah. Vesâyâ-nâme-i Seferiyye. Bülâk: Dâru't-Ṭibâ'a; 1238 H [1822]. p:2.

29. Şānī-zāde Meḥmed Aṭā'ullah. Mi'yārü'l-Eṭıbbā. Konya İl Halk Kütüphanesi, Feridun Nafiz Uzluk Koleksiyonu, No. 6856; 1227 H.
30. Steuerwald K. Deutsch-Türkisches Wörterbuch-Almanca-Türkçe Sözlük. Weisbaden: Otto Harrassowitz; 1974.
31. Störcks A. Abhandlung von der Einpfpfung der Kinds-Blatern. Wien: Johann Thomas Edlen von Trattnern; 1771.
32. Meissner FL. Grundlage der Literatur der Pädiatrik, enthaltend die Monographien über die Kinderkrankheiten. Leipzig: Fest'sche Verlagsbuchhandlung; 1850.
33. Aḥmed Cevdet Paşa. Tārīḫ-i Cevdet. İkinci ṭab'ı. Cüldü 'āşiru [Onuncu Cilt]. Dersa'âdet: Matba'a-i 'Osmaniyye; 1309.
34. [Uzluk] MFN. Basma ilk türk tıb kitabı ve Şanizade tabib Ata [II]. Dirim 1936;11(6):180-2.

Ek-I. Tabīb Muştafâ Behcet Efendi'nin *Rûhiye Risâlesi*'nin *İstanbul Üniversitesi, Türkçe Yazmalar, T 7045* nüshasının çevriyazısı. *İstanbul, Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Halet Efendi 754* nüshası ile yapılan karşılaştırmalarda saptanan farklılıklar dipnotlarda "HE 754" açıklamasıyla gösterilmiştir.

¹Bi'smi-İlahî'r-ramanî'r-rahîm

²El-ḥamdu li-İlahi rabbi'l-'âlemîn ve's-şalavatu ve's-selâmu 'alâ resûlinâ Muhammedin ³ve âlihi ve şaḥbihi ecma'in ve ba'd eṭfâl-i razî'anun 'ilel-i maḥşûsa ⁴larından olub, rûhye ta'bîr eyledikleri maraz-ı cildî-ki fî'l-vâkı' 'asîr ⁵ü'l-burû' ve ba'zan muḥâṭara'-i 'aẓîmeden ḥâlî olmamak ile 'ale'l-ḥuşûş ⁶diyârimiz Koşantîniyye, şânehâ Allahu te'âlâ 'ani'l-âfât ve'l-beliyyede neş'et ⁷iden bî-çâregân eṭfâlün bu 'illetden ekşerîsi me'üfû'l-mizâc olmaları ⁸ve bundan böyle â'illâ'-i mezbûrenün evlâdları daḥî müte'essîr olmak ⁹takrîbiyle gitdikce müteẓâyid ve mütevâtir olması ve beynimizde daḥî^{xxii} müte'âref ¹⁰ve mütedâvil olan kütüb-i tıbbiyyede aşlâ mu'âlecesine taşaddî olunmadığından ¹¹tedbîrinde teğâfûl olduğu mülâḥaza olunub bu 'abd-ı^{xxiii} kalîlî'l-bezâ'a ¹²ve 'adîmî'l-istiṭâ'a Muştafâ Behcet et-ṭabîb kütüb-i müte'aḥîrîn-i efrenciyyeden ¹³eşnâ'-i müṭâla'ada cem' ve iltiqâṭ ile bu 'illetün esbâb ve 'alâmât ve ¹⁴mu'âlecâtına dâ'ir bir muḥaddime ve dört bâb ve bir ḥâtîmeyi ḥâvî işbu ¹⁵risâle ketb ve imlâ kılındı ve min Allahî't-ṭevfîki ve bi-yedhi ezmeti't-taḥkîk.

¹⁶El-Muḥaddime kuşûr-ı lebeniyyenün mâhiyyet ve ḥaḳîḳati beyânındadır.

Ma'lûm [1] ¹ola ki lisân-ı Türki'de rûhye tesmiye olunan maraz ki^{xxiv} eṭfâl-i razî'anun ²yañaḳlarına 'ârîz olub anlara maḥşûş olan 'illetdür. Kütüb-i tıbbiyye'-i 'Arabîyye'den ³dest-nihâde'-i terceme olanların ba'zısı buşûr-ı lebeniyye nâmıyla şöhret-şî'âr ⁴olan maraz-ı meşhûrî rûhye lafzî ile terceme ve tefsîr ve ba'zısı ⁵ergenlik dinilen beşerât olmak üzere ta'bîr eylemiş, lakin kütüb-i 'Arabîyye'de buşûr-ı ⁶lebeniyye taḥrîr olunan maḥallün 'alâmâtına diḳḳat olundukda fî'l-ḥaḳîḳa ergenlik ⁷dinilen beşerât olduğu ma'lûm ve zâhir^{xxv} olur ve kütüb-i 'Arabîyye'de rûhyenün ⁸ismi mevcûd olmadığına binâ'en biz daḥî ism-i Lâṭînîsini terceme ile kuşûr-ı ⁹lebeniyye nâmıyla bu risâlede taḥrîr eyledük, fî'l-ḥaḳîḳa kütüb-i Laṭîniyye'-i kadîmede ¹⁰daḥî kuşûr-ı lebeniyye nâmında 'illet olmayub ancak 'ahd-ı karîbde te'lîf olunan ¹¹kitâblarda muḥarrer ve meşhûrdur.^{xxvi} Ez-cümle mîlâd-ı 'İsâ'nuñ biñ yedi-yüz yetmiş ¹²târîhinde meşâhîr-i eṭibbâdan İstürâḳ nâmında bir ṭabîb kuşûr-ı lebeniyye ¹³ḥaḳḳında evvelâ bir risâle te'lîf eyleyüb andan-şoñra gelenlerden ba'zıları daḥî ¹⁴ṭabîb-i mesfûrñ kavlini aḥz ile kitâblarında taḥrîr ve tebyîn eylemişlerdür.^{xxvii} İmdi bu 'illet 'ilel-i cildiyye envâ'ından şıbyâna maḥşûş bir maraz-ı cildîdür ki ¹⁶anların yañaḳları eṭrâfında bir ḥumret-i şaḳîle ile ma'an beşerât-ı müte'addide zuhûr ¹⁷idüb eṭrâfına münteşir ve sâ'î olur ve içleri şadîd mişli bir ruṭubet-i ¹⁸galîza ile mümtelî bulunub ba'dehu üzerleri ḳabuḳlanub sâḳit olur ¹⁹ve bu 'illet sūd emer eṭfâle 'ârîz olduğundan nâşî maraz-ı lebenî ve kuşûr-ı ²⁰lebeniyye tesmiye olunmuşdur ki ekşerîyyâ eṭfâl sūd emmege mübâşeret eylediklerinden ²¹müddet-i kalîle mürûrunda zuhûr ider ve ba'zan altı aylık olduğdan-şoñra ve ba'zan ²²nebâtü'l-esnân ile berâber zuhûr idüb müddet-i fiṭâma degin, ya'nî sūdden ²³kesilinceye degin bâḳî ḳalub ba'dehu muẓmaḥîll ve fânî olur, kezâlik^{xxviii} altı yaşında ²⁴bir şabîde ve dört yaşında bir bâzergân-zâdede zuhûr eylediğini muşannif-i ²⁴mesfûr İstürâḳ taḥrîr eylemişdür.^{xxix} Bundan münfehim ve ma'lûm olur ki müddet-i [2] ¹ırzâ'adan-şoñra daḥî nâdiren zuhûr eyleye ve bu 'illet yalunuz yüze maḥşûş ²olmayub belki mevâzî'-ı sâ'îrede daḥî^{xxx} vukû'ı kalîl degüldür, meşelâ şadr ³ve 'unḳ ve cebhe ve zâḳan ve ḥaḳveyn^{xxxi} ve zahr emşâli gibi ve kezâlik ba'z kerre ⁴gözlere işâbet idüb remed 'avârîzî müşâhede olunur.

Bab-ı evvel ⁵kuşûr-ı lebeniyyenün esbâbı beyânındadır.

Düpnâyîl nâm ṭabîb tıbb-ı 'amelîsinde ⁶taḥrîr eylemişdür ki bu 'illetün sebeb-i ḥaḳîḳîsi mestûr ve muḥtefi olub ⁷bu aña degin münkeşîf olmamışdur ve kezâlik meşâhîr-i eṭibbâdan Pelink-i^{xxxi} Cermân'ın ⁸Emrâz-ı Cildiyye nâm risâlesinde "bu 'illet demün hirâfet ve ḥiddetinden ⁹neş'et idüb ṭabî'at-ı müdebirenün mevâdd-ı fâside ve rediyyeyi demden bi-ṭarîḳ ¹⁰i't-tenḳiye ifrâz ve vicneteyne def' itmesidür" didi ve daḥî bu marazı evvelâ ¹¹teşḥîş ve taḥrîr eyleyen İstürâḳ zâhib olmuşdur ki "kuşûr-ı lebeniyye 'ilel-i ¹²mütevârîşe ve şârîyyedendür, şöyle ki bu 'illete ḥâl-i ṭufüliyyetde mübtelâ olmuş ¹³vâlide ve murzî'adan bi-ṭarîḳi's-sirâye tıfılda zuhûr ve vukû'idur ve bu marazı ¹⁴mütevârîş ve sârî olması bir ḳaç ṭarîḳledür. Evvelâ bi-ṭarîḳi't-tevârûş sirâyetdür ki ¹⁵tıfluñ vâlidesi ḥâl-i ṭufüliyyetinde bu 'illete mübtelâ olmaḳdur, gerek bi'n-nefs ¹⁶kendi ırzâ' eylesün ve gerek âḥer ırzâ' eylesün. Şâniyâ sirâyet-i bi-ṭarîḳ ¹⁷i'l-ırzâ'adur ki

^{xxii} HE 754'de "daḥî" kelimesi yoktur.

^{xxiii} HE 754'de varak 1b'nin sonu.

^{xxiv} HE 754'de "maraz-ki" şeklinde yazılıdır.

^{xxv} HE 754'de "zâhir ve mâ'lûm" olarak yazılıdır.

^{xxvi} HE 754'de varak 2a'nın sonu.

^{xxvii} HE 754'de "eylemişler" olarak yazılıdır.

^{xxviii} HE 754'de "kezâlik" kelimesi yoktur.

^{xxix} HE 754'de "eylemiş" olarak yazılıdır.

^{xxx} HE 754'de varak 2b'nin sonu.

^{xxxi} HE 754'de "ḥaḳaveyne" okunacak şekilde harekelenmiştir.

^{xxxii} HE 754'de harekeli olarak yazılmamıştır.

tıfluñ süd anası bu marazdan muqaddemâ me'ûf olmağla ¹⁸tıflıda zuhûr ve sirâyetidür^{xxxiii} ve bu 'illetden me'ûf olmuş murzî'a bir niçe ¹⁹eţfâle irzâ' ile anlarda kuşûr-ı lebeniyye zuhûr eylediği bi'd-defa'ât tecribe ²⁰ve müşâhede olunmuşdur" deyu tahîr eylemiş.

Bâb-ı şâni kuşûr-ı lebeniyyenüñ ²¹'alâmât ve 'avârızı beyânındadır.

Kuşûr-ı lebeniyye ve rûhye ta'bir olunan ²²beşerât ekseriyyâ tıfluñ yañaqlarına 'arız olur. Beşerât-ı mezbûre ba'z ²³kerre 'arız ve ba'z kerre müdevver ve munaqqaş olub içleri bir ruţubet-i ğalıza ²⁴ve kayhıyye ile mümtelidür ve bu kayh dâhil-i beşrede durduqca üzeri kabuqlanub ²⁵ve kabuğı^{xxxiv} taşallüb ider ve kabuq şakq olunub ayrıldıqda içinden humrete mâ'il [3] ¹şâfi bir şu tereşşuh idüb toqındığı maħalli tefrih iderek birbirine ²mütelaşık olurlar. Қаçan-ki kuşûr keşiren ve mütevâtiren münşakq ve sâkiş olurlar, ³yeñiden zuhûr eyleyen kabuqlar şariya mâ'il olub mutaşallib ve mutağalliz ⁴olurlar^{xxxv} ve kuşûr sâkiş olduqda altındaki olan cild dibâğat ⁵olunmuş cild mişâli parlaq ve gergin ve eţrafı müteverrim olmuş müşâhede ⁶olunur ve fekk-i esfel civârında olan ğuded^{xxxvi} müteverrim olub 'aқşâ-yı ⁷unqlarında teverrüm eylemiş bezler ve çıkınlar zuhûr ider ve dağı beşerât-ı mezbûre ⁸ba'z kerre vechden ğâ'ib olub bedenüñ maħall-i sâ'iresinde^{xxxvii} zuhûr ider.^{xxxviii} ⁹Düpnâyil nâm şabîb "ben belde ve arka ve haqveynde^{xxxix} zuhûr eylediğini ¹⁰müşâhede eyledüm" dimişdür ve bu buşûr ba'z kerre dağı çehreyi velî iden ¹¹eţrafâ münteşir ve sâ'î olub meşelâ kulaq ardında ve kulaqlaruñ ¹²muqaddemlerinde ve zaqanda ve cebhede zuhûr ider ve ba'z kerre cemî' a'zâyı^{xl} ¹³vechiyyeyi isti'âb idüb vechi takbîh ider ve dağı nâdiren vâki' ¹⁴olur ki vechden def'aten beşerât ğâ'ib ve muzmaħill olub eţfâlüñ ¹⁵gözlerine müteşebbis olmağla bir remed-i şedîd 'arız olur ki remed-i şahîhden ¹⁶fark ve temyizi ziyâde müşkildür yâhüd evvelâ 'illetüñ mevâdd-ı fâsidesi ¹⁷gözlere işâbet ile remed-i şahîh şüretinde görinüb remed-i şahîh mu'alecâtı ¹⁸olundukca^{xli} fesâd ve şiddet bulur. Böyle olduqda diqqat ve te'emmül olunub ¹⁹teşhîş-i 'illete sa'y ile kuşûr-ı lebeniyye mu'alecâtı olunsa eyyâm-ı qalîlede mündefi' ²⁰olur ve Pelink-i Cermânî tahîr itmişdür ki "ba'zan kuşûr-ı lebeniyye re'süñ ²¹cüz'-i muqaddemine müteveccih olub tıfla ol-rütbe hikke irâş ider ki kesret-i ²²bükâdan anda seher^{xlii} 'arız olur.

Bâb-ı şâliş bu 'illetüñ taqdimе'-i ma'rifesi^{xliii} ²³beyânındadır.

Bu 'illet hadd-i zâtında haţîr degüldür, lakin ba'z kerre muħâtaradan ²⁴dağı hâlî degüldür, huşûsâ ba'z cehele'-i eţibbânuñ sevki ile üzerine râdi' ²⁵ve kabız^{xliv} merâhim-i usrubıyye^{xlv} ve edviye'-i müeybise vaz' ve ilşak oluna. Ol [4] ¹vakt şabî'atuñ saţh-ı vechden tenkiye eylediği mevâdd-ı fâside dâhile neks ²ile 'ilel-i sâ'ire irâş idüb haţar-ı 'azîme ilkâ ider ve belki tıflı helâk ³ider, zîrâ edviye'-i kabîza ilşakıyla bu 'illetüñ mâddesi ğudud-ı mâsarîkâya ⁴teşebbüs ve anda südde irâş idüb intifâh-ı baţn ve istiskâ'-i zıkkıye ⁵mü'eddâ ve ba'zan tıfla diqq ve zübül 'arız olub helâk ider, zîrâ ⁶ğudud-ı mâsarîkâ münsedd olduqda keylûs deme istihâle ve vuşûle ruşsat-⁷yâb olamayub beden ğıdâdan hâlî kaldıqda diqq şüret bulur, kezâlik^{xlvi} ⁸bu 'illetüñ dâhil-i bedene neksinden cü'-i müfriţ ve remed ve teremmuş-ı 'ayn ⁹ve anuñ emşâli 'avârızât-ı keşirenüñ zuhûrını muşannif-i mesfûr ¹⁰kitâbında tahîr itmişdür ki taţvîlden ihtirâzen işbu maħalle kayd olunmadı ¹¹ve dağı ğâh olur ki mâdde'-i 'illet cevfi-ü zne teveccüh itmekle üznden cerâhat ¹²ve şadîd seyelân ider ve bu hâlet mütemâdi olduqca tıfluñ kulaqları ¹³şâğır olur ve beşerâtuñ ğâyet qalîl olması ve cevfleri kayh ve şadîdden ¹⁴az mümtelî olması 'alâmet-i rediyyedendür ki mevâdd-ı fâsidenüñ dâhile neksini ¹⁵i'lâm ider ve dağı tıflıdan kedi bevli râyihası gibi müntin ve müstekreh ¹⁶bevli zuhûr itmeksizin beşerât^{xlvii} mündefi' olursa redîdür, zîrâ müntin ¹⁷ü'r-râyiha bevli bulunmadıkca beşerâtuñ izmihlâli dâhile müntekis oldıĝın ¹⁸ifâde ider. Bu şüretde beşerâtuñ bur'undan muqaddemce bevli müntin zâhir ¹⁹olmadıkca emniyyet câ'iz degüldür. İstürâk-ı mesfûr "sill ve zübül ve istiskâ' ²⁰ve ğurâc-ı cevfi'l-üzün ta'akub ider" dimişdür ve bu 'illetde kedi bevli ²¹râyihası gibi müntin ve kerîh bevlüñ zuhûrî ğâyet-de 'alâmet-i ceyyidedendür ki ²²mâdde'-i 'illetüñ qarîben bur' ve izmihlâlini i'lâm ider ve dağı Düpnâyil ²³nâm şabîb dir ki "gerek eţibbâdan ba'zîları ve gerek nâsuñ ekşeri i'tikâd ²⁴itmişlerdür ki bu 'illet 'adimü'l-ħaţardur ve ba'de'l-burü' eţfâlüñ mizâcları ²⁵bir niçe vakt şahîh ve ten-dürüst olub yañaqları ğuzel ve parlaq olur [5] ¹ve ekseriyyâ çiçek çikardıklarında buşûr-ı cüderiyye az zuhûr ider, ziyâdece ²dağı olursa anlaruñ yüzlerinde âşâr-ı qarha ve nedeb olmaz, ya'nî anları

^{xxxiii} HE 754'de varak 3a'nın sonu.

^{xxxiv} HE 754'de "kabuğı dağı" olarak yazılıdır.

^{xxxv} HE 754'de "olur" olarak yazılıdır.

^{xxxvi} HE 754'de "ğudedler" olarak yazılıdır.

^{xxxvii} HE 754'de "سائرسنده" olarak yazılıdır.

^{xxxviii} HE 754'de varak 3b'nin sonu.

^{xxxix} HE 754'de "haqaveynde" okunacak şekilde harekelenmiştir.

^{xl} HE 754'de "a'zâ'-i" olarak yazılıdır.

^{xli} HE 754'de "oldukca" olarak yazılıdır.

^{xlii} HE 754'de "süher" olarak okunacak şekilde harekelenmiştir.

^{xliii} HE 754'de "taqaddüm-i ma'rifeti" olarak yazılıdır.

^{xliv} HE 754'de varak 4a'nın sonu.

^{xlv} HE 754'de "esrebiyye" olarak okunacak şekilde harekelenmiştir.

^{xlvi} HE 754'de "ve kezâlik" olarak yazılıdır.

^{xlvii} HE 754'de varak 4b'nin sonu.

³çiçek büzmez. Bu zıkr olunan kavli degüldür, illâ hâṭâyî fâhişdür, zîrâ ⁴bu ‘illet anlarda zühür idüb kendüleri ten-dürüst ve yüzleri güzel ⁵olmağdan hîc ‘illetüñ^{xlviii} vukû’ bulmaması daḡı güzeldür, belki diğkât olunsa ⁶ba‘de‘l-burû’ anlaruñ vechlerinde olan parlaklık anları takbîh ider ve çiçek ⁷çıkardıklarında âşâr-ı nedeb ma‘düm olur didikleri daḡı hilâf-ı^{xliv} vâkı‘dür, ⁸zîrâ ba‘de‘l-cüderî vechleriⁱ nedebden kabîh olmuş çok kimesneler görülmüşdür. ⁹İntehâ.

Bâb-ı râbî’ kuşur-ı lebeniyye mu‘âlecâtı beyânındadır.

Bu maražuñ ¹⁰tedbîri iki tārîk ileⁱⁱ huşul-pezîr olur. Evvelkisi bilâ-mu‘âlece ṭabî‘ata ¹¹havâle, ikincisi mu‘âlece-i bi‘d-devâ’dur, lakin ṭabî‘atuñ def‘ine havâle niçe vaqtuñ ¹²mürûrına muhtâcdur ki ṭabî‘at bi-ṭav‘ihâ istîşâl eyleye. Bu şüretde ¹³altı ay ve belki bir sene yâḡûd ziyâde müddetde mündefi’ ola. Ammâ mu‘âlece-i ¹⁴bi‘d-devâ ile on beş günden ziyâde ve noḡsân müddetde burû’ müyesser ¹⁵ü‘l-huşul olur ve^{lii} ešnâ‘-i mu‘âlecede beşerât serî‘an zühür eyleye ve kuşur ¹⁶daḡı serî‘an sâkıṭ ola ve ṭfluñ bevlî ebvâl-i senânîr mânendî müntin ¹⁷ve müstekreh ola. Bu maražuñ gerek bi-ṭab‘a ve gerek bi‘l-mu‘âlece burû’ı evşâf-ı ¹⁸mezbûre üzre bevlüñ ḡurûcî ile bir buḡrân ṭav‘îdür ki bevl-i mezbûruñ ¹⁹ḡillet ve keşreti ve sūr‘at ve beṭâ‘itine göre sıḡḡat daḡı taḡaddüm ve te‘eḡḡur ider. ²⁰Bu maraz demüñ ḡırâfet ve ḡiddeti oldıḡından nâşî mu‘âlecesi daḡı cevher-i ²¹demi ta‘dîl ve işlâḡ eyleyici ve ḡumûzatını neşf idici edviyedür ki ṭuruḡ-ı ²²müteḡâlîfe üzre dâḡilden isti‘mâl olunur. Bu ‘illeti evvelâ tecrîbe ve taḡrîr ²³eyleyen İstürâḡ nâm ṭabîb yigirmi sene ḡadar eṭfâl-i müte‘addide de^{liii} bu maraza ²⁴tedbîr ešnâsında^{liv} devâyî küllîye vâsıl olmuşdur ki ol devâyâ lisân-ı ²⁵Efrençide yâḡeâ ve Türkide hercâyî benefşe dirler. Ṭabîb-i mesfûr “ḡına [6] ¹ḡına ḡummeyât-ı dâ‘irede ne-şekil devâyî maḡşuş ise bu ḡaşışe daḡı bu ²illete mücerreb^{lv} devâyî maḡşüşdur” didi. İmdi bu ḡaşışe vech-i âti ³üzre şurûṭıyla isti‘mâl olunduḡda, müddet-i yeşirede burû’ müyesser olur ⁴deyu andan-şoñra gelen meşâḡîr-i eṭṭebbâdan ḡatı çok kimesneler tecrîbe ve taḡrîr eylemişler. ⁵İmdi yâḡeâ ya‘nî hercâyî benefşe dinilen ḡaşışenüñ ancak yaprakları ⁶isti‘mâl olunub köki ve sâḡı ve toḡumları terk olunur. ḡaçan tâzesi ⁷isti‘mâl olunmaḡ murâd olunduḡda, yapraklarından bir ḡabze aḡz olunub ḡurde ⁸ḡurde ḡaṭ’ olunduḡdan-şoñra bir büyücek fincânüñ yarî ṭolusî tâze ⁹ve şaḡîḡ sūd ile ṭabḡ olunub ‘ale‘ş-şabâḡ ṭıfla i‘ṭâ olunur, kezâlik ¹⁰aḡşam üsti daḡı vech-i meşrûḡ üzre yeñiden sūd ile ṭabḡ olunub ¹¹virilür ve eger tâzesine zafer bulunamayub ḡurusından isti‘mâl olunmaḡ ¹²murâd olunduḡda gölgede tecfif olunmuş yaprakları daḡḡ ve sūf ¹³olunduḡdan-şoñra yarım dirhemi nişf fincân lebenü‘l-baḡar ile iki sâ‘at ¹⁴miḡdârî naḡ’ olunub^{lvi} ba‘dehu cüz‘î ṭabḡ ile ba‘de‘t-taşıye ‘ale‘ş-şabâḡ ṭıfla ¹⁵i‘ṭâ olunur ve mesâ‘en daḡı yine tekrâr ṭabḡ ve i‘ṭâ olunur. Bu vech üzre ¹⁶günde bir dirhem isti‘mâl olunmuş olur, kezâlik vech-i meşrûḡ üzre ¹⁷amel olunan sūd ile etmek yapılub yâḡûd cüz‘î daḡḡ ile sūdlâş ¹⁸amel olunub virilmek daḡı ḡâbildür. Bu ḡaşışe sūd ile ṭabḡ olunub ¹⁹imtizâc eyledikde sūdüñ râyiḡa ve ṭa‘mını taḡyîr eylemez, belki sūde leṭâfet ²⁰virir, lakin cüz‘ice ḡaymaḡlandırır. İmdi taḡrîr olunan vech üzre sekiz ²¹gün şabâḡen ve meşâ‘en leben-i mezkûrdan i‘ṭâ olunduḡda, ṭfluñ yüzünde ²²fî‘l-aşl beşerât ḡalîl yâḡûd ‘adîm iken ol-ḡadar beşerât ḡurûc ve zühür ²³ider ki eṭrâf-ı vechleri^{lvii} ḡulaḡlarına deḡin isti‘âb ider ve bu ešnâda ²⁴ṭfluñ râyiḡa‘-i bevlî kedi bevlî râyiḡasına ḡâyet-de şebîh ve müntin ²⁵olur ve ba‘dehu sekiz gün daḡı vech-i meşrûḡ üzre şabâḡen ve mesâ‘en [7] ¹isti‘mâl oluna ve ol ešnâda beşerâtuñ kuşur ve müsta‘razası ²sâkıṭ olmaḡa bed’ ider ve kezâlik ešnâ‘-i mu‘âlecede ṭıfla müleyyin ³virilmekten iḡtirâz oluna ki beşerâtuñ ḡârice çıkmasını men’ idüb ⁴ṭabî‘atı buḡrândan ‘avḡ ider ve kuşur sâkıṭ olduḡdan-şoñra üzerine ⁵edviye işlâḡı daḡı câ‘iz degüldür. ḡaçan beşerât yeñiden ḡurûc itmez^{lviii} ola, ⁶mâdde‘-i ‘illetüñ istîşâline ḡükm olunur. Bu şüretde üzerinde olan ⁷ḡabuḡlar ziyâde taşallüb idüb iḡleri ḡuruyub pârçe pârçe sūḡṭa ⁸ibtidâr iderler ve bu ešnâda cild-i vech ve cebhede ḡalel ḡalmaḡsızın burû‘-ı ⁹tâmm zühür ider, lakin devâyî mezbûrdan burû’ geldi deyu imtinâ’ olunmaḡ ¹⁰münâsib degüldür, belki ba‘de‘l-burû’ on beş gün daḡı isti‘mâl olunmaḡ lâzım ¹¹dur ki dâḡîl-i bedende mestûr ve muḡtefî olan mevâdd-ı ḡırrîfe ve fâsidenüñ ¹²bâḡîsi bi‘l-küllîyye ḡurûc eyleye. İstürâḡ-ı mesfûr tecrîbe ve taḡrîr itmişdür ki ¹³“bu mu‘âlece ile cild-i vech tamâmen şaḡîḡ olduḡdan-şoñra ba‘de müddetin yine beşerât-ı ¹⁴cedîde zühür ider. Bundan ma‘lûm ve münfehim olur ki mevâdd-ı ḡırrîfeden ¹⁵demde daḡı baḡıyye ḡalmış olub ba‘de müddetin zühür ide. Anuñḡün ba‘de‘l-burû’ ¹⁶devâyî mezbûrdan on beş gün ḡadar isti‘mâl olunmaḡ münâsib olur ki ¹⁷demden mevâdd-ı ḡırrîfeyi küllîyen^{lix} tenḡıye ve istîşâl eyleye ve daḡı mevâdd-ı fâsidenüñ ¹⁸demden bi‘l-küllîyye istîşâline şol ‘alâmâtdan ḡükm olunur ki ba‘de‘l-burû’ ¹⁹cild-i vechde beşerâtuñ eşeri ve lekeleri görülmeye ve müntefiḡ olmuş gibi

^{xlviii} HE 754’de “‘illetüñ hîc” olarak yazılıdır.

^{xlix} HE 754’de varak 5a’nın sonu.

ⁱ HE 754’de “vechlerinde” olarak yazılıdır.

ⁱⁱ HE 754’de “ṭārîḡile” olarak yazılıdır.

^{lii} HE 754’de “ve” kelimesi yoktur.

^{liii} HE 754’de varak 5b’nin sonu.

^{liv} HE 754’de “ešnâsında bir” olarak yazılıdır.

^{lv} HE 754’de “mücerreb ve” olarak yazılıdır.

^{lvi} HE 754’de varak 6a’nın sonu.

^{lvii} HE 754’de “vechlerini” olarak yazılıdır.

^{lviii} HE 754’de varak 6b’nin sonu.

^{lix} “demden mevâdd-ı ḡırrîfeyi küllîyen” HE 754’de “mevâdd-ı ḡırrîfeyi küllîyen demden” olarak yazılıdır.

hiss²⁰ olunmaya ve parmak ile başdıkda^{lx} ğalīz ve haşīn müşāhede olunmaya ve bevlī²¹ daḥī sā'ir aşıḥḥa^{lxi} eṭfālūñ bevlīne müşābih ve 'adīmū'n-netn ola ve daḥī ma'lūm²² ola kī^{lxii} ešnā'-i mu'ālecede ṭıfla ve murzī'aya lūḥūmāt-ı ğalīza ve ḥāmīzātdan²³ perhīz virilmek lāzımdur ve bu 'illet murzī'anuñ vaḳt-ı şībāda bu 'illete²⁴ mübtelā olduğından ṭıfla sirāyet ṭarīkiyle ḥādīs olmuş olursa,²⁵ ol vaḳtda südden kesilinmeyince yāḥūd murzī'a tebdīl olunmadıkça ba'z kerre [8]¹ burū' kâbil degüldür, her ne-kadar devāyī mezbūr isti'māl olunmuş ola. Nitekim kına² kına ḥummeyāt-ı dā'ireye mücerreb ve şaḥīḥ bir^{lxiii} deva iken ba'z def'a bir sebep-i ḥafī³ ile aḥlā nef'ī müşāhede olunmaz ve daḥī aralıkda yāḥūd^{lxiv} mu'ālecede bu 'illete^{lxv} demi ṭaşfiye idici ve ṭa'mını ḥalāvete tebdīl idici edviye'-i sā'ire daḥī⁵ isti'māl olunabilür ve kezālik bu 'illet için Covān-i Mōşkānmi^{lxvi} nām ṭabīb⁶ Nāpōlī ahālīsinden bir devā'-i ceyyid aḥz itmişdür ki ol devā' ṭıfluñ⁷ ḳolundan 'ādetā yaḳı açmak iledür ve bu 'amel ile eṭfāl-i keşīre şīḥḥat-yāb⁸ olduklarını naḳl ve rivāyet eylemişdür, zirā ḳoldan yaḳı açılmaḳ ile bu 'illete⁹ müceb olan ruṭūbāt-ı müte'affine geregi gibi istifrag olunub burū'-ı kāmīl¹⁰ gelmesine kifāyet ider ve bu 'amelūñ ṭarīkini daḥī şöyle beyān itmişdür ki ṭıfluñ¹¹ iḥtiyār olunan ḳolunuñ ṭaraf-ı dāḥilīsini^{lxvii} pazı^{lxviii} yaprağı ile kırmızılanınca¹² cüz'ī şiddetlice oğalar, ba'dehu üzerine şābūn-ı esved ve diyārimızda¹³ mağrib şābūnı dinilen devādan cüz'ī ṭılā olunub üzerine yaprak¹⁴ leff eyleyeler ve anuñ üzerine daḥī dülbenden bir yaḥdık vaḳ' olunub¹⁵ bağlandıḳdan-şoḫra terk eyleyeler ve bu 'amel her gün tekrār oluna, tā ki cild¹⁶ şābūn-ı esvedden çürüyüb münşāḳıb ola, ba'dehu 'ādetā ḳoldan açılan¹⁷ yaḳı gibi a'māl oluna. Pelink-i Cermānī taḥrīr eylemişdür ki bu 'illette murzī'a¹⁸ daḥī perhīz ve iḥtimā eylemek lāzımdur, meşelā şarāb ve fuḳkā' ü-ş-şa'ir ve ḥāmīzāt¹⁹ ve lebeniyāt gibi ve aralık aralık murzī'aya daḥī müleyyin virilüb ṭab'atları telyīn²⁰ zure ṭurmak ve ba'z maṭābiḥ-ı muşaffiye ve sā'ir mu'ālecāt-ı münasibe virilmek²¹ lāzımdur ve daḥī ḥāricden ḳurıdıḳı ḳurşundan ma'mūl ve sā'ir edviye'-i²² ḳābızadan a'māl olunmuş merāhim-i rādī'a iḥşāḳından daḥī ḡāyet-de mücānebet²³ ve iḥtirāz oluna, lakin cüz'ī taḥammüz eylemüz ḳaymak ṭılā eylemekden ben çok menāfi'-i²⁴ 'azīme müşāhede eyledüm" didi.

Hātime ḳuşūr-ı lebeniyeden eṭfālī ḥıfz²⁵ ve şıyānetüñ ṭarīki beyānındadır.

Ma'lūmdur ki bu 'illet sārīdür ve sirāyeti [9]¹ daḥī ekşeriyā bi-ṭarīki'l-irzā'dur. İmdi eṭfālī bu marāzdan muḥāfaza^{lxix} eylemenüñ² ṭarīki bu sirāyete anları mübtelā eylememek iledür. Li-hazā başīret zure olmaḳ³ lāzımdur ki ṭıflı irzā' eyleyen vālide yāḥūd murzī'ası fī'l-aşl bu 'illete⁴ mübtelā olmaya. Bu şūretde murzī'anuñ marāz-ı mezbūra muḳaddemā ibtilāsı⁵ hiss⁵ olduğunda hemān ol anda murzī'ayı tebdīl eyleyeler. Muşannif İstūrāḳ-ı⁶ mesfūr taḥrīr ider ki murzī'aya vaḳt-ı ṭufūliyyetde bu marāza mübtelā olduñ-mı⁷ deyu su'āl olursa, anlarıñ kesb ve fā'idelerine müzīr olduğundan^{lxix} ketm⁸ iderler, yāḥūd kişi vaḳt-ı ṭufūliyyetini 'adem-i derk zārūrī olduğına binā'en⁹ murzī'a vaḳt-ı ṭufūliyyetde me'ūf olduğunı bilmeye. İmdi zıkr olunacaḳ¹⁰ alāmātdan murzī'anuñ me'ūf olduğı ma'lūm olub aña göre ḥareket oluna. ¹¹Murzī'anuñ me'ūf olduğunıñ 'alāmātı budur ki vechinde beşerāt zuhūr¹² eylediği maḥall ziyāde parlak ve muşayḳal olur ki muḳaddemā rūhyeden me'ūf¹³ olmayanuñ çehresinde bu şayḳaliyyet bulunmaz ve daḥī çehresi sā'ir a'zāsından¹⁴ ziyāde beyāz olur. Bu sebebden nāşī' avām-ı nās beyninde rūhyeye mübtelā¹⁵ olan ṭıfluñ çehresi ziyāde güzel olur ḥavādişi ḳalmışdur ve bu 'illetden¹⁶ nāşī ziyāde beyāz ve berrāḳ olan çehre^{lxix} ba'z kırmızılandırıcı şeyler ile¹⁷ telvīn olursa ḥumret-i verdī ve ḥumret-i şengerfī gibi açık kırmızı olmayub belki¹⁸ bir ḥumret-i ğalīza ve firfirī ile mülevven olur ve levn-i mezbūr bir yerde ṭob¹⁹ olmayub benek benek kırmızı ve ara yerleri beyāz olur. Zıkr olunan 'alāmātdan²⁰ murzī'ada birisi buluna, der-'aḳab çocuğı elinden alub āḥer murzī'aya²¹ virmek lāzımdur ki ṭıfl müte'eşşir ve me'ūf olmaya ve daḥī ba'z 'alāyim vardur ki²² ḳuşūr-ı lebeniyyenüñ yakında zuhūr eyleyeceğini i'lām ider, meşelā vech ziyāde²³ mümtelī ve müdevver hiss olunur ve yañaḳlar bir ḥumret-i şaḳīle ile muḥammer olub ḥanek-i²⁴ esfele dek, ya'nī alt çeñeye dek münteşir olur ve cild-i vechleri yābis²⁵ ve gergin olub buruşdurmağa ḳādir olamaz ve üzerinde olan cild-i [10]¹ raḳīḳleri şulb ve ḥumrete mā'il olub ḥuşk-rīşe'-i şaḡīre mānendī² olur ve yañaḳlarını ḳaşımak için murzī'anuñ yeñlerini dā'imā ol-ṭarafa³ getürür ve bevleri ḡāyet muntinūr-rāyiḥa olur ve bu bevl-i muntin ekşeriyā 'illetüñ⁴ āşḳāre olduğı vaḳtda zuhūr ider. Bu şūretde yāçeādan ziyāde⁵ devā'-i ceyyid yokdur, hemān isti'mālīne mübāderet olunmaḳ⁶ lāzımdur. Yāçeā benefşe envā'ından benfsec-i zū⁷ şelāşet olan

^{lx} HE 754'de "başıldıkda" olarak yazılıdır.

^{lxi} HE 754'de varak 7a'nın sonu.

^{lxii} HE 754'de "ولك" olarak yazılıdır.

^{lxiii} HE 754'de "bir" kelimesi yoktur.

^{lxiv} HE 754'de "yāḥūd ešnāyī" olarak yazılıdır.

^{lxv} HE 754'de "'illette" olarak yazılıdır.

^{lxvi} HE 754'de "Mōşkāṭī" olarak yazılıdır.

^{lxvii} HE 754'de "dāḥilīsī" olarak yazılıdır.

^{lxviii} HE 754'de varak 7b'nin sonu.

^{lxix} HE 754'de varak 8a'nın sonu.

^{lxx} HE 754'de "oldığından nāşī" olarak yazılıdır.

^{lxxi} HE 754'de varak 8b'nin sonu.

ve hercāyī benefşe^{lxxii} tesmiye ⁸olunur bir haşîşedür. Andan ⁹insân-ı şahîh dahı tabh eyleyüb ¹⁰isti'mâl eylese demi ¹¹muşahhîh ve muşaffidür ¹²ve'l-hamdu-li-llahî^{lxxiii} ¹³'ale'l-itmâmi. ¹⁴Mim [11].

^{lxxii} HE 754'de varak 9a'nın sonu.

^{lxxiii} Cümlelerin devamı HE 754'de "te'âlâ 'ale'l-itmâmi ennehu veliyyun küllin tevfiķun ve in'âmun. Temmet. Mim." olarak yazılmıştır.

Ek-II. Rūhye Risālesi'nin Topkapı Sarayı Müzesi, Hazine Kitaplığı, No. 569'da yer alan nüshasının çevriyazısı

¹Bi'smi-İlahi'r-ramani'r-raḥīm

²El-ḥamdu li-İlahi rabbi'l-ālemīn ve 'ş-şalavatu 'alā resūlinā Muḥammedin ve ālihi ve şahbihi ³ecma'in ve ba'd eṭfāl-i razī'anuñ 'ilel-i maḥşūşalarından olub ⁴rūhye ta'bīr eyledikleri maraz-ı cildī ki fī'l-ḥaḳīka 'asirū'l-burū' ⁵ve ba'zan muḥāṭara'-i 'azimeden ḥālī olmamak ile 'ale'l-ḥuşuş diyārımız ⁶koştantiniyye şānehā Allahu te'ālā 'anī'l-āfāt ve'l-beliyyede ⁷neş'et iden bī-çāregān eṭfālūñ bu 'illetden ekşerisi ⁸me'ūfū'l-mizāc olmaları ve bundan böyle ā'illā'-i mezbūrenūñ evlādları ⁹daḫı müte'eşşir olmak takrībiyle gitdikce müteẓāyid ve müteẓāfir olması ve beynimizde ¹⁰daḫı müte'āref ve mütedāvil olan kütüb-i ṭıbbiyyede aşlā 'ilācına ¹¹taşaddī olunmadığından tedbīrinde teḡāfūl ve zūhūl olundığı ¹²mülāḥaza olunub bu 'abd-ı ḳalīl-i-bezā'a ve 'adīmī'l-istiṭā'a ¹³Muşṭafā Behcet et-ṭabīb kütüb-i müte'ahḫirīn-i efrenciyyeden ¹⁴eşnā'-i mütāla'ada cem' ve iltikāt ile bu 'illetūñ esbāb ¹⁵ve 'alāmāt ve mu'ālecātına dā'ir bir muḳaddime ve dört bāb ve bir [1b] ¹⁶ḫātimeyi ḫāvī işbu risāle ketb ve imlā kılındı ve min ²Allahī't-ṭevfīki ve bi-yedhi ezmeti't-taḫḳīki.

El-Muḳaddime kuşūr-ı lebeniyyenūñ ³māhiyyet ve ḫaḳīkati beyānındadır.

Lisān-ı Türkī'de rūhye tesmiye ⁴olunan maraz-ı müteẓāris ki eṭfālūñ yañaḳlarına 'āriz olub ⁵anlaruñ 'ilel-i maḥşūşalarındandır. Kütüb-i ṭıbbiyye'-i 'Arabiyye'den mutaşaddī'-i ⁶terceme olanlardan ba'zıları buşūr-ı lebeniyye nāmıyla şöhret-şī'ār olan ⁷maraz-ı meşhūrī rūhye lafzı ile terceme ve tefsir ve ba'zıları ⁸ergenlik dinilen buşūr olmak üzere ta'bīr eylemişler, lakin kütüb-i ⁹'Arabiyye'de buşūr-ı lebeniyye taḫrīr olunan maḥalle diḳḳat olunub beynimizde ¹⁰rūhye dinilen buşūruñ 'alāmātına taṭbīk olunduḳda çendān müşābeheti ¹¹olmayub fī'l-ḫaḳīka ergenlik dinilen buşūr oldığı vāziḫ ve āşkāre ¹²olur. İmdi kütüb-i 'Arabiyye'de rūhyenūñ ism-i maḥşūşına zafer ¹³bulunamadığından biz daḫı ism-i Lāṭinīsini terceme ile kuşūr-ı lebeniyye ¹⁴ve maraz-ı lebenī deyu tesmiye ve taḫrīr eyledük, fī'l-ḫaḳīka kütüb-i Lāṭiniyye'-i ¹⁵ḳadīmede daḫı kuşūr-ı lebeniyye nāmında 'illet taḫrīr olunmayub ancak ¹⁶ahd-ı ḳarībde te'līf olunan kitāblarda yād ve taşīr olunmuşdur. ¹⁷Ez-cümle milāduñ biñ yedi yüz yetmiş tārīḫinde meşāḫir-i ¹⁸eṭṭibbādan İstirāk nāmında bir ṭabīb kuşūr-ı lebeniyye ḫaḳḳında ¹⁹evvelā bir risāle te'līf eyleyüb andan soñra gelenlerden ba'zıları daḫı [2a] ¹ṭabīb-i mesfūruñ ḳavlini aḫz ile kitāblarında taḫrīr ve tebyīn ²eylemişlerdür. Bu 'illet 'ilel-i cildiyye envā'ından şıbyāna maḥşūş ³bir marazdur ki anlaruñ yañaḳları eṭrāfında bir ḫumret ile ma'an ⁴buşūr zūhūr idüb eṭrāfına münṭeşir ve sātīr olur ve bu 'illet sūd ⁵emer eṭfāle 'āriz oldığından nāşī maraz-ı lebenī ve kuşūr-ı lebeniyye ⁶tesmiye olunmuşdur ve ekşeriyā eṭfāl sūd emmege mübāşeret eyledikden ⁷eyyām-ı ḳalīle mürurunda zūhūr ider ve ba'zī kerre altı aylık olduğdan ⁸soñra ve ba'zī kerre nebātū'l-esnān ile berāber zūhūr ider ve müddet-i ⁹fiṭāma degin, ya'nī sūdden kesilinceye degin bāḳī ḳalub ba'dehu ¹⁰muẓmaḫill ve fānī olur, kezālik altı yaşında bir şābīde ve dört ¹¹yaşında bir bāzergān-zādede zūhūr eylediḡin İstirāk-ı mesfūr ¹²naḳl ve rivāyet ider. Bundan münfehīm ve ma'lūm olur ki müddet-i ¹³irzā'dan soñra daḫı nādiren zūhūr eyleye ve bu 'illet yaluñuz ¹⁴yüz ve çehreye maḥşūş olmayub belki bedenūñ mevāzi'-i sā'iresinde ¹⁵daḫı vukū'ı ḳalīl degildür, meşelā şadr ve 'unḳ ve cebhe ve zaḳan ¹⁶ve ḫaḳveyn ve zāhr emşāli gibi ve ba'zī kerre madde-i maraz gözlere ¹⁷teşebbūş idüb remed 'avāriẓi müşāhede olundığı ḳalīl ¹⁸ü'l-vukū' degıldür.

Bab-ı evvel kuşūr-ı lebeniyyenūñ esbābi beyānındadır.

¹⁹Düpnāyil nām ṭabīb ṭıbb-ı 'amelī şerḫinde taḫrīr eylemişdür ki bu 'illetūñ sebeb-i [2b] ¹ḫaḳīḳisi mestūr ve muḫtefi olub bu aña degin kemā hüve ḫaḳḳihi ²münkeşif ve ma'lūm olmamışdur, kezālik meşāḫir-i eṭṭibbādan Pelink-i ³Cermānī *Emrāz-ı Cildiyye* risālesinde "bu 'illet demūñ ⁴hırāfet ve ḫiddetinden neş'et idüb ṭab'at-ı müdebbire mevādd-ı ⁵hırīrfeyi demden bi-tārīḳi't-tenḳiye ifrāz ve vicneteyne def' itmesidür" ⁶didi ve daḫı bu marazı evvelen teşḫiş ve ta'yīn eyleyen İstirāk ⁷inde kuşūr-ı lebeniyye 'ilel-i müteẓārise ve şāriyyedendür, şöyle ki ⁸bu 'illete ḫāl-i ṭufūliyyetde mübtelā olmuş vālide ve murzī'adan ⁹bi-tārīḳi's-sirāye tıflda zūhūr ve vukū'ıdur ve bunuñ müteẓāris ve sārī ¹⁰olması bir ḳaç tārīḳ iledür. Evvelen bi-tārīḳi't-tevārūs sirāyetdür ki ¹¹tıfluñ vālidesi ḫāl-i ṭufūliyyetinde bu 'illete mübtelā olmaḳdur, ¹²gerek bi'n-nefs kendü irzā' eylesün ve gerek aḫer irzā' ¹³eylesün ve gerek elbān-ı ḫayevāniyyeden biri ile taḡdiye olunsun. ¹⁴Şāniyen sirāyet-i bi-tārīḳi'l-irzā'dur ki tıfluñ sūd anası ¹⁵kezālik ḫāl-i ṭufūliyyetinde bu maraza mübtelā olmaḡla tıflda zūhūr ¹⁶ve sirāyetidür ve bu 'illetden me'ūf olmuş bir murzī'a irzā' ile ¹⁷eṭfāl-i keşīrede kuşūr-ı lebeniyye zūhūrī bi'd-defa'āt tecribe ¹⁸ve müşāhede olunmuşdur deyu İstirāk-ı mesfūr naḳl ve rivāyet ¹⁹ider, ve'l-ḫāşil ṭabīb-i mesfūruñ bu ḳavli muḫtār bulunub ekşer [3a] ¹eṭṭibbā taşdiḳ eylemişlerdür.

Bāb-ı şānī kuşūr-ı lebeniyyenūñ 'alāmātī ²beyānındadır.

Rūhye ve kuşūr-ı lebeniyye ta'bīr olunan buşūr ekşeriyā ³eṭfālūñ yañaḳlarına 'āriz olub eṭrāfı kırmızılanur, buşūr-ı mezbūre ⁴ba'zī def'a 'āriz ve ba'zan müdevver ve ba'zan münāḳḳat olub dāḫilleri ⁵bir ruṭubet-i ḡalīza ve kayḫiyye ile mūmtelīdür ve bu kayḫ dāḫil-i beşrede ⁶ṭurduḳca üzeri ḳabuḳlanub ve ḳabuḡı daḫı gitdüke taşallüb ider ⁷ve ḳabuḳ şaḳḳ olunub ayrıldıḳda içinden ḫumrete mā'il şāfi ⁸bir şu tereşşūḫ idüb ṭoḳundığı maḫalli tefrīḫ iderek birbirine ⁹mütelaşık olurlar. Ḳaçan ki kuşūr keşīren ve müteẓātiren münşāḳḳ ve sākīṭ ¹⁰olalar, yeñiden zūhūr iden ḳabuḳlar şarıya mā'il olub mutaşallīb ¹¹ve mutaḡalliz olurlar ve kuşūr sākīṭ olduğda altındaki olan cild ¹²dibāḡat olunmuş cild mişāli parlaḳ ve gergin ve eṭrāfı müteẓārim ¹³müşāhede olunur ve fekk-i esfel civārında olan ḡudedler, ya'nī ¹⁴bezler müteẓārim olub aḡırşāḳlanur ve daḫı buşūr ba'zī def'a çehreyi ¹⁵velī iden eṭrāfa münṭeşir-i visā'ī olub meşelā ḳulaḳ ¹⁶ardında ve ḳulaḳların muḳaddemlerinde ve zaḳanda ve cebhede zūhūr ¹⁷ider ve bā'zī def'a cemī'-i a'zā'-i vechiyyeyi isti'āb idüb ¹⁸vechi ḳabīḫ ider ve ba'zī def'a buşūr vechden ḡā'ib olub ¹⁹bedenūñ maḫall-i sā'iresinde zūhūr ider. Düpnāyil nām ṭabīb [3b] ¹'ben belde ve arḳada ve ḫaḳveynde zūhūr eylediḡin gördüm" didi ²ve kezālik nādiren buşūr-ı mezbūre def'aten vechden ḡā'ib ve muẓmaḫill

³olub etfālūñ gözlerine müteşebbiş olmağla bir remed-i şedid ⁴iḥdās ider ki remed-i şahīḥden fark ve temyizi ziyāde müşkildür ve remed-i ⁵’ādī mu’āletātī olundukça fesād ve şiddet bulur. Böyle ⁶oldukda diḳkat ve te’emmül olunub kuşūr-ı lebeniyye mu’ālecātī olundukça ⁷eyyām-ı ḳalīlede mündefī’ olur ve daḳı ba’zī daf’a mevādd-ı fāsīde ecvāf-ı ⁸üzneyne teveccūḥ idüb tıfluñ ḳulaḳlarından ḳayḫ ve şadīd ⁹seyelān ider ve bu seyelān-ı müstemirr ve mütemadī oldığı şüretde ¹⁰tıfluñ ḳulaḳları işitmez olub şaḡırlanur. Pelink-i Cermānī ¹¹taḫrīr itmişdür ki “ba’zī def’a kuşūr-ı lebeniyyenūñ mādde-i re’sūñ ¹²cüz’-i muḳaddemine müteveccih olub tıfla ol mertebede ḫikke īrās ¹³ider ki kesret-i bükādan anlara seher ‘arız olur.

14Bāb-ı şālīş kuşūr-ı lebeniyyenūñ taḳdime’-i ma’rifesi beyānındadır.

Bu ‘illet ḫadd-i zātında ¹⁵muḫātaralı degüldür, lakin ba’zī def’a muḫātaradan daḳı ḫālī degüldür, ¹⁶ḫuşūşā cehele’-i eṭṭibā sevḳi ile üzerine rādī’ ve ḳābız ba’zī ¹⁷merāḫim-i usrubıyye ve edviye’-i ḳābıza vaz’ ve ilşāḳ oluna. Ol ¹⁸vaḳt taḫī’atūñ saḫḫ-ı vechden tenḳıye ve ifrāz eyledigi ¹⁹mevādd-ı fāsīde dāḫile neks idüb ‘ilel-i sâ’ire īrāsı ile [4a] ¹ḫaḫar-ı ‘azīme ilḳā ider ve beliñlene helāḳına sebep olur, zirā edviye’-i ²ḳābıza ilşāḳıyla mādde’-i maraz ḡuded-i māsārīḳāya teşebbūş ³ve anda sūdde īrās idüb intifāḫ-ı baḫn ve istiskā’-i ⁴zıḳḳıyye mü’eddā olur yāḫūd diḳḳ ve zübül ‘arız olub ⁵helāk olur, zirā ḡuded-i māsārīḳā münsedd olduğda keylūs ⁶deme vuşūle ve istiḫāleye ḳudret-yāb olamayub beden ḡidādan ⁷ḫālī ḳaldıḳda diḳḳ şüret bulur, kezālik madde-i ‘illetūñ ⁸dāḫil-i bedene neksinden cū’-i müfriṭ ve remed ve teremmuş-ı ‘ayn ve anuñ ⁹emşālī ‘avārız-ı keşirenūñ zuḫūrını İstirāk kitābında taḫrīr ¹⁰itmişdür ki taṭvilden iḫtirāzen işbu maḫalalde zikri ṭayy olunmuşdur ¹¹ve daḳı buşūruñ ḡāyet ḳalil olması ve ecvāfı ḳayḫ ve ruṭubetden ¹²az mümtelī olması ‘alāmāt-ı rediyyedendür ki mevādd-ı fāsidenūñ ¹³dāḫile neksini i’lām ider ve tıflıdan kedi bevlī rāyihası gibi bevlī ¹⁴zuḫūr itmeksizin buşūr mündefī’a olur-ise yine redīdür, zirā ¹⁵müntinü’r-rāyihā bevlī zuḫūr itmedükce buşūruñ izmiḫlālī dāḫile ¹⁶neks itdigin ifāde ider, ve’l-ḫāşıl buşūruñ burū’undan ¹⁷muḳaddem bevlī müntin zāḫir olmadıḳca emniyyet cā’iz degüldür ki ¹⁸İstirāk-ı mesfūr “sill ve zübül ve istiskā’ ve ḫurāc-ı ¹⁹cevfi’l-ūzn ta’āḳub ider” dimişdür. ḫulāşā evşāf-ı mezbūre [4b] ¹üzre bevlī müntinūñ zuḫūrı bu marazda ‘alāmet-i ceyyidedendür ki ²mādde’-i ‘illetūñ ḳarīben burū’ ve izmiḫlālīni ifāde ider ve daḳı Dūpnāyil nām ³ṭaḫīb taḫrīr itmişdür ki ba’zī eṭṭibā ve ekşeri nās i’tikād ⁴iderler ki bu ‘illet ‘adīmü’l-ḫaḫardur ve ba’de’l-burū’ etfālūñ mizācları ⁵şahīḫ olub kendüleri ten-dürüst olur ve yañāḳları ⁶güzel ve parlaḳ olur ve ekşerıyyā çiçek ḳıḫardıḳlarında buşūr-ı ⁷cüderıyye az zuḫūr ider, ziyādece daḳı olursa yüzlerinde āşār-ı ⁸buşūr ve nedeb olmaz, ya’nī anları çiçek büzmez. Zıkr olunan ⁹zann degüldür, illā ḫaṭāyī fāḫışdür, zirā bu ‘illetūñ anlarda zuḫūrı ¹⁰ve kendüleri ten-dürüst ve yüzleri güzel olmakdan ise ¹¹‘illetūñ ḫīc vukū’ bulmaması daḳı güzeldür, belki diḳkat olunsa ¹²ba’de’l-burū’ anlarıñ vechlerinde olan parlaḳlık yüzlerini taḳbīḫ ¹³ider, çiçek ḳıḫardıḳlarında āşār-ı nedeb ma’düm olur didikleri ¹⁴daḳı ḫilāf-ı vāḳī’dür, zirā cüderīden şoñra vechleri nedebden ¹⁵ḳabīḫ olmuş ḳatı çok kimesneler ḡörülmüşdür. İntehā.

Bāb-ı rābī’ ¹⁶kuşūr-ı lebeniyyenūñ mu’ālecātī beyānındadır.

Bu marazūñ tedbiri ¹⁷iki ṭarīḳ ile ḫuşūl-pezir olur. Evvelkisi bilā-mu’ālecetin taḫī’ata ¹⁸ḫavāle, ikincisi mu’ālece-i bi’d-devādur, lakin taḫī’atūñ def’ine ḫavāle ¹⁹nice vaḳtūñ mūrūrına muḫtācdur ki taḫī’at bi-tav’ihā istişāl [5a] ¹eyleye. Bu şüretde altı ay ve bir sene yāḫūd daḳı ziyāde ²müddetde mündefī’ olabilür. Ammā mu’ālece-i bi’d-devā’ ile on beş ³gün zarfında burū’ müyesser olur, ḫuşūşā eşnāyī mu’ālecede ⁴buşūr serī’an zuḫūr eyleye ve kuşūr daḳı serī’an sāḳıṭ ola ⁵ve tıfluñ bevlī ebvāl-i senānīr mānendī müntin ve müstekreh ⁶ola ve bu marazūñ gerek bi-ṭab’a ve gerek bi’l-mu’ālece burū’ evşāf-ı ⁷mezbūre üzre bevlūñ ḫurūcudur ki ol bevlūñ ḳillet ve keşreti ⁸ve sūr’at ve beṭā’itine ḡöre sıḫḫat daḳı taḳaddüm ve te’eḫḫur ider. Bevlī ⁹mezbūruñ vukū’ bir buḫrān-ı ceyyiddür ve daḳı bu maraz demūñ ¹⁰ḫırāfet ve ḫiddeti olduğından mu’ālecesi daḳı cevher-i demi ta’dil ¹¹ve işlāḫ eyleyici ve ḫumūzātını neşf idici edviyedür ki ṭuruḳ-ı ¹²muḫālīfe üzre dāḫilden isti’māl olunur, kezālik bu ‘illeti evvelen ¹³tecribe ve taḫrīr eyleyen İstirāk yigirmi sene zarfında etfāl-i ¹⁴müte’addidede tedbir eşnāsında bir devāyī ‘azīme vāşıl olmuşdur ki ¹⁵bu ‘illeti ceyyiden ve kāmilen isti’māl def’ itmekde bād-zehr-i a’zām ¹⁶meşābesindedür, ol devāya lisān-ı efrencde yāḫēā ve Türkīde ¹⁷hercāyī benefşe dirler. Taḫīb-ı mesfūr “ḳına ḳına ḫummeyāt-ı dā’irede, ¹⁸ya’nī ısıtmalarda ne şekl devāyī maḫşūş ise bu ¹⁹ḫaşışe daḳı bu marazda devāyī maḫşūşdur” didi. İmdi [5b] ¹bu ḫaşışe vech-i ātī üzre isti’māl olduğda, müddet-i ²yesīrede burū’ müyesser olur deyu andan şoñra gelen meşāḫīr-i eṭṭibādan ³ḳatı çok kimesneler tecrube ve taḫrīr eylemişler. İmdi yāḫēā, ya’nī ⁴hercāyī benefşenūñ yalūñuz yapraḳları isti’māl olunub ⁵ḳōki ve sāḳı terk olunur. Ḳaçan tāzesi isti’māl olunmaḳ murād ⁶olunsa, yapraḳlarından bir ḳabze’-i laṭīfe aḫz olunub ḫurde ḫurde ⁷ḳaṭ’ olduğdan şoñra bir büyücek fincānuñ yarı ṭolusı tāze ⁸ve şahīḫ sūd ile taḫḫ olunub ‘ale’s-şabāḫ tıfla i’tā ⁹olunur, kezālik aḫşām üstü daḳı vech-i meşrūḫ üzre ¹⁰yeñiden sūd ile taḫḫ olunub virilür ve eger tāzesine zafer ¹¹bulunamayub ḳurusından isti’māl olunmaḳ murād olunursa ¹²ḡölgede tecfif olunmuş yapraḳları daḳḳ ve sūfūf olduğdan ¹³şoñra yarım dirhemi nişf fincān lebenü’l-baḳar-ı fātīr ile iki ¹⁴sā’at naḳ’ olunub cüz’ taḫḫ olduğdan şoñra ba’d ¹⁵e’t-taḫḫıyye ‘ale’s-şabāḫ tıfla i’tā olunur ve mesā’en daḳı yine tekrār ¹⁶yeniden sūd ile taḫḫ olunub virilür [6a]. ¹Bu vech üzre ḳurusından günde bir dirhem ²isti’māl olunmuş olur, kezālik vech-i meşrūḫ üzre ³amel olunan sūdten etmek yapılub yāḫūd cüz’ taḳḳ ⁴izafesiyle bulamac ve sūdīlāş emşālī a’māl olunub ⁵virilmek daḳı ḳābildür. Bu ḫaşışe sūd ile taḫḫ olunub ⁶imtizāc eyledikde sūdūñ rāyihā ve ṭa’mını taḡyīr eylemez, belki sūde ⁷leṭāfet virir, lakin cüz’ce ḳaymaḳlandırır. İmdi taḫrīr olunan ⁸ṭarīḳ üzre sekiz gün şabāḫen ve meşā’en leben-i mezkūrdan ⁹i’tā olduğda, tıfluñ yüzünde fi’l-aşıl buşūr ḳalil ¹⁰iken yāḫūd ‘adīm iken ol ḳadar ḫurūc ider ki ¹¹teḫrāf-ı vechlerini ḳulaḳlarına dek isti’āb ider ve bu ¹²eşnāda tıfluñ rāyihā’-i bevlī kedi bevlī mānendī ḡāyet de ¹³müntin olur, ba’dehu sekiz gün daḳı ṭarīḳ-ı mezbūr üzre ¹⁴şabāḫen ve mesā’en isti’māl olduğda buşūruñ kuşūr-ı ¹⁵mūsta’razası suḳūṭa ibtidār ider ve daḳı eşnāyī mu’ālecede ¹⁶tıfla müleyyin virilmekten iba ve icṭināb lāzımdur ki buşūruñ ¹⁷ḫurūcını men’ idüb taḫī’atı buḫrāndan ‘avḳ eylemeye ve kuşūr [6b] ¹sāḳıṭ olduğdan şoñra üzerine edviye ilşāḳı daḳı cā’iz ²degüldür. Ḳaçan buşūr yeñiden ḫurūc itmez ola, mādde’-i ‘illetūñ ³istişālīne ḫükm olunur. Bu şüretde üzerinde olan ḳabuḳlar ⁴ziyāde taşālūb idüb icleri ḳuruuyub pārcē

pârçe sukûta ⁵ibtidâr ider ve bu eşnâda cild-i vech ve cebhede hâlel ⁶kalmaksızın burû'-ı tâmm zuhûr ider, lakin burû' geldi deyu devâ'-i ⁷mezbûrdan imtinâ' dağı münâsib degüldür, belki ba'de'l-burû' on ⁸beş gün dağı isti'mâl olunmak lâzımdur ki dâhil-i bedende ⁹mestür ve muhtefi olan bakıyye'-i mevâddüñ küllîsi hürüc eyleye. ¹⁰Istirâk-ı mesfûr tecrîbe ve tahrîr itmişdür ki "bu mu'âlece ile ¹¹cild-i vech tamâmen şahîh olduğdan soñra ba'de müddetin yine buşûr-ı ¹²cedîde zuhûr ider. Bundan münfehîm ve ma'lûm olur ki mevâdd-ı hırrîfeden ¹³demde bakıyye kalmış olub ba'de müddetin zuhûr eyleye, li-hazâ ¹⁴devâ'-i mezbûrdan ba'de'l-burû' on beş gün dağı isti'mâl ¹⁵olunmak münâsib olur ki mevâdd-ı hırrîfeyi külliyyen demden tenkıye ¹⁶ve istîşâl eyleye ve dağı mevâdd-ı fâsidenüñ demden ¹⁷bi'l-külliyye istîşâline şol 'alâyimden hükm olunur ki ¹⁸ba'de'l-burû' cild-i vechde beşrelerüñ eşeri ve lekeleri görünmeye ¹⁹ve müntefiğ olmuş gibi hiss olunmaya ve parmak ile cild [7a] ¹üzerine başdıkdâ ğalıze ve haşin müşâhede olunmaya ²ve bevli dağı aşîhâyı eţfâlüñ bevline müşâbih ve 'adimü'n-netn ³ola ve dağı ma'lûm ola ki eşnâyı mu'âlecede tıfla ve murzî'aya ⁴lühümât-ı ğalıze ve hâmizâtıdan perhîz virilmek lâzımdur. ⁵Vaqt-ı şabâvetde bu murzî'a bu 'illete mübtelâ olmağla tıfla sirâyet ⁶tarîkiyle bu 'illet hâdiş oldığı şürette, tıflı südden ⁷kesmeyince yâhûd murzî'a tebdîl olmadıkça ba'zî def'a burû' kâbil ⁸degüldür, her ne kadar ki devâ'-i mezbûrdan 'alâ vechi küllî isti'mâl olunmuş ⁹ola. Nite ki hummeyât-ı dâ'ireye kına kına mücerreb-i şahîh bir devâ iken ¹⁰ba'zî def'a bir sebeb-i hafî ile aşlâ nefî müşâhede olunmaz ¹¹ve dağı aralıkda yâhûd eşnâyı mu'âlecede bu 'illette demi ¹²taşfiye idici ve ta'mını hâlâvete tahvîl idici edviye'-i sâ'ire ¹³dağı isti'mâl olunabilür ve bu 'illet için Covân-i Mōskâtî ¹⁴nâm tabib Nâpōlî ahâlisinden bir tarîk-i ceyyid ahz itmişdür ki ¹⁵ol tarîk tıfluñ kılundan 'âdetâ yakı açmağdur ve bu 'amel ¹⁶ile eţfâl-i keşîre şîhhat-yâb olduklarını nakl ve rivâyet ¹⁷ider, zîrâ kıldan yakı açılmak ile bu 'illete müceb olan ¹⁸ruţübât-ı hırrîfe ve müte'afine gereği gibi istifrâğ olunub ¹⁹burû'-ı kâmil gelmesine kifâyet ider. Bu 'amelüñ tarîkini şöyle beyân [7b] ¹itmişdür ki tıfluñ ihtiyâr olunan kılunuñ taraf-ı ²dâhilîsini pazı yaprağı ile kırmızılancınca cüz'î şiddetlice ³oğalar, ba'dehu üzerine şâbûn-ı esved ve diyârimızda mağrib ⁴şâbunı dinilen devâdan cüz'î tıllâ olunub üzerine pazı yaprağı leff eyleyeler ve anuñ üzerine dağı dülbenden ⁵bir yaşdıcağ vaz' olunub bağlandıkdan soñra terk eyleyeler ⁶ve bu 'ameli bir kaç gün tekrâr ideler, tâ ki cild şâbûn-ı esvedden ⁷çürüyüb münşakıb ola, ba'dehu 'âdetâ kol yakısı gibi ⁸a'mâl oluna. Pelink-i Cermânî nâm tabib bu 'illette ⁹murzî'a dağı perhîz ve ihtimâ eylemek lâzımdur, meşelâ şarâb ¹⁰ve fuqqâ'ü'ş-şatîr ve hâmizât ve lebeniyyât gibi ve aralık aralık ¹¹murzî'aya müleyyin virilmekle, tabîatları muntalîk olmak ve ba'zan ¹²maţâbîh-i muşaffiye ve sâ'ir mu'âlecât-ı münâsibe virilmek lâzımdur ¹³ve dağı hâricden kurıdıç kurşundan ma'mûl ve sâ'ir ¹⁴edviye'-i kâbizadan a'mâl olunmuş merâhim-i kâbizadan ma'mûl ¹⁵edviye ilşâkından ğâyetü'l-ğâye mücânebet ve ihtirâz oluna, ¹⁶lakin cüz'î tahammuz eylemiş kaymak tıllâ eylemekden ben menâfi'-i ¹⁷azîme müşâhede eyledüm" didi. İntehâ.

