



LOKMAN HEKİM

DERGİSİ

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



Ocak-Nisan 2025
Cilt: 15
Sayı: 1





MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ

CİLT - VOLUME 15 OCAK- JANUARY 2025 SAYI - NUMBER 1
DERGİ HAKKINDA - ABOUT JOURNAL

Editörler

Prof. Dr. Selim Kadioğlu Prof . Dr. Oya Ögenler Prof. Dr. Gülçin Yapıcı

Alan Editörleri - Section Editors

Prof. Dr. Esra Cengiz Yanardağ Doç. Dr. Nuriye Değirmen Doç..Dr. Türkan Işık
Doç. Dr. Nuriye Değirmen Doç. Dr. Hülya Öztürk
Dr.Öğr. Üyesi Şerife Yılmaz Dr. Öğr. Üyesi Esra Aksoy
Dr. Öğr. Üyesi Efsun Ş. Antmen Dr. Öğr. Üyesi Sencer Yurtsever

Yayın kurulu - Editorial board

Prof. Dr. Gürkan Sert Prof. Dr. Gülay Yıldırım Prof Dr Mehmet Karataş
Doç Dr. Sibel Öner Yalçın
Doç. Dr. Mükadder Gün Doç..Dr. Nuriye Değirmen Dr. Öğr. Üyesi Ulaş Değirmenci
Uzm. Dr. Harun Özmen

Yabancı Dil Editörü - Foreign Language Editor

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

İstatistik editörü – Statistics Editor

Doç Dr. Didem Derici Yıldırım

Yazım Editörü

PhD Fatma Bolaç

Mizanpaj Editörü

Doç. Dr. Leyla Şahin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD'nin süreli bilimsel yayınıdır. Kaynak gösterilmeden kullanılamaz.
Yılda üç kez internet üzerinden yayınlanır. Makalelerin sorumlulukları yazarlara aittir
Periodical scientific publication of Mersin University School of Medicine Department of History of Medicine and Ethics
Can not be cited without reference. Published online three times a year. Responsibility of the articles belong to the authors.
TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin, SOBİAD, Türk Medline, Türkiye Atf Dizini'nde yer almaktadır.
Uluslararası index olan DOAJ, EBSCO dizinindedir.



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ

EDİTÖRYAL

Lokman Hekim Dergisi'nin Değerli Okurları,

Derginin 2025 yılına ait birinci sayısında yer alan çalışmalar birbirinden değerlidir. Bu sayıda, iki monografi, altı derleme ve 27 araştırma makalesi olmak üzere toplam 35 makale yer almaktadır. Alanında değerli araştırmacılar tarafından yazılan bu makalelerin dergimizin okuyucuları tarafından da beğenilerek okunacağını ve kendi çalışmalarında kaynak olacağını umuyoruz.

Sayın yazarlara ve makalelerin geliştirilmesinde katkısı olan sayın hakemlerimize teşekkür ederiz.

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

Oya Ögenler



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ

CİLT – VOLUME 15

OCAK - JANUARY 2025

SAYI – NUMBER 1

MONOGRAFİ - MONOGRAPH

Hatti Ülkesine Gelen Yabancı Hekimler

Foreign Physicians Coming to Hatti Land

Gülgüney Masalcı Şahin

1-6

1976-1980 yılları yayınlarıyla 'Periodontoloji Dergisi' incelemesi

Examining 'The Journal of Turkish Periodontology Association' with its publications between 1976 and 1980

Özer ve Özer

7-13

DERLEME - REVIEW

Ancient Era Hospitals "Asclepians" and their Heritage to the Day

Antik Çağ Hastaneleri Asclepionlar ve Günümüze Mirası

Akdoğan et al.

14-28

Estetik/Kozmetik Diş Hekimliğinin Tarihsel Açından Değerlendirilmesi

Evaluation of Esthetic/Cosmetic Dentistry in Terms of History

Karakapıcı ve Örnek Büken

29-44

Batı'da ve Türkiye'de Biyotıp ile Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Tıbbın Ayrıştırılması ve Entegrasyonu

The Differentiation and Integration of Biomedicine and Traditional, Alternative, Complementary Medicine in the West and Türkiye

Ayşe Polat

45-54

Chia (*Salvia hispanica L.*) Geçmişten Günümüze: Tarihsel Yolculuğu ve Sağlığa Etkileri

Chia (*Salvia hispanica L.*) From Ancient to Present: Historical Journey and Health Effects

Ebru Derici Eker

55-68

Lavanta Yağı ve Genetik Etkileşim: Epigenetik Perspektiften Sağlık Üzerine Bir İnceleme

Lavender Oil and Genetic Interaction: A Review on Health from an Epigenetic Perspective

Ümit Karakaş

69-76

Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Esneklik ve OKB: Üçlü Bir Perspektif

Childhood Trauma, Psychological Flexibility and OCD: A Triple Perspective

Can ve Onnar

77-88

ARAŞTIRMA MAKALESİ - ORIGINAL ARTICLE

Maltepe Askeri (Asâkir-i Mansûre) Hastanesi Hakkında Bazı Bilgiler

Some Information About Maltepe Military (Asâkir-i Mansûre) Hospital

Ayyıldız ve Yaşayanlar

89-95

Doktor Cemal Zeki'nin 1925-1927 Yılları Arasında Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Dergisindeki Makalelerinin İncelenmesi

An Analysis of Doctor Cemal Zeki's Articles in Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Magazine Between 1925-1927

Öztürk Önal ve Kırımlıoğlu

96-109



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ

- Medikal İllüstrasyonun Kısa Tarihi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Enstitüsü / Anatomi Anabilim Dalı'nın Kuruluşundan Günümüze Medikal İllüstrasyon Üretim Faaliyetlerine Işık Tutan Kanıtlar: Planşlar** 110-121
A Brief History of Medical Illustration and Evidence Shedding Light on Medical Illustration Production Activities from the Establishment of Ege University Faculty of Medicine, Institute of Morphology / Department of Anatomy: Planches
Çoban ve ark.
- Tıp Fakültesi Müfredatlarında Tıp Tarihi: Türkiye'deki Güncel Durumun Değerlendirilmesi** 122-130
Medical History in Medical School Curricula: An Evaluation of The Current Situation in Türkiye
Özbek Güven ve Yılmaz
- XIX. Yüzyılda Seyyahların Gözüyle Türkistan'daki Hastalıklar ve Tedavi Yöntemleri** 131-139
Diseases and Treatment Methods in Turkistan through the Eyes of Travelers in the 19th Century
Türkmen ve Köken
- Osmanlı'da Taltif Edilen Memleket Tabipleri (1867-1894)** 140-149
Hometown Physicians Honored in the Ottoman Empire (1867-1894)
Nizamoğlu ve ark.
- Bazı Zingiberaceae Droğlarının Antioksidan Aktivite Açısından Karşılaştırılması** 150-155
Comparison of Some Zingiberaceae Drugs in Terms of Antioxidant Activities
Duymuş ve Fafal
- Türkiye'de Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili 2010-2024 Yılları Arasında Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi** 156-164
Review of Studies on Rational Medicine Use of Nurses in Turkey Between 2010-2024
Yurtsever ve Tiftik
- Hatay Devleti Dönemi (02.09.1938-29.06.1939) Hatay'da Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler** 165-174
Hatay State Period (02.09.1938-29.06.1939) Developments in the Field of Health in Hatay
Mahmut Bolat
- Avicenna's Dental Anatomy: Bridging Ancient Insights with Modern Knowledge** 175-182
İbn-i Sina'nın Diş Anatomisi: Kadim Görüşleri Modern Bilgiyle Birleştirmek
Karıp et al.
- Homeros Destanlarında Geçen Δίκη (Dike)/Hak Kavramının Bazı Etik ve Adalet Kuramları Açısından İncelenmesi** 183-197
Analysis of the Concept of Δίκη/Right in Homeric Epics in Terms of Some Ethics and Justice Theories
Yaşar Soydan ve Aciduman
- Konya Veremle Savaş Derneği'nin İz Bırakan Kurucusu: Mümtaz Bahri Kuru** 198-216
The Founder Who Left a Mark on Tuberculosis Association: Mümtaz Bahri Kuru
Erayman ve Şahinoğlu
- Mersin'deki Bazı Eczane ve Aktarlarda Fitoterapi Amaçlı Satılan Bitkiler** 217-233
Plants Sold for Phytotherapy Purposes in Some Pharmacies and Herbalists in Mersin
Yıldırım ve ark.



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ

- The Antimicrobial, Antioxidant and Anti-Inflammatory Evaluation of *Marrubium cuneatum* Banks & Sol. Extracts & Fractions** 234-240
Marrubium cuneatum Banks & Sol. Özüt ve Fraksiyonlarının Antimikrobiyal, Antioksidan ve Antienflamatuvar Etkilerinin Değerlendirilmesi
İçen ve ark.
- Assessment of Nucleic Acid Extraction Kits for SARS-CoV-2 Surveillance in Wastewater Samples** 241-251
Atıksu Örneklerinde SARS-CoV-2 Sürveyansı için Nükleik Asit Ekstraksiyon Kitlerinin Değerlendirilmesi
Sait et al.
- Evaluation of Quality of Life in Obese Individuals in Terms of the Principle of Autonomy: An Example from Türkiye** 252-263
Obeziteli Bireylerde Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi: Türkiye'den Bir Örnek
Yıldız and Kırımlioğlu
- Kırsal Bölgede Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin Öz Etkililik ve İlaç Uyumu** 264-273
Self-Efficacy and Medication Adherence of Individuals with Hypertension Living in Rural Areas
Emre ve ark.
- Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi ile Belirlenen Beslenme Tutumlarının Çocukların Beslenme Alışkanlıkları ve Ağız Sağlığı Üzerindeki Etkisi** 274-282
The Effect of Dietary Attitudes Determined by the Mediterranean Diet Quality Index on Children's Nutritional Habits and Oral Health
Önsüren ve Mutluay
- Kanser Hastalarının Onkolojik Cerrahi Öncesi Ağrı Yönetiminde Kullandığı Nonfarmakolojik Yöntemlerin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Araştırma** 283-295
Determination of Nonpharmacological Methods Used by Cancer Patients in Pain Management Before Oncological Surgery: A Descriptive Study
Gülşen ve ark.
- Hemşirelerin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları ve Çalışma Ortamları Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Bir Çalışma** 296-304
The Relationship Between Nurses' Attitudes Towards Brain Drain and Their Working Environment: A Descriptive Study
Bilgin ve ark.
- Kadının Kadına Bakışı: Genç Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Damgalama Eğilimleri** 305-313
Women's Views of Women: Young Women's Sexual and Reproductive Health Stigmatization Tendencies
Dağlı ve Aktaş Reyhan
- Açık Kalp Cerrahisi Uygulanacak Hastalarda Benson Gevşeme Egzersizinin Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyine Etkisi** 314-322
The Effect of Benson Relaxation Exercise on Preoperative Anxiety Level in Patients Undergoing Open Heart Surgery
Çakmak ve Gürçayır



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ ve FOLKLORİK TIP DERGİSİ

Can Headache Be a Symptom of Celiac Disease?: A University Hospital Experience Baş Ağrısı Çölyak Hastalığının Belirtisi Olabilir mi?: Bir Üniversite Hastanesi Tecrübesi İpek et al.	323-329
COVID 19 Pandemisinde Hekime Yönelik Şiddet Haberlerinde Medya Etiği Media Ethics in News of Violence Against Physicians During the COVID 19 Pandemic Demir ve Akdaş	330-338
Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma A Study on Health Literacy Levels of Nursing Faculty Students Sarı ve Yılmaz	339-348
Türkiye'deki İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve İşgünü Kayıplarının Cinsiyet Temelli Analizi Gender-Based Analysis of Occupational Accidents, Diseases, and Lost Workdays in Türkiye Mustafa Özdemir	349-361
Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Reklam Promotion and Advertising in Healthcare Service Özçelik ve Sert	362-371

Hatti Ülkesine Gelen Yabancı Hekimler***Foreign Physicians Coming to Hatti Land****Gülgüney Masalcı Şahin¹**

¹Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Hititoloji Anabilim Dalı
<https://orcid.org/0000-0003-2692-874X>

ÖZ

Günümüzde olduğu gibi Eski Yakın Doğu'da da hekimlik kutsal bir meslek sayılmıştır. İnsanlar henüz hastalıkların gerçek sebeplerine ve insan fizyolojisine yeterince hâkim değilken hastalanmak, daha çok tanrıların bir cezası ya da kötü ruhların sebep olduğu bir mesele gibi düşünülmüştür. Sağaltım için gerek büyü, gerekse droglarla tedavi uygulanmıştır. Bazı uygarlıkların hekimleri bu alanda daha ön plana çıkmıştır. Özellikle Mısır ve Mezopotamya'da kurulan devletler bunlar arasındadır. Eski Anadolu'da MÖ. 2. binyılda egemenliğini sürdürmüş olan ve yaşadıkları ülkeye Hatti memleketi diyen Hititler, ihtiyaç halinde diplomatik ilişkilerini kullanarak ülke dışından pek çok alanda uzman getirtmiştir. Bunlar arasında taş ustalarından at yetiştiricilerine pek çok kimse söz konusudur. Hekimler de sıkça Mısır ya da Babil krallarından talep edilen uzmanlardandır. Bu uzmanların işlerini bitirdikten sonra derhal gönderilmesi beklenmektedir. Ancak kimi zaman uzmanlara ev, mal mülk hatta eş sağlayarak Hatti ülkesinde kalmaları için çaba gösterildiği anlaşılmaktadır. Bazı hekimlerin isimlerinin kayıtlarına rastlanmakla birlikte kimileri de yalnızca ^{LÜ}A.ZU yani hekim olarak anılmıştır. Bu uzmanların Hitit tıbbında ve tıbbi kayıtlarında etkileri olması söz konusudur.

Anahtar Kelimeler: Hititler, Çiviyazılı tabletler, Tıp, Hekimler

ABSTRACT

In the Ancient Near East, as today, medicine was considered a sacred profession. While people were not yet sufficiently aware of the real causes of diseases and human physiology, getting sick was thought of as a punishment from the gods or as a matter caused by evil spirits. Both magic and drugs were used for treatment. Physicians from some civilizations were more prominent in this field. The states established in Egypt and Mesopotamia were among these. The Hittites, who maintained their dominance in ancient Anatolia in the 2nd millennium BC and called the country they lived in the Land of Hatti, brought experts in many fields from abroad when needed, using their diplomatic relations. These included many people, from stonemasons to horse breeders. Physicians were also among the specialists frequently requested by Egyptian or Babylonian kings. Physicians were also experts frequently requested by Egyptian or Babylonian kings. It was expected that these experts would be sent away immediately after completing their work. However, it is understood that sometimes efforts were made to keep the experts in the Hatti country by providing them with houses, property and even wives. While some physicians' names are recorded, some are simply referred to as ^{LÜ}A.ZU, meaning physician. These specialists had an influence on Hittite medicine and medical records.

