



LOKMAN HEKİM

DERGİSİ

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



Mayıs-Ağustos 2020

Cilt: 10

Sayı: 2





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

CİLT - VOLUME 10 MAYIS-MAY 2020 SAYI - NUMBER 2

DERGİ HAKKINDA - ABOUT JOURNAL

Sahibi - Owner

Prof. Dr. Ahmet Hakan Öztürk

Onursal Editör - Honorary Editor in Chief

Prof. Dr. İlater Uzel

Başeditör - Editor in Chief

Doç. Dr. Oya Ögenler

Yardımcı Editör - Associate Editor

Prof. Dr. Selim Kadioğlu Prof. Dr. Gülçin Yapıcı Prof. Dr. Seyhan Şahan Fırat Dr. Öğr. Üyesi Selda Okuyaz

Bölüm Editörleri - Section Editors

Prof. Dr. Taşkın Ketenci Doç. Dr. Sultan Alan Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş Dr. Öğr. Üyesi Türkan Erer
Dr. Öğr. Üyesi Mehtap Ergenoğlu Dr. Öğr. Üyesi Mukadder Gün Dr. Öğr. Üyesi Ekrem Oral Dr. Öğr. Üyesi Serap Torun

Yayın kurulu - Editorial board

Prof. Dr. Ahmet Acıduman 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 Ph.D. Dr. Sadık Nazik

Yabancı Dil Editörü - Foreign Language Editor

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

Bilimsel Kurul- Scientific Board

Emeritus Prof. Stuart Blume (Netherlands)	Prof. Dr. Şefik Görkey	Doç. Dr. Refiye Okuşluk Şenesen
Assoc. Prof. Stephen T. Casper (United States)	Prof. Dr. Gülsel Kavalalı	Doç. Dr. Gürkan Sert
Prof. Catharine Coleborne (New Zealand)	Prof. Dr. Kadircan Keskinbora	Dr. Öğr. Üyesi Murat Aksu
Prof. Pratik Chakrabarti (United Kingdom)	Prof. Dr. Arın Namal	YDr. Öğr. Üyesi . Selim Altan
PhD. Eric J. Engstrom (Germany)	Prof. Dr. Nüket Örnek Büken	Dr. Öğr. Üyesi Rana Can
Sherry Sayed Gadelrab (United Kingdom)	Prof. Dr. Zuhal Özyaydın	Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Demirsoy
Prof. Elizabeth Lunbeck (United States)	Prof. Dr. Gülbün Özçelikkay	Dr. Öğr. Üyesi Hasan Erbay
Dr. Harry Oosterhuis (Netherlands)	Prof. Dr. Abdullah Özen	Dr. Öğr. Üyesi Tolgahan Karaimamoğlu
Prof. John Harley Warner (United States)	Prof. Dr. Raşan Özen	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Karataş
Prof. Dr. Ayten Altıntaş	Prof. Dr. Menşure Özgüven	Dr. Öğr. Üyesi Esin Karlıkaya
Prof. Dr. Berna Arda	Prof. Dr. Nil Sarı	Dr. Öğr. Üyesi Volkan Kavas
Prof. Dr. Adnan Ataş	Prof. Dr. Mustafa Hamdi Sayar	Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Keleş,
Prof. Dr. Tamay Başağaç Gül	Prof. Dr. Serap Şahinoğlu	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Kırımlioğlu
Prof. Dr. İbrahim Başağaoğlu	Prof. Dr. Sevgi Şar	Dr. Öğr. Üyesi Hale Özcömert Coşkun
Prof. Dr. Alev Bobuş Örs	Prof. Dr. Yeşim Işıl Ülman	Dr. Öğr. Üyesi Atilla Özgür
Prof. Dr. Murat Civaner	Prof. Dr. Çağatay Üstün	Dr. Öğr. Üyesi Şükran Sevimli
Prof. Dr. Nilgün Çıblak Coşkun	Prof. Dr. Selen Yeğenoğlu	Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Çağlar Sinmez
Prof. Dr. Nesrin Çobanoğlu	Prof. Dr. Aşkın Yaşar	Dr. Öğr. Üyesi Ali Yiğit
Prof. Dr. Bayhan Çubukçu	Prof. Dr. Nuran Yıldırım	Dr. Öğr. Üyesi Müge Demir
Prof. Dr. Gülten Dinç	Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu	Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Keleş
Prof. Dr. Ömür Elçioğlu	Doç. Dr. Nurdan Kırımlioğlu	Dr. Öğr. Üyesi Sibel Öner Yalçın
Prof. Dr. Ayşe Everest	Doç. Dr. Ayşe Menteş Gürlert	Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk

Kapak – Cover

Ayşegül Tuğuz

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

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

İletişim - Correspondence

Dr. Oya Ögenler

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

Telefon-Phone: +90 324 361 0001

Faks-Fax: +90 324 341 2312

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



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

EDİTÖRDEN

Lokman Hekim Dergisi'nin Değerli Okurları,

Pandemi kısıtlaması olan bugünlerde Lokman Hekim Dergisine çok fazla sayıda yayın başvurusu olmuştur. Bir yayının hem sosyal hem bilimsel değere sahip olmak zorundadır. Bilimsel değeri için kanıt bulmakta zorlanılmazken, bir yayının sosyal değerini ölçmek zor olabilir. Ancak genellikle sosyal açıdan etkileyen faktörler yayın sayesinde üretilecek bilginin, kalitesi; önemli sağlık sorunlarıyla ilgisi; bireysel veya halk sağlığına yönelik müdahalelerin, politikaların/uygulamaların yaratılmasına veya değerlendirilmesine katkısı olarak sıralanabilir. Dergiye başvuran yayının değerlendirme süreci için yayın ve danışma kurulunun çabası önem arz etmektedir. Dergide yer alan tüm isimler gönüllülük esasına göre sürece katkıda bulunmaktadır. Kendi bilimsel ve idari işleriyle birlikte ek olarak dergiyle ilgili görevleri yerine getirmektedirler. Danışma kurulunun özverili çalışmaları sayesinde değerlendirme süreci tamamlanabilmektedir.

Lokman Hekim dergisinin 2020 yılına ait ikinci sayısında tarih, folklor ve sosyolojiden oluşan on iki araştırma ve bir derleme mevcuttur. Ayrıca COVID-19'un sağlık sorunu olarak bütün dünyayı etkisine almasıyla ilgili olarak Editör yardımcılarımız Gülçin Yapıcı ve Seyhan Şahan Fırat tarafından yazılan iki editörden yazısı ile Çağatay Üstün tarafından kaleme alınan editöre mektup bulunmaktadır.

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

Oya Ögenler



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

EDİTÖRDEN

Sayın okuyucu,

İnsanlık, 1918 yılında başlayan, 18 ay içinde 500 Milyondan fazla kişiye bulaşan ve 50 milyon dolayında insanın ölümüne sebep olarak insanlık tarihinde bilinen en büyük salgınlardan biri olan İspanyol gribinden sonra 21. Yüzyılda tüm dünyayı etkileyen yeni bir salgını yaşamaktadır. 31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ofisi tarafından Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarının olduğu bildiriliyor ve 7 Ocak 2020'de etkenin daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir coronavirus olduğu kabul edilerek hastalığının adı COVID-19 olarak konuluyor. DSÖ hastalık ile ilgili ilk durum raporunu 21 Ocak 2020'de yayınladığında 278 vaka Çin'de (258 Hubei), 2 vaka Tayland'da, 1 vaka Japonya ve 1 vaka Kore'de görülmüştü. Wuhan'da altı kişi yaşamını yitirmişti. 23 Ocak'ta Wuhan kenti karantinaya alındı. 30 Ocakta DSÖ COVID 19'u bir halk sağlığı acil durumu ilan ettiğinde 7818 vakanın 7.736'sı Çin'de, 82'si dünyanın geri kalan ülkelerinde görülmüştü. 11 Martta COVID 19 salgınını bir pandemi olarak ilan ettiğinde tüm dünyada 118.319 vaka ve 4.292 ölüm gerçekleşmişti. 11 Mayıs'ta DSÖ 112. durum raporunu yayınladığında ise dünyada 4.006.257 vaka ve 278.892 ölüm gerçekleşmiş ve neredeyse tüm ülkelerde hastalık görülmüştü.

Sağlık Bakanlığı ülkemizde vakalar henüz görülmeye başlamadan önce 10 Ocakta Koronavirüs Bilim Kurulunu kurdu ve 14 Ocakta 2019-nCoV Hastalığı Rehberi yayınladı. Ancak toplum olarak biz hastalığı önce uzaktan izlerken vakaların Avrupa'da (özellikle İtalya'da) görülmeye başlamasıyla korkmaya başladık. O zamana kadar durumu çok fazla dikkate almamıştık. İtalya'da ilk pozitif vakalar 31 Ocakta Roma'da Çinli turistlerde belirlendi, daha sonra İtalyan vatandaşlarda görülmeye başladı. Ülkemizde ilk olarak 3 Şubatta Çin'den gelen uçuşlar durduruldu ve İran'da vakaların hızla artmaya başlaması ile 23 Şubatta İran sınırı kapatıldı. 27 Şubatta ise Suudi Arabistan umre ziyaretlerini geçici olarak kapattığını ilan etti. Ülkemizden umreye giden 21 bine yakın kişinin olduğu ve bu kişilerin yaklaşık altı bininin ülkeye döndükten sonra yurtlarda karantinaya alındığı duyuruldu. Geri kalan yaklaşık 15 bin kişi ise evlerine dönmüştü. Sağlık Bakanlığı ilk vakayı 11 Martta bildirdikten sonra önlemler daha sıkılaştırıldı. 16 Martta okullar kapatıldı, camilerde cemaatle namaz kılmak yasaklandı, kafe, bar, sinema, düğün salonu gibi yerlerin kapatılmasına karar verildi. 21 Martta açık alan, park, bahçe gibi yerlerde piknik yapılması yasaklandı, 65 yaş üstünün sokağa çıkmasına kısıtlama getirildi. 22 Martta kamuda çalışanlara idari izin ve esnek çalışma uygulanmaya başlandı. 27 Martta tüm dış hat uçuşları kapatıldı, 3 Nisanda 20 yaş altına (18-20 yaş arasında olup çalışanlar hariç) sokağa çıkma kısıtlaması ve büyük şehirlere giriş çıkış yasağı getirildi. 10 Nisan'dan itibaren büyük şehirlerde hafta sonları sokağa çıkma yasağı getirildi. Tüm bu önlemlerin amacı damlacık yoluyla bulaşan bu hastalığın insandan insana geçişini engelleyebilmektir. Bugün 11 Mayıs'ta ilk vakanın bildirilmesinden iki ay sonra Sağlık Bakanlığı toplam vaka sayısını 131.771 ve ölüm sayısını 3.841 olarak açıkladı. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde en çok vaka görülen altıncı ülke olarak yerimizi almış durumdayız. İlk beş sırada İspanya, Rusya, İngiltere, İtalya ve Almanya yer almaktadır.

Hastalığın ilk ortaya çıkmasından yaklaşık beş ay sonra artık tüm dünya normalleşme (yeni normal) sürecinden bahsetmektedir. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yavaş yavaş kısıtlamalar kaldırılmaya başlandı. Aşı henüz geliştirilemediğine ve hastalığın etkin tedavisi için etkene özel bir ilaç bulunmadığına göre nasıl bir normalleşme olacak bu dönem? Kısıtlamaların kaldırılması için henüz erken mi?

Prof.Dr. Gülçin Yapıcı

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD



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

EDİTÖRDEN

Lokman Hekim Dergisi'nin Değerli Okurları,

Hepimiz alışkın olmadığımız, günlük yaşam içerisinde koronavirüs salgını ile mücadele ettiğimiz zor günler yaşıyoruz. Bununla birlikte, bu günleri nasıl geride bırakacağımızı ve bizi gelecekte nelerin beklediğini tam olarak bilemediğimiz ve daha önce hiç deneyimlememiş olduğumuz bir süreç içerisindeyiz. Acılı, sıkıntılı ve zor bir süreç olduğunun da hepimiz farkındayız. İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana yaşanan en büyük felaket olarak kabul edilen ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel bir salgın olarak tanımlanan COVID-19 pandemisi için aklımıza gelen en önemli soru ise salgından korunmak için bireysel ve genel olarak ne yapmalıydık veya neler yapmaya özen göstermeliyiz? Pandeminin çok yakın bir süreçte bitme olasılığının çok düşük olması ve doğal seyrinde çok hızlı bir yayılım göstermesi bu soruların öneminin artmasına neden oluyor. Bu pandemi sorununa karşı verilecek mücadeledeki en önemli yaklaşımlardan birisi, diğer genel tedbirlerin yanısıra virüse karşı bağışıklık sistemimizi güçlü tutabilmek olmalıdır. Yoğun olarak evde kaldığımız, yakınlarımız ve tüm dostlarımız ile fiziksel temasımızı kesmek durumunda olduğumuz bu günlerde hissettiğimiz sürekli kaygının bağışıklık sistemimizi zayıflatan en önemli unsurlardan birisi olduğunu unutmamalıyız. Sağlıklı ve dengeli beslenme başta olmak üzere, düzenli uyku, başarılı bir stres yönetimi, güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, kişisel hijyen ve sosyal izolasyon gibi genel sağlık önlemleri bağışıklığımızın güçlü tutulmasında, tedavi yöntemlerinin yanında öncelikli olarak profilaksinin de önemini artırıyor. Bu anlamda profilaksinin, COVID-19 pozitif hastalarla bir arada yaşayan ya da yakın temasta bulunduğu bilinen kişiler ve özellikle sağlık çalışanları açısından çok önemli bir konu olduğunu yaşanan olaylarla çok daha iyi öğrendik. COVID-19 profilaksisi için belirtilen genel sağlık önlemlerinin yanında, plazma ürünleri, antiviral ilaçlar, monoklonal antikorlar, Sambucus nigra (elderberry; kara mürver) gibi doğal ürünler, nutrasötikler ve vitaminler, ozon tedavisi, nitrik oksit (NO) inhalasyonu gibi kullanımı gündeme gelen ilaç veya tedavi yaklaşımları bulunuyor. Aşı ve ilaç geliştirme çalışmalarına büyük bir hızla devam ediliyor ve biran evvel bir sonuca ulaşılma çabası içerisinde neredeyse tüm araştırmacılar ve tüm ülkelerin katkılarıyla. Bununla birlikte, 2003'ten beri koronavirüs aşısı geliştirme çalışmalarında aktif görev alan Dr. Shibo Jiang'ın sözünü unutmamak gerekir ki "Aşı ve ilaçları güvenilirlik risklerini tam anlamadan test etmek, istenmeyen sorunlara yol açabilir."

Benliğimize yerleşen ve hiçbir zaman akıllarımızdan çıkmayacak olan "Evde Kal Türkiye, Hayat Eve Sığar" sloganını benimsediğimiz bu günlerde, aklın ve bilimin ışığında yeniden sağlıklı günlere kavuşmak dileğiyle, keyifli okumalar...

Prof. Dr. Seyhan ŞAHAN FIRAT



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 10

MAYIS – MAY 2020

SAYI – NUMBER 2

EDİTÖRE MEKTUP – LETTER TO EDITOR

An Epidemic and The Rise of Ethical Thoughts
Bir Salgın Hastalık ve Etik Düşüncelerin Yükselişi
Çağatay Üstün

145-146

REVIEW – DERLEME

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında (2015-2030) Emzirmenin Önemi ve Türkiye'deki Mevcut Durum Işığında Hemşireye Düşen Görevler
The Importance of Breastfeeding in Sustainable Development Goals (2015-2030), and the Duties of Nurse in the Light of the Current Situation in Turkey
Kartal ve Gürsoy

147-153

ORIGINAL ARTICLE – ARAŞTIRMA MAKALESİ

Total Fenolic Contents of Ferula elaeochytris Root Extract and Its Effect on Glucose Levels
Ferula elaeochytris Kök Ekstresinin Toplam Fenolik Bileşikler ve Glukoz Seviyesi Üzerine Etkisi
Eser ve ark.

154-161

Genel Kolluk Kuvveti Öğrencilerinin Organ Bağışı ve Nakli Hakkındaki Bilgi Düzeyleri
Knowledge Levels on Organ Donation and Transplantation among the General Law Enforcement Students
Alper Tunga Kökcü

162-170

Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik Farkındalıkları
Awareness of Pharmacy Faculty Students Towards Obesity
Arslan ve ark.

171-178

Müzik Aracılığı ile Türk Kültüründe Doktor Algısı
Perception About Doctors in Turkish Culture Through Music
Topal ve ark.

179-189

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Karşı Tutumları
The Attitudes of Intensive Care Nurses Towards Euthanasia, Death and Terminal Patients
Can ve ark.

190-200

Öğrenci Ebe ve Hemşirelerin Anatomi Eğitimi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi
Evaluation of Students 'Midwives and Nurses' Views on Anatomy Education
Mutluay ve Açıkgöz

201-208

Kızılay'ın Türkiye'de İkinci Dünya Savaşı döneminde askeri sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetleri
Red Crescent activities for military health services during the Second World War in Turkey
Gülhan Seyhun

209-221

Eğitilmiş Gençlerin Benlik Saygısı ile Kadına Yönelik Şiddete Karşı Tutumları Arasındaki İlişki
The Relationship Between The Self-esteem of Educated Young People and Attitudes towards Violence Against Women
Delibaş ve ark.

222-230



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

- Ebū'l-Qāsim Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī Ebu Bekr Muḥammed b. Zekerıyyā er-Rāzī'nin hamam üzerine yazdıklarından etkilendi mi?** 231-241
Was Abū al-Qāsim Khalaf b. 'Abbās al-Zahrāvī influenced by Abū Bakr Muḥammad b. Zakariyyā al-Rāzī's writings on bath?
Ahmet Aciduman
- Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Bitkisel Ürünlerin Akılcı Kullanımı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri** 242-251
Knowledge Levels about the Rational Use of Herbal Products in Nursing First Year Students' at School of Health
Sibel Şentürk
- Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı** 252-257
Germiyanoğlu Vakıflar Hammam
Öner Yalçın ve Demirci
- Menopozal Semptom Yönetiminde Sarı Kantaron Kullanımı: Sistemik Derleme** 258-268
The Use of St. John's Wort In Menopausal Symptom Management: A Systematic Review
Dündar ve ark.
- Türkiye'de Klinik Araştırma Etik Kurullarının Yapılanmaları** 269-279
Structuring of the Clinical Research Ethics Committees in Turkey
Mukadder Gün
- DÜZELTME - CORRECTION**
- Türkiye'de Hemşirelik Lisans Programlarında Hemşirelik Tarihi Dersi Öğretiminin İncelenmesi** 280
Investigation of Teaching of Nursing History Course in Nursing Undergraduate Programs in Turkey
Serap Torun
- Kınanın Gizli Özneleri: Sağlık Söylemleri Altında Yatan Duyuların Belleği** 281
Hidden Subjects of Henna: Health Discourses Underlying the Memory of the Senses
Gözde Dalan Polat

An Epidemic and the Rise of Ethical Thoughts*

Bir Salgın Hastalık ve Etik Düşüncelerin Yükselişi

Çağatay Üstünⁱ

ⁱ Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0001-7834-6616>

Dear Editor;

A scene of disease caused by a virus, those dying, recovering and living under the risk of meeting fear.

The panic that started with the Coronavirus epidemic in Wuhan city of China made many people face the bad sides of an epidemic disease.^{1,2} Despite different opinions on its cause, it is being argued that eating habits being wild animals will be a cause. Still having the risk of creating a pandemic, I believe that this disease will have ethical dimensions, which it should help every society in the world gain.

Continuing fast growth of world population, excessive consumption of natural resources, considering living beings in the nature non-existent, accepting that only the human race is a superior power in the world constitute the beginning of mistakes. Never-ending desires, greed cannot take us away from the shadow of death and violence.

It is a big question mark that the countries of the world have not stopped arguments and hypocrisy despite an epidemic. Although we walk at the borderlines of finding an ethical truth, difficulties are being experienced in materializing the principle of respect to all living beings in the nature. Maybe, it is necessary to start a transition towards a green eating habit, to achieve an agreement on an eating style free of hormones and harmful pesticides. The Coronavirus epidemic may point to you the ethical point where you should not be. Excessively crowded cities and geometrically increasing world population will never provide any benefit to people. It is time to see the reality. Controlled population is an indicator of being more sensitive in using scarce natural and economic resources. This epidemic, which proved that weapon producers and wars being experienced across the world have no meaning any more, has brought with it ethical and moral lessons. We should not forget that a minor disease in any country of the world actually concerns all of us, it is a common problem for all of us. Societies should not continue to go on with their traditional eating habits and lifestyles in a way to form unhealthy conditions. Keeping away from the dangerous situations this would create for the whole humanity requires an ethical sensitivity. Social arbitrariness is never superior to a whole. If we are citizens of this world, we should improve our moral attitude with this thought.

To create a life full of love, respect, sincerity is an ethical responsibility and duty of all of us. Meanwhile, the fights of physicians, nurses and paramedical groups against the disease in a faithful way and in line with their professional oath during the coronavirus epidemic in Wuhan city is another important point. The basic goal of medicine in essence is to prevent emergence of a disease before treating it. For this reason, medical

*Lokman Hekim Dergisi, 2020;10 (2): 145-146

DOI: 10.31020/mutfd.708416

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received:24 Mart 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 12 Nisan2020

İletişim - Correspondence Author: Çağatay Üstün <cagatay.ustun@ege.edu.tr>

authorities and scientists need to announce in advance any negative effects of eating habits on social health and to share evidence-based information on these using scientific studies made on this subject.

We are now in 2020 and nobody should be in a solely selfish behavior. Creating a different century, feeling ethical and moral sensitivity is the common longing of all of us. It is possible that this happens. We should take the first step to make this century remembered with not big wars but with big ideas, rising values. We should make the first change in our thoughts to initiate an ethical and moral era. Instead of a world citizenship startling and fearing each other, we should be part of a whole hugging each other and augmenting love and respect.

I hope that these very important messages this epidemic conveyed to us will be noticed.

REFERENCES

1. How It All Started: China's Early Coronavirus Missteps [Internet]. [Cited 2020 March 24] Available from: <https://www.wsj.com/articles/how-it-all-started-chinas-early-coronavirus-missteps-11583508932>
2. Coronavirus explained: What you need to know [Internet]. [Cited 2020 March 24] Available from: <https://edition.cnn.com/2020/01/20/health/what-is-coronavirus-explained/index.html>

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında (2015-2030) Emzirmenin Önemi ve Türkiye'deki Mevcut Durum Işığında Hemşireye Düşen Görevler*

The Importance of Breastfeeding in Sustainable Development Goals (2015-2030), and the Duties of Nurse in the Light of the Current Situation in Turkey

Tuğba Kartalⁱ, Elif Gürsoyⁱⁱ

ⁱ Uz. Hem., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, <https://orcid.org/0000-0002-4329-0963>

ⁱⁱ Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-0147-8682>

ÖZ

Açlık ve yetersiz beslenme, ülkelerin kalkınmasının önündeki en büyük engellerden biridir. Beslenme ile ilgili sorunlar, sadece düşük gelirli ülkeleri değil, orta ve yüksek gelirli ülkeleri de etkilemektedir. Özellikle yenidoğan ve bebeklik döneminde görülen yetersiz ve dengesiz beslenmenin uzun vadede toplumun ekonomik ve kültürel gelişimine olumsuz etkileri mevcuttur. Beslenme sorunlarının insan hayatının erken dönemlerinde başlaması, yenidoğanın hayatta kalma olasılığını azaltıp, ilerideki fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimini olumsuz şekilde etkilemektedir. Bebek beslenmesinin en önemli ögesi anne sütüdür. Ancak son yıllarda, bakterilerin keşfi, hazır gıda ve mamaların yaygınlaşması, teknolojinin gelişmesi ve kültürlerin değişmesi de dâhil olmak üzere pek çok nedenden ötürü anne sütü alımı dünya genelinde istenen düzeyde değildir. Türkiye'de emzirmenin oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, emzirme oranlarının yüksekliğinin yanında, sadece anne sütü ile beslenme ve ortanca emzirme süresi istenilenden düşük düzeydedir. Emzirme uygulamalarının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'na ulaşmak için oldukça önemlidir. Yenidoğan ve bebeklik döneminde beslenme yetersizliklerini önlemeye yönelik yapılan girişimlerin, erişkin döneme ve topluma getireceği faydalarının yanı sıra ülke kalkınmışlık düzeyine yapacağı katkı kaçınılmazdır. Doğum sonrası erken dönemde anne ve yenidoğan arasındaki ilişkinin başlatılması hemşireye düşen en önemli sorumlulardan biridir. Anne ve yenidoğan arasındaki temasın erken dönemde başlatılması, süt salınımının başlaması ve artmasına yardımcı olur. Bu çalışmanın amacı; Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'na ulaşmada, bebek beslenmesinin mevcut durumunu ve bu süreçte hemşirenin önemini vurgulamak, yapılanlar ve yapılması gerekenler konusunda fikir sağlayabilmektir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Sürdürülebilir Kalkınma, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ABSTRACT

Hunger and malnutrition are some of the biggest obstacles to the development of countries. Nutritional problems affect not only low-income countries but also middle and high-income countries. Inadequate and unbalanced nutrition, especially in the newborn and infancy, negatively affects the economic and cultural development of the society in the long run. The beginning of nutritional problems early in human life reduces the likelihood of newborn survival and negatively affects their future physical, emotional and social development. The most important element of baby nutrition is breast milk. However, in recent years, breast milk intake has not been at the desired level worldwide for many reasons, including the discovery of bacteria, the spread of ready-made food and baby food, the development of technology, and the changes of cultures. Breastfeeding is known to be fairly common in Turkey. According to the Turkey Demographic and Health Survey data, despite breastfeeding rate is high, breastfeeding only, and the median duration of breastfeeding is lower than desired. Protecting, encouraging, and supporting breastfeeding practices is essential to achieve Sustainable Development Goals by 2030. In addition to the benefits, it will bring to adulthood and society, attempts to prevent nutritional deficiencies in the newborn and infancy period are inevitable. Starting the relationship between mother and newborn in the early postpartum period is one of the most critical responsibilities for the nurse. Initiating contact between the mother and the newborn early helps to start and increase milk release. This study aims to highlight the current state of infant nutrition, the importance of nurses in this process in achieving sustainable nutrition goals, and providing an idea of what has being done and what to do.

Keywords: Breast Feeding, Sustainable Development, Turkey Demographic and Health Survey

* *Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 147-153*

DOI: 10.31020/mutfd.676389

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 20 Ocak 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 03 Mayıs 2020

İletişim - Correspondence Author: Tuğba Kartal <tugbaenbuk@gmail.com>

Giriş

Bebek ve çocuk ölüm oranları, ülkelerin çocuk sağlığı ve gelişmişliği hakkında bilgi veren göstergelerin başında gelmektedir.¹ Bebek ve beş yaş altı çocuk ölümlerinin çoğu, yetersiz beslenme ile ilişkili enerji, protein, vitamin ve mineral eksikliklerinden ve bunun sonucunda ortaya çıkan önlenilebilir hastalıklardan kaynaklanmaktadır.¹⁻³ Dünya genelinde meydana gelen çocuk ölümlerinin %45'inin beslenme yetersizliği ile ilişkili olduğu bilinmektedir.⁴ Aşırı açlık ve yetersiz beslenme, ülkelerin kalkınmasının önündeki en büyük engellerden biridir.⁵ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, beslenme yetersizliği sadece düşük gelirli ülkeler için değil, orta ve yüksek gelirli ülkeler için de sorun teşkil etmektedir.⁶ Yenidoğan ve bebeklik döneminde görülen yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuğun hayatta kalma şansını, kısa vadede fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimini olumsuz etkilemektedir.⁷ Uzun vadede ise ülkelerin ekonomik ve kültürel gelişimine olumsuz katkıları bulunmaktadır.⁸ Toplumda hasta ve tıbbi gereksinimi olan birey ve çocuk sayısının artması, üretimi azaltırken sağlık giderlerinin artmasına sebep olmaktadır.⁸ Ortaya çıkardığı sonuçlar açısından, beslenme yetersizliğinin önlenmesi bireye olduğu kadar topluma da katkı sağlamaktadır. Yenidoğan ve bebeklik döneminde beslenme yetersizliklerini önlemeye yönelik yapılacak girişimlerin, mortalite ve morbidite oranlarına olan olumlu katkısının yanında, erişkin döneme ve topluma getireceği faydaları kaçınılmazdır.⁷ Özellikle yaşamın ilk yıllarında beslenme yetersizliğinin önüne geçilmesi, sağlıklı birey ve toplum olmanın temel koşuludur.⁹ Bebek ve çocuk beslenmesinde yapılacak her türlü olumlu girişim, ülkenin geleceğine yapılan bir yatırımdır.¹⁰

Kuşkusuz bebek beslenmesine yapılacak en büyük iyilik emzirmedir. Bir çocuğun yaşama en iyi şekilde başlamasının ve sağlığını yükseltmesinin ön koşulu anne sütü almasıdır. Özellikle doğumdan sonra ilk bir iki gün salgılanan kolostrumun, besleyici değerlerinin ve koruyuculuğunun oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Anne ve yenidoğan arasındaki temasın erken dönemde başlatılması, anne sütünün faydalarından en üst düzeyde yararlanma ve emzirmenin sürdürülmesi için kritik öneme sahiptir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirmenin başlatılmasında hemşire kritik öneme sahiptir.¹¹

"Emzirme: Sürdürülebilir Kalkınmanın Anahtarı"dır.¹² 25 Eylül ve 27 Eylül 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nde 2030 yılına kadar ülkelerin kalkınmışlık seviyelerini arttırmaya yönelik bir strateji planı olan Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA), Birleşmiş Milletler'e üye tüm ülkelerin imzası ile kabul edilmiştir.⁸ Bizden sonraki kuşakların ihtiyaçlarını karşılamayı garanti altına alarak, günümüze ait ihtiyaçları karşılayabilmek amacıyla geliştirilen hedeflerden bazıları da doğrudan veya dolaylı olarak emzirme ile ilişkilidir.¹³ SKA'nın ikinci ve üçüncü hedefi doğrudan emzirme ile ilişkilidir.^{14,15}

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın ikincisi, "Açlığın Yok Edilmesidir" şeklinde verilmiş ve hedeflenen yıla kadar, açlık ve yetersiz beslenme ile ilgili her türlü durumu ortadan kaldırmayı, tüm insanların yıl boyu yetecek düzeyde yiyeceğe sahip olmasını hedeflemektedir.⁵ Yenidoğan ve bebeklik döneminde açlık ve yetersiz beslenmeyi engelleyecek tek uygulama emzirmedir. Artan emzirme uygulamaları, sadece bebekler ve küçük çocuklar için değil, aynı zamanda beslenmeyi iyileştirmek, açlığı sona erdirmek, tüm dünyada sağlık refahını ve sağlıklı yaşamları teşvik etmek için olumlu bir adım olan "herkes için beslenme"yi iyileştirir.⁶

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın doğrudan emzirme ile ilgili olan diğer bir maddesi "Sağlıklı Bireyler" şeklindeki üçüncü maddesidir. Sağlıklı bir yaşam sağlamayı ve her yaşta esenliği/refahı desteklemeyi hedeflemektedir. Bu hedef kapsamında öncelikle çocuklar için bulaşıcı olmayan hastalıkları önleyerek ve bebek ölümlerini azaltarak sağlığı iyileştirmeye odaklanmaktadır.⁶ 1990'lı yıllardan günümüze önlenilebilir çocuk ölümleri %50 oranında azalmıştır. Çocuk ölüm oranlarında sağlanan bu azalmaya rağmen, her yıl yaklaşık üç milyon çocuk beş yaşına gelmeden önlenilebilir hastalıklardan dolayı ölmektedir.¹⁶ Bu ölümleri önleyebilmenin ilk adımı emzirmedir. Emzirmenin artırılması ile birlikte yenidoğan, bebek ve çocuk sağlığına olumlu katkılar sağlanabilmektedir.¹⁷

Emzirme aynı zamanda beslenmeye sağladığı düşük maliyet ile yoksulluğa son verirken çocukların bilişsel gelişimlerine katkı sağlayarak nitelikli eğitimi, eşitsizlikleri azaltmayı ve ekonomik büyümeyi sağladığı için SKA'nın 1,2,3,4,5,8,12. maddelerindeki amaçlara ulaşmak içinde katkı sağlamaktadır.^{14,18}

Bu çalışmanın amacı; Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'na ulaşmada, Türkiye'deki veriler doğrultusunda bebek beslenmesinin mevcut durumunu ve bu süreçte hemşirenin önemini vurgulamak, yapılanlar ve yapılması gerekenler konusunda fikir sağlayabilmektir.

Anne Sütü

Anne sütü, bebek için kuşkusuz en önemli besindir ve hem kısa hem uzun dönem sağlıkları için oldukça faydalıdır.¹⁹⁻²¹ Yaşama sağlıklı başlama koşulu olan anne sütü, yenidoğanın sağlığının korunması ve gelişmesi için biyolojik ve kimyasal özellikler açısından eşsiz bir besin kaynağıdır. Beslenmeyi geliştirir, çocuk ölümlerini önler, bulaşıcı olmayan hastalık riskini azaltır ve bilişsel gelişimi destekler. Yapılan çalışmalar anne sütünün, yenidoğanın immün sistemini güçlendirdiğini, solunum ve idrar yolu enfeksiyonu, gastroenterit, menenjit, apandisit, diyare gibi birçok hastalığa karşı koruyucu olduğunu göstermektedir.^{22,23} Ayrıca antiallerjik laktoglobulin içermesi ve yüksek oranda IgA'ya sahip olması ile bebeği alerjilerden koruma özelliği de vardır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde vitamin eksikliği, malnütrisyon ve ani bebek ölümü sendromu daha az görülür. Anne sütü ile beslenme metabolik hastalıkların, lösemi ve lenfoma gibi çocukluk çağı kanserlerinin görülme riskini ve obeziteyi azaltır.²²⁻²⁴ Bunun yanında yapılan son çalışmalar anne sütünün yenidoğanın bağırsak mikrobiyotası için önemli bir prebiyotik olduğunu ortaya koymuştur.²⁵⁻³⁰ Bebeklerin anne sütünün sahip olduğu eşsiz özelliklerden faydalanabilmesinin yolu emzirmeleridir.³¹

Dünya Sağlık Örgütü doğru bebek beslenmesini, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlanması, sonraki altı ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmeyi, altıncı aydan sonra ek gıdalara geçilmesini ve iki yıl ve üzeri süreyle emzirmeye devam edilmesi şeklinde tanımlamaktadır.¹⁹⁻²¹

Emzirmeye Yönelik Dünya'da Veriler

Dünya genelinde emzirme oranları 1850'li yıllardan bu yana bir düşüş eğilimi göstermiştir. Bunun sebebi olarak; bakterilerin keşfi, hazır gıda ve mamaların yaygınlaşması, teknolojinin gelişmesi ve kültürlerin değişmesi de dâhil olmak üzere pek çok neden gösterilmektedir.² Son küresel istatistikler, doğumun ilk saatinde yenidoğanların sadece %43'ünün emzirildiğini ve böylece bebekler için olumsuz sonuçların arttığını göstermektedir.⁶

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından yayınlanan Küresel Emzirme Karnesi'nde dünya genelinde altı aydan küçük bebeklerin %40'ının sadece anne sütü ile beslendiği, 23 ülkede ise sadece anne sütü ile beslenme oranlarının %60'ın üzerinde olduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırma sonucuna göre, 130 milyon bebekten yaklaşık 78 milyonunun önerilen aksine doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmediği belirtilmektedir. Doğumdan sonra ilk bir saatteki en yüksek emzirme oranlarının %65'lik bir değer ile Doğu ve Güney Afrika'da görüldüğü, en düşük emzirme oranlarının ise %32'lik bir değer ile Doğu Asya ve Pasifik Ülkelerinde görüldüğü belirtilmektedir.^{4,32}

Emzirmeye Yönelik Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verileri

Emzirmenin, Türkiye genelinde oldukça yaygın olduğu bilinen bir gerçektir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın yayınladığı son üç raporda; 2008 yılı verilerine göre bütün çocukların %97'si hayatlarının bir noktasında belli bir süre emzirilirken, 2013 yılı verilerine göre bu oran %96, 2018 verilerine göre ise %98'dir (**Tablo 1**).³³⁻³⁵

Çocukların yaşamlarının ilk iki ayında sadece anne sütü alımı oranlarına bakıldığında, 2008 yılında % 69 olan veri, 2013 yılında %58'e gerilemiştir. 2018 verilerinde bu oran, altı aydan küçük çocuklar şeklinde verilmiş olup, %41 olarak belirtilmiştir (**Tablo 1**). Her üç raporda da sadece anne sütü alımının çocuğun yaşı büyüdükçe gerilediği belirtilmektedir.³³⁻³⁵ TNSA 2018 raporunda, 0-1 aylık çocukların %59'unun, 2-3 aylık çocukların %45'inin, 4-5 aylık çocukların ise %14'ünün sadece anne sütü almaya devam ettiği görülmektedir.³⁴ Ek gıda olmaksızın sadece anne sütü ile beslenme DSÖ'nün ilk altı ay sadece anne sütü alınması önerisini karşılamamaktadır.

İlk altı ay içinde bebeklere ek gıda verilmesi, emzirme sıklığının ve süresinin düşmesine sebep olarak anne sütü üretiminin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum anne sütü ile beslenen bebeklerin ortanca emzirilme süresini olumsuz etkilemektedir. TNSA 2008, 2013 ve 2018 raporuna göre ortanca emzirme

süreleri sırasıyla 16 ay, 17 ay ve 16,7 aydır (**Tablo 1**).³³⁻³⁵ Türkiye gerçekleri, iki yıl ve üzeri süre ile anne sütü ile beslemenin sürdürülmesi yönündeki DSÖ tavsiyesine uyulmadığını göstermektedir.

Emzirmenin erken dönemde yani doğumunun ardından ilk saat içinde başlatılması, hem anne hem de bebek için oldukça önemlidir. Emzirme, doğumdan sonraki ilk saat içinde başlatılırsa, yeni doğmuş bir çocuğun hayatta kalma şansı %44 oranında artmaktadır.⁶ Anneden gelen ilk süt, kolostrum, oldukça besleyici özelliktedir ve yenidoğanı enfeksiyonlardan korumayı sağlayacak şekilde oldukça yoğun antikor içermektedir. Emzirmenin erken dönemde gerçekleştirilmesi, anne ve bebek arasındaki bağın erken dönemde kurulmasını sağlayarak, düzenli anne sütü üretimine yardımcı olmaktadır.³⁶ Erken emzirme açısından Türkiye'deki mevcut duruma bakacak olursak, TNSA 2008 verilerine göre; bebeklerin yalnızca %39'u doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirmektedir. TNSA 2013 raporunda, doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirme oranı %50'ye yükselmiştir, 2018 TNSA raporunda ise daha büyük bir artış göstererek %71.3'e çıkmıştır (**Tablo 1**).³³⁻³⁵ 2018 raporuna göre; emzirmenin yaşamın ilk saatinde başlatılması, kız bebek doğumlarında (%75) erkek bebek doğumlarına göre (%67) daha fazladır. Emzirmenin erken başlatılması kırsalda (%67) kent merkezlerine göre (%73) daha az yaygındır. Yaşamın ilk saatinde emziren çocukların oranı annenin eğitim düzeyi ile yükselmektedir; hiç eğitim almamış veya ilkökul mezunu olmayan anneler arasında bu oran %64 iken, daha ileri eğitim düzeyine sahip anneler arasında %71'in üzerine çıkmaktadır. Orta refah seviyesindeki evlerde yaşayan bebeklerin %66'sı, düşük refah seviyesindeki evlerde yaşayan bebeklerin %73'ü ve yüksek refah seviyesindeki evlerde yaşayan bebeklerin %75'i doğumun ardından ilk bir saat içinde emzirilmiştir.³⁴ Yapılan çalışmalar, sezaryen ile gerçekleşen doğumların da ilk bir saat içinde emzirmeyi olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.³⁷⁻³⁹ Yapılan bir çalışma, bebeklerin %92'sinin doğumdan sonraki ilk iki saat içinde emzirildiğini belirlemiştir.⁴⁰ Dünya geneline baktığımızda bebeklerin %42'si doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilmektedir.⁴¹ DSÖ ilk bir saat içerisinde anne sütü ile beslenme oranlarını %0-29 arası kötü, %30-49 arası orta, %50-89 arası iyi, %90-100 arasını ise çok iyi şeklinde derecelendirmiştir.⁴² 2018 TNSA verilerine göre Türkiye'de ilk bir saat içinde emzirme oranı iyi olarak nitelendirilebilir. Yaşamın ilk gününde emzirmeye başlama oranı 2008 raporunda %73.4 iken, 2013 raporunda %70.2, 2018 raporunda ise %85.6 olarak belirtilmiştir.³³⁻³⁵

Prelakteal besin alma (anne sütünden önce başka gıdalarla beslenme), önerilen bir uygulama olmamasına rağmen uygulanmaktadır.³⁴ İlk altı ay içinde alternatif gıdaların sağlanması veya bebeğin diyetine tamamlayıcı gıdaların eklenmesi, onları ishal ve solunum yolu enfeksiyonları gibi olası hastalıklara maruz bırakır.⁶ Prelakteal besin alma oranları karşılaştırıldığında, TNSA 2008 verilerinde %23.2, 2013 verilerinde %25.7 olan değer 2018 verilerinde %41.7'ye kadar yükselmiştir (**Tablo 1**).³³⁻³⁵ TNSA 2018 verilerine göre; prelakteal besin alma, annenin eğitimi ve hane halkı refahı ile orantılı olarak artmaktadır.³⁵ Sezaryenle doğum yapan annelerin normal doğum yapanlara göre daha yüksek oranda bebeklerine ilk altı ay içinde ek besin verdikleri görülmüştür.⁴³

Tablo 1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008, 2013 ve 2018 Verilerinin Emzirme Açısından Karşılaştırılması³³⁻³⁵

	TNSA 2008	TNSA 2013	TNSA 2018
Emzirme (hayatlarının bir döneminde)	%97	%96	%98
Sadece anne sütü ile beslenme	%69 (ilk iki ay)	%58 (ilk iki ay)	%41 (altı aydan küçük)
Ortanca emzirme süresi (ay)	16	17	16,7
Erken emzirme (ilk bir saat içinde)	%39	%50	%71,3
İlk bir gün içinde emzirilen	%73,4	%70,2	%85,6
Prelakteal besin alma (emzirme öncesi)	%23,2	%25,7	%41,7

Dünya'da ve Türkiye'de Emzirmeyi Destekleyen Politikalar

Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF yenidoğan ve bebeklik döneminde açlığın önlenmesi ve emzirmenin artırılması için alınması gereken önlemleri ve temel stratejileri belirlemişlerdir.⁴⁴ Emzirmenin devamlılığı için hükümetlere ve tüm işverenlere, en az 18 hafta süreyle ücretli doğum izni ve tercihen de altı aylık bir süre için aile dostu politikalar oluşturmaları önerisinde bulunmuşlardır.⁴⁵ Uluslararası platformda Bebek Dostu Hastane uygulaması ile anne sütünün artırılması için örnek uygulamalar geliştirmişlerdir.⁴⁶ DSÖ ve UNICEF'in ortak bildiri olan Başarılı Emzirmede 10 Adım Stratejisi Türkiye'de de yürütülen politikaların temelini oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı 1991 yılından beri Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı'nı bu politika kapsamında sürdürmektedir. Doğum öncesi dönemi de kapsayacak

şekilde emzirmenin özendirilmesi, erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesinin sağlanması amaçlanmıştır.⁴⁷

2010 yılında beri Türkiye'de devlet memuru olarak çalışan kadınlara, doğumdan önce sekiz doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam 16 hafta süreyle izin hakkı tanınmıştır. Doğum izninin ardından ilk altı ay süreyle günde üç saat, ikinci altı aylık sürede ise bir buçuk saat süt izni verilmektedir.⁴⁸ "Doğum yapan memurlara, analık izni sonrasında birinci doğumda iki ay, ikinci doğumda dört ay, sonraki doğumlarda ise altı ay günlük çalışma süresinin yarısı kadar mesai yapma hakkı tanınmıştır. Bu süre içerisinde süt izni verilmez, mali ve sosyal haklarda herhangi bir kesinti yapılmaz, çoğul doğumlarda bu süreler birer ay eklenir." şeklinde düzenlemeler yapılmıştır.⁴⁹ Özel sektörde çalışan kadınların doğum izinleri, devlet memurlarına tanınan hak ile aynıdır. Farklı olarak 4587 sayılı iş kanununa tabi olarak çalışan kadınlara, ilk 12 ay süreyle günde bir buçuk saat süt izni verilir.⁵⁰ Kanunlarda gerçekleşen düzenlemelerin, emzirmeyi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir.⁵¹

Hemşirelere Düşen Görevler

Sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük bir işgücü olan hemşirelerin eylemlerinin, küresel düzeyde kaygı verici konularda oldukça etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Bu yüzden, küresel sağlık hedeflerine ulaşabilmek için, hemşirelerin harekete geçirilmesi oldukça önemlidir.¹³ Yenidoğan sağlığını sürdürmek ve geliştirmek amacıyla emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, hemşirelerin hedeflerinden biri olmalıdır.² Yapılan pek çok çalışma hemşirelerin emzirmeye olumlu katkısını ortaya koymuştur.^{39,52,53} Çoğu zaman ilk erişilen kişi olan ve tüm ortamlarda çalışan hemşireler, bebek beslenmesinin desteklenmesinde benzersiz bir konumdadırlar.¹³ Türkiye'deki hemşirelik yönetmeliği, yenidoğan hemşiresinin emzirme açısından görev, yetki ve sorumluluklarını; anne sütü ve önemini anlatma, emzirme tekniğini öğretme, bebeğin beslenmesi ve meme bakımı olarak; kadın sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin emzirme açısından görev, yetki ve sorumluluklarını, emzirme danışmanlığını yapma şeklinde belirlemiştir.⁴⁸ 2010 yılında geliştirilen Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri kapsamında, emzirmeye yönelik olarak tüm sağlık çalışanlarının yapmaları gerekenler belirtilmiştir.⁵⁴ Ayrıca aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebeler tarafından emzirmenin başlatılması ve devamlılığının sağlanması amacıyla emzirme danışmanlığı hizmetleri verilmektedir. Bu alanda çalışan hemşireler emzirmenin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi ile görevlidirler. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin gerçekleştireceği eğitim, bakım ve danışmanlık rolleri ile emzirme davranışına olumlu katkıları olduğu görülmüştür.^{53,55}

Sonuç

Emzirme, temelde kadın ve çocuk sağlığı için pek çok yarar sunar. Optimal emzirme uygulamalarının uzun vadede ulusal üretkenlik ve çevresel sürdürülebilirlik üzerine olumlu katkıları vardır. Bu nedenle, emzirmenin korunması, özendirilmesi, sürdürülmesi ve devlet politikası olarak desteklenmesi 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'na ulaşmak için oldukça önemlidir. Emzirmenin özendirilmesi, başlatılması ve sürdürülmesinin sağlanması hemşireye düşen görevlerdendir. Hemşireler laktasyon döneminde ve öncesinde kadınlara bilgi ve destek sağlama üzerinde önemli etkiye sahiptirler. Ayrıca yanlış davranış ve uygulamaları tespit edip, emzirmenin önündeki diğer engelleri de belirleyebilirler. Bu anlamda hemşireye düşen görev, emzirmenin başlatılabilmesinde ve başarılı bir şekilde sürdürülmesinde yardımcı olmaktır. Hemşireler, annelerin emzirme uygulamaları üzerindeki etkilerini onlara gereksinim duydukları bilgi ve desteği sağlamak yoluyla gerçekleştirirler. Bununla birlikte, hemşireler emzirmenin önündeki engeller ile birlikte emzirme eğitimi ve emzirme becerileri eksikliklerini de tespit edebilirler.

Hemşireler olarak bizler; emzirmenin temel sağlık ve sosyal faydaları ile emzirmenin nasıl destekleneceği hakkında oldukça fazla bilgi ve girişime sahibiz, ancak küresel olarak emzirme verilerinin günümüz koşullarında hala önerilen düzeyde olmayışı üzüntü vericidir. Sağlık politikası olarak yenidoğan ve çocuk sağlığını geliştirmek, emzirme verilerinde iyileşmeyi arttırmak ve hızlandırmak amacıyla, gerekli hedeflerin belirlenip yatırımların yapılması önem arz etmektedir. Ayrıca, küresel anlamda ve Türkiye sınırları içinde düşünüldüğünde, emzirmeyi kültürel alışkanlıkları göz önüne alarak uygun bir şekilde teşvik etmek, bilginin kabul edilmesini ve muhtemelen anneler tarafından benimsenip uygulanması şansını da arttıracaktır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Arlı M, et al. Anne ve Çocuk Beslenmesi. Ankara: PEGEM Akademi; 2017.
2. Sevil Ü, Ertem G. Perinatoloji ve Bakım. İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 2016.
3. Çatak B, Öner C. Bebek Ölümünün Temel Nedenleri Değişiyor mu? Kayıt Temelli Kesitsel bir Çalışma.
4. World Health Organization [Internet]. Bebek ve Çocuk Beslenmesi. 2018 [updated 2018 Feb 16; cited 2020 Jan 12]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>.
5. United Nations Development Programme [Internet]. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları. [cited 2018 Oct 25]; Available from: <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>.
6. Katsinde SM, Srinivas SC. Breast Feeding and The Sustainable Development Agenda. Indian Journal of Pharmacy Practice. 2016;9(3).
7. Özmert EN. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-I: Beslenme. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005;48:179-95.
8. Oskay Ü, et al. 2017 Uluslararası Hemşireler Birliği Teması'na Genel Bakış. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018. 2018;26(1):69-78.
9. Şentürk Ş, et al. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, Saha Personeli için Toplum Beslenmesi Program Eğitim Materyali. Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2002.
10. Şanlıer N, Aytekin F. Ankara da Yaşayan 0 36 Ay Çocukların Bazı Antropometrik Ölçümleri ve Anne Sütü ile Beslenme Durumlarının Saptanması. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004;24(1).
11. Çoban A, Saruhan A. Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2005;21(2):89-96.
12. Sağlık Bakanlığı [Internet]. 'Emzirme Sürdürülebilir Kalkınma İçin Bir Anahtardır'. 2016 [updated 2016 Oct 3; cited 2020 Jan 13]; Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,2568/bremzirme-surdurulebilir-kalkinma-icinbrbir-anahtardir.html>.
13. Burton E. ICN Delegation at the 71st World Health Assembly: Report. International Council Of Nurses. 2018.
14. Özilice Ö, Günay T. Emzirme ve Sürdürülebilir Kalkınma. İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi 2018;8(1):1-7.
15. Economic U, Council S. Report of the inter-agency and expert group on sustainable development goal indicators. Stat Comm 2016;13.
16. World Health Organisation [Internet]. Children: reducing mortality. 2019 [updated 19.09.2019; cited 04.04.2020]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
17. UNICEF [Internet]. Yeni bir rapora göre beş yaş altı ölümlerdeki istikrarlı azalmaya rağmen her gün 7.000 yeni doğan ölümü meydana geliyor. 2017 [updated 19.10.2017; cited 04.04.2020]; Available from: <https://www.unicefturk.org/yazi/yenidogan>.
18. World Health Organization [Internet]. Babies and Mothers Worldwide Failed by lack of investment in Breastfeeding. Geneva/New York [updated 2017 Aug 1; cited 2020 Jan 13]; Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>.
19. Horta BL, Victora CG, World Health Organisation. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. 2013.
20. Horta B, Victora C, World Health Organisation. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. 2013.
21. World Health Organisation [Internet]. Ten Facts on Breastfeeding. [updated 2017 Aug;c ited 2020 Jan 1]; Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>.
22. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Anne Sütü Oligosakkaritleri Ve Sağlık Üzerine Etkileri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2015;24:69.
23. Irmak N. Anne Sütünün Önemi ve İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermeyi Etkileyen Unsurlar. The Journal Of Turkish Family Physician 2016;7:27-31.
24. Tayman C. Anne sütünün yetişkinlikteki kronik hastalıklara etkileri. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi 2017;2(2):218-29.
25. Güney R, Çınar N. Anne Sütü ve Mikrobiyota Gelişimi. Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research 2017:17-24.
26. Bode L, et al. It's alive: microbes and cells in human milk and their potential benefits to mother and infant. Oxford University Press; 2014.

27. Jost T, et al. Assessment of bacterial diversity in breast milk using culture-dependent and culture-independent approaches. *British Journal of Nutrition* 2013;110(7):1253-62.
28. Ward TL, et al. Human milk metagenome: a functional capacity analysis. *BMC microbiology* 2013;13(1):116.
29. Hunt KM, et al. Characterization of the diversity and temporal stability of bacterial communities in human milk. *PloS one* 2011;6(6).
30. Murphy K, et al. The composition of human milk and infant faecal microbiota over the first three months of life: a pilot study. *Scientific reports* 2017;7(1):1-10.
31. Gölbaşı Z, et al. Kısa Mesaj ve Telefon Aramaları İle Desteklenen Postpartum Emzirme Danışmanlığının İlk Altı Aydaki Emzirme Davranışına Etkisi. *Acu Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;10(1):33-41.
32. UNICEF Basın Merkezi [Internet]. Yeni doğan her 5 bebekten 3'ü ilk bir saat içinde emzirilmiyor. 7/2018 [cited 2020 Jan 14]; Available from: <http://unicef.org.tr/basinmerkezidetay.aspx?id=32873&d=1&dil=tr>.
33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye: 2013.
34. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye 2018.
35. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2008:144-45.
36. Kurnaz D. Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.
37. Chen C, et al. Influences of cesarean delivery on breastfeeding practices and duration: A prospective cohort study. *Journal of Human Lactation* 2018;34(3):526-34.
38. Gülşen I, Cetişli NE, Başkaya VA. Doğum Şekline Göre Annelerin Postpartum Ağrı, Yorgunluk Düzeyleri ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018;11(3):224-32.
39. Çalık KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(3):80-91.
40. Vefikuluçay D. Annelerin Doğum Sonrası Dönemde Emzirmeye İlişkin Bilgilerinin Saptanması. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara. 2002.
41. UNICEF W. Capture the Moment—Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF. 2018.
42. World Health Organization [Internet]. Breastfeeding. [cited 2019 Dec 17]; Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/.
43. Ünsal H, et al. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005;48(3):226-33.
44. Tatar GM, Günay O. Kahramanmaraş İl Merkezindeki Gebelerin Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2009;18(3):175-86.
45. World Health Organization [Internet]. Empower Parents, Enable Breastfeeding. [updated 2019 Aug 1; cited 2019 Dec 18]; Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/world-breastfeeding-week-2019-message>.
46. Dengi ASD, Çakmak S. Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2019;23(1):9-19.
47. Özgüneş ZÖ. Annelere verilen emzirme eğitiminin başarılı emzirmeye etkisi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2019.
48. TC Resmi Gazete Hemşirelik Yönetmeliği. 08 Mart 2010. Sayı: 27515. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
49. Resmî Gazete. Kamu Personeli Genel Tebliği. 13 Nisan 2016. Sayı: 29683.
50. TC Resmi Gazete. İş Kanunu. 10 Haziran 2003. Sayı: 25134. Başbakanlık Basımevi. Ankara
51. Eren T, et al. Kadın hekimlerin emzirme deneyimleri ve yasa değişikliğinin emzirme üzerindeki etkisi. *Türk Pediatri Arşivi* 2018;53(4):238-44.
52. Avcı E. Annelerin anne sütü ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama. Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gaziantep, Türkiye. 2013.
53. Cangöl E, Hotun Şahin N. Emzirmenin Desteklenmesinde Bir Model: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler. 2017.
54. Sağlık Bakanlığı. Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi. Ankara.
55. Uzun K, Kolcu M, Öcebe DK. Anne Sütü ile Beslenmede Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2018;1(2):29-32.

Total Fenolic Contents of *Ferula elaeochytris* Root Extract and Its Effect on Glucose Levels*

Ferula elaeochytris Kök Ekstresinin Toplam Fenolik Bileşikler ve Glukoz Seviyesi Üzerine Etkisi

Nadire Eserⁱ, Kezban Kartlasımⁱⁱ, Yılmaz Ucarⁱⁱⁱ, Umut Kokbas^{iv}

ⁱ Assist. Prof. Dr. Kahramanmaraş Sutcu İmam University, Faculty of Medicine, Department of Pharmacology
https://orcid.org/0000-0003-1607-5114

ⁱⁱ Res. Assist. Cukurova University, Faculty of Medicine, Department of Medical Biochemistry
https://orcid.org/0000-0001-5090-0013

ⁱⁱⁱ Dr. Cukurova University, Faculty of Fisheries, Department of Seafood Processing Technology
https://orcid.org/0000-0002-6770-6652

^{iv} Assist. Prof. Dr. University of Kyrenia, Faculty of Medicine, Department of Medical Biochemistry, https://orcid.org/0000-0003-4028-3458

ABSTRACT

Nowadays, diabetes is a metabolic disease characterized by hyperglycemia by a problem in insulin secretion, insulin action, or both. It is known that oxidative damage plays an important role in the development of vascular and neurogenic complications of diabetes and antioxidants are effective on these pathologies. The aim of this study was to investigate the possible antidiabetic and antioxidant effects of *Ferula elaeochytris* root extract, commonly known as "ÇAKŞIR" in South and Southeastern Anatolia. *Ferula elaeochytris* was collected from the Engizek plateau of Kahramanmaraş. The plant root was prepared on a clean and dry surface and ground for grinding. The inhibitory effect of *Ferula elaeochytris* on glucose was determined electrochemically with the biosensor device, and total phenolic content was determined by Folin-Ciocalteu method as an indicator of antioxidant activity. In this study, according to electrochemical analysis with biosensor device, a linear decrease in glucose levels was observed depends on the decrease of enzyme-substrate interaction as a result of the addition of 100 µl cumulatively 1 minute (min) intervals of *Ferula elaeochytris* root extract (N=120). In addition, the total phenolic content of this plant was detected (41.45±2.38 mg GAE/g, n:3) by Folin-Ciocalteu method. It can be concluded that *Ferula elaeochytris* may have a hypoglycemic effect owing to its inhibitory effect on glucose levels and *Ferula elaeochytris* may also have a possible antioxidant source by means of the plant has a high capacity of total phenolic content. With the advanced studies to be done, it will be able to provide a more conscious utilization in accordance with the purpose of this unconsciously used plant by many people.

Anahtar Kelimeler: *Ferula elaeochytris*, biosensor, total phenolic contents, glucose

ÖZ

Günümüzde önemli bir sorun haline gelen diyabet, insülin sekresyonu, insülin etkisi veya her ikisindeki sorunlardan kaynaklanan hiperglisemi ile karakterize bir metabolik hastalıktır. Diyabet hastalığının vasküler ve nörojenik komplikasyonlarının gelişiminde oksidatif hasarın önemli rol oynadığını ve bu patolojiler üzerinde antioksidanların etkili olduğu bilinmektedir. Güney ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde sıkça kullanılan "ÇAKŞIR" diye bilinen *Ferula elaeochytris* kök ekstresinin toplam fenolik içeriği ve glukozu inhibe edici etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Kahramanmaraş Engizek yaylasından toplatılan *Ferula elaeochytris* bitkisinin kök kısmı temiz ve kuru bir zeminde kurutulduktan sonra öğütülerek, işleme alınmak üzere hazırlanmıştır. *Ferula elaeochytris*'in glukoz üzerine etkisi biyosensör cihazı ile elektrokimyasal olarak; antioksidan etkinliğinin bir göstergesi olarak da Folin-Ciocalteu yöntemi ile toplam fenolik içeriği tayin edilmiştir. Bu çalışmada, biyosensör cihazı ile elektrokimyasal incelemesinde, *Ferula elaeochytris* kök ekstresinin 100'er µl kümülatif olarak 1 dakika (dk) aralıkla eklenmesi sonucu enzim-substrat etkileşiminin azalmasına bağlı olarak glukoz seviyeleri üzerinde doğrusal bir düşüş olduğu gözlemlenmiştir (N=120). Ayrıca, bu bitkinin Folin-Ciocalteu yöntemi ile toplam fenolik içeriği 41.45±2.38 mg GAE/g (n:3) olarak tespit edilmiştir. *Ferula elaeochytris*'in glukoz seviyesini inhibe edici etkisinden dolayı hipoglisemik ve toplam fenolik içeriğinin yüksek kapasiteye sahip olması yönüyle ise antioksidan kaynağına sahip olduğu söylenebilir. Yapılacak olan ileri çalışmalarla, insanlar tarafından bilinçsizce kullanılan bu bitkinin yerinde ve amacına uygun daha bilinçli bir kullanımı sağlanabilir.

Keyword: *Ferula elaeochytris*, biyosensör, toplam fenolik içerik, glukoz

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 154-161

DOI: 10.31020/mutfd.648699

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 19 Kasım 2019; Kabul Tarihi- Accepted: 11 Şubat 2020

İletişim - Correspondence Author: Nadire Eser <esernadire01@hotmail.com>

INTRODUCTION

With its increasing prevalence day after day, *diabetes mellitus* is a serious health problem mostly coursing with metabolic derangement associated with functional and structural complications. Insulin-dependent *diabetes mellitus* results from chronic autoimmune destruction of the insulin-producing pancreatic β cells whereof insulin deficiency leads to death arising from hyperglycemia and ketoacidosis.¹ Oxidative stress, defined as an imbalance between the production of reactive oxygen species and antioxidant defenses of the body, is known as the underlying mechanism of diabetic complications such as diabetes and many other diseases.² Many experimental and clinical studies have shown that there is an increase in reactive oxygen species (ROS) during diabetes.³ Studies on diabetes have revealed that oxidative damage plays an important role in the progress of vascular and neurogenic complications of diabetes and that antioxidants have an effect on these pathologies.^{2,3,4} In experimental animal models, it has been reported that oxidative stress occurs in the first month after the onset of the diabetes.⁵ In a previous study, neurogenic and vascular dysfunction in the penis tissue of diabetic mouse was reversed with vitamin E and selenium.⁶ It has been reported in some experimental diabetic animal models that various antioxidants prevent the development of diabetic impotence.^{3,7,8}

Ferula L. (Apiaceae) is a perennial plant of about 185 species of flowering plants in the carrot family, distributing in eastern regions of Mediterranean and central Asia and mostly growing in arid climates. There are 23 species of *Ferula communis* (regionally named as “ÇAKŞIR/ÇAĞŞIR”) in Anatolia. These plants are known to be a rich source of tannins, saponins, terpenoids, starch, resins, volatile oil and alkaloids⁹. In several scientific studies done with some species of *Ferula* genus, various medicinal properties such as antioxidant¹⁰, antimicrobial¹¹, antihelmentic¹², cytotoxic¹³, antidiabetic¹⁴, antispasmodic¹⁵, antifungal¹⁶, anti-ulcerative¹⁷, hepatoprotective¹⁸, anti-inflammatory¹⁹ activities have been reported. In addition, it has been suggested that it is useful for corpus cavernosum dysfunction.²⁰

In recent years, the attention of people towards alternative treatment methods, phytotherapy, in particular, has strikingly increased not only in the developing countries but also in developed countries. Phytotherapy is a science-based medical practice where the plant-derived medications are used in the treatment and prevention of disease.²¹ In general, the original components of plants and/or different components of plants are used for different medical purposes. This study aims to show that *F. elaeochoytris* plant which unconsciously consumed by the public, whether has the possible antidiabetic and antioxidant capacity, as well as to lead the way for further studies with this plant extract.

MATERIALS AND METHODS

Preparation of *F. elaeochoytris* Root

F. elaeochoytris was collected from Engizek Plateu, Kahramanmaraş province (37° 33'39 "N, 41° 45'53" E) in the first week of June 2017. It was identified and authenticated by Dr. Mustafa Aslan (a taxonomist). A voucher specimen (Voucher number HURUB 4588-4589) of *F. elaeochoytris* has been deposited at the Herbarium of the Department of Biology, Faculty of Education, Harran University, Sanliurfa, Turkey. After the soil and foreign matters on the outer surface of the material was removed and general cleaning was made, it was sundried on a clean and dry ground by avoiding the decay of roots and finally it was pulverized by sifting through a 1 mm-screen. Thereafter, the material was dried at room temperature and used in the study.

Electrochemical Analysis of *F. elaeochoytris* Root Extract

For electrochemical determination, the gold working electrodes bioactive layer of biosensor include both glucose oxidase and hydrogen peroxidase enzymes. Firstly, the glucose oxidase enzyme converts the glucose to glucuronic acid and hydrogen peroxide, then hydrogen peroxidase enzyme turns the hydrogen peroxide to H₂O and O₂. Finally, biosensor detects the potential changing of the bienzymatic reaction. The inhibitory effect of *F. elaeochoytris* on glucose levels was examined electrochemically using a biosensor device (Palm Sens Biosensor, The Netherlands).²² Following the cross-linking of glucose oxidase enzyme and peroxidase enzyme with bovine serum albumin/gelatin and glutaraldehyde, it was fixed on the gold electrode (CHI, USA) surface and glucose measurements were made by an amperometric method in the range of 0.7-0.9 V.²² To create a physiological environment, phosphate buffer (pH 7.5) was used. Firstly, the standard curve was formulated by adding 100 µl from the standard solution with a glucose concentration of 100 mg/dL, afterward, 100 µl of 0.01 g/ml *F. elaeochoytris* were cumulatively added to the environment at every 1 minute, then, consecutive measurements were taken and the results were saved. 120 samples were measured in order to provide the standardization. The same samples were evaluated spectrophotometrically, and the results were compared with the biosensor device (Table 2).

Determination of Total Phenolic Content of *F. elaeochoytris* Root Extract

Phenolic compounds were measured by using Folin-Ciocalteu's phenol reagent²³ with making minor modifications. 200 µL extract was mixed with 1 ml Folin-Ciocalteu's phenol reagent (1 N) and 0.8 ml 7.5% Na₂CO₃. The mixture was allowed to incubate in the dark for 120 minutes at room temperature (24 ± 2 ° C). Absorbance values were measured at 760 nm using a spectrophotometer (Perkin Elmer, USA). Samples were made in triplicates (n:3). The results were expressed in mg Gallic Acid Equivalent (GAE) / 1g extract (dry weight).

Statistical Analysis

The literature indicates that it is not appropriate to evaluate the method comparison studies with correlation coefficient and regression analysis, therefore, it is emphasized that the method developed by Bland and Altman should be used instead. When literature is examined, it was seen that correlation evaluation was also performed together with Bland Altman analysis. Therefore, Pearson correlation analysis was performed to evaluate the correlation between the two measurement methods (**Table 1**).

Table 1. Descriptive statistics

Descriptive statistics	N	Mean difference	Std. Deviation
Differences	6	1,6667	1,07309
Valid N (listwise)	6		

RESULTS

Electrochemical Results of *F. elaeochoytris* Root Extract

As a result of electrochemical analysis of the effect of *F. elaeochoytris* on glucose levels by a biosensor device, after adding of *F. elaeochoytris* to the environment, glucose concentration on the electrode surface was determined by enzymatic reaction with glucose oxidase. With catalyzing of hydrogen peroxide and peroxidase elicited in reaction, quinone imine, water, and molecular oxygen form. The amount of oxygen formed is directly proportional to glucose concentration. As a result of adding 100 µl cumulatively at each 1 minute, it was observed that there was a linear decrease in glucose levels due to decreased enzyme-substrate interaction (**Figure 1**).

The spectrophotometric and biosensor results of *F. elaeochoytris* root extract were compared with correlation analysis (Table 2). When the results of the correlation analysis are examined, since r value is 0.999 and p value is <0.01, it was seen that there was a strong and significant correlation between both methods (Table 3).

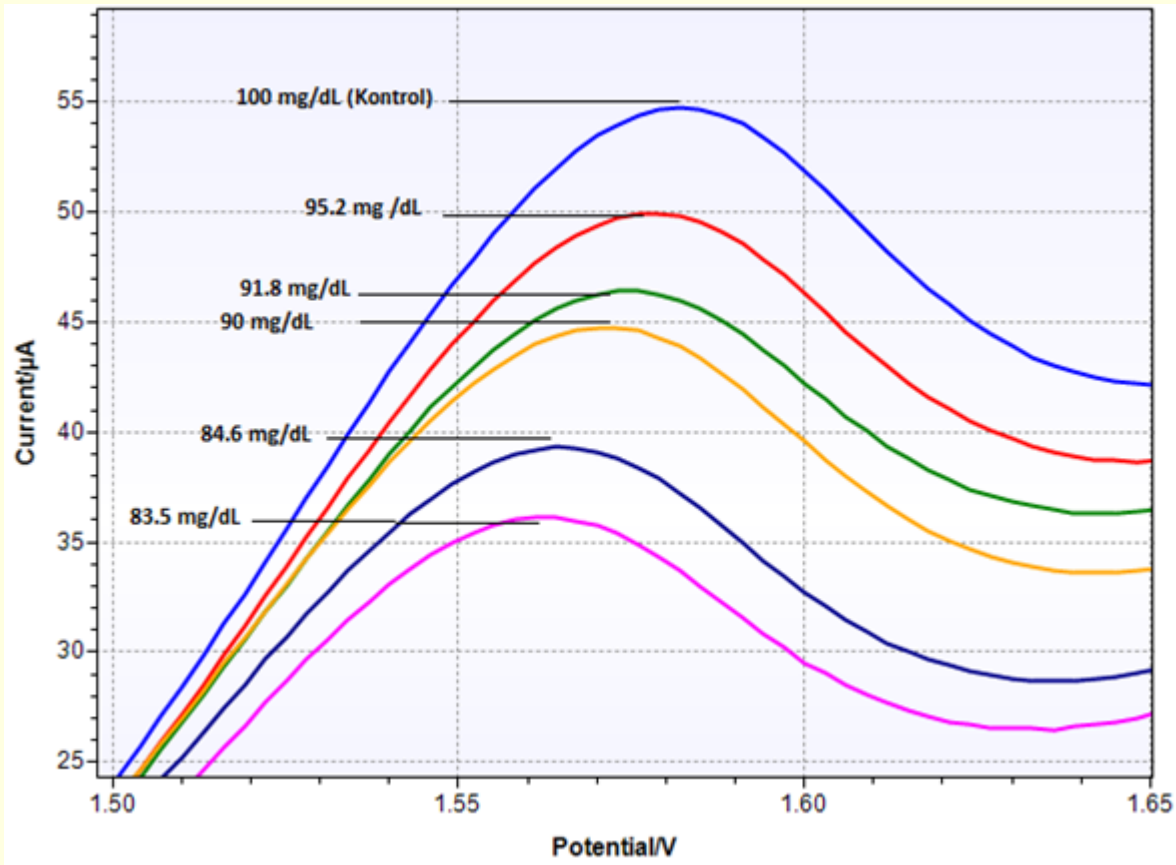


Figure 1. Linear Sweeps of the biosensor responses obtained with electrochemical examination of *Ferula elaeochoytris* root extract (N=120). (Blue line: 100 mg/dl concentration, Orange line: 95.2 mg/dl concentration, Green line: 91.8 mg/dl concentration, Yellow line: 90.0 mg/dl concentration, Dark Blue line: 84.6 mg/dl concentration, Pink line: 83.5 mg/dl concentration)

Table 2. Spectrophotometric and biosensor results of *Ferula elaeochoytris* root extract

Spectrophotometric Results (mg/dL)	Biosensor Results (mg/dL)
100	100.5
95.2	95
91.8	92
90	90
84.6	85
83.5	84.3

Table 3. Correlation Analyses

Correlation	Spectrophotometry	Biosensor
Spektrö.	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	,999**
	N	,000
Bios.	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	,999**
	N	,000

Total Phenolic Content Results of *F. elaeochytris* Root Extract

In this study, Folin-Ciocalteu's phenol reagent of *F. elaeochytris* plant was used and absorbance values were measured by spectrophotometer, total phenolic content was found to be 41.45 ± 2.38 mg GAE/g.

DISCUSSION

Nowadays, folk medicine has started to be a significant part of human health for the treatment of some diseases such as diabetes, algisia, inflammation.^{24,25,26} Biosensor technology that provides a powerful analytical tool with important applications in medicine is developing rapidly. Particularly glucose biosensors have developed more reliably, quickly and accurately, in addition, these sensors are more compact and easier to use.²² In this study, in order to reveal the possible anti-diabetic effect of *F. elaeochytris* root extract, the effect of this plant on glucose was investigated electrochemically with a biosensor device. Used for the determination of phenolic compounds has been shown to be advantageous in many respects, such as the need for extracts at low volumes with numerous samples.²³ Singleton and Rossi (1965) have also identified total phenolic compounds by using Folin-Ciocalteu's phenol reagent.²⁷ In parallel to these, in our study, the total phenolic content of *F. elaeochytris* root extract was investigated using the Folin-Ciocalteu method and it was revealed to its possible antioxidant activity.

At the end of the present study, it was determined that *F. elaeochytris* root extract contains quite high total phenolic compounds. This study shows that *F. elaeochytris* root extract, which has the potential to be used as a natural alternative antioxidant source, is a rich source due to the high phenolic substances it contains. When Yeşilsu (2018) examined the total contents of phenolic substances, it was reported that rosemary extract (31.73 mg GAE/g) had the highest total phenolic content, followed by oregano extract with 28.66 mg GAE/g.²⁸ Besides, Yeşilsu (2018) reported the lowest total phenolic content was observed in laurel extract as 25.71 mg GAE/g.²⁸ Abeyasinghe et al., (2007) reported that the total phenolic content of *Citrus unshiu* (Satsuma mandarin), *Citrus reticulata* (mandarin) and *Citrus sinensis* (orange) ranged from 18.5 to 38.5% and that the main phenolic component was hesperid.²⁹ The fact that the content of our extract may have a stronger antioxidant property, suggests that higher amounts of TPC have been released from the aromatic plants studied by the above researchers, who have reported antioxidant activities. In previous studies, the content of this extract was determined as follows. Deveci et al., (2018) reported that the total phenolic concentration of phenolic compounds in the extracts ranged from 1.77 ± 0.18 to 141.05 ± 0.11 μ g PEs/mg.³⁰ The acetone extract (21.62 ± 0.73 μ g PEs/mg) of *F. elaeochytris* exhibited the highest concentration of phenolic compounds, followed by the water extract (19.23 ± 0.21 μ g PEs/mg). Our current results appear to contain very high amounts of TPC when compared to some other aromatic plant species.

One of the striking results of our study was to find this plant high in terms of total phenolic acids and flavonoid (41.45 ± 2.38 mg GAE/g). Phenolic compounds exist in different amounts in each plant and are an important indicator of the antioxidant capacity of a plant.³¹ Phenolic compounds show that this plant extract, have free-radical scavenger activities and potential natural alternative antioxidant source.³² The TPC content we found in our current study may also be due to similar compounds. In a study carried out with streptozotocin-induced diabetic rats; the leaf of *Vitis vinifera L.* has been shown to have anti-diabetic and antioxidant activity. Besides, tannins and flavonoids are thought to be responsible for this activity.³³ Indeed, the antidiabetic activity of these compounds has been previously shown. Therefore, in present study, we evaluated the effectiveness of inhibiting this extract on glucose.