El-Hâtîme kuşûr-ı lebeniyyeden ¹⁸taħaffuz ve şıyânetüñ tarîki beyânındadır.

Ma'lûmdur ki bu 'illet [8a] sâridür ve sirâyeti dağı ekşeriyâ bi-tarîki'l-irzâ'dur. İmdi eţfâli ²bu marâzdan muhâfaza eylemenüñ tarîki bu sirâyete anları mübtelâ ³eylememek iledür, li-hazâ başîret ve ihtiyât üzre olmak ⁴lâzımdur ki tıflı irzâ' eyleyen vâlide yâhûd murzî'a fî'l-aşl ⁵bu 'illette me'ûf olmaya. Bu şürette murzî'anuñ marâz-ı ⁶mezbûra muqaddemâ ibtilâsi hiss olundukda hemân ol ⁷anda murzî'ayı tebdîl eyleyeler. Muşannif İstürâk tahrîr ⁸ider ki bu marâza mқaddemâ mübtelâ oldun-mı deyu murzî'aya su'âl ⁹olunsa, anlarıñ kesb ve fâ'idelerine muzırr olduğından ketm ¹⁰iderler, yâhûd vaqt-ı tıfûliyyette olan 'avarızı kişi ¹¹idrâkden 'âciz olduğına binâ'en me'ûf olduklarını müdrîk ¹²olmayalar. İmdi zıkr olunacak 'alâmâtdan murzî'anuñ ¹³me'ûf oldığı tahkîk olunub aña göre hareket oluna. ¹⁴Murzî'anuñ tıfl iken me'ûf olduğunun 'alâmâtı budur ki ¹⁵vechinde buşûr zuhûr eylediği maħall ziyâde parlağ ve muşayğal ¹⁶olur ki sâ'irinüñ çehresinde bu parlağlık bulunmaz ve dağı ¹⁷çehresi a'zâyı sâ'iresinden ziyâde beyâz olur. Bu sebebden ¹⁸nâşî 'avâm-ı nâs beyninde rûhyeye mübtelâ olan tıfluñ ¹⁹çehresi ba'de'l-burû' ziyâde güzel olur havâdişi kalmışdur dağı [8b] ¹bu marâzdan ziyâde beyâz ve berrâğ olan çehre ba'zî ²kırmızılancıcı şeyler ile telvîn olunsa humret-i ³verdî ve humret-i şengerfî gibi açık kırmızı olmayub ⁴belki bir humret-i ğalıze ve ferferiyye ile mülevvin olur ve levn-i ⁵mezbûr bir yerde tıb olmayub benek benek kırmızı ⁶ve ara yerleri beyâz olur. Zıkr olunan 'alâmâtdan murzî'ada ⁷birisi buluna, der-'akâb tıflı elinden alub âher murzî'aya ⁸virilmek lâzımdur ki tıfl müte'eşşir ve me'ûf olmaya ve dağı ba'zî ⁹alâyim vardır ki kuşûr-ı lebeniyyenüñ yakında zuhûr eyleyeceğün ¹⁰i'lâm ider, meşelâ vech ziyâde mümtelî ve müdevver hiss olunur ¹¹ve yañaklar bir humret-i ğalıze ile muħammer olub fekk-i esfele dek, ¹²ya'nî alt çeñeye dek mümtedd olur ve cild-i vechleri yâbis ¹³ve gergin olub buruşdurmağâ kâdir olamaz ve üzerinde ¹⁴olan cild-i raķikleri şulb olub huşk-rîşe'-i şağîre ¹⁵mânendî olur ve yañaklarını kaşımak için murzî'anuñ ¹⁶kümmini ya'nî yeñini dâ'imâ ol tarafı getürür ve bevlleri ğâyet ¹⁷müntinü'r-râyiha olur ve bu bevli-i müntin ekşeriyâ 'illettüñ ¹⁸aşkâre oldığı vağtde zuhûr ider. Bu şürette ¹⁹yâçeâdan ziyâde devâ'-i ceyyid yokdur, hemân isti'mâline [9a] ¹mübâderet olunmak lâzımdur. Yâçeâ benefsec envâ'ından ²benefsec-i zû şelâsete olan ve hercâyî benefşe tesmiye ³olunur bir haşîşedür. Andan insân-ı şahîh dağı tabh ⁴eyleyüb isti'mâl eylese demi taşhih ve taşfiye ider.

Temmet er-risâletu bi-kâlemi şikestei raķmi muħarriri ĩn 'ucâle sene seb'a 'aşera ve mi'ete yne ve elf mine'l-ħicreti men lehu el-'izz ve'ş-şeref. Mim [9b].

Ek-III. Giovanni Battista Palletta'nin *Trattato Delle Malattie dei Bambini di Niccolo' Rosen de Rosenstein* başlıklı çevirisinde yer alan "Lattime" adlı bölümün İtalyanca metni

Lattime

Non mi dilungherò a proporre le varie formole di medicamenti, ed i pretesi arcani per la rogna, stimando in vece più utile il far menzione di un'altra malattia cutanea, che pur affligge i bambini nella loro prima età, della quale siccome il sig. *Rosenstein* non ne fa parola, ed è forse nel nostro paese assai più comune della scabbia, ed anche più nociva di quello credesi; io ne darò una compendiosa descrizione. A questa aggiungerò il rimedio specifico contro di essa pubblicato l'anno 1779 dal sig. *Strack* Pubblico Professore d'Instit. Mediche nell' Università di Magonza in una sua Dissertazione, che è stata coronata dall'Accademia delle Scienze e belle lettere di Lione alli 3 dicembre 1776.

Questa malattia è conosciuta sotto il nome di *lattime*; ed è una quasi comune affezione dei bambini lattanti, per il che fu detta anche crosta latte; e suole finire dopo lo slattamento, o allo spuntar dei denti; sebbene in alcuni continui anche più tardi, ed il sig. *Strack* l'abbia qualche volta osservata in fanciulli di sei anni.

Comincia il lattime da certe pustulette sulle guance or larghe, or rialzate in punta, e ripiene d'un umore limpido e glutinoso, il quale, rompendosi la pustuletta, sorte, e [374] s'attacca alla vicina cute, onde formasi poi una crosta d'un rosso giallo. Questa screpolando dà uscita ad altro umor glutinoso, che indurandosi aumenta la grossezza della crosta, e rende la cute quasi coriacea e le sottoposte parti gonfie colle glandule giugulari, ma di rado la parotide.

Tali croste non oltrepassano in alcuni il confine delle guance; in altri s'estendono verso le orecchie, il mento, e la fronte, e lasciando intatte soltanto le palpebre, formano una vera maschera. Gli occhi ne soffrono assai rare volte, e solamente quando le pustule delle guance sono in piccol numero; per il che riesce assai difficile a conoscersi questa specie d'oftalmia.

Il lattime non s'arresta alla sola faccia; ma prende anche altre parti del corpo, cioè il collo, il petto, il ventre, le braccia, le cosce, i lombi, le natiche ec.

Il sig. *Strack* è di sentimento, che questo male dipenda da un *miasma* particolare, perchè i bambini nati da una madre, che già ebbe il lattime, vengono presi dalla stessa malattia, tanto se si facciano allattare da una nutrice sana, quanto se con qualunque altro mezzo si alimentino come con latte di vacca, di capra, poltiglie ec. Conferma egli la sua opinione coll'osservare che una nutrice, la quale sia stata soggetta alla crosta latte, può infettare i bambini nati da una madre sana.

Si tiene il lattime per un male non molto pericoloso; ma in realtà non va esente da pericolo, quando una porzione del *miasma* ricade sulle glandule, o retrocede per l'applicazione di esterni rimedj. Esso è similmente pericoloso, quando le bolle non sortono bene, e non si riempiono; poichè gettandosi il restante sulle glandule del mesenterio, produce la gonfiezza e tensione dell'addomine, la fame, lo struggimento, e la morte, come osservò il sig. *Strack*.

La guarigione succede in due maniere, cioè o per opera della natura, o per mezzo dei medicamenti. Coloro, che abbandonano alla natura la guarigione, portano la malattia dei mesi, ed anche un anno. E'osservazione del sig. *Strack*, che la guarigione spontanea succede costantemente con una crisi per urina, la quale in tale occasione puzza come l'urina dei gatti, e la guarigione accade in ragione della più o meno celere comparsa di queste urine; [375] e se la crisi riesce imperfetta, ne segue la tabe, l'idropisia secca, la lippitudine, e l'accesso alle orecchie.

Da ciò scorgesi quanto poco fossero finora conosciuti gli andamenti, e i tristi effetti di questa malattia, e quanto sia necessario il curarla. I Medici d'ogni età s'accontentarono di proporre i raddolcenti, ed i miti assorbenti, abbandonando il rimanente alla natura. Ma il sig. *Strack* è giunto a scoprite la specifica virtù d'un' erba indigena, della quale se ne valse pel corso di 20 anni con successo felicissimo, ed è di tanta efficacia contro al lattime, quanta ne possiede la china china rispetto alle febbri intermittenti. Quest'erba chiamasi *Jacea*.

Flos Trinitatis Officin & Mathioli

Jacea tricolor, five Trinitatis flos. I. B.

Si può adoperare l'erba recente, o secca nella seguente maniera. Prendasi un pugillo d'erba verde tagliuzzata senza la radice, senza i fiori, e senza la semente; facciasi cuocer nel latte, e diasi a bere sera e mattina. Ovvero prendasi mezza dramma della stess'erba seccata all'ombra, polverizzata, e macerata per due ore nel latte vaccino; indi si faccia riscaldare il latte coll'erba, si coli, e si faccia bere alla mattina. Alla sera si dovrà ripetere la stessa dose di *jacea*, in modo che il bambino ne prenda una dramma al giorno. Con questo latte si può anche fare la pappa aggiungendovi del pane grattato o della farina. La *jacea* non cangia la sostanza, nè il sapor del latte, ma lo rende anzi più cremoroso o pannato.

Usando il rimedio per otto giorni escono molte pustule, che ingombrano tutta la faccia, del che fa d'uopo avvertirne i genitori, e l'urina contrae un odor cattivo, simile a quella de' gatti. Si prosiegue col rimedio infinoattantochè tutto il male venga cacciato alla superficie del corpo. Allora cadono per lo più le croste in larghe squame dopo la seconda settimana, e lasciano la cute libera e pulita.

In questo tempo non conviene dare dei purganti per non turbare la crisi; nè si deve sospendere il rimedio dopo la caduta delle croste, poichè *quæ relinquuntur, recidivas faciunt*. Si conoscerà poi, che tutto il miasma è scacciato dal corpo, quando la faccia divien molle, non gonfia, la cute sottile, cedente, non dura, non squamosa, e l'orina [376] è simile a quella dei sani. Ma siccome la corteccia peruviana non arriva sempre a domare la febbre; così in qualche caso può la *jacea* anche lungamente adoperata riuscire infruttuosa secondo il savio avvertimento dell' Autore. Ciò può accadere per colpa del Medico, se questi prescrive il rimedio in tempo d'un'altra malattia, che ne scemi l'efficacia, oppur anche per colpa della nutrice. Questa, qualora nell'infanzia sia stata soggetta al lattime, comunica col latte al bambino lo stesso vizio, onde è d'uopo slattarlo, ovvero cambiargli la nutrice.

Si conosce essere stata la nutrice sottoposta al lattime, se ha una faccia assai liscia, lucente, e senza lanugine, e la cute della faccia più bianca di quello essere dovrebbe relativamente alla cute del corpo; se le guance sono d'un rosso scarlattino non uguale, ma disperso in larghe macchie sul restante della cute, che rimane bianco.

Può il contagio del lattime rimanere nascosto nel sangue, e cagionare ostruzioni al mesenterio, oftalmie, lippitudini, ascessi alle orecchie, consumazione ec., ed allora non è si facile a ravvisarlo, come quando si manifesta per di fuori. Perciò i rimedj diretti contro le esposte malattie, che sono effetti del lattime, riescono inefficaci, perchè non diretti contro la vera cagione.

Vi sono però alcuni segni, che possono indicare il lattime nascosto. Questi sono la faccia più piena, le guance rotonde, tumefatte, e di un rosso carico, il quale estendesi fino alla mascella inferiore. La cute sottoposta è dura come il cuojo, e non si può piegare, nè corrugare; la cuticola è aspra nei luoghi rosseggianti, e coperta di piccole squame; il bambino suole stropicciarsi la faccia contro al guancialetto, o ai panni della nutrice; e finalmente l'orina ha un pessimo odore, come quando la malattia è palese. In tal caso non v'ha rimedio migliore del fiore di trinità.

L'eccellente Pratico il sig. Dottor Giovanni *Moscatti* mi ha graziosamente comunicato il modo tenuto dal volgo di Napoli per liberare i figliuoli dal lattime, ossia *per rompere*, com'essi dicono, *la rova*. Questo consiste nell'aprire una fontanella al braccio. Si strofina la parte interna del braccio con una costa di bietola, o di cavolo, fintantochè la pelle diventa rossa; indi vi si applica del sapon nero, co [377] prendolo con una foglia di bietola e con un piumacciuolo, e si trattiene in sito colla fascia. Questa medicazione si ripete ogni giorno fino a che la cute sia stata corrosa e forata dal sapon nero, ed allora si medica come una fontanella ordinaria. Per questa via si evacua a poco a poco l'umor guasto, che mantiene il lattime, e ciò basta per ottenere una perfetta guarigione [378].

Ek-IV. J. P. Duplanil'in *Medicina Domestica o sia Trattato Completo di Mezzi Simplici per Conservarsi in Salute Impedire e Risanare le Malattie Opera Utile e Adattata All'Intelligenza di Ciascuna di Guglielmo Buchan* adlı çevirisinin ikinci baskısının dördüncü cildinde yer alan "Del lattime ne'fanciulli" adlı bölümün İtalyanca metni

ARTICOLO SECONDO.

Del lattime ne' fanciulli.

(Si dà il nome di *lattime* ad una *eruzione* di croste dense, che ricopre il viso, e talvolta alcune altre parti del corpo dei fanciulli: si appella *lattime*, perchè affligge più di sovente i bambini ancora lattanti, che quando sono spoppati. I fanciulli di sei mesi ci vanno più soggetti di quelli che non anno ancora messo i loro *denti*; e svanisce ordinariamente alla fine dell'anno, termine nel quale v'è la costumanza di slattare i fanciulli. Presso alcuni però si manifesta più tardi, e continua al di là dell'*eruzione* intera de'primi *denti*. L'Autore che citeremo qui appresso, ha veduto, cosa non però rara, de'fanciulli di sei mesi ad esserne incomodati: e il figlio d'un mercatante fu soggetto di quattro anni al ritorno di questo male.

Ciò che ci disponiamo a dire circa il *lattime* è ricavato da una eccellente Dissertazione coronata dall'Accademia di Lione nel 1776. Siamo debitori di essa al Sig. STRACK, Medico di *Mayence*, che si lagna con ragione del silenzio della maggior parte dei Medici sopra questa malattia, di quegli stessi ancora che anno scritto sopra le malattie dei fanciulli. "O non ne hanno punto favelatto, dic'egli, oppure l'anno fatto di una maniera poco utile..."[212]

Cagioni del lattime.

(La cagioni del *lattime* è ancora un mistero. Il Sig. STRACK asserisce con franchezza ch'ei non la conosce: che se fosse costretto a dire la sua opinione, direbbe ch'è la *contagione*, e che sebbene non possa darne ragione, questa opinione non manca di fondamento, 1. Perchè i fanciulli nati di madre che abbia patito nell'infanzia questo morbo, sono infestati dal *lattime*, o sieno allattati dalla propria madre, o da una nutrice mercenaria, o vengano nutriti con *latte di vacca*, o con qualsivoglia altro *alimento*: 2. perchè la nutrice che su soggetta al *lattime*, lo comunica al bambino, quantunque questo sia nato da padre e da madre che non l'abbiano avuto; in guisa che, dice l'Autore, di avere spesso veduto una medesima nutrice ad infettare di questo morbo parecchi fanciulli appartenenti a famiglie differenti. Per tanto una nutrice straniera, ch'è stata altra volta soggetta a questo male, lo comunica più sicuramente che la madre che non allatta.)

Sintomi del lattime.

(Egli assale il più delle volte le guancie del fanciullo. Vi si sollevano alcuno *pustole*, ora larghe, ed ora appuntate, ripiene d'un umore limpido, e glutinoso. Una *pustola* che scoppj, sparge un'acqua rossiccia, glutinosa, che per motivo della sua tenacità si ferma dentro la stessa pellicola che la riserrava, e l'una e l'altra si conglutinano con la *pelle*. Siccome queste *pustole* scoppiano con frequenza; e in differenti siti, la *pelle* si ricopre d'una *crosta* d'un rosso gialliccio. Ma questa *crosta* si sfende di spesso, e dalle sue fessure geme altresì un umore glutinoso, che indurandosi anch'esso, aumenta la grossezza e la durezza di tutta la *crosta*. La *pelle* stessa nel sito de male diviene dura come *cuojo*, e le parti sottoposte si gonfiano. Le *glandule* del collo sono solite a gonfiarsi, il che radamente avviene alle *parotidi*.

Negli uni queste *croste* non occupano che le guan [213] cie, e là si fissano: negli altri il male nel tempo stesso s'avanza sopra dell'altre parti: si stende sino alla parte anteriore dell'orecchio, e giunge ancora ad occupare la parte posteriore. Il mento in progresso ne viene infetto, poi la fronte, e tutto il viso n'è da ultimo coperto come d'una maschera. Non vi restano d'immuni che le palpebre, le quali bianche e nude di *ciglia*, appajono di lontano come a traverso l'apertura d'una maschera.

Di rado il male si avventa al globo dell'*occhio*. Questo accidente non nasce che quando le *pustole* sono disperse sopra le guancie, o che ve ne sieno pochissime. Per ciò stesso questa spezie di *ottalmia* riesce difficile a conoscersi, e non può aversene lume bastante che mercè d'una lunga esperienza. Alle volte questo vizio latteo assorda il bambino, e la *sanie* scaturisce dal *meato auditorio*.

Ma il *lattime* non occupa solamente la faccia, si spande ancora sopra alcune altre parti, talmente che non v'è quasi verun sito del corpo che ne vada esente. Ne ho veduto all'intorno del collo, sul petto, sul ventre, lungo le braccia, sulle natiche stesse, e sui *lombi*.

Le madri di famiglia, le donniciuole, e alcuni Medici credono che il *lattime* non sia punto periglioso, e che dopo la sua guarigione, i fanciulli acquistino miglior sanità, che il loro viso divenga più bello, e che se vengano in progresso assaliti dal *vajuolo*, non ne restino butterati. Questo non è che un errore. Ben lungi dall'essere più bella la *pelle* del viso, rimane bianca, liscia, lucida; e il *vajuolo*, sia *discreto*, sia *confluente*, la segna di altrettanti butteri, quanto in quelli che non anno patito di *lattime*.

Finalmente questa ultima malattia non va esente da pericolo; ella al contario è spesse volte riuscita funesta, o perchè le *pustole* si sono naturalmente depresse, o perchè essendo uscite al di fuori, una parte della materia morbosa ha ristagnato dentro le *glandule*, o perchè una regola contraria di cura ha fatto retrocedere l'umore che si faceva strada al di fuori. Il Sig. STRACK ne riferisce parecchi esempj, che si possono vedere nella sua Dissertazione, ma [214] che noi tralasciamo, per tema di troppo allungare il presente Articolo.

Il *lattime* è pericoloso se persiste lungo tempo: lo è anche più, se le *pustole* non sortono nella quantità conveniente. Imperciocchè allora la porzione d'umore che resta, s'ingorga nelle *glandule mesenteriche*: quindi la gonfiezza del ventre e la *timpanitide*. Ben presto il fanciullo smagrisce, perchè il *chilo* non può pervenire alla massa del *sangue*, e cade in un *marasmo* che l'uccide.

Questa malattia si guarisce tanto naturalmente, quanto mediante i soccorsi dell'Arte. Ma la guarigione abbandonata alla Natura, riesce più lenta che quella la quale è procurata dall'Arte; poichè si è veduto questo male resistere sei mesi, un anno ancora, allorchè fu abbandonato a se medesimo; laddove questo è un affare di quindici giorni, più o meno, allorchè si tratta con il *rimedio* che ora esporremo.

In generale l'*eruzione* si avvanza con tanto più di rapidità, e le *croste* cadono tanto più prontamente, con quanto più di prontezza il bambino infermo scarica un'*orina* d'un puzzo insoffribile, qual è quello del piscio de'gatti. Sia, o non sia medicato questo male, l'infermo non risana se non abbia in parecchie fiatae separato una tale *orina*: più che questa tarda a comparire, tanto più il male va in lungo. Questa malattia è dunque una di quelle nelle quali bisogna somministrare dei *rimedj* il più presto possibile.)

Cura del lattime.

(Tosto che abbiasi certezza dell'esistenza di questo morbo, ed è necessario il farlo con la maggiore sollecitudine possibile, relativamente alle conseguenze ch'egli porta seco, si somministrerà lo *spesifico*, vale a dire la *jacea*, che si chiama ancora *erba della Trinità*, ec.: *rimedio* il quale, dice il Sig. STRACK, produce una guarigione perfetta, pronta, e sicura. Le foglie di questa pianta sono quelle di cui si fa uso. Si adoperano fresche o secche. Allorchè si [215] vuole prescriverele fresche, se ne levano le radici, i fiori e le sementi, e si scielgono le sole foglie. Se ne piglia la quantità d'un pugno, che si taglia minutamente. Si fanno bollire queste foglie dentro una mezza tazza di *latte*, che si fa prendere al fanciullo nel corso della mattina: si ripete la stessa dose la sera. Qualora vogliasi piuttosto adoperarle dopo che sono state seccate all'ombra, si riducono in polvere; si piglia una mezza dramma di questa polvere, che si lascia in *infusione* per due ore in una mezza tazza di *latte*; si fa poscia bollire per alquanto tempo, e si feltra. Si dà questa dose la mattina, e si replica la seta, di modo che il fanciullo prenda una dramma di questa polvere per giorno.

Quanto alla maniera di far prendere questa mezza tazza di *latte* al fanciullo, si può porgerla a cucchiain, o farne una zuppa, una pappa, ec. giacchè la *jacea* non inagrisce il *latte*, e non altera il suo grato sapore; anzi lo rende più puro, e ne forma un fior di *latte*.

Negli otto primi giorni dell'uso questo *rimedio*, escono delle *pustole* in gran quantità, anche ne'fanciulli che dianzi non ne avevano che poche o affatto nessuna: in picciolo tratto il viso si copre tutto d'una *crosta* densissima; conviene avvertirne di questo i genitori; e sebbene l'*orina* non abbia ancora mandato verun odore, ella in allora ne piglia uno insoffribile, simile al puzzo del piscio di gatto, come abbiamo accennato di sopra.

Si continua l'uso di questo *rimedio*, finchè l'umore esce al di fuori: allorchè l'*eruzione* è compiuta, che le *croste* sono grossissime, e che non resta più vizio latteo dentro del corpo, le *croste* cadono; e si staccano d'ordinario in larghi frammenti dopo la seconda settimana, e lasciano la *pelle*, senza cagionarvi detrimento veruno.

Sebbene le *croste* sieno cadute, e che il volto sia perfettamente netto, non devesi tuttavia cessare di sbalzo dall'uso del *rimedio*; uopo è anzi il continuarlo ancora quindici giorni, acciocchè possa cacciar fuori tutto l'umore che potesse ancora rimanere al di dentro. Imperciocchè il Sig. STRACK ha di [216] spesso osservato che la *pelle* essendosi bene ripulita coll'uso di sì fatto *rimedio*, ed essendo rimasta tale per qualche tempo, si ricoprì in progresso di *croste* novelle.

Ecco i segni da'quali si riconosce che tutto l'umore è interamente sortito dal corpo, e che non ne resta più vestigio alcuno al di dentro: il volto del bambino rimane morbido e senza gonfiezza; la *pelle* del viso è morbida; si può farle prendere delle pieghe col maneggiarla tra le dita; non è nè dura, nè tenace, nè ruvida, nè scagliosa; le *orine* da ultimo rassomigliano a quelle di ogni altro fanciullo sano.)

Mezzi di preservare i fanciulli dal lattime.

(Siccome la cagione della malattia è la *contagione*, il mezzo di preservarne i fanciulli è di non esporli a questo *contagio*. Ora abbiamo veduto che la via per la quale si comunica particolarmente cotesto morbo, è l'allattamento: si dee dunque guardarsi di non far allattare i bambini da una madre o da una nutrice che sia stata infetta di questo male. Imperciocchè un carattere particolare al *lattime*, è di lasciare nella persona che lo ha patito, un lievito che sussiste per lungo corso di anni, e ch'essa trasmette a'suoi figliuoli, o a quelli che allatta.

Questo fenomeno spiega perchè la *jacea* non guarisce sempre il lattime. In fatti se il fanciullo, che ha il male, è tra le mani d'una nutrice che lo abbia patito nell'infanzia, si comprende che non può sanarsi, poichè è incessantemente esposto alla cagione che può ingenerarlo. Era dunque di somma necessità l'aver dei segni o dei caratteri, da'quali si potesse riconoscere che la madre o la nutrice abbia avuto cotesta malattia; e della scoperta ancora di questi caratteri siamo debitori al Sig. STRACK. Non conviene contentarsi d'interrogare la nutrice: ella ha troppo interesse per celare la verità, allorchè si tratta d'un oggetto di lucro. D'altra parte può ella stessa ignorarlo, perchè non l'ha patito ch'essendo bambina, perchè gode una buona salute, perchè i [217] caratteri ch'essa porta, non sono che poco cognitivi al volgo. Si dovrà dunque esaminarla con attenzione, e si verrà accertati ch'ella ha avuto questo male.

Se la *pelle* del volto di questa nutrice è molto più liscia che non è nell'altre femmine; se sia molto più bianca che quella del resto del corpo, questo carattere è uno de' più certi. A cagione di questo stato della *pelle*, il popolo, come l'abbiamo fatto osservare, pretende che il *lattime* renda i fanciulli più belli. Qualora il contorno delle guancie è molto liscio e rilucente; se esponendosi al fuoco, o a qualsisia altra cagione che fa arrossire, il volto non prende un colore di rosa o di cinabro, ma quello di porpora o di scarlato; finalmente se questo colore carico non si sparge uniformemente sopra le guancie, ma si diffonde con macchie larghe, distinte le une dall'altre con alcuni spazi bianchi frapposti.

Subito che la nutrice dà a divedere sì fatti segni o alcuno di essi, deesi ritirare da essa il bambino, perchè piglierebbe indubitatamente il morbo; e non si potrà star sicuro che il fanciullo non ne sia di già infetto, benchè non appaja ancora alcuna *pustoletta* al di fuori.

Se questo fanciullo ha il viso straordinariamente grande, se abbia le guancie gonfie, rotonde e rilevate; se non sono di color di rosa, ma d'un rosso affai carico dai pomelli sino alla mascella inferiore; se le *pelle* apparisce al tatto dura come il cuojo; se palpandola colle dita, non vi si possono formare delle pieghe o rughe, carattere che inganna le madri di famiglia, che in tal caso si gloriano della carne soda e grassa dei loro figlinoli; se l'*epidermide* apparisce ruvida al tatto, e come leggermente squamosa, specialmente nei siti del viso che anno del colore; se il bambino è solito di fregarsi il volto sopra i guancialetti della sua culla, o sulle vesti della sua nutrice; finalmente, e questo carattere non permette di più dubitarne, se l'*orina* ha il puzzo fetido del piscio di gatto.

Che se si osservano cotesti segni o alcuno di essi in un fanciullo, forza è il levarlo di mano della nu [218] trice, e dargli subito lo *specifico*, cioè la *jacea*, come s'è prescritto di sopra pag. 215 di questo Vol. Questo *rimedio* cacciando il veleno al di fuori, non tarderanno a manifestarsi le croste del *lattime*.

Finiremo coll'osservare che la *jacea* è un *rimedio* dolcissimo; che una persona in salute può prenderlo impunemente, e senza che ne risulti il menomo in conveniente: talmente che, nel caso che i segni ora esposti non fossero ben distinti, o sembrassero equivoci, non converrebbe lasciarsi trattenere dal timore di somministrare un *rimedio*, la di cui indicazione non fosse abbastanza evidente. Egli non può recare male alcuno, e l'esperienza ha deciso, ch'ei fa uscire la crosta del *lattime* in alcuni soggetti che non danno verun motivo di sospettarla.) [219]

Ek-V. Josef Jakob Plenck'in *Doctrina de Morbis Cutaneis* adlı eserinin İtalyanca çevirisi *De Morbi Cutanei*'de "Crosta Lattea" adlı bölüm

CROSTA LATTEA

È un' efflorescenza crostosa, che a' bambini da latte assedia strettamente le guance.

Le *specie* sono due:

1. *Crosta latteae volgare*. Principia con vescichette numerose coerenti, gonfie di sugo olioso, bianche, poi gialleggianti. Aperte le vescichet [81] te, si vede la cute forata con radi bucolini circolari, da' quali trasuda un umor viscido, che poi si fa in croste bianche o gialle. Queste croste sono ora *umide* ed ora *secche*.

Serpeggia alle volte la crosta latteae e va nella parte posteriore del capo, nell'orecchie, nel mento, nel collo, ed anche in tutto il corpo. Talvolta eccita gran prurito; e perciò quegli infanti, che han questo morbo, piangono, non dormono, o dormendo s'impauriscono, e sono tardi a andar del corpo.

Causa materiale è una deposizione d'acrimonia oliosa alle glandule cutanee delle gote o del viso; quindi vi son più soggetti gl'infanti grassi, o quelli, la cui nutrice ha sangue troppo olioso, vecchio ed abbondante.

Prognosi. Talvolta è morbo difficile a sanare; ma sanato, la pelle delle gote resta bella e illibata. Se si sopprime l'efflusso del morbo, ne seguono mali pessimi.

La *cura* vuole.

1. Che *si stoppi* l'infante, o che si cambj nutrice, pigliandone una più giovine e men grassa.
2. Ma se questa non si può avere, al [82] lora la nutrice 1. si astenga da vino, birra e latticinj; 2. si purghi alcune volte; 3. beva decotti che purifichino il sangue; 4. usi vitto tenue, non pingue o latteo; e 5. si tratti l'infante coll'istesso medicine e dieta.

Esternamente gli si schivino i medicamenti piombati, od altri diseccanti; e due volte al giorno gli si unga la crosta latteae con acidetto cremor di latte, da me più volte sperimentato utile.

II. *Crosta latteae volatica*. È familiare ad infanti di sei mesi, vicini a far i denti. Lor nascon nelle labbra o nel mento certe quasi vescichette verrucose, che stillan siero o diluita marcia: cadute le vesciche, rossa ne riman la cute, e un po rimosa.

Si *cura* come la crosta latteae volgare. [83]

Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Sağlık İncasına, Öz Etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi*

The Effect of Education Given to Patients with Diabetes in Line with Health Belief Model on Their Health Belief, Perception of Self-Efficacy and Decision Making Level

Merve Aydoğar Takcı¹, Gülay Yıldırımⁱⁱ

ⁱ Uzman Hemşire, MSc, Gürün Devlet Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, <https://orcid.org/0000-0003-0471-8610>

ⁱⁱ Doç.Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı., <https://orcid.org/0000-0002-9589-7134>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma diyabet hastalarına Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık incasına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek gruplu yarı deneysel nitelikteki çalışmanın örnekleme güç analizi sonucu 30 birey alınmıştır (15.08.2016 /15.11.2016). Veriler Hasta Tanıtım Formu, Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği ve Melbourne Karar Verme Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçekler uygulandıktan sonra bireylere diyabet eğitimi verilmiştir. Eğitimden 21 gün sonra ölçekler yeniden aynı bireylere uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov, Tukey Testi Kolerasyon Analizi kullanılmıştır ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz Etkililik Ölçeği ve Karar Verme Ölçeği puan ortalamaları arasında eğitim sonrasında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p= 0,001$). Verilere göre diyabet hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile diyabet yönetimine ilişkin Öz etkililik Ölçeği arasında ve Öz Etkililik Ölçeği ile Karar Verme Ölçeği arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişkisaptanmıştır. ($r= 0,638$ $p= 0,001$).Araştırmaya 15 kadın 15 erkek katıldı.

Sonuç: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları yüksek olan katılımcıların diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik düzeyleri artmakta, özetkililik düzeyleri arttıkça hastalar daha yüksek özsayı ile karar almaktadırlar. Hemşirelik uygulamalarında Sağlık İnanç Modelinin yaygın kullanımı bakım etiği çerçevesinde artırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, karar verme, öz etkililik, sağlık inancı

ABSTRACT

Objective: This research was conducted to determine the effect of education given to patients with diabetes in line with health belief model on their health belief, perception of self-efficacy and decision making.

Methods: The research is semi-experimental with a single group. In the study conducted, 30 individuals were sampled as a result of the power analysis. The data were collected using the Patient Presentation Form, the Health Belief Model: Evaluation of a Diabetes Scale, the Diabetes Management Self-efficacy Scale and the Melbourne Decision Making Questionnaire. Diabetes education was given to Individuals after scales were applied. After 21 days of education, the scales were reapplied to the same individuals. Kolmogorov Smirnov, Tukey Test, and Correlation Analysis were used in the evaluation of the data, and the level of error was taken as 0.05.

Results: There was a statistically significant difference between health belief model scale, self efficacy scale and decision making scale mean scores according to before and after education ($p=0.001$). There was a moderately significant positive correlation between self-efficacy and decision making scales and between health belief model and self-efficacy scales ($r=0.638$ $p=0.001$).

Conclusion: Diabetes management self-efficacy levels of participants with higher mean scores of the health belief model scale increase and as self-efficacy levels increase, patients make decisions with higher self-esteem. In the nursing practice, the widespread use of the health belief model should be increased within the framework of ethics of care.

KeyWords: Nursing, decisionmaking, self-efficacy, health belief

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 73-82

DOI: 10.31020/mutfd.752988

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 16 Haziran 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 14 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: MerveAydoğarTakcı <merveaydogar@hotmail.com>

Etik Onay: Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 21.06.2016; Karar no: 2016-06/21)

Giriş

Dünyada gittikçe artan ve ciddi bir sağlık sorunu olan diabetes mellitus, yaşam boyu süren, geri dönüşümü olmayan, yaşam kalitesini ve duygusal durumu etkileyen sosyal ve toplumsal bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.¹⁻³ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), diabetes mellitusu yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir.³

Yapılan bir araştırmada, diyabet hastalarının tedavi/bakıma uyumu ve uzun vadede ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının belirlenmesi, kapsamlı eğitim programlarının uygulanması gerektiği bildirilmiştir.^{1,4} Bu bağlamda diyabet hastalarında Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak egzersiz ve diyet gibi tedavi yöntemlerinin olumlu etki yaptığını bildiren araştırmalar yapılmıştır.^{1,5} Sağlık İnanç Modeli, bireylerin var olan problemlerinin, sağlığı ve hastalığı ile ilgili algılamalarının, sağlık ekibi tarafından hastaların tedaviye olan uyumsuzluğunun olası nedenlerinin ve uyguladıkları sağlık davranışlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır.^{1,6}

Bireyin sağlık davranışlarının nasıl şekillendiğini açıklayan SİM, temelde bir hastalıktan veya sorundan korunmanın ya da sağlıklı olmanın birey açısından değeri ve o bireyin belirli bir davranışın, hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur. Sağlık inanç modeli, hastaların var olan problemlerinin, sağlığı ve hastalığı ile ilgili algılamalarının, sağlık ekibi tarafından hastaların tedaviye olan uyumsuzluğunun olası nedenlerinin ve uyguladıkları sağlık davranışlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır.¹

Yapılan bir araştırmada diyabet yönetimi eğitiminin, diyabetle ilişkili sağlık ve psikososyal sonuçlar üzerinde, diyabet ile ilgili bilgi düzeyinde, diyet ve egzersiz alışkanlıklarında, ayak bakımı, ilaç kullanma ve kan şekeri kontrolü üzerinde olumlu etki yaptığı bildirilmektedir.⁷

Diyabetin yaşam boyu devam eden bir hastalık olması nedeniyle, sağlık davranışlarının başlatılması, sürdürülmesi, bireyin kendi hastalığının yönetiminde sorumluluk alması ve bakım uygulamalarını kendisinin yapması beklenmektedir. Bu beklentilerin karşılanmasında önemli faktörlerden birisi olan öz etkililik algısı ve karar verme becerisi, ne kadar yüksek olursa davranış eyleme geçirme istekliliği de o kadar iyi olmaktadır.⁸ Dolayısıyla öz etkililik ve kararlı olma kişilere kendi kendini motive etme, eylemlerini yönetme, duygu ve düşünceleri üzerinde kontrol etme gücü vermektedir.⁸ Akpunar'ınaktardığı diyabette öz-etkililik algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, yüksek öz etkililik algısına sahip olan hastaların olumlu sağlık davranışları gösterebildiği ve bu davranışları sürdürebildiği vurgulanmıştır.¹

Diyabet yaşamın her yönünü etkileyen kronik bir hastalık olduğu için hastalıkla beraber yaşamda meydana gelen birtakım değişikliklere uyum sağlanması gerekmektedir. Bunun için de bireylerin olumlu sağlık alışkanlıklarını kazanması ve devam ettirebilmesi hususunda yüksek karar verme gücüne sahip olması hemşirenin bakım etiği sorumluluğu içinde yer almaktadır. Bakım etiği sağlık bakım sisteminde yaşanan değer çatışmaları, bakıma ilişkin karar verme gibi konuların yer aldığı bir süreçtir.⁹⁻¹⁰ Bakım etiği, hemşirenin bireylere saygılı olmasını, hastaları bilgilendirmelerini ve rızalarını almalarını, yaşam kalitesini korumalarını, zararı önlemelerini, doğru karar vermelerini ve hasta için iyiyi yapmayı gerektirir.¹¹ Diyabet hastaları hastalığın gerektirdiği, yapması ya da yapmaması gereken sağlık davranışları ile ilgili karar vermek durumundadır. Diyabet hastasına karar verme becerisi kazandırılırken ilk olarak karar öncesi dönemde bireyin mevcut sorunları fark edip olası sonuçları değerlendirmesi sağlanır. Bireyin karar verme durumuna alıştırılmasının ardından alternatifler arasından seçim yapması istenir. Son olarak verdiği kararın uygulanmasıyla birlikte bireyin sonuçları değerlendirmesi sağlanır. Diyabetli birey bir sağlık davranışını yapmaya karar verdiğinde uygulamaya geçirebilir. Doğru karar verebilmek için bireylerin bilgiye ihtiyaçları vardır. Birey karşılaştığı sağlık sorunları karşısında yapması gerekeni net olarak bilirse kararı da net bir şekilde verip uygulamaya geçirebilir. Bu kapsamda diyabet hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz

Etkililik Ölçeği ve Karar Verme Ölçeğinin birlikte kullanımı, hastaların önce olumlu sağlık inancı kazanmasının ardından bunu öz etkililik algısıyla güçlendirip özerk karar vermesiyle durumu pekiştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile birlikte diyabetli bireylere Sağlık İnancı Modeli kullanımına yönelik farkındalık geliştirilebilecektir. Literatürde diyabet hastalarında Sağlık İnancı Modeli ile öz etkililik ve karar verme düzeylerinin hep birlikte kullanıldığı araştırmaya rastlanılamamıştır. Bu bağlamda araştırmanın amacı diyabet hastalarına Sağlık İnancı Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Yüksek lisans tez kapsamında yapılmış bu çalışma, eğitim öncesi ve sonrası ön test-son test şeklinde tek gruplu olarak yapılan yarı deneysel bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15.08.2016 /15.11.2016 tarihleri arasında Gürün Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Acil Servise başvuran, diyabet tanısı olan 18 yaşından büyük hastalar oluşturmuştur. Gürün Devlet Hastanesi Dahiliye, Çocuk Hastalıkları ve Acil Servisten oluşan bir hastane olup dahiliye polikliniğine günlük ortalama 50 hasta başvurmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi yapılmış, $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$, $1-\beta = 0.80$ alındığında ve testin gücü 0.80 olarak hesaplandığında örnekleme 30 birey alınmış olup etki değeri 0.54, standart sapma 2.29 olarak bulunmuştur. Evren içinden basit rastgele yöntemle 18 yaşından büyük ve araştırmaya katılmayı kabul eden diyabet öyküsü olan bireyler örneklem grubunu oluşturmuştur. Bu grup dışında okuryazar olmayan, araştırmaya katılma konusunda karar verme yetisine sahip olmayan bireyler araştırma dışlanma kriterleri olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 21.06.2016; Karar no: 2016-06/21) onay ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilip aydınlatılmış onamları alındıktan sonra formlar uygulanmıştır. Ölçekler için yazarlardan izin alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonunun Prensiplerine göre yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak Hasta Tanıtım Formu, Diyabet Hastalarında Sağlık İnancı Modeli Ölçeği, Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği ve Melbourne Karar Verme Ölçeği (1. Kısım) kullanılmıştır. Her bir katılımcıya 9 soruluk Hasta Tanıtım Formu, 5 alt başlık ve 33 sorudan oluşan Diyabet Hastalarında Sağlık İnancı Modeli Ölçeği, 20 sorudan oluşan Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği ve 6 sorudan oluşan Melbourne Karar Verme Ölçeği (1. Kısım) uygulanmıştır.

Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup dokuz sorudan oluşmaktadır.² Hasta Tanıtım formunda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, ailede diyabet öyküsü, diyabet dışında başka bir hastalığın olup olmadığı, sigara ve alkol kullanma durumuna ilişkin sorular bulunmaktadır.

Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, diyabet hastalarının sağlık inanç ve tutumlarını değerlendirmek ve sağlık davranışlarını incelemek amacıyla Akpunar'ın da çalışmasında ifade ettiği şekilde 1994 yılında Schwab ve ark.'nın geliştirdiği "Sağlık İnanç Modeli"nin beş alt boyutu esas alınarak Tan tarafından geliştirilmiştir.¹ Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Tüm ölçek için Cronbach's Alpha katsayısı 0.89'dur. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme kesinlikle katılmıyorum dan "1", kesinlikle katılıyorum "5" olacak şekilde yapılmıştır. Algılanan duyarlılık alt boyutunda yer alan 3. ve 4. maddeler, algılanan engeller alt boyutunda yer alan 15, 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler ters kodlanmıştır. Tüm ölçek için puan ortalaması, ölçekteki tüm maddelerin toplanarak toplam madde sayısına bölünmesi ile bulunmaktadır. Ölçek maddelerinden alınan puan ortalaması >4 olması yüksek (pozitif) sağlık inancını, puan <4 olması ise düşük (negatif) sağlık inancını göstermektedir.¹

Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği

Diyabet yönetimine ilişkin Öz-etkililik Ölçeği, diyabet hastalarının kendi bakım uygulamalarını yapma konusunda kendi gücünün algılayışını tespit etmek amacıyla 1999 yılında Van Der Bijl ve ark.(1999) tarafından geliştirilmiştir.¹² Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Usta tarafından yapılmıştır.¹³ Ölçek 20 maddeden oluşmakta ve maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir (1=Hiç, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Her zaman). Ölçekten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçek, diyetle göre beslenme ve kilo (6,13,14,15,16. sorular olmak üzere 5 madde), egzersiz (8,11,12. sorular olmak üzere 3 madde), kan şekeri (1,2,3. sorular olmak üzere 3 madde), genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü (4,5,7,9,10,17,18,19,20. sorular olmak üzere 9 madde) olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilen toplam puan 100'dür. Ölçeğin genel değerlendirmesinde; tüm alt ölçeklerin madde puan ortalamalarının toplamından elde edilen genel puan ortalamasına göre, puan ortalamasının altında puan alanların öz-etkililiği düşük, puan ortalamasından yüksek değer alanların öz-etkililiği ise yüksek olarak kabul edilmektedir.¹

Melbourne Karar Verme Ölçeği

Mann ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen Melbourne Karar Verme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmasını Deniz 2004 yılında yapmıştır.¹⁴ Melbourne Karar Verme Ölçeği iki kısma ayrılmaktadır. I. kısım karar vermede özsaygıyı belirlemeyi, II. kısım karar verme stillerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada kullandığımız I. Kısım altı maddeden oluşup bunun üç maddesi düz, üç maddesi ters yönde puanlanmaktadır. Puanlama maddelere verilen "Doğru" yanıtı 2 puan, "Bazen Doğru" yanıtı 1 puan, "Doğru Değil" yanıtı 0 puan şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 12'dir. Yüksek puanlar karar vermede özsaygının yüksek olduğunun göstergesidir.¹⁴

Verilerin Toplanması

Formlar, araştırmacı tarafından katılımcılara verilerek katılımcıların doldurması sağlandıktan sonra tekrar toplanmıştır. Hastalara soru formuna isim yazmamaları ancak kendilerini ifade eden özel bir kod vermeleri ve telefon numaralarını yazmaları istendi. Ölçeklerin doldurulması için hastalara ortalama 45 dakika zaman verilmiştir. Bireyler eğitim gününe iki gün ve daha sonra bir gün kala telefonla iletişime geçilip belirlenen eğitim salonunda bulunmaları sağlanmıştır. Ölçekler doldurulduktan sonra katılımcılara diyabetle ilgili eğitim verildi.

Yapılan eğitimin içeriği;

- Tanışma ve beklentilerin konuşulması
- Diyabetin tanımı ve tipleri

- Hipoglisemi ve hiperglisemi nedir? Belirtileri nelerdir ve ne yapmalı?
- Diyabet komplikasyonları
- Diyabet tedavisi
- Beslenme ve egzersizin yönetimi ve önemi
- İlaç ve insulin tedavisi /önemi
- Stres ve öfke kontrolü, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğunun diyabete etkisi
- Diyabetik ayak ve bakımı

Eğitimde Sağlık İnancı Modeli doğrultusunda yukarıda belirtilen konu içerikleri modele uyarlanarak, slaytlar eşliğinde yapılan sunumla birlikte anlatım, tartışma ve soru-cevap yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim yaklaşık 60 dk sürmüş olup 15 dk ara verilerek aynı gün ardışık iki oturum şeklinde yapılmıştır. Yapılan eğitimin hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını anlamak için eğitimin sonunda soru cevap yöntemiyle eğitimin değerlendirilmesi yapılmıştır. Eğitimin etkili olduğunu ve davranışlara geçirildiğini anlamak için Eğitim Bilimlerinden alınan danışmanlık doğrultusunda eğitimden 21 gün sonra son test olarak ölçekler yeniden uygulanmıştır. Son testin uygulanması için hastalar telefon ile eğitim salonuna davet edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programında değerlendirilmiştir. Parametrik varsayımlar yerine getirildiğinden (Kolmogorov Smirnov), değişik zamanlarda elde edilen iki ölçüm karşılaştırılırken eşler arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Ayrıca ölçekler arasında pearson kolerasyon analizi yapıldı.

Bulgular

Tablo 1'de diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin bilgilerin dağılım durumu yer almaktadır. Katılımcıların tamamının evli, %50'sinin kadın, %60'ının 50 yaş ve üzeri grupta olduğu belirlendi. Katılımcıların %53,3'ünün orta öğretim ve üzeri düzeyde, %43,3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcıların ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %30'unun sigara kullandığı, tamamının alkol kullanmadığı, %83,3'ünün diyabet dışında hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve diyabete ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	15	50
	Erkek	15	50
Yaş	40-49 yaş arası	12	40
	50 yaş ve üzeri	18	60
Medeni Durum	Evli	30	100
	Bekar	0	0
Eğitim Durumu	İlköğretim	14	0
	Ortaöğretim ve üzeri	16	46,7
Meslek	Memur	5	16,7
	İşçi	4	13,3
	Serbest Meslek	5	16,7
	Emekli	3	10,0
Ailede Diyabet Öyküsü	Ev Hanımı	13	43,3
	Var	30	100,0
Sigara İçme Durumu	Yok	0	0
	Evet	9	30,0
Alkol Kullanımı	Hayır	21	70,0
	Evet	0	0
Diyabet Dışı Hastalık	Hayır	30	100,0
	Evet	5	16,7
	Hayır	25	83,3

Bireylerin Sağlık İnanç, Öz Etkililik algısı ve Karar Verme puanlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmasının yer aldığı puan ortalamaları **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalaması eğitim öncesinde 90,16±12,12 eğitim sonrasında 145,63±7,48'dir. Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001). Bireylerin Sağlık İnanç Modeli alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi sağlıklı ile ilgili önerilen aktiviteler için puan ortalamasının 29,20±4,14 eğitim sonrasında 43,26±2,14; eğitim öncesi algılanan engeller için 24,46±4,43 eğitim sonrasında 39,33±2,59; eğitim öncesi algılanan yararlar için 18,93±3,53 eğitim sonrasında 29,90±2,46; eğitim öncesi algılanan duyarlılık için 9,83±1,55 eğitim sonrasında 16,83±1,21 ve eğitim öncesi algılanan ciddiyet için 7,73±2,09 eğitim sonrasında 12,93±1,14 olduğu saptanmıştır. Sağlık İnanç Modeli alt boyutlarından olan algılanan duyarlılığın, algılanan ciddiyetin, algılanan yararların, algılanan engellerin, sağlıklı ile ilgili önerilen aktivitelerin puan ortalamaları, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001).

Tablo 2. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastaların Sağlık İnanç, Öz Etkililik algısı ve Karar Verme puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Öncesi M±SD	Eğitim Sonrası M±SD
Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	90,16±12,12 (min-max:73,00-117,00) t =27,64;p=0.001*	145,63±7,48 (min-max:130,00-164,00)
Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları		
Önerilen Aktiviteler Puanı	29,20±4,14 t =21,40; p=0.001*	43,26±2,14
Algılanan Engeller Puanı	24,46±4,43 t =20,36; p=0.001*	39,33±2,59
Algılanan Yararlar Puanı	18,93±3,53 t =20,33; p=0.001*	29,90±2,46
Algılanan Duyarlılık Puanı	9,83±1,55 t =20,86; p=0.001*	16,83±1,21
	7,73±2,09 t = 14,57; p =0,001*	12,93±1,14
Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği	51,30±9,07 (min-max: 37,00-70,00) t =20,34; p =0,001*	79,36 ± 5,68 (min-max: 70,00-92,00)
Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği Alt Boyutları		
Özel Beslenme ve Kilo	12,13 ± 2,87 t = 16,22; p =0,001*	19,,13 ± 2,02
Egzersiz Puanı	6,06 ± 1,43 t =15,05; p =0,001*	11,06 ± 1,91
Kan Şekeri Puanı	7,26 ± 2,53 t =13,29; p=0,001*	11,46 ± 1,22
Genel Beslenme ve Tıbbi Kontrol Puanı	25,83 ± 4,26 t =16,85; p =0,001*	37,70 ± 2,89
Melbourne Karar Verme Ölçeği	4,76 ± 1,75 (min-max;1,00-9,00) t =14,98;p =0,001*	8,73 ± 1,11 (min-max:6,00-11,00)

*p<0,05

Bireylerin Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması eğitim öncesinde 51,30±9,07 eğitim sonrasında 79,30±5,68'dir. Öz etkililik ölçeğinin puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001). Araştırmada yer alan bireylerin eğitim öncesi Öz Etkililik Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde özel beslenme ve kilo için puan ortalamasının 12,13±2,87, egzersiz için 6,06±1,43, kan şekeri için 7,26±2,53, genel beslenme ve tıbbi kontrol için 25,83±4,26 olduğu saptanmıştır. Verilen eğitim sonrası öz etkililik ölçeği alt boyut puan ortalamaları ise özel beslenme ve kilo için 19,13±2,02, egzersiz için 11,06±1,91, kan şekeri için 11,46±1,22, genel beslenme ve tıbbi kontrol için

37,70±2,89 puandır. Diyabet Yönetimine İlişkin Öz- Etkililik Ölçeği'nin tüm alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,001).

Bireylerin Karar Verme Ölçeği puan ortalaması eğitim öncesinde 4,76±1,75 eğitim sonrasında 8,73±1,11'dir. Karar Verme Ölçeğinin puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001).

Tablo 3'de diyabetli bireylerin Sağlık İnanc Modeli Ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,001). Bu ilişki ölçeklerin puanlarını birbirlerine paralel, aynı yönlü ve orta düzeyde etkilemektedir (r=0,638). Bireylerin Sağlık İnanc Modeli ölçeğinden olumlu bir puan almalarına sebep olan davranışları, Öz Etkililik Ölçeğinden de olumlu puan almalarını sağlamaktadır. Bireylerin Sağlık İnanc Modeli ölçeğinden aldıkları puan arttıkça Öz Etkililik Ölçeğinden aldıkları puan da aynı şekilde artmaktadır. Benzer şekilde Karar Verme Ölçeği puanı ile Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulundu (r=0,638; p=0.001). Aynı tabloda diyabetli bireylerin Sağlık İnanc Modeli Ölçeği puanı ile Karar Verme Ölçeği puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde iki ölçek arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptandığı görülmektedir (p= 0,056).

Tablo 3. Bireylerin eğitim sonrası Sağlık İnanc, Öz Etkililik ve Karar Verme Ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanc Modeli Ölçeği	Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği
Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği	r =0,638; p=0,001*	-
Melbourne Karar Verme Ölçeği	r = 0,352; p =0,056	r =0,638; p =0,001*

* p<0,01 Pearson korelasyon katsayısı

Tartışma

Diyabetli bireylerin sağlık uygulamaları, yaşamları üzerinde önemli etkiye sahiptir. Diyabetli bireyin olumlu sağlık davranışlarını yerine getirmesi, o davranışın gerekliliğine inanması, kararlı olması ve kendisini harekete geçirmesi ile mümkündür. Bu bağlamda diyabet hastalarına Sağlık İnanc Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Diyabet Hastalarında Sağlık İnanc Modeli Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların Sağlık İnanc Ölçeği'nden eğitim sonrasında aldıkları toplam puan ortalamasının eğitim öncesindeki toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,001). Sağlık İnanc Modeli temelli verilen eğitim katılımcılar üzerinde diyabetin yönetilmesinde etkili olduğu söylenebilir. Çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte literatürde Sağlık İnanc Modeli temelli verilen eğitim, bireye diyabet yönetiminde gerekli uygulamaların önemini, komplikasyonların ciddiyetini açıklamada başarılı görülmüştür. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda diyabet eğitimi sonucu bireylerin sağlık inançlarında olumlu değişiklikler olduğu; bireylerin sağlık inanç puanlarında artış, tedaviye uyum ve hastalıkla ilgili daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır.^{1,15,16} Yapılan diğer çalışmada diyabet yönetimi eğitimlerinin hastaların diyabet bilgisini artırarak, hastalıkla ilgili önerilen uygulamaların gerekliliğini kavramalarında, doğru diyet ve egzersiz alışkanlıkları kazanmasında, istedik ayak bakımı ve ilaç kullanımında faydalı sonuçlar oluşturduğu görülmüştür.⁷ Diyabet eğitimi, diyabetin yönetimi konusunda bilinçlilik ve duyarlılık geliştirmede olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında ve daha başarılı bir diyabet yönetiminin sağlanmasında önemli etki yarattığı ifade edilebilir.

Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Araştırma bulgularına göre çalışmada yer alan bireylerin diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik algılarının literatürle uyumlu olarak eğitim sonrasında arttığı belirlenmiştir ($p=0,001$)^(1,15,17) Diyabetli bireylerde öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin tedavi için gerekli uygulamaları bildiği ve bunları kendi kendine düzenleyebildiği, uygulamalarını ayarlayabildiği yapılan çalışmalarda görülmektedir.^{1,18} Diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin ilaç kullanımı, diyetinin gereklerine uyma ve ayak bakımı gibi diyabetle ilgili uygulamalara daha çok uyum sağladığı, diyabetle yaşamda istenen egzersiz, diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri için gerekli en etkili yolun öz etkililik olduğu belirtilmiştir.¹²

Çevik'in tip 2 diyabetli hastalarda kardiyovasküler risk faktörleri ile sağlık inancı ve öz etkililik arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, diyabetli bireyin sağlık inancı arttıkça öz-etkililik ve diyabet yönetiminde kendisini başarılı olarak algılamasının arttığını, aynı şekilde öz-etkililik düzeyi yükseldikçe diyabet yönetiminde kendisini daha başarılı olarak algıladığı sonucuna ulaşılmıştır.⁸ Yapılan başka bir çalışmada öz etkililik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme arasındaki ilişki incelenmiş, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin düşük olan bireylere göre daha sık sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹ Yüksek öz etkililik algısına sahip bireylerin zorlu işlere girme konusunda daha cesaretli davrandıkları ve başarılı olmak için daha azimli davranıp çaba gösterdikleri bilinmektedir. Böyle bireyler aynı zamanda hedeflerine ulaşmada olumsuzluklarla karşılaştıklarında daha kararlı davranıp bu durumdan çabuk kurtulmaktadır.^{20,21}

Melbourne Karar Verme Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Araştırma bulgularına göre çalışmada yer alan bireylerin eğitim sonrası karar vermede özsaygının yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Literatürde diyabetli bireylerde karar verme ile yapılan araştırmalara rastlanılmadığından çalışma ile doğrudan ilişkili olmayan sonuçlar ele alınmıştır. Kökdemir'in karar verme üzerine yaptığı çalışmasında eleştirel düşünme eğilimi yüksek olan bireylerin düşük olanlara oranla daha rasyonel karar verdikleri saptanmıştır.²² Yapılan başka bir çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça düşünme düzeyinin arttığı saptanmıştır.²³ Dolayısıyla bu iki çalışma arasında dolaylı olarak bağlantı kurulduğunda eğitimle eleştirel düşünme düzeyinin artacağı, eleştirel düşünme düzeyinin artması ise karar verme düzeyini etkileyeceği yorumu yapılabilir.

Ay ve Arpacı'nın sağlık profesyonellerinin kronik hastalık bakımını hasta gözünden değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, diyabetli bireylerin diğer hastalıkları olan bireylere göre kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin karar verme, amaç belirleme, problem çözme alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda araştırmacılar diyabetli bireylerin kendi bakımına daha fazla katıldığı sonucunu bildirmişlerdir.²⁴ Aynı zamanda Güçray ergenlerde problem çözme becerileri algısı yükseldikçe karar vermede öz-saygının da yükseldiğini tespit etmiştir.²⁵ Dolayısıyla yürütülen çalışmada bireylerin öz etkililiklerinin, sağlık inançlarının artması ve hastalık hakkında bilgi sahibi olması problem çözme becerilerinin gelişmesine, problem çözme becerilerinin artması ile de karar vermede öz saygılarının artacağı ifade edilebilir.

Eğitim sonrası Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği ve Melbourne Karar Verme Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Yürütülen çalışmada bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasında; Karar Verme Ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Yürütülen araştırma sonucuna benzer şekilde diyabet eğitiminde Sağlık İnanç

Modelini kullanan çalışmalar da bireylerin öz etkililik algılarının arttığı saptanmıştır.^{1,15} Bireyin öz-etkililik algısı arttıkça sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde Sağlık İnanç Modeline olan inanç ve karar vermede kendilerine saygı duymaları artmaktadır. Bireyin sağlık inancının artması diyabetle ilgili uygulamaları gerçekleştirmesi için kendisindeki gücünün farkına varmasındaki algının artmasına neden olacaktır. Kendi bakım uygulamalarını yapma konusunda kendi gücüne olan inancın artması karar vermede öz saygıyı artıracaktır. Dolayısıyla diyabetli birey, istenen sağlık davranışlarını kazanmada ve sürdürmede daha tutarlı ve istikrarlı olacaktır. Bu bağlamda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Öz Etkililik ve Karar Verme Ölçeğinin birbirlerini tamamlayacak şekilde sonuçlar verdiği ifade edilebilir. Yapılan bir çalışmada karar verme sürecinde kendine güven duygusu düşük bireylerde karar almada sıkıntı yaşarken, kendine saygı düzeyi yüksek olan bireyin daha akılcı ve mantıklı karar verdiği tespit edilmiştir.⁹ Bireyler bir problemi çözeceklerine inanır ve o gücü kendilerinde hissederlerse problemi çözme kararını almaya ve uygulamaya daha yetkin hale geldiklerinden öz etkililik, karar verme sürecinde önemli rol oynayabilir.²⁶ Bir araştırmada bireylerin herhangi bir sorun veya problemle karşılaşması halinde, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin düşük olanlara göre kararlarını gerçekleştirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır.²⁷ Sonuçlara göre öz etkililik algısı yüksek olan hastaların daha başarılı bir diyabet yönetimi geçireceği ifade edilebilir. Çünkü birey, belli bir sağlık davranışını yapacağı inancını kendinde bulduktan sonra bu davranışın oluşması için çeşitli seçeneklerden uygun olanı yapmaya karar verecektir.

Sonuç

Diyabet hastalarına Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitim sonucunda hastaların sağlık inançlarının, öz etkililik algılarının, karar vermede özsaygının arttığı saptanmıştır. Bireylerin Sağlık İnanç Modeli ölçeğinden aldıkları puan arttıkça öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan da aynı şekilde artmıştır. Benzer şekilde karar verme ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasında pozitif bir ilişki bulundu. Başka bir ifade ile diyabetli birey için eğitim, bireyin sağlık inançları üzerinde olumlu etki yaparak bireylerin öz etkililik algılarının yükselmesini sağlayıp karar verme düzeyini olumlu olarak etkilemiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler bireylerin öz-etkililik algılarını etkileyebilmek için girişimleri uygularken bireyin kendi başarısına ilişkin algılarını ve kapasitelerini de artırmaya çalışmalıdırlar. Son dönemlerde artan bir kronik hastalık olan Diabetes mellitusun önlenmesi için aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde bireyler eğitimlerle bilinçlendirilmeli ve izlenmelidir. Diyabetli bireylerin sağlık inançlarının geliştirilmesi, öz etkililik algılarının artırılması, karar verme düzeylerinin geliştirilmesi için diyabet merkezlerinde diyabet eğitim programlarının düzenlenmesi sağlanmalıdır. Hastanelerde ve sağlık merkezlerinde diyabet hemşireliği birimi kurulması ve bu araştırma modeli ile farklı alanlarda farklı gruplarla çalışma yapılması önerilebilir. Ayrıca bakım etiği çerçevesinde sağlık çalışanlarının, hastaları bilgilendirerek otonomilerinin ön plana çıkarılmasına ve kendi sağlıklarının geliştirilmesinde sorumluluk almalarının öncelenmesine ağırlık vermeleri sağlanmalıdır.

Bilgi

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi'nde (29 Haziran- 1 Temmuz 2017) bildiri olarak sunulmuştur. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik Onay

Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 21.06.2016; Karar no: 2016-06/21)

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Merve Aydoğar Takcı: Fikir/kavram, tasarım, denetleme, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Gülşay Yıldırım: Fikir/kavram, tasarım, danışmanlık, veri işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Akpunar D. Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnançına, Bilgi Düzeyine Ve Diyabet Yönetimine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Erzurum, 2012.
2. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi. Anatolian Journal Of Clinical investigation 2009; 3(1): 10-18.
3. American Diabetes Association. Standards Of Medical Care In Diabetes. Diabetes Care 2013; 36 (1):11-66.
4. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(1):10-17.
5. Sarkadi A, Rosenqvist U. Experience-Based group education In Type 2 Diabetes, A Randomised Controlled trial. Patient education and Counseling 2004; 53(3):291-298.
6. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7(3):230-237.
7. Muninarayana C, et al. Prevalence and Awareness Regarding Diabetes Mellitus In Rural Tamaka, Kolar. International Journal Of Diabetes in Developing countries 2010; 30(1): 18-21.
8. Çevik BA. Tip 2 Diyabetlilerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri ile Sağlık İnanç ve Öz-Etkilik Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul. 2010
9. Göçmen Baykara Z. Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara. 2010.
10. Dinç L. Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40: 113-119.
11. Aştı Atabek T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, Akademi Yayınevi İstanbul. 2014.
12. Van der Bijl JJ, Poelgeest-Eeltink AV, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type2 diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(2): 352-360.
13. Usta Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2001.
14. Yılmaz AS. Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı ve Karar Verme Stilllerinin Benlik Saygısı ve Utangaçlık Açısından İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya. 2011.
15. Olgun N, Altun Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 46-57.
16. Kartal A, Altuğ Özsoy S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnançına ve Metabolik Kontrol Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1-15.
17. Venmans L, et al. Short-term effects of an educational program on health-seeking behavior for infections in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2008;31(3):402-407.
18. Redding CA, et al. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of Health Education 2000; 3:180-193
19. McCloskey R. Functional and self- efficacy changes of patients admitted to a geriatric rehabilitation unit. Journal of Advanced Nursing 2004; 46 (2), 186-193.
20. Zengin N. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Öz-Etkililik-Yeterlilik Algısı ve Klinik Uygulamada Yaşanılan Stresle İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1):49-57.
21. Alabay, E. İlköğretim Okulöncesi Öğretmen Adaylarının Fen İle İlgili Öz-Yeterlilik İnanç Düzeylerinin İncelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;7(2).
22. Kökdemir D. Belirsizlik Durumlarında Karar Verme ve Problem Çözme Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara. 2003.
23. Akça N, Taşçı S. Hemşirelik Eğitimi ve Eleştirel Düşünme Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 5(2):187-195
24. Ay S, Arpacı P. Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;4(1) 527-532
25. Güçray S. Ergenlerde Karar Verme Davranışlarının Öz- Saygı ve Problem Çözme Becerileri Algısı ile İlişkisi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2001;8(8):106-121
26. Aksayan S. Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 35-42.
27. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education and Behavior 2004;31 (2):143-164.

Türkiye’de Radyasyon Çalışanlarının Mevzuattan Kaynaklanan Hakları*

The Rights of Radiation Workers Arising from the Legislation in Turkey

Songül Barlaz Usⁱ Kemal Usⁱⁱ

ⁱ Dr. Öğr. Gör., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-8695-001X>

ⁱⁱ Öğr.Gör., Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Muhasebe ve Vergi Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-4605-7953>

7953

ÖZ

Amaç: İnsan vücudunun iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalması sonucunda kanser oluşumuna uzanan etkiler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle radyasyon çalışanlarının maruziyet süresi ve dozları ile olası maruziyetteki haklarının bilinmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı, radyasyon hakkında bilgi vererek, Türkiye’deki radyasyon çalışanlarının doz limitleri, çalışma süreleri, fazla çalışma, çalışma yasakları, sağlık izni ve fiili hizmet zammı hususlarını hukuki açıdan değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmada doküman analizi metodu kullanılmıştır. Ekim 2020 tarihi itibarıyla yürürlükte bulunan yasa, tüzük, yönetmelik ve genelge gibi mevzuat hükümleri ile radyasyon çalışanlarının çalışma hayatına ilişkin Yargıtay kararları incelenmiştir.

Bulgular: İncelemeler sonucunda radyasyon çalışanlarının çalışma koşulları, sağlık izni ve fiili hizmet zammı gibi konulara ilişkin Türkiye’deki mevcut durum değerlendirilmiş ve eksik hususlar tespit edilmiş ve eksikliklerin giderilmesi için gerekli öneriler sunulmuştur.