Keywords: Hittites, Cuneiform tablets, Medicine, Physicians

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):1-6

DOI: 10.31020/mutfd.1536725

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 21 Ağustos 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 02 Kasım 2024

İletişim - Correspondence Author: Gülgüney Masalcı Şahin <gmasalci@ankara.edu.tr>

Giriş

Eski Yakın Doğu'da gerek Mezopotamya ve Anadolu'daki çivi yazılı belgelerden, gerek Mısır'daki yazılı kayıtlardan hastalıkları tedavi eden görevliler bulunduğu bilinmektedir. Bu kişiler arasında büyücüler ve hekimler bulunuyordu. Bu hekimlerin sağaltım yöntemleri, görevleri ve yaşantılarına dair kesitler, yazılı belgelerden öğrenilmektedir. Mezopotamya'da Asur ve Babil gibi devletlerde gerek droglarla tedavi, gerekse cerrahi müdahaleler yapıldığına dair bilgiler çivi yazılı tabletlerde kayıt altına alınmıştır.¹ Mısır'da da tıp tarihine bu anlamda ışık tutan papirüsler ile mumyalama uygulamaları, insan fizyolojisine olan hakimiyet konusunda uygarlığın ne ölçüde kendini geliştirdiğini gözler önüne sermektedir.²

Eski Anadolu'da uzun yıllar hakimiyetini sürdüren bir uygarlık olan Hititlerin tıbbi birikimleri ile ilgili bilgiler başkent Hattuşa'da ortaya çıkarılan çivi yazılı belgeler arasındaki tıbbi kayıtlara, büyü ve ritüel metinlerine dayanmaktadır.³⁻⁶ Bu metinlerde hastalıklarla ilgili fal ve kehanetler, çeşitli hastalıkların semptomları ve reçeteleri bulunmaktadır. Ayrıca bu belgeler, başkentte gün ışığına çıkarılması sebebiyle devlete ait kayıtlardır. Bu bakımdan tedavi yöntemlerinin ve hastalıkları tedavi eden uzmanların sarayla ilişkili hekimler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer yandan istisna olarak yasa maddeleri arasında hekimin halktan birini tedavisi sonucunda aldığı ücreti ile ilgili bir kayıt söz konusudur.

Hititler, başta yazı olmak üzere pek çok konuda Mezopotamya uygarlığından etkilenmişlerdir. Memleketlerine Hatti Ülkesi diyen Hitit devletinin hükümdarları, savaş zamanında mesleğinde uzman zanaatkarları esir alırken, barış zamanlarında da diplomasiyi kullanarak yine ülkelerine çeşitli devletlerden pek çok uzman getirtmişlerdir. Bunlar arasında taş ustalarından at yetiştiricilerine, katiplerden kahinlere kadar pek çok kimse bulunmaktadır.⁷ Hekimler de getirtilen bu uzmanlar arasında yer almıştır.⁸ Hitit Devletine ait yazılı belgelerde yerli hekimler ile Luvi ve Hurri kökenli hekimlerin varlığı bilinmekle birlikte yukarıda da değinildiği üzere Mezopotamya ve Mısır'dan getirtilen hekimler de bulunmaktadır.

Sağaltım yöntemi için droglarla tedavi gerçekleştirilirken aynı zamanda majik ritüeller de sıkça kullanılmıştır. Bu yolla hastalığa sebep olan meseleyi tanrılarla çözmek istemişlerdir. Hastalıkların tanrıların bir cezası olduğu ya da hastalıklara kötü ruhların sebebiyet verdiği düşünüldüğünden çözüm için de tanrılara başvurulmuştur. Ayrıca kimi zaman hangi ilacın ya da hekimin hastaya iyi gelebileceğine dair bile fal sorusu sorularak kehanette bulunduğu bilinmektedir, KUB 22.61 i 17' numaralı metinde şöyle geçmektedir: *"Benim için hangi hekimin saptanacağını fal aracılığıyla soracağım"*.

Mezopotamya'da hekim için Sumerce ^(LÚ/SAL)A.ZU, Akadca *asû* terimleri kullanılmıştır.⁹ Hitit metinlerinde de kadın ve erkek hekimler aynı şekilde kaydedilmiştir.¹⁰ Hekimlerin eğitimlerine dair belgelerde bilgi bulunmamaktadır ancak diğer zanaatlardaki gibi usta – çırak ilişkisi ile sistemin yürütülmüş olması muhtemeldir. Hekimlerin arasındaki hiyerarşi ise GAL ^{LÚ.MEŞ}A.ZU "hekimlerin büyüğü, UGULA ^{LÚ}A.ZU, ^{LÚ}A.ZU.SAG "baş hekim, hekim başı" ve ^{LÚ}A.ZU.TUR "küçük (genç, asistan) hekim" sözcükleri ile ayırt edilmektedir ve bu hiyerarşinin varlığı da usta çırak ilişkisini kanıtlar niteliktedir.^{*§§}

Hekimlerden birçoğunun isminin kaydına rastlanmazken nadiren de olsa isimlerin kaydedildiği anlaşılmaktadır. Babilli ve Mısırlı hekimlerin dışında ^{LÚ}A.ZU.SAG baş hekim olduğu anlaşılan *Tuwatta*-^{LÚ} isimli şahsın adı *Işhara Kültüne* ait (CTH 641) metinde tabletin katibi olan ^mHapati-PİRİG'in babası olduğu KBo 21.42 ay. VI 4'-5'te ifade edilmiştir. Rütbece düşük olan ^{LÚ}A.ZU.TUR KAB.ZU.ZU olarak geçen *Lurma* isimli hekimin ise II. Muwatalli'nin CTH 382 Kummanni'nin Fırtına Tanrısı'na duasını kaydeden katip olduğu

*§§ Metin yerleri için bkz. GAL ^{LÚ.MEŞ}A.ZU (IBot 2.44 2', VSNF 12.17 8', 10'), UGULA ^{LÚ}A.ZU (KUB 5.12 ay. 5), ^{LÚ}A.ZU.TUR (KBo 21.42 ay. IV? 5'), GAL ^{LÚ.MEŞ}A.ZU (KBo 11.1 ay. 26')

tablet kolofonunda yazan “ŠU ^mlu?-u-ur-ma” “Lurma'nın eli” ifadesinden öğrenilmektedir ve babasının adının da Aki-^DU olduğu KBo 11.1 ay. 26'-27'. satırlarda kaydedilmiştir Salgına karşı ritüel icra eden Kizzuwatnalı Zariya isimli kişi ise ^LA.ZU olarak kaydedilmiştir ve Zariya'nın gerçekleştirdiği ritüelde (CTH 757) bir reçete bulunmamakta, yalnızca majik eylemler söz konusudur. Bir yemin metni olan KBo 48.123 numaralı metnin öy. I 8'-11' satırlarında da muhtemelen kralı Zithara kentinde *auli* (uzvu) vurduğunda (kral ağrı çektiğinde), kraliçe Lawazantiyalı Istar'a yemin eder. Kraliçe, söz konusu yeminde Tanrıça *Istar*, hekim *Piha-^DU*'nun elini hafifletirse ona adakta bulunacağını söylemiştir.¹¹ İsimler görüldüğü gibi belli başlı metinlerde geçmiş, çok sık anılmamıştır. Ayrıca yerli hekimler olan *Hutupi* ve *Akiya*'nın isimleri mahkeme kayıtlarına ait metinlerde geçmektedir.¹²

Hekimlerin aldıkları ücretle ilgili bir bilgiye Hitit yasa kayıtlarından ulaşılabilmektedir. Yasa derlemesinin 9. maddesinde, CTH 291, KBo 6.4 öy.I 22'-26'. satırlar arasında başı yaralanan bir kişinin masraflarını ve hekim ücretini onu yaralayan kişi ödemektedir:¹³ “Eğer özgür bir adamın başını herhangi biri yaralarsa ona baksın, onun yerine bir kişi versin ve o iyileşinceye kadar çalışsın. O iyileştiği zaman ona on şekel gümüş versin. Ve hekime ücretini üç şekel gümüşü versin. Eğer (yaralı) erkek köle ise iki şekel I gümüş versin” Burada dikkati çeken hekime verilen ücretin hasta yani yaralı kişinin özgür ya da köle olmasına göre değişmesidir. Özgür kişi için üç şekel, köle için ise iki şekel gümüş ödenmektedir. Bir şekel ise yaklaşık 12,5 gram ağırlığındadır.

Yukarıda da değinildiği gibi hastalıklara karşı büyü ritüellerini sıklıkla uygulayan Hititlerin bu uygulamaları çoğunlukla Luvî ya da Kizzuwatna yani Hurri kökenli olmuştur. İsmi kaydedilen hekimlerin bir kısmı da bu bölgelerdendir. Ancak Hitit kralları hastalıklara karşı çaresiz kaldıklarında ve tıbbi yetersizlik durumlarında ülke dışından hekim talebinde de bulunmuşlardır. Hitit tıbbi kayıtları arasında Akadca belgeler olması, Hitit tıbbındaki Mezopotamya etkisini ve bu etkileşimde gelen hekimlerin rolünü göstermektedir. Hekimlerin de diğer zanaatkarlar ve elçiler gibi işlerini bitirdikten sonra geri gönderilmeleri beklenmiştir. Mesleki açıdan ülkeler için kıymetli olan bu kimselerin alıkonulması ülkeler arasında sorun teşkil etmiştir. Konuya dair bir mesele Hitit ve Babil devletleri arasında yaşanmıştır. Hitit kralının Babil'e geri göndermediği uzmanlardan birinin kahin, diğerinin ise hekim olduğu taraflar arasındaki yazışmaya yansımıştır. Kassit Kralı Kadaşman Enlil'in konu ile ilgili yazdığı mektuba cevap veren Hitit kralı III. Hattuşili'dir. KBo 1.10+ KUB 3. 72 numaralı mektup, Babil'e yazılmış mektubun bir kopyası olmalıdır ve pek çok konu üzerinde durmaktadır.¹⁴⁻¹⁷ Bu konulardan biri de gönderilen hekimler ile ilgilidir: III. Hattuşili kendisi tahta geçmeden önce, abisi Muwatallî'nin, hükümdarlığı sırasında gelen hekimle ilgili Kassit Kralına bilgi verdiğine dair metin şöyledir:

“Ayrıca, [kardeşim]: Kardeşimin buraya gönderdiği hekimle ilgili olarak, hekimi kabul ettiklerinde, birçok [iyi] şey başardı. Hastalık onu yakaladığında, (hastalandığında), onun için sürekli çabaladım. Onun için birçok işlem yaptım, ancak zamanı [...] geldiğinde, öldü ve şimdi habercim onun hizmetkarlarını getirecek, böylece kardeşim onlara [soru sorabilir] ve onlar da kardeşime hekimin başardığı birçok şeyi anlatabilirler.”¹⁸

Mektupta hastalanan hekim için de çaba gösterildiği ancak hastalığına çare bulunamadığı ve bu yüzden onun öldüğü özellikle vurgulanmıştır.

Ölen uzmanın henüz sağken birçok tedaviyi başarı ile gerçekleştirdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca kendisine kaliteli kumaşlardan değerli madenlere ve arabaya kadar pek çok eşyanın beraberinde verildiği de III. Hattuşili tarafından aynı mektupta kayda geçirilmiştir:

“Ve eğer [efendilerine] verdiğim [şeyleri] kaçırırlarsa, korkacaklar ve meseleyi kardeşimden gizleyecekler. [Kardeşim], hekime verdiğim arabaya, attartu-arabasına, atlara, rafine gümüşe ve ketene [özellikle dikkat etsin]. Bunlar yazılmıştır ve kardeşim duyabilsin diye tableti kardeşime gönderdim. [Hekim için] zaman geldiğinde, öldü. Hiçbir şekilde hekimi alıkoymazdım”¹⁹

Uzmanlara verilen malzemenin kaydı, kaybolması ve beraberindeki hizmetkarlar tarafından çalınması diye tutulmuştur. Hekimin hastalığı sebebiyle Hattuşa'da kaldığı da özellikle belirtilmiştir ve sonra kendisinin öldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca III. Hattuşili henüz kendisi tahta geçmeden kardeşi Muwatalli tahta iken gelen uzmanların alıkonulduğunu kendisinin buna karşı çıktığını da ifade ederek kendini haklı çıkarmak istemektedir:

*Ayrıca, [kardeşim], Kardeşim Muwattalli'nin saltanatı sırasında bir büyü rahibi ve bir hekim alıp onları [Hatti'de] alıkoyduklarında, onunla tartıştım ve dedim ki: 'Neden onları alıkoyuyorsun? [Bir hekim] alıkoymak doğru değil.' Ve şimdi hekim alıkoyar mıydım?*²⁰

Ancak kralın gerçekten de bir hekim alıkoyduğu belgenin devamında anlaşılmaktadır:

*"Burada aldıkları [ilk] uzmanlarla ilgili olarak: Kâhin öldü, [ama hekim] hayatta ve güzel bir evin sahibi. Evlendiği kadın benim akrabam. [Eğer o]: "Memleketime geri dönmek istiyorum," derse ayrılıp [ülkesine] gidecek. Hekim Rabâ-şa-Marduk'u alıkoyar mıydım?"*²¹

III. Hattuşili, hekim alıkoymadığını ifade etmesine karşın; hekim Hatti ülkesinde kalması için, kendi ailesinden biri ile evlendirmiş ve onun yaşamı için gerekli konforu sağlamaya çalışmıştır. İsterse ülkesine dönebilir denmesine karşılık, diğer bir görüş dönüş için gerekli imkanların verilmediği yönündedir.^{7,22}

Bahsi geçen hekim *Rabâ-şa-Marduk*, alanında yetkin ve Babil için önemli bir uzman olmalıdır. Gerek önceki hükümdar Muwatalli, gerekse kardeşi III. Hattuşili döneminde Hattuşa'da kalmış ve böylelikle uzun yıllar boyu Hatti memleketine hizmet vermiştir.²² Alanında yetkin kimselerin alıkonulması Hitit Devletinde ve başka uygarlıklarda söz konusu olmuştur. Kendisinin de pek çok hastalığı bulunan Hattuşili, uzmanları özellikle tutmak istemiş olmalıdır. Yalnızca Babilli hekimle yetinmeyen Hitit kralı, Mısır'dan da ülkesine uzmanlar getirmek istemiş ve kralların birbirlerinden istedikleri bir tür uluslararası alışveriş sayılan hediye istekleri arasına bu hekimleri de eklemiştir.

Hitit kralı III. Hattuşili'nin, en az Babil tıbbi kadar, Mısır tıbbına da kıymet verdiği Mısır kralı II. Ramses ile konuyla alakalı defalarca yazışmasından anlaşılmaktadır. Edel, ayrıntılı bir biçimde konuyu ele almış olup konuya burada kısaca değinilecektir.⁸ Yazışmaları yalnızca Hitit kralı yürütmemiş aynı zamanda eşi kraliçe Puduhepa da Mısır kralı ve kraliçesi ile mektuplaşmıştır.

Mısır Kralı II. Ramses'in Hitit Kralı III. Hattuşili'ye yazdığı KBo 28.30 numaralı mektupta iyi dileklerin ardından Hattuşili'nin yazdığı talebi tekrarlamaktadır:^{23,24}

*"Kardeşime şöyle söyle: Bana şöyle yazmıştı: [Kız kardeşin] Matanazi [ile ilgili] olarak kardeşim sen bana 'Doğum yapmasını sağlayacak ilaç hazırlaması için bir adamını bana göndersin' yazdın. Kardeşimin bana yazdığı şey buydu."*²⁵

Bunun üzerine şöyle (diyorum): İşte kral kardeşimin kız kardeşi Matanazi, senin kardeşin (Ramses) onu tanıyor. Elli yaşında mı olmalı? 60 yaşında mı? 50-60 yaşında bir kadının doğurmasını sağlayacak hiçbir ilaç hazırlanamaz. Ve (ancak) Güneş Tanrısı ve Fırtına Tanrısı (onun için) bir emir verebilir ve onların verdikleri emir kardeşimin kız kardeşi için sürekli yerine getirilecektir.

*Ve kardeşin ben kral bir büyü rahibi ve bir hekim sana göndereceğim onlar doğurabilmesi için ilaçlar hazırlayacaklar."*²⁶

Buradan anlaşılan en büyük mesele Hititlerin anatomi bilgisinin Mısır'a göre oldukça zayıf olduğudur. Hitit kralı doğum yapamamış kız kardeşi için son çare olarak Mısır kralına başvurmuş olmalıdır. Ancak bahsi

geçen kadının 60 yaşlarında olması ilginçtir. Mısır kralı ise bu yaşta bir kadının artık doğum yapamayacağı bilgisine sahip olmakla birlikte diplomatik olarak iki uzmanını ve drogları beraberinde göndermektedir.

