

TJ
2014

TÜRKİYE
BİYOETİK DERGİSİ

TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt: 11 • Sayı: 1 • 2024 Bahar Sayısı

Volume 11 • Issue 1 • Spring Issue 2024

Turkish Journal of Bioethics (TJOB) published by Turkish Bioethics Association
Türkiye Biyoetik Derneği tarafından basılan Türkiye Biyoetik Dergisi (TJOB)

e-ISSN: 2148 - 5917

TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirimlerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik

DOAJ

AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisinin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmaları akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra, insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla, yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayınlayan dergi, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, olgu sunumu, eleştirel anlatı okumaları, mevzuat değerlendirmeleri ve öğrencinin sesi bölümlerinden oluşmaktadır.

DERGİ KURULLARI

Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

Editörler

Prof. Dr. Selim KADIOĞLU

Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
turkiyebiyoetikdernegi@gmail.com

Doç. Dr. Şükrü KELEŞ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
kelesukru@gmail.com

Doç. Dr. Gülsüm ÖNAL

Trakya Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
gullsumo@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye
arifhudaikoken@hotmail.com

Dr. Filiz BULUT
Türkiye Biyoetik Derneği, Ankara, Türkiye
filizbulut.2816@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay HALİDİ
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
gulayhal@gmail.com

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Hasan ERBAY
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik GÖRKEY
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal GÜVERCİN
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Gürkan SERT
Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR
Kocaeli Üniversitesi, İzmit, Türkiye

Doç. Dr. Murat AKSU
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Prof. Dr. Berna ARDA
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIKAN
Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rahime AYDIN ER
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BURUK
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat CİVANER
Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülten DİNÇ
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hanzade DOĞAN
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Elif GÜLTEKİN
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder GÜN
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa HAYIRLIDAĞ
Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İZGİ
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Dr. Sadik NAZİK
Türkiye Biyoetik Derneği, Antakya, Türkiye

Doç. Dr. Selda OKUYAZ
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Prof. Dr. Oya ÖGENLER
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Sibel ÖNER YALÇIN
Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Levent ÖZGÖNÜL
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran SEVİMLİ
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Bilge SÖZEN ŞAHNE
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Halil TEKİNER
Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye

Doç. Dr. Mustafa Kemal TEMEL
İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Serap TORUN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Barlas UZUN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif VATANOĞLU
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM
Ankara Üniversitesi (Emekli), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Aşkın YAŞAR
Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye

Prof. Dr. Gülay YILDIRIM
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Vedat YILDIRIM
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

YAZIM KURALLARI

Metin Düzeni

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıkla yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki rakamlar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda roma rakamıyla sonnot kullanılabilir.

Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak "tırnak içinde" gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9X13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan ve gönderilen makalenin amaç ve yönteminin açıklandığı, sonuçların derginin okuyucu kitlesi için önemini özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

Başlık Sayfası

Makale başlığı, kısa başlık, makale türü, yazar isimleri, yazarların akademik unvanı ve çalıştıkları kurum ve görevleri, yazışma yazarının adres, e-posta ve telefon bilgileri, mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümü, daha önce bir bilimsel toplantıda sunulduysa veya kongre kitabında basıldıysa bildirildiği kısımdan oluşur.

Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. **Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.**

Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğerleri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak yazılmalıdır.

Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ VE YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF VE KOYU

İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu
Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik

Yayın Türleri

1. Editoryal
2. Editöre Mektup
3. Araştırma Makalesi
4. Derleme
5. Yasa İncelemesi
6. Kitap İncelemesi
7. Sanat ve Edebiyat
8. Olgu Sunumu
9. Konferans Bildirisi
10. Kısa Bildiri
11. Toplantı Özeti
12. Rapor
13. Haber
13. Monografi
15. Biyografi

16. Bibliyografi

17. Çeviri

18. Not

19. Düzeltme

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

Creative Commons Lisansı: Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

Paylaş – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

CC BY-NC-ND lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

CC BY-NC-ND lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

CC BY – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

NC – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

ND - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

Ek sınırlamalar yoktur – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya da teknolojik önlemler uygulayamazsınız.

Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

Okuma, çıktı alma ve indirme: EVET

Atıfta bulunma: EVET

Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması: HAYIR

Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak: HAYIR

Önemli not: Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)

Aşırma politikası

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

Yazar(lar)

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.

- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar (yazarlar, çevrimiçi sayfalar, kişisel görüşmeler, vb.) için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmediği belirtilmeli ve telif hakkı devir formu doldurulmalıdır.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları belirtilmeli ve nedeni açıklanmalıdır.
- Yazarların, hakem sürecindeyken çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmesi istenebilir, bu durumda yazarların ham verilerini editörler kuruluyla paylaşmaları beklenmektedir. Yazarlar, yayımlanan bir makaleye ilişkin verileri/kullanılan kaynakları editör tarafından istendiğinde sunulması için saklamak ile yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

Hakem Değerlendirme Süreci

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi
- Orijinalliği ve alana katkısı
- Akademik standartlar

ÜCRET POLİTİKASI

Hiçbir ad altında yazar veya kurumundan ücret alınmaz.

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖRDEN

- 1. Editörden** 1
Editorial
Gülay HALİDİ

ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 2. Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Şizofreniye Yaklaşımı ve Stigmatizasyonun Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma** 2
Faculty of Medicine 6. Classification Approach to Schizophrenia and Evaluation of Stigmatization: A Qualitative Study
Sevilay TUNÇ NAKIŞ, Şerife Ceren ÖNDER KUTLU, İdil AK, Hafsa Tuana VURAL, Meslina ATMACI, Fatıma BAZIGHIFAN, Achraf HAJAH, Seyhan HIDIROĞLU, Melda KARAVUŞ
- 3. Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına İlişkin Tutumlar: İstanbul'da Bir Devlet Hastanesi Örneği** 17
Attitudes Towards Recording and Protection of Personal Health Data: An Example of a Public Hospital in Istanbul
Aydan DÜNDAR, Dilek HACİVELİOĞLU, Süleyman ERDOĞDU, Numan GÜNDÜZ

DERLEME

- 4. Klonlama Uygulama Alanları ve Biyoetik** 28
Cloning Application Areas and Bioethics
Fatıma ELMUSA

KİTAP İNCELEMESİ

- 5. Marcus Aurelius'un "Düşünceler" Adlı Eserinin Etik Açıdan İncelenmesi** 39
An Ethical Analysis of Marcus Aurelius's "Thoughts"
Nuray YAŞAR SOYDAN

Editörden

Değerli Okurlar Merhaba,

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin on birinci cildinin birinci ve 2024 yılının ilk sayısında, ilginize sunulan iki araştırma makalesi, bir derleme ve bir kitap incelemesi yer almaktadır.

“Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Şizofreniye Yaklaşımı ve Stigmatizasyonun Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma” başlıklı, **Sevilay Tunç Nakış, Şerife Ceren Önder Kutlu, İdil Ak, Hafsa Tuana Vural, Meslina Atmacı, Fatma Bazıghıfan, Achraf Hajah, Seyhan Hıdıroğlu, Melda Karavuş** tarafından derinlemesine görüşme tekniğiyle hazırlanan niteliksel araştırma makalesi, tıp etiğinin tartışma repertuarında olan ve şizofreni hastaları bağlamında medikal-kültürel-sosyal boyutlarıyla özelliikli bir durum olan stigmatizasyonun, teorik veya klinik eğitim sürecinden geçen hekimlik mesleği adayları üzerindeki yansımalarını farklı çerçevelerden irdelemektedir.

Aydan Dündar, Dilek Hacıvelioğlu, Süleyman Erdoğan, Numan Gündüz imzalı, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmayı içeren “Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına İlişkin Tutumlar: İstanbul’da Bir Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı makale, günümüzde teknolojik olanakların tıpta kullanımı üzerinden kimi açmazlarla sıklıkla gündeme gelen ve kişiler-kurumlar özelinde etik-hukuk boyutuyla hassas konulardan biri olan kişisel sağlık verilerin kaydedilmesine ve korunmasına odaklanmakta; farklı nitelikteki sağlık profesyonellerinin bununla ilişkili tutumlarını serimleyen bir örnekle konu tartışmaya açılmaktadır.

“Klonlama Uygulamaları ve Biyoetik” adlı **Fatma Elmusa** tarafından hazırlanan derleme niteliğindeki makale, yirminci yüzyılın son demlerinde ses getiren ve hala aktüalitesini koruyan önemli bir tartışma başlığını gündeme taşımakta; bir yandan klonlamayla bağlantılı genel bir çerçeve sunmakta diğer yandan biyoetik perspektifinde konuya ilişkin farklı argümanları dillendirmektedir.

Nuray Yaşar Soydan imzalı, “Marcus Aurelius’un Düşünceler Adlı Eserinin Etik Açısından İncelenmesi” başlıklı Türkçe’ye çevrilmiş kitap incelemesi, karakter ve erdem üzerinden insanın kendini inşa etmesini ve bu inşa sürecinde felsefenin kılavuzluğunu merkeze koyan bir bakışla ve kitabın genel değerlendirmesini içeren bir harmoniyle sunulmaktadır.

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin on birinci cildinin ilk sayısında, makaleleri bilimsel-etik arka planı bakımından titizlikle ele alan, irdeleyen, değerlendiren ve bu çerçevede desteğini bizden esirgemeyen **değerli hakemlerimize** içtenlikle müteşekkirimiz.

Verimli ve keyifli okumalar dilerim...

Saygılarımla

Gülay Halidi

Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Şizofreniye Yaklaşımı ve Stigmatizasyonun Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma

Faculty of Medicine 6. Classification Approach to Schizophrenia and Evaluation of Stigmatization: A Qualitative Study

Sevilay TUNÇ NAKIŞ^a, Şerife Ceren ÖNDER KUTLU^b, İdil AK^c, Hafsa Tuana VURAL^d, Meslina ATMACI^e, Fatma BAZIGHIFAN^f, Achraf HAJAH^g, Seyhan HİDİROĞLU^h, Melda KARAVUŞIⁱ

Özet

Şizofreni, balüsinasyonlar veya sanrılarla, bilişsel, duygusal ve diğer fonksiyonel bozukluklarla değişen davranışlarla seyreden kronik bir klinik sendromdur. Genç yaşta başlayıp uzun süre devam etmesi hastalar ve aileler üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Toplumun kabullenmesindeki zorluk (damgalanma) hastalığın sosyal yönünü kötüleştirir. Çalışmanın amacı, kamuya ait bir tıp fakültesindeki intörn doktorların (6. sınıf öğrencileri) şizofreni hastalığına yönelik tutum ve deneyimlerini araştırmaktır.

Araştırmanın evreni İstanbul'da kamuya ait bir tıp fakültesindeki 6. sınıf öğrencileridir. Toplamda 10 kişi ile görüşülmüştür. Katılımcıların yarısı 6. sınıf psikiyatri stajını tamamlayan, diğer yarısı henüz tamamlamayanlar arasından seçilmiştir. Görüşme yapılan kişiler gönüllülük esasına göre seçilmiş, yazılı onaylar alınmıştır. Görüşmeler Zoom uygulaması üzerinden yapılmıştır. Literatür taraması sonucunda oluşturulan, açık uçlu sorular içeren yarı yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Toplantılar 25-30 dakika sürmüştür. Görüşmeler katılımcıların izniyle kayıt altına alınmıştır. Çalışmanın etik onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

Araştırmada; şizofreni konusunda bilgi, stigmatizasyon ile ilgili bireysel düşünceler, stigmatizasyon davranışı, katılımcıların görüş ve önerileri olmak üzere 4 ana başlık belirlenmiştir. Araştırma sonucunda katılımcıların çoğunun şizofreni belirtilerini tanımlayabildiği fakat tanı kriterleri konusunda eksik olduğu saptanmıştır. Katılımcılar şizofreni hastalarının sosyal ve özel hayatlarında stigmatizasyona uğradıkları konusunda hemfikirlerdir. Stigmatizasyonun hastalığın seyrini ve tedavi sürecini negatif yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Stigmatizasyon farkındalığına rağmen çoğu görüşmeci şizofreni hastalarıyla ilişki kurmaktan, birlikte çalışmaktan çekindiğini beyan etmiştir. Katılımcıların çoğu şizofreni hastalarının ancak kontrol altında tutulduğunda toplum içinde olmalarını uygun bulmuştur.

Şizofreni hastalarının toplum tarafından stigmatize edildiği, bu konuda toplumun en çok bilgi sahibi kesimi doktorların da bu stigmatizasyonu devam ettirdiği görülmüştür. Stigmatizasyonun önüne geçmek için yapılan eğitim ve bilinçlendirme önerilerinin etkililiği şüphe uyandırmaktadır. Araştırmaya göre stigmatize edilen konuların, stigmatizasyonun ne olduğu ve etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olunmasına rağmen önüne geçilememiştir. Kendi hayatlarında stigmatizasyona uğrayan katılımcıların şizofreni hastalarını stigmatize etmediği veya daha az ettiği görülmüştür. Stigmatizasyonun engellenmesinde eğitimden önce deneyimin daha önemli bir rol oynadığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni; stigmatizasyon; niteliksel; ruhsal hastalık

^a Asistan Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ 97sevilaytunc@gmail.com ORCID: 0009-0005-1650-8997

^b Uzman Doktor, Bartın Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Bartın, Türkiye. ✉ s.cerenndr@gmail.com ORCID: 0000-0003-4472-787X

^c Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ idil.ak@hotmail.com ORCID: 0009-0000-8448-6965

^d Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ htuanavural@hotmail.com ORCID: 0009-0001-7968-7188

^e Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ meslina_1176@hotmail.com ORCID: 0009-0008-5664-1970

^f Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ fatma.sh94@gmail.com ORCID: 0009-0008-0046-7416

^g Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ ashrafhajah1995@gmail.com ORCID: 0009-0008-8256-4374

^h Profesör Doktor Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ seyhanerghn@gmail.com ORCID: 0000-0001-8656-4613

ⁱ Profesör Doktor Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ meldak@marmara.edu.tr ORCID: 0000-0003-2629-2374

Gönderim Tarihi: 15 Şubat 2024. Kabul Tarihi: 13 Mart 2024

Abstract

Schizophrenia is a persistent clinical syndrome marked by hallucinations, delusions, cognitive impairment, emotional disturbances, and altered behavior, posing enduring challenges due to its onset at a young age. The extended duration of the condition has substantial adverse effects on both patients and their families, further exacerbated by social acceptance difficulties leading to stigmatization. This study explores the attitudes and experiences of sixth-year medical students toward schizophrenia in a public medical school.

The study involved sixth-year students in Istanbul's public medical faculty, with 10 participants—half completing the sixth-grade psychiatry internship. Interviews, conducted via Zoom, used a semi-structured questionnaire. Ethical approval was from Marmara University Faculty of Medicine Ethics Committee. Notably, despite schizophrenia knowledge, doctors perpetuated patient stigmatization, questioning educational interventions.

Four main themes emerged: knowledge about schizophrenia, individual thoughts on stigmatization, stigmatization behavior, and participant opinions. While most identified symptoms, diagnostic criteria knowledge was lacking. Participants agreed on social and private stigmatization's negative impact on the disease's progression and treatment. Despite recognizing stigmatization, many hesitated to engage with schizophrenia patients. The prevailing sentiment was that control was necessary for patients to be deemed suitable for society.

It has been observed that patients with schizophrenia are stigmatized by the society and that doctors, who have the most knowledge on this subject, continue this stigmatization. The effectiveness of education and awareness-raising suggestions to prevent stigmatization is questionable. According to the research, stigmatized subjects could not be prevented despite having sufficient knowledge about what stigmatization is and its effects. It was observed that participants who were stigmatized in their own lives did not stigmatize schizophrenia patients or stigmatized them less. It is thought that experience plays a more important role in preventing stigmatization than education.

Keywords: *Schizophrenia; stigma; qualitative; mental illness*

GİRİŞ

Şizofreni, sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlar ile sosyal içe çekilme, duygulanımda yüzeyselleşme, konuşmada azalma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif semptomlarla seyreden ayrıca dikkatte, hafızada, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen psikiyatrik bir hastalıktır. Toplumun yaklaşık %1'ini etkilediği bilinmektedir (1). Şizofreninin risk faktörleri açısından; genetik yatkınlık, bireyin yaşamsal olayları, stres faktörleri, kişiliği, başa çıkma yeteneği, sosyal desteği ile virüsler, toksinler ve şizofreniye zemin hazırlayan diğer çeşitli hastalıklar gibi değişkenler birlikte değerlendirilmektedir. Genç yaşta başlaması, hastalık süresinin uzun olması, bireyde ve yakın çevresinde oluşturduğu olumsuz durumlar, toplumun hastalığı kabullenmede yaşadığı güçlük bir diğer tabirle stigma hastalığın sosyal yönünü daha da güçleştirmektedir (2). Şizofreni; hastaların hayatını her yönüyle etkilediği için tedavide ana amaç yeti kaybını minimuma indirmek, kişilerin yaşam kalitelerini ve topluma uyumlarını mümkün olan en yüksek seviyeye çıkarmaya çalışmaktır. Günümüzde uygun tedavi yöntemleri sayesinde şizofreni hastalarının yaklaşık dörtte birinin çok büyük gelişme gösterip sosyal yaşamlarını rahatça sürdürebildikleri; yine hastaların yarısının da orta ve iyi düzeyde gelişme göstererek görece bağımsız ya da destekle sosyal yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir. Hastalığın tüm nedenleri aydınlatılmadan tam manasıyla şifadan bahsetmek henüz mümkün değildir. Şizofrenide atak dönemlerindeki tedaviyi takiben düzelleme dönemlerinde sürdürüm tedavisi uygulanmaktadır. Bu tedavinin en önemli amaçlarından biri de alevlenmeyi önlemek için sosyal destek sağlamak ve hastanın topluma uyumunu sağlamaktır (3). Sosyal desteğin önünde duran en önemli engellerden birisi de toplumda bu bireylere yönelik stigmatizasyondur (4).

“Stigma” kelimesi yara izi, leke, kişiyi işaretleyen utanç simgesi anlamlarını taşır. Stigmatizasyon ise bireyin toplumun çoğunluğunda rastlanmayan bazı özellikleri (psikiyatrik hastalıklar, engellilik, bazı enfeksiyonlar vb.) nedeniyle ayrımcılığa uğramasına sebep olan olumsuz tutum ve davranışlara verilen addır (5). Psikiyatrik hastalıklar ve bilhassa da şizofreni ile ilgili stigmatizasyon toplumda sıkça karşımıza çıkmaktadır (4). Günlük konuşma dilimizde dahi yerleşmiş olan “deli gibi”, “deli doktoru”, “ruh hastası”, “Bakırköy’e yatırmak” gibi pek çok olumsuz ifade bu hastalık grubuna karşı stigmatizasyonun ne kadar kültürel olarak yerleşmiş, kanıksanmış olduğunun kanıtı niteliğindedir. Prof. Dr. Alp ÜÇÖK 2003 yılındaki makalesinde ruhsal hastalıklara dair bu stigmatizasyonu nedenleri ve çözüm yollarıyla ele almış ve ne yazık ki hekimlerin de psikiyatri hastalarına yönelik önyargılardan muaf olmadığını dile getirmiş, birkaç haftalık psikiyatri stajının bu köklü önyargıları kırmak için çoğu zaman yeterli olmadığından bahsetmiştir. Damgalamanın kökeninde şizofreniye dair yüzyıllardır süregelen şizofreninin tedavi edilemez olduğu, ailelerinin yetiştirme tarzından dolayı bu bireylerin hasta oldukları, bu hastaların saldırgan olduğu, doğru ve yanlış ayırt edemeyecekleri gibi birçok mit vardır. Bu durum da bireylerin tedaviye ulaşmasını, iş bulmasını, sosyal hayatlarını ve hatta hukuki haklarına erişmelerini engellemektedir (6). Dünyanın çeşitli yerlerinde yapılmış önceki çalışmalar şizofreniye dair toplumdaki genel bilgilerin yetersiz olduğunu, kendi yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin dahi şizofreni hastalarını damgalamaya maruz bıraktığını göstermiştir (7). Literatürde şizofreni hastaları ile ilgili bilgi ve tutumları inceleyen niceliksel araştırmalardan çıkan sonuçlar bu konudaki bilgi eksikliği ve stigmatizasyonun kökenine yönelik niteliksel çalışmalara duyulan ihtiyacı göstermiştir.

Bu araştırmanın amacı bir kamu üniversitesi tıp fakültesinin altıncı sınıfında öğrenim görmekte olan bir grup öğrencinin şizofreniyle ilgili bilgi ve deneyimlerinin yanı sıra şizofreni hastalarına yönelik olası stigmatize edici düşünce, tutum ve davranışlarını niteliksel olarak değerlendirmektir

GEREÇ ve YÖNTEM

Niteliksel tipte derinlemesine görüşme yöntemiyle gerçekleştirilen çalışmamız İstanbul’da kamuya ait bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan altıncı sınıf öğrencisi 10 kişiyle yapılmıştır. Katılımcıların yarısı altıncı sınıf psikiyatri stajını tamamlayan öğrencilerden, diğer yarısı ise psikiyatri stajını henüz tamamlamayan öğrencilerden seçilmiştir. Çalışmaya dahil etme kriterleri: bahsi geçen üniversitede altıncı sınıf öğrencisi olmak, Türkçe konuşuyor olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Bu kriterleri sağlamayanlar çalışmaya alınmamıştır. Görüşmeler 2020 yılının Aralık ayında bir görüntülü görüşme uygulaması üzerinden çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeciler de yine aynı fakültenin altıncı sınıf öğrencileri arasından seçilmiş olup, öncesinde kendilerine niteliksel görüşmenin esaslarıyla ilgili eğitim verilmiştir. Üç araştırmacı üçer kişiyle ve bir araştırmacı da bir kişiyle olmak üzere toplamda on katılımcıyla yüz yüze derinlemesine görüşme yapılmıştır. Katılımcılar seçilirken maksimum çeşitleme örnekleme yöntemine uygun olacak şekilde seçim yapılmaya dikkat edilmiştir. Görüşmeler öncesinde katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Ayrıca görüşmeler esnasında da katılımcıların rızasıyla sesli ve görüntülü kayıt alınmıştır. Katılımcılara gizlilik konusunda güvence verilmiştir. Veri toplama aracı olarak; çalışmanın amaçları doğrultusunda ve mevcut literatür ışığında yapılandırılmış soru rehberi kullanılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri olarak; kendilerine nasıl hitap edilmesini istedikleri, yaşları, cinsiyetleri, şizofreni tanısı alan bir yakını olup olmadığı ve psikiyatri stajını alıp almadıkları sorulmuştur. Görüşmelerin başlangıcında katılımcıların sorulara daha rahat cevap verebilmesi açısından katılımcılarla kısa sohbetler gerçekleştirilmiştir. Daha sonra yöneltilen sorular genelden özele doğru sıralanmıştır. Öncelikle bilgi düzeylerine dair fikir edinmek amacıyla psikiyatrik hastalıklar ve şizofreniye dair genel kavramsal sorular yöneltilmiş, ilerleyen sorularda deneyimleri, toplumda gözlemledikleri damgalamalar ve olası durumlarda davranışları sorgulanmıştır. Son olarak da damgalamayla başa çıkmak için önerileri alınmıştır. Görüşmeciler zaman zaman daha fazla veriye ulaşmak adına görüşmenin gidişatına uygun şekilde ek sorular sormuşlardır. En kısa görüşme 20 dakika; en uzun görüşme 35 dakika sürmüştür.