In the present study, as a result of electrochemical investigations, *F. elaeochytris* root extract is thought to be causing a conformational change in amino acids in the active center of glucose oxidase enzyme. In parallel with some studies, the fact that *F. elaeochytris* metabolically reduces the glucose levels suggests

that *F. elaeochytris* may have a possible antidiabetic effect.^{16,34,35} In our previous study on diabetic rats, it has been shown that *F. elaeochytris* root extract (oral, 8 weeks) reduced the blood glucose levels and increased the intracavernosal pressure (ICP) in furtherance the possible antidiabetic effect of *F. elaeochytris*.^{36,37} In some studies, saponins, and flavonoids, found in many plant species such as *F. elaeochytris*, have been shown to have a potential antidiabetic effect^{38,39}; in another study conducted with a different species of *Ferula*, its antidiabetic and hypoglycemic effect has been also shown.³⁶ Due to containing lower levels of antioxidant enzymes such as catalase, glutathione peroxidase, superoxide dismutase, beta cells are more sensitive to reactive oxygen species.⁴⁰ Therefore, oxidative stress causes damage to mitochondria and significantly reduces insulin secretion.⁴¹ Flavonoids have been reported to have antidiabetic activity by preventing the formation of diabetes-induced reactive oxygen species (ROS) and preserving pancreatic β -cell function.⁴² In a study, some flavonoids have been shown to increase insulin release from isolated rat islets of Langerhans.⁴³ In their study, Chica and Bello (2010) reported that some components such as terpenes and saponins contained in plants are responsible for hypoglycemic effect due to their ability to regenerate pancreatic cell.⁴⁴

The possible mechanism of the hypoglycemic effect of *F. elaeochytris* may be due to the presence of components such as flavonoids and terpenes. In previous studies^{42,43,44}, based on the fact that components such as flavonoids and terpenes depend on the ability to regenerate pancreatic β -cells; the factors such as reducing the blood glucose level to normal values³⁶ and having these components⁴⁵ suggest that *F. elaeochytris* may have the ability to regenerate pancreatic β -cells.

CONCLUSION

It can be said that *F. elaeochytris* may has hypoglycemic activity due to its antioxidant contents. Thus, it is important to show that it can have an impact on diabetes which is one of the major health problems. It can be used in the treatment of diabetes by shedding light on the effects and mechanisms of preclinical and even clinical studies. It is believed that the mechanism of action of *F. elaeochytris* plant root extract on diabetes can be decisively revealed with further studies. Our study applies pioneering results in this respect.

REFERENCES

1. Cahill GF. The physiology of insulin in man. *Diabetes* 1971;20(12):785–99.
2. Atalay M, Laaksonen DE. Diabetes, oxidative stress and physical exercise. *Journal of Sports Science and Medicine* 2002;1:1-14.
3. de M Bandeira S, et al. Oxidative stress as an underlying contributor in the development of chronic complications in diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences* 2013;14(2):3265-84.
4. Azadzi KM, Saenz de Tejada I. Diabetes mellitus impairs neurogenic and endothelium-dependent relaxation of rabbit corpus cavernosum smooth muscle. *Journal of Urology* 1992;148:1587-91.
5. Keegan A, Cotter MA, Cameron NE. Effects of diabetes and treatment with the antioxidant alpha-lipoic acid on endothelial and neurogenic responses of corpus cavernosum in rats. *Diabetologia* 1999;42(3):343–350.
6. Gocmen C, et al. Effects of vitamin E and sodiumselenate on neurogenic and endothelial relaxation of corpus cavernosum in the diabetic mouse. *European Journal of Pharmacology* 2000;398(1):93–8.
7. Saenz de Tejada I, et al. Impaired neurogenic and endothelium-mediated relaxation of penile smooth muscle from diabetic men with impotence. *New England Journal of Medicine* 1989;320:1025-30.
8. Cameron NE, Cotter MA. Metabolic and vascular factors in the pathogenesis of diabetic neuropathy. *Diabetes* 1997;46(2):31–7.
9. Poli F, et al. Antiproliferative effects of daucane esters from *Ferula communis* and *Ferula arrigonii* on human colon cancer cell lines. *Phytotherapy* 2005;19(2):152-7.
10. Low PA, Nickander KK, Tritschler HJ. The roles of oxidative stress and antioxidant treatment in experimental diabetic neuropathy. *Diabetes* 1997;46(2):38-42.
11. Kose EO, et al. Chemical composition, antimicrobial and antioxidant activity of essential oil of endemic *Ferula lycia* Boiss. *Journal of medicinal plant research* 2010;4(17):1698-703.
12. Lhuillier A, et al. Daucaene sesquiterpenes from *Ferula hermonis*. *Journal of Natural Products* 2005;68(3):468–71.

13. Macho A, et al. Calcium ionophoretic and apoptotic effects of ferutinin in the human Jurkat T-cell line. *Biochemical Pharmacology* 2004;68(5):875–83.
14. Abu-Zaiton AS. Anti-diabetic activity of *Ferula assafoetida* extract in normal and alloxan-induced diabetic rats. *Pakistan Journal of Biological Sciences* 2010;13(2):97-100.
15. Fatehi M, Farifteh F, Fatehi-Hassanabad Z. Antispasmodic and hypotensive effects of *Ferula asafoetida* gum extract. *The Journal of Ethnopharmacology* 2004;91(2-3):321-4.
16. Singh R. In vitro evaluation of aqueous and alcoholic extracts of spices for antifungal properties. *Indian journal of animal sciences* 2007;77:675-7.
17. Agrawal AK, et al. Effect of Piper longum Linn, Zingiber officinalis Linn and Ferula species on gastric ulceration and secretion in rats. *Indian Journal of Experimental Biology* 2000;38(10):994-8.
18. Sambaiiah K, Srinivasan K. Influence of spices and spice principles on hepatic mixed function oxygenase system in rats. *Indian Journal of Biochemistry and Biophysics* 1989;26(4):254–8.
19. Geroushi A, et al. Antiinflammatory sesquiterpenes from the root oil of *Ferula hermonis*. *Phytotherapy Research* 2011;25(5):774-7.
20. Keegan A, Cotter MA, Cameron NE. Corpus cavernosum dysfunction in diabetic rats: effects of combined alpha-lipoic acid and gamma-linoleic acid treatment. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* 2001;17(5):380–6.
21. Kareparamban JA, et al. *Ferula foetida* Hing A Review. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences* 2012;3(2):775.
22. Kartlaşmış K, Kökbaş U, Kayrın L. Glukoz oksidaz enziminin elektrokimyasal çalışmalarda optimizasyon koşullarının belirlenmesi. *Türk Biyokimya Dergisi*. 2016;41:3.
23. Cicco N, et al. A reproducible, rapid and inexpensive Folin-Ciocalteu micro-method in determining phenolics of plant methanol extracts. *Microchemical Journal* 2009;91:107–10.
24. Arslan M, Sözen Şahne B, Şar S. Dünya'daki geleneksel tedavi sistemlerinden örnekler: genel bir bakış. *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2016;6(3):100-105.
25. Güzel S, et al. Vincetoxicum canescens subsp. canescens ve Vincetoxicum canescens subsp. pedunculata Tohumlarının Antimikrobiyal ve Antiproliferatif Aktiviteleri *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2019;9(3):367-375.
26. Kaşık M. Peripheral Analgesic Effect and Possible Mechanisms of Ferulic Acid. *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2019; 9 (3): 385-392.
27. Singleton VL, Rossi JAJ. Colorimetry of total phenolics with phosphomolybdic-phosphotungstic acid reagents. *The American Journal of Enology and Viticulture* 1965;16:144–58.
28. Yeşilsu A. The effects of natural antioxidants on oxidative stability of microencapsulated anchovy oil. Çukurova University, Institute of Natural and Applied Sciences, Department of Fishing and Seafood Processing Technology, PhD Thesis, 2018.
29. Abeyasinghe, D C, et al. Bioactive compounds and antioxidant capacities in different edible tissues of citrus fruit of four species. *Food chemistry* 2007;104 (4):1338-1344.
30. Deveci E, Tel-Çayan G, Duru ME. Phenolic profile, antioxidant, anticholinesterase, and anti-tyrosinase activities of the various extracts of *Ferula elaeochoytris* and *Sideritis stricta*. *International journal of food properties* 2018;21(1):771-783.
31. Zhao H, Zhang H, Yang S. Phenolic compounds and its antioxidant activities in ethanolic extracts from seven cultivars of Chinese jujube. *Food Science and Human Wellness* 2014;3(3–4):183-90.
32. Rice-Evans CA, Miller NJ, Paganga G. Antioxidant properties of phenolic compounds. *Trends in Plant Science* 1997;2(4):152-9.
33. Sendogdu N, et al. Antidiabetic and antioxidant effects of *Vitis vinifera* L. leaves in streptozotocin-diabetic rats. *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences* 2006;3:7–18.
34. Helal E, et al. Hyperglycemic and Hyperinsulinemic effects of *Ferula assafoetida* on diabetic male albino rats. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* 2005;21:95-108.
35. Yusufoglu HS, et al. Antioxidant and antihyperglycemic effects of *Ferula drudeana* and *Ferula huber-morathii* in experimental diabetic rats. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2015;11(7):738-48.
36. Kassis E, et al. Efficacy and Safety Assessments of *Ferula assa-foetida* L., Traditionally used in Greco-Arab Herbal Medicine for Enhancing Male Fertility, Libido and Erectile Function. *The Open Complementary Medicine Journal* 2009;1:102-9.
37. Eser N, et al. The effect of *Ferula elaeochoytris* root extract on erectile dysfunction in streptozotocin-induced diabetic rat. *International journal of impotence research*. <https://doi.org/10.1038/s41443-019-0137-8>.
38. Vessal M, Hemmati M, Vasei M. Antidiabetic effects of quercetin in Streptozotocin induced diabetic rats. *Comparative Biochemistry and Physiology Part C* 2003;135(3): 357–64.
39. Yoshikawa M, et al. Medicinal flowers. III. Marigold (1): hypoglycemic, gastric emptying inhibitory, and gastroprotective principles and new oleanane type triterpene oligoglycosides, calendasaponins A, B, C and D from Egyptian *Calendula officinalis*. *Chemical and Pharmaceutical Bulletin* 2001;49:863–70.
40. Aslan M, et al. In vivo antidiabetic and antioxidant potential of *Helichrysum plicatum* ssp. *plicatum capitulum* in streptozotocin-induced-diabetic rats. *Journal of Ethnopharmacology* 2007;109(1):54-9.

41. Tiedge M, et al. Relation between antioxidant enzyme gene expression and antioxidative defense status of insulin producing cells. *Diabetes* 1997;46(11):1733–42.
42. Drews G, Krippeit-Drews P, Düfer M. Oxidative stress and beta-cell dysfunction. *European Journal of Physiology* 2010;460(4):703–18.
43. Hii CS, Howell SL. Effects of flavonoids on insulin secretion and 45Ca^{2+} handling in rat islets of Langerhans. *Journal of Endocrinology* 1985;107(1):1-8.
44. Chika A, Bello SO. Antihyperglycaemic activity of aqueous leaf extract of *Combretum micranthum* (Combretaceae) in normal and alloxan-induced diabetic rats. *Journal of Ethnopharmacology* 2010;129(1):34-7.
45. Eser N, Yoldas A. Identification of heat-resistant chemical components of *Ferula elaeochoytris* root extracts by gas chromatography-mass spectrometry. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research* 2019;18(1):55-60.211

Genel Kolluk Kuvveti Öğrencilerinin Organ Bağışı ve Nakli Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*

Knowledge Levels on Organ Donation and Transplantation among the General Law Enforcement Students

Alper Tunga Kökcüⁱ

ⁱMD., PhD., Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Birinci Basamak Muayene ve Aile Sağlığı Merkezi

<https://orcid.org/0000-0002-7517-3294>

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir yükseköğretim kurumundaki genel kolluk kuvveti öğrencilerinin organ bağışı ve nakli hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmektir.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Ankara’da bulunan bir yükseköğretim kurumunda 2-9 Aralık 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Orantısız tabakalı basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 583 öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında 17 maddeden oluşan “Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi Ölçeği” kullanılmış olup, analizler istatistik yazılım paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Büyük çoğunluğu erkek (%91,4) ve bekâr (%81,6) olan katılımcıların yaşları 18 ile 37 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 25,32±4,13 yıldır. Öğrencilerin ölçekte bulunan önermelere verdikleri cevapların puan ortalaması 12,73±2,49’dur. Kadın öğrencilerin puan ortalamasının erkek öğrencilerinkinden yüksek olduğu görülmüştür (p<0,05). Katılımcıların diğer tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanı ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Sonuç: Katılımcıların bilgilerinin yeterli düzeylerde olmadığı görülmüş olup, öğrencilerin organ bağışı ve nakli hakkında özellikle düşük düzeyde farkındalık tespit edilen konularda bilgilendirilmeleri önerilmektedir. Organ bağışı ve nakli konusunda bilinçlendirilmiş öğrencilerin, mezuniyetleri sonrasında farklı bölgelerde görev yapacak olmaları dikkate alındığında; organ bağışına yönelik toplumsal farkındalığın artırılmasına katkı sunabilecekleri düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Organ bağışı, Organ nakli, Farkındalık

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to assess knowledge levels on organ donation and transplantation among the general law enforcement students in a higher education institution.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted at a higher education institution in Ankara between 2 and 9 December 2019. A total of 583 students who were selected by using proportional stratified simple sampling method formed the sample of study. “Organ-Tissue Donation and Transplantation Knowledge Scale” consisting of 17 items was used to collect the data, and the analysis was performed by using the statistical software package program.

Results: The mean age of participants most of whom were male (91.4%) and unmarried (81.6%) was 25.32 ± 4.13, and ranged from 18 to 37 years. The mean score of the students’ responses to the statements in the scale was 12.73±2.49. It was observed that the mean score of female students was higher than that of male students (p<0.05). According to the other descriptive characteristics of the participants, no significant difference was found in the means of the scale scores.

Conclusion: It was observed that the knowledges of the participants were not at the sufficient levels, and it is recommended that the students be informed about the organ donation and transplantation, especially the issues with low awareness. Considering the fact that the students who are conscious about organ donation and transplantation will work in different regions after their graduation, it is thought that they can contribute to raising public awareness about organ donation.

Keywords: Organ donation, Organ transplantation, Awareness

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 162-170

DOI: 10.31020/mutfd.663059

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 22 Aralık 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 24 Şubat 2020

İletişim - Correspondence Author: Alper Tunga Kökcü <alpertungakokcu@comu.edu.tr>

GİRİŞ

Organ nakli, günümüzde son dönem organ yetmezliği için en iyi ve sıklıkla tek hayat kurtarıcı tedavi olarak kabul edilen yerleşik bir tedavi şeklidir.¹ Kişinin hayatta iken serbest iradesi ile ölümü sonrasında doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve bunu belgelendirmesi organ bağışı olarak tanımlanmaktadır.²

Dünyada ilk başarılı organ nakli 1954 yılında Amerika’da Joseph Murray tarafından alıcının tek yumurta ikizinden canlı donör olarak gerçekleştirilen böbrek naklidir.³ Richard Lillehei ve William Kelly tarafından 1966 yılında ilk pankreas nakli, 1967 yılında ise ilk ince bağırsak nakli yapılmıştır.⁴ İlk başarılı karaciğer nakli 1967 yılında Thomas Starzl tarafından yapılmış olup, ilk kalp nakli de Christiaan Barnard tarafından aynı yılın sonlarında gerçekleştirilmiştir.^{5,6} Türkiye’de 1968 yılında iki hastaya yapılan kalp nakilleri başarısızlıkla sonuçlanmış, ilk başarılı kalp nakli ise 1989 yılında Cevat Yakut ve Ömer Beyazıt tarafından gerçekleştirilmiştir.⁷ Mehmet Haberal tarafından 1975 yılında canlı donörden, 1978 yılında kadavra donörden ilk başarılı böbrek nakilleri ve 1988 yılında da kadavra donörden ilk başarılı karaciğer nakli yapılmıştır.⁸ 1989 yılında ise Fahrettin Alparslan tarafından ilk pankreas nakli gerçekleştirilmiştir.⁹ İlk başarılı akciğer nakli 1983 yılında Kanada’da Toronto Akciğer Transplantasyonu Grubu tarafından, Türkiye’de ise 2009 yılında Süreyyapaşa Akciğer Transplantasyonu Çalışma Grubu tarafından gerçekleştirilmiştir.^{10,11} 20. yüzyılın ikinci yarısı, hem dünyada hem de Türkiye’de organ nakillerinde ilklerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 1979 yılında yürürlüğe konulmuştur. 2000’li yıllara gelindiğinde ise ilgili alt mevzuatlar da yayınlanarak organ ve doku nakli hizmetleri tamamen Sağlık Bakanlığının kontrol ve koordinasyonunda yürütülmeye başlanmıştır. Günümüzde, Türkiye’de solid organ nakillerinin yanı sıra doku ve kompozit doku nakilleri de yapılabilmektedir.

Tüm dünyada organ nakli talebi artmakta, ancak ihtiyacı karşılayacak yeterli organ bulunamamaktadır. Bağışlanan organ sayısının yetersizliği kronik organ yetmezliği olan birçok hastanın tedavisinde sınırlayıcı bir faktör olup, bekleme listelerinde çok sayıda hastanın birikmesine yol açmaktadır.¹² 2018 yılında, Türkiye’de organ nakli bekleme listelerinde kayıtlı olan 32983 hastanın 5599’una nakil yapılmış olmasına rağmen, 2559’u organ nakli beklerken hayatını kaybetmiş ve aynı yıl bekleme listelerine 9073 yeni hasta kaydedilmiştir.¹³ Ülkemizdeki organ nakli sayısı yüksek düzeylerde olsa da bekleme listelerindeki hasta sayısını karşılamaktan uzaktır. Bu durumun başlıca nedeni kadavra donör sayılarındaki yetersizliktir. 2018 yılında, milyon kişi başına düşen kadavra donör sayısı kapsamında; Türkiye (7,30), Avrupa (16,91) ve Dünya (7,46) ortalamalarının altında kalmıştır.¹⁴ Bununla birlikte, canlı donör sayısı açısından Türkiye (52,01) Dünyada ilk sırada yer almıştır.¹⁵

Türkiye’de, organ bağışı ve nakli ile ilgili bilgi ve tutumlar hakkında farklı gruplar üzerinde yapılmış olan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, organ bağışı sayılarının yetersiz olmasının sebepleri olarak; başta bilgi eksikliği olmak üzere dini açıdan duyulan kaygı, korku, yaşarken yeterince tıbbi bakım alamama kaygısı, vücut bütünlüğünün bozulmasını istememe, ebeveynlerin bilgi eksikliği ve ölüm sonrasında sağlık personelinin aile ile zayıf iletişimi tespit edilmiştir.¹⁶⁻²³ Bu alanda yapılan çalışmalar, organ bağışı ve nakli hakkındaki bilgi eksikliklerinin ve bilinçlendirme kapsamında yapılacakların tespit edilmesine önemli katkılar sağlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; bir yükseköğretim kurumundaki genel kolluk kuvveti öğrencilerinin organ bağışı ve nakli hakkındaki bilgi düzeylerini tespit etmek, öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerindeki farklılıkların bilgi düzeyleri üzerine etkilerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, Ankara'da bulunan Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi'nde eğitim ve öğrenim gören 4767 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesabında; varsayılan frekans örneklem büyüklüğünü maksimize edecek şekilde %50 olarak alınmış olup, %99 güven seviyesinde ve %5 örnekleme hatası kapsamında, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile 583 öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir. Farklı akademik birimlerde bulunan öğrencilerin cinsiyetlerine göre örnekleme yeterince temsil edilmesini sağlamak için orantısız tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya ait veriler 2-9 Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde; Öztürk Emiral ve ark. tarafından geliştirilerek, geçerliliği ve güvenilirliği ispat edilmiş 17 maddeden oluşan "Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, 5 maddelik "Donör Özellikleri" başlıklı birinci boyut ile 12 maddelik "Organ Bağışı ve Nakline İlişkin Yasal, Etik ve Tıbbi İşlemler" başlıklı ikinci boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 9 olumlu ve 8 olumsuz önerme bulunmakta olup, katılımcıların her bir önermeye "Doğru", "Yanlış" ve "Bilmiyorum" cevaplarından birisini vermesi istenmiştir. Ölçekteki her bir maddeye verilen doğru cevap 1 puan ile puanlandırılmış olup, alınabilecek puan aralıkları; ölçeğin geneli için 0-17, birinci boyutu için 0-5 ve ikinci boyutu için 0-12 olacak şekilde düzenlenmiştir.²⁴ Ölçekten alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı kabul edilmiştir. Anketin ikinci bölümünde ise katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait 7 soru yer almaktadır.

Verilerin analizinde istatistik yazılım paket programı kullanılmış olup; tanımlayıcı tablolarda frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri belirtilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi ve homojen olmaması nedeniyle istatistik analizlerde parametrik olmayan testler kullanılmış olup, öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerindeki farklılıkların bilgi düzeyleri üzerine etkileri Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleriyle analiz edilmiştir. İki kategorik değişken arasındaki ilişkinin analizinde Ki-Kare ve Fisher'in Kesin testleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarında, $p < 0,05$ istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışma Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Tarih: 16.10.2019, Sayı:5863) olup, araştırma öncesinde araştırmanın yürütüldüğü kurumdan idari izin alınmıştır. "Gönüllü Katılım Formu"nu imzalayarak araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket uygulaması yapılmıştır. "Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi Ölçeği"nin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan sorumlu araştırmacıdan izin alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmada örnekleme yöntemi ile tespit edilen 583 öğrenciye ulaşılmıştır. Büyük çoğunluğu erkek (%91,4) ve bekâr (%81,6) olan katılımcıların yaşları 18 ile 37 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $25,32 \pm 4,13$ yıldır. Katılımcıların öğrenim durumları çoğunlukla önlisans (%35,0) ve lisans (%48,0) mezunu seviyesindedir. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (%98,1) organ nakli yapılmış olan bir aile üyesi bulunmamaktadır. Katılımcılar arasında organ bağışı yapmış olanların oranı (%2,1) oldukça düşük iken, gelecekte organ bağışı yapmayı düşünenlerin oranı (%33,8) daha yüksek bulunmuştur. Organ bağışı yaptığını belirten katılımcıların tamamı aile üyelerinde organ nakli öyküsü bulunmayan erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait veriler **Tablo 1'**de bulunmaktadır.

Öğrencilerin "Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi Ölçeği"nde bulunan önermelere verdikleri cevapların puan ortalamaları; birinci boyut için $3,59 \pm 0,86$ olup, ikinci boyut için $9,13 \pm 2,08$ ve ölçeğin geneli için $12,73 \pm 2,49$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların; ölçeğin 1., 5., 15. maddelerindeki önermelere yüksek düzeylerde (%90,7-97,4) ve 2., 4., 10. maddelerindeki önermelere düşük düzeylerde (%27,6-56,8) doğru cevap verdikleri görülmüştür. Katılımcıların ölçekteki önermelere verdikleri cevaplar **Tablo 2'**de görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n=583)

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	533	91,4
Kadın	50	8,6
Medeni durum		
Bekâr	476	81,6
Evli	107	18,4
Öğrenim durumu		
Lisans öğrencisi	79	13,6
Önlisans mezunu	204	35,0
Lisans mezunu	280	48,0
Yüksek lisans mezunu	20	3,4
Yaş aralığı		
18-22	136	23,3
23-27	340	58,3
28-32	45	7,7
33-37	62	10,7
Aile üyelerinizden organ nakli yapılan var mı?		
Evet	11	1,9
Hayır	572	98,1
Organ bağışı yaptınız mı?		
Evet	12	2,1
Hayır	571	97,9
Gelecekte organ bağışı yapmayı düşünür müsünüz? (n=571)		
Evet	197	34,5
Hayır	104	18,2
Kararsızım	270	47,3

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçeğin geneli için aldıkları puan ortalamalarında farklılıklar bulunmuş olup, kadın öğrencilerin puan ortalamasının erkek öğrencilerinkinden yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Katılımcıların diğer tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanı ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanı ortalamaları ve bu puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar **Tablo 3'**te bulunmaktadır. Gelecekte organ bağışı yapmayı düşündüğünü belirten katılımcılar analiz edildiğinde; kadınların erkeklerden, bekârların evlilerden, düşük yaş gruplarındakilerin 33-37 yaş grubundakilerden anlamlı bir şekilde daha yüksek oranlarda organ bağışı yapmayı düşündükleri görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 2. Katılımcıların organ-doku bağıışı ve nakli bilgi ölçeğindeki önermelere verdikleri cevaplar (n=583)

Önermeler	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Donör özellikleri						
1. Organ bağıışı; “Bir kişinin hayatta iken serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve bunu belgelendirmesidir” diye tanımlanabilir.	568	97,4	8	1,4	7	1,2
2. Organ bağıışı yapabilmek için yaş sınırı vardır.*	302	51,8	161	27,6	120	20,6
3. Kişi hayatta ve sağlıklı iken bazı organlarını (böbrek, karaciğerin bir kısmı vb.) bağıışlayabilir.	518	88,9	41	7,0	24	4,1
4. Yüksek tansiyon ve şeker gibi kronik hastalıklar böbrek nakline neden olabilecek hastalıklardandır.	322	55,2	104	17,9	157	26,9
5. Beyin fonksiyonlarının geri dönülmez bir şekilde kaybolduğı ve solunum cihazına bağılı olmadan yaşamının mümkün olmadığı duruma “beyin ölümü” denir.	529	90,7	28	4,8	26	4,5
Organ bağıışı ve nakline ilişkin yasal, etik ve tıbbi işlemler						
6. Beyin ölümü gerçekleşen kişinin tekrar iyileşme ihtimali vardır.*	67	11,5	432	74,1	84	14,4
7. Beyin ölümü ile koma/bitkisel yaşam farklı şeylerdir.	336	57,6	159	27,3	88	15,1
8. Her ölüm olayından sonra kişinin organları nakil için alınabilir.*	94	16,1	425	72,9	64	11,0
9. Bir kişiden alınan organlar herkese nakledilebilir.*	33	5,7	524	89,9	26	4,4
10. Tüm nakil işlemlerinde alıcı-verici arasında kan grubu uyumu olması yeterlidir.*	104	17,8	331	56,8	148	25,4
11. Ülkemizde böbrek, karaciğer gibi organların dışında kalp-akciğer, deri, kemik iliğı, ince bağırsak gibi organların da nakli yapılmaktadır.	488	83,7	17	2,9	78	13,4
12. Hayatta iken organ bağıışı yapan ve hastanede beyin ölümü gerçekleşen kişinin organlarının alınıp-alınmaması konusunda son karar ailesine aittir.	370	63,5	134	23,0	79	13,5
13. Hayatta iken organ bağıışı yapmayan ve hastanede beyin ölümü gerçekleşen kişinin organlarının alınıp-alınmaması konusunda son karar hekime aittir.*	39	6,7	494	84,7	50	8,6
14. Hayatta iken organ bağıışında bulunan ve organı alınan kişi (böbrek, karaciğerin bir kısmı vb.) hayatının geri kalanını sağlıklı geçirebilir.	453	77,7	58	9,9	72	12,4
15. Organ nakli sadece akrabalar arasında yapılır.*	6	1,0	564	96,8	13	2,2
16. Kişiler alkol, uyuşturucu madde vb. gibi bağıımlılık yapan maddeler kullanarak organ nakline neden olabilecek hastalık oluşturabilirler.	485	83,2	27	4,6	71	12,2
17. Organ nakli sadece tıbbi ölümü gerçekleştirmiş insanlardan (kadavra) yapılabilir.*	94	16,1	422	72,4	67	11,5

*Olumsuz önermedir.

TARTIŞMA

Araştırma sonuçlarına göre, katılımcı öğrencilerin organ bağıışı ve nakli hakkındaki bilgileri orta düzeyde bulunmuştur. Aynı ölçeğin kullanıldığı diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu çalışmada tespit edilen organ bağıışı ve nakline ilişkin puan ortalamalarının; Öztürk Emiral ve ark.nın 2014-2015 yıllarında bir eğitim ve araştırma hastanesinde görevli 540 sağlık dışı personel üzerinde yaptığı çalışmada bulunan sonuçlardan daha yüksek olduğu, Soylar ve ark.nın 2018 yılında bir üniversitede 578 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada tespit edilen sonuçlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Öztürk Emiral ve ark.nın çalışmasında katılımcıların 1. boyuta ilişkin bilgi seviyeleri 2. boyuta ilişkin bilgi seviyelerinden daha yüksek bulunmuşken, Soylar ve ark.nın çalışmasında ve bu çalışmada ise 2. boyuta ilişkin bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.^{24,25} Öztürk Emiral ve ark.nın çalışmasında eğitim seviyesi yüksek, ekonomik durumu iyi, aile üyelerinde organ nakli öyküsü bulunan ve organ bağıışı yapmaya istekli olanlarda ölçek puanı

ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüşken; bu çalışmada sadece kadın öğrencilerin ölçek puanı ortalamasının erkek öğrencilerinkinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada; 33-37 yaş grubundakiler, aile üyelerinde organ nakli öyküsü olanlar, organ bağışı yapanlar ve gelecekte organ bağışı yapmayı düşündüğünü belirten katılımcıların ölçek puanı ortalamalarının yüksek olduğu görülse de bu tanımlayıcı özelliklere göre ortalama puanlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanı ortalamalarının karşılaştırılması (n=583)

Tanımlayıcı özellikler	n	%	Puan (Ort±SS)*	p**
Cinsiyet				
Erkek	533	91,4	12,62±2,51	0,000 ^a
Kadın	50	8,6	13,84±2,04	
Medeni durum				
Bekâr	476	81,6	12,71±2,42	0,377
Evli	107	18,4	12,79±2,79	
Öğrenim durumu				
Lisans öğrencisi	79	13,6	12,86±2,39	0,078
Önlisans mezunu	204	35,0	12,35±2,64	
Lisans mezunu	280	48,0	12,96±2,35	
Yüksek lisans mezunu	20	3,4	12,70±2,93	
Yaş aralığı				
18-22	136	23,3	12,69±2,35	0,631
23-27	340	58,3	12,68±2,52	
28-32	45	7,7	12,71±2,86	
33-37	62	10,7	13,09±2,41	
Aile üyelerinizden organ nakli yapılan var mı?				
Evet	11	1,9	14,09±1,70	0,064
Hayır	572	98,1	12,70±2,50	
Organ bağışı yaptınız mı?				
Evet	12	2,1	13,58±2,02	0,229
Hayır	571	97,9	12,71±2,50	
Gelecekte organ bağışı yapmayı düşünür müsünüz? (n=571)				
Evet	197	34,5	13,06±2,16	0,106
Hayır	104	18,2	12,50±2,64	
Kararsızım	270	47,3	12,53±2,65	

*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Ölçekteki her bir maddeye verilen doğru cevap 1 puan ile puanlandırılmış olup, ölçeğin geneli için puan aralığı 0-17 olacak şekilde düzenlenmiştir.

**Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır (^a p<0,05).

Türkiye’de organ bağışı ve nakli ile ilgili bilgi ve tutumlar hakkında farklı gruplar üzerinde yapılmış olan çalışmalarda; katılımcıların organ bağışı oranı %0,5-3,3 arasında, organ bağışı yapmaya istekli olanların oranı %22,5-58,2 arasında bulunmuştur.^{16,21,24-27} Bu çalışmada da katılımcıların %2,1’inin organ bağışı yaptığı ve %33,8’inin gelecekte organ bağışı yapmayı düşündüğü tespit edilmiş olup, bu sonuçların diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. Özbek Yazıcı ve ark.nın 2013-2014 yıllarında bir üniversitede 352 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada, kız öğrencilerin anlamlı bir şekilde erkeklerden daha fazla oranda organlarını bağışlamayı düşündükleri saptanmıştır.²³ Bu çalışmada da kadınların erkeklerden

anamlı bir şekilde daha yüksek oranda organ bağışını yapmayı düşündükleri görülmüştür. Ayrıca; bekârların evlilerden, düşük yaş gruplarındakilerin de 33-37 yaş grubundakilerden anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda organlarını bağışlamayı düşündükleri tespit edilmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%90,7-97,4), organ bağışını ve beyin ölümü tanımlarını bildiği ve organ naklinin sadece akrabalar arasında yapılmadığının farkında oldukları görülmüştür. Bununla birlikte, öğrencilerin önemli bir bölümünün (%27,6-56,8), organ bağışında yaş sınırı olmadığını ve kronik hastalıkların böbrek nakline neden olabileceğini bilmedikleri ve tüm nakil işlemlerinde alıcı-verici arasında kan grubu uyumu olması gerektiğinin farkında olmadıkları görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, organ bağışını kararını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin en başında bilgi eksikliğinin geldiği ortaya konmuştur.^{17-19,21,23,27-30} Bu çalışmada, gelecekte organ bağışını yapmayı düşünmeyenlerin bilgi düzeylerinin görece düşük olduğu bulunmuş olsa da katılımcıların bu tanımlayıcı özelliğine göre ortalama puanlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Dini inançların da organ bağışını kararını etkileyen önemli bir faktör olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur.^{26,28,31-34} Hiçbir din organ bağışını veya organ almayı yasaklamaz, canlı veya ölü bağışıcılardan nakillere karşı değildir.³⁵ Dini gelenekler resmi olarak organ bağışını ve naklini yasaklamasa da bu konuda, dini grupların mensupları tarafından kendi anlayışlarına göre bir tutum benimsenmektedir.³⁶ 1980 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı, organ bağışını bir insanın insana yapabileceği en büyük yardım olarak tanımlamıştır.³⁷ Bu çalışmada, katılımcılara dini inançları sorulmamış olsa da Türkiye’de toplumun büyük bir bölümü Müslüman olup, İslamiyet’te organ bağışını iyilik ve merhamet eylemi olarak kabul edilir.^{38,39}

Tutumun gözlenebilen bir davranış olmadığı, davranışa hazırlayıcı bir eylem olduğu ifade edilebilir. Herhangi bir tutum nesnesi hakkında edinilen bilgilerin davranışa dönüştürülme aşamasında, bireyin kendi duygusal tepkisi ile birlikte dışarıdan gelen tepkiler de etkili olmaktadır.⁴⁰ Bu kapsamda, kişilerin organ bağışını ve nakli hakkındaki bilgi düzeylerinin organ bağışına yönelik tutumlarını etkileyeceği söylenebilir. Bununla birlikte tutum değişikliklerinin her zaman için davranışlara yansması da beklenmemelidir.

Bu araştırma genç erişkin popülasyon üzerinde yapılmış olup, sonuçları bu gruba özgü bilgileri yansıtmaktadır. Çalışmanın bu sınırlılığından dolayı sonuçların diğer gruplara genelleştirilemeyeceği düşünülmektedir. Bununla birlikte; organ bağışını ve nakli ile ilgili bilgi düzeyleri konusundaki çalışmaların genellikle sağlık personeli ve öğrencileri ile hasta grupları üzerinde yapıldığı düşünüldüğünde, farklı bir popülasyon olan genel kolluk kuvveti öğrencileri üzerinde yapılan bu çalışmanın literatüre ayrıca bir katkı sunacağı değerlendirilmektedir.

SONUÇ

Araştırma sonuçları çalışmanın yapıldığı yükseköğretim kurumundaki öğrencilerin organ bağışını ve nakli hakkındaki bilgi düzeylerini ortaya koymakta olup, bu kapsamda yapılması gereken bilinçlendirme faaliyetlerinin belirlenmesine katkı sunacağı değerlendirilmektedir. Katılımcıların bilgilerinin yeterli düzeylerde olmadığı görülmüş olup, öğrencilerin organ bağışını ve nakli hakkında özellikle düşük düzeyde farkındalık tespit edilen konularda bilgilendirilmeleri önerilmektedir. Organ bağışını ve nakli konusunda bilinçlendirilmiş öğrencilerin, mezuniyetleri sonrasında farklı bölgelerde görev yapacak olmaları dikkate alındığında; organ bağışınına yönelik toplumsal farkındalığın artırılmasına katkı sunabilecekleri düşünülmektedir.

Genç erişkin popülasyon üzerinde yapılan bu araştırmaya ait bulguların, benzer grupların organ bağışını ve nakli konusundaki bilgi düzeyleri hakkında fikir verebileceği ve yapılacak bilinçlendirme çalışmalarının belirlenmesine katkı sunabileceği değerlendirilmektedir. Bu kapsamda; organ bağışını ve nakli konusundaki

bilinçlendirme çalışmalarında, üniversitelerde ve askeri okullarda bulunan genç erişkin gruplar hedef kitle olarak seçilmelidir.

BİLGİ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO task force on donation and transplantation of human organs and tissues. <https://www.who.int/transplantation/donation/taskforce-transplantation/en/> (Erişim tarihi: 20.11.2019)
2. Akış M, ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(4):28-33.
3. Delmonico FL. Interview with Dr Joseph Murray. Am J Transplant 2002;2(9):803-6.
4. Toledo-Pereyra LH, Sutherland DE. Richard Carlton Lillehei: Transplant and shock surgical pioneer. J Invest Surg 2011;24(2):49-52.
5. Starzl TE, et al. Orthotopic homotransplantation of the human liver. Ann Surg 1968;168(3):392-415.
6. Barnard CN. The operation. A human cardiac transplant: An interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. S Afr Med J 1967;41(48):1271-4.
7. Ceylan İ. Türklerde cerrahinin gelişimi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları; 2012:143.
8. Haberal M. Development of transplantation in Turkey. Transplant Proc 2001;33(7-8):3027-9.
9. Önal G. Türkiye’de ilk pankreas nakli: En büyük sorun organ bağışı. Cumhuriyet Gazetesi 16 Aralık 1989; Bilim Teknik eki (145):1.
10. Toronto Lung Transplant Group. Unilateral lung transplantation for pulmonary fibrosis. N Engl J Med 1986;314(18):1140-5.
11. Süreyyapaşa Akciğer Transplantasyonu Çalışma Grubu. Silikozis tanısıyla yapılan tek taraflı akciğer nakli: Türkiye’deki ilk başarılı akciğer nakli olgusu. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2011;19(3):455-62.
12. Council of Europe. Shortage of organs, tissues and cells for transplantation in Europe. <https://www.coe.int/en/web/human-rights-channel/organ-donation> (Erişim tarihi: 23.11.2019)
13. Council of Europe and Organización Nacional de Trasplantes. Newsletter transplant-International figures on donation and transplantation 2018. Technical Report Vol. 24. Strasbourg: Council of Europe; 2019.
14. Global Observatory on Donation and Transplantation. <http://www.transplant-observatory.org/summary/> (Erişim tarihi: 29.11.2019)
15. International Registry in Organ Donation and Transplantation. <http://www.irodat.org/img/database/pdf/IRODaT%20Newsletter%202019-March.pdf> (Erişim tarihi: 29.11.2019)
16. Gürler H, Topal Hançer A. Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin organ bağışı konusundaki tutumları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2020;28(1):90-8.
17. İbrahimoğlu Ö, Urhan S. Knowledge, attitudes, and behaviors of healthcare workers about organ donation. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2019;6(2):142-9.
18. Dumanlı A, ve ark. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin organ veya doku nakli ve organ bağışı hakkında bilgi tutum ve davranışları. Kocatepe Tıp Dergisi 2019; 20(2): 58-62.
19. Yılmaz M, Demirağ S. Tıp fakültesi öğrencilerinin organ bağışı ve nakli ile ilgili bilgi, düşünce ve tutumlarına tıp eğitiminin etkisi. Ankara Medical Journal 2019;19(2):316-24.
20. Şantaş G, Şantaş F. Türkiye’de organ bağışının mevcut durumu ve organ bağışında stratejik iletişimin önemi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;9(2):163-8.
21. Bostancıoğlu D, Saraçoğlu GV, Öztürk M. Yüksekokul öğrencilerinin organ bağışı konusundaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2017;27(4):140-51.
22. Topbaş E, Bingöl G. Türkiye’de kadavra donörden gerçekleştirilen organ nakline etki eden faktörler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2016;11(2):77-88.
23. Özbek Yazıcı S, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve bağışı konusunda bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi. Mehmet Akif Ersoy University Journal of Health Sciences Institute 2015;3(2):66-76.
24. Ozturk Emiral G, et al. Development of a reliable and valid organ tissue donation and transplantation knowledge scale. Transplant Proc 2017;49(2):260-6.
25. Soylar P, Kadioglu BU. Theology and nursing students' knowledge of organ donation and transplantation. Transplant Proc 2018;50(10):2961-5.
26. Demir Doğan M, ve ark. Üniversite öğrencilerinin organ bağışına bakış açısı ve bilgi düzeyleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2016;3(2):99-105.
27. Yakıt E, Şen MA. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki görüş ve davranışlarının belirlenmesi. Journal of Social And Humanities Sciences Research 2017;4(11):623-30.

28. Kocaay AF, et al. Brain death and organ donation: Knowledge, awareness, and attitudes of medical, law, divinity, nursing, and communication students. *Transplant Proc* 2015;47(5):1244-8.
29. Akkas M, et al. Changing attitudes of medical students regarding organ donation from a university medical school in Turkey. *Medical Science Monitor* 2018;24:6918-24.
30. Katsari V, et al. Giving your last gift: A study of the knowledge, attitude and information of Greek students regarding organ donation. *Annals of Transplantation* 2015;20:373-80.
31. Sahin H, Abbasoglu O. Attitudes of medical students from different countries about organ donation. *Experimental and Clinical Transplantation* [Epub ahead of print]. Doi: 10.6002/ect.2014.0228
32. Ali NF, et al. Knowledge and ethical perception regarding organ donation among medical students. *BMC Medical Ethics* 2013;14:38.
33. Symvoulakis EK, et al. Organ donation knowledge and attitudes among health science students in Greece: Emerging interprofessional needs. *International Journal of Medical Sciences* 2014;11(6):634-40.
34. Naçar M, et al. Knowledge attitudes and behaviors about organ donation among first- and sixth-class medical students: A study from Turkey. *Transplant Proc* 2015;47(6):1553-9.
35. Bruzzone P. Religious aspects of organ transplantation. *Transplant Proc* 2008;40(4):1064-7.
36. Özbolat A. "Organlarımla dirilmek istiyorum."- Organ bağışının dini-toplumsal arkaplanı. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2017;17(1):61-87.
37. T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı, Din İşleri Yüksek Kurulunun 06.03.1980 tarihli ve 396 sayılı kararı. <http://www.organnakli.hacettepe.edu.tr/bagis.shtml> (Erişim tarihi: 10.12.2019)
38. Golmakani MM, Niknam MH, Hedayat KM. Transplantation ethics from the Islamic point of view. *Medical Science Monitor* 2005;11(4):RA105-9.
39. Albar M. Organ transplantation: A Sunni Islamic perspective. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 2012;23(4):817-22.
40. Kağıtçıbaşı Ç. İnsan ve insanlar. İstanbul: Evrim Basım Yayım Dağıtım; 1988:84.

Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik Farkındalıkları *

Awareness of Pharmacy Faculty Students Towards Obesity

Miray Arslanⁱ, Tuğse Akkayaⁱⁱ, Sevgi Şarⁱⁱⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği A.D., <https://orcid.org/0000-0003-2786-4610>

ⁱⁱYardımcı Eczacı, Fazilet Eczanesi, Ankara, <https://orcid.org/0000-0001-6281-2563>

ⁱⁱⁱProf. Dr., Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği A.D., <https://orcid.org/0000-0002-2816-9575>

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı eczacılık fakültesi öğrencilerinin obeziteye yönelik farkındalıklarının belirlenmesidir.

Yöntem: Bu çalışma kapsamında Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 1. ve 4. sınıfında okumakta olan öğrencilere bir anket uygulaması yapılmıştır. Uygulanan anket, Allen (2011) tarafından geliştirilmiş ve Kafkas ve Özen (2014) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan "Obezite Farkındalık Ölçeği"ni içermektedir. Ölçekte yer alan ifadeler (1) Kesinlikle katılmıyorum - (4) Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde 4'lü Likert tipi derecelendirilmeyle puanlanmıştır. Anket formundan elde edilen veriler IBM SPSS 22.0 paket programının yardımıyla öncelikle betimleyici istatistiksel analizlere tabi tutulmuş, ardından LISREL 8.80 programı aracılığı ile doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 203 öğrenci katılım sağlamıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucuna fiziksel aktivite, beslenme ve obezite farkındalık faktörlerinden oluşan üç faktörlü yapı doğrulanmış olup, ölçeğe ait uyum indekslerinin değerlendirilmesiyle bu ölçeğin eczacılık fakültesi öğrencileri için de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada elde edilen bulgular, geleceğin eczacısı olan eczacılık fakültesi öğrencilerinin obeziteye yönelik farkındalık düzeylerinin artırılmasında eğitimin etkin olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda eczacılık fakültelerinde sağlıklı yaşam, obezite ve kilo yönetimi gibi konulara daha çok yer verilmesinin öğrencilerin gelecekteki uygulamalarına ışık turacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğrulayıcı faktör analizi, Eczacılık, Obezite

ABSTRACT

Objective: The primary purpose of this study is to determine the awareness of the students of pharmacy faculty towards obesity.

Method: Within the scope of this study, a questionnaire was applied to students studying at Ankara University Faculty of Pharmacy 1st and 4th grade. The applied questionnaire includes the "Obesity Awareness Scale", developed by Allen (2011), also validity and reliability in Turkish were made by Kafkas and Özen (2014). Statements in the scale are rated as (1) Strongly disagree - (4) Strongly agree with 4-points Likert type rating. The data obtained from the questionnaire was firstly subjected to descriptive statistical analysis with the help of the IBM SPSS 22.0 package program. Then confirmatory factor analysis was applied via the LISREL 8.80 program.

Results: 203 students participated in the study. As a result of the confirmatory factor analysis, the three-factor structure consisting of physical activity, nutrition, and obesity awareness factors were verified, and it was determined that this scale was a valid and reliable scale for the students of pharmacy faculty by evaluating the scale's fit indexes.

Conclusion: The findings obtained in the study revealed that education is effective in increasing the awareness level of obesity for the students of the pharmacy faculty who are the future pharmacists. In this context, it is thought that giving more places for topics such as healthy life, obesity, and weight management in pharmacy faculties will shed light on students' future practices.

Keywords: Confirmatory factor analysis, Obesity, Pharmacy

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2020; 10 (2): 171-178

DOI: 10.31020/mutfd.688839

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 13 Şubat 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 22 Mart 2020

İletişim - Correspondence Author: Miray Arslan <eczmirayarslan@gmail.com>

Giriş

Obezite, vücuda alınan enerjinin vücutta harcanan enerjiden fazla olması sonucunda harcanamayan enerjinin vücutta yağ olarak depolanması sonucu oluşan bir sağlık sorunudur.¹ Obezite gelişiminde yaşamın ilk yıllarından başlayarak bireyin beslenme şeklinin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ayrıca, yaş, cinsiyet, çevresel, biyokimyasal, sosyokültürel, psikolojik ve genetik etmenler gibi birçok faktörün obezite oluşumuna yol açtığı görülmektedir.^{2,3} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi “sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır.³ Obezite tanısının konulmasında sıklıkla beden kitle indeksi (BKİ) değerinden yararlanılmaktadır. Bir bireyin kilogram cinsinden ağırlığının, boyunun metrekaresine bölünmesiyle (kg/m^2) hesaplanan bu değeri temel alarak DSÖ obeziteyi şu şekilde sınıflamaktadır:⁴

- (i) $\text{BKİ} < 18.50 \text{ kg/m}^2$: zayıf,
- (ii) $18.50 \text{ kg/m}^2 < \text{BKİ} < 24.99 \text{ kg/m}^2$: normal,
- (iii) $25.00 \text{ kg/m}^2 < \text{BKİ} < 29.99 \text{ kg/m}^2$: fazla kilolu,
- (iv) $\geq 30.00 \text{ kg/m}^2$: obez.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de obezite prevalansı giderek artmaktadır. Ülkemizde 1998 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans-I (TURDEP-I) ve 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmalarına göre, obezite prevalansı %22.3’ten %31.2’ye yükselmiştir.⁵ Günümüzde pek çok kronik hastalığın risk faktörleri arasında obezitenin yer aldığı bilinmektedir. Bu bağlamda, obezite prevalansındaki artışa paralel olarak diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların prevalanslarında da artış olacağı beklenilmektedir.⁶

Bayraktar (2010), obezitenin nedenleri ve sağlık riskleri hakkında danışmanlık hizmeti sunularak, kişilerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmesi ve motivasyonlarının artırılması sağlanabileceğini ifade etmektedir.⁷ Bu nedenle toplumun bilinçlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması obezite ve obeziteye bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi açısından oldukça önem arz etmektedir. En yakın ve en kolay ulaşılabilen sağlık danışmanları olarak kabul edilmekte olan eczacılara bu noktada büyük sorumluluklar düşmektedir. Hasta danışmanlığı kapsamında sağlıklı beslenme alışkanlıkları, düzenli ve dengeli beslenme ile egzersizin öneminin vurgulaması gibi konular eczacıların rol alabileceği alanlar arasındadır. Bu bağlamda, birer eczacı adayları olan eczacılık fakültesi öğrencilerinde obeziteye yönelik farkındalık oluşturabilmek oldukça önem arz etmektedir.

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, obeziteye yönelik farkındalık, tutum ve inançların ele alındığı pek çok çalışma⁸⁻¹¹ olduğu görülmektedir. Buna karşın eczacıların ya da eczacılık fakültesi öğrencilerinin obeziteye yönelik farkındalıklarını inceleyen çalışma sayısı oldukça kısıtlı olup, çalışmalarda genel olarak eczacıların kilo ve obezite yönetimindeki rollerinin ele alındığı tespit edilmiştir.¹²⁻¹⁴ Literatürde yer alan pek çok çalışmada farkındalık, inanç gibi unsurların bireylerin tutumlarının oluşmasında ve oluşan bu tutumların ise davranışların şekillenmesinde etkili olduğu ortaya konulmuştur.¹⁵⁻¹⁷ Bu bağlamda, geleceğin eczacılarının obeziteye yönelik sunacağı hizmetlerin geliştirilmesi açısından obeziteye yönelik farkındalık sahibi olmalarının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu bilgi ışığında, çalışmanın temel amacını eczacılık fakültesi öğrencilerinin obeziteye yönelik farkındalıklarının belirlenmesi oluşturmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma kapsamında Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 1. ve 4. sınıfında okumakta olan öğrencilere 2018-2019 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde yüz-yüze anket uygulaması yapılmıştır (N=375). Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü, örneklem istatistiklerinin normal dağıldığı varsayımı altında kabul edilebilir hata seviyesi yöntemiyle hesaplanmıştır. 0.05 güven düzeyi, $z = 1.96$, d (duyarlılık)=0.05 ve p ve q değerlerin 0.50 olarak alınmasıyla ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 190 olarak hesaplanmıştır. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 06.05.2019 tarihli toplantısında alınan 176 sayılı karar sonrasında anketin

uygulanmasına başlanılmıştır. Elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmak için ulaşılabilecek maksimum sayıdaki öğrenciye anketin uygulanması hedeflenmiş olup, ankete 274 öğrencinin katılımı sağlanmıştır.

Çalışmada, Allen (2011) tarafından geliştirilmiş ve Kafkas ve Özen (2014) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan “Obezite Farkındalık Ölçeği” uygulanmıştır.^{17,18} Ölçekte bireylerin obezite farkındalığı, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteler hakkındaki görüşlerini belirlemek üzere (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde 4’lü Likert tipi derecelendirilmeyle hazırlanmış 20 soru yer almaktadır. Anket formunda ayrıca demografik özellikleri belirleyici 5 soru bulunmaktadır.

Anket formundan elde edilen veriler IBM SPSS 22.0 paket programının yardımıyla öncelikle betimleyici istatistiksel analizlere tabi tutulmuş ve ardından LISREL 8.80 programı aracılığı ile doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin 221’i kadın, 53’ü ise erkektir. Öğrencilerin 143’ü 1.sınıf, 131’i ise 4.sınıf öğrencisidir. Çalışma kapsamında öğrencilerin kendi beslenme tarzları hakkında ne düşündükleri de sorulmuş olup, öğrencilerin %51.5’i sağlıklı bir beslenme tarzına sahip olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca 202 öğrencinin kendi BKİ değerlerini bildiği ve %97.4’ünün eczacıların obezitede konusunda toplumun bilinçlendirilmesinde rolü olduğunu düşündüğü ortaya konulmuştur.

Anket çalışmasının temelini oluşturan Obezite Farkındalık Ölçeği’nin değerlendirilmesinde ise doğrulayıcı faktör analizinden (DFA) yararlanılmıştır. Allen (2011) ile Kafkas ve Özen (2014) tarafından yapılan çalışmalarda^{18,19} elde edilen fiziksel aktivite (FA), beslenme (B) ve obezite farkındalık (OF) faktörlerinin çalışma örneklemini için de uygun olup olmadığını değerlendirebilmek amacıyla yapılan DFA sonucunda üç-faktörlü yapı doğrulanmış olup, analiz sonuçları **Tablo 1**’de sunulmuştur.

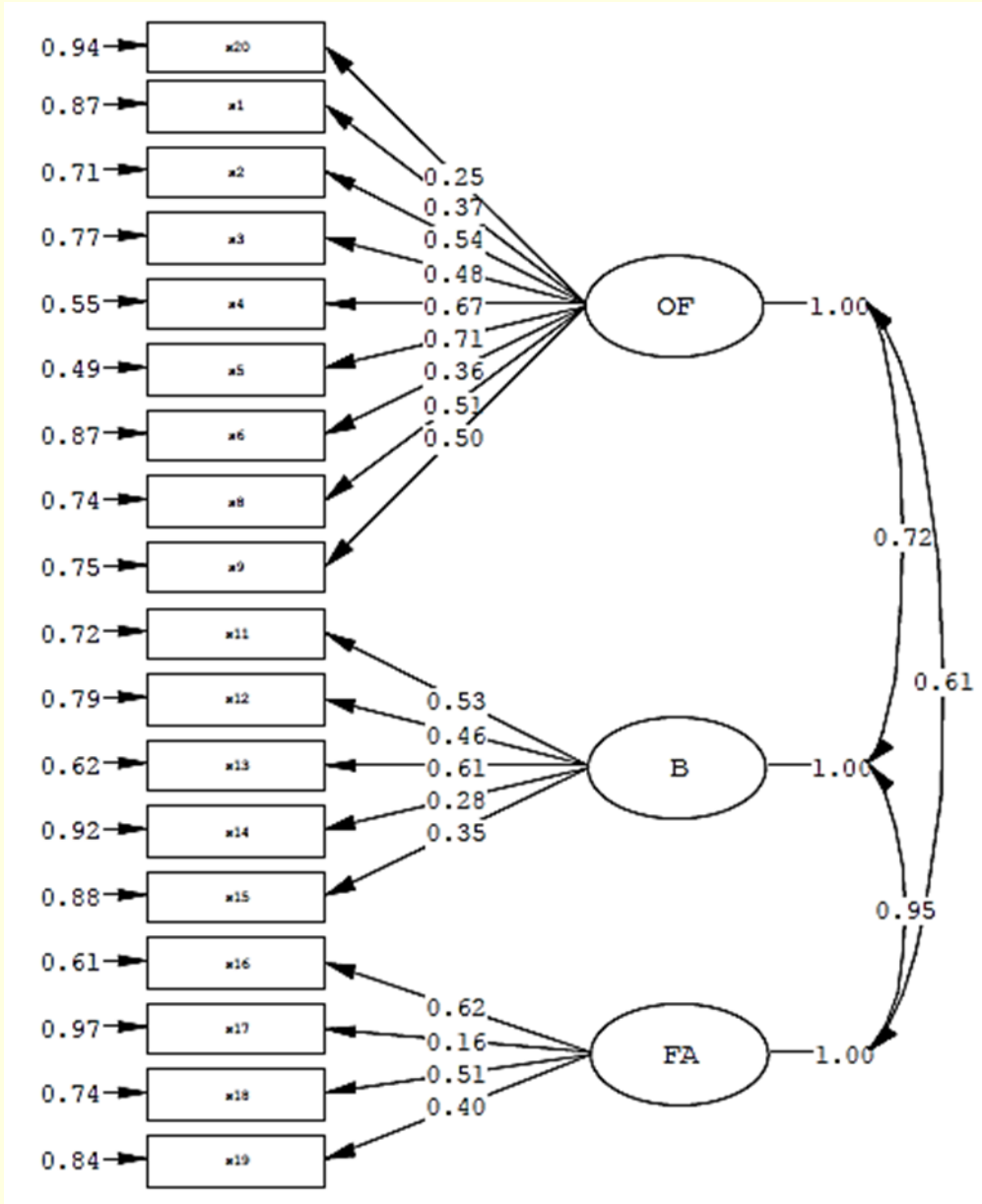
Tablo 1’deki ortalama değerlerine bakıldığında öğrencilerin yanıt ortalamalarının genel olarak 3’ün üzerinde olduğu görülmektedir. En yüksek yanıt ortalamasına sahip olan ifade “*Obez bireylerin kilolarıyla ilişkili, örneğin diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişmesinde daha yüksek risk vardır.*” ve en düşük yanıt ortalamasına sahip ifade ise “*Kısa mesafe (10 dakika) yürüyüş veya kısa aktiviteler yapmak kötü sağlık etkilerini önlemek ve sağlıklı olmak için yeterlidir.*” olarak belirlenmiştir.

Tablo 1 ve **Şekil 1**’deki diyagramda verilmiş olan standardize edilmiş parametre yük değerlerine bakıldığında OF faktörünü en fazla etkileyen unsurun 0.71’lik bir yükükle “*Obez bireylerin arkadaşlık ve özgüven problemleri daha fazla olabilir.*” ifadesi olduğu ve B faktörünü en fazla etkileyen unsurun ise 0.61’lik bir yükükle, “*Her gün abur cubur yemek gibi kötü yeme davranışları önemli bir obezite olma nedenidir.*” ifadesi olduğu görülmektedir. “*Düzenli egzersiz; stresten kurtulma ve rahatlama sağlayabilir.*” ifadesinin ise 0.62’lik bir yükükle FA faktörünü en fazla etkileyen ifade olduğu tespit edilmiştir. DFA sonucuna elde edilen yol (path) diyagramı **Şekil 1**’de verilmiştir.

Tablo 1. Faktörler, ifadeler ve ifadelere verilen yanıt ortalamaları, standardize yük değerleri ve R² değerleri

Faktör / İfadeler	Ortalama	Standardize edilmiş yükler	R ²
Obezite Farkındalık (OF)			
s1 Normal bir kiloda olmak sağlıklı bir kişi olmak için önemlidir.	3.562	0.37	0.13
s2 Obez bireylerin kilolarıyla ilişkili, örneğin diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişmesinde daha yüksek risk vardır.	3.693	0.54	0.29
s3 Obezite okulda, toplumda ve ülkemde artıyor	3.515	0.48	0.23
s4 Dışarıda aktif hareket gerektiren aktivitelere katılmak yerine bilgisayar oyunları oynamak, TV izlemek veya bilgisayarda zaman harcamak önemli bir obezite olma nedenidir.	3.449	0.67	0.45
s5 Obez bireylerin arkadaşlık ve özgüven problemleri daha fazla olabilir.	3.270	0.71	0.51
s6 Ailemizdeki diğer insanlar obezse sizin obez olma ihtimaliniz daha yüksektir.	2.789	0.36	0.13
s8 Akran baskısı (akran faaliyetleri, beslenme alışkanlıkları vb.) obezite nedenlerinde önemli rol oynar.	3.156	0.51	0.26
s9 Dergiler, filmler ve TV yorumları obeziteye neden olmada önemli rol oynar.	2.635	0.50	0.25
s20 32 BKİ değeri, sağlıklı bir BKİ değeridir.*	3.606	0.25	0.06
Beslenme (B)			
s11 Sağlıklı olmak için her sabah kahvaltıda besleyici gıdalar yemek önemlidir.	3.478	0.53	0.28
s12 Eğer düzenli olarak fiziksel aktivite yapmazsam kendimi huzursuz hissederim.	2.799	0.46	0.21
s13 Her gün abur cubur yemek gibi kötü yeme davranışları önemli bir obezite olma nedenidir.	3.507	0.61	0.38
s14 Sağlıklı olmak için çoğu akşam ailelerle birlikte yemek önemlidir.	2.865	0.28	0.08
s15 Sağlıklı olmak için her gün 8 bardak su içmek önemlidir.	3.270	0.35	0.12
Fiziksel Aktivite (FA)			
s16 Düzenli egzersiz; stresten kurtulma ve rahatlama sağlayabilir.	3.442	0.62	0.30
s17 Kısa mesafe (10 dakika) yürüyüş veya kısa aktiviteler yapmak kötü sağlık etkilerini önlemek ve sağlıklı olmak için yeterlidir.	2.526	0.16	0.03
s18 Egzersiz boyunca kalori yakmak sağlıklı vücut ağırlığını korumak için gereklidir.	2.978	0.51	0.26
s19 Haftada 3 gün 30-60 dakika orta şiddette egzersiz yapmak sağlıklı vücut ağırlığını korumak için yeterlidir.	3.018	0.40	0.16

*Olumsuz yapıda hazırlanmış bu ifade analiz sırasında ters çevrilmiştir.



Şekil 1. DFA path diyagramı

DFA modelinin uyum iyiliğini test edilebilmek için en sık ki-kare (χ^2), uyum iyiliği indeksi (GFI), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (AGFI), hata kareleri ortalamalarının karekökü (RMR), standartlaştırılmış RMR (SRMR) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değerleri kullanılmaktadır.²⁰ Analiz sonucunda elde edilen DFA modeline ait uyum indeksi değerleri ile bu indekslerin kabul düzeyleri **Tablo 2'**de verilmiştir.

Tablo 2. DFA modeli için uyum indeksleri

Uyum indeksi	İyi Uyum Düzeyi	Kabul Edilebilir Uyum Düzeyi	Alınan Değer
$\chi^2/d.f.$	$0 \leq \chi^2/d.f. < 2$	$2 \leq \chi^2/d.f. \leq 3$	2.833
RMSEA	$0 \leq RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0.082
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	$0.05 < RMR \leq 0.10$	0.038
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 < SRMR \leq 0.10$	0.073
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.090
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.087

Tablo 2'de verilen uyum ölçütleri değerleri ele alındığında, DFA modelinin kabul edilebilir bir uyum gösterdiğini söylemek mümkündür.

Çalışmada ek olarak demografik özellikler ile sağlıklı beslenme, BKİ değerini bilme ve eczacıların obezitede sorumlu olup olmadığı görüşlerinin faktör skorları üzerinde etkisi olup olmadığının belirlenmesi için *t*-testinden yararlanılmıştır. **Tablo 3'**te *t*-testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3. *t*-testi sonuçları

Faktörler	Cinsiyet		Sınıf		Sağlıklı Beslenme		BKİ		Eczacı Sorumluluğu	
	<i>t</i>	Sig.	<i>t</i>	Sig.	<i>t</i>	Sig.	<i>t</i>	Sig.	<i>t</i>	Sig.
OF	-0.398	0.691	-2.122	0.035*	2.718	0.007*	2.132	0.034*	0.064	0.949
B	0.101	0.920	-2.077	0.039*	4.899	0.000*	1.481	0.140	-0,301	0,763
FA	-0.735	0.463	-0.491	0.623	2.801	0.005*	0.979	0.329	-0,806	0,421

**p*<0.05

Tablo 3'te verilen bilgiler incelendiğinde, cinsiyetin ve eczacıların obezitede sorumlu olup olmadığı görüşünün %5 anlam düzeyinde faktör skorları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir.

Öğrencilerin sınıflarının faktör skorları üzerindeki etkisini görmek üzere yapılan *t*-testi sonucunda obezite farkındalık ve beslenme faktörlerinde %5 anlam düzeyinde grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu ve bu farklılığın 4. sınıflara ait ortalamaların 1. sınıflardan daha yüksek olduğundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Yapılan *t*-testi ile %5 anlam düzeyinde öğrencilerin sağlıklı beslenip beslenmedikleri düşüncesinin tüm faktör skorları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu ve sağlıklı beslendiğini düşünenlerin ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.

Son olarak, BKİ değerini bilen ve bilmeyen öğrencilerin faktör skorları üzerindeki etkisini görebilmek için yapılan *t*-testi sonucunda %5 anlam düzeyinde sadece obezite farkındalık faktöründe ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Obezite farkındalık faktöründe BKİ değerini bilen öğrencilerin ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tartışma

Bu çalışma sonucunda, ankette kullanılan Obezite Farkındalık Ölçeği'nin eczacılık fakültesi öğrencileri için de Allen (2011) ve Kafkas ve Özen (2014) tarafından yapılan çalışmalar ile paralel şekilde üç faktörlü bir yapı oluşturduğu tespit edilmiştir.^{18,19} Kafkas ve Özen (2014)'in çalışmasında olduğu gibi faktörlerde yer alan bazı maddelerin farklı faktörler altında yer aldığı görülmüştür.¹⁹ Doğrulayıcı faktör analizi bulguları ışığında bu ölçeğin eczacılık fakültesi öğrencilerinin obezite farkındalıklarının belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilirliğini söylemek mümkündür.

Anket sonuçlarına göre en yüksek yanıt ortalamasına sahip olan "*Obez bireylerin kilolarıyla ilişkili, örneğin diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişmesinde daha yüksek risk vardır.*" ifadesi öğrencilerin obezitenin önemli sağlık sorunlarının risk faktörleri arasında yer aldığı konusundaki farkındalığını ortaya koymaktadır. Obezite farkındalık faktöründe en düşük yanıt ortalaması "*Dergiler, filmler ve TV yorumları obeziteye neden olmada önemli rol oynar.*" ifadesine aittir.

Anket sonuçlarına göre eczacılık fakültesi 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin genel olarak "*Kısa mesafe (10 dakika) yürüyüş veya kısa aktiviteler yapmak kötü sağlık etkilerini önlemek ve sağlıklı olmak için yeterlidir*" ve "*Dışarıda aktif hareket gerektiren aktivitelere katılmak yerine bilgisayar oyunları oynamak, TV izlemek veya bilgisayarda zaman harcamak önemli bir obezite olma nedenidir*" ifadelerine yüksek yanıt verdiği görülmektedir. Bu durum çalışmaya katılan öğrencilerin aktif bir yaşamının obeziteyi önleme de etkili olduğu bilincine sahip olduğunun bir göstergesidir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporunda "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" çalışmasına yer verilmiş olup, bu çalışmadaki katılımcıların sadece %3.5'inin düzenli fiziksel aktivite yaptıkları beyan edilmiştir.²¹ Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında yapılan Ulusal Hane Halkı Araştırmasına göre ise katılımcıların %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır.²³ Bu bağlamda, eczacı adaylarının bu

konunun bilincinde olması mesleki uygulamalarında hastalarda bu konuda farkındalık oluşturulmasında ve öneriler sunulmasında önem arz etmektedir.

Sözen ve Bebek (2018) obeziteye yönelik farkındalığı ele aldıkları çalışmada kadınların farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır.²³ Bu çalışmada ise cinsiyetin ölçekte yer alan faktörlerde bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir.

Obezite tedavisinde hastaya sunulan danışmanlık hizmetlerinin multidisipliner yapıda olduğu ve verimli bir şekilde yönetilmesi ile belirgin kilo kayıpları sağlandığı ortaya konulmuştur.²⁴ Bu bağlamda eczacıların hastanın yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmesine destek olma, ilaç tedavisine olan uyuncunu arttırma, kilo verilmesine yönelik ürünler hakkında danışmanlık hizmeti sunmanın yanı sıra kan basıncı, lipid düzeyleri ve metabolik/endokrin bulgular hakkında hastaları bilgilendirmesiyle gerek obezitenin gerekse obeziteye bağlı olası komplikasyonların önlenmesine katkı sağlanacaktır.⁷ Çalışma bulgularına bakıldığında da paralel şekilde öğrencilerin %97.4'ünün eczacıların obezitede konusunda toplumun bilinçlendirilmesinde rolü olduğunu düşündükleri görülmektedir.

Bireylerin sergiledikleri davranışların temelinde bu davranışlarla ilişkili tutum, bilgi, inanç ve farkındalık gibi öncüllerin etkili olduğu bilinmektedir. Dastani ve ark. (2004), serbest eczacıların dünya genelinde bir salgın olarak görülmekte olan obeziteye yönelik farkındalığın artmasıyla bu konudaki danışmanlıklarının da gelişeceğini belirtmiştir.¹² Bu nedenle eczacılık fakültesi öğrencilerinin obezite ve kilo yönetimi gibi konularda hastalara sunacakları hizmet kalitesinin arttırılmasında eğitim öğretim hayatlarında obeziteye yönelik kazandıkları farkındalığın önemli olduğu düşünülmektedir. Sözen ve Bebek (2018), öğrencilerin öğretim gördüğü sınıf düzeyleri arttıkça obezite farkındalık düzeylerinin de arttığını tespit etmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuç da buna paraleldir.²³ Eczacılık fakülteleri özelinde bu durumu ele aldığımızda, öğrencilerin her geçen yıl sağlık ile ilgili bilgi birikimlerinin artışı, obezitenin pek çok hastalığın tetikleyicisi olduğu konusunda bilgi edinmelerini de sağlamaktadır. Bu bağlamda, sınıf düzeyinin artışının farkındalığı arttırmasının beklenen bir durum olduğunu söylemek mümkündür.

Sonuç olarak, eczacılık fakültesi müfredatında sağlıklı yaşam, obezite ve kilo yönetimi konularına yer verilmesi, bu konuları ele alan seçmeli derslerin müfredata alınması gibi eğitsel faaliyetler öğrencilerin mesleki hayatlarındaki uygulamalarına ışık tutacaktır. Ayrıca, eczacılık fakültelerinde obezite ile ilgili konferans ve seminer gibi bilimsel faaliyetlerin düzenlenmesi, bu konu ile ilgili broşür, afiş benzeri materyallerin hazırlanması, sağlıklı yaşam için öğrencilerin katılım sağlayacağı aktivitelerin organize edilmesi ile öğrencilerin farkındalık düzeylerinin geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Bilgi

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Altunkaynak B, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. Van Tıp Dergisi 2006;13(4):138-142.
2. Tam A, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Ankara Medical Journal 2012;12(1): 37-41.
3. Evren B. Obezite. İçinde: Aktay G, Yakıncı E. Editors. Eczacının Başucu Rehberi, TEB Eczacılık Akademisi Yayını, Ankara, 2. Baskı, 2012; s:245-252.
4. WHO. Obesity and Overweight [Fact Sheet; updated February 2018] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. 2017. (Erişim:25.03.2018)
5. Satman İ. Türkiye'de obezite sorunu. Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatology-Special Topics 2016;9(2):1-11.
6. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili Kronik Hastalıklar, MİSED 2010;23-24:79.
7. Bayraktar A. Obezite Tedavisinde Eczacının Rolü ve Katkısı, MİSED 2010;23-24:106.
8. Hankey CR, et al. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professional regarding the links between obesity, nutrition and health. Public Health Nutrition 2014;7(2):337-343.
9. Budd GM, et al. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. Applied Nursing Research 2011;24(3):127-137.
10. Kahraman, G, Baş T, Akbolat M. Obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlık programlarının etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;6(2):89-98.

11. Usta E, Acar K, Aygin D. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Tutumları. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2015;46-53.
12. Dastani HB, Brown CM, O'Donnell DC. Combating the obesity epidemic: community pharmacists counseling on obesity management. *Annals of Pharmacotherapy* 2004;38(11): 1800-1804.
13. Um ISI, et al. Managing obesity in pharmacy: the Australian experience. *Pharm World Sci* 2010;32:(711-720). <https://doi.org/10.1007/s11096-010-9426-5>
14. George K, et al. Community pharmacy contribution to weight management: identifying opportunities. *International journal of pharmacy practice* 2010;18(1):7-12.
15. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Kuhl J. And Beckman J. editors. *Action control: From cognition to behavior*. Springer, Heidelberg. 1985; pp.11-39.
16. Tarhan N, Arslan M, Şar S. A structural equation model for pharmacy students' acquiring knowledge-based behavior towards complementary and alternative medicine. *EUJIM* 2017;(16):54-60. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.10.007>.
17. Arslan M, Tarhan N, Şar S. Examination of the community pharmacists' intention to pharmacist partnership using the Theory of Planned Behavior: a structural equation model. *IJPER* 2017;(51):216-225. <https://doi.org/10.5530/ijper.51.2.27>
18. Allen A. Effects of educational intervention on children's knowledge of obesity risk factors. Ph.D. Thesis, Carroll College, 2011.
19. Kafkas M, Gökmen ÖZN. Obezite Farkındalık Ölçeği'nin (OfÖ) Türkçeye Uyarlanması: Bir Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2014;1(2):1-15.
20. Raykov T, Marcoulides GA. On multilevel model reliability estimation from the perspective of structural equation modeling. *Structural Equation Modeling* 2006;13(1):130-141.
21. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu." Sağlık Bakanlığı Yayın 931 (2014).
22. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2006.
23. Sözen H, Bebek G. Üniversite Öğrencilerinin Obezite Farkındalığının Belirlenmesi, *ICPESS* 2018;4.
24. Feigenbaum A, et al. Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. *BMC Fam Pract* 2005; 6(Article number 5).

Müzik Aracılığı ile Türk Kültüründe Doktor Algısı*

Perception About Doctors in Turkish Culture Through Music

Zehra Topalⁱ, Ayşe Bahşiⁱⁱ, İlhan Bahşiⁱⁱⁱ, Şeyma Karatepe^{iv}

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
https://orcid.org/0000-0001-8397-5636

ⁱⁱUzm.Dr., Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
https://orcid.org/0000-0002-2852-9788

ⁱⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi AD
https://orcid.org/0000-0001-8078-7074

^{iv}Öğrenci, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
https://orcid.org/0000-0002-1808-5853

ÖZ

Giriş: Sözlü müzik, insanların duygularını ve düşüncelerini yansıtan önemli araçlardan biridir. Müzik, ayrıca duyguları harekete geçirerek insanı ve toplumu etkileme gücüne de sahiptir. Bireylerin, doktora bakışı ve doktordan beklentileri de o kültüre ait olan müzik içerisinde kendini gösterir. Öte yandan, topluma veya halk kültürüne mal olmuş bir müzik eseri içerisinde yer alan ifadeler ise toplumun doktora bakışını etkileyebilir.