Sonuç: Türkiye’de radyasyon çalışanları ile ilgili hukuki düzenlemeler yapılmış olmakla birlikte, yaşam hakkının diğer her türlü haktan daha önemli olduğu göz önüne alındığında radyasyon çalışanları için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması önemlidir. Bunun için radyasyon çalışanlarının fiili hizmete esas alınan gün sayısının artırılması, radyasyonlu alanları denetleme yetkisine sahip kurumların ortak çalışarak kontrollerin sıklaştırılması ve mevzuata aykırılık söz konusu olduğunda etkili ve caydırıcı cezai yaptırım uygulanması tavsiye edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Radyasyon, Radyasyon Çalışanı, Sağlık İzni, Fiili Hizmet Süresi Zammı

ABSTRACT

Objective: As a result of exposure of the human body to ionizing radiation, effects extending to cancer occur. Therefore, it is important to know the exposure time and doses of radiation workers and their legal rights at possible high exposure. In this study, information about the radiation was given and radiation dose limits, working hours, overtime work, prohibition of work, health leave and actual service increase issues have been evaluated from a legal point of view for radiation workers in Turkey.

Methods: Document analysis method was used in this study. The provisions of the legislation such as laws, regulations, regulations and circulars in force as of October 2020 and the decisions of the Supreme Court regarding the working life of radiation workers were examined.

Results: As results of the analysis, the current situation in Turkey such as the working conditions of radiation workers, health leave, and actual service increase were evaluated in detail, missing issues have been identified and the necessary proposals have been made to eliminate the deficiencies.

Conclusion: The right to life is the most important right. Therefore, a healthy and safe working environment should be created for radiation workers. It was recommended to increase the number of days of radiation officers based on the actual service, to tighten the controls by cooperating with the institutions that have the authority to control the radiation areas, and to impose criminal sanctions in case of violation of the legislation.

KeyWords: Radiation, Radiation Officer, Health Leave, Actual Service Term Increment

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 83-93

DOI: 10.31020/mutfd.793364

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 11 Eylül 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 23 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: Songül Barlaz Us <barlaz@gmail.com>

Giriş

Radyasyon bir kaynaktan yayılan enerji olarak tanımlanır ve iyonlaştırıcı ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyon olarak ikiye ayrılır. İyonlaştırıcı radyasyon, madde içerisinden geçerken ortamdaki atomları doğrudan ya da dolaylı etkileyerek iyon çiftleri oluşturur. Böylece enerjisini ortama aktarmış olur. X ve gama ışınları ile alfa ve beta parçacıkları, ağır iyonlar ve serbest nötronlar gibi parçacıklar iyonlaştırıcı radyasyondur. İyonlaştırıcı olmayan radyasyon ise iyonlaşmaya sebep olmayan elektromanyetik dalgalardır.¹⁻²

Radyasyon kaynakları doğal ve yapay radyasyon kaynakları olarak iki sınıfa ayrılır. Doğal radyasyon, kozmik radyasyon, dünyanın yerkabuğunda bulunan doğal radyoaktif elementlerden salınan radyasyon ile toprak, su, besin ve insan vücudunda bulunan radyasyonu kapsamaktadır.³ Yapay radyasyon ise tıbbi, zirai ve endüstriyel alanlarda kullanılmak amacıyla yapay yollarla üretilen radyasyondur. 2018 Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) verilerine göre, Türkiye’de yapay radyasyonun %50’si tıbbi amaçla kullanılmaktadır.²

Vücudun bir kısmının ya da tamamının radyasyona maruz kalması sonucunda, maruz kalınan radyasyonun hızı ve süresine göre akut ve kronik etkiler ortaya çıkmaktadır.⁴ Akut etki deterministik etkidir ve kısa bir zaman periyodunda alınan yüksek radyasyon dozlarında ortaya çıkar. Kronik etki ise stokastik etkidir ve uzun bir zaman periyodunda alınan küçük dozların toplamı ile ortaya çıkan etkilerdir.⁵ Stokastik etki olarak kanserin bazı türlerinin oluşumu ile genetik deformasyon sayılabilir. Stokastik etkiler göz önünde bulundurularak mesleki maruziyette doz sınırlandırılmaları yapılmıştır.⁶ Bu çalışmada, radyasyon hakkında bilgi verilerek, Türkiye’deki radyasyon çalışanlarının doz limitleri, çalışma süreleri, fazla çalışma, çalışma yasakları, sağlık izni ve fiili hizmet zammı hususları hukuksal açıdan değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada doküman analizi metodu kullanılmıştır. Ekim 2020 tarihi itibarıyla yürürlükte bulunan yasa, tüzük, yönetmelik ve genelge gibi mevzuat hükümleri ile radyasyon çalışanlarının çalışma hayatına ilişkin Yargıtay kararları incelenmiştir. Üzerinde çalışılan dokümanlar, hukuki uyumsuzluklarda kullanılan önemli kaynaklardır. Çalışmada radyasyon çalışanlarının, çalışma haftalık çalışma süresi, fazla çalışma, yıllık izin, sağlık izni, fiili hizmet süresi konuları incelenmiştir. Çalışma hayatında önemli haklardan olan kıdem ve ihbar tazminatları ile diğer tazminatlar ise konunun genişliği göz önünde bulundurularak çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Bulgular

Çalışmada inceleme sonuçlarına göre elde edilen bulgular radyasyon kaynakları, radyasyon doz limitleri, çalışma süreleri, fazla çalışma, çalışma yasakları, sağlık izni, fiili hizmet süresi zammı olmak üzere 7 alt başlık altında incelenmiştir.

Radyasyon Kaynakları

Radyasyon Güvenliği Tüzüğü’nün 2. maddesinde radyasyon kaynağı; radyoaktif maddeler ve radyasyon üreten cihazlar olarak tanımlanmıştır.⁷ Radyasyon yayan cihazlar başta radyoloji, radyoterapi ve nükleer tıp olmak üzere, gastroenteroloji, kardiyojoloji, ortopedi gibi görüntüleme gerektiren kliniklerde ve ameliyathanelerde tanı, tedavi, araştırma ya da kalibrasyon amaçlı kullanılmaktadır. Hastane dışında veterinerlikte ve ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş hekimliği fakültelerinde de radyasyon yayan cihazlar bulunmaktadır.

Türkiye’de radyasyon konusunda tek ve yetkili kurum olan TAEK yayınladığı radyasyon kaynakları kılavuzunda (2018) nelerin radyasyon kaynağı olduğunu sıralamıştır. TAEK’e göre radyolojide kullanılan radyasyon kaynakları skopi, anjiyografi, mamografi, bilgisayarlı tomografi ve kemik yoğunluğu ölçümü yapan cihazlardır. Diş hekimliğinde kullanılan radyolojik görüntüleme cihazları diş tomografisi ile periapikal,

periapikal mobil ve panoramik cihazlardır. Radyoterapide kullanılan cihazlar Kobalt 60 teleterapi, lineer hızlandırıcı, tomoterapi, brakiterapi ile siber ve gama bıçaklardır. Nükleer tıpta kullanılanlar ise PET, PET-CT, PET MR ile SPECT ve SPECT-CT cihazlarıdır.²

Radyasyon Doz Limitleri

Radyasyon görevlisi; radyasyon kaynağı ile yürütülen kalibrasyon, araştırma, tanı ve tedavi gibi faaliyetlerden dolayı görevi gereği radyasyona maruz kalan kişidir ve kişisel dozimetre taşıması zorunludur. Radyasyon doz limiti; sağlık kurum ve kuruluşlarında radyasyonlu ortamda çalışan radyasyon görevlilerinin tüm vücut ya da vücudun radyasyona maruz kalan bölgeleri için alınabilecek maksimum etkin ve eş değer doz miktarıdır.⁸

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği'ne (RGY) göre eşdeğer doz; vücut tarafından soğurulmuş dozun, radyasyonun türüne ve enerjisine bağlı olarak değişen radyasyon ağırlık faktörü ile çarpılmış değeri olarak tanımlanır ve birimi Sievert (Sv)'dir. Soğurulmuş doz iyonlaştırıcı radyasyonun, havadan maddeye geçip maddeyle etkileşmesi sonucu birim kütleye bırakılan enerji miktarıdır. Etkin doz ise insan vücudunda soğurulan dozun, doku ağırlık faktörü ile çarpılarak her bir organ ya da dokunun aldığı dozu ifade eden radyasyon miktarını ifade eder. Etkin doz birimi ile eşdeğer doz birimi aynıdır.⁸

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliğin 7/2 maddesine göre; radyasyon çalışanlarının alabileceği doz limitleri, ardışık beş yılın toplamında 100 mSv'dir. Fakat herhangi bir tek yılda 50 mSv'i geçemez. Aylık sınır ise 2 mSv'dir. Göz merceği için yıllık doz limiti 150 mSv el, ayak ve cilt için yıllık sınır ise 500 mSv'dir.⁹ Eğer bu sınırlar aşılsa durumun TAEK'e derhal nedenleri ile birlikte bildirilmesi gerekir. Radyasyon güvenliği komitesi, kişisel dozimetre ölçümlerinde yıllık doz limitlerinin ya da inceleme düzeyi doz seviyelerinin aşılması halinde idare ile birlikte gerekli değerlendirmeleri yapıp tedbirleri almalıdır. Eksiklik ya da aksaklıklar varsa bunlar düzeltilinceye kadar doz limitini geçen radyasyon çalışanlarının radyasyonlu ortamda çalıştırılmaması gerekir. Ayrıca radyasyon çalışanının, beş yıllık toplam etkin doz miktarı 100 mSv'i aşarsa, ilgili personel radyasyonlu ortamda çalıştırılmaz.⁹ RGY md.10/1-b'ye göre toplum üyesi kişiler için yıllık etkin doz 1 mSv'i geçmemelidir. Fakat özel durumlarda; ardışık beş yılın ortalaması en fazla 1 mSv olmak üzere yılda maksimum 5 mSv'e kadar izin verilir. Yine toplum üyesi kişiler için eşdeğer doz sınırı cilt için 50 mSv, göz merceği için ise 15 mSv'dir (**Tablo 1**).⁹ Çalışanların doz takibi kişisel dozimetreler ile yapılmaktadır ve Türkiye'de dozimetreler TAEK kontrolündedir.

Tablo 1. Yıllık Radyasyon Dozu Limitleri

		Radyasyon Görevlileri	Halk
Etkin Doz	Yıllık ortalama*	20 mSv/yıl	1 mSv/yıl
	Tek Yıl	50 mSv/yıl	5 mSv/yıl
	Göz	150 mSv/yıl	15 mSv/yıl
Eşdeğer Doz	Cilt	500 mSv/yıl	50 mSv/yıl
	El-Ayak	500 mSv/yıl	50 mSv/yıl

Kaynak: Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik

*Ardışık 5 yılın ortalaması

Çalışma Süreleri

Çalışma süresi, işçinin çalıştırıldığı ve işte geçirdiği süre olarak tanımlansa da esasen yalnızca çalıştığı süreler değil, işverenin emri altında çalışmadan hazır beklediği süreler de çalışma süresinden sayılmaktadır.¹⁰ Genel anlamda tüm çalışanlar açısından sabit bir haftalık çalışma süresi bulunmamakta, çalışılan statüye ve çalışılan işe/sektöre göre çalışma süreleri değişkenlik göstermektedir. Bu anlamda bir iş sözleşmesine tabi

olarak çalışan işçiler ile kamu personel rejimine tabi olan devlet memurlarının haftalık çalışma süreleri birbirinden farklıdır.

4857 sayılı İş Kanununun (İK) 63. maddesinin birinci fıkrasında haftalık çalışma süresinin genel bakımdan en fazla 45 saat olabileceği ve taraflar arasında aksi düzenlenmediği sürece bu sürelerin haftanın çalışma günlerine eşit bir şekilde bölüneceği hüküm altına alınmıştır. Bununla birlikte işçi ile işveren kendi aralarında anlaşıp günde on bir saati aşmamak kaydıyla haftalık çalışma süresini değişik şekilde kararlaştırabilirler.¹¹ Devlet Memurları Kanununun (DMK) 99/1 maddesine göre ise memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir.¹²

Çalışma süresinin gerek günlük gerekse haftalık üst sınırının belirlenmesindeki amaç, hem işçinin sağlığını tehdit eden tehlikelerin ortadan kaldırılması hem de kişiliğinin gelişimi için gerekli olan sürenin işçiye sağlanmasıdır. Çalışma süresine üst sınır getirilmesi bireysel ve toplumsal açıdan önem arz etmektedir. Şöyle ki, iş süresinin azami sınırının belirlenmesi, sosyal politika aracı olmanın yanında, işverenin, işçiyi koruma ve gözetme borcu kapsamında değerlendirebileceğimiz, işçinin sağlığının ve kişiliğinin korunması ile ilgilidir. Gerçekten, çalışma süresinin sınırının belirlenmesi, aynı zamanda bir sosyal politika aracıdır.¹³

Radyasyon kaynakları ile yapılan çalışmaların sağlık açısından tehlike olması nedeniyle radyasyon çalışanları için yukarıda ifade edilen genel çalışma sürelerinden farklı bir çalışma süresi düzenlenmiştir. 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunun EK 1 maddesine göre *iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saattir.*¹⁴ Düzenlemenin yapıldığı kanunda işçi-memur ayırımına yer verilmediği için çalışma ister kamu sektöründe ister özel sektörde gerçekleştirilsin radyasyonlu ortamda çalışanlar açısından haftalık çalışma süresi aynıdır. Radyasyon kaynakları ile çalışanlar 35 saat olan haftalık yasal çalışma süresini aşmamak kaydıyla nöbet ya da vardiya şeklinde çalışabilirler. Normal mesainin dışında ayrıca icap nöbeti yazılırsa, icapçının hastaneye gelip fiilen çalıştığı süreler de çalışma sürelerine dâhil edilir.

Sağlık Kuralları Bakımından Günde Azami Yedi Buçuk Saat Veya Daha Az Çalışılması Gereken İşler Hakkında Yönetmeliğin 4. maddesinde, 3153 sayılı kanunun EK 1. maddesinde yer alan haftalık 35 saatlik çalışma süresine ilişkin hükümler saklı kalmak kaydıyla radyoaktif ve radyoionizan maddelerle yapılan işlerde günlük çalışma süresinin üst sınırı yedi buçuk saat olarak çizilmiştir.¹⁵ İlgili yönetmeliğin 6. maddesinde radyasyonlu ortamda çalışanların günlük azami çalışma sürelerini doldurduktan sonra başka herhangi bir işte çalıştırılmayacakları hüküm altına alınmıştır. Bir başka ifadeyle radyasyon görevlisi olarak çalışanlara yaptıkları asıl işin dışında başka bir iş verilemez. Buna benzer bir düzenleme Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük'te de yer almaktadır. Tüzüğün 22. maddesinde *"hastanelerde, röntgen ve radyom ile tam zamanlı çalışan kimseler, hastanenin başka işlerinde çalıştırılmaz"* denilerek bu durum kayıt altına alınmıştır.¹⁶

İK'nın 69. maddesine göre gece çalışmalarının yedi buçuk saatten fazla olmaması gerekir. Ancak İK'nın 69. maddesine 4/4/2015 tarihli 6645 sayılı kanunun 37. maddesi ile yapılan değişiklikle birlikte artık turizm, özel güvenlik ve sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü işlerde geceleri yedi buçuk saatten fazla çalışma yaptırılabilir.¹¹ Sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü işyerlerinde alt işveren (taşeron) tarafından çalıştırılan işçiler de bu kapsamdadır. Gerek asıl işverenin gerekse alt işverenin işçilerinin gece yedi buçuk saatten fazla çalıştırılabilmeleri için işçinin yazılı onayının alınması zorunludur. Yazılı onay vermeyen işçiler ise geceleri yedi buçuk saatten fazla çalıştırılmazlar. Bilfiil radyasyon kaynakları ile çalışmayan personel gece yedi buçuk saatten fazla çalışabilir fakat denetimli alanlarda ve radyasyon kaynakları ile yapılan çalışmalarda günlük maksimum çalışma süresi yedi buçuk saat olarak belirlendiği için, geceleri yedi buçuk saatten fazla

çalışma yapılabileceğine ilişkin bu düzenleme radyasyon kaynakları ile çalışanlar açısından hüküm ifade etmemektedir. Dolayısıyla radyasyonlu ortamda çalışma süreleri, haftalık azami çalışma süresi olan 35 saati aşmamak üzere işçi ile işveren arasında serbestçe kararlaştırılabilir.

Fazla Çalışma

4857 sayılı İK'nın fazla çalışma ücreti başlıklı 41. maddesinde fazla çalışma, “kanunda yazılı koşullar çerçevesinde, haftalık 45 saati aşan çalışmalardır” şeklinde tanımlanmıştır. Dolayısıyla fazla çalışma olması için işçinin fiilen çalıştığı ve İK md.66'ya göre fiilen çalışılmış sayılan sürelerin haftalık yasal çalışma süresini aşması gerekir.¹⁷ Benzer şekilde Borçlar Kanununa tabi olarak çalışanlar açısından da haftalık 45 saati aşan çalışmalar fazla çalışma olarak değerlendirilecektir.¹⁸ Haftalık çalışma süresinin sözleşmelerle 45 saatin altında belirlendiği durumlarda söz konusu haftalık çalışma süresini aşan ve 45 saate kadar yapılan çalışmalar ise fazla sürelerle çalışma olarak ifade edilmektedir.¹⁹

İK md. 41/1'e göre fazla çalışmayı belirleyen haftalık çalışma süresi ölçütü mutlak emredici olduğundan, taraflarca sözleşmelere konulan hükümlerle bu ölçütün kaldırılması ve yerine başka bir ölçüt getirilmesi mümkün değildir; aksi yönde sözleşme hükümleri geçersizdir. Kanunda kabul edilen haftalık çalışma ölçütü saklı kalmak üzere kendi esasları ve uygulanma şartlarında nispi emredici kurallar çerçevesinde işçi yararına değişiklikler yapılabilir.²⁰

İK md. 63/2'de tarafların anlaşması ile haftalık normal çalışma süresi, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine, günlük azami çalışma süresi olan on bir saati aşmamak koşulu ile farklı şekilde dağıtılabileceği hüküm altına alınarak bu durumda, iki aylık süre içinde işçinin haftalık ortalama çalışma süresinin, normal haftalık çalışma süresini aşamayacağı belirtilmiştir. Denkleştirme süresi toplu iş sözleşmeleri ile dört (turizm sektöründe altı) aya kadar artırılabilir denilmektedir. Buna karşın denkleştirme uygulanan bir işyerinde haftalık ortalama çalışma süresi 45 saati aşmamış olsa dahi günlük azami çalışma süresi olan 11 saati aşan çalışmalar fazla çalışma olarak değerlendirilecektir.²¹

Fazla çalışmanın hüküm ve sonuçları İK'nın 41. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre İK md. 41/2'de her bir saatlik yapılan fazla çalışmanın karşılığında saat başına düşen ücretin yüzde elli zamlı bir şekilde ödenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Fazla çalışma ücreti hükmü nispi emredici hükümdür. Dolayısıyla tarafların yüzde ellinin üstünde bir oran belirlemeleri mümkün olmasına rağmen belirlenen yüzdenin bu oranın altında olması mümkün değildir.²² Fazla sürelerle çalışmada ise her bir saat fazla çalışma için verilecek ücret normal çalışma ücretinin %50 değil, %25 zamlı bir şekilde ödenmektedir. Böylece yapılan fazla çalışmanın niteliğinde bir değişiklik olmamasına rağmen ücrette farklılaşma yapılarak adeta sözleşmelerle belirlenecek haftalık çalışma süresinin 45 saatin altında olmaması dayatılmaktadır.¹⁹

İş Kanununda ve İş Kanununa İlişkin Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma Yönetmeliğinde (FÇY) belirtildiği gibi fazla çalışma yapan işçiye seçimlik bir hak tanınmıştır. Fazla çalışma karşılığında zamlı ücret yerine işçi isterse, fazla çalıştığı her saat için bir saat otuz dakikayı, fazla sürelerle çalıştığı her bir saat için bir saat on beş dakikayı serbest zaman olarak kullanabilir. İşçi ücret yerine izin kullanmak isterse, bu isteğini işverene yazılı olarak iletmelidir. İşçi iznini altı ay içerisinde, belirlenen tarihte, işin ve işyerinin gereklerine uygun olarak, iş günleri içerisinde, aralıksız ve ücretinde bir kesinti olmaksızın kullanmalıdır.²³ Söz konusu düzenlemeler dikkate alındığında işçinin talebi olmaksızın işverenin işçiye zamlı ücret yerine serbest zaman tanınmasının mümkün olmadığı görülmektedir. Doktrinde, fazla çalışmaların serbest zaman kullanma yoluyla karşılanmasına dair hükümlerin iş sözleşmeleri ya da iş yeri yönetmeliği ile belirlenmesinin mümkün olmadığı ileri sürülmüştür. İşçinin zamlı ücret ödenmesi ya da serbest zaman kullanma şeklinde seçimlik hakkı kural olarak bu tür çalışmaları yapılmasının ardından ortaya çıkar. Bu nedenle, serbest zaman kullanımı ile ilgili önceden verilmiş rıza geçerli sayılmamalıdır.²⁴

İK (md. 41/7) ve FÇY'ye göre fazla çalışmanın yapılabilmesi için işçinin yazılı izninin her yılbaşında alınması gerekir. Bu onayı vermeyen işçiye fazla çalışma yaptırılmaz. Fazla çalışma için onay veren işçi sonradan fazla çalışma yapmak istemezse bu onayını geri alabilir.^{11, 23}

Fazla çalışmaya ve fazla sürelerle çalışmaya işçilerin onayı bireysel iş sözleşmeleri veya toplu iş sözleşmeleri ile önceden alınabilir. Ancak, işçinin onayı olmamasına rağmen fazla çalışma yaptırılmışsa, bu çalışmaların da fazla çalışma olarak değerlendirilmesi gerekir.¹⁸ İşçi fazla çalışmaya onay vermiş olsa dahi işçinin sağlık durumu fazla çalışmaya imkân tanımıyorsa ya da fazla çalışmaya katılmamayı haklı kılan diğer nedenler varsa işçi fazla çalışmaya zorlanamaz.²⁵

Fazla çalışma ya da fazla sürelerle çalışma talebi ile açılan davalarda, fazla çalışma ya da fazla sürelerle yapılan çalışmanın süresinin belirlenmesi gerekmektedir. Uygulamada en büyük sorunlardan biri, fazla çalışmanın ispatı konusundadır.²⁶ Fazla çalışma ya da fazla sürelerle çalışma iddiasını ispat yükü Medeni Kanunun 6. maddesinde yer alan genel kurallar çerçevesinde iddiada bulunan işçi üzerindedir. İspat, bir olgunun varlığına veya yokluğuna hâkimi usulüne uygun şekilde ikna etmektir. İspat yükü kendisine düşen taraf bunu yerine getirmezse davayı kaybeder.²⁷

İşçiye ödenecek fazla çalışma ücreti, ücret hesap pusulasında gösterilmek zorundadır. Fazla çalışma ücretinin yazılı olduğu bir ücret hesap pusulası veya ücret bordrosu, işçi tarafından hiçbir ihtirazi kayıt ileri sürülmeksizin imzalanmışsa, artık bu pusulanın veya bordronun ilişkin olduğu dönem bakımından fazla çalışma ücretinin daha yüksek olduğu iddiaları dinlenmeyecektir.²⁴ Bordroların imzalı ve ihtirazi kayıtsız olmasına rağmen daha fazla çalışma yaptığını iddia eden işçinin, yazılı delillerle bordroda gösterilenden daha fazla çalışma yaptığını kanıtlaması gerekir.²² Ücret bordrosunun fazla mesai sütununun boş bırakıldığı durumlarda ise fazla çalışma yapıldığının ispatlanması durumunda yine işçiye fazla çalışma ücretinin ödenmesi gerekir. Fazla çalışmaların ispatı noktasında en yaygın ispat aracı, tanık beyanlarıdır. Ancak Yargıtay'a göre yalnızca tanık beyanları ile işverene karşı açılan davalarda hüküm kurulamaz. İşyeri kayıtları, elektronik ortamda kart basma gibi özellikle işyerine giriş çıkışı gösteren belgeler, işyeri iç yazışmaları delil niteliğindedir.²² Fazla çalışma ücretleri işçinin aldığı son ücreti üzerinden değil, fazla çalışmanın yapıldığı dönemdeki ücreti üzerinden hesaplanmaktadır.¹⁹

Radyasyon kaynağı ile yürütülen faaliyetlerde görev yapan personelin haftalık çalışma süresi yukarıda da ifade edildiği üzere haftalık 35 saattir. Bu nedenle radyasyonlu ortamda çalışanların haftalık 45 saati değil, 35 saati aşan çalışmaları, fazla sürelerle çalışma olarak değerlendirilmeksizin, fazla çalışma olarak kabul edilecektir.²⁸

35 saatlik haftalık yasal çalışma süresi bilfiil radyasyonla çalışan personel için getirilmiş bir düzenleme olduğu için radyasyona doğrudan maruz kalmayanlar için haftalık çalışma süresi diğer çalışanlarınkı ile aynıdır. Bu bağlamda radyasyon görevlisi olarak çalışmayan kişi işçi ise 45 saati, kamu görevlisi ise 40 saati aşan çalışmaları fazla çalışma olarak değerlendirilecektir. Örneğin radyoloji bölümünde görevli sekreterin ve hatta manyetik alan ve radyo dalgaları kullanılarak vücudun doku ve organlarının ayrıntılı bir şekilde görüntülendiği yöntem olan Magnetik Rezonans Görüntüleme çalışan teknisyen/teknikerlerin haftalık çalışma süresi 35 saat olarak belirlenemeyecektir. Çünkü Magnetik Rezonans Görüntüleme cihazları TAEK tarafından radyasyon kaynağı olarak sayılmamaktadır.²⁹

Sağlık Kuralları Bakımından Günde Azami Yedi Buçuk Saat Veya Daha Az Çalışılması Gereken İşler Hakkında Yönetmeliğin 7. maddesinde de radyoaktif ve radyoionizan maddelerle yapılan işlerde fazla çalışmanın yapılamayacağı belirtilmiştir. Haftalık azami çalışma süresi aşılsa dahi iş sağlığı ve güvenliği gerekçesiyle gece ve gündüz çalışmalarında 7,5 saatin aşılmasının tek başına fazla çalışma ücreti talep edilmesi açısından yeterli olduğu hüküm altına alınmıştır.³⁰

Çalışma Yasakları

Çalışma yasakları ile ilgili getirilen düzenlemelerden birincisi yaş şartı olup belli yaşın altındaki kişilerin radyasyonla yürütülen işlerde çalıştırılmamasıdır. İkincisi ise cinsiyetle ilgilidir ve kadın çalışanların hamilelik ve emzirme dönemleri ile sınırlıdır.¹¹

Türkiye'nin 1968 yılında onayladığı ILO'nun 115 No'lu Radyasyondan Korunma Sözleşmesi'nin 7. maddesinde; 16 yaşından küçük işçilerin iyonizan radyasyona sebep olan işlerde çalıştırılmayacağı hüküm altına alınmıştır.³¹ Yaş ile ilgili bir diğer düzenlemeye Radyasyon Güvenliği Tüzüğünde yer verilmiştir. Tüzüğü'nün 6. maddesine göre 18 yaşından küçükler radyasyon kaynakları ile gerçekleştirilen iş ve işlemlerde çalıştırılmazlar, yalnızca uygulama tecrübesi kazanmak için 16-18 yaş arasındaki stajyerler ve öğrenciler mesleki eğitim amaçlı çalışabilirler.⁷

Kadın çalışanın, hamileliğinin belirlenmesinin ardından çalışma şartlarının yeniden düzenlenmesi için vakit kaybetmeksizin durumunu birim amirine yazılı olarak bildirmesi gerekir. Bildirim yapıldıktan sonra kadın çalışanın çalışma yeri radyasyonlu ortamda olmayacak şekilde düzenlenir.⁹ Çalışma koşulları yeniden düzenlenirken hamile kadın çalışanların çalışma şartları ile ilgili mevzuat hükümleri ayrıca dikkate alınır. Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmeliğin 9/1 maddesi gereğince doktor raporuyla hamile olduğu belirlenen kadın çalışanların doğuma kadar gece postalarında çalıştırılmaması gerekir.³²

Hamile kadın çalışanın radyasyon kaynakları ile çalışması sona ereceği için haftalık çalışma süresi diğer çalışanlarıki ile aynı olacaktır. Ancak bu durumda dahi Gebe Veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmeliğin 9. maddesinde "*gebe veya emziren çalışan günde yedi buçuk saatten fazla çalıştırılmaz*" hükmüne yer verildiği için hamile çalışanların her halükarda günde yedi buçuk saatten fazla çalıştırılması yasaklanmıştır.³³ Hamile ve emziren kadınların çalışma şartları ile ilgili bir başka düzenleme fazla çalışmayla ilgilidir. İş Kanununa İlişkin Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma Yönetmeliğinin fazla çalışma yaptırılmayacak işçiler başlıklı 8. Maddesine göre; gebe, yeni doğum yapmış ve çocuk emziren işçilere fazla çalışma yaptırılması yasaktır.²³

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliğin 8/4 maddesine göre; emzirme dönemindeki kadın çalışanlar, nükleer tıp gibi radyoaktif kaynağın deri, solunum ya da sindirim yoluyla vücuda alınma olasılığı olan işlerde çalıştırılmazlar.⁹

Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelikte emziren kadın çalışanların kendi mevzuatlarındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla doğum tarihinden başlamak üzere bir yıl süre ile gece postalarında çalıştırılmayacakları hüküm altına alınmıştır. Bununla birlikte bu süre, işyerinde görevli işyeri hekiminden alınan raporla anne veya çocuğun sağlığı açısından gerekli olduğunun belgelenmesi halinde altı ay daha uzatılır.³²

Kadın çalışanlarla ilgili bir diğer önemli düzenleme bebeklerini emzirmeleri için verilen süt iznidir. 657 sayılı DMK'nın 104/D maddesinde "*kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk altı ayda günde üç saat, ikinci altı ayda günde birbuçuk saat süt izni verilir*" hükmü yer almaktadır.¹² 4857 sayılı İK'nın 74/7 maddesine göre kadın işçinin bebeği bir yaşına girene kadar günde bir buçuk saat süt izninden yararlandırılması gerektiği ifade edilmektedir.¹¹ Her iki kanunda düzenlenen süt izni ile ilgili sürelerde doğum esas alınmaktadır. Bir başka ifadeyle çoğul gebelikle birden fazla çocuk doğmuş olsa dahi süt izni yine yukarıda ifade edilen süreler dikkate alınarak kullanılacaktır. Süt izninin kullanım saati ve sıklığında kadın işçinin/memurun tercihi esas alınır. Süt iznindeki bu süreler günlük çalışma süresinden sayılır ve işçi, süt iznini toplamak suretiyle toplu kullanma talebinde

bulunamayacağı gibi işveren de bu izinleri toplu olarak kullanıramaz. Süt iznini kullandırmayan işveren İK md. 104 gereği idari para cezasına ek olarak işçiyi, süt izni olan günlük 1,5 saatlik zaman diliminde çalıştırdığı için bu çalışma fazla mesai olarak değerlendirilecek ve fazla mesainin karşılığı ücretin hesaplanıp işçiye ödenmesi gerekecektir.³⁴

Süt izni kullandırılmayıp bu zaman diliminde çalıştırılan ve fazla mesai ücreti de ödenmeyen işçi, İK md. 24/II gereğince haklı nedenle derhal fesih hakkına sahiptir.¹¹ Bu şekilde iş sözleşmesini tek taraflı olarak sona erdiren işçi, fesih bildirim sürelerine uyulmadığı gerekçesiyle işverene ihbar tazminatı ödemeyeceği gibi, işyerinde çalışmış olduğu süre toplamda bir yıldan daha fazla ise aynı zamanda kıdem tazminatını da almaya hak kazanacaktır.

Sağlık İzni

Uygulamada çalışanlar arasında radyasyon (şua) izni olarak ifade edilen sağlık izni, radyasyon kaynakları ile çalışan personele yıllık ücretli iznin dışında tanınmış bir haktır. Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliğin 8/11. maddesinde *"radyasyon kaynağı ile çalışan personelin sağlık izni yılı içerisinde kullanılır"* hükmü bulunmaktadır.⁹ Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzüğü'nün 24. maddesinde *"bu gibi müesseselerde, her röntgen mütahassısının veya röntgen ve radyom ile iştigal eden kimsenin senede dört hafta muntazaman devamlı tatil yapması mecburidir"* ifadelerine yer verilmiştir.¹⁴ DMK md. 103/3'e göre hizmetleri sırasında radyasyon çalışanlarına, yıllık izinlerine ilaveten her yıl bir aylık sağlık izni verilir.¹²

Sağlık izni, çalışanların sağlığını korumaya yönelik önlem niteliğinde olan ve yıllık izne ek olarak yıl içinde kullandırılması zorunlu olan bir izindir. Sağlık izninin kullanılabilmesi için en önemli şartlardan biri iyonizan radyasyona tabi olarak çalışmaktır. Yüksek mahkeme kararlarında da belirtildiği üzere radyoloji veya radyoterapi gibi bölümlerde çalışmasına rağmen radyasyon kaynakları ile doğrudan temas halinde bulunmayan personele sağlık izni kullandırılmaz. Ayrıca Yargıtay'a göre radyasyon kaynakları ile doğrudan temas edenlerin de sağlık iznine hak kazanabilmesi için, maruz kalınan doz seviyesinin RGY'de toplum üyesi kişiler için belirtilen doz limitinin üzerinde olması gerekmektedir.³⁵ Bu bağlamda günde birkaç röntgen filminin çekildiği ağız ve diş sağlığı merkezinde görev yapan teknisyen/teknikerler sağlık izninden yararlanamayacaklardır. Radyoloji bölümünde işi gereği sınırlı düzeyde radyasyona maruz kalan radyologlar veya ameliyathanelerde kardiyoloji, ortopedi, gastroenteroloji gibi bölümlerde görev yapan hekimler açısından da aynı şey geçerlidir. Bu kimselerin maruz kaldıkları doz miktarı toplum üyesi kişiler için belirtilen doz sınırlarının üzerinde olması halinde sağlık izninden yararlanabilmesi mümkündür.³⁶

Radyasyon kaynakları ile yapılan iş ve işlemler tehlike arz ettiğinden söz konusu sağlık izninin kesintisiz bir şekilde kullandırılması gerekir. Kesintisiz kullandırılmayıp parça parça kullandırılması halinde bu izin hiç kullandırılmamış sayılır. Bir başka ifadeyle kısmi kullanılan sürelerin toplanıp, toplam izin süresinden mahsup edilmesi mümkün değildir.³⁷

İK'da yıllık ücretli izne hak kazanabilmek için bir yıl çalışmış olma şartı aranırken sağlık iznine hak kazanabilmek için yukarıda ifade edilen yönetmelik ve tüzükte belli bir süre çalışmış olma şartı aranmamıştır. Buna karşın Yargıtay mevzuat hükümlerini farklı yorumlamakta ve şua izninin kullanılabilmesi için bir yıl çalışma şartı aramaktadır. Dolayısıyla bir yılı doldurmayan çalışmalar için şua izninin verilemeyeceğini hüküm altına almıştır.^{38,39}

DMK md. 103'te radyasyon iznine hak kazanabilmek için belirli bir süre çalışma şartı aranmamış, radyasyon kaynakları ile çalışanların bir ay radyasyon izni kullanacağı belirtilmiştir.¹² Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesinin şua izni başlıklı 25. maddesinde *"hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık*

izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni verilir'' ibaresine yer verilerek DMK'daki hüküm aynen tekrarlanmıştır.⁴⁰

Fiili Hizmet Süresi Zammı

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSSK) md. 40'a göre 4/1-a ve 4/1-c kapsamında çalışan sigortalılar fiili hizmet süresi zammından yararlanabilirler.⁴¹ Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte fiili hizmet süresi zammı; sigortalıların SSGSSK'nın 40. maddesinde belirtilen işyerlerinde ve işlerde ya da unvanlarda geçen çalışma sürelerinin her 360 günü için eklenecek gün sayısı olarak tanımlanmıştır.⁴² Fiili hizmet süresi zammının amacı bu sürelerin sigortalının prim ödeme gün sayısını arttırarak daha erken bir tarihte emekli olmasını sağlamaktır.⁴³ Buna karşın aylık miktarının hesaplanmasında ise fiili hizmet süresi zammı dikkate alınmamaktadır.⁴⁴

Buna göre, radyasyon çalışanlarının, çalıştıkları her 360 gün için prim ödeme gün sayılarına 90 gün fiili hizmet süresi zammı eklenir. 360 günden eksik olan çalışmalar için orantılı olarak hesaplama yapılır.⁴¹

Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 5. maddesine göre uzun vadeli sigorta kolları kapsamına tabi olarak çalışanlar (malullük, yaşlılık ve ölüm) fiili hizmet süresi zammından yararlanır.⁴² Kısa vadeli sigorta kollarına (iş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık ve analık sigortası) tabi olarak çalışanlar ile sosyal güvenlik destek primini emekli olduktan sonra ödeyerek çalışmaya devam edenler de fiili hizmet süresi zammından yararlanamazlar.⁴⁴ Ayrıca radyasyon kaynakları ile yapılan işlerde çalışmadığı halde, bu işlerde ve işyerlerinde çalışıyor gibi gösterilerek fiili hizmet süresi zammından yararlandığı tespit edilenlerinde fiili hizmet zammı süreleri iptal edilir.

SSGSSK md. 40'a göre radyasyonlu alanlarda yapılan işlerde çalışan sigortalılar için fiili hizmet süresi zammı beş yılı geçmemek üzere malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları uygulamasında prim ödeme gün sayısına eklenir ve yaş hadlerinden emeklilikte 3 yılı geçmemek üzere fiili hizmet süresi zammının yarısı indirilir. Söz konusu indirim yalnızca yaşlılık aylığı açısından geçerli olup emeklilik yaş haddi indirimi malullük ve ölüm hallerinde uygulanmaz.⁴¹

Radyasyon kaynakları ile yürütülen işlerde çalışan sigortalılarda emeklilik yaş hadlerinden fiili hizmet süresi zammının indirilebilmesi için kişinin fiilen en az 3600 gün radyoaktif ve radyoaktif maddelerle yapılan işlerde çalışmış olması gerekmektedir. Bir başka ifadeyle radyasyon kaynakları ile yürütülen işlerde toplamda on yıldan daha az çalışan kimseler fiili hizmet süresi zammından yararlanamazlar. Fiili hizmet süresi zammından yararlanabilmek için on yıllık kesintisiz çalışma şartı aranmamakta olup, aralıklı yapılan çalışmaların toplamda 3600 gün olması yeterlidir.^{41,42}

Sonuç

Radyasyon insan sağlığı açısından önemli bir risk unsurudur. Radyasyon çalışanlarının uygun koşul ve şartlarda çalışması ve kişisel koruyucu donanımlar kullanıp iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili gerekli tedbirlerle çalışması mevzuatta belirlenen doz limitlerinin aşılması açısından önem arz etmektedir.

Radyasyon çalışanlarının günlük azami çalışma süresi 7,5 saattir. Fazla çalışmalarda saat başına ücretin %50 zamlı ödenmesi ya da her bir saat yerine bir buçuk saat serbest zaman kullanılması söz konusu olsa da radyasyonun kısa ve uzun dönemde sağlık açısından ortaya çıkarabileceği maliyetler ve sağlık problemleri hesaba katıldığında gece nöbetleri de dâhil olmak üzere fazla çalışmanın bu tür işlerde tamamen yasaklanması gerekmektedir. Bununla birlikte konunun hassasiyeti göz önüne alındığında çalışma sürelerinin başta Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı iş müfettişleri ve TAEK tarafından eşgüdümlü bir şekilde denetlenmelidir. Denetimler sonucunda ihlaller tespit edildiğinde ise ciddi yaptırımlarla karşı karşıya bırakılmalıdır.

Radyasyon kaynakları ile yürütülen işlerde çalışanların sağlığının korunması, vücudun dinlenebilmesi ve kendini yenileyebilmesi için yıllık izne ek olarak yıl için de kullanabileceği sağlık izni (şua izni) hakkına sahiptir. Fakat bazı özel sektör ve kamu kurumlarında ya şua izni kullandırılmamakta ya da kullandırıldığında ek ödemeler kesintiye uğramaktadır. Radyasyon çalışanlarının riskli ortamda çalıştığı ve olası sağlık etkileri göz önünde bulundurularak sağlık izninin yıl içerisinde ve kesintisiz bir şekilde kullandırılması ve ücret kesintisinin olmaması için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca bu izinlerin kullandırılıp kullandırılmadığının Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından takip edilmesi yerinde bir uygulama olacaktır.

Radyasyonlu alanlarda yapılan işlerde fiilen çalışan sigortalıların fiili hizmet süresi zammı hakları bulunmaktadır. Fakat toplam hizmet süresi esas alınarak yapılan fiili hizmet süresi hesaplamalarında en az 10 yıl radyasyonlu ortamda çalışma süresi şartı aranmaktadır. Bu durum uygulamada bazı sıkıntılara neden olmaktadır. Örneğin 10 yıldan az radyasyonlu ortamda çalışanlar (9 yıl gibi) fiili hizmet süresi zammından yararlanamamaktadır. Uygulamada bu problemlerin giderilmesi için 10 yıl çalışma şartı olmaksızın, çalışılan süreler için fiili hizmet süresi zammından yararlanılması gerekmektedir. Fiili hizmet süresi zammının emeklilik yaşından indirilecek olan sürelerinde de bir sınırlama söz konusudur. Mevcut düzenleme, emeklilik yaşından yalnızca üç yaş indirilmesine olanak tanımaktadır. Bir başka deyişle, radyasyon çalışanı ne kadar çalışırsa çalışsın sadece 3 yıl erken emeklilik hakkına sahip olabilmektedir. Daha uzun süre radyasyonlu ortamda çalışmanın stokastik etki olasılığını arttırdığı göz önünde bulundurularak, düzenlemenin çalışmanın tüm yılları dikkate alınacak şekilde değiştirilmesi sosyal güvenliğin temel ilkeleri ve sosyal devlet ilkesi açısından yerinde olacaktır.

Yaşam hakkının diğer her türlü haktan daha önemli olduğu göz önüne alındığında sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulmalı ve radyasyonlu alanların kontrol ve denetimleri TAEK, SGK ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi kamu kurumlarının eşgüdümlü çalışmaları ile sıklaştırılmalıdır. Ayrıca bu denetimlerde tespit edilen olumsuzluklarda cezai yaptırımların uygulanması mevzuata aykırı yapılan çalışmaların azalmasına neden olacaktır.

Bilgi

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmayı destekleyen hiçbir kurum-kuruluş yoktur. Çalışma daha önce hiçbir yerde sunulmamıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Songül Barlaz Us: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kemal Us: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Khan FM. The Physics of radiation therapy. 3rd Edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2003.
2. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, <https://www.taek.gov.tr/tr/component/remository/func-startdown/1852/lang,tr-tr/?Itemid=301>
3. Laughlin Mc JP. Some characteristics and effects of natural radiation. Radiation Protection Dosimetry 2015;167(1):2-7.
4. Arslan N. Radyasyonun biyolojik sistemler üzerindeki etkileri. Nuclear Medicine Seminars 2017;3(3):178-183.
5. Yeyin N. Radyasyonun biyolojik etkileri. Nuclear Medicine Seminars 2015;3(1):139-143.
6. International Labour Organization. Radiation Protection of Workers (ionising radiations). 1st published. Geneva, Switzerland: 1987: 17.
7. TC Resmi Gazete. Radyasyon Güvenliği Tüzüğü. 7 Eylül 1985. Sayı 18861.
8. TC Resmi Gazete. Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. 24 Mart 2000. Sayı 23999.

9. TC Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik. 5 Temmuz 2012. Sayı 28344
10. Alper Y, Kılış İ. İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku. Bursa: Dora Yayınları; 2017.
11. TC Resmi Gazete. İş Kanunu. 10 Haziran 2003. Sayı 25134.
12. TC Resmi Gazete. Devlet Memurları Kanunu. 23 Temmuz 1965. Sayı 12056.
13. Caniklioğlu N. 4857 Sayılı Kanuna Göre Çalışma Süresi ve Bu Sürenin Günlere Bölünmesi. Toprak İşveren Sendikası Dergisi 2005;66:1-15.
14. TC Resmi Gazete. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun. 28 Nisan 1937. Sayı 3591.
15. TC Resmi Gazete. Sağlık Kuralları Bakımından Günde Azami Yedi Buçuk Saat Veya Daha Az Çalışılması Gereken İşler Hakkında Yönetmelik. 16 Temmuz 2013. Sayı 28709.
16. TC Resmi Gazete. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük. 6 Mayıs 1939. Sayı 4201.
17. Köseoğlu AC, Kabul S. 4857 Sayılı İş Kanunu Bağlamında Çalışma Süresinin Aşılması: Fazla Çalışma. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2014;72(2): 233-268.
18. Süzek S. İş Hukuku. İstanbul: Beta Yayınları; 2014
19. Şakar M. İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku. İstanbul: Beta Yayınları; 2011.
20. Ekonomi M. 4857 Sayılı İş Kanununa Göre Fazla Çalışma Kavramı. Kamu-İş. 2004;7(3): 1-14.
21. Güner E. İşçinin Günlük Çalışmasının 11 Saati, Gece Çalışma Süresinin 7,5 Saati Aşması Fazla Çalışma Mıdır?. Mali Çözüm Dergisi Kasım-Aralık 2010: 279-287.
22. Çil Ş. İş Kanununa Göre Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma. Çalışma ve Toplum Dergisi 2007/3(14):57-79.
23. TC Resmi Gazete. İş Kanununa İlişkin Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma Yönetmeliği. 6 Nisan 2004. Sayı 25425.
24. Tekin O. Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma Ücretlerinin Sözleşmede Belirlenen Ücrete Dâhil Edilmesi Sorunu. Çalışma Dünyası Dergisi 2015/2: 75-94.
25. Mollamahmutoğlu H. İş Hukuku. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları; 2005
26. Mülâyim B O. Fazla Çalışmanın İspatlanması. İş ve Hayat Dergisi 2019;5(9):130-161.
27. Oğuzman MK, Barlas N. Medeni Hukuk Giriş, Kaynaklar, Temel Kavramlar. İstanbul: Beta Yayınları; 2005
28. Kazancı İçtihat Bilgi Bankası. Y9HD 11.11.2019, Esas No: 2017/12576, Karar No: 2019/19598., Erişim tarihi: 28.02.2020. www.kazanci.com.
29. Y9HD 13.03.2019, Esas No: 2019/1755, Karar No: 2019/5564, Erişim tarihi: 20.02.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
30. Yargıtay Kararları. Y22HD, 11.12.2017, Esas No: 2015/23765, Karar No: 2017/28342, Erişim tarihi: 01.06.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
31. TC Resmi Gazete. ILO 115 No'lu Radyasyondan Korunma Sözleşmesi. 25 Temmuz 1968. Sayı 12959.
32. TC Resmi Gazete. Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik. 24 Temmuz 2013. Sayı 28717.
33. TC Resmi Gazete. Gebe Veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik. 16 Ağustos 2013. Sayı 28737
34. Yargıtay Kararları. Y9HD, 02.04.2018, Esas No: 2017/5607, Karar No: 2018/7152, Erişim Tarihi: 10.06.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
35. Yargıtay Kararları. Y22HD, Esas No: 2019/4083, Karar No: 2019/11642, Erişim tarihi: 23.02.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
36. Yargıtay Kararları. Y7HD, 02.02.2016, Esas No: 2015/23816, Karar No: 2016/1889, Erişim tarihi: 27.02.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
37. Yargıtay Kararları. Y9HD, 21.06.2019, Esas No: 2017/10959, Karar No: 2019/13946, Erişim tarihi: 02.03.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
38. Yargıtay Kararları. Y22HD, 16.10.2019, Esas No: 2017/24594, Karar No: 2019/19085. Erişim Tarihi: 03.03.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
39. Yargıtay Kararları. Y9HD, 26.11.2018, Esas No: 2018/7114, Karar No: 2018/21499, Erişim tarihi: 03.03.2020. www.karararama.yargitay.gov.tr.
40. Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi (2016). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11252/saglik-bakanligi-izin-yonergesi.html>.
41. TC Resmi Gazete. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. 16 Haziran 2006. Sayı 26200.
42. TC Resmi Gazete. Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 27 Eylül 2008. Sayı 27010.
43. Tuncay AC, Ekmekçi Ö. Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri. İstanbul: Beta Yayınları; 2017
44. Başbuğ A. Sosyal Güvenlik Sistemimizde Fiili Hizmet Süresi Zammı ve Uygulama Sorunları. Petrol-İş. Türkiye Petrol Kimya Lastik İşçileri Sendikası Yayını 2017(123):1-145.

Bir Grup Hemşirelik Öğrencisinin COVID-19 Riskine Yönelik Koruyucu, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları*

Preventive, Traditional and Complementary Medicine Practices for a Group of Nursing Students

for COVID-19 Risk

Meryem Türkan Işıkⁱ, Rana Canⁱⁱ

ⁱ Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-4091-8583>

ⁱⁱ Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0003-0655-4736>

ÖZ

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin COVID-19 korunmak için uyguladığı koruyucu yöntemler ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı olan bu çalışmanın evrenini, 2019-2020 eğitim öğretim yılı bahar döneminde hemşirelik bölümünde öğrenim gören ve "Tamamlayıcı Tıp ve Hemşirelik" dersini alan 70 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tümü örnekleme alınmış olup araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden 64 hemşirelik öğrencisi (katılım oranı %91,4) ile tamamlanmıştır. Araştırma evreninin %91,4'üne ulaşıldı. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taranarak 5 açık uçlu sorudan ve koruyucu önlemleri içeren 14 ifadeden oluşturulmuş anket formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin tamamının COVID-19'dan korunmak için belirlenen 14 kuraldan en çok "ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovalayarak yıkayın"ı uyguladıkları belirlendi. Katılımcıların COVID-19'e karşı uyguladıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları sırasıyla; biyolojik uygulamalar, yağlar ile masaj uygulama, rahatlatıcı müzik dinlemektir. Temizlik konusunda en çok sebze ve meyvelerin yıkanmasında sirkeli suyun kullanıldığı belirlendi.

Sonuç: COVID-19 sürecinde katılımcıların tamamının en az bir bitkiyle birlikte doğal beslenme yöntemini tercih ettikleri, öncelikle de bitki çayları ile bağışıklık sistemini destekleyici uygulamalar yapmaya çaba sarf ettikleri söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, öğrenci, COVID-19, geleneksel ve tamamlayıcı tıp, koruyucu önlemler.

ABSTRACT

Objective: Nursing students protector applied to protect against the disease Covidien-19 to determine the methods and practices of traditional and complementary medicine.

Methods: The population of this descriptive study was composed of 70 nursing students who accepted to participate in the study, completed the questionnaire completely, studied at the nursing department in the spring semester of the 2019-2020 academic year, and took the "Complementary Medicine and Nursing". The data were collected by the researchers by scanning the literature with a questionnaire consisting of 5 open-ended questions and 14 statements containing protective measures.

Results: It was determined that all of the students "wash your hands frequently with water and soap for at least 20 seconds" suggestion the most among the 14 rules determined to protect against COVID-19. Traditional and complementary medicine practices of the participants against COVID-19 are respectively; biological applications, applying massage with oils and music therapy. It was determined that water with vinegar was used for washing vegetables and fruits.

Conclusion: During the COVID-19 pandemic, all of the participants preferred a natural diet with at least one plant, and primarily made an effort to support the immune system with herbal teas.

KeyWords: Nursing, student, COVID-19, traditional and complementary medicine, protective measures.

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 94-103

DOI: 10.31020/mutfd.790805

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 5 Eylül 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 30 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: Meryem Türkan Işık <turkaner@mersin.edu.tr>

Etik Kurul Onayı: Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 08.07.2020, Karar no: 2020/492)

Giriş

Tıbbın konusu sadece sağlık ve hastalık kavramı olmamakla birlikte sosyal ve kültürel boyutları da içermektedir. Sağlığın; tıbbi boyutunun yanı sıra, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutlarıyla ele alınması mümkündür. Bu yaklaşım sonucunda karşımıza geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları çıkmaktadır. Dünyanın her köşesinde tarih boyunca tüm toplumlarda bitkisel ve hayvansal ürünlerle hazırlanan ilaçların/karışımların farklı formlarda kullanıldığı görülmektedir.^{1,2} İnsanlar sağlıklarıyla ilgili olumsuz durumlarda bitkilerden, hayvanlardan ve metallere faydalanmışlardır. İnsanlık bu materyalleri farklı formlarda veya kombine ederek, sağlık sorunlarına çare bulmaya ve sağlıklarını korumaya çalışmışlardır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, bağışıklık sistemini güçlendirmek, ilaçların yan etkilerini azaltmak, hastalıktan korunmak, hastalığı kontrol altına almak gibi nedenlerle kullanılabilir. ^{3,4} Günümüzde kullanımı sıkça artan ve toplum içinde varlığını sürdüren geleneksel uygulamalar tıbbi tedavi ve bakım sürecinin yanında varlığını hep sürdürmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tamamlayıcı ve alternatif tıbbi, modern ve bilimsel tedaviler dışında kalan tedavi yaklaşımları olarak tanımlanmaktadır.⁵ DSÖ geleneksel tıbbi; “fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, açıklaması yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünü” olarak tanımlamıştır.⁵ Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu; tamamlayıcı ve alternatif tıbbin, sağlığı koruma ve geliştirmede, hastalıkları önlemede, hastalıkları tedavi etmede kullanılan sağlık uygulamaları olduğunu, bu uygulamaların bağımsız ya da farklı yaklaşımlarla kullanılabileceğini belirtmiştir.⁶

DSÖ, 2005 ile 2018 yılları arasında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları'nın güvenliği, kalitesi, etkinliği ve uygun entegrasyonu için girişimlerde bulundu. Bu çerçevede ulusal politikalar, stratejiler geliştirerek özellikle sağlık sisteminde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına yönelik eğitim farkındalık programları planladı. Mevcut bilgilere göre, 194 üye devletin %88'i Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kullanımlarını bildirmiştir.⁷ Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 2014 yılında Resmi Gazete’de yayımlanmış, Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına yönelik Temmuz 2018’den itibaren hizmet veren uygulama merkezleri açılmıştır.⁸ Yönetmelikte tanımlanan akupunktur uygulaması, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi uygulamasını kimlerin yapabileceği, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kimlere uygulanabileceği konusunda bilgi bulunmaktadır.⁸ Böylece daha fazla sayıda sağlık profesyoneli bu konuyla ilgilenmeye ve bu konuda çalışmaya başlamıştır. Sağlık sisteminde önemli role sahip olan hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutum ve yaklaşımlarını bilmek önemlidir. Hemşirelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanım durumunu bilmesi, bilimsel yönünü, uygulanacağı, uygulanamayacağı durumları bilmesi, bu konuda hastasına danışmanlık yapması oluşan sağlık problemini çözmesine veya olumsuz durumları engellemesine yardımcı olacaktır. Hemşirelik öğrencisinin, meslek üyesi aday ve toplumun bir ferdi olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik yaklaşımları bilmesi, hastayı bütüncül olarak değerlendirme sürecinde yol gösterici olacaktır. Literatürde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutumları belirlemeye yönelik çalışmalar yer almaktadır.^{3,4,9}

COVID-19’un bulaş yollarının bilinmesi ve toplumun sürekli bilgilendirilmesi, hastalığın toplumda yaygınlaşmasını azaltmak için önemlidir. Literatürde SARS-CoV-2 virüsünün daha çok öksürme hapşırma sonucunda damlacık yoluyla insanlara bulaştığı ve hasta bireylerin öksürme, hapşırma yoluyla ortaya saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz

mukozasına götürmesi ve temas etmesi ile bulaştığı belirtilmektedir.¹⁰⁻¹³ COVID-19 bulaş öncesinde immunitiyi artırmak, virüs ile karşılaşıldığında ise modern tıp tedavilerinin beklenen yan etkilerini azaltmak ve hastanın tedaviye uyumunu arttırmak önemlidir. Uçar ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, Geleneksel Çin Tıbbı'nda kullanılan bitkilerin, virüslerin hücreye tutunmasını ve hücre içine girmesini engellediğini, bağışıklık sisteminde stimülasyon oluşturduğunu belirtmiştir.¹⁴ COVID-19 tedavisinde konvansiyonel tedavinin yanında fitoterapi geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamasının kullanılmasının faydalı olacağı öngörülmektedir.¹⁴

Bu çalışmanın çıkış noktası da hemşirelik bölümünde öğrenim gören ve Tamamlayıcı Tıp ve Hemşirelik dersi alan öğrencilerin COVID-19 hastalığından korunmak ya da hastalığın tedavi sürecinde - uyguladıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini ve koruyucu uygulamaları ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ikinci sınıfta "Tamamlayıcı Tıp ve Hemşirelik" dersini alan 70 öğrenci oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi

Anketi eksiksiz dolduran, 18 yaşın üstünde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 64 hemşirelik öğrencisi örnekleme oluşturdu. Araştırma evreninin %91,4'üne ulaşıldı.

Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümü öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 4 sorudan (yaş, cinsiyet, aile tipi, kronik hastalığı olma durumu) oluşmaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "COVID-19 riskine karşı 14 kural" yer almakta olup bu bölümde öğrencilerin bu kurallara uyma durumları "evet", "hayır" şeklinde sorgulanmaktadır. Anket formunun üçüncü bölümü ise öğrencilerin COVID-19'dan korunmaya yönelik kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sorgulandığı bir açık uçlu sorudan oluşmaktadır.¹⁵⁻¹⁷

Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Çalışmada, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde "Tamamlayıcı Tıp ve Hemşirelik" dersini alan öğrencilere, öğrenci sisteminde kayıtlı e-mail adreslerine veri toplama formu gönderilerek, formun doldurulması istendi. Araştırmacılar tarafından araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden öğrencilerden elektronik ortamda 08.07.2020 ile 08.08.2020 tarih aralığında veriler toplandı. Katılımcıların gizliliğini sağlamak için gelen e-maillerdeki veri toplama formları indirilerek, farklı bir dosya kayıt edilerek katılımcılar numaralandırıldı. Numaralandırılan katılımcıların veri toplama formları sonrasında değerlendirildi.

Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri incelendi. Ayrıca geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve koruyucu önlemler kategorize edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Mersin Üniversitesi Klinik Etik Kurul'dan 08.07.2020 tarihli ve 2020/492 sayılı izin ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'ndan 2020-06-30T23_13_40 sayılı izin alındıktan sonra, Mersin Üniversitesi Hemşirelik

Fakültesi öğrencileri araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildi ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onamları alındı.

Bulgular

Öğrenci hemşirelerin yaş ortalaması 20,95±1,58 (Min:19-Maks:28), %57,8'i kadın, %79,7'si çekirdek aileye sahip ve tamamının kronik hastalığının olmadığı saptandı.

Tablo1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

	Ort±SS	Min-Maks
Yaş	20,95±1,558	19-28
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	37	57,8
Erkek	27	42,2
Aile tipi		
Çekirdek	51	79,7
Geniş	11	17,2
Tek ebeveynli	2	3,1
Kronik hastalığın olma durumu		
Evet	0	0
Hayır	64	100

Hemşirelik öğrencilerinin COVID-19 riskine karşı kendisini korumak için 14 kural içerisinde en sık uyguladıkları beş kural sırası ile %100'ü "Ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovalayarak yıkayın.", %98,4'ü "Öksürme veya hapsirme sırasında ağızınızı ve burnunuzu tek kullanımlık mendille kapatın. Mendil yoksa dirsek içini kullanın.", %96,9'u "Soğuk algınlığı belirtileri gösteren kişilerle aranıza en az 3-4 adım mesafe koyun.", %96,9'u "Bulduğunuz ortamları sık sık havalandırın.", %87,5'i "Sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin." şeklindedir (**Tablo 2**).

Tablo 2. COVID-19 Riskine Karşı 14 Kuralın Uygulanma Dağılımı

COVID-19 Riskine Karşı 14 Kural	N	%
1. Ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovalayarak yıkayın.	64	100
2. Öksürme veya hapsirme sırasında ağızınızı ve burnunuzu tek kullanımlık mendille kapatın. Mendil yoksa dirsek içini kullanın.	63	98,4
3. Ellerinize, ağızınıza, burnunuza ve gözlerinize dokunmayın.	55	85,9
4. Soğuk algınlığı belirtileri gösteren kişilerle aranıza en az 3, 4 adım mesafe koyun.	62	96,9
5. Yurt dışı seyahatlerinizi erteleyin ya da iptal edin.	46	71,9
6. Yurt dışından dönüşte ilk 14 günü evde geçirin. Ziyaretçi kabul etmeyin. Evde kendinizi izole edin. İzole edilmiş kişinin odasına maskesiz girmeyin.	27	42,2
7. Bulduğunuz ortamları sık sık havalandırın.	62	96,9
8. Sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin.	56	87,5
9. Havlu gibi kişisel eşyaları ortak kullanmayın.	49	76,6
10. Kıyafetlerinizi yüksek ısıda yıkayın.	53	82,8
11. Tokalaşma, sarılma gibi yakın temaslardan kaçının.	38	59,4
12. Güçlü bir bağışıklık sistemi için bol sıvı tüketin, dengeli beslenin, uyku düzeninize dikkat edin.	49	76,6
13. Soğuk algınlığı belirtileriniz varsa, yaşlılar ve kronik hastalığı bulunanlarla temas etmeyin. Maske takmadan dışarı çıkmayın.	53	82,8
14. Düşmeyen ateş, öksürük ve nefes almada zorluk gibi şikayetleriniz varsa, maske takarak bir sağlık kuruluşuna başvurun.	38	59,4

Bu çalışmada katılımcıların COVID-19 sürecinde hem hastalıktan korunmak hem de hastalıkla karşılaşma durumunda kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, koruyucu önlemler değerlendirildi. Katılımcıların kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler ve geleneksel uygulamalar biyolojik yaklaşımlar, bilişsel davranışsal yaklaşım, manüplatif yaklaşım, diğer alternatif tıbbi tedaviler ve temizlik sağlama konusunda geleneksel yaklaşımlar başlıklar altında beş sınıfta toplandı.

Bu çalışmada, katılımcıların çoğunlukla kullandıkları biyolojik yaklaşımlı geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler %87,4 oranı ile ilk sırada bitki çayı içmek; %57,7 oranı ile ikinci sırada limon, enginar tüketmek, kırmızilahana, nar, çilek, acı biber gibi yeşil sebze ve meyve tüketmek; %20,3 oranı ile üçüncü sırada et, balık ve yumurta tüketmek olduğu belirlendi. Sık kullanılan diğer ürünler ise zencefil, zerdeçal ve birçok bitkiyi bağışıklık sistemini güçlendirmek için çay şeklinde ya da yemeklere katarak tüketmek olduğu belirlendi. Katılımcıların %15,6'sının yemeklerde bol bol sumak kullandıklarını ve sumak suyu içtiklerini; sumak suyunu elde etmek için 2 tatlı kaşığı sumağı bir su bardağı kaynamış suyun içine katıp 15-20 dakika demlenmeye bıraktıklarını ve yemek sonrası tükettiklerini belirtmiştir. Sumak suyunu 2-3 günde bir bardak içmekle veya yemeklerde tüketmekle bağışıklığı güçlendirdiklerini ifade ettiler (**Tablo 3**).

Tablo 3. Katılımcıların COVID-19'a Karşı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	n*	%
Biyolojik yaklaşım tamamlayıcı tedaviler		
Bitki çayı içmek (papatya, sarı kantaron, sumak, karanfil-tarçın, biberiye, adaçayı, ekinezya, zencefil, zerdeçal, nane, kekik, yeşil çay)	56	87,5
Yeşil sebze ve meyve tüketmek (limon, enginar, kırmızı lahana, nar, çilek, acı biber vs.)	37	57,8
Et, balık ve yumurta tüketmek	13	20,3
Yoğurt, kefir, süt ve süt ürünleri tüketmek	11	17,2
Zencefil, zerdeçal, çörek otu yemek veya yemekle tüketmek	10	15,6
Bol soğan /sarımsak yemek veya suyunu içmek	7	10,9
Ceviz, badem, fındık, kuruyemiş, kuru meyve tüketmek	5	7,8
Sirkeli su içmek, turşu tüketmek	5	7,8
Apiterapi (Bal tüketmek, propolisi içmek)	5	7,8
B12, C, D, E veya omega kapsülü içmek	4	6,25
Bol su içmek	4	6,25
Tarhana çorbası / kelle paça çorbası içmek	3	4,7
Bilişsel davranışsal tedavi yaklaşımlar		
Rahatlatıcı müzik dinlemek	11	17,2
Pilates, yoga, egzersiz, doğru nefes teknikleri uygulamak	7	10,9
Dua etmek	3	4,7
Manüplatif tamamlayıcı tedavi yaklaşımlar		
Masaj yapmak veya gül, fesleğen yağı ile masaj yapmak	15	23,4
Kupa uygulaması yapmak	8	12,5
Diğer tamamlayıcı yaklaşımlar		
Sülük / hacamat uygulamak	6	9,4
Aromaterapi uygulamak (çay ağacı, nane, kekik, lavanta, okaliptüs yağını bulunduğu ortama koymak)	1	1,6
Temizlik konusunda geleneksel yaklaşımlar		
Sebze ve meyveleri sirkeli suda bekletip iyice yıkadıktan sonra pişirmek	12	18,8
Hazırlanan okutulmuş sirkeli su ile dualarla evi her gün temizlemek	4	6,25
Tuzlu su/sirkeli su ile gargara yapmak	4	6,25
Ozon gazı uygulamak	2	3,1

n*= katlanmıştır.

Katılımcıların, bilişsel davranışsal yaklaşım bağlamında yaptığı uygulamaları; katılımcıların %17,2'si rahatlatıcı müzik dinleme; %10,9'u pilates, egzersiz, yoga yapma; %4,7'si dua etme şeklinde sıralandı (**Tablo 3**).

Katılımcıların kullandığı manüplatif yaklaşımların ise; katılımcıların %23,4'ü kremlerle veya gül ya da fesleğen yağı gibi yağlarla masaj yaptırmak, %12,5'i kupa uygulamak olduğu belirlendi. Katılımcılar masajı uygulamaya nedenlerini bağışıklık sistemini güçlendirmek ve stresi azaltmak olarak açıkladılar (**Tablo 3**).

Katılımcıların kullandığı diğer geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların; katılımcıların %9,4'ünün sülük/hacamat uygulaması, %1,6'sının aromaterapi uygulaması yapmakta olduğu belirlendi (**Tablo 3**).

Katılımcıların temizlik konusundaki geleneksel yaklaşımları, %18,8'i sebze ve meyveleri sirkeli suda bekletip iyice yıkadıktan sonra pişirmek, %6,25'i hazırlanan okutulmuş sirkeli su ile dualarla evi her gün

temizlemek, %6,25'i tuzlu su/sirkeli su ile gargara yapmak, %3,1'i ozon gazı ile ev ve arabayı temizlemek şeklindedir (**Tablo 3**).

Biyolojik yaklaşımlı geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımları; katılımcılar %43,2'si bağışıklığı güçlendirmek için bitki çayı (papatya, sarı kantaron, sumak, karanfil-tarçın, biberiye, adaçayı, ekinezya, nane, kekik, yeşil çay, karabaş) tükettiklerini belirtti. Katılımcılardan %15,7'sinin yeşil sebze ve meyve (limon, acı biber gibi yiyecekler) tükettiği belirlendi. Katılımcıların %9,4'ü virüsten korunmak, bağışıklığı güçlü tutmak için öğünlerde soğan/sarımsak tükettiklerini açıkladı. Katılımcılardan %7,8'i sumağı çay ya da yemeklerde baharat olarak tükettiklerini; %7,8'i tarhana /kelle paça çorbası içtiklerini ifade etti (**Tablo 3**).