Kayıtlar daha sonra kişilerin beden dilleri de dikkate alınarak aynı gün transkripte edilmiştir. Transkript oluşturulduktan sonra ses ve görüntü kayıtları silinmiştir. Analiz safhasında damgalama davranışının kökenine yönelik veriye ulaşılma istendiği için tematik analiz metodu benimsenmiştir. Görüşmelerin yazılı halleri tüm araştırmacılar tarafından okunarak kodlanmış ve ortak bir kod listesi oluşturulduktan sonra tema ve alt temalar belirlenmiştir. Çalışmanın etik kurul izni 09.2020.1313 protokol kodu ile ilgili üniversitenin etik komitesinden alınmıştır. Sonrasında öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülteden kurum izni alınmıştır. “Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Şizofreniye Yaklaşımı ve Stigmatizasyonun Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma” başlıklı çalışmaya katılan aşağıda imzası olan araştırmacılar olarak Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonunu ve Sağlık Bakanlığı’nın yeni yayınlamış olduğu İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu / İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu’nu okuduğumuzu, çalışmanın Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, İKU/İLU kriterlerine uygun olarak yürütüleceğimizi, çalışmadan doğabilecek her türlü hukuki ve mali sorumluluğu üstlendiğimizi ve çalışmayla ilgili olarak çalışmaya katılan tüm birim ve elemanların bilgilendirildiğini beyan ve taahhüt ederiz.

BULGULAR

Katılımcıların yaşları 23 ile 24 arasında değişmektedir. Cinsiyet ve psikiyatri stajı alma durumuna göre maksimum çeşitlilik örnekleme yapılmıştır. Katılımcılardan 1 kişi şizofreni tanısı alan bir tanıdığı olduğunu ama çok yakın olmadıklarını belirtmiştir. Diğer 9 katılımcının çevresinde şizofreni tanısı almış bir birey bulunmamaktadır (Tablo1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Bireysel Özellikleri

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Psikiyatri Stajı Alma Durumu	Şizofreni Yakını Olma Durumu
1	Erkek	23	Almadı	Uzaktan yakını var
2	Kadın	24	Almadı	Yok
3	Erkek	23	Aldı	Yok
4	Erkek	23	Almadı	Yok
5	Kadın	24	Almadı	Yok
6	Erkek	23	Aldı	Yok
7	Erkek	23	Aldı	Yok
8	Kadın	23	Aldı	Yok
9	Kadın	24	Almadı	Yok
10	Kadın	23	Aldı	Yok

Çalışmamızda;

- Şizofreni konusunda bilgi,
- Stigmatizasyon ile ilgili bireysel düşünceler,
- Stigmatizasyon davranışı,
- Katılımcıların görüş ve önerileri,

olmak üzere 4 ana tema ve bunların altında 18 alt tema saptanmıştır.

A. Şizofreni Konusunda Bilgi

Katılımcıların bir kısmı ruhsal hastalık kavramını "organik bir patoloji olmadan oluşan hastalıklar" olarak tanımlamıştır. Ruhsal hastalık denince ilk akıllarına gelen ise duygu durum değişikliğiyle giden hastalıklar olmuştur. Bazı katılımcılar organik bir patoloji olmamasının tedaviyi güçleştirdiğini dile getirmiştir.

"Hıı şey anlıyorum... Kişide herhangi bir organik patoloji olmaksızın hissettiği duygu durum değişiklikleri." (Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

"Bence fiziksel hastalıktan farklı. Çünkü organik bir durum olmadığından çoğu zaman çözülmesi de daha zor. Daha derin, ruha işlemiş bir durum olduğunda özellikle, daha zor." (Katılımcı 7, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

Katılımcılara şizofreni hastalığının belirtileri sorulduğunda verilen ortak yanıt pozitif semptomlar; bunlardan da en sık halüsinasyonlar ve delüzyonlar oldu. Bununla birlikte negatif semptomların da tabloya eklendiği çoğu katılımcı tarafından dile getirildi.

"Mesela halüsinasyon görüyorlar. Sonra kendi kendine konuşmaları oluyor. Ya da delüzyonların oluyor. Başka da şu an aklıma gelmedi." (Katılımcı 3, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

"Halüsinasyonlar, delüzyonlar, katatonik hal, konuşamama, kendini ifade edememe, düşüncelerin akışkanlığını yitirmesi, gerçek hayattan biraz soyutlanma gibi... Kendilerinin sanal ortamlarıyla gerçek ortamlarının ayırt edemiyorlar." (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

Görüşülen katılımcılara şizofreni hastalığının tanı kriterlerini sorduğumuzda tamamı kriterleri tam olarak bilmediğini söylemiştir. Bazı katılımcılar ise pozitif semptom varlığının ve semptomların süresinin kriter olabileceğini söyledi. Katılımcıların şizofreninin tanısı konusunda bilgi eksikliği olduğu dikkat çekmiştir.

"Valla bilmiyorum. Zaten bir hastalıktan şüphelenirsem direkt psikiyatriye yönlendiririm." (Katılımcı 4, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

"Şizofreni için sanki bir çizelge vardı, bir şeyi hatırlayamıyorum ama hangi kılavuza göre olduğunu şu an net bir şekilde hatırlamıyorum ama sanırım psikiyatri doktorunun yaklaşımı ve onun anladığı kadarıyla tanı konuyor diye hatırlıyorum, yanlış olmasın ama. Hastanın semptomlarıyla önceden şizofreni tanısına uyan kısımlarına göre çoğunlukta diye hatırlıyorum, hastada var olan şeylere göre şizofreni deyip ona göre tedavi ettiğimizi hatırlıyorum, o şekilde." (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

Şizofreni hastalığının olası sebeplerini sorduğumuzda katılımcıların birçoğu genetik faktörlerin önemli ölçüde rol oynadığını belirtti. Genetik faktörü takiben çevresel faktörler; bunlardan ise en sık "travma"nın sebep olabileceği söylendi. Katılımcılar şizofreninin multifaktöriyel etiyojisi konusunda hemfikir. Bir katılımcı ilave olarak da toksinlerden bahsetmiştir.

"Genetik faktörün %40 oranında galiba, yani yine yüksek bir oranda etkili olduğunu biliyorum. Onun dışında çevresel faktörler var. Onun dışında hatırladığım kadarıyla, tam emin değilim ama beyindeki bazı yollarda meydana gelen değişikliklerle olma olasılığı var. Çocuklukta yaşadığı olaylar, yaşanmış travmalar, anne ve babadan ayrılma, annenin baba önünde bıçaklanması, o tür kötü şeyler... Dışlanma gibi çevresel faktörlerin de bu hastalığa sebep olma şansı var diye biliyorum." (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

"Genetik bir geçmişi olduğunu hatırlıyorum hatta baba yaşı etkiliydi bana çok ilginç gelmişti. Onun dışında düşünüyem... Hmm... Ya belki geçmişte yaşadığı travmalar olabilir. Ama tam olarak kitabı bilgisini bilmiyorum tabi. Aklıma gelenler bunlar." (Katılımcı 8, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

“...ya da aile geçişi vardı sanki, kalıtsal geçişi olan... Yani bunlar tabii yüzde yüz kanıtlanmış şeyler değil. ‘Annesi şizofren aa kendi de şizofren’ demiyoruz hiçbir zaman insanlara ama psikiyatrik hastalıklarda da hatırladığım kadarıyla kalıtsal geçiş yüzde yüz olmasa da var. Hem genetik geçiş olduğunu hatırlıyorum hem de bir olay yaşadktan sonra tetiklenen hastalar olduğunu hatırlıyorum, o şekilde...” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

Katılımcıların neredeyse tamamı tedavi yöntemi olarak “antipsikotiklerin” ilk sırada geldiğini bilmesine rağmen birçoğu tedavilerin etkili olduğuna inanmamaktadır ve kesin tedavinin mümkün olmadığını düşünmektedir. Bir katılımcı da psikoterapinin şizofreni hastalarında etkin olmadığını ve ilaç dışında etkin bir tedavisi olmadığını düşündüğünü dile getirmiştir.

“Şizofreninin daha çok çevresel koşullardan kaynaklandığını düşünüyorum. Medikal tedavi ile bu çevresel koşulların düzelebileceğini düşünmüyorum. Hani tamam bazı ilaçlar uyku bozukluğu gibi hastalıkların tedavisinde işe yarayabilir belki ama şizofreni ya da depresyon gibi hastalıkların medikal tedavi ile düzelebileceğini sanmıyorum.” (Katılımcı 4, erkek, 23 yaş, psk stajı almamış)

“Aslında yüzde yüz bir düzeltme yapmıyor ama hani hastayı sedatize ettiği için semptomları azaltıyor diyebilirim. Çok da etkili değil aslında.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

Katılımcılar yaygın olarak şizofreni hastalığının seyrinde ve prognozunda sosyal desteğin önemini vurgulamıştır. İç görünün varlığının prognoza olan etkisi konusunda ise bir fikir ayrılığı olduğu görülmektedir. Katılımcılardan bazıları kişide iç görünün olmasının hastalığı kötü etkileyeceğinin kanaatindedir. Bazı katılımcılar ise, yanlış bir bilgi olmasına rağmen, şizofreni hastalarında iç görünün hiç olmadığını düşünmektedir.

“...kendinin farkında olabilir, bir içgörü geliştirebilir diye düşünüyorum ilaçların da yardımıyla. Bir kişinin halüsünasyonları da değişebilir. Bir gün gerçekten inanan biri ertesi gün onun saçma olduğuna inanabilir. Belki bundan dolayı bir farkındalıkla aa ben iyi düşünemiyor muyum gibi düşünüp farkındalık oluşabilir. Çevresel desteği olmayan kişilerde prognozun çok daha kötü olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 1, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

“Semptomları baskılanmış bir birey olsa bile eğer bu semptomların farkında haberdar ise, bunun anksiyetesi bile yeterli bir insanın hayatını daraltmak için.” (Katılımcı 7, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Hasta kendisi de şizofreni olduğunu inkar eder zaten. Zaten öyle hatırlıyorum. Kendisi hasta olduğunun farkında değildi, o bilinci yoktu. Duyduğu sesleri gerçek zannediyor, gördüğü şeyleri gerçek zannediyor ve tedavi olma ihtiyacı duymuyor.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

B. Stigmatizasyon İle İlgili Bireysel Düşünceler

B.1 Stigma Tanımlaması

Katılımcılarımız damgalamayı tanımlarken büyük çoğunlukla bunun bir “ayrıştırma” olduğunu vurgulamışlardır. Yine pek çok katılımcı bunun bir kişiye “etiket” yapıştırma olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların neredeyse tamamı damgalamanın kavramsal karşılığını, damgalamanın yanlış bir davranış biçimi olduğunu bilmektedir ve damgalamanın yarattığı yıkımın bilincindedir.

“Bence damgalama, bir insanı tanımadan önyargılarla, önceden olan bilgi birikimiyle o hastaya bir etiket yapıştırıyorsunuz, o hasta ne yaparsa yapsın onu değiştiremiyor. İsterse o size çok iyi davransın ve daha önce duyduğunuz, şizofrenler hakkında duyduğunuz hiçbir şeye sahip olmasın ama yine de o onu aşmıyor. Sanki bir kutunun içine yerleştiriyorsun onu ve o oradan çıkamıyor yani. Damgalıyorsun, onu kısıtlıyorsun, ona şans vermiyorsun. Onu tanımadan ona o zaten böyle biridir diyorsun. Tanımadan önyargılarla bir insana bir yakıştırma yapma diyebilirim.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

B.2 Stigma Sebepleri

Katılımcılara damgalamanın sebepleri sorulduğunda en çok “eğitimsizlik”, “bilinmezlik”, “toplumdan farklı olma” ve “kişiye karşı duyulan korku, endişe, huzursuzluk” cevaplarını vermişlerdir. Katılımcılar toplumun şizofreni hastalığı konusunda bilgisinin olmamasının korkuyu, endişeyi ve stigmatizasyonu beraberinde getirdiğini eklemiştir. Yine katılımcıların yarıya yakını bu önyargıların kültürel olarak toplumda ve nesiller arasında aktarıldığını da vurgulamıştır. İki katılımcı, damgalamanın insanın doğasında olduğunu dile getirmiştir. Bir katılımcı da organik patolojilerle kıyaslama yaparak, çözümsüzlük hissini damgalamayı tetikleyebileceğini dile getirmiştir.

“Şizofreni kavramı bence insanlar açısından tam belirli değil. Mesela toplum içinde insanlar birbirlerine bir hakaret unsuru olarak şizofreni sıfatını kullanabiliyor. Yani hani “Sen şizofren misin oğlum?” falan tarzı diye hakaret edebiliyorlar birbirlerine. Ama onun aslında bir hastalık olduğunu, şey gibi... Obezite gibi bir nevi... Bilmedikleri için ya da bilip de takmadıkları için hastalar çok fazla stigmaya uğruyor hastalar...” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“İnsanlar genel olarak kendisinden farklı olanı zaten ayırmaya yönelik bir davranış biçiminde. Ki şizofreni gibi böyle insana daha sıra dışı gelen, daha mental sağlıktan ilerleyen bir hastalıkta insanlar daha nasıl desem eğilimli oluyor stigmalaştırmaya...” (Katılımcı 7, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Stigmatizasyonun bu kadar fazla olmasının nedeni bence toplum aslında. Çünkü önceden duyulan, bilinen bilgilere göre, hani ‘şizofren annesini kesmiş.’, ‘Hani şizofrenmiş, böyle sesler duyuyormuş kendini kesmiş.’ Böyle şeyler olunca insanlar bir korku içinde oluyor sürekli.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

B.3 Şizofreni Hastasının Topluma Katılımı

Görüşmeye katılan 6. Sınıf öğrencilerinin şizofreni hastalarının toplum içinde bulunmasına karşı davranışları birbirinden farklıdır. Katılımcıların bir kısmı şizofreni hastalarının toplum içinde bulunmasından korku, huzursuzluk ve endişe duyacağını vurgulamış, bir kısmı da hastalığın kontrol altında tutulduğu sürece toplumda bulunmalarından rahatsız olmayacağını dile getirmiştir. Bir katılımcı da şizofreni hastalarının tecrit edilmesi gerektiğini beyan etmiştir.

“Tabi ki bu konuda çok bir bilgim yok o yüzden kendi düşüncemi söyleyeceğim. Bence bu konuda hiçbir sıkıntı yok. Hasta bunun farkında olduktan, tedavisini düzenli kullandıktan, çevresini bilinçlendirdikten sonra...” (Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Yani tabi kesinlikle ben rahatsız olurum. Kesinlikle rahatsız olurum. Tıp okumamın getirdiği herkese yardım etme duygusu, insanı duygularım sebebiyle yardım etmeliyim ikilemini yaşarım. Ancak şöyle, çevredeki insanlara zarar verebileceğinden korkarım. O yüzden, pek böyle çevreye karışmalarını istemem açıkçası. Keşke çevreye karıştıklarında sorun çözülsün, bu şekilde dışarıya karşı adapte olabilseler. Ama ben adapte olabileceklerini düşünmüyorum. O yüzden bi eve kapatmak, akıl hastanesine kapatmak yani orda daha onlarla iyi ilgilenebileceklerini düşünüyorum. Benden hiç psikiyatrist olmaz.” (Katılımcı 4, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

“Ya aslında gördüğümüz insanlardan şizofreni olanlar olabilir çevremizde ama sadece tedavi alıyorlardır mesela. Dışardan normal herkes gibi hareket edip, ilaçlarını düzenli kullanan, tedavi alan ve uyumlu davranan birinin şizofreni olduğunu anlayamayabiliriz. Ya da semptomları çok ağır seyretmeyen ve belli etmeyen insanların şizofreni olduğunu fark etmeyebiliriz. Aramızda varlardır, varlarsa da sıkıntı yok benim için.” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

B.4 Stigmanın Şizofreni Seyrine Etkisi

Katılımcıların tamamı damgalamanın hastalığın seyrini kötü etkilediğini dile getirdi. Yaşadıkları klinik deneyimlerden yola çıkarak çoğunluk hastaların tanı almalarının ardından çevresinden aldığı desteğin büyük ölçüde azaldığını ya da tamamen kesildiğini belirtti. Katılımcılardan bazıları damgalamanın depresyon gibi diğer psikiyatrik hastalıkları tetikleyeceğini savundu. Yakın çevrenin de damgalamaya uğradığı konusunda katılımcılar hemfikir. Yakınlarının da hastayı damgalayacağını söyleyenlerin yanı sıra, yakınların daha korumacı, daha üstüne düşen bir tutum içerisinde bulunacağını söyleyen katılımcılar da oldu.

“Örnek verdiğim gibi, hasta muayene edilirken yanında güvenlik olması, doktorun tek başına muayene etmek istememesi, yanındaki refakatçiye sorması ya da muayene sırasında psikiyatristin mutlaka çağırılması bunlar çok olan şeyler. Bu hastaların, “niye ana kişi ben değilim?”, “ben neden insanlar tarafından korkulan biriyim?”, “bana neden güvenmiyorlar” gibi kendine yönelttiği sorular kendilerinde anksiyete oluşmasına sebep olabilir... İnsanların ona karşı yaptığı damgalama, iş yerleri tarafından işe alınmama, arkadaş grubunda istenmeme, ciddiye alınmaması bu durumların hepsi hastayı içine kapatır, tedavi ve yardım almasını geciktirir.” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Ya bazı hasta yakınları kendi damgalıyor hastayı zaten. Biz bunu daha fazla çekemeyiz, deli bu, bu gelsin hastanede yatsın... İlgili hasta yakınları, destek, hastalığın seyrini daha iyi yönde etkiliyor. Yani dediğim gibi hasta yakınları, şizofreni olan hastadan utanabilir, korkabilir, çekinebilir. Komşular ne der, akrabalara ne dices, laf çıkarsa ne yaparız, gibi sorgular içinde boğulabilir insanlar. Ya da aynı okulda okuyan abisi şizofreni olan bir çocuğun okulda bunun ona zulmetmek amacıyla kullanılması çocuğun okul başarısını, okuldaki mutluluğunu düşürebilir. İnsanlarda genel olarak bir utanma hali, hastalığı saklama durumu olacaktır. Ama bu durumda da bazı insanlar hasta yakınına iyice benimseyip ona daha da fazla sahip çıkabilir. Çok farklı insanlar olduğu için çok kestiremiyorum hani. Ama çoğunlukla bir utanma tarzı olacağını düşünüyorum, çünkü insanlar çok bilinçli değiller.” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“İnsanlar sadece şizofreni için değil depresyon için bile psikiyatriye gitmeyi kabul etmiyorlar...Hele ki şizofreni gibi toplumda daha çok damgalamaya uğratan bir hastalıksa insanlar tedaviyi almayı reddedebilirler hatta tanıyı almaktan korktukları için aileler de götürmeyebilir kendileri de gitmek istemeyebilir...” (Katılımcı 8, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

“...Kimse ona yardım etmek istemiyor çünkü kimse onun yüzde yüz iyileşeceğini düşünmüyor zaten. Ve hastalığın seyrini daha kötü etkiler, yanında destek görebildiği kimse yoksa hasta daha kötü olacaktır muhtemelen. Hani içindeki ses yükselecektir, anlatabiliyor muyum, yalnız kaldığı için.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

C. Stigmatizasyon Davranışı

C.1 Şizofreni Hastalarının Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Stigma

Şizofreni hastalarının sağlık hizmetini eşit kalitede alıp almadığına dair katılımcıların çoğu eşit yararlandıklarını düşünürken, bazı katılımcılar şizofreni hastalarının sağlık çalışanları tarafından bile stigmatize edildiğini söyledi. Özellikle psikiyatri alanı dışında şizofreni hastasıyla ilgilenen bazı doktorların bilinçsiz olabileceği bazı katılımcılar tarafından vurgulandı. Katılımcıların bir vurgusu ise, toplumda şizofreni hastalarının sağlık hizmetine başvurma konusunda sıkıntılar yaşamasıydı. Bir katılımcı ise şizofreni hastalarına “pozitif ayrımcılık” yapılması gerektiğini ve diğer hastalardan daha fazla ilgilenilmesi gerektiğini savundu.