Amaç: Bu çalışmada Türkiye’de toplumsal kültürün önemli bir parçası olan şarkı ve türküler içerisinde Doktor, Hekim ve Tabip sözcükleri bulunan müzik eserleri incelenerek, bu eserlere doğrudan veya dolaylı olarak yansıtılmış olan hasta-hekim ilişkisinin niteliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Doktor, Hekim ve Tabip kelimelerinin yer aldığı şarkı/türküler belirlenmiş ve kategorize edilmiştir.

Bulgular: İncelenen 190 eserde Doktor, Hekim ve Tabip kelimelerinin yer aldığı ifadeler çare bulamayan/edemeyen ve çare bulması/edememesi beklenen şeklinde ana iki kategoriye ayrılmıştır. Bu iki grup dışında kalan yirmi iki eser ise diğer grup olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Müzik eserlerinin ve içerisinde yer alan sözlerin, zamanın süzgecinden damıtılarak yıllar içerisinde oluşan bir birikimle meydana gelen toplumsal kolektif bilinci yansıttığı dikkate alınacak olursa, türkülerde yer alan hekim algısının, sağlık politikaları ve sosyal medyanın saman alevi gibi hareketlilik gösteren gündeminden etkilenen anlık bir bakıştan ziyade, o halkın kültüründeki uzun süreli ve kalıcı hekim algısını daha gerçekçi bir şekilde yansıttığı düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Doktor, Tabip, Türkü, Şarkı, Müzik

ABSTRACT

Introduction: Oral music is one of the important tools that reflects people’s feelings and thoughts. In addition to reflecting the feelings and thoughts of the individuals who make up the society, music has the power to influence people and society by activating the emotions. Individuals’ views of the doctor and their expectations from the doctor may manifest themselves in the music of that culture. On the other hand, expressions in a socially and culturally prominent musical pieces can affect the way doctor sense of the society.

Aim: In this study, we aimed to investigate the sense of doctor and doctor-patient relationship characteristics that has been reflected directly or indirectly in musical works by examining the words “doctor, physician (in Turkish: doktor/hekim)” and healer (in Turkish: Tabip)” in the songs or folk musics which is an important piece of Turkish culture.

Materials and Methods: This study is a descriptive research. The song and folk music works that include the words “doctor, physician and healer” are determined and categorized.

Results: In the 190 examined works, the expressions include the words Doctor and Healer were divided into two main categories: “unable to cure” and “expected to find a cure” Twenty-two works except these two groups were evaluated in the “other” group.

Conclusion: If it is to be taken into consideration that the musical works and the lyrics in it reflect the collective consciousness that has been formed over the years by distilling from the filter of time, it can be thought that the doctor perception in folk musics reflects the long-term and permanent doctor perception in the culture of that people rather than a momentary view that is influenced by the instability of temporary health policies and social media agenda such as a flash in the pan.

Keywords: Doctor, Healer, Folk music, Song, Music

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 179-189

DOI: 10.31020/mutfd.669101

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Ocak 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 27 Mart 2020

İletişim - Correspondence Author: İlhan Bahşi <dr.ilhanbahsi@gmail.com >

Giriş

Hasta-hekim ilişkisi tüm tıbbi uygulamaların temelinde yatan ve sıklıkla uygulamanın başarısını da etkileyen etmenlerden biridir. Hasta-hekim ilişkisi pek çok faktörden etkilenen dinamik bir ilişkidir. Bu ilişkinin biçimini tarafların kişisel özelliklerinin yanı sıra içinde yaşanılan toplumun kültürel özellikleri de etkiler.¹ Bu ilişkinin şekillenmesinde, hekimin toplum içerisindeki rolü, insanların hekimden beklentileri ile toplumun, hekimin ve yaşanılan çağın hastalık kavramı gibi pek çok faktör rol almaktadır. Bu yönüyle hasta-hekim ilişkisi bir yandan tıp alanı içerisinde ele alınırken öte yandan toplumsal ve kültürel bir konu olarak da ele alınabilir.²

Bir toplumun kültürel özellikleri ve yaşam tarzını o topluma ait resim, müzik, edebiyat, güzel sanatlar ve mimari oluşumlar şekillendirir.³ Diğer sanat dallarına göre toplumla daha fazla iç içe olan müzik, o toplumdaki insanların duygularını ve düşüncelerini yansıtan önemli araçlardan biridir. Müzik insanların günlük yaşamında rastladığı, faydalandığı ve kimi zaman ise sorunlarına çözüm aradığı bir unsur olarak nitelendirilebilir.⁴ Toplumun oluşturan bireylerin duygu ve düşüncelerini yansıtanın yanı sıra, duyguları harekete geçirerek insanı ve toplumu etkileme gücüne de sahiptir.⁵ Öte yandan müzik, kültürel belleğin kaydedilmesi ve iletilmesini sağladığından toplumsal kimlik inşasında da önemli bir role sahiptir.⁶ Müziğin insanlar üzerindeki etkisiyle ilişkili olarak, pazarlama sektörü içerisinde yer alan reklamlarda müzik kullanımının pozitif etkisinin olduğu bildirilmiştir.⁷ Siyasal iletişimde müzik kullanımının incelendiği bir çalışmada ise, müziğin seçim sürecinde seçmeni harekete geçirici ve seçmenin siyasal katılımını artırıcı etkilerinin olduğu belirtilmiştir.⁸

Konuyu hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde ele alacak olursak, hastanın doktora bakışı ve doktordan beklentileri o kültüre ait olan müzik içerisinde kendini gösterebilir. Öte yandan, popüler olan bir müzik eserinin içerisinde yer alan ifadeler ise toplumun doktora bakışını etkileyebilir.

Bu çalışmada Türkiye’de toplumsal kültürün önemli bir parçası olan şarkı ve türküler içerisinde *Doktor*, *Hekim* ve *Tabip* sözcükleri bulunan müzik eserleri incelenerek, bu esere dolaylı olarak yansıtılmış olan hasta-hekim ilişkisinin niteliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup veri toplamak amacıyla Google arama motoru (<https://www.google.com.tr>) kullanılmıştır. 2019 yılı ekim ayında “türkü sözleri”, “şarkı sözleri”, “türkü sözü” ve “şarkı sözü” anahtar kelimeleri kullanılarak arama yapılmış olup ilk etapta 500’ün üzerinde internet sitesi incelenmiştir. Forum, sohbet, blog vb. siteler kapsam dışında bırakılmıştır. Değerlendirilen web siteleri içerisinde *Doktor*, *Hekim* ve *Tabip* kelimeleri ayrı ayrı aratılarak ilgili eserler kaydedilmiştir. Ayrıca, Eğrilmez ve ark.⁹ tarafından literatüre kazandırılan *Türkülerdeki Hekimlik ve Sağlıkla İlgili Türküler* isimli kitap da incelenmiş olup, içerisinde *Doktor*, *Hekim* veya *Tabip* kelimelerinin geçtiği eserler kaydedilmiştir. Tüm eserler içerisinde *Doktor*, *Hekim* ve *Tabip* kelimelerinin yer aldığı ifadeler kategorize edilmiştir (**Tablo 1**).

Tablo 1. İncelenen Eserler

No	Eser Adı	Kategori
P1	Acı Doktor	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P2	Açılır Sünbüller Güle Karışır	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P3	Ah Çekip Aleme Eylerim Feryat	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P4	Ah Pınar Eşme Pınar	Diğer
P5	Al Almayı Daldan Al	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P6	Al Eline Galemi	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P7	Al Yeşil Dökün Anneler	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P8	Alim Deresinin Delik Daşları	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P9	Altın Yüzük Ulanmaz	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P10	Altının Ufağyam (Meryemmi)	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P11	Anam Ağlar Baş Ucumda Oturur	Çare bulamayan/tedavi edemeyen

No	Eser Adı	Kategori
P12	Ankara'da Yedik Taze Meyvayı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P13	Aralıktan Candarmalar Bakıyor	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P14	Arzuhal için Sultana Geldim	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P15	Aşk Yolları Dikenlidir Düz Değil	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P16	Attım Tabancamı Ateş Almadı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P17	Avcı Vurdum Sanma Onu	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P18	Avlunun Asmasıyım	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P19	Ayağına Giymiş Sedef Nalini	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P20	Bahçelerde Yeşil Yaprak	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P21	Bayram Arada Kaldı	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P22	Beline Bağlamış Hançeri Paslı	Diğer
P23	Ben Miyim Dünyada Bir Bahtı Kara	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P24	Beni Derde Salan Gelsin	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P25	Benim Gönül Yarama Dokunma Doktor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P26	Benim Yaran İnan Yarın Yarası	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P27	Bilmem Ne Haldir	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P28	Bir Bağ Bir Canavar	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P29	Bir Derdim Vardı Bin Dahi Oldu	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P30	Bir Matara Bir Yandan	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P31	Bir Mektup Yazdırdım Urfalı Kızına	Diğer
P32	Bişeyler Yaz Be Doktor	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P33	Bodrumlular Erken Biçer Ekini (Bodrum Hakimi)	Diğer
P34	Boşver Be Doktor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P35	Bugün Yasta Gördüm Zülfü Siyahı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P36	Bul Getir	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P37	Buradan Bir Atlı Geçti	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P38	Bülbüller Düğün Eyler	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P39	Bülbülün Kanadı Sarı	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P40	Can Hekim	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P41	Cerrahpaşa	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P42	Çamlığın da Çeşmeleri Çağlıyor (Ömer'in Ağıdı)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P43	Çay Gırında Harım Var	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P44	Çay İçinde Adalar	Diğer
P45	Çeke Çeke Bu Dert Beni Öldürür	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P46	Değme Doktor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P47	Değme Felek (Bugün Benim Efkarım Var Zarım Var)	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P48	Değme Tabip Değme	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P49	Değme Tabip Sızılıyor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P50	Deli Gönül Sana Nasihatim Var	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P51	Demedi Yar Demedi	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P52	Derd ü Gamin Erbabiyem	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P53	Derdim Çoktur Kime Yanam Derdimi	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P54	Derdimi Söyleme Doktor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P55	Derdimi Söylesem Kara Taşa	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P56	Diktiğimiz Fidanların	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P57	Doktor (Asi Stayla)	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P58	Doktor (Erkan Meftuni)	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P59	Doktor (Erkin Koray)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P60	Doktor (İskender Paydaş)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P61	Doktor (Soner Arıca)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P62	Doktor (Teoman)	Diğer
P63	Doktor Amca	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P64	Doktor Bana Bi Çare	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P65	Doktor Ben Garibim	Diğer
P66	Doktor Bey	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P67	Doktor Civanım (Ahmet Gazi Ayhan)	Diğer
P68	Doktor Erol Bey	Diğer
P69	Doktor İsmail	Diğer
P70	Doktor Mehmet Ali Altın	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P71	Doktor Ne İçin Nabzımı Aldın Ele Söyle	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P72	Doktor ve Gurbet Yolları	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P73	Doktora Git	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P74	Doktorun Seferi	Diğer
P75	Dom Dom Kurşunu	Diğer
P76	Dost Cemalin Benzer	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P77	Durnam Gelir Kona Kalka	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P78	Dünya Çok Geniştir Garibe Dardır	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P79	Dünya Dedikleri Bir Yeşil Ottur	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P80	El Çek Tabip Sinem Üstünden	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P81	El Vurma Doktor Yoruldum Ben	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P82	El vurup Yaremi İncitme Tabip	Çare bulamayan/tedavi edemeyen

No	Eser Adı	Kategori
P83	Ela Gözlü Nazlı Dilber	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P84	Elin Vurma Kalbimdeki Yarama	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P85	Elliyi Vermeden Ellemiyorlar	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P86	Emeğin Boş Yere Onarılmaz Bu Yara	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P87	Esme Seher Yeli Esme	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P88	Evleri Handereli	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P89	Ey Edecek Doktor mu var?	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P90	Ezim Ezim Eziliyor Yüreğim	Diğer
P91	Garip Başa Karlar Yağar	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P92	Geceler Yarım Oldu	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P93	Gel Gönül Gidelim Aşk Ellerine	Diğer
P94	Gel Güzelim Hallarımız Danışak	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P95	Gel Hünkârim Şahidim Ol	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P96	Gel Tabip Sar Bu Yarayı	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P97	Gel Tabip Sorma Derdimi	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P98	Geldin Şen Eyledin Gönüm Şehrini	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P99	Gelme Doktor Gelme	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P100	Germenciyen Balatçığin Arası	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P101	Giresun Üstünde Vapur Bağırıyor	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P102	Gitti Canımın Cananı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P103	Gönül Gel Seninle	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P104	Güler Üzül Hekim Gız	Diğer
P105	Güvercinin Uçuşundan	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P106	Hafızların Avlusunda Davullar	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P107	Hangi Neşter ile Açtın Yaramı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P108	Hasret Düştü Gönlüme	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P109	Hasret Kaldım Sılama	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P110	Hasta Düştüm Gurbet Elde	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P111	Hasta Ettin (Doktor Tavsiyesi)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P112	Hasta Oldum Ciğerimde Yaram Var	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P113	Hasta yüreğime El Vurma Doktor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P114	Hastam Çok	Diğer
P115	Hastane Önünde İncir Ağacı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P116	Hastane Önünde Salkım Söğütler	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P117	Hastanenin Önüne Diktiler Çamı	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P118	Hastaniye Vardım Doktor Yanına	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P119	Hazan ile Geçti Şu Benim Ömrüm	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P120	Hekimbaşı	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P121	Hikâyem Bitmedi	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P122	İğiki'nin Dört Etrafı Bahçalar	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P123	İstanbul'a İsmarladım Fesimi	Diğer
P124	Kader Torbası	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P125	Kalbime Koy Başını Doktor	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P126	Kalksak Bu Yerden Hicret Eylesek	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P127	Kanadım Değdi Sevdaya	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P128	Kapuyu Çalan Kimdir?	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P129	Kara Yazım Ak Olur Mu?	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P130	Karadır Kaşların Ferman Yazdırır	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P131	Karlı Dağlar Kara Bulut İçinde	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P132	Karyolamın Demiri	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P133	Kaşların Karasına	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P134	Katipler Oturmuş Derdimi Yazar	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P135	Kayaser'dir Yolumuz	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P136	Kırmızı Gül Demet Demet	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P137	Kıyma Felek	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P138	Kiraz Aldım Dikmeden	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P139	Koca Kavak Yarıldı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P140	Kurban Olam Ben Kaşı Karaya	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P141	Lokman Hekim Senden Destur Alırdı	Diğer
P142	Mamoş Türküüsü	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P143	Maraş'tan Bir Haber Geldi	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P144	Mayın (Kilis'e Haber Saldım)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P145	Meclisinde Mail Oldum	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P146	Mecnun İsen Ey Dil Sana Leyla Mı Bulunmaz	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P147	Mecnun Misaliyim Çöller Kralı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P148	Mehriban Hekim	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P149	Mendilimin Yeşili (Aman Doktor)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P150	Mevlam Birçok Dert Vermiş	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P151	Mezarımı Yapın Urfa Taşından	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P152	Ne Doktorlar Ne Mühendisler	Diğer
P153	Ne Feryad Edersin Divane Bülbül	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen

No	Eser Adı	Kategori
P154	Ne Uzaktır Şu Maraş'a	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P155	Nedir Bu Telaşın	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P156	Neredesin Sen	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P157	O Yana Dönder Beni (Çayır İnce Biçilmez)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P158	Oy Benim Sevdiceğim	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P159	Oynatmaya Az Kaldı	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P160	Öp Dedi Doktor	Diğer
P161	Öyle Dedi Doktorlar	Diğer
P162	Peşkir Çektim Direkten	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P163	Ruhumda Sızı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P164	Saat Üç Buçukta Pazarı Gezdim	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P165	Sabah Olsun Aman Efem	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P166	Sen Tabipsin Saramazsın Yaramı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P167	Sinemi Zalime Açtım	Diğer
P168	Son Durağın Oldu Çapa	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P169	Söyle Bana Doktor	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P170	Söyle Doktor (Seyfi Yerlikaya)	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P171	Suda Balık Yan Gider	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P172	Şahin İdim Dağ Başında Oturdum	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P173	Ta Ezelden Yüzüm Gülmez Ağlarım	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P174	Tabaklı'nın Deresi	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P175	Tor Şahin Misali	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P176	Tozaktır Sılamın Yolları	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P177	Ünye'den Çıktım Da Başım Selamet	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P178	Vara Vara Vardık Bağa	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P179	Varsam Dertlerimi Desem Lokman Hekime	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P180	Veremli Kız	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P181	Yağmur Yağıyor Yağmur	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P182	Yandı Yürek Yar Elinden	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P183	Yaralarım Dertlerim Yaralarım	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P184	Yavrum Bugün Yaradan Var	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P185	Yayladan Çıktım da Kamalar Parlar	Çare bulması/tedavi etmesi beklenen
P186	Yayladan Gelen Güzel	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P187	Yaz Baharı	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P188	Yozgat'ın Asmasıyım	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P189	Yüce Dağ Başında Yattım Oturdum	Çare bulamayan/tedavi edemeyen
P190	Yüzün Güler Amma İçerin Hayın	Çare bulamayan/tedavi edemeyen

Bulgular

Saptanan 190 eserde *Doktor*, *Hekim* ve *Tabip* kelimelerinin yer aldığı ifadeler *çare bulamayan/tedavi edemeyen* (%46.84) ve *çare bulması/tedavi etmesi beklenen* (%41.58) şeklinde iki ana kategoriye ayrılmıştır. Bu iki temel grup dışında kalan yirmi iki eser ise *diğer* olarak kategorize edilmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. İncelenen eserlerin kategorileri

Kategori	N (%)
Çare bulamayan/tedavi edemeyen	89 (%46.84)
Çare bulması/tedavi etmesi beklenen	79 (%41.58)
Diğer	22 (%11.58)
Toplam	190

Doktor, hastalıkları tedavi eden kişi olarak bilindiği halde bazı eserlerde zıtlık kullanılarak anlatımda ifadeyi güçlendirmek için tedaviye faydası olmayan veya dertlere çare bulamayan bir rolde gösterilmektedir (**Tablo 3**). Çare bulamama genellikle hastalığın, derdin büyüklüğünü veya hastanın derdinden memnun olduğu için tedavi olmak istemeyişini ifade etmektedir. Bazı eserlerde ise aşkın/sevdanın bir hastalık olarak tasvir edildiği ve hekimin bu hastalığa çare bulamayacağı yönünde ifadeler yer almaktadır.

Tablo 3. Çare bulamayan/tedavi edemeyen kategorisi içerisinde değerlendirilen ifadeler

P2	Çifte doktor başucumda dolaşır, Karalı kağıdım yare ulaşır
P3	Ne tabipler sarar ne carrah bağlar
P6	Doktor Rapor Vermiyor/Sevdalıktan Öleni
P7	Yüreğimden vurdular beni tabip ne yapsın?
P8	Lokman hekim gelse yarem iy'olmaz/Sevdiceğim sarsın yarelerimi
P9	Doktor ilaç vermiyor/Sevda hastalarına
P10	Ana doktor getirme/Ben sevda hastasıyam
P11	El çek tabip el çek benim yaramdan, ölürüm gurtulmam ben bu yaramdan

- P12 Çok doktorlar gezdim yokmuş çaresi
P15 Doktor tabipte bulunmaz dermanım
P16 Hekim bakmaz iyolmeyercek yaraya
P17 Yarem çoktur ellemeyesin/Tabipleri yollamayasın
P18 Bene doktoru getirmeyin Hatice'm/Ben sevda hastasıyım
P23 Ben miyim dünyada bir bahtı kara/Tabipler derdime bulmadı çare vay çare
P24 Başka tabipler istemem, beni derde salan gelsin
P25 Çaresiz derdimin sebebi belli, dermanı yaramda arama doktor.
P26 Benim yaram inan yarın yarası, kurban olam doktor değme yarama, yüzüme sürdüler küfe karası, kurban olam doktor değme yarama
P28 Vefasız dostlardan geldi bu yara/Doktor merhemine lüzum kalmadı
P29 Yüz bin tabip olsa bulunmaz çare/Yaramın lokmanı amman ha amman
P34 İçimde gönül yarası, çaresi yok mümkün değil. Boş ver be doktor! Verdiğiniz karar belli, tabip neşter arar belli.
P35 Yaralara merhem saran tabibi/Sarmadı sultanım bilmem ne haldir?
P36 Tabip sen elleme benim yaramı, beni bu dertlere salanı getir.
P37 Tabip yaramı elleme/Yaramın vakti geçti
P38 Gördü yaram sağalmaz/Tabip el yudu benden
P41 Doktorlarda ne bilir/Ciğerun acisini
P46 Değme doktor değme sakın/ Başka hastalara bakın/ Ömür bitti ecel yakın/ Yar yanımda olmayınca
P47 Lokman hekim gelse sarmaz yarayı
P48 Değme tabip değme yaram çok derin
P49 Hangi avcı vurdu beni, akitti sinemden kanı. Hiçbir doktor sarmaz bunu, yaralarım yaralarım
P52 Tabip sen sakla ilacı/Merhem sevmez yaram benim
P54 Derdimi söyleme doktor/Çarem yoktur biliyorum
P55 Açma tabip açma yarem sızılır/Bendeki yaralar türlü türüdür
P56 Tabip yaramı azdırdı/Tatlı canımdan bezdirdi/Beni bir yarın sevdası/Diyar be diyar gezdirdi
P57 Ya kalbimi doktor ya kalbimi değiştirebildin mi? O yarı bana bana unutturabildin mi?
P58 Aşkır yarı hasta eden oy oy, boşa gelmiş sana doktor vay vay.
P63 Yaptığın bütün telkinler/Önerdiğin bütün terapiler/Senin ihtiyacın var buna/Haydi ordan doktor amca
P71 Doktor ne için nabzımı ele aldın, teşhis olunur mu gönülün yâresi böyle?
P77 Durnamın ganesi akdır (yar aman aman)/Arasam menendi yoktur (durnalar yar aman)/Ört anam girmesin doktor (yar aman aman)
P78 Tabipler her derde derman bulmuşlar/Bir aşka bir çare bulan olmamış
P79 Sen nasıl doktorsun merhemim yoktur/Ne merhem tutmaz yarelerim var benim
P80 El çek tabip sinem üstünden, sen benim derdimi bile bilmezsin.
P81 El vurma doktor yarama, sen bir çare bulamazsın.
P82 El vurup yâremi incitme tabip, bilmem sıhhat bulmaz hicraneler var
P84 Silinmez bahtım karası/Benim yaram aşk yarası/Sizde bulunmaz çaresi/Arama doktor arama
P86 Emeğin boş yere doktor onarılmaz bu yara
P88 Gittim tabip yanına/Tabip benden yareli
P89 Yar yüreğim paramparça, ey edecek doktor mu var?
P91 Derde derman olmaz tabip/El katmazsa yüce Habip
P92 Yaralarım Sızılıyor/Doktor Benim Neyime
P95 Dost selamın vermez oldu/Tabip yaram sarmaz oldu
P97 Gel tabip sorma derdimi/Benim derdim dermansızdır
P99 Aman doktor, gelme doktor, canım doktor, gelme doktor. Derdime çare yoktur, bu derde çare yoktur.
P102 Ben bu dertten ölü isem/Kızlar kazsın mezarımı/Doktor gelse tabip gelse/Çare bulunmaz derdime
P107 Hangi tabip buna çare bulacak/Çaresiz dertlere düşürdün beni
P108 Tabipler derman vermez/Bir bahtı karalıyım
P110 Valla doktorlar bana dedi/Dön artık çaren yoktur
P112 Zannediyor ki çok birikmiş param var/Doktor diyor hiç üzülme düşünme
P113 Hasta yüreğime el vurma doktor. Eriyip eriyip gidiyor işte, lokman bile olsan devası yoktur.
P115 Hastane önünde incir ağacı annem ağacı, doktor bulamadı bana ilacı annem ilacı.
P124 Hasta can veriyor doktor ne yapısın?
P125 Kalbime koy başını doktor, nabzımı bırak. Bir an yaşa ruhumda, gör çaresi ne uzak.
P126 Açma tabip yarelerim azgındır/Yarem merhem tutmaz bilmem kaç gündür
P130 Lokman hekim gelse yaram azdırır/Yaramı sarmaya yar kendi gelsin
P131 Han sarhoş hancı sarhoş, yolda yabancı sarhoş, El çek tabip kalbimden, içimdeki sancı sarhoş
P132 Hekim doktor istemem/Sevdiğimi getirin
P133 Kaşların kara kara, açtı bağrıma yara, aşka tabip istemem, sensin derdime çare
P136 Ol Tabipten Derman Gelmez
P138 Hekim bize ne yapısın/Halime'm yangınımız yürekte
P139 Ak üzüm asmasıyım/Nazilli basmasıyım/Ana doktor istemem/Ben güzel hastasıyım
P140 Gelme doktor sen yaramın üstüne, gelsin bana bu yarayı açan yâr
P147 Çok tabip elledi içli yarayı/Dediler çare yok halim kalmadı
P150 Bu tükenmez derdimi/Tabipler de bilmedi
P151 Doktorlar derdime çare bulmadı/Attarlar bu derde derman olmadı vay beni beni
P154 Doktor bilmez tekke bilir/Aman köyüm yiğit köyüm
P156 Sinemde gizli yaramı kimse bilmiyor/Hiçbir tabip yarama merhem olmuyor
P163 Doktoru, lokmanı yok, ilacı yok/Görünmez göz ile hiçbir izi yok
P166 Aman tabip canım tabip oy tabip, sarmazsın bu yarayı cay tabip
P171 Buna tabip neylesin, yandım aman aman.
P172 Lokman hekim gibi tabip getirdim (oy anam)/Yine bulamadım derdime çare
P175 Lokman Hekim gelse yarem azdırır/Ancak bu derdime çare gözlerin

- P179 Varsam dertlerimi desem lokmana/Derdime bir çare bulur mu bilmem/Dediler ki derdini söyle bilene/Tabipler bir çare bulur mu bilmem
P182 İki Hekim Geldi Üstüme/Biri Dilli Birisi Lal/Dilliyi Cevap Veremedim/Bilmem Ki Lala Ne Deyim
P183 Tabip Getsin Yâr Gelsin
P184 Tabip yarama değme/Bende her yaradan var
P186 Doktor derman bulamaz da/Gönül (Sevda) yaralarına
P187 Bilmezler ki kaç hekime söyledim/Daldım ummanlara aktım gidiyorum
P188 Bana da doktor getirmen/Ben sevda hastasıyım
P189 Lokman hekim gibi cerrah getirdim (yâr yâr yâr)/Şu benim derdimi (aman) bilen olmadı
P190 El çek tabip el çek yaram üstünden/Sen benim derdime deva bilmezsin

Doktor, kendisi hakkında beklentiye girilen, dertlerin son bulmasını sağlayacak bir umut kaynağıdır. Dertli olmanın, devaya muhtaç olmanın yansıması olarak doktorun çare bulması ve hastanın yüzünü güldürecek olması ifade edilmektedir (**Tablo 4**).

Tablo 4: Çare Bulması/Tedavi Etmesi Beklenen kategorisi içerisinde değerlendirilen ifadeler

- P1 Berçenek'ten yaya geldim/Aman doktor bak bebeğe/Beşiğini elden aldım/Amman doktor bak bebeğe
P5 Var mı derdime tabip/.../ Yok mu derdime tabip
P13 Hastalandım bana doktor bakıyor
P14 Ben ol tabibe dermana geldim
P19 Söyle doktor söyle ölecek miyim?/Ölmeden yârimi görecek miyim? *
P20 Doktor, tabip getir yarama bak.
P21 Tabip gitti gelmedi/Aklım garada kaldı
P27 Vardım bir tabibe melhemi süre/Sürmedi sultanım bilmem ne haldir
P30 Beni doktor etseler/Gurbet hastalarına
P32 Doktor doktor yardım et!/Bu yalnızlık neye işaret?
P39 Yok mu tabip yaram sara
P40 Mutsuzum çok hastayım, güldür beni doktor
P42 Doktor geldi yaralarım bağıyor
P43 Benim derdim pek çokmuş amman/Doktor gelsin iraktan amman
P45 Eğer tabip isen (hey hey) derdim bil şimdi
P50 Yarana melhemi gel elinle sar/Her gördüğün tabip sanma
P51 Sol yanımda yarem var güzel/Tabibe gönder beni
P53 Bir Tabip Buldum Ki Derman Eylesin/Buldum ki Tabibi Benden Dertlidir
P59 Amman doktor canım doktor/Bul derdime bir çare
P60 Doktor derdime bul bir çare/Ona doyamıyorum yaz bir reçete
P61 Çabuk ol çare bul/Ölüyorum aşktan doktor
P64 Aman doktor canım gülüm doktor derdime bir çare/Çaresiz dertlere düştüm doktor bana bir çare **
P66 Yeyom doyamem doktor bey/Halim yaman doktor bey
P70 Hastanın halından bilen/Doktor Mehmet Ali Altın
P72 Hastalığım nedir doktor?/Uzmanı Kim İse Baktır
P73 Kim bilir hangi kırılma noktasında bir suçlu tamir ediyorum/Yürü doktora git, doktora git/Boşalt şu çöp sepetini diyorum
P76 Bir tabip olup da gel sar yaramı
P83 Bahçende gülün bitmesin/Dalında bülbül ötmesin/Doktor (tabip) kapından gitmesin/Sen de olası (da) benim gibi
P85 Kurtulamam hastalık selinden/Yandım doktor (tabip) yandım senin elinden
P87 Dostum Lokman Hekim Olsa/Baksa Dillere Dillere
P94 Gel güzelim hallarımız danışak/Benim meylim sende var nolur nolur/Şu hasta gönlüme şifalar eyle/Derdimin tabibi yar nolur nolur
P96 Gel tabip sar bu yarayı
P98 Yahşi tabip gerek yarayı deşek
P100 Yaktı beni dom dom kurşun yarası, aman doktor nedir bunun çaresi
P101 Eşref'in yarasını doktor sarıyor
P103 Tabip Olmayana Yaran Sardırma
P105 Lokman Hekim İlacında/.../Varlığını Hissederim
P106 Herkes Kenara Çekilir Yetişir Doktor
P109 Madem tabip değildin/Niçin baktın yarama
P111 Yeni reçeteme seni yazmadı doktor/Kullanma diyor onu bir daha asla
P116 Hastahane önünde salkım söğütler aman aman/Anam ağlar doktor verir öğütler
P117 Eyvah Doktor eyvah eyvahlar olsun/Ben dünyama doymadım sana malum olsun
P118 Hastaniye vardım doktor yanına/Doktor bileyni aldı eline/Dedi sen düşmüşün verem derdine
P119 Gel tabip yarayı sar garip garip
P120 Hekimbaşı hekimbaşı yok mu bunun çaresi/Yedi yerden seda veriyor hançerinin yaresi
P121 Mutsuzum çok hastayım güldür beni doktor/Çıkmaz bir sokaktayım gel bul beni doktor
P122 Hey ağalar ben vuruldum yürekte/Benim için tabip gelsin Hüvek'ten
P127 Oy tabip şu yarayı/Sar sarabilirsen
P128 Yaram derine düştü/Belki gelen hekimdir
P129 Aman doktor canım doktor/Anam yoktur babam yoktur/Ver künyemi gidem doktor
P134 Yüreğimde vardır aşk ile yara/Varayım tabibe bulayım çare
P135 Hekim gelsin firekten/Fındık Memet vurulmuş
P137 Bir tabip getirin yaremi açın
P142 Tabip getir, imdada koş
P143 Doktor yarayı kesiyor/Gene merik kan kusuyor
P144 Kilis'e Haber Saldım/Hekim Gelecek Diye

- P145 Yok mu tabip semtinizde merhem ede yaraya
P146 Bir sen misin âlemde tabip illet-i âşka/Teşhis-i dile başka etibba mı bulunmaz
P148 İsterem hekimler bu şen heyatta/Elminiz o geder aşib daşaydı
P149 Amman Doktor Canım Kuzum Doktor/Derdime Bir Çare/Çaresiz Dertlere Düşüm/Doktor Bana Bir Çare **
P153 Dünya tabip olsa derdime çare/Derdimin dermanı (anam) lokmana kalsın
P155 Nedir bu telaşın nedir kederin/Tabip bulamadın onun için mi/Derdin mi çok için için ağlarsın cananım/Tabip bulamadın onun için mi?
P157 Üreğimde yâre var/Tabibe gönder beni
P158 Oy benum sevduceğüm/Olur mı böyle keder/Of Sürmene yaylası/On beş doktora bedel
P159 Oynatmaya az kaldı doktorum nerde?
P162 Benim derdim dert değil/Hekim gelsin Frenk'ten
P164 Doktor gelmiş yaralarım sarmaya
P165 Doktor yok ki aman efem/Yarelerim sarılsın
P168 Hastayım yatmışım hastahaneye/Tabipler ne demiş tanıma benim
P169 Kalbim yaralı benim/Bahtım karalı benim/Nasıl oldu bilmedim/Görmez oldu gözlerim/Söyle bana doktor
P170 Söyle doktor söyle ölecek miyim/Ölmeden sılayı görecek miyim? *
P173 Tabipler el çekti yaram üstünden/Kime gidip anlatayım derdimden
P174 Doktor gelmiş sarıyor (da)/Sade kurşun yaresi
P176 Söyle doktor (beyim de) söyle ben ölür müyüm/Ölmeden sılamı bir görür müyüm
P177 Çifte Doktor Getir Yaremi Bağla
P178 Yükümüzün Biri Kefin/İçimizde Yoktur Hekim
P180 Doktor her gün gelir gider/Bunu herkes merak eder
P181 Hastane önünde çınar ağacı/Dökülmüş yaprağı kalmış ağacı/Doktor sende yok mudur Feride'nin ilacı
P185 Kelkit doktorları yaramı bağlar

* Farklı iki eser içerisinde (P19 ve P170) aynı ifadeler yer almaktadır, ** Aynı eserin farklı versiyonları (P64ve P149)

İncelenen eserlerin bazılarında, doktor bedensel ya da ruhsal hastalıkların teşhis ve tedavisini yapan kişi olarak ifade edilirken (**Tablo 3-4**), bazılarında ise doktorun tedavi etme beklentisi dışında farklı şekillerde anıldığı görülmektedir (**Tablo 5**). Bu iki ana kategorinin dışında kalan 22 eser tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Diğer kategorisi içerisinde değerlendirilen ifadeler

- P4 Çekmecem çekildi mi/Kefenim dikildi mi/Örtme doktor yaremi/Kareler seçildi mi
P22 Aman doktor aman bu ne iş idi/Öyle bir kar yağdı elim üşüdü
P31 Doktorlar geliyor eli şişeli/Üç gün oldu ben bu aşka düşeli
P33 Nasıl Kıydın Mefharet Hanım Kendi Kendine/Çifte Doktor Gümüş Bıçağıyla Doğradılar Tenini
P44 Tabip yaram deşme çok
P62 Öyle büyük ki inan doktor içimdeki boşluğum/Ne koyarsam koyayım hiç dolmuyor/Doktor doktor insanlar hiç bilmiyor
P65 Amman doktor ben garibim
P67 Doktor imanım doktor doktor civanım/Ah neler istiyor canın/Ne istersen alayım yar senin olayım
P68 Doktor Erol Bey ben aşık oldum/Doktor Erol Bey doktor Erol Bey/Doktor Erol Bey ben seni buldum
P69 İmranlı'nın yiğidi vay/Doktor doktor İsmail
P74 Kayık gitti gelmedi da Eleni ne yapacak/Doktorun arkasından da ağıt mı yakacak
P75 Doktor Hasta Ben Hasta
P90 Ben ağlarım doktor ağlar, dert ağlar/Harap oldum yarı gördüğüm çağlar
P93 Efendim Gül Yüzlüm Tabibim
P104 Güler üzlü hekim kız/Ey gözleri benövşe/Gapımızdan geçende/Sarsılıram hemişe
P114 Doktor değilim ama hastam çok
P123 Ben Öürsem Kimler Gider Hekime
P141 Lokman hekim senden destur alırdı/Çiçek de gizlenmiş dermanı dağlar
P152 Beni ne doktorlar ne mühendisler, istedi gülüm ama gönül aşk ister
P160 Doktora gittim bugün çok hastaymışım/.../Sabah yanaktan öğlen gıdıkdan akşam dudaktan öp dedi doktor
P161 Ciğerimde duman varmış/Öyle dedi doktorlar
P167 Aynalar yüzüme küstü/Yaradan özüme küstü/Tabipler gözüme küstü/Kör diye kör diye

Tartışma

Sözlü müzik eserleri içerisinde yer verilen ifadeler, eserin yaratıcısının bireysel düşünceleri dışında içinde bulunduğu toplumun düşünce sistemini de yansıtabilmektedir.¹⁰ Eğrilmez, tıp fakültelerinde hekim yetiştirilmesine rağmen ölümsüz sözler üretilmesinin mümkün olamayacağını belirtmiş, halk ozanlarının ifadelerinin ise müzik eserleri aracılığıyla toplumda farkındalık yaratabileceğini ve ölümsüzleşebileceklerini dile getirmiştir.¹¹ Eğrilmez, müzik eserlerinin halkın bakış açısını yansıttığını ve hekimin, hastalardan geri bildirim almak için halk ozanları tarafından oluşturulan eserleri dinlemesi gerektiğini “*stetoskopu bağlamaya dayayıp dinlemek*” sözleri ile ifade etmiştir.¹¹ Türk toplumundaki *Doktor* algısının anlaşılabilirliği için, içerisinde Doktor/Tabip/Hekim kelimelerinin yer aldığı 190 türkü ve şarkının betimsel olarak incelendiği bu çalışmada doktorların müzik eserleri içerisinde sıklıkla çare bulamayan/tedavi edemeyen (%46.84) ve

çare bulması/tedavi etmesi beklenen (%41.58) kişiler olarak ifade edildiği dikkat çekmektedir. Bununla birlikte incelenen eserlerin içerisindeki sözler dikkate alındığında doktorun tedavi etmekte yetersiz kaldığı durumların genellikle gönül yarası, aşk acısı gibi durumlar olduğu görülmektedir.

Eserlerin bir kısmında, doktorun bir yandan kişinin ruhsal olarak en ızdıraplı zamanlarında çare bulması için başvurulan kişi konumunda olduğunu, diğer yandan ise beklenen çareyi bulmakta sıklıkla yetersiz kalacağı inancının mevcut olduğu görülmektedir. Bu inancın altında yatan sebepler açısından bu eserler dikkatli bir şekilde incelendiğinde, doktorun yalnızca bedensel hastalıkların tedavisinde etkili olabileceği, gönül yarası nedeniyle yaşanan ruhsal sıkıntıların çaresinin ise yalnızca aşkın muhatabı olan sevgilide bulunduğu düşüncesi karşımıza çıkmaktadır. “*Tabip neşter arar belli/içimde gönül yarası/yaram açık kanar belli, Kalbime koy başını doktor/nabzımı bırak*”, “*Çaresiz derdimin sebebi belli/dermanı yaramda arama doktor*” ve “*Doktor ne için nabzımı ele aldın/teşhis olunur mu gönülün yâresi böyle*” gibi sözlerden, doktorun yalnızca bedensel belirtilerle ilgilendiği ve hem muayene hem de tedavide yalnızca bedene odaklandığı görüşünün hâkim olduğu anlaşılmaktadır. Bu görüşün toplumun ruhsal sıkıntılar, ruh sağlığı hastalıkları uzmanı (psikiyatri doktoru) ve ruhsal hastalıkların sağaltımı konusunda eksik veya yanlış bilgiye sahip olmasından kaynaklanıyor olabileceği de düşünülebilir. Taşkın, bireylerin, psikiyatristin çalışma alanını “*anlaşılmaz*” olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir.¹² Ayrıca, ruhsal sıkıntılara sahip hastaların pek çoğunun bir psikiyatriste gitmeden önce organik hastalıklarla ilgilenen diğer branş hekimlerine görüldüğü de bildirilmiştir.¹² Bu çalışmanın sonuçlarına benzer yansımalar müzik eserlerinin sözlerinde de görülebilmektedir. Bu eserlerde aşk acısı nedeniyle ruhsal sıkıntı yaşayan kişilerin muhtemelen psikiyatrist dışında hekimlere başvurduğu, hekim tarafından genel fiziksel muayenesinin yapıldığını ancak bu tedavinin faydalı olamadığı düşüncesinin yaygın olduğu görülmektedir.

Literatürde, halkın psikiyatrist ve psikolog ayrımını yaparken zorlandığı ve psikiyatristlerin sağaltım teknikleri hakkında eksik bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir.¹³ İncelenen eserlerde, bu bulguyla uyumlu olarak doktorun çare bulması ve tedavi etmesi beklenen kişi olarak yer aldığı şarkı kategorisine bakıldığında doktordan yaşanan ruhsal ızdırap için çoğunlukla ilaç talep edildiğini görmekteyiz. Psikolog-Psikiyatrist ayrımı konusundaki yanlış bilgi birikiminin sonucu olarak, hekimlerin yalnızca ilaçla tedavi yöntemini kullandıkları algısı incelenen eserlerde karşımıza çıkmaktadır.

Diğer olarak kategorize edilen parçalarda ise genellikle doktordan herhangi bir tedavi beklenmediği, yalnızca sorunların paylaşıldığı görülmektedir. *Beline Bağlamış Hançeri Paslı* isimli eser içerisinde yer alan “*Aman doktor aman bu ne iş idi/Öyle bir kar yağdı elim üşüdü*” sözleri buna örnek olarak verilebilir. Hekimin tedavi edici etkisi göz ardı edildiği için bu eserlerde hekim yalnızca dertleşilen bir kişi olarak yer almaktadır. Bazı eserlerde ise doktor sevilen, kendisine ilgi duyulan kişi veya sevgili olarak ifade edilmiştir. *Doktor Civanım*, *Doktorun Seferi* ve *Doktor Erol Bey* gibi eserler buna örnek olarak gösterilebilir. Bunun yanı sıra doktor olmanın yüksek sosyoekonomik seviyenin göstergesi olduğu, bu nedenle aşk ve sevgi olmasa dahi mantık evliliği yapmak için ideal bir meslek grubunu temsil ettiği düşüncesine de rastlanabilmektedir. *Ne Doktorlar Ne Mühendisler* isimli eserde yer alan “*Beni ne doktorlar ne mühendisler istedi gülüm ama gönül aşk ister*” sözleri bu düşüncüyü yansıtmaktadır.

Öte yandan *Gel Gönül Gidelim Aşk Ellerine* isimli eserde yer alan “*Efendim Gül Yüzlüm Tabibim*” sözleri ile değer verilen kişinin tabibe benzetildiği görülmektedir. Benzer şekilde *Lokman Hekim Senden Destur Alırdı* isimli eserde ise değerli olduğu düşünülen nesnenin hekim kavramı ile kıyaslandığı görülmektedir. Bu iki eserde de hekim kavramının kıymetli olduğu düşüncesi hakimdir.

İncelenen eserlerde bir diğer dikkat çeken durum ise kimi zaman doktorun belli bir durum için tanık gösterilmesi veya istenen amaca ulaşmak için bir araç olarak kullanılmasıdır. Nitekim *Öp Dedi Doktor* isimli

eser içerisinde yer alan “Doktora gittim bugün, çok hastaymışım/Derdimin dermanı yalnız sendeymiş/Sakin ihmal etme öp dedi doktor” ifadesi ile Öyle Dedi Doktorlar isimli eser içerisinde yer alan “Eğer durum çaresizse/Konuşun gündüz gece/Rahatlarsınız böylece/Dedi doktorlar” ve “Aşk yarası/Tedavisi yokmuş henüz/Zamandır tek ilacı/Dedi doktorlar” ifadeleri bu duruma örnek olarak verilebilir. Öte yandan, aynı durumla günlük pratikte de zaman zaman karşılaşmaktadır. Başta psikiyatri olmak üzere birçok alanda eşi, çocuğu veya anne-babasından istediği davranışı elde edebilmek için hekimini yönlendirmeye çalışan veya açıkça hekiminden bu konuda talepte bulunan hastalarla karşılaşabilmektedir.

Sonuç

Müzik eserlerinde en ızdıraplı zamanlarda başvuru ve çare/derman aranan kişinin hekim olduğu görülmekle birlikte özellikle aşk/sevda nedeniyle yaşanan ve ızdırap veren duygularda doktorun fayda sağlayamayacağı düşüncesi yaygındır. Kimi zaman hekim bir durumun doğruluğuna şahit olarak gösteren bu tür eserler, hekimin bilge ve sözüne güvenilir bir kimliği yansıttığını düşündürmektedir. Bu vurgunun amacı, sevda yarasının, hekimlerin dahi derman olamayacağı kadar büyük bir yara olduğuna dair çarpıcı bir tıbbi referans göstermek, sevgiliye “beni dermansız dertlere düşürdün, dermanı ancak ve ancak sen olabilirsin” mesajı göndermektir.⁹ Bunun yanı sıra hekimliğin yüksek sosyoekonomik ve kültürel düzeyin bir göstergesi olduğu, bu nedenle hayranlık duyulan insanlar olabildikleri de göze çarpmaktadır. Ölüm ve yaşam arasındaki ince çizginin ne zaman hastalık ne zaman kadere bağlı ölüm nedeniyle aşıldığını da türkülerdeki ince nüansları değerlendirerek ele almak gerekir.⁹

Müzik eserlerinin ve içerisinde yer alan sözlerin toplumun kolektif bilincini yansıttığı dikkate alınacak olursa, hekimlere ve hekimliğe türkülerdeki bakışın, anlık sağlık politikaları ve sosyal medyanın saman alevi gibi hareketlilik gösteren geçici bakış açılarından farklı olarak, halk kültürü havuzunun, zaman süzgecinde damıtılmış ve insan ömründen uzun ömürlü özütü olarak algılanması yerinde olacaktır.

Kısıtlılıklar

TRT Tarihi Türk Müziği Arşivi (<http://www.trtkulliyat.com/>) web sayfasının bakımda olması nedeni ile bu site içerisinde yer alan eserlerin incelenememesi bu çalışmanın kısıtlılığdır.

Bilgi

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışmaya görüşleriyle katkı sağlayan hakemlere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;33(2):91-6.
2. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisi kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;33(1):45-50.
3. Es M. Kentlilik bilinci ve yerel siyaset. In: Şentürk H, editor. Yerel Siyaset. İstanbul: Okutan Yayınları; 2008. p. 91-114.
4. Çiftçi E. Popüler kültür, popüler müzik ve müzik eğitimi. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010;12(2):149-61.
5. Göher FM. Müziğin toplumsal işlevi: müzik, siyaset, din ve ekonomi. Müzik Kültürü ve Eğitimi 2007;2:301-14.
6. Akın B. Kültürel bellek ve müzik. EJMD 2018;13:101-17.
7. Batı U. Hedef kitle davranışını etkileyen bir unsur olarak reklamlarda müzik kullanımı konusundaki yazının incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(2):768-808.
8. İmik Tanyıldızı N. Siyasal İletişimde Müzik Kullanımı: 2011 genel seçim şarkılarının seçmene etkisi. Selçuk İletişim 2012;7(2):97-110.
9. Eğrilmez S, Turhan S, Güzelgöz O. Türkülerdeki Hekimlik ve Sağlıkla İlgili Türküler Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 787; 2010.
10. Dönmez İH, Taşmurat T, Özcan M. Türkülerde hekim ve hekimliğin temsili. III Uluslararası Sağlık İletişimi Sempozyumu. 2017:105-18.
11. Türkülerde Hekimlik - Buluşma Noktası - TRT Belgesel. [Internet]. <https://www.youtube.com/watch?v=ta1o-153IAg&t=8s>. [17/03/2020].

12. Taşkın EO. Türkiye’de psikiyatri ve psikiyatristlere yönelik tutumlar. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama 1. Baskı, Taşkın EO. Editör. İzmir, Meta Basım Matbaacılık; 2007:302-18.
13. Savaş HA, ve ark. Türkiye’nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinde bir kesit. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:140-9.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Karşı Tutumları*

The Attitudes of Intensive Care Nurses Towards Euthanasia, Death and Terminal Patients

Rana Canⁱ, Hatice Tambağⁱⁱ, Melike Öztürkⁱⁱⁱ, Metin Kaykunoğlu^{iv}, Rabiye Erenoğlu^v, Fatma Gümüšoğlu^{vi}

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

ⁱⁱDoç Dr., Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-0812-2489>

ⁱⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0001-9452-4873>

^{iv}Bilim Uzmanı, Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım, <https://orcid.org/0000-0003-3770-9198>

^vDr. Öğr. Üyesi, Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-3649-9336>

^{vi}Bilim Uzmanı, Hatay Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz-Çocuk Cerrahi Kliniği, <https://orcid.org/0000-0001-8071-8845>

ÖZ

Giriş: Hemşireler hastane ortamında yaşanan ölümlere en yakın tanıklık eden sağlık profesyonellerindendir. Özellikle yoğun bakım hemşireleri bu durumla daha çok karşı karşıya kalmaktadırlar.

Amaç: Bu çalışmanın amacı da üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşirelerin ötanazi, ölüm, ölümcül hastaya yaklaşım konusundaki tutumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın veri toplama formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda 16 soruluk kişisel bilgi formu; ikinci kısımda Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ) kullanılmıştır. Veriler Haziran –Aralık 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma evreni 367 yoğun bakım hemşiresinden oluşmakta olup araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılan 243 hemşireyle çalışma yürütülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, Independent Sample t Test, One-Way Anova testi, Tukey testi kullanılmıştır. Araştırma için Mustafa Kemal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan izin alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 26,71, çalışma yılı ortalaması 5,84'dir. ÖTÖ puan ortalaması 85,07'dir. Ölçeğin üç alt boyutundaki puan ortalamaları ise ötanaziye ilişkin tutum alt boyutu için 36,09; ölüme ilişkin tutum alt boyutu 25,57; ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutu 23,40'dır.

Sonuç: Katılımcıların ölüm, ölümcül hasta ve ötanaziye yaklaşımlarının genel olarak olumsuz olduğunu göstermektedir. Katılımcıların ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının ölçeğin diğer alt gruplarına göre daha olumlu olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelime: Ötanazi, Ölüm, Yoğun bakım hemşiresi

ABSTRACT

Introduction: Nurses, being health professionals, are the closest witnesses of deaths occurring at hospital environment. Especially the intensive care unit nurses encounter this situation more than other health care workers.

Objective: Aims to study, to investigate the attitudes of intensive care nurses at two different university hospitals towards euthanasia, death and terminal patients.

Methods: The data collection form be formed 16 item personal information form and the Attitude Scale About Euthanasia, Death and Dying Patient (ASBEDDP). The data were collected between June -December 2015. The study's universe is composed of 367 nurses, 243 attainable intensive care unit nurses who accepted to attend the study has been included in the sample of the research. For data evaluation were used for, frequency distribution, Independent Sample t Test, One-Way Anova test and Tukey test. Ethics committee approval was received from Mustafa Kemal University Clinical Research Ethics Committee.

Results: The age average of participants was determined as 26,71 and average nurses working year was found to be 5.84 years. The average point for the Attitude Scale About Euthanasia, Death and Dying Patient was found as 85.07 points. The sub field scores were found as 36.09 for attitude towards euthanasia, 25.57 for attitude towards death and 23.40 for attitude towards terminal patient.

Conclusion: It was found that participants have a negative attitude towards death, dying patient and euthanasia in general. The attitude of participants towards dying patient was found to be more positive by comparison with other sub-fields of the scale.

Keywords: Euthanasia, Death, Intensive care nurse

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 190-200

DOI: 10.31020/mutfd.693100

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 25 Şubat 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 01 Nisan 2020

İletişim - Correspondence Author: Rana Can <ranacan@akdeniz.edu.tr>

Giriş ve Genel Bilgiler

Ölüme dair konular tüm çağlarda insanları etkilemiş ve üzerinde konuşulmaya değer bir konu olmuştur. Hayatın bitişini ifade eden, yaşamı sınırlayan bir kavram olan ölüm, yaşam döngüsünün bir parçası olup var olmayı tehdit eder, mecburidir ve hayatı sınırlar.¹ Ölümün kendisi kadar nerede ve ne şekilde gerçekleştiği; ona yüklediğimiz anlam ve ona karşı olan tutumumuz, ölüm ve ölüm hakkında söz söylememize yaşamımızı biçimlendirmemize yol açmaktadır.

Günümüzde ölümcül hastalığı olanlar hastaneye kaldırılmakta ve ölümlerin büyük bir kısmı hastanelerde gerçekleşmektedir.² Hemşireler hastane ortamında yaşanan ölümlere en yakın tanıklık eden sağlık profesyonellerindendi.¹ Özellikle yoğun bakım hemşireleri bu durumla daha çok karşı karşıya kalmaktadırlar. Yoğun bakımlarda görev yapan hemşireler yaşamın sonunda olan hastalara bakım vermede önemli role sahip olup ölümü yaklaşan hastaların bakımı hemşirelik mesleğinin en zor, en yıpratıcı yönlerinden biri olarak değerlendirilebilir.^{1,3} Yoğun bakımda çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda yoğun bakımda ölmek üzere olan hastalara karşı hemşirenin temel rollerinin konfor sağlamak, bakım vermek ve iyi bir dinleyici olmak olduğuna vurgu yapılmıştır.^{3,4}

Çoğunlukla terminal dönemde dayanılmaz ağrı ve acıya katlanma, bu nedenle yaşam kalitesinde düşme bazı hastaların bu kadar kötü bir hayatı yaşamak yerine ölmeyi tercih etmesine/dilemesine neden olabilmektedir.⁵ Bazı hastalar da kendi yaşamlarını bir an evvel hızlıca sonlandırmak için hekim ya da hemşireden yardım isteyebilmektedir. Terminal dönem; hayati fonksiyonların belirli bir zaman dilimi içinde sonlanmasının beklendiği süreç olarak tanımlanırken terminal dönem hastası yaşamın sonuna gelmiş ölmek üzere olan hasta anlamı taşımaktadır.¹ Terminal dönem, ölüm kaygısının daha fazla yaşandığı, hemşire ve hasta açısından olumlu ve olumsuz deneyimler kazandıran sıkıntılı bir süreçtir. Bu süreçte hemşirenin ölümüne ilişkin tutumu, bakımın kalitesini etkilemektedir. Kalitesiz bir yaşam sonu dönem, bazı hastaların kendi yaşamlarını kolayca ve çabuk sona erdirmek için hekim ya da hemşireden yardım isteyebilmesine neden olmaktadır. Bu noktada hemşirelerin yüzleşmesi gereken bir etik sorun kümesi olarak ötanazi karşımıza çıkmaktadır.⁶

Bilim ve teknolojideki gelişmelerin tıp alanına yansımalarından biri uzayan insan ömrü ve biyomedikal materyaller ve tıbbi cihazlarla yaşamı farklı ortamlarda sürdürme olanağıdır. Bu uzama bireyin yaşama ve ölme hakkının; yaşamı bu derece ızdırap verici koşullarda sürdürme isteğinin; onurlu ölme hakkının sorgulanmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda tıp etiği sorun kümelerinden ötanazi, gerek uygulanış yolu gerekse eylemin niteliği bağlamında farklı şekilde karşımıza çıkmaktadır.^{7,8} Ülkemizde ötanazi yasal olmamakla beraber tıp etiği tartışma konuları içinde varlığını sürdürmektedir. Hipokratik tıp anlayışından günümüze kadar hastanın ağrı ve acısının giderilmesi hekimin vazifesi olarak görülmüştür. Kişinin ağrı ve acısı olmaksızın ölümü kolaylaştırıcı süreç olarak ortaya çıkan ötanazi, huzur içinde en az düzeyde ağrı ile ölmesine işaret etmektedir.⁹ Pugno hekimin mesleğini icra ederken hasta yaşamını korumayı, acısını azaltmayı hedeflediğine vurgu yapmaktadır.¹⁰ Hasta için iyi olanı yapmada hekim karar verici durumda olmakta ve yaşamın sonu ile ilgili konularda hasta adına iyi kararı verirken zorluk çekmektedir.¹¹

Hekimin ve diğer sağlık profesyonellerinin hastasının yaşamını sonlandıracak eylemde bulunmaması vurgulanmıştır. Bu süreç hemşireler için de geçerlidir. Bakım ve tedavi hizmetini 24 saat sürdüren hemşireler hasta adına en iyi kararı verirken zaman zaman zorlanmakta, güç anlar yaşamaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik Ölüm ve ölümcül hasta ile ilgili durumlar tüm sağlık profesyonellerinin karşısında aciz kaldığı, karşılaşmak istemediği bir durumdur. Hemşireler, hastaya bütüncül yaklaşım felsefesi çerçevesinde hastanın ölümle ilgili düşünce ve duygularını da daha iyi değerlendiren ve anlayabilen profesyonellerdir.

Ölüm, ölümcül hasta, ötanazi kavramları ile iç içe çalışırken hemşirelerin bu konulara ilişkin görüşleri, davranışları, algıları ve mevcut tutumlarının belirlenmesi, bunların terminal dönem hasta bakımındaki etkilerinin ortaya konması, bu konularla ilgili sorularının cevabının bulunmaya çalışılması önem kazanmaktadır. Hemşirelerin öncelikle yaşamın son dönemine ilişkin kendi görüşlerinin olması ve bunun üzerine mesleki bilgi ve deneyimini katarak bakım vermesi söz konusudur. Bu çalışmanın da çıkış noktası yoğun bakımda hizmet veren sağlık profesyoneli hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötanazi hakkındaki tutumlarını belirlemektir.

Hemşirelerin terminal dönemdeki hastaya hizmet verirken yüzleşmeleri gereken kavramlardan biri ötanazidir. Akademik düzeyde yapılan sınırlı sayıda çalışma dışında ötanazi ile ilgili bağlantılı etkinlikler, çalışmalar sınırlıdır. Sağlık profesyonellerinin ötanazi hakkındaki düşüncelerinin yansıtılması bu konudaki bilimsel tartışmalara katacak, tıp etiği ile ilgili bu konu hakkında farkındalık artışına neden olacaktır. “Ölüme terk”, “acıma ile öldürme”, “onurlu ölüm”, “ölüm hakkı”, kimilerine göre ise “cinayet/adam öldürme” olarak yorumlanan ötanazi zaman zaman güncel olaylarla tartışma konuları arasında yer almaktadır. Ötanazi; tıbbın elinde bulundurduğu olanaklarla iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların yaşamlarının, içinde buldukları belli koşullarda ve biçimde sona erdirilmesi olarak tarif edilmektedir.^{12,13}

Ölümcül hasta ile bu kadar iç içe çalışırken hemşirelerin ölüm, ötanazi konularına ilişkin görüşleri ve mevcut tutumları önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı da ülkemizin güney ucunda yer alan biri diğerine göre görece daha yeni hizmet vermeye başlayan iki farklı üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşirelerin ötanazi, ölüm, ölümcül hastaya yaklaşım konusundaki tutumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 87 hemşire ve Çukurova Üniversitesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 280 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 243 yoğun bakım hemşiresi araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Çalışmada katılımcıların %66,21'ine ulaşılmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından katılımcılara bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formu dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir.

Veri toplama aracı iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular; ikinci kısımda ise “Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)” yer almaktadır.

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 16 soruluk kişisel bilgi formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olunan okul, çalışma yılı, çalıştığı birim, ölüm ve ötanazi ile ilgili tutumları belirlemeye yönelik soruları içermektedir.¹⁴⁻¹⁸

Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ) 1996 yılında Şenol ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir.¹⁹ Çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0.78 bulunmuştur. Dörtlü likert tipi ölçek, 31 maddeden oluşmakta ve tümüyle katılıyorum=1, kısmen katılıyorum=2, pek katılmıyorum=3, hiç katılmıyorum=4 şeklinde puan hesabı yapılmaktadır.^{1,19} Ölçekten en fazla 124, en az 31 puan alınmaktadır. Ölçeğin 3, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 24 ve 27 numaralı maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçek üç alt boyuttan oluşmakta; bu alt boyutlarda ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlar değerlendirilmektedir.^{1,19} Ölçeğin 1, 2, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 26, 29 numaralı maddeleri ötanazi; 4, 13, 15, 17, 20, 23, 25, 27, 30 numaralı maddeleri ölüm ve 3, 7, 8, 10, 11, 24, 28, 31 numaralı maddeleri ölümcül hastaya ilişkin tutumları belirlemeye yöneliktir.^{1,19} Ötanaziye ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 56, en az 14 puan; ölüme ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 36, en az 9 puan; ölümcül hastaya ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 32, en az 8 puan alınmaktadır.

Ölçekten alınan toplam puanın artması ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumun daha olumsuz olduğu biçiminde değerlendirilmektedir.^{1,19}

Araştırmanın etik kurul izni Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 06.05.2015 tarihli toplantı 23 karar no ile alınmıştır. Çalışma öncesinde çalışmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, Independent Sample t Test, One-Way Anova testi, Tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların sosyo - demografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 26,71, çalışma yılı ortalaması 5,84 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların yaklaşık %85'i kadın, %47.7'si evli, %69.5'i lisans mezunu, %71.6'sı B Üniversitesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Bireysel Özellikler	Sayı (n=243)	Yüzde
Hastane		
Çukurova Üniversitesi	174	71.6
Mustafa Kemal Üniversitesi	69	28.4
Cinsiyet		
Kadın	206	84.8
Erkek	37	15.2
Yaş (ort=27.61, SS=5.92)		
19-23	76	31.3
24-28	71	29.2
29-33	55	22.6
30 ve üst	41	16.9
Medeni Durum		
Evli	116	47.7
Bekar	127	52.3
Eğitimi		
Sağlık Meslek Lisesi	43	17.7
Önlisans	23	9.5
Lisans	169	69.5
Lisansüstü	8	3.3
Çalışma yılı (ort=5.84, SS=5.37)		
1-5	153	63.0
6-10	59	24.3
11-15	15	6.2
16 ve üst	16	6.5

Tablo 2'de hemşirelerin çalıştıkları birime göre bulgular yer almaktadır. Katılımcıların %32.5'i pediatri/yenidoğan yoğun bakımda, %14.0'ü dahiliye yoğun bakımda, %11.5'i cerrahi yoğun bakımda çalışmaktadır. Katılımcıların şu anki birimde çalışma yılı ortalaması 3,90 bulunmuştur. Şu an buldukları yoğun bakım biriminde %67,1'i 1-3 yıl, %18,5'i 4-6 yıl ve %14,4'ü 7 yıl ve üzeri çalışmaktadır. Katılımcıların yarısından fazlası (%56) yoğun bakımı eğitimi almamış olup; yoğun bakım eğitimi alanların oranı %44 olup bunların %55.14'ü yoğun bakım kursu %20,56'sı ÇİYAD (Çocuklarda İleri Yaşam Desteği) kursu, %17.75'i Yenidoğan+NRP (Yenidoğan Canlandırma Programı) kursu ve %6,55'i hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir.

Veri toplama formunda katılımcıların etik eğitimi alıp almamaları ile ilgili üç soru da katılımcıların %70.0'i eğitimleri sırasında etik eğitimi aldığını; bunların %85.9'u etik ile ilgili konuları okulda ders olarak aldıklarını; %7.05'i etik ile ilgili kurslara katıldığını; %7.05'i de etik ile ilgili kongrelere katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3'de katılımcıların ölüme tanıklık durumlarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Tablo 4'de katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. ÖTÖ puan ortalaması 85,07'dir. Bu puan yüksek olup katılımcıların ölüm, ölümcül hasta ve ötanaziye yaklaşımlarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin üç alt boyutundaki puan ortalamaları ise ötanaziye ilişkin tutum alt boyutu için 36,09; ölüme ilişkin tutum alt boyutu 25.57; ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutu 23.40'dır. Katılımcıların ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına Ait Bulgular

	Sayı (n=243)	Yüzde
Çalıştığı Yoğun Bakım		
Pediyatri/yenidoğan	79	32.5
Dahiliye	34	14.0
Genel cerrahi	28	11.5
Kardiyoloji	26	10.7
Beyin cerrahisi	24	9.9
Reanimasyon	23	9.5
Kardiyovasküler cerrahi	16	6.6
Nöroloji	13	5.3
Şu anki birimde çalışma yılı (ort=3.90, SS=4.24)		
1-3	163	67.1
4-6	45	18.5
7 ve üst	35	14.4
Yoğun bakım eğitimi aldınız mı?		
Evet	107	44.0
Hayır	136	56.0
Yoğun bakım eğitimi türü (n=107)		
YB (yoğun bakım) kursu	59	55.3
Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursu	22	20.5
Yenidoğan kursu+ Yenidoğan Canlandırma Programı	19	17.7
Hizmet içi eğitim	7	6.5

Tablo 3. Katılımcıların Ölümle İlgili Görüşleri

	Sayı (n=243)	Yüzde
Yakınına ölümcül hastalık tanısı konma deneyimi yaşama		
Evet	104	42.8
Hayır	139	57.2
Yakınının ölümüne hastanede tanık olma		
Evet	97	39.9
Hayır	146	60.1
Yakınının ölümüne evde tanık olma		
Evet	96	39.5
Hayır	147	60.5
Kendi ölümünü düşünme sıklığı		
Çok sık	54	22.2
Ara sıra	155	63.8
Çok seyrek/hiç	34	14.0
Aileye ölüm haberini verme işi size düşerse		
Normal karşılarım	59	24,3
Güçlük çekerim	150	61.7
Söylemem	34	14.0
Aileye ölüm haberini kim vermeli		
Doktor	168	69.1
Hemşire	10	4.2
Doktor-Hemşire birlikte	65	26.7

Tablo 4. Katılımcıların Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları

	x±SS	Ölçekten alınabilecek min - max değer	Ölçekten alınan min- max değer
Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği	85,07±9,75	31-124	51-108
Ötanaziye İlişkin Tutum Alt Boyutu	36,09± 7,72	14-56	14-52
Ölüme İlişkin Tutum Alt Boyutu	25.57± 2.78	9-36	18-33
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Alt Boyutu	23.40± 2.73	8-32	15-29

Tablo 5'de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre ÖTÖ puanları yer almaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

Tanıtıcı özellik	n= 243	Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması X±SS	Ötanaziye İlişkin Tutum Alt Boyutu Puan Ortalaması X±SS	Ölüme İlişkin Tutum Alt Boyutu Puan Ortalaması X±SS	Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Alt Boyutu Puan Ortalaması X±SS
Üniversite					
Çukurova Üniversitesi	174	85.79 ±9.91	36.50±7.62	25.64±2.75	23.64±2.73
Mustafa Kemal Üniversitesi	69	83.26±9.69	35.07±7.94	25.39±2.86	22.79±2.67
		t=1.837, p= 0,067	t=1.306, p=0,193	t=0.637, p=0.525	t=2.205, p=0,028
Yaş					
19-23	76	86.26 ±9.18	36.52±7.28	25.98±2.59	23.75±2.26
24-28	71	82.66±7,53	34.50±6.90	25.16±3.22	22.98±2.70
29-33	55	84.34±13.75	35.27±9.66	25.45±2.95	23.61±3.61
30 ve üst	41	88.04±6.43	39.17±6.07	25.65±1.86	23.21±2.13
		F=3.286, p=0,022	F=3.560, p=0,015	F=1.180, p=0,346	F=1.132, p=0,337
Çalışma yılı					
1-5	153	83.62±10.26	34.86±7.95	25.48±2.94	23.27±2.84
6-10	59	87.03±9.05	37.59±7.16	25.69±2.75	23.74±2.68
11-15	15	87.13±6.88	38.40±6.87	25.46±1.35	23.26±2.60
16 ve üst	16	89.81±6.45	40.18±5.62	26.05±2.35	23.56±2.06
		F=3.500, p=0,016	F= 4.115, p=0,007	F=0.261, p=0.854	F=0.448, p=0,719
Klinikte çalışma yılı					
1-3	163	83.61±10.67	34.90±8.10	25.42±2.89	23.27±2.88
4-6	45	87.91±6.94	37.64±5.86	26.37±2.40	23.88±2.47
7 ve üst	35	88.25±6,38	39.65±6.70	25.20±2.56	23.40±2.29
		F=5.813, p=0,003	F=6.862, p=0,001	F=2.445, p=0.089	F=0.882, p=0,415
Bir yakınınıza ölümcül hastalık tanısı konması deneyimini yaşama					
Evet	104	82.87±10.28	34.15±7.77	25.72±2.34	23.00±2.90
Hayır	139	86.72±9.03	37.55±7.39	25.46±3.07	23.71±2.57
		t=-3.098, p=0,002	t=-3.470, p=0,001	t=0.722, p=0,471	t=-2.019, p=0,045
Bir yakınınızın hastane ortamında ölme sürecine tanık olma					
Evet	97	82.51±10.30	34.41±8.37	25.36±2.48	22.74±2.67
Hayır	146	86.78±9.01	37.21±7.07	25.71±2.95	23.84±2.69
		t=-3.410, p=0,001	t=-2.812, p=0,005	t=-0.965, p=0,336	t=-3.142, p=0,002
Kendi ölümünü düşünme sıklığı					
Çok sık	54	82.44±7.75	34.92±6.38	24.51±2.40	23.00±2.48
Ara sıra	155	87.05±8.25	37.32±7.02	25.94±2.81	23.79±2.44
Çok seyrek/hiç	34	80.23±15.14	32.38±10.89	25.55±2.84	22.29±3.87
		F=10.045, p=0,003	F=6.808, p=0,001	F=5.439, p=0,005	F=5.117, p=0,007
Ölüm haberini verme işi size düşerse ne yaparsınız?					
Normal kabul eder söylerim	59	79.83±11.15	33.11±8.86	24.72±2.99	21.98±2.99
Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim	150	86.71±8.75	37.04±7.33	25.86±2.51	23.80±2.48
Kaçarım, söylemek istemem	34	86.97±8.25	37.08±6.00	25.76±3.25	24.11±2.54
		F=12.335, p=0,000	F=6.035, p=0,003	F=3.678, p=0,027	F=11.664, p=0,000

Katılımcıların çalıştığı kurum ile ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark sadece ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutunda bulunmuştur ($p < 0.005$). Çukurova Üniversitesi'nde görev yapan hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Veri toplama formunda son soruda katılımcılardan ötanaziyi bir cümle ile tanımlamaları istenmişti. Bu soruya 141 katılımcı yanıt vermiştir. Yanıt veren katılımcılardan 40'ı "*kişinin kendi isteği ile yaşamını sonlandırmak istemesi*", 24 tanesi ötanaziyi "*ağrısız/acısız ölüm*", 17'si "*ölme hakkı*", 17 tanesi "*hastalığın son evresinde, tedavisi olmayan hiçbir şeye yanıt vermeyenlerde hayatın sonlandırılması*", 5'i "*hastalığının son evresinde hastaya uygulanan tüm yaşam desteklerinin sonlandırılması*" 4 tanesi "*cinayet*" olarak tanımlamıştır. Bu soruya 8 katılımcı "*ötanaziye katılmıyorum*", diğerleri ise farklı yanıtlar vermiştir.

Tartışma

Çalışmamızda ÖTÖ puan ortalaması 85.07 bulunmuştur. Ortalama puan üzerinde değerlendirme yapıldığında katılımcıların ötanazi, ölüm, ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu görülmektedir. Alt grupların puan ortalamalarına bakıldığında ötanaziye ilişkin tutum alt boyutu için 36,09, ölüme ilişkin tutum alt boyutu için 25.57, ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutu için 23.40'dır. Alt gruplar arasında bir değerlendirme yapıldığında katılımcıların ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının diğer iki alt boyuta göre daha olumsuz olduğu; ötanaziye karşı daha olumlu bir yaklaşım benimsedikleri görülmektedir. Ölüm ve ötanazi hemşireler tarafından daha kabul gören yaklaşımlardır. Ölümcül hastalığı olan bireylere verilen sağlık hizmeti sırasında hemşireler hastaları ile etkileşimleri sırasında güçlük yaşayabilirler. Özellikle hasta ile sürecin konuşulması ve hastanın duygularını ifade etmesi hemşireliğin güç yanlarından biri olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü burada verilen hizmet sadece hasta konforunu sağlamaya yönelik olup iyileşmenin söz konusu olmadığı durumlardır. Tıp ve hemşirelik öğrencilerinin ötanaziye ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada katılımcıların ortalama puanı 82,79 bulunmuştur.²⁰ Bu sonuç çalışmamız sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon durumları ve ölmek üzere olan hastaya yaklaşımlarını incelediği çalışmasında İnci, ÖTÖ puan ortalamasını bizim çalışmamıza göre daha düşük (73.38) bulmuştur.²¹ Hemşirelik öğrencilerinin ötanaziye ilişkin tutumlarını inceleyen çalışmada kendileri (%21,5) ve yakınları (%16,7) için ötanaziyi kabul eden öğrencilerin oranı acı çeken, ölümcül bir hasta için ötanaziyi isteme (%30,9) oranlarından daha düşük bulunmuştur.²² Hemşire ve hekimler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin %31,5'i kendisi, %13,0'ü yakını için; hekimlerin %43,5'i kendisi, %25,0'i yakını için ötanazi isteyeceğini belirtmiştir.¹⁶ Aynı çalışmada katılımcıların ötanaziyi kabul etme nedenleri arasında ilk sırada acı çekmemek yer almaktadır.¹⁶ Literatürde yer alan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur.^{14,15,23} Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin ötanaziye yaklaşımını belirleyen çalışmada "*Sizce bireyin kendi yaşamına son verme konusunda karar verme hakkı var mıdır?*" sorusuna en çok evet cevabını veren hemşirelerin yoğun bakımda çalışanların, (%73.1) en az evet cevabını verenlerin çocuk kliniklerinde (%48.5) çalışan hemşireler olduğu bulunmuştur.¹⁷ Yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin ötanaziye ilişkin olumsuz tutuma sahip oldukları saptanmıştır.²⁴ Doktor ve hemşirelerin ötanaziye ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının ötanaziye olumlu bakmadıkları saptanmıştır.²⁵

Üniversitelere göre ÖTÖ puan ortalaması ve alt grup puan ortalaması arasındaki karşılaştırmada ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,005$). Çukurova Üniversitesi Hastanesi daha köklü, hasta kapasitesi fazla ve vaka çeşitliliği olan bir hastanedir. Dolayısıyla hem yatak kapasitesi hem de hem de hemşire sayısı daha fazladır. Burada görev yapan yoğun bakım hemşirelerinin deneyimleri ve hasta çeşitlilikleri daha fazladır. Bu çalışmada temel amaç mevcut durumu ortaya koymak olup üniversiteler arasında diğer verilerle karşılaştırma yapılmamıştır.