Tartışma

Dünyada(National Center for Complementary and Integrative Health)gün geçtikçe daha fazla tamamlayıcı tıp hizmetinin kullandığı bildirilirken, ülkemizde de geleneksel ve tamamlayıcı tıp sağlık hizmetinin sunumunun yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.^{8,18,19}

COVID-19 virüs riskine karşı kendilerini ve çevrelerini korumak için hemşirelik öğrencilerinin, tamamının “Ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovalayarak yıkayın.”, tamamına yakınının “Öksürme veya hapşırma sırasında ağızınızı ve burnunuzu tek kullanımlık mendille kapatın. Mendil yoksa dirsek içini kullanın.”, tamamına yakınının “Soğuk algınlığı belirtileri gösteren kişilerle aranıza en az 3, 4 adım mesafe koyun.”, tamamına yakınının “Bulduğunuz ortamları sık sık havalandırın.”, dörtte üçten fazlasının “Sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin.” en çok uyguladıkları beş kural olduğu belirlendi. Saydam (2020), virüsün bulaşını önlemede kişisel önlemleri; sosyal mesafeye dikkat etmek, hasta bireylerle yakın temasta bulunmamak, el yıkamak, öksürürken ya da hapşırırken ağız ve burnu kapatmak, evde de hijyene dikkat etmek, maske takmak şeklinde sıralamıştır.²⁰ Bu çalışmadaki COVID-19'dan korunmak için 14 önemli kuraldan, en çok uygulanan korunma yaklaşımları Saydam'ın çalışması ile paralellik göstermektedir. Katılımcıların COVID-19 riskine karşı 14 kuraldan en çok el yıkamayla uygulamasının olması ve diğer uygulamaları da yüksek oranda yapması pandemi sürecinde önerilen tedbirlerle korunma adına sevindiricidir.

Bu çalışmada, katılımcıların en yaygın kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının besin maddelerini farklı formlarda kullanılması şeklinde olduğu belirlendi. Amerika'da yetişkinlerde tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanımını belirlemeye ilişkin yapılan bir çalışmada (2012-NHIS), yetişkinlerin %17,7'sinin vitamin ve mineral dışında bir besin takviyesi kullandıkları; bitki çaylarından en çok sumak, zencefil, zerdeçal, sarı kantaron, nane, papatya, biberiye çayını tercih ettikleri ve taze sebze meyve tüketimine ağırlık verdikleri bulunmuştur.²¹

Bu çalışmada katılımcılar, özellikle enginar, acı biber, kırmızilahana ve nar tüketimini; et ürünleri yanında süt ve süt ürünlerini özellikle kefir ve yoğurt tüketimini daha çok arttırdıklarını belirtti. Sarımsak ve soğan çalışmamız katılımcıları tarafından bu dönemde özellikle öğünlerde sık tüketilen ürünler arasında yer almaktadır. Uçar ve ark. COVID-19 ve fitoterapiyi ele alan çalışmalarında, sumak ve soğan bitkisinin içeriği nedeniyle virüsün hücre içine girişine engel olduğunu, diğer yeşil sebzelerin ve C vitamini içeren meyvelerin beslenmenin temel taşı olarak kabul edildiğini belirtmiştir.¹⁴

Çalışmada limon suyu ve sirkeli suyunun COVID-19 sürecinde sıkça kullanıldığı belirlendi. Katılımcıların büyük bir kısmı bu ürünleri kullanmalarının gerekçesini bağışıklık sistemini güçlendirmek olarak açıkladı. Tıbbın kurucusu Hipokrat'ın sirkenin sağlığa faydalı olabileceğini belirttiği o günlerden beri elma sirkesinin sağlığı korumada etkili olduğu ve kullanıldığı belirtilmektedir.²²

Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19 sürecinde yetişkinlere yönelik sağlıklı beslenme önerileri arasında her gün taze ve işlenmemiş yiyecekler tüketilmesi yer almaktadır (meyveler, sebzeler, kuru baklagiller, tam tahıl ürünleri, yağlı tohumlar ve hayvansal kaynaklı besinler).²³ Sağkal ve arkadaşlarının yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların dörtte üçüne yakın kısmının tıbbi yöntemlere ek olarak fayda elde edeceğine inanması nedeniyle bitkisel terapileri ve üçte birinin beslenme terapileri kullandığı saptanmıştır.¹⁶ Göktaş ve Gıdık'ın çalışmalarında, soğuk algınlığı, üşütme ve öksürükte özellikle fitoterapinin kullanıldığını (ıhlamur, karanfil, meyan kökü, nane, papatya, zencefil); sarı kantaron yağının stres, depresyon ve endişeyi azaltmada sık kullanıldığını belirtilmiştir.²⁴ Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel/alternatif tıp yöntemlerini belirleyen bir başka çalışmada katılımcıların %37'si bitkisel ürünleri kullandıklarını belirtmiştir.¹ Ebe ve hemşirelerin premenstrual dönemde kullandıkları geleneksel yöntemleri belirleyen çalışmada ise papatya çayı tüketmek (%76,2) en sık kullanılan geleneksel yöntemdir.²⁵ Altınbaş ve İster'in sağlık yüksekokulu öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkındaki görüş, bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada sağlık problemlerini çözmek için öğrencilerin en çok kullandığı yöntemin (%65,7) bitkilerle terapi olduğu bulunmuştur.⁹ Tuncel ve arkadaşlarının çalışmada, çocuklarda sindirim ve solunum sistemi hastalıklarında ve vücut direncini arttırmada kullanılan bitkisel ürünler arasında bitki çayları, soğan, sarımsak, sirke, bal, pekmez, yoğurt, sumak yer almaktadır.²⁶

Osteoartritli hastalarda hem hastalar hem de bakım verenler tarafından semptomların yönetiminde kullanılacak tamamlayıcı ve alternatif tedavileri inceleyen derlemede masajın rahatlık sağlamak ve sağlığı geliştirmek, bitkisel tedavilerin ve vitamin desteğinin sağlığı sürdürmek ve hastalığı önlemek için kullanıldığı belirlenmiştir.²⁷ Ünal Toprak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tamamlayıcı ve alternatif tedavilerde bitkisel ürünleri kullananların oranı hemşirelerde %52,2, hastalarda %58,4, hasta yakınlarında %52,2'dir.¹⁵ Mersin Sarıkeçili Yörükleri'nde yapılan bir çalışmada soğuk algınlığında soğanın közde pişirilerek üzerine acı toz biber ekilip ve limon sıkılarak yenilmesinin, yaygın yapılan bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir.²⁸ Bu çalışmada katılımcıların bağışıklık sistemini güçlendirmek için kullandıkları bitkisel ürünler arasında çörek otu, zencefil, adaçayı, arı poleni, zerdaçal, ısırgan otu, kantaron yağı, karabaş otu, papatya, kefir ve soğanın yer aldığı saptandı.

Bu çalışmada, bilişsel davranışsal tedavi yaklaşımları arasında yer alan rahatlatıcı müzik dinleme ve fiziksel egzersizin katılımcılar arasında benimsendiği saptandı. Ayrıca bu çalışmada sınırlı sayıda katılımcı duaya ederek hastalıktan korunmaya çalıştığını belirtti. Yaşlı bireylerin kullandığı alternatif tedavileri belirleyen çalışmada katılımcıların %70,5'i dini uygulamaları, %53,9'u egzersizi, %31,3'ü tavsiye üzerine müzikterapi kullandığını belirtmiştir.¹⁶ Çay ve Günel'in sağlık profesyoneli olan ebe ve hemşirelerin premenstrual dönemde kullandıkları geleneksel yöntemleri belirleyen çalışmada katılımcıların %77,4'ü fiziksel egzersizi ve %67,7'si müzik dinlemeyi kullandığını belirtmiştir.²⁵ Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkındaki görüş, bilgi ve uygulamalarını belirlemek için yapılan bir çalışmada öğrencilerin %55,1'i gevşeme teknikleri/meditasyon/dua, %44,5'i resim/müzik/sanat-dans tedavisi, %43,1'i yoga konularını genel olarak bildiğini ve sağlık problemlerini çözmek için bu uygulamaları kullandığını ifade etmiştir.⁹ Gözübatık ve arkadaşlarının multipleskeroz hastalarının kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaları belirleyen çalışmada katılımcılar fiziksel ve ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissetmek için yoga kullandıklarını belirtmiştir.²⁹ Gebe kadınlar ile yapılan çalışmada kadınların tamamı doğuma yönelik herhangi bir geleneksel uygulama kullandığını; doğum ağrısını azaltmak için en sık - Kuran okuduklarını (%94,9) belirtmiştir.³⁰ Kanser tanısı alan kadınların kullandığı geleneksel uygulamaları belirleyen çalışmada, katılımcıların %59,5'inin namaza/duaya başladığı, %20,7'sinin kutsal su içtiği, %19,8'inin nazarlık kullanmaya başladığı, %15,5'inin türbe ziyareti yaptığı bulunmuştur.³¹

Bu çalışmada manüplatif geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımları arasında yer alan masajın katılımcılar tarafından tercih edildiği bulundu. Katılımcıların bir kısmı masaj sırasında gülyağını ve fesleğen yağını tercih ettiklerini belirtti. Ebe ve hemşirelerin premenstrual dönemde kullandıkları geleneksel uygulamaları belirleyen çalışmada masaj sıkça tercih edilen bir uygulama olarak bulunmuştur.²⁵ Sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılan çalışmada sağlık problemlerini çözmek için öğrencilerin (%55,3) bildiği ve kullandığı yöntemlerden birinin masaj olduğu bulunmuştur.⁹

Yaşlı bireylerin kullandığı alternatif tedavileri belirleyen çalışmada katılımcıların %31'i masajı kullandığını, masajı kullananların %59,8'inin fiziksel olarak rahatlattığını düşündükleri için bu yöntemi kullandığını belirtmiştir.¹⁶ Bu çalışmada manüplatif yöntemlerde masaj uygulamanın sık tercih edilen uygulama olduğunu söylemek mümkündür.

Kupa uygulaması bu çalışmadaki katılımcılar tarafından benimsenen ve uygulatılan bir başka manüplatif geleneksel ve tamamlayıcı uygulama yaklaşımıdır. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili bilgi düzey ve tutumlarının değerlendirmek için 264 katılımcı ile yapılan çalışmada en sık bilinen uygulamanın kupa uygulaması olduğu (n=206), saptanmıştır.³² Bu çalışmada kupa uygulamasının tercih edilen manüplatif yöntem uygulaması olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada temizlik konusunda geleneksel yaklaşımlardan çok sınırlı katılımcının ev ve araba dezenfeksiyonu için ozon gazı kullandığı belirlendi. Ozon, güçlü bir antimikrobiyel ajan olarak günümüzde COVID-19 salgınında değerlendirilmektedir. Yüksek reaktivite ve geniş etki spektrumuna sahip olması ve kendiliğinden parçalanarak ortamda zararlı bileşik bırakmaması, ozonun güvenilir bir şekilde kullanımına olanak sağlamaktadır.³³ Antimikrobiyel etkiye sahip olan ozonun virüsler üzerinde de etkili olduğu belirtilmektedir. Ozon, çeşitli yüzeylerin, ambalaj materyallerinin, meyve, sebze ve suların dezenfeksiyonu amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. COVID-19'a karşı alması gereken önlemler ve işletmelerde bu salgının önlenmesi amacıyla kullanılacak dezenfektanlar detaylı olarak tartışılmıştır.³⁴ Bu çalışmada temizlikte ozon gazı ile temizlikte tercih edilmediği, ozon gazı ile yapılan dezenfeksiyon işleminin yaygın olmadığı sonucu çıkarılabilir.

Bu çalışmadaki katılımcıların çok az bir kısmının (n=6) aromaterapi, sadece birinin sülük/hacamat uygulaması kullandığı belirlendi. Sağkal ve arkadaşlarının yaşlı bireylerin kullandığı alternatif tedavileri belirleyen çalışmasında aromaterapi kullananların oranı dörtte bire yakın olup katılımcılar akrabalarının önerisiyle bu uygulamayı tercih ettiklerini belirtmiştir.¹⁶ Bu sonuç çalışmamız bulgularından çok daha yüksektir. Oral ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezine başvuranların kullandığı geleneksel/alternatif tıp yöntemleri belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada katılımcıların %6,4'ü sülük tedavisini kullandığını belirtmiştir.¹ Bu çalışmada sülük uygulamasını yaptıran katılımcı oranı çalışmamızdaki sülük uygulamasını yaptıranlardan daha yüksek bulunmuştur. COVID-19'de korunmak ve immün sistemi destekleme amacıyla aromaterapi uygulamasının önemsendiği, sülük/hacamat uygulamasının sık yapılmadığı söylenebilir.

COVID-19 pandemi sürecinde bilimsel otoriteler tarafından besin, kişisel ve yaşanılan ortamın temizliğinin önemi sıkça vurgulanmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızda katılımcıların temizlik konusunda da geleneksel bir takım uygulamalar yaptıkları saptanmıştır. Ev temizliği konusunda katılımcıların sirkeli su ile evi temizledikleri ve bu işlemi yaparken dua okudukları saptanmıştır. Katılımcıların beşte birine yakını besin temizliğinde sebze ve meyveleri sirkeli suda bekletip iyice yıkadıktan sonra pişirdiklerini belirtmiştir. Katılımcılar arasında kişisel bakımda öne çıkan uygulama ise sirkeli su ile ağız gargarası yapmaktır. Sirkelin içeriğindeki organik asitler, amino asitler, fenolik ve melanoidinler gibi biyoaktif bileşiklerin antimikrobiyel, antioksidan, antienfeksiyon, kardiyovasküler, antitümör, antidiyabetik, antikarsinojenik etkilerinin olduğu

ve çeşitli sağlık uygulamalarında kullanıldığı bildirilmektedir.³⁵ Sirkenin antimikrobiyel etkileri ile COVID-19 korunmak amacıyla uygulamaların yapılması bilimsel olarak da desteklenmektedir.

Sonuç

Öğrencilerin tamamının COVID-19'dan korunmak için belirlenen 14 kuraldan en çok "ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovalayarak yıkayın"ı uyguladıkları ve diğer kuralları da yüksek oranda uyguladıklarını söylemek mümkündür. COVID-19 sürecinde katılımcıların tamamının en az bir uygulama yöntemiyle bitkilerle birlikte doğal beslenmeyi tercih ettikleri, öncelikle de bitki çayları ile bağışıklık sistemini destekleyici uygulamalar kullandıkları söylenebilir. Bitkilerde özellikle C vitamini içerikli meyve ve sebzelere ağırlık verildiği belirlendi. COVID-19 korunmak için ikinci sırada masaj, üçüncü sırada rahatlatıcı müzik dinlemeyi kullandıkları belirlenirken, temizliği sağlamak için daha çok sirkeli su ile birlikte ritüeller uyguladıkları saptandı.

Bu çalışmanın sonucunda, hemşirelik öğrencileri ve hemşireler üzerinde COVID-19'dan korunmaya yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını belirlemeye yönelik yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

Bilgi

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Mersin Üniversitesi öğrencilerine teşekkür ederiz.

Etik Onay

Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 08.07.2020, Karar no: 2020/492)

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Meryem Türkan Işık: Fikir/kavram, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Rana Can: : Analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Oral B, ark. Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Geleneksel/Alternatif Tıpla İlgili Görüşleri ve Kullanım Durumu. TAF Prev Med Bull 2016; 15(2):75-82.
2. Işık MT, ark. Mersin'de Bir Kadın Sınığının Uygulamaları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2018; 8(3):274-281.
3. Solmaz T, Altay B. Üniversite Öğrencilerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. PamMed J 2019; 12:387-393.
4. Aktaş B. Hemşirelik Öğrencilerinin Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları. JAREN 2017;3(2):55-59.
5. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. WHO, 2000. Availablefrom: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM.
6. Şahin S. Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp Uygulamalarına Genel Bir Bakış. Türk Aile Hek Derg 2017;21(4):159-162.
7. World Health Organization. *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization, 2019.
8. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2014). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Sayı: 29158. 27 Ekim 2014, Availablefrom: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
9. Altınbaş Y, İster ED. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler Hakkındaki Görüş, Bilgi ve Uygulamaları. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi 2019; 2(1):47-60.
10. Demiray EKD, Çeviker SA. Aşı ve Toplumsal Korunma. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research 2020;4:37-44.
11. Türken M, Köse Ş. COVID-19 Bulaş Yolları ve Önleme. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2020;30 (Ek sayı):36-42 doi:10.5222/terh.2020.02693.
12. Çiftçi E, Çoksüer F. Yeni Koronavirüs İnfeksiyonu: COVID-19. Flora 2020;25(1):9-18.
13. Heper Y. Covid-19 Genel Bakış. Heper C, editör. Bursa Tabip Odası Sürekli Tıp Eğitimi Pandemi Kitabı: Multidisipliner COVID-19. Bursa: Bursa Tabip Odası Yayınları; 2020. s:67-80.
14. Uçar D ve ark. Coronavirus ve Fitoterapi. Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi 2020;1(2):49-57.

15. Ünal Toprak F, Uysal N, Şentürk Erenel A, Kutlutürkan S. Onkoloji Hemşireleri, Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Yöntemlerine İlişkin Uygulama ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Gazi Medical Journal* 2019;(30):258-262.
16. Sağkal T ve ark. Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. *F.Ü. Med.J.Health.Sci* 2013;27(1):19-26.
17. Koronavirüs Riskine Karşı 14 Kural. Erişim: https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37663/0/covid-afis50x70pdf.pdf?_tag1=9D07F.
18. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? 2018; Erişim: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.
19. Kaur J, et al. Patient satisfaction on the utilization of traditional and complementary medicine services at public hospitals in Malaysia. *Complementary Therapies in Medicine* 2019;42:422-428.
20. Saydam N. COVID-19 Enfeksiyonunda Epidemiyoloji ve Korunma. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;1:1-7.
21. Falci L, Shi Z, Greenlee H. Multiple chronic conditions and use of complementary and alternative medicine among us adults: Results from the 2012 national health interview survey. *Prev Chronic Dis* 2016;13:1-13.
22. Gökırmaklı Ç, Budak HN, Güzel-Seydim ZB. Sirkenin Sağlık Üzerine Etkileri. *The Journal of Food* 2019;(6):44.
23. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Nutrition for adults during COVID-19 (WHO). Available from: <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/campaigns/nutrition-for-adults-during-covid-19.html>.
24. Göktaş Ö, Gıdık B. Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanım Alanları. *Bayburt Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi* 2019;2(1):145-151.
25. Çay T, Günel Emül T. Ebe ve Hemşirelerin Premenstrüel Sendromda Kullanılan Tamamlayıcı ve Bütünleşik Uygulamalara İlişkin Görüşleri. *J Tradit Complem Med* 2020;3(1):11-7.
26. Tuncel T ve ark. Kronik Hastalığı Olmayan Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Türk Pediatri Arşivi* 2014;49(2):148-153.
27. Çalık A, Kapucu S. Diz Osteoartritli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *HUHEMFAD-JOHUFON* 2019; 6(1):50-58.
28. Işık M T, Can D. Mersin Sarıkeçili Yörükleri'nde Halk Hekimliği Uygulamalarında Kadının Yeri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi-Özel Konular* 2019;5(3): 21-31.
29. Gözübatık Çelik RG ve ark. Multiple Skleroz Hastalarında Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavilerin Kullanım Sıklığı. *Turk J Neuro* 2019;25:153-158.
30. Timur Taşhan S, Boybay Koyuncu S. Kadınların Doğuma Yönelik Kullandıkları Geleneksel Yöntemler ve Etkileyen Faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018;9(2):150-155.
31. Duman M, Doğan Yüksekol Ö, Durgun Ozan Y. Jinekolojik Kanserli Türk Kadınlarının Dini ve Geleneksel Uygulamaları. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2018;15(4):164-167.
32. İlhan AO, Sirekbasan S, Tan TG. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile İlgili Bilgi Düzey ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal* 2019;19(4):736-744.
33. Wang H, et al. Differential removal of human pathogenic viruses from sewage by conventional and ozone treatments. *Int J Hyg Environ Health* 2018;221(3):479-488. doi: 10.1016/j.ijheh.2018.01.012.
34. Lake R, et al. Potential for foodborne transmission of COVID-19: Literature review update. 2020. <https://www.unitedfresh.co.nz/assets/COVID19/NZFSSRC---Potential-for-FoodborneTransmission-of-COVID-19---Lit-ReviewUpdate---6-April-2020.pdf> (Accessed 1 May 2020).
35. Yücel Şengün İ, Kılıç G. Farklı sirke çeşitlerinin mikroflorası, biyoaktif bileşenleri ve sağlık üzerine etkileri. *Akademik Gıda* 2019;17(1):89-101.

Ebelik Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Yaşama Sıklığı ile Algıladıkları Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*

Determining the Relationship Between Midwifery Students' Frequency of Experiencing Premenstrual Syndrome and Perceived Stress Level

Ayseren Çevikⁱ, Sultan Alanⁱⁱ

ⁱ Bilim Uzmanı, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-9648-1667>

ⁱⁱ Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-5403-3778>

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, ebelik öğrencilerinin premenstrual sendrom yaşama sıklığı ile algıladıkları stres düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, 17-21 Şubat 2020 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören 151 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 20 soruluk tanıtıcı bilgi formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği ile toplanmıştır. Veri analizinde, SPSS 22 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan ebelik öğrencilerinin %76,2'sinin PMS yaşadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin en sık yaşadığı semptom depresif semptomlar olurken, en seyrek yaşadığı semptom ise ağrı semptomları olmuştur. Öğrencilerin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamasının $34,19 \pm 5,87$ olduğu belirlenmiştir. Premenstrual sendrom yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, premenstrual sendrom yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Ebelik öğrencilerinin premenstrual sendrom yaşama sıklığı arttıkça algıladıkları stres düzeyleri artmaktadır. Öğrencilerin bu dönem daha rahat geçirebilmesi için; duş alma, sıcak uygulama, zihni rahatlatıcı teknikler, sosyal destek ve aktivite, dinlenme, sağlıklı beslenme, egzersiz vb. gibi uygulamalar önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Premenstrual sendrom, stres, menstrual siklus

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the relationship between the frequency of midwifery students experiencing premenstrual syndrome and the level of stress they perceive.

Material and Methods: The study was conducted with 151 students studying in 2nd, 3rd and 4th grade at Cukurova University, Faculty of Health Sciences, Midwifery Department between 17-21 February 2020. The data were collected by introductory information form that had 20 questions prepared by the researchers in line with the literature, Premenstrual Syndrome Scale and Perceived Stress Scale. SPSS 22 package program was used in data analysis.

Results: There was a statistically significant difference between health belief model scale, self efficacy scale and decision making scale mean scores according to before and after education ($p=0.001$). There was a moderately significant positive correlation between self-efficacy and decision making scales and between health belief model and self-efficacy scales ($r=0.638$ $p=0.001$).

Conclusion and Suggestions: As the frequency of midwifery students experiencing premenstrual syndrome increases, as their perceived stress levels increase. In order for the students to pass this term more comfortably; showering, hot application, mental relaxation techniques, social support and activity, rest, healthy diet, exercise, etc. applications such as are recommended.

KeyWords: Premenstrual syndrome, stress, menstrual cycle

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11(1): 104-113

DOI: 10.31020/mutfd.781048

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 15 Ağustos 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 14 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: Ayseren Çevik <ayseren01.cevik@gmail.com>

Etik Onay: Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan (14.02.2020 tarihli 53 numaralı karar)

Giriş

Premenstrual sendrom (PMS), menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkan semptomlar ile karakterize olan ve kadının yaşam kalitesini, sosyal ilişkilerini etkileyen önemli bir durumdur. Genellikle, genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, PMS görülme sıklığı %5 ile %79 arasında değişmektedir.¹⁻⁷ PMS üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla üniversite öğrenciler ile yapılmıştır.^{2,6,7} Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde PMS prevalansının; Çin'de %33,82, Etiyopya'da %37, Tayvan'da %39,9, İran'da %39,4-56,9, Mısır'da %65, %72,1, Türkiye'de %91,8, Japonya'da %79, Pakistan'da %80, Güney Kore'de %89,5 ve Ürdün'de %80,2-92,3 olduğu bildirilmektedir.⁸⁻²¹ Menstrual döngü boyunca özellikle luteal fazda, hormon düzeylerinde meydana gelen değişiklikler, stresörlere verilen yanıtta artışa neden olabilmektedir. Bunun sonucunda, kadınların strese duyarlılığı artmakta, olumsuz duygular ve ruh hali yaşama sıklığı artış göstermektedir. Stres düzeyindeki bu artış da PMS'yi artırmaktadır.^{22,23,28} Premenstrual semptomlar; iştah ve uyku değişimleri, anksiyete, yorgunluk, şişkinlik, sinirlilik, artan duygusal düşünceler, ağrı ve depresif semptomlar şeklinde kendini gösterebilmektedir.² Yaşanan bu semptomlar kadının günlük yaşam aktivitelerini, kişilerarası ilişkilerini, iş ve akademik başarısını da önemli derecede etkilemektedir.^{2,4-7}

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, ebelik öğrencilerinin premenstrual sendrom yaşama sıklığı ile algıladıkları stres düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Hipotezleri

H₀: PMS yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasında ilişki yoktur.

H₁: PMS yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasında ilişki vardır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, 17-21 Şubat 2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Ebelik bölümü 2, 3 ve 4. sınıf öğrencileri çalışmaya dahil edilmiştir. Birinci sınıf öğrencileri, bölüme henüz yeni adapte olmaya başlamasından dolayı çalışmaya alınmamıştır. Araştırmanın evreni, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde öğrenim gören 2.sınıftan 88, 3.sınıftan 89 ve 4.sınıftan 86 öğrenci olmak üzere toplamda 263 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde, evrenin belli olduğu durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak örneklem hesaplanmış ve örneklem sayısı 138 olarak belirlenmiş ve 151 öğrenci ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

$$n = N \cdot t \cdot p \cdot q / d \cdot d \cdot (N-1) + t \cdot t \cdot p \cdot q$$

$$n = 263 \cdot 1,96 \cdot 1,96 \cdot 0,25 \cdot 0,75 / 0,05 \cdot 0,05 \cdot (263-1) + 1,96 \cdot 1,96 \cdot 0,25 \cdot 0,75$$

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Ebelik Bölümü 2., 3. ve 4.sınıf öğrencisi olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Ebelik Bölümü 1.sınıf öğrencisi olmak (2., 3. ve 4. Sınıf öğrencilerinin PMS ile ilgili belli bir bilgi birikimine sahip olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, eşitsizlik yaratmamak amacıyla birinci sınıflar çalışmadan dışlanmıştır).

Uygulama: Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin aydınlatılmış onamları alınmış ve sonrasında, veri toplama formu doldurulmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formu; Premenstrual Sendrom Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve tanıtıcı özellikleri sorgulamaya yönelik 20 sorudan oluşmaktadır.

Tanıtıcı Özellik Formu: Literatür doğrultusunda hazırlanan bu form, demografik bilgileri (yaş, medeni durum, BKİ vb.) sorgulamaya yönelik 6; beslenme düzeni, sağlık ve menstrual siklus bilgilerini sorgulamaya yönelik 14 sorudan oluşmaktadır.¹⁻¹³

Premenstrual Sendrom Ölçeği: Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen 5'li likert tipi ölçek, 9 alt boyuttan oluşmaktadır. 1-7. maddeler depresif duygudurum, 8-11. maddeler anksiyete, 12,14,17,18,25,37. maddeler yorgunluk, 19-23. maddeler sinirlilik, 31-33. maddeler ağrı, 34-36. maddeler iştah değişimi, 38-40. maddeler uyku değişimi, 41-43. maddeler şişkinlik, 24,26-30,44. maddeler duygusal düşünceleri içeren alt boyutlarını ifade etmektedir. Ters puanlama yapılmayan ölçekten elde edilecek maksimum toplam puan 220'dir. 111 ve üzerinde skor, premenstrual sendrom varlığını işaret etmektedir.^{1,29}

Algılanan Stres Ölçeği: Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen, Eskin ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan 5'li likert tipi ölçek, 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 4,5,6,7,9,10,13. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 56'dir. Ölçek toplam puanı arttıkça algılanan stres düzeyi artmaktadır.³

Verilerin Analizi

Veri analizinde IBM SPSS 22 (Statistical Programme for Social Science) paket programı kullanılmıştır.³⁰ Verilerin analizinde; Frekans, Korelasyon ve Regresyon, Ki-kare, Independent T-test, One-way ANOVA testleri kullanılmış ve anlamlılık değeri olarak $p \leq 0.05$ alınmıştır.

Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yürütülmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve kurulun 14.02.2020 tarihli 96 sayılı toplantısında alınan 53 numaralı kararla araştırma etiği yönünden uygun bulunmuştur.

Bulgular

Öğrencilerin %37,7'si ikinci sınıf, %97,9'u bekar olduğu ve %51,7'si aile evinde yaşadığı, %69,5'inin normal kiloda olduğu, %35,8'inin egzersiz yapmadığı, %58,3'ünün ise egzersiz olarak yürüyüş yaptığı, %13,9'unun sigara kullandığı, %96,7'sinin cinsel olarak aktif olmadığı, %17,2'sinin düzensiz menstrual siklusun olduğu, %3,3'ünün jinekolojik hastalığı (polikistik over sendromu, vajinal enfeksiyon vb.) olduğu, %4,6'sinin kombine oral kontraseptif kullandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının sorgulanması sonucunda; %75,5'inin paketli gıdaları, %76,2'inin fast-food besinleri, %92,1'inin un, yağ ve şekerden zengin besinleri sıklıkla tükettiği belirlenmiştir (**Tablo 1**). Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının $20,89 \pm 1,36$, menarş yaş ortalamasının $12,93 \pm 1,60$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n=151)

Sınıf	n (%)
2.Sınıf	37,7 (57)
3.Sınıf	26,5 (40)
4.Sınıf	35,8 (54)
Medeni durum	
Bekar	97,9 (147)
Evli	2,1 (4)
Kalınan yer	
Öğrenci yurdu	37,7 (57)
Öğrenci evi	10,6 (16)
Aile evi	51,7 (78)
Et, tavuk, balık, yumurta vb. ile beslenme sıklığı	
Seyrek	9,9 (15)
Sık	90,1 (136)
Süt ve süt ürünleri ile beslenme sıklığı	
Seyrek	16,6 (25)
Sık	83,4 (126)
Taze sebze ve meyve ile beslenme sıklığı	
Seyrek	15,2 (23)
Sık	84,8 (128)
Paketli hazır gıdalar (cips, bisküvi vb.) ile beslenme sıklığı	
Seyrek	24,5 (37)
Sık	75,5 (114)
Fast-food (hamburger, pizza vb.) ile beslenme sıklığı	
Seyrek	23,8 (36)
Sık	76,2 (115)
Un, yağ ve şekerden zengin besinler ile beslenme sıklığı	
Seyrek	7,9 (12)
Sık	92,1 (139)
Kuruyemişler ile beslenme sıklığı	
Seyrek	18,5 (28)
Sık	81,5 (123)
Egzersiz yapma durumu	
Egzersiz yapmama	35,8 (54)
Yürüyüş	58,3 (88)
Gevşeme egzersizleri, meditasyon, yoga vb.	5,9 (9)
Menstruasyon düzeni	
Düzenli siklus	82,8 (125)
Düzensiz siklus	17,2 (26)
Kombine oral kontraseptif kullanımı	
Evet	4,6 (7)
Hayır	95,4 (144)

Öğrencilerin, %76,2'si PMS yaşamaktadır. PMS semptom ortalaması $137,37 \pm 39,07$ 'dir. Ölçeğin alt boyut ortalamaları değerlendirildiğinde; depresif semptomlar ortalamasının $23,05 \pm 6,87$, anksiyete semptomlar ortalamasının $18,99 \pm 7,02$, yorgunluk semptomları ortalamasının $20,28 \pm 6,27$, sinirlilik semptomlar ortalamasının $15,91 \pm 5,63$, duygusal düşünceler semptomlar ortalamasının $20,23 \pm 7,76$, ağrı semptomlar ortalamasının $9,66 \pm 3,56$, iştah değişimleri semptomlar ortalamasının $10,17 \pm 3,52$, şişkinlik semptomlar ortalamasının $9,88 \pm 3,74$, uyku değişimleri semptomlar ortalamasının $9,26 \pm 3,58$ olduğu belirlenmiştir (**Tablo 2**). Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamasının ise $34,19 \pm 5,87$ olduğu tespit edilmiştir.

Premenstrual dönemde yaşanan semptomları önlemek veya hafifletmek için yapılan uygulamalar değerlendirildiğinde; öğrencilerin %60,3'ünün duş aldığı, %41,7'sinin yürüyüş yaptığı, %64,9'unun sıcak uygulama yaptığı, %1,3'ünün yüzdüğü, %11,9'unun egzersiz yaptığı, %2'sinin meditasyon ve yoga yaptığı, %5,3'ünün sanatsal aktiviteler ile uğraştığı, %15,2'sinin sosyal destek aldığı, %29,8'inin farmakolojik ajana başvurduğu, %11,9'unun uyuma ve dinlenmeyi tercih ettiği belirlenmiştir.

Tablo 2. Premenstrual Sendrom Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamaları ve PMS durumu

Premenstrual Sendrom Ölçek Alt Boyutları	Ort±SD	Min	Max
Depresif duygulanım	23,05±6,87	7,0	35,0
Anksiyete	18,99±7,02	7,0	35,0
Yorgunluk	20,28±6,27	6,0	30,0
Sinirlilik	15,91±5,63	5,0	25,0
Duygusal düşünceler	20,23±7,76	7,0	35,0
Ağrı	9,66±3,56	3,0	15,0
İştah değişimi	10,17±3,52	3,0	15,0
Uyku değişimi	9,26±3,58	3,0	15,0
Şişkinlik	9,88±3,74	3,0	15,0
Toplam	137,37±39,07	50,0	220,0

PMS Durumu	n(%)
Var	115 (76,2)
Yok	36 (23,8)

Öğrencilerin menstrual siklus düzenine göre yaşadıkları premenstrual semptomlar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,001$). Menstrual siklusu düzensiz olanların, premenstrual semptom yaşama sıklığı daha fazladır. Menstrual siklus düzenine göre algılanan stres düzeyi ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,275$) (**Tablo 3**).

Öğrencilerin oral kontraseptif kullanma durumuna göre yaşadıkları premenstrual semptomlar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,020$). Oral kontraseptif kullananların, premenstrual semptom yaşama sıklığı daha fazladır. Oral kontraseptif kullanma durumuna göre algılanan stres düzeyi ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,387$) (**Tablo 3**). Egzersiz yapan ve yapmayan grup arasında premenstrual sendrom ve algılanan stres düzeyi puan ortalaması birbirine benzerdir ($p= 0,165, 0,892$). Sağlıklı ve sağlıklı olmayan beslenme düzenine sahip iki grup arasında premenstrual sendrom ve algılanan stres düzeyi puan ortalaması birbirine benzerdir ($p= 0,461, 0,144$) (**Tablo 3**).

Tablo 3. Menstrual Siklus Düzeni, Kombine Oral Kontraseptif Kullanımı, Egzersiz Yapma Durumuna Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları

Menstrual Siklus Düzenine Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)				
	Düzenli (n=125)	Düzensiz (n=26)	P	T
	Ort±SD	Ort±SD		
Premenstrual Sendrom Ölçeği	133,56±40,26	155,65±26,38	0,001	-3,503
Algılanan Stres Ölçeği	33,96±6,14	35,34±4,27	0,275	-1,095

Kombine Oral Kontraseptif Kullanım Durumuna Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)				
	Evet (n=7)	Hayır (n=144)	P	T
	Ort±SD	Ort±SD		
Premenstrual Sendrom Ölçeği	170,85±20,89	135,74±39,05	0,020	2,357
Algılanan Stres Ölçeği	34,85±1,57	34,16±6,00	0,387	0,888

Egzersiz Yapma Durumuna Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)				
	Evet (n=54)	Hayır (n=97)	P	T
	Ort±SD	Ort±SD		
Premenstrual Sendrom Ölçeği	131,44±38,76	140,67±39,05	0,165	-1,395
Algılanan Stres Ölçeği	34,11±5,46	34,24±6,12	0,892	-0,136

*Independent T-test

Devam edilen sınıf ve kalınan yere göre premenstrual sendrom ve algılanan stres düzeyi puan ortalaması birbirine benzerdir ($p= 0,386$ $F=0,957$, $p=0,282$ $F=1,275$; $p= 0,987$ $F=0,013$, $p=0,828$ $F=0,189$) (**Tablo 4**). Sigara içme durumu ve beslenme düzenine göre premenstrual sendrom ve algılanan stres düzeyi puan ortalaması birbirine benzerdir ($p=0,070$, $0,285$; $p=0,111$, $0,122$). Beden kitle indeksine göre algılanan stres düzeyi puan ortalamaları birbirine benzerdir ($p=0,555$; $F=0,592$). Beden kitle indeksine göre premenstrual sendrom puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,007$; $F=5,114$). Fazla kilolu olanların premenstrual sendrom yaşama sıklığı daha fazladır (**Tablo 4**).

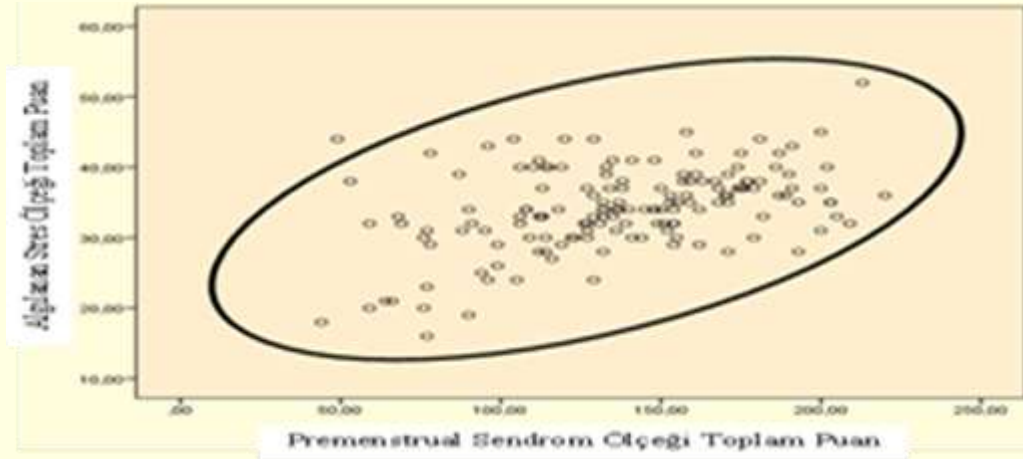
PMS yaşama durumuna göre sosyal ve akademik hayatın etkilenme durumu incelendiğinde, iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$; $p=0,001$) (**Tablo 5**). PMS yaşayan öğrencilerin sosyal ve akademik hayatları olumsuz yönde etkilenmektedir (**Tablo 5**).

PMS yaşayan ve yaşamayan öğrencilerin algıladıkları stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,001$). PMS yaşayan öğrencilerin, algıladıkları stres düzeyleri daha yüksektir (**Tablo 5**). Yapılan korelasyon analizi sonucunda, öğrencilerin PMS yaşama sıklığı ile algıladıkları stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,434$; $p<0,001$). Öğrencilerin premenstrual semptomları arttıkça, algıladıkları stres düzeyi artmaktadır (Şekil 1). Premenstrual dönemde depresif semptomlar yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda; depresif, anksiyete ve sinirlilik semptomları yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). Depresif, anksiyete ve sinirlilik semptomları yaşama sıklığı arttıkça, algılanan stres düzeyi artmaktadır.

Tablo 4. Devam Edilen Sınıf, Kalınan Yer ve BKİ'ye Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)
Devam edilen Sınıfa Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)

	Devam Edilen Sınıf			F	P
	2.Sınıf Ort±SD	3.Sınıf Ort±SD	4.Sınıf Ort±SD		
Premenstrual Sendrom Puanı	142,52±38,50	136,90±40,02	132,27±38,98	0,957	0,386
Algılanan Stres Puanı	35,10±5,82	33,22±5,15	33,96±6,38	1,275	0,282
Kalınan Yere Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)					
	Kalınan yer			F	p
	Öğrenci yurdu Ort±SD	Öğrenci evi Ort±SD	Aile evi Ort±SD		
Premenstrual Sendrom Puanı	136,71±41,14	137,56±35,26	137,80±38,73	0,013	0,987
Algılanan Stres Puanı	33,82±5,79	34,56±4,95	34,39±6,15	0,189	0,828
BKİ'ye Göre Premenstrual Sendrom ve Algılanan Stres Ölçek Puan Ortalamaları (n=151)					
	Zayıf Ort±SD	Normal kilolu Ort±SD	Hafif şişman Ort±SD	F	p
	Premenstrual Sendrom Puanı	126,73±42,85	140,44±36,07		
Algılanan Stres Puanı	33,40±7,11	34,57±5,30	33,33±4,72	0,654	0,522

*One-Way ANOVA



Şekil 1. Premenstrual Sendrom Yaşama Sıklığına ile Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 5. Premenstrual Sendrom Yaşama Durumuna Göre Algılanan Stres Düzeyi, Sosyal ve Akademik Hayat Üzerine Etkisi

Premenstrual Sendrom Yaşama Durumuna Göre Algılanan Stres Düzeyi (n=151)				
	PMS (+) (n=115)	PMS (-) (n=36)	p	t*
	Ort±SD	Ort±SD		
Algılanan Stres Ölçeği	35,39±4,56	30,38±7,77	0,001	-3,667
Premenstrual Sendrom Yaşama Durumuna Göre Sosyal ve Akademik Hayatın Etkilenmesi (n=151)				
	PMS (+) (n=115)	PMS (-) (n=36)	p	χ ²
	n(%)	n(%)		
Sosyal hayata etkisi				
Var	102 (88,7)	20 (29,1)	<0,001	19,406
Yok	13 (11,3)	16 (44,4)		
Akademik hayata etkisi				
Var	89 (80,7)	17 (47,2)	0,001	11,928
Yok	26 (22,6)	19 (52,8)		

*Independent T-test

Tartışma

PMS, sıklıkla gençlerde yaşanan ve yaşam kalitesini etkileyebilen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Premenstrual dönemde yaşanan hormonal değişimler premenstrual semptomları beraberinde getirebilmektedir. Bu hormonal değişim; kadınların strese duyarlılık, olumsuz ruh hali ve duygular riskini artırabilmektedir.^{2,6,22,23}

Aba ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan kadınların çoğunun PMS yaşadığı, en fazla yaşanan semptomun depresif semptomlar, en az yaşanan semptomların ise ağrı semptomları olduğu, menstrual siklusu düzensiz olan kadınların daha fazla PMS yaşadığı bildirilmektedir.²⁴ Tarı Selçuk ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada, premenstrual dönemde en fazla yaşanan semptomların iştah değişimi ve en seyrek yaşanan semptomların depresif duygulanım semptomları olduğu ifade edilmektedir.³¹ Bizim çalışmamızda ise, öğrencilerin çoğu (%76,2) PMS yaşamaktadır. Düzensiz menstrual siklusa sahip öğrencilerin, diğerlerine kıyasla daha fazla PMS yaşadığı tespit edilmiştir. PMS semptomlarından en fazla depresif semptomların, en seyrek ise ağrı semptomların yaşandığı belirlenmiştir.

Kısa ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada, katılımcıların yaşadıkları dismenoreyi azaltmak için sırasıyla analjezik kullanma, dinlenme, sıcak uygulama gibi yöntemleri tercih ettikleri ifade edilmektedir.²⁵ Bizim çalışmamızda ise öğrenciler, PMS ile baş etmek için sırasıyla sıcak uygulama, duş alma, yürüyüş yapma, analjezik kullanma, sosyal destek, egzersiz, dinlenme gibi yöntemler kullanmıştır.

Liu ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada; PMS yaşayan kadınların, semptomu olmayanlara kıyasla daha fazla negatif etkilendiği bildirilmektedir. Stres durumunda, PMS'li kadının alfa aktivitesi daha yüksektir. Stres reaktivitesi ve duygusal durum farklılıkları da menstrual siklus ile ilişkilidir.²² Bizim çalışmamızda, PMS yaşayan öğrencilerin algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Hashim ve arkadaşlarının 2019 yılında ve Shehadeh ve Mansour'un 2016 yılında yaptıkları çalışmada, PMS'nin üniversite öğrencilerinin yaşam kaliteleri ve akademik performanslarının olumsuz yönde etkilendiği ifade edilmektedir.^{6,26} Bizim çalışmamızda da PMS yaşayan öğrencilerin sosyal ve akademik hayatlarının negatif yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Aba ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada, PMS yaşama sıklığının; öğrenime devam edilen sınıf, yaşanılan yer, egzersiz yapma durumuna göre farklılık göstermediği ifade edilmektedir.²⁴ Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Hashim ve arkadaşlarının 2019 yılında PMS semptomlarına yönelik yaptıkları çalışmada, sigara kullanımının, fizyolojik ve davranışsal semptomları artırdığı; yüksek kalorili gıdaları sık tüketmenin ise fiziksel semptomları artırdığı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda ise, öğrencilerin sigara içme durumu ve beslenme düzenine göre premenstrual semptom yaşama durumları birbirine benzer bulunmuştur. Çalışmadaki öğrenciler, genellikle yüksek kalorili hazır besinleri tercih etmekte ve büyük çoğunluğu PMS yaşamaktadır. Beslenme düzenine göre farklılık olmamasının sebebi, bu durum ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Hashim ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada, BKİ'ye göre PMS yaşama durumunun farklılık göstermediği bildirilmektedir.⁶ Bizim çalışmamızda ise, BKİ'ye göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Fazla kilolu olanların premenstrual sendrom yaşama sıklığı daha fazladır.

Akoku ve arkadaşlarının 2020 yılında öğrencilerle yaptığı çalışmada, oral kontraseptif kullananların, PMS semptomları gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir.³² Bizim çalışmamızda da oral kontraseptif kullanan öğrencilerin, premenstrual semptom yaşama sıklığı daha fazladır. Çalışmamızdaki öğrencilerin sadece küçük bir grubu (%4,6) ve çoğunlukla menstrual siklus düzensizlikleri için oral kontraseptif kullanmaktadır. Ayrıca oral kontraseptif kullanan ve kullanmayan grup arasında oldukça büyük bir fark olduğu için bu şekilde genel bir yargıda bulunmak pek doğru bir yaklaşım değildir. Doğru bir yargıya ulaşabilmek için kontraseptif kullanım nedeni ve kişi sayısı bakımından benzer grupların karşılaştırılması daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

Lustyk ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada, şiddetli PMS semptomları yaşayan kadınların, diğerlerine kıyasla daha fazla stres yaşadığı ifade edilmektedir.²⁷ Bizim çalışmamızda da PMS semptomları yaşayan öğrencilerin, algıladıkları stres düzeyleri daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler

Bizim çalışmamızda, ebelik öğrencilerinin büyük bir kısmının PMS yaşadığı ve algıladıkları stres düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Elde edilen veriler, çalışmamızın hipotezlerini doğrulamıştır. Premenstrual sendrom yaşama sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin PMS yaşama sıklığı arttıkça algıladıkları stres düzeyi artmaktadır.

Bu çalışma ebelik öğrencileri ile yapılmıştır. Bu nedenle öğrenim hayatları süresince aldıkları mesleki eğitim sayesinde PMS yaşama ve baş etme becerileri bakımından daha farklı sonuçların elde edilmesi yönünde bir beklentimiz vardı. Ancak alınan bu genel mesleki eğitim öğrencilerin baş etme süreçlerine katkıda bulunmamıştır. Öğrencilerin çoğunluğu düzensiz ve fast-food beslenmekte, egzersiz yapmamakta ve zihni

rahatlatıcı yöntemleri kullanmamaktadır. Bu bakımdan, okudukları bölüme bakılmaksızın tüm üniversite öğrencilerine, alanında uzman kişiler tarafından PMS ile baş etme stratejilerine ilişkin eğitimlerin yapılması faydalı olacaktır. Bu dönemi daha rahat geçirebilmek için; duş alma, sıcak uygulama, zihni rahatlatıcı teknikler, sosyal destek ve aktivite, dinlenme, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve gevşeme teknikleri vb. gibi uygulamaların yapılması önerilmektedir. Bu dönemin geçici ve fizyolojik bir süreç olduğuna dair farkındalık bilinci oluşturulmalıdır. Yapılan bu uygulamalar sonucunda, öğrencilerin premenstrual dönemi daha rahat geçirebilecekleri öngörülmektedir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik Onay

Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan (14.02.2020 tarihli 53 numaralı karar).

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Ayseren Çevik: Fikir/kavram, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Sultan Alan: Fikir/kavram, tasarım, denetleme/danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Gencdogan B. Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek [A New Scale for Premenstrual Syndrome]. Türkiye'de Psikiyatri 2006;8:81-7.
2. Çatakoğlu H. 25 yaş üstü kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2016.
3. Eskin M, ve ark. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. In New/Yeni Symposium Journal 2013;51(3):132-140.
4. Demir B, Algül LY, Güven ES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006; 3(4):262-70.
5. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(3):215-22.
6. Hashim M et al. Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: a cross-sectional study from Sharjah, UAE. Nutrients 2019;11:1939.
7. Güler ÖT ve ark. Validation of Turkish version of premenstrual symptoms impact survey™(PMSIS™) for assessing status of premenstrual syndrome in women of reproductive age. Anatolian Journal of Psychiatry 2015;16(3):205-211.
8. Goker A, et al. Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. J. Obstet. Gynaecol 2015;35:275-278.
9. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: Cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. BMC Women's Health 2014;14:52.
10. Abdelmoty HI et al. Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey. BMC Women's Health 2015;15:70.
11. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. Sex. Reprod. Health 2011;2:21-27.
12. Cheng SH et al. Factors associated with premenstrual syndrome—A survey of new female university students. Kaohsiung J. Med Sci 2013;29:100-105.
13. Yamamoto K, et al. The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. J. Physiol. Anthropol 2009;28:129-136.
14. İşik H et al. Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. Turk. J. Med. Sci. 2016;46:695-701.
15. Kalsoom U, et al. Prevalance of premenstrual syndrome and knowledge assessment regarding it's prevention among medical students of a private medical college of islamabad. Pak. Armed Forces Med J 2018;68:159-164.

16. Farrokh-Eslamlou H, et al. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. *Sex. Reprod. Healthc* 2015;6:23–27.
17. Hamaideh S, Al-Ashram S, Al-Modallal H. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs* 2014;21:60–68.
18. Hussein Shehadeh J, Hamdan-Mansour AM. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspect. Psychiatr. Care* 2017;54:176–184.
19. Kang S, Lee Y. Menstruation and the variability of food intake in female college students. *Korean J. Community Nutr* 2013;18:577–587.
20. Ansong E et al. Menstrual characteristics, disorders and associated risk factors among female international students in Zhejiang Province, China: A cross-sectional survey. *BMC Women's Health* 2019;19:35.
21. Işgin-Atıcı K, et al. Diet quality in adolescents with premenstrual syndrome: A cross-sectional study. *Nutr. Diet* 2019.
22. Liu Q, et al. Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2017;13:1597.
23. Ossewaarde L et al. Menstrual cycle-related changes in amygdala morphology are associated with changes in stress sensitivity. *Human brain mapping* 2013;34(5):1187–1193.
24. Aba Y, ve ark. Genç Kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. *JAREN* 2018;4(2):75-82.
25. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite öğrencelerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(4):284-297.
26. Shehadeh JH, Hamdan-Mansour AM. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspect Psychiatr Care* 2016;54(2):176-184.
27. Lustyk MKB, et al. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women Health* 2004;39(3):35–44.
28. Alan S, Bakır E, Surucu SG, Yıldırım E. Identify menstruation related problems and suicide. *LIFE: International Journal of Health and Life-Sciences* 2018;3(3).
29. Güler OT et al. Validation of Turkish version of premenstrual symptoms impact survey™ (PMSIS™) for assessing status of premenstrual syndromes in women of reproductive age. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015;16:205-211.
30. IBM SPSS for Windows. Version 22.0, USA: SPSS Inc., 2015.
31. Tarı Selçuk K, Avcı D, Alpyılmaz F. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing* 2014;5(2):98-103.
32. Akoku, DA, et al. Oral contraceptive use and premenstrual syndrome among sexually active female university students in Cameroon. *The Pan African Medical Journal* 2020;36:333.

The Relationship of Type D Personality to Herbal Product Use and Asthma Control in Asthma Patients*

Astım Hastalarında D Tipi Kişiliğin Bitkisel Ürün Kullanımı ve Astım Kontrolü ile İlişkisi

Zeynep Erdoganⁱ, Mehmet Ali Kurcerⁱⁱ, Bülent Altınsoyⁱⁱⁱ

ⁱAssoc. Prof. Dr. Zonguldak Bulent Ecevit University, Ahmet Erdoğan Vocational School of Health Services
https://orcid.org/0000-0002-7298-7559

ⁱⁱProf. Dr. Zonguldak Bulent Ecevit University, Faculty of Medicine, Public Health Department
https://orcid.org/0000-0003-2672-1079

ⁱⁱⁱ Assoc. Prof. Dr. Zonguldak Bulent Ecevit University, Faculty of Medicine, Department of Chest Diseases
https://orcid.org/0000-0002-2481-0978

ABSTRACT

Aim: The aim of this descriptive study was to determine the correlation of type D personality with Herbal Product (HP) use and asthma control in asthma patients.

Method: The target population of the study comprised all patients (n=408) who applied to the chest diseases clinic in a university hospital between 11/01/2019-11/03/2019 and were diagnosed with asthma, while the sample comprised patients above 18 years old who applied to the clinic between the afore mentioned dates, had no communication problems, were not diagnosed with any psychiatric disorders, and agreed to take part in the study (n=216). The study data was collected using a 17-item survey form questioning the patients' sociodemographic and HP use characteristics, the Type D-14 Personality Scale (DS-14) and Asthma Control Test.

Findings: Of the asthma patients, 74.1% has been using HP for the past year and nearly half of them (58.3%) had type D personality. The HP use ratio was higher in the patients with better income (p=0.000), an additional chronic illness (p=0.001), type D personality (p=0.000) and a poor asthma control (p=0.000). The presence of an additional chronic illness and type D personality predicted 0.063% of the HP use (R²=0.063, p=0.000). The patients with type D personality were mostly housewives, had smoking habit, used 2-3 inhalers and had a poor asthma control (p<0.05).

Conclusion: Most of the asthma patients (74.1%) used HP and nearly half of them (58.3%) had type D personality. The patients who used HP and had type D personality had a poor asthma control.

Keywords: Asthma, asthma control, complementary and alternative medicine, herbal product, type D personality

ÖZ

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı, astım hastalarında D tipi kişiliğin Bitkisel Ürün (HP) kullanımı ve astım kontrolü ile ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini 11/01/2019-11/03/2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran astım hastalığı tanısı almış tüm hastalar (n=408) örneklemini ise belirtilen tarihlerde bu polikliniğe başvuran, 18 yaş üstü, iletişim sorunu ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmamış, çalışmaya katılmayı kabul eden (n=216) hastalar oluşturmuştur. Araştırma verileri hastaların sosyodemografik ve HP kullanım özelliklerini sorgulayan 17 maddeden oluşan anket formu, D-14 Kişilik Tipi Ölçeği (DS-14) ve Astım Kontrol Testi ile toplanmıştır.

Bulgular: Astım hastalarının %74,1'i son bir yıldır HP kullanmaktadır ve hastaların yaklaşık yarısı (%58,3) D tipi kişiliğe sahiptir. Gelir düzeyi yüksek olanlar (p=0,000), ek bir kronik hastalığı olanlar (p=0,001), D tipi kişiliğe sahip olanlar (p=0,000) ve hastalığı kontrol altına alınamayanlar (p=0,000) daha fazla HP kullanmaktadır. Ek bir kronik hastalık varlığı ve D tipi kişiliğe sahip olma durumu HP kullanımında %0,063 belirleyicidir. (R²=0,063, p=0,000) D tipi kişiliğe sahip olan hastaların ev hanımı oldukları, sigara içtikleri, 2-3 inhaler kullandıkları ve astım kontrolünün kötü olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Sonuç: Astım hastalarının çoğunluğu (%74,1) HP kullanmakta olup, yaklaşık yarısı (%58,3) D tipi kişiliğe sahiptir. HP kullananların ve D tipi kişiliğe sahip olanların astım kontrolü iyi değildir.

Anahtar Kelimeler: Astım, astım kontrolü, tamamlayıcı ve alternatif tıp, bitkisel ürün, D tipi kişilik

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 114-123

DOI: 10.31020/mutfd.799963

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 25 Eylül 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 19 Aralık 2020

İletişim - Correspondence Author: Zeynep Erdogan <zeynerdogan@hotmail.com>

Ethical approval: Zonguldak Bülent Ecevit University Human Research Board of Ethics (Date: 09.01.2019; No: 2019-01/10)

Introduction

Asthma is a heterogeneous disease, usually characterized by chronic airway inflammation. It's defined by the history of respiratory symptoms such as wheeze, shortness of breath, chest tightness and cough that vary overtime and in intensity, together with variable expiratory airflow limitation.¹ Symptom reduction medication for controlling bronchospasms in the airways and controlling medication that requires long term use and manages asthma through their anti-inflammatory effects are used in the treatment of asthma.²

Asthma patients seek natural treatments with no long term side effects for their chronic illness. The high cost of current asthma treatments, patients' desire to feel better, dissatisfaction with the methods of modern medicine, and the toxicities of inhaled corticosteroids have increased the demand for complementary and alternative medicine (CAM) methods.^{3,4} In a study conducted by the National Asthma Campaign, 60% of individuals with moderate asthma and 70% of individuals with severe asthma were reported to use CAM methods to support their treatments.⁵ CAM methods include natural products (such as herbal products, vitamins and minerals, and probiotics) and mind and body practices (such as yoga, chiropractic and osteopathic manipulation, meditation, acupuncture, relaxation techniques and breathing techniques). Natural products are widely marketed, readily available to consumers, and often sold as "dietary supplements". However, natural products are among the most widely used CAM methods in asthma. However, asthma patients are mostly unaware that CAM methods can hinder their current asthma treatments or interact with their asthma medication.^{5,6} Also, psychological factors such as stress and anxiety cause worsening in symptoms in asthma patients. Especially stress has been reported to be an important factor that predisposes individuals to asthma or causes worsening in symptoms.⁷

The intense stress experienced in type D behavior, also named the stress personality, can trigger dyspnea crises in individuals with hyperreactivity.⁸ In individuals with type D personality, also known as distressed personality, negative affect and social introversion are at the forefront and individuals with negative affect have been reported to usually be in a depressive mood, experience anxiety and stress, exhibit more physical symptoms, feel well less, and feel suppressed more.^{7,8} Although the underlying mechanisms are not clear, stress is assumed to increase inflammatory effect, change the function of immune cells, and increase sensitivity to infectious and systemic diseases.⁷ Therefore, type D personality can trigger stress in asthma patients, increase symptom severity, and negatively affect quality of life. And type D personality can negatively affect the management of the disease and treatment in asthma patients.

Therefore, both the type D personality and the use of herbal products may adversely affect the compliance with treatment and asthma control in patients with asthma. There are no studies in the literature examining the relationship between type D personality, HP use and asthma control in asthma patients. This study was thus planned to determine the relationship of type D personality characteristics to HP use and asthma control in asthma patients.

Materials and Methods

Design, Setting, and Sample

This descriptive and cross-sectional study was performed with patients presenting at the chest diseases polyclinic of a university hospital who were diagnosed with asthma. The population of the study consisted of all of the patients diagnosed with asthma presenting at the chest diseases clinic of the 408 patients who applied to a university hospital chest diseases outpatient clinic between 11/01/2019-11/03/2019, there were 228 patients who were diagnosed with asthma, over 18 years of age, without communication

problems and without any psychiatric disorders. The sample of the study consisted of 216 (94.7%) of these 228 patients who agreed to participate in the study.

Data collection

Data was collected using a 17-item questionnaire regarding the sociodemographic and HP usage characteristics of the patients and HP's used together with medical treatments for asthma in the last year, and certain medical characteristics (such as disease duration, additional chronic disease, medication, use inhaler, type of inhaler and duration, asthma severity and asthma control, number of attacks), and the Type D Personality Scale (DS-14), and the Asthma Control Test. The DS-14 is a 4-point Likert type scale developed by Denolett specifically to evaluate type D personality and has 14 items.⁹ It consists of two 7-item subscales, namely negative emotions, and social inhibition. Total subscale scores range between 0 and 28. The cut-off point for both subscales is ≥ 10 . The Turkish validity and reliability study of the scale was performed by Alçelik et al.¹⁰ The Cronbach alpha coefficient of the scale was found to be 0.85 in the current study.

The Asthma Control Test (ACT) is a widely used test that evaluates the course of asthma and can be easily administered to asthma patients and their relatives. The test was developed by Nathan et al. and tested for validity and reliability in Turkish by Uysal et al.^{11,12} The ACT consists of 5 items each scored by the patients between 1 and 5. A total score of 25 is interpreted as full control, a score between 24 and 20 is interpreted as partial control, and a score of ≤ 19 is indicative of uncontrolled asthma. This classification reflects the efficacy of treatments. The aim of treatment is to achieve full control. The Cronbach alpha coefficient of the ACT was found to be 0.77 in the current study.

Ethical Considerations

Before the study, written permission dated 09 January 2019 with the protocol number 2019-08-09/01 was taken from a University Human Research Board of Ethics.

Each patient was informed about the study and written consent was taken from the patients.

The study protocol conforms to the ethical guidelines of the 1975 Declaration of Helsinki as reflected in a priori approval by the institution's human research committee.

Statistical Analysis

Data was analyzed using the SPSS 16.0 program. Data was tested for normality by calculating skewness and kurtosis. Data was analyzed using percentages, mean values, standard deviation, chi-square test, the t-test and linear regression analysis. It was chosen as significant relationships between dependent variable and independent variable in linear regression analysis.

Results

The comparison of HP use among asthma patients according to sociodemographic characteristics (such as gender, mean age, education and marital status, occupation, level of education and income) certain medical characteristics (such as disease duration, additional chronic disease, medication, use inhaler, number of inhalers, and asthma control, number of attacks), and status regarding Type D personality was given in **Table 1**.

Table 1. The Comparison of HP Use among Asthma Patients According to Socio-demographic Characteristics, Certain Medical Characteristics, and Status Regarding Type D Personality (n=216)

Variables	HP not used (n=56-%25.9)	HP used (n=160-%74.1)	p
Age (years)			0.77
18-39	31(26.7)	85(73.3)	
40 and above	25(25.0)	75(75.0)	
Gender			0.72
Male	13(24.1)	41(75.9)	
Female	43(26.5)	119(73.5)	
Marital status			0.55
Married	23(24.0)	73(76.0)	
Single	33(27.5)	87(72.5)	
Level of Education			0.82
Uneducated	6(20.7)	23(79.3)	
Elementary	18(26.5)	50(73.5)	
High school	8(22.9)	27(77.1)	
Bachelor's and above	24(28.6)	60(71.4)	
Level of income			0.001[‡]
Poor	15(37.5)	25(62.5)	
Moderate	17(38.6)	27(61.4)	
Good	24(18.2)	108(81.8)	
Occupation			0.22
Officer	1(6.7)	14(93.3)	
Retired	5(21.7)	18(78.3)	
Laborer	4(20.0)	16(80.0)	
Self employed	2(16.7)	10(83.3)	
Housewife	16(25.0)	48(75.0)	
Student	28(34.1)	54(65.9)	
Smoking status			0.98
No	44(25.9)	126(74.1)	
Yes	12(26.1)	34(73.9)	
Disease duration			0.61
1-5 years	25(30.5)	57(69.5)	
6-10 years	16(25.0)	48(75.0)	
11-16 years	7(25.0)	21(75.0)	
17 years and above	8(19.5)	33(80.5)	
Additional chronic disease			0.001[‡]
Yes	23(19.0)	98(81.0)	
No	33(34.7)	62(65.3)	
Number of attacks in last year			0.96
0-5 attacks	145(74.0)	51(26.0)	
6-10 attacks	10(76.9)	3(23.1)	
11 and above	5(71.4)	2(28.6)	
Regular medication			0.66
Yes	23(24.5)	71(75.5)	
No	33(27.0)	89(73.0)	
Number of inhalers			0.94
0-2	26(25.5)	76(74.5)	
2-4	30(48.9)	84(73.3)	
Type D personality	39(69.6)	87(54.4)	0.001[‡]
Non Type D personality	17(30.4)	73(45.6)	
Uncontrolled asthma	35(62.5)	119(74.4)	0.001[‡]
Controlled asthma	21(37.5)	41(25.6)	

*p <0.05; **p <0.001; ‡ chi-square test

The majority of patients (74.1%) used HP. Patients with higher income (p=0.000), additional chronic disease (p=0.001), type D personality (p=0.000), and uncontrolled asthma (p=0.000) used HP at higher rates.

Income level, the presence of an additional chronic disease, type D personality, and asthma control were found to affect HP use among asthma patients. In linear regression analysis, the presence of a chronic disease and having type D personality were found to predict HP use ($R^2=0.063$, p=0.000) (**Table 2**).

Table 2. The Examination of HP Use through Linear Regression Analysis According to Socio-demographic Characteristics, Certain Clinical Characteristics, and Status Regarding Type D personality (n=216)

HP use	B	Beta	t	p
Constant	0.881		5.892	0.000
Income level	-0.021	-0.030	-0.445	0.656
Additional chronic disease	0.147	0.166	0.433	0.001
Asthma control status	0.097	0.100	1.451	0.148
Type D personality	0.143	0.161	2.393	0.001
R= 0.252 R ² = 0.063 F= 3.576 p=0.000				

R= Regression coefficient

The distribution of the mean Type D Personality Inventory (D-14) and Asthma Control Test scores of the asthma patients were given in **Table 3**. The mean D-14 score of the patients was 27.93 ± 8.16 , and 58.3% of the patients had type D personality. The mean Asthma Control Test score of the patients was 16.37 ± 3.65 , and their illnesses were found to be not under control.

Table 3. The Distribution of the Mean Type D Personality Inventory (D-14) and Asthma Control Test Scores of the Asthma Patients (n=216)

Scales	Mean scores
Asthma control test mean score	16.37 ± 3.65
DS-14	27.93 ± 8.16
Social inhibition	14.31 ± 3.84
Negative affect	13.62 ± 5.82

The sociodemographic and clinical characteristics of patients with and without type D personality were given in **Table 4**. There was a statistically significant difference between patients with and without type D personality with regard to occupation ($p < 0.04$), smoking status ($p < 0.04$), number of inhalers used ($p < 0.0001$), and asthma control ($p < 0.0001$). Patients with type D personality were found to be mostly housewives and smokers, use 2 or 3 inhalers, and have poor asthma control ($p < 0.05$). No statistically significant difference between patients with and without type D personality could be found with regard to age, sex, marital status, educational level, income level, disease duration, presence of an additional chronic disease (such as heart diseases, cancer, diabetes mellitus, arthritis, rheumatic diseases, thyroid disease, anemia) number of attacks within the last year, and regular medication use ($p > 0.05$).