“Bence diğer bireylere göre farklılık yaşamıyorlar ama yaşamaları gerekir. Nasıl 5 yaşında bir çocuk doktora tek başına gidemez, yardıma ihtiyacı olduğunu bilemezse; şizofreni hastalarının da bazı dönemleri öyle geçiyor. Mesela, aşırı ipi kopardıklarında aile hekimlerine haber verilmesi gerekiyor...” (Katılımcı 5,

kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Üzücü olan kısmı bence bu zaten. Bir dönem ben de psikiyatri düşünen biriydim ama ne zaman bu iş sadece kitaplardan ilginç şeyler okumaktan uzaklaşıp o hastayla yüz yüze gelmek olsa o korkunun içimde belirdiğini ve bunu çok da yenebilecek güçte olmadığımı farkettim. Bunu asıl doktorların yenen kişiler olması gerekirken onların bile yapmadığını düşünüyorum. Bir hastadan psikiyatri kons istemiştik ama 20 dakika asistan odasında bunun dalgası dönmüştü.” (Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Her açıdan, acil durumlar olsun, şizofren birinin başka hastalıkları da olabilir. Ve bu konuda tabi ki normal bir birey gibi, normal bir birey ne kadar yararlanıyorsa o kadar yararlandıklarını düşünüyorum. Ama şizofren olan birinin iç görüşü olmadığı için bu konudaki sağlık hizmetine ulaşımının gerçekten sıkıntılı olduğunu düşünüyorum. Çünkü yakın çevresi de bunun bilincinde değilse bu kişi gidip ben şizofrenim benim halüsinasyonlarım ve delüzyonlarım var demeyecektir. Bu yüzden psikiyatrik olarak tabi ki de hayır ama diğer sağlık sorunları olarak aynı şekilde diyeceğim.” (Katılımcı 1, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

“Yoo... (emin bir şekilde) Onda bir sıkıntı yok bence yararlanabilirler. Ben kendimden düşünüyorum gelirler yani bir sıkıntı olacağını düşünmüyorum. Sonuçta sağlık hizmeti veriyorsun.” (Katılımcı 3, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

C.2 Sosyal Yaşamda ve Meslek Hayatında Stigmatizasyon

Katılımcılar şizofreni hastalarının sosyal hayatlarındaki stigmatın en çok meslek hayatlarında ortaya çıktığını ve bunun iş bulamama ya da işten çıkarılma gibi sonuçları olabileceğini ifade etmiştir. Katılımcıların bir kısmı ise bu hastaların tehlikeli olduklarının düşünülmesi sebebiyle sosyal hayatta dışlandıklarını dile getirmiştir. Bir kısmı bu düşüncenin kendilerinde de var olduğunu, sosyal ya da meslek hayatında ilişki kurmayı tercih etmeyeceğini belirtmiştir. Yine de katılımcılar çoğunlukla şizofren bireylerin de sosyal hayatta var olması gerektiğini, bunun tedavinin bir parçası olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte hemen hemen tüm katılımcıların ortak bir şartı vardı; “kontrol altında olmaları”. Katılımcılara şizofreni hastası bireylerle çalışma ve iş arkadaşlığı konusundaki görüşleri sorulduğunda katılımcıların yarısından fazlası kontrol altında olduğu sürece çalışabileceklerini belirtti. Bununla birlikte katılımcıların neredeyse tamamı şizofreni hastası bireylerin yaptığı işe güvenmeyeceklerini de belirtti. Bazı katılımcılar bu durumun iş yükünü ve streslerini arttıracaklarını dile getirdi. Bunu da hastalara karşı hissettikleri sorumluluk duygusu ile ilişkilendirdiler. Bir katılımcımız da şizofreni hastası bir bireyle çalışmanın verimsiz olacağını düşündüğünü belirtti.

“Bence bulunmalılar. (toplum içinde) Çünkü şey çok kötü bence hani o şizofren o gelmesin, o dışlansın, o doktor olmasın diye dışlanması çok kötü. Ama bu yüzde yüz ne kadar uygulanabilir bir şey bilmiyorum. Mesela benim bile dürüst olmam gerekirse ön yargılarım her zaman olacaktır, ne kadar ‘yok’ desem de. Bana bakan doktorun şizofren olduğunu bilmem beni rahatsız eder mi kesin bir cevap veremiyorum. Ya da benle ilgilenen bir avukatın şizofren olup olmaması beni rahatsız eder mi yani şey diyemiyorum; ‘Yüzde yüz etmez’ diyemiyorum hiçbir zaman...” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Ya bence tabi ki bulunmalılar ama kontrol altında tutulan şekilde. Şöyle ki, şizofreninin kendilerine veya başkalarına bir zararı olmadığını düşünüyorsa psikiyatrist, tabi ki toplum içinde var olmalı. Normal bir hastalık gibi var olmalı.” (Katılımcı 5, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Bence bunu (tanılarını) söylemeleri onlar için bir dezavantaja dönüşüyordur kesinlikle. Belki söylemek istemezler, sonuçta ataklarla giden bir şey bildiğim kadarıyla sürekli o modda olmuyorlar. O relapsların olmadığı dönemlerde iş bulmak istemeleri hayatlarını devam ettirmek için bunlara başvurmaları falan eminim büyük bir çabadır kendini kabul ettirme, korkulacak bir yanı olmadığını gösterme vs. yani kesinlikle bir noktada kendilerini kontrol edebiliyorlarsa kesinlikle işe alınmalılar ama bir yandan işveren için kolay bir şey olmadığını da düşünüyorum. Ben işveren olsam o kişiyi seçer miyim bilmiyorum çünkü o kişi ne kadar süreklilik sağlar ondan emin değilim.” (Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Eeeee... Yani semptomları kontrol altında, tedavi alan biri ise benim açımdan bir sorun yok. Yani çünkü, içimizde biri şizofreni olabilir, bilemeyiz...Çalışma hayatına uyum sağlamışlardır, yani bu insanlar sıkıntı çekmezler. Diğerleri de tedavi alıp kontrol altında oldukları sürece böyle insanlarla çalışmakta bir sıkıntı yok.” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Çalışırım ama şizofreni olmayan bir bireye göre daha az güvenir ve daha az şey paylaşıyorum. Ona daha az sorumluluk veririm. Sonuçta bizim mesleğimiz doktorluk ve çok hata kabul eden bir meslek değil ve şizofreni hastalığında insight’ı, iç görüşü bozuk. İç görüşü bozuk olduğu için yaptığı her işlemi ya da hareketi kontrol etmek isterim. O nedenle çok çalışmayı tercih edeceğimi sanmıyorum. Benimle alakalı değil ama hastalarım adına her şey doğru gidiyor mu diye huzursuz hissederim açıkçası. Yani şöyle, kontrol etme ihtiyacı duyarım.” (Katılımcı 5, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Ben şahsen istemem ama istemem de gerekiyor aslında. Ama istemem de lazım aslında istemiyor oluşum etik bir hareket değil ama istemem büyük ihtimal. Çünkü o kişinin normal biri gibi iş yapamayacağını düşünüyorum. %100 verimli olmayacağını düşünüyorum yoksa isterim bir sıkıntı yok.” (Katılımcı 3, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Ben galiba istemeyeceğim bunu... Emin değilim şu an. Stabil olduğumu bildiğim, tedavisini alan biriyle, iş hayatında da çalışabildiğine göre gayet düzgün bir ilişki kurabilirim. Yani bunu bilmeye ihtiyaç duymam bir insanın bütün klinik geçmişini bilmeye nasıl ihtiyaç duymuyorsam. Bunu bana olan ilişkisine ve işine yansıtmadığı müddetçe. Bu kişi benim zaten tanıdığım, normal dediğim... normal demek ayıp oldu da ... Diğer insanlardan farklı tutmadığım biriye ve sonradan öğrensem bir şey değişmez yani ama stabilliğini bilmek isterim.” (Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

C.3 Duygusal-Romantik İlişkiler

Görüşmeye katılan 6. Sınıf öğrencilerine, şizofreni hastası bir bireyle romantik ilişki kurma hakkındaki düşünceleri sorulduğunda hemen hepsi “Evlilik ilişkisinden kaçınıyorum.” şeklinde yorumda bulunmuştur. Bununla birlikte evlenmeyeceğini belirten katılımcılardan bazıları tanı zamanının önemine dikkat çekmiştir. Mevcut evlilikte tanı almış kişiyi yalnız bırakmayacaklarını fakat evlilik öncesinde veya ilişki öncesinde tanı almışsa o kişiyle devam etmeyeceklerini belirtmişlerdir. Yakın arkadaşlık konusunda ise yine zamanlama vurgusu yapılmıştır, çoğu yakın arkadaşlarına tanıdan sonra mümkün olduğunca destek olacağını fakat halihazırda şizofreni tanısı almış biriyle yakınlık kurmayacaklarını dile getirmişlerdir.

“Aaaa şey...’Etkilemezdi’ falan desem çok yalan söylemiş olacağım yani eminim. Hani evliliğimizin bilmem kaçınıcı yılında şizofreni tanısı alan bir partnerime onun tedavisi için olabildiğince çok destek olurum tabi ki bu sebeple ondan boşanmam ama şu an böyle bir tanısı olan biriyle böyle bir duygusal yakınlığa giremeyeceğim için evliliğe de gidemem sanırım. Zor soruymuş... “(Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Hmm... Bu da güzel zorlayıcı bir soru. Doğruyu söyleyeyim, evlenmezdim.” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Şizofreni tanılı birine uzak olmam, hal hatır merhaba, naber? gibi. Yakın arkadaşlık, evime çağırma, yemek ısmarlama, sinemaya gitme gibi aktiviteler yapacağım arkadaşlık kurmam herhalde. Sırrımı da paylaşmam herhalde... Doğruyu söyleyeyim şimdi. Ama kötü davranmam.” (Katılımcı 6, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Yakın arkadaşım eğer uzun zamandır yakın arkadaşımса bundan sonra da yakın arkadaşım olmaya devam eder zaten. Çünkü o uzun süredir bana yaklaşımında bir problem bir sorun görmediysem hayatıma aynı şekilde devam ederim. Bir insanın şizofreni tanısı alması bir anda olan bir şey ama 5 gün önce de o insan şizofrendi, belki 1 yıl önce de şizofrendi. Belki şu an hastalığı alevlendi ama ben o insanın içini biliyorum, tanıyorum ve seviyorum yani. Yakın arkadaşımса benim için sıkıntı olmazdı açıkçası. Destek olurum elimden geldiğince.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Hiçbir şey değişmez. Eğer o kişiyle belli bir samimiyetim varsa merak ettiğim için, onu daha çok tanımak istediğim için, bunun da konusu eğer açılırsa onun hastalık deneyimiyle ilgili bilgi edinmek isterim.” (Katılımcı 1, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

C.4 Yakınının Şizofreni Tanısı Alması Durumunda Yaklaşım

Katılımcılara yakınlarından birinde şizofreni semptomlarını fark etmeleri durumunda sergileyecekleri tutum sorulduğunda çoğunluğu bu düşünceyi üzüntü ve endişeyle karşıladı. Katılımcıların hepsi, yakınlarının tıbbi destek almalarına yardımcı olacağını ifade etti. Bazı katılımcılarımız da psikolojik olarak destek vereceğinin ve çevre desteği için çaba harcayacağını üzerinde durmuştur. Birkaç katılımcı ise tanıdan emin olmadan bunu çevreleriyle paylaşmayacaklarını dile getirdi.

“Önce biraz hani... Şaşırırım. Üzülürüm tabi ki, çünkü sonuçta bir hastalık. Olabilir tabi. Sonra onu bir şekilde psikiyatristle buluşturmaya çalışırım. Farkındalık yaratmaya çalışırım. Bunu iyi açıklayarak önyargılarını kırmaya çalışırım ki bir tedavi almak istesin. Psikoterapi de eklerim mutlaka. Özet cevabım bir şekilde onu sağlık sistemiyle buluşturmaya çalışırım ve iyi bir destek almasını sağlarım. Yakınlarımı bilgilendirmeye çalışırım.” (Katılımcı 1, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

“Allah korusun. Yani inşallah olmaz tabi. Doktora götürmeye çalışırım ama doktora götürmeden başkalarıyla paylaşmam bu durumu. Yardım almasını sağlamaya çalışırım.” (Katılımcı 5, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

C.5 Kişinin Kendisinin Şizofreni Tanısı Alması Durumunda Şizofreniye Yaklaşımı

Katılımcılara, kendilerinde şizofreni semptomlarından şüphelenmeleri durumunda sergileyecekleri tutum sorulduğunda katılımcıların ortak fikri ilk önce bir psikiyatristle görüşmek oldu. Ek olarak görüşmeye katılanların çoğu tanı sonrası çok yakın çevresi ile bu durumu paylaşabileceğini belirtirken, tanısını saklamak isteyen katılımcılarımız da oldu. Katılımcılardan birkaçı, başkaları tarafından damgalanmaya uğramaktan çekindikleri için tanılarını saklamak istediklerini belirtti.

“Önce, kimseye söylemem. Ama doktora giderim kesin. Söylememe gerek olmadığı sürece başkasıyla paylaşmam. Doktorla aramda halletmeye çalışırım.” (Katılımcı 5, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Bence, ben onlardan önce, biz hekim olduğumuz için, tabi farkına varabiliyorsam ailemden önce bir psikiyatristle görüşmek isterdim. Ben hasta mıyım, ben mi böyle düşünüyorum diye bir sorardım, ondan sonra ailemle arkadaşlarımla paylaşırım.” (Katılımcı 9, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Yakın olduğum ve güvendiğim insanlarla paylaştım. Yakınlarımı aydınlatırdım. Stigma edilmeyeceğimi düşünüyorsam iş arkadaşlarımla da paylaşmak isterdim ki destek olsunlar, farkında olsunlar. Ama eğer bir kaygım olursa onlarla paylaşmazdım bu da beni kötü etkilerdi. Bu bir hastalık. Hastalığı da zaten güvendiğin insanlarla paylaşmak istersen paylaşsın.” (Katılımcı 1, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

“Öncelikle tedavi olmaya çalışırım. Yani ilaçlar ne kadar yardımcı olursa olsun isterim, tedavi görmek isterim, psikoterapi. Onun dışında ailemle paylaşırım, arkadaşlarımla paylaşmaya çekinirim, çünkü korkarım bakışlarından. En yakın arkadaşım da paylaşmam.” (Katılımcı 10, kadın, 23 yaş, psk. stajı almış)

D. Katılımcıların Görüş ve Önerileri

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu damgalamayla başa çıkmak için medya ve basın yoluyla eğitim ve bilinç düzeyinin artırılmasını önermiştir. Yine okullarda bu yönde eğitim verilmesinin gerekliliği sıkça dile getirilmiştir. Damgalanmanın engellenmesindeki en önemli adım toplumun bilinç düzeyinin artırılması olarak görülmüştür.

Öte yandan damgalanmanın önüne geçmenin çok zor olduğu, engellenemeyeceği gibi görüşler de mevcuttur. Bir katılımcı ise damgalamayı engellemek için çeşitli hastalıkların (HIV, şizofreni gibi) gizli tutulmasını da başlı başına bir damgalama olarak görmektedir.

“...Son zamanlarda otizm hakkında yapılan kamu spotları bence faydalı oldu. Yavaş yavaş toplumda bir algı oluşmaya başladı yani. Şizofreni için de aynısı yapılabilir. O bireyleri dışlamak yerine topluma kazandırabiliriz. Her şey eğitimle başlar yani. Sadece tıp okuyanların, sadece psikiyatristlerin şizofreni öğrenmesi gerekmiyor bence. Ya da sadece psikologların, sosyologların sadece böyle toplumla ilgilenen insanların şizofreniyi öğrenmesi gerekmiyor. Bu nasıl diyim, ilk okulda gördüğümüz hayat bilgisi dersi gibi bir şey olması lazım...” (Katılımcı 4, erkek, 23 yaş, psk. stajı almamış)

“Damgalama, hastadan çok biraz toplumdaki kişilere bağlı olan bir durum. Farkında olmadan büyük ihtimal ben de yaptım bu konuşma sırasında belki. Bunun kökten bir değişime ihtiyacı var ama bu kökten değişim biraz zor gibi görünüyor. Yani daha çok insanları eğitmekle alakalı bu konu. Gerek sosyal medya gerek yazılı sözlü tüm kaynakları kullanarak insanların eğitilmesi gerektiğini düşünüyorum. Şizofreniye farkındalık aşılmalı insanlara.”(Katılımcı 7, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

“Eğitimle... Yani bunun apandisitten farklı olmayan hatta çok daha zor olan bir hastalık olduğunu insanlara anlatarak. Bunu normal bir şekilde konuşarak halledebiliriz bence.”(Katılımcı 9, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Ben başa çıkmanın çok zor olduğunu düşünüyorum. Açıkçası bu kadar konuşulup konuşulup sonra çok bir yere varılamayacak olduğunu düşünüyorum. Bu HIV için de böyle çok çaba veriliyor o hastaların gizliliğinin korunması için önlemler alınıyor farklı kodla vs ama bunların hepsi de bir noktada onları stigmatize eden şeyler aslında. O kişilerin gizlilik hakkına saygı duyulup bir yerde yine o insanları diğer hastalıklardan organik patolojisi olanlardan ayırıyorsun aslında. Onun da çok doğru olduğuna inanmıyorum...” (Katılımcı 2, kadın, 24 yaş, psk. stajı almamış)

“Bence damgalamayla başa çıkılmaz ya bana hep olacak bir şeymiş gibi geliyor. Tarihte de hep böyle zaten, farklı olan hep bir stigmaya uğramış ‘sen farklısın’ diye. Bunun bir çözümü yok bence. Engellenemez bir şey gibi geliyor bana.” (Katılımcı 3, erkek, 23 yaş, psk. stajı almış)

TARTIŞMA

Bu çalışmada tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinin şizofreni ve stigma ile ilgili düşünce ve tutumları niteliksel olarak ele alınmıştır. Katılımcıların şizofreni hastalarıyla ilgili bilgi düzeyleri bir doktor adayı için yeterli düzeyde olmamakla birlikte şizofreni hastalarına yönelik stigmatize edici düşüncelerin toplumda olduğu gibi bu özel grupta da yoğun şekilde var olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki tanım noktasında soruyu “ruhsal hastalık” olarak yönettiğimiz için katılımcılar duygudurum değişikliklerine odaklanmıştır. Türkiye’de daha önce yine tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise, “akıl hastalığı” ve “ruh hastalığı” kavramları incelendiğinde akıl hastalığı kavramının daha damgalayıcı olduğu ve daha ağır vakalar için kullanıldığı saptanmıştır (8). Katılımcılarımızın verdiği yanıt, şizofreninin ruhsal hastalık denince ilk akıllarına gelen hastalık grubu olmadığını ve belki daha ağır bir tablo olarak görüldüğünü düşündürebilir. Bu durum katılımcıların hastalıklarla karşılaşma sıklığıyla da ilintili olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar ağırlıklı olarak pozitif semptomlara odaklanmıştır, kişilerin öz bakım yetersizliğinden ise bahsetmemişlerdir Amerika’da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada pozitif semptomlar gösteren kişilerin negatif semptomlar gösteren kişilere göre daha fazla stigmatize edildiği bulunmuştur. Dış görünüşün tek başına stigmatizasyonu etkilemediği ama negatif semptomlarla birliktelik gösteriyorsa damgalamaya yol açtığı belirtilmiştir (9).

Çalışmamızda hiçbir katılımcı zayıflık vurgusunda bulunmamıştır. Fakat sağlık alanında eğitim gören öğrencilerle yapılan bir başka çalışmada bazı öğrenciler kişinin dayanıklılığının eksik olmasını şizofreni nedenlerinden biri olarak dile getirmiştir. Toplumun bu kişileri “zayıf” kimseler olarak değerlendirdiğinden bahsetmişlerdir (11). Bu da batı toplumlarında kültürel olarak bireyselleşmenin güç olarak nitelenmesi, bizim gibi doğu toplumlarında ise bunun henüz bir güç göstergesi olarak görülmemesiyle ilgili olabilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının sosyal hayatta zorluklar çektiği, sağlık çalışanları da dahil olmak üzere toplumsal bir stigmatizasyona uğradıklarından bahsedilmiştir. Riffel ve ark. Almanya’da yaptığı bir çalışmada da bulgumuzu destekler şekilde hasta yakınları ve ruh sağlığı profesyonellerinin ortak görüşünün şizofreni hastalarına yönelik damgalanmanın bireysel düzeyin ötesine geçtiği ve toplumsal, sosyal bir sorun olduğu yönünde olduğu saptanmıştır (11). Damgalamanın nedenine yönelik görüşleri de yine önceki çalışmalarla benzer şekilde toplumun eğitim ve farkındalığının eksikliği olarak ön plana çıkmıştır. Önceki çalışmalardan farklı olarak ise medyanın bu stereotiplerin oluşması noktasındaki negatif etkisinden katılımcılarımız bahsetmemiştir. Bunun sebebi Türkiye’de televizyon ve sinemada gördüğümüz şizofren karakterlerinin genelde saldırgan karakterler olarak resmedilmemesi olabilir. Malezya’da ruh sağlığı profesyonellerinin hastalarıyla ilgili deneyimlerine dayanarak toplumdaki damgalamayı değerlendirdikleri bir çalışmada; hastaların kısır bir ayrımcılık döngüsüne hapsedikleri dile getirilmiştir. Bu hastaların aile içinde de çok fazla ayrımcılığa maruz kaldıkları, yatış gerektiren durumlarda taburculuk esnasında yakınlarını almaya bile gelmedikleri dile getirilmiştir. Hastaların sosyal ilişkilerde özellikle yeni arkadaşlar edinmek konusunda zorlandıkları belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının tutumlarını dair ise bu alanda çalışan profesyonellerin bile aşağılayıcı, etiketleyici tabirler kullandıkları çünkü çalışanların bu hastaların asla iyileşmeyeceğine inandıkları yönünde gözlemler paylaşılmıştır. Hatta bazen çalışanların psikiyatri hastalarının dile getirdiği, fiziksel bir hastalığa işaret eden semptomları da görmezden geldiğinden bahsedilmiştir (12).

Bu bulgular bizim çalışmamızda da katılımcıların yarısından fazlası tarafından dile getirilmiştir. Bu durum şizofreni hastalarının en yakınları, sağlık çalışanları ve hatta ruh sağlığı profesyonellerince bile stigmatize edildiklerini ve hastaların ciddi zararlar görmesiyle sonuçlanabilecek bir damgalamanın söz konusu olduğunu bize göstermektedir. Katılımcılarımızın çoğunluğu psikiyatri hastalarının da diğer herkesle aynı ölçüde ve kalitede sağlık hizmetlerine erişebildiği kanaatindeydi. Fakat ruh sağlığına yönelik stigmatın sağlık bakım kalitesi üzerinde etkilerini değerlendiren bir derlemede ise, psikiyatrik hastalara verilen sağlık hizmeti kalitesinin; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, HIV, hepatit ve kanser hastaları da dahil olmak üzere fiziksel hastalığı olan hastalara verilen hizmet kalitesine göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (7). Bu farklılığın sebebi Türkiye’deki sağlık sigortası sisteminin derlemede yer alan ülkelerden farklı olması olabilir. Başka bazı yayınlarda da yine bu sigorta adaletsizliğinin vurgulanmış ve zaten iş bulma konusunda ciddi sıkıntılar yaşayan şizofreni hastalarının yüksek sigorta primleri ve sağlık masrafları sebebiyle nitelikli sağlık hizmetine ulaşmada güçlük yaşadıkları belirtilmiştir (10).