Çalışmamızda yaş grupları ile ÖTÖ toplam puan ortalaması ve ötanaziye ilişkin tutum alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark ($p<0,005$) olup 30 yaş ve üstü katılımcıların puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. İnci'nin çalışmasında ölüme dair verilen eğitimin yaş gruplarına göre ötanazi, ölüm, ölümcül hastaya tutuma ilişkin değişiklik yaratmadığı saptanmıştır.²¹ Özkiriş ve ark çalışmasında hekimlerin ölüm kaygısı yaşama düzeyi ile yaşı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²⁶ Çalışmamızda 30 yaş ve üzeri hemşirelerin ötanaziye ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Yaşın ilerlemesi ile mesleki deneyimin artması katılımcılarda yaşama son vermeye yönelik tutumun kabulünü olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma yılı ile ÖTÖ toplam puan ortalaması ve ötanaziye ilişkin tutum alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark ($p<0,005$) bulunmuştur. Çalışma yılı 16 ve üzeri olan katılımcılarda ÖTÖ toplam puan (89.81) ve ötanaziye ilişkin puan ortalaması (40.18) yüksektir ki bu da tutumlarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Çalışma yılının artması dolayısıyla mesleki deneyimin artması yaşamın sonuna dair etik konulardaki tutumu etkileyebilmektedir. İnci'nin eğitimin ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumu incelediği çalışma yılının tutumu değiştirmedeği saptanmıştır.²¹ Uysal ve arklarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada çalışma yılına göre ötanaziye ilişkin tutum arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²⁷ Özkiriş ve arklarının benzer çalışmasında hekimlerin ölüm kaygısı yaşama düzeyi ile meslek yaşı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²⁶ Aynı çalışmada ölümcül hasta ve ölümlerle karşılaşma sıklığı ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark olduğu saptanmış, karşılaşma sıklığı artan grupta kaygı düzeyi daha az bulunmuş olup hemşirelerin meslek yaşı ile ölüm kaygı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuş çalışma yılı arttıkça kaygı düzeyinin arttığı saptanmıştır.²⁶

Yoğun bakım kliniğinde çalışma süresi ile tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda ÖTÖ toplam puan ortalaması ve ötanaziye ilişkin tutum alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark ($p<0,005$) bulunmuştur. Çalışma yılı üç ve üçten az olan katılımcılarda puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olup genel ve ötanaziye karşı tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda çalışma süresi ile ölüm kaygı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²⁹ Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışma yılı düşük olan hemşirelerin aktif ve pasif ötanaziye daha olumlu baktıkları bulunmuştur.²⁸ Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup yoğun bakım kliniklerinde çalışma yılı yedi ve üzerinde olan hemşire sayısı az olup bunların ötanaziye yönelik tutumlarının ve genel olarak ölüm, ölümcül hasta ve ötanaziye ilişkin tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda bir yakınınıza ölümcül hastalık tanısı konması deneyimini yaşama ile puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ÖTÖ toplam puanı, ötanaziye ve ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bir yakınınıza ölümcül hastalık tanısı konma deneyimi yaşayanların tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir. Böyle bir deneyimi yaşamının kişinin ölüm ve ölümcül hastaya bakış açısını etkilemesi beklenen bir durumdur. Sağlık profesyoneli olmanın kişinin kendi değerlerini gerçekleştirilmesinde engel olmayacağı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin terminal dönemdeki hastaya bakımdan etkilenme biçimlerine göre, ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.²¹ Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada terminal dönemdeki hastaya bakım veren öğrencilerin %72,7'si hastaların ötanazi hakkının olduğunu; %69,4'ü ötanazi yasal olması gerektiğini düşündüklerini belirtmiş olup gruplar arasında anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur.³⁰ Diğer meslek grubu olan hekimlerin ölüm kaygı düzeyini belirleme bir çalışmada ölümcül hasta ve ölümlerle karşılaşma sıklığı ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark olduğu saptanmış, karşılaşma sıklığı artan grupta kaygı düzeyinin daha az bulunmuştur.²⁶ Tıp fakültesi öğrencileri üzerindeki çalışmada ölmekte üzere olan hastaya bakım vermeyen hekim adaylarının ölümcül hastayla daha çok iletişim güçlüğü yaşadığı saptanmıştır.¹⁸

Bir yakınınızın hastane ortamında ölme sürecine tanık olma ile puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ÖTÖ toplam puan ile ötanaziye ve ölümcül hastaya ilişkin tutum alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Böyle bir deneyimi yaşayanların ötanazi ve ölmek üzere olan hastaya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu, bu deneyimin ölüme dair tutumu etkilemediği görülmektedir. Yoğun bakım hemşireleri üzerindeki çalışmada yakınını kaybeden katılımcıların ölüm kaygı ölçeği ortalama puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁹ Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan çalışmada ölüme tanıklık sayısının artması ile ölüm kaygısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur.²⁹ Bu fark ayda yedi ve üzeri ölüme tanık olan hemşirelerde ölüm kaygı puan ortalamasının artması ile ilişkilidir.²⁹ İran’da hemşireler üzerinde yapılan çalışmada ölmek üzere olan bir yakınınızın bakım sürecinde bulunan hemşirelerin yaşamın sonundaki hastaların bakımında daha çok yer aldıkları bulunmuştur.³¹ Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların cinsiyetine, ailede ölüm öyküsü olma durumuna göre ölümden ve ölümcül hastadan kaçınma arasında anlamlı fark bulunmamıştır.¹⁸ Bu çalışmada ölümcül hastaya ilişkin kaçınıcı davranışların arasında ölüm/özümlü hastayla ilgili yaşantıları yok sayma, reddetme ya da mesleki yaşamlarının dışına itme eğilimi olduğu; ailesinde ölüm öyküsü olan katılımcıların ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım bağlamında daha az iletişim güçlüğü yaşadıkları ve daha az kaçınıcı davranışlar sergiledikleri saptanmıştır.¹⁸ Hekimlerin ölüme ilişkin tutumlarını belirleyen bir çalışmada ölüm ve ölümcül durumlar karşısında hekimlerin yaşadıkları; duygusal zorluklar, keder (%71), çaresizlik (%48), sıkıntı-anksiyete (%42), kendini ve mesleğini sorgulama (%24), yetersizlik-suçluluk (%21) olarak belirlenmiştir.²⁶

Kendi ölümünü düşünme sıklığı ile puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ÖTÖ toplam puan ile ötanaziye ve ölüme ilişkin tutum alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,005$). Kendi ölümünü ara sıra düşünen katılımcı sayısı oldukça fazla olup puan ortalamaları ölümü sık ya da çok seyrek/hiç düşünmeyenlerden daha fazla bulunmuştur. Ölümü düşünmeyen katılımcılarda ölüme ve ötanaziye yönelik tutum daha olumludur. Ölüme ilişkin kendi değerlerini düşünmemek, süreci çok sorgulamamaya neden olabilmektedir. Bu da ötanaziye yönelik tutumu daha olumlu yapabilmektedir. Bir çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin ölümü düşünme durumlarına göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$). Ölümü seyrek düşünen hemşirelerin diğer hemşirelere göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁹ Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

“Ölüm haberini verme işi size düşerse ne yaparsınız?” sorusuna verilen yanıtlar ile puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında tüm puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,005$). Ölüm haberini vermeyi normal kabul eden katılımcıların tüm ölçek ve alt boyutlarda puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Ölümü yaşamın bir parçası olarak algılamak, mesleki pratik sırasında yaşama ve ölüme dair değerleri ve yaklaşımları daha kabul edilebilir görmeye yol açabilmektedir.

Hemşirelik öğrencilerine ötanazi uygulaması hakkındaki düşüncelerinin sorulduğu çalışmada en çok oranda verilen yanıtlar “Doğaya/Yaratana/Evrene karşı gelmek”, “Tıbbi bir uygulama”. “Cinayet ve kasten adam öldürmek”, “İnsan-hasta hakkıdır”, “İnsan-hasta hakkı ihlalidir” şeklindedir.²² Beder ve arklarının hemşire ve hekimlerin ötanaziye ilişkin görüşlerini belirlediği çalışmada katılımcılar ötanazi konusundaki görüşlerini en çok “Hastanın yaşamak kadar ölmek de hakkıdır”, “Tıbbi bir uygulamadır” ifadeleri ile belirtmiştir.¹⁶ Kumaş’ın çalışmasında ötanazi konusundaki düşüncelerini hemşirelerin %55,9 ötanaziyi *insan/hasta hakkı*; %42,5’i *tıbbi bir uygulama* olarak belirtmiştir.²³ Çalışmamızda ise hiçbir katılımcı ötanaziyi tıbbi bir uygulama olarak tanımlamamıştır. Katılımcılarımızın yaklaşık %41’i ölme hakkı olarak kişinin kendi isteği ile yaşamını sonlandırmak istemesi %17’si ağrısız/acsız ölüm olarak tanımlamış olup bu sonuçlar diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Hekimlerin ötanaziye ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmada %88.30’ ötanaziyi kişinin kendi ölümünü istemesi, %11.0’i insan, hasta hakkı olarak tanımlamıştır.³²

Hemşirelerin ötanaziye ilişkin tutumunu belirleyen çalışmada hemşirelerin yaklaşık %60'ı ötanaziye "kişinin kendi ölümünü istemesi" şeklinde tanımlamış ve yaklaşık %60'ı ötanazi uygulamasını "doğaya, yaratana, evrene karşı gelme" olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir.³³ Sağlık profesyonellerinin ötanaziye yönelik tutumlarını belirleyen çalışmada ötanazi uygulamasını katılımcıların %35'i insan/hasta hakkı, %29'u tıbbi bir uygulama olarak değerlendirmiştir.³⁴

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında çalışmamızda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşireler üzerinde yapılan çalışmada benzer bir sonuç bulunmuştur.²¹ Özkiriş ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin çalışma alanlarına göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş olup bu farkın temel tıp bilimlerindeki hekimlerinin puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.²⁶ Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre ötanazi konusundaki görüşlerini belirleyen bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin % 30'u ötanazinin yasallaşması gerektiğini belirtmiştir.¹⁴ Aynı çalışmada hemşirelerin hizmet verdikleri klinik ile ötanazi hakkındaki fikirleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,005$).¹⁴ Bu sonuç çalışmamız bulguları ile paralel olup literatürde benzer çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir.^{14,16} Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada ölmek üzere olan hastanın bakımının sürdürülmesi gerektiğini belirten hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.³⁵ Çalışmamızda da katılımcıların ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, her iki üniversite hastanesinin yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireleri ile yapılmıştır. Araştırma, yapıldığı bölümlerdeki katılımcılar ile sınırlıdır. Bu doğrultuda araştırma hemşirelerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

Sonuç

Ortalama puan üzerinde değerlendirme yapıldığında katılımcıların ötanazi, ölüm, ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu görülmektedir. Katılımcılar tarafından ötanazi "*kişinin kendi isteği ile yaşamını sonlandırmak istemesi*", "*ağrısız/acısız ölüm*" gibi ifadelerle tanımlanmıştır. Katılımcıların ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının diğer alt gruplara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Ötanazi, ölüm, ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının yaş, meslek yaşı, yoğun bakımda çalışma süresi, ölümle ilgili kişisel deneyimlerinden etkilendiği bulunmuştur.

Bilgi

Çalışmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz. Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Ay MA. Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötanaziye ilişkin tutumları. Tez Danışmanı Prof. Dr. Fatma Öz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 2013.
2. Karahisar F. Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötanaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Tez Danışmanı Doç. Dr. Mağfiret Kara Kaşıkçı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: 2006.
3. Bach V, Ploeg J, Black M. Nursing roles in end-of-life decision making in critical care settings. Western Journal of Nursing Research 2009;31(4):496-512.
4. Langley G, Schmollgruber S. End-of-life care in intensive care units. SAJCC 2006;22(2):58-67.
5. Ersoy N, Altun İ. Hemşirelerin yardımcı intihar hakkında görüşleri ile ilgili bir çalışma. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2001;9(1):49-55.
6. Aypar Ü. Ötanazi. Hacettepe Tıp Dergisi 1997;28(1):43-7
7. Çobanoğlu N. Ötanazi. Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Eflatun Yayınevi, Ankara; 2009. pp: 203-13.

8. Ersoy N. Ötanazi ve yardımcı intihar. Çağdaş Tıp Etiği. Editör: Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2003. pp: 328-57.
9. Essex KH. Euthanasia. TMSJ 2000;11(2):191-212.
10. Pugno PA. One physician's perspective: Euthanasia and physician-assisted suicide. Health Care Analysis 2004;12(3):215-223.
11. Fenigsen R. Other people's lives: Reflections on medicine, ethics, and euthanasia. Issues in Law & Medicine 2010;26(1):33-76.
12. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Editör: Oğuz Y, Tepe H, Örnek Büken N, Kırımsoy Kucur D. 1. Basım Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları; 2005 pp:193-194.
13. Üstün Ç. Ötanazi istemli bir hak mı, cinayet mi? Tıp Etiği Kavramlarına Giriş. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 2002. pp:101-17
14. Karaaslan B ve ark. Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre ötanazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi 2014;41(4):700-6.
15. Çalışkan D, Özdemir O, Akdur R. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı bölgesinde çalışan hekimlerin ötanazi konusunda bilgi tutum davranışları ile ilgili bir çalışma. T Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 2003;11:91-101.
16. Beder A ve ark. Hemşire ve hekimlerin ötanaziye ilişkin görüşleri. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010;1(2):91-8.
17. Tepehan S, Özkara E, Yavuz MF. Yoğun bakım ve diğer birimlerde görev yapan hemşirelerin ötanaziye yaklaşımı. Adli Tıp Dergisi 2011;25(2):115-24.
18. Kavas MV ve ark. Ankara üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutum düzeyleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2012; 65(1):19-32.
19. Şenol S, ve ark. Hekimler için ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum ölçeği'nin faktör yapısı ve iç tutarlığı. 3P Dergisi 1996;4(3):185-190.
20. Engin E ve ark. Tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin ötanaziye karşı tutumları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10(52):654-59.
21. İnci F. Hemşirelerin Uygulanan Ölümle İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi. Tez Danışmanı Prof. Dr. Fatma Öz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi. Ankara: 2008.
22. Demir G, Biçer S, Ünsal A. Hemşirelik öğrencilerinin ötanaziye ilişkin düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(1):1-11.
23. Kumaş G. Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşünceleri. Tez Danışmanı: Prof Dr Nazan Alparslan. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Adana: 2005.
24. Alborzi J, et al. Investigating of moral distress and attitude to euthanasia in the intensive care unit nurses. Int J Pediatr 2018;6(11):8475-82.
25. Ray R, Raju M. Attitude towards euthanasia among ethiopian health professionals and its relationship with their death anxiety. International Journal of Multidisciplinary Educational Research 2017;6(9):157-72.
26. Özkiriş A, ve ark. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:89-100.
27. Uysal C, ve ark. Hekimlerin ölümle karşılaşma sıklıklarına göre ötanazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2013;18(3):91-7.
28. Kara B, Günay O. Euthanasia-related knowledge and attitudes of intensive care nurses working in five provinces in central anatolian region. Yoğun Bakım Dergisi 2017;8(3):77-81.
29. Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Tez Danışmanı: Yard Doç Dr Mine Ekinci. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: 2014.
30. Nehir S, ve ark. Üniversite öğrencilerinin ötanaziye ilişkin düşünceleri: bir yükseköğretim örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(2):26-36.
31. Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. Palliative and Supportive Care 2008;6:363-9.
32. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ ilindeki hekimlerin ötanaziye yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Int J Basic Clin Med 2013;1(3):150-6.
33. Çelik S, ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin ötanazi hakkındaki düşünceleri. DEUHYO ED 2012;5(3):101-109.
34. Akkurt Yalçıntürk A, Batmaz M. Sağlık profesyonellerinin ötanazi hakkındaki düşünceleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2018;1(2):23-28.
35. Çelik N. Yoğun bakım hemşirelerinin ölümüne ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları. Mersin Üniv Sağlık Bilim Dergisi 2019;12(2):316-27.

Öğrenci Ebe ve Hemşirelerin Anatomi Eğitimi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi*

Evaluation of Students 'Midwives and Nurses' Views on Anatomy Education

Şükriye Deniz Mutluay¹, Ahmet Kürşad Açıkgözⁱⁱ

ⁱ Dr. Öğrt. Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-7670-2880>

ⁱⁱ Dr.PhD, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi A.D., <https://orcid.org/0000-0002-7895-1055>

Öz

Giriş: Anatomi dersinin tıp fakültelerinin yanı sıra sağlık bilimleri fakültelerinde de temel bilimler dersi olarak okutulması, öğrencilerin daha sonraki yıllarda alacakları diğer derslerle bağlantılı olması açısından önemlidir. Bu bağlamda verilen eğitimin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi ve bu doğrultuda sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı öğrenci ebe ve hemşirelerin anatomi dersinin verimliliği ve eğitim sürecinin etkinliği ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamızın evrenini Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde 2019-2020 eğitim öğretim yılında 1. sınıfta öğrenim gören 291 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, çalışmaya gönüllü 261 öğrenci örnekleme oluşturmuştur. Öğrenciler toplam 30 soru içeren bir ankete yanıt vermişlerdir.

Bulgular: Ebelik bölüm öğrencilerinin %58,8'i, Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %59,7'si anatomi eğitimine karşı ilgili olduklarını ve zaman kaybı olarak görmediklerini, buna karşılık teorik derslere ayrılan sürenin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Ebelik bölümü öğrencilerinin %93,8'i ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin %87,3'ü anatomi uygulama dersinin mutlaka olması gerektiği düşüncesinde olduklarını bildirmişlerdir.

Sonuç: Öğrenci görüşlerini içeren bu çalışmanın sonuçlarının, anatomi eğitiminin verimliliğine katkı sağlayacağı ve dersi veren öğretim elemanına yeni bir bakış açısı sağlamasında yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Anatomi eğitimi, öğrenci görüşleri, sağlık bilimleri fakültesi

ABSTRACT

Introduction: Besides the medical faculties, the Anatomy course, which is taught as a basic course in the faculties of health sciences, is important in terms of connection with other courses that students will take in the following years. In this context, the education given should be carried out effectively and efficiently, accordingly to this direction, the health professionals should be trained.

Objective: The aim of this study is to determine the views of student midwives and nurses on the efficiency of the anatomy course and the effectiveness of the educational process.

Method: The universe of our study consisted of 291 students studying in the first year of 2019-2020 academic year at the Department of Midwifery and Nursing at the Faculty of Health Sciences of Çukurova University. Sample selection was not made and the study sample consist of 261 students who volunteering to the study. The students answered a questionnaire containing a total of 30 questions.

Results: 58.8% of midwifery students and 59.7% of nursing students stated that they were interested in anatomy education and did not see it as a waste of time, but the time allocated to theoretical lessons was not sufficient. 93.8% of midwifery students and 87.3% of nursing students they stated that the anatomy practice course should be absolutely necessary.

Conclusion: It is thought that the results of this study, which includes student views, will contribute to the efficiency of anatomy education and help the lecturer to provide a new perspective.

Keywords: Anatomy education, student opinions, health sciences faculty

* Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 201-208

DOI: 10.31020/mutftd.679401

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 23 Ocak 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 04 Nisan 2020

İletişim - Correspondence Author: Şükriye Deniz Mutluay <dakman01@gmail.com>

GİRİŞ

Anatomi, temel tıp alanını ilgilendiren bir bilim dalıdır. Anatomi insan yapısını ve şeklini oluşturan organları, organların bir araya gelerek oluşturdukları sistemleri ve bunların birbirleri ile olan ilişkilerini incelemektedir.^{1,2} Sağlık bilimlerinin yanı sıra eğitim fakültesi, güzel sanatlar ve spor bilimlerinde ders olarak okutulmaktadır. Sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören ebeler ve hemşirelik öğrencileri için anatomi dersi, daha sonraki yıllarda alacakları diğer derslerle bağlantılı olması açısından çok önemlidir.³ Bu açıdan canlı vücudunun sağlığını koruma ve hasta insanı iyileştirme ve bakım verme görevini yürüten tüm sağlık çalışanları bu ders kapsamında insan vücudunu en iyi şekilde bilmek ve öğrenmek zorundadırlar.⁴ Bu nedenle anatomi ve bu temel bilimin üzerine oturan geçerli ve gerekli bilgiler sayesinde sağlık profesyonelleri sağlam bir donanıma sahip olacakları düşünülmektedir.⁵

Sağlık profesyonellerinin eğitiminin ne şekilde olması gerektiği, hangi eğitim modellerinin hedefe ulaşmada daha etkin olabileceği halen tartışılan bir konudur. Genel olarak bu alanda eğitim yapısal olarak dinamik bir süreçtir ve bu nedenle sürekli güncelliğini korumak zorundadır. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde önemli bir yer tutan ideal anatomi eğitiminin nasıl olması gerektiği gerek ülkemizdeki gerekse tüm dünyadaki tıp fakültelerinde ve sağlık bilimleri fakültelerinde tartışmalara sahne olmaktadır. Bu bağlamda ideal anatomi eğitiminin nasıl olması gerektiği adına da pek çok çalışma yapılmaktadır.⁶⁻¹⁰ Öğrenen bireyin eğitimin ortak paydası haline gelmesini sağlayan küreselleşme, teknolojik yenilikler ve bilgi toplumu gibi gelişmeler, eğitim sürecinde öğretim yerine öğrenme kavramının ön plana çıkmasında oldukça etkili olmuştur.^{11,12} Bilgi karşısında eleştirel algılama yapabilme özelliği, pasif bilgilendirme yerine bilginin sunumunda merak uyandırma ve bilginin keşfedilmesine olanak sağlayan bir öğrenme tutumunun geliştirilebilmesi için öğrenci geri bildirim çalışmaları sıklıkla başvurulan yöntemlerden biridir.¹³⁻²¹ Ayrıca bu geri bildirim çalışmalarının yardımıyla ders programlarını düzenleyenlere kılavuzluk etmesi açısından büyük önem taşımaktadır.²² Bu çalışmada, sağlık bilimleri fakültesinde lisans eğitimi gören öğrencilerin anatomi eğitimi hakkındaki görüşleri alınmış ve sağlık bilimleri alanında verilen anatomi eğitiminin bu dersi alan öğrencilerin gözünden değerlendirilerek geri bildirim sağlamak amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçların dersin öğrencilere nasıl en iyi şekilde öğretilebileceği konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın evrenini 2019-2020 eğitim-öğretim yılı güz dönemi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebeler ve Hemşirelik bölümleri 1. sınıflarında eğitim gören 291 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklemi ise çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve verilen anketleri dolduran 261 öğrenci oluşturmuştur. Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma öncesi gerekli olan etik izinler Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 20 Ocak 2020 tarihli 48 numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Öğrencilere, yaş, cinsiyet ve eğitim gördükleri bölümü içeren sosyodemografik veri formu ve anatomi eğitimi ile ilgili literatürden de destek alarak yazarlar tarafından derlenmiş çoktan seçmeli 30 sorudan oluşan bir anket formu 261 öğrenciye uygulanmıştır. “Katılıyorum”, “kısmen katılıyorum” ve “katılmıyorum” seçeneklerinden oluşan üçlü likert tipi soru kalıbı kullanılmıştır. Ankette verilen yanıtların güvenilirliği için öğrencilerden isim yazmamaları istenmiştir. Sorulara verilen yanıtlar öğretim elemanı gözetiminde veya danışmanlığında yapılmamıştır. Anket sonuçları sayı ve yüzdelik dağılım cinsinden değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde SPSS (22.0) programında tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır.

BULGULAR

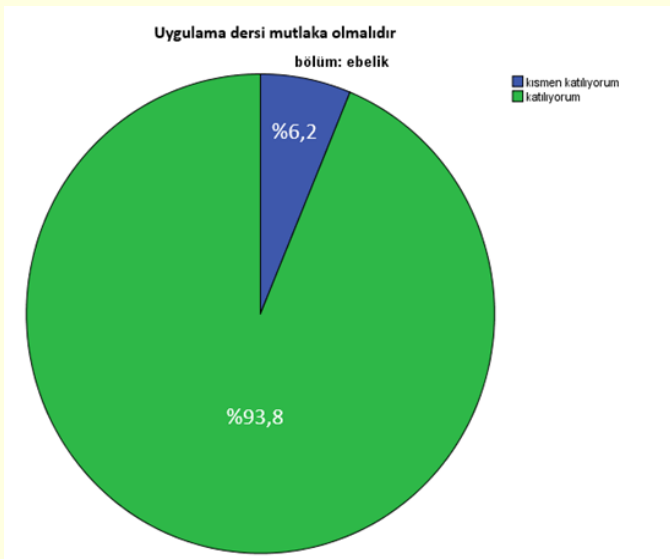
Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 1. sınıf anatomi dersi alan öğrenci Ebe ve Hemşireler ile sınırlıdır. Çalışmamıza katılan 261 öğrencinin 80'nini ebeler bölümü öğrencisi oluşturmaktaydı ve yaş ortalaması ve standart sapması 19,13±0,86 olarak hesaplanmıştır. Geriye kalan hemşirelik bölümü 181 öğrenciden 143'nü kız öğrenci ve 38'ni ise erkek öğrenci oluşturmaktaydı. Yaş ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla 18,99±0,74 ve 20,68±3,54 olarak hesaplanmıştır.

Ebeler ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaş ve cinsiyetlere göre dağılımı **Tablo 1**'de sunulmuştur. Çalışmada öğrencilerin anketteki sorulara verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları **Tablo 2**'de sunulmuştur. Ebeler öğrencilerinin anatomi dersinde “Uygulama dersi mutlaka olmalıdır” grafiği **Şekil 1**'de

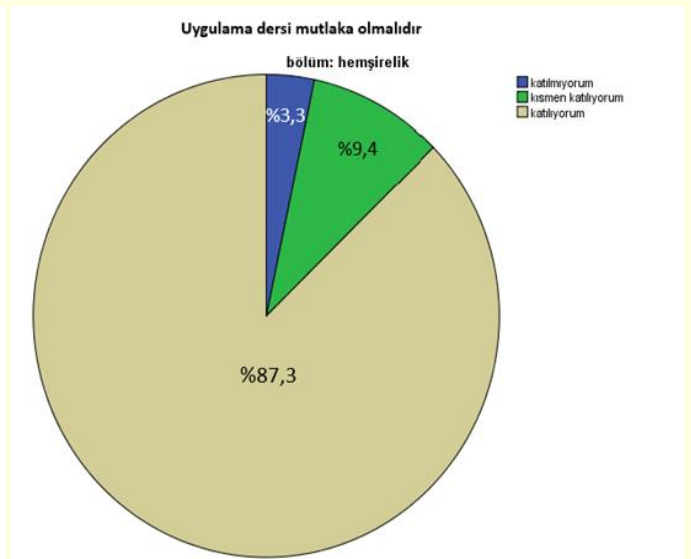
sunulmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin anatomi dersinde “Uygulama dersi mutlaka olmalıdır” grafiği **Şekil 2**'de sunulmuştur.

Tablo 1. Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaş ve cinsiyetlere göre dağılımı

Yaş	Ebelik		Hemşirelik	
	Kadın (n=80) n(%)	Erkek (n=0)	Kadın(n=143) n(%)	Erkek (n=38) n(%)
18	20(%25)	0	35(%24,47)	3(%7,89)
19	35(%43,75)	0	80(%55,94)	12(%31,57)
20	20(%25)	0	23(%16,08)	14(%36,84)
21	5(%6,25)	0	5(%3,49)	4(%10,52)
23	0	0	0	1(%2,63)
26	0	0	0	2(%5,26)
27	0	0	0	1(%2,63)
38	0	0	0	1(%2,63)



Şekil 1. Ebelik öğrencilerinin anatomi dersinde “Uygulama dersi mutlaka olmalıdır” grafiği.



Şekil 2. Hemşirelik öğrencilerinin anatomi dersinde “Uygulama dersi mutlaka olmalıdır” grafiği.

TARTIŞMA

Bu çalışma ile ilgili olarak literatür taradığımızda anatomi dersi ile ilgili olarak bu kapsamda geri bildirim çalışmalarının çoğunlukla sağlık alanı içinde tıp fakültelerinde öğretim gören öğrencilerde gerçekleştirildiği saptanmıştır.^{6-9,13,15-20} Bu nedenle çalışmamız Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik ve Hemşirelik bölümü öğrencilerinin anatomi dersi ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi bakımından önem göstermektedir.

Ebelik öğrencilerinin %58,8'i ve Hemşirelik öğrencilerinin %59,7'i “Anatomi dersine karşı ilgiliyim” ifadesine katıldıklarını (kısmen katılıyorum; Ebelik öğrencisi %37,5, Hemşirelik öğrencisi %29,3), %3,8 ebelik ve %11 hemşirelik öğrencisi ise bu ifadeye katılmadıklarını belirtmişlerdir. Uygur ve ark. yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin “Anatomi dersine karşı ilgiliyim” ifadesine %83,5'inin katıldığı ifade edilmiştir.⁷ Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin bu derse karşı ilgili oldukları ancak derse katılım konusunda isteksiz oldukları bildirilmiştir.²¹

Tablo 2. Çalışmada öğrencilerin anketteki sorulara verdikleri cevapların yüzde dağılımları

SORULAR	Ebelik (n=80)			Hemşirelik (n=181)		
	Katılmıyorum n(%)	Kısmen Katılıyorum n(%)	Katılıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)	Kısmen Katılıyorum n(%)	Katılıyorum n(%)
Anatomi dersine karşı ilgiliyim	3(3,8)	30(37,5)	47(58,8)	20(11)	53(29,3)	108(59,7)
Anatomi dersini zaman kaybı olarak görüyorum	75(93,8)	5(6,2)	0(0)	146(80,7)	15(8,3)	20(11)
Dönem başında ders içeriği ve amaçları açıkça belirtildi	2(2,5)	11(13,8)	67(83,8)	11(6,1)	46(25,4)	124(68,5)
Aldığım anatomi eğitimi hakkında görüşlerimi açıkça ifade edebiliyorum	5(6,3)	30(37,5)	45(56,3)	9(5)	75(41,4)	97(53,6)
Sınıf mevcudunun fazla olması eğitimimizi olumsuz yönde etkiliyor	20(25)	32(40)	28(35)	19(10,5)	33(18,2)	129(71,3)
Dersle ilgili kaynaklara (kitap, atlas) rahatlıkla ulaşabiliyorum	9(11,3)	22(27,5)	49(61,3)	15(8,3)	47(26)	119(65,7)
Anatomi teorik derslerine çalışmayı seviyorum	14(17,5)	39(48,8)	27(33,8)	41(22,7)	79(43,6)	61(33,7)
İnsan anatomisi dersi öğrenimi konusunda güçlük çekiyorum	14(17,5)	40(50)	26(32,5)	29(16)	92(50,8)	60(33,1)
Teorik derslere ayrılan süre yeterliydi	37(46,3)	20(25)	23(28,7)	58(32)	58(32)	65(35,9)
Teorik ders sürelerinin artırılması gerekiyor	22(27,5)	18(22,5)	40(50)	57(31,5)	41(22,7)	83(45,9)
Teorik ders sürelerinin azaltılması gerekiyor.	70(87,5)	4(5)	6(7,5)	112(61,9)	28(15,5)	41(22,7)
Teorik derslerde görsel araçlar iyi kullanıldı.	25(31,3)	26(32,5)	29(36,3)	51(28,2)	66(36,5)	64(35,4)
Uygulama dersi mutlaka olmalıdır.	0(0)	5(6,3)	75(93,8)	6(3,3)	17(9,4)	158(87,3)
Anatomi eğitiminde kadavra ve çalışmasının önemli bir yeri olduğunu düşünüyorum.	1(1,3)	6(7,5)	73(91,3)	16(8,8)	19(10,5)	146(80,7)
Dönem sonunda anatomiye hâkim olduğumu düşünüyorum.	17(21,3)	52(65)	11(13,8)	43(23,8)	102(56,4)	36(19,9)
Dersin içeriği beklentilerimi karşıladı.	13(16,3)	35(43,8)	32(40)	25(13,8)	79(43,6)	77(42,5)
Anatomi dersi bilgi ve becerilerimi geliştirdi.	10(12,5)	40(50)	30(37,5)	23(12,7)	70(38,7)	88(48,6)
Anatomi dersi diğer dersleri anlamamı kolaylaştırdı.	8(10)	36(45)	36(45)	34(18,8)	59(32,6)	88(48,6)
Anatomi dersi ileriki yıllarda hatırlatıcı olarak klinik derslerle birlikte tekrar verilmelidir.	11(13,8)	14(17,5)	55(68,8)	34(18,8)	45(24,9)	102(56,4)
Anatomi dersi mesleki olarak neleri bilmem gerektiğini anlamama yardım etti.	7(8,8)	21(26,3)	52(65)	16(8,8)	67(37)	98(54,1)
Anatomi dersinde edindiğim bilgiler bende merak uyandırdı.	5(6,3)	20(25)	55(68,8)	18(9,9)	50(27,6)	113(62,4)
Anatomi dersi aldıktan sonra güncel hayata ve olaylara bakış açımda olumlu farklar oldu.	9(11,3)	29(36,3)	42(52,5)	20(11)	66(36,5)	95(52,5)
Anatomi dersi ile daha önceki bilgilerim arasında çatışma oldu.	58(72,5)	16(20)	6(7,5)	106(58,6)	45(24,9)	30(16,6)
Anatomi dersi seçmeli ders olsa seçerdim.	19(23,8)	23(28,7)	38(47,5)	43(23,8)	64(35,4)	74(40,9)
Teorik sınavlarda sorulan soru sayısı artırılmalı.	54(67,5)	16(20)	10(12,5)	103(56,9)	40(22,1)	38(21)
Teorik derslerde yoklama alınmasa da derslere katıldım.	12(15)	30(37,5)	38(47,5)	36(19,9)	69(38,1)	76(42)
Anatomi dersinde başarılı olmak için derse devam gereklidir.	1(1,3)	13(16,3)	66(82,5)	14(7,7)	34(18,8)	133(73,5)
Teorik sınavlarda çoktan seçmeli (test) soruları tercih ederim.	1(1,3)	6(7,5)	73(91,3)	6(3,3)	12(6,6)	163(90,1)
Teorik sınavlarda klasik (uzun cevaplı) soruları tercih ederim.	74(92,5)	3(3,8)	3(3,8)	152(84)	20(11)	9(5)
Teorik sınavlarda sorulan soru sayısı azaltılmalı.	37(46,3)	24(30)	19(23,8)	83(45,9)	51(28,2)	47(26)

Ebelik öğrencilerinin neredeyse tamamı %93,8'i "Anatomi dersini zaman kaybı olarak görüyorum" ifadesine katılmadıklarını, %6,2'si ise kısmen katıldıklarını belirtmişlerdir. Buna karşılık hemşirelik öğrencilerinin %80,7'si bu ifadeye katılmadıklarını (%8,3 kısmen katılıyorum, %11 katılıyorum) belirtmişlerdir. Benzer şekilde Uygur ve ark. %83,5 oranında öğrencinin anatomi eğitimini zaman kaybı olmadığını bildirmişlerdir.⁷ Bu bulgular ışığında gerek sağlık bilimleri fakültesinde okuyan gerekse de tıp fakültesinde okuyan ve geleceğin sağlık profesyoneli olacak olan öğrencilerin anatomi eğitimine karşı ilgili olduklarını ve zaman kaybı olarak görmediklerini söyleyebiliriz. Diğer taraftan okul öncesi öğretmenliği öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin sadece %37,7'sinin anatomi dersini zaman kaybı olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir.¹⁷

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin %23,8'i anatomi dersini seçmeli ders olsa seçmeyeceklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza benzer bulgular tıp fakültesinde okuyan öğrencilerde yapılan bir ankette %28,3 olarak bildirilmiştir.¹⁶ Eğitim Fakültesi okul öncesi öğretmenliğinde okuyan öğrencilerde ise bu oran %67,4 olarak bildirilmiştir.¹⁷ Bu sonuçlardan gelecekte öğretmenlik mesleğini icra edecek öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun bu dersi seçmeli olsa seçmeyecekleri anlaşılmaktadır.

Ebelik öğrencilerinin %83,8'i ve hemşirelik öğrencilerinin %68,5'i "Dönem başında ders içeriği ve amaçları açıkça belirtildi" ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Aynı şekilde Uygur ve ark. öğrencilerin %83,6'sının bu ifadeye katıldıklarını bildirmişlerdir.⁷ Gözil ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada da öğrencilerin %66,1'nin derslerde dersin içeriği ve ne öğretilceğinin bildirildiğini rapor etmişlerdir.¹⁸ Diğer taraftan her iki bölüm öğrencileri de dersle ilgili kaynaklara rahatlıkla ulaşabildiklerini ifade etmişlerdir (ebelik %61,3, hemşirelik %65,7). Üniversite kütüphanesi bünyesinde bulunan basılı kaynaklar ve abone olunan veri tabanları sayesinde, ayrıca internet ortamında yer alan 3 boyutlu anatomi modellerini içeren konu videolarıyla öğrenciler anatomi ile ilgili kaynaklara ulaşabilmektedirler.

Eğitimin verimli bir şekilde gerçekleşebilmesi açısından öğrencilerin anatomi dersi ile ilgili olarak görüşlerini ifade edebilmeleri çok önemlidir. Bu çalışmada "anatomi eğitimi hakkında görüşlerimi açıkça ifade edebiliyorum" cümlesine ebelik öğrencileri %56,3 (kısmen katılıyorum %37,5), hemşirelik öğrencileri ise %53,6 (kısmen katılıyorum %41,4) oranında katıldıklarını belirtirken çok az bir oranda ebelik ve hemşirelik öğrencisi katılmadıklarını belirtmişlerdir (ebelik %6,3, hemşirelik %5). Arı ve Şendemir'in yaptıkları çalışmada bu oran %92 olarak bildirilmiştir.¹⁶ Benzer şekilde Uygur ve ark.'ın çalışmasında da öğrencilerin %74,7'si anatomi eğitimi ile ilgili olarak görüşlerini açıkça ifade ettiklerini bildirmişlerdir.⁷ Gazi Üniversitesinde yapılan bir çalışmada da öğrencilerin %61,6'sı öğretim üyeleri ile derslerde rahatça iletişim kurabildiğini ifade etmişlerdir.¹⁸

Fakültemizde hemşirelik bölüm öğrencileri ebelik bölüm öğrencilerine kıyasla sayıca daha fazladır ve anatomi dersi amfilerde verilmektedir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %71,3'ü sınıftaki öğrenci sayısının fazla olmasının eğitimlerini olumsuz yöne etkilediğini ifade etmişlerdir. Ebelik bölümü öğrencilerinde ise bu oran %35 olarak tespit edilmiştir. Uygur ve ark. sınıf mevcudunun fazla olmasının eğitimi olumsuz yönde etkilediği görüşüne öğrencilerimizin %86'sı katıldığını bildirmişlerdir.⁷ Başka bir çalışmada ise öğrencilerin %95,7'si sınıfta çok sayıda öğrenci bulunmasının öğretme-öğrenme sürecinde öğrenmeyi olumsuz yönde etkilediği bildirmiştir.⁸ Çalışmamızda da elde edilen bulgulara göre sınıf mevcudunun fazla olmasının hemşirelik öğrencilerinin eğitim yönünden olumsuz etkilendiklerini göstermektedir.

Ebelik bölümü öğrencilerinin %33,8'i ve Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ise %33,7'si anatomi teorik dersine çalışmayı sevdiğini (ebelik öğrencisi kısmen katılıyorum: %48,8, hemşirelik öğrencisi kısmen katılıyorum: %43,6) ifade ederlerken ebelik öğrencilerinin %17,5'i ve hemşirelik öğrencilerinin %22,7'si bu derse çalışmayı sevmediklerini ifade etmişlerdir. Buna karşılık anatomi dersini anlamada ebelik öğrencilerinin %32,5'i ve hemşirelik öğrencilerinin ise %33,1'i güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir. Ankette yer alan "Uygulama dersi mutlaka olmalıdır" ifadesine ebelik bölümü öğrencilerinin %93,8'i, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ise %87,3'ü katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçların, dersin uygulama saatlerinin bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aynı zamanda ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin %91,3'ü ve %80,7'si gibi yüksek bir oranının "Anatomi eğitiminde kadavra ve çalışmasının önemli bir yeri olduğunu düşünüyorum" ifadesine katıldıklarını bildirmişlerdir. Uludağ üniversitesinde yapılan bir anket çalışmasında öğrencilerin %91,1'i

kadavra çalışmalarının anatomi eğitiminde mutlaka yer alması gerektiğini; % 92,1'i kadavra dışı yardımcı ders araçlarının da kullanılması gerektiğini ifade ettikleri ortaya çıkmıştır.²⁰ Bu sonuçlardan öğrencilerin anatomi teorik derslerini daha iyi anlayıp pekiştirebilmeleri için teorik anatomi dersine uygulama saatlerinin de eklenmesi ve sağlık bilimleri fakültelerinin ilgili bölümlerinin ders programlarında mutlaka yer alması gerektiği anlaşılmaktadır.

Teorik derslere ayrılan sürenin yeterliliği konusunda her iki bölüm öğrencileri yakın oranlarda görüşlerini ifade etmişlerdir (ebelik bölümü öğrencileri katılıyorum; %28,7, hemşirelik bölümü öğrencisi katılıyorum: %35,9). Ebelik öğrencilerinin %87,5'i, hemşirelik öğrencilerinin %61,9'u teorik ders saati süresinin azaltılmasını istemediklerini bu sürenin artırılması gerektiğini bildirmişlerdir. Benzer bulgular Uygur ve ark.'larının tıp öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %58,2'sinin anatomi ders sürelerini yeterli bulduklarını, %59,4'ünün bu sürenin artırılması gerektiğini ve %68,3'ünün ise ders sürelerinin azaltılması gerektiğine katılmadıklarını ifade etmişlerdir.⁷ Acuner ve ark.'nın çalışmasında haftalık teorik ders saati değerlendirildiğinde öğrencilerin %14,83'ü "fazla, azaltılmalı", %63,64'ü "yeterli", %21,53'ü ise "az, arttırılmalı"; haftalık uygulama saati değerlendirildiğinde ise öğrencilerin %4,41'i "fazla, azaltılmalı", %42,65'i "yeterli", %52,94'ü ise "az, arttırılmalı" şeklinde görüş bildirmişlerdir.⁸ Uludağ üniversitesinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin ders sürelerine verdikleri yanıtlarda, %59,9'u dersleri yeterli, %23,7'si yetersiz, %14,7'si fazla buldukları görüşünü belirtmişlerdir.¹⁶ Erciyes üniversitesinde Araştırma görevlilerine lisans eğitimindeki anatomi ders saatinizi yeterli buluyor muydunuz diye sorulduğunda %51,9'u yeterli" yanıtını, %27,8'i "arttırılmalı" yanıtını, %15,6'sı "azaltılmalı" yanıtını verirken; %3,8'i ise "gerek yok" yanıtını verdikleri bildirilmiştir.¹⁹ Literatürler ışığında bulgularımız karşılaştırıldığında gerek tıp fakültesinde okuyan gerekse de sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin anatomi dersi teorik ders sürelerinden memnun oldukları ve azaltılmasına gerek olmadığını hatta arttırılması gerektiğini düşündükleri söylenebilir.

Anatomi teorik dersinin yararlarını içeren öğrenci görüşleri değerlendirildiğinde; ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin %40'nun ve %42,5'nin anatomi ders içeriğinin beklentilerini karşıladığını ancak dönem sonunda bu derse hâkim olduklarını ifade eden öğrencilerin oranı her iki bölüm öğrencilerin verdikleri yanıtlara göre düşük bulunmuştur. Bu oran ebelik bölümü öğrencilerinde %13,8 (kısmen katılıyorum %65, katılmıyorum %21,3) ve hemşirelik bölümü öğrencilerinde ise %19,9 (kısmen katılıyorum %56,4, katılmıyorum %23,8) olarak tespit edilmiştir. Ebelik öğrencilerinin %37,5'i, hemşirelik öğrencilerinin %48,6'sı anatomi dersinin bilgi ve becerilerini arttırdığını ifade etmişlerdir. Tıp fakültesi öğrencilerinde bu oran %87,3 olarak bildirilmiştir.⁷

Ebelik öğrencilerinin %45'i ve hemşirelik öğrencilerinin %48,6'sı anatomi dersinin diğer derslerin daha kolay anlaşılmasını sağladığını ifade etmişlerdir. Anket sorularından olan "Anatomi dersi mesleki olarak neleri bilmem gerektiğini anlamama yardım etti" ifadesine ebelik öğrencilerinin %65'i (kısmen katılıyorum %26,3, katılmıyorum %8,8) ve hemşirelik öğrencilerinin ise %54,1'i (kısmen katılıyorum %37, katılmıyorum %8,8) katıldıklarını belirtmişlerdir. Tıp fakültesi öğrencilerinde bu oran %82,3 olarak bildirilmiştir.⁷ Diğer bir çalışmada da hemşirelik bölümü öğrencilerinin tümü anatomi dersinin mesleki eğitim aldığını hissettirdiği ve anatomi dersinin mesleki olarak nelerin bilinmesi gerektiğinin anlaşılmasına yardım ettiğini ifade etmişlerdir.²¹ Bu bulgular ışığında anatomi dersinin gerek ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin gerekse de tıp fakültesi öğrencilerinin mesleki eğitimlerinin gelişmesine ve sağlık profesyoneli olarak çalışma hayatlarında mesleklerini doğru bir şekilde yapmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

"Anatomi dersi ileriki yıllarda hatırlatıcı olarak klinik derslerle birlikte tekrar verilmelidir" ifadesine ebelik bölümü öğrencilerinin %68,8'i ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin %56,4'ü katıldıklarını belirtilmiştir. Her iki bölüm öğrencileri mesleki uygulama eğitimi için hastanelerde klinik eğitim almaktadırlar. Anatomi dersinin, diğer ana derslerinin klinik uygulamaları sırasında, pekiştirilerek hatırlatma dersi olarak verilmesi öğrencilerin öğrendiği bilgileri nasıl ve nerede kullanması gerektiği konusunda fikir vermektedir. Benzer bulgular yapılan diğer çalışmalarda da uyum göstermektedir.^{7,16,20,21}

Ankete katılan ebelik öğrencilerinin %91,3'ü ve hemşirelik öğrencilerinin ise %90,1'i anatomi dersi teorik sınavlarında çoktan seçmeli soruları tercih ettiklerini, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencileri %92,5'i ve %84'ü ise klasik soruları tercih etmeyeceklerini ifade etmişlerdir. Uygur ve ark. bu oranı %94,9 olarak bildirmişlerdir.⁷ Diğer taraftan teorik anatomi sınavında sorulan soru sayısının artırılması (ebelik bölüm

öğrencisi katılıyorum: %12,5, hemşirelik bölüm öğrencisi katılıyorum %21) veya azaltılması (ebelik bölüm öğrencisi katılıyorum: %23,8, hemşirelik bölüm öğrencisi katılıyorum %26) konusunda öğrenciler yakın oranlarda görüş bildirmişlerdir. Literatürde soru sayısının azaltılması konusunda benzer şekilde öğrencilerin %35,5'i katılırken, soru sayısının artırılması konusunda %26,6'sı görüş bildirmişlerdir.⁷ Buna göre, mevcut dersin sınavlarında sorulan soru sayısından memnun oldukları düşünülmektedir. Bizim bulgularımızdan farklı olarak başka bir çalışmada ise hemşirelik bölümü öğrencileri sınavlarda sorulan teorik ders anatomi sorularının artırılması gerektiği konusunda fikir bildirmişlerdir.

“Anatomi dersinde başarılı olmak için derse devam gereklidir” ifadesine ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin %82,5'i ve %73,5'i katılırken, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin %47,5'i ve %42'si teorik derslere yoklama alınmasa da katılacaklarını ifade etmişlerdir. Bizim bulgularımızdan farklı olarak Afyon Kocatepe Üniversitesinde hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yoklama alınmazsa öğrencilerin derse katılım sağlamayacağı bildirilmiştir.²¹ Diğer taraftan Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin %74,7'si ise teorik derslerde yoklama alınmasa da derslere katılacaklarını ifade etmişlerdir.⁷ Bu bulgulara göre öğrencilerin bu derse katılmakta daha istekli oldukları dolayısıyla dersi saati içerisinde öğrenmelerinin önemini farkında olduklarını düşündürmektedir. Ayrıca tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin teorik derslere katılmada biraz daha istekli oldukları söylenebilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğretim gören ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin anatomi dersi hakkındaki görüşleri alınmış ve sağlık bilimleri alanında verilen anatomi eğitiminin bu dersi alan öğrencilerin gözünden değerlendirilerek geri bildirim sağlamak amaçlanmıştır.

Öğrencilerden alınan yanıtlar dikkate alındığında, eğitimcilere yol gösterebilecek nitelikte anlamlı sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir. Öğrencilerin anatomi dersine karşı ilgili oldukları, bu dersle ilgili olarak düşüncelerini rahatça ifade edebildikleri ve derse katılımlarını zaman kaybı olarak görmedikleri anlaşılmaktadır. Geleceğin sağlık profesyonelleri olacak ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin insan vücudunu tanımak adına anatomi dersinin ne kadar gerekli olduğunu anladıkları düşünülmektedir. Diğer taraftan anatomi dersinin daha iyi anlaşılıp pekiştirilebilmesi için öğrenciler ders programında, derse uygulama saatlerinin de eklenmesi gerekliliği konusunda fikir bildirmişlerdir.

Çalışmamızda hemşirelik bölümünde sınıf mevcudunun fazla olması öğrenciler tarafından eğitimi olumsuz etkileyen bir faktör olarak ifade edilmiştir. Bunun için öğrenci kontenjanlarının artırılmaması, mümkün olduğu kadar az sayıda tutulması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Çünkü insan hayatıyla ilgilenen ve hastalara bakım verecek olan sağlık profesyonellerinin lisans düzeyindeki eğitim programlarının önemli olduğu, derslerin teorik ve uygulama saatlerinin titizlikle planlanması, kontenjanların mümkün oldukça artırılmayıp öğrenci sayılarının azaltılması gerekmektedir. Dolayısıyla iyi planlanmış lisans programı, az sayıda öğrenci ile yapılan interaktif derslerin başarı oranlarını arttıracığı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, verilmekte olan mevcut anatomi eğitiminin iyileştirilmesi çabalarına ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. Ülkemizin kendi ihtiyaçları doğrultusunda uygulanmakta olan ebelik ve hemşirelik eğitim modellerinde daha iyiye ulaşmak için öğrencilerinin eğitimini iyileştirme ve güncelleştirme yönünde çaba harcanması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu çabanın iyileştirilmesinde öğrenci penceresinden de bakılarak yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

BİLGİ

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Çimen M. Sistematik Anatomi Ders Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Matbaası. Sivas; 2011.
- 2- Süzen LB. İnsan Anatomisi ve Fiziolojisine Giriş. Bedray Yayınları. İstanbul; 2016.
- 3- Abdullahı A, Gannon M. Improving college student success in gateway science courses: lessons learned from an anatomy and physiology workshop. American Journal of HealthSciences 2012;3(3):159-168.
- 4- Yıldırım M. Topografik Anatomi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2014.
- 5- Yıldırım M. İnsan Anatomisi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2012.

- 6- Çetkin M ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinin anatomi eğitimi hakkındaki düşünceleri. Gaziantep Med J 2016;22(2):82-88.
- 7- Uygur ve ark. Anatomi Eğitimi Hakkında Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Int J Basic ClinMed 2013;1(2):94-106
- 8- Nnodim J O. Learning human anatomy: Student preferences of methods in a Nigerian medical school. MedEduc1988;22:412-417.
- 9- Acuner AM ve ark. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi anatomi dersine ilişkin öğretim-öğrenmesürecinin değerlendirilmesi. Ankara Üni Tıp Fak Mec 1999;52:211-218.
- 10- Carmichael SW, Pawlina W. Animated Powerpoint as a tool to teach anatomy. AnatRec 2000;261:83-88.
- 11- Oktay A. 21. Yüzyıla Girerken Dünyada Yaşanan Değişimler ve Erken Çocukluk. Sevinç, M.(Ed). Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar, Morpa Kültür Yayınları İstanbul; 2005.
- 12- Özden Y. Eğitimde Dönüşüm- Eğitimde Yeni Değerler, Pegem A Yayıncılık, 2. Basım, Ankara;1999.
- 13- Chan WP ve ark. Students' vie vupon graduation: a survey of medical education in Taiwan. BMC MedEduc 2012;22:120-127.
- 14- Çizmecı O, Dinçdağ A, Değerli Ü. Olumlu bir öğrenim ortamı yaratmak. Tıp Eğitimi Dünyası 4; 2001.
- 15- Cankur NŞ, Turan S. Uludağ Üni Tıp Fak Der. Tıp Fakültesi eğitimi: I. Eğitim boyutu 2000;26:13-17.
- 16- Arı İ, Şendemir E. Anatomi eğitimi üzerine öğrenci görüşleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;29(2):11-4.
- 17- Otağ İ, Otağ A. Eğitim bilimlerinde insan anatomisi ve fizyolojisi eğitimi üzerine öğrenci görüşleri. CIJE 2013;2(3): July,39-45.
- 18- Gözil R ve ark. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. Sınıf Öğrencilerinin Anatomi Eğitimini Değerlendirmeleri. Tıp Eğitimi Dünyası 2006;23(23):27– 32.
- 19- Yılmaz S ve ark. Anatomi Eğitimi Üzerine Araştırma Görevlilerinin Görüşleri. Bozok Tıp Derg 2017;7(2):35-40
- 20- Arı İ ve ark. Bir Anket Çalışması: Anatomi Eğitimi ve Öğrencilerin Düşünceleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;29 (2): 15-18.
- 21- Kırılı M. Hemşirelik Eğitiminde Anatomi Dersinin Yeri Ve Önemi. Afyon Kocatepe Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi) Afyonkarahisar. 2019.
- 22- Özvarış Ş, Aslan B, Koçoğlu GO. İntern doktorların "sağlık eğitimi" seminerleri ile ilgili görüşleri. II. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, "2000'li Yıllarda Tıp Eğitimi", Bildiri Özet Kitabı, 2001. s. 159.

Kızılay'ın Türkiye'de İkinci Dünya Savaşı döneminde askeri sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetleri*

Red Crescent activities for military health services during the Second World War in Turkey

Gülhan Seyhun¹

¹Dr. Öğrt. Üyesi, Altınbaş Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, <https://orcid.org/0000-0002-9595-8064>

ÖZ

Giriş: Tarihsel geçmişi 1868'e uzanan Kızılay'ın temel kuruluş amacı, savaş yaralılarına bakarak insanlığa hizmet etmek olmuştur. Kızılay, İkinci Meşrutiyet ile teşkilatlanmasını arttırmış ve yıllarca süren savaşlarda askeri sağlık hizmetleri içinde yer almıştır. Cumhuriyet'in kuruluşuyla birlikte barış ortamı sağlanmış ancak savaşın getirdiği göç, salgın hastalık, açlık ve yoksulluklar içinde kalan halkın yaralarını sarmak hiç de kolay olmamıştır. Avrupa, 1930'lu yılların sonuna doğru adım adım savaşa sürüklenirken, Türkiye, bu savaşın dışında kalmayı hedeflemiştir.

Amaç: Türkiye II. Dünya Savaşı'na fiili olarak girmese de Türk ordusu savaşa hazırlanmış, Kızılay da bu hazırlıkların içinde yer almıştır. Bu çalışmada savaş hazırlıkları kapsamında Kızılay'ın askeri sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma yöntemi olarak veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Bu kapsamda 1939-1945 yılları arasında Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, Kızılay Arşivi, İstanbul Büyükşehir Belediye Arşivi ve dönemin geçerli mevzuatı incelenmiştir. Aynı dönem Cumhuriyet, Ulus, Vatan ve Akşam gazeteleri taranmıştır.

Bulgular: Bu dönemde Kızılay ve Türk ordusunun ortak ve düzenli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için mevzuatta yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu savaşa yönelik olarak Kızılay; gönüllü hemşirelik kurslarıyla hemşire yetiştirmiş, sayıları bir milyon üç yüz bine ulaşan asker için yardım kampanyası organize ederek askere kıyık kıyafet toplamış, savaşta açılacak hastaneler için malzeme tedarik etmiş ve depolarında hazır bulundurmuş, sıtma ilaçlarını yurt dışından getirtmiş, sivil ve asker için gaz maskesi üretmiştir. Diğer yandan karşılıklı savaşan devletlere ait esir mübadele işlemlerini, her iki taraf devletin takdirini kazanacak şekilde desteklemiştir.

Sonuç: Türkiye II. Dünya Savaşı'na fiili olarak girmemiştir. Ancak Kızılay'ın savaşa hazırlık faaliyetleri, askeri sağlık hizmetlerine maddi ve manevi önemli bir katkı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Kızılay, II. Dünya Savaşı, gaz maskesi.

ABSTRACT

Introduction: The main purpose of the Red Crescent, whose historical background goes back to 1868, is to serve humanity by helping the sick and wounded in the war. The Red Crescent expanded its organization with the Second Constitutional Monarchy and took part in military health services for years of war. An atmosphere of peace was established with the foundation of Republic, but it was not easy to bind up the wounds of the people who suffered war, immigration, epidemics, hunger and poverty. While Europe was gradually dragged into the war towards the end of 1930, Turkey aimed to stay out of the war.

Aim: Although Turkey did not actually enter the World War II, The Turkish army was prepared for the war and Red Crescent was involved in these preparations. In this study, it is aimed to reveal the activities of the Red Crescent for military health services within the scope of preparations for war.

Method: Data collection method was used as research method. In this context, between 1939-1945, the Prime Ministry Republic Archive, Kızılay Archive, Istanbul Metropolitan Municipality Archive and the current legislation of the period were examined. In the same period Cumhuriyet, Ulus, Vatan and Abiye newspapers were scanned.

Results: In this period, new regulations were made in the legislation for Red Crescent and the Turkish army to operate jointly and regularly. For this war, Red Crescent trained nurses through volunteer nursing courses, organized a relief campaign for the soldier, whose number reached one million three hundred thousand, and collected winter clothes for the soldier, supplied materials for the hospitals which were to be opened during the war, and kept the materials available in the storage, brought malaria drugs from abroad, produced gas masks for civilian and military. On the other hand, Red Crescent supported the exchange of captives of the warring states in a way that the both sides appreciated.

Conclusion: Turkey was actually enter the World War II. Red Crescent made an important contribution to the military health services in this period. However, the Red Crescent's war preparatory activities made a substantial and spiritual contribution to military healthcare.

Keywords: Red Crescent, Second World War, gas masks.

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 209-221

DOI: 10.31020/mutfd.651689

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 17 Mart 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 12 Nisan 2020

İletişim - Correspondence Author: Gülhan Seyhun <gulseyhun88@gmail.com>

GİRİŞ

Kızılay'ın kuruluşu uluslararası bir girişim sonucu olmuştur. 1864'te İsviçre'de yardımseverlerin öncülüğünde uluslararası bir konferans toplanmış ve savaşlarda yaralıları tedavi etmek amacıyla Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır. Osmanlı Devleti, bu sözleşmeyi 1865'te imzalamış ve bu doğrultuda 11 Haziran 1868'de *Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti* (Mecrûhîn ve Marzâ-yi Askeriyyeye İmdad ve Muâvenet Cemiyeti) kurulmuş ancak bu cemiyet 1877'ye kadar herhangi bir varlık gösterememiştir. Cemiyet, 14 Nisan 1877'de hilal sembolünü kabul ederek Osmanlı Hilali Ahmer (Kızılay) Cemiyeti adıyla yeniden faaliyete başlamıştır.¹ Osmanlı-Rus Savaşı (1877-1878) ve Osmanlı-Yunan Savaşı'nda (1897) hasta ve yaralılara yardım eden bu cemiyetin varlığı askerî sağlık hizmetleri için yeni bir kazanım olmuştur.²

Kızılay, modern anlamda II. Meşrutiyet döneminde teşkilatlanmış ve bu dönemin cemiyetleşme atmosferi içinde nizamnamesi hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Bu süreçte Kızılay tarafından savaşlarda hasta ve yaralılara yardım edilmesi için gönüllü hastabakıcı kursları açılmış, böylelikle kadına çalışma sahası ve kadın hareketlerine de hareket alanı sağlanmıştır. Aynı dönemlerde askerî sağlık hizmetleri de kabul edilen yeni mevzuat ile teşkilatlanmaya başlamıştır. Kızılay işareti (beyaz zeminde kırmızı hilal) tarafsızlık sembolü olarak kabul edilmiş ve 1909'da yayımlanan "*Orduda Hizmeti Sıhhiyede bulunan Zabitan ve Memurin Vakti Seferde Bitarafılık Hakkında Talimat*" ile seferde bu işaretin askerî sağlık personeli, nakliye araçları ve malzemelerde kullanılma esasları belirlenmiştir.³ Kabul edilen "*Teşkilatı Sıhhiye-i Askeriye Nizamnamesi (1910)*" ile seferde Hilali Ahmer Cemiyetinin hastabakıcılarından faydalanılacağı belirtilmiştir.⁴

II. Meşrutiyet döneminde yaşanan Trablusgarp ve Balkan Savaşlarında Kızılay, hastaneler açmış, göçmenlerin yerleştirilmesinde ve esir değişimlerinde büyük rol oynamıştır. I. Dünya Savaşı döneminde yurt içinde ve yurt dışında teşkilâtını genişletmiş, Türkiye'de bulunmayan eşya, ilâç ve sağlık malzemesini buralardan temin etmiştir. Ordu sıhhiyesinin siparişleri de bu temsilcilikler vasıtasıyla sağlanmıştır. Savaş sırasındaki desteğini, sağlık heyetleri göndererek, hastaneler, nekahethaneler, misafirhaneler, aşevleri ve yetimhaneler açarak, salgın hastalıklarla mücadele ederek, hasta ve yaralıları tedavi ederek ve onların sevk edilmelerini gerçekleştirerek sağlamıştır. Bu dönemde kadınların açtığı sergilerde toplanan bağışlar, Kızılay'a kaynak olmuştur.²

Mondros Mütarekesi'nden sonra Meşrutiyetle açılmış olan cemiyetler, İstanbul hükümetlerinin baskı ve takibatına uğramıştır. Kızılay, dört defa teftişe tâbi tutulmuş, merkez binası 16 Mart 1920 gecesi itilaf kuvvetlerince işgal edilince, umumi kâtip Adnan Bey (Adivar) Anadolu'ya geçmiştir. Ekim 1920'de Ankara (Anadolu) temsilciliği teşkil edilerek, Anadolu'daki merkez ve şubelerin yönetimi Ankara temsilciliğine bağlanmıştır. Cumhuriyetin ilanı ile cemiyetin adı, Türkiye Hilali Ahmer olarak değiştirilmiş, 1935'de de Türkiye Kızılay Cemiyeti adını almıştır. Ocak 1924'te bütün merkez ve şubeler İstanbul'a bağlanmıştır. Kızılay'ın en büyük değişikliği 1925 genel kongresinde gerçekleşmiş, 4 Ağustos 1925'te 134 maddelik yeni nizamname kabul edilerek merkezi Ankara'ya taşınmıştır.²

Kızılay, bir yardım cemiyeti olmasının yanı sıra işleyiş tarzı ve iş birliği yaptığı Batılı devlet ve cemiyetlerden oldukça etkilenmiş ve çağdaş metotları kabul etmiştir.² Yönetici kadrosunun aydın kişilerden olmasının yanında asker ve sivil tüm halk tarafından desteklenmesiyle Cumhuriyetin geride bırakmadığı bir kurum olmuş ve Cumhuriyet felsefesine paralel çalışmalar yürütmüştür.⁵

Türkiye Cumhuriyeti Devleti, Atatürk'ün önderliğinde "Yurtta sulh cihanda sulh" ilkesiyle hareket ederken, 1930'lu yılların sonuna gelindiğinde Avrupa adım adım savaşa sürüklenmiştir. Cumhurbaşkanı İsmet İnönü, devlet yetkilileri, askerler ve doktorlar savaşın acılarını yıllarca tecrübe etmiş kişilerdir. Kim bilir kaç canın yitip gittiğine tanık, geride kalanlarının acısına ortak olmuşlardır. Amaç bu ülkeye bir daha savaş yüzü göstermemektedir. Ancak Türkiye bu savaşa fiili olarak girmese de seferberlik ilan edilmeden topyekûn olarak savaşa hazırlanmış, asker sayısı bir milyon üç yüz bini bulan ordu da topyekûn savaşa hazırlanmıştır. Kızılay da bu hazırlıklar içinde yer almıştır.⁴

II. Dünya Savaşı Döneminde Kızılay'ın Askeri Sağlık Hizmetlerini Yürütmede Dayandığı Mevzuat

Kızılay, savaş şartlarında ve doğal afetlerde ordu ile ortak çalışan ve sivil sağlık desteği sağlayan bir kurumdur ve savaş zamanındaki konumu ve sorumlulukları **Tablo 1'de** yer alan mevzuatta belirtilmiştir. Bu mevzuatın bir kısmı önceki yıllara tarihlenirken bir kısmı da savaş tehdidiyle kabul edilmiş veya yeniden düzenlenmiştir.⁴

Tablo 1. II. Dünya Savaşı Döneminde Kızılay'ın Askeri Sağlık Hizmetlerini Yürütmede Dayandığı Mevzuat

1	Hilaliahmer ve Salibiahmer Cemiyetleri Namına Vürüt Edecek Eşyanın Gümrük ve Belediye Rüşumile Tekalifi Sairenden Muafiyeti Hakkında Kanun (1332)
2	Teşkilatı Sıhhiye-i Askeriye Nizamnamesi (1910)
3	Kızılay Nizamnamesi (1925)
4	Sıhhiye Teçhizat Talimatı E-25 (1935)
5	Ordu Dahili Hizmet Kanunu (1935) ve Talimatnamesi (1936)
6	Her Sınıfa Mahsus Sıhhiye Hizmeti Talimnamesi (1910 ve 1940)
7	Her Sınıfa Mahsus Teskerecilik Talimatnamesi (1937 ve 1940)
8	Milli Müdafaa Mükellefiyeti Kanunu (1939)ve Nizamnamesi (1940)
9	Kızılay Cemiyeti ve Harp ve Afet Vukuunda Onunla Birlikte Çalışmak Üzere Hükümetin Müsaadesile Gelecek Bu Türü Sıhhi ve İnsani Yardım Heyetleri Namına Vürüt Edecek Olan Eşyanın Gümrük Vergisinden Muafiyetine Dair Kanun (25 Eylül 1941)

Kızılay öncelikle, sahip olduğu imkânlarla savaştan ordunun hasta ve yaralılarıyla ilgilenen, kara ve deniz kuvvetlerinin sağlık hizmetlerine yardımcı olacaktır. Yaralılar için cephelere yakın yerlerde seyyar hastaneleri ile Sıhhiye trenleri bulunduracak ve hastane gemileri hazırlayacaktır. Herhangi bir savaş durumunda bir yıllık geliri kadar harcama yapabilecektir.

Kızılay'ın savaşta ve olağanüstü hallerde faaliyetleri aşağıdaki maddelerde kısaca özetlenmiştir:

1. Hükümetin göstereceği lüzum ve ihtiyaca göre cephe veya cephe gerisinde dernek amacına uygun olarak orduya yardım eder,
2. Savaşta görevlerini yapmak üzere araç gereci ve ilaçları temin ederek sağlam bir şekilde muhafaza eder, stok seviyesini korur,
3. Ordu ile irtibat sağlamak için Merkez Kurul Üyesini ve gerekirse başka personelini orduya delege olarak gönderir,
4. Orduda görülecek bulaşıcı hastalıklara karşı mücadeleye katılır,
5. Tüm Türk, dost ve düşman savaş esirlerinin, gözaltına alınanların ve mültecilerin değiştirilip aileleriyle haberleşmelerine, para, eşya ulaştırılmasına aracılık edip, gereken araştırma ve haberleşme ağını kurar,
6. Tehlikeli bölgelerde çocukların korunmaları ve hükümetin göstereceği güvenli yerlere taşınmaları ve yerleştirilmelerine yardım eder, hükümetin göstereceği yerlere hastane açar.⁶

Bu çerçevede, Kızılay'ın savaş şartlarında ordu ile sivil sağlık hizmetleri arasında bir köprü görevi gördüğü söylenebilir.

Kızılay'ın Savaş döneminde askeri sağlık hizmetlerine nasıl destek olacağı mevzuat ile belirlenmiştir. Bunlardan *"Teşkilat-ı Sıhhiye-i Askeriye Nizamnamesi"*ne göre hasta bakım hizmetleri, askeri hastabakıcı ve sivil hastabakıcı dışında, gönüllü hastabakıcı cemiyetlerinin ve Hilali Ahmer Cemiyeti'nin hastabakıcılarından temin edilecektir. Bu hastabakıcı sayıları kolordu komutanlıklarınca belirlenecek, yine bu komutanlıkça istihdam edilecektir. *"Her Sınıfa (kuvvet) Mahsus Sıhhiye Hizmeti Talimnamesi"*nin 1940'da yeniden düzenlenmesiyle ile Kızılay'ın seferde ordu ile nasıl entegre olacağı açıklanmış, seferde sıhhiye hizmetlerinin kuruluş ve çalışmasında sivil desteği ve iş birliğinin önemli olduğu, ordunun tedavi ve profilaksi işlerinde sivil sağlık hizmetlerinin desteğine ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir. *"Sıhhiye Teçhizat Talimatı"* ile Kızılay işaretinin seyyar ordunun tüm sıhhiye personeline, sıhhi mahal ve araçlarında kullanılış şekli açıklanmıştır. Yine 1940'da yeniden düzenlenen *"Her Sınıfa Mahsus Teskerecilik Talimatı"* ile de teskereci askerlerdeki kullanımı açıklanmıştır.⁴

Diğer yandan 7 Haziran 1939'da kabul edilen 3634 sayılı *Milli Müdafaa Mükellefiyeti Kanunu (1939) ve Nizamnamesi (1940)* ile herkesin genel veya kısmi seferberlik halinde ve olağanüstü hallerde yapılacak seferberlik hazırlıkları ile ilgili sorumlulukları belirlenmiştir. Bu mevzuata göre askeri sağlık hizmetleriyle ilgili olarak kadınlar yaşlarına göre, dikim ve terziilik, ütücülük, aşçılık hizmetleri, levazım ve harp sanayi işleri, sağlık ve sosyal yardım kurumları, yardımcı hemşirelik, hastabakıcılık, sıhhiyeye ait depo, fabrika ve laboratuvar hizmetlerinden, erkekler de sağlık ve sosyal yardım kurumları Kızılay ve benzerleri hayır cemiyetlerinin hizmetlerinden yükümlü tutulmuşlardır.⁴

Askeri mevzuat içinde yer alan "*Her Sınıfa Mahsus Sıhhiye Hizmeti Talimnamesi*" ile savaş şartlarında Kızılay'ın ordu sağlık hizmetleri için nasıl konumlanacağı ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bu mevzuata göre Kızılay, Milli Müdafaa Vekâleti Sıhhat İşleri Dairesi Başkanı ve Başkomutanlık sıhhi müşavirinin gösterecekleri lüzum üzerine orduya yardımda bulunacaktır. Türk ordusu ile düşman ordusu subay ve askerlerinin esir, yaralı, hasta ve gazlılarına (gaz saldırısına maruz kalanlar) bakacak, bunların kara, deniz, hava vasıtalarıyla nakledilmesine yardımcı olacaktır. Ordunun ihtiyacı olan hemşire ve hastabakıcıları yetiştirecek, ihtiyaç olduğunda sıhhi birlik ve hastanelerine gerekli sıhhi malzeme ve eşya ile iâşe maddelerinin tedarik edilmesine yardımcı olacak, askerî makamların gösterdiği yerde açılan Kızılay hastanelerini idare edecektir. Orduda görülen bulaşıcı hastalıklara karşı açılan savaşa katılacak, gaziler için suni uzuv imalatına yardım edecek, asker ve sivil esirlerin muhabere, eşya, para işlerinde aracılık edecek, kayıp, şehit, ölümler hakkında bilgilerin tutulmasını sağlayacaktır.⁴

Kızılay; seferberlik ilanı ile bir temsilcisini Başkomutanlık nezdinde görevlendirecek, bundan başka harp cephelerine de temsilci gönderecek, ihtiyaç duyulan hastane ve teşkilatları açarak mıntika komutanlıklarına bağlı olarak çalışacaktır. Özel şahıslar ve cemiyetler tarafından ordunun hasta ve yaralılarının nakil veya bakımları için yapılacak her türlü yardımlar, Kızılay'ın himâye ve kontrolünde, ordunun direktiflerine göre sevk ve idare edilecektir.⁴

Seferde Kızılay ve diğer yardım kuruluşlarının hastaneleri kolordu komutanlığına bağlanacak, memleket içi hastanelerin ihtiyaca göre açılıp kapanmasına da Milli Müdafaa Vekâleti Sıhhat İşleri Dairesi karar verecektir. Tarafsızlık işareti sayılan Kızılay işaretinin seyyar ordunun tüm sıhhiye personeline, sıhhi birim ve araçlarda ne şekilde kullanılacağı da bu mevzuatta belirtilmiştir.⁴

Diğer yandan harp durumunda orduya destek olacak olan Kızılay ve kendisiyle birlikte hizmet edecek heyetlerin tedarik edeceği sıhhi malzeme ve alet her çeşit vergiden muaf tutulacaktır.⁷

Kızılay'ın II. Dünya Savaşı döneminde askeri sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetleri şunlardır:

1. Sıhhi Malzeme Tedarik Edilmesi ve Depolanması
2. Gaz Maskesi üretilmesi.
3. Gönüllü hemşirelik kurslarıyla ordu için hemşire yetiştirilmesi.
4. Esir mübadelesi
5. Askere Kışlık Hediye Bağışı Kampanyasının düzenlenmesi

1. Sıhhi Malzeme Tedarik Edilmesi ve Depolanması

Kızılay, savaş ihtimaline karşı, geniş ölçüde çadır, giyecek, ilaç, harp paketi ve yiyecek stoku yapmaya başlamıştır. İlk olarak; Kızılcahamam, Afyon, Etimesgut'ta bulunan Kızılay depolarına 500 yataklı 20 yardım hastanesi kontrol edilerek ambalajlanmıştır.⁸ Bu kapsamda 1941'de bin adet karyola alımı için Vatan gazetesine ilan verildiği, numunelerin Yenişehir Merkez'e getirilmesi ve Etimesgut depolarında teslim alınacağı bildirilmiştir.⁹ Olağanüstü hâl nedeniyle donanma için hastane gemisi olarak kullanılmak üzere Ulaştırma Bakanlığından Etrüsk gemisi kiralanmış ve çeşitli yerlerine Kızılay işareti konulmuştur.¹⁰ Bu dönemde yaşanan Erzincan depreminde yıkılan Askerî Hastane personeli ile birlikte açılan Kızılay Hastanesine taşınmışlardır.¹¹

Türk ordusunun sıhhi malzeme ihtiyacı Milli Müdafaa Vekâleti Sağlık Daire Başkanlığı kanalıyla karşılanmış, savaş süresince genel sıhhiye deposu boş bırakılmamaya çalışılmış, bu alımların dışında Kızılay, ordu için

sıhhi malzeme tedarik kanalı olmuştur. Kızılay'dan temin edilemeyen ilaçlar da pazarlıkla ve ihale usulü ile temin edilmiştir. Örneğin, 10 Mart 1939 tarihinde, ordunun sıhhi ihtiyacı olan Bayer Fabrikası mamulâtı ilaçların Kızılay Kurumu tarafından temin edilemeyeceği anlaşıldığından pazarlıkla satın alınması İcra Vekilleri Heyetince onaylanmıştır.¹²

Ordunun ve ülkenin kinin ihtiyacı 15 Haziran 1935 tarihli, 2767 sayılı "Sıtma ve Frengi İlaçları Hakkında Kanun" hükümlerine göre kinin ve türleri ile tuzlarını ülkeye sokmak veya ülke içinde yapmak Türkiye Kızılay Cemiyetinin monopolü altına verilmiştir. Toptan satış fiyatları da Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti tarafından tespit edilmiştir. Savaş sırasında sıtma, mevsiminde adeta salgın şeklini almış, harp nedeniyle temini güçleşen kinin ve *atebrin* yetersiz kalmıştır. Daha sonra kinin üreten ülkelerle irtibat kopmuş, *atebrin* üreten Almanya ile ulaşım yollarının kapanması ile durum kritik bir hâl almıştır.¹³

Cumhuriyet Arşiv belgesine göre, 10 Haziran 1939'da Kızılay'ın açacağı hastaneler için gerekli olan 15.253 kilo saf alkolün ve 20 Mayıs 1940'ta 5 kilo alkol apsolü ile 11.000 kilo saf alkolün alındığı yine savaş süreci boyunca ordu için gerekli olan Kinin, Sulfamid gibi zorlukla ele geçen ilaçlar Kızılay aracılığı ile tedarik edilmiştir. Kinin yerine kullanılan *Atebrin*, çeşitli ilaç ve malzeme siparişleri Washington Büyükelçiliği adına açılan akreditiflerden alınmıştır.⁴ Cemiyetin Millî Müdafaa ihtiyacı için bir kalemde sipariş ettiği malzemeler **Tablo 2'**de gösterilmiştir.