Hattuşili ayrıca gözleri için de Mısır kralından ilaç istemiştir. KUB 3.51 ay. 1'-10' numaralı belgede Ramses'in Hatti kralına cevaben yazdığı mektupta konuya değinerek *"tüm iyi ilaçları kardeşimin gözleri için gönderdim"* demektedir. KBo 28.24 nolu metnin, öy.12'-14'. satırlarında ise gözü için gönderdiği ilaçları Pariamahu isimli bir hekimle gönderdiği anlaşılmaktadır.

Vasal kralların doğrudan büyük krallarla yazışmaları uygun görülmediğinden Hitit Devletinin vasalı Tarhuntaşa kralının beyi Kurunta için III. Hattuşili'nin istediği hekimlerle ilgili KUB 3.67 numaralı belgede Paremahu'nun adı bir kez daha anılmaktadır. Mısır kralının yazdığı cevapta iki hekimin ve ilaçların Hatti memleketine gönderildiği anlaşılmaktadır. Gönderilen hekimler varınca Tarhuntaşa kralı Kurunta'ya gönderilerek ilaçları hazırlayacağı ve işleri bittiğinde hekimin geri Mısır'a gönderilmesi istenmektedir. Katip ve hekim Paremahu geldiğinde iki hekim işini bırakacak ve katip ile hekim Pariamahu ilaçları dağıtacak diye bildirilmektedir.²⁷

Mısır Kralı II. Ramses konu ile ilgili yalnızca Hitit kralına yazmamış aynı zamanda Hattuşili'nin eşi kraliçe Puduhepa'ya da yazarak kâtip ve hekim Paremahu'nun gönderildiğine dair bilgi verilmektedir.²⁸

Sonuç

Hititlerin gerek tıbbi bilgi birikimi gerekse hekimlerine dair yazılı belgeler incelendiğinde bu konuda desteğe oldukça ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır. Gelen yabancı hekimlerin droglarla tedavi ve fizyolojiyi tanıma konusunda daha başarılı olduklarını düşündüklerinden diplomasi yoluyla Mısır ya da Babil gibi ülkelerin krallarından bu hekimleri özellikle talep etmişlerdir. Rabi-ša-Marduk örneğindeki gibi bazı uzmanların uzun yıllar Hatti ülkesinde yaşadıkları ya da bir anlamda alıkonuldukları ve böylece tıbbi bilgi birikimine katkı sağladıkları anlaşılmaktadır. Ancak bu gibi durumlar küçük çaplı diplomatik açıdan krizlere yol açmıştır. Hekimlik bugün olduğu gibi o zaman da en önemli mesleklerden olduğu için böyle uzmanların devletler için yeri ayrıydı. Babil hükümdarı da bu bakımdan uzmanlarının geri gönderilmesini talep etmiştir. Hitit kralı III. Hattuşili de da krizi çözmek için uzun yıllar alıkonulan hekim(ler) de kendi suçunun olmadığını ispat etmeye çalışmış, meselenin ağabeyi döneminde gerçekleştiğini ve kendisinin de bu duruma tamamen karşı olduğunu ifade etmiştir. Uzmanlardan birinin eceliyle öldüğünün altını çizmekte öte yandan söz konusu sağ olan hekime de eş, ev, mal mülk sağlayarak bir anlamda onun Hatti memleketinden gidişini engellemektedir. Tüm bu sağladıklarına rağmen hekimin isterse gidebileceğini söylese de şartları iyi olduğu için mi yoksa alıkonulduğu için mi Babilli hekimin kaldığını net olarak söylemek mümkün olmamaktadır. Akad dilindeki kayıtlar bu hekimlerin sağladıkları katkılara bir kanıttır. Ayrıca ülkeye getirilen bu uzmanların usta çırak ilişkisi ile Anadolu'da çeşitli hekimler yetiştirmiş olmaları muhtemeldir.

Babilli uzmanlar kadar Mısır'dan da tıbbi yardım sağlanmış ve saraydaki kimselerin hastalıklarına çözüm bulmaya çalışılmıştır. Hititler, sağaltımı zaten çoğunlukla çeşitli nesnelere kullanarak tanrıların takdirini almak ya da kızgınlığını gidermek yönünde gerçekleştirdiklerinden ve droglarla ilgili bazı konularda özellikle destek istediklerinden bu konularda bilgilerinin diğer Yakın Doğu devletlerine göre kısıtlı olduğu anlaşılmaktadır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Makalenin hazırlanmasında herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Steinert U. editor. Die babylonisch-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen. Medicine, Magic and Divination. Boston/Berlin: De Gruyter; 2018
2. Price C, Forshaw R, Chamberlain A, Nicholson P, Morkot R, Tyldsley J. editors. Mummies, magic and medicine in ancient Egypt: Multidisciplinary essays for Rosalie David, Manchester: Manchester University Press; 2016.
3. Ünal A. Hitit Tıbbının Ana Hatları. Belleten 1980;175:475-96.
4. Beckman G. Medizin. Bei de Hethitern. In: Reallexikon der Assyriologie und Vorderasiatischen Archäologie Band 7, Berlin/New York; 1987-90: 629-31.
5. Şahinbaş Erginöz G. Hititlerde Anatomi ve Tıp, İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.
6. Burde von C. Hethitische Medizinische Texte, Wiesbaden: Otto Harrasowitz; 1974.
7. Zaccagnini C. Patterns of Mobility Among Ancient Near Eastern Cratsmen, Journal of Near Eastern Studies 1983; 42 (4): 245-64.
8. Edel E. Ägyptische Ärzte und ägyptische Medizin am hethitischen Königshof. Neu Funde von Keilschriftbriefen Ramses II aus Boğazköy, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1976.
9. Civil M, Gelb IJ, Landsberger B, Oppenheim AL, Renner E, editors. The Assyrian Dictionary of the Oriental Institute of the University of the Chicago, A2, Chicago: 1968; 344-45.
10. Ünal A. Hititçe Türkçe Türkçe Hititçe Büyük Sözlük, Ankara: Bilgin Kültür Sanat; 2016.
11. de Roos J. Hittite Votive Texts, İstanbul- Leiden: Nederlands Instituut voor het Nabije Oosten 2007; 215-16; 220-21.
12. Pecchioli Daddi F. Mestieri, professioni e dignità nell'Anatolia ittita, Roma; 1982.
13. İmparati F. Hitit Yasaları, Ankara: İtalyan Kültür Heyeti Yayınları; 1992.
14. Hagenbuchner A. Die Korrespondenz der Hethiter. 2. Teil. THeth 16, Heidelberg: Carl Winter; 1989: 281-300.
15. Beckman G. Mesopotamian and Mesopotamian Learning at Hattuša, Journal of Cuneiform Studies 1983; 35: 97-114.
16. Beckman G. Hittite Diplomatic Texts, Atlanta; 1996.
17. Thesaurus Linguarum Hethaeorum digitalis, hethiter.net/: TLHdig KBo 1.10 (2021-12-31)
18. KBo 1.10+ KUB 3. 72 ay. 34-37.
19. KBo 1.10+ KUB 3. 72 ay. 38-41.
20. KBo 1.10+ KUB 3. 72 ay. 42- 44.
21. KBo 1.10+ KUB 3. 72 ay. 45-48.
22. Heeßel Nils P. The Babylonian Physician Rabâ-ša-Marduk. Another Look at Physicians and Exorcists in the Ancient Near East. Advances in Mesopotamian Medicine from Hammurabi to Hippocrates, Attia A, Buisson G. editors, Leiden- Boston; 2009.
23. Cordani V. Lettere fra Egiziani e Ittiti. Torino: Paideia; 2017
24. Thesaurus Linguarum Hethaeorum digitalis, hethiter.net/: TLHdig KBo 28.30s (2021-12-31).
25. KBo 28.30 öy. 8-14.
26. KBo 28.30 öy.15- ay.13.
27. KUB 3.67 ay.1-7.
28. KUB 3.66 ay. 2 vd.

1976-1980 yılları yayınlarıyla ‘Periodontoloji Dergisi’ incelemesi***Examining ‘The Journal of Turkish Periodontology Association’ with its
publications between 1976 and 1980****Ece Özerⁱ, Metin Özerⁱⁱ**ⁱUzm. Dt., Serbest Diş Hekimi, <https://orcid.org/0000-0002-3642-2825>ⁱⁱUzm. Dr., Serbest Hekim, <https://orcid.org/0009-0008-0923-9495>**Öz**

‘Periodontoloji Dergisi’ 1970 yılında Peker Sandallı ve meslektaşlarınca kurulan Türk Periodontoloji Derneği (TPD) tarafından, 1976 yılında basılmaya başlanmıştır. Bu yayın ülkemizde ilk periodontoloji dergisi olma özelliğini taşımaktadır. Derginin, ülkemizde periodontoloji alanında yapılan araştırmaların çoğalmasına ve paylaşımına vermiş olduğu destek önemlidir. İlk sayısından itibaren; periodontoloji kongrelerine ve mezuniyet sonrası kurslara katılımı teşvik ettiği ve uluslararası nitelikteki ‘Journal of Clinical Periodontology’ dergisini de okuyucularına ulaştırmayı hedeflediği dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda Ocak 1976 - Ocak 1980 tarihleri arasında basılan derginin ilk 8 sayısı incelenmiştir. Derginin kuruluşunda ve yayınlanmasında ‘TPD adına sahibi’ olarak yer alan Prof. Dr. Peker Sandallı’nın Türk periodontolojisine yaptığı katkıların altı çizilmelidir. Geçmişte ülkemize bilim adına değerli katkılar sağlamış pek çok kişi ve kurumlara dair bilgiler kütüphanelerin raflarında kaldığından kısıtlı erişim sağlanabilmektedir. Çalışmamızda amacımız, Periodontoloji Dergisi’nin ülkemize periodontoloji alanında vermiş olduğu hizmeti ortaya koymak ve bu dergi içeriğinde mevcut olan Türk periodontoloji tarihi için önem arz eden yazıların daha geniş kitlelerce ulaşılabilmesine olanak sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: ‘Periodontoloji Dergisi’, Türk Periodontoloji Tarihi, Peker Sandallı

ABSTRACT

‘The Journal of Turkish Periodontology Association’ was started to be published in 1976 by the Turkish Periodontology Association (TPD), which was founded in 1970 by Peker Sandallı and his colleagues. This publication has the distinction of being the first periodontics journal in our country. The support that the journal gives to the increase and sharing of research in the field of periodontology in our country is important. From the first issue; It is noteworthy that it encourages participation in periodontology congresses and post-graduate courses and aims to deliver the international journal ‘Journal of Clinical Periodontology’ to its readers.

In our study, the first 8 issues of the magazine, published between January 1976 and January 1980, were examined. The contributions of Prof. Dr. Peker Sandallı, who took part in the establishment and publication of the journal as the ‘owner on behalf of TPD’, to Turkish Periodontology should be underlined. Since information about many people and institutions that have made valuable contributions to science in our country in the past remains on the shelves of libraries, limited access is available. Our aim in our study is to reveal the service that the journal has provided to our country in the field of periodontology and to enable the articles that are important for the history of Turkish Periodontology in the content of this journal to be accessible to a wider audience.

Keywords: ‘The Journal of Turkish Periodontology Association’, Turkish Periodontology History, Peker Sandallı

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):7-13

DOI: 10.31020/mutfd.1531565

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 11 Ağustos 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 23 Eylül 2024

İletişim - Correspondence Author: Ece Özer <ozerrece@gmail.com>

Giriş

Periodontal hastalık , dünyada yaygın görülen dişin destek dokularında ilerleyerek yüksek oranda diş kayıplarına yol açan kronik enflamatuvar bir hastalıktır .^{1,2} Günümüzde, periodontal rahatsızlıklar (periodontitis ve gingivitis), insanlardaki en yaygın hastalık olarak kabul edilebilmektedir. Araştırmalara göre dünya nüfusunun %50-90'ını etkilemektedir.^{3,4} Periodontoloji; periodonsiyum, periodontal hastalıklar, bu hastalıklardan korunma ve bunların tedavilerini inceleyen bir ilimdir.⁵

Yapılan paleopatolojik çalışmalarda, insanoğlunun tarihten evvelki zamanlardan beri periodontal hastalığa sahip olduğu anlaşılmış, ilk tarih kayıtlarında tedavi için birtakım çarelere başvurulduğu öğrenilmiştir. On dokuzuncu yüzyıldan sonra periodontolojide büyük ilerlemeler olmuş ve bu konu ile uğraşan diş hekimi ve araştırmacıların sayılarında büyük bir artış görülmüştür. Yirminci yüzyılın başından itibaren bu bilim dalıyla ilgili çeşitli dergiler yayınlanmaya, uluslararası toplantılar tertip edilmeye başlanmış ve periodontal hastalıklarla mücadele metodları geliştirilmiştir.⁵ Amerika'da ilk Periodontoloji Bölümü 1924 yılında New York Üniversitesi'nde kurulmuş, bu ülkede bir diş hekimliği fakültesinde kurulan ve yalnızca periodontolojiye ayrılmış ilk lisans bölümü olarak faaliyet göstermiştir.⁶

Ülkemizde, başta Diş Hastalıkları ve Ameliyeleri (Diş Hastalıkları ve Tedavisi) dersi içinde yer alan periodontolojinin, ayrı bir bilim dalı haline getirilme çalışmaları Ziya Cemal Büyükkaksoy ile başlamıştır. Ziya Cemal Büyükkaksoy, Diş Tabipleri Cemiyeti Mecmuası'nda 1930-1931 yılları arasında çıkan 8 sayıda, bölümler halinde döneminin periodontolojisini anlatmaya çalıştığı bir "Piyorre Kitabı (Dişdöken-Dişeti iltihabı)" yayınlamıştır. Dahası, 1932 yılında fakültede bir Piyorre Kliniği kurmuştur ve bağımsız bir bölüm olarak ilk defa periodontoloji eğitimi verilmesini sağlamıştır.⁷

Prof. Dr. Peker Sandallı da ülkemize periodontoloji adına büyük katkılar sağlamış başka bir isimdir. 2019 yılında hayatını ve mesleki çalışmalarını kendi ağzından anlattığı kitabında yayınlamıştır. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Yüksek Okulu'ndan 1960 yılında mezun olmuştur. 1964 yılında Diş Hastalıkları ve Tedavileri konusunda "Dr.med.dent" ünvanı almıştır. 1967 yılında, bir gazetede İngiliz Hükümeti-British Council tarafından burs verileceğini görmüştür. Gerekli prosedürleri tamamladıktan sonra Londra Üniversitesi'ne bağlı Royal Dental Hospital'de çalışmaya başlamıştır. Hastanede dünyaca ünlü 4 periodontolog olan Bryan Wade, David Manson, John Zamet ve George Cross ile çalışma fırsatı bulmuştur. 1969 yılında mezuniyetiyle birlikte Türkiye'de ilk olarak periodontoloji ihtisası yapmış diş doktoru olmuştur.⁸

Periodontoloji Dergisi

İlk Türkçe tıp ve bilim dergisi olan "Vakayi-i Tıbbiye", Mektebi-i Tıbbiye-i Şahane tarafından, İstanbul'da, 1849-1852 yılları arasında, Arapça harflerle, Türkçe ve Fransızca olarak yayınlanmıştır. Türkiye'de ilk Türkçe basım yapan matbaanın 1727'de kurulduğu ve ilk resmi gazete olan Takvim-i Vekayi'nin 1831'de yayınlandığı göz önüne alındığında; ilk Türkçe tıp dergisinin 1849 yılında yayın hayatına başlamasının önemi daha iyi anlaşılacaktır.⁹ Ocak 1970'de Peker Sandallı ve meslektaşları tarafından "Diş Hekimliği Dergisi" yayınlanmaya başlanmıştır; aynı yıl kurdukları Periodontoloji Derneği de faaliyet göstermiştir. Yayımlanan 18 sayı ile "Diş Hekimliği Dergisi" 4.5 yıl süresince basım hayatına devam etmiştir.¹⁰

Türk Periodontoloji Derneği, Türk diş hekimliğinin branş dernekleri arasında en eskisi olarak bilinir. Kuruluşundan itibaren her yıl bir bilimsel kongre düzenlemeyi gelenek haline getirmiş, 1976-1980 yılları arasında serbest hekimler için mezuniyet sonrası kurslar düzenlemiş, dünya çapındaki bilimsel dergilerde makaleleri yayınlanan bilim adamlarını kongrelerine konuşmacı olarak getirmiş, Türk periodontoloji camiasının dünyaya açılmasında büyük bir rol üstlenmiştir.¹¹

Ocak 1976'dan itibaren Peker Sandallı ve meslektaşları tarafından Türk Periodontoloji Derneği çatısı altında "Periodontoloji Dergisi (The Journal of Turkish Periodontology Association)" yayınlanmaya başlanmıştır. Bu yayın, ülkemizde ilk periodontoloji dergisi olma özelliğini taşımaktadır. Daha önceleri çeşitli diş hekimliği dergilerinde yayınlanan periodontolojiyle ilgili makaleler, bu dergide yer almaya başlamış, çalışma sayısı bu yayınla birlikte çoğalmıştır. Ülkemizde periodontolojinin gelişmesinde bu derginin önemli katkıları vurgulanmalıdır.