Table 4. The Comparison of the Socio Demographic and Certain Clinical Characteristics of Patients with and without Type D Personality (n=216)

Variables	Non type D personality (n=90)	Type D personality (n=126)	p
Age (years)			
18-39	51(56.7)	65(51.6)	0.46
40 and above	39(43.3)	61(48.4)	
Gender			
Male	26(28.9)	28(22.2)	0.26
Female	64(71.1)	98(77.2)	
Marital status			
Married	37(41.1)	59(46.8)	0.40
Single	53(58.9)	67(53.2)	
Education			
Uneducated	12(13.3)	17(13.5)	0.36
Elementary	24(26.7)	44(34.9)	
High school	13(14.4)	22(17.5)	
Bachelor's and above	41(45.6)	43(34.1)	

Level of income	12(13.3)	26(20.6)	0.22
Poor	60(66.7)	72(57.1)	
Moderate	18(20.0)	28(22.2)	
Good			
Occupation			
Officer	7(7.8)	8(6.3)	0.04 †
Retired	11 (12.2)	12 (9.5)	
Laborer	11 (12.2)	9 (7.1)	
Self employed	3 (3.3)	9 (7.1)	
Housewife	18 (20.0)	46-(36.5)	
Student	40 (44.4)	42-(33.3)	
Smoking status			
No	76(84.4)	94(74.6)	0.04 †
Yes	14(15.6)	32(25.4)	
Disease duration			
1-5 years	35(38.9)	47(37.6)	0.86
6-10 years	27(30.0)	37(29.6)	
11-16 years	13(14.4)	15(12.0)	
17 years and above	15(16.7)	26(20.8)	
Additional chronic disease			
Yes	47(52.2)	74(58.7)	0.34
No	43(47.8)	52(41.3)	
Number of attacks in last year			
0-5 attacks	83(92.2)	113(89.7)	0.74
6-10 attacks	5(5.6)	8(6.3)	
11 ve and above	2(2.2)	5(4.0)	
Regular medication			0.43
Yes	42(46.7)	52(41.3)	
No	48(53.3)	74(58.7)	
Number of inhalers			
0-1	50(55.6)	52(41.3)	0.000 †
2-4	40(54.4)	74(58.7)	
Uncontrolled asthma	58(64.4)	96(76.2)	0.000 †
Controlled asthma	32(35.6)	30(23.8)	

*p <0.05; **p <0.001; † chi-square test

The occupation, smoking status, number of inhalers used, and asthma control variables were found to predict type D personality among asthma patients. In linear regression analysis, number of inhalers used and asthma control were found to significantly predict type D personality ($R^2=0.070$, $p=0.000$) (**Table 5**).

Table 5. The Examination of Status Regarding Type D Personality According to Socio demographic and Certain Clinical Characteristics Through Linear Regression Analysis (n=216)

Status Regarding Type D personality				
	B	Beta	t	p
Constant	0.166		0.814	0.417
Occupation	0.022	0.073	1.024	0.307
Smoking status	0.064	0.106	1.538	0.125
Number of inhalers	0.124	0.144	2.082	0.03
Asthma control	0.156	0.125	2.043	0.04
R= 0.264 R ² = 0.070 F= 3.155	p=0.000			

R= Regression coefficient

Discussion

In the current study, it was found that 74.1% of the asthma patients used HP, while patients with higher income ($p=0.000$), additional chronic disease ($p=0.001$), type D personality ($p=0.000$), and poor asthma control ($p=0.000$) used HP at higher rates. In linear regression analysis, the presence of a chronic disease and having type D personality were found predict HP use.

In a systematical review conducted by Slader et al., asthma patients were reported to use CAM methods with rates varying between 4-79% and preferred herbal products with rates varying between 21-31%. In a study by Ng et al., asthma patients were reported to use CAM methods at a rate of 27.2% and preferred herbal products with a rate of 10%.^{4,6} However, in our study, we found the rate of herbal product use to be much higher than reported in literature (74.1%). Similarly, in different studies conducted in our country with asthma patients, the rates of herbal product and dietary supplements use were reported to be between 31% and 67%.^{13,15} The rate of HP use may be higher in Turkey due to geographical differences.

In the current study, we determined that patients with higher income or an additional chronic disease used HP at higher rates. In a systematical review by Slader et al. and in other studies conducted with different samples, asthma patients with better income or an additional chronic disease were found to prefer HP at higher rates, which is similar to our findings.^{3,6,16,17} However, asthma patients are mostly unaware that CAM methods can hinder their current asthma treatments or interact with their asthma medication.¹⁸ We also found that the asthma control of patients using HP were inadequate. In parallel to our findings, Kurt et al. reported that 41.2% of asthma patients stopped taking their medication while using CAM methods, and poor asthma management among patients using CAM methods were reported in various studies performed with children and adults with asthma.^{4,13,14,19-21} The patients may have preferred herbal products and dietary supplements to protect themselves from the side effects of medication or because of the benefits of these medications becoming evident in the long term. Due to these reasons, the asthma control of the patients using herbal products may have deteriorated.

Thus, patients presenting at the clinic should be informed that they should use their medication regularly, that they will experience benefits of medication in long term use, and that starting to use HP by discontinuing their medication may increase asthma complaints and make disease management more difficult.

In the current study, patients with type D personality were found to use HP at higher rates. No studies on type D personality and the use of CAM methods among asthma patients could be found in the literature. In this context, this study can guide other studies. In individuals with type D personality, which is defined as stressful personality, depressive affect, anger, anxiety, fewer connections to other people, tension, and unhappiness are prominent.^{10,22} These psychological factors are associated with asthma symptoms and thus, patients may be using CAM methods to cope with these psychological symptoms. In a study conducted by Erdoğan and Kurçer, IBS patients were found to prefer dietary supplements to cope with gastrointestinal symptoms and patients who used CAM methods were found to feel more hopeful.¹⁶ In a similar vein, the patients with type D personality in our study may be preferring CAM methods to feel themselves better. However, it is difficult to make a certain conclusion with our findings. Thus, more studies examining the effect of type D personality on prevalent HP use in asthma patients are needed.

In the current study, 58.3% of the asthma patients were found to have type D personality. In a study conducted by Kim et al. with asthma patients, this rate was reported to be 32.7%. In studies conducted with different disease and sample groups, the prevalence of type D personality has been reported in varying rates (31%, 38.5% in healthy young adults in England, and 59%).^{23,24} When it is considered that approximately half of our sample group had type D personality, future studies investigating type D personality among asthma patients is needed. In the current study, patients with type D personality were mostly housewives, were smokers, used 2-4 inhalers, and had poor asthma control. In linear regression analysis, number of inhalers used and asthma control were found significantly predict type D personality ($R^2=0.070$, $p=0.000$)

In parallel to our study, Kim et al. found that patients with type D personality had a higher number of oral medication, and that type D personality was not affected by age, sex, and marital status. However, in our study, type D personality was found to be more prevalent among housewives. In studies evaluating type D personality and sex differences, Kupper et al. found type D personality to be more prevalent among female patients with heart disease, and in another study conducted with female patients with ulcerative colitis, approximately half (59%) of the patients were found to have type D personality, all suggesting a predilection for type D personality among females.^{25,26} Two other studies reporting poorer health among housewives compared to employed females also supports our finding.^{27,28} In the current study, patients with type D personality were found to use inhalers more and to have poorer asthma control than patients who did not have type D personality. The patients with type D personality may be using more inhalers because of their poorer asthma control. Kim et al. and Witusik et al. also reported poorer asthma control in patients with type D personality.^{7,8}

In the current study, patients with type D personality were found to use tobacco at higher rates compared to patients who did not at a statistically significant level. In another study performed with a different disease group where the effect of type D personality on smoking status after myocardial infarction was examined, patients without type D personality were found to have greater rates of quitting smoking compared to patients with type D personality.²⁹ Type D personality is characterized by a predilection to increased negative affect and the suppression of such affect in social environments however, it is still not clear which mechanisms are related to negative clinical outcomes. These mechanisms include both physiological and behavioral factors and the most prominent behavioral connection may be the failure to modify risk factors (e.g. quitting smoking).²⁹ This may be the reason behind patients with type D personality using tobacco at higher rates. This finding implies that type D personality may be one of the barriers to smoking cessation not only in asthma patients but also in healthy individuals.

Avoiding social environments, which is another characteristic of type D personality, may retain patients from referring to a physician, and these patients may be using HP because of the ease of accessing them. It is important that news coverage of health issues is of high quality as there is substantial evidence of a link between health news reports and health behaviour. As attempts continue to generate knowledge on the efficacy and safety of CAM the media has a crucial role in communicating that information to the public.³⁰ Additionally, studies on CAM methods stress that mass communication devices (TV, radio, Internet) play an important role in the acquisition of knowledge regarding CAM methods. In the current study, housewives having higher levels of type D personality and easier access to tabloidized TV news on miracle herbs as well as the consumption of certain herbs becoming “fashionable” through the effect of mass communication may have contributed to increased rates of herb use among the patients.^{3,31}

Conclusion

In the current study, the majority of asthma patients (74.1%) were found to use HP and approximately half (58.3%) were found to have type D personality. Patients with higher income, additional chronic disease, and poor asthma control were found to prefer HP more. The presence of an additional chronic disease and type D personality were found to significantly predict HP use. Additionally, patients with type D personality were found to use 2-4 inhalers and have poor asthma control and these two variables significantly predicted having type D personality.

Asthma patients are mostly unaware that CAM methods can hinder their current asthma treatments or interact with their asthma medication.¹⁸ In the current study, it was found that HP use was prevalent and that the asthma patients, half of whom had type D personality, had poor asthma control and thus used

more inhalers. Because the survey is easy to complete and calculate, if there are no time constraints, patients presenting at the clinics should be questioned with regard to type D personality and HP use, and patients with type D personality should be informed that the effect of asthma medication will emerge in the long term with regular use. Since HP may interact with medications used, health personnel should improve their knowledge on the subject with evidence-based information and guide patients accordingly. Unconscious and hidden HP use should be prevented. Especially, symptoms can thus be controlled in asthma patients with type D personality.

Acknowledgement

No conflict of interest was declared by the authors. The authors declared that this study has received no financial support. We would like to thank Bulent Ecevit University, Faculty of Health Sciences, Nursing students for their assistance in data collection and transfer to SPSS Package Program.

This study has not been published anywhere before. However First International Şişli Science Congress 24-25, October, 2019 presented as abstract at the congress.

Ethical Approval

In this study, national and international ethical rules are observed. Before the study, written permission dated 10 January, 2018 with the protocol number 93-28/03 was taken from a University Clinical Research Board of Ethics.

Researcher contribution rate statement

Zeynep Erdoğan: Idea, design, data collection and processing, analysis and interpretation, literature review, article writing, critical review.

Mehmet Ali Kurtçer: Design, supervision/consultancy, analysis and comment, critical review.

Bülent Altınsoy: Supervision, data collection and processing, critical review.

References

1. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>. Accessed Date; 04.01.2019
2. https://www.chiesi.com.tr/img/download/documenti/934_ttd-astim-tani-ve-tedavi-rehberi-2016.pdf Accessed Date; 21.06.2019
3. Erdogan Z, Kurtuncu M. Use of dietary supplements for weight loss in obese patients in Zonguldak, Turkey. African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines 2018; 15(1): 59-65. <https://doi.org/10.21010/ajtcam.vi15.1.6>
4. Ng TP, et al. The use of complementary and alternative medicine by asthma patients. QJM 2003; 96(10):747-54.
5. Huntley A, Ernst E. Herbal medicines for asthma: a systematic review. Thorax 2000; 55(11):925-9.
6. Slader CA, et al. Complementary and alternative medicine use in asthma: who is using what? Respiriology 2006;11(4):373-87.
7. Kim SR, et al. Does type D personality affect symptom control and quality of life in asthma patients? J Clin Nurs. 2015;24(5-6):739-48. doi: 10.1111/jocn.12667. Epub 2014 Sep 25.
8. Witusik A, et al. Type D personality and the degree of control of bronchial asthma. Adv Dermatol Allergol 2018; (4): 387–391. DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2018.77670>
9. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition. and Type D personality. Psychosom Med 2005;67:89–97
10. Alçelik A, et al. A Preliminary psychometric evaluation of the type d personality construct in Turkish hemodialysis patients. Journal of Mood Disorders 2012;2:1-5.
11. Nathan RA, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. The Journal of Allergy and Clinical Immunology 2004;113(1):59-65.
12. Uysal MA, et al. The validation of the Turkish version of Asthma Control Test. Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation 2012;22(7):1773-9. PubMed PMID: 23143589. Epub 2012/11/13. eng.

13. Orhan F, et al. Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(6):611-5.
14. Kurt E, et al. Use of alternative medicine by allergic patients in Turkey. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2004; 32(5):289-94.
15. Tuncel T, et al. Complementary and alternative medicine in children with asthma and/or allergic rhinitis. *Asthma Allergy Immunol* 2014;12:146-151
16. Erdogan Z, Kurçer MA. Dietary supplement use in gastrointestinal symptom management and effect on hopelessness levels in patients with irritable bowel syndrome. *Holist Nurs Pract* 2019, 33(3):155-162
17. Erdoğan Z, et al. Use of complementary and alternative medicine methods among elderly people living in nursing homes. *Kafkas J Med Sci* 2017; 7(1): 60-66 DOI: 10.5505/kjms.2017.09327
18. Özkars MY, Kırık S. Use of complementary and alternative therapy in children with asthma: Alternative therapy in asthma. *Ortadoğu Medical Journal* 2018;10(4): 403-406.
19. Shen J, Oraka E. Complementary and alternative medicine (CAM) use among children with current asthma. *Prev Med* 2012;54(1):27-31. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.10.007. Epub 2011 Oct 15.
20. Yeh GY, Horwitz R. Integrative medicine for respiratory conditions: Asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North America* 2017; 101(5):925-941.
21. Ward CF, Baptist AP. Characteristics of complementary and alternative medicine (CAM) use among older adults with asthma *J Asthma* 2016; 53(5):546-552.
22. Yağcı İ, et al. Type D personality, childhood traumas, depression, anxiety, and impulsivity in individuals attempting suicide. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2018; 19(6): 551-558. doi: 10.5455/apd.294660
23. Yu DS, et al. Validating the Type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2010;69(2):111-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.014.
24. Williams L, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *J Psychosom Res* 2008;64(1):63-9.
25. Sajadinejad MS, et al. Personality dimensions and type D personality in female patients with ulcerative colitis. *J Res Med Sci* 2012;17(10):898-904.
26. Kupper N, et al. Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: a study from the International HeartQoL Project. *Int J Cardiol* 2013 20;166(2):327-33. doi: 10.1016/j.ijcard.2011.10.084. Epub 2011 Nov 10.
27. Fatima M, Parvez M. Comparison study of depression between career and housewives women. *International Journal of Modern Social Sciences* 2016; 5(2): 133-39
28. Kholasezadeh GH, et al. Comparing the mental health of housewives and day shift working women in Yazd County, Iran, 2010. *JOHE* 2012; 1(1): 29-36
29. Imbalzano E, et al. Effect of type D personality on smoking status and their combined impact on outcome after acute myocardial infarction. *Clin Cardiol* 2018;41(3):321-325. doi: 10.1002 /clc.22865. Epub 2018 Feb 19.
30. Bonevski B, Wilson A, Henry D.A. An analysis of news media coverage of complementary and alternative medicine. *PLoS One* 2008; 3(6): e2406.
31. Araz A, Harlak H, Meşe G. Health behaviors and alternative medicine use. *Kor Hek* 2007; 6 (2): 112-22.

The First Production of Artificial Limbs in The Ottoman State*

Osmanlı Devleti'nde İlk Yapay Uzuv Üretimi

Elif Gültekin¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, <https://orcid.org/0000-0002-3241-2347>

ABSTRACT

Aim: The main goal of this study is looking for an answer in the light of the documents of the Ottoman Archives of the Prime Minister's Office to the question that when the production of modern artificial limbs in the Ottoman Empire was started.

Method: A catalog review was made on the website of Ottoman Archives of the Prime Minister's Office between January 2019 and July 2019. In the catalog review, the keywords "suni aza (artificial limbs)", "suni el (artificial hand)", "suni kol (artificial arm)", "suni ayak (artificial foot)", "suni bacak (artificial leg)" were used and all determined 39 documents, that will enable us to illuminate the process of first-time production of modern artificial limbs in the Ottoman State were included in the study. The documents written in Ottoman Turkish were read by the author and evaluated scientifically.

Results: In some previous studies, it was reported that the local production of artificial limbs in Ottoman State started, since the renovation of Sadettin Pasha's prosthesis was too expensive. However, this study revealed, that the person needed a new prosthesis was Rauf Pasha, not Sadettin Pasha and that the State spared no expense to start the first artificial limbs practices.

Conclusion: This study revealed that the production of the first modern artificial limbs began during the reign of Abdülhamid II and continued after him.

Keywords: History of Medicine, Ottoman State, Artificial Limbs, Prosthesis, Orthosis

Öz

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı, Osmanlı İmparatorluğu'nda modern protezlerin üretimine ne zaman başlandığı sorusuna, Başbakanlık Osmanlı Arşivi belgeleri ışığında yanıt aramaktır.

Yöntem: Başbakanlık Osmanlı Arşivi'nde Ocak 2019 ile Temmuz 2019 tarihleri arasında katalog taraması yapılmıştır. Anahtar kelime olarak "suni aza", "suni el", "suni kol", "suni ayak", "suni bacak" kullanılmış ve Osmanlı Devleti'nde ilk modern yapay uzuvların üretimine dair tespit edilen 39 belgenin tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Ardından belgeler yazar tarafından okunmuş ve bilimsel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Daha önceki bazı çalışmalarda, Osmanlı Devleti'nde yapay uzuv üretiminin Sadettin Paşa'nın protezinin yenilenmesinin çok maliyetli olması nedeniyle başladığı bildirilmiştir. Ancak bu çalışma, yeni bir proteze ihtiyaç duyanın Sadettin Paşa değil, Rauf Paşa olduğunu ve devletin ilk yapay uzuv uygulamalarını başlatmak için hiçbir masraftan kaçınmadığını ortaya koymuştur.

Sonuç: Bu çalışma, ilk modern yapay uzuv üretiminin II. Abdülhamid döneminde başladığını ve ardından devam ettiğini ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Tıp Tarihi, Osmanlı Devleti, Yapay Uzuvarlar, Protez, Ortez

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 124-130

DOI: 10.31020/mutfd.808511

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 9 Ekim 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 7 Ocak 2021

İletişim - Correspondence Author: Elif Gültekin <elifgultekin@yahoo.com>

Introduction

One of the oldest surgical procedures in history is the amputation. The earliest description of amputation surgeries is found in Hippocrates' writings. However, amputating limbs to save lives did not become widespread until the sixteenth century. The reasons for this situation are that early amputation techniques could not control the blood loss and that the anesthetic and antiseptic techniques were not known.^{1,2}

Advancements in amputation techniques have been made mostly due to the rise of gunpowder and the weapons of war associated with it. A major step in the development of the amputation technique was the performing of the ligature by Ambroise Pare (1510-1590), a French military surgeon, in 1529. This technique, which stops the flow of blood from a severed vein, reduced the patient's chances of bleeding to death. Further contribution to amputation is the introduction of antiseptic techniques by Lister in 1867. Other advances, which were achieved about at the same time, included the usage of chloroform and ether as anesthetics.³

Amputation surgeries had a high mortality rate before these developments. Therefore, a good prosthesis supply until the end of the 19th century was secondary. However, there is evidence of the usage of prostheses from the times of the ancient Egypt. One of the earliest humans remains with signs of amputation stems from ancient Egypt in the reign of Amenhotep II in the 15th century B.C. This mummy has an amputated great toe, which was replaced with prosthesis from wood and leather.³

Until the middle Ages, mostly wooden legs and hook arms were used as an artificial limb. In parallel with the increase in successful results of amputation operations since the Renaissance, the progress of prosthetics was initiated, and surgeons began to design true walking prostheses. In the 16th century, French surgeon Pare designed the first known above-knee prosthesis with articulated joints and hand prosthesis made of small bows. In 1800, in London, James Potts designed a leg prosthesis that was controlled by long tendons from knee to ankle. In 1898, Vanghetti introduced upper limbs that directed by muscle contraction.^{3,4}

Amputation surgeries and prostheses made great progress until today. Nowadays, highly functional prostheses developed with quantum leaps in technology. Undoubtedly, the wars played an important role in the development of prostheses as well as in amputation surgery in the world. However, we have insufficient knowledge about the start of production of prostheses in Ottoman State. The main goal of this study is seeking an answer to the question that when the production of modern prostheses in the Ottoman State was started in the process of evolving from primitive prostheses to modern prostheses in the light of the documents of the Ottoman Archives of the Prime Minister's Office.

Methods

In the scope of the study, catalog review was made on the website of Ottoman Archives of the Prime Minister's Office (katalog.devletarsivleri.org) between January 2019 and July 2019. In the catalog review, the keywords "*sunî aza (artificial limbs)*", "*sunî el (artificial hand)*", "*sunî kol (artificial arm)*", "*sunî ayak (artificial foot)*", "*sunî bacak (artificial leg)*" were used and all determined 39 documents, that will enable us to illuminate the process of first-time production of modern artificial limbs in the Ottoman State, were included in the study. The documents written in Ottoman Turkish were read by the authors and evaluated scientifically. Then, the findings of the studies were compared with the current information and a conclusion was drawn. The discussion and the conclusion were written in the same section.

Results

According to documents in the Ottoman Archive, the first attempts of the production of artificial limbs in the Ottoman State took place during the reign of Abdülhamid II (1842-1918). Rauf Pasha (1832-1909), Marshal of Abdülhamid's 1st Army Commander, underwent leg amputation and needed a prosthesis. His first prosthesis was bought from Monsieur Mathieu who produced artificial limbs and surgical instruments in Paris. Pasha needed later a more useful prosthesis and the new one was ordered on June 8, 1892 again from Monsieur Mathieu.⁵

However, the Sultan wanted, that Mathieu would attach the prosthetic leg himself and describe its usage. He invited Mathieu to Istanbul, and sent a message, which said that for this visiting his expenses and other demands, if any, would be met. This message was conveyed to Mathieu through the Paris Embassy of Ottoman State. Mathieu sent his response in two days and accepted this invitation. He said that he had to come to Istanbul twice, first to take measurements and then to deliver the prosthetic leg. He requested for coming 2000 francs as the travel expense, 1000 francs as the cost of the prosthetic leg, 200 francs as the fee for accommodation in Istanbul, and 5000 francs in addition. He added that the usage of his prosthetic leg would not be different from the normal foot, and that he could set off on Sunday if desired. The response, which was including that the fee which he requested will be paid and it was appropriate to set off on Sunday, was sent to Mathieu through the Paris Embassy on June 12th.⁶

But Mathieu could not set off due to his incomplete preparations. He was able to come to Istanbul at the end of June, after 6000 francs of the desired 8200 francs was paid cash by Bank-ı Osmani through the Paris branch office.⁷ He could not apply for a visa because his trip was planned suddenly. For this reason, it was ensured that he encountered no difficulties while crossing the border.⁶ And Monsieur Mathieu was highly satisfied with his visit to Istanbul, because the Sultan paid close attention to him, honored him with the title "palace furnisher" and paid high costs for his services.⁸

When Mathieu returned to Paris, he expanded his factory and renewed his machines by favor of Sultan Abdülhamid's financial support.⁸ Following his acquaintance and close relationship with Mathieu, the Sultan offered to send students to provide training in artificial limbs production. Mathieu gladly accepted it. So, two students from Imperial Arsenal (Tersane-i Amire) and two students from Imperial Armory (Tophane-i Amire) were sent to Mathieu's workshop.⁹ And in January 1893, Mathieu sent a letter and said that the students made great progress within a short period of time. He also sent the first self-produced artificial limbs of students to Sultan. Mathieu also reminded that all needs of the military hospitals can order from his own factory and he can supply these at an affordable price as a duty of the title of the palace furnisher.⁸

Meanwhile, Monsieur Tush, who previously worked in the workshop of Mathieu and was in the service of the Ottoman State due to his skills in artificial limb production, said that he could teach this art in Medical School by applying to Sultan Abdülhamid II. Thus, he indicated that the students no longer need to be sent abroad for studying artificial organ production. However, no data available about how Monsieur Tush's application was responded.¹⁰

A year later, in March 1894, Sultan Abdülhamid II ordered the construction of a workshop for artificial limbs and surgical instruments, which was similar to that of Mathieu's, in Istanbul as well.¹¹ Upon request of the Sultan, Mathieu accepted preparing a workshop design which was the example of his own workshop.¹² In August, he presented the project, which was prepared considering every possibility. If the production was desired to be increased, this would be possible only by increasing the number of workers without the need to purchase new tools and machinery.¹³

However, Mathieu had not been informed if an old building would be converted to workshop or a new workshop would be built from scratch. For this reason, he demanded that the pictures of this building had to be sent to him if an existing building would be transformed into a workshop. He would then be able to give information about which materials should be placed where and how. After the construction of the workshop was completed, Mathieu wanted to come to Istanbul. Thus, the interior and exterior design of the building could be carried out in the most appropriate way.¹³ He also added the catalog of materials which were produced in his own workshop¹² (**Figure 1**) and reminded that all the materials needed for the establishment of artificial limbs manufacturing factory could be supplied from his products cheap and quickly. In the meantime, Mathieu did not neglect to news from students who were trained in his own workshop. He recommended that the Ottoman students should continue training for a year or more to learn about this craft, even though they learned to produce all artificial limbs.¹³

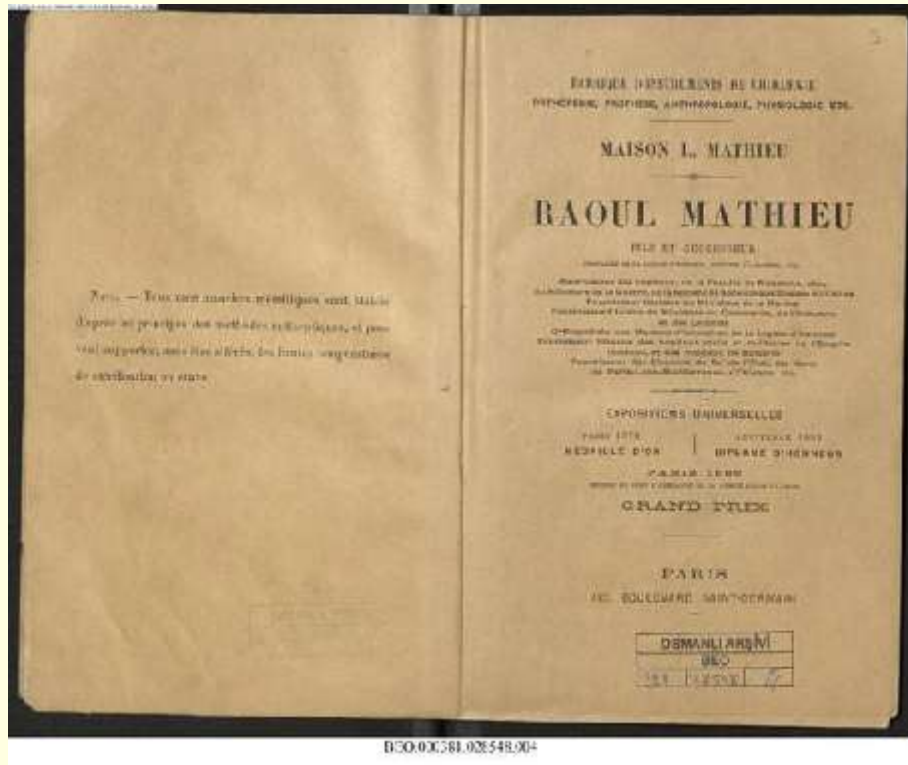


Figure 1. Catalog of Maison L. Mathieu in Ottoman Archives of the Prime Minister's Office

Sultan Abdülhamid II found the price given by Mathieu very expensive. Mathieu set the need list on the assumption that a workshop would be built from scratch. The Sultan gave instructions to transform a suitable place in Imperial Armory (Tophane-i Amire) or Imperial Shipyard (Tersane-i Amire) into a workshop instead of building a new place from scratch.¹³ After the investigation, it was decided that the armory was suitable.¹⁴ Then it was requested that the existing materials in hand to be identified by Imperial Armory Marshall and wanted from Mathieu to present a new price by removing the existing items from the list of necessities.^{15,16}

We do not have data on the completion date of the prosthetic workshop in the Imperial Armory and the returning date of the Ottoman students from Paris to Istanbul. However, in September 1896 honoring Mr. Lajes with the Medjidie Nishan of fifth class order, who supervised the Ottoman students during their training in Mathieu's Workshop, was an indication of the completion of the training.^{18,19} And the prosthesis orders from Tophane increased since 1898. For example, in October 1898, an artificial leg for coal porter Ali

was ordered from Tophane.²⁴ And in May 1899, immigrant Mehmet Necib paid 920 qurush and ordered an artificial leg for himself.²⁵

On the other hand, the order of prosthesis of Fatma Şahin for her daughter's amputated leg in April 1896 from Imperial Shipyard indicated that artificial limbs were manufactured also in Imperial Armory.²⁶ Especially, Senior Lieutenant Hüseyin Rıza from Üsküdar, who had a silver merit medal and one of the shipyard officers who had trained by Mathieu, stood out in producing artificial limbs. Due to his skills, he was assigned in Hamidiye Children Hospital as a prosthetist in 1901.²⁷⁻³⁰ After him, Senior Lieutenant Osman Efendi played an active role in the production of prostheses in the shipyard.³¹

In the meantime, it seems that some craftsmen and the other officers also tried to produce artificial limbs. For instance, in January 1895, the rank of Senior Lieutenant Abdülkerim from the Imperial Armory was elevated a degree due to the skill of producing artificial limbs.²⁰⁻²³ In March 1896, the artificial limbs for five soldiers treated in Yıldız Hospital were ordered to Monsieur Hovalis, who was a tool maker there, for 155 liras.¹⁷ And Hralambo, craftsman from Gemlik was awarded with the silver industry medal in 1896 for his talent in artificial foot production.³²

However, orders for prostheses were sent to Monsieur Matheiu from time to time. For instance, in August 1897, Greek Yorgi lost his foot in a work accident. His prosthesis was ordered from Matheiu. 500 francs fee for the prosthesis were paid by Ministry of Forest and Agriculture, where he was trained.³³ In parallel with all these developments, Sultan Abdülhamid II also tried to provide support to the poor in need of prosthesis for the cost of this expensive treatment from the state budget.³⁴

During Abdülhamid II's reign, steps were taken to train orthopedic surgeons alongside prosthetic technicians also. Dr Orhan Abdi (Kurtaran) (1877–1948) was sent to Bonn University, Germany in 1900. He worked with Prof. Dr. Max Schede (1844–1902) for two years on orthopedics, prostheses, and orthoses.³⁴

At the beginning of First World War (WW1), the workshops in the Imperial Armory and Imperial Shipyard were moved to Gülhane Clinical Teaching Hospital (**Figure 2**) and in 1915, the Ottoman State again sent students abroad to training in prosthesis production. Since the loss of limbs would occur as an inevitable consequence of the war, the Austrian Red Cross Society opened a prosthesis course in Vienna. Six students from the Ottoman State were invited to this course by Vienna embassy. The training was free; however, the students would need 250-300 franc per month to cover living expenses.^{35,36}



Figure 2. A prosthetic leg sample from the Museum of Gülhane Military Medical Academy

Upon this invitation, the Ottoman State decided to send two people from the Health Department of the Ministry of Interior, two people from the Ministry of War and two people from the Red Crescent. However, Health Department dispensed with its quota, saying that no medical training is required to make prostheses, on the contrary, it requires manual skills and craftsmanship. Upon Health Department's recommendation, the quota was assigned to Industry Directorate of the Ministry of Commerce which employed artificers such as blacksmiths, metalworkers, and saddlers. The Ministry of Commerce also chose two people to send to Vienna. The first one was Selahaddin Effendi, who graduated from an industrial school. He was working in Zeytinburnu Factory as a modeler and painter. The other one was Yunus Effendi, who was also graduate from industrial school. His profession was metalworking and he was working as a precaution officer.³⁷ However, the Ministry of Interior covered their living expenses, as the Ministry of Commerce did not have enough budget.³⁸

Upon the assignment of one person by the Red Crescent, the remaining three people were chosen by the Ministry of War. Red Crescent assigned Kazım Effendi.^{38,40} Ministry of War assigned two land officers. One of them was Mehmet from Nazilli, who was working in cantonment's auto park. The other one was Ahmet Fazlı from İstanbul, who was a driver in pharmaceutical warehouse. The naval officer assigned by Ministry of War was Murad, son of İbrahim, from Giresun, who was a medical sergeant in the Naval Hospital.⁴⁰ These six people were chosen to go to Vienna in April 1915.⁴¹

Another development took place in 1915. Ministry of War demanded the prostheses, which were previously manufactured for Rauf Pasha and were kept in a chest in the treasury after his death. However, we have no data about the reason for this request.⁴²

And the officers trained in Vienna began to produce prostheses after returning to homeland. They performed great service during the First World War, produced prostheses even for war prisoners.^{43,44} After First World War, Mehmet Kazım (Elgün), sent by the Red Crescent to Vienna to be trained, opened a prosthetic shop in Çemberlitaş and continued to produce artificial limbs freelance. Furthermore, he produced prostheses for Kızılay cheaply. Similarly, Hüseyin Rıza Effendi preferred to work freelance as a prosthesis manufacturer at his home.⁴⁶ About the other prosthetists we cannot gain clear information from the sources.

Conclusion

In some previous studies, it was reported that a prosthesis limb purchased from Paris for Sadettin Pasha, Minister of Finance, had to be renewed three times and instruction for local production was given by Abdülhamid II because it was expensive to bring the prostheses from abroad.^{34,45,46} However, our study revealed, that the person needed a new prosthesis was Rauf Pasha, not Sadettin Pasha. In the Ottoman archive documents, there is no record about the order of a prosthesis for Sadettin Pasha. Furthermore, there is no data that Sultan Abdülhamid II was annoyed because of the high cost of the third prosthesis and ordered the prosthesis to be manufactured inside the country. On the contrary, according to the archive documents Sultan Abdülhamid II spared no expense to start the first artificial limbs practices in the Ottoman State.

Sultan Abdülhamid II, who was known for following the latest scientific and technological developments in the world closely, followed the developments in prosthesis field also.³⁴ He took the necessary steps to produce artificial limbs and pioneered the first local production in the Ottoman State. After him, production of artificial limbs continued and during the WW1, six more students were sent to Vienna to train in prosthesis production.

Acknowledgement

I would like to thank Dr. Gazi Doğan, who checked the English spelling of the article and made corrections.

References

1. Sachs M. Bojunga J. Encke A. Historical Evolution of Limb Amputation. World Journal of Surgery 1999; 23(2): 1088-1093.
2. Robinson KP. Historical Aspects of Amputation. Annals of the Royal College of Surgeons of England 1991; 73: 134-136.
3. Markatos K. et. al. Pare and Prosthetics: The Early History of Artificial Limbs. Surgical Innovation 2016; 25(2): 183-186.
4. Ham R. Cotton L. The History of Amputation Surgery and Prosthetics. In: *Limb Amputation*. Boston: Springer, 1991.
5. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BOA. HH.I. 223/103,
6. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.SFR.4 460/13.
7. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.SFR.4 460/15.
8. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, Y.MTV 73/113.
9. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, Y.MTV 65/109.
10. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 266/19908.
11. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, I. HUS 22/41.
12. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 381/28548.
13. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, I. HUS 28/93.
14. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, Y.A.HUS 306/81.
15. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 461/34528.
16. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 462/34646.
17. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, ML.EEM 238/52.
18. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.TH 182/76.
19. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, I.TAL 104/9.
20. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 535/40125.
21. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 560/41966.
22. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, I.TAL 70/13.
23. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, DH.MKT 327/28.
24. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 1212/90852.
25. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, DH.MKT 2196/51.
26. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 770/57719.
27. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HH.I 226/61.
28. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 4403/330160.
29. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, I.TAL 135/23.
30. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, ML.EEM 385/36.
31. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HH.I 230/21.
32. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 752/56379.
33. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 827/61998.
34. Birdane L. et. al. The Development of Artificial Organs and Prostheses Worldwide and in the Ottoman Empire. Journal of Medical Biography 2016; 24(3): 323-327.
35. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/34.
36. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/35.
37. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/37.
38. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/36.
39. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/40.
40. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/38.
41. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.ID 1391/41.
42. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, BEO 4361/327049.
43. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.SYS 2446/22.
44. Cumhurbaşkanlığı Osmanlı Arşivleri, HR.SYS 2451/52.
45. Tanaçan H. Türk Ortopedisinin Tarihçesi. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica 1993; 27: 151-159.
46. Alpsöy C. Suni Uzunlar ve Ortopedik Cihazlar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 1951.

Türkiye’de Hekimlik Mesleğinde Mecburi Hizmet Yükümlülüğünün Tıp Tarihi, Tıp Hukuku ve Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi*

Evaluation of Compulsory Service Obligation for Physicians in Turkey with regards to Medical History,
Medical Law and Medical Ethics

Şükrü Keleş¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0003-2867-4608>

ÖZ

Giriş: Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşunun ilk yıllarından günümüze dek hekimler için mecburi hizmet uygulaması, kamu hizmetinde bir ödevi ya da yükümlülüğü işaret etmektedir. Ödev ya da yükümlülük kavramlarının hukuktaki kullanımlarının dışında ahlaki bağlamının da olması mecburi hizmet ile ilgili yürürlüğe konan normların tıp tarihi, tıp hukuku ve tıp etiği boyutları ile birarada değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Amaç: Bu çalışmada hekimlik mesleğinde yasal açıdan düzenlenmiş mecburi hizmet kavramının anlam içeriğini açıklamak, hukuksal metinlerde nasıl ele alındığını incelemek, oluşturulan normların değersel anlam içeriği hakkında bilgi üretmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma kapsamında mecburi hizmet kavramının tıp alanındaki akademik çalışmalarda ve 1923 yılından günümüze dek yürürlüğe girmiş olan hukuksal metinlerde nasıl yer aldığı incelenmiş ve elde edilen bilgiler etik açıdan değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tıp alanındaki ilk uygulamaların izini 19. yüzyıla dek sürebildiğimiz mecburi hizmet, günümüzde devlet hizmeti yükümlülüğü olarak ifade edilmektedir. Mecburi hizmet ile devlet hizmeti yükümlülüğünün anlam içeriği birbiriyle örtüşmektedir. Akademik çalışmalarda ve hukuksal metinlerde mecburi hizmet ile ilgili normlar hem tıbbın varlık amacına hizmet etmekte hem de devletin vatandaşlara sağlık hizmeti sunma sorumluluğuna vurgu yapmaktadır.

Sonuç: Mecburi hizmet yükümlülüğü, uluslararası sözleşmelerle uyumlu olarak ve hekimlerin özlük haklarını koruma altına alarak sağlık hizmeti gereksinimi olan bütün yurttaşlara sağlık hizmetinin eşit şekilde verilmesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda hekimler açısından mecburi hizmet, hukuksal yükümlülüğün ötesinde etik ve ahlaki bir sorumluluğa işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mecburi hizmet, devlet hizmeti yükümlülüğü, tıp tarihi, tıp etiği, tıp hukuku

ABSTRACT

Introduction: Having been practiced since the first years of the Republic of Turkey, compulsory service program for physicians refers to a duty or an obligation in public service. The fact that the concepts of duty and obligation have moral connotations in addition to their legal use suggests that the norms constructed within the framework of compulsory service should be evaluated in conjunction with the dimensions of medical history, medical law and medical ethics.

Aim: This study aims to explain the meaning content of the concept of legally regulated compulsory service for physicians, explore how it is addressed in legal texts and produce information on the value-related meaning content of the norms constructed.

Methods: This study investigates how the concept of compulsory service appeared in the academic studies in the field of medicine and the legal texts published between 1923 and the present day and makes an ethical assessment of the data obtained.

Results: Compulsory service, initial practices of which can be traced back to 19th century, is today referred to as civil service obligation. The meaning contents of the terms “compulsory service” and “civil service obligation” are compatible with each other. Norms that are constructed in academic studies and legal texts in relation to the compulsory service contribute to the *raison d’être* of the discipline of medicine as well as emphasizing the responsibility of the state to provide healthcare services to its citizens.

Conclusion: The practice of compulsory service takes notice of the health needs of our country, conforms to international conventions, and contributes to the provision of healthcare services to all citizens while protecting the personal rights of physicians. Within this context, for physicians, compulsory service refers to an ethical and moral responsibility, beyond the legal obligation it indicates.

KeyWords: Compulsory service, civil service obligation, medical history, medical law, medical ethics

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2021; 11 (1): 131-150

DOI: 10.31020/mutfd.822843

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 7 Kasım 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 2 Ocak 2021

İletişim - Correspondence Author: Şükrü Keleş <kelesukru@gmail.com>

Giriş

Cumhuriyetin kuruluşunun ilk yıllarından günümüze dek hekimler için mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğü, kamu hizmetinde bir ödevi ya da yükümlülüğü işaret etmektedir. Bu nedenle konunun hem hukuki hem de etik boyutunun verimli bir çalışma alanı olduğunu söylemek mümkündür. Diğer yandan, mecburi hizmet uygulamasının Cumhuriyet dönemine ilişkin bir uygulama olmayıp tıp eğitiminin tababethanedeki tabip ve cerrahların gözetiminde yürütüldüğü ve öğrencilerin bir bölümünün tıp ve cerrahi bilimini öğrenmeye çalıştıkları, çağdaş anlamda bir tıp öğreniminin yapılmadığı dönemlere dek uzanması konunun tıp tarihi açısından da değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, mecburi hizmet kavramının anlam içeriği belirlenmeye çalışılacaktır. Diğer yandan, Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze dek konu ile ilgili yürürlüğe konulan yasal düzenlemeler ve bu düzenlemelerin gerekçelerinin temel insan haklarıyla ilişkisinin etik açıdan değerlendirilmesi de bu çalışma kapsamında amaçlanmaktadır.

Hekimlerin ödev ve sorumlulukları arasında, tıbbın varoluş amacına uygun olarak sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasına katkı sağlamak, sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların bu hizmete erişimlerine olanak sağlamak yer almaktadır. Cumhuriyetin kuruluşunun ilk yıllarında gerek toplumdaki olumsuz sağlık göstergeleri gerekse nitelikli sağlık işgücünün yetersizliği dikkate alındığında mecburi hizmet ödevi ya da yükümlülüğü ahlaksal bir zorunluluk olarak kabul edilebilir. Bu anlamıyla mecburi hizmet, hekimin toplum sözleşmesinden köken almakta ve zorunlu olarak hekimlerden vermesi beklenen hizmetleri ifade etmektedir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada mecburi hizmet kavramının tarihsel süreçte nasıl tanımlandığını, sağlık alanındaki uygulamalarda nasıl kullanıldığını ve ilgili diğer kavramlarla olan ilişkisini açıklamak amacıyla tıp alanındaki akademik çalışmalar ve hukuksal metinler tespit edilmiştir. “Mecburi hizmet” ve “devlet hizmeti yükümlülüğü” kavramları ile ilgili Türkçe yazılmış akademik çalışmalara Google Akademik veri tabanı, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi ve basılı kaynaklardan; yasal metinlere ise Resmi Gazete, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tutanakları, TBMM Mevzuat Bilgi Sistemi ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı web sayfası üzerinden ulaşılmıştır.

Ülkemizde 1923-2005 yılları arasında yürürlüğe konulan 11 kanun ve mazbata tarih sıralamasına göre düzenlenmiş, kanun adları, ilgili maddeler, oluşturulan normun içeriği ve koruduğu değer biçiminde sınıflandırılarak incelenmiştir. Ayrıca, ulaşılan kaynaklarla sınırlı kalarak, çalışma kapsamında konu ile ilgili literatür taranmış ve etik açıdan değerlendirilmiştir.

Bulgular

Sadece bir alanla sınırlandırılmayan mecburi hizmet kavramının tıp, hukuk ve etik alanlarında kullanımı birbirinden farklı anlam yükleri taşımaktadır. Gerek akademik çalışmalarda gerekse hukuksal metinlerde hekimlerin mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğü meslek üyelerinin hem hukuksal hem de toplumsal ödevlerini ve sorumluluklarını kapsayacak bir biçimde ele alındığı saptanmıştır.

İncelenen akademik çalışmalar ve hukuksal metinler doğrultusunda mecburi hizmet kavramının tarihsel süreçte hangi amaçlarla nasıl kullanıldığı ve ilgili öteki kavramlarla ilişkisi, i) Cumhuriyet Dönemi’nden Önce Mecburi Hizmet Uygulaması, ii) Cumhuriyet Dönemi’nde Mecburi Hizmet Uygulaması ve iii) Günümüzde Devlet Hizmeti Yükümlülüğü başlıkları altında ele alınmıştır.

1. Cumhuriyet Dönemi’nden Önce Mecburi Hizmet Uygulaması

Tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin mecburi hizmet yükümlülükleri Cumhuriyet dönemine ilişkin bir uygulama değildir. Mecburi hizmet uygulaması tıp eğitiminin tababethanedeki tabip ve cerrahların gözetiminde yürütüldüğü ve öğrencilerin bir bölümünün, her gün tıp ve cerrahi bilimini öğrenmeye

çalıştıkları, çağdaş anlamda bir tıp öğreniminin yapılmadığı, İstanbul Tersanesi bünyesinde Tıbhane'nin açıldığı 3. Selim (1789-1807) dönemine dek uzanmaktadır.¹ Orduya hekim ve cerrah yetiştirmek amacıyla kurulan İstanbul Tersanesi Tıbbiyesi, günümüz tıbhanesinin de başlangıcı olarak kabul edilmektedir.¹ 1805 yılında çıkarılan ve "Nizâm-ı Cedid" adı verilen reformlar devletin hemen bütün kademelerini kapsayan bir niteliğe sahiptir. Bu dönemde kabul edilen Bahriye Kanunnamesi'nin tıp alanı açısından önemi, tersane ve donanma halkının sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesinin amaçlanmasına, sağlık hizmet sunumunu yaygınlaştırma çabalarına dayanmaktadır. Bu kararnameyle birlikte öğrencilerin Hekimbaşı ve Cerrahbaşı'nın sorumluluğunda bulunmalarına karar verilmiş ve tersanenin uygun bir yerine hastane yapılması gündeme gelmiştir. Böylece sağlık hizmetine gereksinimi olan hastalarla hem gece hem de gündüz ilgilenilmesi olanaklı hale gelmiştir. Günümüzde Deniz Hastanesi'nin ilk örneklerinden biri olan hastanenin inşaatı tamamlanmış ve aynı yıl içinde bir vesika yayımlanarak hastane kadrosunun kimlerden oluşacağı ve ücretleri gibi bilgilere de bu belgede yer verilmiştir.¹ 19. yüzyılda İstanbul Deniz Hastanesi ile birlikte Haydarpaşa Askeri Hastanesi, Gümüşsuyu Askeri Hastanesi ve Gülhane Askeri Hastanesi öne çıkan askeri hastaneler arasında yer almaktadır.^{2,3} Zaman içinde bu hastanelere Vakıf Gureba Hastanesi, Zeynep Kamil Hastanesi, Şişli Çocuk Hastanesi ve Cerrahpaşa Hastanesi eklenerek Cumhuriyet döneminde hastaneleşmenin ulusal düzeyde çağdaş bir görünüm aldığı ifade edilmektedir.²

Nizamnamenin 6 Ocak 1807 tarihinde yayımlanan ilk maddesinde, tıp ve cerrahlık ilimlerinin ders olarak öğrenilmesi gerektiği vurgulanmış ve tıp eğitimini tamamlayan hekimlerin donanma ile sefere çıkmaları şart koşulmuş; dört sene mecburi hizmet zorunluluğu getirilmiştir.¹ Zorunlu hizmetini tamamlayan hekimlere "icâzet-nâme" verilmesi ve Padişahın onayı alınarak diledikleri şehirde hekim ve cerrahlık yapma olanağı sunulmuştur. Nizamnamede ayrıca, tıp öğrencilerinin her birinin, sırayla hastanelerde birer gece nöbet tutmaları şart koşulmuştur.¹ Tababethanede ikamet edecek olan öğrencilerin yeme içme masraflarının Tersane-i Amire hazinesinden ödenmesine ilişkin maddelerin varlığı, tıp eğitimi alan öğrencilerin varlıklı ve toplumun önde gelenlerinin yakınlarından oluşmadıklarını düşündürmekte, yetenekli gençlerin önünü açan olanakların da öngörölmüş olduğu dikkat çekmektedir.

Ordunun sağlık gereksinimini karşılamak ve ihtiyaç duyulan sağlık personelini yetiştirmek amacıyla II. Mahmut (1785-1839) döneminde ilk modern tıp okulu 14 Mart 1827 yılında Tıphane ve Cerrahhane-i Amire adıyla açılmış olup bu okul ülkemizdeki çağdaş tıp öğreniminin başlangıcını oluşturmaktadır.^{2,4} Şehir ve kasabalarda görev yapmak üzere hekim yetiştirilmesi devletin sağlık politikasının dönüşümünü işaret etmektedir.⁵ Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye, 1866 yılında açılmış, 1867 yılında Türkçe dilinde eğitime başlamıştır.⁵ Okul ilk mezunlarını vermeden önce 1871 yılında "Memleket Tabibi" adı altında hekimlerin görevlendirilmesi ülkemizdeki ilk sağlık teşkilatlanmasının da örneğini oluşturmaktadır.⁵ Diğer yandan, II. Mahmut döneminde başlayan devletin merkez ve taşra teşkilatlanma örneklerini 1864 ve 1871 yıllarında yayınlanan vilayet nizamnameleri ve takip eden düzenlemelerde de görmek mümkündür.

İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi dikkate alınarak Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri 1871 yılında kurulmuş, böylece sağlık hizmetinin ülke genelinde yaygınlaşması olanaklı hale gelmiştir. İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi'nin ilk maddesi aşağıdaki gibi düzenlenmiştir:

"İstanbul'da belediye, illerde valiler tarafından Umuru Tıbbiye Mülkiye Nezareti ile görüşülerek sınırları belirlenen her bir mahalde bir memleket tabibi bulunacak ve gerektiği mahallerde memleket tabiplerinin refakatine birer tabip muavini de tayin olunacaktır."

Oluşturulan normlara dayanarak ilk defa ülkenin kırsal bölgelerinde hekimlerin görevlendirildiği ve Memleket Tabiplikleri'nin kurulduğu dikkati çekmektedir. Bu gelişmelerin sağlık hizmetlerinin devlet

üzerinden ülke geneline yayılmasının da başlangıcı olduğu kabul edilmektedir.⁵ Memleket tabiplerinin görevlerinden bir bölümü “Memleket tabipleri belediye tarafından tayin ve ilan olunan yerde haftada iki gün parasız olarak hastaları muayene edecek ve bu sürede zengin-fakir hiç kimseden para almayacaktır. (Madde 5)”; “Parasız muayene günlerinde tabip veya yanında muavini bulunur ise onun tarafından ücret alınmadan aşı yapılacaktır. (Madde 6)”; “Tabip, ister zengin ister fakir olsun bulunduğu yere gelemeyecek kadar hasta olanların evlerine gitmek zorundadır. (Madde 7)”; “Tabibi evine çağırın kimseler fakir ve aciz değil ise mahalli belediye tarafından tespit edilen ve Umuru Tıbbiyeyi Mülkiye tarafından tasdik olunan tarife doğrultusunda tabibin ücretini ödemek durumundadırlar. (Madde 8)”; “Haklı bir gerekçesi olmadan memleket tabibinin mevcut yasalara uymaması görevden uzaklaştırılmasına neden olur. (Madde 9)” biçiminde düzenlenmiştir.⁵ Sağlık hizmetine her yurttaşın ücretsiz erişimine olanak sağlayan bu uygulama, dönemin sağlık politikasında eşitliğin ön planda tutulduğu bir bakış açısının egemen olduğunu göstermektedir.

Devletin memleket tabiplerini görevlendirmesindeki temel amaç, hekimlerin yalnızca tedavi edici uygulamalarda bulunmaları değil, halk sağlığı ya da koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmalarıdır. Bu doğrultuda, hekim tayininde tedavi edici hekimlik hizmetinin devlet için öncelikli bir hizmet türü olmayıp asıl hedefin koruyucu sağlık hizmetleri olduğu kabul edilmektedir.^{5,6} Bu uygulama, hekimlik mesleği ile devlet arasında kurulan ilişkide hekimliğin bir devlet memurluğuna dönüşmesi biçiminde yorumlanmaktadır.⁵ Diğer yandan, devletle yapılan sözleşme gereği hekim, tıbbın varlık amacıyla da uyumlu olarak, sağlık hizmetine gereksinim duyan yurttaşların sağlık hakkından yararlanabilmesi konusunda mesleki sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmaktadır.

2. Cumhuriyet Dönemi’nde Mecburi Hizmet Uygulaması

Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasıyla birlikte devletin topluma hizmet sunma konusunda üstlendiği sorumluluk hükümetlerin izledikleri politikaların temelini oluşturmuştur. Ulusa hizmet götürmek için gösterilen çaba sağlık hizmetinin yapılandırılmasından anlaşılmaktadır. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki uygulamalar yakından incelendiğinde Cumhuriyetin kurucu kadrosunun yurttaşların temel yaşam ve sağlık hakkını gözetilen politikalar belirleme konusunda ortak ve çağdaş bir anlayışa sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında toplumsal sağlık sorunları arasında çiçek, frengi, kolera, sıtma, tifo, tifüs, trahom ve verem yaygın olarak görülmektedir ve çocuk ölüm hızının yüksekliği, hastane ve benzeri sağlık kurumlarının yetersizliği nüfusu etkilemektedir.⁷ Dönemdeki bulaşıcı hastalıklarla mücadelede devlet kurumlarının yanı sıra gönüllü kuruluşların da etkin bir destek sundukları kabul edilmektedir.⁸ Aynı dönemde hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısı da oldukça sınırlıdır.^{7,9} İstatistiklere göre, 1923 yılında sağlık hizmeti hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri ve küçük sıhhiye memurlukları aracılığıyla yürütülmekte olup 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile sınırlı bir biçimde verilmeye çalışılmıştır.¹⁰ Böylesi sınırlı olanaklarla ülkenin genel sağlık durumunu iyileştirmeyi amaçlayan yasalar çıkarılmış ve tüzükler düzenlemiştir.¹¹

Türkiye Cumhuriyeti’nin sağlık yapılanmasını istenilen biçimde düzenlemenin mevcut hekim sayısının artırılması ile gerçekleştirebileceğini düşünen Dr. Refik Saydam, İstanbul’da “Leylî Tıp Talebe Yurdu”nu açmıştır; buraya zorunlu hizmet yapmayı üstlenecek tıp ve eczacılık öğrencileri kabul edilmiştir.¹² Terzioğlu’nun aktardığına göre (2003), İstanbul Tıp Fakültesi’nde eğitim alan sivil öğrencilerin masrafları devlet tarafından karşılanıyor, mezun olduktan sonra Sağlık Bakanlığı’nın uygun bulunduğu yerlerde hekim veya hükümet tabibi olarak çalışıyorlardı. Bunun bir sonucu olarak Doğu Anadolu il ve ilçelerindeki hükümet tabiplikleri için gerekli hekimin bir çoğu temin edilebilmiş ve sağlık kuruluşlarına da uzman hekim temini mümkün olabilmıştır.¹² Sağlık hizmetinin yurdun bütününe kapsayacak biçimde yapılandırma çalışmaları

hem devletin sosyal sorumluluğunun hem de hekimin toplumsal ödevinin uygulamada karşılık bulması biçiminde yorumlanabilir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılmaya başlanan ve tarihlerine göre sıralanarak **Tablo 1**'de belirtilen kanunların bir bölümü hekimlerin mecburi hizmet yükümlülüklerine ilişkindir.

Tablo1. Mecburi Hizmet ile İlgili Hukuksal Düzenlemeler

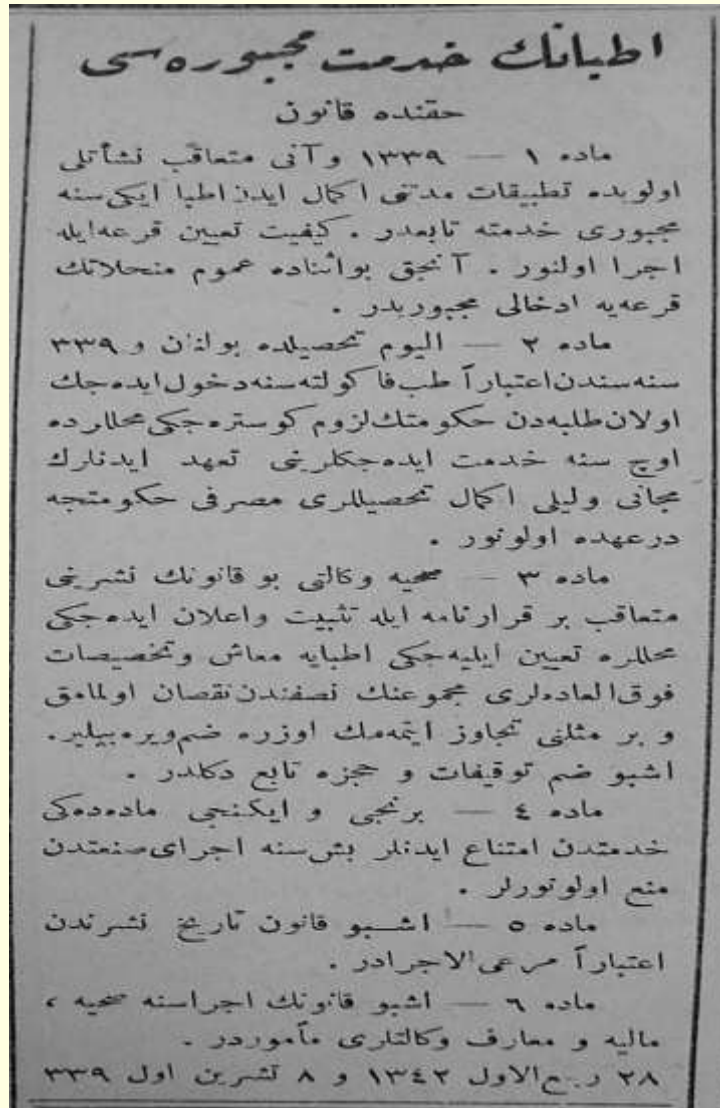
Tarih	Hukuksal Metin	Maddeler	Normun içeriği / korunan değer
1923	Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun	Madde 1, 2, 3, 4, 5 ve 6	Sağlık hizmeti
1928	Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	Madde 1, 2, ve 4	Hekim rolü, kimliği ve sorumluluğu
1928	Türk Kadın Doktorlarının On Sene Müddetle Hizmeti Mecburenden Muafiyetleri Hakkında Kanun	Madde 1	
1931	Kendi hesabına tahsil yaparak Tıp fakültesinden neşet edecek doktorların mecburi hizmetlerinin lâğvi hakkında 1/210 numaralı kanun lâyihası ve Sıhhat ve içtimâî muavenet, Maarif ve Bütçe encümenleri mazbataları	-	Etik sorumluluk Ahlaki zorunluluk
1932	1932 senesinden itibaren Tıp fakültesinden neşet edecek tabiplerin mecburî hizmetlerinin lâğvi ve leyfî Tıp talebesinin yurduna alınan tıp talebesinin tâbi olacakları mecburiyetler hakkında kanun	Madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve Muvakkat (Geçici) Madde	Haklar: Kişi (yurttaş) ve hasta hakları
1941	Sıhhat ve içtimâî muavenet vekâleti teşkilat ve memurin Kanununun 53 üncü maddesinin değiştirilmesine dair Kanunî lâyihası ve Bütçe ve Sıhhat ve içtimâî muavenet encümenleri mazbataları (f/559)	-	Hesap sorulabilirlik – toplumsal ödevler
1961	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	Madde 24, 25, 26 ve 28	Yarar: Kamu yararı ve kamusal iyi
1981	Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun	Madde 3	Sözleşme
1987	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Ek Madde 3, 4, 5 ve 6	
1989	Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanunun Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	Geçici Madde 1 ve Geçici Madde 2	
2005	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu Ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun İle Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Madde 1 (Ek Madde 3, 4, 5 ve 6); Madde 2 (Geçici Madde 6)	

Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun

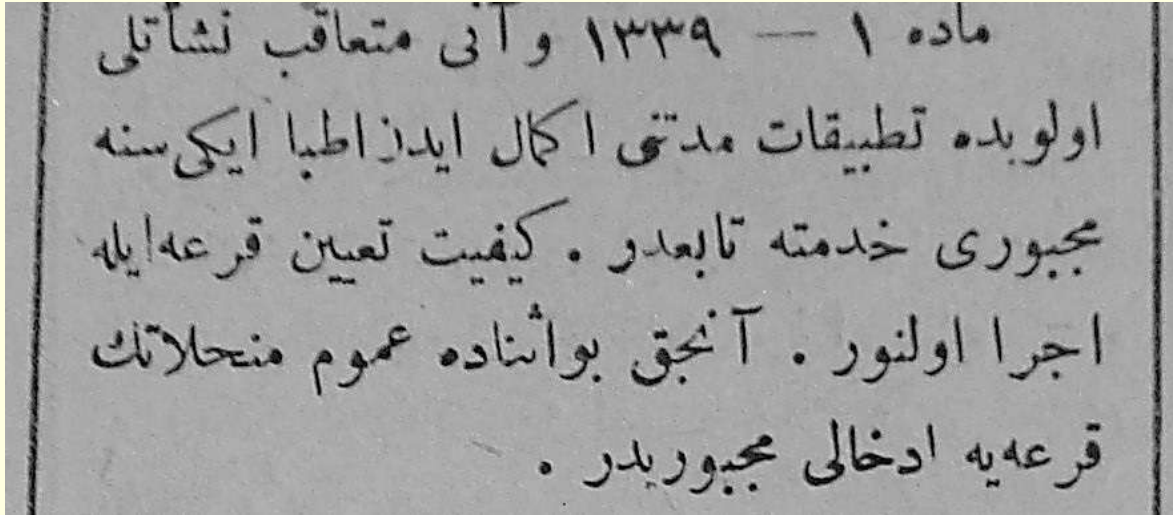
Cumhuriyet döneminde hekimlerin mecburi hizmetlerine ilişkin ilk hukuksal metin "Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun" başlığı ile düzenlenmiştir.¹³ Bu kanunda mecburi hizmet uygulamasının hangi tarihten sonra yetişen hekimleri kapsadığı, hizmetin süresi, tayinin hangi usulle yapılacağı, bu süreçte geçerli olacak ücretlendirmenin yapılandırılması, uymayanlara yönelik yaptırımları ve yürürlüğüne ilişkin esasları düzenlenmiştir. Söz konusu olan kanunun Türkçe çevirisi TBMM tutanaklarından alınmış olup altı madde aşağıdaki gibi düzenlenmiş ve ulusal yayın organlarından biri olan Babalık Gazetesi'nde yer almıştır.¹⁴ (Şekil 1 ve 2)



Şekil 1. Babalık Gazetesi künye bilgileri



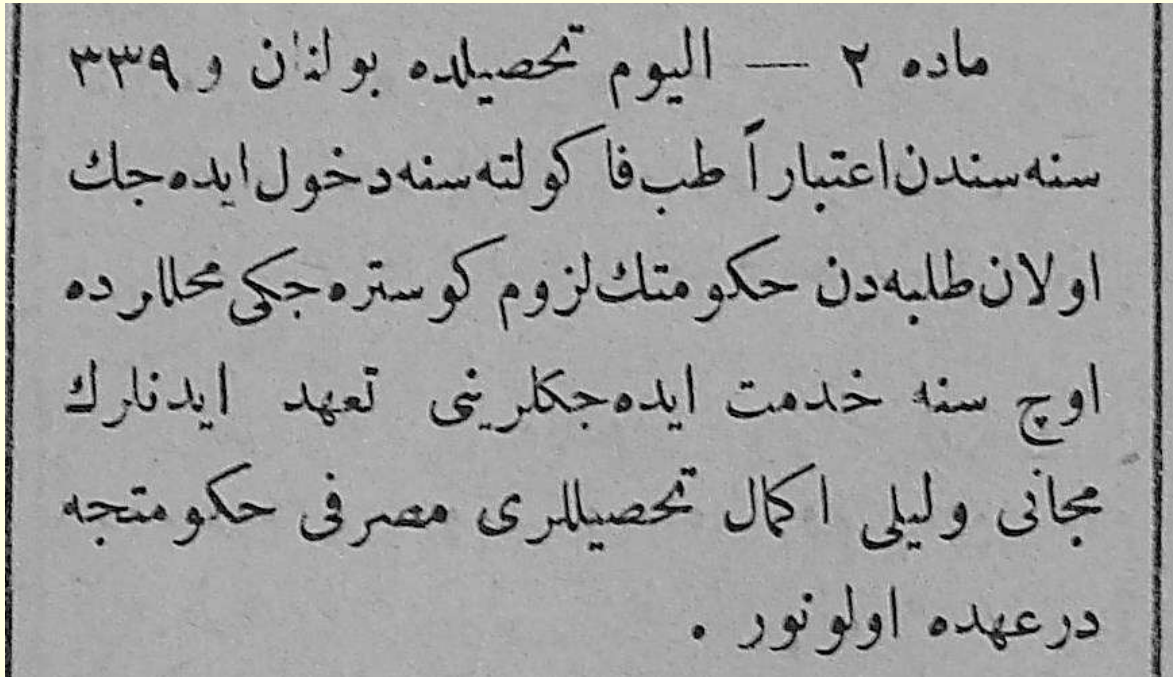
Şekil 2. Babalık Gazetesi "Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun" tam metin



Şekil 3. Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun, Madde 1

Madde 1 - 1339 ve anı mütaakıp neşetli olupta tatbikat müddetini ikmal eden etibba iki sene mecburi hizmete tabidir. Keyfiyeti tâyin kura ile icra olunur. Ancak bu esnada umum münhalâtın kuraya idhali mecburidir. (Şekil 3)

Kanunun ilk maddesi 1339 yılından geçerli olmak üzere, hekimlerin iki sene mecburi hizmete tabi olduğunu ifade etmektedir. Bu tayinin kura ile yapılacağı, açık bulunan memuriyetlere herkesin katılmasının mecburi olduğu vurgulanmaktadır.