Tablo 2. Kızılay Cemiyetinin Millî Müdafaa İhtiyacı İçin Sipariş Verdiği İlaçlar (1942)

S.nu.	Miktarı	İlaç adı
1	2 ton	Bismuth Sounitrate
2	2 ton	Sodium Benzoat
3	500 kilo	Dymethyl Amino Phenozan
4	1 ton	Terpin Hydratee
5	200 kilo	Agar-Agar
6	201 kilo	Gelatin

Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 179.325.28, s. 4.

Milli Müdafaa Vekâletinin 9 Mayıs 1939 tarihli yazısıyla; ordunun kinin ihtiyacının fazla olduğu, verilen barış bütçesi ile kinin ihtiyacının karşılanmadığı, depo edilen kininlerin tüketildiği, bu ihtiyacı ne Kızılay'ın karşılayabildiği ne de tüccar vasıtasıyla temin edilebildiği, 30 ton kinin ihtiyacının Kızılay tarafından verilmesi veyahut hariçten temin edilmesi istenmiştir.⁴

Yine Milli Müdafaa Vekâletinin 3 Temmuz 1939 tarihli yazısında; Kızılay Cemiyetinden ordunun seferî ihtiyacı olan otuz ton kininden bedeli 1940 senesinde ödemek üzere ancak bir tonunun alınabildiği, geriye 29 ton kaldığı, cemiyetin ilaç stok edebilecek mali kudreti olmadığı, uzun vadede ödeme karşılığında ilaç veremeyeceği, inhisarı cemiyete ait olan bu ilacın dışarıdan alınamayacağı, herhangi bir seferberlik vuku bulduğunda ordunun sıhhi durumunun çok müşkül bir vaziyete düşeceği bilgisi verilmiştir. Bunun için; ordunun ihtiyacı olan seferî ilaçların monopolün dışında tutularak serbestçe hariçten alınmasını veya 29 ton kinin ile diğer monopola dâhil olup da ordunun sefer ihtiyacı olan diğer ilaçların (50.000 seri neosalvarsan, 2000 şişe *atebrin*, 10.000 şişe *bizmojenol*, ve *kasbis* veya *medobiz*, ile 1500 kilo *iyot potasyum*, 1600 şişe *plazmokin*, 150 kilo *tannat dö kinin* ve 500 kilo *Ekors dö kinkina*) vekâlet namına Kızılay'da depo ettirilmesi talep edilmiştir.⁴

31 Temmuz 1939 tarihli Maliye Vekâletinin konu ile ilgili görüş bildiren yazısında ordunun ihtiyacı olan kininin ve diğer ilaçların mevcut şartlarda karşılanamayacağı ve "3395 sayılı Kanun" ile düzenlenen cetvelin bu ihtiyaca göre yeniden tadil edilmesi uygun görülmüştür. Başvekâlet, 2 Ağustos 1939 tarihli yazısıyla Maliye Vekâletinin görüşünü Milli Müdafaa Vekâletine bildirmiştir. Milli Müdafaa Vekâleti, bu yazıya cevaben Kızılay tarafından uzun vadeli bonoların kabul edilmesini veya ordunun ihtiyacı olan kinini depolamasını tekrar istemiştir.⁴

Kızılay'ın 18 Eylül 1939 tarihli cevabında; orduya bir kısmının bedeli 1940 yılında tediye edilmek üzere 4 ton kininin verildiği, uzun vadeli bonoları hiçbir ticari müessesesinin kabul etmeyeceği, döviz karşılığında yirmi ton kininin Hollanda ve Almanya'dan sipariş edildiği ancak sadece Hollanda'dan kininlerin yola çıkarıldığı bildirilmiştir. Almanya'nın ise mevcut durumunun ikmale uygun olmadığı için kininlerin gönderilemediği öncelikle memleketin ihtiyacı olan kininin tedarik menşelerinin ve sermayenin bulunması gerektiği, bundan

sonra da döviz müsaadesinin verilmesinin gerektiği ifade edilmiştir. Yazının devamında, bir yıllık kinin ihtiyacı olan 40–50 tonluk kininin tedarikinde esas sorun takriben bir buçuk milyon değerindeki paranın tediyesi ve serbest döviz müsaadesi olduğu, maddi yardım yapıldığı ve serbest döviz müsaadesi verildiği takdirde Kızılay'ın üzerine düşen vazifeyi yapacağı bildirilmiştir.⁴

Maliye Vekâletinin 22 Kasım 1939 tarihli yazısında; kinin mubayaası için tahsisat bulunulsa dahi, 1939 takvim yılı için tanzim edilen döviz cetvellerine kinin karşılığında konulmuş olan 550.000 liralık serbest döviz tamamen sarf edilmiş olduğundan, ihtiyaç olacağı düşünülen 1.500.000 liralık serbest dövizin yeniden tahsisata ilave edilmesinin mümkün olmadığı ifade edilmiştir. Ancak yeterli tahsisat temin edilecek olursa kininin Hollanda ile Türkiye arasında mevcut olan Klering Sözleşmesi hükümlerine göre veya bu sözleşmeye bağlı 27 Şubat 1939 tarihli mektup gereğince şarap, likör, sigara ve pipo tütününü, hububat (buğday müstesna) gibi maddelerde senelik 250.000 florinlik plafon dâhilinde yapılacak ihracatla kinin alınması hakkında ortaya konulmuş kaydın biraz daha dağıtılması suretiyle temin edilmesi çarelerinin aranılması gerektiği bildirilmiştir.¹⁴

Kızılay Cemiyeti için 1939 yılı ihtiyacına sayılmak üzere Amsterdam'dan alınacak ve bedelinin yarısı serbest dövizle ödenecek 19 ton muhtelif kinin için 41.418,15 sterlinlik ve tamamı dövizle ödenmesi icap eden 2 ton 300 kilo kına kına kabuğu için 3373 Hollanda florinlik döviz tahsisatı onaylanmış, Temmuz 1939'da 51.000 sternlik tahsisat tediy edilmiştir.⁴ Aralık 1939'da, 1939 senesi kinin bedeli bakiyesi olan 9710,8,4 sterlin ve 1575,16 florinlik döviz karşılığı Kızılay namına 1939 döviz cetveline ithal edilmiştir.¹⁵

Kızılay, kabul edilen 1940 yılı döviz bütçesi ile Amsterdam'a (*Amsterdamsche Chinine Fabriek* Kurumu) 24 Ton 275 kilo kinin sipariş etmiştir.¹⁶ Kızılay cemiyeti tarafından memlekette bulunmayan ordu sıhhi ilaç ve kinin yerine geçen atebirin ile ilaç ve malzeme siparişleri Washington Türkiye Büyükelçiliği adına açılan akreditiflerden alınmıştır. New York Ticaret Ataşemiliteri, Ağustos 1942'den sonra Amerika hükümeti Türkiye'de oluşturulan Kiralama ve Ödünç Verme Kanunu dâhilinde para ile satın alınabilmesi için Ankara'da kurulu Müteşekkil Koordinasyon Bürosundan tebligat yapılması gerektiğini bildirmiştir.¹⁷

Eylül 1940'ta ülkenin kinin ihtiyacını temin için Kızılay'a bir milyon liraya kadar kredi verilmesi kabul edilmiştir.¹⁸ Kızılay Cemiyeti sıtma ve frengi hastalıkları için kinin ve kınakına kabuğu ihtiyacının, bir kısmını serbest dövizle Amsterdam'dan, bir kısmını da Almanya'dan klering yoluyla temin etmekte iken 1940 senesinde Türk-Alman Klering Anlaşması sona erdiğinden Hollanda kleringi de muntazam işlemediğinden kalan kininin 1940 yılı döviz cetveline konacak 44.261.6.2 İngiliz liralık tahsisatla serbest dövizle alınmasına müsaade istemiş, Maliye Vekilligince bunun mümkün olduğu bildirilmiştir.¹⁹

Mart 1942'de memlekete kinin getirilmesi güçleşmiş ve stok miktarı da büyük bir itina ve tasarrufla kullanmayı gerektirmiştir. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekilligi bu durum karşısında bazı tedbirler almak lüzumunu duymuştur. İkinci bir emre kadar sıtma tedavi müddeti beş güne indirilmiş, korunma kinini verilmesi yasak edilmiştir. Sıtmalı olanlara Atebrin verilecek, zorunluluk olmadıkça hastanelerde kinin kullanılmayacaktır. Hali ve vakti yerinde olanlara parasız verilmeyecektir.⁴

Millî Koruma Kanunu'nun 14'üncü maddesi, 3'üncü fıkrasına dayanarak 9 Mayıs 1942'de, toz ve komprime kininlerin beyana tabi tutulması ve bunlara değer fiyat karşılığında satın alınmak üzere hükümetçe el konulmasına karar verilmiştir.²⁰ Mayıs 1942'de Maliye Vekilligince, Milli Müdafaa Vekâleti Hava birlik ve kurumlarına gereken 100 kilo kinin ihtiyacının İngiltere Hava Ataşeliğinden alınması için ücretinin 1942 takvim yılına ait döviz cetvelinden tahsis edilmesinin mümkün olduğu bildirilmiştir.²¹

Milli Müdafaa Vekâleti tarafından 6 Mart 1943 tarihli bir yazıyla ordu sıhhi ihtiyacı için 25 milyon liralık İngiltere'ye sipariş edilmiş olan on ton kininden beş tonunun Güney Afrika'dan İstanbul'a gönderildiği, Londra Ataşemiliterliğinin 25 Şubat 1943 tarihli şifresi ile anlaşıldığı, gelen kininin İstanbul'da Kızılay tarafından tesellüm edildiği ancak bunun iki tonunun orduya verilmesi istenmiştir. 26 Mart 1943 tarihli bir yazıyla gelmiş olan kininlerin daha evvelce Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekilligi tarafından sipariş edilip de henüz gelen kininler olduğu, ordu için istenen kinin olmaması gerektiği, zaten içinde bulunulan yıl Milli Müdafaa Vekâleti emrine bir ton kinin verildiği, stokta bulunan kininlerin başta ordu için kullanılacağı cevabı verilmiştir.²² Bu yazışmalardan anlaşılmıştır ki savaş şartlarında hem askerin hem de sivil halkın kinin ihtiyacını temin etmekte sıkıntı yaşanmıştır.

2. Gaz Maskesi Üretilmesi

İkinci Dünya Savaşı öncesinde, hem sivil hem asker sağlığı açısından gaz saldırısı, tehdit olarak algılanmış ve buna yönelik önlemler alınmaya başlanmıştır. Askerî Fabrikalar Genel Müdürlüğü, Mamak Laboratuvarında bir adet maske atölyesi yaptırmış ve 22 Temmuz 1933 tarihinde işletmeye açılmıştır. Haziran 1935'te *Kimya Harbinden Korunmaya Mahsus Malzeme Hakkında Kanun*" ile maskeler ve gazdan korunmaya yarayan her türlü araç gerecin yurda sokulup, yapılıp satılma hakkı Kızılay Cemiyetine verilmiştir. Bunun üzerine Mamak'ta bulunan Gaz Maskesi Fabrikası, ordunun ve sivil halkın gaz maskesi ihtiyacının karşılanması için 1935 yılında Türkiye Kızılay Cemiyetine bağlı olarak faaliyetine devam etmiştir. Fabrika için ihtiyaç duyulan makine ve teçhizatın ülke içerisinden tedarik edilmesi, dışarıdan getirilmek zorunda kalınanların da Klering anlaşması yapılan ülkelerden alınarak kontenjan haricinde ülkeye sokulması kabul edilmiştir.⁴

Bütün dünya gaz maskeleri, 1938'de Genelkurmay, Millî Müdafaa, Sıhhiye ve Gaz Komutanlığı mütehassıslarınca tetkik edilmiş, en başarılı bulunan Alman halk maskesi daha da mükemmelleştirilerek özel *Türk Halk Maskesi* üretilmiştir. Kızılay 1939'da halk için ayrı kutularda ve kullanma talimatlı maskeler üretmiştir. Bu maskeler, Kızılay'ın Ankara Umumi Merkezinden ya da İstanbul'da Yenibosna civarında Depo Direktörlüğünden perakende veya toptan satışa sunulmuş, şahsen müracaatla veya posta ücreti Kızılay tarafından karşılanmak üzere posta ile tanesi altı lira olarak belirlenmiştir. Mamak Gaz Maskesi Fabrikasında günde 300 adet Türk tipi maske ile 200 adet yeni Türk tipi maske yapılabilmektedir. Kızılay'ın ürettiği bu gaz maskelerini kurumlar da satın almıştır.²³

Ağustos 1939'da İstanbul Belediyesi Genel Meclisi'nde hava saldırılarından korunmak için Kızılay satış deposundan satın alınan 100 adet ordu tipi maske için 2152 lira 58 kuruş İstanbul Vilayet Seferberlik Müdürlüğü tarafından satın alınan 100 adet büyük süzgeçli maskenin ambalaj ve nakli için 33 lira 77 kuruş ödenmesine karar verilmiştir. Millî Müdafaa Vekâleti gaz saldırısına karşı savaş yıllarında 1.176.959 TL harcama yapmıştır.⁴

Gaz maskeleri için Almanya'dan alınan filtrelerin daha sonra Amerika'dan alınması gündeme gelmiştir. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti tarafından, 22 Mayıs 1940 tarihli bir yazı ile Kızılay Maske Fabrikasında imal edilen maskeler için lüzumlu olan filtre kâğıtlarının, Almanya'dan alınmakta iken mevcut durumda başka memleketten alınmasının gerektiğini, buna da ancak Amerika Pensilvanya'daki Acme firmasının cevap verebileceği, malın imaline başlamadan evvel tam bedeli tutarının New York'ta akreditif açtırılmasının şart koşulduğu bildirilmiştir. Ticaret Vekâleti ise buna olumsuz cevap vermiştir.²⁴ Bu belgeden anlaşıldığına göre gaz maske yapımında kullanılacak malzeme konusunda sıkıntı yaşanmıştır.

Temmuz 1940'da bir seferberlik veya harp vuku bulduğunda, askerî makamlarca el konulacak olan fabrikalar içinde A sınıfına dâhil olan Ankara Mamak Kızılay Maske Fabrikasının B sınıfına konulması kabul edilmiştir.²⁵

Mayıs 1943'te, Mamak Gaz Maske Fabrikasının, çelişkili gibi gözükse de makineleri için Milli Müdafaa Vekâletine devri ile ilgili mazbata hazırlanarak meclise sunulmuştur. Gerekçe olarak:

1. "*Kimya Harbinden Korunmaya Mahsus Malzemeler Hakkında Kanun*" hükümlerine göre; Kızılay Cemiyeti tarafından Mamak'ta çalıştırılan Gaz Maske Fabrikasında maske ve gazdan korunma malzemesinden başka gerek kimya ve gerekse diğer müdafaa harp silâh ve vasıtaları imalinin de mümkün görülmesinden; Kızılay Cemiyeti emrinde bulunan bu fabrikada harp silâh vasıtalarının imalinin Kızılay'ın kuruluş ve amaçlarına ve milletlerarası durumuna uygun bulunmadığından; bu fabrikanın 1943 senesi Haziran ayında Milli Müdafaa Vekâletine devri münasip görülmüş ve bu maksatla ilişik kanun lâiyhası tanzim olunmuştur.

2. Maske fabrikası maske ve gazdan korunma malzemesinin tedarik edilmemesinden veyahut ordu için maske ve gazdan korunma malzemesi ihtiyacının tamamlanmamasından veya diğer sebeplerden dolayı, faaliyetini kısmen tatil etmesi durumunda, her türlü kimya ve diğer harp silâh vasıtalarıyla Millî Müdafaa'nın diğer işlerinin imalatına müsait bulunan ve modern makine ve tezgâhlara sahip olduğundan fabrikanın Milli Müdafaa Vekâleti emrine devredilme zarureti bir kat daha artmıştır.

3. Fabrikanın şimdiye kadar yaptığı maskelerin fiyatları Avrupa'dan celp edilenlere nazaran daha pahalı ise de evsaf itibarıyla daha iyidir. Yeni sene için bu fiyatlar, usta ve amele yevmiyelerinin artmasından ve malzeme fiyatlarının yükselmesinden dolayı en az bir misli daha artacağı düşünülmektedir. Bu fabrika Millî

Müdafaa emrine geçtikten sonra silâh altına alınacak ustalardan istifade edileceği gibi bekçiler ve hademeler yerine de kısmen erler istihdam edilebileceğinden üretimin daha ucuza mal olacağı da tahmin edilmektedir.²⁶

Temmuz 1943'te "Mamak Gaz maske fabrikasının Millî Müdafaa Vekâletine devri hakkında kanun" kabul edilmiş ve 1944'ten itibaren de Askerî Fabrikalar Genel Müdürlüğüne devredilmiştir.²⁷ Böylece Askerî Fabrikalar Genel Müdürlüğünün önceden yaptırdığı kendi bünyesindeki atölye ile Türkiye Kızılay Cemiyetinden devralınan tesisler birleştirilmiştir.²³

3. Gönüllü Hemşirelik Kurslarıyla Ordu İçin Hemşire Yetiştirilmesi

Kızılay, olası savaş tehdidine karşı ordu için gönüllü hastabakıcılık kursları açmış ve bunu dört ayrı devrede gerçekleştirmiştir. Kızılay hemşirelerinden Fatma Eneren Bengisu, 1937'de Londra'da gerçekleştirilen Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne katıldıktan sonra 1939'da Kızılay Gönüllü Hastabakıcı Teşkilatında görev almıştır. Bu yıllarda hastabakıcılık teşkilatına sosyo-ekonomik seviyesi yüksek ve yaşları 20-45 arası kadınlar müracaat etmiştir. Kızılay hem Numune Hastanesi'nde hem de Kızılay Hemşirelik Okulunda kurs açmıştır. Kursta yabancı kadınlar da katılmış ve bunlar kurstan önce ayrıca dil kursu görmüşlerdir.⁴

4. Esir Mübadelesi

Cenevre Sözleşmesi'ne göre, savaş esirleri özel bir sıhhi heyet tarafından muayene edilerek bunlardan hastaneye kaldırılmalarına lüzum görülenler, hastalıkları ağır olanlar ve savaş dışı kalan bazı şahıslar da iade edilebilecektir. İngiliz hükümeti kendisine dost bir devlet vasıtasıyla esir mübadelesi konusunda İtalyan hükümeti ile müzakerelerde bulunmuş ve mübadele değişimi başlamıştır. Mübadelede esir sayısı önemli değildir ve nakiller hastane gemileriyle yapılacaktır.⁴

Kızılhaç Cemiyeti, Rusya'dan başka bütün muharip ülkelere yetkili delegelerini göndermek suretiyle harp esirlerine gereken yardımı yapmıştır. Cenevre Sözleşmesi'ne göre faaliyetlerini yürüten Kızılhaç, harp esirleriyle ilgili işlemleri uluslararası delegeler nezaretinde yapması gerektiğinden, Temmuz 1941'de Ankara Hükümeti ile temasa geçmiş ve Kızılay ile esir mübadelesini gerçekleştirmek için Ankara'da bir büro tesis edilmesini talep etmiştir. Esir değişimi Türk ordusunun mevzuatında da yer almış, *Ordu Dahili Hizmet Kanun ve Talimatı*'na göre savaşta esirlere insanca ve nazik davranılarak silahların, hayvanların ve askerî evrakların alınarak esirler arasında üstlük ve astlık münasebetleri olmaksızın sevk, muhafaza, iâşe, idare ve istihdamlarının özel talimatlarla yapılmasına hükmedilmiştir.⁴

İkinci Dünya Savaşı'nın yaşandığı 1942-1943 yıllarında İzmir Limanı'nda dört kez, Mersin Limanı'nda bir kez olmak üzere İtalyan-İngiliz esirlerinin değişimi yapılmıştır. İlk değişim 7 Nisan 1942'de sakat, malul İngiliz esirlerini ve uluslararası Kızılhaç delegelerini taşıyan Lodavericastl Hastane Gemisi ile İtalyan esirlerini taşıyan Gradika Hastane Gemilerinin İzmir Limanı'na gelmesi ile 8 Nisan 1942'de yapılmıştır. Mübadele işini Garnizon Komutanı General Hakkı Akoğuz, diğer askerî yetkililer, Kızılhaç'ın Ankara delegesi ve Kızılay'ın İzmir merkezi üyeleri idare etmiştir.²⁸

Mübadele Cenevre Sözleşmesi'nin 63'üncü maddesi esasları dahilinde yapılmıştır. Malûllerin askerî rütbelerinin etkisi yoktur. Kızılay tarafından hazırlanan içinde kuru incir, üzüm, portakal, Türk sigarası vs. olan hediye paketleri esirlere dağıtılmıştır. Gerek İtalyan gerekse İngiliz esirler arasında şu sözler duyulmuştur:

"Dün gece ışıkları sönmemiş, bir şehir gördük ve onun zevkini yaşadık. Ne alarm, ne bomba, ne korku, ne tehlike harpten evvelki zamanlardan kalmış bir şehir gecesini, rahat, güzel, bol yıldızlı bir gece..."

Herkes kendi vapurlarına geçtikten sonra da teşekkür etmişlerdir. Vapurlar limandan ayrılırken vapuru izleyen bir Fransız:

"Bahtiyar Türkler, tarihlerinin mihverini ve seyrini ne büyük kuvvetle değiştirdiler. Onlar şimdi, dünyanın imrendiği ve kıskandığı bir barış içinde başkalarına iyilik ediyorlar"

şeklinde sözler söylemiştir.²⁹

İkinci değişim 21 Mart 1943'te Mersin Limanı'nda, üçüncüsü İzmir Limanı'na 18 Nisan 1943'te giriş yapan İngiliz hastane gemisi Talamba ve Tairea ile İtalyan hastane gemisi Gradisca ve Arjantina arasında 19 Nisan 1943'te gerçekleşmiştir. Bu üçüncü değişimde esirler arasında kolsuz, bacaksız, pek çok subay ve er ile pek çok veremli ve akıl hastası bulunmaktadır. Dördüncü değişim 8 Mayıs 1943'te, beşinci değişim 1-2 Haziran 1943'te yine İzmir Limanı'nda yapılmıştır.²⁸ Aşağıda verilen **Tablo 3'te** yukarıda anlatılan esir mübadelesini özetlemektedir:

Tablo 3. İkinci Dünya Savaşı Döneminde Türkiye'de Mübadele Edilen Esir Sayıları

Mübadele Yeri	İzmir Limanı	İstanbul	Mersin Limanı	İzmir Limanı	İzmir Limanı	İzmir Limanı	Toplam
	07.04.1942	10.11.1942	21.03.1943	18.04.1943	08.05.1943	02.06.1943	
İngiliz Esirler	129	162 Filistinli	863 Alman ve İtalyan	150	200	455	1797
İtalyan Esirler	919	305 Alman ve İtalyan	863 Alman ve İtalyan	1205	1200	2269	5593

Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10.179.236.2, s. 1-2.

Mersin Limanı'nda yapılan mübadelede aralarında psikolojileri bozuk olan 400 kadar İtalyan hasta esir vardır. İngiliz esirlerinden ise sadece 50 kadarı hastadır.³⁰ Sıhhiye erlerinden oluşan bir Türk askerî sıhhiye ekibi, hastaların nakline yardım etmişlerdir.³¹ Nisan 1943'te İzmir'de yapılan mübadelede Kızılai tarafından esirlere hediye edilmek üzere sigara, incir ve üzüm paketleri hazırlanmıştır.³² İtalyan esirlerden 300 kadarı yaralı ve hasta vaziyettedir. İçlerinde psikiyatrik hastalığı olanlardan altısı ağır olduğu için bunlara mübadele için sakinleştirici iğne yapılmıştır.³³ Mübadelede görevli Kızılai hastabakıcıları İzmir'i gezmişler, İngiliz hastabakıcılar, İtalyan hastabakıcılara çiçek göndermişlerdir. İngiliz ve İtalyan gemilerinde bulunan hastabakıcıların yüksek ailelere mensup kadınlar olduğu görülmüştür.⁴

Söz konusu esir değişimlerinde, Türk Hükümeti ve Kızılai'nın göstermiş olduğu hassasiyet ve yardım İngiltere ve İtalya tarafından minnetle karşılanmış ve büyükelçilikleri vasıtasıyla bildirilmiştir. İngiltere Büyükelçiliği tarafından yazılan bir mektup ile Türk Kızılai'nın yardımlarıyla gerçekleşen 21 Mart 1943 tarihli Mersin'de yapılan mübadelede, Türk hükümetinin denetim ve özellikle esirlerin sıhhi bakımlarını layıkıyla yerine getiren Kızılai Cemiyeti ve Umum Müdürü Remzi Gönenç'e İngiltere hükümetinin teşekkürleri bildirilmiştir.³⁴ İtalyan Büyükelçiliği tarafından yazılan bir mektup ile de 9 Mayıs-2 Haziran 1943 tarihlerinde İzmir'de yapılan esir mübadelesinde, Türk makamların gösterdiği müessir yardım dolayısıyla İtalyan hükümetinin teşekkürleri, İngiltere Büyükelçiliğinden de aynı şekilde tekrar 18 Nisan-9 Mayıs-2 Haziran 1943 tarihlerinde İzmir'de yapılan mübadelede Türk makamlarının gösterdiği müessir yardım dolayısıyla İngiliz hükümetinin teşekkürleri bildirilmiştir.³⁵

Dâhiliye Vekâletinin 8 Haziran 1943 tarihli yazısında Cenevre Sözleşmesi'nin esir mübadelesine dair olan 68'inci maddesi hükümlerine göre İngiliz, Alman ve İtalyan hükümetleri arasında Türk hükümetinin delalet ve tavassutuyla husule gelen anlaşma üzerine esir değişimi yapılmış olduğu ve bu değişimler esnasında mahalli makamlarca alınan tedbirler sayesinde hiçbir hadise olmadığı ve ilgili sefaretlerce mübadelenin tam bir intizam içinde yapıldığı, bu hususta Türk hükümetine ve ilgili memurlara teşekkür edildiği bildirilmiştir. Mübadele edilen esirlere Kızılai tarafından incir, üzüm, sigara gibi hediyeler verilmiştir.³⁶

5. Askere Kışlık Hediye Bağışı Kampanyasının Düzenlenmesi

İkinci Dünya Savaşı döneminde askere çağrılan ve askerlik süreleri uzatılan bir milyon üç yüz bin kadar askerin giydirilmesi kaçınılmaz olmuştur. Bu ihtiyacın karşılanması için parti yöneticilerinin, halkevlerinin, Kızılai'nın, Yardımsevenler Cemiyetinin, okulların, fabrikaların, postanenin katılımı ve propagandanın da etkin kullanımıyla topyekûn bir yardım kampanyası ile askere kışlık elbise toplanmıştır.

Mayıs 1940'ta Cumhuriyet Halk Partisi Genel Sekreterliği tarafından, 51 ilin valiliğine gönderilen yazı ile vatani hizmetini görmekte olan kahraman erlerin yün fanila, yün kazak, pamuklu mintan, yün çorap ve yün eldiven gibi kışlık ihtiyaçlarının halktan toplanması istenmiştir. Kızılai merkez ve şubelerinde kabul defterlerinin açılarak kampanyanın halka duyurulması, askerlere verilecek olan bu hediyelerin daha etkin ve verimli bir şekilde toplanabilmesi için aşağıda yazılı hususlara dikkat edilmesi istenmiştir:

1. “Verilecek hediyeler için (eşyanın cinsi, adedi, teberru edenin adı soyadı, tarihi, aynıyat makbuzu numarası, sevk edileceği mahal bilgilerinin olduğu ve sonunda heyet tarafından imzalanan) teberru defteri hazırlanacaktır.
2. Bu hediyeler aynıyat makbuzu karşılığında alınacak, verenin adı ve imzası, eşyanın cins ve miktarı, riyasetin mühür ve imzası olan makbuzların birer nüshası on beş günde bir Kızılay Genel Merkezine gönderilecektir.
3. Hediye edilen eşyalar yeni ve hiç kullanılmamış olacaktır.
4. Sevk edileceği bölgeye gönderilmek üzere talimata uygun muhafaza edilecektir.
5. Hediyeler sevk edilmeden önce cinslerine göre ayrı ayrı paketlenerek paket üzerine eşyanın cinsi ve adedi yazılacaktır.
6. Eşyaların muhafaza, ambalaj ve sevklere için yapılacak masraf merkez ve şubelerce karşılanacaktır.
7. Eşya yerine bunun bedelini vermek isteyen olursa bu teklif kabul edilmeyerek eşya verilmesi rica edilecektir.”³⁷

Kasım 1940'ta Vatan gazetesinde “*Şen ve sıcak yuvalarımızda emin ve müsterih yaşarken bize bu emaneti bahşedenlere şükran ve minnet tezahürlerimizi gösterelim*” denilerek CHP, halkı askere hediye hazırlamaya davet etmiştir. Üç tür hediye alınacaktır. Bunlar normal ölçülerde yün çorap, yün eldiven ve her türlü ceket altına giyilebilecek olan yün gömlektir. Yünden örme yelek, yün kumaştan gömlek ve vatkalı dikilmiş maruf adı verilen içlik olabilir. Hediyeler halkevlerine veya halkevi bulunmayan yerlerde parti merkezlerine makbuz karşılığı teslim edilecektir. Türk kadını ise aşağıdaki ifadelerle bu faaliyete dâhil edilmek istenmiştir:

“Kadın Vatandaş” “yurdun korunmasına olan alakayı göstermek için sana fırsat veriliyor. İstifade et!”. “Bir Türk kadınının serhadda bekleyen eri düşünerek özenerek hazırladığı eldiven, çorap ve gömlek yalnız vücutlarını ısıtmakla kalmayacak, kalplerde derin izler de bırakacaktır.”

Subaylar için de manşon, boyun atkısı, çorap, eldiven içerikli hediye hazırlanması planlanmıştır. Bu malzemeleri ören veya hazırlayan vatandaşların postanelerde oluşturulan heyetlere teslim edebileceği ve kurşun mühür vurulduktan sonra ilgili adrese gönderileceği bildirilmiştir. Heyetin postanede kabul edeceği zamanlar da ayrıca ilan edilmiştir.⁴

CHP'nin beyannamelerine halk büyük ilgi göstermiş, İstanbul'da kadınlardan heyet kurulmuş, kızlar Eminönü Halkevine hediyelerini getirmiş, üniversite, okul ve esnaf cemiyetleri de bu yardıma dahil olmuştur. Hediyeleri teslim almak üzere parti, belediye ve askerî yetkilinin olduğu bir heyet oluşturulmuştur. Şişli'de de Vali Lütfi Kırdar ve eşinin katıldığı bir toplantı düzenlenmiş ve bu toplantıya kadınlar davet edilmiş, oluşturulan heyetlerle hediyelerin toplanması kararlaştırılmıştır. Halkevlerinde kurulan dikiş atölyelerinde kadınlar giyecek dikmeye, hediye toplamaya başlamış, hediyeelik yün ve kumaş fiyatlarında artış olduğu için Sümerbank'ın hediye edilecek malzemeleri teşhir ederek bu işe öncülük etmesi istenmiştir. Sadece iki bin parça 11 Kasım'da toplanmıştır. Şişli Halkevinde Bayan Kırdar eşliğinde 150 kişilik bir heyet toplantı düzenlemiş ve hediyeelik eşyaların devlet kurumundan ucuza alınması için yedi kişilik bir heyet seçilmiştir. Bir günde 750 parça hediye toplanmış, tekrar toplanılarak fabrikalarla görüşülmesi planlanmıştır.⁴

Halkevlerinde toplanan hediyelerin Kızılay tarafından makbuz karşılığında alınması 14 Kasım 1940'ta kararlaştırılmıştır. Üsküdar Halkevinde Parti Reisi Lütfi Aksoy bu yardımın yaygınlaştırılması için köylerden gelen temsilcilerle toplantı yapılmıştır. Eminönü Halkevinden Kızılay'a 5429 çift çorap, 1368 çift eldiven, 1269 fanila ve kazak teslim edilmiş; Şişli ve Beyoğlu belediyelerinin yardımı 38 bin parçayı bulmuş; Kadıköy, Eminönü ve Bakırköy kazalarının yardımı da buna yakın olmuştur. İnhisarlar İdaresi, Cibali Kutu Fabrikasında işçi kızlar, 274 çorabı Eminönü Kızılay Merkezine teslim etmiş, Münakalat Vekâleti askerlere gönderilen paketlerden para alınmayacağını belirten bir kanun layihası sunmuştur. Kızılay alınan hediyelerle ilgili uyarılarda bulunmuş, İstanbul temsilciliği tarafından verilen çorap ve eldivenlerin küçük olduğu, çorap ve eldiven verenlerle alanların bu konuya dikkat etmeleri istenmiştir.⁴

Vatandaşlardan bazıları da yeni yıl hediyesi olarak askerler için para toplanması isteğinde bulunmuş, ilk hamlede 107 lira toplanmış, Beyoğlu'nda 5000 parça hediye Kızılay'a teslim edilmiştir. Ticaret Odasında

trikotaj fabrikatörlerinin katılımıyla 20 Aralık 1940'ta bir toplantı yapılmıştır. Bu toplantıda askerler için toplanacak kıyafetleri ucuza ve kaliteli olarak yapmayı taahhüt etmişler ve 50.000 lirayı Kızılay'a bağışlamışlardır. Merkez Bankası da askerlere eldiven, çorap ve fanila alınması için 50.000 lirayı Kızılay'a vermiş, Ankara terzileri halkevinde bir toplantı yaparak belediyenin yapacağı biçki dikiş işlerini yapacaklarını bildirmişlerdir.⁴

Kızılay, her hafta çarşamba günleri, toplanan bağışları askerî eşya ve teçhizat ambarı yetkililerine teslim etmiş ve alınan mazbataları Kızılay Umumi Merkeze göndermiştir. Bu mazbatalara göre Aralık 1940'ta bir haftada askerlere gönderilen hediyeler şöyledir: 1890 pamuklu eşya, 4646 çift eldiven, 15.769 çift çorap, 1552 fanila, 2531 kazak, 1467 avcı yeleği, 366 kar başlığı, 25 pamuklu çamaşır takımı, 43 yün kuşak, 29 atkı. Eşya bulmakta zorlananlar da para bağışında bulunmuşlar ancak İstanbul Kızılay Merkezi 5000 lira altında bağış kabul edilmemesini, küçük yerlerde de eşya bulmakta zorlananların Kızılay Umumi Merkeze para bağışında bulunabileceklerini bildirmiştir.⁴

Bu yardımlara okulların da katıldığı görülmüştür. İstanbul Üniversitesi'nin İktisat Fakültesi öğrencileri, askerler için kışlık eşya toplamak üzere Taksim'de danslı bir çay düzenlemiş ve Boğaziçi Lisesi de topladıkları para ile 630 çift çorabı Kızılay'a teslim etmişlerdir. Beyoğlu'nda 48 ilkokul öğrencisi 28 çift yün çorap hediye etmiş, Beyoğlu'ndaki diğer okullarda da öğrenci teşkilatı hediye toplamıştır. Kadıköy İkinci Kız Orta Okulu öğrencileri tarafından 22 adet kazak ve fanila, 19 adet boyun atkısı, 30 çift eldiven, 176 çift çorap, Kızıltoprak CHP komitesine teslim edilmiştir. Kız Muallim, Selçuk Sanat ve Cumhuriyet Kız Lisesi öğrencileri askerler için teneffüslerde yün eşyalar örmüşlerdir. İstanbul Ticaret Odası 5000 liralık kışlık eşya toplayarak İstanbul Kızılay Merkezine teslim etmiş, İstanbul Kızılay temsilciliği de Ocak 1941'de 4472 parça kışlık eşyayı Mili Müdafaa ambarına teslim etmiştir.⁴

İstanbul'da bu hediyeler toplanırken yurdun çeşitli bölgelerinde de askere kışlıklar hazırlanıp toplanmıştır. Kozan'da Kızılay tarafından köylere kadar gidilerek kışlık eşya toplanmış, Antakya'da Hataylı kadınların bizzat kendi ördükleri kışlık hediye sayısı beş günde 2500'ü bulmuş, ayrıca 2500 parça da pamuklu teslim edilmiş, İzmir Karşıyaka'da 2500 eşya toplanmış, Adana'da askerlere yardım için bir suare verilmiştir. Bursa'da Kızılay'ın önderliğinde askerler için kışlık hediye toplama işlemleri devam etmiş ve Küçük Deliler Köyü'nden Anafartalar'da bir kolunu kaybetmiş harp malulü İsmail'in, üç ayda bir aldığı maaşla aldığı çorabı Kızılay'a vermesi halkı duygulanmıştır. Çorlu'da şehir ve köy halkı askerlere çorap, eldiven ve fanila vermeye başlamıştır.⁴

Sivas Yardımsevenler Cemiyeti, Kız Sanat Enstitüsünde askerlere çamaşır hazırlamışlardır. Kızılay, Çorum merkez ve kazaları 2700 parça yün ve pamuklu eşya, Kayseri halkı 441 parça, Kırklareli halkı ilk partide 340 parça yün pamuklu iş giyeceği ile 1073 yün çorap, 610 yün eldiven verdiğini bildirmiştir. Ankara'da bir günde orta, lise ve yüksek tahsil gören kız öğrencilerinin de görev aldığı hediye toplama faaliyetinde 40.000 üzerinde eşya toplanmıştır. Parti ve Kızılay teşkilatınca halkın gösterdiği yakın ilgiden ilham alarak tüm yurttaki *Mehmetçik Günü* yapılması kararlaştırılmış, Beypazarı, Kızılcahamam, Pazar ve Rize'den hediyeler toplanmıştır. Kayseri halkı yeniden 1456 parça, Tavşanlı halkı 125 parça eşya vermiş, Ordu ilk ve ortaokul öğrencileri 132 parçalık kışlık hediye yanında 65 lira da bağışta bulunmuşlardır. Askerlere verilen kışlık hediyeler Bursa, Giresun, Artvin, Gaziantep, Şarki Karahisar'dan sayıları belirtilerek Kızılay'a bildirilmiştir. Akşehir'de askerlere kışlık hediye teberularının devam ettiği bildirilmiş, Bartın kazasında askerler için kışlık hediyeler toplanmış, nakdi para da teberru edilmiştir.⁴

Yukarıda görüldüğü gibi askerin sağlığını korumak ve kışın üşümesini önlemek için yurdun dört bir yanında resmî kişi ve kuruluşlarla, Kızılay ve Yardımsevenler Cemiyeti gibi sivil toplum örgütlerinin de katılımı, halkın desteğiyle ve özellikle kadınların organize olmasıyla kışlık yün eldiven, çorap ve fanila toplanmış ve Kızılay vasıtasıyla ilgili komutanlıklara ulaştırılmıştır. Kışlık hediye toplanırken zaman zaman nakdi olarak da yardım yapıldığı da olmuştur. Kasım 1940'ta başlayan bu faaliyet Şubat 1941'e kadar yoğun bir şekilde yürütülmüştür. Ortalama üç ay gibi bir sürede asker için kışlık toplanmış ve makbuz karşılığında teslim edilmiştir.⁴

Kızılay, bu yardımlarıyla askerin sağlığını direkt etkileyecek olan giyim ihtiyacını karşılamaya çalışmıştır. Yine Kızılay'ın, bu savaş döneminde ülke savunmasında sıhhi ve insani yardımların yerine getirilmesi için halka rehberlik edeceği ve bağışlarla ihtiyaçların tamamlanmasına çalışılacağı şu ifadelerle duyurulmuştur:

*"Kızılay, İkinci Dünya Harbinde ordular yurdu ve istiklali korurken o cephelerde ve gerilerde kendine birçok vazifeler almak kararındadır. Cemiyet sulh devrinde içtimai hizmetlerin her çeşidini yaparken bu büyük vazifeye hazırlanmayı asla ihmal etmemiştir. Bugünkü harp, cephede geride her erkek ve kadın her yaşta vatandaşı millî cidalin vazifeli bir unsuru yapmıştır. O senelerden beri hazırladığı stoklarını yeni teberrularımızla bir kat daha arttırabileceği gibi bir mücadele hâlinde cephede ve geride sivil olarak alacağımız vazifelere rehberlik edebilecektir. Yeni harpler yalnız cepheleri değil, şehirleri, sokakları, hatta evleri de ateş altına alacaktır. Bu durumda yalnız askerler değil siviller de yaralanıp yakılabilecektir. Bu hakikatleri kavramış bir Türk vatandaşı olarak Kızılay'ın varlığı ile güven duymalıyız."*⁴

SONUÇ

Mevcut iktidarın desteğiyle, vatanseverler tarafından kurulan Kızılay, akıllı ve tıp bilimini esas alan evrensel bir kurumdur. Milli Mücadele döneminde bağlı olduğu siyasi iradeye rağmen Anadolu hareketini desteklemiş, halk ile milli ordunun birlikteliğine vesile olmuş, belirsizliklerin ve umutsuzlukların insanları sürüklediği bir süreçte kendi yolunu kendisi çizmiş, Cumhuriyetin felsefesine paralel yürüyerek yoluna devam etmiştir.

II. Dünya Savaşı döneminde dünyanın dört bir yanı topyekûn ateşin içindeyken, Türkiye, savaşan ülke insanların imrenerek baktığı bir ülke olmuştur. Kızılay bu dönemde gerçek bir savaşa girilecekmiş gibi hazırlık yapmış hem ordu hem sivil halkın sağlığını korumaya ve yükseltmeye yönelik faaliyetlerde bulunmuştur. Kızılay'ın faaliyetleri, bir yandan askeri sağlık hizmetlerini desteklerken diğer yandan hem askere moral vermiş hem de halkla askerin bütünleşmesine katkı sağlamıştır.

BİLGİ

Doktora tez araştırmasından derlenmiştir (İkinci Dünya Savaşı Döneminde Türkiye'de Askeri Sağlık Hizmetleri). 14-16 Kasım 2019'da Maltepe Üniversitesi Marmara Eğitim Köyü İstanbul Asia Marma Otel'de gerçekleşen 8. Uluslararası İslam Tıp Tarihi ve Etiği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur. Araştırmayı destekleyen bir kurum yoktur.

KAYNAKLAR

1. Özaydın Z. "Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Kuruluşu ve Çalışmaları", Türkler Ansiklopedisi, Yayıma hazırlayan: Hasan Celal Güzel, Kemal Kılıç, Salim Koca, Ankara, Yeni Türkiye Yayınları, C.XIII, 2002, s. 689-690.
2. Çapa M. TDV İslâm Ansiklopedisi, Kızılay maddesi, 25. Cilt. S. 544-546 Erişim adresi: <https://islamansiklopedisi.org.tr/kizilay>.
3. Orduda Hizmeti Sıhhiyede Bulunan Zabitan ve Memurun Vakti Seferde Bitarafılık Hakkında Talimat, 18 Teşrinisani 1325, Karakoç Sarkis, Sicilli Kavanin, Kanunlar, Nizamlar, Talimatlar, C. 16, 1936, s. 104-108.
4. Seyhun G. Tıp Tarihimizde Askeri Sağlık Hizmetleri, İkinci Dünya Savaşı Dönemi. İstanbul: 2018. Altınbaş Üniversitesi Yayınları. (ISBN: 978-605-2065-09-9)
5. Karal Akgün S. "Cumhuriyet Duyurulurken Geride Bırakılmayan Bir Kurum: Hilal-i Ahmer Cemiyeti." Middle East Technical University Studies in Development 39.1 2012.
6. Ege R. 100 Yıllık Gülhanemizden Bazı Anılar, 2. Bsk., Ankara, 1998, s. 29.
7. 4119 sayılı "Kızılay Cemiyeti ve Harp ve Afet Vukuunda Onunla Birlikte Çalışmak Üzere Hükümetin Müsaadesile Gelecek Bu Türü Sıhhi ve İnsani Yardım Heyetleri Namına Vürut Edecek Olan Eşyanın Gümrük Vergisinden Muafiyetine Dair Kanun", 25 Eylül 1941, TBMM Kavanin Mecmuası, Devre VI, İçtima 2, C. 22, Ankara, TBMM Matbaası, 1941, s. 839-840.
8. Özbay K. Türk Asker Hekimliği Tarihi ve Asker Hastaneleri, İstanbul, Yörük Basımevi, C.I, 1976. s. 494-495.
9. "Kızılay Umumi Merkezi'nden, Karyola Alınacak", Vatan, 14 Ağustos 1941, s. 4.
10. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 62, 417.38, s. 1.
11. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 178.234.16, s. 1, 2.
12. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.18.1.2, 86.22.9, s. 1.
13. Noyan, A. Son Harplerde Salgın Hastalıklarla Savaşlarımız, Ankara, Ankara Tıp Fakültesi Yayınları 54, Son Havadis Matbaası, 1956, s. 152-153.
14. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 51.337.10, s. 1-12.
15. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.18.1.2, 89.118.19, s. 1.
16. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 178.231.8, s. 2.
17. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 179.235.28, s. 1.
18. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.18.1.2, 92.92.1, s. 1-2.

19. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 212.441.13, s. 1-4.
20. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.18.1.2, 98.38.20, s. 1.
21. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 212.443.14, s. 1-3.
22. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 177.223.17, s. 1-3.
23. Sezgin İ. "1923-1939 Yılları Arasında Türk Ordusunda Yapılan Askerî Yatırımlar", İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih ABD, Türkiye Cumhuriyeti Tarihi Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2009, s. 96-97.
24. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 30.10, 178.234.12, s. 1-3.
25. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 0.30.18.1.2. 91.65.20, s. 1.
26. Mamak Gaz Maske Fabrikasının Millî Müdafaa Vekâletine Devri Hakkında Kanun Lâyihası ve Sıhhat ve İçtimâî Muavenet, Millî Müdafaa ve Bütçe Encümenleri Mazbataları (1/94) Sıra Sayısı: 109 No'lu, TBMM Komisyon Raporu, (4466 sayılı Kanun ile ilgili), 31 Mayıs 1941, s. 1.
27. 4466 sayılı "Mamak Gaz Maske Fabrikasının Millî Müdafaa Vekâletine Devri Hakkında Kanun", 14 Temmuz 1943, TBMM Kavanin Mecmuası, Devre VII, İçtima Fevkalade, C. 25, Ankara, TBMM Matbaası, 1943, s. 641-642.
28. Şen M. "İkinci Dünya Savaşı'nda İzmir'de Uygulanan Sivil Savunma Önlemleri ve İtalyan-İngiliz Esirlerinin Değişimi", Altıncı Askerî Tarih Semineri Bildirileri I, Ankara, Genelkurmay ATASE yayınları, 1998, s. 399-400.
29. "İzmir'de Yaralı Mübadelesi Yapılırken Neler Gördüm", Ulus, 12 Nisan 1942, s. 4.
30. İzmir'de Yarın 2709 İtalyan ve 700 İngiliz Esiri Değişilecek, Ulus, 1 Haziran 1943, s. 1.
31. İzmir Limanı'nda Esir Değişimi Dün Sona Erdi, Ulus, 3 Haziran 1943, s. 1.
32. İzmir'de İngiliz-İtalyan Esirlerinin Mübadelesi, Cumhuriyet, S. 6703, 15 Nisan 1943, s. 3.
33. Mekki Said, "Esir Mübadelesi", Cumhuriyet, S. 6707, 19 Nisan 1943, s. 3.
34. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 179.236.1, s. 1, 2.
35. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 179.236.4, s. 1, 2.
36. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 030.10, 179.236.2, s. 1, 2.
37. Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, 490.01.5.23.10, s. 1-5.

Eğitimli Gençlerin Benlik Saygısı ile Kadına Yönelik Şiddete Karşı Tutumları Arasındaki İlişki*

The Relationship Between The Self-esteem of Educated Young People and Attitudes towards Violence
Against Women

Leyla Delibaşıⁱ, Filiz Polatⁱⁱ, İbrahim Bilirⁱⁱⁱ, Aynur Ekren^{iv}, Semra Çelikli^v

ⁱDr.Öğr.Üyesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Diyaliz Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-9529-5459>

ⁱⁱDr.Öğr.Üyesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0001-8326-9504>

ⁱⁱⁱAraş.Gör., Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-0110-3867>

^{iv}Öğr.Gör., Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Diyaliz Bölümü, <https://orcid.org/0000-0001-7502-0266>

^vDr.Öğr.Üyesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu İlk Ve Acil Yardım Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-4763-1059>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, eğitimli gençlerin benlik saygısı ile kadına yönelik şiddete karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören 437 öğrenci oluşturmuştur. Veriler 4-10 Mart 2019 tarihlerinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Kısa Form (RBS-10) ve Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği (İSKEBE) kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, ki-kare, korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %66,8'inin kadın, %87,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %20,4'ünün adalet bölümünde öğrenim gördüğü, %71,4'ünün aile içi sorunlarda anne babasının birlikte karar verdiği, %18,1'inin babasının yalnız karar verdiği, %12,4'ünün bu güne kadar en az bir defa şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %60,3'ü ve erkeklerin %44,1'i kadına yönelik şiddeti önlemede kanunların yeterli düzeyde mevcut olmadığını; kadınların %67,1'i ve erkeklerin %49,7'si şiddeti önleme yöntemlerinin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir ($p<0,05$). Öğrencilerin şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalamasına ($122,60\pm 22,3$) göre şiddete karşı geleneksellikten uzak ve çağdaş bir görüşe eğilimli oldukları aynı zamanda benlik saygısı yüksek olan öğrencilerin şiddete karşı ($r=0,118$, $p<0,05$) bir tutum gösterdikleri belirlenmiştir.

Sonuç: Benlik saygısı yüksek olan eğitimli gençlerin, kadına yönelik şiddete karşı oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kadına yönelik şiddet, benlik saygısı, eğitimli gençler, tutum

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the relationship between educated youth's self-esteem and attitudes towards violence against women.

Methods: The sample of the descriptive study consisted of 437 students studying at Hasan Kalyoncu University Vocational School. Data were collected between 4-10 March 2019, and the Socio-Demographic Information Form, Rosenberg Self-Esteem Scale Short Form (RBS-10) and Violence Against Women Scale (ISKEBE) were used to collect the data. Number, percentage, mean, chi-square, correlation analysis were used for data analysis.

Results: 66,8% of the respondents were women, 87,2% were equivalent to income, 20,4% were educated in the justice department, 71,4% were decided by their parents in family problems, 18,1% were their father's. 12,4% of them have been subjected to violence at least once. 60,3% of the women and 44,1% of the men stated that there are no laws to prevent violence against women; 67,1% of the women and 49,7% of the men stated that the ones preventing violence were not enough ($p<0,05$). According to the average score of the attitude scale of the students ($122,60\pm 22,3$), it is determined that students have a tendency towards a traditional and unconventional attitude towards violence and students who have high self-esteem ($r=0,118$, $p<0,05$).

Conclusions: It is determined that educated young people with high self-esteem are against violence against women.

Keywords: Violence against women, self esteem, educated youth, attitude

* Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 222-230

DOI: 10.31020/mutfd.667795

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 30 Aralık 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 18 Nisan 2020

İletişim - Correspondence Author: Filiz Polat <filizmermer@yahoo.com>

GİRİŞ

Türk Dil Kurumu'na göre benlik kelimesi; "Bir kimsenin öz varlığı, kişiliği, onu kendisi yapan şey, kendilik, şahsiyet, kendi kişiliğine önem verme" olarak tanımlanmıştır.¹ Benlik saygısı bireyin kendini nasıl hissettiği, nasıl algıladığı ile ilgilidir. Kişinin kendisini olumlu-olumsuz veya değerli-değersiz bulmasıyla ilgili hissettiğidir. Benlik saygısı da kişinin, kendi hakkındaki düşünceleri ve kendini nasıl hissettiği ile ilgili yaptığı içsel değerlendirmesini ifade eden bir durumdur.^{2,3,4,5}

Benlik saygısının oluşması çocukluk çağında başlayıp, özellikle ergenlik döneminde şekillenen, yaşam boyu öğrenme ve geliştirme ile devam eden bir durumdur.^{2,6} Benlik saygısının gelişmesinde, kişinin kendini önemli hissetmesi, yeteneklerini gösterebilmesi, bilgi birikimini ve becerilerini ortaya koyabilmesi, başarılı olabilmesi, toplum içinde kabul görmesi ve beğenilmesi gibi etkenler önemli rol oynamaktadır.^{3,4} Sağlıklı benlik saygısına sahip kişiler, kendine güvenen, yaptıklarının sorumluluğunu alan, gerçekçi hedefleri olan, kendini yönetebilen, kendini diğer kişilerden daha az değerli hissetmeyen, kendinden memnun olan, kendi ile ilgili kararları verebilen ve tutarlı bir şekilde devam ettirebilen sağlıklı ve enerjik olarak nitelenmektedir.^{3,4} Sağlıksız ya da zayıf benlik saygısına sahip kişiler ise; kendilerini önemsemeyen, kendilerini çaresiz ve değersiz hisseden, kendini başarısız ve beceriksiz gören, enerjilerini kaybetmiş ve kendini yönetemeyen kişilerdir.^{3,4}

Bireylerin benlik saygısının yüksek olması ile sağlıklı bireyler, aileler yetismekte ve dolayısıyla sağlıklı ailelerden oluşan bir toplum oluşabilmektedir. Toplumun çekirdeği olan ailede bireylerin benlik saygısının yüksek olması, onların gelecekte kişisel veya sosyal yaşamlarında, aile veyayabancı kişiler tarafından maruz kalabilecekleri her türlü şiddet eylemlerine karşı güçlü yetismelerini sağlayacaktır. Kendilerinin yanı sıra diğer insanlara da uygulanan şiddete karşı bir tutum oluşturmalarına sebep olacaktır. Bu sebeple kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, toplumda yetişen bireylerin benlik saygılarının yüksek olması gerekmektedir.⁷

Kadına yönelik şiddet, her kültürde ve yaşta toplumun ekonomik, sosyal, eğitim ve sağlık alanlarını etkileyen, evrensel olarak bütün dünyada uygulanan bir insan hakkı ihlalidir. Kadına şiddet coğrafi bölge ayırt etmeksizin, öğrenim düzeyi ve ekonomik durum fark etmeden, tüm dünyada görülebilen bir halk sağlığı sorundur.^{8,9,10,12} Şiddet tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de çok ciddi bir evrensel sorun olup gün geçtikçe de artan bir sorun olmaya devam etmektedir.⁸ Ülkemizde ve dünyada her geçen gün kadına yönelik şiddetin arttığı gözlenmiştir. Aile içi şiddete en fazla en fazla kadınlar ve kız çocukları maruz kalmakta ve fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik, sosyal açıdan çok ciddi şekilde etkilenmektedirler.^{9,10,11} Kadını baskı altında tutmayı amaçlayan kadına yönelik şiddet cinsiyet temelli olarak gerçekleştirilen, öncelikli olarak mücadele edilmesi gereken toplumsal sorumluluklardan birisidir. Kadına yönelik olarak temel hak ve özgürlüklerin ihlali olan kadına yönelik şiddet, erkekler ve kadınlar arasındaki güç ilişkilerinin eşit olmayan sonucu olarak ortaya çıkan önemli bir sorundur.^{13,14}

Yapılan çalışmalarda; çocukken şiddete tanık olunması veya maruz kalınması, izlenen film ve dizilerin şiddet içerikli olması, eğitim ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması, eşin alkol ve uyuşturucu madde kullanması, çevrenin ve ailenin şiddeti normal sayması ve bazı durumlarda şiddeti desteklemesi, partnerin kişilik bozukluğu veya depresyonda olması gibi faktörlerin şiddet eğilimini artırdığı belirtilmektedir.^{15,16} Şiddet gören kişiler duygusal, psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan çok ciddi bir şekilde etkilenmektedir. Şiddete maruz kalan kişilerde benlik saygısı daha düşük olmakta ve fiziksel yaralanmalar, ilaç-alkol kullanımında artış, depresyon, kabus görme, uykusuzluk, güven duygusunda azalma, üzüntülü ve öfkeli hissetme, mutsuz hissetme, kendilerini sosyal ortamlardan izole etme, anksiyete ve intihar gibi durumlar görülebilmektedir.^{8,9,10,17,18}

Bazı toplumlarda ile içinde kadına şiddet bir terbiye aracı olarak görülmekte, kabul edilebilir bir davranışmış gibi empoze edilmekte ve 'aile içinde yaşanan sorunlar aile içinde kalır' gibi söylemlerle kadınlar susturularak şiddet görmeye devam etmektedirler.^{19,20} Yapılan çalışmalarda benlik saygısı düşük olan erkeklerin benlik saygısı yüksek olan erkeklere oranla şiddete karşı geleneksel bir yaklaşımda olup şiddete meyilli oldukları gözlenmiştir.²⁰

Amaç ve Önem

Bu araştırma, eğitilmiş gençlerin benlik saygısı ile kadına yönelik şiddete karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma ile geleceğin yetişkin bireyleri olan gençlerimizin şiddet olgusuna yönelik kendilerini değerlendirmelerine fırsat verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda kadına yönelik şiddeti engelleyecek eğitim ve uygulamaların düzenlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

MATERYAL METOD

Araştırmanın Tipi: Araştırma tanımlayıcı olarak tasarlandı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma, 4-10 Mart 2019 tarihleri arasında Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu'nda yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim ve öğretim yılında Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım, Diyaliz, Adalet ve Anestezi bölümlerine devam eden 480 öğrenci, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 437 öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Kısa Form (RBS-10), Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği (İSKEBE) kullanılarak toplandı.

Kişisel bilgi formu: Öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, okuduğu bölüm, anne baba eğitim durumu ve aile içi ilişkiler gibi bilgileri içeren 18 maddelik bir formdur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Kısa Form (RBS-10): Benlik saygısı düzeyini ölçmek için Rosenberg tarafından 1965'de geliştirilen ölçek Çuhadaroğlu tarafından 1986'da Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek "çok doğru", "doğru", "yanlış", "çok yanlış" olmak üzere dört seçenek üzerinden değerlendirilen 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan güvenilirlik çalışmasında, test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0,48 - 0,79 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçekten elde edilebilecek puanlar 10 ile 40 arasında değişmekte ve puan arttıkça benlik saygısının arttığını göstermektedir.²¹ Çalışmamızda bu ölçek için Cronbach's alpha katsayısı 0,89 bulunmuştur.

Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği (İSKEBE Tutum Ölçeği): Kanbay tarafından 2016 yılında geliştirilmiş ve ölçeğin en az ilkokul mezunu 15-65 yaş arası bireylerde uygulanabileceği belirtilmiştir. Ölçek 'bedene yönelik tutumlar' ve 'kimliğe yönelik tutumlar' olmak üzere iki alt boyut ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte puanların yüksekliği bireylerin kadına şiddete karşı olduğunu, puanın düşük olması ise kadına yönelik şiddete karşı olmadığını göstermektedir. Ölçekten 90 puanın üzerinde alan bireylerin kadına şiddete karşı olduğu, 90 puanın altında olanların ise kadına şiddete karşı olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0,86 olarak belirlenmiştir.²² Çalışmamızda ölçek toplam Cronbach's alpha 0,949, bedene yönelik alt boyutunda Cronbach's alpha 0,953, kimliğe yönelik alt boyutunda Cronbach's alpha katsayısı 0,910 bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi için SPSS 21,0 (Statistical Packet for Social Sciences for Windows) istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, ki-kare, pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach's alpha katsayısı hesaplandı. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No:2019/11; Tarih: 19.02.2019) ve Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Müdürlüğü'nden kurum izni alındı. Öğrencilere anket uygulamadan önce araştırma hakkında bilgi verildi, bilgilendirilmiş onam formu okunduktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel onamları alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere anket uygulandı.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının $20,63 \pm 2,5$ olduğu, %66,8'inin kadın, %30,9'unun ilk ve acil yardım, 26,1'inin anestezi, %22,7'sinin diyaliz, %20,4'ünün adalet bölümü öğrencisi olduğu, %87,2'sinin gelirin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Anne baba eğitim durumları incelendiğinde; annelerin %46,7'sinin ortaöğretim, %35,9'unun ilköğretim mezunu, babaların %51,3'ünün ortaöğretim, %25,6'sının ilköğretim, %22,7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılanların %71,4'ü aile içi sorunlarda anne ve babasının birlikte karar verdiğini, %18,1'i babasının yalnız karar verdiğini; %65,2'si eğitim öğretim konularında anne babasının ortak karar verdiğini, %16,7'si babasının karar verdiğini; %51'i parasal sorunlarda anne babasının ortak karar verdiğini, %40,7'si babasının karar verdiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %46,5'i aile ilişkilerini çok iyi, %41,2'si iyi, %10,3'ü orta olarak tanımlamış, %12,4'ü bu güne kadar en az bir defa aile içinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (**Tablo 1**).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı (n:437)	%
Cinsiyet		
Kadın	292	66,8
Erkek	145	33,2
Bölüm		
Anestezi	114	26,1
Diyaliz	99	22,7
İlk ve Acil Yardım	135	30,8
Adalet	89	20,4
Anne Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	39	8,9
İlköğretim	157	35,9
Ortaöğretim	207	46,7
Üniversite	37	8,5
Baba Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	2	0,5
İlköğretim	112	25,5
Ortaöğretim	224	51,3
Üniversite	99	22,7
Ekonomik Düzey		
Gelir Giderden Az	6	1,4
Gelir Gidere Denk	381	87,2
Gelir Giderden Fazla	50	11,4

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (devamı)

	Sayı (n:437)	%
Aile İçi Sorunlarda Kimin Sözü Geçer?		
Anne	31	7,1
Baba	79	18,1
Anne-Baba	312	71,4
Diğer (Büyükanne, Dede Vb,)	15	3,4
Eğitim Öğretim Konularında Kimin Sözü Geçer?		
Anne	44	10,1
Baba	73	16,7
Anne-Baba	285	65,2
Diğer (Büyükanne, Dede Vb.)	35	8,0
Parasal Sorunlarda Kimin Sözü Geçer?		
Anne	29	6,6
Baba	178	40,7
Anne-Baba	223	51,1
Diğer (Büyükanne, Dede Vb.)	7	1,6
Aile İçi İlişkilerinizi Nasıl Tanımlarsınız?		
Kötü	9	2,1
Orta	45	10,3
İyi	180	41,2
Çok İyi	203	46,4
Aile İçinde Şiddete Maruz Kaldınız mı?		
Evet	54	12,4
Hayır	383	87,6
Yaş	Min-Max	X±SD
	18-43	20,63±2,5

Öğrencilerin İSKEBE toplam puan ortalaması 122,60±22,3, İSKEBE bedene yönelik alt boyut puan ortalaması 72,7±11,8, İSKEBE kimliğe yönelik alt boyut puan ortalaması 49,8±13,1 ve RBS toplam puan ortalaması 32,0±4,6 olarak bulunmuştur (**Tablo 2**).

Tablo 2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İle İSKEBE Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=437)

Ölçek Puanları	Min-Max	X±SD
İSKEBE Toplam Puan	38-150	122±22,3
İSKEBE Bedene Yönelik Alt Boyut	16-80	72,7±11,8
İSKEBE Kimliğe Yönelik Alt Boyut	15-70	49,8±13,1
RBS Toplam Puan	17-40	32,0±4,6

RBS=Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, İSKEBE=Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği

Benlik saygısı ile kadına yönelik şiddet tutumu arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir ($r=0,118$, $p<0,05$) (**Tablo 3**).

Tablo 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İle İSKEBE Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri

	RBS Korelasyon Katsayısı	P Değeri
İSKEBE	0,118	0,014
İSKEBE Bedene Yönelik Alt Boyut	0,134	0,005
İSKEBE Kimliğe Yönelik Alt Boyut	0,080	0,093

Pearson Korelasyon Analizi, RBS=Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, İSKEBE=Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği

Katılanlardan şiddete maruz kalanların, benlik saygılarının daha düşük olduğu, kadına yönelik şiddet ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının daha düşük olduğu, yani gelenekselliğe daha yakın oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$) (**Tablo 4**).

Tablo 4. Aile İçinde Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İle İSKEBE Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Aile İçinde Şiddete Maruz Kalma Durumu		t	p
	Var (X±SD)	Yok (X±SD)		
RBS	30,4±5,0	32,2±4,5	-2,585	0,010
İSKEBE	116,4±28,2	123,4±21,2	-2,173	0,030
İSKEBE Bedene Yönelik Alt Boyut	68,7±16,6	73,3±10,8	-2,727	0,007
İSKEBE Kimliğe Yönelik Alt Boyut	47,7±13,9	50,1±19,9	-1,254	0,210

Bağımsız Gruplarda T Testi, RBS=Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, İSKEBE=Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği

Kadınların %60,3'ü, erkeklerin %44,1'i kadına yönelik şiddeti önlemede kanunların mevcut olmadığını; kadınların %67,1'i, erkeklerin %49,7'si şiddeti önlemede yapılanların yeterli olmadığını ifade etmişlerdir ($p<0,05$) (**Tablo 5**).

Tablo 5. Cinsiyete Göre Gençlerin Şiddeti Önlemede Mevcut Kanunlar ve Yapılanlar Konusundaki Düşünceleri

	Cinsiyet		Erkek	%	P*
	Kadın				
	Sayı (n:292)	%	Sayı (n:145)	%	
Ülkemizde Kadına Yönelik Şiddeti Önlemek İçin Kanunlar Mevcut Mu?					
Evet	68	23,3	51	35,2	0,005
Hayır	176	60,3	64	44,1	
Bilmiyorum	48	16,4	30	20,7	
Kadına Yönelik Şiddeti Önlemede Yapılanlar Yeterli Mi?					
Evet	8	2,7	16	11,0	0,000
Hayır	196	67,1	72	49,7	
Kısmen	55	18,8	31	21,4	
Fikrim yok	33	11,3	26	17,9	

*Ki-Kare

TARTIŞMA

Eğitilmiş gençlerin benlik saygısı ile kadına yönelik şiddete karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre; öğrencilerin %12,4'ü aile içi şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (**Tablo 1**). Kanbay ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin yarısına yakını (%44,1) yaşamının herhangi bir döneminde ebeveynlerinden şiddet gördüğünü²³, Dağlar ve arkadaşlarının ebelik ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %26,2'si anne ve babasından şiddet gördüğünü ifade etmiştir.²⁴ Çalışmamızdaki aile içi şiddete maruz kalma oranlarının Kanbay ve Dağlar'ın araştırmasından daha düşük olması; aile ortamında ve yaşanan çevrede şiddetin olağan bir durum olarak kabul edilmesinden, ailede erkek hakimiyetinin baskın olmasından, şiddetin bazı çevrelerde terbiye yöntemi olarak görülmesinden, şiddetin sorunları çözebileceğine olan inanıştan, ailevi sorunlardan ve ailenin eğitim durumundan kaynaklanabilir. Türkiye'de aile içi şiddet kurbanlarının büyük bir kısmı kadın ve çocuklardan oluşturmakta, eğitim düzeyi düşük olan ailelerde şiddetin daha fazla görüldüğü, çocukların daha fazla risk altında olduğu çalışmalarda ortaya konmuştur.^{25,26}

Öğrencilerin kadına yönelik şiddet tutum ölçeği puanlarına baktığımızda toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (**Tablo 2**). Alınan puanların bu doğrultuda olmasında; öğrencilerin anne-babalarının eğitim düzeylerinin, aile yapılarının, sosyo-ekonomik faktörlerin, kız öğrencilerin araştırmaya katılım oranlarının yüksek olmasının, öğrencilerin daha çağdaş görüşe sahip

olmalarının, gençlerin şiddetin her türüne karşı olan tutumlarının, şiddete uğramış kadınlara yönelik sempati duymalarınınve empati kurmalarının etkisi olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin benlik saygısı toplam puan ortalamaları, olumlu yönde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2). Öğrencilerin benlik saygısının gelişmesinde; aile eğitimi, anne- baba eğitim durumu, yaşanan çevrenin sosyo-kültürel özellikleri, aile yapısı etkili olabilir. Ebeveyn eğitiminin bireyin benlik saygısının oluşmasında olumlu bir etkisibulunmaktadır. Anne ve baba eğitim düzeyleri yükseldikçe çocuğun benlik saygısı yükselmekte ve kendine olan güveni artmaktadır.³ Ünsar ve İşveren'in öğrenciler üzerinde yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyleri yükseldikçe benlik saygılarının arttığı, Karadağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada ise; gelir düzeyi düşük olan ailenin çocuklarının benlik saygıları puan ortalamalarının çok anlamlı derecede düşük olduğu, gelirin gidere eşit olduğu ailelerin çocuklarının benlik saygısı puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.³Çalışmamıza katılan öğrencilerin benlik saygısı toplam puan ortalaması ile kadına yönelik şiddet toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3). Bu sonuçlara göre; benlik saygısı yüksek olan eğitilmiş gençlerin, kadına yönelik şiddete karşı oldukları görülmektedir. Sabancıoğulları ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada da benlik saygısı yüksek olan öğrencilerin şiddete karşı daha çağdaş bir tutum gösterdikleri saptanmıştır.¹⁹ Akbağ ve Barakas'ın kadınlarla yaptığı çalışmada ise, kadınların benlik saygıları arttıkça şiddete ilişkin duyarlılıklarının arttığı saptanmıştır.¹⁵ Yapılan araştırmalar çalışmamızla benzer sonuçları içermektedir.

Şiddet gören kadınların benlik saygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda, fiziksel şiddete maruz kalan kadınların, şiddete maruz kalmayan kadınlara göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Kadınlarda şiddet nedeniyle meydana gelen düşük benlik saygısının, aktiviteleri üzerinde olumsuz yönde etkili olabileceği literatürde yer almaktadır.²⁷ Clement ve arkadaşları kadınlar üzerinde yaptığı çalışmadaşiddet gören kadınların benlik saygılarının düşük olduğunu bulmuşlardır.²⁸

Çalışmamızda aile içi şiddete maruz kalan öğrencilerin benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları ile kadına yönelik şiddet tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının, şiddete maruz kalmayan öğrencilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Şiddet ortamında büyüyen bireyin şiddeti normal olarak görmesi, geleneksel bakış açısına sahip olması bu farklılığın nedeni olabilir. Yapılan araştırmalarda, şiddete uğrama veya tanıklık etmenin şiddet davranışı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Şiddetin öğrenilen bir davranış olduğu ve bu yolla da gelecek nesillere taşındığı düşünülmektedir.¹⁹ Bireyin büyüdüğü aile ortamı benlik saygısı üzerinde birinci dereceden önem teşkil eder. Paylaşımçı bir aile ortamı benlik saygısı yüksek, kendine güvenen kişilerin yetişmesine olanak sağlar.²⁹ Aile içi şiddete maruz kalma nedeniyle bireyin kendine olan güvenini yitirmesi, her an şiddete maruz kalma korkusunun çalışmamızdaki aile içi şiddete maruz kalan öğrencilerin benlik saygısı gelişimini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalma durumunun düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁹ Silvia ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da düşük benlik saygısının kadına yönelik şiddetle ilişkili olduğu belirlenmiştir.³⁰

Öğrencilerin kadına şiddeti önlemede, kanunların varlığı ve kadına şiddeti önleme konusunda yapılanların yeterli olduğunu düşünmelerinden dolayı kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 5).Bu farklılığın, erkek öğrencilerin gelişmeleri yakından takip etmelerinden, yapılan uygulamalar konusunda farkındalık düzeylerinin yüksek olmasından ve kanunlardan haberdar olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kız öğrencilerin olaya daha empatik yaklaşımı, hemcinslerini koruma hissinin ağır basması, gelişmeleri takip etmemesi, konu hakkında bilgi sahibi olmaması ve yapılanları yetersiz görmesi şeklinde düşünmelerinin sebebi olabilir.¹⁹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; Benlik saygısı ile kadına yönelik şiddet tutumu arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Öğrencilerin şiddete ilişkin tutum ölçeği genel puan ortalamasına göre şiddete karşı geleneksellikten uzak ve çağdaş bir görüşe eğilimli oldukları aynı zamanda benlik saygısı yüksek olan öğrencilerin şiddete karşı bir tutum gösterdikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu kadına yönelik şiddeti önlemede kanunların yeterli düzeyde olmadığını; kadınların yarısından fazlası, erkeklerin yarısı şiddeti önleme yöntemlerinin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için, kadına yönelik şiddetin önemszenmesi ve önlenmesinin yanı sıra toplumun ve bireylerin bu konuda bilgilerinin artırılması gerekmektedir. Kadına yönelik şiddet konusunda kongre, konferans, sempozyum gibi etkinlikler desteklenmeli ve sürekliliği sağlanmalıdır. Kadın sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde primer sorumluluğu olan aday sağlık çalışanlarının eğitimleri süresince şiddetle mücadele konusunda uygulama ve etkinliklerde görev almalarına imkan verilmeli, öğrencilerin öğrenimleri boyunca benlik saygılarını yükseltecek destekleyici eğitim ve uygulamalara yer verilmesi önerilmektedir. Ayrıca şiddet konusunun tüm eğitim süresince dersler içerisine entegre edilerek ya da ayrı bir ders olarak verilmesi önerilebilir.