Dergi İncelemesi

İncelediğimiz "Periodontoloji Dergisi" normal bir kitap ölçülerindedir. Dergi; kaliteli dizgisi, baskısı ve içeriğiyle dikkat çekmektedir. Dergide, Türkiye'nin ve dünyanın dört bir yanındaki diş doktorlarından gelen çeşitli tıbbi ve mesleki yazılar yer almaktadır.

İlk sayısının karton kapağında cilt 1, sayı 1, Ocak 1976, özel sayı, 5. Bilimsel Kongre tebliğleri 18-19 Mayıs 1975-İstanbul ibareleri vardır. Dergiye bilimsel makaleler bölümüne kadar sayfa numarası verilmemiştir.

İç sayfada, sahibinin TDP adına Prof. Dr. Peker Sandallı olduğu; yazı işleri müdürünün Prof. Dr. Gündüz Bayırlı ve Doç. Dr. Özen Tuncer olduğu ve yılda 2 defa yayınlandığı yazılıdır. Dergi, yazı göndereceklerin uyması gereken kurallar ile İngilizce ve Türkçe 'içindekiler' bölümleriyle devam etmektedir. Dergi içeriğinde, Türk Periodontoloji Derneği'nin 7. Bilimsel Kongresi'nin programı ve genel bilgileri, Türk Periodontoloji Derneği'nin onur üyeleri, Türk Periodontoloji Derneği'nin bilimsel kongreleri ve dünya çapında 1976 yılı periodontoloji kongreleri sunulmaktadır.

Yazı İşleri Müdürü Doç. Dr. Özen Tuncer'in meslektaşlarını Periodontoloji Derneği'ne üye olmaya çağıran bir yazısı bulunmaktadır: "Sayın meslektaşlarımız, sizleri Türk Periodontoloji Derneği'ne üye olmaya davet ediyoruz. Üyelerimiz şu haklardan faydalanırlar: TPD Üyelerine yılda iki kez çıkan dernek yayın organı "Periodontoloji Dergisi" ve diğer yayınlarımız ücretsiz yollanır. Üyelerimiz her yıl yapılan bilimsel kongrelerimize yarı ücretle katılırlar. Üyelerimiz "Journal of Clinical Periodontology" dergisine yarı ücretle abone olabilirler. TPD'nin üyelik aidatı yılda 100 TL'dir.

"Journal of Clinical Periodontology" dergisi hakkında bilgi: Derneğimizin, uluslararası bir nitelik kazanabilmesi için; bu konuda çalışan yabancı bilim kuruluşlarıyla işbirliğine girmemiz gerekmektedir. Bir süreden beri İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya, Federal Almanya, İngiltere, İsviçre ve Fransa periodontoloji derneklerinin kuruculuğunu yaptığı "Journal of Clinical Periodontology" adlı periodontoloji biliminin hem araştırma hem de klinik-pratik yanını kapsayan bir dergi yayınlanmaktadır. Bizim de kurucu dernekler arasına katılabilmemiz için, Türkiye'den en aşağı 100 meslektaşımızın abone olması gerekmektedir. Daha önceki duyurumuzla şimdiye kadar 50 meslektaşımız abone olmuşlardır. Şimdi de; 50 meslektaşımızın daha abone olmalarına önyak olmak ve derneğimizin uluslararası ortama açılmasını sağlamak amacını güdüyoruz. Yılda dört defa yayınlanan bu dergiye yıllık abone ücreti, derneğimizin katkısıyla normal ücretin yarısı olan 300 (Üçyüz)TL' sine indirilebilmiştir. Bu ücreti aşağıdaki adresimize yolladığınız takdirde derneğimiz yoluyla abone olmanız sağlanacak ve dergi; yayın yeri olan Kopenhag-Danimarka'dan doğrudan adresinize yollanacaktır. Böylece her yıl derneğimiz aracılığıyla yıllık ücretler yatırılacak, abonelik devam edecektir. Dergiye önümüzdeki yıldan itibaren üye olabilmemiz için abone ücretlerinin en kısa zamanda yollanması gerekmektedir.

Derneğimizin üyeliğini gerçekleştirebildiğimiz takdirde, 1977 yılında dört sayı abonelere yollanacaktır. İlginizi beklemekteyiz."

Kongre Organizasyon Komitesi Başkanı olarak Doç. Dr. Özen Tuncer, kongreye 23 bildirisinin sunulduğunu, 80'den fazla diş hekiminin Kayseri, Hopa, Erzurum, Adana ve Batı Almanya'dan katıldığını belirtmektedir.

Prof. Dr. Peker Sandallı'nın "Başlarken" başlıklı yazısına yer verilmiş: "Periodontoloji Dergisi ilk yayın hayatına bu sayı ile başlamaktadır. 1970 yılında gerçekleştirdiğimiz Türk Periodontoloji Derneği'nin kurulmasıyla birlikte, periodontoloji bilim dalında her yıl yapmakta olduğumuz kongre, seminer, konferans ve mezuniyet sonrası kursları bu alanda yayınlanacak yazıların adedini artırmıştır. Bundan önce 5 yıldan beri Diş Hekimliği Dergisi'nin içerisinde yayınlanmakta olan yazılar, bundan böyle Diş Hekimliği Dergisi'nin yerini alacak olan Periodontoloji Dergisi'nde çıkacaktır.

Periodontoloji konusunda bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de araştırmaların çoğalması ve diş hekimleri arasındaki ilginin gittikçe artması bizi şimdilik yılda 2 sayı halinde bu derginin çıkışına zorlamış bulunmaktadır. Derginin ilk sayısında her yıl yapılan bilimsel kongrelerin tebliğleri yer alırken, ikinci sayısında ise diğer ilginç klinik çalışmalara öncelik tanınacaktır. Ümidimiz ve amacımız bu derginin aylık bültenler halinde bütün dünyada ve ülkemizde yapılan ilginç araştırma ve buluşları diş hekimlerine yansıtmasıdır.

Periodontoloji Derneği'ne üye olan her diş hekimine ücretsiz yollamayı kararlaştırdığımız bu derginin değerli meslektaşlarımızın destek ve yazılarıyla uzun ömürlü olmasını dilerim." ayrıca, TDP'nin 1975 yılı onur üyesi olarak Prof. Dr. Ferruh Aközsoy'un seçildiği belirtilmiştir.

Kongre başkanı Prof. Dr. Gazanfer Zembilci'nin açılış konuşması yayınlanmıştır: "Sayın öğretim üyeleri, konuklarımız, genç meslektaşlarımız... Türk Periodontoloji Derneği'nin 5. Bilimsel kongresini açıyorum.

Türk Periodontoloji Derneği, Türkiye'de bilimsel toplantılar yapılamaz. Yapılsa bile sürekli olamaz kanaatini yaptığı bu son toplantısı ile tamamen değiştirmiştir. Çağdaş Dünya'da oldukça eski fakat Türkiye için yeni bir bilim dalı olan periodontoloji de bu şekilde bilimsel bir faaliyeti sürdüren, dernek başkanı sayın Prof. Dr. Peker Sandallı'yı candan tebrik ederim.

Bu kongrede gelenek haline getirilen diğer bir konuya da değinmek istiyorum. Periodontoloji dalında isim yapmış yerli ve yabancı meslektaşlarımızı şeref misafiri olarak davet etmek ve onları ömürleri boyunca saklayacakları birer plaket ile onurlandırmak, büyük bir kadirşinaslık örneğidir.

İki gün sürecek olan kongrede 20'den fazla tebliğ tartışılacaktır. Üçüncü Uluslararası Diş hekimliği Haftası'nın gelecek yıl Eylül ayında İstanbul'da yapılacağını da sizlere duyurmaktan zevk duyuyorum.

Başta dernek başkanı sayın Prof. Dr. Peker Sandallı'yı ve onun şahsında başarılı bir kongre çalışması yapan diğer meslektaşlarımızı sevgi ve saygı ile selamlar 5. Periodontoloji Kongresi'ne başarılar dilerim. Kongre başkanı Prof. Dr. Gazanfer Zembilci"

Prof. Dr. Peker Sandallı periodontoloji dalında katedilmiş olan ilerlemeyi ve gelecekteki hedeflerini şu yazısıyla anlatmıştır: "Sayın konuklarımız, sayın onur üyelerimiz, sayın kongre başkanı ve sayın meslektaşlarımız, Türk Periodontoloji Derneği bugün V. Bilimsel Kongresi'ne ulaşmanın sevincini duymaktadır. Bugüne kadar yapılan bilimsel kongrelerimize katılma arzusunun gittikçe arttığını görerek diş hekimliğinin temel bilim dalı haline gelen periodontoloji ilminin yurdumuzdaki meslektaşlarımız arasında önem kazandığı görülmektedir.

Bundan 5 sene evvel yurdumuzda diş hekimliği sahasında yapılan araştırmaların ancak onda bir kadarını periodontoloji dalında yapılanlar oluştururken bugün bu oran %50'yi geçmiş bulunmaktadır. Hiç şüphe yok

ki diş hekimliğinin hemen hemen her dalı ile çok yakın ilişkisi olan periodontoloji ilminin yurdumuzda bu hızla gelişmesinde her sene yapmakta olduğumuz bilimsel kongrelerin çok büyük faydası olmaktadır.

Türkiye’de çok yaygın olan periodontal hastalıklar ile mücadelede diş hekimlerini bu konu üzerine eğilmede çağırarak bu beş senelik faaliyetlerimiz amacına kısmen ulaşmıştır. Ancak, hala arzu edilen sonuç tam manasıyla gerçekleşmiş değildir. Burada esas sorun, her diş hekiminin muayenehanesinde çeşitli dişeti ve periodontal hastalıkları tanıma ve tedavi yöntemlerini uygulama olanağını temin etmektedir.

Dün sayın hocam A.B. Wade’in yönetimi ile gerçekleşen 3. Mezuniyet Sonrası Kursu gibi bilgilerimizin tazelenmesi ve yenilerinin öğretilmesi her sene devam eder ve meslektaşlarımız arasında iş birliği gerçekleştirilirse bu sorunun çözümü de olanak haline girer kanısındayım.

İkinci önemli sorun ise, halkımızın ağız hijyeni bakımından eğitimi olacaktır. İkinci 5 yıllık dönemimizde özellikle bu konuya da yer vereceğiz. Gelecekteki amaçlarımız periodontoloji alanındaki yenilikleri duyuracak yayın organımızı geliştirmek, meslektaşlarımıza vakalar üzerinde tartışmalar yapabilecek seminerler düzenlemek, mezuniyet sonrası kurslarını teorik bilgilerin yanısıra klinik vaka tedavileriyle daha da kolay öğrenebilir hale getirmek; broşür, konferans, makale ve demonstrasyonlar ile ağız hijyeni konusunda halkı aydınlatmak olacaktır... Prof. Dr. Peker Sandallı”¹²

Haziran 1976’da yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde 16 Mayıs 1976’da Adana’da düzenlenen 8. Bilimsel Kongre tebliğleri, 4 Eylül 1976’da Prof. Dr. Gazanfer Zembilci’nin vefat haberi, 1977 kongre takvimi yer almaktadır. Ayrıca ‘Journal of Clinical Periodontology’ dergisine kurucu üye olarak katıldığı, şu cümlelerle bildirilmiştir:

“Yaptığımız çalışmalar ve desteğiniz sonucu ‘Journal of Clinical Periodontology’ dergisine kurucu üye olarak katılmamız gerçekleşmiştir. Halen 60 üyemiz dergiye aboneler ve 1976 cildini oluşturan beş sayı doğrudan Danimarka/Kopenhag’dan almışlardır. 1977 sayıları da aynı abonelerimize yollanmaktadır.

Amacımız abone sayısını 100’e çıkarmaktır... ‘Journal of Clinical Periodontology’ dergisi İngiliz, Hollanda, Fransız, Federal Almanya, İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İsviçre ve Türk periodontoloji derneklerinin müşterek resmi yayın organıdır. Dergi periodontoloji biliminin hem araştırma hem de klinik-pratik yönünü kapsamaktadır. Her yazının resim, tablo, şema altları ve özeti İngilizce-Fransızca-Almanca olarak üç dilden verilmektedir.”¹³

Ocak 1977’de yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde; bilimsel makaleler yanında, 1977 kongre takvimi, Türk Periodontoloji Derneği’nin mezuniyet sonrası kursları yer almaktadır.¹⁴

Haziran 1977’de yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde 19-21 Mayıs 1977 tarihinde Ankara’da yapılan 8. Bilimsel Kongre tebliğleri, Türk Periodontoloji Derneği’nin onur üyeleri, Türk Periodontoloji Derneği’nin bilimsel kongreleri, mezuniyet sonrası kursları ile ilgili bilgiler vardır.¹⁵

Ocak 1978’de yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde bilimsel makalelere ve duyurulara yer verilmiştir.¹⁶

Haziran 1978’de yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde 6-13 Mayıs 1978’de Kıbrıs’ta yapılan 9. Bilimsel Kongre tebliğleri ve kongre takvimi yer almaktadır.¹⁷

Ocak 1979’da yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde 18-19 Mayıs 1979’da İstanbul’da yapılan Türk Periodontoloji Derneği’nin 10. Bilimsel Kongresi’nin tebliğleri, mezuniyet sonrası kurslar ile ilgili bilgiler yer almaktadır.¹⁸

Ocak 1980’de yayınlanan Periodontoloji Dergisi’nde 24-30 Mayıs 1980’de Marmaris’te yapılan Türk Periodontoloji Derneği’nin 11. Bilimsel Kongresi’nin tebliğleri, mezuniyet sonrası kursları ile ilgili bilgiler vardır.¹⁹

Tartışma

Periodontoloji Dergisi, Türk periodontoloji tarihindeki alan dergisi olarak yayınlanmaya başlanmış ilk dergidir. Bu dergi ile Sandallı ve arkadaşları, ülkemizde periodontoloji dalına yapılan çalışmaların artmasına katkı sağlamıştır. Ayrıca daha fazla diş hekiminin bu çalışmalara ulaşmasını sağlamayı amaçladığı da görülmektedir. Diş hekimlerinin kongre ve mezuniyet sonrası kurslara katılımlarının teşvik edilmesi ile birlikte dergi üyelerinin yalnızca Periodontoloji Dergisi değil aynı zamanda uluslararası bir dergi olan ‘Journal of Clinical Periodontology’ dergisine indirimli erişimi ile dünya çapında periodontolojinin geldiği bilimsel kademeyi de okuyucularına sunma çabası izlenmektedir.