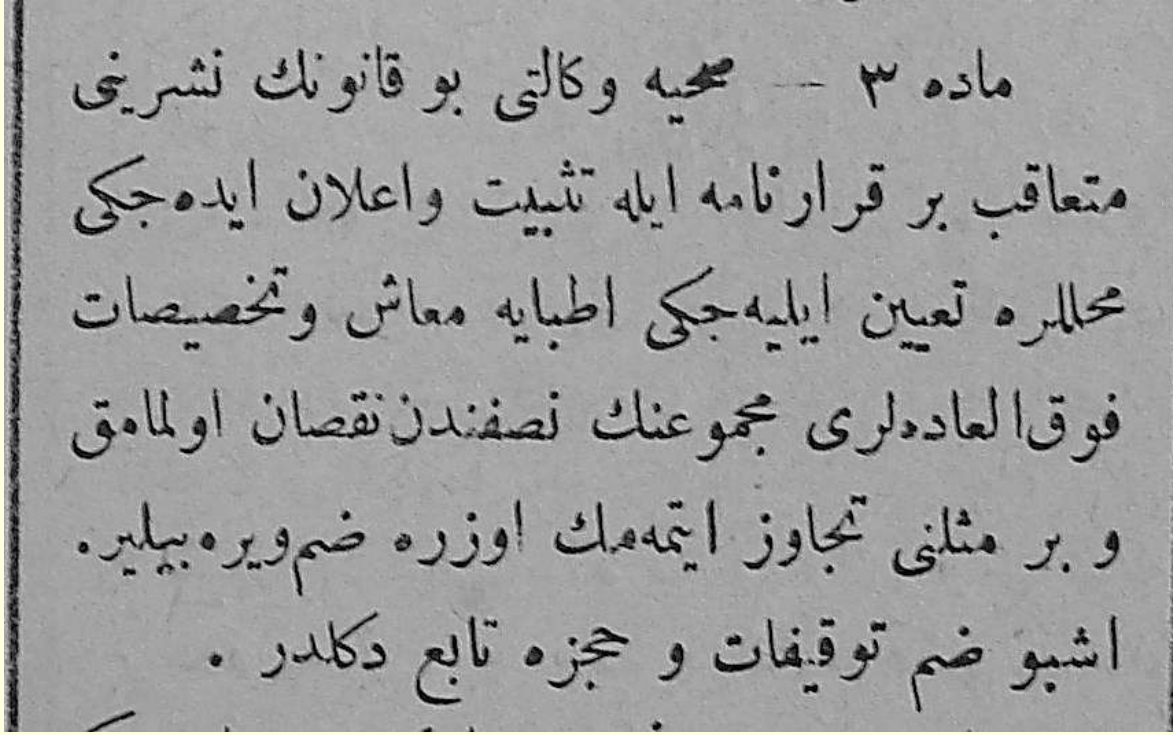


Şekil 4. Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun, Madde 2

Madde 2 - Elyevm tahsilde bulunan ve 1339 senesinden itibaren Tıp fakültesine dühul edecek olan talebeden Hükümetin lüzum göstereceği mahallerde üç sene hizmet edeceklerini taahhüt edenlerin meccanı ve leyli ikmali tahsilleri ve masrafı Hükümetçe deruhde olunur. (Şekil 4)

Kanunun ikinci maddesi şu anda eğitimlerine devam edenlerle ve tıp fakültelerinde 1339 yılında eğitime başlayacak olanlarla ilgilidir. Eğitime bugün devam eden ve bu tarihten itibaren tıp fakültesine girecek

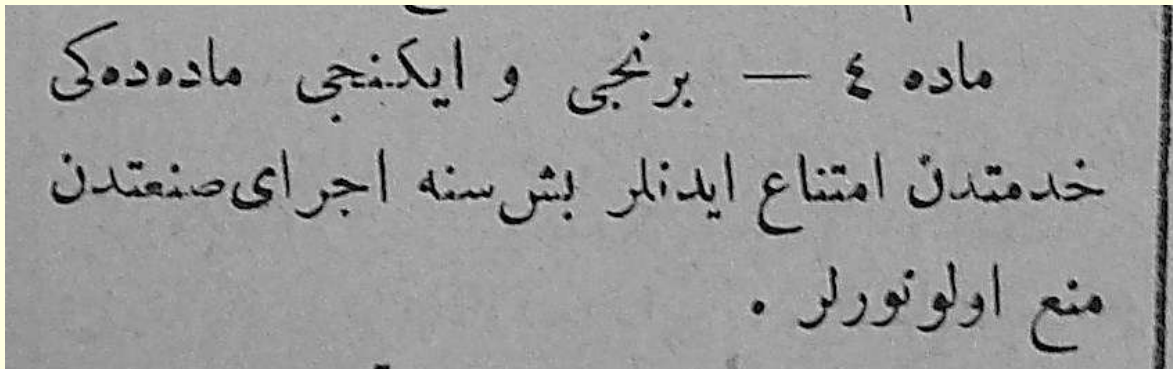
olan öğrencilerin hükümetin uygun bulacağı yerlerde üç sene hizmet edeceklerini kabul etmeleri durumunda, parasız yatılı eğitimlerinin masraflarının hükümet tarafından karşılanacağı ifade edilmektedir.



Şekil 5. Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun, Madde 3

Madde 3 - Sihiye vekâleti ve bu kanunun neşrini mütaakıp bir kararname ile tespit ve ilan edeceği mahallere tâyin eyliyeceği etibbaya maaş ve tahsisatı fevkâlâdeleri mecmuunun nisfından noksan olmamak ve bir mislini tecavüz etmemek üzere zam verebilir. İşbu zam tevkîfat ve hacze tabi değildir. (Şekil 5)

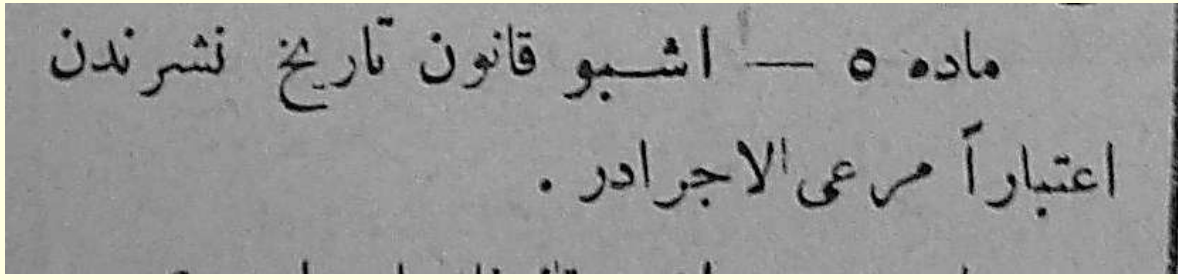
Atanan hekimlere Sağlık Bakanlığı tarafından maaşlarının yarısından az, bir katından fazla olmamak üzere zam yapılabileceği ifade edilmektedir.



Şekil 6. Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun, Madde 4

Madde 4 - Birinci ve ikinci maddedeki hizmetten imtina edenler beş sene icrayı sanattan menolunurlar. (Şekil 6)

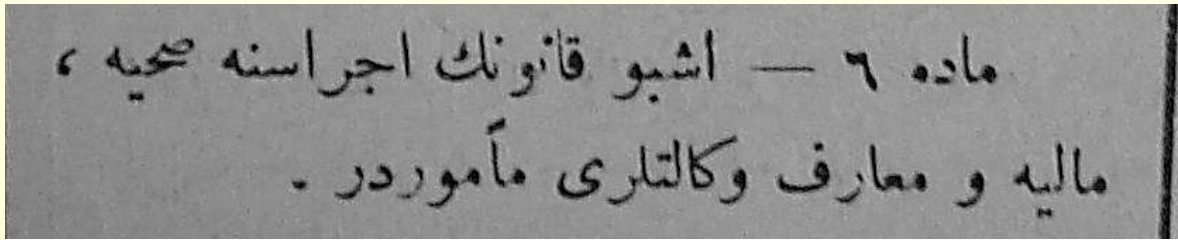
Birinci ve ikinci maddelere uymayanlar, şu anda hekim olanlar iki yıl, eğitimine devam eden ya da tıp eğitimine başlayacak olan hekim adayları üç yıl mecburi hizmet yapmak istemezlerse beş yıl boyunca hekimlik yapmaları yasaklanacaktır.



Şekil 7. Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun, Madde 5

Madde 5 - İş bu kanun tarihi neşrinden itibaren mer'iyülicradır. (Şekil 7)

Bu kanun, yayımlandığı tarihten itibaren yürürlüğe girecektir.



Şekil 8. Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun, Madde 6

Madde 6 - İşbu kanunun icrasına Sıhhiye, Maliye ve Maarif vekâletleri memurdur. (Şekil 8)

Kanunun uygulamasının Sağlık, Maliye ve Eğitim Bakanlıkları tarafından yürütüleceği bildirilmektedir.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Madde 1 - Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.

Türkiye Cumhuriyeti'nde hekimlik mesleğinin yürütülmesinin ve hasta tedavi etmenin ön koşulu Türk vatandaşı olmak ve Türkiye'deki Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmaktır.¹⁵

Madde 2 - Yukarki maddede yazılı diplomanın muteber olması için diploma sahibinin 8 Teşrinisani 1339 tarih ve 369 numaralı kanun mucibince hizmeti mecburesini ikmal etmiş ve diplomasının Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tasdik ve tescil edilmiş olması lazımdır. Tababet sanatını icra etmek isteyen askeri tabipler de diplomalarını tasdik ve tescil ettirirler. Ancak hizmeti mecburelerini ifa eyledikleri müddetçe diplomaları alıkonulan tabipler bu müddet zarfında dahi icrayı sanata mezundurlar.

Yukarıdaki koşulları sağlayan bir hekimin diplomasının geçerli olması için Etibbâ'nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanunu'nda belirttiği biçimde mecburi hizmetini tamamlamış olmalıdır. Bu diplomanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından onaylanması ve resmi olarak kayıt altına alınması da şart koşulmuştur. Bu şart askeri hekimleri de kapsamaktadır. Mecburi hizmet süresince diplomalarına el konulan hekimlerin mesleki uygulama yapma yetkileri korunmaktadır.

Türk Kadın Doktorlarının On Sene Müddetle Hizmeti Mecbureden Muafiyetleri Hakkında Kanun

Madde 1 - 8 teşrinisani 339 tarih ve 369 numaralı etibbanın hizmeti mecburesi hakkındaki kanunun yedinci maddesi ile 11 nisan 928 tarih ve 1219 numaralı tababet ve şubatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanunun dördüncü maddesi ahkâmından Türk kadın doktorları on sene için muaftırlar.

Kadın hekimler mecburi hizmetten 10 yıl için muaf tutulmuşlardır.¹⁶

Kendi hesabına tahsil yaparak Tıp fakültesinden neşet edecek doktorların mecburi hizmetlerinin lâğvi hakkında 1/210 numaralı kanun lâyihası ve Sıhhat ve içtimaî muavenet, Maarif ve Bütçe encümenleri mazbataları

“Lâyihanın esbabı mucibesinin mütaleasından tıp talebesinden Hükümet tarafından işe ve ibate edilenlerin adedi seneden seneye arttığı ve elyevm leyf talebe yurdunun mevcudu 350’ye baliğ olduğu ve bunlar üç sene mecburî hizmete tâbi bulduklarından her sene neşet eyleyeceklerin münhalâta bunların tayin edileceği ve binaenaleyh kendi parasile tahsil edenlerin mecburî hizmetlerine artık lüzum kalmadığı anlaşıldığı gibi Hükümet tarafından işe edilmeyenler için mecburî hizmetin ilgasının tıp tahsiline rağbeti artırarak serbest tabiplerin çoğalmasına hizmet etmesi de memul bulunduğu cihetle mezkûr kanun lâyihası muvafık görülmüş ve aynen kabulüne karar verilmiştir.”

Hükümet tarafından yeme içme masrafları ve barınma ihtiyaçları karşılanan hekim adayları üç yıl süreyle mecburi hizmete tabidir. Zamanla hekim sayısının yıldan yıla artması nedeniyle kendi giderlerini karşılayan hekim adaylarının mecburi hizmetine gerek kalmamıştır.¹⁷ Aynı zamanda hükümet tarafından masrafları karşılanmayanların mecburi hizmetten muaf tutulmamalarının tıp eğitimine olan ilgiyi arttıracığı ve hekim sayısında artışa yol açacağı düşünülmektedir. Bu nedenle kanun tasarısı uygun bulunup kabul edilmiştir.

1932 senesinden itibaren Tıp fakültesinden neşet edecek tabiplerin mecburî hizmetlerinin lâğvi ve leyfî Tıp talebe yurduna alınan tıp talebesinin tâbi olacakları mecburiyetler hakkında kanun

Madde 1 - 1932 senesinden itibaren kadın olsun erkek olsun İstanbul Tıp fakültesinden mezun olacaklar ile ecnebi darülfünunlarından neşet ederek tababet etmelerine usulü dairesinde ruhsat verileceklerin 8 teşrinisani 1339 tarih ve 369 numaralı kanuna nazaran tâbi buldukları iki senelik mecburî hizmet kaldırılmıştır.

Bu madde ile birlikte 1932 yılından sonra İstanbul Tıp Fakültesi’nden mezun olabilecek kadın ve erkek hekimler ile yurtdışında eğitim alan ve diplomaları onaylanan hekimlerin iki sene süren mecburi hizmetten muaf tutuldukları bildirilmektedir.¹⁸ Aynı Kanun, yatılı öğrenci yurtlarında eğitim alan ve masrafları devlet tarafından karşılanan öğrencileri kapsamamaktadır. Bu öğrenciler, tatil zamanları da dahil olmak üzere, yurttan geçirdikleri zamanın iki katı kadar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın (Sıhhat ve içtimaî muavenet vekâleti) uygun bulunduğu yerlerde görev yapmaya mecburdur. Yurttan geçirilecek süre ne kadar olursa olsun bu sürenin en az 1 yıldan az olamayacağı bildirilmektedir.

Sıhhat ve içtimaî Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu

Madde 53 - “(…) Hastanelerle diğer sıhhi müesseselerin mütehassıslıklarına tayin edileceklerin ihtisas yapmak için çalıştıkları asistanlıklar müddeti hariç olmak üzere en az dört sene Devlet sıhhi hizmetlerinde vazife görmüş veya serbest tabiplik yapmış olmaları şarttır.”

Hastanelerde çalışacak uzmanların uzmanlık eğitimleri hariç olmak üzere dört sene devlet sağlık hizmetlerinde görev yapmış veya serbest hekimlik yapmaları şarttır.¹⁹

Sıhhat ve içtimaî muavenet vekâleti teşkilat ve memurin Kanununun 53'üncü maddesinin değiştirilmesine dair Kanuri lâyihası ve Bütçe ve Sıhhat ve içtimaî muavenet encümenleri mazbataları (I/559)

“(…) Tıp talebe yurdunda okuyarak tabip olan ve bu suretle (...) mecburî hizmete tâbi tutulanlarla kendi hesabına okuyanlar arasında meslekî müsavat tesis bakımından tedvinine lüzum görülmüştü.

Diğer taraftan kadın tabipler veya kendi hesabına tahsil ederek mecburî hizmete tâbi olmaksızın gerek memleket dahilinde ve gerek memleket dışında yetişmiş mütehassıslar veyahut sıhhî hali sebeble Hükümet tabipliklerinde mecburî hizmetlerini ifa edemiyerek müesseselerde istihdam edilip mütehassis sınıfını iktisabedenler; mevcut ve müteaddit mütehassıslik hizmetleri de münhal iken (53) üncü madde ile mevzu esasların mevcudiyeti dolayısıyla tayin yapılamamak gibi gayri tabîî bir netice meydana gelmektedir.

Binaenaleyh, (53) ncü maddenin tedvininde hâkim olan esas muhafaza edilmekle beraber diğer taraftan yukarıda arzedilen gayri tabîî vaziyeti önlemek için dört sene Devlet sıhhî hizmetlerinde vazife görmemiş veya bu kadar müddet serbest tabiplik yapmamış olduğu halde yukarıda zikredilen evsafıta yetişmiş mütehassısların da tanzim edilebilmelerini temin maksadile işbu kanun lâyihası tanzim edilmiştir.

Bundan başka talip çıkmaması dolayısıyla uzun müddet münhal kalan uzak vilayetlerimizdeki hastaneler mütehassıslıklarına mütehassis tabip tedariki imkânı elde edilmek ve bunların muayyen bir müddet için vücutlarından istifadeyi mümkün kılabilmek için bu suretle tayin edilenlere ayrıca mecburî hizmet tahmili de lüzumlu ve faideli görülmüştür.”

İlgili uzmanlık alanıyla ilgili uzun süredir boş bir kadro varken, dört sene mecburi hizmet yapmış olan hekimlerin hastanelerde çalışabileceklerine ilişkin varolan kısıtlamanın uygun olmayan sonuçlara yol açmakta olduğu vurgulanmaktadır.²⁰ Bu nedenle ülkenin ücra köşelerindeki hastanelere belirli bir süreliğine atananlardan faydalanmak uygun görülmüştür.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Madde 24 – “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde vazife alanlar, vazifeye başladıkları günden itibaren mukavele imzalamaya mecburdurlar. Bu mukavele 1 yıldan az, 3 yıldan fazla olamaz. Mukavele müddeti zarfında ilgili kurumlar mukaveleli personeli lüzumu halinde sosyalleştirme bölgesi içinde herhangi bir mahalle ve sağlık vazifesine nakledebilirler. (...) Tayin edildikleri yere gitmeyenler veya vazifesini terk edenlerin mukaveleleri feshedilerek hizmetten çıkarılırlar. Bu suretle hizmetten ayrılanlar bir yıl süre ile kamu sektöründe herhangi bir göreve tayin edilemezler ve çalışmakta oldukları ilde veya daha önce mukavele ile çalıştıkları illerde bir yıl süre ile serbest sanat icra edemezler.”

Mecburi hizmetle ilgili bu madde kapsamında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde görev alanların göreve başladıkları günden itibaren sözleşme (mukavele) imzalamaya mecbur oldukları, sözleşme süresinin bir ile üç yıl arasında olacağı, bu süreç içerisinde gerek görülmesi halinde farklı bir bölgeye gönderilebilecekleri ifade edilmektedir.²¹ Tayin bölgesine gidilmemesi ya da görevin bırakılması durumunda sözleşmenin feshinin gündeme geleceği ve ilgilinin görevden çıkartılacağı, belirli bir süre kamu hizmetinde görev alamayacağı ve serbest olarak sanatını icra da edemeyeceği ifade edilmektedir.

Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun

Madde 3 - “(...) Hekimler pratisyenlikte iki yıl ve uzmanlıkta iki yıl olmak üzere toplam fiilen dört yıl süre ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kanunlara göre tabip atamakla yükümlü olduğu kurum ve kuruluşlarda ve diğer kuruluşların Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tasvip edilen kadrolarında devlet hizmeti yapmakla yükümlüdürler.”

Bu kanunun ilgili maddesinde yurt dışında kendi adına okuyan, devletten öğrenci/egitim yardımı almadan öğrenimlerini veya uzmanlıklarını tamamlayan sağlık personelinin devlet hizmeti yükümlülüğüne tabi olmadığı vurgulanmaktadır.²²

Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanunun Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

Geçici Madde 1 — “Bu madde ile, bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren beş yıl süre ile geçerli olmak üzere 21.8.1981 tarihli ve 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanunun 3 üncü maddesinin (1) numaralı fıkrasında yer alan “iki yıl” ibaresi “bir yıl” ve “dört yıl” ibaresinin “iki yıl”, (5) numaralı fıkrasında yer alan “iki yıllık” ibaresinin “bir yıllık”, “üç yıllık” ibaresinin “bir buçuk yıllık” “üç yıl” ibaresinin, “bir buçuk yıl”; (6) numaralı fıkrasında yer alan “iki yıllık” ibaresinin “bir yıllık”, “üç yıl” ibaresinin “bir buçuk yıl”; 5 inci maddesinin (2) numaralı fıkrasında yer alan “iki buçuk” ibaresinin “bir buçuk”, “beş yılı” ibaresinin “üç yılı” ve Geçici 1 inci maddesinde yer alan “iki yıl” ibaresinin “bir yıl” şeklinde değiştirilmesi öngörülmektedir.

Yapılan bu değişiklik ile, ilerideki beş yıl için, kamu kesiminde gereği kadar hekim istihdamı ihtiyacı karşılanmış olacaktır.”

Bu Kanun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren beş yıl süre ile 1981 tarihinde yayımlanmış olan 2514 sayılı Kanun maddesinde belirtilen mecburi hizmet süreleri yarı yarıya düşürülmüştür.²³

3. Günümüzde Devlet Hizmeti Yükümlülüğü

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

Mecburi hizmet yükümlülüğü mevzuat içerisinde farklı biçimlerde ifade edilmektedir; hekimlerin mecburi hizmet yükümlülükleri 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na (RG. 15.05.1987, Sayı. 19461.), 5371 sayılı Kanun (RG. 05.07.2005, Sayı. 25866.) ile eklenen ek maddelerle düzenlenmiştir.²⁴ Tabirin yasada mecburi hizmetten farklı bir şekilde “devlet hizmeti” olarak geçtiği dikkati çekmektedir. Sağlık Hizmetleri

Temel Kanunu'nda "devlet hizmeti yükümlülüğü"* olarak ifade edilen ve bu kapsamda planlanan uygulamalar geçmişte olduğu gibi bir sözleşmeden köken almakta ve mecburi hizmet uygulamasıyla benzer özellikler taşımaktadır.^{25,26} Bugün uygulanmakta olan devlet hizmeti yükümlülüğü uygulaması hekimlerin ve uzman hekimlerin sorumlulukları arasında yer almaya devam etmektedir.

Madde – 1 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek maddeler eklenmiştir.

Ek Madde 3: "(...) Yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerini tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar, her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından hazırlanan İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralamasında yer alan; altıncı grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerlerinde 300, beşinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile altıncı grup ilçe merkezlerinde 350, dördüncü grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile beşinci grup ilçe merkezlerinde 400, üçüncü grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile dördüncü grup ilçe merkezlerinde 450, ikinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile üçüncü grup ilçe merkezlerinde 500, birinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile ikinci grup ilçe merkezlerinde 550, birinci grup ilçe merkezlerinde 600 gün Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığınca uygun görülen diğer kuruluşlarda Devlet memuru veya ilgililerin talebi halinde 10.7.2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeli olarak Devlet hizmeti yapmakla yükümlüdürler. (...) Sürelerin hesabında fiilen çalışma esas olup, hafta sonu ve resmi tatil günleri fiili çalışmadan sayılır. Yıllık, mazeret ve hastalık izinli geçirilen günler ise yükümlülük süresine ilave edilir."

İlgili Kanun maddesi ile ülkemizde ya da yurtdışında tıp fakültesinden mezun olan ve uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman unvanını alan bir hekim, coğrafi bölgelerin özelliklerine göre belirli sürelerde devlet hizmeti yapmakla yükümlü tutulmuştur.

Tartışma

Mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğü hekim kimliği ve sorumluluğu, ahlaksal yükümlülük, toplumsal ödevler, kamu yararı ve iyiliği, kişi (yurttaş) ve hasta hakları, hesap sorulabilirlik ve devlet-hekim arasındaki hizmet sözleşmesi ile kurulan ilgisi bakımından sağlık hizmet sunumunda ayrıcalıklı bir konuma sahiptir. Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze mecburi hizmet ile ilgili yasal düzenlemeler dikkate alındığında konu ile ilgili aşağıdaki temel sorular sorulabilir:

- i) Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze dek sağlık hizmetinin yapılandırılmasında farklılıklar olmuş mudur? Tarihsel süreçte dikkate alınan temel unsurlar nelerdir?
- ii) Bir hekimin bir görevi yerine getirmekle yetkilendirilmiş olması, o hekimin sağlık hizmetini her yerde ve koşulda üretmesini mi gerektirir? Böylesi bir gerekliliğe yol açabilecek koşullar neler olabilir?

Bu soruların yanıtlanması devlet, tıp kurumu, tıp kurumunun üyeleri ve danışanların/hastaların dahil olduğu sağlık hizmetini organize eden, üreten ve sağlık hizmetinden yararlananların eylemlerine bakmakla olanaklıdır. İnsanlararası ilişki türlerinden biri olan etik ilişki²⁷ (Ing. *ethical relationship*) -anlamı biraz daha

* 3359 sayılı Kanunun ilgili hükümlerindeki değişiklikler için T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi için bkz. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 01 Ocak 2021)

genişletilerek kullanılırsa- mecburi hizmet ile ilgili (devletin, hekimin ve hasta/danışan ve yakınlarının gerçekleştirdiği) eylemlerde de söz konusudur. Mecburi hizmet söz konusu olduğunda istenilir olan tüm paydaşların üzerinde görüş birliğine vardığı etik bir ilişkinin kurulabilmesidir. Bu bağlamda mecburi hizmet uygulamasının hangi değerleri koruduğu, hangi değerlerin harcanmasına neden olduğu aşağıdaki alt başlıklarda açıklanmaktadır.

Sağlık hizmeti: Temel amacı bireyleri ve toplumu hastalıklardan korumak olan sağlık hizmeti, 1961 yılına kadar birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık örgütleri ve hükümet tabipliği ile yürütülmüştür.²⁸ Ülkedeki koruyucu sağlık hizmetinin yapılandırılmasında 1961 yılında yürürlüğe konan “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile birlikte, İnsan Hakları Evrensel Beyanname’sinde sağlık hizmetinden faydalanmak bir hak olarak tanımlanmış, adaletli bir biçimde organizasyonunu sağlamak amaçlanmıştır.²⁹ Bu nedenle, sağlık ile ilgili hizmetlerin bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir programa uygun olarak sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. Sosyalleştirme kapsamında toplumun sağlık ve demografik bilgilerinin gözlenmesi ve değerlendirilmesine çalışılmıştır. Bu bağlamda koruyucu hekimlik, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi, tedavi edici hizmetlerin yapılandırılması, adli tıp ve ana çocuk sağlığı gibi çağdaş sağlık hizmetlerinin gelişmesine yönelik önlemler alınmış, halkın sağlık düzeyini yükseltmek hedeflenmiştir.³⁰ Sağlık hizmetinin ülkenin genelinde erişilebilir olması için çaba gösterilmiştir.

Günümüzde de birinci basamakta sunulan sağlık hizmeti, sağlığın devamlılığının gözetildiği, koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı, tedavi ve rehabilitasyonun birarada verildiği, talep edenlerin hizmete kolayca ulaşabildikleri özelliktedir.³¹ Bu bağlamda 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önemli bileşenlerinden biri olan aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olduğu kabul edilmektedir.³¹ Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün açıklamasına göre, 2010 yılından itibaren ülkemiz genelinde uygulanmakta olan aile hekimliği çalışmaları ile *Aile Sağlığı Merkezlerinde* aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinden bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmektedir. *Toplum Sağlığı Merkezleri* ve bağlı birimlerce, ilgili bölgelerde, topluma yönelik sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirlenerek bunların düzeltilmesi ve/veya önlenmesi için çalışmalar yürütülmektedir.

Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze dek sağlık alanıyla ilgili düzenlenen yasa ve yönetmelikler, toplumun değişen sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik olup sağlık hizmetinin devamlılığını sağlamayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda yurdun bütününün sağlık gereksinimlerini karşılamak için mecburi hizmetle ilgili gerekli düzenlenmeler yapılmıştır. Mecburi hizmet, Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında tepki çeken bir uygulama olarak anılmış, fakat hekim olmak isteyenlerin böylesi bir yükümlülüğü bilerek mesleği seçmelerinin ve görev bölgelerinde lojman sağlanmasının tartışmaları ortadan kaldırılabileceği ifade edilmiştir.³² Türkiye’de her zaman sınırlı bir işgücü kaynağı olan hekimlerden toplumun faydalanmasına yönelik çalışmalar günümüzde de devam etmektedir. Bu doğrultuda bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmenin etkin bir yolunun mecburi hizmet uygulaması olduğu söylenebilir; bu sayede ülkedeki sınırlı sayıdaki hekim işgücünün -belirlenmiş bir süre ile sınırlı kalarak- adil ve hakkaniyetli bir biçimde dağılımı mümkün olabilmektedir.

Hekim rolü, kimliği ve sorumluluğu: Toplum tarafından kabul edilmiş ve yapılandırılmış bir rol olan hekim rolünün tarihsel süreç içinde değişikliğe uğradığı, fakat özünde değişmeden aynı kaldığı kabul edilmektedir.²⁷ Sağlığın ne olduğu ve sağlığın geliştirilmesi konularında yapılan tartışmalar, hekimin profesyonel kimliği ve sorumluluklarından bağımsız düşünülemez. Hekim, danışan/hasta bireylerin sadece sağlık gereksinimlerini karşılamakla sınırlı bir kimliğin sahibi olmayıp, bu türden sorumlulukların ötesinde sağlık hizmetinin yapılandırılmasında ve öteki toplumsal sorunların çözümünde de belli başlı ödevler

üstlenmektedir. Tıp kurumunda ağırlıklı bir yere sahip olan hekimler, sağlık hizmeti sunma ödevinin gerekliliklerinden sorumludurlar. Yapılması, ahlaksal olarak doğru olmanın ötesinde gerekli olan, yapan için bir ödev olan ve bu nedenle, yapılmaması durumunda kişinin sorumlu tutulabileceği eylemler ahlaksal yükümlülük olarak kabul edilmektedir.²⁷ Bu bağlamda ele alındığında hekimlerin sağlık hizmeti sunma ödevi, ahlaki bir boyut kazanmaktadır. Hekimlerin sağlık hizmeti talep eden hastaların gözlem, tanı ve tedavi aşamalarında bilimsel uygulamaları yapmakla yetkilendirilmeleri, onlardan sağlık hizmeti talep edilebilmesine de meşru bir zemin oluşturur. Diğer yandan, mecburi hizmet uygulamasında olduğu gibi ortada bir sözleşmenin varoluşu hekimleri hukuksal bir yükümlülük altına sokmaktadır. Bunun yanında ayrıca, bir bilgi ve beceri bütünü olan tıbbın varoluş amacına da uygun olarak, hekimlerden sağlık hizmetinin adaletli bir biçimde yaygınlaştırılmasına katkı sağlamaları, mesleğin etik ilkeleri ile örtüştüğünden aynı zamanda etik bir sorumluluk olarak da kabul edilebilir.

Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında, gerek halk sağlığı sorunlarının yaygın olması gerekse sağlık profesyonellerinin sayısının yetersizliği, mecburi hizmet yükümlülüğünün sonraki yıllarda nasıl yapılandırılacağı konusundaki çalışmaları da belirlemiştir. Bu bağlamda tıp eğitimi ile ilgili düzenlemelerin de yapıldığı dikkati çekmektedir. O dönemde tıp öğrencileri ile yapılan sözleşmede -tıp öğrencilerinin kabul etmeleri durumunda- parasız yatılı eğitim desteği sağlanmıştır. Bu sözleşme, tıp öğrencilerinin mezun olduktan sonra belli bir süre devletin uygun bulunduğu bölgelerde çalışmalarını içermektedir.

Bu çalışma kapsamında yanıtı aranan hekimin bir görevi yerine getirmekle yetkilendirilmiş olması o hekimin sağlık hizmetini her yerde ve her koşulda üretmesini mi gerektirir, sorusu mecburi hizmet uygulamasının hekimin bir görevi mi yoksa çalışma hakkının belirli bir biçimde sınırlandırılması mı sorusunun yanıtlanması ile ilgilidir. Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından hazırlanan “Cebri veya Mecburi Çalıştırmaya İlişkin Sözleşme”, ülkemizde kabul edilen uluslararası sözleşmelerden biridir. Bu sözleşme kapsamında ‘cebrî ve mecburi çalıştırma’ ifadesi ile “herhangi bir kişinin ceza tehdidi altında ve bu kişinin tam isteği olmadan mecbur edildiği tüm iş veya hizmetleri” kastedilmektedir.³³ Sözleşmedeki “mecburi çalıştırma” i) “bizzat kendi kendini yöneten bir memleketin vatandaşlarının olağan kamu hizmeti yükümlülüklerinin bir parçasını teşkil eden bir iş veya hizmet”, ii) “olağanüstü hallerde, yani harp, felaketler veya yangın, su baskını, açlık, yer sarsıntıları, salgın hastalıklar ve şiddetli hayvan salgınları, hayvanların ve mahsule zarar veren böcek veya parazitlerin hastalık yaymaları durumunda ve genel olarak halkın bütünü veya bir kısmının normal yaşama şartlarını veya hayatını tehlikeye koyan tehlikeli veya zarar verici her türlü şartlarda yapılması mecburi bir iş veya hizmet” ile ilgilidir. “Cebri veya Mecburi Çalıştırmaya İlişkin Sözleşme”de yer alan ilgili maddelerin mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğüne zemin hazırlayan koşulların çerçevesini belirlemeye yönelik olduğu kabul edilebilir.

Benzer bir biçimde Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın “Kişinin Hak ve Ödevleri”ni düzenleyen İkinci Bölümünde yer alan 18. maddesi ‘zorla çalıştırma yasağı’ni düzenlemektedir.³⁴ Bu maddeye göre, “Hiç kimse zorla çalıştırılmaz. Angarya yasaktır. Şekil ve şartları kanunla düzenlenmek üzere hükümlülük veya tutukluluk süreleri içindeki çalıştırmalar; olağanüstü hallerde vatandaşlardan istenecek hizmetler; ülke ihtiyaçlarının zorunlu kıldığı alanlarda öngörülen vatandaşlık ödevi niteliğindeki beden ve fikir çalışmaları, zorla çalıştırma sayılmaz.” İlgili madde, bu çalışma kapsamında yanıtı aranan soruya da cevap vermektedir; hekimler açısından devlet hizmeti yükümlülüğünün neden angarya sayılmadığı ve eşitliğe aykırı görülmediği konularına açıklık getirilmekte ve mecburi hizmetin gerekçesini temellendirmektedir.

Devlet hizmeti yükümlülüğünün hukuki temeli anayasada tanımlanan sağlık hakkı, yaşam hakkı ve sosyal devlete ilişkin düzenlemeler çerçevesinde de kurulabilir*. Diğer yandan, hekimlik mesleğinin öğretmen, hakim/savcı, asker ya da akademisyen gibi öteki meslek gruplarının devlet hizmeti yükümlülüğü düzenlemelerinden birkaç noktada farklılaştığı, hekimler açısından her bir uzmanlık alanı için yükümlülüğün ayrı ayrı yerine getirilmesi zorunluluğu bulunmaktadır†.

Yukarıda açıklanan hukuksal dayanaklarının ötesinde mecburi hizmet, etik açıdan hekime -devlet ya da toplum tarafından dayatılan bir iş olarak değil, bunun ötesinde- tıp kurumunun bir üyesi olması nedeniyle ihtiyaç halinde gerçekleştirmesi gereken ahlaki bir yükümlülük olarak da kabul edilebilir. Mecburi hizmet kavramının anlam içeriği devlet hizmeti yükümlülüğü adı altında günümüzde de geçerlidir ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile uygulamada nasıl karşılık bulacağı düzenlenmiştir.

Hesap sorulabilirlik, kamu yararı ve kamusal iyi: Genel olarak hesap sorulabilirlik biri işi üstüne almak, bir işi yapmak zorunda olmak, bir yükümlülüğü bulunmak, gerektiğinde yüklenilen işten veya gerçekleştirilen eylemden ötürü hesap sorulabilmesi olarak kabul edilmektedir.²⁷ Hekimlerin mecburi hizmet yükümlülüğüne tabi olmaları ve bu yükümlülüğün geçerli mazeretler dışında yerine getirilmemesi

* Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın başlangıcında "Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu (...)" ifade edilmektedir. Ayrıca, Birinci Kısım Genel Esaslar'da *II Cumhuriyetin nitelikleri*, Madde 2 – Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, milli dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, laik ve sosyal bir hukuk Devletidir. *V Devletin temel amaç ve görevleri*, Madde 5 – Devletin temel amaç ve görevleri, Türk milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır. İkinci Kısım Temel Hak ve Ödevler'de *I. Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı* Madde 17 – Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Üçüncü Bölüm Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler, *Devletin iktisadi ve sosyal ödevlerinin sınırları*, Madde 65 – (Değişik: 3/10/2001-4709/22 md.) Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası için bkz.

<https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/IcSite/illeridaresi/Mevzuat/Kanunlar/Anayasa.pdf> (Erişim tarihi: 01 Ocak 2021)

† Hekimlik mesleğinde devlet hizmeti yükümlülüğünün her bir uzmanlık alanı için ayrı ayrı yerine getirilmesi zorunluluğu, Anayasa Mahkemesi kararında da belirtilmektedir. Anayasa Mahkemesi'nin ilgili kararı için bkz. <https://normkararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/ND/2006/38?EsasNo=2006%2F21&KararAramaRaporu=1&KararNo=2006%2F38&KararTarihilk=13%2F03%2F2006>. (Erişim tarihi: 7 Kasım 2020) Sn. Seyit Rasim Doru'nun "Türk Hukukunda Yargı Kararları Işığında Mecburi Hizmet Yükümlülüğü" başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışmasının 16. sayfasında "Anayasa Mahkemesi, ayrı ayrı mecburi hizmetle yükümlü tutmanın, bu eğitimler sonucunda Anayasa kazanılan unvanlara bağlı olarak doktor, uzman doktor ve yan dal uzmanı doktorların her birinin hizmetine duyulan ihtiyaçtan kaynaklandığını belirtmiştir. Dolayısıyla da, doktorları bu şekilde her bir eğitimleri için ayrı mecburi hizmet yükümlülüğüne tabi tutan Kanun hükmünün iptal istemini reddetmiştir. Bkz. AYM, E: 2006/21, K: 2006/38, KT: 13.03.2006, RG: 11.12.2007, sy. 26727." açıklaması yer almaktadır.

Seyit Rasim Doru, Yüksek Lisans tez çalışması (İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, 2012) için bkz. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> (Erişim tarihi: 7 Kasım 2020)

sonucunda ortaya çıkabilecek sonuçları kabul ettikleri varsayılır. Hekimin hekimlik meslek uygulamasını yapabilme olanağı olduğu halde mecburi hizmetini yapmamasının hukuksal açıdan sonuçları olabileceği gibi toplumsal açıdan da bazı olumsuz sonuçları doğabilmektedir. Bu eleştirinin temel dayanağı, toplumun, hekimlik uygulamalarını bilen bir üyesinden ahlaki olarak mesleğin icrasını beklemesidir. Bu noktada hekim, bir sözleşme kapsamında bir süreliğine toplumun yararını öncelemekte ve kamusal iyinin devamlılığına katkıda bulunmaktadır.

Hekimlik mesleği uygulamalarının bir kamu hizmeti olarak görüldüğü ve hukuk sistemimiz içinde mesleğin bu boyutunun öne çıktığı dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, günümüzde bir hekim 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre, on beş gün içinde durumunu Sağlık Bakanlığı'na bildirmekle yükümlüdür.²⁵ Sağlık Bakanlığı'nın diploma ya da uzmanlık belgesini onaylamasının ardından hekim, en geç iki ay içinde atamaya tabi tutulmaktadır. Atama sonuçları açıklandıktan sonra yirmi gün içinde gerekli belgeler düzenlenerek atama yapılan yerde göreve başlamak gerekmektedir. Geçerli bir mazeret olmadan on gün boyunca göreve başlanmaması durumunda hekim istifa etmiş sayılmaktadır. Mezuniyet sonrası ilk başvuruda Sağlık Bakanlığı'na başvuru gerekmezken, istifa etmiş sayılması sonrasında Sağlık Bakanlığı'na şahsen başvuru beklenmektedir. Yasaya göre, devlet hizmeti yükümlülüğü üniversite tıp fakültelerinde tamamlanmakta, devlet memurluğu ya da sözleşmeli personel olarak kamu kurumlarında yerine getirilmektedir. Bu nedenle, mecburi hizmet uygulamasının özel üniversite hastanelerinde geçerli olmadığı ifade edilmektedir.³⁵ Diğer yandan, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği'ne göre, mecburi hizmet ile ilgili olarak iki temel mazeret kabul edilmektedir.³⁶ Bunlardan biri sağlık durumu (Madde 19), bir diğeri ise eş durumudur (Madde 20). Bunlar dışında ayrıca boşanma ya da şiddete maruz kalma gibi istisnai mazeretlerin de geçerli olduğu ifade edilmektedir.³⁶

Kişi (yurttaş) ve hasta hakları: Genel bir ifadeyle, bir devletin yurttaşı olmak nedeniyle devlet tarafından sağlanan haklar kişi hakları kapsamındadır; ekonomik ve sosyal haklar, bu türden haklar arasındadır. Devletin temel hakları korumak amacıyla devlet hizmeti yükümlülüğüne ilişkin hukuksal düzenlemeler yaptığı ve konunun doğrudan insan hakları boyutu ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesi "sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını" düzenlemektedir.³⁷ Devlet, bu madde çerçevesinde, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak konusunda sorumluluk üstlenmiştir. Diğer yandan, bu sorumluluğu gerçekleştirmek amacıyla insan gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliği gerçekleştirmek amacıyla, sağlık kuruluşlarının tek elden planlanıp hizmet vermesini düzenlemektedir.

Temel hakların sağlık alanındaki uzantısı olarak kabul edilen hasta hakları, hukuksal açıdan koruma altına alınmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin İkinci Bölümü Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı, Adalet ve Hakkaniyete Uygun olarak Faydalanma alt başlığında düzenlenmiş olup 6. maddede hastanın adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahip olduğu vurgulanmaktadır.³⁸ Bu hakkın sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun bir biçimde hizmet verme yükümlülüklerini de içerdiği vurgulanmaktadır. Yukarıda sıralanan yasa ve yönetmeliğin ilgili maddeleri devlet hizmeti yükümlülüğünü de temellendiren normlar arasında kabul edilebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma kapsamında tıp tarihi, tıp hukuku ve tıp etiği literatüründe ender olarak ele alınan mecburi hizmet uygulamasının tıbbi ve topluma yansımaları ile ilgili değerlendirmeler sunulmuştur. Ulaşılan kaynaklarla sınırlı kalarak, 18. yüzyıldan günümüze dek mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğü

uygulaması, genel olarak hekim sayısının yetersizliği ve toplumda görülen sağlık sorunları gibi haklı gerekçeler üzerinde temellendirilmektedir.

Akademik yazılarda ve yasal metinlerde mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğü kavramının hekimlerin hukuksal ve toplumsal ödevlerini, yükümlülüklerini ve sorumluluklarını kapsayacak bir anlamda kullanıldığı ortaya konulmuştur. Diğer yandan, ülkenin bütün yurttaşlarının sağlık hizmetinden faydalanmasına olanak sağlayan mecburi hizmetin kamu yararını ve iyiliğini gözetten bir uygulama olduğu gösterilmiştir. Ulaşılan bilgilerin ve yapılan değerlendirmelerin mecburi hizmet ya da devlet hizmeti yükümlülüğü ile ilgili ileri dönem yapılacak araştırmalara katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Bilgi

Bu çalışma, 15-18 Mayıs 2017 tarihlerinde Adana’da düzenlenen X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri’nde “Babalık Gazetesi’nde Yayımlanan 2 Aralık 1923 Tarihli Mecburi Hizmetle İlgili Bir Haberin Değerlendirilmesi” başlıklı sözlü bildirin genişletilmiş halidir.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı kapsamında (22302019) Osmanlıca Paleografi II dersinde Babalık Gazetesi’nde yayımlanan “Etibbâ’nın Hizmet Mecburesi Hakkında Kanun” başlıklı gazete haberinin çevirisi üzerine birlikte çalıştığım Sayın Hocam Prof. Dr. Ahmet ACIDUMAN’a, makalenin yazım aşamasında hukuksal metinleri tartışma olanağı bulduğum Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Kamu Hukuku Bölümü, Hukuk Felsefesi ve Sosyolojisi Anabilim Dalı’ndan Dr. Zeynep İSPİR’e ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi’nin anonim hakemlerine içtenlikle teşekkür ederim.

Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Gençer Aİ. İstanbul Tersânesinde Açılan İlk Tıp Mektebi. Tarih Dergisi 1977; 31:300-316.
2. Demirhan Erdemir A. Tıp Tarihi. Nobel İlk Kitabevleri. İstanbul, 2014. s.123.
3. Dinç G. Osmanlı Tıbbı (1299-1827). Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı. (Yazarlar: N. Sarı, A. Altıntaş, ;. Başağaoğlu, Z. Özaydın, H. Doğan, Y.I. Doğan, G. Dinç, İ. Hot) Üniversite Yayın No: 4711. Fakülte Yayın No: 00249. ISBN:978-975-404-791-2. 2007. s.171.
4. Işıl Ülman, Y. Türkiye’de 19. ve 20. Yüzyıllarda Tıp Tarihinin Anahatları (1827-1923). Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı. (Yazarlar: N. Sarı, A. Altıntaş, ;. Başağaoğlu, Z. Özaydın, H. Doğan, Y.I. Doğan, G. Dinç, İ. Hot) Üniversite Yayın No: 4711. Fakülte Yayın No: 00249. ISBN:978-975-404-791-2. 2007. s. 175.
5. Aydın E. 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM 2004;15(15),185-207.
6. Aydın, E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitabevi. Ankara. 2006. s. 256.
7. Özaydın Z. Cumhuriyet Dönemi Tıbbı. Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı. (Yazarlar: N. Sarı, A. Altıntaş, ;. Başağaoğlu, Z. Özaydın, H. Doğan, Y.I. Doğan, G. Dinç, İ. Hot) Üniversite Yayın No: 4711. Fakülte Yayın No: 00249. ISBN:978-975-404-791-2. 2007. s. 190-191.
8. Genç Kuzuca İ, Şahinoğlu S, Aciduman A. Verem Mücadelesinde Sosyal Yardım Kurumları. Lokman Hekim Dergisi 2019;9(3):337-348.
9. Karabulut, U. ‘Cumhuriyet’in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydamın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)’, Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi ÇTTAD 2007; 6(15):151-160.
10. Sağlık Bakanlığı. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları. 2020 Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> Erişim tarihi: 01 Ocak 2021
11. Metintaş MY, Elçioğlu, Ö. ‘Cumhuriyet’in ilk onbeş yılında Sağlık Hizmetleri’, Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3): 162-170.
12. Terzioğlu, A. Cumhuriyet dönemi Türk tıbbına ve tıp eğitimine kısa bir bakış. Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları. S. 269-307. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/9950> Erişim tarihi: 30 Eylül 2020
13. Etibbâ’nın Hizmeti Mecburesi Hakkında Kanun. TBMM tutanakları. Erişim tarihi: 20 Ekim 2020. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc002/kanuntbmmc002/kanuntbmmc00200369.pdf Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
14. Babalık Gazetesi, Etibbâ’nın Hizmeti Mecburesi Hakkında Kanun. 2 Aralık 1923

15. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. TBMM Tutanakları. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc006/kanuntbmmc006/kanuntbmmc00601219.pdf
Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
16. Türk kadın doktorlarının on sene müddetle hizmeti mecburenden muafiyetleri hakkında kanun. TBMM tutanakları. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc006/kanuntbmmc006/kanuntbmmc00601298.pdf
Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
17. Kendi hesabına tahsil yaparak Tıp fakültesinden neşet edecek doktorların mecburi hizmetlerinin lâğvi hakkında 1/210 numaralı kanun lâyihası ve Sıhhat ve içtimaî muavenet, Maarif ve Bütçe encümenleri mazbataları. TBMM tutanakları. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d04/c008/tbmm04008043ss0126.pdf> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
18. 1932 senesinden itibaren Tıp fakültesinden neşet edecek tabiplerin mecburî hizmetlerinin lâğvi ve leyli Tıp talebe yurduna alman tıp talebesinin tâbi olacakları mecburiyetler hakkında kanun. TBMM tutanakları. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc011/kanuntbmmc011/kanuntbmmc01102000.pdf
Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
19. T.C. Resmi Gazete. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu. 23 Haziran 1936. Sayı 3337. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/3337.pdf> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
20. Sıhhat ve içtimaî muavenet vekâleti teşkilat ve memurin Kanununun 53 üncü maddesinin değiştirilmesine dair Kanunî lâyihası ve Bütçe ve Sıhhat ve içtimaî muavenet encümenleri mazbataları (f/559). TBMM tutanakları. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d06/c016/tbmm06016033ss0091.pdf> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
21. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. TBMM tutanakları. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc043/kanunmbkc043/kanunmbkc04300224.pdf Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
22. Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun. TBMM tutanakları. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d18/c029/tbmm18029102ss0262.pdf> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
23. Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanunun Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. TBMM tutanakları. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d18/c029/tbmm18029102ss0262.pdf> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
24. Seyit Rasim Doru, "Türk Hukukunda Yargı Kararları Işığında Mecburi Hizmet Yükümlülüğü", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tez Çalışması (Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Cemil KAYA), 2012. s.5-6. Tez No: 317720 Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
25. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 3359 sayılı kanun. TBMM Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim adresi: <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/mevzuat/faces/kanunmaddeleri?pkanunlarno=38834&pkanunnumarasi=3359> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
26. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu Ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun İle Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. TBMM tutanakları. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanun_ss.durumu?kanun_no=5371 Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
27. Oğuz NY, Tepe H, Örnek Buken N, Kırımsoy Kuçur D. Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara. 2005.
28. Kurt A, Şaşmaz T. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2012; 2(1): 21-30.
29. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. TBMM tutanakları. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komiyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
30. Suner K. Cumhuriyet Döneminde Kırsal Kesime Götürülen Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim 1993: 57-64.
31. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. 2020 Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/railehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html> Erişim tarihi: 3 Ekim 2020.
32. Frik F. Hekimler ve Mecburi Hizmet. Dirim Dergisi 1981: 229-230.
33. Uluslararası Çalışma Örgütü, 1930. 29 No.lu Zorla Çalıştırma Sözleşmesi. Revizyon tarihi 2015. Erişim adresi: http://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377244/lang--tr/index.htm
34. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 18. madde. Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/IcSite/illeridaresi/Mevzuat/Kanunlar/Anayasa.pdf> Erişim tarihi: 01 Ocak 2021
35. Türk Tabipleri Birliği. Mecburi Hizmet. (Haz. Av. Mustafa GÜLER) 2017
Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=df1bc302-769e-11e7-9986-54b29146220c Erişim tarihi: 17 Ekim 2020.
36. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17232&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 6 Kasım 2020
37. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 56. madde. Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/IcSite/illeridaresi/Mevzuat/Kanunlar/Anayasa.pdf> Erişim tarihi: 01 Ocak 2021

38. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998; Revizyon 2016) Erişim adresi:

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi:6 Ekim 2020

Antik Dönem İskeletlerinde Travma: Minnetpınarı ve Güllüdere Materyallerinden Olgu Sunumları *

Trauma in Ancient Skeletons: Case reports from Minnetpınarı and Güllüdere Materials

Deren Çekerⁱ, Ayla Sevim Erolⁱⁱ

ⁱ PhD, KKTC Sağlık Bakanlığı, Adli Tıp Birimi, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Doğu Akdeniz Üniversitesi Dr. Fazıl Küçük Tıp Fakültesi, <https://orcid.org/0000-0002-0262-260X>

ⁱⁱ Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Antropoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0001-7776-3864>

ÖZ

Amaç: İnsan iskeletlerinde görülen travma bulgularının tanımlanması kişilerin günlük yaşamlarında, ölüm zamanı veya sonrasında başlarından geçen travmatik olaylar hakkında bilgi edinmek açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Minnetpınarı ve Güllüdere arkeolojik kazılarında bulunan antik dönem insan iskeletlerindeki travmaları belirlemek, bu patolojik durumlara neden olan mekanizmaları anlamak adına adli antropolojik incelemelerdeki travma özellikleri ile karşılaştırmak ve antik dönemde yaşamış bu iki insan topluluğunun yaşam koşulları ve sağlık durumları hakkında yapılmış çalışmalara katkıda bulunmaktır.

Yöntem: 60 bireye ait kemikler makroskopik olarak incelendi. Çok parçalı kemikler sıcak silikonla rekonstrüksiyon yapılarak bütünlendi. Travma çeşitleri ve kırık morfolojileri tanımlandı. Tüm bulgular fotoğraflanarak belgelendi.

Bulgular: 4 bireyde antemortem travma bulgusu, tüm bireylerde çok sayıda postmortem kırıklar ve Güllüdere kafataslarında plastik deformasyonlar görüldü. Antemortem travmaların alt ve üst ekstremitelerde mevcut olduğu ve yüksek olasılıkla künt travma sonucunda meydana geldikleri izlendi.

Sonuç: Antik iskeletlerdeki antemortem travma bulgularının, adli antropolojik örneklerdeki bulgularla aynı patolojik özelliklere sahip olduğu görüldü. Antik iskelet materyali üzerinde travma tespiti ve yorumlamasının mümkün olduğu ve kırıkların iyileşme özelliklerinin bireylerin sağlık durumları hakkında bilgi sağladığı görüldü. Güllüdere kafataslarında izlenen plastik deformasyonun postmortem süreçte, kemiğin kolajen yapısını kaybetmediği zaman içerisinde, muhtemelen mezar dolgularından veya zaman içerisinde meydana gelen mezar çökmelerinden kaynaklanan basınçtan ötürü gerçekleşmiş olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: İskelet, Travma, Patoloji, Adli Antropoloji, Fizik Antropoloji, Paleoantropoloji.

ABSTRACT

Objective: Identifying traumas in human skeletons is important for obtaining information about the traumatic events experienced by individuals in their daily lives, at/around the time of death or after death. The aim of this study is to identify the trauma findings in ancient human skeletons found in Minnetpınarı and Güllüdere archaeological excavations and to compare with the trauma characteristics observed in forensic anthropological analysis to understand the trauma mechanisms and contribute the studies about the living and health conditions of these two ancient human populations.

Method: Macroscopic examinations were conducted on the skeletal remains belonging to 60 individuals. Fractured bones were reconstructed with hot silicone. The types of trauma and fracture morphologies were determined. All findings were documented and photographed.

Results: 4 individuals presented antemortem trauma. Almost all skeletal elements exhibited fractures caused by postmortem trauma. Plastic deformation was observed in Güllüdere skulls. Antemortem trauma findings were mostly found in the lower and upper extremities which were probably caused by blunt trauma.

Conclusion: Trauma findings in ancient skeletons presented similar pathological features with of forensic anthropological examples. This study exhibited that the identification and interpretation of trauma in the ancient skeletal material is possible. The healing status of the antemortem fractures could provide information about the health conditions of the individuals. The analysis on Güllüdere skulls showed that the plastic deformations have occurred postmortem when the bone did not lose its collagen structure, and it possibly have occurred from the pressure caused by grave fillings or grave collapses overtime.

Key Words: Skeleton, Trauma, Pathology, Forensic Anthropology, Physical Anthropology, Paleoanthropology.

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2021; 11 (1): 151-159

DOI: 10.31020/mutfd.826153

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 15 Kasım 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 17 Aralık 2020

İletişim - Correspondence Author: Deren Çeker <deren.ceker@emu.edu.tr>

Giriş

Adli antropolojide kemik dokuda görülen kırık, ezik, yarık, delik, kesik, yanık veya deformasyonlara travma denmekte ve meydana geliş zamanına göre üçe ayrılmaktadır. Bunlardan ölüm zamanı öncesinde kişilerin günlük yaşamında meydana gelmiş, iyileşmiş veya iyileşmekte olanlara *antemortem travma*; ölüm zamanı veya civarında kemiğin hala kolajen yapısını koruduğu zaman içerisinde meydana gelmiş olanlara *perimortem travma*; ölümden sonra vücudun ileri çürüme ve kemikleşme evresinde, kemiğin elastik yapısını yitirdiği safhada ve genellikle çevresel faktörlerin etkisiyle meydana gelmiş olanlara *postmortem travmalar* denmektedir. ¹⁻⁸

Tarih öncesi dönemlerde yaşayan insan topluluklarının fiziksel, kültürel özelliklerini, yerleşik olma ve göç durumlarını, nasıl bir ortamda yaşadıklarını, yaşam şartlarını, beslenme biçimlerini, hastalıklarını, tedavi edilip edilmediklerini, ölüm ve yaşam oranlarını ve daha birçok bilgiyi araştırarak günümüze kadar olan zaman içerisindeki değişimi ortaya koymaya çalışan paleoantropoloji, aynı zamanda bu insan topluluklarıyla birlikte yaşamış diğer omurgalıları da farklı bilim dallarıyla ortaklaşa araştırarak, bu omurgalıların ilgili toplumlarla olan bağlantısını anlamaya çalışmaktadır.⁹ Arkeolojik kazılardan ele geçen insan iskeletleri paleoantropolojik çalışmalar için önemli olup, bu materyallerden elde edilen bilgiler geçmişte yaşayan insanlar hakkında birçok bilgiye ulaşmamızı sağlamaktadır. Kemikler üzerinde gözlemlenen travma bulguları da kişilerin yaşamlarında başlarından geçen travmatik durumlar ve travmadan sonra tedavi edilip edilmedikleri, dolayısıyla sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olmamıza yardımcı olmaktadır. Adli antropolojide insan kemiklerinde görülen kırık özelliklerinden travma çeşidi ve tespitinin antik iskeletlere uygulanmasıyla bu bilgilere ulaşmamız mümkün olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Minnetpınarı ve Güllüdere arkeolojik kazılarında bulunan antik dönem insan iskeletlerindeki travmaları belirlemek, bu patolojik duruma neden olan mekanizmaları anlamak adına adli antropolojik incelemelerdeki travma özellikleri ile karşılaştırmak ve antik dönemde yaşamış bu iki insan topluluğunun yaşam koşulları ve sağlık durumları hakkında yapılmış çalışmalara katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın materyali, Kahramanmaraş ili Andırın ilçesi Başdoğan köyü Minnetpınarı mevkiinde yapılan kurtarma kazısında ele geçen ortaçağ iskeletlerinden ve Erzurum İli, Aşkale İlçesine bağlı Güllüdere Köyü'nün 1 km. güneyinde yer alan Güllüdere arkeolojik yerleşim ve mezarlık alanında yapılan kurtarma kazısında ele geçen, Orta Çağ ve Demir Çağ'larına ait toplam 132 bireyden, bir bölümü halen Çankırı Çorak Yerler Kazı Evi'nde bulunan toplam 60 bireye ait antik dönem iskelet kalıntılarında oluşmaktadır. Bu araştırmanın yapılması ve yayınlanması için ilgili kurumlardan gerekli izin belgeleri alınmıştır.

Çalışmada, kalıntıların çoğunlukla birbirine karışmış durumda olduğu, kemiklerin çoğunlukla çok parçalı durumda olduğu, çok az sayıda iskeletin tamamının mevcut olduğu, genellikle sadece kafatası, pelvis veya sadece uzun kemiklerin mevcut olduğu görülmüştür. Analiz öncesi çok parçalı kemikler sıcak silikonla rekonstrüksiyon yapılarak bütünlenmiş, tüm kemikler tek tek analiz edilerek travma tespitleri yapılmıştır. Mezar No.6, 27, 28, 29, 30, 47, 64'de bulunan insan kalıntılarındaki kırık ve deformasyon morfolojileri tanımlanmış, fotoğraflanarak belgelenmiştir.

Bulgular

Toplam 60 bireye ait antik dönem insan iskeleti kalıntıları üzerinde yapılan incelemelerde az sayıda *antemortem* ve çok sayıda *postmortem* travmalar tespit edilmiştir. Güllüdere popülasyonunda 1 ve Minnetpınarı popülasyonunda 3 erişkin bireyde ölüm zamanı öncesine ait antemortem travma bulgularına rastlanmıştır. Güllüdere iskeletlerine ait kafataslarında postmortem kırıklarla birlikte plastik deformasyonlar olduğu görülmüştür.

Güllüdere Kazısı Mezar 29’da bulunan erişkin bir bireye ait sağ klavikula kemiğinin akromiyal porsiyonun posterior tarafında conoid tüberkül bölgesinde antemortem travmaya özgü, bir kemik örüntüsü görünümündeki, kallus formasyonu görülmüştür (**Şekil 1**). Bu kırığın yerinin belli belirsiz olacak kadar düzgün ve tamamen kaynaşmış olması, öncelikle kırığın kişinin ölümüne yakın bir zamanda gerçekleşmediğini ve muhtemelen tedavi gördüğünü, kırık gerçekleşikten sonra uzun bir süre yaşamış olduğunu ve düşük enerjili bir travma sonucu meydana geldiğini göstermektedir. Düşük enerjili travmalar genellikle künt travmalarla ilişkilendirilmekte olup, yüksek enerjili travmalarda genellikle çok parçalı kemikler görülmektedir. Yüksek enerjili travmalarda (Örn. Ateşli silah travması) çoklu kırıklar birçok yerden kaynaşma göstereceğinden kemikte gözle görülür bir deformasyona, bu durum da kemikte şekil değişikliklerine veya kemik boyunda kısalmalara yol açmaktadır.^{1°} Söz konusu kemikte şekil değişikliği sadece kallus formasyonunda dolayı lokal ve minimum düzeyde olup, deformasyon ve buna bağlı boyda kısalma gözlemlenmemiştir. Kemiğin bu kadar düzgün ve iyi kaynaşma göstermesi, travma üzerinde veya kenarlarında iltihaplanma izine rastlanmamış olması da bu bireyin muhtemelen tıbbi yardım almış olabileceğini düşündürmüştür.



Şekil 1. Sağ köprücük kemiği conoid tüberkül bölgesinde kallus formasyonu

Antemortem travmaya diğer bir örnek, Minnetpınarı Mezar 28’de bulunan erişkin bir bireye ait iki adet el parmak kemiklerinde tespit edilen kaynaşmadır. Kişiye ait bir el proksimal falanks ile bir medial falanks, ölüm zamanı öncesine ait bir travma sonrasında iyileşme safhasında birbiriyle kaynaşmış halde bulunmuştur. Travma bölgesi yakından incelendiğinde, proksimal falanks kemiğinin distal sonuna yakın bir bölgeden kırıldığını ve kemiğin kendini onarmak amaçlı ürettiği kallusdan ötürü eklem yaptığı medial falanks kemiğinin proksimali ile birleştiği görülmüştür (**Şekil 2**). Kırığın çok parçalı olmaması düşük enerjili bir travmadan kaynaklı, muhtemelen künt bir kuvvet sonucu meydana geldiğine işaret etmektedir. Kırığın kaynaşma şekli ve düzgün yapısı, bu parmakların kırıldıktan sonra kaynaşma sürecine kadar sabitlenerek tedavi edildiğini düşündürmüştür. Bir başka antemortem parmak kırığı, Minnetpınarı Mezar 64’de tespit edilmiştir. Yetişkin bireye ait üçüncü sağ metakarpal (MC3) parmak kemiğinin shaftında iyileşmiş antemortem kırık bulgusu mevcuttur. Bu parmak kemiğinin ventral shaftı incelendiğinde kallus formasyonuna özgü porozite kemik oluşumu açık bir şekilde gözlemlenebilmektedir (**Şekil 3**). Kırığın tek yerden kaynaşma göstermesi travmaya neden olan kuvvetin düşük enerjili bir künt travma olduğunu, düzgün kaynaşma göstermesi ve enfeksiyon deliğinin olmaması da kişinin muhtemelen tedavi görmüş olabileceğini düşündürmüştür.



Şekil 2. El proksimal ve medial falanksta antemortem travmaya bağlı kaynaşma bulgusu



Şekil 3. Sağ MC3 shaftında antemortem travma bulgusu

Minnetpınarı Mezar 47'de bulunan erişkin bir bireyin sağ femur kemiğinde tespit edilen antemortem travma bulgusunun özellikleri kişinin sağ femur kemiğinin bir künt travmaya maruz kaldığını ve bu travmanın kemiği orta shaftından ikiye ayıracak güçte bir transverse kuvvet sonucu meydana gelmiş olduğunu göstermektedir. Kişi muhtemelen tıbbi yardım almadığından kırık bölgesinde yanlış kaynama oluşmuş, kemik boyunda kısalma ve şekil bozukluğu gelişmiştir (**Şekil 4-6**). Bu bulgular, kişinin yaşarken fiziksel görünümünde sağ üst bacağına gözle görülür bir şekil bozukluğu olduğunu, yanlış kaynamadan dolayı bacak boyu kısaldığından bu bacağının aksadığını, topallayarak yürüdüğünü ve muhtemelen baston tarzı bir destek kullanmış olabileceğini düşündürmüştür.



Şekil 4. Sağ femurda antemortem travma bulgusu (Anterio-medial görünüm)



Şekil 5. Antemortem travma bulgusunun medialden görünümü



Şekil 6. Antemortem travma bulgusunun posteriorden görünümü.

Materyal çalışması esnasında Minnetpınarı ve Güllüdere iskeletlerinde birlikte en sık gözlemlenen travma çeşidi postmortem travma olmuştur. 60 bireyin her birinde çok sayıda postmortem travmaların mevcut olduğu tespit edilmiştir. Postmortem travmalar genellikle tafonomik nedenlerden kaynaklanan, kişinin

ölümü hakkında bilgi vermeyen fakat ölüm sonrası gelişen durumlar hakkında önemli bilgiler barındıran travmalardır. Bu travmalar genellikle kemiklerin insanlar veya hayvanlar tarafından buldukları ortamdan başka bir yere taşınmaları veya kazı ekiplerinin iskeletleri buldukları yerden çıkarmaları esnasında meydana gelen kırıklar, kesikler, ezikler, çizikler veya deliklerdir.^{1,3,4-7}

Güllüdere ve Minnetpınarı iskeletlerinde çok sayıda postmortem kırıklara ve bazı kemiklerde deformasyonlara rastlanmıştır (**Şekil 7-9**). Özellikle Güllüdere kafataslarında görülen postmortem kırıklar ve deformasyonlar kırık morfolojileri açısından ilginçtir. Bu kafataslarında görülen kırıklar postmortem olmalarına rağmen, perimortem olgulardaki gibi yüzeylerinin renginin kortikal kemikle aynı olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca genellikle bir perimortem travma özelliği olan kemikte plastik deformasyonun görülmesi de bu olgularda postmortem olarak karşımıza çıkmıştır.^{6,11-14}



Şekil 7. Güllüdere Mezar 30'a ait erişkin bir bireyin kafatasında görülen postmortem kırıklar ve deformasyon (Superior görünüm)



Şekil 8. Güllüdere mezar 6'ya ait erişkin bir bireyin kafatasındaki postmortem kırıklar ve sağ lateralde gözlemlenen plastik deformasyon (Superior görünüm)



Şekil 9. Güllüdere Mezar M27'e ait erişkin bir bireyin kafatasındaki postmortem kırıkların sol lateralden görünümü

Tartışma

Antik iskeletler üzerine yapılan bu çalışmada, benzer çalışmalarda olduğu gibi travmaların tespit edilebildiği ve antemortem, perimortem ve postmortem ayırımının yapılabildiği görülmüştür.^{7,15} Bu çalışmada karşılaşılan tek sorun, adli antropolojik incelemelerde kolaylıkla tespit edilen bazı perimortem kırık özelliklerinin antik dönem iskeletlerindeki tespitinin zorluğu olmuştur.

Taze kemik kolajen yapısından dolayı bir miktar kuvveti emerek elastik safhaya (geçici eğilme) kadar eğilebilmekte/esneyebilmekte ve kuvvet geri çekildiğinde eski haline dönebilmektedir. Fakat elastik safhayı geçecek kadar bir kuvvet uygulandığında plastik safhaya (kalıcı eğilme) geçtiğinden eski haline dönememekte ve kalıcı deformasyona uğramaktadır. Kuru kemikte kolajen yapı bulunmadığından eğilme/esneme gerçekleşmemekte ve kırılmaktadır.¹⁴⁻¹⁹ Perimortem travma kırıklarının eğilmeden dolayı genelde dalgalı/yuvarlak hatlara sahip ve kırık yüzeylerinin pürüzsüz, küt ve rengi kortikal (kabuksal) kemikle uyumlu, koyu ve mat oldukları gözlemlenmektedir. Postmortem travma kırıklarının ise genelde düzensiz, zigzag ve sivri kenarlı hatlara sahip oldukları, kırık yüzeylerinin pürüzlü ve kırık yüzeylerinin kortikal (kabuksal) kemikten daha açık renkte oldukları görülmektedir.^{3,5,7,14-18} Tüm bu travma özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, Güllüdere ve Minnetpınarı iskeletlerinde muhtemelen kazı esnasında iskeletlerin mezardan çıkarma işlemi esnasında gerçekleşmiş çok sayıda postmortem kırıklar gözlemlenmiştir.

Kemikler üzerindeki travma biyomekaniğini inceleyen çalışmalarda da belirtildiği gibi kuvvetin sürekli ve yavaş yüklenmesi kemikte önce elastik deformasyona (geçici eğilme), ardından da plastik deformasyona (kalıcı bükülme) ve nihayetinde de kırılmaya sebep olmaktadır.^{12,18,19} Güllüdere kafataslarında görülen plastik deformasyonlar, muhtemelen kemiğin kolajen yapısını hala koruduğu, iskeletleşmenin henüz başlamadığı safhada meydana gelmiş olmalıdır. Mezar dolgularının (toprak/taş) veya muhtemel mezar çökmelerinin kafatasları üzerinde yarattığı ağırlık ve basıncın yıllar boyu yavaş, sürekli ve statik bir kuvvet şeklinde uygulanmış olmasından dolayı meydana gelmiş olabileceği düşünülmüştür. Bu durum da kafataslarında plastik deformasyonlarla birlikte görülen ve perimortem travma özelliklerini taklit eden postmortem kırıkları da açıklamaktadır.