BİLGİ

Bu çalışma 6. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi'sinde (26-27 Nisan 2019, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Gaziantep/TÜRKİYE) sözel bildiri olarak sunulmuştur. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü Erişim Adresi: <http://sozluk.gov.tr>.29.08.2019. Erişim tarihi: 15.06.2019
2. Abdulghani AH, et al. Does self-esteem lead to high achievement of the science college's students? A study from the six health science colleges. Saudi J Biol Sci 2020; 27(2): 636-642.
3. Karadağ G, ve ark. Gaziantep Üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(7): 29-42.
4. Faccini F, Gazzillo F, Gorman BS. Guilt, Shame, Empathy, Self-Esteem, and Traumas: New Data for the Validation of the Interpersonal Guilt Rating Scale–15 Self-Report (IGRS-15s) Psychodynamic Psychiatry 2020; 48(1): 79-100.
5. Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2006; 10(3): 7-15.
6. Yılmaz HA. Bir derleme: Benlik kavramına ilişkin bazı yaklaşımlar ve tanımlamalar. Sosyal Bilimler Dergisi 2016; 48: 79-89.
7. Koçak BT, Ünalı N, Seren AKH. Hemşirelik öğrencilerinin özsaygı düzeyleri ve aile içi şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişki. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014; 2(1): 81-89.
8. Güler N, Tel H, Tuncay ÖF. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27(2): 51-56.
9. Kabasakal Z, Girli A. Üniversite öğrencilerinin kadına yönelik şiddet hakkındaki görüşlerinin, deneyimlerinin bazı değişkenler ve yaşam doyumu ile ilişkisi (DeÜ Buca Eğitim Fakültesi örneği). DEÜ SBE Dergisi 2012;14(2): 105-123.
10. Yanık A, ve ark. Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye'den kanıt. Electronic Journal of Vocational 2014; 104-111.
11. Ali AA, Yassin K, Omer R. Domestic violence against women in eastern Sudan. BMC Public Health 2014;14(1136):1-5.
12. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara: Elma Teknik Basım ve Matbaacılık, 2015;31-8.
13. Cihan Ü, Karakaya H. Kadın-erkek kavramları bağlamında şiddet ve şiddetle mücadelede sosyal hizmetin rolü. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017; 17(4): 297-324.
14. Akkaş İ, Uyanık Z. Kadına yönelik şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi 2016; 6 (1): 32-42.
15. Akbağ M, Barakas R. An examination on the perception of violence and its relation to self-esteem among Turkish women. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(2):1-14.
16. Çivi S, Kutlu R, Marakoğlu K. The frequency of violence against women and the factors affecting this: A study on women who applied to two primary health care centers. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50:110-116.
17. Ortabag T, et al. Perspectives of young adult men regarding violence against women: A cross-sectional study from Turkey. J FamViol 2014; 29:665-674.
18. Kelleci M, ve ark. Eş şiddetinin kadınların ruh sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri J MedSci 2009; 29(6):1787-1793.

19. Sabancıoğulları S, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları, benlik saygıları ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2016; 13(1): 35-43.
20. Sezer Ö, Sumbas E. Üniversite Öğrencilerinin çiftler arası şiddeti kabullerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2018; 11(56): 638-649.
21. Gedik Z. Üniversite öğrencilerinde öz-duyarlık ölçeği kısa formunun psikometrik özelliklerine ilişkin bir çalışma. İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi 2019; 11(39):275-292.
22. Kanbay Y, ve ark. İSKEBE kadına yönelik şiddet tutum ölçeği (iskebe tutum ölçeği) geliştirme çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2017; 18(5): 453-459.
23. Kanbay Y, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili görüş ve tutumlarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(2):107-119.
24. Dağlar G, Bilgiç D, Demirel G. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017; 10 (4): 220-228.
25. İbiloğlu AO. Aile içi şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(2): 204-222.
26. Sinan Ö, Tosun B, Ünal N. Hemşirelik öğrencilerinin şiddete bakışı. Türkiye Klinikleri J Psichiatri Nurs-Special Topics 2017; 3(2): 108-14.
27. Çelik Z, Ekici G. Şiddet gören kadınlarda benlik saygısı, başa çıkma becerileri ve aktivite performansı arasındaki ilişki. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2015; 3(3):101-108.
28. Clements CM, Sabourin CM, Spiby, L. Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. Journal of family violence 2004. 19(1), 25-36.
29. Tözün M. Benlik saygısı. Geniş Açık 2010; 52-57.
30. Silva CD, at el. Social representation of domestic violence against women among nursing technicians and community agents. Rev Esc Enferm USP 2015; 49(1): 22-29.

Ebū'l-Kāsim Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī Ebu Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī'nin hamam üzerine yazdıklarından etkilendi mi?*

Was Abū al-Qāsim Khalaf b. 'Abbās al-Zahrāwī influenced by Abū Bakr Muḥammad b. Zakariyyā al-Rāzī's writings on bath?

Ahmet Aciduman¹

¹Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik A.D, <https://orcid.org/0000-0003-2021-4471>

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Orta Çağ'da İslam dünyasının bilim ve tıbbının altın çağı olarak adlandırılan döneminin en ünlü hekimlerinden Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī (865-925) ile Ebū'l-Kāsim Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī (936-1013)'nin insanın sağlığını korumada hamamın yeri ile hamamın yararları ve zararları hakkındaki görüşlerini saptamak ve bu görüşlerin benzerlikleri ile farklılıklarını ortaya koyarak, bu bilgilerin tıp tarihindeki yerlerini belirlemeye çalışmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada esas olarak Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī'nin *Kitābu'l-Manşūrī* ve *Kitābu'l-Murşid av el-Fuṣūl* adlı eserleri ile Ebū'l-Kāsim Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī'nin *Kitābu't-Taşrif li-men 'aceze 'ani't-telif* adlı eseri incelenmiştir. Rāzī'nin ve Zehrāvī'nin adı geçen eserlerde hamam üzerine olan görüşleri Arapçadan Türkçeye çevrilmiş ve bulgular bölümünde sunulmuştur. Bu eserlerde yer alan bilgiler birbirleriyle karşılaştırılmış ve bu bilgilerin tarihsel süreçteki yerleri tıp tarihi literatürü ışığında tartışılmıştır.

Bulgular: Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī'nin *Kitābu'l-Manşūrī* adlı eserinin sağlığın korunması üzerine olan dördüncü makalesinin bir bölümü "Hamamın yararları, zararları ve onu kullanma şekli üzerine" olup, *Kitābu'l-Murşid av el-Fuṣūl*'un da bir bölümü "Hamam üzerine fasıllar" başlığını taşımaktadır. Ebū'l-Kāsim Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī'nin *et-Taşrif li-men 'aceze 'ani't-telif* adlı eserinin birinci makalesinde de "Hamamın yararları ve zararları üzerine fasıl" başlıklı bir bölüm yer almaktadır.

Sonuç: Ebū'l-Kāsim Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī'nin *et-Taşrif li-men 'aceze 'ani't-telif* adlı eserinde hamam üzerine yazdıkları Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī'nin *Kitābu'l-Manşūrī* ve *Kitābu'l-Murşid av el-Fuṣūl* adlı eserlerinde yer alan bilgilerle neredeyse aynı olup, Zehrāvī'nin Rāzī'nin eserlerinden birebir alıntılar yaparak, konu hakkında daha kısa bir sentez oluşturduğu izlenimini vermektedir.

Anahtar kelimeler: Rāzī, Zehrāvī, *Kitābu'l-Manşūrī*, *Kitābu'l-Murşid av el-Fuṣūl*, *Kitābu't-Taşrif*, Hamam, Tıp tarihi

ABSTRACT

Object: Abū Bakr Muḥammad b. Zakariyyā al-Rāzī (Rhazes) (865-925) and Abū al-Qāsim Khalaf b. 'Abbās al-Zahrāwī (Abulcasis) (936-1013) were two celebrated physicians of the period called as golden age of Islamic science and medicine during medieval times. To determine their opinions on bath and its benefits and harms in preserving human's health, and try to specify the place of information in the history of medicine revealing similarities and differences in their opinions are aimed in this study.

Materials and Methods: *Liber medicinalis ad Almansorem* and *The Guide Book or The Book of Aphorisms* by Rhazes and *Kitāb al-Taşrif li-man 'ajaza 'an al-ta'lif* by Albucaasis are mainly examined in this study. Rhazes's and Albucaasis's opinions on bath in these works are translated from Arabic into Turkish, and presented in results section. Information in these works are compared to each other, and discussed their places in historical process in the light of literature for history of medicine.

Results: *Liber medicinalis ad Almansorem* by Rhazes has a chapter "on benefits and harms of bath and its usage" in the 4th treatise on preserving health, and *The Guide Book or The Book of Aphorisms* has a chapter containing "Aphorisms on bath". *Kitāb al-Taşrif li-man 'ajaza 'an al-ta'lif* by Albucaasis has a chapter "On benefits and harms of bath" in the first treatise.

Conclusion: Writings on bath in *Kitāb al-Taşrif li-man 'ajaza 'an al-ta'lif* by Albucaasis have almost the same information in *Liber medicinalis ad Almansorem* and *The Guide Book or The Book of Aphorisms*, and gives the impression that Albucaasis synthesized the subject in brief, quoting almost word by word from Rhazes' works.

Keywords: Rhazes, Albucaasis, *Liber Almansoris*, *The Guide Book or The Book of Aphorisms*, *Kitāb al-Taşrif*, Bath, History of medicine

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 231-241

DOI: 10.31020/mutfd.684157

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 03 Şubat 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 24 Nisan 2020

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

Giriş

Orta Çağ'da İslam bilimi ve tıbbının altın çağı olarak adlandırılan dönemin ünlü filozof ve hekimlerinden Ebū Bekr Muhammed b. Zekeriyā er-Rāzī (865-925) hem yetiştiği İslam coğrafyasının hem de Orta Çağların en büyük klinisyeni olarak kabul edilmekte,¹ teorik tıpta Galenus'un, pratik gözlem ve tedavide Hippokrates'in izleyicisi olarak değerlendirilmektedir.² Rāzī'nin büyük bir kısmı tıpla ilgili olmak üzere, felsefe, kimya, fizik, astronomi, matematik, teoloji, müzik ve diğer konularda çok sayıda eser yazdığı bilinmektedir.^{3,4} Rāzī'nin erken dönem eserlerinden biri olan⁵ ve on makaleden oluşan *Kitābu'l-Manşūrī*,⁴ Cremonalı Gerard (ö. 1187) tarafından XII. yüzyılda Latinceye çevrilmiş,⁶ *Liber medicinalis ad Almansorem*⁷ adıyla da ilk kez 1481 yılında Milano'da basılmıştır.³ *Kitābu'l-Murşid av al-Fuṣūl* ise Rāzī'nin, Hippokrates'in aforizmalarında karışıklık ve düzensizlik bulunması ve yine aforizmaların ezber kolaylığı olması nedeniyle tıp sanatına giriş için öğrencilere yönelik yazdığını bildirdiği⁸ ve XII. yüzyılda Semerkandlı Nizāmī 'Arūdī'nin *Çehār Maḳāle* adlı eserinde tıp öğretimi müfredatında ilk öğrenilmesi gereken kitaplar arasında saydığı bir eserdir.⁹

Orta Çağ'da İslam coğrafyasının Batısında yetişen Ebū'l-Kāsim Hālef b. 'Abbās ez-Zehrāvī (936-1013)'nin bilinen tek eseri yedi bölüm (cüz') ve otuz makaleden oluşan *Kitābu't-Taşrīf li-men 'aceze ani't-te'lif*'in cerrahi üzerine olan 30. makalesi eserin en tanınmış bölümü olup,⁴ Cremonalı Gerard tarafından XII. yüzyılın ortalarında Latinceye, bir yüzyıl sonra da Şem Tob tarafından İbraniceye çevrilmiştir.¹⁰ *Et-Taşrīf*'in birinci ve ikinci makaleleri ise XIII. yüzyılın ortalarında önce İbraniceye, daha sonra Latinceye çevrilerek *Liber theoricæ nec non practicæ Alsaharavii* adıyla Ausburg'da 1519 yılında basılmıştır.¹¹

Bu çalışmada Orta Çağ'da İslam dünyasının bilim ve tıbbının altın çağı olarak adlandırılan döneminin en ünlü hekimlerinden Ebū Bekr Muhammed b. Zekeriyā er-Rāzī ve Ebū'l-Kāsim Hālef b. 'Abbās ez-Zehrāvī'nin insanın sağlığının korunmasında hamamın yeri ile hamamın yararları ve zararları hakkındaki görüşlerini saptamak ve bu görüşlerin benzerlikleri ile farklılıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ebū Bekr Muhammed b. Zekeriyā er-Rāzī'nin *el-Manşūrī fi't-Ṭıbb*¹² ve *Kitābu'l-Murşid av al-Fuṣūl*¹³ adlı eserleri ile Ebū'l-Kāsim Hālef b. 'Abbās ez-Zehrāvī'nin *Kitābu't-Taşrīf li-men 'aceze 'ani't-telif*¹⁴ adlı eserleri incelenmiştir. Rāzī'nin *el-Manşūrī fi't-Ṭıbb*'inin sağlığın korunması üzerine olan dördüncü makalesinin bir bölümü "Hamamın yararları, zararları ve onu kullanma şekli üzerine" olup (**Ek-1**), *Kitābu'l-Murşid av el-Fuṣūl*'un da bir bölümü "Hamam üzerine fasıllar" başlığını taşımaktadır (**Ek-2**). Zehrāvī'nin *et-Taşrīf*'inin birinci makalesinde de "Hamamın yararları ve zararları üzerine fasıl" başlıklı bir bölüm bulunmaktadır (**Ek-3**).

Rāzī'nin ve Zehrāvī'nin adı geçen eserlerinde hamam üzerine olan görüşlerinin yer aldığı bölümler Arapçadan Türkçeye çevrilmiş ve Bulgular bölümünde sunulmuştur. Bu eserlerde yer alan bilgiler birbirleriyle karşılaştırılmış ve tartışılmıştır. Karşılaştırma hem içerik olarak hem de yazımda kullanılan cümleler ve kelimeler bağlamında gerçekleştirilmiştir. Metinde yer alan çeviriler makalenin yazarı tarafından yapılmıştır.

Bulgular

Rāzī'nin *el-Manşūrī fi't-Ṭıbb*'da yer alan hamam hakkındaki görüşleri, adı geçen kitabın "sağlığın korunması" üzerine olan dördüncü makalesinde "Hamamın yararları, zararları ve onu kullanma şekli üzerine" başlıklı bölümünde yer almaktadır. Hamamın kullanılarak vücudun nemlendirilmesinin ve kurutulmasının olanaklı olduğunu bildiren ve bunların nasıl yapılacağı hakkında bilgi veren Rāzī, hamamın yararlarının ve zararlarının neler olduğu hakkında da açıklamalarda bulunmaktadır:

Hamamın yararları, zararları ve onu kullanma şekli üzerine

Hamamla vücudu nemlendirmek ve kurutmak mümkün olur. Zayıf, katı ve kuru vücutların sahipleri nemlendirmeye gereksinim duyarlar. Onlar hamamda terlememelidirler, aksine mutedil bir mekânda olmalıdırlar ve etraflarında nemli buhar artsın diye orada bol sıcak su dökmelidirler. Vücutlarının üzerine lezzetli sıcak su dökmeli ve vücut kabarna ve nefes biraz daralana kadar oradan yararlanmalıdırlar. Sonra sıcak su kullanmaktan kaçınmalıdırlar, kısa süreyle bir kez soğuk su kullanmalıdırlar. Bundan sonra yağlanmalıdırlar. Vücudunu hafifletmek ve kurutmak isteyen kişiye gelince, onda terleme çoğaltılmalıdır, bakla ve nohut unuyla ya da boraksla ya da zufaotuyla/çövenle ovulmalıdır. Bundan sonra uzun süre yemeğe direnmelidir. Menekşe yağı ile ovulmalıdır. [Ter] atmaya başlamıştır. Vücudu yumuşatmak, cilt üzerindeki küçük delikleri açmak ve içlerine karışmış kirleri temizlemek, dolgunluğu hafifletmek, yelleri çıkarmak, uyku getirmek, ağrıları sakinleştirmek, hıltları inceltmek, ishali kesmek, yorgunlukları gidermek ve vücudu beslenmeye hazırlamak hamamın yararlarındandır. Kuvveti düşürmek, belki baygınlığa sebep olana kadar kalbi ısıtmak, kusmayı harekete geçirmek, [artık] maddelerin dökülmesine hızla yol vermek hamamın zararlarındandır. Bundan dolayı^{12,p:221} ateşi ya da yarası ya da korkusu ya da çıkığı ya da şişi olan kişi hamamdan sakınılmalıdır. Şişmanlamak isteyen kişi dışında tok olarak hamama girmekten sakınılmalıdır. Tok olarak hamama girmeye mecbur kalan kişi, bundan sonra günlerce ballı su içmelidir, yoğun gıdalardan sakınılmalıdır ve onun tedbiri yumuşatılmalıdır.^{12,p:222}

Râzî'nin *Kitābu'l-Murşid av al-Fuṣūl* adlı eserinde ise hamam hakkında yazdıkları adı geçen eserin "Hamam üzerine fasıllar" başlığı altında yer almaktadır. Bu fasıllarda hamam hakkında genel bazı açıklamalarda bulunan Râzî, bu bölümde de hamamın yararları, zararları hakkında *el-Manşūrī fī't-Ṭıbb'* da yazdıkları ile benzer açıklamalarda bulunmaktadır. Ateşi olan kişilerin hangi koşullarda hamamdan yararlanabileceği konusu da bu fasıllarda ele alınmıştır:

Hamam üzerine fasıllar

76 – Hamamda terleme, çıkartıları inceltmede ve onları çıkartmada egzersizin yolundan gider, fakat vücudun normal sıcaklığını (ḥarāretu'l-ğariziyye) kuvvetlendirmez, aksine zayıflatır.

77 – Hamam yemekten önce olmalıdır, vücudunu şişmanlatmak isteyen kişi dışında, yemekten sonra sakınılmalıdır.

78 – Hamamda terlemenin sınırı yorgunluk ve nefesin sıklaşmasıdır. O zaman, ıstırapın ortaya çıkmaya başlamasından önce, sıcak bölümden ayrılmak gerekir. Çünkü bu yeli harekete geçirdiğinde, çıkartıları vücudun dış yüzeyinden çıkarır, cilt üzerindeki küçük delikleri açar, vücudu gıdaya uygun hale getirir, zayıflıktan ve hamamda kalış süresinin uzunluğunun getirdiği ateşlerden güvende olur.

79 – Vücudu hamamla nemlendirmek ve kurutmak mümkün olabilir: Nemlendirme bozulduğunda, hamama bol su serpilmelidir ve hamamın içinde su ve küçük havuz kullanımı çoğaltılmalıdır. Kurutma bozulduğunda, bunun zıddı olmalıdır, hamamın içine su serpilmez ve onun havuzlarında su olmaz. Ama hamamın zemini kuru olmalıdır, havası saf ve buharsız olmalıdır.^{13,p:38}

80 – Cilt üzerindeki küçük gözenekleri genişletme, uyuz ve kaşıntıyı giderme, eti yumuşatma, vücudu gıdaya uygun hale getirme, kasılmış sinirleri uzatma, yelleri çıkartma, nezle ve zükâmı olgunlaştırma, zor idrarı kolaylaştırma ve giden tabiatı (ishali) tutma hamamın yararlarındandır.

81 – Zayıf organlara çıkartıların dökülmesini kolaylaştırma – ki onun en büyük zararidir, vücudu gevşetme, vücudun normal sıcaklığını zayıflatma, siniri ve sinirli organları zayıflatma ve onların hepsini gevşetme, yiyecek isteğini zayıflatma ve cinsel birleşmeyi azaltma hamamın zararlarındandır.

82 – Hamam gündelik ateşleri (hummeyât-ı yevm) olan kişilerin hepsine yararlıdır. Dört günde bir gelen (er-rub'), balgamî (el-balgamiyye), semi-tersiyer (şıtru'l-ğıbb) dışında, yine onların olgunlaşması ve uzamasından sonra, diğer ateşlerin hepsine zarar verir.

83 – Hektik ateşi olanlar (aşhâb-ı dıkk) banyodan yaralanabilirler, ama onlarla birlikte, orada onlara tedbir alan hazık bir tabibe gereksinim duyarlar, bu da onların hamamla ilgili açıklayıcı sözlerin uzadığı durumlara gereksinim duymaları ve bunlardan olan basit hatanın zararının onlar için dayanılmaz olması sebebiyledir.

84 – Hektik ateşi olanla birlikte bir tabip yoksa ve onun hamam yapması gerekiyorsa hamamın havasının nemli olması, sıcak bölümde onu terletmeyecek kadar bekliyor olması ve kesinlikle ona acı vermemesi en iyisidir. Sonra bir darbeye soğuk havuza atlar,^{13,p:39} sonra soyunma odasına çıkar, orada uzun süre istirahat eder ve terlemesin diye ferahlatılır.^{13,p:40}

Zehrāvī de hamamla ilgili görüşlerini *et-Taşrîf*'in birinci makalesinin “Hamamın yararları ve zararları üzerine” başlıklı bölümünde bildirmiştir. Hamamın yararları ile başladığı bölümü, hamamın zararlarını ele alarak sürdürmüş, hamama girecek ya da girilmeyecek zamanları ve durumları bildirerek, ateşi olan kişilerin hangi koşullarda hamam yapacağı hakkındaki açıklamalarla bölümü sonlandırmıştır:

Hamamın yararları ve zararları üzerine

Hamam vücutları nemlendirir, cilt üzerindeki küçük delikleri açar, içlerine karışmış kirleri çözer, dolgunluğu hafifletir, yelleri çıkarır, uyku getirir, hıltları inceltir, ağrıyı sakinleştirir, ishali keser, yorgunlukları giderir, vücudu beslenmeye hazırlar.^{14,p:230} Tok olarak hamama girmeye devam eden cılız şişmanlatır. Cildi parlatır, kasılmış uzuvları uzatır ve nemli bedenleri tazeler. Kuvveti düşürmek, belki baygınlık getirene kadar kalbi ısıtmak, kusmayı harekete geçirmek, nefesi zayıflatmak, [artık] maddelerin ve çıkartıların zayıf uzuvlara doğru süratle dökülmesine yol vermek hamamın zararlarındandır. Bundan dolayı ateşi ya da yarası ya da çıkığı ya da şişi olan kişi hamamdan sakınmalıdır. Söylediğimiz gibi şişmanlamak isteyen kişi dışında tok olarak hamama girmekten sakınılmalıdır. Tok olarak hamama girmeye mecbur kalmış kişi, bundan sonra günlerce ballı su içmelidir, yoğun gıdalardan sakınılmalıdır ve ateşten korkmalıdır. [Hamam] günlük ateşi olan kişilerin hepsine yararlıdır, uzadıktan ve olgunlaştıktan sonra dört günde bir gelen ateş ya da balgamî olan ateş ve semi-tersiyer ateş dışında diğer ateşlerin hepsine zarar verir. Hamam hektik ateşi olan kişilere yararlı olabilir, ancak onlar hazık bir tabibe gereksinim duyarlar. Hektik ateşi olan kişinin hamam yapması zorunluysa, hamamın havası nemli olmalıdır, hamamın içinde alçakta olmalıdır. Kesinlikle sıcak bölümde onu terletmeyecek kadar beklemeli ve kesinlikle ona ağır gelmemelidir. Sonra bir darbeye kendini soğuk havuza atar, sonra çıkar, istirahat eder ve terlemesin diye yelpazelerle ferahlatılır. Uzuvları yorulmasın diye yavaş hareket

ettirilir. Hamam hakkındaki tüm tedbiri öğrenmeyi isteyen kişi, bu konudaki kitapları okumalıdır.^{14,p:231}

Tartışma

Tıp tarihi literatürü gözden geçirildiğinde *Hippokratik Külliyyat'ın Rejime II (Corpus Hippocraticum-Regimen II)* adlı kitabında¹⁵ hamamlar hakkında birtakım bilgilerin verildiği görülmektedir:

LVII. Hamamlara gelince, onların özellikleri bunlardır. İçilebilir su vücuda nem verdiği için vücudu nemlendirir ve soğutur. Tuzlu bir hamam, sahip olduğu doğal sıcaklık vücuttan nemi çektiği için ısıtır ve kurutur. Sıcak hamamlar, açken yapıldığında, kendi sıcaklıklarına bağlı olarak vücuttan nemi taşıdıkları için azaltır ve soğuturlar, et kendi neminden boşaltılırken de vücut soğutulur. [Hamamlar] yemekten sonra yapıldığında, vücutta önceden var olan nemi daha büyük bir hacme genişlettikleri için ısıtırlar ve nemlendirirler. Soğuk hamamların zıt etkisi vardır. Onlar boş bir vücuda belirli miktarda ısı verirler; yemekten sonra nemi uzaklaştırırlar ve soğuk olan kurulukları ile doldururlar. Hamamlardan kaçınmak, nem tüketildiği için kurutur, yağlanmaktan kaçınmak da böyle yapar.^{15,pp:343-4,†}

Galenus (129-200) da *De Sanitate Tuenda*¹⁷ adlı eserinin üçüncü kitabında sıcak tatlı su banyolarının özellikleri ile ilgili şu bilgileri paylaşmaktadır:

Şimdi hamamları tartışmanın zamanıdır: İlk olarak, daha fazla kullanılması gerektiğinde, tatlı suları olan sıcak hamamlar, sonra soğuk hamamlar, ondan sonra bazısı orta sıcaklıkta, bazısı sıcak, bazısı ılık ve bazısı tamamen soğuk olan kaynak suları denenler. Tatlı sıcak sular, eğer orta sıcaklıktaysalar, nitelik sıcak ve nemlidir; eğer daha ılıksalar, nitelik nemli ve serindir; fakat gerektiğinden daha sıcak hale getirilirse, nitelik sıcaktır, fakat artık eşit derecede nemli değildir. İkincisi vücutları diken diken eder ve onların gözenekleri büzülür, bundan dolayı artık ne dış nemi emer ne de iç atığı boşaltır. Ancak kişi, kendi içinde iyice nemlendiren ve iyice ısıtan orta sıcaklıkta olanlarla başlamalıdır. Fakat bazen, şans eseri, olur ki onlar ya nemi terleyerek atarlar ya da vücudun parçalarını fazla rheum ile doldururlar ya da yumuşatırlar ya da onu sindirirler ya da onun gücünü artırır ya da rahatlatırlar. Bu şeylere onların miktarlarının katkısı da az değildir.^{16,p:110,‡}

Bergamalı Oribasius (325-403)'un *Synopsis*'inin¹⁷ birinci kitabının hamamlar hakkındaki bölümünde sıcak banyolarla ilgili olarak verilen bilgilerin[§] neredeyse aynısı Aeginalı Paulus (625-690)'un *Epitome*'sinin¹⁸ birinci kitabının banyolar hakkındaki bölümünde de görülmektedir:

† "LVII. As to baths, their properties are these. Drinkable water moistens and cools, as it gives moisture to the body. A salt bath warms and dries, as having a natural heat it draws moisture from the body. Hot baths, when taken fasting, reduce and cool, for they carry the moisture from the body owing to their warmth, while as the flesh is emptied of its moisture the body is cooled. Taken after a meal they warm and moisten, as they expand to a greater bulk the moisture already existing in the body. Cold baths have an opposite effect. To an empty body they give a certain amount of heat; after a meal they take away moisture and fill with their dryness, which is cold. To refrain from baths dries, as the moisture is used up, and so does to refrain from oiling."^{15,pp:343-4}

‡ "It is now time to discuss baths: first, warm baths of sweet waters, when these should be more used; then of cold baths; then those of so-called spring waters, of which some are of medium temperature, some hot, some tepid, and some altogether cold. Of the sweet warm waters, if they are of moderate temperature, the property is warm and moist; if they are more tepid, the property is moist and cool; but if they are made warmer than necessary, the property is warm but no longer equally moist. For the latter make bodies bristle and their pores contract, so that they are no longer absorb the external moisture nor evacuate the internal excrement. But one should begin with those of moderate temperatures which in themselves thoroughly moisten and thoroughly warm. But it happens sometimes, by chance, that they either sweat out the moisture, or fill the parts of the body with superfluous rheum, or soften or digest it, or strengthen or relax its power. To these things also their quantity contributes not a little."^{16,p:110}

§ "Au contraire, le bain chaud est excellent et plus innocent que le bain froid ; il guérit la fatigue et dissipe la pléthore ; il réchauffe, apaise, ramollit, et disperse les flatuosités, dans quelque endroit qu'elles se soient fixées ; enfin il provoque au sommeil et donne de

Ancak sıcak banyo en güvenlisi ve en iyisidir, bitkinliği giderir, dolgunluğu giderir, ısıtır, yatıştırır, yumuşatır, gazı her nerede sabitlendiyse giderir, uyku getirir ve tombulluğa neden olur. Erkek ve kadın, genç ve yaşlı, zengin ve fakir, herkes için uygundur.^{18,pp:67-8,**}

Rāzī'nin ve Zehrāvī'nin eserlerinde hamam hakkında verilmiş olan bilgilerin genel olarak humoral patoloji teorisinin prensipleri ile uyumlu olduğu; bu bilgilerin tıp tarihindeki yerinin belirlenmesi bağlamında ele alındığında *Regime II, De Sanitate Tuenda, Synopsis* ve *Epitome* gibi öncül eserlerde yazarlarımızın verdiği bilgilerle uyumlu birtakım bilgilerin yer aldığı fark edilmektedir.

Öte yandan Rāzī'nin iki eserinde hamam hakkında verdiği bilgiler kendi aralarında karşılaştırıldığında *el-Manşūrī fī't-Ṭıbb'*ında hamam hakkında yer vermediği bir kısım bilgiyi *Kitābu'l-Murşid av Fuşūl'*unda paylaştığı fark edilmektedir. Rāzī'nin verdiği bilgiler Zehrāvī'nin yazdıkları ile karşılaştırıldığında, Rāzī'nin *el-Manşūrī fī't-Ṭıbb'*ında hamamın yararları ve zararları konusunda yer alan bilgilerle Zehrāvī'nin *et-Taşrīf'*inde yer alan bilgilerin çok benzer olduğu görülmektedir (**Ek-4**). Öte yandan Zehrāvī'nin *et-Taşrīf'*inde Rāzī'nin hem *el-Manşūrī fī't-Ṭıbb'*ında hem de *Kitābu'l-Murşid'*inde hamamın kullanılarak vücudun nemlendirilmesi ya da kurutulması konusunda verdiği bilgilere ve yine Rāzī'nin *Kitābu'l-Murşid'*inde hamamın egzersizle benzer etkileri göstermekle birlikte vücudun normal sıcaklığını (*ḥararetu'l-ğarīziyye*) zayıflatıldığı görüşüne yer vermediği fark edilmektedir. Zehrāvī'nin kendi eserinde, Rāzī'nin hamamın yararları konusunda verdiği bilgilere birkaç eklemeye yaptığı ve aynı zamanda Rāzī'nin *Kitābu'l-Murşid'*indeki hamamla ilgili 82, 83, 84. fasıllarında yer alan görüşlerle benzer olan görüşleri eserine eklediği görülmektedir.

Zehrāvī'nin Rāzī'den alıntı yaptığını düşündüren cümleler karşılaştırıldığında, bazı kelimelerde tekil çoğul farklılıkları, bazı eylemlerde de aynı anlama gelebilecek fiiller kullanıldığı görülmektedir. Bazı ifadelerde de cümle içerisine farklı bazı kelimelerin eklenerek cümlelerin geliştirildiği, ya da anlamlarının belirginleştirilmeye çalışıldığı fark edilmektedir. Bazı cümlelerin çıkartıldığı ya da birleştirilerek aynı anlamın daha kısa bir cümle ile ifade edilmeye çalışılmış olduğu da görülmektedir (**Ek-4 ve Ek-5**).

Tarihsel olarak Rāzī'nin Zehrāvī'den daha önce yaşadığı göz önüne alındığında Zehrāvī'nin Rāzī'den etkilendiğini söylemek olası görünmektedir. Öte yandan Rāzī'nin İslam coğrafyasının Doğu, Zehrāvī'nin de Batı kesiminde yaşadığı göz önüne alındığında Rāzī'nin eserlerinin Batı'da da bilindiğini söylemek mümkün olabilir.^{††} Her iki eser arasındaki benzerliğin bir başka açıklaması ise her iki yazarın da yararlanmış olabileceği bir başka öncül yazar ve onun eserinin olabileceğidir.

Sonuç

Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī'nin ve Ebū'l-Kāsım Ḥalef b. 'Abbās ez-Zehrāvī'nin eserlerinde hamam hakkında verilmiş olan bilgilerin genel olarak humoral patoloji teorisinin prensipleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Zehrāvī'nin *et-Taşrīf li-men 'aceze 'anī't-telīf* adlı eserinde hamam üzerine yazdıkları Rāzī'nin *el-Manşūrī fī't-Ṭıbb* ve *Kitābu'l-Murşid av al-Fuşūl* adlı eserlerinde yer alan bilgilerin bir kısmı ile “neredeyse aynı” denebilecek kadar benzerdir. Zehrāvī'nin hamam hakkında yazdıkları, Rāzī'nin eserlerinden birebir alıntılar yapılarak ve bazı bölümleri dışarıda bırakılarak konu hakkında daha kısa bir sentez oluşturulduğu izlenimini vermektedir. Eğer böyleyse Zehrāvī neden Rāzī'nin ismini anmamıştır ya da eğer her iki yazar da ortak bir başka kaynaktan yararlanmışlarsa neden o yazarın ya da eserinin ismini

l'embonpoint. Le bain chaud est encore d'un usage commode pour tout le monde : hommes, femmes, petits enfants, vieillards et simples particuliers.^{17,pp:44-5}

^{**} “But the warm bath is the safest and best, relieving lassitude, dispelling plethora, warming, soothing, softening, removing flatulence wherever it fixes, producing sleep and inducing plumpness. It is expedient for all, man and woman, young and old, rich and poor.”^{18,pp:67-8}

^{††} Bazı kaynaklarda Rāzī'nin Endülüs'e gittiğinden de bahsedilmektedir.¹⁹⁻²³

anmamışlardır soruları akla gelmektedir. Bu soruların yanıtlarını bulabilmek daha ayrıntılı karşılaştırmalı çalışmalar yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Bilgi

Bu makale 25-29 Ekim 2018 tarihleri arasında Afyonkarahisar-Türkiye’de düzenlenen Prof. Dr. Seyfettin Uludağ Anısına Tıp Etiği, Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Derneği’nin 2. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi’nde sunulan ve özeti Program ve Özetler kitabında yayınlanan sözlü bildiriye dayanmaktadır. Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Sarton G. Introduction to the History of Science, Volume 1, From Homer To Omar Khayyam, Reprinted. Baltimore: The Williams & Wilkins Company; 1953. pp:609-10.
2. Meyerhof M. Thirty-three clinical observations by Rhazes (Circa 900 A.D.). Isis 1935;23(2):321-72.
3. Sadi LM. The Millenium of Ar-Razi (Rhazes) (850-932 A.D.?). In: Muḥammad Ibn Zakarīyā’ Al-Rāzī (d. 313/925), Text and Studies II, Collected and reprinted by Sezgin F in collaboration with Amawi M, Ehrig-Eggert C, Neubauer E. Frankfurt am Main: Institute for the History of Arabic-Islamic Science at the Johann Wolfgang Goethe University; 1996. pp:252-62.
4. Ağırkaç A. İslâm Tıp Tarihi [Başlangıçtan VII./XIII. Yüzyıla Kadar]. İstanbul: Çağdaş Basın Yayın Ltd Şti; 2004. pp:154-84, 307-22.
5. Kâhya E. Studies of Rhazes medical heritage. DTCF Atatürk’ün 100. Doğum Yılına Armağan Dergisi (Ayrıbasım), Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 1982. pp:415-20.
6. Goodman LE. Al-Rāzī. In: Bosworth CE, Van Donzel E, Heinrichs WP, Lecomte G assisted by Bearman PJ and Nurit MMEs, editors. The Encyclopaedia of Islam, New Edition. Vol. VIII. Leiden: E.J. Brill; 1995. pp:474-7.
7. Castiglioni A. A History of Medicine. Translated from the Italian and Edited by Krumbhaar EB, Second Edition, Revised and Enlarged. New York: Alfred A. Knopf; 1947. pp:267-70.
8. Aciduman A, Balat A. Aphorisms related to nephrological subjects in Rhazes’ *Kitab al-Murshid aw al Fuşûl (The Guide Book or The Book of Aphorisms)*. G Ital Nefrol 2018;35(Suppl 70):14-7.
9. Nizamii Aruzi. Tıb İlmi ve Meşhur Hekimlerin Mahareti. [Hazırlayan]: Ünver AS. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1936. pp:17,43.
10. [Adıvar] AA. Ebülkasım Zehrâvî. In: İslâm Ansiklopedisi: İslâm Âlemi Tarih, Coğrafya, Etnografya ve Biyografya Lûgati. 4. Cilt. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı, 1948. pp:87-90.
11. Savage-Smith E. Al-Zahrâwî. In: Bearman PJ, Bianquis TH, Bosworth CE, Van Donzel E, Heinrichs WP, editors. The Encyclopaedia of Islam, New Edition. Volume XI. Leiden: Brill; 2002. pp:398-9.
12. Er-Râzî, Ebû Bekr Muḥammed b. Zekerıyyâ. El-Manşûrî fı’-tıbb. Şerḥ ve taḥkîk ve ta’lîk: ed-Duktür Hâzım el-Bekrî eş-Şiddikî. Eṭ-Ṭab’atu’-Ulâ. Menşûrâtu Ma’hedî’l-Maḥtûṭâti’l-‘Arabiyye. El-Kuveyt, 1408 H/1987 M. pp:221-2.
13. Iskender AZ. Kitâbul-Murşid av el-Fuşûl ma’a Nuşûsi Tıbbiyyeti Muḥtârati li-Ebî Bekr Muḥammed ibn Zekerıyyâ er-Râzî. Mecelletu Ma’hedî’l-Maḥtûṭâti’l-‘Arabiyye 1961;7:1-125.
14. Ez-Zehrâvî, Ebû’l-Ḳasım Ḥalef b. ‘Abbâs. Et-Taşrif mevsû’a tıbbiyye mine’l-ḳarni’l-‘âşiri’l-milâdî. Ḥaḳkaḳahu ve tercemehu: ed-Duktür Şubḥî Maḥmûd Ḥamâmî. Mu’essesetu’l-Kuveyt li’-t-Tekaddumî’l-‘İlmî, 2004. pp:230-1.
15. Hippocrates With An English Translation by Jones WHS. Vol. IV. Heraclitus On the Universe. London: William Heinemann Ltd, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1959. pp:342-5.
16. Galen. A Translation of Galen’s Hygiene (De Sanitate Tuenda) by Green RM with an Introduction by Sigerist HE. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas; 1951. p:110.
17. Oribase. Oeuvres d’Oribase, Texte Grec, En Grande Partie Inédit. Collationné Sur Les Manuscrits. Traduit Pour La Première Fois En Français; Avec Une Introduction, Des notes, Des Tables Et Des Planches Par Les Docteurs Bussemaker et Ch. Daremberg, Tomé Cinquième. Paris: A L’Imprimerie Nationale; 1873. pp:44-5. [Internet] [cited 2016 Mar 02]. Available from: https://books.google.com.tr/books?id=VdtEAQAIAAJ&printsec=frontcover&dq=Oribase.+Oeuvres+d%E2%80%99Oribase,+&hl=tr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Oribase.%20Oeuvres%20d%E2%80%99Oribase%2C&f=false
18. Paulus Aeginata. The Seven Books of Paulus Aeginata, Translated from the Greek With A Commentary Embracing A Complete View of the Knowledge Possessed by the Greeks, Romans, and Arabians On All Subjects Connected With Medicine and Surgery by Adams F, In Three Volumes, Vol. I. London: Printed for the Sydenham Society; 1844. pp:67-8. [Internet] [cited 2010 Feb 19]. Available from: <https://books.google.com.tr/books?id=AFdhAAAAIAAJ&printsec=frontcover&dq=Paulus+Aegineta.+The+Seven+Books+of>

+Paulus+Aegineta&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKEwic65Wfku_QAhXkDMAKHYg9AnUQ6AEIKjAB#v=onepage&q=Paulus%20Aegineta.%20The%20Seven%20Books%20of%20Paulus%20Aegineta&f=false

19. Leclerc L. Histoire De La Médecine Arabe. Tome Premier. Paris: Ernest-Leroux; 1876. p.338.
20. Ş. Sāmī. Qāmūsü'l-A'lām. Birinci Cild. İstanbul: Mihrān Maṭba'ası; 1306 [Ch. Samy-Bey Frascbery. Dictionnaire Universal D'Histoire et De Géographie. Tome Premier. Constantinople: Editeur Mihran; 1889]. pp.693-6.
21. [Akalin] BÖ. Nevsāl-ı 'Āfiyet – Sāl-nāme'-i Tıbbī. Dördüncü Kitāb. İstanbul: Maṭba'a-i Aḥmed İhsān; 1322. pp:172-84.
22. [İzmirli] İH. Şeyḥü'l-Eṭṭebbā Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyā er-Rāzī. Dārü'l-Fünün İlahiyyāt Fakütesi Mecmū'ası 1341;1(1):151-65.
23. [Ünver] AS. İslām Doktoru Ebubekir Razī 850 – 923. İstanbul: T.C. İstanbul Belediyesi İstatistik ve Neşriyat Müdürlüğü; 1931 (Belediye Mecmuasınının 87 ci sayısında neşrinden sonra ayrıca risale olarak çıkarıldı).

Ek-1. Rāzī'nin *el-Manşūrī fī ṭ-Ṭıbb* adlı eserinin hamam hakkındaki bölümü^{12,p:221-2}

من منافع الحمام ومضاره وجهة استعماله

الحمام يمكن أن يرطب به البدن وأن يجفف. ويحتاج إلى الترطيب به أصحاب الأبدان النحيفة اليابسة القلحة. وهؤلاء ينبغي أن لا يتعرّفوا فيه بل يكونوا منه في مكان معتدل ويصوبون فيه ماءً حاراً كثيراً ليكثر البخار الرطب حواليهم. ويصوبون من الماء الحار المستلذ على أجسادهم وينتفعون فيه إلى أن ينتفخ الجسد ويربو قليلاً. ثم ليمسكوا عن استعمال الماء الحار ويستعملون الماء البارد مرة واحدة وقتاً يسيراً. ويتمرّخوا بالدهن بعد ذلك. وأما من يريد التجفيف والتخفيف عن البدن فليكثر التعرّف فيه والتدلك بديق الباقلي والحمص أو البورق أو الأشنان. ويدافع بالأكل بعد ذلك مدة طويلة. وليتدلك بدهن البنفسج وقد أقبل يتصيب. ومن منافع الحمام أنه يطري البدن ويفتح المسام ويجلي الأوساخ المرتبكة فيها ويخفف الامتلاء ويفشّ الرياح ويجلب النوم ويسكن الأوجاع ويرقق الأخلاط ويمنع من الخلفة ويذهب بالإعياء ويهيء البدن للاغتذاء. ومن مضاره إنه يسقط القوة ويسخن القلب حتى أنه ربما جلب الغشي. ويهيج القيء ويجعل للمواد سبباً إلى سرعة الانصباب. ولذلك ينبغي أن^{12,p:221} يحذر الحمام من به حمى أو قرحة أو فزع أو فسخ أو ورم. وليحذر دخوله على الشعب إلا من يريد السم. ومن اضطر إلى دخوله على الشعب فليشرب بعد ذلك من السكجيبين أياماً ويحذر الأغذية الغليظة ويلطف تدبيره.^{12,p:222}

Ek-2. Rāzī'nin *Kitābu'l-Murşid av al-Fuṣūl* adlı eserinin hamam hakkındaki fasılları^{13,p:38-40}

فصل في الحمام

- ٧٦- التعرّف في الحمام يذهب مذهب الرياضة في ترقيق الفضول وفشها، غير أنه لا يُقوى الحرارة الغريزية؛ بل يضعفها.
- ٧٧- ينبغي أن يكون الحمام قبل الطعام، ويحذر بعد الطعام، إلا من يريد أن يسمن البدن.
- ٧٨- الحد في التعرّف في الحمام للدهن، وتواتر النفس، وعند ذلك ينبغي أن يفارق البيت الحار، قبل ابتداء حدوث الكرب. فإنه إذا فعل ذلك ريح فشّ الفضول من ظاهر البدن، وتفتح المسام وإعداد البدن للغذاء وأمن من الضعف، والحميات التي يجلبها طول المقام في الحمام.
- ٧٩- قد يمكن أن يرطب البدن بالحمام؛ وأن يجفف: فإذا رمت الترطيب، فليرش الحمام بماء كثير، وليكثر فيه من استعمال الماء والأبزن؛ وإذا رمت التجفيف، فليكن بالضد من ذلك، ولا يرش فيه ماء، ولا يكون في حياضه ماء. لكن ينبغي أن يكون أرض الحمام جافاً، وهوأوه صافياً غير بخاري.^{13,p:38}
- ٨٠- من منافع الحمام: توسيع المسام، وإذهاب الحكّة، والجرب، وتليين اللحم، وإعداد البدن للاستغذاء، وبسط الأعصاب المتشنجة، وفشّ الرياح، وإنضاج النزلة والزكام، وتسهيل البول العسر، وحبس الطبيعة المنطلقة.
- ٨١- ومن مضار الحمام: تسهيل صب الفضول إلى الأعضاء الضعيفة، وهو أعظم مضاره، وإرخاء الجسد، وإضعاف الحرارة الغريزية، وإضعاف العصب والأعضاء العصبية وإرخاؤها جميعاً، وإضعاف شهوة الطعام، وإضعاف الباه.
- ٨٢- الحمام ينفع جميع أصحاب حميات يوم، ويضر في جميع الحميات الأخر؛ إلا في الربع، والبلغمية، وشطر الغبّ، وذلك أيضاً بعد نضجها وتناولها.
- ٨٣- وقد ينتفع أصحاب الدق بالحمام ولكن يحتاجون أن يكون معهم طبيب حاذق يدبرهم فيه، وذلك أنهم يحتاجون من الحمام إلى أمور يطول الكلام بشرحها، ويعظم ضرر الخطأ اليسير منها بهم.
- ٨٤- الأجود إذا لم يكن مع صاحب الدق طبيب، ولم يكن بد من أن يستحم، أن يكون هواء الحمام رطباً، وأن يكون ليثه في البيت الحار بقدر ما لا يعرّفه، ولا يكربه البتة. ثم ينغمس في الحوض البارد ضربة^{13,p:39} ثم يخرج إلى المشلح، ويستريح هناك طويلاً، ويُروّح عنه حتى لا يعرق.^{13,p:40}

Ek-3. Zehrāvī'nin *Kitābu't taşrīf li-men 'aceze ani't-te'lif* adlı eserinin hamam hakkındaki bölümü^{14,p:230-1}

فصل في منافع الحمام ومضاره

الحمام يرطب الأبدان، ويفتح المسام ويحلل الأوساخ المرتبكة فيها ويخفف الامتلاء ويفش الرياح ويجلب النوم ويرقق الأخلاط ويسكن الوجع ويقطع الخلفة ويذهب بالإعياء ويهيئ البدن للاغتذاء. ^{14,p:230} ويُسَمَّن المهزول إذا أدام دخوله على الشَّبَع، ويبسط البشرة ويمدد الأعضاء المتشنجة ويرطِّب الأبدان الرطبة. ومن مضاره أنه يسقط القوة ويسخن القلب حتى أنه ربما جلب الغشي ويهيج القيء ويضعف النفس، ويجعل للمواد الفضول سبيلاً إلى سرعة الانصباب إلى الأعضاء الضعيفة. ولذلك ينبغي أن يحذر الحمام من به حمى أو قرح أو فسخ أو ورم. وليحذر دخوله على الشَّبَع إلا من يريد التسمين كما قلنا. ومن اضطر إلى دخول الحمام على الشَّبَع فليشرب في أثره من السكتجيين أياماً، ويحذر الأغذية الغليظة وليحذر الحمى. وينفع جميع حميات يوم ويضر بالأخر كلها إلا الربع بعد تناولها ونضجها أو البلغمية وشطر الغبّ وقد ينفع أصحاب الدق الحمام إلا أنهم يحتاجون إلى طبيب حاذق، وإذا لم يكن لصاحب الدُقُّ بُدُّ من الحمام فليكن هواء الحمام رطباً، وليكن فيه على وطاء، ويكون لبنة في البيت الحار بقدر ما لا يعرق فيه البتة، ولا يكره البتة، ثم يغمس في الحوض البارد ضربة، ثم يخرج ويستريح ويروح عليه بالمرآح كي لا يعرق ويتلطف به في الحركة كي لا تتعب أعضاؤه. ومن أراد أن يقف على جميع تدبير الحمام فليقرأ كتبهم في ذلك. ^{14,p:231}

Ek-4. Rāzī'nin *el-Manşūrī fī't-Ṭıbb*¹² adlı eseri ile Zehrāvī'nin *Kitābu't taşrīf li-men 'aceze ani't-te'lif*¹⁴ adlı eserinde hamamın yararları, zararları ve hamamın uygun olmadığı kişilerle ilgili karşılaştırma; benzerlikler ve farklılıklar

El-Manşūrī fī't-Ṭıbb – Hamamın yararları	Et-Taşrīf – Hamamın yararları
ومن منافع الحمام أنه يطري البدن ويفتح المسام ويجلي الأوساخ المرتبكة فيها ويخفف الامتلاء ويفش الرياح ويجلب النوم ويسكن الأوجاع ويرقق الأخلاط ويمنع من الخلفة ويذهب بالإعياء ويهيئ البدن للاغتذاء. ^{12,p:221}	الحمام يرطب الأبدان، ويفتح المسام ويحلل الأوساخ المرتبكة فيها ويخفف الامتلاء ويفش الرياح ويجلب النوم ويرقق الأخلاط ويسكن الوجع ويقطع الخلفة ويذهب بالإعياء ويهيئ البدن للاغتذاء. ويُسَمَّن المهزول إذا أدام دخوله على الشَّبَع، ويبسط البشرة ويمدد الأعضاء المتشنجة ويرطِّب الأبدان الرطبة. ^{14,p:230-1}
El-Manşūrī fī't-Ṭıbb – Hamamın zararları	Et-Taşrīf – Hamamın zararları
ومن مضاره أنه يسقط القوة ويسخن القلب حتى أنه ربما جلب الغشي. ويهيج القيء ويجعل للمواد سبيلاً إلى سرعة الانصباب. ^{12,p:221}	ومن مضاره أنه يسقط القوة ويسخن القلب حتى أنه ربما جلب الغشي، ويهيج القيء ويضعف النفس، ويجعل للمواد الفضول سبيلاً إلى سرعة الانصباب إلى الأعضاء الضعيفة. ^{14,p:231}
El-Manşūrī fī't-Ṭıbb – Hamamın uygun olmadığı kişiler	Et-Taşrīf – Hamamın uygun olmadığı kişiler
ولذلك ينبغي أن يحذر الحمام من به حمى أو قرحة أو فزع أو فسخ أو ورم. وليحذر دخوله على الشَّبَع إلا من يريد التسمين كما قلنا. ومن اضطر إلى دخوله على الشَّبَع فليشرب بعد ذلك من السكتجيين أياماً ويحذر الأغذية الغليظة ويلطف تدبيره. ^{12;pp:221-2}	ولذلك ينبغي أن يحذر الحمام من به حمى أو قرح أو فسخ أو ورم. وليحذر دخوله على الشَّبَع إلا من يريد التسمين كما قلنا. ومن اضطر إلى دخول الحمام على الشَّبَع فليشرب في أثره من السكتجيين أياماً، ويحذر الأغذية الغليظة وليحذر الحمى. ^{14,p:231}

Metinde "الأغذية" olarak yazılmıştır.

Ek-5. Rāzī'nin *Kitābu'l-Murşid*¹³ adlı eseri ile Zehrāvī'nin *Kitābu't taşrīf li-men 'aceze ani't-te'lif*¹⁴ adlı eserinde hamamın ateşi olan kişilere yararı ve zararı ile zayıf kişilerle ilgili karşılaştırması; benzerlikler ve farklılıklar

Kitābu'l-Murşid – Hamamın ateşi olanlara yararı ve zararı	Et-Taşrīf – Hamamın ateşi olanlara yararı ve zararı
<p>٨٢- الحمام ينفع جميع أصحاب حميات يوم، ويضر في جميع الحميات الأخر؛ إلا في الربيع، والبلغمية، وشطر الغيب، وذلك أيضاً بعد نضجها وتناولها. 13,p:39</p>	<p>وينفع جميع حميات يوم ويضر بالأخر كلها إلا الربيع بعد تناولها ونضجها أو البلغمية وشطر الغيب 14,p:231</p>
Kitābu'l-Murşid – Zayıf kişiler	Et-Taşrīf – Zayıf kişiler
<p>٨٣- وقد ينتفع أصحاب الدق الحمام ولكن يحتاجون أن يكون معهم طبيب حاذق يدبرهم فيه، وذلك أنهم يحتاجون من الحمام إلى أمور يطول الكلام بشرحها، ويعظم ضرر الحطاء اليسير منها بهم. 13,p:39</p>	<p>وقد ينفع أصحاب الدق الحمام إلا أنهم يحتاجون إلى طبيب حاذق، 14,p:231</p>
<p>٨٤- الأجود إذا لم يكن مع صاحب الدق طبيب، ولم يكن بد من أن يستحم، أن يكون هواء الحمام رطباً، وأن يكون لبثه في البيت الحار بقدر ما لا يعرقه، ولا يكرهه البتة. ثم ينغمس في الحوض البارد ضربة ثم يخرج إلى المشلح، ويستريح هناك طويلاً، ويُزوح عنه حتى لا يعرق. 13,pp:39-40</p>	<p>وإذا لم يكن لصاحب الدق بُد من الحمام فليكن هواء الحمام رطباً، وليكن فيه على وطاء، ويكون لبثه في البيت الحار بقدر ما لا يعرق فيه البتة، ولا يكرهه البتة، ثم ينغمس في الحوض البارد ضربة، ثم يخرج ويستريح ويروح عليه بالمراوح كي لا يعرق ويُتلف به في الحركة كي لا تتعب أعضاؤه. ومن أراد أن يقف على جميع تدبير الحمام فليقرأ كتبهم في ذلك. 14,p:231</p>

Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Bitkisel Ürünlerin Akılcı Kullanımı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*

Knowledge Levels about the Rational Use of Herbal Products in Nursing First Year Students' at School of Health

Sibel Şentürk¹

¹Dr.Öğr.Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-5634-174X

öz

Amaç: Bu çalışma, sağlık yüksekokulunda öğrenim gören hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımı hakkındaki bilgilerinin ne düzeyde olduğunu ve bilgi düzeyleri üzerinde etkili olan değişkenleri belirlemek için planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desendeki bu çalışmada evreni Ocak-Şubat 2017 tarihleri arasında Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulunun hemşirelik birinci sınıfında öğrenim gören tüm öğrenciler (117 öğrenci), örnekleme ise 114 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin %97,4'üne ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacının literatür inceleyerek geliştirdiği 35 soruluk anket formu kullanılmış olup, analizler yüzdelik dağılımlar ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yer alan öğrencilerin yaş ortalamaları 19.22±1.40 olup büyük çoğunluğu kızdır. Öğrencilerin tamamının bitkisel ürünleri kullandıkları, %81.6'sının nezle/grip rahatsızlıklarında uyguladıkları, %89,5'inin çay olarak tükettikleri, %93.9'unun nane bitkisini kullandıkları, %70.2'sinin yarar gördükleri ve sadece %7.0'nin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımı hakkında bilgisinin olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımıyla ilgili bilgi düzeyleri ile ailenin gelir düzeyi, bitkilerin saklanma koşulları, botanik ismini bilme durumu ve yarar görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p< 0,05).

Sonuç: Öğrencilerin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımı hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu eksikliğin giderilmesi için eğitim hayatları içerisine bitkisel tedavi yöntemleri hakkında derslerin yer alması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, öğrenci, bitkisel ürünler, bilgi düzeyi.

ABSTRACT

Aim: This study was planned to determine nursing first year students at school of health knowledge levels of about rational use of herbal products and the variables that have an effect on the knowledge levels.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted in Burdur Mehmet Akif Ersoy University Bucak School of Health between January and February 2017. The universe was composed of all students (117 students) studying and sample consists of 114 first year students'. 97.4% of the universe has been reached. The data were collected using a 35-question questionnaire forms created and the literature was examined by the researcher. Analyzes were done with percentage distributions and chi-square test.

Results: The average age of the students in the study was 19.22±1.40 and the majority of them were females. It was determined that all students used herbal products, 81.6% applied to flu/cold disorders, 89.5% consumed as tea, 93.9% used mint plants, 70.2% benefited and only 7.0% had knowledge about the rational use of herbal products. A statistically significant difference was found between students' knowledge level about rational use of herbal products, income level of family, hiding conditions of plants, knowing botanical name and benefit status (p<0,05).

Conclusion: It was seen that students' knowledge about rational use of herbal products is insufficient. It may be suggested that lessons on herbal treatment methods should be included in their educational lives to overcome this deficiency.

Keywords: Nursing, student, herbal products, knowledge level.

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 242-251

DOI: 10.31020/mutfd.665467

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 27Aralık 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 01Mayıs 2020

İletişim - Correspondence Author: Sibel Şentürk <sibelsenturk@mehmetakif.edu.tr>

Giriş

Bitkisel ürünler, *'bitkilerin yaprak, kök, gövde gibi bileşenlerinin ya da bütünüünün kullanıldığı ve bir ya da daha fazla bitkiden üretilmiş olan maddeler'* olarak tanımlanmaktadır.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine bakıldığında dünya çapında tahmini 21.000 bitki türünün tedavi nedeniyle kullanıldığı, 4 milyara yakın kişinin de hastalıklarını öncelikli olarak bitkisel ilaçlarla önlemeye çalıştıkları bildirilmektedir.² Gelişmiş ülkelerde reçeteli olarak kullanılan ilaçların oranlarına bakıldığında da tahmini %25'inin bitkisel içerikli ilaçlardan oluştuğu ifade edilmektedir.³ Ülkemizde ise yaklaşık 500 bitki tıbbi amaçlarla kullanılmaktadır.⁴

'Tıbbi bitkilerle tedavi' olarak adlandırılan *"Fitoterapi"* kavramı ilk olarak Fransız bir hekim olan Henri Leclerc (1870-1955) ile kullanılmaya başlanmıştır.⁵ Bitkisel ürünlerle tedavi, son 20-30 yılda hem ülkemizde hem de dünyanın diğer ülkelerinde hızlı bir ivme göstererek tercih edilmeye başlanmıştır. Bitkisel ürünlere yönelimin nedenlerine bakıldığında ise; bireylerin hastalıklarını önlemek için uygulanan tıbbi tedaviler neticesinde gelişen komplikasyonları azaltmak ve kaliteli bir yaşam sürdürmek, bireylerin sağlıklarını sürdürmek için yapılan uygulamalarda sorumluluk almak istemeleri, hastalıkları için denenen tedavi yöntemlerinden memnun kalmamak, reçete edilen ilaçların olası kontrendikasyonlarına yönelik bilgilendirme talebi, bireylerin kendi etnik ve kültürel özelliklerinden etkilenerek hastalıklarının tedavisi ile ilgili geleneksel yöntemleri kullanmak istemesi şeklinde sıralanmaktadır.^{1,6-8} Diğer taraftan DSÖ, bu yönelimi; dünyadaki tüm ülkelerde tıbbi tedavi için kullanılan bitkisel ürünlerin bireylerin sosyo-ekonomik durumlarının düşük olması nedeniyle ilaçların yerine tercih etmesinin yanı sıra, ülkelerin kendi kültürel yapılarına ve sahip oldukları doğal kaynaklarına entegre edilmiş bir sağlık teknolojisi oluşturmaları ve diğer ülkelere sağlık alanında muhtaç olmamaları adına önemsemektedir. Bunun yanı sıra, gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin içerisine tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerinin büyük bir kısmını geleneksel, alternatif ya da tamamlayıcı tıp başlıklarının altında uygulamaya başlamıştır.^{9,10}

Hemşirelik, *'sağlıklı ya da hasta bireylerin bakımına yönelik holistik bir yaklaşım sergileyen bir sağlık disiplini'* şeklinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, bireyin doğumundan ölümüne kadar tüm yaşam dönemlerinde hastalıkları önlemek, sağlığı korumak ve sürdürmek, hastalık durumunda sağlığına kavuşturmak, rehabilite etmek, hastalıkla baş etme yöntemlerini öğretmek gibi rolleri ve yerine getirmeleri gereken sorumlulukları bulunmaktadır.¹¹ Sağlık teknolojisi alanında meydana gelen değişim ve gelişmeler ile hasta bireylerin tıbbi tedaviler dışında başka tedavi yöntemlerine de başvurması hemşirelerin mevcut rol ve sorumluluklarında birtakım değişiklikler yaşanmasına neden olmuştur. Bu nedenle de hemşirelik mesleğini icra eden sağlık profesyonellerinin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri, bu yöntemlerin nasıl kullanıldığı, etki ve yan etki durumları, ilaç-bitki etkileşimi gibi konularda hemşirelik uygulamalarını yeniden gözden geçirmeleri, etkili olabilecek stratejik yollar tanımlaması ve bakım verdikleri/verecekleri bireyleri geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri doğru ve güvenli bir şekilde nasıl kullanmaları gerektiği hakkında bilgilendirmeleri beklenmektedir.¹² Ancak ilerleyen yıllarda sağlık profesyonellerinden biri olarak görev yapacak olan Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin müfredatlarında tamamlayıcı terapi uygulamalarına yönelik seçmeli ders adı altında programlar bulunsa da bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin hem teorik hem de uygulamalı olarak detaylı bir eğitim programı bulunmamaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin hem seçmeli ders olarak aldıkları tamamlayıcı terapi derslerinden hem de klinik uygulamalar sırasında hasta deneyimlerinden bitkisel ürünlere yönelik belli bir bilgi birikimlerinin olacağı düşünülmektedir. Ayrıca eğitimleri süresince hemşirelik öğrencilerinin bitkisel ürünlerle ilgili davranışlarını araştırmak, mevcut olan hatalı tutumlarını ve doğru bildikleri ancak yanlış olan bilgilerinin düzeltmek en önemli yapılacak uygulamalar olarak önem arz etmektedir. Bu nedenle bu çalışma sağlık yüksekokulunda öğrenim gören hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımını hakkındaki bilgilerinin ne düzeyde olduğunu ve bilgi düzeyleri üzerinde etkili olan değişkenleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Tanımlayıcı-ilişki arayıcı araştırma deseninde planlanan bu çalışma, 2016-2017 eğitim-öğretim döneminde Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu'nun birinci ve ikinci öğretiminde eğitim gören hemşirelik 1. sınıf öğrencileriyle gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Sağlık Yüksekokulunun hemşirelik bölümündeki birinci ve ikinci öğretiminde eğitim gören 1. sınıf öğrencileri (117) araştırmada evreni oluşturmuş olup örnekleme ise 18 yaş ve üzeri, görsel ya da işitsel problemi bulunmayan, iletişime ve işbirliğine açık, psikiyatrik bir hikâyesi bulunmayan, araştırmanın uygulandığı gün devamsızlık yapmamış ve çalışmayı yapmaya istekli ve gönüllü olan öğrencilerden (114) oluşmuştur. Evrenin %97,4'üne ulaşılmıştır.

Veri Toplama Formları: Araştırmada veriler; araştırmacının literatüre dayandırarak oluşturduğu anket formu kullanılarak toplanmıştır.¹³⁻¹⁶ Formda, öğrencilerin demografik özelliklerinin olduğu 13 soru ile bitkisel ürünlerin kullanım özelliklerini ve bilgi düzeylerini ölçen 22 soru olmak üzere toplam 35 soru yer almaktadır.

Verilerin Toplanması: Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli veriler, etik kuruldan onay ve kurumdan yazılı izin alınmasının ardından araştırmacı tarafından sınıf ortamında öğrencilere dağıtılmış ve 20-25 dk sonra toplanmıştır. Anketin uygulandığı derslerde herhangi bir aksama olmaması için dersin sorumlu hocasından öncesinde izin alınmış ve ders bitiminde anket uygulaması yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada verilerin analizi SPSS 21.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler ile ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu: Çalışmamızda Helsinki Bildirgesi'ndeki etik ilkelere riayet edilmiş ve öğrencilere ilişkin bilgiler saklı tutulmuştur. Anketin yapılacağı yüksekokul müdürlüğü'nden yazılı izin ve çalışmanın yapıldığı üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komite Başkanlığından etik onay (Toplantı Tarihi: 08.02.2017, Karar No: GO 2017/63) alınmıştır. Uygulama öncesinde öğrencilere çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmada gönüllü olan öğrencilerden yazılı ve sözel onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu çalışma, ülkemizdeki tüm hemşirelik öğrencilerini yansıtmamakta olup çalışmanın yürütüldüğü okulun 2016-2017 yılında eğitim-öğretim hayatına başlayarak hemşirelik bölümüne öğrenci alması nedeniyle sadece birinci sınıfta eğitim öğretim gören öğrencilerle sınırlıdır.

Bulgular

Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Çalışmada yer alan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması $19,22 \pm 1,40$ olup, %68,4'ü kızdır. Öğrencilerin %50,9'u ikinci öğretim, %45,6'sı ilde yaşamakta, %63,2'si Anadolu/süper lise mezunu, %93,0'ı yurtta/apartta kalmakta, %63,2'sinin annesi ortaöğretim mezunu, %86,0'ının annesi ev hanımı, %55,3'ünün babası ortaöğretim mezunu, %27,2'sinin babası işçi, %70,2'sinin geliri giderine eşit, %96,5'inin sağlık güvencesinin olduğu ve %93,9'unun herhangi bir kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=114)

Sosyo-Demografik özellikler	Sayı	%
Yaş ortalaması	19.22±1.40	
Cinsiyet		
Kız	78	68,4
Erkek	36	31,6
Öğrenim Şekli		
Birinci öğretim	56	49,1
İkinci öğretim	58	50,9
En uzun yaşadığı Yer		
İl	52	45,6
İlçe	41	36,0
Köy/Kasaba	21	18,4
En son mezun olduğu okul		
Sağlık meslek lisesi	31	27,2
Düz lise	11	9,6
Anadolu/süper lise	72	63,2
Nerede kaldığı		
Ailesiyle	6	5,3
Yurtta/apartta	106	93,0
Arkadaşlarıyla evde	2	1,8
Annenin eğitim durumu		

İlköğretim ve altı	86	75,5
Ortaöğretim	21	18,4
Yükseköğretim	7	6,1
Annenin mesleği		
Ev hanımı	98	86,0
İşçi	9	7,9
Diğer (Memur, Emekli, Serbest meslek)	7	6,1
Babanın eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	67	58,8
Ortaöğretim	28	24,6
Yükseköğretim	19	16,7
Babanın mesleği		
Memur	25	21,9
İşçi	31	27,2
Emekli	24	21,1
Diğer (Çiftçi, Serbest meslek, işsiz)	34	29,8
Aile gelir düzeyi		
Gelir-giderden az	18	15,8
Gelir- gidere eşit	80	70,2
Gelir- giderden fazla	16	14,0
Sağlık güvencesi		
Evet	110	96,5
Hayır	4	3,5
Kronik hastalık varlığı		
Evet	7	6,1
Hayır	107	93,9
Toplam	114	100

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına yönelik sorulara verdikleri cevaplar **Tablo 2'**de özetlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin %100'ünün hayatlarının herhangi bir döneminde bitkisel ürün kullandığı, %81,6'sının bitkisel ürünleri nezle ve gripde kullandığı, %51,8'inin ilaçlarla birlikte kullandığı, %57,0'ının ara sıra kullandığı, %89,5'inin bitkisel ürünleri çay olarak kullandığı, %84,2'sinin kullanım sırasında herhangi bir şeye dikkat etmediği, %50,0'ünün bitkisel ürünleri aktardan aldıkları, %61,4'ünün saklama koşullarına ve %8,8'inin botanik ismine dair bilgi sahibi olduğu, %83,3'ünün kullanım kısmı olarak yapraklarını kullandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %50,9'unun bitkisel ürünleri yan etkisinin ilaçlardan daha az olduğu için tercih ettiğini, %70,1'inin yarar gördüğünü, %98,2'sinde yan etki gelişmediği, %82,5'inin başkalarına önerdiği saptanmıştır.

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin dağılımı (n=114)

Bitkisel Ürünlerin Kullanım Özellikleri	Sayı	%
Bitkisel ürün kullanımı		
Evet	114	100,0
Kullanım nedeni		
Ağrıyı azaltmak	39	34,2
Ateşi düşürmek	25	21,9
Halsizlik	41	36,0
Nezle/grip	93	82,5
İlaçla birlikte kullanma		
Evet	59	51,8
Bazen	47	41,2
Hayır	8	7,0
Kullanım sıklığı		
Sık sık	10	8,8
Ara sıra	65	57,0
Nadiren	39	34,2

Kullanma Şekli		
Çay	102	89,5
Sıcak/soğuk kompres	18	15,8
Çiğneme, yutma	23	20,2
Cilde sürme	11	9,6
Masaj uygulama	13	11,4
Koklama	18	15,8
Dikkat Ettiği Durum		
Var	18	15,8
Yok	96	84,2
Temin etme		
Aktar	57	50,0
Bahçe/manav/Pazar	43	37,7
Kendim toplarım	14	12,3
Saklama koşullarını bilme durumu		
Evet	70	61,4
Hayır	44	38,6
Botanik ismini bilme durumu		
Evet	10	8,8
Hayır	104	91,2
Kullanım kısmı		
Yaprak	95	83,3
Çiçek	42	36,8
Kök	17	14,8
Meyve	39	34,2
Tüm bitki	22	19,3
Tohum	18	15,8
*Tercih Etme Nedeni		
İlaç tedavisinden yarar görmedim	10	8,8
Yan etkisi ilaçlardan daha az	58	50,9
Tavsiye üzerine kullandım	34	29,8
Daha ucuz olduğu için tercih ettim	7	6,1
Daha doğal bir yöntem	97	85,1
Daha güvenli olduğunu düşünüyorum	45	39,5
Ders yoğunluğu nedeniyle sağlık kuruluşuna gidecek zaman bulamadım	11	9,6
Yarar Görme		
Evet	80	70,1
Kısmen	32	28,1
Hayır	2	1,8
Yan etki gelişme durumu		
Evet	2	1,8
Hayır	112	98,2
Başkalarına önerme		
Evet	94	82,5
Hayır	20	17,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bildikleri tıbbi bitkilerin dağılımına verdikleri cevaplar **Tablo 3'**de verilmiştir. Öğrencilerin en çok bildikleri bitkiler sırasıyla; nane (%93,9), ıhlamur (%86,0), adaçayı (%76,3), kekik (%63,2), kuşburnu (%71,1) ve papatya (%50,0) olarak belirlenmiştir.

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına yönelik düşünceleri ve bilgi düzeylerine yönelik sorulara verdikleri cevaplar **Tablo 4'**de özetlenmiştir. Öğrencilerin %66,7'sinin bitkisel ürünlerin kullanımına ilişkin kısmen bilgisinin olduğu, %8,8'inin bitkisel ürünler hakkında bilgi edindiği, bilgi edinenlerin %80,0'ünün çevresindeki kişilerden ve ailesinden bilgi aldığını, %74,6'sının eğitim almak istediğini, klinik uygulamaları sırasında %33,3'ünün hastalara bitkisel ürünleri kullanım konusunda öneride bulunacağını, %31,6'sının ise kararsız kaldığını, %33,3'ünün klinik uygulama sırasında bakım verdiği hastanın kullanım durumu hakkında bilgi edinirse 'yarar görüp görmediğini' soracağını ve %26,3'ü de hemen doktoruna ya da hemşiresine haber vereceğini belirtmiştir.