‘Journal of Clinical Periodontology’ dergisi 1974 yılında İngiliz, Hollandalı, Fransız, Alman, İskandinav ve İsviçre periodontoloji dernekleri tarafından kurulmuş olup Avrupa Periodontoloji Federasyonu’nun resmi dergisi özelliğindedir. Günümüzde aylık olarak yayınlanan dergi önde gelen bilimsel yayınlardan biridir ve diş hekimliği, ağız cerrahisi ve tıp alanındaki dergiler arasında en yüksek etki faktörlerine sahip dergiler arasındadır.²⁰ Periodontoloji Dergisi’nin 1976 Ocak sayısında Türk Periodontoloji Derneği’nin uluslararası bir nitelik kazanabilmesi için yurtdışı bilim kuruluşu olan “Journal of Clinical Periodontology” dergisi ile işbirliğine girmeyi hedeflediğini duyurması sonrası 1976 Haziran sayısında bu hedefi gerçekleştirdiği görülmektedir. Uluslararası seviyede değeri kanıtlanmış olan bu derginin kurucu üyeleri arasında kuruluşundan kısa bir süre sonra yer alınması, Periodontoloji Dergisi’nin yöneticilerinin başarısını ortaya koymaktadır.

Sonuç

Ocak 1976’dan itibaren Peker Sandallı ve meslektaşları tarafından Türk Periodontoloji Derneği çatısı altında “Periodontoloji Dergisi (The Journal of Turkish Periodontology Association)” yayınlanmaya başlamıştır. Dergi, ülkemizi uluslararası alanda temsil etmiştir ve ülkemizde periodontoloji biliminin gelişmesine büyük katkılar sunmuştur. Bu çalışmayla; bir ilk niteliği taşıyan bu dergiyi bizlere kazandıran başta Prof. Dr. Peker Sandallı olmak üzere tüm emeği geçenleri saygıyla anarken, doğuş ve emekleme yıllarında ortaya koydukları büyük çabayı bir kez daha gözler önüne sermek; ayrıca derginin içeriğinde bulunan Türk periodontoloji tarihinde önemli yeri olması gereken yazıları geniş kitlelere ulaştırmak amaçlandı. Tarihimizdeki bilimsel ilerleme süreçlerine hakim olabilmemiz adına daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarlar, çalışmaya kaynak sağlanmasında yardımcı olan İzmir Milli Kütüphane çalışanlarına teşekkür eder.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Ece Özer: Tasarım, denetleme/danışmanlık, analiz ve yorum, literatür tarama, makale yazım.

Metin Özer: Fikir, veri toplama/işleme, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.

Kaynaklar

1. Flemmig TF. Periodontitis. *Annals of Periodontology* 1999;4(1):32-37.
2. Greenstein G. Nonsurgical periodontal therapy in 2000: a literature review. *The Journal of the American Dental Association* 2000;131(11):1580-1592.
3. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *The Lancet* 2005;366(9499):1809-1820.
4. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *Journal of Clinical Periodontology* 2017;44(5):456-462.
5. Sandallı P. *Periodontoloji*. İstanbul: Erler Matbaası. 1981.
6. New York University College of Dentistry. Ashman Department of Periodontology & Implant Dentistry. Erişim Adresi: <https://dental.nyu.edu/faculty/periodontology-implant-dentistry.html>
7. Efeoğlu A. Modern Türk Periodontolojisinin Kısa Tarihi 2019. Erişim Adresi: <https://independent.academia.edu/AhmetEfeoğlu>. Erişim tarihi: 16 Mart 2020
8. Sandallı P. Anılarım Bir Diş Doktorunun Hayatı. İstanbul: Mutlu Basım Yayım. 2019;4-147
9. Kazancıgil A, Solok V. Türk Tıp Dergileri ve Süreli Yayınları Üzerine Analitik Bir İnceleme (1949-1981). *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi* 1981;12:373-382.
10. Efeoğlu A, Demirhan Erdemir A, Öncel Ö. Başlangıçtan Günümüze Diş Hekimliği. *Nobel Tıp Kitabevi*, 2000;202
11. Türk Periodontoloji Derneği. Tüzük. Erişim adresi: <https://turkperio.org/wp-content/uploads/2022/09/tuzuk.pdf>
12. Sandallı P, Tuncer Ö, Zembilci G. Başlarken. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. İstanbul. 1976;1(1)
13. Sandallı P, Tuncer Ö, Bayırlı G. *Journal of Clinical Periodontology Dergisi Abone Duyurusu*. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1976;1(2)
14. Sandallı P, Tuncer Ö, Bayırlı G. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1977;2(1)
15. Sandallı P, Tuncer Ö, Bayırlı G. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1977;2(2)
16. Sandallı P, Tuncer Ö. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1978;3(1)
17. Sandallı P, Tuncer Ö, Bayırlı G. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1978;3(2)
18. Sandallı P, Tuncer Ö. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1979;4(1)
19. Sandallı P, Tuncer Ö. *Periodontoloji Dergisi*. Türk Periodontoloji Derneği Yayın Organı. 1980;5(1)
20. *Journal of Clinical Periodontology*. Wiley Online Library. doi:10.1111/(ISSN)1600-051X. Retrieved 2021-09-27

Ancient Era Hospitals “Asclepions” and their Heritage to the Day*

Antik Çağ Hastaneleri Asclepionlar ve Günümüze Mirası

Hayriye Dilek Akdoğanⁱ, Yaşar Barış Turgutⁱⁱ, Ali Çağlar Turgut^{iii,iv}, Ilgaz Akdoğan^v

ⁱAssist.Prof., Bakırçay University Faculty of Medicine, Department of Medical Education, <https://orcid.org/0000-0001-6864-4839>

ⁱⁱSpecialist, Aydın State Hospital, <https://orcid.org/0000-0002-7028-1018>

ⁱⁱⁱResearch Assist., Ege University Faculty of Medicine, Department of Radiology

^{iv}Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute, Department of Histology and Embryology
<https://orcid.org/0000-0003-4159-2201>

^vProfessor, Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Anatomy
<https://orcid.org/0000-0003-3324-4629>

ABSTRACT

Asclepios is the god of medicine and health in mythology. In ancient times, healing was sought in the worship of Asclepios. Ancient hospitals built in the name of Asclepios are called “Asclepion”. In ancient times, around three hundred and twenty Asclepions were built within the borders of Greece and Türkiye today. The most important of these ancient hospitals are located in Epidauros, Pergamon, Kos, Athens and Knidos. There was also a health center (an ancient hospital) in Alliano. In this study, the most significant locations, architectural features, treatment methods, historical and cultural roles of the ancient hospitals among the Asclepions in Western Anatolia and Greece were investigated. When the treatment methods in Asclepions are examined, it is seen that holistic medical practices were applied with a biopsychosocial approach to the patients called guests. Diseases were not seen as one-dimensional but as the result of complex processes and negative environmental, social and psychological interactions. Patients were treated with respect as beings with mental, ethical, emotional, social, moral and natural characteristics. Centuries earlier in Asclepions, the first functional applications of hospital architecture and individual and holistic medical approaches are seen. We think that today's hospital architecture and treatment approaches have many features that can be learned from the heritage of ancient hospitals in history.

Key words: Ancient hospitals, Asclepion, Asclepios, Biopsychosocial treatment, Hospital architecture

ÖZ

Asklepios mitolojide tıp ve sağlık tanrısıdır. Antik çağlarda şifa Asklepios'a tapınmada aranırdı. Asklepios adına inşa edilen antik hastanelere “Asclepion” adı verilmektedir. Antik çağda, günümüzde Yunanistan ve Türkiye sınırları içerisinde üç yüz yirmi civarında Asclepion inşa edilmiştir. Bu antik hastanelerin en önemlileri Epidauros, Bergama, Kos, Atina ve Knidos'ta bulunmaktadır. Ayrıca Alliano'da de bir sağlık merkezi (antik hastane) bulunmaktaydı. Bu çalışmada Batı Anadolu (Türkiye) ve Yunanistan'daki Asclepionlar arasında en önemli olan antik hastanelerin konumları, mimari özellikleri, tedavi yöntemleri, tarihi ve kültürel rolleri araştırılmıştır. Asclepion'larda tedavi yöntemleri incelendiğinde misafir olarak adlandırılan hastalara biyopsikososyal yaklaşımla bütünsel tıp uygulamalarının gerçekleştirildiği görülmektedir. Hastalıklar tek boyutlu olarak değil, karmaşık süreçlerin ve olumsuz çevresel, sosyal ve psikolojik etkileşimlerin sonucu olarak görülüyordu. Hastalara zihinsel, etik, duygusal, sosyal, ahlaki ve doğal özelliklere sahip varlıklar olarak saygıyla davranılırdı. Asclepion'larda yüzyıllar önce hastane mimarisinin, bireysel ve bütünsel tıp yaklaşımlarının ilk işlevsel uygulamaları görülmektedir. Günümüz hastane mimarisinin ve tedavi yaklaşımlarının, tarihteki antik hastanelerin mirasından öğreneceği pek çok özellik olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Antik hastaneler, Asclepion, Asklepios, Biyopsikososyal tedavi, Hastane mimarisi

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):14-28

DOI: 10.31020/mutfd.1483020

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 13 May 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 14 November 2024

İletişim - Correspondence Author: Ilgaz Akdoğan <ilgazakdogan@yahoo.com>

Introduction

In the ancient world, the foundations of healing were sought in mythology, in the worship of Asclepius, the god of medicine and health, the son of Apollo, one of the Olympian gods. The popularity of the worship of Asclepius increased in the 5th and 4th centuries BC, and as a result, sacred areas called "Asclepion" were built for Asclepius in the major cities of Greece and Western Anatolia (Asia Minor) during the Hellenistic period.¹ Although some sources say that Asclepius was born approximately in 1240 BC and lived in Trikki, the ancient city of Trikala (Western Thessaly)², the common opinion is that the first known source providing information about Asclepius is Homer's Iliad (VIII century BC). In this work, Homer refers to Asclepius as a "perfect physician" rather than a "divine figure". Before Asclepius, Apollo, one of the mythological gods, had been seen as the source of healing, but Asclepius, as the son of Apollo, took over this mission and deification took place with the cult that formed around him over time.^{3,4}

In today's Greece and Türkiye, there are around three hundred and twenty ancient hospitals called "Asclepion" in ancient times dedicated to the cult of Asclepius. These ancient treatment structures where various diseases are treated were named Asclepion, which means "house of Asklepios", and the priest physicians working there were called "asclepiad".⁵ The aim of this study is to investigate the features of Asclepians and the heritage they left to modern hospital architecture.

Historical and Cultural Roles of Asclepians

Asclepians were considered the center of health care in ancient Greek society. These centers played an important role in sharing medical knowledge, focusing on healing, and increasing community health. These centers should be seen not only as treatment centers, but also as places where medical knowledge, including those related to the CNS, is shared and developed. In these places, thoughts on medical teachings, education and practices were shared.⁶

Location of Asclepians

The location and architectural structures of the Asclepians show similar characteristics. Their locations were specially selected. They were established in quiet and peaceful areas with plenty of trees, airy, a bit far from residential areas. Regions with hot or cold natural spring water are generally preferred. Thus, they are suitable places for treatment and cleaning. They are generally established in sloping places that are not exposed to direct wind. This location ensures that there are fewer mosquitoes and no cases of malaria since the wind blows from up to down in the summer months.⁷

Treatment Methods for Asclepians

The patient arriving at the ancient Asclepians was first taken to the patient admission department. After listening to the patient's complaints, practical treatment and/or religious ceremonies were performed for each disease. Treatment according to the disease was a very advanced practice compared to that period when healing methods were applied with similar rituals and ceremonies for each patient. There were many treatment options according to the patient's complaints. Treatment methods in Asclepians were dream and suggestion therapy, water and thermal therapy, and treatment with herbal medicines. In addition, treatment methods such as mud baths, diet, induction of vomiting, and different herbal drugs were also applied. Surgical treatment was a less common method.⁸

People who come to Asclepion first wash in water described as sacred and then rings, belts, etc. were given to these people. Accessories were taken away and a white garment was given. These clothes can be thought of as today's hospital gowns. The traditional treatment method was for patients to sleep in the abaton (sacred dormitory). Meanwhile, the staff would release harmless snakes among the patients, it was

thought that this would help the treatment. When the patients entered the REM (rapid eye movements) state, they would wait for God Asclepios to tell them what the treatment was or show them in some way, and the dream would be interpreted by the doctors and the disease would be diagnosed. Treatments were made according to the diagnoses in the interpretation of dreams.⁹

There were basically three treatment methods applied in asclepions: diet, hot and cold baths and body movements. Asclepion's doctors would give their patients mud baths, use medicines obtained from plants, and also enable them to engage in sports and music. In addition, the dreams they had at night were interpreted, patients were helped to recover through suggestion, and procedures such as surgery were performed when necessary. The sound of water was mostly used for therapy. For this reason, Asclepions became the most important health centers of their period with their medical, herbal, surgical and paramedical treatments intertwined through suggestion and belief.^{9,10}

Treatments in Asclepions included sacrificing to God, making and praying for objects similar to the objects in the place where the disease occurred (ears, eyes, legs, etc.), encouraging the patient psychologically (socializing and having fun) for treatment (having them listen to music, watching a play, establishing dialogue with people and enabling them to socialize), apart from all these treatments, although very rare, surgical interventions were performed in later periods.⁹⁻¹¹

The most important Asclepions located in Western Anatolia and Greece; they were Epidaurous (Epidaurus), Pergamon, Tricca, Corinth, Athens, Kos, Knidos (Cnidos, Cnidus), Gortys, Smyrna and Miletos. It was also an important medical and surgical center in Allioni, located in western Anatolia (**Figure 1**). In 293 BC, there was an uncontrolled plague epidemic in Rome, and envoys were sent to ask for help from Asclepion in Epidaurous. It is also known that a small Asclepion was established on an island in the Tiber (Rome) after the plague was brought under control.¹²



Figure 1. The most important Asclepions located in Western Anatolia (Türkiye) and Greece.