Birçok araştırmacı kırık yüzeyi ile kortikal kemik yüzeyinin homojen renkte olmasını, bu kırığın postmortem dönemden önce meydana gelmiş olmasıyla ilişkilendirmektedir. Örneğin Wieberg ve Wescott (2008) perimortem kırıklardaki doğal rengin, çürüme ve tafonomik lekelenmeden önce meydana gelmiş olduğunu, bu yüzden kortikal kemikle aynı renkte olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada perimortem ve postmortem ayırımında kullanılan kortikal kemikle kırık yüzeyinin arasındaki renk oranının bazı kemiklerde ayırt edilemez durumda olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedeni de büyük ihtimalle, plastik safhayı geçecek kadar yüklenen basıncın plastik deformasyon sonrasında perimortem kırık özellikleri gösteren kırıklara neden olmuş olması ve bu sebeple kırık yüzeylerinin de kortikal kemikle aynı renkte olmasına neden olmuş olmasıdır.

Sonuç

İncelenen toplam 60 antik iskelette, 4 erişkin bireyde antemortem travma bulgusu, çok sayıda postmortem kırıklar ve Güllüdere kafataslarında plastik deformasyon bulgularına rastlanmıştır. Tespit edilen antemortem travmaların alt ve üst ekstremitelerde mevcut olduğu ve yüksek olasılıkla künt travma sonucunda meydana geldikleri gözlemlenmiştir. Antik iskeletlerde gözlemlenen bu bulgularının, günümüzde yapılan adli antropolojik incelemelerde tespit edilen antemortem travmalarla aynı patolojik özellikleri gösterdikleri görülmüştür. Minnetpınarı ve Güllüdere antik iskeletleri üzerinde yapılan analizler, paleoantropolojik çalışmalarda da travma tespitlerinin ve yorumlarının yapılmasının mümkün olabileceğini, antik dönemde yaşamış kişilerin yaşamlarında meydana gelen travmatik olayların kemikler üzerinden tespit edilebileceğini ve bununla ilgili tedavi görüp görmediklerinin anlaşılabilirliğini göstermiştir. Adli antropolojik olgularda travma bulguları aileler/şahitler tarafından teyit edilebilmekte ve bu da tanımlamaların güvenilirliğini yükseltmektedir. Ancak antik iskeletlerde bulgular aileler/şahitler tarafından teyit edilemeyeceğinden travma tanımlamalarında dikkatli olunması ve bilimsel tanımları aşan kurgusal açıklamalardan kaçınılması önerilmektedir.

Bilgi

Bu çalışma Adli Antropolojide Kullanılan Travma Analizi Metodlarının Antik Dönem İskeletlerine Uygulanabilirliği (Minnetpınarı ve Güllüdere Antik İskeletleri Üzerine Yapılan Bir Çalışma) isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Kazı başkanı Prof. Dr. Yücel Şenyurt'a teşekkür ederiz.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Deren Çeker: Fikir/kavram, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı.

Ayla Sevim Erol: Denetleme/danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme, kaynaklar ve fon sağlama, malzeme sorumluluğu.

Kaynaklar

1. Sauer NJ. The Timing Of Injuries And The Manner Of Death: Distinguishing Among Antemortem, Perimortem and Postmortem Trauma. *Forensic Osteology*. 1998; Chapter 15:321-331.
2. Christensen AM, Passalacqua NV. A Laboratory Manual For Forensic Anthropology. Academic Press. Elsevier. 2018; Chapter 13:185-206.
3. Kimmerle EH, Baraybar J.P. Skeletal Trauma: Identification of Injuries Resulting From Human Rights Abuse And Armed Conflict, CRC Press. 2008.
4. Byers SN. Introduction to Forensic Anthropology: Death, Trauma and the Skeleton. A text book. Pearson and AB. 2010; P. 274-354.
5. Çeker D. Adli Antropolojide Perimortem ve Postmortem Kırıkların Ayırımı ve Travma Analizlerindeki Önemi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi* 2014; 27: 047-064.
6. Passalacqua VN, Rainwater WC. Skeletal Trauma Analysis: Case Studies in Context. Wiley Blackwell. 2015.
7. Lovell Nancy C. Trauma Analysis in Paleopathology. *Yearbook Of Physical Anthropology* 1997; 40:139-170.
8. Stewart TD. *Essentials of Forensic Anthropology*. Springfield, IL: Charles C.Thomas; 1979.

9. [İnternet] <http://antropoloji.humanity.ankara.edu.tr/paleoantropoloji/> (güncel 16.08.2020)
10. Cunha E, João P. Bone Pathology and Antemortem Trauma. Encyclopedia of Forensic Sciences, Second Edition, Elsevier Ltd., 2013; p.76-82.
11. Moraitis K, Eliopoulos C, Spiliopoulou C. Fracture Characteristics of Perimortem Trauma in Skeletal Material. The Internet Journal of Biological Anthropology. 2008; Volume 3 Number 2.
12. Burke PM. Forensic Pathology of Fractures and Mechanisms of Injury. Postmortem CT Scanning. Taylor & Francis Group, LLC; 2012.
13. Christensen MA, et al. Primary and Secondary Skeletal Blast Trauma. J Forensic Sci, January 2012; Vol. 57, No. 1.
14. Wheatley BP. Perimortem or Postmortem Fractures? An Experimental Study of Fracture Patterns in Deer Femora, J Forensic Sci 2008;53(1):69-72
15. Khudaverdyan A, Yengibaryan AA. Trauma analysis in paleopathology: distribution, structure, interpretation (Bronze and Iron Ages, Armenia), The New Armenian Medical Journal 2014; 8(1): 4-15.
16. Weiberg DAM, Wescott DJ. Estimating The Timing Of Long Bone Fractures: Correlation Between The Postmortem Interval, Bone Moisture Content, and Blunt Force Trauma Characteristics. J Forensic Sci 2008;53(5):1028-34
17. Alunni-Perret, et al. Scanning electron microscopy analysis of experimental bone hacking trauma. J. Forensic Sci 2005; 50(4): 796–801.
18. Kemp LW. Postmortem Change and its Effect on Evaluation of Fractures. Acad Forensic Pathol 2016; 6(1): 28–44.
19. Love CJ, Wiersema MJ. Skeletal Trauma: An Anthropological Review. Acad Forensic Pathol 2016; 6(3): 463-477.

Türkiye’de Havacılık Psikiyatrisi ve Psikolojisi*

Aviation Psychiatry and Psychology in Turkey

Nazım Ata¹

¹ Uzman Doktor, Uçucu Sağlığı Araştırma ve Eğitim Merkezi Başkanlığı, <https://orcid.org/0000-0002-7200-3003>

ÖZ

Amaç: Havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi, psikolojik ilke ve tekniklerin havacılığa ait özel durum ve sorunlara uygulanması ile ilgilidir. Bu çalışmanın amacı ülkemizde uzun zamandır mevcut olan ancak son yıllarda düzenlenen kurslar, kongreler ve açılan yüksek lisans programları ile daha çok adı duyulur hale gelen “havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi” alanının ülkemizdeki gelişimini tıp tarihi dizinine kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem: 2012 ile 2019 yılları arasında Cumhurbaşkanlığı Cumhuriyet Arşivi, Milli Kütüphane, Eskişehir Asker Hastanesi Kütüphanesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kütüphanesi, Eskişehir Yunussemre Devlet Hastanesi Kütüphanesi ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Arşivi ile ABD Hava Kuvvetleri Havacılık Tıp Okulu Kütüphanesi kataloglarındaki havacılık tıbbi ile ilgili kitap ve dergiler taranmış, havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili olanlar incelenmiştir.

Bulgular: 1911 yılından itibaren uçuş personelinin sağlık muayeneleri yapılmakla birlikte 1930’lu yıllardan itibaren fiziksel ve ruhsal muayeneleri uçuş tabipleri tarafından yapılmaktadır. 1938 tarihli Beden Kabiliyet Talimatnamesinde uçuş personeli için özel sağlık kriterleri belirlenmiş olsa da özellikle psikiyatrik hastalıklara yönelik maddeler kısıtlıdır. Bu durum 1957 tarihli talimatnamede uçuş personeli nöropsikiyatrik değerlendirmesinin ayrıntılandırılması ile giderilmiştir. 2000’li yıllara geldiğinde ise havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi tek başına bir bilim dalı olacak kadar çok konuyu ihtiva eder hale gelmiştir.

Sonuç: Ülkemizde havacılık psikiyatrisi ve psikolojisinin önemi 1911 yılında iki pilot adayının muayenesi ile başlamıştır. Bu alanın daha da gelişmesi için üniversitemizde yüksek lisans ve doktora programları açılması ve daha fazla araştırmalar yapılarak ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanması hedeflenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Havacılık psikiyatrisi, havacılık psikolojisi, havacılık tıbbi, tıp tarihi

ABSTRACT

Purpose: Aviation psychiatry and psychology is concerned with the application of psychological principles and techniques to special situations and problems in aviation. Aviation psychiatry and psychology has been presented in our country for a long time. However, it has become more prominent with the courses, congresses and the master’s programs organized in recent years. The aim of this study is to give information about the development of “aviation psychiatry and psychology” in our country and bring this information to medical history index.

Materials and Methods: Between 2012 and 2019, catalogs of National Archives, National Library, Eskişehir Military Hospital Library, Gulhane Military Medical Academy (GMMMA) Library, Eskişehir Yunussemre State Hospital Library in Turkey and National Archives and Air Force School of Aerospace Medicine Library in United States (USA) were researched on aviation medicine. Books and journals on aviation psychiatry and psychology were examined.

Results: Although medical examinations of aircrew have been carried out since 1911, physical and mental examinations have been carried out by flight surgeons since 1930s. Although special medical examination criteria were determined for aircrew in the Physical Ability Instruction dated 1938, the items especially for psychiatric diseases are limited. This was detailed in 1957. In the 2000s, aviation psychiatry and psychology has become a major discipline in Turkey.

Conclusion: The importance of aviation psychiatry and psychology in our country began in 1911 with the medical examination of two pilot candidates. In future it should be aimed to open master programs in our universities and there should be more studies related to aviation psychiatry and psychology.

Keywords: Aviation psychiatry, aviation psychology, aviation medicine, medical history

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2021; 11 (1): 160-172

DOI: 10.31020/mutfd.794640

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 14 Eylül 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 14 Ocak 2021

İletişim - Correspondence Author: Nazım Ata <doktornazim@yahoo.com>

Giriş

Havacılık tıbbı, uçuş personelinin ve hava yolcularının fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile ilgilenen bir koruyucu hekimlik alanıdır.¹ Havacılık psikolojisi ve psikiyatrisi de havacılık tıbbının alt dallarıdır. Havacılık psikolojisi, psikolojik ilke ve tekniklerin havacılığa ait özel durum ve sorunlara uygulanması ile ilgilenir.² Havacılık psikiyatrisi ise uçuş güvenliği ve başarısı için gerekli olan ruhsal süreçleri izlemek ve idame ettirmekle yükümlüdür. Bu, ruhsal tanı ve tedaviyi önceleyen klinik psikiyatriden kısmen ayrılmasını sağlar.³

Her ne kadar iki farklı alan gibi görülse de son yıllara kadar ülkemizde havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi birlikte gelişen bilim alanları olmuştur. Bu alanda çalışanların iki büyük sorumluluğu bulunmaktadır. Bunlardan biri en doğru adayı seçmek, ikincisi ise seçilen ve eğitilen uçuş personelinin uzun yıllar sağlıklı bir şekilde hizmet etmesini sağlamaktır. Seçim aşamasında klinik değerlendirmede tıp fakültesinden mezun olduktan sonra havacılık tıbbı alanında uzun süreli uzmanlık eğitimi alan hava ve uzay hekimliği uzmanları ile tıp fakültesinden mezun olduktan sonra havacılık tıbbı alanında kısa süreli kurs alan uçuş tabiplerinin rolü ön plandadır. Psikolojik ve psikomotor değerlendirmede ise psikiyatrist uçuş tabiplerinin ve uçuş psikologlarının rolü ön plana çıkmaktadır. Havacılık psikiyatrisi ile ilgilenen kişiler özel olarak bu alanda kurs almış kişiler olmayıp, psikiyatri uzmanlık eğitimi öncesi ya da sonrasında uçuş tabipliği kursundan mezun olmuş tıp doktorlarıdır. Uçuş psikologları ise Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü (SHGM) tarafından onaylanmış bir kurstan mezun olmuş klinik psikologlardır.⁴

Ülkemizde havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili çalışmalar ilk olarak nöropsikiyatristler tarafından yapılmıştır.⁵ Uzun yıllar sadece uçuş tabiplerinin yürüttüğü çalışmalara sonraki yıllarda havacılık psikolojisi alanında kurs alan uçuş psikologları da destek olmaya başlamışlardır. Günümüzde hava-uzay hekimliği uzmanları ve uçuş tabipleri daha çok uçuş personelinin seçim ve sonrasındaki sağlık muayenelerindeki psikiyatrik değerlendirme kısmında katkı sağlarken; uçuş stres ve korkuları, ekip kaynak yönetimi (crew resource management-CRM), psikomotor değerlendirme, akran destek programı, kaza sonrası psikolojik destek gibi alanlarda uçuş psikologları görev almaya başlamıştır.^{6,7}

Bu çalışmanın amacı ülkemizde uzun zamandır mevcut olan ancak son yıllarda düzenlenen kurslar, kongreler ve açılan yüksek lisans programları ile daha çok adı duyulur hale gelen “havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi” alanının ülkemizdeki gelişimini kitap, arşiv ve belgeleri tarayarak tıp tarihi dizinine kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma kapsamında aşağıda ayrıntıları verilen arşiv ve kataloglar incelenmiştir.

Türkiye’deki Yazılı Kaynaklar:

1. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri: 15 Aralık 2011-30 Ocak 2012 tarihleri arasında “havacılık”, “havacılık tıbbı”, “hava hastanesi” ve “1931-1948 dönemi uçuş tabiplerinin isimleri” taranmıştır. Elde edilen belgelerden havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili olanlar çalışma kapsamında incelenmiştir.
2. Kütüphaneler: Milli Kütüphane, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kütüphanesi, Eskişehir Asker Hastanesi Kütüphanesi ve Yunussemre Devlet Hastanesi Kütüphanesindeki “havacılık”, “havacılık tıbbı” ile ilgili tüm dergi ve kitaplar ve “1931-1948 dönemi uçuş tabiplerinin yazar olduğu makaleler” 15 Aralık 2011 ile 1 Eylül 2020 tarihleri arasında muhtelif zamanlarda incelenmiş, havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili olanlar çalışma kapsamında değerlendirilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Yazılı Kaynaklar:

1. ABD Hava Kuvvetleri Havacılık Tıp Okulu Kütüphanesi: ABD'ye uçuş tabipliği için giden Türk kursiyerlerle ilgili belgeler 1 Şubat 2013 ile 1 Haziran 2013 tarihleri arasında araştırılmış, kurs alanların isimlerine ulaşılmış, nöropsikiyatrist ve psikiyatrist olanlar değerlendirmeye alınmıştır.

2. ABD Ulusal Arşivi: 1948-1951 yılları arasında Marshall Planı kapsamında ülkemize yapılan ABD yardımları ile ilgili belgeler için 25 Ekim 2018 tarihinde ABD Ulusal Arşivinde tarama yapılmış, havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili bilgiler değerlendirilmiştir.

Bulgular

Konunun daha anlaşılabilir olması için elde edilen bulgular kronolojik bir sıra yerine ilk pilotların sağlık muayeneleri, bu muayeneleri yapan uçuş tabipleri, kullanılan talimnameler, uçuş psikiyatrisi ve psikolojisi alanındaki kurs, araştırma ve kongreler gibi alt başlıklara ayrılmıştır. Her bir başlık altında ise bulgular kronolojik olarak verilmiştir.

1. Uçuş Personeli Muayenelerinde Psikiyatrik ve Psikolojik Değerlendirme

Havacılığın ilk yıllarında mühendislik bilgisi olan pilot adaylarını bulmak oldukça zor olmuştur. Yine de ilk pilot adaylarımız dahil bu kişilerin bilgi ve beceri seviyelerinin normalin üstünde olması aranmıştır. Ama her zaman yetenekli pilot adaylarını bulmak mümkün olmamıştır. Öyle ki, 1951 yılında yayınlanan bir kitapta pilot adayı olarak başvuran bazı adayların herhangi bir teknolojik aleti kullanmayı bilmedikleri gibi, bisiklet sürmeyi dahi beceremedikleri belirtilmiştir.⁸ Yine de yapılan muayenelerle en kıvrak zekaya sahip olanlar seçilmeye çalışılmış ve en kısa sürede uçuşu kavrayan adaylarla ilerleme sağlanabilmiştir.⁸

Fiziksel ve ruhsal olarak en yüksek kabiliyetli ve en uygun adayların seçilmesi amacıyla 1932 yılında Eskişehir'de bir Hava Sağlık Muayene Merkezi (HSMM) kurulmuştur.⁹ Her ne kadar bu muayene merkezi Hava Kuvvetleri pilotları için kurulmuş olsa da uzun yıllar sivil pilotların muayenelerini de yapmıştır.⁵

2. İlk Pilot Sağlık Muayeneleri

14 Şubat 1911 tarihinde Genelkurmay Başkanlığı tarafından gönderilen bir yazı ile Avrupa'ya pilotaj eğitimine gönderilmek üzere iki subay belirlenmesi istenmiş, müracaat eden adayların özellikleri sıralanırken “deniz ve salıncaktan başlarının dönmemesi, cesaret ve sebat sahibi olmaları, piyade, topçu ya da süvari sınıfı özelliklerini taşımaları” istenmiştir.¹⁰ Bu yazıdan da anlaşılacağı üzere pilot adaylarının o dönemdeki en sağlıklı ve psikomotor becerileri en yüksek sınıflar olarak görülen piyade, topçu ve süvari sınıflarının sağlık kriterlerini taşımalarının yanı sıra, hareket hastalığı (hava tutması) olmaması ve doğru karar verebilme yeteneklerinin olması istenmiştir. Başvuran adaylar arasından Yüzbaşı Fesa ve Teğmen Yusuf Kenan seçilmiştir. İlk Türk pilotu Fesa Beyin 7 Temmuz 1911 tarihli ilk sağlık raporunda “*Hey'etçe ledel muayene: Hali hazırda afatı kalbiyeden masun olduğu ve istihsal olunan merbut mütehassis raporundan dahi gözleri ilel ve emrazdan salim ve kuvveyi rüyeti hali tabide bulunduğu anlaşılmiş olmağla, ifayı muktezası zimmında*” (Günümüz Türkçesiyle: “Kalp hastalıklarından birine rastlanmadığı ve gözlerinin sağlam ve görüş kuvvetinin doğal olduğu anlaşılmiş olmakla, görevin gereklerini yerine getirmesi”) ifadeleri yer almıştır. Diğer pilot adayı Yusuf Kenan Efendi'nin 22 Haziran 1911 tarihli sağlık raporunda ise “*24 yaşında, ağır başlı olup, ahvali hazırası tayyarecilik tahsiline mani hiçbir illetle malul olmadığını mübeyyin rapor tanzim kılındı*” (Günümüz Türkçesiyle: “Ağırbaşlı, pilotaj eğitimine engel hiçbir rahatsızlığı bulunmadığı raporu düzenlendi”) ifadesi yer almıştır.¹⁰ Her iki raporun da bir heyet tarafından verildiği anlaşılmakta olup özellikle Yusuf Kenan Efendi'nin raporundan sadece fiziksel değil ruhsal bir değerlendirmeye de tabi tutuldukları ve buna uygun rapor düzenlendiği anlaşılmaktadır.

Aynı dönemde uçaklarda görev alacak olan rasıtların (uçakta pilotla birlikte bulunan gözlemci) seçiminde aranan özellikler sıralanırken “tamüsihha olmak, gözleri kuvvetli bulunmak, soğukkanlı bulunmak, iyi hafıza

ve sözü dinlenir olmak, mübalağalı söz söylememek” (Günümüz Türkçesiyle: “Tam sağlıklı, görmesi kuvvetli, soğukkanlı, iyi hafızalı, sözü dinlenir ve abartılı konuşmama”) gibi bugün için de geçerli nitelikler belirtilmiştir.¹¹

İlk uçuş personelinin sağlık muayenelerinin yapıldığı dönemlerde ülkemizde henüz uçuş tabipleri yoktu. Türkler uçuş tabipliğini ilk kez Birinci Dünya Savaşı yıllarında Almanlardan öğrenmişlerdir.^{1,5} İlk uçuş tabibimiz Dr. Yusuf Balkan’ın Fransa ve İtalya’daki uçuş tabipliği eğitimini takiben 1931 yılında ülkeye dönmesi ve sonraki yıllarda yine Türk doktorların eğitim için Avrupa ve ABD’ye gitmeleri sonrasında havacılık tıbbi muayeneleri havacılık fizyoloji ve psikolojisini bilen uçuş tabipleri tarafından yapılmaya başlanmıştır.⁵ İlk uçuş personelimizin sağlık muayenelerinde hangi testlerin yapıldığı ya da nasıl değerlendirildiği ile ilgili ayrıntılı raporlara ulaşılamamıştır. Ancak 1930’lu yıllardan itibaren uçuş personelinin ruhsal muayenelerinin uçuş tabibi psikiyatristler tarafından yapıldığı bilinmektedir.¹² 1930 ve 1940’lı yıllarda kullanılan formlardan ayrıntılı bir ruhsal muayeneye tabi tutulduğu görülmektedir (**Şekil 1,2,3**). 1949 yılında ABD standartlarının kullanılmaya başlanmasıyla birlikte uçuş personeli adaylarında sağlık nedeniyle elenme oranı %50’nin üstüne çıkmıştır. Aynı yıllarda ABD yardımı ile ülkemize kurulan alçak basınç odasında, hipoksi eğitiminin yanı sıra irtifaya dayanıklılık ve uçuş koşullarında psikolojik tepkilerin değerlendirilmesi de test edilmeye başlanmıştır. Bu muayeneler ile uçuş stresi altında psikolojik problemlerin tespit edilmesi de amaçlanmıştır.¹³ Muayenelerin bu şekilde ayrıntılandırılması sonucunda, pilot olarak görev yapanlar arasında sağlık muayenesini geçemeyenler olmuştur. Muayene edilen 111 pilottan 8’i sağlık muayenesini geçememiş, 58’i ise ikinci defa muayene edilmek üzere beklemeye alınmıştır.¹⁴

T. C. M. M. V. H. M. Hk. Mu. S. Me. Bey. Bakanlığı 5231		Künye	Ekişikler 27/2/1937
Asabi ve aklı muayene kağıdı			
Akıl ve aklı muayene sonucu			
İzlenim ve genel muayene sonucu			
Neyin etkisiyle aklı muayene			
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
Asabi ve aklı muayene sonucu	Kafa	Hayır	Evet
	Aklı	Hayır	Evet
	İzlenim	Hayır	Evet
	Genel muayene	Hayır	Evet
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
İzlenim ve aklı muayene sonucu			
Mühür ve İmza			
S. Sarı			

Şekil 1. 1930 ve 1940’lı yıllarda kullanılan psikiyatrik muayene formları

T. C.		Tıbbi Fiş	
M. M. Vekâleti			
Hava Müsteşarlığı			
Sıhhi Muayene Merkezi			
ESKİŞEHİR			
Adı	[Redacted]	Soyadı	[Redacted]
2° CÜMLELİ ASABI MUAYENESİ			
Nüzelejik ahvali sahibi	Şahsi :	Salim -	
	Canlı :		
Tamamlayıcı mühim malumat :			
Morfoloji : Normal			
Cilt ve Gaşayı muahazi :			
Dil :			
Nesbeler :			
Sağ veya sol el :			
I- Hareket vızafı :			
Adeli neşvünüma :			
Adeli tevettüriyet :			
Kuvve-i adaliye : 38/35° Finamometre			
Harekât :			
Refleksler :			
Veterî R.	Ağıl Ritfa Kübere Simhak	Sol taraf	Sağ taraf
		Normal	Normal
Cildi R.		"	"
Tezelül :		yoktur	yoktur
Harekâtı muhtazama :		Normal	Normal
Yürüyüş :		"	"
Ayakla duruş :		"	"
II - Hissiyat : <i>Calis</i>			
Stéréognosie : <i>Yoktur</i>			
Baresthesie : <i>Yoktur</i>			
III - Ezcacı kâfiye :			
As. gemmi : <i>Salimdir</i>			
As. basarı : <i>Salimdir</i>			
Hadekalar :			
Ha. refleksi : <i>normal normal</i>			
As. muharrekei aynıye :			
Diğer ezcacı kâfiye : <i>Salimdir</i>			
IV - Psycho physiologigve tecrübeler :			
Psychomotrice { Basarı : /			
tezmül { Sem'i : /			
Lemsi : /			
Heyecanıyet : <i>Normal</i>			
Namzedin umumî haleti ruhiyesi			
<i>Salimdir</i>			
Seriri ve Vazifevi netice			
<i>Sağlam</i>			
28-5-1945			
Asabiye ve Akliye Mitehassısı			
<i>[Signature]</i>			

Şekil 2. 1930 ve 1940'lı yıllarda kullanılan psikiyatrik muayene formları

Tıbbi Fiş		Tıbbi Fiş	
M. M. Vekâleti			
Hava Müsteşarlığı			
Sıhhi Muayene Merkezi			
ESKİŞEHİR			
Adı	[Redacted]	Soyadı	[Redacted]
2° CÜMLELİ ASABI MUAYENESİ			
Nüzelejik ahvali sahibi	Şahsi :	Salim -	
	Canlı :		
Tamamlayıcı mühim malumat :			
Morfoloji : Normal			
Cilt ve Gaşayı muahazi :			
Dil :			
Nesbeler :			
Sağ veya sol el :			
I- Hareket vızafı :			
Adeli neşvünüma :			
Adeli tevettüriyet :			
Kuvve-i adaliye : 38/35° Finamometre			
Harekât :			
Refleksler :			
Veterî R.	Ağıl Ritfa Kübere Simhak	Sol taraf	Sağ taraf
		Normal	Normal
Cildi R.		"	"
Tezelül :		yoktur	yoktur
Harekâtı muhtazama :		Normal	Normal
Yürüyüş :		"	"
Ayakla duruş :		"	"
II - Hissiyat : <i>Calis</i>			
Stéréognosie : <i>Yoktur</i>			
Baresthesie : <i>Yoktur</i>			
III - Ezcacı kâfiye :			
As. gemmi : <i>Salimdir</i>			
As. basarı : <i>Salimdir</i>			
Hadekalar :			
Ha. refleksi : <i>normal normal</i>			
As. muharrekei aynıye :			
Diğer ezcacı kâfiye : <i>Salimdir</i>			
IV - Psycho physiologigve tecrübeler :			
Psychomotrice { Basarı : /			
tezmül { Sem'i : /			
Lemsi : /			
Heyecanıyet : <i>Normal</i>			
Namzedin umumî haleti ruhiyesi			
<i>Salimdir</i>			
Seriri ve Vazifevi netice			
<i>Sağlam</i>			
28-5-1945			
Asabiye ve Akliye Mitehassısı			
<i>[Signature]</i>			

Şekil 3. 1930 ve 1940'lı yıllarda kullanılan psikiyatrik muayene formları

3. Psikiyatrik Değerlendirmede Uçuş Tabibinin Yeri

1950’li yıllarda pilotların en yakın sağlık danışmanları birliklerindeki uçuş tabipleriydi. Ülkemizde düzenlenen kurslar ile uçuş tabibi sayısının artmaya başladığı 1950’li yıllarda; uçuş tabiplerinin, pilotların gündelik yaşam alışkanlıklarına, sıkıntılarına, ekonomik ve ailevi durumlarına kadar sırdaşı, gözlemcisi ve düzenleyicisi olmak gibi yasal sorumlulukları vardı.¹⁵ Günümüz için bile ideal bir uçuş tabibini ve uçuş psikoloğunu tarifleyen bu durum, en küçük hastalık ve psikososyal sorunların kontrol altında tutulmasını ve uçuş emniyetini arttırmayı hedeflemektedir.

Ülkemizin ilk psikiyatrist uçuş tabiplerinden Dr. İzzet Oykam 1948 yılında Eskişehir Hava Okulu’nu ziyaret eden stajyer doktorlara yaptığı konuşmada; yüklenmiş oldukları ödevin önemi nedeniyle uçuş personelinin birçok vasıflar içerisinde zihinsel yeterlilik, akıl sağlığının tamlığı ve psikolojilerinin olgun ve dengeli olmasını beklediklerini belirtmiştir. Konuşmasının devamında pilotların karşılaştıkları zorluklardan bahsetmiş ve havacılık mesleğinin fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı kişilerle yürütülmesinin gereğine değinmiş; sağlık açısından nörolojik, psikolojik ve psikiyatrik bakımdan yüksek standartlar beklendiğini vurgulamıştır.¹⁶ Havacılık tıbbının gelişmesinde büyük bir hız kazanılan 1940’lı yılların sonlarında uçuş tabibinin dört önemli görevi sayılırken; ikinci sırada “adayların seçilmesi” belirtilmiştir.¹⁷

23 Haziran 1954 tarihinde uçuş tabiplerinin Hava Kuvvetleri birliklerindeki günlük çalışma tarzı ile ilgili bir yazı yayınlanmıştır. Bu yazıya göre uçuş tabiplerinin günlük görevleri arasında uçuş personelinin neşeli ve kederli anlarını gözlemek ve yaşam tarzlarını yakından izlemek gerektiği belirtilmiştir.⁵

4. Psikiyatrik ve Psikolojik Değerlendirme Usulleri

Ülkemizde 1932 yılında uçuş personeli için bir Beden Kabiliyeti Talimatnamesi hazırlanmıştır.⁵ Bu personel için daha kapsamlı sağlık muayene kriterleri ise 1938 ve 1957 yıllarında yayınlanmıştır. 1938 tarihli Beden Kabiliyet Talimatnamesinde pilot adayları ile yetişmiş pilotlar için özel sağlık kriterleri belirlenmiş olsa da özellikle psikiyatrik hastalıklara yönelik maddeler kısıtlıdır. Bu durumun 1957 tarihli talimatnamede ayrıntılandırılmasında Dr. İzzet Oykam’ın katkısının olduğunu düşünmek yanlış olmaz. 1938 tarihli talimatta pilotluğa engel haller arasında psikiyatrik hastalıklardan sadece “ileri derecede emotivite” (aşırı heyecanlı ve duygusal olma hali) geçmektedir. “Asabi ve ruhi cihaz” başlığı altında ise bu muayenede adayın ailevi ve kişisel geçmişinin özellikle araştırılması önerilmektedir. Bu talimattaki en ilginç noktalardan biri de; boyun en az 165 cm olması istenmesine karşın tüm sistemleri mükemmel, ruhi vasıfları, kültür ve zekâsı bakımından çok iyi olan adaylardan boyu 160 cm’ye kadar olanların kabul edilebileceği maddesi yer almıştır.¹⁸ Yani talimatta seçicilere, bedensel ve zihinsel yönden üstün niteliklere sahip adayların, birkaç santimetrelik boy kısalığı yüzünden elenmesi yerine istisnai olarak pozitif ayrımcılık yapılması inisiyatif tanınmıştır. 1957 tarihli Ordu Beden Kabiliyeti Talimatnamesi incelendiğinde ise pilotların nöropsikiyatrik değerlendirmesi dört başlık altında toplanmıştır. İlk bölüm olan nöropsikiyatrik değerlendirmede askeri havacılığa uyum kabiliyetinden, ikinci ve üçüncü bölümlerde psikiyatrik ve nörolojik muayenelerden, son bölümde ise psikolojik ve psikomotor değerlendirmeden bahsedilmektedir.¹⁵

a. Nöropsikiyatrik Muayene (Askeri Havacılığa Uyum Kabiliyeti)

1957 tarihli Ordu Beden Kabiliyeti Talimatnamesine göre Askeri Havacılığa Uyum Kabiliyeti bir çeşit kişilik değerlendirmesi olarak geçmekte olup; tıbbi, psikolojik, psikiyatrik özgeçmiş ve genel bedensel, nörolojik, vs. muayeneler yanında; kişinin uçuşa hevesi, olgunluğu, dengeliliği, askeri havacılıktaki zorluklar karşısında göstereceği dayanıklılık tutumlarına bakılması istenmiştir. Bunun sadece uzman kişiler tarafından yapılması zorunlu kılınmıştır.

b. Psikiyatrik Muayene

Uçuş personeli adayı psikiyatrik muayenelerinin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması; psikiyatrik muayenede adayın güçlü bir karakteri olup olmadığına, özel yaşamındaki zorluklara ve bunlarla baş etme tarzına bakılması istenmiştir.

c. Psikolojik Sınıflandırma

Havacılıkta psikolojik sınıflandırmanın amacı savaşacak uçuş personelini yetiştirmek, uygun kişileri seçerek zamandan, malzemedan, paradan tasarruf sağlamak, en nitelikli ekipleri oluşturmak olarak belirtilmiştir. Hava Kuvvetlerine alınan adayın yerde ya da havada ve hangi tip görevlerde kullanılmasının uygun olacağını belirlemek için, havacılık bilgileri ve psikomotor becerilerinin incelenmesi zorunlu kılınmıştır.

5. İlk Psikiyatrist Uçuş Tabipleri

Ülkemizde uçuş tabipliği kavramı 1929 yılında Fransa ve İtalya'ya eğitime gönderilen Dr. Yusuf Balkan'ın 1931 yılında yurda dönmesi ile bilinir hale gelmiştir.¹ İlk yıllarda HSMM'inde yapılan muayeneler uçuşa uyumluluk açısından sadece Dr. Yusuf Balkan tarafından değerlendirilmiştir.⁵ Sonraki yıllarda HSMM'nin yeni uzman tabiplerle güçlendirilmesine karar verilmiştir. KBB uzmanı Dr. Yusuf Balkan ile birlikte havacılık tıbbi muayenelerinin en kritik branşlarının tamamlanması için yurtdışına psikiyatri, göz ve dahiliye uzmanları gönderilmesi uygun görülmüştür.⁵ Yapılan sınavda Rüştü Bilge (Psikiyatri Uzmanı), Kemal Gözmen (Göz Hastalıkları Uzmanı) ve Fahrettin Yakal (Dahiliye Uzmanı) başarılı olarak 1934 yılında Fransa'ya eğitime gitmişlerdir.¹⁹ 1935 yılında yurda dönüşlerini takiben HSMM'nde görev yapmaya başlayarak Sıhhi Beden Talimatnamesini hazırlamışlardır. Bu talimatname 1932 yılında ülkemizde ilk defa hazırlanan "uçuş personeli ve adaylarının seçimi ve sağlık yeterliliklerinin yıllık kontrolünü düzenleyen nizamnamenin" devamı niteliğindedir.⁵ 1935 yılında kullanılmaya başlanılan Sıhhi Beden Talimatnamesi'nin hazırlanması sırasında Alman Havacılık Tıp Talimatnamesi'nden yararlanılmıştır.²⁰ Psikiyatri Uzmanı Rüştü Bilge 1935 ile 1938 yılları arasında HSMM'de ülkemizin ilk psikiyatrist uçuş tabibi olarak görev yapmıştır.^{5,21} Ancak HSMM'de görevli tabiplerin yılın birkaç ayını sivil ve askeri tabip muayeneleri için ülkenin değişik hava üslerinde gezici heyet olarak geçirmesi nedeniyle 1938 yılında görevinden ayrılmıştır.¹² Onun ayrılmasını takiben uçuş personelinin psikiyatrik muayeneleri uçuş tabibi olmayan Dr. Mevlüt Doğan Türk tarafından yapılmıştır.^{5,21} Onun da 1942 yılında sağlık nedeniyle ayrılmasından sonra psikiyatri uzmanı Dr. İzzet Oykam bu göreve getirilmiştir.⁵ (**Tablo 1**) (**Şekil 4**) 1930 ve 1940'lı yıllarda yurtdışı kurslara tabip gönderilirken psikiyatri uzmanlarına öncelik verilmiştir.

Tablo 1. Dr. İzzet OYKAM'ın hayatı ve havacılık psikolojisi ile ilgili çalışmaları

Dr. İzzet Oykam

Havacılık tıbbi ile havacılık psikiyatrisi ve psikolojisine çok önemli katkıları olan ilk havacılık psikiyatristimiz Dr. İzzet Oykam, 1908 yılında İstanbul'da doğmuştur. 1934 yılında TSK'nde göreve başlamış, 1940'da nöropsikiyatri uzmanı olmuş; 1942'de Eskişehir'deki HSMM'nde göreve başlamıştır. Burada görevliken 1946-1947 yıllarında Uçuş Hekimliği ve Hava Fizyolojisi Kursu almak üzere ABD'ye gönderilmiştir. Ülkeye dönüşünü takiben 1948 yılında düzenlenmeye başlanan Uçuş Tabipliği Kurslarında eğitmenlik, 1958-1959 yıllarında Eskişehir HSMM Başkanlığı yapmıştır. 1942 yılından, albay rütbesinde emekli olduğu 1960 yılına kadar Eskişehir HSMM'de çalışmış, 1994 yılında vefat etmiştir.


1955 yılına kadar olan anı ve gözlemlerini kitaplaştırarak havacılık tıbbının ilk yıllarını öğrenmemizi sağlayan Dr. İzzet Oykam, nöropsikiyatri ve havacılık tıbbi ile ilgili birçok yazı hazırlamıştır. Havacılık dergilerinde pilot seçimlerinden uçak kazası sonrası psikolojik etkilenmelere, uçuş personelinin psikolojik sorunlarından, alkol ve sigara bağımlılıklarına, uçuşun fizyolojik etkilerinden yorgunluğa kadar yüze yakın makalesi yayınlanmıştır. Bu makalelerin yanı sıra havacılık tıbbi yazınına kazandırdığı ona yakın kitabı bulunmaktadır. Dr. İzzet Oykam'ın pilotlar ve pilot adayları ile ilgili yazdığı bir şiir, onun pilotlarla çok yakın ilişkiler kurduğunun kanıtıdır (**Şekil 5**).²⁵

Dr. İzzet Oykam'ın Kitapları:

1. Uçucuların muhtelif uçuş kademe ve uçuş hareketlerindeki asabi ve ruhi durumlarının tetkiki, iradelerinin rolü ve hastalıkları, 1946.
2. Havacılık Hijyeni, 1949 (Bölüm Yazarlığı)
3. Askerlikte Moral, 1953
4. Havacılık Hekimliğinde Nöropsikiyatrinin Ana Hatları, 1955 (Tercüme)
5. Türk Askeri Havacılık Hekimliği Tarihi, 1956
6. Ferd'de Karakter Halini Almış Alışkanlıklar Üzerine Ruhi Tahliller, 1958
7. Uçuş Hekimleri El Kitabı, 1958 (Çeviri)



Şekil 4. Dr. İzzet Oykam

Bir pilotun hayatı		
YAZAN: Dr. Yb. İZZET F. OYKAM		
<p>Çocuklar, oyuncaklar. . Model uçaklar. Yaramaz bir küçük ağabey. . Sırtında minicik bir üniforma. Göğsünde dededen kalma madalya.. Annenin telkini. Babanın teşviki. . Havacılığa ait menkıbeler. . Canlı hikâyeler. Masum kalbde yeşeren uçuculuk sevgisi.. Rüyalarla beslenen ümit. . Hasretle beklenen seneler.</p> <p>★</p> <p>Artık kısa pantalona veda. . Terbiye, tahsil. . Spor, tekâmül. Paraşüt kulesine hasretle bakış. . Derken, bir aralık çıkıp atlayış.</p> <p>★</p> <p>Hava harp okuluna giriş. . Derslere gayret, Uçak başında başarı. Göğüste kanat, Elde san'at. Muhitten taktir. . Bröveye çekilen bravo.</p> <p>★</p>	<p>Artık orduya intisap. Nefse itimat. . Başarılı uçuşlar. Gün geçtikçe artan tecrübe. . Terfi, tefeyyüz.</p> <p>★</p> <p>Semâlarla yoldaş. . Meleklerle kardeş. Heyecanlarda ilâhi lezzet, Sürülür gökte saltanat. .</p> <p>★</p> <p>Tehlikeli dakikalar. . Kör uçuşta arıza, Motörde yangın. Mecburi iniş. . Baş travması. Ölüm, kalımla mücadele. . Harbe hazırlanış. Kalpte ezeli cesaret. . Millette ebedî selâmet.</p> <p>★</p> <p>Bir lâhze teemmül. Artık evlenmeye karar, Ruha bir eş. . Düğün, dernek, Eşler denk.</p> <p>★</p>	<p>Derken olur çocukları. . Sırtta minik üniforma. Oynar durur oyuncakla, En çok model uçaklarla,</p> <p>★</p> <p>İşte mesut bir yuva. . Neş'e dolu bir hava. Yavru kalbinde filizlenen baba mesleği.. Olacak ceddinin hayırlı halefi.</p> <p>★</p> <p>Artık yavaş yavaş alında izler. . Yıpranmış benizler. Vatana hizmetin gururu ile, Gençliği hasretle yâd eder, Ruhlarda sükûn, Kalbde huzur. Ömrünün yurda armağanı olan Şerefli mâziyi tabattür. İşte «bir pilotun hayatı» budur.</p> <p>Eskişehir ; 27.11.951</p> 

Şekil 5. Dr. İzzet Oykam'ın pilotlar için yazdığı şiir

1946 yılına gelindiğinde ABD standartlarına göre uçuş tabibi yetiştirilmek amacıyla Türkiye’den doktorların ABD’ye gönderilmesine karar verilmiştir. Yapılan sınavda başarılı olan Dr. İzzet Oykam ve diğer branşlardan 3 uzman tabip ABD Hava Kuvvetleri Havacılık Tıp Okulu’nda Havacılık Hekimliği ve Hava Fizyolojisi kurslarına gönderilmiştir.^{5,22,23} Kurstan başarı ile mezun olan dört doktor 1947 yılı sonlarında Türkiye’ye dönerek HSMM’de göreve başlamışlardır.⁵ 1948 yılında ise ABD misyonu kapsamında Türkiye’de bir uçuş tabipliği kursu açılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda daha önce ABD’de kurs gören dört doktorun yanı sıra bir doktorun daha hava fizyolojisi alanında eğitime gönderilmesine karar verilmiştir. Mayıs 1948’de hava fizyolojisi kursundan dönen Hilmi Dinç (Uçuş Fizyoloğu) ve diğer 4 uzman tabip, ABD yardım heyetinin sorumlusu Yb. Ralph Sweitzer gözetiminde ülkemizde ilk defa 1948 yılında uçuş tabipliği kursunu düzenlemiştir.²⁴ Düzenlenen bu kursta havacılık psikiyatrisi özellikle üzerinde durulan konuların başında gelmiştir.⁵

Bu kursta eğitmenlik yapan ülkemizin ilk psikiyatrist uçuş tabiplerinden Dr. İzzet Oykam 1948 yılı başlarında ABD’de gördüğü kursla ilgili bir rapor hazırlayıp havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili önerilerde bulunmuştur.⁵ Raporunda uçuş personelinin psikiyatrik değerlendirmeleri ile ilgili önerileri noktası, virgülüne kadar 1957 yılında yayınlanan Ordu Beden Talimnamesinde yer almıştır.¹⁵ Raporunda psikologların havacılık tıbbi muayenelerindeki yerinden de ayrıntılı olarak bahsetmiş; psikolojik sınıflandırma testleri ile psikomotor testlerin psikologlar tarafından uygulandığını; bu test bataryalarının ülkemize de alınarak uçuş personelinin sınıflandırmasında kullanılmasını önermiştir.⁵

6. Havacılık (Uçuş) Psikolojisi Kursları

Günümüzdeki adı Uçucu Sağlığı Araştırma ve Eğitim Merkezi (USAEM) olan Eskişehir Hava Sağlık Muayene ve Fizyolojik Eğitim Merkezi Başkanlığında ilk defa 2003 yılında psikologlar için bir “Uçuş Psikolojisi ve Fizyolojik Eğitim Kursu” eğitim standardı oluşturulmuştur.²⁶ Daha öncesinde ana hava üslerinde çalışan bazı psikologlar, tıp doktorları ile birlikte 6 haftalık “Uçuş Tabipliği ve Fizyolojik Eğitim Kursuna” katılarak “Uçuş Psikoloğu” unvanı ve sertifikası almışlardır.²⁷

Bu kursların amacı; “uçuş birliklerinde görev yapacak psikologların, uçuşun insan organizması üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri ve uçuşta ortaya çıkabilecek veya uçuşu engelleyebilecek sağlık sorunları konusundaki bilgilerini pekiştirmek; uçuş personelinin moral, motivasyon, görev performansı ve uçuş emniyetinin en üst düzeyde tutulmasına destek olmak” olarak belirtilmiştir.²⁶ On gün olarak planlanan “Uçuş Psikolojisi ve Fizyolojik Eğitim Kursu” üç bölüm halinde planlanmıştır: İlk bölümde temel havacılık ve uçuş fizyolojisi bilgileri, ikinci bölümde uçuş psikolojisi konuları; üçüncü bölümde ise uygulamalı eğitimler (alçak basınç odası, insan santrifüjü, dizoryantasyon, fırlatma sandalyesi ve gece görüş) yer almıştır.²⁶

2008 yılına kadar uçuş tabipliği kurslarında tıp doktorları için havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile ilgili dersler anlatılmasına, hatta bu kurslara katılan psikologlar olmasına rağmen, sadece psikologlar için özel bir kurs açılmamıştır. Eğitim standardı 2003 yılında oluşturulan “Uçuş Psikolojisi ve Fizyolojik Eğitim Kursu” ilk defa 25 Şubat 2008 tarihinde açılmıştır. Bu kurstan 14 psikolog “Uçuş Psikoloğu” unvanı ile mezun olmuştur.²⁸ 2009 yılında 2’ncisi açılan kurstan 9 psikolog daha mezun olmuştur. Sonraki yıllarda kurs eğitim standardında bir değişiklik yapılarak psikolojik danışman ve rehberlik öğretmenlerinin de bu kursu alabileceği ifadesi eklenmiştir. Bu değişiklik sonrasında 2015 yılında düzenlenen 3. Dönem kurstan 14 kursiyer mezun olmuştur.^{6,26}

2017 yılından itibaren havacılık psikolojisi kursları üniversiteler tarafından açılmaya başlanmıştır. Üsküdar Üniversitesinde 2017-2019 yılları arasında 5 dönem “Havacılık Psikolojisi Sertifika Kursu” düzenlenmiştir. Kursun organizasyon ve planlanmasını havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi ile havacılık tıbbi alanında birçok makalesi, çalışması olan ve bu alanın ülkemizdeki tanınırlığını artıran kişilerin başında gelen; “Havacılık ve Uzay Psikolojisi” kitabının yazarı Prof.Dr. Muzaffer Çetingüç yapmıştır. Üsküdar Üniversitesinde açılan bu kurslardan günümüze kadar toplam 138 kişi sertifika almıştır.²⁹ Sivil sahada bu kurs 2019 yılında Antalya

Bilim Üniversitesi Praxis Havacılık ve Uzay Programları bünyesinde de düzenlenmiş; 6 psikoloğun sertifika aldığı bu kursta uçuştaki fizyolojik koşulları simüle eden bazı eğitim yardımcıları kullanılmış ve fizyolojik farkındalık amaçlı 1 sorti uçuş yaptırılmıştır.³⁰

7. İlk Uçuş Psikologları

Yapılan araştırmalar sonucunda ulaşılan kaynaklarda ilk “Havacılık (Uçuş) Psikolojisi Kursu” 2008 yılında açılmış gibi görülsede önceki yıllarda da uçuş psikolojisi kursları düzenlendiği ya da havacılık tıbbi kurslarından mezun olmuş uçuş psikologları olduğu bilinmektedir.

1975 yılında basılmış bir hava psikolojisi kitabının önsözünde; *“uçuş psikolojisi alanında keşfedilecek daha birçok bilgi olduğu; düzenlenen bu kursun amacının, uçuş psikolojisi problemlerini tanıtmak, kursiyerlerin görüş ve anlayışlarını genişletmek, problemleri çözümlene gücünü artırmak”* olduğu yazmaktadır.³¹ Kursiyerlere dağıtılmak üzere hazırlanan kitabın içeriğinde; dikkat, algı, öğrenme, bellek ve zeka, karar verme, motivasyon, heyecan, psikomotor beceriler, uçuş fobisi ve stresleri, alkol sorunu ve pilot seçimi bölümleri vardır.³¹

1948 yılından günümüze kadar kurs verilen birimin adı, kursun adı ve süresi değişse de Eskişehir’de bulunan USAEM Başkanlığında “Uçuş Tabipliği Kursları” düzenlenmiş; bu kurslarda havacılık psikolojisi konuları da anlatılmıştır. 1998 yılındaki 52. Dönem Uçuş Tabipliği kursuna tıp doktorlarının yanı sıra iki psikolog da (Ece Ergür ve Çetin Sert) katılmış, “Uçuş Psikoloğu” unvanı almışlardır. Daha önceki yıllarda ise bir kurstan mezun olmamasına rağmen kendilerini geliştirerek bir uçuş psikoloğu gibi görev yapan kişiler (Gülây Dönmez, Uğur Öztürk ve Deniz Tunçer gibi) de vardır.^{6,27}

8. Havacılık (Uçuş) Psikolojisi Eğitimleri ve Araştırmaları

İlk Uçuş Fizyoloğu Hilmi Dinç, Ekim 1947 ile Mayıs 1948 tarihleri arasında ABD’de kurs görmüş ve Türkiye’ye dönüşünü takiben Hava Fizyoloji Laboratuvarında çalışmaya başlamıştır. Dr. Hilmi Dinç o dönemde Eskişehir’de bulunan ve askeri uçuş personelinin yetiştiği Hava Harp Okulu’nda “Havacılık Hijyeni” dersleri vermiştir. 24 saatlik ders programının bir saatini de “Akıl Hijyeni” dersi oluşturmuştur.⁵ 1950’li yıllarda Eskişehir’de anlatılan derslerin benzerleri 1970’li yıllarda İzmir’deki fizyolojik eğitim merkezinin uçuş fizyoloğu ve psikoloğu tarafından da anlatılmaya devam edilmiştir.²⁷

13 Temmuz 1955’te Eskişehir’de “Hava Tababeti Araştırma Teşkilatı” kurulmasına karar verilmiştir. Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü şefi olarak Dr. Hilmi Dinç, havacılık psikiyatrisi konularında araştırma yapmak üzere ise HSMM başkanı ve psikiyatri uzmanı Dr. İzzet Oykam görevlendirilmiştir. Enstitü ihtiyaçları belirlenirken “Psikomotor Test Apeyeleri” de seçilmiş olup; ihtiyaç duyulan dergi, kitap ve filmler listesinde psikoloji ile ilgili olanlar da yer almıştır.⁵

Henüz uçuş psikoloğu kavramının ülkemizde bilinmediği 1970’li yılların sonundan itibaren Eskişehir HSMM’nde ve Hava Harp Okulu’nda görev yapan psikologlar tarafından pilotlar ve pilot adayları yakından takip edilmiştir. Pilot adaylarına uygulanacak testler için İstanbul Üniversitesi Davranış Bilimleri Enstitüsü’nden akademik destek alınmıştır. Ayrıca pilot adaylarına uçuş eğitimi verecek öğretmen pilotlar için de kurslar/seminerler düzenlenmiştir.³²⁻³⁴

1990 yılında Dr. Muzaffer Çetingüç tarafından Hava Kuvvetleri pilotlarının anksiyete ve depresyon; hava trafik kontrolörlerinin de stres düzeylerini ölçen test ve anketler yapılmıştır. Pilotlar üzerindeki araştırma Dünyanın en büyük havacılık tıbbi organizasyonu olan Amerikan Havacılık Tıbbi Derneği (ASMA)’nin yayın organı olan Aviation, Space and Environmental Medicine (Günümüzdeki adı: Aerospace Medicine and Human Performance) dergisinde yayınlanan ülkemizden ilk makale olmuştur.³⁵ Sonraki yıllarda da birçok çalışma ve araştırma yapılmış, özellikle 2000 yılında Havacılık Tıbbi Derneğinin kurulmasını takiben bu çalışmalar hız kazanmıştır.³⁶ 2017 yılında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesinde Havacılık Psikolojisi Araştırma Enstitüsü kurulmuş; 2019 yılında da bazı havayolu pilotlarına “Pilot Akran Destek Programı” eğitimleri verilmiştir.³⁷⁻³⁸

9. Havacılık (Uçuş) Psikolojisi Kongreleri

Değişik zamanlarda düzenlenen uçuş emniyet toplantılarında, havacılık tıbbi kongrelerinde ve havacılık (uçuş) psikolojisi kongrelerinde havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi konuları işlenmiştir. Bu toplantılarda hava ve uzay hekimliği uzmanları, uçuş tabipleri, psikiyatri uzmanı uçuş tabipleri ve uçuş psikologları tarafından sunumlar yapılmıştır. Ancak bu toplantıların çok azı tamamen havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi üzerinedir. 05-07 Nisan 2000 tarihlerinde Konya'da düzenlenen "Uçuş Psikolojisi Semineri" bu alandaki ilk bilimsel toplantıdır. Bu seminere pilotlar, uçuş tabipleri, askeri ve sivil psikologlar katılım göstermiştir. Seminerde bu alandaki bilgi ve farkındalığın artırılması için yapılması gerekenler, havacılık psikolojisi üzerinde çalışmaların yapıldığı bir birimin kurulması gerekliliği ve havacılık psikolojisinin ayrı bir bilim dalı olarak değerlendirilmesi vurgulanmıştır.³⁹ 26-28 Ekim 2018 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen 4. Ulusal Hava ve Uzay Tıbbi Kongresinin teması "Hava ve Uzay Psikiyatrisi, Psikolojisi ve Nörolojisi" olarak belirlenmiştir.⁴⁰ 2017 yılından itibaren sivil üniversitelerde düzenlenen uçuş psikolojisi kurslarından mezun olan uçuş psikologlarının gayretleri ve katılımları ile 07-08 Aralık 2019 tarihlerinde İstanbul'da "1. Havacılık, Uzay ve Psikoloji Kongresi" düzenlenmiştir.⁴¹

Sonuç

1911 yılında iki pilot adayının muayenesi ile başlayan havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi serüveni, artık bir ana bilim dalı olacak kadar çok konuyu ihtiva eder hale gelmiştir. Günümüzde yüzlerce kişiyi taşıyan dev uçakları kullanan pilotların, kabin ekiplerinin ve yolcuların hem fiziksel hem de psikolojik problemleri ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmek zorundadır. 2015 yılında psikiyatrik problemleri nedeniyle Alp Dağlarına intihar dalışı yapan ve 150 insanın ölümüne yol açan bir Alman pilotun yarattığı sansasyon, havacılık psikiyatrisi ve psikolojisinin önemini tekrar gün yüzüne çıkarmıştır. Askeri ve sivil havacılık otoriteleri, bu alandaki çalışmalara her zamankinden daha fazla önem vermelidir. Ülkemizde 1950'li yıllarda İzzet Oykam'ın öncü çalışma ve kitapları, 1990'lı yıllardan itibaren ise Muzaffer Çetingüç'ün havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi alanlarındaki bilimsel çalışmaları ve yayınları bir ivme yaratmıştır. (**Tablo 2**) Havacılık psikiyatrisi ve psikolojisi alanındaki bundan sonraki adımlar üniversitemizden gelmeli; İstanbul Üniversitesi'nde olduğu gibi yüksek lisans ve doktora programları açılmalı; daha fazla araştırmalar yapılarak ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmalı ve bilimsel toplantılarda sunulmalıdır. Ayrıca bugün için Hava Kuvvetlerinde kadroları olan uçuş psikologlarının sivil havacılık sektöründe de uçuş emniyetinin önemli elemanları olarak daha fazla istihdam edilmeleri sağlanmalıdır.

Tablo 2. Prof.Dr. Muzaffer ÇETİNGÜÇ'ün hayatı ve havacılık psikolojisi ile ilgili çalışmaları

Prof. Dr. Muzaffer Çetingüç (Şekil 6)

Havacılık tıbbi ile havacılık psikiyatrisi ve psikolojisine çok önemli katkıları olan yakın dönemimizin en önemli bilim insanı Prof. Dr. Muzaffer Çetingüç'dür. 1950 yılında Bursa'da doğmuştur. 1973 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1975 yılında uçuş tabipliği kursunu bitirmiştir. 2. Ana Jet Üs Komutanlığında (Çiğli-İzmir) uçuş tabibi olarak görev yaptıktan sonra 1980 yılında GATA'da psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlayıp Eskişehir Hava Hastanesine atanmış; emekli olduğu 1998 yılına kadar Eskişehir HSMM ve GATA Hava ve Uzay Hekimliği Merkezi'nde (son 6 yılında başkan olarak) görev yapmıştır. 1987 yılında Almanya'da ve 1990 yılında ABD'de hava fizyolojisi eğitimi almış; 1991 yılında ABD Hava Kuvvetleri Havacılık Tıbbi Okulunda 6 ay süreli İleri Hava-Uzay Hekimliği Kursu'nu bitirmiştir. Emeklilik döneminin başında (2000 yılı) 7 uçuş tabibi ile birlikte Havacılık Tıbbi Derneği'ni kurmuş olup halen Dernek Başkanlığı görevi devam etmektedir. Derneğin yayın organı olan Havacılık Tıbbi Bülteni'nin editörü, Üsküdar Üniversitesi'nde açılan "Uçuş Psikolojisi Kurslarının" direktörüdür. 2006 yılından itibaren Airkule sitesinde havacılıkta insan faktörleriyle ilgili yazılar yazmaktadır. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı 'Hava Ambulans Sistemi' sağlık ekiplerine hava fizyolojisi eğitimi; 2015 yılında THY Aile Destek Timleri'ne akut psikolojik travma müdahale usulleriyle ilgili seminer vermiştir. 2010 yılında kurulan 'Sivil Havacılık Akademisi'nin koordinatörlüğünü yapmıştır. 2011-2014 yılları arasında Anadolu Üniversitesi Havacılık ve Uzay Tıbbi Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü görevinde bulunmuştur. Bu süreçte 2013 yılında İsviçre-Cenevre'de 'İnsan Faktörleri' ve İngiltere-Manchester'de 'CRM' kurslarına katılarak sertifika almıştır. 2016 yılında Türkçe'de konusunda ilk ve tek niteliğindeki "Havacılık ve Uzay Psikolojisi" kitabı yayınlanmış ve alanında rehber kitap olmuştur.⁴² 2019 ve 2020 yıllarında bazı havayolu şirketlerinde verilen 'Akran Pilot Destek Programlarını' yönetmiştir. Havacılık tıbbi ve psikolojisinin hemen her konusunda yüzlerce makalesi bilimsel kongrelerde sunulmuş, dergilerde yayınlanmış; TV programlarında görüşlerine başvurulmuştur. 2018 yılında düzenlenen 4. Ulusal Hava ve Uzay Tıbbi Kongresinde Sağlık Bilimleri Ü. tarafından "Hayat Boyu Onur Ödülü", 2019 yılında da Antalya Bilim Ü. tarafından "Yılın Sağlık Çalışanı Taltif Ödülü" verilmiştir. 2014 yılında girdiği Üsküdar

Üniversitesinde öğretim üyeliği görevini sürdürmektedir.

Yayınlanan kitapları:

1. Uçuş Doktoru ve Uçuş Emniyeti (Hava K.K. yayını, 1994)
2. Psychophysiological Assessment Methods (NATO-AGARD, Çalışma Grubu raporu, 1994)
3. Havacılık Tıbbi El Kitabı (Editör, 1995)
4. İnsan Performansı ve Limitleri (Coşkun Zaim ile birlikte, 2001)
5. Uçuş Ekipleri Yorgunluğu ve Uçuş Emniyetine Etkisi (Hava-İş yayını, 2007)
6. Havacılık ve Uzay Psikolojisi (2016)



Şekil 6. Prof.Dr. Muzaffer Çetingüç

Bilgi

Makalenin hazırlanması aşamasında bazı kitaplara ulaşmak için yol gösteren psikiyatri uzmanı Prof.Dr. Muzaffer Çetingüç'e, uçuş psikologlarımız Deniz Tunçer, Ece Ergür, Gülay Dönmez ve Nurgül Bağcı Kurt'a ve eski Türkçe sağlık raporlarının günümüz Türkçesi'ne çevirilmesinde yardımcı olan Dr. Ebru Özcan Şensoy'a teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. Ata N. Dr. Yusuf Balkan; Yurtsever bir tıbbiyeliden ülkemizin ilk uçuş tabipliğine uzanan hayatı. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2020;28(2):199-205.
2. Martinussen M, Hunter DR. Introduction. In: Martinussen M, Hunter DR, editors. Aviation psychology and human factors. New York: CRC Press; 2010. pp:1-19.
3. Jones DR. Aerospace psychiatry. In: Davis JR, Johnson R, Stepanek J, Fogarty JA, editors. Fundamentals of aerospace medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. pp: 406-424.
4. Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü. Havacılık Sağlık Talimatı (SHT-MED). Ankara; 2020.
5. Oykam İ. Türk askeri havacılık hekimliği tarihi. Eskişehir: Hv. Basımevi; 1956.
6. Çetingüç M. Uçuş psikologları. Havacılık Tıbbi Bülteni 2018; 32:1022-3
7. Çetingüç M. Havacılık psikolojisi kursu açıldı. Havacılık Tıbbi Bülteni 2017; 31:966
8. Goksel B. Hava Harp Okulunu selamlıyoruz. Eskişehir: Hv. Basımevi; 1951
9. TC Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı (1932) 27 Ocak 1932 tarihli ve 12189 sayılı Kararname. Cumhuriyet Arşivi. Ankara.
10. Kural F. Türkiye'de havacılıkla ilgili ilk girişimler. In: Kural F, editor. Kuruluş yıllarında türk askeri havacılığı belgeleri (1909-1913). Etimesgut: Hv. Bas. ve Neş. Md.lüğü; 1975. pp:10-53.

11. Keyüsk M. Teşkilat. In: Keyüsk M, editor. Türk havacılık tarihi 1912-1914 (Birinci Kitap). Eskişehir: Uçuş Okulları Basımevi; 1950. pp: 104-113.
12. Yakal F. Anılarım. Hava Dergisi 1971; 241:17.
13. National Archives and Record Administration, College Park, MD: Air Force Monthly Progress Report on American Aid to Turkey Program, for Month September 1948; Report No:17, pp:6.
14. National Archives and Record Administration, College Park, MD: Air Force Monthly Progress Report on American Aid to Turkey Program, for Month February 1949; Report No:24, pp:20.
15. TC Resmi Gazete (1957) Ordu Beden Kabiliyeti Talimatnamesi. 30 Kasım 1957. Sayı: 9770. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
16. Oykam İF. Havacılarda aranması lazım gelen asabi, akli ve psikolojik vasıflar. Hava Dergisi 1949;40(155):78-86.
17. Oykam İF. Uçuş hekiminin dört mühim vazifesi. Hava Dergisi 1949;40(156):135-138.
18. TC Resmi Gazete (1938) Ordu Mensuplarına ait Beden Kabiliyeti Yönetmeliği. 07 Nisan 1938. Sayı: 2/8528. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
19. TC Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı (1933) 17 Ekim 1933 tarihli ve 15135 sayılı Kararname. Cumhuriyet Arşivi. Ankara.
20. USAFSAM Library, Dayton, OH: American Military Mission for Aid to Turkey contributed by Eldon Sanders.
21. Ozbay K. Eskişehir Asker Hastanesi. In: Ozbay K, editor. Türk asker hekimliği tarihi ve asker hastaneleri. İstanbul: Yörük Basımevi; 1981. pp:366-85.
22. USAFSAM Library, Dayton, OH: Turkish AAMIMO Students.
23. TC Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı (1947) 20 Şubat 1947 tarihli ve 3/5418 sayılı Karar. Cumhuriyet Arşivi. Ankara.
24. National Archives and Record Administration, College Park, MD: Air Force Monthly Progress Report on American Aid to Turkey Program, for Month December 1948; Report No: 21, pp:4.
25. Oykam İF. Bir pilotun hayatı. Hava Dergisi 1952:43(165);145-46.
26. Uçuş Psikolojisi ve Fizyolojik Eğitim Kursu Kurs Eğitim Standardı. 2003.
27. Ata N. TSK uçuş Tabipliği uygulamaları ve bir eğitim programı önerisi. Eskişehir; 2010.
28. Çetingüç M. Uçuş psikologları devreye giriyor. Havacılık Tıbbi Bülteni 2008; 07:32.
29. Çetingüç M. 5. dönem havacılık psikolojisi sertifika kursu. Havacılık Tıbbi Bülteni 2019;35: 1186.
30. Praxis.aero [Internet]. Antalya: Uçuş/Havacılık Psikolojisi Sertifika Programı [cited 2021 Jan 11]. Available from:<https://praxis.aero/>.
31. Hava Eğitim Komutanlığı. Hava psikolojisi. Etimesgut: Hv. Bas. ve Neş. Md.lüğü; 1975.
32. Tuncer D. Öğretmen pilot-aday öğrenci iletişimi. İstanbul: Hava Harp Okulu; 1995.
33. Tuncer D. Subay oryantasyon eğitimi el kitapçığı. İstanbul: Hava Harp Okulu; 1995.
34. Hava Harp Okulu. Psikolojik danışmanlık, liderlik ve kişilik geliştirme merkezi. İstanbul: Hava Harp Okulu Matbaası; 2001.
35. Cetinguc M. An assessment of Turkish Air Force pilots' anxiety and depression levels. Aviat Space Environ Med 1992;63(10):905-907.
36. Çetingüç M. Sunuş. Havacılık Tıbbi Bülteni 2006; 01:3.
37. Istanbul.edu.tr [Internet]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Havacılık Psikolojisi Araştırmaları Enstitüsü [cited 2021 Jan 11]. Available from:<http://havacilikpsikolojisi.istanbul.edu.tr>.
38. Çetingüç M. Pilot akran destek programı eğitimi. Havacılık Tıbbi Bülteni 2019; 34:1132.
39. 3.Ana Jet Üs K. Iğrı. Uçuş psikolojisi semineri kitapçığı. Konya; 2000.
40. Uhtk.org [Internet]. İstanbul: 4. Ulusal Hava ve Uzay Tıbbi Kongresi 2018 [cited 2021 Jan 11]. Available from:<https://www.uhtk.org/2018/>
41. Çetingüç M. 1. Havacılık, uzay ve psikoloji (HUP) kongresi. Havacılık Tıbbi Bülteni 2020; 35:1187.
42. Çetingüç M. Havacılık ve uzay psikolojisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.

Osmanlı Hilal-i Ahmer Şeref Defteri*

Ottoman Red Crescent Honor Book

Eray Serdar Yurdakulⁱ, Nuray Güneşⁱⁱ, Fatih Namalⁱⁱⁱ

ⁱ Dr. Öğr. Üyesi, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji AD, <https://orcid.org/0000-0003-0556-393X>

ⁱⁱ Doktora Öğr., SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji AD, <https://orcid.org/0000-0001-6450-373X>

ⁱⁱⁱ Doktora Öğr. Dr., SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Deontoloji AD, <https://orcid.org/0000-0002-3087-1072>

ÖZ

Amaç: 14 Nisan 1877 yılında kurulan Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin ilk başkan yardımcılığı görevine Nuriyan Efendi getirilmiştir. Nuriyan Efendi adına yapılmış olan orijinal bir fotoğraf albümü Gülhane Tıp Tarihi Müzesi envanterinde bulunmaktadır. Dönemin Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti üyeleri, hastaneleri ve yapılan faaliyetlere ait birçok fotoğraf içeren bu albümün literatürdeki bilgiler eşliğinde tanıtılması ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Başkan Yardımcılığı görevi yapmış olan Nuriyan Efendiye ait fotoğraf albümü incelenmiştir. Fotoğraflarda bulunan Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin üye, hastane ve yapılan faaliyetleri tarihsel metinler üzerinden araştırılarak bulgular kısmında sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bulgular: Nuriyan efendiye ait albümde bulunan fotoğraflara yönelik yapılan araştırmada Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komite Üyeleri ve Muavenet Heyeti toplam 11 kişiden oluşturulduğu ve zaman içinde ihtiyaçlara bağlı olarak bu sayının arttırıldığı görülmüştür. Muavenet Komitesine bağlı olarak çalışacak dört İhtisas Komisyonu kurulmuştur. Cemiyet tarafından 1877-1878 Osmanlı Rus Savaşı sırasında 27 sabit hastane ve 9 seyyar cerrahi hastane tesis edilmiştir.