Çalışmamızdaki katılımcılar şizofreni hastalarının tehlikeli olabileceğinden bahsetmişlerdir. Yine İngiltere’de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada da öğrencilerin çoğu uyku bozuklukları sosyal geri çekilme gibi negatif semptomlardan habersiz olup şizofreni hastalarını tehlikeli ve öngörülemez olarak nitelendirmişlerdir (13). Bu durum tanıda gecikmeye ve yardım almayı ertelemeye sebep olabilir. Halbuki çoğu şizofreni hastası saldırgan değildir. Bu durum tüm dünyada toplumun en eğitilmiş kesimlerinde dahi şizofreni hastalarının tek tipleştirildiğine dair bir fikir verebilir.

Çalışmamızda katılımcılarımız evlilik konusunda damgalayıcı yaklaşıtlarını belirtmişlerdir. İngiltere’de yapılan çalışmada da bulgumuzla örtüşen şekilde, üniversite öğrencilerinden Asya kökenli olanların, diğer azınlıklara ve İngiliz öğrencilere göre evlilik konusunda ve yakın ilişkiler kurmak konusunda daha damgalayıcı yaklaşımlar sergilediği görülmüştür (13). Doğru toplumlarının evliliğe atfettikleri önem bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

Katılımcılarımızın çoğunluğu kendilerinde şizofreni tanısından şüphelendiklerinde profesyonel ruh sağlığı yardımına başvuracaklarını dile getirmiştir. Cadege ve ark. yaptığı çalışmada üniversite öğrencileri tıpkı katılımcılarımız gibi kendilerinde şizofreniden şüphelenmeleri durumunda ilk olarak profesyonel yardıma başvuracaklarını dile getirmiştir fakat katılımcılarımızdan farklı olarak aile hekimleriyle görüşeceklerini belirtmişlerdir (13). Bu durumun sebebi ülkeler arasındaki sağlık sistemlerinin farklılığıyla açıklanabileceği gibi katılımcıların halihazırda hekim olmalarıyla da açıklanabilir.

Çalışmamızda psikiyatri stajı alan hekimlerle almayan hekimler arasında stigmatizasyon düzeyinde bir fark gözlenmemiştir. Mevcut literatürde ise psikiyatri hastası deneyimi daha fazla olan hekimlerin, stigmatizasyon düzeyinin daha az olduğunu ortaya konulmuştur (7). Çalışmamızda bir fark gözlenmeyişinin sebebi altıncı sınıftaki psikiyatri staj süresinin, geçmiş çalışmadaki deneyim süresi olarak geçen yıllar baz alındığında çok kısa bir zamana karşılık bulması olabilir.

SONUÇ

Çalışmamızda tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinin şizofreniye dair farkındalıkları olmasına karşın bilgi ve yaklaşım anlamında eksiklikleri olduğu saptanmıştır. Genel olarak stigmatizasyonun tanımı ve zararlarını bilen öğrenciler yine de kültürel olarak stigmatize edici görüşleri sıkça dile getirmişlerdir, hatta bazı konularda nasıl davranmaları gerektiğini bilmelerine rağmen bu önyargılardan kurtulamadıklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak; şizofreni hastalarında damgalanma ve sosyal izolasyon hastalığın prognozunu, kişilerin tedavi uyumlarını, sağlık hizmetine ulaşmalarını ve hatta ulaştıkları sağlık hizmetinin kalitesini dahi etkilemektedir. Şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmanın önüne geçmenin yegâne yolu toplumda eğitim ve farkındalık düzeyinin artırılmasıdır. Bu hususta kültürel aktarımın rolü tartışılmaz. Bu sebeple günümüzde kültürümüzün önemli bir parçası haline gelen sosyal medya başta olmak üzere şizofreni ile ilgili mitleri yıkmak için tüm yayın organları etkin bir şekilde kullanılmalıdır. Kanun koyucular düzeyinde bir farkındalık hareketi başlatılıp, şizofreni hastalarının başta iş sahibi olmalarını ve etkin tedaviye ulaşmalarını sağlamak üzere gerekli adımlar atılmalıdır. Okullarda damgalamaya yönelik ilkökul düzeyinden başlayarak eğitimler verilmelidir. Tıp eğitiminde şizofreni hastasına yaklaşım konusunda bir yetersizlik, bilgi, deneyim ve özgüven eksikliği dikkati çekmektedir. Doğru bilinen yanlışlar aday doktorlarda dahi kültürel bir kalıp olarak yer etmiştir. Tıp eğitimi müfredatında bu kalıp düşünceleri yıkmaya yönünde geliştirmeler yapılabilir.

ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ ve KISITLILIKLARI

Katılımcıların görüşmeye katılacakları yeri kendilerinin belirlemiş olması; soruları daha rahat yanıtlamalarına neden olmuş olabilir. Birebir derinlemesine görüşmeler yapılması sağlık çalışanı olmanın getirdiği görev bilinciyle odak grup görüşmesinde gizli kalabilecek bazı düşüncelerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Görüşmelerin kayıt altına alınmış olması katılımcılar için stres faktörü olmuş olabilir.

Çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Çetin M. Şizofreni Tedavisi: Geçmiş, Bugünü ve Geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2015;25(2):95-9
2. Yavuz R. Şizofreni. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008;62(1), 49-58.
3. Summakoglu D, Ertugrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *LectioSc*. 2018;2(1):43-61.
4. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education?. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2006 Jan;41(1):63-7.
5. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *ÜSBİD*. 2016;(2):175-202.
6. Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır?. *Klinik Psikiyatri, Ek*, 2003;1: 3-8.
7. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*. 2014 Nov;1(6):467-82.
8. İkişik H. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Damgalamanın (Stigmatizasyonun) Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Turkey: Marmara Üniversitesi, 2008.
9. Schumacher M, Corrigan PW, Dejong T. Examining Cues that Signal Mental Illness Stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2003 Nov;22(5):467-76.
10. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003 Jan;56(2):299-312.
11. Riffel T, Chen S. Exploring the Knowledge, Attitudes, and Behavioural Responses of Healthcare Students towards Mental Illnesses-A Qualitative Study. *IJERPH*. 2019 Dec 18;17(1):25.
12. Hanafiah AN, Van Bortel T. A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *Int J Ment Health Syst*. 2015 Dec;9(1).
13. Cadge C, Connor C, Greenfield S. University students’ understanding and perceptions of schizophrenia in the UK: A qualitative study. *BMJ Open*. 2019 Apr;9(4):e025813.

Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına İlişkin Tutumlar: İstanbul'da Bir Devlet Hastanesi Örneği

Attitudes Towards Recording and Protection of Personal Health Data: An Example of a Public Hospital in Istanbul

Aydan DÜNDAR^a, Dilek HACİVELİOĞLU^b, Süleyman ERDOĞDU^c, Numan GÜNDÜZ^d

Özet

Giriş: Kişisel sağlık verilerinin hem sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve verimliliği hem de kişilerin hak ve özgürlüğü kapsamında özenle korunması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında değişik meslek gruplarındaki tüm görevlilerin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik sorumlulukları vardır.

Amaç: Bu çalışmada, hastane çalışanlarının kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu çalışma, Ağustos-Ekim 2023 tarihleri arasında İstanbul sınırları içerisinde yer alan bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini devlet hastanesinde görev yapan tüm sağlık çalışanları ve sağlık verilerine erişimi mümkün olan diğer meslek grubu mensubu 796 kişi oluşturmuştur. Örnekleme 260 olarak belirlenmiş olup, araştırma 480 hastane çalışanı ile tamamlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Çalışan Bilgi Formu ve Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve Tamhane's T2 testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 4.38 ± 0.44 (min. 3.04- max. 5.00) olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına göre ölçek alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). 41-50 yaş arasında olan katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması daha yüksektir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ölçek alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.01$). Eğitim durumu yüksek lisans ve doktora olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca mesleki eğitim döneminde kişisel sağlık verileri ile ilgili ders alanların 'yasal bilgiler' alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının ders almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0.032$; $p < 0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması hem sağlık kurumları hem de hastalar açısından sağlık hizmetlerinin en hassas konularından biridir. Günümüzde sağlık kurumlarındaki yoğunluk, çalışan sayısındaki azlık ve farkındalık yetersizliği gibi nedenlerle kişisel verilerin paylaşılması konusunda iblaller olabilmekte, bu durum hastalar ve kurumlar açısından olumsuzluklara yol açabilmektedir. Bu nedenle çalışanların konuya yönelik tutumlarının bilinmesi önem taşımaktadır. Bu araştırma sonucunda hastane çalışanlarının kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik olumlu tutumları olduğu bulunmuştur. Ayrıca yaş, eğitim düzeyi ve mesleki eğitimin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumu etkilediği belirlenmiştir. Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik sorumluluklarda olumlu tutum benimsenmesi açısından hastane çalışanları ile düzenli olarak eğitim, denetim ve değerlendirme faaliyetleri yapılması önerilmektedir. Ayrıca farklı düzey sağlık kurumlarında çalışanların da dahil olduğu daha geniş çaplı araştırmalar yapılması kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumların ve konuya yönelik ihtiyaçların belirlenebilmesi açısından faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kişisel sağlık verisi; veri koruma; tutum; hastane

^a Hemşirelikte Yönetim Bilim Uzmanı (Hastane Bakım Hizmetleri Müdürü), Beykoz Devlet Hastanesi, İstanbul, Türkiye. ✉ aydan_dundar@hotmail.com ORCID: 0009-0009-1918-1036

^b Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye. ✉ dyakti@gmail.com ORCID: 0000-0003-4806-6888

^c KBB Uzmanı Op. Dr. (Hastane Başhekimliği), Beykoz Devlet Hastanesi, İstanbul, Türkiye. ✉ suleymanerdogdu@gmail.com ORCID: 0000-0002-8034-0579

^d Tıp Doktoru (Hastane Başhekim Yardımcısı), Beykoz Devlet Hastanesi, İstanbul, Türkiye. ✉ numangunduz@outlook.com ORCID: 0009-0008-3110-735X

Gönderim Tarihi: 3 Ocak 2024 • Kabul Tarihi: 16 Şubat 2024

Abstract

Introduction: Personal health data must be carefully protected both in terms of the continuity and efficiency of healthcare services and the rights and freedoms of individuals. All personnel in various professional groups in healthcare institutions have responsibilities for the registration and protection of personal health data.

Purpose: This study aims to examine the attitudes of hospital employees towards the registration and protection of personal health data.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted in a state hospital located within the boundaries of Istanbul between August and October 2023. The population of the study consisted of all healthcare workers and other professional group members (796 individuals) with access to health data working in the state hospital. The sample size was determined as 260, and the study was completed with 480 hospital employees. The Employee Information Form and the Attitude Scale for the Registration and Protection of Personal Health Data were used as data collection tools. Descriptive statistical methods, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Tamhane's T2 test were used for data evaluation.

Results: The mean score of the Attitude Scale for the Registration and Protection of Personal Health Data for participants was determined as 4.38 ± 0.44 (min. 3.04 - max. 5.00). Statistically significant differences were observed in scale sub-dimensions and total scores according to age groups ($p < 0.05$). Participants aged 41-50 had a higher average total score. Significant differences were found in scale sub-dimensions and total scores according to participants' educational status ($p < 0.01$). Participants with master's and doctoral degrees had higher scores. Additionally, it was determined that the average scores of those who received training on personal health data during their professional education period were higher than those who did not receive training, particularly in the 'legal information' sub-dimension ($p = 0.032$; $p < 0.05$).

Conclusion and Recommendations: The registration and protection of personal health data are one of the most sensitive issues for both healthcare institutions and patients. In today's healthcare institutions, there can be breaches in the sharing of personal data due to factors such as high patient load, understaffing, and insufficient awareness. This situation can lead to negative consequences for both patients and institutions. Therefore, knowing the attitudes of employees towards the subject is crucial. The results of this study indicate that hospital employees have positive attitudes towards the registration and protection of personal health data. Moreover, age, educational level, and professional education were found to affect attitudes toward the registration and protection of personal health data. In order to foster positive attitudes in the responsibilities related to the registration and protection of personal health data, it is recommended to conduct regular training, audits, and evaluation activities with hospital employees. Additionally, conducting more comprehensive studies involving personnel from different levels of healthcare institutions will be beneficial in determining attitudes towards the registration and protection of personal health data and identifying needs related to the subject.

Keywords: Personal health data; data protection; attitude; hospital

GİRİŞ

Kişisel veri ve verilerin korunmasına yönelik tartışmalar her alanda gündemde olan önemli bir konudur. Kişisel veri kavramı, gerçek kişiler hakkındaki tüm bilgileri kapsamaktadır. Bu bilgiler kişilerin belirlenebilmesini sağlayan yaş, cinsiyet, adres, telefon, banka, aile, meslek, fiziksel özellik ve sosyal medya bilgileri gibi verileri içerir (1,2). Kişisel sağlık verileri de sağlık hizmeti sürecinde hastadan edinilen ve kaydedilen hasta öyküsü, muayene, tedavi, tetkik, tıbbi girişim ve bakım uygulamalarını içeren tüm bilgilerdir (2,3). Kişisel verilerin kayıtlarında dijital ortama geçilmesi verilerin işlenmesinde kolaylık sağlasa da kişisel haklar kapsamında ciddi riskler oluşturmaktadır. Bu doğrultuda ortaya çıkan ihlaller suç kapsamında tanımlanmaktadır. Kişisel verilerin korunması, ulusal ve uluslararası hukuk kapsamında ele alınan temel hak ve özgürlüklerdendir (4). Ülkemizde 24.03.2016 tarihli 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ile kişisel veriler; korunmasını isteme, bilgilendirilme, erişim, düzenleme, silinme ve işlenme açısından korunma altına alınmıştır.

Bu kanunla sağlık verileri ile ilgili koşullar da belirlenmiştir. Ayrıca sağlık verilerinin işlenmesine yönelik genel ilke ve esaslar Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik (20.10.2016/29863) ve Hasta Hakları Yönetmeliği (23420 sayılı 01.08.1998) ile de belirlenmiştir (1).

Kişisel sağlık verileri hassas veri niteliğindedir. Hassas veriler; uluslararası kapsamda farklı veri kategorisi olarak kabul edilen, sınırlı sayıda olan ve kategorisinin genişletilmesi mümkün olmayan veriler olup, özel nitelikli veri olarak da tanımlanmaktadır. Hassas veriler; ırk, etnik köken, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep, kılık kıyafet, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlık, cinsel hayat, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleri ile biyometrik ve genetik özelliklere yönelik bilgileri içeren verilerdir. Öğrenildiğinde mağduriyete ve ayrımcılığa neden olabileceğinden, hassas verilerin korunması için daha çok dikkat edilmesi gerekmektedir. Verilerin işlenmesinde gizlilik ve mahremiyet kapsamında yönetmeliklerde belirtilen kurallara uygun davranılmalıdır (4). Sağlık verilerinin işlenmesi ve korunması; doğru ve güncel olma, meşru amaçlar için işleme, gerektiği kadar muhafaza edilme, dürüstlük ve hukuka uygunluk kurallarına göre olmalıdır. Bu kurallara uyulmaması kişilerin temel hak ve özgürlükleri açısından riskler oluşturur. Ayrıca sağlık çalışanları için de suç teşkil etmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda kişilere yönelik en mahrem, en gizli bilgiler öğrenilmekte ve kaydedilmektedir. Teknolojiye erişim ve kullanım kolaylığı, sağlık teknolojilerindeki ilerlemeler, sosyal medya kullanım yaygınlığı, artmış bilgi düzeyi ve bilgiye ulaşma rahatlığı kişisel sağlık verilerinin kaydedilmesi ve korunmasına yönelik hem kolaylık hem de zorluklar yaratabilmektedir (5). Sağlık verilerinin tam ve doğru olarak kaydedilmesi, sağlık uygulamalarına kanıt oluşturması açısından da son derece önemlidir. Çünkü bu veriler, hem tedavi ve bakım uygulamalarının sürekliliği hem de toplum sağlığına yönelik istatistik ve bilimsel çıkarımlar açısından sağlık hizmetlerine yönelik fayda sağlamaktadır. Ayrıca hasta ve çalışan haklarının korunması açısından hukuki anlamda kanıt olarak da önem taşımaktadır (4,5). Hastanelerin, kişisel sağlık verilerinin kayıt, arşiv ve korunmasına yönelik büyük yükümlülükleri vardır. Ülkemizdeki tüm hastanelerin sağlık verilerinin yasalar doğrultusunda kayıt ve korunmasının sağlanmasında yükümlü olduğunu belirten kanun 07.04.2016 tarihinden beri uygulanmaktadır (6).

Kişisel sağlık verileri, sadece hekim, hemşire, ebe ve sağlık çalışanlarını ilgilendirmemekte, her geçen gün sağlık verilerine erişebilen daha farklı meslek gruplarını da içermektedir. Hastanelerde kayıt görevlisi, bilgisayar işletmeni ve güvenlik görevlisi gibi çeşitli meslek çalışanları da kayıt sürecine ve veri erişimine dahil olabilmektedir (7). Hastanelerde görevli tüm çalışanlara kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, aktarılması ve korunması kapsamında konunun uzmanları tarafından eğitim verilmesi ve konu ile ilgili nitelikli kişilerin görevlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (6). Ayrıca kişilerin sağlıkla ilgili verilerinin gizlenmesini istemesi hem hasta hakları hem de anayasal olarak hakkıdır. Bu nedenle sağlık çalışanları kayıt ve kayıtların korunması konusunda titiz olmalıdır. Bu bağlamda sağlık kurumlarında çalışanların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması (KSVKK) ile ilgili tutumlarının bilinmesi, bu konuda farkındalık eğitimlerinin yapılması ve eksikliklerinin giderilmesi bakımından önem taşır (5).

Ülkemizde KSVKK'na ilişkin tutumların daha çok hemşirelik ve diğer sağlık bilimleri öğrencilerinde incelendiği (7-12) ancak sağlık hizmetlerinde çalışanlara yönelik yeterli çalışmaya rastlanmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarında genellikle tıbbi kayıtlar, mahremiyet ve bunlara yönelik tutum konusunda çalışmalar yapılmıştır (13-16). Yılmaz'ın (2021) tez çalışmasında ise Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ) kullanılarak sağlık çalışanları üzerinde araştırma yapılmış, mahremiyet algısının kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumlara etkisi araştırılmıştır (5). Yabancı literatüre bakıldığında ise kişisel sağlık kayıtlarına yönelik deneyimlere, veri türü ve standartlarına, mobil teknoloji, mahremiyet, güvenlik, kişisel sağlık kaydının benimsenmesi ve kullanılmasına yönelik derleme makaleleri ve araştırmalar olduğu görülmektedir (17-21). Bu araştırma, hastane çalışanlarının KSVKK'na ilişkin tutumlarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ağustos-Ekim 2023 tarihleri arasında, İstanbul sınırları içerisinde yer alan bir devlet hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini devlet hastanesinde görev yapan tüm sağlık çalışanları ve sağlık verilerine erişimi mümkün olan diğer meslek grubu çalışanlar oluşturmuştur (N=796). En küçük örneklem büyüklüğü OpenEpi programında hesaplanarak %95 güven aralığı ile ulaşılması gereken örneklem sayısı 260 olarak belirlenmiştir. Araştırma, çevrimiçi paylaşılan bilgilendirilmiş onam formunu onaylayıp araştırmaya katılmayı kabul eden 480 hastane çalışanı ile tamamlanmıştır. Araştırmaya 510 kişi katılım sağlamış olup; %94.1'i (n=480) çalışmaya katılmayı kabul etmiş. %5.9'u (n=30) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 'Çalışan Bilgi Formu' ve 'Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır.

Çalışan bilgi formu: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve hastanedeki çalışma durumunu sorgulayan dokuz sorudan oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından konuya yönelik çalışmalardan da yararlanılarak oluşturulmuştur (1,5,7).

Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutum ölçeği (KSVKKTÖ): Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gözmener ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek 31 madde ve beş alt faktörden oluşmaktadır. Kesme puanı 3 olan ölçek 5'li likert tiptedir. Ölçekten ortalama 3 ve üzerinde puan alınması tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Cronbach alpha değeri 0.94 olarak belirtilmiş olup (1) bu araştırmada da aynı şekilde hesaplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler Google anket yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama araçları ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formuna ait bağlantı linki hastane çalışanları ile sosyal medya gruplarından paylaşılmıştır. Online anket formu sadece tek hesaptan cevap verilebilecek şekilde ayarlanarak kullanıcıların birden fazla cevaplama engellenmiştir. Gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen hastane çalışanları araştırma bilgilerini okuyup çalışmaya katılma onay sekmesine basarak araştırmaya katılmışlardır. Katılımcıların anketi tamamlamaları yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 paket istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde frekans, yüzde dağılımları, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanıldı. Verilerin analizinde parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve Tamhane's T2 testi) kullanıldı. Test sonuçlarında $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Karar No: 2023/114), İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır (12.07.2023 tarihli ve E-61772955-604.01.01-219642602 sayılı). Anket formunun başında gönüllü onam bilgileri verilmiş, katılımcılar onaydan sonra anket sorularını yanıtlamaya başlamışlardır. Araştırmada kullanılan ölçek için elektronik posta ile izin alınmıştır.