The Most Important Among the Asclepions in Western Anatolia and Greece

Asclepion of Pergamon

Pergamon (Bergama) Asclepion is one of the most famous locations among the Asclepions in Western Anatolia (Türkiye) and Greece. Pergamon Asclepion is also the pioneer of many medical studies. While dream interpretations and suggestion therapy form the basis of today's psychoanalysis, the therapeutic body movements given to patients are the first traces of gymnastics, physical therapy and rehabilitation. In addition, Galen (129-216 AD), one of the most famous physicians of the ancient period, was born in Pergamon and worked in Asclepion for years.¹³⁻¹⁵

Pergamon Asclepion was built in the same period as the Spartans, it was built in the mid-5th century BC in the Bergama Region, in the north of the Aegean Region (**Figure 2**). This health center also has an important place in the historical process as it was a medical school for the training of famous physicians of the period and the world's first psychiatric hospital. The healing properties of the waters in the region were discovered by people in early history and were used for health purposes for centuries. This place appears as the first place of application of physical therapy and rehabilitation and psychiatry departments in the history of medicine, with the application of hot water springs, physical therapy practices and suggestion treatment methods during the period when disabled people were excluded from society in the Ancient Age. In ancient times, when disabled people were excluded from society, a modern thought practice such as treating them and reintegrating them into society attracted attention.¹³⁻¹⁶

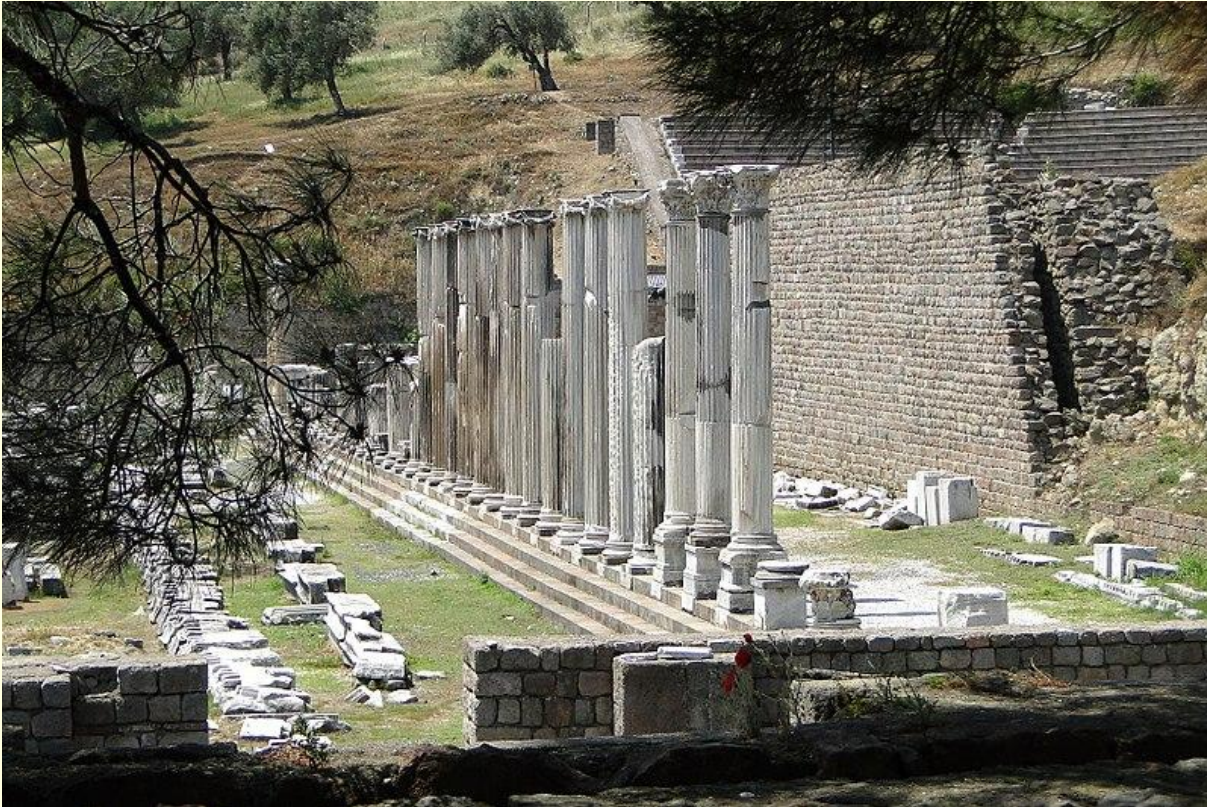


Figure 2. Pergamon Asclepion.¹⁷

The first thing required for patients entering Asclepion was cleanliness. Appearing clean before gods was the basis of faith. The patient who cleaned himself and made a vow was taken to the temple. At that time, there was a belief that sacrificing something or an animal to the gods during the initiation ceremony would

accelerate the healing process. After this, the patients would pray in front of the statues of the gods (Asclepius and Telephorus) and ask for healing. Lamps were lit and incense was burned on the roads they passed. This ceremony, which was carried out from the entrance to the patient rooms, was accompanied by music, light and sound games, and water sounds. At that time, a kind of religious and divine music was performed using existing instruments. One of the most important components that strengthened suggestion, which was the main element of the treatment, was music. It was very important to believe and trust priest doctors. Because it was believed that the more the patient believed that he would recover, the more resilient his body would be and the faster he would recover. It was music, as well as the deep and impressive voices of the priests coming from afar, that enabled the patients who were put to sleep and dream with the help of opium to go into a hypnosis-like emotional state. Water played a big role in Asclepion. It was a sacred duty for those who came to Asclepion to bathe in the sacred pools and drink from the sacred fountain. Water was an important healing tool, whether washed or drunk.¹⁶ The most important treatment applied in Asclepion was the treatment through suggestion. This treatment method played an important role in helping patients regain their health. On the first days of their stay in Asclepion, guests were asked to dream and catch clues about their treatment in their dreams. Patients believed that they would get better in the dreams they had as a result of suggestions, and as a result, they made efforts to get better hopefully. It is understood that physicians from Pergamon conducted psychotherapy sessions with creative dream interpretations centuries before Freud. Additionally, the library of Pergamon in Asclepion contained more than five hundred books on theatre, fine arts and music. Guests would receive reading therapies in this library, which had no medical books. Bathing in healing and holy waters, drinking these waters, sports and exercise were among the other treatment methods. At the same time, strong suggestions, theater and music treatment had an important place in the treatment.⁹

Comedies were performed and concerts were held in the theater inside the Asclepion (**Figure-3**) This theater, with a capacity of four thousand people, played an important role in treating the souls of patients (guests) and connecting them to life, as much as other treatment methods, with its games, entertainment, instruments, words and sounds.¹⁶ Just as the recovery of a patient increased the morale of other patients, patients were also entertained and connected to life with music and shows. When a patient recovered and left the Asclepion, a festival was made and it was considered a duty to send him off with a big ceremony. The opinions of the patients who recovered were taken and written on tablets and bronze plates and hung on the most visited places of the temples. Those who came to Asclepion would read these and witness the healing power of the temple. In this way, Asclepion's propaganda would be made in a sense. Patients who were sick from one of their organs and thereby healed would give bronze, marble or mud models of their healthy organs as an offering to Asclepion, the god of health. Treatment methods were not limited with those. During the excavations, tools made of bronze, bone and silver were found out and they are thought to have been used in minor surgical interventions such as opening fistulas and corrugate.¹⁸

There were many shops on the road lined with columns on both sides followed on foot after the entrance gate. Gifts and offerings to the gods were sold in this bazaar established to meet the needs of patients and visitors coming from far away. Many small hands, feet, ears and many other statues and statue parts have been unearthed during archaeological excavations. These are thought to be gifts offered for the healing of the organ they represent.¹⁸



Figure 3. Pergamon Asclepion general view and theatre.¹⁹

Galen, one of the most mentioned physicians in the field of medicine for approximately 1500 years until the Renaissance, was born in Pergamon in the 2nd century AD. He studied medicine, philosophy and mathematics there. He increased his knowledge, manners and professional experience by going to important medical centers of ancient times. When he returned to Pergamon, he was appointed as the doctor of the gladiators. This job gave him the opportunity to increase his experience in the field of orthopedics and surgical diseases and enrich his knowledge of anatomy. Galen, who served later as a physician to three Roman emperors including Marcus Aurelius, was interested in almost all fields related to medicine and wrote articles about the fields he was interested in. Galen, considered the founder of experimental physiology and sports medicine, used herbal mixtures that he had prepared from herbal drugs growing around Pergamon in his treatment. He can be considered one of the first practitioners of natural nutrition and the founders of pharmacology. Galen, who prioritized surgery in treatment, supported the idea that surgery should be resorted to in cases where there was no response to diet and pharmaceutical treatment. He introduced the necessity of ligating the vessels in cases of arterial bleeding, amputation and its principles, and emphasized the necessity of a radical surgery if surgery was necessary in cancerous cases. Galen, who influenced Western medicine for centuries, worked in Pergamon, Rome and Alliano, and was known as the physician of emperors and gladiators.^{20,21}

Asclepion of Epidauros

In ancient times, Epidauros' Asclepion's reputation at that time can be described as worldwide, especially in the Mediterranean, Asia Minor and northern African regions. Epidauros' Asclepion was the most favourite place for people seeking for remedy from the god and was considered the center of the Asclepios cult (**Figure 4 and 5**). There were three most important reasons for this; (1) The first worship of the Asclepios cult was here; (2) It is believed that Asclepios was born here (Pausanias, one of the ancient writers, wrote this, but there were also those who believed that he was born in Trikka) and the traditional burial site was there; and (3) both Asclepion and Apollo were believed to be there.^{1,3} The Asclepions built after him, in a sense, took the Epidauros Asclepion as an exemplary model and were established as branches of this place. It was important to visit this place and take a model for the Asclepions to be built. In this sense, it was not only a health center but also a cultural and economic center.^{7,21}



Figure 4. Epidauros Asclepion.²²



Figure 5. Votive relief for the healing organ at the Asclepion of Epidauros.²²

In terms of its location, it was built on the slope of a mountain, in an open and wooded area where fresh air could be breathed, six miles away from the sea and close to water resources. In the architecture of the temple hospital complex, in addition to the temple of Asclepios and Apollo, there were patient rooms called abaton, where patients slept and rested, bathrooms, a library, a stadium, a theater, an odeion, a stoa, a gymnasium, a gym, and guest rooms for visiting priests. This is one of the interesting buildings in the

area. It is called as a group of hotel-guesthouses, and these buildings must have been used for the first accommodation of patients coming to the complex. According to what Pausanias wrote, there were also sports fields and wrestling fields, racetracks, temples of Artemis and Aphrodite, baths and cisterns. Almost all of these architectural features would be found in the Asclepians that would be built after him.⁷

Asclepion of Kos

Asclepion of Kos was both a very important health center and medical school of its time and a center where one of the most important figures in the history of medicine, Hippocrates, trained and practiced medicine. The Kos Asclepion was built on the 5th century BC and functioned till the 4th century AD (**Figure 6**). It is understood from the ruins that the mosaic painting showing Asclepios' arrival in Kos was in the Ionic order. It is stated that there are statues of Asclepios, Hygieia and Machaon in the cella (sacred room). A plan layout emerged in the sections built in various periods, consisting of terraces and connected to each other by stairs. The social complex is located on the slope of a hill. Such a terracing scheme made the entire building compatible with the topography.²³



Figure 6. Asclepion of Kos.²⁴

The sanctuary of Kos Asklepios consists of three consecutive courtyards defined by galleries and located on three consecutively rising terraces during the Hellenistic period. The lowest terrace, developed in the late fourth century where the terraces rise and follow each other, consists of a simple temple entrance, a U-shaped gallery and a simple fountain structure. Most likely, this is the area where Asclepios patients performed their cleansing rituals and purified themselves with holy water before moving on to the next stage. On the middle terrace, there is an altar structure that resembles the Pergamon Zeus altar and there is the temple of Asklepios, built in the Ionian style, dating back to the third century (around two hundred and eighty BC) opposite it. From here, healing travellers reached the temple of Asklepios, built in Doric style in one hundred and sixty years before Christ, via monumental steps. This group of structures, shaped in the Hellenistic period, today bears the impression of a Roman monument due to the visibility of the dominant arched elements.^{25,26}

Hippocrates, who practiced medicine in the Asclepion of Kos, was an innovative physician who brought the scientific understanding of medicine. Hippocrates, whose father was also a priest and physician, first studied medicine at the Asclepion of Kos. Later, he worked as a physician and trained students at the Asclepion of Kos. Kos Asclepion transitioned from the method of healing by worshiping only Asclepius during the Hippocratic period to the Hippocratic medicine based on observation and cause-effect relationship, which is called scientific medicine today. It is undeniable that Asclepion, built in an airy and green environment, also contributed to the treatment methods in this process. The use of herbs growing in the natural environment on the island of Kos as herbal drugs has been used in dietary treatment.²⁷ Asclepion's influence has a great place in the implementation of treatment options.

Asclepion of Smyrna

The most important information about the temples of Asclepius in the city comes from Pausanias, who wrote works in the 2nd century AD, and the famous orator Aelius Aristides (118-180 AD), who lived in Smyrna in the second half of the same century. From Pausanias' statements that "Asclepion by the sea was brought to Smyrna from Pergamon in my time" and "In my time, the people of Smyrna were building a temple of Asklepios in the place between the Koryphe hill and a sea recess into which no other water flows", we find out that the cult was brought from Pergamon in 2nd century AD and the construction of an Asklepion started on the shore near Değirmen Tepe in today's İzmir, Türkiye. Aelius Aristides, the famous orator of the ancient period, also mentions the temple of Asclepius, one of the gods he most frequently referred to, in Smyrna. Indeed, if we look at both ancient sources and epigraphic findings, it is known that one of the important cults in the city is the cult of Asclepius, the god of medicine and health.²⁸

Smyrna's health-related institutions were established in the Hellenistic period. Due to the connection between doctors and Asklepios, it is possible to talk about the existence of a local Asclepius cult in Smyrna during the Hellenistic period. The medical school founded by the physician Hikesios was one of the important educational centers of its period. In his book "Geographica", Strabon describes the school of Hikesios that as the Erasistratosian school founded by Hikesios in Smyrna in the time of our fathers. It is estimated that the school was founded around 140 BC.²⁸ As a matter of fact, the famous Pergamon physician Galen studied medicine in Smyrna.²⁹

As can be seen, Smyrna has attracted attention with both its educational institutions and famous doctors since the Hellenistic Period. Especially, the period when the Asclepius cult was brought to the city from Pergamon, in other words, the 2nd century AD seems to be the city's most vibrant period in the field of health. Numismatic data show that during this period, Hygieia and Telesphoros (the god of convalescence or healing), the children of Asklepios, who were also gods related to medicine, began to gain importance in the city. The depictions of Hygieia appear on coins minted in the city during the periods of Marcus Aurelius and Albinus. Perhaps the cult of the goddess came into prominence in the city during the period when her father's cult became widespread in Smyrna. In the same period, it seems that the cult of Telesphoros, who had a temple in Pergamon, was also known in Smyrna. The city's there is a depiction of Telesphoros standing among the bronze coins minted in the 2nd century AD. On the other hand, Telesphoros is depicted next to his father, Asklepios in a small-sized relief unearthed during the excavations in the agora in the 2000s.^{28,30}

Athens Asclepion

Asclepion, located in Athens, served as an important health center during the ancient Greek period. The Asclepion forms part of the architectural complex on the southern slope of the Acropolis, to the west of the Theater of Dionysus. It is very close to the Odeia of Pericles and Herodus Atticus. This Asclepion was used to

serve the medical needs of the city and treat the sick. This Asklepieion was not an independent and self-sufficient entity like that of Epidauros, but rather a health center within the city. The Asclepion of Athens is another example of a healing temple performing artistic and theatrical activities.⁸

Tricca (Tricci, Tricala) Asclepion

Tricca was an Asclepion center located in ancient Thessaly. This Asclepion, it was built in the 5th century BC and played an important role in meeting the medical needs of the region. Asclepion was a healing place where medical care was provided by priests with drinking and swimming water facilities, exercise, diet, medicinal plants and dream therapy. Tricca, in particular, was a place where patients reported their dreams to priest doctors and then it was recognized as a center where treatments based on the interpretation of dreams were recommended. According to the historian Strabon, the Asclepion of Tricci (Tricca) was the most famous and important during his time. In addition, innovative neurosurgical techniques (trepanation) for that period were applied in Thessaly by Asklepios and his followers. Despite the dominant influence of religion and superstition on Asclepios medicine in Asclepion, Tricca Asclepion stands out to us as the place where an embryonic form of the holistic medical approach emerged.²

Gortys (Arcadia) Asclepion

The ancient city of Gortys (now Gortyna), located in the Arcadia region of Greece, was located in the Lousios river valley (Ancient Gortys, Arcadia, Peloponnese, Greece) (https://en.wikipedia.org/wiki/Gortyna,_Arcadia).³¹ The town is said to have been founded by Gortys, the son of Stymphalos, and although it used to be an important city, it was declared a ruin by Pausanias in his time. It is defined as a village.