Sonuç: Nuriyan efendiye ait fotoğraf albümü Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin kuruluş dönemine ve 1877-1878 Osmanlı Rus savaşına ait önemli fotoğraflar içeren ve dönemin şartlarını ortaya koyan orijinal bir eserdir. Albüm bu eşsiz fotoğraflarıyla Türk Kızılay'ının ilk şeref defteri sayılabilecek bir öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: Hilal-i Ahmer (Türk Kızılayı), Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti, Nuriyan Efendi, Osmanlı-Rus Harbi

ABSTRACT

Objective: Nuriyan Efendi was appointed as the first vice president of the Ottoman Crescent Society, which was established on April 14, 1877. An original photo album made in the name of Nuriyan Efendi is in the inventory of Gülhane Medical History Museum. This album, which contains many photographs of the Ottoman Hilal-i Ahmer Society members, hospitals and activities of the period, is aimed to be introduced and evaluated with the information in the literature.

Material-Methods: The photo album of Nuriyan Efendi, who served as the Vice President of the Ottoman Crescent-i Ahmer Society, was examined. The members, hospitals and the activities of the Hilal-i Ahmer Society, which are found in the photographs, were researched through historical texts, discussed with the literature and presented in the findings section.

Results: In the research for the photos in the album belonging to Nuriyan Efendi, it was observed that the Hilal-i Ahmer Society Central Committee Members and the Muavenet Committee consisted of 11 people and this number was increased over time depending on the needs. Four Specialization Commissions have been established to work under the Assistance Committee. During the 1877-1878 Ottoman-Russian War, 27 fixed hospitals and 9 mobile surgical hospitals were established by the Society.

Conclusion: The photo album belonging to Nuriyan Efendi is an original work that contains important photographs of the foundation period of the Hilal-i Ahmer Society and the Ottoman-Russian war of 1877-1878 and reveals the conditions of the period. The album has an importance that can be considered as the first honor book of the Turkish Red Crescent with these unique photographs.

KeyWords: Hilal-i Ahmer (Turkish Red Crescent), Ottoman Red Crescent Society, Nuriyan Efendi, Ottoman-Russian War

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 173-192

DOI: 10.31020/mutfd.813211

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 20 Ekim 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 17 Ocak 2021

İletişim - Correspondence Author: Eray Serdar Yurdakul <erayserdar.yurdakul@sbu.edu.tr >

Giriş

Kuruluş amacı savaş sırasında yaralı askerlere yardım etmek olan Kızılay, tarihi süreç içerisinde “yardım etmek” felsefesini değiştirmeden farklı misyonları da bünyesine katan bir kuruma dönüşmüştür. Kızılay günümüzde sosyal refahın sağlanması, toplumsal dayanışmayı sağlamak, yoksul ve muhtaç insanlara barınma, beslenme ve sağlık yardımı ulaştırmak gibi önemli görevleri üstlenmektedir. Bu amaçlarla kan, afet, uluslararası yardım, göç ve mülteci hizmetleri, sosyal hizmetler, sağlık, ilk yardım, eğitim alanlarında faaliyet sunmaktadır.¹ Yaptığı yardımlarla ülkenin en önemli kurumlarından olan Türk Kızılayı sadece bu ülke vatandaşlarının değil pek çok yardıma muhtaç ülke vatandaşlarının da sevgisini kazanmış ve ülkemizi tüm dünyada gururla temsil eden bir kurumdur. Kızılay’ın hem Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti döneminde ortaya koyduğu çalışmaların belgelenmesi hem ülke hem de dünya tarihindeki savaş ve afet gibi kaotik ve tartışmaya açık durumlarda milletlerin gösterdiği reflekslerin ortaya konması ve doğru tarihsel bilgilere ulaşılması için önemlidir. Kızılay’ın kuruluş aşamasında yaşanan zorlu tarihsel sürecin ortaya konması ise hem o çalışmaları yapanlara karşı bir borç hem de bu misyonu hala devam ettiren kurumun üzerlerine yüklenen ödevin ne kadar büyük olduğunun fark edilmesi açısından önemlidir.

Kızılay’ın kuruluşu dünya tarihindeki önemli bir dizi olay sonrasında gerçekleşmiştir. Muharebe esnasında yaralanan askerlere taraf gözetmeksizin yardım etmek ve bu yaralılara sağlık hizmeti verenlerin tarafsız kabul edilmesini sağlamak amacıyla uluslararası bir kurum oluşturma fikri, insanlık tarihinde devamlı olagelmıştır. Bu amaçla ortaya konan çabalar 19. yüzyılın sonlarında Avrupa’da meyve vermiş ve Cenevre Sözleşmesinin imzalanması ve Kızıl Haç örgütünün kurulması ile sonuçlanmıştır. Osmanlı İmparatorluğu’nda Kızıl Haç’a benzer ilk kuruluşun açılışı yaralı askerlere yardım cemiyeti olarak 11 Haziran 1868 tarihinde gerçekleşmiştir. Azalan ilgi nedeniyle 1874 yılında dağılan kuruluş Nuriyan ve Peştemalciyan Efendiler’in bir komisyon kurarak yaptıkları çalışma sonucunda 1876 yılında yeni bir yönetim kurulu oluşturularak yeniden faaliyete geçmiştir. Yönetim kurulunda başkan yardımcılığı görevini üstlenen Nuriyan Efendinin adına döneme ait yapılan faaliyetlerle ilgili bir fotoğraf albümü oluşturulmuştur. Nuriyan Efendi döneminde yaşananları ölümsüzleştiren bu eserin içerisindeki fotoğrafları ve fotoğraflarda bulunan yapı ve kişilerin tarihi süreçteki yeri, dönemin kısa tarihçesi eşliğinde tanıtılacaktır.

Cenevre Sözleşmesi ve Kızılhaç’ın Tanınması

İsviçreli, hamiyetli bir iş adamı olan Henry Dunant (1828-1910), İtalya-Avusturya arasında gerçekleşen Solfarino Savaşın’nda(1859) yaralı askerlerin düştükleri hazin duruma şahit olmuştu ve bu olay ile ilgili hatıralarını “Bir Solfarino Hatırası” isimli kitabıyla neşretmişti. Cenevre’de önemli bir hukukçu olan Gustave Moynier (1826-1910) Henry Dunant’ın savaş yaralıları konusundaki fikirlerinden etkilenerek bu konuda çalışma yapabileceğini değerlendirdiği yardımseverleri bir araya getirdi. Böylece, “Beşler Komitesi” olarak da bilinen Henry Dunant, Guillaume-Henry Dufour, Gustave Moynier, Louis Appia ve Thodore Maunoir tarafından toplanılan kurul, ileride “Uluslararası Kızılhaç Komitesi” olacak olan “Uluslararası Askeri Yaralılara Daimi Yardım Komitesi” olarak 17 Şubat 1863 yılında faaliyetlerine başlamıştır.²

Komite Başkanı Gustave Moynier tarafından tüm Avrupa devletleri davet edilerek 1863 yılı Ekim ayında resmi olmayan bir konferans düzenlenmiştir. Konferans sonucunda; sabit-seyyar hastanelerin, resmi sıhhi ve yardımcı personelin, yaralılara yardım edenlerin tarafsız sayılması, sıhhi personeli ayırt edici bir alamet kabul edilmesi, her ülkede seyyar ve sabit hastaneler için ortak bir bayrağın kabul edilmesi kararlaştırılmıştır. Bu kararların hükümetler arasında bağlayıcılığını sağlamak için İsviçre Federal Hükümeti devreye girerek, siyasi bir konferans düzenleyip bu konferansa tüm Avrupa devletleri ve Amerika’yı davet etmiştir.³ Bu çabaların nihayetinde 8-28 Ağustos 1864 tarihlerinde Cenevre’de 16 devletin katılımıyla bir konferans düzenlenmiştir. Bu toplantıya İsviçre’nin dışında Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Danimarka,

Fransa, Hess, Hollanda, İngiltere, İspanya, İsveç, İtalya, Portekiz, Prusya, Rusya, Saksonya ve Wurtemberg katılmıştır. Konferansa katılmayan devletlere de imzalamaları için bir yıl bir yıl süre tanınarak, 22 Ağustos 1864'te Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır. Bu antlaşma ile orduların sağlık hizmetleri sunumunda beyaz zemin üzerine kırmızı haç kullanılması zorunlu hale gelmiştir.⁴

Kızılay'ın Kuruluşu ve Hilali Ahmer'in Tanınması

Cenevre sözleşmesiyle sonuçlanan konferansa katılmayan Osmanlı Devleti, fayda sağlamasa bile zararı da olmayacağı düşüncesiyle bir yıllık süre dolmadan 5 Temmuz 1865'te Cenevre Sözleşmesini imzalamıştır.^{5,6} Bununla beraber, sözleşme kapsamında bir yardım cemiyeti oluşturulması için ilk girişim Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane hocalarından Dr. Abdullah'ın 1867'de Paris'te bir sergiye katılmasıyla başlamıştır.³ Macar asıllı Dr. Abdullah Bey, 1867'de Osmanlı Devleti temsilcisi olarak Paris Uluslararası Sergisi'ne katılmış ve sergi dolayısıyla Paris'te düzenlenen Sıhhiye Konferansı'na da iştirak etmiştir. Milletlerarası Yardım Komitesi tarafından Osmanlı Devleti daimî temsilcisi olarak seçilen Abdullah Bey'e 19 Eylül 1867 tarihinde Osmanlı Devleti'nde yaralılara yardım derneği kurması için görev verilmiştir.⁷

Dr. Abdullah Bey'in Cenevre Sözleşmesi hükümlerince bir cemiyet kurma çabaları resmi makamlarca çok karşılık bulmasa da mükerrer girişimleri sonucunda Serdar-ı Ekrem Ömer Paşa'dan destek görmüş ve Kırmızı Dr. Aziz Bey'in de katkılarıyla Tıbbiye Nazırı Marko Paşa başkanlığında, "Mecruhin ve Marda-yı Askeriye İmdat ve Muavenet Cemiyeti" kurulmuştur.⁸ Dr. Abdullah Bey, 20 Haziran 1868 tarihinde Uluslararası Kızılhaç Komitesi Başkanı Moynier'e, ekinde 11 Haziran 1868 tarihli Osmanlı yardım cemiyeti için geçici bir kurulun oluşturulduğunu belirtilen ve üyelerinin isimleri yazılı niyet bildirgesi yer alan bir mektup göndermiştir. Niyet bildirgesinin tarihi olan 11 Haziran 1868, hem Uluslararası Kızılhaç Komitesi hem de Türk Kızılay Derneği tarafından Kızılay'ın resmi kuruluş tarihi olarak kabul edilmektedir.^{4,9,10}

Çoğunluğu hekim olmak üzere toplam 66 üyeden müteşekkil Mecruhin ve Marda-yı Askeriye İmdat ve Muavenet Cemiyeti'nce oluşturulan encümen bir nizamname hazırlamış, 1869 yılında cemiyet üyeleri huzurunda okunarak uygun bulunan bu nizamname hükümet onayına sunulmuştur. Nizamname sivillerin askeri işlere karışmasının sakıncalı bulunması nedeniyle dönemin en yüksek askeri mercii olan Bab-ı Seraskeri tarafından onaylanmamıştır.² Dr. Abdullah Bey'in çabalarıyla varlığı sürdüren cemiyet, onun ölümü ve azalan ilgi nedeniyle 1874 yılında dağılmıştır.⁸

Cemiyetin dağılmasının hemen ardından Osmanlı Devleti çok sıkıntılı bir süreç ile karşı karşıya kalmıştır. 1875'te Balkanlarda başlayan ayaklanmalar, dış borçların ödenememesi nedeniyle Avrupa Osmanlı aleyhine tavır almıştır. 30 Mayıs 1876'da Sultan Abdülaziz hal edilmiş yerine V. Murad geçirilmiş, doksan gün sonra o da tahttan indirilerek yerine II. Abdülhamid geçmiştir. Bir süredir ayaklanmaları destekleyen Rusya'nın Osmanlı'ya savaş ilan etmesi ile 24 Nisan 1877'de başlayan Osmanlı-Rus Harbi Osmanlı Devleti'ne büyük kayıplar verdirmiştir.⁴ Balkanlardaki ayaklanmalar sırasında Sırp ve Karadağlılar Kızılhaç cemiyetlerinden yardım görürken, Osmanlı askerleri yaralıları ile bir başına kalmıştır. Cenevre Sözleşmesi'ne imza atan Osmanlı Devleti'nin de bu yardımlardan faydalanması için Uluslararası Kızılhaç Komitesi'nden mektuplar gönderilmiş ve nihayetinde görülen lüzum üzerine bir yardım cemiyeti kurulması için yeniden çalışmalara başlanmıştır.¹¹

Bu kapsamda, Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane Başkanı Nuriyan ve Peştimalciyan Efendiler bir komisyon kurarak Sadrazam Mehmet Rüşdü Paşa'ya başvurmuşlar ve onay alarak gerekli çalışmalara başlamışlardır.⁸ Yaralı askerlere yardım cemiyetinin yeniden kurulması için 12 Ağustos 1876'da sıhhiye ilgili tüm toplulukların temsilcilerinin katıldığı bir toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantıda başkanlığını Mektebi Tıbbiye Nazırı Dr. Marko Paşa'nın yaptığı bir yönetim kurulu oluşturulmuştur. Gündem maddeleri olarak Cenevre Sözleşmesinin uygulanması, uluslararası komitece tarafsızlık alameti olarak kabul edilen kırmızı haç yerine

Osmanlı Ordularında farklı bir alamet kullanılıp kullanılmayacağını araştırılması, bir tüzük oluşturulması ve merkez idare kurulunun seçilerek bir an önce yardımların toplanması konuları görüşülmüştür. Yine bu toplantıda karşı taraf tarafsızlığa riayet ederse tarafsızlığa hürmet edileceği ve haç işaretinin cemiyetin kurulmasına mâni olması nedeniyle Osmanlı Ordularında alamet olarak Hilal-i Ahmerin (Kırmızı Hilal) kabulü için Avrupa Devletlerine müracaat edilmesi kararlaştırılmıştır.³

Hilal-i Ahmer alameti hemen kabul görmese de ilk olarak Osmanlı-Rus Harbinde Prens Nikola, Osmanlı Ordusu Kızılhaç işaretine riayet ederse Hilal-i Ahmeri tanıyacaklarını bildirmiş ve böylelikle 1877 yılında alamet olarak kullanılmaya başlanmıştır.³

Cemiyetin kurulabilmesi için gerekli olan 100 üye sayısına ulaşıncaya 14 Nisan 1877'de Marko Paşa başkanlığında bir genel kurul yapılarak, Meclis-i Umur-ı Sıhhiye İkinci Başkanı Hacı Arif Bey cemiyetin başkanlığına seçilmiş, başkan yardımcılarını Dr. P.Sarell ve Devlet Şurası azasından Nuriyan Efendi görev almıştır. İdare Heyeti ve Muavenet Komitesi üyeleri belirlenerek, Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti kurulmuş, 11 Haziran 1877 tarihinde de Sultan II. Abdülhamid tarafından padişah himayesine alınmıştır.^{4,10}

1877-1878 Osmanlı-Rus Harbi sırasında önemli faaliyetlerde ve hizmetlerde bulunan Hilal-i Ahmer Cemiyeti, 1896-1897 Yunan Harbi sırasında da bir kısım faaliyetlerde bulunmuş ancak sonraki dönemde tekrar ihmal edilmiştir.³ II. Meşrutiyetin ilanı ile cemiyetin üçüncü kez kuruluş çalışmaları başlamış, 1911'de tekrar heyetler oluşturulmuş ve görevine devam etmiştir. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte 1923 yılında "Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti", 1935'te "Türkiye Kızılay Cemiyeti" ve son olarak 1947 yılında "Türkiye Kızılay Derneği" adını almıştır.¹²

Amaç

14 Nisan 1877 yılında kurulan Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin -ilk adıyla "Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti"- kuruluş döneminde Başkan Yardımcılığı görevine getirilen Nuriyan Efendi'nin adına hazırlanan fotoğraf albümü Kızılay'ın kuruluş döneme ışık tutan önemli bir eserdir. Albüm Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin ilk merkez komite üyeleri, görevi başında hayatını kaybeden sağlıkçılar, toplantı salonları, cemiyete bağlı seyyar ve sabit hastaneler, hastane çalışanları, tedavi gören hastalar, hastalara yapılan operasyonlar, kullanılan depolar ve yaralı sevkine ait birçok fotoğraf içermektedir. Halen Gülhane Tıp Tarihi Müzesi envanterinde kayıtlı olan ve sergilenen bu eser kısıtlı sayıda ziyaretçi tarafından görülebilmektedir. Fotoğraflarda bulunan eser ve kişilerin tarihsel olaylarla ilişkisi, tarihsel süreçteki yerlerinin ve önemini ortaya konması ve orijinal bir eser olarak tanıtımının yapılması tıp tarihi literatürüne kazandırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Çalışmada; defterde sergilenen bütün fotoğraflar ile ilgili bilgilere dönemin önemli tarihi kaynaklarında ve literatürde ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda;

1. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin 1877-1878 Osmanlı Rus Savaşı sırasında yaptığı faaliyetleri ve tıbbi müdahaleleri çok ayrıntılı biçimde ortaya koyan ilgili dönemde Fransızca olarak yayımlanmış Aux Blessés et Malades Militaires-Ambulances Fixes et Mobiles du Croissant Rouge 1877-1878 (Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti Sabit ve Seyyar Hastaneleri: 1877-1878) raporunun ilgili kısımları Fransızcadan Türkçeye tercüme edilmiştir.
2. İngiltere tarafından 1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı'nda yardım amacıyla gönderilen cemiyetin "Stafford House Komitesi Hasta ve Yaralı Türk Askerlerine Yardım Cemiyeti (Stafford House Committee for The Relief of Sick and Wounded Turkish Soldiers)" Raporu İngilizceden Türkçeye çevrilerek kullanılmıştır.¹³
3. 1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı'nı konu alan yayımlanmış çalışmalar incelenmiştir.

4. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivine ait Osmanlı Arşivinde Kızılaya ait belgeler incelenmiştir.

Elde edilen literatür bilgiler ile albümdeki fotoğraflar karşılaştırmalı tarihsel analiz yapılarak fotoğraflarda yer alan kişi ve kurumlara yönelik bilgiler sunulmuştur. Bulgularda ilk olarak Nuriyan Efendi ve albümün evsafına yönelik bilgiler verilmiştir. Fotoğraflara yönelik olarak açıklamalarda; 1 ve 22. fotoğraflarda Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komite Üyeleri, 2. fotoğrafta şeref alanında ölen sağlıkçılar, 3. ve 4. fotoğraflarda merkez komitesi toplantı odası, 5-21. fotoğraflarda Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından kurulan hastaneler ve teşkiller hakkında bilgiler fotoğraf sırasıyla verilmiştir. Çalışma 05.06.2019 ile 05.10.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Nuriyan Efendi

Açıklamaları Fransızca olan albümün adına düzenlendiği kişi olan ve cemiyetin başkan yardımcılığını yürüten Ohannes Nuriyan Efendi Sultan Mahmud'un sarraflarından Nuriyan Garabet beyin oğludur. Nuriyan Efendi 1876 yılından itibaren yirmibeş yıla yakın bir süre Şura-yı Devlet üyeliği yapmış olan saygın bir kişidir. Paris'te Hukuk ve Edebiyat eğitiminden sonra ondört sene Bâbîâli Tahrirat-i Hariciye Kalemî'nde görev yapmış olan Nuriyan Efendi, Şura-yı Devlet üyeliğine atanmadan önce Napoli Başşehbenderliği, Madrid ve Brüksel Fevkalade Sefaret Müsteşarlığı ile Divan-ı İstinaf Azalığı görevlerinde bulunmuştur.¹⁴

Albümün Evsafı

Çalışmamıza konu olan ve Gülhane Tıp Tarihi Müze envanterinde kayıtlı olan bu albüm, 1877-1878 yıllarına aittir. 53x39 cm ebatlarında olup, işlenmiş ahşap ön-arka kapaktan oluşmaktadır. Eserin kapak sayfasında Fransızca Osmanlı Askeri Yaralı Yardım Cemiyeti, 1878-1879 aşkına (de la societ e ottomane de secours aux blesses militaires, cherre 1878-1879) yazmaktadır. İlk sayfası boş bırakılan albüm toplam 23 sayfa ve her sayfada birer fotoğraf olacak şekilde 22 fotoğraftan oluşmaktadır. Fotoğrafların alt kısmında fotoğrafların nereye veya kime ait olduğuna dair Fransızca bilgiler mevcuttur. Bu bilgilerin Türkçesi fotoğraflarında fotoğraf numaralarıyla birlikte verilmiştir. Boş sayfanın sağ üst köşesinde muhtemelen eserin yapıldığı yer ve tarihi anlatan Fransızca kısa bir metin vardır. Ancak el yazısı tam olarak okunamamaktadır. Eserin kapakları ve iç sayfaları epeyce yıpranmış ve yer yer küflenmeler meydana gelmiştir.

1 Numaralı Fotoğraf

Albümde ilk sırada Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komite Üyelerinin tanıtıldığı fotoğrafları yer almaktadır. Oluşturulan nizamname doğrultusunda Merkez Komitesi, bir başkan, iki başkan yardımcısı, bir sekreter ve bir haznedardan oluşan beş kişilik İdare Heyeti ile bu heyet tarafından oluşturulacak dört tabip, bir eczacı, bir mühendis ve bir de haznedardan oluşan Muavenet Heyetinden teşkil edilmiş ve toplam 11 olan üye sayısı zaman içerisindeki ihtiyaçlar doğrultusunda arttırılmıştır. Nitekim fotoğrafta üye sayısının 17 olduğu görülmektedir (**Şekil 1, Tablo 1**).^{4,15}





Şekil 1. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komite Üyeleri

Tablo 1. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komitesi

İDARE HEYETİ

	Başkan	Hacı Arif Bey Meclis-i Umur-ı Sıhhiye İkinci Başkanı		Sekreter (Umumi Katip)	Feridun Bey Hariciye Nezareti Siyasiye Müdürü	Umuru
	Başkan Yardımcısı	Nuriyan Efendi Şura-yı Devlet Üyesi		Veznedar	M. Foster Osmanlı Bankası Genel Müdürü (Geçici olarak yardımcısı brakmıştır.)	Genel görevi Haas'a
	Başkan Yardımcısı	Dr. Sarell Mekteb-i Tıbbiye Muallimi		Veznedar	M. Van Haas Osmanlı Bankası Muavini	Müdür

MUAVENET (İANE) HEYETİ

	Eşref Efendi Meclis-i Umuru Sıhhiyeden		Dr. Bardoletti Merkez Komite Üyesi
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------



Dr. Servicen
Merkez Komite Üyesi



Nuri Bey
Mabeyn Katiplerinden



Dr. Dickson
İngiliz Sefareti Tabibi



Dr. Sevastopoulo
Merkez Komite Üyesi



M. Leval
Altıncı Daire-i Belediye'de (Beyoğlu
Belediyesi) Mühendis



General Mott
Merkez Komite Üyesi



V.B. Barrington Kennett
Stafford House Komitesi Komiseri



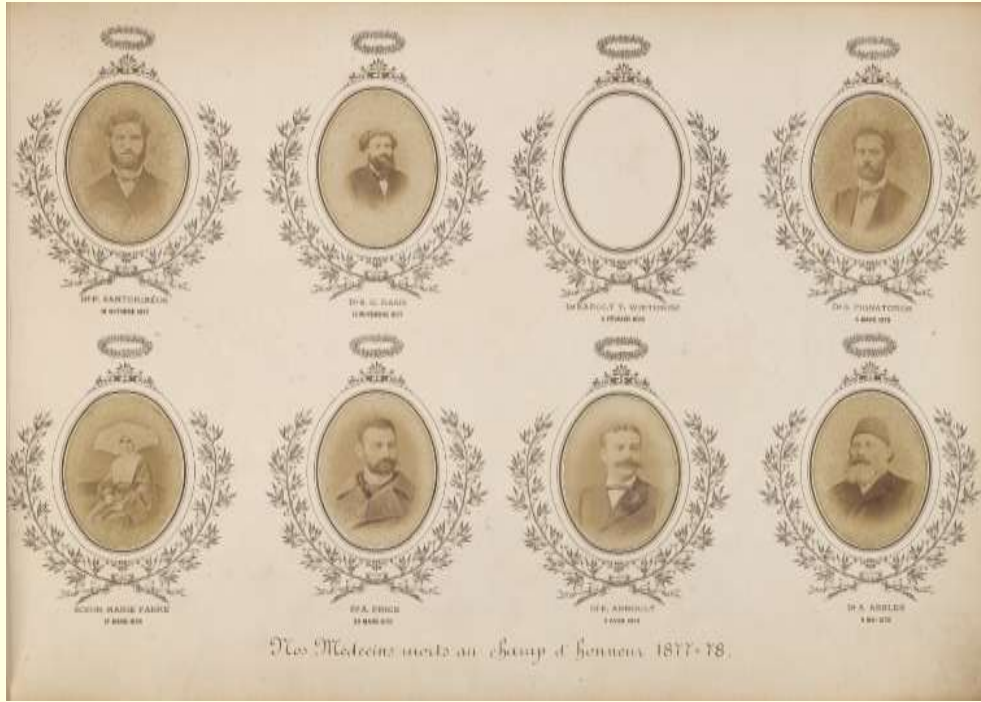
Deltasuda Faik Paşa
Eczacı
Sihhiye-i Askeriye Azasından



Dr. Peştemalciyan
Merkez Komite Üyesi

2 Numaralı Fotoğraf

İkinci sayfada, 1877-1878 şeref alanında hayatını kaybeden sağlıkçıların fotoğrafları ve vefat tarihleri yer almaktadır. Fotoğrafta Dr. P. Santorinéos, Dr. S.C. Rasis, Dr. S Pignatoros, Hemşire Marie Fabre, Dr. A. Price, Dr. E Arnoult, Dr. A. Abeles bulunmaktadır. Dr. Karoly Y. Wietorisz'in ise ismi bulunup fotoğrafı yer almamaktadır. Şıpka'da kurulan 2 Numaralı Seyyar Hastanede görevli yardımcı hekimler; Dr. Panayotti Santorinéos(18 Ekim 1877)tifüsten, Dr. Spridion Pignatoros (04 Mart 1878) dizanteriden hayatını kaybetmiş, cerrah Dr. A. Price (29 Mart 1878) ve Dr. Karoly (04 Mart 1878), 6 Numaralı Seyyar Hastanede (Erzurum), Dr.A.Abeles (09 Mayıs 1878) ise Edirne'deki Askeri İdadiye Geçici Hastanesi görevinde vefat etmiştir.^{16,17} Albümde vefat eden Dr.S.C.Rasis (15 Kasım 1877), Dr.E. Arnoult (06 Nisan 1878) ve Hemşire Marie Fabre'nin (17 Mart 1878) fotoğrafları da yer almaktadır (**Şekil 2**).



Şekil 2. Şeref Alanında Ölen Sağlıkçılarımız 1877-1878

3 ve 4 Numaralı Fotoğraflar



Şekil 3. Merkez Komite Toplantı Odasına Giriş (Dolma Bahçe)



Şekil 4. Merkez Komite Toplantı Odası Dolmabahçe Sarayı

Sultan II. Abdülhamid tarafından himaye altına alınan Cemiyet'e toplantılarını yapmak üzere Dolmabahçe Sarayı'ndaki Paşa Dairesi tahsis edilmiştir (Şekil 3 ve 4). Cemiyet üyeleri Sultan'ın himayesi ve Paşa Dairesi'nin toplantılar için tahsis edilmesi hakkındaki iradelerine karşı minnetlerini bildirmişlerdir (Belge 1).¹



Belge 1. H.05.06.1294 tarihli Beşiktaş Sarayı Paşa Dairesinde Toplanması Hakkında Belge. CDA (Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivi) Y.PRK. ASK.1-28.

Osmanlı Devleti'nin Balkanlarda Sırlarla yaptığı savaştan hemen sonra İngiltere'nin kendi çıkarları gereği kurulan Stafford House Komitesi Hasta ve Yaralı Türk Askerlerine Yardım Cemiyeti'nin (Stafford House Committee for The Relief of Sick and Wounded Turkish Soldiers) Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin teşkilatlanmasında önemli etkileri olmuştur. Stafford House Komitesi tarafından Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin kuruluş aşamalarında görev almak üzere 30 kadar operatör doktor ve hemen hemen aynı sayıda organizatör gönderilmiştir. (1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı'nda kendi menfaatlerine dokunulmadığı sürece tarafsız kalacağını açıklayan fakat Rusların Karadeniz'den Akdeniz'e geçiş deniz yollarına hâkim olmasını da istemeyen İngiltere hem olaylara kendi menfaatleri doğrultusunda müdahil olmak hem de Ruslara karşı Osmanlı Devleti'nin mağlubiyeti söz konusu olursa taraf olduğunu göstermek amacıyla savaşın başından itibaren insanî yardım kuruluşlarıyla Osmanlı Devleti tarafında faaliyette bulunmuştur. Bu kapsamda İngiltere'nin Sutherland Dükü tarafından Osmanlı Devleti'nin Balkanlarda Sırlarla yaptığı savaşın hemen ardından "Stafford House Komitesi Hasta ve Yaralı Türk Askerlerine Yardım Cemiyeti (Stafford House Committee for The Relief of Sick and Wounded Turkish Soldiers)" adında bir cemiyet kurulmuştur.)¹³

Stafford House Komitesi Komiseri Barrington-Kenneth 23 Haziran 1877'de, Dr. Baron Mundy ise 12 Eylül 1877'de Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komitesi şeref üyeliğine getirilmiş ve birkaç ay sonra aktif üye olmuşlardır. Viyana Üniversitesi Askeri Sıhhiye Profesörü ve Malta Şövalyeleri (Saint John Şövalyeleri-The Order of Malta) baş cerrahı olan Baron Mundy, seyyar hastanelerin kuruluşu ve organizasyonu konusunda önemli tecrübeleri olan isimlerden biridir.⁴

Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komitesi'nin 13 Ekim 1877 tarihli oturumunda 20 maddeden oluşan Dahili Talimatname kabul edilerek, Muavenet Komitesine bağlı olarak çalışacak dört ihtisas Komisyonu kurulması kararlaştırılmıştır. Her birinde bir raportör olmak üzere teşkil edilen bu komisyonlar önem sırasına göre şu şekildedir:⁴

1. *Seyyar-Sabit Hastane Teşkilatı ve Cerrah İmtihanı*: Raportör Dr. Bartoletti, Dr. Baron Mundy, Dr. Serviçen, Dr. Sivastopoulo, Mösyö Leval (19 Haziran 1878'den sonra).

2. *Alım-Satım ve Sevk*: Raportör Dr. Peştemalciyan (13 Ekim-1 Aralık 1877), Faik Paşa (1 Aralık 1877'den sonra), Dr. Eşref Bey, Dr. Aziz Bey, Mösyö Leval (1 Aralık 1877'den sonra).

3. *Tıbbi İstatistik*: Raportör Faik Paşa (13 Ekim-1 Aralık 1877), Dr. Peştemalciyan (1 Aralık 1877 sonrası), Dr. Dickson, Mösyö Leval, Dr. Baron Mundy (14 Kasım 1877 sonrası).

4. *Genel Teftiş*: Raportör General Mott Nuri Bey, VonHaas.

Birinci Komisyonun görevleri kapsamında, Cemiyet tarafından Osmanlı-Rus Harbi sırasında İstanbul'da 12 ve taşrada 15 olmak üzere toplam 27 hastane tesis edilmiştir (**Tablo 2**).^{10,16,17,19,20}

Tablo 2. Hilal-i Ahmer tarafından tesis edilen hastaneler

Başkentteki Sabit Hastaneler ve Mülteci Hastaneleri	Taşradaki Sabit-Geçici ve Seyyar Hastaneler
1. Kavak Hastanesi	1. Varna Geçici Hastanesi
2. Beylerbeyi Hastanesi Paşa Dairesi	2. Varna Türk-Mısır Geçici Hastanesi
3. Beylerbeyi Hastanesi Mızık Dairesi	3. Edirne Askeri İdadiye Geçici Hastanesi
4. Beylerbeyi Hastanesi Ağalar Dairesi	4. Edirne Askeri Belediye Geçici Hastanesi
5. Gülhane Hastanesi	5. Selanik İslahane Hastanesi Lebovicz Servisi
6. Çinili Köşk 1 Numaralı Baraka Hastanesi	6. Selanik İslahane Hastanesi Weber Servisi
7. Paşabahçe Hastanesi	7. Stoker Hastanesi (Tahliye servisi)
8. Üsküdar Şemsi Paşa Hastanesi	8. Sivastopol ve Dallas Hastanesi (Şıpka)
9. Üsküdar Nakilbend ve Tunuslu Hastaneleri	9. Goldstein Hastanesi (Orhaniye- Kazanlık)
10. Kumbarhane Hastanesi	10. Heinrich Hastanesi (Razgirat)
11. Sirkeci İskelesi Kadın Mülteci Hastanesi	11. Sarell Hastanesi (Orhaniye, Kemerli, Taşkesen, Sofya)
12. Takiyeddin Paşa Hastanesi	12. Roy Hastanesi (Erzurum)
	13. Cuma Dr. Antoniadis Hastanesi ve Cuma Hastanesi Yaralı Tahliye Servisi
	14. Dr. ColonnaCeccaldi Sağlık Treni
	15. Sirkeci Dr. Mundy ve Dr. Mautner Hastanesi

Kavak Hastanesi

İstanbul'da tesis edilen Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti hastanelerinden biri olan Kavak Hastanesi, Anadolu Kavağı yakınlarında bulunan Kavak tahaffuzhanesinin hastaneye dönüştürülmesiyle oluşturulmuştur (**Şekil 5**).

Hastane her biri sekiz odadan oluşan, altı büyük odadan oluşur, hasta kapasitesi 260 kişi olacak şekilde yatak ve malzemeye donatılmıştır. Hastane yönetici kadrosu, Baştabip: Dr. Photiades; Hekimler: Dr. L. Girerd, Dr. Choffe; Yardımcı hekim: Dr. Argyropulo'dan oluşmaktadır.¹⁶ Sultan Abdülhamid Kavak Hastanesi'nde hasta naklinde kullanılmak üzere Cemiyet'e bir buharlı gemi tahsis etmiştir.⁴



Şekil 5. Kavak Hastaneleri-Boğazın Yüksek Kısımları

Beylerbeyi Sarayı ve Hastaneleri

Sultan Abdülaziz tarafından yaptırılan ve yaklaşık iki yıl süren inşasının ardından 21 Nisan 1865 Cuma günü kullanıma açılan Beylerbeyi Sarayı, padişahların sayfiye mekânı ve devlet adamlarının, hükümdarların ağırlandığı bir konukevi olarak kullanılmıştır. Dönem içerisinde farklı kurum ve kuruluşların kullandığı ve günümüzde bütünlüğünü önemli ölçüde yitirmiş olan Beylerbeyi Sarayı'nın orijinalliği kaybolmuş ve bazı kısımlarında tamamen ortadan kalkmıştır. Boğaziçi Köprüsü'nün yapımı sırasında da sarayın bahçeleri parçalanmıştır. Sarayın günümüzde mevcut olmadığı belirlenebilen aslı birimlerinden birkaçı Geyiklik, Has Ahır, Aslanhâne, Tavukluk ile Paşalar, Mızıka ve Ağalar daireleridir.^{16,21}



Şekil 6. Beylerbeyi Sarayı ve Beylerbeyi Hastaneleri



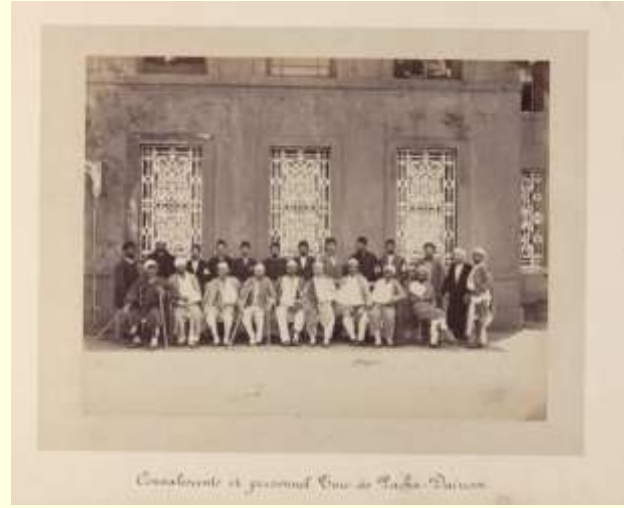
Şekil 7. Beylerbeyi Sarayı'nın bir kanadı

Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından İstanbul'da yaralı askerler için kurulan ikinci hastane Beylerbeyi Hastanesi'dir. Hastane Beylerbeyi Sarayı'nın Paşa, Mızıka ve Ağalar koğuşlarından oluşmaktadır (**Şekil 6 ve 7**). Hastane ilk daire olan Paşalar Dairesi'nin hasta kabulüne başlamasıyla birlikte 2 Eylül 1877'de resmi olarak açılmıştır. Mızıka Dairesi 3 Ekim 1877, Ağalar Dairesi ise 16 Kasım 1877'den sonra faaliyete başlamıştır (**Şekil 8 ve 9**). Bu hastanede, Dr. Peştemalciyan Efendi; Paşa ve Mızıka Daire'lerinden, Dr. Sevastopouloise Ağalar Dairesi dairesinden sorumlu olarak görevlendirilmiş ancak Dr. Sevastopoulo'nun acil olarak Şıpk'a'ya gönderilecek seyyar hastanenin başında görevlendirilebileceğini bildirmesi üzerine Beylerbeyi Hastanesi'nin işleri büyük ölçüde Dr. Peştemalciyan tarafından yürütülmüştür. Açılıştan iki gün sonra 4 Eylül Salı günü Şıpk'a'dan 100 yaralı asker gelmiş ve hemen tedavilerine başlanmıştır. 3 Ekim 1877'den itibaren Mızıka Odası da hastaneye dönüştürülmüş ve 20 Ekim 1877'e kadar Kavak Hastanesi personeli ile buraya taşınmıştır (**Tablo 3 ve 4**).^{4,16}

Beylerbeyi Sarayı'nın ön kısmında Paşa Dairesi, bir giriş katı ve bu katın üstündeki ikinci bir kattan oluşan taş bir yapıdan ibarettir. Paşa dairesinin zemin katında, müdür odası, ameliyathane, çamaşırhane, hastan üniforması deposu, laboratuvar, eczane gibi birimler yer alırken, rıhtıma doğru olan odaların birkaçı ile üst katta yer alan odalar tümüyle hasta yatakları ile doldurulmuştur. Yine taştan yapılmış diğer bir bina olan Mızıka Dairesi ise bir zemin kat ve bu katın üzerinde bulunan iki ayrı kattan oluşmaktadır. İlk ve ikinci kat hasta ve yaralılarla ayrılmış iken, en üst katta genel muhasebe odası, nöbetçi doktor odası ve ameliyathane bulunmaktadır.¹⁶



Şekil 8. Beylerbeyi'ndeki Paşa ve Mızika Dairesi Hastaneleri



Şekil 9. Paşalar Dairesinde Tedavi Görenler ve Personel

Tablo 3. Beylerbeyi Hastanesi Birinci Bölüm- Paşa ve Mızika Dairesi Personeli

Paşa Dairesi			Mızika Dairesi		
A Takımı: 65 yatak	Başhekim	Dr. Euthyboule	A Takımı: 68 yatak	Başhekim	Dr. L. Girerd
	Cerrah Muavini	Mustafa Efendi		Cerrah Muavini	Sadık Efendi
	Eczacı	P. Roussi		Eczacı	A. Panayotidi
B Takımı: 67 yatak	Başhekim	Dr. J. Baldrian	B Takımı: 64 yatak	Başhekim	Dr. A. Choffe
	Cerrah Muavini	Rifat Efendi		Cerrah Muavini	Kris Efendi
	Eczacı	G. Yorghidi		Eczacı	J. Amoury
C Takımı: 71 yatak	Başhekim	Dr. G. M. Phocas	C Takımı: 54 yatak	Başhekim	Dr. Ph. Photiades
	Cerrah Muavini	Ali Efendi		Cerrah Muavini	Akif Efendi
	Eczacı-şef	A. Stamadiatis		Eczacı	Sp. Cousouri
			D Takımı: 99 yatak	Başhekim	Dr. C. Petychaki
				Cerrah Muavini	Yahya Efendi
				Eczacı	J. Zoides
Toplam: 488 yatak					

Beylerbeyi Hastanesi İkinci Bölüm Ağalar Dairesi olarak geçmektedir (*Şekil 10 ve 11*). Ağalar dairesi 3 servisten oluşmaktadır. Baştabibi Dr. Sevastopoulo olan hastanenin personeli 3 klinik şefi, 3 yardımcı cerrah ve 3 eczacıdan oluşmaktadır (*Tablo 4*).¹⁶ 13 Mayıs 1878 itibarıyla, Ağalar Dairesinde 275'i yaralı ve 556'sı hasta olmak üzere 831 asker tedavi edilmiş ve bunlardan 56 kişi hayatını kaybetmiştir (*Şekil 11*).¹⁹

Tablo 4. Beylerbeyi Hastanesi İkinci Bölüm -Ağalar Dairesi Personeli

Personel	A Servisi	B Servisi	C Servisi
Klinik Şefi	Dr. Calligas	Dr. Pappaduka	Dr. Kuzoviç
Yardımcı cerrah	Bay Anemoyani	Bay Nazabetyan	Agop Ağa
Eczacı	Bay Matkoviç	Bay Della Porta	Oğul Calligas

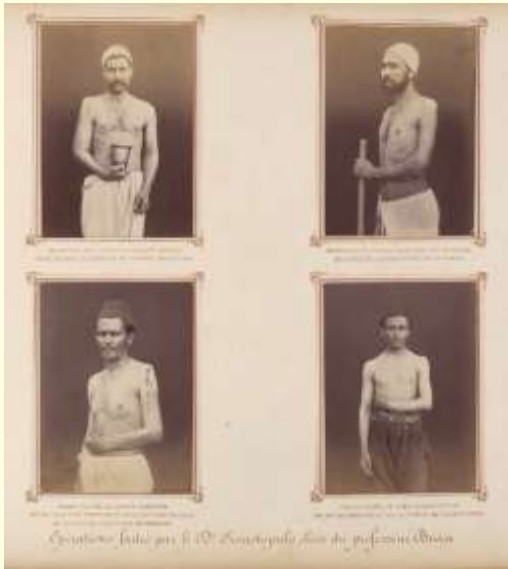


Şekil 10. Beylerbeyi Ağalar Dairesi Hastanesi



Şekil 11. Beylerbeyi Ağalar Dairesi Hastanesinde bir ameliyat

Ağalar Dairesinde çoğunluğu ateşli silah yaralanması olan birçok ameliyat yapılmıştır.¹⁹ Beylerbeyi Hastanesi Ağalar Dairesinin baştabibi olan Dr. Sevastopoulo, konuşmanın motor yönü, yani konuşmanın anlamlı seslere dönüştürülmesi işlevinin, beyinde sol frontal lobun arka alt bölümünde gerçekleştiğini ortaya koyan ve daha sonra bu alana kendi ismi verilen Fransız hekim Pierre Paul Broca'nın (1824-1880) öğrencisidir.^{22,23} Dr. Sevastopoulo bu hastanede görev yaptığı dönemde birçok önemli ameliyat gerçekleştirmiştir, albümde ameliyat edilen bazı hastalara ait resimlere yer verilmiştir.



Şekil 12-13. Profesör Doktor Broca'nın Öğrencisi Dr. Sevastopoulo Tarafından Yapılan Ameliyatlar

Sepetçi Kasrı Kamp Alanı

Sepetçi Kasrı, Topkapı Sarayı'nın dış bahçesinde, kıyı alanında yer almaktadır. Günümüzde Yeşilay Genel Merkezi olarak kullanılan yapının, 1877-1878 yıllarında Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin kamp alanı olarak kullanıldığı görülmektedir (Şekil 14).



Şekil 14. Sepetçi Kasrı Kampı

Seyyar Hastaneler ve Nakil Hastaneleri

Osmanlı ordusu sağlık teşkilatının zayıflığı Osmanlı-Rus Savaşı sırasında büyük sorunlara neden olmuş, yaralanan askerleri cephe gerisinde tedavi etmek için kurulan seyyar hastanelerin eksikliği Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti açtığı sekizi cephede ve biri cepheden gelenleri tedavi etmek üzere İstanbul'da olmak üzere toplam dokuz seyyar hastane (**Tablo 1**) ile Stafford House Komitesi'nin açtığı altı seyyar hastane ile giderilmeye çalışılmıştır.^{16,24} Seyyar hastaneler, gerektiğinde muhabere alanında yaralıları toplamak üzere gezici ambulans olarak ve geçici hastane şeklinde yaralı ve hasta askerlere ilk müdahaleyi yapmak üzere görevlendirilmişlerdir. Bu görevler içinde yer alan yaralı tahliyesi için tahsis edilen araç ve gereçler 3 ambulans arabası, 50 kırsal bölge sedyesi, 10 tamponlu sedye, altı eğitim ve altı yük atından oluşmaktadır (**Şekil 15**).⁴



Şekil 15. Hilal-i Ahmer Ambulansı (Seyyar Hastane) ile yaralı tahliyesi

Seyyar hastaneler, bir baş cerrah veya doktor ve ikinci bir cerrah, dört yardımcı cerrah, bir eczacı ve bir yardımcı eczacı, bir muhasebeci ve bir yardımcı muhasebeci, bir sedyecisi, iki onbaşı sedyecisi ve 24 sedyecisi hasta bakıcısı, altı hademe, altı seyis ve arabacı, bir imam ve ambulans personelinden oluşmaktadır (**Tablo 5**).^{4,16}

Tablo 5. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından cephelerde kurulan seyyar hastaneler ve nakil hastaneleri

Hastane	Yerleşke	Sorumlu doktor(lar)
1. 1 Nolu Nakil Hastanesi		Dr. Stoker
2. 2 Nolu Seyyar Hastane	Şıpka	Dr. Sevastopoulo ve Dr. Dallas
3. 3 Nolu Seyyar Hastane	Kızanlık-Orhaniye	Dr. Goldstein
4. 4 Nolu Seyyar Hastane	Hazergrad (Razgrad)	Dr. Heinrich
5. 5 Nolu Seyyar Hastane	Saha Hastanesi-Kemerli_Sofya	Dr. Sarell
6. 6 Nolu Seyyar Hastane	Erzurum	Dr. Roy
7. 7 Nolu Seyyar Hastane	Cuma	Dr. Antoniadès
8. Sıhhiye-Hastane Treni		Dr. ColonnaCeccaldi
9. Sirkeci Hastanesi Nakil Treni		Dr. Baron Mundy ve Dr. Mautner

9 Numaralı Seyyar Hastane (Sirkeci), Sirkeci tren istasyonunun yakınında deniz ve demir yoluyla gelen yaralıları hizmet vermek için kurulmuştur. Bu hastane için hasta yataklarının ve tıbbi malzemenin temini ve hastanede çalışacak cerrahların görevlendirilmesi ve hastane idaresi Stafford House Komitesi tarafından üstlenilmiştir.²⁴ Sirkeci Seyyar Hastanesi'nde başhekim olarak Dr. Baron Mundy, yardımcısı Dr. Mautner, cerrah olarak Dr. Hilsman ve Dr. Vaelchi, yardımcı cerrah olarak Dr. Rieck ve Dr. Briot, öğrenci cerrah olarak ise Ahmet Tevfik Efendi ve Ahmet Mustafa Efendi görev yapmıştır (**Şekil 16**).¹⁶ Bu hastane aslında tam olarak bir ilk yardım servisi gibi çalışmıştır. Sağlık durumları stabil hale gelen hasta ve yaralıları tedavilerinin devamı için İstanbul'daki diğer hastanelere tahliye edilmişlerdir. Bu albümde resmi bulunan İstanbul'daki bir diğer seyyar hastane olan Mundy Baraka Hastanesi 4 Aralık 1877 tarihinde Stafford House Komitesi görevlilerine teslim edilmiş ve 6 ay süresince bu komitenin elinde kalmıştır. (**Şekil 17**).²⁴

**Şekil 16.** Kızılayın 9. Seyyar Hastane Personeli (Dr. Mautner)**Şekil 17.** Dr. Baron Mundy Baraka Hastanesi

Albümde İstanbul dışında doğu cephesinde yer alan Erzurum'da kurulan seyyar hastanede (6 numaralı Seyyar Hastane) görev yapan hekimlerin bir fotoğrafı da yer almaktadır (**Şekil 18**). Erzurum'daki Seyyar Hastane'de Dr. Roy başhekim olarak, Dr. Amundsen, Dr. A. Price, Dr. Karoly, Dr. Şakir, Dr. Holmboe, Dr. Thaulow, Dr. Tscherning ve Dr. Sanberg cerrah olarak görev yapmıştır. Hastanede ayrıca, Bay Sidot Baş eczacı, Bay Habip Bahaş ikinci eczacı, Bay Caratti muhasebe sorumlusu, Bay Matteo ambarcı ve baş teskereci, Hüseyin Bey diğer baş teskereci olarak görev yaparken, 12 hemşire de görev almıştır.¹⁶ Erzurum Seyyar Hastanesi'nde görev alan hemen tüm personelde çeşitli hastalıklar baş göstermiştir. Özellikle tifüs, sivil halkta olduğu gibi, birlikler arasında da büyük ölümlere neden olmuştur. Dr. Roy dâhil, yedi hekimden

dördü kısa sürede tifüse yakalanmış ve yatağa düşmüştür.¹⁶ Dr. Roy ve ekibi çok önemli üç personelini ve iki cerrah Karoly ve Price ile teskereci başı Savo'yu da kaybetmesine rağmen yaklaşık altı ay süren görevleri sırasında önemli çalışmalar yapmışlardır.¹⁶



Şekil 18. Bayburt ve Erzurum Seyyar Hastanesi Doktorları

Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyetinin cephe gerilerinde kurduğu seyyar hastanelere ilave olarak altı adet de sabit hastane kurulmuştur (**Tablo 2**). Bunlardan bazılarında Stafford House Komitesi ve Mısır Hilâl-i Ahmeri ile birlikte çalışılmıştır.^{16,24}

Bu altı hastaneden biri olan Selanik Hastanesi'nde (**Şekil 19-20**) Dr. A.S. Eccles, Dr. W.H. Baresford, Dr. S.F. Clement, Dr. C. Roe cerrah olarak görev yapmıştır (**Şekil 19 ve 20**). Bay Spanopoulos hasta bakıcı olarak görev yaparken ve Türk yardımcıları da bulunmaktadır. Hastane Op. Dr. Eccles tarafından yüksek konumu ve sağlıklı hijyenik şartları için seçilen Mithat Paşa'nın Yetimhanesi'nde kurularak faaliyete geçmiştir. Savaş sırasında Süleyman Paşa'nın geri çekilen kuvvetlerinden birçok yaralı ve hasta asker de dahil olmak üzere hastanedeki 150 yatağın hemen hepsi çok kısa bir sürede yaralılarla dolmuştur.²⁴



Şekil 19. Selanik'teki Hilal-i Ahmer Hastanesi



Şekil 20. Selanik Hastanesinde bir hasta koğuşu

21 Numaralı Fotoğraf

Merkez Komite'nin yürüttüğü işlerden biri de gelen yardımlarla hastanelerin ihtiyaçları olan malzemelerin temini ve dağıtımı olmuş, depo işlemleri titizlikle yürütülmüştür (**Şekil 21**). İkinci ihtisas komitesi depolardan sorumlu iken dördüncü komisyon denetimlerini yapmıştır. Depo faaliyetleri Tophane'de yürütülmüştür. Merkez depoda; N. Caras (müdür), Boyacıyan, Christopoulos, Ferhat Efendi, Wetchinian görev yapmışlardır.⁴

22 Numaralı Fotoğraf

Albüm son olarak komite üyelerinin birlikte yer aldığı fotoğraf ile bitmektedir.1877 senesinde Osmanlı ve ecnebilere muhtelifen teşekkül ve Hilal-i Ahmer namını ahzeden heyet.^{8,25} Birinci Sıra, Soldan Sağa: Mabeyn kâtiplerinden, Nuri Bey, Umur-ı sıhhiye müfettişi-ı umumisi Dr. Bartoletti, Şurayı Devlet Azasından Nuriyan Efendi, Umur-ı Sıhhiye Reis-i Sanisi Dr. Arif Bey, Mekteb-i Tıbbiye müderrislerinden Dr. Sarel, Osmanlı Bankası müdür-i umumisi Foster, Stafford House Komitesi Komiseri Barrington Kennett, Harbiye Umur-ı Siyasiye Müdürü Feridun Bey (en sağda). İkinci Sıra, soldan: Dr. SevastopoluLeval, Sıhhiye-i Askeriyeden Della Suda Faik Paşa, Umur-ı Sıhhiye azasından Eşref Efendi, Amerikalı General Mott, Osmanlı Bankası Müdür Muavini Has, Dr. Peştimalcıyan Paşa. İkinci sıranın en sağında olan 1 kişi ve 3. sırada olan 4 kişinin kim oldukları belirlenememiştir (**Şekil 22**).



Şekil 21. Hilal-i Ahmer Dükkan ve Depoları



Şekil 22. Merkez Komite Grubu ve Sekreterleri

Tartışma

Albümde yer alan Hilal'i Ahmer Cemiyetinin 1878-1879 döneminde yürütülen faaliyet, kişi ve kurumlara yönelik yer alan fotoğraflar döneme ışık tutan orijinal bir eser olması nedeniyle önemli olduğu değerlendirilmektedir. Başta döneme yönelik önemli kaynaklar olan Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti Sabit ve Seyyar Hastaneleri: 1877-1878 isimli raporu ve Stafford House Komitesi Hasta ve Yaralı Türk Askerlerine Yardım Cemiyeti raporu olmak üzere ilgili literatür üzerinden fotoğraflara ait ayrıntılı bilgilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Albümde Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komite Üyeleri'ne ait olan 1. fotoğrafta 17 kişinin fotoğrafı olduğu görülmektedir. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Merkez Komitesi ilk teşkil edildiğinde idare ve muavenet heyeti olara 11 kişi olarak planlanmış ve gerektiğinde bu sayının arttırılabileceği ifade edilmiştir. Bununla birlikte Hüseyin Ada tarafından yapılan tez çalışmasında Merkez Komitesinin 11 kişi olarak

planlandığı ancak zaman içerisinde 19'a çıkarıldığı ifade edilmektedir.⁴ 14 Nisan 1877'de seçilen Merkez Komite Üyelerinden olan Kırmızı Aziz Bey (Mektebi Tıbbiye Hocalarından) ve ihtiyaç üzerine sayısı arttırılan üyelerden olan Dr. Baron Mundy'nin fotoğrafı bulunmamaktadır.⁴

İkinci fotoğrafta yer alan 1877-1878 şeref alanında hayatını kaybeden sağlıkçılarla beraber aynı dönemde Erzurum İngiliz Hastanesi'nde Dr. Guppy ve Dr. Pinkertonun tifüs nedeniyle öldüğü ve çok sayıda kişinin enfeksiyondan etkilendiği anlaşılmaktadır.^{19,24} Ancak fotoğraflarda yer almamıştır.

Cemiyet tarafından Osmanlı-Rus Harbi sırasında kurulan hastanelerle ilgili olarak Derya Şimşek tarafından yapılan çalışmada İstanbul'da 13 cephe gerisinde 15 olmak üzere 28 hastane olduğu bilgisine yer verilmiştir.¹⁰ Araştırmamızda ise İstanbul'da 12 toplamda 27 hastaneye ait bilgilere ulaşılabilmektedir. Bahsedilen çalışmada hastane isimleri verilmemesi için karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak farkın kurulan hastanelerin bazı bölümlerinin farklı bir hastane olarak değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Arşiv belgeleri ve raporlarda Kavak Hastanesi'nin 22 Ağustos 1877'de faaliyete geçtiği ve 210 hasta ve yaralı kabul ettiği bilgisi yer almaktadır. Hastanenin faaliyete başlamasından hemen birkaç gün sonra, İngiliz Kızılhaç'ının "Belle of Dunkerque" adlı gemisi 58 hasta daha getirerek, hastaneyi doldurmuştur. Sultan II. Abdülhamid tarafından bu hastanenin sahip olduğu imkânların yaklaşan kış koşullarında gerekli şartları sağlayamayacağı değerlendirilerek hastanenin Dr. Sevastopoulo ile Dr. Eşref Efendi sorumluluğunda Beylerbeyi Hastanesi'ne tahliyesine karar verilmiş ve 3 Ekim'de Kavak Hastanesinin tüm faaliyetleri sonlandırılmıştır. Kavak Hastanesine hizmet verdiği 53 gün boyunca, 430'u yaralı olmak üzere toplam 490 hasta yatırılmış, bu hastalardan 373'ü iyileşerek taburcu olurken ve 18 kişi de hayatını kaybetmiştir.^{16,19}

Beylerbeyi Hastanesi Paşa ve Mızıka Dairelerinde, 31 Mayıs 1878 itibarıyla 1.486'sı hasta ve 1.120'si yaralı olmak üzere 2.606 asker tedavi edilmiş ve bunlardan 285'i şehit olmuştur.³ Hasta ve yaralıların çok fazla olduğu dönemler olmakta ve bazen göreve devam edeceklerin bölgeye yönlendirilmesi için askeri mercilerin emrini bekleme zorunluluğunun günlerce sürmesi nedeniyle hasta ve yaralıları taburcu edilememiştir. Böyle dönemlerde ek yatakların da konulmasıyla yatak sayısı hastanenin yatak sayısı 540'a kadar çıkmıştır.¹⁶ Yaralı ve hasta sayısında büyük artışların yaşandığı Kasım 1877'de Beylerbeyinde geçici bir seyyar hastane de kurulmuş ve bu seyyar hastane 16 Kasım 1877 ile 13 Mayıs 1878 tarihleri arasında hizmet vermiştir.

Beylerbeyi Hastanesi İkinci Bölüm Ağalar Dairesi'nde 13 Mayıs 1878 itibarıyla, 275'i yaralı ve 556'sı hasta olmak üzere 831 asker tedavi edilmiş ve bunlardan 56 kişi hayatını kaybetmiştir.¹⁹

Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyetinin cephe gerilerinde kurduğu seyyar hastanelere ilave olarak kurulan Selanik Hastanesi'nde Savaş sırasında Süleyman Paşa'nın geri çekilen kuvvetlerinden birçok yaralı ve hasta asker de dahil olmak üzere hastanedeki 150 yatağın hemen hepsi çok kısa bir sürede yaralılarla dolmuştur.²² 15 Mayıs- 30 Haziran 1878 tarihleri arasında Dr. Lebovicz'in Servisindeki verilere göre, 131 yaralı ve 9 hasta olmak üzere toplam 140 kişiyi yatan hasta mevcut iken bu hastalardan 36'sı iyileşmiş ve 7'si hayatını kaybetmiştir. Dr. Weber'in servisinde ise Mayıs ayı boyunca 55'i yaralı toplam 59 kişiyi tedavi edilmiş, bu hastaların 41'i iyileşirken, dördü tedavi altında tahliye edilmiştir.^{16,19}

Kızılay tarafından Selanik'te kurulan hastane Balkan savaşı sırasında 6 Ekim 1912'de Leyli İttihat ve Terakki Mektebi'nde yeniden faaliyete geçirilmiştir. Yunanlıların işgali sonrası Belgrad'ta kurulan Uluslararası Kızılhaç Esirler Komisyonu'nun tavsiye ettiği Selanikli tüccarlardan, Feridolinye'nin başkanlığında teşkil edilen bir yardım komisyonu tarafından idare edilerek esir ve yaralı askerlerden başka göçmen hastalara da hizmet vermiştir.²⁶

Genel olarak kaynaklardan elde edilen bilgilerle fotoğrafların birbirini doğruladığı gözlemlenmiştir.

Sonuç

1877-1878 Osmanlı Rus Savaşı sırasında Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti canlandırılmış ve birçok faydalı faaliyetlerde bulunmuştur. Osmanlı Ordusu'nun sağlık hizmetlerinin idamesi için Osmanlı Devleti bünyesindeki sivil toplum kuruluşlarından faydalandığı gibi yabancı kuruluşların da yardımına izin verilmiştir. Seyyar ve sabit hastaneler kurulmuş, dönemin en modern binaları yaralı bakımı ve diğer sağlık hizmetleri için kullanılmış veya yeniden inşa edilmiştir. Osmanlı Devleti bünyesindeki sağlık faaliyetlerinin organizasyonunda birçok yabancı uyruklu bilim ve siyaset adamları görev almış, sağlık alanında yabancı devletlerle iş birliği yapılmıştır.

Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde girdiği 1877-1878 Osmanlı Rus Savaşının, Cenevre Sözleşmesi'nin imzalanmasından sonra sözleşmeyi imzalayan iki büyük devlet arasında gerçekleşen ilk büyük savaş olması nedeniyle dünya harp tarihinde önemli bir yeri vardır. Bu savaştaki sağlık hizmetleri ise yapılan uluslararası anlaşmalara ve yeni hukuki düzenlemelere uyma zorunluluğu açısından tarihte önemli yere sahiptir. Yapılan çalışmada birincil tarihi kaynak olarak 1878 yılında yayımlanan albümdeki fotoğraflar eşliğinde döneme ışık tutulmaya çalışılmıştır. Yapılan araştırma kapsamında elde edilen tarihsel bilgilerle albüm fotoğraflarının birbiriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Hilal-i Ahmer Cemiyetinin kuruluş dönemine ait yazılı bilgilerin fotoğraflarla görsel olarak ifade edilmesinin literatüre zenginlik kazandırdığı ve ilgili dönemdeki sağlık faaliyetlerinin ve dönemin şartlarının ortaya konulmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Bilgi

Bu çalışma 11. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri'nde (18-21 Haziran 2019, Kırşehir) sözlü bildiri olarak sunulmuştur. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Eray Serdar Yurdakul: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama ve işleme, yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Nuray Güneş: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Fatih Namal: Tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

- 1.kizilay.org.tr [Internet]. Neler yapıyoruz. Available from: <https://www.kizilay.org.tr/neler-yapiyoruz#:~:text=Kuruldu%C4%9Fu%201868%20y%C4%B1l%C4%B1ndan%20bu%20yana,%2C%20sosyal%20hizmetler%2C%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%2C%20ilk> [Accessed: 06.01.2021].
2. Özaydın Z. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Salnamesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1987.
3. Ünver AS. Hilal-i Ahmer'in Kuruluş, İnkişafı ve Hizmetleri Tarihi Üzerine. Ünver AS, editör. Tıp Tarihi Yıllığı II. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.Yay.; 1983.
4. Ada H. OsmanlıDevletinin Hizmetinde İlk Modern Osmanlı Sivil Toplum Örgütü: Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti (1868-1911). Marmara Üniversitesi, Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü, Doktora Tezi). İstanbul, 2011.
5. Mithat A. Hilâl-i Ahmer: Cemiyet-i İnsaniyenin Tarihi. Mithat A, editör. İstanbul: Kırk Anbar Matbaası; 1296.
6. Şimşek M. Hilal-i Ahmer Cemiyeti Sarayönü Çiftliği. Tarih Araştırmaları Dergisi 2019;38(66):419-443.
7. Saygılı S. Türk Kızılay'ının Kurucusu: Dr. Abdullah Bey. Saygılı S, editör. Ankara: Türk Kızılayı yayınları; 2010.
8. Karal Akgün S, Uluğtekin M. Hilal-i Ahmer'den Kızılay'a. Karal Akgün S, Uluğtekin M editors. Ankara: TDV Yayıncılık- Alternatif Ajans; 2002.
9. Türkmen Z. Balkan Savaşlarında Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin Osmanlı Ordusuna Yönelik Sağlık Hizmetleri. Belleten 2004;68(252):483-518.
10. Şimşek D. II. Abdülhamid Dönemi Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Kuruluşu ve Teşkilatlanması. Turkish Studies International Periodical for The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2015;10(5):307-318

11. Çapa M. Kızılay (Hilal-i Ahmer) Cemiyeti (1914-1925). Ankara: Türkiye Kızılay Derneği Yayınları, Rıhtım Ajans & Yayınevi; 2010.
12. kizilay.org.tr [Internet]. Kurumsal: Tarihçemiz [Accessed: 10.04.2020]. Available from: <https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/tarihcemiz>
13. Dinçyürek SH. A Compassionate Episode in Anglo-Ottoman History: British Relief to the 93 refugees (1877-78). Dinçyürek SH, editör. İstanbul: Libra Yayıncılık; 2013.
14. Kırmızı A. Son Dönem Osmanlı Bürokrasisinde Akraba Ermeniler. ASAM Ermeni Araştırmaları Enstitüsü Dergisi 2003;8:137-152.
15. Özgisi T. Osmanlı Devleti'nden Türkiye Cumhuriyeti'ne Anadolu'ya Zorunlu Göçler ve Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Yardım Faaliyetleri. Journal of International Social Research. 2014;7(31):386-393.
16. Aux Blessés et Malades Militaires-Ambulances Fixes et Mobiles du Croissant Rouge 1877-1878 (Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti Sabit ve Seyyar Hastaneleri: 1877-1878), İstanbul: Hilal-i Ahmer Raporu Cilt: 3; 1878.
17. Yurdakul ES. Kızılay'ın İlk Hastaneleri (1877-1878): Yatan Hastalarda Görülen Enfeksiyonlar ve Mortalite Oranları. Türk Mikrobiyoloji Cem Derg 2019;49(2):104-112.
18. Belge 1. H.05.06.1294 tarihli Beşiktaş Sarayı Paşa Dairesinde Toplanması Hakkında Belge. CDA (Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivi) Y.PRK.ASK.1-28.
19. Yurdakul ES. The Red Crescent Establishment Period (1877-1878 Ottoman-Russian War): Mortality rates in surgical interventions and various injuries. PamMed J 2019;12:517-526.
20. Uçar M, Deniz S. Türk Tarihinde Askeri Sağlık Hizmetleri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(1):103-118.
21. islamansiklopedisi.org.tr [Internet]. Beylerbeyi sarayı [Accessed: 20.05.2020]. Available from: <https://islamansiklopedisi.org.tr/beylerbeyi-sarayi>
22. Schiller F. Paul Broca: Founder of French anthropology, explorer of the brain. USA: Oxford University Press, 1992.
23. Friedrich P. ve ark. Fundamental or forgotten? Is Pierre Paul Broca still relevant in modern neuroscience?. Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition 2019;24(2): 125-138
24. Stafford House Committee For The Relief of Sick and Wounded Soldiers (Author): Report And Record Of The Operations Of The Stafford House Committee For The Relief of Sick And Wounded Turkish Soldiers – Russo-Turkish War, 1877-1878 [SHK Raporu]. London: Spottiswoode & Co., New-Street Square; 1879.
25. Yarman A. Osmanlı Sağlık Hizmetlerinde Ermeniler ve Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi Tarihi. Yarman A, editör. İstanbul: Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi Vakfı Yayınları; 2001.
26. Çapa M. Balkan Savaşında Kızılay (Osmanlı Hilâl-i Ahmer) Cemiyeti. Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi (OTAM) 1990;1: 89-115.