Tablo 3: Hemşirelik Öğrencilerinin Bildikleri Tıbbi Bitkilerin Dağılımı (n=114)

Bildiği Bitkiler**	Sayı	%
Adaçayı	87	76,3
Ihlamur	98	86,0
Meyan	7	6,1
Nane	107	93,9
Kekik	72	63,2
Kuşburnu	81	71,1
Anason	10	8,8
Defne	20	17,5
Papatya	57	50,0
Ebegümece	6	5,3
Keçiboynuzu	34	29,8
Mersin	6	5,3
Biberiye	15	13,2
Menengiç	16	14,0
Kantaron	9	7,9
Haşhaş	29	25,4
Lavanta	12	10,5
Fesleğen	39	34,2
Rezene	27	23,7

**Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4: Hemşirelik Öğrencilerinin Bitkisel Ürünlerin Akılcı Kullanımına İlişkin Düşünceleri ve Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı (n=114)

Özellikler	Sayı	%
Stajda hastalara öneride bulunma		
Evet	38	33,3
Hayır	40	35,1
Kararsızım	36	31,6
Stajda hastanın kullanım durumunda bilgi edindiğimden		
Önemsemem	2	1,8
Hemen doktoru ya da hemşiresine haber veririm	30	26,3
İlaçla birlikte kullanıp kullanmadığını sorarım	27	23,7
Yarar görüp görmediğini sorarım	38	33,3
Haber vermesini söylerim	17	14,9
Yeterli Bilgisinin Olma Durumu		
Evet	8	7,0
Kısmen	76	66,7
Hayır	30	26,3
Eğitim Alma Durumu		
Evet***	10	8,8
Hayır	104	91,2
***Cevabı Evet İse Bilgiyi Alma Yöntemi		
Çevremdeki kişilerden, ailemden	8	80,0
Kitle iletişim araçlarından/Aktardan	2	20,0
Eğitim Almak İsteme		
Evet	85	74,6
Hayır	9	7,9
Kararsızım	20	17,5

***Evet cevabını verenlerin sayı ve yüzdeleri belirtilmiştir.

Hemşirelik öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ile bazı özelliklerinin karşılaştırılması **Tablo 5'**de verilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ile ailenin gelir düzeyi, bitkilerin saklanma koşulları, botanik ismini bilme durumu ve yarar görme durumları açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 5. Hemşirelik Öğrencilerinin Bitkisel Ürünlerin Akılcı Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyleri İle Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Yeterli Bilgisinin Olma Durumu						Toplam	
	Evet n	%	Kısmen n	%	Hayır n	%		
Ailenin Gelir Durumu								$\chi^2:11,904$
Gelir giderden az	2	11,1	12	66,7	4	22,2	18	100,0 SD:4
Gelir gidere eşit	2	2,4	57	71,3	21	26,3	80	100,0 p: 0,018
Gelir giderden fazla	4	25,0	7	43,7	5	31,3	16	100,0
Saklama Koşulları								$\chi^2:8,002$
Evet	6	8,6	52	74,3	12	17,1	70	100,0 SD:2
Hayır	2	4,5	24	54,5	18	41,0	44	100,0 p:0,018
Botanik İsmi Bilme								$\chi^2:11,153$
Evet	3	30,0	7	70,0	-	-	10	100,0 SD:2
Hayır	5	4,8	69	66,3	30	28,8	104	100,0 p:0,004
Yarar Görme								$\chi^2:10,635$
Evet	6	7,5	57	71,3	17	21,3	80	100,0 SD:4
Kısmen	1	3,1	18	56,3	13	40,6	32	100,0 p:0,031
Hayır	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0

Tartışma

Bitkisel ürünler, insanlık tarihi boyunca sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri olmuştur. Tüm dünyada son zamanlarda, gıda ve ilaç endüstrisinde yaygın olarak kullanılan sentetik materyallerin kanser gibi birçok hastalığa neden olduğu konusunda genel bir görüş vardır. Bu durum doğal ve organik ilaç formları için artan küresel talebe yol açmıştır. Hem bu talebin bir sonucu olarak hem de ülkemizde ve dünyada yasalarla da şifalı otlar ve bitkisel kökenli ilaçlar dünya çapında geleneksel kültürün bir parçası olarak kullanılmaya başlanmıştır.¹⁷ Hastaların akut ve kronik sorunların çözümü için bitkisel ürünleri kullanımı ise sağlık personelinin bu konuya ilgisini artırmış ve bitkisel ürünler hakkında bilgi edinmeleri gerekliliğini doğurmuştur.¹⁸

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %7'sinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımı ile ilgili yeterli, %66,7'sinin ise kısmen bilgisinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %8,8'inin bitkisel ürünlerle ilgili eğitim aldığı, eğitim almış olanların %80,0'ünün bilgileri çevrelerinden ve ailelerinden aldıkları, %74,6'sının bitkisel ürünler ile ilgili eğitim almak istediği, %33,3'ünün staj sırasında hastanın bitkisel ürün kullanım durumu hakkında bilgi edindiğinde yarar görüp görmediğini soracağını ve %33,3'ünün de bitkisel ürünlerin kullanımı hakkında hastalara öneride bulunacakları belirlenmiştir. Aktürk ve ark. çalışmasında tıp öğrencilerinin tıbbi bitkiler hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, eğitim verildikten sonra bile altıncı sınıf öğrencilerinde bilgi düzeylerinin %50 oranında olduğu saptanmıştır.¹³ Altınbaş ve İster'in hemşirelik öğrencilerinin TAT yöntemlerini bilme durumlarına yönelik yapmış oldukları çalışmada da sadece %8,7'sinin kapsamlı bir şekilde bitkileri bildiği ve %9,8'inin TAT yöntemleri ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. TAT yöntemi kullananların %74,6'sı, TAT yöntemi kullanmayanların ise %82,6'sı eğitim müfredatlarında TAT konusunun eklenmesini istedikleri belirlenmiştir.¹⁹ Yetiş ve ark. çalışmasında sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin %35,5'inin bitkisel tedaviler hakkında bilgisinin olduğu bu bilgiyi de %44,4'ünün internetten aldıkları belirlenmiştir.²⁰ Badke ve ark. çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin bitkileri küçük yaşlardan itibaren anne ve büyükannelerinden öğrendikleri ve deneyimledikleri ancak bilimsel bilgi ışığında yeterli bilgilerinin olmadığı ve eğitim müfredatlarına eklenmesi gerektiği ifade edilmektedir.¹⁸ Ergin ve ark. çalışmasında da uzmanlık öğrencilerinin sadece %17,0'ünün, tıp öğrencilerinin ise sadece %25,6'sının bitkisel tedaviler hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir.²¹ Çalışmamız literatürle benzerlik göstermekte olup bu eksikliğin geleceğin sağlık profesyonellerinden biri olacak hemşirelik öğrencilerinin bitkisel ürünler hakkında birinci sınıfta olmaları nedeniyle eğitim müfredatlarında bir ders içeriğinin bulunmamasından ve saha uygulamalarına çıkmadıkları için bitkisel ürün kullanan bireylere bakım vermemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin bildikleri bitkiler arasında ilk 5 sırada %93,9 ile nane, %86,0 ile ıhlamur, %76,3 ile adaçayı, %71,1 ile kuşburnu ve %63,2 ile kekik gelmektedir. Aktürk ve ark. çalışmasında tıp öğrencilerinin %100'ünün papatya, anason, nane, kuşburnu ve adaçayının ismini duydukları belirlenmiştir.¹³

Cömert ve Dinç'in turizm fakültesinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde ülkemizde yetişen ve en çok bilinen 20 şifalı ot sorularak yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %100'ü böğürtlen, %98,9'u kekik, %98,4'ü badem, %96,8'i ısırgan otu ve %96,3'ü dereotunu bildiklerini belirtmişlerdir.²² Bülbül ve ark. çalışmasında da katılımcıların bitkisel ürün olarak en iyi %55,1'inin adaçayı, %29,7'sinin ise yeşil çayı bildikleri saptanmıştır.²³ Yüzbaşıoğlu ve Kızıloğlu'nun çalışmasında katılımcıların tüketmeyi tercih ettikleri tıbbi ve aromatik bitkiler olarak %85,2'si kırmızı pul biber, %77,9'u nane, %58,4'ü sarımsak ve %40,0'ı kekik olarak belirtmiştir.²⁴ Tulukcu ve Sağdıç'ın Konya'daki aktarlarda yaptıkları çalışmada halkın ilgi duyduğu ve yoğun talep gösterdiği tıbbi ve aromatik bitkilerin keten, kekik, çörek otu, papatya ve ısırgan otu olduğu belirlenmiştir.¹⁵ Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermekte olup, yapılan çalışmalarda bölgesel farklılıklar, bitki çeşitliliği ve taksonomik özellikleri nedeniyle kullanılan bitkilerde de çeşitlilik gösterdiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin tamamının bitkisel ürün kullandığı, %82,5'inin bitkisel ürünleri nezle/grip rahatsızlıklarında denedikleri, %51,8'inin ilaçlarla birlikte kullandığı, %57,0'ünün kullanım sıklığının 'ara sıra' olduğu, %89,5'inin tüketim şeklini 'çay' olarak belirttiği, %83,3'ünün yapraklarını kullandığı, %50,0'ünün aktardan temin ettiği, %15,8'inin kullanım koşullarına dikkat ettiği, %85,1'inin tıbbi tedavi yöntemlerine göre 'daha doğal' olduğu için kullandığı, %1,8'inde yan etki geliştiği ve %82,5'inin başkalarına önerdiği belirlenmiştir. Uğulu ve Aydın'ın çalışmasında öğrencilerin tıbbi bitkileri daha çok nezle/grip/boğaz ağrısı için kullandıklarını ve %49,3'ü grip ve soğuk algınlığı için faydalı olduğunu bildirmişlerdir.²⁵ Çöl Araz ve ark. çalışmasında öğrencilerin %80,8'inin tıp dışı alternatif tedavi yöntemi olarak bitkisel çayları bildiği, en yaygın kullanılan yöntem olarak ise %54,3'ünün bitkisel çay kullanmak ve %33,0'ünün ot kaynatmak şeklinde cevap verdikleri belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %40,6'sının en az bir kez bu yöntemleri kullandığı ve %48,8'inin bu yöntemleri yararlı bulduğu saptanmıştır.²⁶ Yetiş ve ark. çalışmasında öğrencilerin %44,1'i alternatif tedavi kullandığını, %31,3'ü bitkisel ürünleri vücudu ve bağışıklık sistemini güçlendirmek için kullandığını, %40,9'u bitkisel ürünleri aktardan aldıklarını, %32,5'i bitkisel ürünleri şikayetlerini azaltmak için kullandıklarını, %21,3'ü bitkilerin ilaçlardan daha güvenli olduğunu ve %13,0'ı yan etki geliştiğini belirtmişlerdir.²⁰ Tulukcu ve Sağdıç'ın çalışmasında Konya'daki aktarlarda satışa sunulan bitkilerin yaprak, tohum ve meyve gibi bitki yapılarından meydana geldiği ve tedavi amacıyla bitkilerin yaprak, gövde, kök, çiçek, tohum ve filiz gibi kısımlarını suyla kaynatma, kaynatılmış suya ekleme, yağın içerisinde bekletme, lapa olarak ya da balla hazırlanmış karışımlar şeklinde kullanıldığı belirlenmiştir.¹⁵ Kaner ve ark. üniversite öğrencilerinin ve ailelerinin üzerinde yaptıkları çalışmasında %53,6'sının bitkisel ürün kullandığı, %73,1'inin bitki çayı kullandığını, kullananların %35'inin yeşil çayı tercih ettiği, %84,3'ünün bitkisel ürünleri aktardan temin ettiğini, %34,7'sinin soğuk algınlığı problemi için kullandığını, %27,7'sinin her gün kullandığını, %47,4'ünün kullanım süresinin >1 yıldan fazla olduğunu, %29,7'sinin çok yarar gördüğünü ve %37,8'inin başkalarına önereceğini belirtmişlerdir.²⁷ Faydaoğlu'nun çalışmasında katılımcıların %97,3'ünün üst solunum yolu hastalıkları, %53,0'ı ise mide hastalıklarında bilinçli olarak bitkileri kullandığını, %66,7'si gerektiğinde bitkisel ürün tükettiğini, %99,3'ü kullandıkları bitkilerin hastalıklarında fayda sağladığını, %70,7'si aktardan temin ettiğini, tüketicilerin büyük çoğunluğunun bitkileri demleme şeklinde (ihlamur %100, kuşburnu %99,7, adaçayı %99,1) tükettikleri ve %8,2'sinde yan etki gözlemlendiği belirlenmiştir.²⁸ Özçelik ve Toprak'ın çalışmasında katılımcıların tamamının TAT yöntemlerinden birini kullandığını, %97,9'unun bitkisel tedaviyi tercih ettiğini, %58,9'u ilaçlardan yeterli fayda görmediği için kullandığını, %72,1'i hastalığına şifa bulmak için kullandığını, %15,3'ü bitkisel tedaviyi ilaçlarla birlikte kullandığını ve kullananların tamamı bitkisel tedavileri başkalarına önereceklerini belirtmişlerdir.²⁹ Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermekte olup bitkisel ürünlerin teminin daha kolay olması, ilaçlara oranla yan etkilerinin daha az olması, ucuz olması, çoğu kez ücret ödmeden toplanılarak kullanılması, kullanım sonucu fayda görülmesi ve önerilmesi gibi nedenlerle tercih edildiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ile yaş, cinsiyet, öğrenim şekli, en uzun yaşadığı yer, en son okunan okul, nerde kaldığı, anne-babanın eğitim durumu, anne-babanın mesleği, sağlık güvencesi ve kronik hastalık varlığı gibi sosyo-demografik özellikleriyle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Araştırmamızda sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan tek değişken ailenin gelir durumudur (p<0,05). Sağkal ve ark. çalışmasında TAT tedavi yöntemlerini bilme durumları ile gelir durumu algısı

değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.³⁰ Yetiş ve ark. çalışmasında da öğrencilerin bitkisel ürünlerle ilgili bilgi sahibi olma durumlarının yetersiz olduğu, bitkisel tedavi kullanım durumlarının öğrencilerin ekonomik durumları ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark olduğu ve ekonomik durumu orta ve kötü düzeyde olanların bitkisel tedavileri daha çok kullandıkları belirlenmiştir.²⁰ Özçelik ve ark. çalışmasında kadınların ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin bitkisel ürünleri daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.²⁹ Sağkal ve ark. çalışmasında kırsal kesimde yaşayan ve TAT yöntemleri konusunda bilgi sahibi olan yaşlı bireylerde geliri giderine denk olan, sağlık güvencesi bulunan, mevcut bir kronik hastalığa sahip olan ve TAT yöntemlerini kullananlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.³⁰ Kent merkezinde yaşayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da kırdan kente doğru doğum yeri büyüklüğü arttıkça ve geniş aile tipine sahip olan bireylerin bitkisel ürünleri daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir.³¹ Karadağ ve ark. çalışmasında ise eğitim seviyesi orta ve yüksek olan kronik bel ağrısı olan bireylerin en çok kullandıkları yöntemlerden birinin bitkisel terapi (%61.2) olduğu belirlenmiştir.³² Kaynak ve Polat'ın yaptıkları çalışmada TAT kullananların daha çok kadın, eğitim seviyesi ve ekonomik durumu orta düzeyde olan diyabetli bireyler olduğu, TAT kullanımları ile TAT ile ilgili bilgi düzeyleri arasında ise bir fark olmadığı saptanmıştır.³³ Bu durumun çalışma yapılan popülasyonların farklı sosyo-demografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin %61,4'ünün bitkisel ürünlerin saklama koşullarını bildiği ve %8,8'inin botanik ismini bildiği tespit edilmiştir. Öğrencilerin bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ile botanik ismini ve saklama koşullarını bilme değişkenleri bakımından istatistiki açıdan ise anlamlı bir fark saptanmıştır. Faydaoğlu'nun çalışmasında aktarların büyük çoğunluğunun eğitim seviyesinin yüksek olduğu, bitkileri saklama, botanik ismini bilme, toplama gibi bilgileri baba mesleğinin erkek çocuğuna aktarımı veya usta çırak ilişkisi ile bir nesilden diğerine aktarılması şeklinde ve ailelerinden öğrendikleri bildirilmiştir.²⁸ Çetin'in çalışmasında da tedavi amaçlı kullanılan bitkilerin yetiştiği ve toplandığı kırsal alanda yaşayan geniş aile içerisinde yer alan yaşlı kuşağın bitkilerle tedavi bilgisini aile üyeleriyle kuşaktan kuşağa paylaşarak öğrettiği ifade edilmektedir.³¹ Çalışmamızda öğrencilerin yarıdan fazlasının ilçe ve köy/kasabada yaşaması, aile içerisinde bitkisel ürünlerin yöresel isimlerini, toplama, saklama, kullanım şekillerini bilen yaşlı bireylerin olması ve kullanması, öğrencilerin konuya ilgi duymaları şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin %70,1'inin bitkisel ürün kullanımından yarar gördüğü ve bitkisel ürünlerin akılcı kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ile yarar görme durumu açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Karadağ ve ark. çalışmasında bireylerin %85,7'sinin, Kaynak ve Polat'ın çalışmasında da %40,9'unun TAT yöntemlerinden yarar gördükleri belirlenmiştir.^{32,33} Çalışmamız literatürle benzer olup bitkisel ürünlerden yarar görme durumunun bitkilerin hangi amaçla ve hangi yöntemlerle doğru bir teknikle uygulanmış olup olmadığı ile yakından ilgili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerin bitkisel ürünlerin doğru ve akılcı kullanımı açısından kısmen bilgi sahibi olduğu özellikle de klinik deneyim kazanımları sırasında bakım verecekleri bireylerde geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullanan kişilerle karşılaşacakları varsayılırsa, ilaçlarla birlikte kullanılan bitkiler nedeniyle oluşacak etkileşimleri bilmeleri, bitkilerin yararları ve komplikasyonları, bitkilerin hastaların tedavi programına ne ölçüde yarar sağladığı gibi konularda bilgi sahibi olabilmeleri için hemşirelik okullarının müfredat programlarında tamamlayıcı terapiler, tıbbi bitkiler, aromaterapi gibi derslerin yaygınlaştırılması, öğrencilerin tamamlayıcı terapiler hakkında farkındalıklarını oluşturmak için kongre, sempozyum, workshoplar oluşturulması ve öğrencilere yönelik bitkisel ürünlerin kullanımına yönelik kursların verilmesinin sağlanması önerilebilir.

BİLGİ

Bu çalışma IV. International Multidisciplinary Congress of Eurasia (23-25 Ağustos 2017, İtalya-Roma) sözel bildiri olarak sunulmuştur. Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını ve çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

1. Aktan Ö, Gören T. Bitkisel ürünler ve sağlık: Bilimsel çerçeve ve etik açısından yaklaşım. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Ankara, 2012.
2. Kırıcı S. Türkiye’de tıbbi ve aromatik bitkilerin genel durumu. TÜRKTOB 2015;1(15):4-11.
3. Oruc FCS, et al. Awareness of medical and aromatic plants in the western black sea region. Int J Agri. Environ Food Sci 2019;3(1):1-4.
4. Taşçı K, ve ark. Orta Anadolu kalkınma ajansı tıbbi ve aromatik bitkiler sektör raporu. Kayseri, 2015.
5. Capasso F, et al. Phytotherapy. Berlin: Springer; 2003.
6. Schippmann U, Leaman JD, Cunningham AB. Impact of cultivation and gathering of medicinal plants on biodiversity: Global trends and issues. Interdepartmental Working Group on Biological Diversity for Food and Agriculture. Rome, 2002.
7. Stasio MJ, et al. Over-the-counter medication and herbal or dietary supplement use in college: Dose frequency and relationship to self-reported distress. J Am Coll Health 2008;56(5):535-47.
8. Ruparel P, Lockwood B. The quality of commercially available herbal products. Nat Prod Commun 2011;6(5):733-44.
9. Zhang X. WHO Traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Zhang X. WHO legal status of traditional medicine and complementary /alternative medicine: A Worldwide Review Geneva: World Health Organization; 2001.
11. Kaya N, Babadağ D. Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 2004;13(53):51-72.
12. Karagöz G. Sirt, boyun, bel ağrıları olan ve ameliyat programına alınan nöroşürürürji hastalarının ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
13. Aktürk Z, ve ark. Tıp öğrencileri bitkileri ne kadar tanıyor? Tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencileri arasında bitkilerin ve sağlıktaki kullanım alanlarının bilinme durumu. Genel Tıp Derg 2003;16(3):101-106.
14. Silverstein DD, Spiegel AD. Are physicians aware of the risks of alternative medicine? J Community Health 2001;26:159-74.
15. Tulukçu E, Sağdıç O. Konya’da aktarlarda satılan tıbbi bitkiler ve kullanılan kısımları. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;27(4):304-308.
16. Sarı AO, ve ark. Ege ve Güney Marmara bölgelerinde halk ilacı olarak kullanılan bitkiler. AARI 2010;20(2):1-21.
17. Akbulut S, Bayramoğlu MM. The trade and use of some medical and aromatic herbs in Turkey. Ethno Med 2013;7(2):67-77.
18. Badke MR, et al. Nursing students knowledge on use of medicinal plants as supplementary therapy. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online 2017;9(2):459-465.
19. Altınbaş Y, İster ED. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkındaki görüş, bilgi ve uygulamaları. SAUHSD 2019;2(1):47-60.
20. Yetiş G, ve ark. Determination of the health services vocational school students’ thoughts and usage habits about herbal treatment. Int J of Sec Metabolite 2017;4(3):463-472.
21. Ergin A, ve ark. Uzmanlık ve tıp öğrencilerinin tamamlayıcı-alternatif tıp hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. Pam Tıp Derg 2011;4(3):136-143.
22. Cömert M, Dinç H. Şifalı bitkilerin gençler tarafından bilinirliği. Journal of Tourism and Gastronomy Studies 2014;2(3):23-27.
23. Bülbül SF, Aşık G, Bayar Muluk N. Use of natural herbal products in Kırıkkale, Turkey. Turk J Clin Lab 2017; 8(1): 1-5.
24. Yüzbaşıoğlu R, Kızıloğlu S. Tıbbi-aromatik bitkilerin satın alımında bireylerin bilinç düzeyi (Erzurum merkez ilçeleri örneği). Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2019;5(1):119-132.
25. Uğulu İ, Aydın H. Research on students’ traditional knowledge about medicinal plants: Case study of high schools in Izmir, Turkey. Journal of Applied Pharmaceutical Science 2011;1(9):43-46.
26. Çöl Araz N, Taşdemir HS, Parlar Kılıç S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamalar konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(4): 239-251.
27. Kaner G, Karaalp C, Seremet-Kürklü N. Üniversite öğrencileri ve ailelerinde bitkisel ürün kullanım sıklığının ve bitkisel ürün kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Turk Hij Den Biyol Derg 2017;74(1):37-54.
28. Faydaoğlu E. Isparta ve Afyon illerinde tıbbi ve aromatik amaçlı kullanılan bitkilerin satılma, toplanma ve kullanılma durumları. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2013.
29. Özçelik G, Toprak D. Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor? Ankara Med J 2015;15(2):48-58.
30. Sağkal T, ve ark. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. F Ü Sağ Bil Tıp Derg 2013;27(1):19-26.
31. Çetin OB. Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. Sosyoekonomi 2007(2):89-106.
32. Karadağ M, ve ark. Kronik bel ağrısı olan hastaların kullanmış oldukları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ve hastalık algılarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;3(2):14-27.
33. Kaynak İ, Polat Ü. Diabetes mellitus’lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. Genel Tıp Derg 2017;27(2):56-64.

Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı*

Germiyanoğlu Vakıflar Hammam

Sibel Öner Yalçınⁱ, Mehmet Demirciⁱⁱ

ⁱ Dr. Öğrt. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0002-6122-7087>

ⁱⁱ Araş. Gör., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0003-4171-9540>

Öz

Amaç: Denizli'nin tarihi dokusunun önemli bir parçası olan Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın tarihi, günümüzdeki durumu ve şehrin sosyo kültürel yaşamına katkıları ile ilgili bilgi vermek ve akademik yazına kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Hamam ile ilgili bilgilere ulaşmak için 2019 Mayıs ayında Denizli Müze Müdürlüğü Arşivi'nden kurumun izni alınarak fotoğraf ve hamamın yapısal özelliklerine ilişkin bilgilere ulaşılmıştır. Ayrıca Hamam'ın işletmecisi ile görüşülmüş ve fotoğraflar çekilerek belgeler toplanmıştır. Selçuklu dönemi hamam yapısı ve hamam kültürünü değerlendirmek için akademik yazın incelenmiş dönemin hamamları ile Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın ortak yönleri bakımından bir değerlendirme yapılmıştır.

Bulgular: Denizli'deki Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı 774 yıllık bir geçmişe sahiptir. Kitabesi bulunmayan hamamın temelini şehrin ilk Selçuklu Valisi Eseddüddin Ayaz tarafından atıldığı, ikinci Vali Seyfeddin Karasungur zamanında 1246 yılında yapımının tamamlandığı düşünülmektedir. Denizli'nin önemli tarihi yapıları arasında yer alan hamam sıcaklık, ılıkılık, soğukluk ve külhan bölümlerinin bulunuşu ile Türk hamam mimarisinin tipik bir örneğidir. Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı kadınlar ve erkekler bölümüne sahip olduğu için çifte hamam, kullanım amacına göre, genel halk hamamı veya çarşı hamamı tarzında inşa edilmiştir. Halk arasında, önemli gezginler olarak bilinen İbn Batuta ve Evliya Çelebi'nin yanı sıra Yıldırım Beyazıt'ın da hamamı ziyaret ettiği ve yıkandığına inanılmaktadır. Günümüzde erkekler bölümü hamam olarak kullanılan tarihi yapının, kadınlar bölümü bir tekstil firmasının satış mağazası olarak kullanılmaktadır.

Sonuç: Denizli'de yer alan Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı 13. yüzyıl Selçuklu Dönemi Türk hamamlarının özelliklerini taşımaktadır. Hamam erkekler ve kadınlar hamamı olarak iki bölüm şeklinde inşa edilmiş, ancak günümüzde sadece erkekler bölümü aktif olarak kullanılmaktadır. Çeşitli dönemlerde aslına uygun olarak restore edilen hamam, Türk hamam kültürünün yaşatılması açısından önemli bir yapıdır.

Anahtar Kelimeler: Germiyanoğlu Hamamı, Denizli Tarihi Hamam, Hamam

ABSTRACT

Objective: To reach information about the history and current situation of Germiyanoğlu Vakıflar Hamam, which is an important part of the historical fabric of Denizli, and to bring it into academic literature.

Materials and Methods: In order to get information about the bath, information was obtained from the Denizli Museum Directorate Archive, and the information about the structural features of the bath and photography was obtained in May 2019. In addition, the manager of the bath was contacted and photographs were taken and documents were collected by authors. In order to evaluate the Turkish bath structure and the culture of the Seljuk period, an evaluation has been made in terms of common aspects with the baths of the period examined in academic literature.

Results: Germiyanoğlu Vakıflar Hammam in Denizli has a history of 773 years. It is believed that the foundation of the bath, which has no inscription, was laid by the city's first Seljuk Governor, Eseddüddin Ayaz, and its construction was completed in 1246 at the time of the second governor, Seyfeddin Karasungur. The bath, which is one of the important historical buildings of Denizli, is a typical example of the Turkish bath architecture with the presence of "sıcaklık", "ılıkılık", "soğukluk", and "külhan" sections. Germiyanoğlu Vakıflar Hammam was built in the style of a general public bath or bazaar bath used as a double. According to folk wisdom, in addition to İbn Batuta and Evliya Celebi, who are known as important travelers, Yıldırım Beyazıt also visited the bath and had a bath. Today, the men's part is used as a bath and the women's bath part of the building was built as a shopping center.

Conclusion: Germiyanoğlu Vakıflar Hamam, located in Denizli, has the characteristics of the Turkish baths of the 13th century Seljuk period. The bath was built in two sections as men's and women's baths, but only the men's section is actively used today. The bath, which was restored in accordance with its original in various periods, is an important structure in terms of keeping Turkish bath culture alive.

Keywords: Germiyanoğlu Bath, Denizli Historical Bath, Hammam

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2020; 10 (2): 252-257

DOI: 10.31020/mutfd.704884

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 17 Mart 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 05 Mayıs 2020

İletişim - Correspondence Author: Sibel Öner Yalçın <sibelyalcin@pau.edu.tr>

Giriş

Hamamlar mimari değerlerinin yanında bedensel temizlik ve ruhsal açıdan rahatlama mekânları olması nedeniyle sağlık açısından da önem arz eden yapılardır. Arapça'da "ısıtmak; sıcak olmak" anlamındaki "hamm (hamem)" kökünden türeyen "hamam (hammâm)" kelimesinin sözlük anlamı "ısıtan yer" demek olup "yıkama yeri" anlamında kullanılmaktadır.^{1,2} Tarih boyunca tüm kültürlerde insanın yaşam biçimini belirleyici öğelerden biri de su olmuştur. İnsanların temizlik, sağlık, inanç gibi nedenlerle suyla olan ilişkisi, yıkanmak için yeni yapılar inşa etme ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Tarihte yıkanmak için inşa edilen yapılara Hindistan, Mısır ve Yunan uygarlıklarında rastlanmaktadır. Yıkama kültürü özellikle Antik Yunan döneminde önem kazanmış, bu dönemin insanları suyu, bedeni temizleyen, aynı zamanda ruhu rahatlatan, dinlendiren bir araç olarak kullanmıştır.³ Hamam kültürü ilk olarak Yunan medeniyetinde görülmekle birlikte, hamam yapılarının gelişimi Roma uygarlığı döneminde olmuştur.⁴

Türklerin Anadolu'ya 11. yüzyılın sonlarından itibaren yerleşmeye başlamalarıyla, Roma hamamlarında kullanılan yıkama havuzları ve banyo tekneleri gibi durgun suyla yıkama geleneği yerini, Türk hamamı yapılarına bırakmıştır.⁴ Selçuklu, Beylikler ve Osmanlı döneminde İslami kurallar gereği akan su ile temizlik yapılmasını mümkün kılan, özel ve genel hamamlar inşa edilmiştir.⁵⁻⁷ Özel hamamlar az kişinin kullanımı için genellikle saray, köşk, han, kışla ve tekke gibi yerlere, genel hamamlar ise halkın kullanması için tek ya da çifte olarak köy ve şehir merkezlerine yapılmıştır.⁵ Tek hamamlar, günün belli saatlerinde sadece erkekler veya kadınlara hizmet verirken, çifte hamamlarda erkekler ve kadınların aynı saatlerde yıkanabilmesi mümkün olmuştur. Temizlenmek dışında hamamlar dinlenme, sohbet ve yeni ilişkiler kurma gibi aktivitelerin de yapıldığı mekanlar olarak kullanılmıştır.^{5,8,9} Selçuklu Dönemi'nden itibaren inşa edilen Türk hamamları genelde camii külliyesi içinde yer almış işlerliği vakıflar aracılığı ile sağlanmıştır.^{2,10} Kayseri Sultan Hamamı, Isparta-Gönen'deki Eski Hamam gibi Anadolu Selçuklu ve Beylikler Dönemi'nde inşa edilen hamamların bazıları günümüze kadar ulaşabilmiştir.^{11,12} Bunlardan biri de Denizli'de bulunan Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'dır. Akademik yazında Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın özel olarak ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın tarihi ve günümüzde şehrin sosyo kültürel yaşamına olan katkılarının akademik yazına kazandırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Hamam ile ilgili bilgilere ulaşmak için 2019 Mayıs ayında Denizli Müze Müdürlüğü Arşivi'nden kurumun izni alınarak fotoğraf ve hamamın yapısal özelliklerine ilişkin bilgilere ulaşılmıştır. Ayrıca 2019 Mayıs ve 2020 Ocak ayı içinde Hamam'ın işletmecisi ile yapılan görüşme notları, gözlem notları ve güncel fotoğraflar çekilerek belgeler toplanmıştır. Selçuklu dönemi Türk hamam yapısı ve hamam kültürünü değerlendirmek için akademik yazın incelenmiş dönemin hamamları ile Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın ortak yönleri bakımından bir değerlendirme yapılmıştır. Denizli tarihi özelinde kitaplar, yerel dergi ve internet siteleri incelenmiş, hamamın tarihi ve günümüzdeki durumu ile ilgili bilgiler verilmiştir.

Bulgular

Hamamın Tarihi ve Yapısal Özellikleri

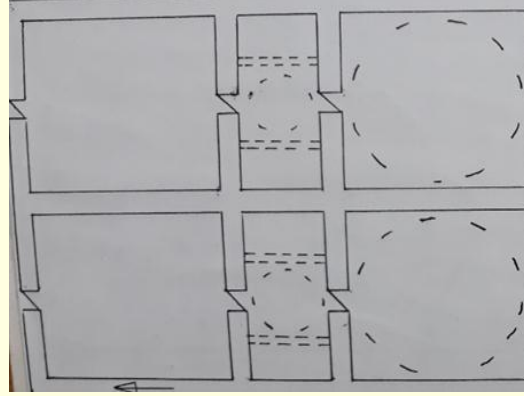
Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı çifte olarak inşa edilen, genel halk hamamı veya çarşı hamamı yapılarının bir örneğidir (**Şekil 1**).¹³ Vakıf hamamının kitabesi bulunmamakla beraber, 13. yüzyıl Selçuklu eserlerinden biri olduğu düşünülmektedir, bol miktarda tuğla kullanımı bu dönem yapılarının önemli bir özelliğini yansıtmaktadır.¹⁴ Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın ana duvarlarında malzeme olarak taş, tuğla ve moloz, iç bölümünde ise sadece tuğla kullanılmıştır. Boyu 27,20 metre külhanla birlikte 31,70 metre, eni 21,70 metre olup, sıcaklık bölümünü örten kubbe 9,50 metre çapında, ılık bölümünü örten kubbeler 3,80 metre çapında, hamamın duvar kalınlıkları ise 90 santimetredir.¹⁵

Hamamın planı incelediğinde, klasik Türk hamam mimarisinde kullanılan soğukluk, ılıklik, sıcaklik ve külhan bölümleri, bu yapıda da bulunmaktadır. Yapı yatık dikdörtgen planlı olup, ortadan simetrik ve dikey bölünmüş, böylelikle kadınlar ve erkekler bölümü oluşmuştur (**Şekil 2**).¹⁵ Hamamın kuzey giriş cephesinden içeriye girildiğinde üzeri çatıyla örtülü dikdörtgen şeklinde soğukluk bölümü bulunur (**Şekil 3**).¹⁵ Soğukluk bölümü 20. yüzyıl başlarında depremde yıkılmış, Cumhuriyet Dönemi'nde kiremit çatılı olarak yeniden inşa edilmiştir.¹⁵ Soğukluk bölümünden sonra ılıklik bölümüne geçilmektedir. ılıklik bölümleri, birer küçük

kubbeyle örtülmüş olmasına rağmen, bu mekânın yan bölümlerini ayıran kirişlerin içi geometrik şekillerle hareketlendirilip düz dam örtü ile örtülmüştür. Ilıklık bölümüne hem plan hem de süsleme açısından tam bir simetrik görünüm hâkimdir (**Şekil 4**).¹⁵ Hamamın son bölümü olan sıcaklık, kare şeklinde bir mekândan oluşmuş ve büyükçe bir kubbeyle örtülmüştür. Erkekler hamamında kubbenin içi sıvalı olmasına rağmen kadınlar hamamı kullanılmadığı için kubbe içi sıvanmamıştır (**Şekil 5**).¹⁵ Sıvanmadığı için tuğla işçiliğinin zenginliği kadınlar bölümünde daha detaylı bir şekilde görülmekte olup, kubbelerde açılan yuvarlak açıklıklarla mekânın havalandırılması ve aydınlatılması sağlanmıştır.



Şekil 1. Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı günümüzde genel görünüm. Yazarların Arşivi.



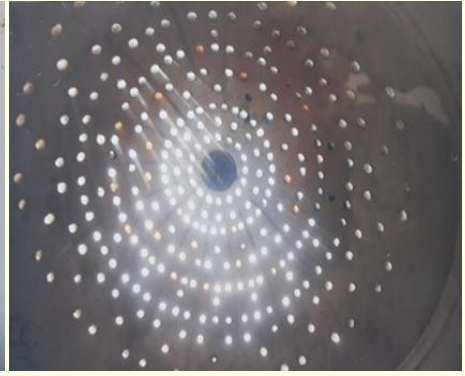
Şekil 2. Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı Planı. Denizli Müze Müdürlüğü Arşivi.



Şekil 3. Günümüzde hamamın soğukluk bölümü. Yazarların Arşivi.



Şekil 4. Erkekler hamamının ılıklık bölümünü örten kubbe ve kirişler. Denizli Müze Müdürlüğü Arşivi.



Şekil 5. Sıcaklık bölümü kubbe içerden görünüş. Denizli Müze Müdürlüğü Arşivi.

Denizli'nin Selçuklulara bağlı bir beylik oluşu, 1207 yılında Selçuklu hükümdarı Gıyasettin Keyhüsrev tarafından fethedilmesiyle gerçekleşmiştir.¹⁴ Selçuklular Dönemi'nde Denizli'ye ilk atanan vali olan Esedüttin Ayaz zamanında Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı'nın temeli atılmış, ikinci Vali Seyfeddin Karasungur zamanında, 1246 yılında yapımı tamamlanmıştır.^{14,15} Denizli'ye atanan bu iki vali zamanında bayındırlık hizmetlerine büyük önem verilmiş, adeta Denizli yeniden imar edilmiştir. Özellikle Vali Seyfeddin Karasungur Denizli'ye yaptırdığı birçok han, hamam, cami, kervansaray ve çarşı ile doğudan İzmir'e uzanan ticaret yollarının ihtiyaçlarını karşılamıştır.¹⁶ Döneminin özellikleri gereği hamamın çarşı, camii, hastane ve imarethanelerin masraflarını karşılamak için külliye niteliğinde inşa edilen yapılar arasında olduğu söylenebilir.

Denizli'de 13. yüzyıl sonlarından itibaren İnanç Beyliği hüküm sürmüştür, 1368'de bir deprem ile harap olduğu sıralarda, şehir Germiyan hâkimiyetine geçmiştir.¹⁷ Denizli'de Germiyanoğlu Beyliği Dönemi'nde Selçuklulardan kalma bazı eserlerin onarımı yapıldığı gibi yeni yapılarda kazandırılmıştır.¹⁸ Osmanlı kaynaklarında Denizli'de "Hoca Ömer Hamamı" adında bir hamamın Yıldırım Beyazıt'a satıldığından, yine aynı hamamın fetret döneminde Çelebi Mehmet tarafından Germiyanlı Yakup Bey'e verildiğinden söz edilmektedir.¹⁴ İbn-i Batuta 14. yüzyılda Denizli'yi ziyaret etmiş, şehrin içinde yer alan bir hamam ve bol

zengin su kaynakları hakkında bilgiler vermiştir.^{16,19} Ünlü gezginler Evliya Çelebi ve Katip Çelebi’de seyahatnamelerinde Denizli’deki bol su kaynaklarından söz etmiş, Evliya Çelebi şehirde 6 tane hamam olduğu bilgisini vermiştir.¹⁶

Timur, 1402 yılında Ankara Savaşını kazandıktan sonra Denizli’ye gelmiş, burada bir süre kaldıktan sonra İzmir yöresini fethetmiş, 1403 yılının ilk aylarında tekrar Denizli’ye dönerek çadır kurmuştur.²⁰ Timur bu bölgeyi Germiyanlılara bırakarak ayrılmıştır.¹⁹ Denizli’de halk arasında Timur’un Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı’nda yıkıldığı ve Yıldırım Beyazıt’la olan bir konuşmasının hamamda geçtiğine inanılmaktadır. Halk arasında varlığına inanılan bu rivayet şöyledir:

“Ankara savaşını kazanan Timur, Yıldırım Beyazıt’ı esir almıştır. Timur Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı’nda, Yıldırım Beyazıt’a şu soruyu sormuştur: ‘Sen beni esir almış olsaydın bana ne yapardın?’. Yıldırım Beyazıt ‘seni demir bir kafese koyup sokaklarda gezdirirdim’ cevabını vermiş. Timur: ‘Tamam o zaman bende sana aynısını yapacağım’ demiş ve kafes yaptırmak için bir demirci bulunmasını istemiştir. Timur’un niyetini öğrenen şehirdeki demirciler ‘bu kafesi yapamayacaklarını’ belirtmiştir. Timur’un isteğiyle o zaman demircileri ile ünlü olan Denizli’nin Çal ilçesinden bir demirci bulunmuş ve istenilen kafes yaptırılmıştır...” Hikâyenin bundan sonra olan kısmı net değildir.²¹

Cevdet Şemsioğlu’nun 1949 yılında kaleme aldığı Yeni Denizli Gazetesi’nde yayınlanan bir yazısı da Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı ile ilgilidir. Şemsioğlu yazısında “bundan yarım asır evvel bugünkü şehir hamamının yerinde eski bir hamam vardı, bu hamamı Yıldırım Beyazıt Germiyanzade Yakup Çelebi’ye hediye etmişti” sözleriyle hamamın eski durumu hakkında bilgiler vermektedir.²² Şemsioğlu’nun aktardıklarına göre eski hamam, “beş adet kubbesi, sandık büyüklüğündeki taşları, demir bağları ve kurşun lökleri ile harç ve horasanla tutturulmuş muazzam duvarı, Mısır ve Asur heykelleri gibi alayışsız (tantanasız) ve sukuti bir selabet (sağlamlık) gösterir ve aşırı bir yapı metaneti arz ederdi. Güneşin doğuşundan batışına kadar, bu sırtta sararmış taşları, ateşi renkli pırıltıları ile muazzam bir kehribar külçesi gibi göz alırdı”. Şemsioğlu hamamın 18. yüzyılda büyük zelzelede fazla zarar gördüğü, sonra eski hamamın bazı malzemelerinin de kullanılmasıyla yeniden inşa edildiğinden söz etmektedir.²² Başbakanlık Osmanlı Arşivleri’ne yansıyan bir belgeye göre 1898 yılında Şura-yı Devlet kararı ile Germiyanzade Vakfı’na ait Denizli’de bir hamamın depremde zarar gördüğü, yapılan keşif sonucunda 34.156 kuruşa tamir edilebileceği, bu masrafların hamam gelirleriyle karşılanacağı bilgisi yer almıştır (**Şekil 6**).²³



Şekil 6. Depremde zarar gören Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı ile ilgili Şura-yı Devlet kararı. Çetin M. Tarihi Belgeler Işığında Denizli. Denizli Büyükşehir Belediyesi Yayınları. 2015; ss: 288-289.

Tarihsel süreçte Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı Denizli halk kültüründe yeri olan “gelin hamamı” geleneğinin de uygulandığı bir mekan olmuştur.²⁴ Kaptan’ın aktardıklarına göre Denizli’de gelin hamamı geleneği, oğlan evinin gelin evine yakın bir hamamı, çoğunlukla da “Vakıflar Hamamı”nı bir günlüğüne kiralaması şeklinde 1965 yılına kadar devam etmiştir.²⁴

Günümüzde Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı

Vakıflar Hamamı günümüzde Denizli Bayram Yeri Meydanı olarak adlandırılan bölgede, Saraylar Mahallesi, Kayalık Caddesi üzerinde, Atatürk Evi ve Etnoğrafya Müzesi'nin yanında yer almaktadır.¹⁴ Hamam, Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün mülküdür. Çeşitli dönemlerde restore edilen hamamın, dış cephelerinde sadelik hâkimdir, sadece giriş cephesinde Cumhuriyet Döneminde yapılan mermer ve taş süslemelerden oluşan panolar dikkat çekmektedir.¹⁴ (Şekil 7).¹³ Günümüzde hamamın erkekler bölümü hamam olarak işlevini sürdürürken, kadınlar bölümü bir tekstil firmasının satış mağazası olarak kullanılmaktadır.²⁵ (Şekil 8).¹³



Şekil 7. Hamamın giriş cephesinde bulunan süslemeler. Yazarların Arşivi.



Şekil 8. Günümüzde tekstil satış mağazası olarak kullanılan kadınlar bölümünden bir görünüm. Yazarların Arşivi.

Hamamın işleyiş durumuyla ilgili bilgi almak için 50 yıldır işletmecisi olan Çelik ailesinden bir kişi ile görüşülmüştür.²¹ Hamamın soğukluk, ılıkılık ve sıcaklık bölümlerinin aktif olarak kullanıldığı, külhan bölümünün doğalgaza geçildiği için 2011 yılından beri kullanılmadığı anlaşılmıştır. Günümüzde hamamın tarihi yapısı korunarak, göbek taşı, buhar odası, havuz, masaj odası, sauna ve dinlenme salonu gibi bölümlerde eklenmiştir. Hamamda kullanılan su şehir şebekesinden sağlanmaktadır. Giriş ücretleri altı ayda bir enflasyon ve ekonomik göstergeler göz önünde bulundurularak, Denizli Kahveciler ve Gazinocular Odası tarafından belirlenmekte, Şubat 2020 tarihi itibarıyla 35 Türk Lirası hamama giriş ücreti alınmaktadır.²¹ Hamam cumartesi ve pazar günleri de dâhil olmak üzere, her gün sabah 07:00 akşam 23:00 arasında faaliyet göstermektedir. İstisna olarak arife günleri bayram sabahına kadar açık olan hamam Ramazan ve Kurban Bayram'larının birinci günü öğlene kadar kapalı kalmaktadır. Hamam da görevli olarak meydancı (karşılama elemanı) iki kişi çalışmaktadır. Meydancılar, hamama gelen müşterileri karşılayan, yönlendiren, aynı zamanda müşterilere talep etmeleri halinde içecek sunan çalışanlardır. Hamamda müşteri yoğunluğuna göre iki ya da beş keseci çalışmaktadır.²¹

Çelik, müşteri profilinden bahsederken; hamamın her sosyo-ekonomik seviyeden, her yaş grubundan insan tarafından tercih edildiğini belirtmiştir. Hamamın günlük 30 ile 50 kişi arasında müşterisi olduğu, akşam saatlerinde ve cumartesi günlerinde daha yoğun olarak tercih edildiği, arife günleri ve mübarek gecelerde müşteri sayılarının arttığı, çok soğuk ve çok sıcak günlerde azaldığı öğrenilmiştir. Çelik, müşterilerin bazılarının bedensel ve zihinsel rahatlamak, bazılarının kas ve eklem ağrılarını azaltmak amacıyla hamama gelmeyi tercih ettiklerini anlatmıştır. Çelik'e göre bunların yanında müşteriler grip gibi üst solunum yolu hastalıklarında terlemek ve vücut sıcaklığını arttırmak, bazı sporcular hızlı kilo verme programlarına hamamda terlemeyi de dâhil ettikleri için hamama gelmektedir.²¹ Bazı müşterilerin gelenekleri yaşatmak adına hamama geldiğini anlatan Çelik, damat ve arkadaşlarının toplu olarak geldiği "damat hamamı" etkinliğini bu geleneklere örnek göstermiştir. Hamama gelenlerin ortalama 45 ile 60 dakika arasında hamamda kaldığını ücretlendirmenin ise iki saat üzerinden olduğunu anlatan Çelik hamam alışkanlığı olan bir müşterinin ayda ortalama bir kez geldiğini buna karşın haftada üç kez gelen müşterilerinin de olduğunu belirtmiştir. Hamam yabancı turistler tarafından oldukça az müşteriye sahip iken, yerli ve gurbetçi

vatandaşlarımız tarafından özellikle yazın sıkça ziyaret edilmektedir. Bazı gurbetçi vatandaşlar geleneklerini yeni nesillere aktarmak amacıyla genelde çocuklarıyla hamamı ziyaret etmektedir.²¹

Sonuç

Denizli’de yer alan Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı Selçuklular Dönemi’nde bu güne ayakta kalan şehrin tarihi dokusunun güzel bir örneğini oluşturmaktadır. Vakıflar hamamının kitabesi bulunmamakla beraber, 13. yüzyıl Selçuklu eserlerinden biri olduğu düşünölmektedir. Ulaşabildiğimiz kaynaklara göre Hamam’ın özel olarak ele alındığı bir akademik yazına rastlanılmamıştır. Çeşitli dönemlerde aslına uygun olarak restore edilen hamam, Türk hamamı kültürünün yaşatılması açısından günümüzde de önemli bir yapıdır.

Bilgi

Bu makale 18-21 Haziran 2019 tarihinde Kırşehir’de düzenlenen XI. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri’nde poster bildirisi olarak sunulmuştur. Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı ile ilgili güncel bilgilere ulaşmamıza yardım eden hamam işletmecisi Akın Çelik’e çok teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- 1-Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi. Hamam. Erişim Adresi: <https://islamansiklopedisi.org.tr/hamam>
Erişim Tarihi:2.01.2020.
- 2-Bozok D. Türk hamamı ve geleneklerinin turizmde uygulanışı. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005;8(13): 62-86.
- 3-Apaydın Başa B. Türk hamam kültürünün spa&wellness mekânlarının tasarımına etkileri. Zfw Journal Of World Of Turks 2009;1(1): 207-220.
- 4-Ürük ZF. Medeniyetler içinde hamamın gelişimi ve kültürel olarak mekân analizleri. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 2016;4(28):185-209.
- 5- Önge Y. Anadolu’da XII-XIII. Yüzyıl Türk Hamamları. Vakıflar Genel Müdürlüğü Yayınları. Önder Matbaacılık. Ankara 1995;ss:8-13.
- 6-Ergin N. Anadolu Medeniyetlerinde Hamam Kültürü. Mimari, Tarih ve İmgelem. Koç Üniversitesi Yayınları. Mas Matbaacılık. 1. Baskı, İstanbul 2011;ss:8-9.
- 7-Çelik E, Aydemir Al. Türk hamam mimarisinin yapısal ve mekânsal özellikleri. Journal of Urban Academy.2018; 11(2):274-281.
- 8-Halaç HH, Kalak M, Yıldırım ÖC. Siverek Tarihi Hamam yapılarının kullanım durumları. Al- Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi 2018;1(1):54-74.
- 9-Alkan E. Tarihte Sağlık ve Su Kültürü. (Ed: Namal A, Erdemir AD, Syroka BP) Türk Hamamı Kültürünün Günümüzdeki Yansımaları. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 2016; 211-217.
- 10-Turgut V. Germiyanoğulları’nın menşei, vakıfları ve Batı Anadolu’nun Türkleşmesi meselesi üzerine. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi 2007;1(5):1-98.
- 11- Kayseri Valiliği. Erişim Adresi: <http://www.kayseri.gov.tr/hamamlar> Erişim Tarihi: 3.05.2020
- 12-Demirci D. Isparta-Gönen’deki “Eski Hamam” Üzerine bir değerlendirme. Osmanlı Mirası Araştırmaları Dergisi 2015;2(3):42-65.
- 13-Germiyanoğlu Vakıflar Hamamı ile ilgili Yazarlar tarafından çekilen fotoğraflar. Yazarların Arşivi. 15.Ocak 2020.
- 14-Denizli İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü Arşivi.
ErişimAdresi: <https://www.kulturportali.gov.tr/turkiye/denizli/kulturenvanteri/vakiflar-hamami>. Erişim Tarihi: 15.02.2020.
- 15-Denizli Müze Müdürlüğü Arşivi Tescil Dosyası, No:17
Erişim Tarihi:10. 06.2019.
- 16-Kapısız P. Temettuat defterine göre Denizli’nin sosyo ekonomik durumu (1844). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1999.
- 17-Parlaz S. Denizli’nin kronolojik tarihi. Geçmişten Günümüze Denizli Dergisi 2016. sayı:11. Denizli.
- 18-Uysal AO. Germiyanoğulları Beyliğinin Mimari Eserleri. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları. Ankara. 2006;51-53.
- 19-Çetin M, Yazar A, Çetin NA, Öztürk İ. Denizli’nin Seyyahları. Denizli Belediyesi Kültür Yayınları. Yayın no:40. 2013.
- 20-İlimiz Denizli. Bayrak Yayıncılık, İstanbul. 1985;55-58.
- 21-Çelik A. Hamam İşletmecisi. Erkek, 47 yaşında. Üniversite mezunu. 2020. Denizli.
- 22-Şemsioğlu C. 20. Yüzyıl Başlarında Denizli Cevdet Şemsioğlu Anısına. HM Matbaacılık. Denizli. 2016, s. 63-64.
- 23-Çetin M. Tarihi Belgeler Işığında Denizli. Denizli Büyükşehir Belediyesi Yayınları. 2015, s. 288-289.
- 24-Kaptan ŞT. Denizli’nin Halk Kültürü Ürünleri 1. Cilt, 1. Basım. Yenigün Ofset Matbaa. 1988;ss:11.
- 25-Orhan E. Kentin “Modern Harabeleri’nin incelenmesi: Denizli taş atölyeleri örneği. Planlama 2016;26(2):160-167.

Menopozal Semptom Yönetiminde Sarı Kantaron Kullanımı: Sistematik Derleme*

The Use of St. John's Wort In Menopausal Symptom Management: A Systematic Review

Tuğba Dündarⁱ, Belma Toptaşⁱⁱ, Zekiye Karaçamⁱⁱⁱ

ⁱArş. Gör. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
https://orcid.org/0000-0002-6693-0820

ⁱⁱArş. Gör. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
https://orcid.org/0000-0003-2018-9392

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

Öz

Amaç: Bu araştırma, menopoz döneminde kullanılan sarı kantaron bitkisinin menopozal semptomlara etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Sistematik derleme niteliğinde olan çalışma, 17 Aralık 2018-3 Ocak 2019 tarihleri arasında, Türkçe ve İngilizce dizinler taranarak yapılmıştır. Ulakbim, Türk Medline, Google Akademik ve Ulusal Tez Merkezi Web of Science, PubMed (including MEDLINE), Cochrane ve EBSCOhost veri tabanları, “menopoz, klimakteriyum, sarı kantaron, St John's wort, Hypericum perforatum, menopoz ve sarı kantaron, menopoz ve St John's wort, menopoz ve Hypericum perforatum, klimakteriyum ve sarı kantaron, klimakteriyum ve St John's wort, klimakteriyum ve Hypericum perforatum” anahtar kelimeleri ile taranmıştır.

Bulgular: Çalışmada toplam 602 kayda ulaşılmış olup, üçü sarı kantaronun tek başına, dördü farklı bitkilerle bir arada kullanımının menopozal semptomlara etkisini inceleyen, toplam 819 kadın ile yapılan dokuz araştırma analize alınmıştır. Sarı kantaronun tek başına kullanıldığı beş çalışmadan ikisinde, bu bitkinin vazomotor semptomları, ikisinde uyku sorunlarını, depresyon ve yorgunluğu azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Bitkinin kombine kullanıldığı dört çalışmadan üçünde kombinasyonun vazomotor semptomları, ikisinde anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olduğu, birinde ise vajinal kuruluk ve libido kaybı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir.

Sonuç: Bu sistematik derlemede sarı kantaronun tek başına ya da kombine kullanımının bazı menopozal semptomları azaltmada etkili olduğu, ancak bu konuda daha fazla deneysel çalışmaya gereksinim bulunduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sarı kantaron (hypericum), menopoz, tamamlayıcı tedaviler

ABSTRACT

Aim: The study aimed to investigate the effect of St. John's wort on menopausal symptoms.

Method: This study is a systematic review and was conducted between 17 December 2018-3 January 2019 by searching Turkish and English indexes. Ulakbim, Turk Medline, Google Academic and National Thesis Centre, Web of Science, PubMed (including MEDLINE), Cochrane and EBSCOhost database were searched by using “Menopause, climacterium, St. John's wort, Hypericum perforatum, menopause and St. John's wort, menopause and St John's wort, menopause and Hypericum perforatum, climacterium and St. John's wort, climacterium and Hypericum perforatum” as keywords.

Results: In this research, a total of 602 records were reached, and seven researches were analysed with 819 women, three of which examined the effect of the use of the St. John's wort singly and four in combination with different herbs on menopausal symptoms. In two of the three studies using the St. John's wort singly, this plant has been reported to be effective in reducing vasomotor symptoms, sleeping problems, depression/fatigue in two. In three of four studies used in combination of plant, was reported to be effective in reducing vasomotor symptoms, both anxiety and depression in two, and in one, it had no effect on vaginal dryness and loss of libido.

Conclusion: In this systematic review, it has been concluded that the use of St. John's wort singly or in combination is effective in reducing some menopausal symptoms, but further experimental studies are needed.

Keywords: hypericum, menopause, complementary therapies

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 258-268

DOI: 10.31020/mutfd.688744

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 13 Şubat 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 11 Mayıs 2020

İletişim - Correspondence Author: Tuğba Dündar <tugbadnr@gmail.com>

GİRİŞ

Menopoz, kadınların üreme dönemi sonunda ortaya çıkan, overlerin fonksiyon kaybı ve menstruasyonun kesilmesi ile karakterize bir süreçtir.¹ Bu süreç kadın yaşamının özellikle fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarını uzunca bir süre olumsuz etkileyebilir.^{2,3} Menopoz döneminde çoğu kadında östrojen hormonunun düşüşüne bağlı olarak vazomotor semptomlar, duygulanım bozuklukları ve ürogenital şikâyetler görülebilir. İlerleyen yıllarda ise östrojen kaybı sonucu kardiyovasküler hastalıklar, kemik kütlesi kaybı ve bilişsel bozukluk görülme sıklığında artış görülebilir.¹ Günümüzde kadınlar, bu dönemin uzun sürmesi ve yaşam süresinin uzaması nedenleri ile sağlıklı yaşam ve yaşam kalitelerini artırabilecek tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arayışı içindedir.⁴ Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları vitamin, mineral ve bitkisel ürünlerin kullanımından yoga, meditasyon ve homeopati kullanımına kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır.⁵ Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanım nedenleri, sağlık sorunları üzerine etkileri, bireydeki etkileri ve yan etkileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bu bağlamda menopoz döneminde tıbbi tedavilerin dışında yararlanılabilecek tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımının araştırılması, gerekli ve önemli bir konudur.

Sarı kantaron (*St. John's wort/Hipericum perforatum*), dünyanın pek çok yerinde, yol kenarlarında kendi başına büyüeyebilen, uzun ömürlü ve altın sarısı renkte çiçekleri olan bir bitkidir. Bu bitki, tıpta birçok alanda uzun yıllardır kullanılmakta olup, özellikle doğal bir antidepresan olduğu bilinmektedir. Ayrıca sarı kantaron, uyku sorunlarının giderilmesinde, yara ve yanık tedavisinde ve menopozal semptomların azaltılmasında kullanılmaktadır.^{6,7}

Literatürde sarı kantaronun, menopozal semptomların yönetiminde farklı dozlarda, tek başına ya da farklı bitkilerle kombine kullanıldığı çalışmalar mevcuttur.⁸⁻¹³ Menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan bazı çalışmalar, sarı kantaron bitkisinin sıcak basması, gece terlemesi, uyku sorunları ve anksiyete gibi semptomları azaltabildiğini rapor etmiştir.⁸⁻¹¹ Ayrıca, sarı kantaronun farklı bitkilerle bir arada kullanımının menopozal semptomlara etkisi ile ilgili sistematik derlemeler de bulunmaktadır. Bu derlemelerde sarı kantaronun karayılan otu ya da keten tohumu ile birlikte kullanımının menopozal semptomların yönetiminde etkili olduğu sonuçları rapor edilmiştir.^{11,14,15} Ancak güncel orijinal araştırmaların da dahil edildiği, sarı kantaronun tek başına ya da farklı bitkilerle kombine kullanımının menopozal semptomlara etkisinin incelendiği daha kapsamlı bir çalışmaya gereksinim bulunmaktadır. Bu sistematik derlemede menopoz döneminde kullanılan sarı kantaron bitkisinin menopozal semptomlara etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda i) Sarı kantaronun tek başına kullanımının menopozal semptomlara etkisi nedir? ii) Sarı kantaronun farklı bitkilerle kombine kullanımının menopozal semptomlara etkisi nedir? Sorularına yanıt aranmıştır. Elde edilen verilerin, mevcut ulusal ve uluslararası literatüre, bu konudaki sağlık hizmeti uygulamalarına ve gelecekte yapılması planlanan bilimsel çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışma sistematik derleme niteliğindedir. Çalışmanın yapılması ve raporunun hazırlanmasında Sistematik Derleme ya da Meta Analiz Araştırma Raporunun Yazımında Bulunması Gereken Maddelerle İlgili Kontrol Listesi (PRISMA) protokolü takip edilmiştir.^{16,17} Bu sistematik derlemede olası bias riskini azaltmak için literatür tarama, makale seçimi, veri çekme ve makale kalitesinin değerlendirilmesi işlemleri bir ve ikinci araştırmacılar tarafından bağımsız olarak yapılmış, her bir aşama üçüncü araştırmacının da katıldığı bir oturumda kontrol edilmiş ve görüş birliği oluşturulmuştur. Sürecin uygun biçim ve kalitede gerçekleştirilebilmesi için üç araştırmacının bir arada olduğu bir oturumda, çalışmanın kapsamında yer alan bir anahtar kelime (*St John's wort and menopause*) ile PubMed tarama motoru üzerinden tarama yapma, makale seçme, beş araştırma makalesi ile veri çekme ve makale kalitesini değerlendirme işlemlerini

kapsayacak biçimde pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonrası ortaya çıkan görüş ve bilgi farklılıkları tartışma yolu ile giderilmiştir.

Tarama Stratejisi

Bu sistematik derleme için taramalar 17 Aralık 2018-3 Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmış ve yayın sürecinde son yayınların da dâhil edilmesi amacı ile Nisan 2020’de güncellenmiştir. Taramalar, ulusal düzeydeki yayınlara ulaşmak için “*menopoz, klimakteriyum, sarı kantaron, St John’s wort, Hypericum perforatum, menopoz ve sarı kantaron, menopoz ve St John’s wort, menopoz ve Hypericum perforatum, klimakteriyum ve sarı kantaron, klimakteriyum ve St John’s wort, klimakteriyum ve Hypericum perforatum*” anahtar kelimeleri ile Ulakbim, Türk Medline, Google Akademik ve Ulusal Tez Merkezi arama motorları üzerinden yapılmıştır. Uluslararası yayınlara ise “*menopause, climacterium, St John’s wort, Hypericum perforatum, menopause and St John’s wort, climacterium and St John’s wort, menopause and Hypericum perforatum, climacterium and Hypericum perforatum*” anahtar kelimeleri kullanılarak Web of Science, PubMed (including MEDLINE), Cochrane ve EBSCOhost veri tabanları üzerinden tarama yapılarak ulaşılmıştır. İlave çalışmaların elde edilmesi için dâhil edilen araştırmaların kaynaklar listesi incelenmiştir.

Araştırmaların Seçim Kriterleri ve Seçimi

Bu sistematik derleme için uygun olan araştırmalar aşağıdaki dâhil etme kriterlerine göre seçilmiştir;

- (1) Çalışma grubu: Menopoz dönemindeki kadınlar.
- (2) Müdahale: Sarı kantaron kullanma.
- (3) Karşılaştırma: Sarı kantaron kullanmama.
- (4) Sonuçlar: Menopozal semptomlar.
- (5) Çalışma dizaynı: Deneysel ve yarı deneysel çalışmalar.

Çalışmadan dışlama kriterlerini Yöntemi belli olmayan, tam metnine ulaşılamayan, gözlemsel ya da hayvan deneyleri olan ve sarı kantaronun menopoz dışında kullanıldığı alanlarda yapılan çalışmalar oluşturmuştur.

Bu sistematik derleme için sarı kantaronun sadece menopozda kullanımını ele alan araştırmalara seçilmiştir. Araştırmaların belirlenmesi ve seçimi dâhil etme kriterlerine uygun olarak, birinci ve ikinci araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. Taramalarda tekrar eden araştırmalar çıkarıldıktan sonra, sırası ile başlık, özet ve tam metne göre seçim yapılmıştır. Sistematik derlemede takip edilen seçim süreci **Şekil 1**’de verilmiştir.

Veri Çekilmesi

Araştırmada verilerin elde edilmesi için araştırmacılar tarafından geliştirilen bir veri çekme aracı kullanılmıştır. Bu veri çekme aracı ile araştırmaların yazar ve yayın yılı, yöntemi, örneklem hacmi, vaka sayısı, yapıldığı ülke, verilerin toplandığı yıl, yaş ortalaması, müdahale türü ve menopoz dönemine etkisi hakkındaki verilerin elde edilmesi sağlanmıştır.

Çalışmaların Metodolojik Kalitesinin Değerlendirilmesi

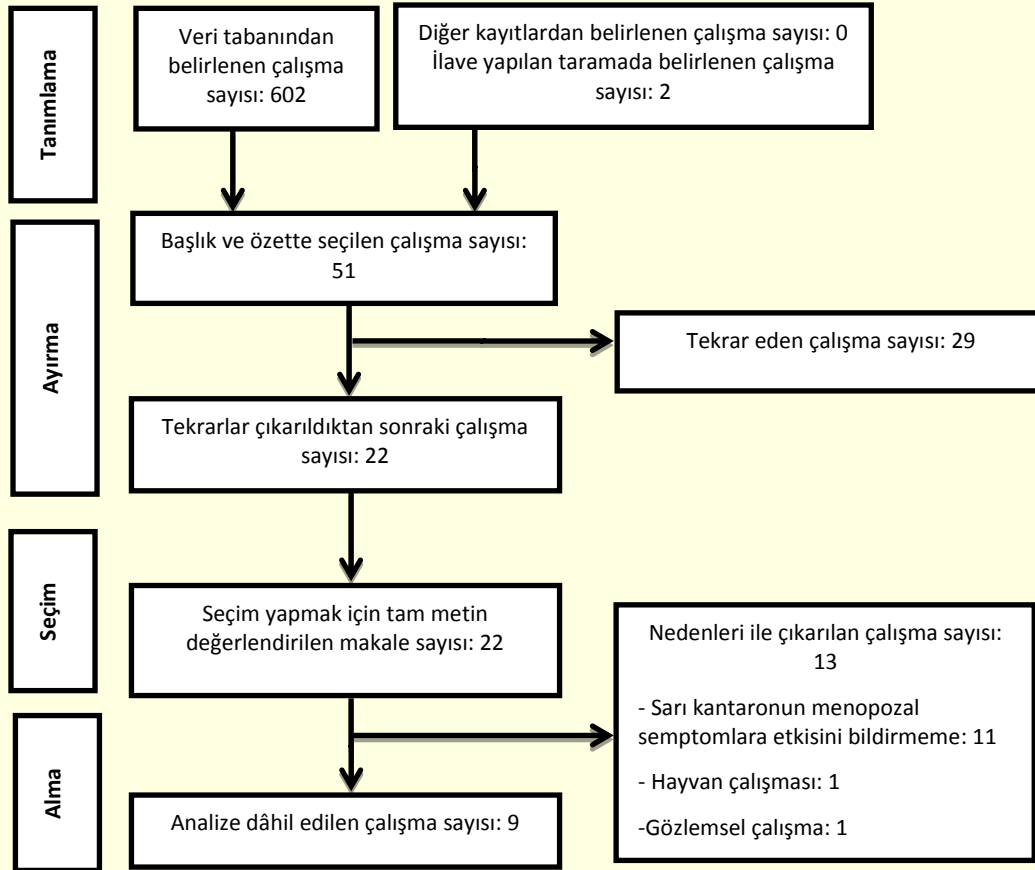
Bu sistematik derlemeye dâhil edilen araştırmaların metodolojik kalitesi Joanna Briggs Institute tarafından yayınlanan kontrol listeleri ile değerlendirilmiştir.¹⁸ Buna göre randomize kontrollü araştırmaların kalite değerlendirmesi 13 maddeli¹⁹ ve yarı deneysel çalışmalar dokuz maddeli²⁰ kontrol listeleri ile yapılmıştır. Bu listelerde yer alan her madde “evet, hayır, belirsiz ve uygulanmaz” olarak değerlendirilmektedir. Her bir araştırma için saptanan durum Tablo 1 ve 2’de verilmiştir.

Tablo 1. Sistematik derlemeye dâhil edilen sarı kantaronun tek başına kullanıldığı deneysel araştırmaların özellikleri ve sonuçları

Yazarlar (yıl)	Çalışma deseni	Veri toplama aracı	Ülke	Sarı Kantaron dozu	Örneklem hacmi	Yapıldığı yıl	Ortalama yaş, yıl (SS)	Grup Özelliği	Başlıca Sonuçlar	Kalite puanı
Abdali ve ark. 2010	Randomize, çift kör, placebo kontrollü klinik çalışma	-Assessment Tool Of Climacteric Symptoms -Blatt-Kupperman Index	İran	3x20 damla/2 ay	San kantaron: (n=45) Plasebo (n=43)	2008	San kantaron: 50.5±3.7 Plasebo: 50.29±3.52	Pre-peri ve postmenopozal dönem, en az 12 hafta boyunca günde en az bir kez orta veya şiddetli sıcak basması yaşama	-4 haftalık kullanım sıcak basmalarının sıklığını ve -8 haftalık kullanım sıcak basmalarının süresi, sıklığı ve şiddetini anlamlı derecede azalttı. - Her iki grup arasında yan etkiler bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı (baş ağrısı, laterji, kann ağrısı).	Evet:8/13 Hayır:5/13
Al-Akoum ve ark. 2009	Randomize, çift kör, placebo kontrollü pilot çalışma	-Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) -Sleep Problem Scale Multidimensional Fatigue Inventory -SF-12	Kanada	3x300 mgr /12 hafta	San kantaron (n=20) Plasebo (n=22)	2003-2005	San kantaron: 53.4 ±4.8 Plasebo: 54.0 ±5.8	-Günde üç veya daha fazla sıcak basması, -En az 6 ay amenore	-Günlük sıcak basma sayısı ve sıcak basma puanını azaltmada etkili olmadı. - Menopozda özgü yaşam kalitesini anlamlı derecede artırdı. - Uyku problemlerini, vazomotor ve psikososyal semptomları anlamlı derecede azalttı. - Genel yorgunluğu, cinsel ve fiziksel semptomları etkilemedi. -Her iki grupta da konstipasyon en sık görülen yan etki olarak belirlendi.	Evet:13/13
Fahami ve ark. 2010	Yan deneysel çalışma	-Personal Fertility Features Quest. -Cooperman's index	İran	3x160 mg tb.	San kantaron (n=30) Çarkifelek çiçeği (n=29)	—	San kantaron: 51.7±3.3 Çarkifelek çiçeği: 51.8±2.6	-En fazla 5 yıldır menopoz, -BKİ<30 kg/cm ²	-Menopozal semptomları azaltmada her iki bitki de etkili bulundu. -Uyku sorunları azaltmada her iki bitki de etkili bulundu. -Bitkilerin birbirine üstünlüğü bulunmadı.	Evet:7/9 Hayır:2/9
Ghazanfarpour ve ark.2013	Randomize, çift kör, kontrollü çalışma	-Green Climacteric Scale	İran	3x160 mg tb/2 ay 3x1 tb/2ay	San kantaron (n=37) Hayıt (n=39)	2013	San kantaron: 53.2±4.7 Hayıt: 52.7±4.8	-45-65 yaş arası -Son 1 yıldır amenore	-Her iki grupta da ölçek puanı azaldı. -Sıcak basmaları her iki grupta da azaldı. -Bitkilerin birbirine üstünlüğü bulunmadı. -Her iki grup arasında yan etkiler bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı (baş ağrısı, laterji, kann ağrısı).	Evet: 6 Hayır: 4 Belirsiz: 3
Eatemadnia ve ark. 2019	Randomize, çift kör, kontrollü çalışma	-Kupperman Index -Hamilton Depression Rating Scale	İran	3x270-330 µg tb/2 ay 3x1 tb/2ay	San kantaron (n=35) Plasebo (n=35)	—	San kantaron: 50.4±2.7 Plasebo: 50.6 ±2.8	-45-60 yaş arası -Son 1 yıldır amenore -Kooperman Index'ine göre en az iki menopoz belirtisi	-4 haftalık kullanım sıcak basmalarının sıklığını şiddetini anlamlı derecede azalttı. - Bitki ölçek puanında 4, 6 ve 8. haftada anlamlı azalma sağladı.	Evet: 12 Hayır: 1

Tablo 2. Sistematik derlemeye dâhil edilen sarı kantaronun kombine kullanıldığı deneysel araştırmaların özellikleri ve sonuçları

Yazarlar (yıl)	Çalışma deseni	Veri toplama aracı	Ülke	Kombine Kullanım dozu	Örneklem hacmi	Yapıldığı yıl	Ortalama yaş, yıl (SS)	Grup Özelliği	Başlıca Sonuçlar	Kalite puanı
Chung ve ark. 2007	Randomize, çift kör, placebo kontrollü çok merkezli çalışma	-Vajinal maturation indices, - Kupperman Index	Kore	12 hafta boyunca Gyno-plus (karayılan otu ve sarı kantaron) tb.	Tedavi grubu (n=42), Plasebo grubu (n=35)	2005-2006	Tedavi grubu: 51.02±3.48 Plasebo grubu: 50.43±2.81	-Tipik klimakterik semptomlar - En az 3 ay hormon tedavisi almama -Perimenopozal dönemde olma	-Tedavi grubunda sıcak basması puanları 4. ve 8. haftada azaldı. -Kupperman indexi 4. ve 8. haftada tedavi grubunda anlamlı derecede azaldı. -Vajinal kuruluk ve libido azalmasında anlamlı gelişme olmadı. -Her iki grupta da yan etkiler benzerdir.	Evet:7/13 Hayır:5/13 Belirsiz: 1/13
van Die ve ark. 2009	Randomize, çift kör, placebo kontrollü paralel çalışma	-Abraham's Menstrual Symptoms Questionnaire	Avustralya	5400 mgr/gün sarı kantaron+ 1000 mg hayıt/günde 2	Tedavi grubu (n=8) Plasebo grubu (n=6)	-----	Her iki grubun da yaş ortalaması 49	-Son 12 haftada en az bir kez adet görme -Geç perimenopozal dönemde olma	-16 haftalık tedavi sonunda anksiyete ve hidrasyon azaldı. -Toplam PMS benzeri skorlar için plaseboya üstün bulundu.	Evet:8/13 Hayır:5/13
van Die ve ark. 2009	Randomize, çift kör, placebo kontrollü paralel çalışma	-Greene Climacteric Scale -Hamilton Depression Inventory -Utian Quality of Life Scale	Avustralya	Sarı kantaron+ hayıt/16 hafta günde 2 kez	Tedavi grubu (n = 50) Plasebo grubu (n = 50)	2004-2005	Tedavi grubu: 51.9±4.3 Plasebo grubu: 52.5±3.8	-Postmenopoz veya geç perimenopozda, -24 saatte en az 5 sıcak basması veya terleme yaşama	-Sıcak basmaları ve ölçek puanlarında anlamlı bir fark saptanmadı. -Yaşam kalitesinde ve depresyonda anlamlı değişiklik olmadı. -Her iki grupta da yan etkiler benzerdir.	Evet:11/13 Hayır:2/13
Uebelhack ve ark. 2006	Randomize, çift kör, placebo kontrollü çalışma	- Menopause Rating Scale -Hamilton Depression Rating Scale	Almanya	Sarı kantaron+ karayılan otu 2x2 tb/ilk 8 hafta, 2x1 tb/ikinci 8 hafta	Tedavi grubu (n=150) Plasebo grubu (n=143)	2003-2004	Tedavi grubu: 52.4±4.5 Plasebo grubu: 51.9±4.0	-En az 3 ay boyunca tedavi edilmeyen menopozal şikayetleri olma	-Ölçek puanlarında hem 8 hem 16 haftada anlamlı azalma saptandı. -Gruplar arasında yan etkilerde fark bulunmadı.	Evet:8/13 Hayır:5/13



Şekil 1. Çalışmaların Seçimi ve Alma Süreci

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde anlatı sentezi (narrative synthesis) yöntemi kullanılmıştır. Anlatı sentezi, hem nicel hem de nitel çalışmaları sentezlemek için kullanılabilen bir yöntemdir ve sistematik derlemeye dâhil edilen deneysel ve yarı deneysel çalışmaların bulguları meta-analiz yapılması için yeterince benzer olmadığında kullanılabilir.^{21,22} Bu sistematik derlemede incelenen araştırmaların deseni, sarı kantaronun kullanım şekli, dozu ve süresi, gözlenen menopozal semptomlar ve veri toplama yöntemleri farklılık göstermekte idi. Bu nedenle bulgular öyküsel anlatım yöntemi ile sunulmuştur.

BULGULAR

Bu çalışmada veri tabanlarının taraması sonucunda toplam 602 kayda ulaşılmıştır. Planlanan tarama stratejisi kullanılarak başlık ve özetinde seçim yapıldıktan ve tekrarlar çıkarıldıktan sonra 22 çalışma, tam metin olarak incelenmiştir. İncelenen çalışmaların 11 tanesi menopoza yönelik veri içermediği, biri hayvanlar üzerinde yapıldığı ve biri de gözlemsel çalışma olduğu için çıkarılmıştır. Toplam dokuz makale analize alınmıştır. Analize alınan makalelerin beş tanesi sarı kantaronun tek başına,^{8,9,12,13,23} dört tanesi de sarı kantaronun farklı bitkilerle kombine kullanımının menopozal semptomlara etkisini incelemiştir.^{10,24-26}

Sistematik derlemeye alınan araştırmaların sekizi randomize kontrollü deneysel ve biri yarı deneysel özelliktedir. Çalışmalar İran (4), Kanada (1), Kore (1), Avustralya (2) ve Almanya (1)'da yapılmış ve toplam örneklem hacmi 819 olarak hesaplanmıştır (**Tablo 1 ve 2**). Analize dâhil edilen araştırmaların 2003-2019 yılları arasında yapıldığı ve yayınlandığı saptanmıştır. Çalışmalarda kullanılan veri toplama araçları, katılımcıların yaş ve grup özellikleri Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. Bu sistematik derlemeye dâhil edilen

randomize kontrollü deneysel araştırmalar 13 maddelik kanıt kalitesi değerlendirme aracının 6-13 maddesini, yarı deneysel çalışma ise dokuz maddelik kanıt kalitesi değerlendirme aracının 7 maddesini “evet” olarak karşılamıştır (**Tablo 1 ve 2**).