BULGULAR

Hastane çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmaya katılım sağlayanlar 21-67 yaşlar arasında olup yaş ortalamaları 35.84 ± 9.6 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Yaş <i>Yaş ort:35.84±9.6</i>	21-30	189	39.40
	31-40	130	27.10
	41-50	125	26.00
	51-60	28	5.80
	61 yaş ve üzeri	7	1.50
Cinsiyet	Kadın	327	68.1
	Erkek	153	31.9
Meslek	Hemşire	185	38.5
	V.H.K.İ	59	12.3
	Doktor	51	10.6
	Sağlık Tekniker/ Teknisyen (radyoloji, laboratuvar, fizik tedavi, anestezi, patoloji, ortopedi vb)	49	10.2
	Tıbbi sekreter	46	9.6
	Ebe	33	6.9
	Güvenlik	24	5.0
	Diğer (diyetisyen, eczacı, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, sağlık memuru)	18	3.8
	Memur	15	3.1
Çalışılan birim	Poliklinik	144	30.1
	İdari Birimler	75	15.5
	Yataklı servis	65	13.5
	Acil servis	56	11.6
	Yoğun bakım	54	11.3
	Laboratuvar/ Görüntüleme	43	9.0
	Ameliyathane/Doğum Ünitesi	43	9.0
Mesleki çalışma süresi	0-1 yıl	69	14.4
	2-4 yıl	74	15.4
	5-10 yıl	111	23.1
	11 yıl ve üzeri	226	47.1
Kurumda çalışma süresi	0-1 yıl	124	25.8
	2-4 yıl	95	19.8
	5-10 yıl	110	22.9
	11 yıl ve üzeri	150	31.3
Eğitim durumu	Lise	74	15.4
	Önlisans	94	19.6
	Lisans	234	48.8
	Yüksek lisans ve Doktora	78	16.2
Mesleki eğitim döneminizde ‘Kişisel sağlık verileri’ ile ilgili herhangi ders alma durumu	Evet	335	69.8
	Hayır	145	30.2

Çalışmaya katılan hastane çalışanlarının KSVKKTÖ alt boyut ve toplam puanları ve iç tutarlılıkları Tablo 2’de verilmiştir. Katılımcıların KSVKKTÖ toplam puan ortalaması 4.38 ± 0.44 olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ) Alt Boyut ve Toplam Puanları ve İç Tutarlılıkları (n=480)

Ölçek	Madde Sayısı	Min-Max	X±SS	Cronbach’s Alpha
Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi	11	2.92-5.00	4.35±0.50	0.969
Yasal Bilgiler	7	3.00-5.00	4.46±0.47	0.951
Yasal Veri Paylaşımı	5	3.20-5.00	4.58±0.44	0.892
Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı	4	2.00-5.00	4.20±0.63	0.807
Kişisel Sağlık Verisi Kaydı	3	2.67-5.00	4.26±0.57	0.828
Toplam	31	3.04-5.00	4.38±0.44	0.942

Hastane çalışanlarının KSVKKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tanımlayıcı özellikler ile karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların cinsiyet, meslek, çalışılan birim, meslekte ve kurumda çalışma süresi değişkenleri açısından puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması

KSVKKTÖ							
		Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi	Yasal Bilgiler	Yasal Veri Paylaşımı	Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı	Kişisel Sağlık Verisi Kaydı	Toplam Puan
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	21-30	4.36±0.52	4.49±0.47	4.65±0.42	4.25±0.62	4.26±0.57	4.41±0.43
	31-40	4.24±0.46	4.34±0.46	4.45±0.44	4.07±0.62	4.17±0.56	4.27±0.41
	41-50	4.46±0.51	4.52±0.46	4.60±0.47	4.23±0.65	4.39±0.53	4.46±0.46
	51 yaş ve üzeri	4.40±0.47	4.56±0.42	4.61±0.42	4.28±0.68	4.12±0.71	4.43±0.42
	KW	15.484	13.761	17.858	8.974	9.458	15.354
	p	0.001	0.003	0.000	0.63	0.024	0.002
Cinsiyet	Kadın	4.36±0.47	4.47±0.45	4.57±0.45	4.23±0.59	4.27±0.56	4.39±0.42
	Erkek	4.34±0.56	4.43±0.51	4.61±0.43	4.12±0.72	4.22±0.60	4.37±0.48
	U	24941.5	24216.5	23627.5	23121.5	23861	24520.5
	p	0.958	0.567	0.306	0.173	0.404	0.727
Meslek	Hemşire	4.33±0.51	4.47±0.46	4.59±0.44	4.20±0.63	4.30±0.54	4.38±0.43
	V.H.K.İ	4.35±0.55	4.45±0.53	4.59±0.50	4.14±0.67	4.29±0.65	4.38±0.50
	Doktor	4.49±0.49	4.53±0.49	4.66±0.42	4.23±0.83	4.24±0.66	4.47±0.44
	Sağlık Tekniker/ Teknisyen	4.35±0.48	4.47±0.47	4.59±0.43	4.23±0.56	4.28±0.53	4.39±0.43
	Tıbbi sekreter	4.44±0.43	4.57±0.41	4.63±0.44	4.38±0.49	4.32±0.60	4.48±0.39
	Ebe	4.29±0.51	4.36±0.47	4.44±0.43	4.20±0.60	4.18±0.58	4.31±0.46
	Güvenlik	4.15±0.51	4.19±0.44	4.34±0.44	3.99±0.50	4.06±0.41	4.16±0.40
	Diğer (diyetisyen, eczacı, vb.)	4.39±0.45	4.45±0.42	4.73±0.34	4.07±0.67	4.15±0.62	4.40±0.39
	Memur	4.32±0.52	4.41±0.45	4.53±0.43	4.10±0.58	3.98±0.57	4.31±0.46
	KW	9.959	13.430	14.861	9.375	10.363	12.333
	p	0.268	0.098	0.062	0.312	0.24	0.137
Eğitim Durumu	Lise	4.25±0.53	4.32±0.49	4.49±0.48	4.09±0.54	4.14±0.59	4.27±0.47
	Önlisans	4.41±0.47	4.51±0.45	4.62±0.43	4.29±0.65	4.26±0.61	4.44±0.42
	Lisans	4.31±0.50	4.44±0.47	4.56±0.44	4.16±0.63	4.26±0.54	4.36±0.43
	Yüksek lisans ve Doktora	4.51±0.49	4.59±0.44	4.67±0.42	4.28±0.70	4.35±0.61	4.51±0.42
	KW	13.649	13.587	7.621	9.332	6.165	11.531
	p	0.003	0.004	0.055	0.114	0.104	0.009
Çalışılan Birim	Poliklinik	4.40±0.50	4.47±0.49	4.64±0.44	4.22±0.67	4.25±0.60	4.42±0.44
	İdari Birimler	4.39±0.48	4.48±0.46	4.63±0.44	4.20±0.64	4.30±0.59	4.42±0.44
	Yataklı servis	4.27±0.45	4.41±0.42	4.50±0.46	4.23±0.51	4.20±0.54	4.32±0.39
	Acil servis	4.27±0.56	4.41±0.48	4.53±0.47	4.08±0.60	4.23±0.58	4.31±0.46
	Yoğun bakım	4.30±0.55	4.47±0.47	4.51±0.44	4.11±0.74	4.25±0.54	4.34±0.45
	Laboratuvar. Görüntüleme	4.34±0.44	4.47±0.45	4.53±0.44	4.14±0.61	4.13±0.54	4.35±0.40
	Ameliyathane. Doğum Ü.	4.45±0.50	4.53±0.49	4.66±0.41	4.36±0.59	4.44±0.56	4.49±0.45
	KW	8.728	3.509	11.425	7.415	8.550	8.151
	p	0.189	0.743	0.76	0.284	0.201	0.227

Mesleki Çalışma Süresi	0-1 yıl	4.29±0.51	4.46±0.48	4.57±0.45	4.19±0.62	4.21±0.62	4.35±0.45
	2-4 yıl	4.35±0.54	4.44±0.47	4.59±0.44	4.17±0.64	4.20±0.62	4.37±0.46
	5-10 yıl	4.31±0.51	4.45±0.45	4.52±0.46	4.15±0.62	4.26±0.55	4.35±0.43
	11 yıl ve üzeri	4.39±0.48	4.47±0.47	4.61±0.44	4.23±0.65	4.29±0.56	4.41±0.43
	KW	2.796	0.346	3.231	1.898	1.839	1.677
	p	0.424	0.951	0.357	0.594	0.607	0.642
Kurumda Çalışma Süresi	0-1 yıl	4.34±0.51	4.48±0.47	4.59±0.46	4.23±0.63	4.22±0.61	4.39±0.44
	2-4 yıl	4.40±0.50	4.45±0.45	4.58±0.44	4.18±0.62	4.29±0.57	4.40±0.44
	5-10 yıl	4.27±0.49	4.41±0.47	4.52±0.43	4.11±0.65	4.22±0.53	4.32±0.41
	11 yıl ve üzeri	4.39±0.50	4.48±0.47	4.61±0.45	4.24±0.63	4.28±0.58	4.42±0.44
	KW	3.732	2.171	4.484	3.245	1.503	4.501
	p	0.292	0.538	0.214	0.355	0.682	0.212
Mesleki eğitim döneminde Kişisel sağlık verileri ile ilgili ders alma durumu	Evet	4.38±0.51	4.49±0.48	4.61±0.44	4.21±0.62	4.29±0.55	4.41±0.44
	Hayır	4.30±0.48	4.40±0.44	4.53±0.46	4.17±0.68	4.18±0.63	4.33±0.42
	U	21939	21342.5	21881.5	24076	22213	21854.5
	p	0.090	0.032	0.72	0.877	0.128	0.081
Çalışılan kurumda kişisel sağlık verileri ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	4.37±0.49	4.48±0.46	4.60±0.44	4.22±0.61	4.27±0.54	4.40±0.43
	Hayır	4.31±0.53	4.42±0.49	4.54±0.45	4.15±0.69	4.21±0.64	4.34±0.45
	U	22014.5	22396	22107	22821	23184	22393.5
	p	0.132	0.215	0.135	0.35	0.502	0.22

U: Mann-Whitney U-test, KW: Kruskal-Wallis, p<0.05

Hastane çalışanlarının KSVKKTÖ puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 'Kişisel sağlık verisi paylaşımı' alt boyutu ($p>0.05$) hariç diğer alt boyutlar ve toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaş gruplarına göre KSVKKTÖ 'Kişisel sağlık verisi bilgisi' alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.001$; $p<0.01$); 41-50 yaş arasında olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların 31-40 yaş arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$; $p<0.05$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre KSVKKTÖ 'Yasal bilgiler' alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.003$; $p<0.001$); 51 yaş ve üzerinde olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların 31-40 yaş arasında olan çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.042$; $p<0.05$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre KSVKKTÖ 'Yasal veri paylaşımı' alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.000$; $p<0.001$); 21-30 yaş arasında olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların 31-40 yaş aralığındaki çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$; $p<0.05$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre KSVKKTÖ 'Kişisel sağlık verisi kaydı' alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.024$; $p<0.05$); 31-40 yaş arasında olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların 41-50 yaş aralığındaki çalışanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0.01$; $p<0.05$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre KSVKKTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0.002$; $p<0.001$); 31-40 yaş arasında olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların 41-50 yaş aralığındaki çalışanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0.003$; $p<0.05$).

Hastane çalışanlarının eğitim durumlarına göre KSVKKTÖ 'Kişisel sağlık verisi bilgisi' alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.003$; $p<0.05$); eğitim durumu yüksek lisans ve doktora eğitimi olanların puanlarının lise ve lisans eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.012$; $p=0.014$; $p<0.05$).

Hastane çalışanlarının eğitim durumlarına göre KSVKKTÖ ‘Yasal bilgiler’ alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.004$; $p<0.01$); lise mezunlarının puanlarının, yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.003$; $p<0.05$).

Hastane çalışanlarının eğitim durumlarına göre KSVKKTÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.009$; $p<0.01$), yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitimi olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların lise ve lisans eğitimi olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.009$; $p=0.044$; $p<0.05$).

Hastane çalışanlarının eğitim durumlarına göre ‘Yasal veri paylaşımı’ ‘Kişisel sağlık verisi paylaşımı’ ve ‘Kişisel sağlık verisi kaydı’ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastane çalışanlarının mesleki eğitim döneminde kişisel sağlık verileri ile ilgili ders alma durumu incelendiğinde ‘kişisel sağlık verisi bilgisi’, ‘yasal veri paylaşımı’, ‘kişisel sağlık verisi paylaşımı’ ve ‘kişisel sağlık verisi kaydı’ alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). ‘Yasal bilgiler’ alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.032$; $p<0.05$). Buna göre mesleki eğitim döneminde kişisel sağlık verileri ile ilgili ders alanların ‘yasal bilgiler’ alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının ders almayan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda kişisel sağlık verileri ile ilgili eğitim alma durumu açısından ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması, sağlık kurumlarına ve çalışanlarına yasal olarak sorumluluk yükleyen hassas bir durumdur. Literatürde, kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumların incelenmesine yönelik, kişisel sağlık verilerine erişimi mümkün olan hastane çalışanları ile yapılmış yeterli araştırmaya rastlanılamamaktadır. Bu nedenle çalışma bulgularının tartışmasında, tıbbi kayıtlara yönelik güvenlik ve mahremiyet gibi yakın konulu araştırmalardan da yararlanılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik dağılımlarına bakıldığında meslek, yaş, cinsiyet, çalışma yılı gibi özellikler açısından Yılmaz’ın (2021) çalışmasıyla benzer olduğu görülmektedir (5). Ancak söz konusu çalışmada KSVKK’na ilişkin tutum sadece sağlık çalışanları açısından değerlendirilmiştir. Öte yandan sağlık hizmetleri günümüzde çok çeşitli meslek gruplarının görev yaptığı geniş bir alana dönüşmüştür (7). Bu doğrultuda bu çalışmada hastanede veri erişimi bulunan tüm meslek grupları (sağlık çalışanları, güvenlik görevlisi, veri hazırlama ve kontrol işletmeni gibi) KSVKK’na ilişkin tutumları açısından incelenmiştir.

Araştırma sonucunda hastane çalışanlarının KSVKK’na yönelik tutumlarının olumlu ve ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Kişisel sağlık verileri hassas veri olup gizliliği çok önemlidir. İleri teknolojiler sayesinde verilerin kolayca toplanabilmesi, erişimin kolay olması, ticari açıdan kişisel verilerin önemli hale gelmesi ve kötü niyetli yaklaşımların artması KSVKK’nda daha dikkatli olmayı gerekli kılmaktadır. Bu nedenle hastane çalışanlarının mesleki ve etik kurallar doğrultusunda davranma sorumluluğu vardır (9,22,23). Gerek hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda gerekse sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada da (5) KSVKK’na yönelik tutumlarının olumlu olduğu, ölçek puanlarının yüksek çıktığı görülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların çoğunun mesleki eğitim sürecinde ve çalıştıkları kurumda kişisel sağlık verileri ile ilgili eğitim aldıkları saptanmıştır. Yılmaz’ın (2021) çalışmasında da bu açıdan benzer bulgular bildirilmiştir. Kişisel sağlık verilerine yönelik alınan eğitimlerin olumlu tutuma yansımalarının olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca mesleki hayatlarında beş yılı tamamlayanların uzmanlık aşamasına geçtiği belirtilmektedir (5). Katılımcıların yaş ortalamalarının yüksek ve çoğunluğunun mesleki deneyimlerinin fazla olması (5-10 yıl %23.1; 11 yıl ve üzeri %47.1) bilgi, bakış açısı ve uzmanlık kapsamında olumlu tutuma etkisi olmuş olabilir. Sonuç olarak tutum açısından çalışmamız sonuçları diğer araştırmalarla uyumludur (5,7,9,11, 24).

Çalışanların sağlık kayıt sistemlerine karşı olumlu tutum geliştirmesinin, tedavi süreçleri, çalışan performansı ve sağlık hizmetlerinde kalite yükselmesi açısından olumlu etkileri olabileceği belirtilmektedir (16). Konu ile ilgili mevcut olan çalışmalarda KSVKK'na yönelik tutumların cinsiyet, yaş, çalışma süresi, mahremiyet algısı, önceden bilgi sahibi olma ve akademik düzey gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir (5,7,9,11). Bizim çalışmamızda cinsiyet, meslek, çalışılan birim ve çalışma süresi değişkenleri açısından bir fark saptanmamıştır. Çalışma sonuçları bu değişkenler açısından literatürle uyumlu değildir. Yaş açısından bakıldığında ise KSVKKTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklar bulundu. Özellikle 'kişisel sağlık verisi bilgisi' ve 'kişisel sağlık verisi kaydı' alt boyutları ve KSVKKTÖ toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu yaş grubunun 41-50 arası olduğu görülmüştür. 'Yasal bilgiler' ve 'kişisel sağlık verisi paylaşımı' alt boyutları açısından da en yüksek puan alan yaş grubu 51 yaş ve üzeri olan katılımcılar olarak bulunmuştur. Sonuç olarak 41 yaş ve üzeri hastane çalışanlarının KSVKKTÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir. Bu durum yine aynı şekilde yetkinlik ve uzmanlık düzeyinin konu ile ilgili bilinç ve farkındalık düzeyine yansımından kaynaklanabilir. Sadece 'yasal veri paylaşımı' alt boyut puan ortalaması 21-30 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı hastanede son iki yıl içinde, ilk defa atama ile çoğu tıbbi sekreter olmak üzere çok sayıda sağlık çalışanının göreve başladığı bilinmekte olup katılımcıların %14,4'ünün mesleki çalışma süresinin 0-1 yıl; %15,4'ünün ise 2-4 yıl olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda genel olarak 21-30 yaş grubuna denk gelen göreve yeni başlayanlara uyum eğitimleri verilmektedir. Bu eğitimler kapsamında yakın zaman önce veri paylaşımının yasal koşullarına yönelik verilen bilgilendirmelerin farkındalığı arttırabileceği ve bu yaş grubunda 'yasal veri paylaşımı' alt boyut puan ortalamasına yansımalarının olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan Yılmaz'ın (2021) sağlık çalışanları ile yapılan çalışmasında, KSVKKTÖ puanlarında yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak sağlık çalışanlarının çalıştıkları yıl sayısı yükseldikçe mahremiyete daha dikkat ettikleri ve bunlarda da verilerin kayıt ve korunmasına yönelik farkındalıklarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (5). Bu doğrultuda, konuya yakın bazı çalışmalarda bizim sonucumuza zıt sonuçların olduğu görülmektedir. Örneğin tıbbi kayıt sistemine, mahremiyet bilincine ve tutumuna yönelik sağlık çalışanları ile yapılan bazı çalışmalarda yaş ortalamaları küçüldükçe daha olumlu tutumların olduğu belirlenmiştir (13,15,16). Öte yandan başka bir mahremiyete yönelik çalışmada ise yaşın mahremiyete verilen öneme etkisi olmadığı bulunmuştur (14). Bu açıdan sonuçlarımız hem tek benzer çalışma ile (5) hem de konu ile ilgisi olan diğer bazı çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir (13-16).

Çalışma sonucunda hem KSVKKTÖ toplam puanı hem de 'Kişisel sağlık verisi bilgisi' ve 'Yasal bilgiler' alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyine paralel olarak arttığı, puanların yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitimi olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Yılmaz'ın (2021) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş, eğitim durumu yükseldikçe KSVKK'na yönelik farkındalığın arttığı belirtilmiştir (5). Sağlık çalışanlarında hasta mahremiyetini inceleyen bir çalışmada da eğitim durumu yüksek olanlarda hasta bilgileri korunmasına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur (13). Ayrıca KSVKK'na yönelik tutumları öğrencilerde inceleyen çalışmalarda da büyük sınıflarda olanların (9, 24) konu ile ilgili bilgisi olanların (7, 25) ve aydınlatılmış onam ile ilgili bilgi sahibi olanların (24) tutum puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda eğitim düzeyi açısından sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Ayrıca hastane çalışanlarının tıbbi kayıt sistemine yönelik tutumlarının incelendiği bir çalışmada da kayıt sistemine yönelik algı düzeylerinin eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Söz konusu araştırmada lise ve önlisans düzeyinde eğitilmiş ve mesleği tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik olanların en yüksek algıya sahip olduğu belirtilmiştir. Yazarlar bu durumu tıbbi sekreterlerin yaptıkları iş ve bu mesleğe sahip olanların genellikle lise ve önlisans mezunu olmaları ile ilişkilendirmişlerdir (16). Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da KSVKKTÖ toplam puanının en yüksek olduğu meslek grubunun tıbbi sekreter olduğu görüldü. Ayrıca mesleki eğitim sürecinde kişisel sağlık verileri ile ilgili ders almanın da olumlu tutuma yansımalarının olduğu görülmüş olup 'yasal bilgiler' alt boyut puan ortalaması ders almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Mesleki eğitim sürecinde ve kurum içi

eğitimlerde konu ile ilgili bilgilendirmelerin sağlık veri ve kayıtlarında güvenlik, mahremiyet ve kişisel sağlık verilerine yönelik tutuma olumlu yansımaların olduğu görülmektedir. Paksoy (2019) doktora tez çalışmasında özel hastanelerde elektronik sağlık kayıtlarını güvenlik ve mahremiyet uygulamaları açısından incelemiştir. Çalışmasında elektronik sağlık kayıtları kullanımı için eğitim alan katılımcıların güvenlik ve mahremiyet puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (26). Yılmaz'ın (2021) çalışmasında da mesleki eğitim sürecinde ve kurum içi aldıkları eğitimlerin kişisel sağlık verilerine yönelik tutumu olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (5).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık çalışanları ve kişisel sağlık verilerine erişimi olan hastane çalışanları ile gerçekleştirilen bu çalışmada KSVKK'na yönelik tutumların olumlu olduğu görülmüştür. Hastane çalışanlarında yaş ve eğitim durumu yükseldikçe olumlu tutumun daha da arttığı, mesleki eğitim sürecinde alınan derslerin KSVKK'na yönelik tutumu olumlu etkilediği bulunmuştur.

Sağlık verilerinin kayıt, işleme, korunma ve gerektiği halde kullanılma süreçlerinde doğru yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliği açısından önem arz etmektedir. Günümüzde sağlık kurumlarında, hizmet sürecindeki iş yoğunluğu, personel eksikliği, farkındalık yetersizliği gibi nedenlerle kişisel verilerin paylaşılması konusunda hassasiyetler azalabilmekte ve ihlaller olabilmektedir. Diğer sağlık çalışanları ya da üçüncü kişilerle sağlık verilerinin paylaşımı ya da ekranların yeterince korunamaması gibi yollarla bu konuda açık verilebilmektedir. Bu durum hem kişilerin hak ve özgürlükleri kapsamında hem de çalışanlar ve kurumlar açısından olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bu nedenle konunun yasal ve etik kurallar doğrultusunda hassasiyetinin ve çalışanların farkındalıklarının sürekli gündemde tutulması önemlidir.