It is said to have been founded by Gortys, the son of Stymphalus, the legendary king of Arcadia. When Megalopolis was founded in the 4th century BC, many residents moved to the new city, but Gortys was still a village belonging to Megalopolis in the 2nd century AD. Ancient Gortys was known for its Temple of Asclepios and Asclepion. The ruins of Gortys were excavated between 1940 and 1956. Remains of several fortifications, temples and baths belonging to the cult of Asclepios were found in this area.³²

Allianoi Asclepion (Health and Surgical Center)

Allianoi, located close to Bergama, was in a suitable location for a health center with hot water springs, providing climatologically rich oxygen and very clean air circulation, in the strait where the Ilya River passes. Ancient roads can still be followed in the immediate vicinity of Allianoi, which is located on the ancient highway route between Cyzicus and Pergamon. A lot of research has been done on the hot water in Allianoi and it is known that it is drinkable.²⁸

The most important source about Allianoi; Rhetoricist Aelius Aristides from Mysia. Aristides mentions Allianoi and writes that the hot water here is good for rheumatism. In his work, 2nd century AD, he gives information on the medical methods applied in the first quarter of the century and when he was sick, he said, "I stayed in Allianoi because God sent me here".^{33,34}

The second important ancient source about Allianoi is Galen of Pergamon. Galen is contemporary with the archaeological finds at Allianoi. Galen also mentions Allianoi in his works. It is not known where Galen treated his patients in Pergamon, but he may have served as a gladiator physician in Allianoi, albeit for a short time. Considering that he served in the Allianoi Hospital in the first half of the 2nd century AD and that many surgical instruments were found in this structure, it comes to mind that Galen healed gladiators in this hospital structure.^{33,34}

Among the epigraphic findings unearthed as a result of the excavations; Votive inscriptions presented to Asklepios and Hygeia, as well as small altars with or without inscriptions dedicated to Asklepios, are of great importance for the identity of Allianoi. On the Inscribed Votive Altar found in 2000, "The Savior offered (this) offering to Asclepios and Hygieia." Gaius Iulius Stre..." phrases are included. The altars are associated with the cult of Asclepios. Along with other finds and data, these mentioned works are the most important epigraphic finds that suggest that Allianoi was a health center. The depiction of a pair of eyes on the inscribed votive stele is a religious motif in which patients make vows to the god for healing or after recovery, and as it is known, it has an important place in the cult of Asclepios. Similar ones have been found in Asclepios cult centres in Anatolia, Greece and the Aegean islands. Silver rings or gemmas depicting Asclepios are among the other small artifacts found in Allianoi. Among the sculptural works related to the cult of Asclepios; two marble heads of Asklepios, a bronze statuette of Asklepios, and a piece of a staff wrapped in a snake belonging to the statue of Asklepios were found.^{33,34}

The in-situ medical instruments and bronze medical tools found at Allianoi indicate that this place was used for medical purposes or that a surgeon used this place. In addition, 356 bronze medical instruments, bronze and silver forceps, crossed bronze forceps, bronze catheters, bronze forceps, bronze stylets, bronze spoon-tipped spatulas, silver medical instruments and bone catheters, whose functions are not yet fully understood, were also found in Allianoi. The artifacts are of different sizes and types, and it is extremely important to find so many medical instruments together outside the necropolis. Used in making medicine; Marble mortars, and crushing stones were found in situ, as well as many mixing tables and bone artifacts thought to be used in medicine.^{33,34}

Allianoi experienced its most popular period during the time of Roman Emperor Hadrian (117-138 AD). It has become an extremely spectacular centre with its wide columned avenues, streets, bridges, peristyle structures, fountains, latrines and cult structure. However, due to the earthquakes and subsequent floods in ancient times, Allianoi could only remain on the stage of history for 70-80 years at most.^{33,34}

Asclepion of Corinth

An Asclepion was also established in Corinth in ancient times. Similar to other examples, the Asklepion in Corinth was built next to the Gymnasium, close to the Theater and Agora Odeion. The Asklepion forms a combined complex with the Theater and Stadium.⁸

Knidos Health Center and Ancient Medical School

It is known that in ancient times there was a health centre and medical school in Knidos, in the south of Western Anatolia, near Datça today (**Figure 7**). Euryphon (5th century BC) founded the first important medical school in Knidos before Hippocrates and started a medical tradition that separated it from magic and mythology here. Euryphon is known as the first physician to point out the important role of diet in health. According to Euryphon, after inadequate digestion, feces from the abdomen spread throughout the body, eventually reaching the brain and resulting in disease. It is thought that Euryphon also applied percussion to the lungs as an important tool in physical examination to distinguish tympanic sounds from edema. In one of his books, Galen referred to physicians from Knidos and mentioned physicians from Knidos regarding kidney diseases. It is also known that Hippocrates was familiar with the work of Knidos physicians and was a rival of Euryphon.³⁵

Another important physician of Knidos was Herodicus, who was a sports medicine doctor at the Knidos medical school of the period. Perhaps for the first time, he combined physical exercise and diet in his recommendations to patients. He or she may be the first doctor to recommend that patients start moving

regularly after an injury. Herodicus has gained an important place in the history of medicine by recommending the use of diet, training and physical activity.^{6,35,36}



Figure 7. A snake column from the ancient Medical School of Knidos (Photograph: Ilgaz Akdoğan).

In addition to all the Asclepions mentioned, the Health Centre in Ephesus, within the borders of today's Türkiye, was famous throughout the Mediterranean region during the Roman Empire. Rufus of Ephesus and Soranus are known as two distinguished physicians of this school. No remains of this centre have been found yet. However, evidence about the names and studies of physicians from writings found in the digs of the Church of Virgin Mary (near Ephesus) suggest that the place had been a health centre in earlier times.¹⁴

Strabo, a famous geographer and historian born in Amaseia, Pontos, in 64 BC, while giving information about Troy, mentions Lysimachus (360 BC - 281 BC), a Thessalian general and administrator who served as one of Alexander's governors in the Kingdom of Macedonia during the reign of Alexander the Great. He mentions an Asclepion he founded in 281 BC. Additionally, Vitruvius (c. 90-20 BC), a famous architect and author of *De Architectura*, a book on architecture dedicated to the Roman Emperor Augustus, mentioned books written by architects who lived before him. Vitruvius mentioned the existence of an Ionian Asclepion in Aydin (Tralles).¹⁴

Steps encountered by the patient coming to Asclepion interestingly, Asclepions were places where efforts were made to heal the patient not only biologically but also biopsychosocially in ancient times. How does? Before a patient ever came to Asclepion, he would have heard of its healing power. When he approached Asclepion, he would encounter a quiet, peaceful environment surrounded by greenery, close to hot and cold water sources. When he arrived at his door, the sign saying "death cannot enter here" affected the patient psychologically, revealing his belief that he would recover. When he entered, the officers, mostly dressed in white, would greet him, take him by the arm and take him to a room that we would call a polyclinic today. Here, the patient was greeted with a smiling face, his complaints were asked and guidance was given. Priest physicians would accompany the patient and ensure that he or she was cleaned. The patient, wearing clean hospital clothes, was taken to the sleeping room. The dream he had at night would be interpreted by priest doctors and his treatment would begin. Thus, the patient would have been

psychoanalyzed centuries before Freud. The priority for the patient, who was isolated from the environment that could be the source of his disease and taken to the hospital room environment, was diet or herbal treatment. Then, herbal or mixtures were given to relieve the pain. In addition to biological treatment, the patient was made to listen to music to improve his psychology. The patient would be taken through a tunnel with holes at the top, with priests and doctors on either side, and through the holes at the top, the doctors would say the patient's name and give suggestions that he would recover. The sound of water flowing from one end of the tunnel to the other, the sound of music coming from the holes at the top, and the light provided the patient who entered the tunnel to find peace and morale. The patient's hygiene was taken into consideration, he was allowed to enter the toilets located in a separate place, and he was allowed to bathe in hot water regularly. In addition to the worship and rituals performed in the temple in Asclepion, seeing the votive statues that healed patients left or hung in various parts of Asclepion had a positive effect on the patient's psychology. The social support of the patient in Asclepion was provided by the theatre and library in Asclepion. Plays and musical entertainments were held in the theatre periodically. The library contained many works other than medical books. Additionally, patients had the opportunity to socialize as well as shop for their daily needs in a market-like area inside Asclepion. Patients who were in an environment where they were called guests instead of patients, whose daily needs were met, whose nutrition was regulated biologically, whose pain was tried to be relieved, who were supported psychologically by suggestion, and who were in a social environment, would attain their health, which is defined as a state of biopsychosocial well-being.

The Heritage of Asclepions to the Present Day

In all these respects, Asclepions were health campuses that provided a kind of holistic health service with the understanding of treatment of diseases resulting from the interaction of physical, psychological, social and environmental factors for approximately 12 centuries in ancient times.^{2,37} Centuries ago, Asclepions was equipped with mythological and philosophical elements and provided holistic health services to its patients regarding the well-being of our ancestors. In Asclepions, a person (patient and supplicant) was treated with serious respect as a complete being with mental, moral, emotional, social, moral and natural characteristics as an integral whole. Disease was not seen as one-dimensional but as a result of complex processes and negative environmental, social and psychological interactions. Spiritual, emotional, natural factors and health services and medical intervention, surgery or pharmacy as additional help seemed to aim to resolve and restore these contradictions.⁵ ("Asclepions" were equipped with mythological, ideological and philosophical perceptions of the well-being of our ancestors, offered holistic health care to their patients. A person (patient and supplicant) was treated with solemn respect, as a complete entity with inseparable spiritual, mental, emotional, social, moral and natural characteristics. Illness was viewed as the outcome of complex, negative interactions of environmental, social, psychological, spiritual, emotional and natural factors, and health care seemed to aim at resolving these conflicts and restoring balance among the above-mentioned by having as supplementary aid medical intervention, either surgical or pharmaceutical).

The striking fact is that Asclepions has adopted a holistic approach in the treatment of patients. In Asclepions, the aim was to activate the therapeutic qualities of the natural environment as well as the factors in the psychological and emotional healing procedure and the activation of each person's innate healing mechanisms. In Asclepions, in addition to physical activities, complementary and applied treatments such as hydrotherapy, music and games were offered for each patient.⁸ The missing practices in Asclepions were that not every patient had the right to access treatment in terms of patient rights that we encounter in modern medicine. After preliminary examination, terminally ill patients were not admitted to Asclepion. Again, pregnant women were forbidden to enter Asclepion and give birth. However, it should

not be forgotten that the restoration of health in the Asclepians was achieved by taking into account the physical, psychological, mental, spiritual, social and environmental factors as a whole.³⁸

The architectural structures of Asclepians are highly functional structures. Because patients go through the treatment steps in stages, from the welcoming stage until they are brought to the patient rooms, from being cleaned to receiving herbal and natural treatment, and even their discharge involves a ritual and enthusiasm (making offerings, sending off other patients in a morale-boosting way, etc.).

Today, instead of a health complex with a holistic medical approach, the approach of hospitals that focuses only on the patient and the disease and reduces the human being to a living creature whose functioning mechanism is broken instead of a biopsychosocial being emerges as a significant obstacle to achieving health. Designing the architectural structures of hospitals in a clean, natural and quiet environment, human-oriented and ergonomic, and re-evaluating the existing ones from this perspective will contribute to the improvement of health. Healing and healing processes are not only about the recovery of biological mechanisms, but also include the patient's psychological, mental, social and environmental recovery. Hospital architecture must have an understanding that takes into account all stages of the patient's holistic treatment and biopsychosocial recovery, and traces of all of these can be found in Asclepians, ancient hospitals in history.

Acknowledgements

The authors declare that there is no conflict of interest.

Author Contributions

Hayriye Dilek Akdoğan: Idea/concept, design, data collection and/or processing, analysis and/or interpretation, literature review, writing the article.

Yaşar Barış Turgut: Design, data collection and/or processing, analysis and/or interpretation, literature review, writing the article.

Ali Çağlar Turgut: Design, data collection and/or processing, analysis and/or interpretation, literature review, writing the article.

İlgaz Akdoğan: Idea/concept, design, data collection and/or processing, analysis and/or interpretation, literature review, writing the article, critical review.

References

1. Wiley AT. Asclepius, M.D.? The ancient Greeks and integrative medicine. Honors Bachelor of Arts 2013; 26.
2. Papagiannis D, Rachiotis GL. Thessaly and medicine from ancient Greek mythology to contemporary times: A perpetual relationship. *Le Infezioni in Medicina* 2019;4:461-7.
3. Panagiotidou O. Asclepius' myths and healing narratives: Counter-intuitive concepts and cultural expectations. *Open Library of Humanities* 2016;2(1):e6:1-26.
4. Filippou D, et al. Machaon, son of Asclepius, the Father of Surgery. *Cureus* 2020;12(2):e7038.
5. Papageorgiou C, et al. Asclepius of Epidaurus: the application of a historical perspective in medical education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2022;17:7.
6. Turgut M. Ancient medical schools in Knidos and Kos. *Childs Nerv Syst* 2011;27(2):197-200.
7. Van der Molen JM. Epidaurus' history, material culture, purpose and place in the Greater Mediterranean Area, beyond marble, medicants & myth. *Research Seminar Faculty of Arts* 2020;1-14.
8. Christopoulou-Aletra H, Togia A, Varlam C. The "smart" Asclepieion: A total healing environment. *Archives of Hellenic Medicine* 2010;27(2):259-63.
9. Akça T. Evaluation of Pergamon Asclepius from a Medical Perspective. Doctor of Philosophy Thesis, Çukurova University, Adana, Türkiye; 2013.
10. Hamilton M. Incubation the cure of disease in pagan temples and christian churches. London W. C. Henderson and son, St. Andrews Simpkih, Maebhal, Hamilton, Kent and Co; 1906.
11. Retief FP, Cilliers L. Medical dreams in Graeco-roman times. *SAMJ* 2005;95(11):841-44.

12. En.wikipedia.org [Internet]. [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Temple_of_Asclepius,_Rome.
13. West JB. Galen and the beginnings of western physiology. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2014;307:L121–L128.
14. Atac A, Aray N, Yildirim RV. Asclepians in Türkiye. *Balkan Military Medical Review* 2006;9(2):82-4.
15. Pasipoularides A. Galen, father of systematic medicine. An essay on the evolution of modern medicine and cardiology. *Int J Cardiol* 2014;172(1):47-58.
16. Bayat AH. *History of Medicine*. Sade Matbaa, 1. Baskı, İzmir, 2003;pp:81-98.
17. En.wikipedia.org [Internet]. [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/File:Asclepion_-_Bergama_%28Pergamon%29_-_Türkiye_-_01_%285747203073%29.jpg.
18. Tuna A, Özer MC. Music as a healing method at the Pergamon Asclepieion. *EU State Turkish Music Conservatory Magazine* 2015;7:63-73.
19. Kulturportali.gov.tr [Internet]. [updated 2021 Sep 07; cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.kulturportali.gov.tr/turkiye/izmir/gezilecekler/bergama-Asclepion-orenyeri>.
20. Kars N, et al. The first treatment center of the ancient era: Asklepieion. *Essays on Disability History*, Editors: Aydin AR, Keskin I, Yelce NS. Istanbul University Press; 2020. pp:109-18.
21. Cawadias AP. From Epidauros to Galen: The principal currents of Greek medical thought. *Annals of Medical History* 1931;3(5):501-14.
22. Romeartlover.it [Internet]. [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.romeartlover.it/Epidauro.html>.
23. Mironidou-Tzouveleki M, Tzitzis PM. Medical practice applied in the ancient Asclepion in Kos island. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine* 2014;17(3):167-70.
24. Commons.wikimedia.org [Internet]. [updated 2003 May; cited 2024 Nov 20]. Available from: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kos_Asklepeion.jpg.
25. Soyöz U. Healing touch: Kos [island], sacred healing journey to the Roman Temple of Asclepion (in Turkish). *METU JFA* 2020;37(2):103-26.
26. Sakula A. In search of Hippocrates: A visit to Kos. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1984;77:682-88.
27. Marketos SG. The parallels between Asclepian and Hippocratic medicine on the island of Kos. *Am J Nephrol* 1997;17(3-4):205-8.
28. Tanriver DA. Asclepios Cult in Smyrna. *Journal of the Fine Arts Institute* 2017;38:117-30.
29. Pasipoularides A. Galen, father of systematic medicine. An essay on the evolution of modern medicine and cardiology. *International Journal of Cardiology* 2014;172: 47-58.
30. Burrell B. Temples of Hadrian, not Zeus. *Greek, Roman, and Byzantine Studies* 2002/3;43:31-50.
31. En.wikipedia.org [Internet]. [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Gortyna,_Arcadia.
32. Maher MP. A New Look at the Fortifications of Arkadian Gortys. (in *Meditations on the Diversity of the Built Environment in the Aegean Basin and Beyond*). Publications of the Canadian Institute in Greece, No.8; 2014. Pp:265-84.
33. Yaraş A. Die Therme Allianoi. *Archeologische Ainziger* 2005;2004:71-4.
34. Yaraş A. Allianoi: Chronique des Fouillies de 2004. *Anatolia Antiqua* 2005, XIII: 365-70.
35. Ergönül Ö. Knidos medical school and its reflections on modern medicine. *Infect Dis Clin Microbiol* 2023;5(4):380-82.
36. Georgoulis AD, et al. Herodicus, the father of sports medicine. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007;15(3):315-18.
37. Chatzicocoli-Syrakou S. The Asklepieion's healing environment learning from the past. *World Hosp Health Serv* 1997;33(2):22-7.
38. Chatzicocoli S, Syrakoy AC. Historical conceptions of a healthy city: The Greek paradigm. *ArchNet-IJAR* 2009;3(1):14-29.