Sarı Kantaronun Tek Başına Kullanımını Ele Alan alışmalar

Sarı kantaronun tek başına kullanıldığı beş çalışmada, bu bitkinin vazomotor semptomlar, uyku sorunları, depresyon ve yorgunluğa olan etkileri incelenmiştir.^{8,9,12,13,23} Bu konulardaki bulgular aşağıda sunulmuştur.

Vazomotor semptomlar

Bu grupta yer alan beş çalışmada da vazomotor semptomlara yönelik sonuçlara yer verildiği görülmüştür.^{8,9,12,13,23} çalışmalarda menopozal semptomların değerlendirilmesinde Blatt-Kupperman Index¹², Menopause-Specific Quality of Life⁸, Green Climacteric Scale¹³, Kupperman’s index²³ ve Cooperman’s index⁹ kullanıldığı saptanmıştır. Çalışmalardan ikisi, sarı kantaron kullanımının sıcak basma sayısı, sıklığı ve şiddetini anlamlı derecede azalttığını göstermiştir.^{12,23} Abdali ve ark (2010) tarafından yapılan çalışmada iki ay boyunca günde 3x20 damla sarı kantaron kullanımının birinci ayın sonunda sadece sıcak basmasının şiddetini, ikinci ayın sonunda ise şiddeti ile birlikte süresini de anlamlı derecede azalttığı rapor edilmiştir.¹² Eatemadnia ve ark ise çalışmalarında sarı kantaronun 3x 270–330 µg tb. formunun birinci ayın sonunda sıcak basması sıklığını anlamlı derecede azalttığını bildirmiştir. Ayrıca bitkinin Kupperman Index’ini yaklaşık 4 kat azalttığı (başlangıç puanı 26.09±6.82, 8 hafta sonunda 6.49±4.61) belirlenmiştir.²³

Sarı kantaronun sıcak basması üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını bildiren çalışmaların birinde plasebonun⁸, diğerinde de çarkıfelek ieęinin⁹ kontrol grubu olarak kullanıldığı görülmüştür. Kanada’da Al-Akoum ve ark.’nın 3 ay boyunca 3x300 mg/gün sarı kantaron kullanımının sonuçlarını değerlendirdiği randomize kontrollü çalışmada, plasebo grubu ile bitki kullanan grup arasında sıcak basmalarının sayısı ve şiddeti açısından anlamlı fark çıkmamasına rağmen, sarı kantaronun sıcak basmalarını en az 2 kat azalttığı ifade edilmiştir.⁸ İnan’da yapılan diğer iki çalışmada da her iki bitkinin de menopozal semptomları azaltmada etkili olduğu, ancak sarı kantaronun çarkıfelek çiçeğine (*Passion flower*)⁹ ve hayıta (*Vitex agnus castus*)¹³ göre üstünlük sağlamadığı ortaya konulmuştur.

Uyku sorunları

Sarı kantaronun uyku sorunları üzerindeki etkisine değinen çalışmalardan biri sarı kantaron bitkisinin kullanımının uyku sorunları üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu bildirmiştir.⁸ çarkıfelek çiçeğinin kontrol grubu olarak kullanıldığı diğer çalışmada her iki bitkinin de uyku sorunlarını azaltmada etkili olduğu, ancak sarı kantaronun kontrol grubundaki bitkiye göre üstünlüğünün olmadığı belirtilmiştir.⁹

Depresyon ve yorgunluk

Sistemik derlemeye dahil edilen çalışmalardan biri, sarı kantaronun tek başına kullanımının yorgunluğu azaltmada etkili olduęunu⁸, diğeri ise kontrol grubundaki bitkiyle birlikte sarı kantaronun da yorgunluğu azalttığını ortaya koymuştur.⁹ Bitkinin depresyon ile ilgili etkileri iki çalışmada değerlendirilmiştir.^{9,23} çalışmaların birinde sarı kantaronun kontrol grubundaki plasebo ile arasında anlamlı bir farklılık saptanırken²³, diğerinde her iki grupta da anlamlı azalma olduęu⁹ rapor edilmiştir.

Yan Etkiler

Sarı kantaronun tek başına kullanıldığı  çalışmada bitkinin yan etkilerinden bahsedilmiştir. Bu çalışmaların ikisinde bitkinin plasebo,^{8,14} birinde de hayıt¹⁵ ile benzer yan etkilere sahip olduğu ifade edilmiştir. En sık rapor edilen yan etkilerin letarji, baş ağrısı, abdominal ağrı, konstipasyon ve ağız kuruluğu olduğu belirtilmiştir.^{8,12,13}

Sarı Kantaronun Kombine Kullanımını Ele Alan Çalışmalar

Bu sistematik derlemede analiz sonuçları sarı kantaronun kombine kullanıldığı dört farklı çalışmanın sonuçlarını içermektedir.^{10,24-26} Bu çalışmaların ikisinde sarı kantaron bitkisi karayılan otu (*Black cohosh*)^{24,25}, diğer ikisinde de hayıt^{10,26} ile birlikte kullanılmıştır.

Vazomotor semptomlar

Çalışmaların üçünde bu bitkinin kombine kullanımının vazomotor semptomlara etkisinin ele alındığı görülmüştür.²⁴⁻²⁶ Chung ve ark.'nın çalışmasında sarı kantaronun karayılan otu ile birlikte 12 hafta boyunca kullanımının sıcak basması puanını anlamlı derecede düşürdüğü ortaya koyulmuştur. Aynı kombine bitkinin vazomotor semptomların sübjektif değerlendirmesini sağlayan Kupperman Index'ini yaklaşık 4 kat azalttığı (başlangıç puanı 26.46±10.64, 12 hafta sonunda 6.37±4.16) belirlenmiştir.²⁴ Hayıt ve sarı kantaronun 16 hafta boyunca kombine kullanımının incelendiği diğer çalışmada ise bu kombinasyonun günlük sıcak basması puanlarını yaklaşık yarı yarıya azalttığı, ancak bitkilerin birlikteliğinin plaseboya göre üstünlük sağlamadığı rapor edilmiştir.²⁶ Bir diğer çalışmada ise karayılan otu ile sarı kantaronun bir arada 16 hafta boyunca kullanımının hem Menopause Rating Scale ölçeği toplam puanını hem de alt boyutu olan sıcak basması puanını anlamlı derecede azalttığı ifade edilmiştir.²⁵

Anksiyete ve Depresyon

Dört çalışmanın üçünde^{10,25,26} sarı kantaronun diğer bitkilerle birlikte kullanımının anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin incelendiği görülmüştür. Sarı kantaronun hayıt¹⁰ ve karayılan otu²⁵ ile bir arada kullanımının ele alındığı iki çalışmada anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili oldukları ortaya konulmuştur. Ayrıca bu çalışmalara göre kombine kullanım, Hamilton Depression Inventory ve Hamilton Depression Rating Scale puanlarında %50'den daha fazla azalma sağlamıştır.^{10,25}

Diğer Semptomlar

Sarı kantaronun karayılan otu ile kombine kullanımının incelendiği çalışmalardan birinde²⁴ vajinal kuruluk ve libido kaybı üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yan Etkiler

Sarı kantaronun kombine kullanıldığı üç çalışmada kullanılan bitkilere ilişkin yan etkilerinden bahsedilmiştir. Bu çalışmaların üçünde de plasebo ile sarı kantaron kullanımının neden olduğu yan etkiler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir. En sık rapor edilen yan etkiler ise gastrointestinal şikayetler, enfeksiyon ve şişkinliktir.^{10,24,26}

TARTIŞMA

Sarı kantaronun tek başına ve kombine kullanımının menopozal semptomlara etkisinin incelendiği bu sistematik derlemede, bitkinin tek başına kullanımının menopozal dönemdeki uyku sorunlarını azalttığı, kombine kullanımının ise vazomotor semptomları azaltmada daha güçlü bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca menopoz döneminde görülen anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunları azaltmada sarı kantaronun tek başına ya da kombine kullanımından faydalanılabileceği de belirlenmiştir.

Bu sistematik derlemede sarı kantaronun, tek başına kullanıldığı bir çalışmada ve kombine kullanıldığı iki çalışmada vazomotor semptomların sayısı ve şiddetini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Kombine kullanıldığı iki çalışmada da sarı kantaron ve karayılan otu birlikte kullanılmıştır. Mehrpooya ve ark. (2018) yaptığı çalışmada, karayılan otunun tek başına farklı dozlarda ve sürelerde kullanımının vazomotor semptomların azaltılmasında etkili olduğunu göstermişken²⁷, plasebo ile karşılaştırıldığı bir çalışmada ve bir meta analizde bu etkinin gösterilemediği bildirilmiştir.^{28,29} Bu sonuçlara göre vazomotor semptomların

yönetiminde sarı kantaronunu tek başına ya da karayılan otu ile birlikte kullanılabilceği, ancak bu konuda daha kapsamlı deneysel çalışmalara gereksinim bulunduğu söylenebilir.

Uyku sorunları menopozal dönemde en sık görülen semptomlar arasında yer alır. Bu dönemde yaşanan sıcak basması, gece terlemeleri ya da duygu durum bozuklukları kadınların uyku sorunu yaşamalarına neden olmaktadır.^{30,31} Bu çalışmada sarı kantaronun tek başına kullanımının uyku sorunlarını azaltmada olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu bitkinin uykuya etkisi ile ilgili yapılan bir klinik çalışmada da REM latansını artırdığı ifade edilmiştir.³² Bu sonuçlar, bir sağlık profesyoneli danışmanlığında doğru bir öykü alımı ve bilgilendirme ile menopoz dönemindeki kadınlarda uyku sorunlarının yönetiminde sarı kantaron bitkisinden yararlanılabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada elde edilen veriler, sarı kantaronun tek başına ve kombine kullanımının menopoz dönemindeki kadınların anksiyete, depresyon ve/veya yorgunluk semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Sarı kantaronun depresyon üzerine etkisi ile ilgili yapılan diğeri meta analiz ve sistematik derlemelerde de bu bitkinin depresif belirtileri azalttığı rapor edilmiştir.^{33,34} Yine sarı kantaronun hayıt ve karayılan otu ile bir arada kullanıldığı çalışmalarda da depresyon semptomlarını giderdiği gösterilmiştir.^{35,36} Bu bulgular, menopozal dönemdeki kadınlarda anksiyete ya da depresyon belirtilerinin hafifletilmesinde sarı kantarondan tek başına ya da kombine biçimde yararlanılabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu sistematik derlemede sarı kantaronun tek başına ve kombine kullanımı ile ilgili yan etkilerinin placebo ile bezer olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda ise sarı kantaronun sağlıklı kadınlar tarafından iyi tolere edilebilen bir bitki olduğu bildirilmiştir.^{8,37} Ancak yine de bu bitkinin farmakovijilans raporlarının oldukça az olması nedeni ile kullanılan ilaçlarla etkileşimleri ile ilgili, özellikle kısıtlı tedavi ve güven aralığına sahip ilaçlarla birlikte kullanımına ilişkin endişeler rapor edilmektedir.³⁸ Bu sonuçlar menopoz dönemindeki kadınların sarı kantaron kullanmaya başlamadan önce mutlaka hekimleri ile görüşmeleri ve varsa kullandıkları ilaçlarını bildirmeleri, sarı kantaronu doktorlarının kontrol ve denetimi altında kullanmaları gerektiğini göstermektedir.

Bu sistematik derlemeye dâhil edilen araştırmaların kanıt kalitelerinin oldukça iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, çalışmaların ortaya koyduğu bilgilerin güvenilir olduğunu göstermesi bakımından değerlidir.

Bu sistematik derlemenin bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sistematik derlemeye dâhil edilen çalışmaların çoğunda (4/9) sarı kantaronun başka bir bitki ile kombinasyonu kullanılmıştır. Bu durum, bu çalışmada sarı kantarona ilişkin ortaya koyulan sonuçları etkilemiş olabilir. Diğeri, sistematik derlemeye dâhil araştırmalarda sarı kantaronun menopozal semptomlar üzerine olan etkisi farklı ölçüm araçları ile değerlendirilmiş olmasıdır. Bu nedenle çalışmada sunulan sonuçlar, standart ölçüm araçları ile elde edilebilecek sonuçlardan ya da klinik uzmanların değerlendirme sonuçlarından farklı çıkma olasılığı mevcuttur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada sarı kantaronun tek başına kullanımının daha çok uyku sorunları ve depresyon, kombine kullanımın ise vazomotor semptomlar ve depresyon üzerine etkili olduğu, sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca bitkinin plasebo ve hayıt ile benzer yan etkilere sahip olduğu görülmüştür. Menopoz döneminde sarı kantaronun da içinde yer aldığı bitkilerin gittikçe artan bir şekilde hormonlara alternatif olarak kabul edildiği ve insanların kullanımda istekli olduğu bilinmektedir.³⁵ Ancak her bir bitkinin insan vücudu üzerinde yan etkilere neden olabileceği, mevcut durumda kullanılan ilaçlarla etkileşime girebileceği unutulmamalıdır. Bunlara dikkat edildiği takdirde, menopoz dönemindeki kadınların, sağlık çalışanlarının denetiminde, var olan semptomlarının türü ve şiddetine göre sarı kantaronu tek başına ya da başka bitkilerle birlikte

kullanmaları önerilebilir. Sağlık profesyonellerinin bu kadınlara, sarı kantaronun kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık yapmaları gerekmektedir. Herhangi bir bitkinin kullanımına başlamadan önce ayrıntılı bir öykü alınmalı, kadının genel sağlık durumu ve kullandığı ilaçları değerlendirilmeli, bitkinin kullanım şekli, miktarı, süresi ve olası yan etkileri konularında bilgilendirme yapılmalı ve gerektiğinde ileri tetkik ve tedaviye yönlendirilmelidir. Buna ek olarak sağlık profesyonelleri sarı kantaron ile ilgili güncellenen bilgileri sürekli takip etmeleri de gereklidir. Ayrıca sarı kantaronun menopozal semptomlar üzerine olan etkisi ile ilgili daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ve meta analizlere de gereksinim bulunmaktadır.

BİLGİ

Araştırmayı destekleyen kurum-kuruluş bulunmamaktadır. Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Lamberts SWJ, Beld AW. Endocrinology and aging. In: Melmed S, Auchus RJ, Goldfie AB, Koenig RJ, Rosen CJ. editors. Williams textbook of endocrinology. Elsevier; 2016. pp:1234–1251.
2. Şen E, Sevil Ü. Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Derg 2008;16(62):136–42.
3. Rajput V. Menopause and alternative therapy. Asian J. Nurs. Edu. Res 2012;2(3):158–60.
4. Taylor M. Complementary and alternative approaches to menopause. Endocrinol. Metab. Clin. North Am 2015;44(3):619–48.
5. National Center for Complementary and Integrative Health [Internet]. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? (2018). [cited 2019 February 12] Available from: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.
6. Vukovic L. Basic health publications user's guide to st john's wort. 1st ed. Rosenberg C editor. North Bergen: Basic Health Publications; 2002.
7. Murray PB, Bongiorno MT. Hypericum perforatum (St. John's Wort). In: Pizzorno JE, Murray MT, editors. Textbook of natural medicine. Churchill Livingstone; 2013. pp: 838–841.
8. Al-Akoum M, et al. Effects of hypericum perforatum (st. john's wort) on hot flashes and quality of life in perimenopausal women: a randomized pilot trial. Menopause 2009;16(2):307–14.
9. Fahami F, et al. A comparative study on the effects of hypericum perforatum and passion flower on the menopausal symptoms of women referring to Isfahan city health care centers. Iran J Nurs Midwifery Res 2010;15(4):202–7.
10. van Die M, et al. Effects of a combination of hypericum perforatum and vitex agnus-castus on pms-like symptoms in late-perimenopausal women: findings from a subpopulation analysis. J. Altern. Complement. Med 2009;15(9):1045-8.
11. Laakmann E, et al. Efficacy of cimicifuga_racemosa, hypericum_perforatum and agnus_castus in the treatment of climacteric complaints: a systematic review. Gynecol. Endocrinol 2012;28(9):703–9.
12. Abdali K, Khajehei M, Tabatabaee H. Effect of st john's wort on severity, frequency, and duration of hot flashes in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Menopause 2010;17(2):326–31.
13. Ghazanfarpour M, et al. Comparison the efficacy of hypericum perforatum and vitex agnus- castus in hot flashes : A double-blinded randomized controlled trial. Chronic Diseases Journal 2013;1(2):67–73.
14. Ghazanfarpour M, et al. Effects of flaxseed and hypericum perforatum on hot flash, vaginal atrophy and estrogen-dependent cancers in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. Avicenna J. phytomedicine 2016;6(3):273–83.
15. Liu Y, et al. Hypericum perforatum L. preparations for menopause: a meta-analysis of efficacy and safety. Climacteric 2014;17:325–35.
16. Karaçam Z. Sistematik derleme metodolojisi: sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg 2013;6(1): 26–33.
17. Moher D, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. PLOS Med 2009;6:1–5.
18. Joanna Briggs Institute[Internet]. Critical Appraisal Tools. (2018). [cited by 18.03.2019] Available from: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
19. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Explanation for the critical appraisal tool for RCTs with individual participants in parallel groups. In: Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. 2017a. pp:1-9.
20. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Explanation for the critical appraisal tool for Quasi-Experimental Studies (experimental studies without random allocation). In: Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. 2017b.pp:1-7.

21. Snilstveit B, Oliver S, Vojtkova, M. Narrative approaches to systematic review and synthesis of evidence for international development policy and practice. *Journal of Development Effectiveness* 2012;4(3):409–429.
22. Ryan R, Cochrane Consumers and Communication Review Group. Cochrane consumers and communication review group: data synthesis and analysis. *Cochrane Consum. Commun. Rev. Gr.* 2013;1–5.
23. Eatemadnia A, Ansari S, Abedi P, Najar S. The effect of *Hypericum perforatum* on postmenopausal symptoms and depression: A randomized controlled trial. *Complement. Ther. Med* 2019;45:109–113.
24. Chung D, et al. Black cohosh and st. john's wort (GYNO-Plus®) for climacteric symptoms. *Yonsei Med. J* 2007;48(2):289–94.
25. Uebelhack R, et al. Black cohosh and st. john's wort for climacteric complaints: a randomized trial. *Obstet. Gynecol* 2006;107(2):247–55.
26. van Die M, et al. *Hypericum perforatum* with vitex agnus-castus in menopausal symptoms: a randomized, controlled trial. *Menopause* 2009;16(1):156–63.
27. Mehrpooya M, et al. A comparative study on the effect of “black cohosh” and “evening primrose oil” on menopausal hot flashes. *J Educ Health Promot* 2018;7(36).
28. Newton KM, et al. Use of alternative therapies for menopause symptoms: results of a population-based survey. *Obstet. Gynecol* 2002;100(1):18–25.
29. Franco O, et al. Use of plant-based therapies and menopausal symptoms a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2019;315(23):2554–63.
30. Timur S, Şahin NH. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg* 2010;3(3):61–67.
31. Ulusoy MN, Kukul K. Kadınlarda uyku sorunlarının menopoz ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2013;2(2):206–13.
32. Sharpley AL, et al. Antidepressant-like effect of *hypericum perforatum* (st john's wort) on the sleep polysomnogram. *Psychopharmacology (Berl)* 1998;139(3):286–7.
33. Apaydin EA et al. A systematic review of st. john's wort for major depressive disorder. *Syst Rev* 2016;5(1):148.
34. Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CYX. Clinical use of *hypericum perforatum* (st john's wort) in depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;210(January):211–21.
35. Wuttke W, Seidlová-wuttke D. Black cohosh (*cimicifuga racemosa*) is a non-estrogenic alternative to hormone replacement therapy. *Clin. Phytoscience* 2015;1(1):12.
36. Niroumand M, Heydarpour F, Farzaei M. Pharmacological and therapeutic effects of vitex agnus - castus: a review. *Pharmacogn Rev* 2018;12(23):103–14.
37. Whiskey E, Werneke U, Taylor D. A systematic review and meta-analysis of *hypericum perforatum* in depression: A comprehensive clinical review. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16(5):239–52.
38. Russo E, et al. *Hypericum perforatum*: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions. *Phyther Res* 2014;28(5):643–55.

Türkiye’de Klinik Araştırma Etik Kurullarının Yapılanmaları *

Structuring of the Clinical Research Ethics Committees in Turkey

Mukadder Günⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0003-4851-5786>

Öz

Amaç: Türkiye’deki Klinik Araştırmalar Etik Kurulları’nın yapılanma biçimlerini incelemek ve değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun web sayfasında var olan Klinik Araştırmalar Etik Kurulları’nın ulaşılabilen isim listeleri oluşturmuştur. Araştırma, bu siteden 102 etik kuruldan elde edilen verilerle Kasım-Aralık 2016 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin SPSS 15.00 programında sayı ve yüzdelik olarak istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır.

Bulgular: Türkiye’de Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının yapılanması incelendiğinde Klinik Araştırma Etik Kurulları’nın üç büyük şehirde yoğunlaştığı ve İstanbul’da %33.33’ünün (n=34), Ankara’da %17.65’inin (n=18), İzmir’de %7.84’ünün (n=8) bulunduğu saptanmıştır. Türkiye’deki Etik Kurullarda bulunan üyelerin profili değerlendirildiğinde; %60.58’ini (n=805) Diğer sağlık profesyoneli olan üyelerin, %9.93’ünü (n=132) Farmakologların, %7.97’sini (n=106) Sağlık mensubu olmayan üyelerin, %7.90’ını (n=105) Biyomedikal alanında üyelerin, %7.90’ını (n=105) Hukukçuların, %3.31’ini (n=44) Etik alanında uzman üyelerin, %2.03’ünü (n=27) Biyoistatistik alanındaki üyelerin ve %0.38’ini (n=5) Klinik eczacıların oluşturduğu saptanmıştır. Etik kurul sayılarında Ocak 2017 ile Mart 2020 tarihlerinde 24 adet artış olmuştur.

Sonuç: Türkiye’de Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının ağırlıklı olarak İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde yoğunlaştığı, klinik eczacı üyelerin bu kurullarda çok az görevlendirildiği ve etik alanında uzman üyelerin her etik kurulda yer almadığı belirlenmiştir. Etik kurullarda üye sayısının homojen dağılacak biçimde bir yapılanmaya gidilmesi, cinsiyet dağılımının eşitlenmesi öngörülmekte ve önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik Kurul, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Etik Kurul Yapılanması

ABSTRACT

Aim of Study: Research was done to examine and assess the situation of structuring of Clinical Research Ethics Committees in Turkey.

Method: The research sample was consist of list of Clinical Research Ethics Boards which are available on the website of Turkey Medicines and Medical Devices Agency. The study was carried out between October and November 2016 on the basis of the results obtained from these 102 ethical institutions. The data were analyzed statistically in terms of number and percentage in the SPSS 15.00 program.

Results: When we examined the structuring of the Clinical Research Ethics Committee in Turkey, it was determined that they are in three big cities intensely, 33.33% (n=34) in Istanbul, 17.65% (n=18) in Ankara and 7.84% (n=8) in İzmir. Whentheethicscommittee member profile in Turkey was evaluated, we found that 60.58% (n=805) of members were other health professionals, 9.93% (n=132) were pharmacologists, 7.97% (n=106) were non-health professionals, 7.90% (n=105) were employees in the biomedical sector, 7.90% (n=105) were legists, 3.31% (n=44) were ethics specialists, 2.03% (n=27) were employees in the biostatistic ssector and 0.38% (n=5) of members were clinical pharmacists. There were 24 increases in the number of ethical committees between January 2017 and March 2020.

Conclusion: We determined that Clinical Research Ethics Committees are intensely in İstanbul, Ankara and İzmir clinical pharmacist members were rarely charged in these committees and ethics specialists were not included in every ethics committee. It is envisaged and recommended that members of the ethical commitees be structured in such a way as to distribute homogeneously and the gender distribution is equalized.

Keywords: Ethical committee, clinical research ethics committee, ethical committee structure

* *Lokman Hekim Dergisi*, 2020; 10 (2): 269-279

DOI: 10.31020/mutfd.710727

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 29 Mart 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 11 Mayıs 2020

İletişim - Correspondence Author: Mukadder Gün <mukadder.gun@ufuk.edu.tr>

Giriş

Günümüzde biyoetik kurullar; bir başkan ve belirlenmiş üyelerden oluşan ve sağlık bilimlerini, yaşam bilimlerinin ve yeni sağlık politikalarının etik yönünün sürekli olarak değerlendirildiği kurullardır.¹ Dünyada ve ülkemizde çeşitli kurumlarda üstleneceği işlevin alanına özgün pek çok farklı biyoetik kurul oluşturulmaktadır.² Bunlar politika belirleyen ve/veya danışman kurullar, sağlık çalışanı birliği etik kurulları, sağlık hizmeti/hastane etik kurulları ve araştırma etik kurulları biçiminde özetlenebilir.

Biyoetik kurul çeşidi olarak sağlık kurumlarında farklı pek çok etik kurul olmakla birlikte onları oluşturan üyelerine, kurulun işlevlerine ve buldukları kuruma göre sınıflandırma yapmak olanaklıdır.³⁻⁷ Sağlık kuruluşlarındaki etik kurullar kabaca bilimsel araştırma etik kurulları, klinik araştırma etik kurulları, danışman etik kurulları ve hastane etik kurulları biçiminde oluşturulmuştur.⁸ Bu etik kurulların başlıca işlevi; insana ilişkin değerleri korumak, bilimsel bilgi üretimi ve sonuçlarının dışı vurumuyla ilgilenmek ve bu doğrultudaki düzenlemelerde etik ilkeler öncülüğünde etkin rol üstlenmek, rehberlik etmek, etik sorunlara yönelik tartışmaları kamuoyunda gündeme getirecek girişimlerde bulunmak, bilimsel ilerleme ve gelişen teknolojinin yaratacağı sorunlar konusunda farkındalık yaratmaktır.³

Etik kurulların ortaya çıkışında etkili olan olayları değerlendirdiğimizde araştırmanın nesnesi olan katılımcılara ve çevreye olan zararını önlemek amacıyla araştırma etik komitelerinin kurulduğunu görmekteyiz. İlk olarak nasıl kurulduğu tartışmalı da olsa insan üzerinde yapılan araştırmalarda uygulanan bir dizi istenmedik uygulamalar sonucunda araştırmaların etik incelemeden geçmesi gereksinimini doğurmuştur. Bu istenmedik kötü uygulamalara örnek olarak Nazi Rejimi boyunca Yahudilere yapılan uygulamalar, 1930’lu ve 1940’lı yıllarda Japonların Çinliler üzerinde uyguladığı biyolojik ve kimyasal savaş deneyleri yer almaktadır.⁹ Nazi Savaş suçları hem İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin oluşumunu temellendirmiş hem de araştırma etiğinin kökenini oluşturan Nuremberg Etik Kodları (1947)’nin oluşmasıyla sonuçlanmıştır.¹⁰ Araştırmaya katılmanın birincil koşulunu gönüllüğe bağlayan Nuremberg Kodudur. Nuremberg Kodları ve Helsinki Bildirgesi (1964 ve değişik formları); gönüllü onamın gerekliliği, araştırma katılımcılarının zarar görmelerinden kaçınmayı ve araştırma sonucunda elde edilecek olası fayda ile risklerin tartılması gerekliliği gibi bir dizi etik ilkeyi düzenlemiştir. Bu düzenlemelerden önce bilim insanları araştırma katılımcılarının korunmasına ya hiç özen göstermemişler ya da çok az özenli davranmışlardır. Daha sonraki yıllarda etik olmayan araştırma biçimlerinin bağımsız bir organ tarafından önlemesi amacıyla çeşitli öneriler ileri sürülmüş ve klinik araştırmaların etik açıdan gözden geçirilmesinin için ilk koşulu olarak “Kabul Edilen Tıbbi Uygulamadan Sapan ya da Olağandışı Tehlikeyi İçeren Klinik Prosedürler için Grup Değerlendirmesi” 1953 yılında ABD’de kabul görmüştür.⁹

İlerleyen zamanda ABD’de yapılan yasal düzenlemeler tüm insan araştırmalarının etik açıdan bağımsız bir kurul tarafından incelenmesi gerektiğini öngörmektedir. Bunu diğer girişimler izlemiş olup Helsinki Bildirgesinin 1975 yılında Tokyo Revizyonu’nda katılımcıları insan olan deneysel araştırmalarda bazı etik gerekliliklerin kaçınılmaz olduğu vurgulanmıştır.¹¹ Helsinki Bildirgesi sonrasında özellikle gelişmekte olan ülkelerde araştırma etiği ile ilgili başka kodlar da Uluslararası Tıbbi Bilimler Örgütleri Konseyi (CIOMS) tarafından hazırlanmıştır. Bu uygulama tüm dünyada etik zorunlulukların başlangıcı olarak kabul edilebilir.

Dünyadaki araştırma etiği ile ilgili yaşanan pek çok gelişmeye karşılık Türkiye’deki araştırma etiği ve etik kurul geçmişi incelediğimizde 1980’li yıllarda fakültelerin kurduğu etik kurul uygulamalarından ve Sağlık Bakanlığı’nın (SB) özel amaçlı olarak kurulmuş bir etik kurulundan söz edebiliriz.^{8,12} SB’nin 1993 yılında çıkardığı “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” ile kurulması öngörülen yerel ve merkezi etik kuruldan dikkat çekmektedir.¹³ Buna göre; etik kurul üyeleri bazı profesyonel üyelerden oluşmakta idi. Ancak bu düzenlemeden sonra ilerleyen yıllarda ülkemizin artan nüfusu, içinde bulunduğu coğrafi konum, yetkin ve

kaliteli araştırma merkezlerinin bulunması ve yasal düzenlemelerin uluslararası standartlarda sahip oluşu, yetkin ve eğitimli araştırmacıların/hekimlerimizin yüksek oluşu klinik araştırmalara verilen önemi giderek arttırmıştır.⁷ Bu nedenle klinik araştırmaların hem bilimsel temelli ve etik, ilkeler doğrultusunda yürütülmesi hem de araştırma katılımcılarının/ gönüllülerin (sağlıklı/hasta) güvenliğinin ve esenliğinin korunması önem taşımaktadır.

Bilindiği gibi bir biyoetik kurul çeşidi olan Klinik Araştırma Etik Kurulları hem araştırmaya katılan gönüllülerin güvenliği, hakları ile esenliğinin korunması hem de araştırma projesinin bilimsel, etik yönden değerlendirilmesi açısından işlev görür. Bu kurullar bunları gerçekleştirirken araştırmacıları da koruyan etik ilkeler doğrultusunda çalışan yapılardır.^{7,8,14-16} Bu bağlamda klinik araştırmalar etik kurulları; klinik araştırmalarda etiğe uygun olmayan uygulamaları engelleme ve gerektiğinde de bu uygulamaları araştırmacının dışında bırakmak için ilkesel kararları almak üzere katılımcıların/gönüllülerin bulunduğu araştırma projelerini etik ilkeler çerçevesinde değerlendirmek ve denetlemek amacıyla yapılandırılmaktadır.^{14,17} Klinik araştırmalarda etik kurulların görevi başlıca iki boyutludur. Bunlardan ilki, projede belirtilen ve denenmesi/uygulanması istenen madde ya da uygulama biçimi gönüllüde yapılacağından katılımcı/gönüllü haklarının korunduğunun/korunacağına sağlanmasıdır. Bunu gerçekleştirirken klinik araştırma sonunda çoğunluğun sağlayacağı yarar gözetilse bile asıl önemli olan katılımcının/gönüllünün haklarının gözetilmesi ve zarar görmemesi esastır. Günümüzde hem klinik uygulamalarda hem de klinik araştırmalarda gönüllülerin özerk kararları, katılımcıların aydınlatılması ve etik kurulun bu konuları denetlemesi daha da önem kazanmaktadır. İkincisi klinik araştırmacının planlama, uygulama, çözümlenme ve araştırma sonuçlarının duyurulma süreçlerinin bilim etiğine uygunluğunu değerlendirmektir.^{15,18}

Araştırma yönteminin doğru seçilip seçilmediği, yöntem doğrultusunda bilimsel tarafsızlığın korunması, araştırma sonucunda edilen bilginin anlamlı olup olmadığı ve doğru bilginin bilim dünyası ve hatta kamuoyuyla paylaşılması klinik araştırma etik kurullarının değerlendirmesi gereken konulardandır. Hangi tür çalışma yapılırsa yapılsın girişimsel ya da gözlemsel bütün klinik araştırmalar Helsinki Bildirgesi'nin öneri niteliğindeki 2013 yılında yapılan Forteleza Revizyonu ilkeleri rehber alınarak yürütülmektedir.^{11,14,18} Bu durum bize klinik araştırmaların amaç ve işlevleriyle ilgili tüm gerekliliklerin bilimsel ve etik boyutuyla değerlendirmesinin yapılabilmesi amacıyla oluşturulan etik kurulların yapısının oldukça önem kazandığını göstermektedir.

Bu araştırma; Türkiye'de kurulmuş ve işlevsel olan klinik araştırma etik kurullarının yapılanmalarını incelemek amacıyla tasarlanmış olup, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu aracılığıyla elde edilen verilerden yola çıkarak söz konusu etik kurullara ilişkin saptanan sonuçları değerlendirilmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın örneklemini Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun web sayfasında bulunan Klinik Araştırmalar Etik Kurulları'nın ulaşılabilen isim listeleri oluşturmuştur.¹⁹ Araştırma, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun Web sayfasından ulaşılabilen 102 etik kurul listesinden elde edilen verilerle Kasım-Aralık 2016 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin SPSS 15.00 programında sayı ve yüzdelik olarak istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır.

Araştırma Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun web sayfasından ulaşılabilen Kasım-Aralık 2016 ve 2020 Mayıs tarihlerinde ulaşılabilen etik kurulun üye ve yapılanmaları ile sınırlıdır.

Bulgular

Araştırma kapsamında Klinik Araştırmalar Etik Kurulları’ndan toplamda 102 etik kurulun yapılanması analiz edilmiştir.

Tablo 1. Türkiye’de Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının İllere Göre Dağılımı (n=102 *Mart 2020 itibari ile Klinik Araştırma Etik Kurul sayısı 126’dır)

Kent Adı	n	%	Kent Adı	n	%
Adana	1	0.98	Kahramanmaraş	1	0.98
Afyon	1	0.98	Kayseri	2	1.96
Ankara	18	17.65	Kırıkkale	1	0.98
Antalya	2	1.96	Kocaeli	1	0.98
Aydın	1	0.98	Konya	3	2.94
Balıkesir	1	0.98	Malatya	1	0.98
Bolu	1	0.98	Manisa	1	0.98
Bursa	2	1.96	Mersin	1	0.98
Çanakkale	1	0.98	Muğla	1	0.98
Denizli	1	0.98	Ordu	1	0.98
Diyarbakır	2	1.96	Rize	1	0.98
Düzce	1	0.98	Sakarya	1	0.98
Edirne	1	0.98	Samsun	1	0.98
Erzurum	2	1.96	Sivas	1	0.98
Eskişehir	1	0.98	Tekirdağ	1	0.98
Gazianep	1	0.98	Tokat	1	0.98
Hatay	1	0.98	Trabzon	2	1.96
Isparta	1	0.98	Van	1	0.98
İstanbul	34	33.33	Zonguldak	1	0.98
İzmir	8	7.84			

Tablo 1’de Türkiye’de Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının dağılımına incelendiğinde; etik kurulların %33,33’ünün İstanbul’da, %17,65’inin Ankara’da, %7,84’ünün İzmir’de bulunduğu, diğer il ve şehirlere bakıldığında Bursa, Antalya, Erzurum, Diyarbakır, gibi büyük şehirlerin bazılarında ise iki diğer şehirlerde ise yalnızca bir etik kurulun oluşturulduğu görülmektedir.

2016 yılı ile 2020 yılı arasında Türkiye’de etik kurulların sayısında artış olmuştur. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun web sayfasından ulaşılabilen etik kurul sayısı Mart 2020 itibariyle 126 adet olup; bunlardan üçü Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerlik Araştırmaları Etik Kurulu olup İstanbul, İzmir ve Kayseri şehirlerinde oluşturulmuştur. Son yapılandırılmış etik kurulların listesine göre İstanbul’daki Etik kurulların sayısı beş adet artmış, Ankara’daki etik kurul sayısı bir adet azalmış olup İzmir’deki etik kurulların sayısı değişmemiştir. Yeni açılan bazı üniversiteler ve hastane yapılanmaları nedeniyle etik yeni kurullar oluşturulmuştur (Kocaeli, Antalya, Aydın, Kayseri, Samsun ve Gaziantep’te ek birer etik kurul ile Erzincan, Kırşehir, Urfa, Yozgat, Giresun, Adıyaman, Kütahya, Karabük, Uşak, Balıkesir Çorum ve Kırşehir).

Tablo 2. Türkiye’de Yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının Yapılanmaları (Üyelerinin Profili)

Üyelerin Uzmanlık Alanı	n	%
Farmakoloji	132	9.93
Biyoistatistik	27	2.03
Biyomedikal alanında üye	105	7.90
Hukukçu	105	7.90
Sağlık mensubu olmayan üye	106	7.97
Etik uzmanı	44	3.31
Klinik Eczacı	5	0.38
Diğer sağlık profesyoneli olan üyeler	805	60.58
Toplam	1329	100.00

Tablo 2’de Türkiye’deki Klinik Araştırmalar Etik Kurullarındaki üye profili değerlendirildiğinde; %60.58’ini (n=805) Diğer sağlık profesyoneli olan üyelerin, %9.93’ünü (n=132) Farmakologların, %7.97’sini (n=106) Sağlık mensubu olmayan üyelerin, %7.90’ını (n=105) Biyomedikal alanında üyelerin, %7.90’ını (n=105)

Hukukçuların, %3.31'ini (n=44) Etik alanında uzman üyelerin, %2.03'ünü (n=27) Biyoistatistik alanındaki üyelerin ve %0.38'ini (n=5) Klinik eczacıların oluşturduğu saptanmıştır.

Tablo 2'den farklı olarak 2016-2020 arasında Türkiye genelinde üye sayısında toplam (206, %13.4) artış olmuştur. Bu tabloya göre farmakolog (148,%9), biyoistatistikçi (31,%2) biyomedikal üye (111,%7) hukukçu üye (121,%8) sağlık mensubu olmayan üye (124,%8.7) etik alanında uzman üye (46,%3) klinik eczacı (sayı %0.03) diğer sağlık profesyoneli olan üye (946,%62) bulunmaktadır.

Tablo 3. İstanbul'da Yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının Yapılanmaları

Üyelerin Uzmanlık Alanı	n	%
Farmakoloji	40	10.23
Biyoistatistik	5	1.28
Biyomedikal alanında üye	31	7.93
Hukukçu	32	8.18
Sağlık mensubu olmayan üye	33	8.44
Etik uzmanı	17	4.35
Klinik Eczacı	0	0
Diğer sağlık profesyoneli olan üyeler	233	59.59
Toplam	391	100.00

Tablo 3'te İstanbul'da yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarındaki üye profili değerlendirildiğinde; %59.59'unun (n=233) diğer sağlık profesyoneli olan üyelere, %10.23'ünün (n=40) Farmakologlardan, %8.44'ünün (n=33) Sağlık mensubu olmayan üyelere, %8.18'inin (n=32) Hukukçulardan, %7.93'ünün (n=31) Biyomedikal alanında üyelere, %4.35'inin (n=17) Etik alanında uzman üyelere, %1.28'inin (n=5) Biyoistatistik alanındaki üyelere olduğu ve etik kurulların yapılanmasında hiç klinik eczacıların bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 3'den farklı olarak 2016-2020 arasında İstanbul için üye sayısında sayı (68, %17.39) artış ile 459 olmuştur. Bu tabloya göre farmakolog (47, %10.23), biyoistatistik (7, %1.52) biyomedikal üye (33, %7.18) hukukçu(37, %8.06) sağlık mensubu olmayan üye (38, %8.27) etik alanında uzman üye (20, %4.35) diğer sağlık profesyoneli olan üye (277, %64.33) bulunmaktadır.

Tablo 4. Ankara'da Yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının Yapılanmaları

Üyelerin Uzmanlık Alanı	n	%
Farmakoloji	21	8.47
Biyoistatistik	7	2.82
Biyomedikal alanında üye	18	7.26
Hukukçu	19	7.66
Sağlık mensubu olmayan üye	15	6.05
Etik uzmanı	7	2.82
Klinik Eczacı	3	1.21
Diğer sağlık profesyoneli olan üyeler	158	63.71
Toplam	248	100.00

Tablo 4'te Ankara'da yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarındaki üye profili değerlendirildiğinde ise; %63.71'inin (n=158) Diğer sağlık profesyoneli olan üyelere, %8.47'sinin (n=21) Farmakologlardan, %7.66'sinin (n=19) Hukukçulardan, %7.26'sinin (n=18) Biyomedikal alanında üyelere, %6.05'inin (n=15) Sağlık mensubu olmayan üyelere, %2.82'sinin (n=7) Etik alanında uzman üyelere, %2.82'sinin (n=7) Biyoistatistik alanındaki üyelere, %1/21'inin (n=3) Klinik eczacılardan olduğu saptanmıştır. 2016-2020 yılları arasında bir adet etik kurul kapatılmıştır, üye sayısı toplamdan (11) azalmıştır.

Tablo 5'te dağılımı verilen İzmir'de yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarındaki üye profili değerlendirildiğinde; %57.14'ünün (n=60) Diğer sağlık profesyoneli olan üyelere, %12.38'inin (n=13) Farmakologlardan, %8.57'sinin (n=9) Hukukçulardan, %7.62'sinin (n=8) Sağlık mensubu olmayan üyelere, %7.62'sinin (n=8) Biyomedikal alanında üyelere, %8.81'inin (n=4) Etik alanında uzman üyelere,

%2.86’sının (n=3) Biyoistatistik alanındaki üyelerden oluştuğu ve Klinik eczacıların etik kurulların yapılanmasında hiç yer almadığı saptanmıştır. 2016-2020 yılları arasında değişiklik olmamıştır.

Tablo 5. İzmir’de Yerleşik Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının Yapılanmaları

Üyelerin Uzmanlık Alanı	n	%
Farmakoloji	13	12.38
Biyoistatistik	3	2.86
Biyomedikal alanında üye	8	7.62
Hukukçu	9	8.57
Sağlık mensubu olmayan üye	8	7.62
Etik uzmanı	4	3.81
Klinik Eczacı	0	0
Diğer sağlık profesyoneli olan üyeler	60	57.14
Toplam	105	100.00

Tartışma

Klinik araştırmalara ilişkin yasal düzenlemeler açısından değerlendirildiğinde Türkiye’nin en erken düzenlemelerin yapıldığı ülkelerden biri olduğundan söz eden çalışmalar bulunmaktadır.²⁰ Ancak bu çalışmaların ayrıntılarına ilişkin kaynak ya da veriye rastlanmamıştır. Araştırma sürecindeki yeni gelişmelerin ardından ülkemizde insan üzerinde yapılan klinik araştırmaların etik boyutunun incelenmesi, denetlenmesi ve işlevselliği açısından ilk ve önemli bir adım olan “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” 29 Ocak 1993 tarihinde yürürlüğe girmiştir.¹³ İçeriği nedeniyle hem araştırmacıları hem de katılımcıları yasal olarak güvenceye alması açısından yaptırım gücü olan bu yasal düzenleme ile bilimsel araştırmanın nasıl yapılacağına ilişkin standartlar ve araştırma uyulacak etik ilkeler belirlenmiştir. Yapılan bu düzenlemede merkezi ve yerel etik kurullardan ve bu kurulların yapılanmasının nasıl olacağından da söz edilmektedir ki her iki kurulda da üye olma durumundan kaynaklı karar verme sürecindeki farklılıklar ve üyelerin niteliğindeki terminolojik kavram kargaşası gibi pek çok tartışmanın nedeni olmuştur. Bu süreçte araştırmalar “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” ve klinik araştırmalar için bir rehber niteliğindeki “İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu” ilkeleri kapsamında yapılmıştır.^{6,21} 2008 yılına gelindiğinde ülkemizde 86 adet Yerel Etik Kurul (Klinik Araştırma Etik Kurulu) bulunmaktadır.⁷ Avrupa Birliği’nin klinik araştırmalara ilişkin yasal düzenlemelerine uyum çalışmaları doğrultusunda yaklaşık on beş yıl yürürlükte kalan bu düzenleme yerini 23 Aralık 2008 tarih, 27089 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ve 1 Ocak 2009 tarihinde yürürlüğe giren yeni çıkarılan “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” e bırakmıştır.²² Bu yönetmelik ilaç ve tedavi amaçlı klinik araştırmaları içermektedir Yönetmelikte belirtilen etik kurulun yapısına ilişkin maddeler etik kurulun bağımsızlığı ile ters düşme potansiyeli nedeniyle tartışma yaratmıştır. Tartışma yaratan nedenler ise etik kurul üyelerini belirlemek üzere bir ölçütün olmayışı, yapılacak tüm klinik araştırmaları etik yönden değerlendirmek üzere etik kurulların, SB’nin belirleyeceği bölgelerde ve Bakanlık onayıyla oluşturulacak olması etik kurul sekretermasının etik kurulun bulunduğu ilin Sağlık Müdürlüğü veya SB’nin uygun göreceği sağlık kurum ve kuruluşlarında bulunması zorunluluğu, etik kurulda görevlendirilecek üyelerin özellikleri açısından üyelerin bilimsel çalışmanın merkezi olan üniversitelerden seçilme zorunluluğunun kaldırılmış olmasıyla etik kurulun bağımsızlığını zedeleme potansiyeli biçiminde özetlenebilir.^{5,15} Yönetmeliğin içeriğindeki bir başka önemli nokta ise etik kurul üyelerinin eğitimi ile ilgili olan maddedir ki buna göre; bazı üyeler için ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’nün belirlediği eğitim parametrelerine uygun eğitimi/sertifika alma zorunluluğunun getirilmesi etik kurulların niteliğinin artırılması ve standartlaştırılması açısından olumlu olarak değerlendirilmektedir.¹⁵

Çocuklar üzerindeki yapılacak araştırmaların değerlendirilmesi için klinik araştırmalar etik kurulunda çocuk hastalıkları uzmanının bulunması hem çocuğun zedelenebilir grupta yer alması hem de çocuğun üstün yararı açısından önemlidir. Yine de bu yasal düzenlemenin etik kurul üyelerinin niteliklerini belirlemede kullandığı

terminolojik ölçütler ve kurullardaki üye sayısı sorun yaratacak biçimdedir. Tüm bunlara karşın yönetmeliğin etik kurul aracılığıyla araştırmalara bilimsel ve etik yönden değerlendirme zorunluluğu getirmesi araştırmaların kontrol edilebilirliği açısından önemli bir yaptırımdır. Bu iki yasal düzenlemede de klinik araştırma etik kurul üyelerinin oluşturulmasında farklı ölçütler bulunmasına karşın bir üst kurul sayabildiğimiz danışma kurulunda ilk yasal düzenlemede yer almayan zorunlu etik uzmanının varlığı önem kazanmaktadır. Klinik araştırmalar ve Etik kurulların oluşturulmasında yaşanan sorunlar nedeniyle gelişen yasal zorunluluk nedeniyle 2010 yılına gelindiğinde “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” adıyla bir yeni düzenlemeye daha gidilmiştir.²³ Bu düzenleme ile danışmanlık yapacak etik kurullar ikiye ayrılmış ve bu kurulların bünyesinde üyelerin sayı ve nitelikleri farklılaştırılmıştır. Öte yandan her ne kadar Klinik Araştırma Etik Kurulların oluşumunda klinik ve klinik öncesi bilim dalları, profesyonel olarak tıp alanında çalışmayan bir üye (layperson) en temel yapı olarak görülmekte ise de 2010 yılında yapılan yeni değişiklikle Klinik Araştırma Etik Kurul üye profiline daha önceki düzenlemede sadece danışma kurulunda yer alan ve profesyonel uğraşı hukuk ve teoloji olan bireyler de eklenmiştir.^{4,23}

Bu yıllardaki etik kurul sayıları değerlendirildiğinde ise ilk yasal düzenleme sonrası 1993-2008 yılları arasında Türkiye’de yapılandırılmış etik kurul sayısı 86, 2007’de 82 adet olup; 2009-2010 yıllarında ise 56 olarak yer almaktadır.^{7,20} Yapılan yasal düzenleme değişikliği sonrasında ise 2010 yılında etik kurul sayısı yalnızca altı olup bu olumsuz değişimin yukarıda bahsedilen olumsuzluklardan ve üye profiline ilişkin sık düzenleme değişiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Oluşturulacak İlaç Araştırmaları Danışma Etik kurullarının yapısının Farmakoloji uzmanlarının bu kurullardaki zorunlu biçimde olması gerektiği ön kabulünden yola çıkarak etik kurulun bağımsızlığını zedeleyecek nitelikte olması 2010 yılındaki yasal düzenlemede yenilik yapılmasını zorunlu zorunlu kılmıştır. Öte yandan 26 Nisan 2011 tarihinde etik kurullar ve sağlıkla ilgili pek çok maddeyi de içeren 6225 sayılı “Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile “Etik kurullar, en az biri sağlık mesleği mensubu olmayan kişi ve biri de hukukçu olmak kaydıyla ve üyelerinin çoğunluğu doktora veya tıpta uzmanlık seviyesinde eğitilmiş sağlık mensubu olacak şekilde, en az yedi ve en çok on beş üyeden oluşturulur.” biçiminde etik kurulların yapısında kurul üyelerinin profilini ve sayısını belirleyen önemli bir değişiklik yapılmıştır.²⁴

Ülkemizin taraf olduğu uluslararası anlaşma ve sözleşmeler ile Avrupa Birliği standartları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda yapılan düzenlemelerle yeniden oluşturulan “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” adlı yönetmeliğin 19/8/2011 tarihli ve 28030 sayılı Resmî Gazetede yayımlanması ile üye profiline bazı değişiklikler olduğu göze çarpmaktadır.^{24,25} Buna göre klinik araştırma alanları açısından “İlaç Klinik Araştırmaları Etik Kurulu”, “Biyoyararlanım-Biyoesdeğerlik Araştırmaları Etik Kurulu” ve “İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” olmak üzere amacı farklı kurulun yapılması söz konusudur ve etik kurul üye sayısının en az yedi en çok 15 olacak biçimde yapılandırılması öngörülmüştür. Ayrıca gereksinim varsa oluşturulması beklenen “Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” adı altında dördüncü bir etik kurulun varlığı Bakanlığın kendi yetki alanına girmeyen araştırmalardaki kontrol ve denetimini kaldırması açısından önemlidir. Etik kurulda bulunacak üyelerin profiline yapılan değişiklikler değerlendirildiğinde; klinik araştırma alanlarına göre oluşturulacak etik kurullarda görev alacak üyelerden farmakolog olanların eczacı kökenli ya da tıp doktoru olarak belirlenmiş olması üyelerin yetkinliğini sorgulatması nedeniyle tartışmalara yol açmıştır.²⁶ Benzer biçimde bazı ek düzenlemelerle gebelerde yapılacak araştırmalarda bir perinatolog ya da kadın hastalıkları ve doğum uzmanının lohusalar ve emziren kadınlar üzerinde yapılacak araştırmalarda da yeni doğan uzmanı bir hekimin ya da çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bir hekimin olumlu görüşü olmadan etik kurulun bu tür araştırmalara onay veremeyeceği belirtilerek üye profiline doğrudan eklenti yapılmaksızın bazı değişimler

gözlenmektedir. Bunun yanında araştırmaya ilişkin klinik, etik, psikolojik ve sosyal sorunlara yönelik konusunda, araştırma ile ilgili alanda uzmanlığını almış bir hekim ile psikiyatri uzmanı bir hekim tarafından ilgili etik kurul, bilgilendirildikten sonra kısıtlılarda araştırma yapılabileceği belirtilerek çok yönlü bir değerlendirme yapılabilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Üye profilindeki en önemli değişimlerden birisi de Tıp etiği ana bilim dallarından bir üyenin kurulda bulunması 2009’dan itibaren zorunlu iken yapılan son düzenlemenin etik kurulun yapılanması bölümünde “Varsa, tıp etiği (deontoloji) alanında doktora, uzmanlık veya yüksek lisansını tamamlamış kişi,” biçimine dönüştürülmüş olmasıdır.²⁵ Bunun nedeninin bu alanda çalışan akademisyenlerin sayısının azlığı ve bazı üniversitelerde bu ana bilim dalının kurulmamış olması ya da bu konuda uzmanlaşan öğretim üyesinin az sayıda olması gerekçelendirildiği söylenebilir. Ancak aynı yönetmeliğin Etik kurulların yapısı ile ilgili 10. maddesinin 2. fıkrasında ise “ Etik kurul üyeleri, bu maddenin dördüncü fıkrasında anılan etik kurullardan yalnızca birinde görev alabilir iken; tıp etiği (deontoloji) alanında doktora, uzmanlık veya yüksek lisansını tamamlamış kişiler bu kurullardan birden fazlasında görev alabilirler” biçiminde bir hüküm yer almış olması tıp etiği uzmanının klinik araştırma etik kurullarında “varsal” bulunması durumu ile çelişki yaratmaktadır.

Klinik araştırmaların etik ve bilimsel açıdan değerlendirildiği etik kurulların yapısına ilişkin SB tarafından yapılan yasal düzenlemelerin en önemlilerinden birisi şüphesiz son olarak kurum onayını gerektiren ve etik kurulun bağımsızlığını zedeleyebilecek nitelikte olan 13 Nisan 2013 yılında yapılan “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik”tir.²⁷ Bu düzenleme ile klinik araştırmalar fazlarına göre dört ayrı gruba ayrılmış ve etik kurulların “Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” ve “Biyoyararlanım-Biyoeşdeğerlik Araştırmaları Etik Kurulu” biçiminde oluşturulması öngörülmüştür. Etik kurulların üye profilinde yapılan düzenlemede profesyonel üyelerin yer almasıyla kurul üyelerinin niteliklerinde güncelleme yapıldığı görülmektedir. Üye profilinde yer alan farmakoloji alanındaki üyenin niteliği de yine tartışma konusu olmuştur. Etik alanındaki üyenin niteliği de “Varsa, tıp etiği (deontoloji) alanında doktora yapmış veya uzmanlığını almış kişi” olarak yeniden belirlenmiş olmakla birlikte araştırmaların bilimsel ve etik yönden değerlendirmesini yapacak olan etik uzmanının zorunlu üye olarak etik kurulda yer almamış olması düşündürücüdür. Kurum yöneticilerinin öngörülen kurullarda yer almamasını içeren düzenlemede ayrıca bir etik kurul üyesinin birden fazla etik kurulda üye olamayacağı ve sağlık meslek mensubu olan etik kurul üyelerinin iyi klinik uygulamaları ve klinik araştırmalar hakkında temel eğitimi dokuz ay içinde tamamlaması biçimde yaptırımlar getirilmiştir. Kurum yöneticilerinin etik kurulların yapısında yer alamayacağı Avrupa Birliğine üye ülkelerin düzenlemelerinde de ilkesel olarak benimsenen bir durumdur.²⁸

Klinik araştırma etik kurullarının sayısına ilişkin İlbar’sın çalışmasında 2013 yılında ülkemizde toplam 84 etik kurulun bulunduğunu bunlardan 83’ünün klinik araştırmalar etik kurulu ikisinin ilaç klinik araştırmaları etik kurulu beşinin ilaç dışı klinik araştırmalar etik kurulu kalan dördünün ise biyoyararlanım/biyoeşdeğerlik araştırmaları etik kurulu biçiminde yapıldığı görülmektedir.⁷ Ardından 2014 yılında “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile yasal düzenlemenin adı “İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” biçiminde değiştirilmiştir.²⁹ Buna göre etik kurula üye olabilmek için iyi klinik uygulamalar ve klinik araştırmalara ilişkin eğitim almış olmanın 01 Nisan 2016 tarihiyle sınırlandırılmış zorunluluğunun yanı sıra etik kurul üye profilinde özellikle farmakoloji alanındaki üyelerin nitelikleri açısından terminoloji karmaşası yaratılmıştır.^{26,29}

Tarihsel sıralamada da görüleceği gibi ülkemizde etik kurulların tipinin ve üye profilinin değişmesi, eğitim zorunluluğu gibi gerekçelerle oldukça fazla yasal düzenleme oluşturulduğu söylenebilir. Klinik araştırmalara ilişkin son düzenlemeler ise 2014 yılında “Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği” 2015 yılında oluşturulan “İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Tıbbi Araştırmaları Hakkında Yönetmelik”in ardından “İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ve

“Kozmetik Ürün veya Hammaddelerinin Etkinlik ve Güvenlilik Çalışmaları İle Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” olmuştur.³⁰⁻³³ Yasal düzenlemeler açısından 1993 yılından günümüze oldukça fazla değişim yaşanmış olmakla birlikte dünya ülkeleriyle benzer yapıda bir yasal düzenlemenin varlığından söz edebiliriz. Günümüzde Türkiye’de sayısı 100’ü aşan etik kurullarda yürütülen klinik araştırma çalışmaları bu düzenlemeler doğrultusunda yapılmaktadır.³⁴ Klinik araştırmaları değerlendirmek üzere oluşturulacak etik kurulların üye profili **Tablo 6**’da görülebilir.

Tablo 6. Türkiye’de Yasal Düzenlemelere Göre Oluşturulması Öngörülen Klinik Araştırmalar Etik Kurul Üyelerinin Temel Nitelikleri

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Tercihen iyi klinik uygulamaları kurallarına göre düzenlenmiş uluslararası klinik araştırmalara araştırmacı olarak katılmış olan ve tercihen farklı uzmanlık dallarından seçilmiş olan uzman hekimler.

Farmakoloji alanında doktora yapmış veya bu alanda tıpta uzmanlık eğitimi almış kişi.

Biyostatistik alanında doktora yapmış bir kişi veya halk sağlığı uzmanı ya da bu alanda doktora yapmış tıp doktoru.

Biyomedikal alanında çalışan bir mühendis veya uzman; bulunmaması halinde, bir biyofizikçi veya fizyolog.

Hukukçu.

Sağlık meslek mensubu olmayan kişi.

Varsa, tıp etiği veya deontoloji alanında doktora yapmış veya uzmanlığını almış kişi.

Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Araştırmaları Etik Kurulu

Tercihen iyi klinik uygulamaları kurallarına göre düzenlenmiş uluslararası klinik araştırmalara araştırmacı olarak katılmış olan uzman hekimler.

Farmakoloji alanında doktora yapmış veya bu alanda tıpta uzmanlık eğitimi almış kişi.

Biyostatistik alanında doktora yapmış bir kişi veya halk sağlığı uzmanı ya da bu alanda doktora yapmış tıp doktoru.

Tercihen biyofarmasötik, farmakokinetik veya farmasötik teknoloji alanında doktora yapmış eczacı.

Farmasötik kimya veya analitik kimya alanında doktora yapmış eczacı ya da bu alanlarda doktora yapmış kimyager ya da kimya mühendisi.

Hukukçu.

Sağlık meslek mensubu olmayan kişi.

Varsa, tıp etiği veya deontoloji alanında doktora yapmış veya uzmanlığını almış kişi.

*Kaynak: Ergün Y. Klinik araştırmalar: Türkiye’deki güncel mevzuatın kronolojisi. *Archieves Medical Review Journal*.2017.

Çalışma kapsamında ülkemizdeki yapılanmış ve üç büyük şehirde yoğunlaşmış olarak saptanmış olup İlbars’ın 106 etik kurulla yaptığı çalışmada İstanbul’da 37, Ankara’da 16 İzmir’de altı adet etik kurulun toplam üye sayısı 1425’tir.⁷ Üye sayısındaki farklılık diğer çalışmada ulaşılan etik kurul sayısının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. İlbars’ın çalışmasında etik kurulların 69 tanesinin üniversite bünyesinde oluşturulmuş olması üniversitelerin araştırma misyonuyla ilişkilendirilebilir. Çalışmada etik kurullardaki zorunlu üyelerin branşlarının dağılımında ise ilk sırayı farmakologlar almakta ve klinik eczacıların sayısı çok düşüktür. İlbars’ın çalışmasındaki farmakolog üye sayısı 90 iken eczacı farmakologların sayısı 21’dir. Çalışmada yalnızca Ankara’daki etik kurulun yapılanmasında klinik eczacının yer alması dikkat çekicidir. Farmakoloji uzmanlarındaki üye farklılığı son yasal düzenlemede yapılan üye niteliğindeki değişim sonrası etik kurulların yapılanmasında yapılan üye değişiminden kaynaklı olabilir. Biyoistatistik alanındaki üyelerin etik kurullarda temsiliyet oranı düşük olarak saptanmıştır. Benzer bir araştırmada bu sayı 30 olarak belirtilmektedir.⁷ Biyomedikal alanındaki üyelerin etik kurullardaki sayısı yapılan analizde yüzde onun altında belirlenmiştir. Başka bir araştırmada da bu grup, etik kurullarda 29’u biyomedikal mühendisi ve 22 si biyofizikçiden oluşan bir oranda temsil edilmektedir.⁷ Çalışmamızda etik kurullardaki hukukçu üyelerin sayısı toplam üye sayısının yüzde onundan düşük saptanmış olup, İlbars’ın araştırmasında da bunlardan 58’i hukuk müşaviri ve 50’si serbest avukattan oluşan 108 olarak bulunmuştur. Tercihe bağlı sağlık profesyoneli olan üyelerin sayısı çalışmamızda fazla olarak saptanmıştır. İlbars’ın araştırmasında ise zorunlu üyeler dışında en çok çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, halk sağlığı uzmanı hekimler ya da doktorasını tamamlamış kişiler ve iç hastalıkları uzmanları etik kurul üyesi olarak görevlendirilmiştir. Sağlık mensubu olmayan üyelerin etik kurullarda temsiliyeti bizim çalışmamızda yüzde onun altında iken İlbars’ın çalışmasında bu sayı bizim çalışmamızla benzer şekilde 108 olarak saptanmıştır.⁷

Etik uzmanının etik kurullarda temsil edilme durumu değerlendirildiğinde etik uzmanı üyenin çoğunun üç büyük şehirdeki etik kurullarda görevlendirildiği dikkat çekmektedir. Araştırmamızın sonuçları etik kurulların yarısından fazlasında etik uzmanı bulunmadığı vurgulamaktadır. Benzer bir araştırmada da tıbbi etik uzmanlarının bu kurullarda temsiliyeti 28 kişi olarak bulunmuştur.⁷ Ülkemizin farklı şehirlerinde oluşturulan etik kurullarda etik uzmanlarının bulunmuş olması görece olumlu bir durum olarak düşünülebilir. Ancak hem çalışmamızın bulgularında yer alan etik kurulların yarısından fazlasında hem de benzer biçimde kurgulanan başka bir çalışmadaki etik kurulların çok azında tıp etiği uzmanının temsil edilme durumu üzücü ve korkutucu bir durumdur. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizdeki etik kurullarda etik uzmanlarının zorunlu biçimde bulunmaması düşünülemez.^{28,35} Kuşkusuz Klinik Araştırmalar Etik Kurullarında insan gönüllülerin korunmasının izlenmesinde etkin ve öncü olacak üyeler Tıp Etiği Uzmanı temsilcileridir. Bu nedenle ülkemizde yaygın biçimde konuşlandırılmış olan bu kurulların Avrupa Birliğine üye ülkelerdeki etik kurullara uyumlu biçimde oluşturulması ve tıp etiği uzmanlarının zorunlu üye olarak temsil edilmesi istendik ve beklenen bir durumdur. Etik kurulların yapılanmasında toplumsal cinsiyet açısından üye dağılımında kurul yapısının homojenliğini sağlamak açısından kadın ve erkek üyelerin eşitlenmeye özen gösterilmesi gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde yerleşik klinik araştırma etik kurulların yapılanmasına ilişkin yapılan bu araştırmada kurul oluşturmada yasal düzenlemeler doğrultusunda bir üye dağılımı ilkesinin benimsendiği görülmektedir. Araştırmanın bulguları; Türkiye’de klinik araştırma etik kurullarının daha çok İstanbul, Ankara ve İzmir şehirlerinde biriktiğini, etik alanında uzman üyenin her etik kurulda yer almadığını benzer biçimde klinik eczacı üyelerin bu kurullarda çok az görevlendirildiğini ya da bazı kurullarda hiç bu alandan üyenin bulunmadığını ortaya koymuştur. Klinik eczacı ve farmakolog üye ile ilgili gereksinim ve isimlendirme kargaşasını önlemek amacıyla Yüksek Öğretim Kurulu’nun ve ilgili uzmanlık alanı ile ilgili tanımlardan yararlanılabilir.

Klinik Araştırma Etik Kurullarının, klinik araştırmalara gönüllü katılımcı olmayı kabul eden kişilerin Helsinki Bildirgesi, ulusal ve uluslararası düzenlemelerde tanımlandığı biçimde esenliğini ve haklarının korunmasını sağlaması, araştırma protokolünü bilimsel ve etik açıdan değerlendirmesi, üyeliğin gerektirdiği öteki görevleri yerine getirerek kamu güvencesini sağlama görevini yapması ancak bağımsız ve özerk bir yapılanma ile olanaklıdır.

Klinik Araştırmalar Etik Kurulları bünyesine alınacak üyelerin belirlenmesinde uzmanlık alanlarının tanımlarının daha açık ve net biçimde yapılması, üye dağılımında cinsiyet eşitliğine özen gösterilerek homojen bir yapılanmaya gidilmesi, etik uzmanı üyelerin bu kurullarda zorunlu üye olarak bulunması, yasal düzenleme ile üyeler için bir zorunluluk olan eğitimlerinde tıp etiği uzmanları/akademisyenlerinin de bulunması önerilmektedir. Bu konuya ilişkin düzenlemelerde, eğitim programlarında ve ilgili öteki konularda uzmanlık dernekleri, Türk Tabipleri Birliği ve diğer organizasyonlarla işbirliği yapılması önemlidir.

Bilgi

Herhangi bir kurum ve kuruluşla çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Biyoetik Kurulların Karşılaştıkları Zorluklar ve Görevler. Klavuz No:1 Biyoetik Kurulların Oluşturulması, Çev: Büken NÖ, Civaner M, İlgili Ö, İzgi C, Kavas V, Oğuz NY, Ülman YI Ed: UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Türkçe Çevirisi, 2008;11-13.
2. Tartışma ve Öneri Platformları Olarak Biyoetik Kurullar. Klavuz No:2 Biyoetik Kurullar İş Başında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar, Çev: Büken NÖ, Civaner M, İlgili Ö, İzgi C, Kavas V, Oğuz NY, Ülman YI Ed: UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Türkçe Çevirisi, 2008;7-11.

3. Karakaya H, Örs Y. Dünyada ve Türkiye’de hastane/klinik etik kurulları. Ankara Tıp Mecmuası 1994;(47):713-722.
4. Mazırcıoğlu M. Gönüllüler üzerinde yapılan klinik çalışmalarda etik onay sürecinin gelişimi ve güncel durum. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2012;20(3):186-92.
5. Ergün. Y. Klinik Araştırmalar: Türkiye’deki güncel mevzuatın kısa bir özeti. KSU Medical Journal 2017;12(1):50-72.
6. Hayran M. Biyotıp araştırmalarında klinik araştırma etik kurulları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2018;4(1):23-30.
7. İlbars H. Türkiye’de klinik araştırma etik kurullarının yapısı ve üye dağılımı. Akd Med J 2018; 2: 95-103.
8. Görkey Ş. Etik kurullar: aşmaya çalıştığımız bir kavram kargaşası. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; (40):78-83.
9. Health Information and Quality Authority. International review of research ethics structures. 2012;6-14.
10. Beyre C, Kass NE. Human rights, politics, and reviews of research ethics. Lancet 2002; (360):246-251.
11. WMA Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 22 Eylül 2019 Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies>.
12. Ruacan Ş. Türkiye ve dünyada etik kurullar. T Klin Tıbbi Etik 1994; (2):158.
13. TC Resmi Gazete (1993). İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. 29 Ocak 1993.Sayı: 21480. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
14. Büken NÖ. “Klinik araştırma etik kurulları” Clinical research ethics committees, Sendrom 2008; 20(3-4): 61-70.
15. Atıcı E. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Üzerine. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;35(3) 147-152
16. Görkey Ş., Aktan Ö., Onat F. Biyomedikal araştırmaları değerlendiren etik komiteler için uygulama kuralları. Dünya Sağlık Örgütü 2000;2-6.
17. Demir M, Büken NÖ. İlaç araştırmaları hakkında yönetmelik ile klinik araştırmalar hakkında yönetmeliğin karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2009;17(3):168-175.
18. Gün M. Data Sharing from Clinical Trials based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors. Turkish Journal of Bioethics 2017;4(4): 177-180.
19. Klinik Araştırma Etik Kurulları. Erişim tarihi: 26 Kasım 2016. Erişim adresi: <https://www.titck.gov.tr/dinamikmodul/>
20. Akan H. Clinical research in Turkey. Turk J Hematol 2007; (24):1-3.
21. TC Resmi Gazete (1995). Sağlık Bakanlığı İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu.29 Aralık 1995. Sayı: 21748. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
22. TC Resmi Gazete (2008). Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik. 23 Aralık 2008. Sayı: 27089. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
23. TC Resmi Gazete (2010). Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 11Mart 2010. Sayı: 27518. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
24. TC Resmi Gazete (2011). Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 26 Nisan 2011.Sayı: 27916. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
25. TC Resmi Gazete (2011). Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik. 19 Ağustos 2011. Sayı: 28030. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
26. Ergün Y. Klinik araştırmalar: Türkiye’deki güncel mevzuatın kronolojisi. Archives Medical Rewiew Journal 2017;26(3):378-426.
27. TC Resmi Gazete (2013) Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik. 13 Nisan 2013. Sayı: 28617. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
28. Meulenbergs T., Vermylen J., Schotsmans PT. The current state of clinical ethics and health care ethics committees in Belgium. J Med Ethics 2005;31:318–321.
29. TC Resmi Gazete (2014). Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 24 Haziran 2014.Sayı: 29041. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
30. TC Resmi Gazete (2014). Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği. 06 Eylül 2014. Sayı: 29111. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
31. TC Resmi Gazete (2015). İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Tıbbi Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. 02 Nisan 2015. Sayı: 29314. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
32. TC Resmi Gazete (2015). İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 13Nisan 2015.Sayı: 29474. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
33. TC Resmi Gazete (2015). Kozmetik Ürün veya Hammaddelerinin Etkinlik ve Güvenlilik Çalışmaları İle Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. 20 Eylül 2015. Sayı:29481. Başbakanlık Basımevi. Ankara.
34. Akan H. Klinik araştırmalarda gündem. LLM Dergi 2019;3(1):1-3.
35. Namal A. Klinik Araştırmalar Etik Kurullarında Görev Alan Tıp Etiği Uzmanlarının Klinik Araştırmalar Eğitimine Tabi Tutulmaları Zorunluluğu Konusunda Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği’nin Sağlık Bakanlığı’na Yaptığı Başvuru Hakkında. Türkiye Biyoetik Dergisi 2015;2(1);3-5.

Türkiye'de Hemşirelik Lisans Programlarında Hemşirelik Tarihi Dersi Öğretiminin İncelenmesi *

Investigation of Teaching of Nursing History Course in Nursing Undergraduate Programs in Turkey

Serap Torun¹

¹Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim AD.

<https://orcid.org/0000-0002-1651-2735>

Lokman Hekim Dergisi, 2019; 9(3): 317-325 DOI: 10.31020/mutftd.587749 DOI ile basılan makalenin 323. sayfasının ilk paragrafının 12. satırındaki “Ülkemizde 2019 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Hemşirelik Tarihi ve Etik Anabilim Dalı kurulmuştur.³⁴” cümlesindeki Sakarya Üniversitesi hatalı olarak yazılmıştır doğrusu Düzce Üniversitesidir. Cümle yazar tarafından aşağıda belirtilen şekilde düzeltilmiştir.

Serap Torun tarafından yapılan düzeltme

Yurt dışında “Hemşirelik Tarihi” anabilim dalı olarak bulunmaktadır. Ülkemizde 2019 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Hemşirelik Tarihi ve Etik Anabilim Dalı kurulmuştur.³⁴

34. Düzce Üniversitesi Duyurular. [Erişim Tarihi: 01.08.2019]. Erişim Adresi: <https://duzce.edu.tr/14977-duyurusu-ulkemizde-ilk-vetek-olan-hemshirelik-tarihi-ve-etik-ana-bilim-dali-universitemizde-acildi>

Makalenin erişim adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/mutftd/issue/48799/587749>

*Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 280

DOI: 10.31020/mutftd.687834

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 5 Temmuz 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 19 Ağustos 2019; Düzeltilme-Correction:24 Şubat 2020

İletişim - Correspondence Author: Serap Torun <torunserap@gmail.com>

Kınanın Gizli Özneleri: Sağlık Söylemleri Altında Yatan Duyuların Belleği *

Hidden Subjects of Henna: Health Discourses Underlying the Memory of the Senses

Gözde Dalan Polatⁱ

ⁱ Dr. Öğr. Üyesi, Yeditepe Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü

<https://orcid.org/0000-0003-3548-2081>

Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (1): 124-137 DOI: 10.31020/mutftd.650931 ile basılan makalenin 134. sayfasının 7. paragrafının 5. satırındaki “dilimin sınırları dünyanın sınırları değildir”³³ cümlesinde yazan “değildir” ibaresi kaynakta yer alan anlam farklılığından dolayı yazar tarafından aşağıda belirtilen şekilde düzeltilmiştir.

Gözde Dalan Polat tarafından yapılan düzeltme

Genel olarak katılımcılarımla yapmış olduğum görüşmelerde kına-sağlık ilişkisi bağlamında yapmış olduğumuz konuşmalar, onları çocukluk döneminde anneanne ya da babaanne ile geçirmiş oldukları zamanın ruhuna götürmüştür. Derinlemesine yapmış olduğumuz bazı sohbetlerde gerek duraklamalar, gerek kullanılan ses tonları ve gerekse yüz mimikleri kına ile ilgili söylenen sözlerden daha güçlü bir etki bırakmıştır. Bu bize, Wittgenstein’in “dilimin sınırları dünyanın sınırlarıdır”³³ cümlesini hatırlatmaktadır.

Kaynak

33. Wittgenstein, L.. Tractatus Logico Philosophicus. London: Routledge, 2004

Makalenin erişim adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/mutftd/issue/51847/650931>

* Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (2): 281

DOI: 10.31020/mutftd.707166

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 25 Kasım 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 28 Aralık 2019; Düzeltilme –Correction: 27 Mart 2020

İletişim - Correspondence Author: Gözde Dalan Polat <gdalan@yeditepe.edu.tr>