Bu araştırmanın sağlık kurumlarına yönelik gösterge olması açısından kaynak teşkil edeceği düşünülmektedir. Gelişen teknolojiye uyum sağlanması, sorumlulukların belirlenmesi ve KSVKK'na yönelik olumlu tutum gelişmesi açısından hastane çalışanları için düzenli olarak eğitim, denetim ve değerlendirme faaliyetleri yapılması önerilmektedir. Özellikle göreve yeni başlayanlara bilgilendirme ve farkındalık eğitimlerini sürdürmek faydalı olacaktır. Ayrıca eğitim araştırma ve fakülte hastaneleri gibi farklı düzey sağlık kurumlarında çalışanların da dahil olduğu daha geniş çaplı araştırmalar yapılması KSVKK'na yönelik tutumların ve konuya yönelik ihtiyaçların belirlenebilmesi açısından faydalı olabilir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma örnekleminin sadece bir devlet hastanesi çalışanlarını kapsamaması araştırmanın başlıca sınırlılığını oluşturmaktadır. Sonuçlar araştırmanın gerçekleştirildiği hastane örneklemini ile sınırlı olup genellenemez. Ancak KSVKK'na yönelik tutumun sağlık çalışanlarında sınırlı olarak araştırılmış olması ve bu çalışmada konunun farklı meslek gruplarını içeren çalışanlar açısından da incelenmesi araştırmaya özgünlük katmaktadır. Farklı hastanelerde çalışanlar ile karşılaştırma kısıtlı olarak yapılmıştır ancak bu araştırmanın farklı düzey sağlık kurumlarında kişisel sağlık verilerine erişim sağlayan görevlilerle yapılacak daha geniş tabanlı araştırmalar için temel oluşturabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Gözmener SB, Şenol S, İntepeler ŞS. Hemşirelik öğrencileri için kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutum ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2019; 12(1): 21-30.
- 2- İşler ED. Attitudes of Nursing Students Towards Registration and Protection of Personal Health Data and Related Factors. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2022; 9(3): 95-104.
- 3- Sağlık Bakanlığı 30250 sayılı Yönetmelik. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 2017. Erişim: (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/11/20171124-1.htm>) Erişim Tarihi: 15.12.2023.

- 4- Yüksel G. Kişisel sağlık verilerinin hukuki korunması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2019; 6(1): 1-10.
- 5- Yılmaz ANY. Sağlık çalışanlarının mahremiyet algılarının kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarına etkisi. Danışman: Gülfer Bektaş. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2021.
- 6- Ömür RC. Kişisel sağlık verilerinin korunması ve hastanelerin sorumluluğu. Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2018; 1(1): 133-180.
- 7- Çetin SP, Çevik K. Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2021; 14(3): 199-206.
- 8- Büyük, E.T ve Baydın N.Ü. Hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıkları ile kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumları arasındaki ilişki. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2020; 7(4): 198-210.
- 9- Atalıköğü Başkan S, Karakurt P, Kasımoğlu N. Assessment of Nursing Students' Attitudes Towards Recording and Protecting Patients' Personal Health Data: A Descriptive Study. Galician Medical Journal, 2021; 28(3): E202133.
- 10- Maraş G, Ceyhan Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Konusundaki Tutumları. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2021; (9)2: 498-509.
- 11- İskender MD, Durmuş A. Determining the correlation between the privacy consciousness of midwifery and nursing students and their attitudes toward the recording and protection of personal health data. Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences, 2022; 9(21): 67-78.
- 12- Karabayır E, Karaca Dedeoğlu A, Kurşun A. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumlarının incelenmesi. R&S: Research Studies Anatolia Journal, 2023; 6(2): 145-168.
- 13- Özata M, Kubilay Ö. Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2017; 20(1): 81-92.
- 14- Aktan GG, Eşer İ, Kocaçal E. Hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumları ile etkileyen faktörler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2019; 16(4): 301-305.
- 15- Eyiğün NK. Hastane Çalışanlarında Mahremiyet Bilincinin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerine Etkisi. Danışman: Necla Yılmaz. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Isparta: 2019.
- 16- Karakaya İ, Mercanlıoğlu AÇ. Tıbbi Dokümantasyonun Sağlık Kuruluşları Açısından Önemi: Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutumları. SSSJournal, 2019; 34: 2426-2436.
- 17- Yamin CK, Emami S, Williams DH, Lipsitz SR, Karson AS, Wald JS, Bates DW. The digital divide in adoption and use of a personal health record. Archives of internal medicine, 2011; 171(6): 568-574.
- 18- Whipple EC, Allgood KL, Larue EM. Third-year medical students' knowledge of privacy and security issues concerning mobile devices. Med Teach. 2012; 34(8): 532-548.
- 19- Chen CL, Yang TT, Chiang ML, Shih TF. A privacy authentication scheme based on cloud for medical environment. J Med. 2014; Syst;38(11): 143.
- 20- Roehrs A, Da Costa CA, da Rosa Righi R, De Oliveira KSF. Personal health records: a systematic literature review. Journal of medical Internet research, 2017; 19(1): e5876.
- 21- Mainz J, Hess MH, Johnsen SP. The Danish unique personal identifier and the Danish Civil Registration System as a tool for research and quality improvement. International Journal for Quality in Health Care, 2019; 31(9): 717-720.
- 22- Altundiş M. Tıbbi kişisel verilerin tutulması ve korunması yükümlülüğü ve idarenin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesinden doğan sorumluluğu. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2016; (28): 313-352.
- 23- Atalay, H. N. Mahremiyet kapsamında kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması. Journal of Academic Perspective on Social Studies, 2021; (1): 1-20.
- 24- Basit G. Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verileri ile ilgili görüşleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2021; 37(3): 189-195.
- 25- Olgun S, Adıbelli D. Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2023; 31(6): 441-450.
- 26- Paksoy VM. Elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyet uygulamalarının özel hastanelerde değerlendirilmesi: Kayseri ili örneği. Danışman: Gonca Mumcu, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul: 2019.

Klonlama Uygulama Alanları ve Biyoetik Cloning Application Areas and Bioethics

Fatma ELMUSA^a

Özet

Klonlama, aseksüel yol ile genotip olarak birbiriyile aynı (özdeş) olan hücrelerin veya organizmaların elde edilmesidir. Klonlama, moleküler (gen) klonlama, terapötik (tedavi amaçlı) klonlama ve reproduktif (üreme amaçlı) klonlama olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Moleküler klonlama, genetik mühendisliği teknikleri ile belirli bir DNA dizinin çoğaltılmasıdır. Terapötik klonlama hücre topluluğunun çoğaltılması anlamına gelirken reproduktif klonlama aynı genetik yapıya sahip organizmaların elde edilmesi anlamına gelmektedir. Bu iki klonlamanın başlangıç aşaması benzer olsa da ilkinde laboratuvar ortamında oluşturulan blastosist kök hücre elde etmek için kullanılırken ikinci klonlama türünde blastosist bir taşıyıcı annenin rahmine yerleştirilerek yeni bireyin oluşturulması için kullanılmaktadır. Bu iki klonlama türü her zaman moleküler klonlamadan daha tartışmalı olmuştur. Özellikle son yıllarda reproduktif klonlama ile ilgili atılan adımlar ve geliştirilen teknolojiler dikkat çekmeye başlamıştır. 1996 yılında Somatik Hücre Nükleer Transferi (SCNT) tekniği ile Dolly adlı ilk memeli hayvanın klonlanması, reproduktif klonlama başta olmak üzere klonlama ile ilgili tartışmaların artmasına neden olmuştur. Bazıları, yeni olan bu teknolojinin hem insan hem çevre için olumsuz sonuçlara yol açacağı görüşünü savunurken bazıları klonlamanın gerekli olduğunu ve hayvancılık ve tıp gibi alanlarda yeni imkanlar sağlayacağı görüşünü savunmaktadır. Bu konuda devam eden tartışmalar klonlamanın ilerlemesini engelleyen en önemli faktörlerden biridir. Bir yandan insan ve hayvan hakları tartışma konusu olmuşken diğer yandan klonlamanın çevreye olan etkisi de tartışılmaktadır. Bu makalede klonlama karşıtları ve taraflarının klonlama ile ilgili tartıştığı noktalara değinmeden önce klonlama teknolojisi, tarihçesi ve uygulama alanları üzerinde durulacaktır. Böylece klonlama konusu ile ilgili temel kavramlar açıklanarak genel bilgi edinilecek ve konunun daha iyi anlaşılması sağlanacaktır. Daha sonra SCNT tekniklerine dayalı klonlama terimi ile ilgili yapılan etik tartışmalar özetlenecektir.

Anahtar Kelimeler: Klonlama; etik; biyoetik; terapötik klonlama; reproduktif klonlama

Abstract

Cloning involves obtaining cells or organisms that are genotypically identical through asexual means. Cloning can be divided into three categories: molecular (gene) cloning, therapeutic cloning, and reproductive cloning. Molecular cloning is the duplication of a specific DNA sequence using genetic engineering techniques. Therapeutic cloning refers to the reproduction of a population of cells, while reproductive cloning involves obtaining organisms with the same genetic makeup. Although the initial stages of these two types of cloning are similar, in the former, a blastocyst created in a laboratory is used to obtain stem cells, while in the latter, the blastocyst is placed in the uterus of a surrogate mother to create a new individual. These two types of cloning have consistently been more contentious than molecular cloning. Particularly in recent years, the strides taken, and technologies developed in reproductive cloning have begun to draw attention. The cloning of the first mammal named Dolly using the Somatic Cell Nuclear Transfer (SCNT) technique in 1996 significantly escalated debates surrounding cloning, especially reproductive cloning. Some argue that this novel technology will yield adverse consequences for both humans and the environment, while others advocate that cloning is imperative and will offer novel opportunities in domains such as livestock and medicine. Ongoing discussions on this matter remain one of the pivotal hindrances to the advancement of cloning. While human and animal rights have been the subject of debate, the impact of cloning on the environment is also under scrutiny. Before addressing the points debated by proponents and opponents of cloning, this paper will delve into cloning technology, its history and application areas. Thus, by elucidating fundamental concepts regarding cloning, general information will be acquired, and a better understanding of the subject will be provided. Subsequently, ethical debates surrounding the term 'cloning' attributed to SCNT techniques will be summarized.

Keywords: Cloning; ethics; bioethics; therapeutic cloning; reproductive cloning

^aDoktora Öğrencisi, Eskişehir Teknik Üniversitesi, Fen Fakültesi, Moleküler Biyoloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye.

✉ fatima.almousa1998@gmail.com ORCID: 0000-0001-6645-5487

Gönderim Tarihi: 22 Temmuz 2023 • Kabul Tarihi: 12 Aralık 2023

GİRİŞ

Klonlama terimi, Yunanca'da "dal" anlamına gelen "clonos" kelimesinden türetilmiştir (1). Altıncı yüzyılda yaşamış John Philoponus adlı filozof, eşeysiz üremeyi ifade etmek için, günümüzde halen taksonomide kullanılan "clade" teriminin köken aldığı "clados" sözcüğünü kullanmıştır (2). Yirminci yüzyıldan önce teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan aşılama, daldırma ve tomurcuklanma gibi tarımsal uygulamaların tamamını kapsayan bir terim yoktur. Bunun için 1903 yılında Herbert John Webber tarafından tek bir atadan eşeysiz olarak çoğaltılmış organizma kolonilerini tanımlamak için daha önce önerdiği "strace" terimi yerine Yunanca kökenli "clon" terimini önermiştir (3). Charles Pollard'ın yazım önerisiyle 1905'te "clone" terimi kabul edilmiştir (2). Hızlı bir şekilde kabul gören Klon terimi, doğal olarak veya insan müdahalesi ile bitkilerin eşeysiz olarak çoğaltılmış soyunu tanımlamak için tarım alanında kullanılmıştır (4). Daha sonra 1912'de George Harrison Shull bu terimin hayvanlara da genişletilmesini önermiştir (5). Böylece klonlama teriminin anlam yükü, tek bir atadan gelen kalıtsal olarak özdeş kopyalar anlamına da gelecek şekilde genişletilmiştir (6).

Klonlama, doğada partenogenez adı verilen döllensiz üreme ve embriyo bölünmesi süreçlerinde kendiliğinden gerçekleşebilmektedir. Fakat 1952 yılında Robert William Briggs ve Thomas Joseph King'in kurbağalar üzerinde klonlama deneyi yapmaları ve 1962 yılında John Bertrand Gurdon'un nükleer transferi tekniği ile başka tür kurbağaları laboratuvarında yapay yolla klonlamayı başarmasıyla bu alandaki çalışmalar hız kazanmış ve etik tartışmaları çıkmaya başlamıştır (4).

Etik terimi, karakter veya gelenek anlamına gelen Yunanca "ethos" kelimesinden türetilmiştir (7). Etik, iyiyi kötüden ve doğruyu yanlıştan ayırmada rehberlik eden bir prensip olarak düşünülebilir (8). Ancak etik, sadece bu ayırmayı yapmakla sınırlı kalmaz; aynı zamanda bu kavramların nasıl irdeleneceğini, hangi değerlerin önemli olduğunu ve bu değerlerin nasıl dengeleneceğini de inceler. Etik, bir disiplin olarak ikilemleri ele alır ve ahlaki zorunluluklardan tartışma ve çatışmalara yol açan bir sorun veya durumla en iyi nasıl başa çıkılacağını dikkatli bir değerlendirmenin sonucunda ortaya koymaya çalışır (7,8). Bu bağlamda somut ahlaki konuları ele alan uygulamalı etik, pratik hayatta karşılaşılan sorunları sistematik olarak ele alır ve çözmeye çalışır (9). Özellikle tıp ve sağlık alanında karşılaşılan etik sorunlar, uygulamalı etiğin önemli bir konusunu oluşturur. "Biyoetik" uygulamalı etiğin bir alt dalıdır ve terim ilk defa 1927 yılında Fritz Jahr tarafından kullanılmıştır (10). Biyoetik, tıp etiği, hayvan etiği ve çevre etiğinin yanı sıra biyoteknoloji ve tıp araştırmalarının etik boyutunu da kapsamaktadır (11). Dolayısıyla bu tanım, bitkileri, hayvanları veya insanları klonlama tartışmalarından çok daha fazlasını içerir.

Klonlama çalışmaları ve özellikle insan klonlaması konusu, popüler medyada en çok tartışmalara yol açan biyoetik konuları arasında yer almasıyla birlikte klonlama teknolojisinin yanlış tanıtılmasından kaynaklanan biyoetik sorunlar da ortaya çıkmaktadır (12). Dolayısıyla bu derlemede klonlama ile ilgili biyoetik görüş ve tartışmalara geçmeden önce klonlama teknolojisinin temel prensipleri, tarihsel gelişimi ve uygulama alanları hakkında bilgiler verilecektir.

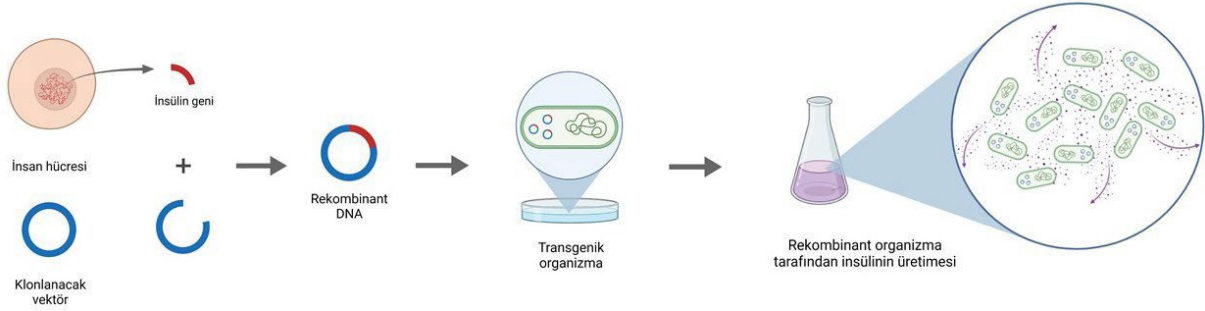
KLONLAMA ÇEŞİTLERİ

Daha önce belirtildiği gibi klonlama bazı organizmalarda; tomurcuklanma, bölünme (fragmentasyon), spor oluşumu, ikili fisyon, partenogenez veya döllensiz yumurtanın bölünmesiyle özdeş ikizlerin oluşumu sırasında doğal olarak gerçekleşebilmektedir (13). İnsanın müdahalesi ile gerçekleştirilen yapay klonlama çeşitleri ise üçe ayrılır:

1. Moleküler (gen) klonlama

Genetik mühendisliği teknolojilerinin kullanılması ile izole edilen belirli bir DNA parçasının uygun olan vektöre yerleştirilmesi sonucunda elde edilen rekombinant DNA'nın uygun bir konak hücreye transfer edilmesi ve orada çoğaltılması sonucunda aktarılan DNA dizisinin özdeş kopyalarının elde edilmesidir

(14,15). Klonlanan DNA parçası protein ürünü olan bir gen ise o proteinin üretimi bu şekilde gerçekleştirmek mümkündür (Şekil 1). Ticari olarak rekombinant DNA teknolojisiyle üretilen ilk protein olan insülin hormonu, insan uygulamaları kapsamında FDA tarafından onaylanan ilk rekombinant DNA ürünüdür (8).



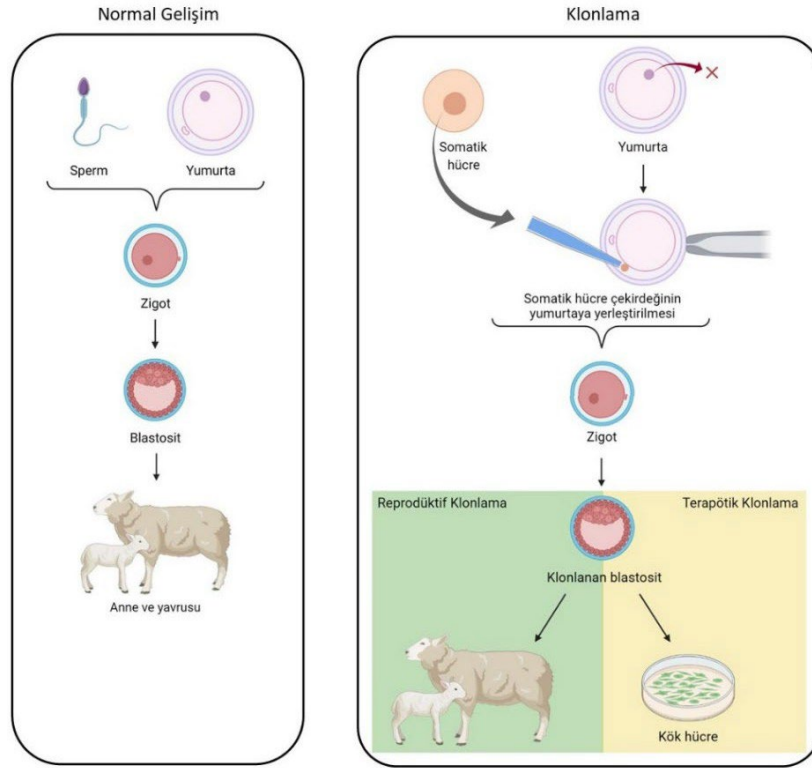
Şekil 1. Rekombinant DNA Teknolojisi ile Protein (İnsülin) Üretimi (16) (Biorender.com kullanılarak çizilmiştir)

2. Reprodüktif (üreme amaçlı) klonlama

Tam bir organizmanın özdeş kopyasının elde edilmesini amaçlayan klonlama türüdür. Bu klonlama tipinde sperm hücresi olmadan yumurtanın döllenmesi gerçekleştirilir (16). Dolayısıyla elde edilen klonlar aynı nükleer DNA'ya sahipken farklı mitokondriyal DNA'ya sahip olur (17). Bunun için genetik materyali çıkarılan ve nötralize edilen yumurtanın içine klonlanmak istenen canlıya ait hücrenin kendisi (Roslin Tekniği) veya mikropipet ile alınan hücrenin çekirdeği (Honolulu Tekniği) aktarılır (18). Daha sonra manipüle edilen oositin hücre bölünmesini uyarmak için bir elektrik akıma maruz bırakılır (19). Döllenmiş yumurtanın taşıyıcı anne rahmine aktarmasıyla embriyo gelişir ve klon elde edilir (20). Doğal olarak gerçekleşen üremenin temelinde embriyo, yarısı anne yarısı babadan gen bilgisine sahip olmaktadır. Bu sayede de çeşitlilik korunur. Ancak üreme amaçlı klonlamada embriyo tek bir ebeveynin genetiğine sahip olduğu için çeşitlilik söz konusu değildir (21).

3. Terapötik klonlama

Tedavi amaçlı klonlamada reprodüktif klonlamanın aksine elde edilen embriyo bir rahme yerleştirilmez. Laboratuvar ortamında farklı teknikleri kullanarak oluşturulan blastosistin içinde bulunan ve çeşitli hastalıkları tedavi etme potansiyeli olan kök hücreler izole edilir (Şekil 2). Böylece genetik açıdan klonlanan birey ile aynı yapıya sahip (özdeş) dolayısıyla da immün sistem rejeksiyonuna neden olmayan hücre/doku/organ elde edilebilir (16,22). Bu şekilde elde edilen kök hücreler ile hastalık modellerinin bulunmadığı durumlarda (özellikle nadir genetik hastalıklar için) in vitro modeller de oluşturulabilir. Bunun yanında özellikle nadir genetik hastalıklarda olduğu gibi hasta sayısının az olduğu ve o hastalığı araştırmanın invaziv ve zor olduğu durumlarda hasta ile genetik olarak özdeş kök hücreler sağlanabilir. Bu kök hücreler, bu hastalıkların daha iyi anlaşılması, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve ilaçların test edilmesi gibi çeşitli araştırma alanlarında kullanılabilir (19).



Şekil 2. Normal Gelişim ve Klonlama Çeşitlerinin Farkı (23) (Biorender.com kullanılarak çizilmiştir)

Bu üç klonlama tipi dışında doğal olarak meydana gelen tek yumurta ikizlerine benzer bir şekilde klonlar elde edilmesini sağlayan bir klonlama (embriyo bölme) yöntemi geliştirilmiştir. Bu yöntemde bir yumurtanın döllenesi sonucunda oluşan embriyonik hücreler laboratuvar ortamında ayrılması ve her bir hücrenin ayrı olarak büyümeye devam etmesi sağlanır. Daha sonra bu hücrelerin her biri bir rahme aktarılarak birbirine genetik açıdan özdeş bireylerin oluşması sağlanabilir (19). Ancak bu makalede ele alacağımız klonlama tarihçesi, uygulama alanları ve etik tartışmaları, somatik hücre nükleer transferi (SCNT) tekniklerine atfedilen klonlama terimi ile ilgilidir.

KLONLAMA TARİHÇESİ

1950-1959 arası: İlk klonlama çalışması, UV ışınıyla inaktif hale getirilen kurbağa yumurtalarına farklılaşmış hücre çekirdeklerinin transferi ile 1952 yılında Briggs ve King tarafından gerçekleştirilmiştir (24). Bitki doku kültürü tekniklerinin gelişmesiyle bitki klonlama çalışmalarına da yer verilmiştir. 1958'de Frederick Campion Steward, havuç hücrelerinden bütün bir havuç bitkisini elde etmeyi başardı ve bu sayede havuç klonlanan ilk bitki olmuştur. Bu çalışma somatik hücrelerden de klonlamanın mümkün olabileceğini göstermiştir (25).

1960-1969 arası: 1962'de John Gurdon'un farklılaşmış yetişkin hücrelerden kurbağalar klonlamayı başarması nedeniyle 2012 yılında Nobel ödülü almıştır (26). 1963 yılında Tong Dizhou tarafından erkek bir sazan balığının DNA'sını dişi bir sazanın yumurtasına naklederek dünyanın ilk balığını klonlamayı başarmıştır (27).

1970-1979 arası: 70'li yıllarda Rekombinant DNA teknolojisinin geliştirilmesiyle klonlama çalışmaları da hız kazanmıştır (28).

1980-1989 arası: İlk klonlanan sığır (29) ve koyun (30) Steen Willadsen tarafından 1981 ve 1986 yıllarında ilk nükleer transfer tekniğini kullanarak gerçekleştirilmiştir. Yine 1986 yılında embriyo hücrelerinin kullanılmasıyla bir inek klonlanmıştır (31).

1990-1999 arası: 1995 yılında Ian Wilmut ve Keith Campbell farklılaşmış embriyo hücrelerinden Megan ve Morgan adlı iki koyun klonlamayı başarmıştır (32). Bütün bu çalışmalarda embriyonik hücre çekirdekleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Fakat 1996 yılında Wilmut, ilk defa bir somatik hücre çekirdeği ile ilk memeli hayvanı başarıyla klonlamıştır. Dolly adı verilen bu koyun, altı yaşındaki bir koyunun meme bezlerinden alınan hücreler kullanılarak (Roslin tekniği ile) klonlanmıştır (33). Bir yıl sonra yine Wilmut ve Campbell tarafından Polly ve Molly adında yetişkin somatik hücrelerden ilk transgenik klonların elde edildiği açıklanmıştır (34). Teruhiko Wakayama yaptığı denemeler sonucunda 98 yılında aynı genetiğe sahip üçüncü nesil klon fareler elde etmeyi başarmıştır (35). Daha sonraki çalışmalarda Noto ve Kaga adına inekler (36), Mira adlı keçi (37), Fibro adında ilk erkek hayvan (fare) (35) ve soyu tükenmiş Tasmanya kaplanına ait genetik material canlı bir organizmaya klonlanmıştır (38).

2000 ve sonrası: 2000 yılında Dolly'yi klonlayan araştırma grubu ilk kez beş domuzu (Millie, Alexis, Christa, Dotcom ve Carrel) klonlamayı başardı (39). Aynı yılda diğer araştırmacılar; mikroenjeksiyon tekniği ile Xena adlı (Meishan cinsi) Çin yerli domuzu (40), Ombretta adı verilen somatik hücrelerden ilk keçi, nadir bir koyun ırkı olan yaban koyunu (*Ovis gmelini*) klonlanmıştır (41). Sonraki yıllarda klonlama çalışmalarına ara vermeden devam edilmiştir ve nesli tükenmekte olan bir Asya yaban öküzü (42), CopyCat adlı ilk evcil hayvan ve aynı zamanda ilk kedi (43), somatik hücrelerden tavşanlar (44), Pampa adına ölen bir inekten ilk buzağı (45), 23 yıl önce ölen ve nesli tükenmekte olan Banteng türü sığır (46), ilk katır (47), at (48), geyik (49), Afrika yaban kedisi (50), Little Nicky adı verilen ticari olarak ilk kedi (51), Snuppy adında ilk evcil köpek (52), gelincik (53), ilk Hint şebeği (54), kurt (55), deve (56), dövüş boğası (57), insan anne sütüne benzer süt veren Rosita adlı transgenik inek (58), Hua Hua ve Zhong Zhong adlı iki makak maymunu klonlanmıştır (54).

İnsan klonlandığına dair iddiaları destekleyen herhangi somut bir kanıt bulunmamakla birlikte, bu iddiaları ortaya atan araştırmacılar mevcuttur. Özellikle Clonaid adlı şirket, 2002 yılında Eve isminde ilk insanı klonlandıklarını iddia ederek büyük bir tartışma yaratmıştır (59,60). Ancak bu iddia bilimsel olarak doğrulanmamış ve ciddi kuşkuyla karşılanmıştır. Öte yandan, terapötik klonlama (kök hücre elde etme) uygulamaları kapsamında 2011 yılında bir insan embriyosu (blastosisti), insana ait somatik hücrelerin bir yumurtaya aktarılması sonucunda başarıyla elde edildiği bildirilmiştir (61). Yakın gelecekte buna benzer çalışmaların ilerletilmesi ve elde edilen blastosistlerin bir rahime yerleştirilerek insanları klonlama girişimleri söz konusu olabilir.

KLONLAMA UYGULAMALARI

Klonlama teknolojisi, soyu tükenme riski altındaki türlerin korunmasında kullanılabilir. Bunun için o türlerin yumurtaları, yetişkin somatik hücreleri ve embriyoları doldurularak saklanabilir. Böylece sayısı azalan türler klonlama ile artırılabilir (6,62).

Gen aktarımı ile önemli proteinleri ve benzeri maddeleri sentezleyebilir hale gelen transgenik canlıların klonlarını üreterek ilgili proteinin ticari amaçlarla büyük miktarlarda elde etmek mümkündür (63). Ayrıca genetik mühendisliği uygulamaları ile insan vücudunun immün rejeksiyonunu önleyecek genetik manipülasyonların yapıldığı transgenik hayvanların klonları elde edilebilir. Bu organ nakli gereken durumlar için oldukça önemlidir (64).

Klonlama bilimsel araştırmalar için uygun, genetik çeşitliliği problemini ortadan kaldıran ve genotipleri ve yaşları aynı klon organizmaların elde edilmesini sağlar. Dolayısıyla daha güvenilir ve kesin sonuçlar elde edilebilir (62).

Kanser gibi hala etkili bir tedavi yöntemi bulunamayan hastalıklara çare olabilecek kök hücreler, terapötik klonlama ile elde edilebilir. Yine kök hücrelerle çeşitli nedenlerden dolayı kaybedilen organ ve dokular değiştirilebilir. Bunun en önemli avantajı hastalara genetik açıdan tam uyumlu hücre kaynağının sağlanmasıdır (6).

İNSAN DIŞI ve İNSAN KLONLAMASI ÜZERİNDEKİ BİYOETİK TARTIŞMALAR

Klonlama ile ilgili etik tartışmalar, insan dışı klonlama ve insan klonlaması olmak üzere iki açıdan incelenebilir. İnsan dışı klonlama çalışmaları, insan klonlama çalışmaları kadar tartışılmasa da etik açıdan karmaşıktır. Bunun nedeni hem insan hem çevre üzerindeki etkilerinin tartışılıyor olmasıdır. Ayrıca klonlanmak istenen hayvanlar üzerinde yarattığı olumsuz sonuçlar da tartışma konusu olmaktadır. Bu olumsuz sonuçlar, klonlama prosedürleri gereği hayvanların yaşadığı acıyı ve klonlamanın hayvan popülasyonları üzerindeki zararlı etkilerini kapsamaktadır (12,65). Klonlama prosedürlerinin başarı oranı yaklaşık % 2'dir ve ölüm oranlarını düşürmeye yönelik çabalara rağmen, başarılı bir şekilde klonlanan hayvanlar genellikle genetik anormallikler, kısalmış telomerler ve enfeksiyonlara ve diğer hastalıklara karşı artan duyarlılık gibi çeşitli faktörler nedeniyle erken ölüm yaşamaktadırlar (65). Ancak tartışmaların bu yönü, klonlamayla ilgili olmasından çok, pratik kaygılar ile ilgilidir. Sonuç olarak ABD İnsani Yardım Derneği (HSUS) başta olmak üzere birçok kurum, klonlanan hayvanların ve onlardan gelen yavruların ürünleri yasaklamayı talep etmiştir. Fakat hayvan klonlama çalışmalarını destekleyenler, klonlama verimlilik oranlarının sürekli arttığını ve ayrıca klonlama çalışmalarında kullanılan hayvan sayısı (tarım, gıda ve spor gibi) diğer alanlarda kullanılan/tüketilen hayvan sayısından daha az olduğunu belirterek savunmuştur (65). Klonların olumsuz çevresel etkileri ile ilgili endişeler, koruma amaçlı (nesli tükenen/tükenmekte olan hayvanları) klonlama ve çiftlik hayvanları klonlama ile ilgilidir (65). Klon hayvanların çevre ile etkileşimi, beklenmeyen etkiler ile sonuçlanabilir. Hem tarımsal hem koruma amaçlı klonlama sonucunda elde edilen klon hayvanların klon olmayan hayvanlarla bir araya gelmesi, öngörülemeyen genlerin ortaya çıkmasına ve çevre üzerinde ciddi etkiler oluşmasına neden olabilir. Süt ve et gibi klon hayvanların ürünleri güvenli olup olmadığı ile ilgili de herhangi bir kanıt yoktur. Dolayısıyla bu ürünlerin piyasaya sürülebilmesi için gıda olarak tüketiminin güvenliliğini hükümet tarafından onaylanması gerekmektedir (65). Fakat onay almak da yeterli olmayabilir. Bunun nedeni çoğu tüketicinin genetiği değiştirilmiş gıdalara karşı şüphe duyuyor olmasıdır. Etik açıdan buradaki asıl konu, ürünlerin güvenliliğinden ziyade klon hayvanların üretimidir. Ayrıca çiftlik hayvanların klonlanması dışında evcil hayvanların da klonlanması ve bu klonlama ile ölmüş evcil hayvanların diriltilebileceği gibi gerçek olmayan vaatlerde bulunulmasının yanı sıra bunun için yüksek meblağların istenmesi etik kaygılara yol açmaktadır (65). Sonuçta evcil hayvanların klonlanması, her gün kurtarılacak binlerce hayvanın ölümüne terk edilmesi anlamında da gelmektedir (12).

Klonlanmış hayvanların popüler hale gelmesiyle "insan klonlanabilir mi" sorusu ortaya çıkmış ve beraberinde etik tartışmaları gündeme getirmiştir. Günümüzdeki teknolojiler göz önünde bulundurulduğunda bu sorunun kesin cevabı, hayırdır. Bugüne kadar, tüm klonlanmış organizmalar sadece genetik açıdan klonlanmış olup fenotipleri farklılık göstermiştir. Dahası, insan genotipinin klonlanması da birçok teknik engeli bulunmaktadır. Bu engeller aşılsa bile, üretilen klonlar farklı kişilik, karakter, anatomi ve fizyolojiye sahip olacaktır (20). Bilim insanlarının çoğu insan üreme klonlamasının yapılmaması gerektiğini ifade etse de bazı bilim insanları bu konuyla ilgili daha fazla araştırmaların yapılmasına izin verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu görüşü savunanlar, insan klonlamasıyla ilgili etik kaygıları gidermek için sıkça özdeş ikizler analogisini kullanmaktadır. İkizler doğal olarak meydana geldiğinden in vivo olarak benzer bir şekilde ikizler yaratmanın sorun olmayacağı görüşündedirler. Fakat bu benzetmeyi kabul etmeyenler de vardır (12). Sonuçta klonlar özdeş ikizlerin aksine aynı rahmi paylaşmazlar. İnsanın üreme amacıyla klonlanması, belirli özelliklerdeki (tasarlanmış) çocukların doğrulmasına neden olacağı ile ilgili kaygılar da vardır. Fakat bu kaygılar klonlama ile ilgili olmasından ziyade genetik mühendisliği ve genomun manipülasyonu ile ilgilidir (66). Bu konuyla ilgili tartışmaların artmasıyla Birleşmiş Milletler 2005 yılında İnsan Klonlama Bildirgesi (UN Declaration on Human Cloning) ile insanın klonlanmasına yasal olarak yasak getirilmiştir (67). İnsan üreme amaçlı klonlama çalışmaları yakın gelecekte mümkün olmasa da tedavi amaçlı klonlama çalışmaları devam etmektedir (20).

Kök hücre elde etmeye yönelik olarak yapılan tedavi amaçlı (terapötik) klonlamanın da yapılıp yapılmaması veya ne zaman yapılması gerektiği ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Günümüzde halihazırda embriyonik

kök hücre izolasyonu için blastosist aşamasındaki embriyolar yok edilmektedir. Ancak terapötik klonlamada, sadece kök hücre izolasyonu için embriyoların yok edilmesi değil aynı zamanda sadece o amaçla embriyoların oluşturuluyor olması, farklı görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Patrick Lee ve Robert Peter George gibi bazı araştırmacılar, erken embriyonun bir insan olduğunu dolayısıyla da yetişkin bir insanla aynı temel ahlaki haklara sahip olduğunu savunmaktadır (68). Bu görüş, kök hücre kaynağı sağlamak amacıyla embriyoları üretip öldürmenin ciddi bir ahlaki yanlış ve etiğe aykırı olduğunu savunmaktadır (19). Diğer görüş, önceki görüşü reddedip erken embriyonun yalnızca bir hücre kümesi ve insan dokusu olduğunu dolayısıyla da ahlaki statüden yoksun olduğunu savunmaktadır. Albert Schweitzer gibi faydacı ahlak anlayışına sahip kişiler, bu teknolojinin birçok hastalığın tedavisi için umut verici olduğundan daha çok araştırılması gerektiğini ve bunun etik açıdan zorunlu olduğu savunmaktadır (69,70). Sonuç olarak, Christopher A. Pynes'in de işaret ettiği gibi bitki veya bakteri klonlamasıyla ilgili bir sorun bulunmuyor gibi görünmekte, ancak söz konusu insana ait biyolojik dokuları kullanarak kök hücreler elde edilmesi üzerinde yapılan araştırmalar olduğunda bazı etik tartışmalar ortaya çıkmaktadır (12). Bu konuyla ilgili değerlendirmenin yapılabilmesi için öncelikle embriyonun (veya blastosistin) ahlaki statüsünün belirlenmesi önem arz etmektedir. Michael J. Sandel, blastosistin insan ile ahlaki olarak eşdeğer kabul edilmesi durumunda, embriyonik kök hücre araştırmalarının tamamen yasaklanması gerektiğini savunmaktadır (66). Ayrıca, blastosist kullanımının bir cinayet türü olarak ele alınması gerektiğini ve bu tür faaliyetlere karşı ABD yasalarının öngördüğü bir milyon dolar para cezası ile on yıla kadar hapis cezasının yetersiz olduğunu, bunun yerine müebbet hapis veya ölüm cezası çarptırılması gerektiğini öne sürmüştür (66). Blastosisti insanla eşdeğer olarak kabul gören bazı araştırmacılar, araştırma yapmak amacıyla sadece kliniklerin arda kalan embriyoların atılması yerine kullanılmasına izin verilebileceği görüşünü desteklemektedirler (66). Bu, “tüp bebek uygulamalarında neden embriyoların üretilmesi ve kurban edilmesi etik açıdan kabul edilirken kök hücre araştırmaları için kabul edilmez” sorusunu akla getirmektedir. Sonuçta her iki uygulama da birer amaca hizmet etmektedir (66). Daha az kabul gören bir diğer görüş, somatik bir çekirdek ile çekirdeksiz yumurtanın kombinasyonu sonucunda elde edilen “Transnükleer Yumurta”, normal embriyoların aynı ahlaki statüsüne sahip olmadığı ve insana dönüşme potansiyeli olmayan bir artefakt olduğu temeline dayanır. Bu düşüncüyü savunanlara göre, somatik hücrelerden elde edilen embriyolar (klonotlar), insan üretecek kadar doku kültürü ortamında fazla gelişemezler. Bu yüzden de “embriyo” ve “zigot” gibi terimlerin yanıltıcı olduğunu belirterek yerine “klonot (clonote)” ve “ovazom (ovosome)” gibi terimlerin kullanılmasını önermektedirler (19).

Reproduktif klonlama veya terapötik klonlama olsun her iki teknoloji için yüksek kalitede oosit gerekmektedir. Oosit bağışının çeşitli riskleri ve yan etkilerinin olması nedeniyle oositlerin elde edilmesi konusu da etik sorunlar içermektedir. Tüp bebek için oosit veren kadınların aksine tıbbi olmayan oosit bağışçıları klinik hastası değildir. Ayrıca, bu kadınlar psikolojik bir fayda sağlayacakları iddia edilse de tıbbi bir fayda sağlamayacaklardır. Bunun için mali teşviklerin verilmesi önerilmiştir. Bu sayede oosit bağışları da arttırılabilir. ABD başta olmak üzere birçok ülkede oosit satışı yasaldır. Bu uygulamalara karşı çıkanlar, oositlerin ticarileştirilmesi nedeniyle kadınları araçsal kullanımından endişelenmektedirler (19,66). Oositlerin toplanmasına alternatifler araştıran bilim insanları kök hücrelerden oosit elde etmeyi başarmışlardır. Fakat bu uygulamaların yaygınlaştırılabilmesi ve tıbbi olmayan amaçlarla oosit bağışlarının önüne geçilmesi için daha çok araştırmanın yapılması gerekmektedir, ki bu araştırmalarda etik açıdan tartışılmaktadır (19). Bunun yanında; klonlama yoluyla gebe kalacak kadınların zarar görmesi, klonun kimliği ve klonlanan kişinin bireyselliği, klonlarına ait genomun seçilebilmesi ve öjenik (belirli kalıtsal özelliklere sahip) klonların elde edilmesi gibi etik açıdan göze çarpan konuların da tartışmaları devam etmektedir (19).

SONUÇ

Klonlama olarak adlandırılan ve bu makalede üzerinde durulan yetişkin bir canlıya ait somatik hücrelerin kullanılması ile o canlıya genetik açıdan benzer bireylerin oluşturulması işlemine izin verilip verilmemesi gerektiği konusunda güçlü bir anlaşmazlık bulunmaktadır. Bu anlaşmazlık hem hayvanların hem insanın ister üreme amacıyla ister terapötik amaçla klonlanması ile ilgilidir. Klonlamanın hayvanların korunması, popülasyon ıslahı, kök hücre ile birçok hastalığın tedavisi ve immün sistem tarafından reddedilmeyen doku ve organların üretilmesi gibi amaçlara hizmet edebilecek olsa da halen bu tekniğin düşük başarı oranına sahip olması, klonlamanın taşıyıcı anne ve klon için hem doğum öncesi hem doğum sonrası risklerinin olması, doğan klonların sağlık sorunları yanında kimlik karmaşıklığı sorununun olması, organ bağıışı için o amaçla klonların oluşturulması ve öldürülmesi, insan ve hayvanların nesneleştirilmesi ve ticari bir ürün haline gelebilmesi gibi olumsuz yönleri de vardır. Dolayısıyla klonlama hem bilimsel hem de etik sonuçları olan karmaşık ve tartışmalı bir konudur. Bu bağlamda asıl soru, IVF (İn Vitro Fertilizasyon) tekniğinin ilk çıktığı zamanlarda etik tartışmalara neden olduğu halde zamanla kabul gördüğü ve yaygınlaştığı gibi klonlama da kabul görüp rutin hale gelecek midir? Acaba bir gün klonlamaya IVF benzeri, sıradan bir üreme tekniği gözüyle bakılacak mıdır? Biyoetikçiler bir kenara çekilip araştırmacıların klonlama ayrıntılarını çözmesi için izin mi vermelidir? Nihayetinde, klonlamaya izin verilip verilmeyeceğine ilişkin karar, potansiyel faydalar ile uygulamayla ilgili riskler ve etik kaygılar arasındaki dengeye bağlıdır.

KAYNAKLAR

1. Diamandopoulos AA, Goudas PC. Cloning's not a new idea: The Greeks had a word for it centuries ago. Nature [Internet]. 2000 Dec 21 [cited 2023 Sep 13];408(6815):905. Available from: <https://www.nature.com/articles/35050264>
2. Steensma DP. The origin and evolution of the term "clone." Leuk Res. 2017 Jun 1;57:97–101.
3. Webber HJ. New horticultural and agricultural terms [Internet]. Vol. 18, Science. Science; 1903 [cited 2023 Sep 13]. p. 501–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17774341/>
4. Poland SC, Bishop LJ. Bioethics and cloning. Kennedy Inst Ethics J. 2002;12(3):305–24.
5. Shull GH. "Genotypes," "biotypes," "pure lines" and "clones." Science (1979) [Internet]. 1912 [cited 2023 Sep 13];35(888):27–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17752896/>
6. Nabavizadeh SL, Mehrabani D, Vahedi Z, Manafi F. Cloning: A Review on Bioethics, Legal, Jurisprudence and Regenerative Issues in Iran. World J Plast Surg [Internet]. 2016 Sep [cited 2023 Sep 13];5(3):213–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27853684>
7. Avasthi A, Ghosh A, Sarkar S, Grover S. Ethics in medical research: General principles with special reference to psychiatry research. Indian J Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 2021 May 30];55(1):86–91. Available from: </pmc/articles/PMC3574464/>
8. William J.Thieman, Michael A.Pallodino. Bioteknolojiye Giriş. Mücella Tekeoğlu, editor. Palme Yayıncılık; 2013. 323–324, 133 p.
9. Yılmaz A. Felsefenin Sunduğu Bir İmkan Olarak Uygulamalı Etik. Muhafazakar Düşünce Dergisi [Internet]. 2009 Mar 15 [cited 2023 Sep 13];5(19–20):67–78. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/muhafazakar/issue/55642/762097>
10. Muzur A, Rinčić I, Jahr F. Fritz Jahr-the Father of European Bioethics. Synth Philos [Internet]. 2011 [cited 2023 Sep 13];133–9. Available from: www.newadvent.org/cathen/12080c.htm.
11. Internet Encyclopedia of Philosophy [Internet]. [cited 2023 Sep 13]. Bioethics. Available from: <https://iep.utm.edu/bioethics/>
12. Pynes CA. Bioethics of Cloning. In: Encyclopedia of Life Sciences. John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
13. Molnar C, Gair J. Reproduction Methods. In: CONCEPTS OF BIOLOGY. 1st ed. BCcampus; 2019.
14. Altıntaş L, Enver H, Tutun H. Recombinant DNA Technology and Use in Veterinary Drug Development. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 1];193–204. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/391014>
15. Bertero A, Brown S, Vallier L. Methods of Cloning. In: Basic Science Methods for Clinical Researchers. Elsevier Inc.; 2017. p. 19–39.
16. Yerdelen E. Klonlamanın (Kopyalama) Ceza Hukukundaki Yeri. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 13];643–85. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/622710>

17. Council NR. Scientific and Medical Aspects of Human Reproductive Cloning. Scientific and Medical Aspects of Human Reproductive Cloning. National Academies Press; 2002. 25 p.
18. Bailey R. Cloning Techniques [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 13]. Available from: <https://www.thoughtco.com/cloning-techniques-373338>
19. Devolder K. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2017 [cited 2023 Sep 13]. Cloning. Available from: <https://plato.stanford.edu/entries/cloning/>
20. Ayala FJ. Cloning humans? Biological, ethical, and social considerations. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 2015 Jul 21 [cited 2023 Sep 13];112(29):8879–86. Available from: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1501798112
21. Klonlama ve Biyoetik [Internet]. Ankara; 2005 [cited 2022 Aug 7]. Available from: <https://www.yumpu.com/tr/document/read/39681391/klonlama-ve-biyoetik-i-unesco-turkiye-mill-i-komisyonu>
22. Kfoury C. Therapeutic cloning: Promises and issues. McGill Journal of Medicine [Internet]. 2007 [cited 2023 Sep 13];10(2):112–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2323472/>
23. Fischbach GD, Fischbach RL. Stem cells: science, policy, and ethics. J Clin Invest [Internet]. 2004 Nov 15 [cited 2022 Jan 1];114(10):1364–70. Available from: <http://www.jci.orgVolume114Number10>
24. Briggs R, King TJ. Transplantation of living nuclei from blastula cells into enucleated frogs' eggs. Proceedings of the National Academy of Sciences [Internet]. 1952 May 1 [cited 2023 Sep 13];38(5):455–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1063586/>
25. Steward FC, Mapes MO, Mears K. Growth and Organized Development of Cultured Cells. II. Organization in Cultures Grown from Freely Suspended Cells. Am J Bot. 1958 Dec;45(10):705.
26. Gurdon JB. The developmental capacity of nuclei taken from intestinal epithelium cells of feeding tadpoles. J Embryol Exp Morphol. 1962 Dec 1;10(4):622–40.
27. Liao L, Li L, Zhao RC. Stem cell research in China. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2007 Jun 29;362(1482):1107–12.
28. Jackson DA, Symons RH, Berg P. Biochemical method for inserting new genetic information into DNA of Simian Virus 40: circular SV40 DNA molecules containing lambda phage genes and the galactose operon of Escherichia coli. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 1972 [cited 2021 Jun 15];69(10):2904–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4342968/>
29. Willadsen SM, Polge C. Attempts to produce monozygotic quadruplets in cattle by blastomere separation. Vet Rec [Internet]. 1981 Mar 1 [cited 2021 Jun 15];108(10):211–3. Available from: <https://europepmc.org/article/med/6939169>
30. Willadsen SM. Nuclear transplantation in sheep embryos. Nature [Internet]. 1986 [cited 2021 Jun 15];320(6057):63–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3951549/>
31. Prather RS, Barnes FL, Sims MM, Robl JM, Eyestone WH, First NL. Nuclear transplantation in the bovine embryo: assessment of donor nuclei and recipient oocyte. Biol Reprod [Internet]. 1987 [cited 2021 Jun 15];37(4):859–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3689854/>
32. Campbell KHS, McWhir J, Ritchie WA, Wilmut I. Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cell line. Nature [Internet]. 1996 Mar 7 [cited 2021 Jun 15];380(6569):64–6. Available from: <https://www.nature.com/articles/380064a0>
33. Wilmut I, Schnieke AE, McWhir J, Kind AJ, Campbell KHS. Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells. Nature [Internet]. 1997 Feb 27 [cited 2021 Jun 15];385(6619):810–3. Available from: <https://www.nature.com/articles/385810a0>
34. Schnieke AE, Kind AJ, Ritchie WA, Mycock K, Scott AR, Ritchie M, et al. Human factor IX transgenic sheep produced by transfer of nuclei from transfected fetal fibroblasts. Science (1979) [Internet]. 1997 Dec 19 [cited 2021 Jun 15];278(5346):2130–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9405350/>
35. Wakayama T, Perry ACF, Zuccotti M, Johnson KR, Yanagimachi R. Full-term development of mice from enucleated oocytes injected with cumulus cell nuclei. Nature [Internet]. 1998 Jul 23 [cited 2021 Jun 15];394(6691):369–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9690471/>
36. Kato Y, Tani T, Sotomaru Y, Kurokawa K, Kato JY, Doguchi H, et al. Eight calves cloned from somatic cells of a single adult. Science (1979) [Internet]. 1998 Dec 11 [cited 2021 Jun 15];282(5396):2095–8. Available from: <http://science.sciencemag.org/>
37. Baguisi A, Behboodi E, Melican DT, Pollock JS, Destrempes MM, Cammuso C, et al. Production of goats by somatic cell nuclear transfer. Nat Biotechnol [Internet]. 1999 May [cited 2021 Jun 15];17(5):456–61. Available from: https://www.nature.com/articles/nbt0599_456
38. Fletcher AL. Bring 'Em back alive: Taming the Tasmanian tiger cloning project. Technol Soc. 2008 Apr 1;30(2):194–201.
39. Polejaeva IA, Chen SH, Vaught TD, Page RL, Mullins J, Ball S, et al. Cloned pigs produced by nuclear transfer from adult somatic cells. Nature [Internet]. 2000 Sep [cited 2021 Jun 15];407(6800):86–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993078/>

40. Wells W. Xena: small cloned piglet. *Genome Biol* [Internet]. 2000 Aug 18 [cited 2021 Jun 15];1(1):spotlight-20000818-02. Available from: <http://www.sciencemag.org/>
41. Heatherington T. Cloning the wild mouflon. *Anthropol Today* [Internet]. 2008 Feb 1 [cited 2021 Jun 15];24(1):9–14. Available from: <http://150.146.205.11/istituti/>
42. Lanza RP, Cibelli JB, Diaz F, Moraes CT, Farin PW, Farin CE, et al. Cloning of an endangered species (*Bos gaurus*) using interspecies nuclear transfer. *Cloning* [Internet]. 2000 [cited 2021 Jun 15];2(2):79–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16218862/>
43. Shin T, Kraemer D, Pryor J, Liu L, Rugila J, Howe L, et al. A cat cloned by nuclear transplantation. *Nature* [Internet]. 2002 Feb 21 [cited 2021 Jun 15];415(6874):859. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature723>
44. Chesné P, Adenot PG, Viglietta C, Baratte M, Boulanger L, Renard JP. Cloned rabbits produced by nuclear transfer from adult somatic cells. *Nat Biotechnol* [Internet]. 2002 [cited 2021 Jun 15];20(4):366–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/nbt0402-366>
45. Helen Popper. Reuters. 2007 [cited 2021 Jun 15]. Argentine cow clones to produce insulin in milk. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-biotech-argentina-diabetes-idUSN1744610320070418>
46. Holden C. Science. 2003 [cited 2023 Sep 13]. Banteng Cloned. Available from: <https://www.sciencemag.org/news/2003/04/banteng-cloned>
47. Pearson H. Mule cloned. *Nature*. 2003 May 30;
48. Pilcher HelenR. First cloned horse born. *Nature*. 2003 Aug 7;
49. Texas A&M University Veterinary Medicine & Biomedical Science [Internet]. 2003 [cited 2023 Sep 13]. CVM Researchers First to Clone White-tailed Deer. Available from: <https://vetmed.tamu.edu/news/press-releases/cvm-researchers-first-to-clone-white-tailed-deer/>
50. Gómez MC, Pope CE, Giraldo A, Lyons LA, Harris RF, King AL, et al. Birth of African Wildcat cloned kittens born from domestic cats. *Cloning Stem Cells* [Internet]. 2004 [cited 2021 Jun 15];6(3):247–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15671671/>
51. CABI [Internet]. 2005 [cited 2023 Sep 13]. First Commercial Cloned Cat Presented To Owner. Available from: <https://www.cabi.org/agbiotechnet/news/4530>
52. Kim MJ, Oh HJ, Kim GA, Setyawan EMN, Choi Y Bin, Lee SH, et al. Birth of clones of the world's first cloned dog. *Sci Rep* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2021 Jun 15];7(1):1–4. Available from: www.nature.com/scientificreports/
53. Li Z, Sun X, Chen J, Liu X, Wisely SM, Zhou Q, et al. Cloned ferrets produced by somatic cell nuclear transfer. *Dev Biol* [Internet]. 2006 May 15 [cited 2021 Jun 15];293(2):439–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16584722/>
54. Cyranoski D. First monkeys cloned with technique that made Dolly the sheep. *Nature* [Internet]. 2018 Jan 24 [cited 2021 Jun 15];553(7689):387–8. Available from: <https://www.nature.com/articles/d41586-018-01027-z>
55. Min KK, Jang G, Hyun JO, Yuda F, Hye JK, Woo SH, et al. Endangered wolves cloned from adult somatic cells. *Cloning Stem Cells* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 15];9(1):130–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17386020/>
56. Wani NA, Wernery U, Hassan FA, Wernery R, Skidmore JA. Production of the first cloned camel by somatic cell nuclear transfer. *Biol Reprod* [Internet]. 2010 Feb 1 [cited 2021 Jun 15];82(2):373–9. Available from: <http://www.bioreprod.org>
57. BBC News [Internet]. 2010 [cited 2023 Sep 13]. Spain clones first fighting bull. Available from: <https://www.bbc.com/news/10127891>
58. The World [Internet]. 2011 [cited 2023 Sep 13]. Cloned cow to produce “human milk.” Available from: <https://www.pri.org/stories/2011-06-10/argentina-cloned-cow-produce-human-milk>
59. Neresini F. Eve's sons. <https://doi.org/10.1080/14636770701466923> [Internet]. 2007 Aug [cited 2023 Sep 13];26(2):221–33. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14636770701466923>
60. Nicholson W, Li P. Am I My Son? *Science and Technology Law Review* [Internet]. 2009 Nov 3 [cited 2023 Sep 13];11. Available from: <https://journals.library.columbia.edu/index.php/str/article/view/3847>
61. Noggle S, Fung HL, Gore A, Martinez H, Satriani KC, Prosser R, et al. Human oocytes reprogram somatic cells to a pluripotent state. *Nature* [Internet]. 2011 Oct 6 [cited 2021 Jun 15];478(7367):70–5. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature10397>
62. Bağcı H. Klonlama Teknikleri. *J Exp Clin Med* [Internet]. 1997 Dec 23 [cited 2023 Sep 13];14(1):1–15. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/189529>
63. Ayana E, Fentahun G, Negash A, Mitku F, Zemene M, Zeru F. Review on Applications of Genetic Engineering And Cloning in Farm animals. *Dairy and Vet Sci J* [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 4];4(1). Available from: <https://juniperpublishers.com/jdvs/pdf/JDVS.MS.ID.555629.pdf>

64. Forsberg EJ. Commercial applications of nuclear transfer cloning: Three examples. *Reprod Fertil Dev* [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 15];17(1-2):59-68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15745632/>
65. Fiester A. Ethical issues in animal cloning. *Perspect Biol Med* [Internet]. 2005 [cited 2023 Sep 13];48(3):328-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16085991/>
66. Sandel MJ. The Ethical Implications of Human Cloning. *journal Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. 2003;8(2):241-88.
67. Langlois A. The global governance of human cloning: the case of UNESCO. *Palgrave Communications* 2017 3:1 [Internet]. 2017 Mar 21 [cited 2023 Sep 13];3(1):1-8. Available from: <https://www.nature.com/articles/palcomms201719>
68. Lee P, George RP. The Wrong of Abortion. In: *Contemporary Debates in Applied Ethics*. Blackwell Publishing; 2005. p. 13-26.
69. Tannert C. Thou shalt not clone. *EMBO Rep* [Internet]. 2006 [cited 2023 Sep 17];7(3):238. Available from: <https://pmc/articles/PMC1456885/>
70. Coors ME. Therapeutic Cloning: From Consequences to Contradiction. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2023 Sep 17];27(3):297-317. Available from: <https://dx.doi.org/10.1076/jmep.27.3.297.2985>

Marcus Aurelius'un "Düşünceler" Adlı Eserinin Etik Açıdan İncelenmesi

An Ethical Analysis of Marcus Aurelius's "Thoughts"

Nuray YAŞAR SOYDAN^a

Özet

Filozof-imparator olan Marcus Aurelius MS 121-180 yılları arasında yaşamıştır. Aurelius Düşünceler adlı eserinde stoa felsefenin öğretileriyle "ideal bir insan formu" oluşturma çabası içinde zihin, beden ve ruhun birbirine bağlılığını irdeleyerek kendine seslenmektedir. Bu eser, insanın "karakter" ve "erdem" uzanımını temel alarak onun ne tür bir insan olması gerektiğini inşa eden bir yaklaşım sergilemektedir. Bu çalışma, Aurelius'un güçlü bir dille yazdığı Düşünceler adlı eserinin etik önemini keşfetmeyi ve insanın "sağlam karakterli bir kişi" olabilmesi için felsefenin yol göstericiliğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Marcus Aurelius; düşünceler; etik; erdem

Abstract

Philosopher-Emperor Marcus Aurelius lived between 121-180 AD. In his work titled Thoughts, Aurelius addresses himself by examining the interconnectedness of mind, body and soul to create an "ideal human form" with the teachings of stoic philosophy. This work demonstrates an approach that builds what kind of person should be, based on his "character" and "virtue" extensions. This study aims to discover the ethical importance of Aurelius's strongly written work Thoughts and to reveal the guidance of philosophy for a person to become a "person of strong character."

Keywords: Marcus Aurelius; thoughts; ethics; virtue

^aDoktor, Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi, Kocasinan, Kayseri, Türkiye. ✉ nuray51yasar@gmail.com ORCID: 0000-0001-7526-587X

Gönderim Tarihi: 5 Şubat 2024 • Kabul Tarihi: 21 Mart 2024

İçinde bulunduğumuz zamanın getirdiği zorluklara ek olarak bir de günlük hayatın yarattığı hırs, korku, üzüntü, acı ve tutku gibi duygulara maruz kalan insanın, bazen yaşamı anlamlı kılan doğru eylemlerde bulunduğu söylenemez. Tam da bu noktada Aurelius'un da üzerinde durduğu gibi, insanın "sağlam karakterli bir birey" olabilmesinde ve onu ahlaksal üstünlüğe ulaştıracak, ruhsal ve zihinsel dinginliğe eriştirecek ve onu mutlu kılacak "biricik avuntunun" felsefe olduğunu göstermek amacıyla bu kitap incelenmeye değer görülmüştür. Ayrıca yaklaşık 2000 yıl önce yaşamış bir filozof-imparatorun, kişinin "sağlam karakterli bir insan" olabilmesi için Stoa felsefesinin öğretilerinden yola çıkarak yaptığı uyarı, öneri ve çağrılarını göstermesi açısından da önemli olduğu düşünülmektedir.

Marcus Aurelius (MS 121-180) Roma'da doğmuştur. Aurelius hakkında yazılmış iki özgün çalışma bulunmaktadır. Bunlardan biri Plutarkhos'un¹ (MS 46-120) yazdığı Antonius adlı biyografik çalışma, diğeri ise Cicero'nun² (MÖ 106-43) Philippicae adlı söylevidir (1). Plutarkhos, Antonius adlı çalışmasında büyük bir komutan olan Marcus Aurelius'un askerleri tarafından çok sevilmesini soylu oluşuna, konuşma yeteneğine, samimi davranışlarına, cömertliğine, eğlence ve sohbetlerindeki hoşgörülü tutumuna, askerlerinin sıkıntılarında acılarını paylaşmasına ve onların bütün gereksinimlerini karşılmasına bağlamaktadır (1). Platon'un "Hükümdarlar filozof, filozoflar hükümdar olsaydı, kentlerin yüzü ışırdı" sözü Marcus Aurelius ile bütünleşmiş bir düşüncedir. Aurelius, 19 yıllık imparatorluğu döneminde Ön Asya³, Suriye, Mısır, Yunanistan ve Avusturya gibi bölgelerde savaşmış ve 12 kitaptan oluşan Düşünceler'in büyük bir bölümünü buralarda yazmıştır. Henig'in (4) bildirdiğine göre, Antik Çağ'da yazılan en büyük felsefe eserlerinden biri olarak kabul edilen bu çalışmada Aurelius, MÖ 300'de Atina'da Kıbrıslı Zenon tarafından kurulan stoa felsefesinin öğretileriyle ahlaki önceleyerek içtenlikle kendine seslenmektedir (5).

Aurelius'un ruh-beden-zihin üçgeninde kendine dair bir "içebakışı" ortaya koyarak sıklıkla üzerinde durduğu temalar arasında evren, bilinç ve devinim gibi iki belirleyici özelliği olan yönetici ilke ya da ussal istem, ölüm, zaman, Tanrı ve kader inancı, us ve usa uygun yaşamak gibi metafizik kavramlar ile toplumsal yarar, adil olma, doğruluk, ölçülülük, hazza yenik düşmemek, özgürlük, güzellik, merhamet, yalan söylememek, kendi türünden olanlara nazik davranmak, ayrımcılık yapmama, az şeye gereksinim duyma ve cömertlik gibi insana yakışır davranışlar üzerine çeşitli uyarı, öneri ve çağrılar bulunduğu görülmektedir (5).

Düşünceler etik açıdan değerlendirildiğinde insanın "karakter" ve "erdem" üzerinden ne tür bir insan olması gerektiğini göstermesi açısından Sokrates, Platon ve Aristoteles'in savunduğu erdem etiğinin öğretileriyle uyumlu görünmektedir. Erdemin bir bilgi olduğunu ve öğretilere ulaşılabilmesini ileri süren Sokrates, doğru bilginin "doğru eylem veya davranışın gerçekleştirilmesinin tek yolu olduğu için, iyi olduğunu ileri sürmüştür (6). Her varlığın bir ereği olduğuna inanan Platon, doğayı da en yüksek idea olarak "İyi" ideası altında tüm varlıkların işlevsel olarak bir uyum içerisinde olduğu görüşüne sahiptir. Erdemi de varlığın bir işlevi yerine getirme kapasitesi, becerisi ve yeterliliği olarak değerlendirmektedir (7). Aristoteles ise Nikomakhos'a Etik adlı eserinin birinci kitabında erdemi, işlev argümanını kullanarak varlığın yerine getirmek durumunda olduğu bir işlevinin olduğuna vurgu yaparak açıklama yapmaktadır. Buna göre "insanın işinin belli bir yaşam olduğunu, bu yaşamın da ruhun akla uygun etkinliği ve böyle eylemler olduğunu; erdemli insana yakışanın bunları iyi ve güzel bir biçimde yapması olduğunu; her şeyin ise kendine özgü erdeme göre iyi yapılırsa iyi gerçekleştirilmiş olduğunu" dile getirmektedir (8,9). Diğer taraftan Kant'ın ödev etiği çerçevesinde değerlendirildiğinde ise insanın akıl sahibi bir varlık olması ve Kant'ın vurguladığı kişisel ahlakı öne alan düşünceleriyle de uyumlu görünmektedir. Ancak Aurelius'un "Evrenin zihni toplumsaldır. Bundan dolayı, aşağı varlıkları üstün varlıkların yararı için yaratmıştır, üstün varlıkları da birbirlerine uyarlamıştır" yaklaşımı Kant etiği bakış açısına uygun bir düşünce değildir. Çünkü "İnsan ve genel olarak her akıl sahibi varlık, şu

¹ *Paralel Yaşamlar ve Etik* olarak bilinen iki önemli eseri vardır. Antik Çağ'ın en önemli deneme yazarıdır (1,2).

² Atlı sınıfına mensup bir yazar ve devlet adamıdır. Hitabet üzerine denemeler yazmış olup, felsefe, şiir ve mektuplar başlıkları altında toplanabilen çalışmaları da bulunmaktadır (2).

³ Ön Asya, kuzeyde Türkiye'nin doğusundan Hazar Denizi'ne, güneye doğru günümüz İran ve Irak, güneybatıda Suriye, İsrail, Ürdün ve Lübnan'ı içeren bölge (3).

veya bu isteme için rastgele kullanılacak sırf bir araç olarak değil, kendisi amaç olarak vardır; ve gerek kendine gerekse başka akıl sahibi varlıklara yönelen bütün eylemlerinde hep aynı zamanda amaç olarak görülmelidir.” (10). Yine deontolojik etik yaklaşımı içinde yer alan dini etiğin, Tanrı iradesinin bulunduğu bir ahlak yasasının varlığı da Marcus Aurelius’un düşünceleriyle örtüşmektedir (8).

Sonuç olarak erdemli yaşamayı “yegâne iyi” olarak temellendirmenin etikte önemli olduğunu göstermesi bakımından Düşünceler önemli bir eserdir. İnsanın düşünce ve eylem bakımından “ideal bir insan” olabilmesi için kendini geliştirme çabası içinde olması ve hayata değer katmasında felsefinin benimsediği öğretilere ve bu öğretilerin hayata dâhil edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Felsefi öğretilerin hayata dâhil edilmesi de insanın bu ve buna benzer eserleri okuyup üzerinde düşünerek etik düşünme ve eyleme farkındalığına katkı sağlamasıyla mümkün olabilir.

KAYNAKLAR

1. Plutarkhos. Marcus Antonius (Önsöz). Yunancadan çev. Mehmet Özaktürk. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1992: 48.
2. Tekin O. Eski Yunan ve Roma Tarihine Giriş. İstanbul: İletişim Yayınları, 2008: 28, 177, 257-258.
3. Freeman C. Mısır, Yunan ve Roma. Antik Akdeniz Uygarlıkları. Çev. Suat Kemal Angı. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları, 2003: 73.
4. Henig M. The Roman Period. In: Background to Archaeology: Britain in its European Setting. Cambridge: Cambridge University Press Archive, 1973: 56-80, 58.
5. Aurelius M. Düşünceler. Çev. Şadan Karadeniz. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2004: 8.
6. Arslan A. İlkçağ Felsefe Tarihi. Sofistlerden Platon’a. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006: 129.
7. Özlem D. Etik-Ahlak Felsefesi. İstanbul: İnkılap Kitabevi, 2004: 48.
8. Cevizci A. Etik-Ahlak Felsefesi. İstanbul: Say Yayınları, 2014: 91, 168, 169.
9. Aristoteles. Nikomakhos’a Etik. Yunancadan çev. Saffet Babür. Ankara: Bilgesu Yayıncılık, 2012: 18.
10. Kant I. Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi. Almandan çev. İoanna Kuçuradi. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu (Çeviri Dizisi-4), 2013: 45.