Estetik/Kozmetik Diş Hekimliğinin Tarihsel Açıdan Değerlendirilmesi*

Evaluation of Esthetic/Cosmetic Dentistry in Terms of History

İlkim Karakapıcıⁱ, Nüket Örnek Bükenⁱⁱ

ⁱArş. Gör., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0003-0915-7082>

ⁱⁱProf. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0001-9166-6569>

ÖZ

Estetik; diş hekimlerinin rutin uygulamalarında hastalarına kazandırmayı amaçladıkları önemli tedavi bileşenlerinden biridir. Günümüzde ise sadece estetik bir görünüm kazandırmanın hedeflendiği dental işlemler hızla artmaktadır. Modern dünyada kişisel refah, sosyal kabul, iş ve özel hayattaki başarılar kişilerin güzel bir diş görünümüne ve gülüşe sahip olmalarından etkilenmektedir. Günümüz insanının dişleri aracılığıyla güzelliğini veya kimliğini ifade etmesi esasında zengin bir tarihe sahiptir. Geçmişte vücut ve dişler insanlar tarafından boş bir tuval gibi modifiye edilmiştir. Yerel olarak ve çağdan çağa güzellik algıları ve dişlerin simgelediği anlamlar değişmiştir, bugünün dişlerin bembeyaz ve sıralı olduğu anlayışa evrilmiştir. Ayrıca ilkçağlardan beri diş hekimliği teknolojisinin gelişimiyle modern estetik diş hekimliği işlemlerinin temelleri atılmıştır. Bu çalışmaya öncelikle antropolojik çalışmalardan elde edilen diş mutilasyonları ile başlanmıştır. Daha sonra arkeolojik çalışmalardan elde edilen günümüz estetik diş hekimliği uygulamalarının ilkel halleri ile devam edilmiştir ve son olarak bu uygulamaların teknolojik gelişimleri çağlara ayrılarak derlenmiştir. Çalışmanın amacı geçmişten günümüze kadar gelen estetik değerlere ve dental estetik teknolojinin gelişimine kısaca göz atarak bugünün estetik diş hekimliğine tarihsel açıdan değinmektir. Bu şekilde psikososyal değişkenlerden oldukça etkilenen estetik uygulamalara tarih aracılığıyla farklı noktalardan bakılması mümkün olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Estetik diş hekimliği, Kozmetik diş hekimliği, Tıp tarihi, Diş mutilasyonları, Dental teknoloji

ABSTRACT

Esthetics is one of the important treatment components that dentists intend to provide to their patients in their routine practices. Nowadays, these dental practices that aim only to provide an esthetic appearance are increasing rapidly. In the modern world, having a nice dental appearance and smile, affects personal well-being, social acceptance, and business and personal life success. The fact that modern people express their beauty and identity through their teeth has a rich history. In the past, the body and teeth were modified by humans like a blank canvas. The sense of beauty and the meanings symbolized by teeth have changed locally and from age to age, evolving into today's concept that teeth are extremely white and in rows. In addition, modern esthetic dentistry practices are based on the development of dental technology since ancient times. This article begins with the dental mutilations that were obtained from anthropological studies. Then, it continues with the primitive forms of today's esthetic dentistry practices obtained from archeologic studies, and finally, the technological developments of these applications were compiled by dividing them into ages. The aim of the study is shortly review the esthetic values and development of dental esthetic technology from past to present and examine today's esthetic dentistry from a historical perspective. In this way, it is possible to look at aesthetic practices, which are highly affected by psychosocial variables, from different points of view through history.

Keywords: Esthetic dentistry, Cosmetic dentistry, History of medicine, Dental mutilations, Dental technology

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):29-44

DOI: 10.31020/mutfd.1519166

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 19 Temmuz 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 12 Aralık 2024

İletişim - Correspondence Author: İlkim Karakapıcı < ilkim.karakapici@gmail.com >

Giriş

Günümüzde hastaların estetik/kozmetik diş hekimliğine olan talebinin, beklentilerinin ve arzularının arttığı görülmektedir. Diş hekimleri de artık günlük pratiklerinde estetiği daha fazla göz önünde bulundurmaktadır veya sadece dental estetik işlemlere yönelmektedir.¹ Diş hekimlerinin estetiğin sosyal doğasını kavraması, hastalar için ne ifade ettiğini bilmesi, hastalara yaklaşım açısından önemli görülmektedir. Bu noktada estetik diş hekimliğinin tarihsel gelişimini bilmenin ve ilgili süreci değerlendirmenin de iyi bir kavrayış sağlayacağı ve konunun bilimsel ve etik tartışmalarına zemin oluşturacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı; antik çağlardan günümüze çeşitli sebeplerle yapılan dental estetik müdahaleleri ve estetik uygulamalarının gelişimini kronolojik bir sıra ile sunmaktır. Antropolojik açıdan bakıldığında, dişler üzerinde gerçekleştirilen uygulamalar, tedavi amaçlı ve kültürel olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Terapötik uygulamalar ağız sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen işlemlerdir. Kültürel uygulamalar ise tedavi etme amacı gütmeyen, sosyokültürel veya estetik normlar sebebiyle yapılmaktadır. Arkeolojik kanıtlara bakıldığında hangi işlemlerin kültürel, hangilerinin terapötik amaçla yapıldığını belirlemek oldukça zordur. Çürük veya apsenin tedavisi olan kronun ve pulpa odasının delinmesi ve eğelenmesi işlemi en yaygın karşılaşılan terapötik tedavilerdir. Bunun yanı sıra arkeologlar diş çekimlerinin, kök kanalları ve kist drenajlarının, düzeltici ve dekoratif diş protezlerinin de terapötik amaç taşıyabileceğini belirtmektedirler.² Dişlere kasıtlı olarak yapılan işlemlerin hangi niyetlerle yapıldığının belirlenmesinin zorluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda tarihçilerin kültürel veya kültürel olabileme ihtimali bulunan uygulamalar olarak yorumladığı örnekler çalışmaya dahil edilmiştir.

Aynı zamanda, çalışmada günümüz estetik diş hekimliği uygulamalarının ilk adımları olan girişimlere yer verilmiştir. Estetik diş hekimliği kendi başına ayrı bir disiplin veya uzmanlık alanı değildir. Çağlar boyunca çeşitli dental girişimlerin veya yeni oluşmaya başlayan uzmanlık alanlarının teknolojisinin ilerleyişi ile gelişmiştir. Estetiğin ilk hedef olduğu veya tedavinin yanında önemli bir kriter olarak değerlendirildiği çeşitli uzmanlık alanlarının teknolojik gelişmeleri ve tedavi yöntemlerinin tarihi gelişimi, bu çalışma bağlamında genel diş hekimliği tarihi içinden çekilerek değerlendirilmiştir. Diş hekimliği tarihi içerisinde günümüz estetik diş hekimliğini olduğu noktaya getiren tarihsel ipuçlarına odaklanılmıştır. Bu bağlamda kesişim kümelerinin varlığı da ön kabuldür.

1. İlk Çağ Dönemi Uygulamaları

a. Kültürel Sebepli Diş Modifikasyonları (Kültürel Mutilasyonlar)

Mutilasyon (sakatlama) kelimesinin kökeni Latince 'mutilus' tur. Mutilus, deforme olmuş ve dönüştürülmüş anlamına gelmektedir.³ Mutilasyon kasıtlı yapılan, tedaviyi amaçlamayan, sosyokültürel ve estetik normlardan etkilenen ve geri dönüşü olmayan şekilde vücut bütünlüğünde yaratılan bozulmadır.^{2,4} Antropoloji ve klinik metinlerinde sıklıkla kullanılan mutilasyon (sakatlama, deformasyon) kelimesi hem olumsuz anlam barındırmakta hem de Batı literatürünün kendinden olmayan kültüre/kültürlere karşı olan ön yargısal tutumunu yansıtmaktadır. Bu sebeple "kültürel sebepli diş modifikasyonu" ifadesinin kullanımı önerilmiştir.² "Dental dönüştürme" (dental transformation) ve "dental dekorasyon" ifadeleri de önerilen isimlendirmelerdir.³

Dişlere yapılan modifikasyonlar, vücuda yapılan modifikasyonlar içinde en sık görülen türdür.³ Kültürel sebepli diş modifikasyonları yüzün başlıca süslerindedir. Tarih boyunca gençliğin, sağlığın, güzelliğin ve gücün sembolü olan dişlere yapılan modifikasyonlar, birçok kültürde belgelenmiş, binlerce yıldır uygulanmış ve günümüze kadar gelmiştir. En iyi belgelenmiş örnekler Kolomb öncesi Amerika kıtasından olsa da Çin, Hindistan, Güneydoğu Asya, Afrika ve Kuzey Amerika'daki eski uygarlıklarda da diş kesme ve süsleme

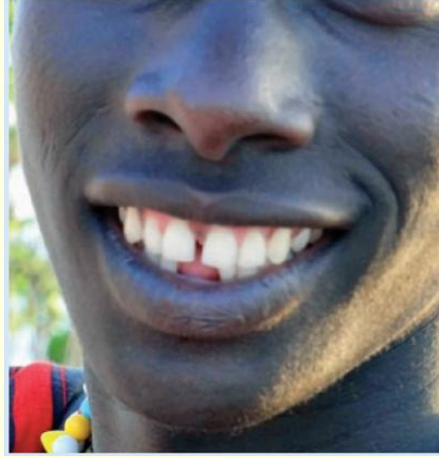
biçimlerine rastlanılmıştır.⁵ Günümüzde Afrika, Asya ve Okyanusya’da kırsal topluluklar ve yerli kabilelerde bu ritüeller gerçekleştirilmektedir.⁴

Modifikasyonlarda maksiller santral, lateral ve köpek dişleri en çok işlem gören dişlerdir.³ Bu uygulamaların bir sebebi dış görünüşü güzelleştirmektir. Bazı etnik gruplarda, ergenlik döneminde bu güzelliği elde etmek gurur veren ve fiziksel acıya direncin kanıtlandığı bir ritüel olarak karşımıza çıkar. Diğer kültürel ve sosyal anlamda diş modifikasyonları uygulamalarına gösterilen sebepler ise; kabul törenleri (ergenliğe giriş, evlilik veya savaşçı unvanı almak gibi ritüeller), konuşmada spesifik sesleri çıkarabilmek, daha etkili tükürebilmek, çiğneme işlevini geliştirmek, bir hayvanın görünümünü taklit etmek... gibi sebeplerdir. Modifikasyonların birçok çeşidinin arkasındaki kültürel ve antropolojik temanın ise “kan akıtmak” olduğu düşünülmektedir. Yaşamın bir aşamasından bir diğerine geçişi sembolize eden ritüeldir, ayrıca ilgili ritüeller ile fiziksel acıya karşı dayanıklılık test edilir. Diğer taraftan bir kimlik gibi kabileye olan aitliği/aidiyeti ve kabile içindeki sosyal statüyü gösteren, O topluluğa ait özel dilsel seslerin çıkarılmasını sağlamak amacıyla yapılan uygulamalardır.⁴

Antropologlara göre diş modifikasyonları, kişinin genetik bilgisini sonraki nesile aktarma isteği düşünüldüğünde adaptif açıdan uyumsuz işlemlerdir. Çünkü bu işlemler fazla miktarda ağrı, enfeksiyon ve ölüm riski içermektedir. Potansiyel ölüm riskine karşı bu ritüellerin devam etmesinin sebebinin güzelliği artırarak, karşı cinsi cezbetmek olduğu düşünülmektedir. Diş modifikasyonlarının yüz bölgesinde hızlıca fark edilmesi, kişilere eş ararken gösterişli ve dikkat çekici bir olanak sunmaktadır. Ölüm riski yüksek bir işleme katlanmak, karşı cinse karşı cesaretliliği, yüksek ağrı eşiğini, güçlü bir bağışıklık sistemini göstermektedir. Modifikasyonların sosyal hiyerarşinin üstündeki kişilerce kullanılması, potansiyel eşe yüksek statüyü ve daha zengin kaynaklara erişimi de göstermektedir.⁶

Avülsiyon

Avülsiyon dişin yerinden çıkarılması (dişin çekilmesi) uygulamasıdır. Evulsiyon veya ablasyon olarak da bilinmektedir. Geniş bir coğrafyaya yayılsa da Afrika ve Asya odak noktasıdır.² Avülsiyonlar Afrika kıtasında iyi belgelenmişlerdir. Afrika kıtasında yaklaşık 10.000 yıl önce, sert ve kurak geçen birkaç bin yıldan sonra Sahra Çölü’nün nüfusu artmaya başlamıştır. Arkeolojik ve antropolojik araştırmalar sonucunda, bu nüfus artışının, kıtadaki çeşitli dil topluluklarını, genetik ve etnik bir çeşitliliği oluşturduğu düşünülmektedir. Sosyal kimliklerin oluşturulup etkileşime girdiği bu alanda birbirine yakın yaşayan kabileler birbirlerinin dillerini konuşabiliyorlardı. Bir ziyaretçinin kabile üyesi olup olmadığını anlamak için sağlıklı olan dişlerin kasıtlı olarak çıkarılması yani avülsiyon işlemi uygulanmaktaydı. Bu işlem adeta bir kimlik kartı gibi kabileye aidiyeti göstermekte, grubun kimliğini ifade etmekteydi. Bu hem kültürel hem biyolojik önemi olan sosyal uygulama aynı zamanda konuşma kalıplarını, fonem telaffuzunu ve yüzün yapısını değiştiren girişimsel bir tıbbi prosedürdür. Bu şekilde kişi ait olduğu kabilenin dilini doğru kullanabilmiştir. Günümüzde bu ritüel, Afrika kıtasında hala uygulanmaktadır (**Şekil 1**).⁷



Şekil 1. Bir ritüel sırasında alt dişleri avülse edilen 18 yaşında Zanzibar'lı bir erkek.⁴

Törpüleme ve Morfolojik Değişiklikler

Dişleri törpüleme, çentik açma veya oyma, istenilen şekli elde etmek için şekillendirme işlemleri en çok belgelenen diş modifikasyonları türüdür (**Şekil 2**). Bu modifikasyonlara yönelik araştırmalar Kolomb öncesi Orta Amerika ve Güney Amerika kıtasında, özellikle de Mayalarda yoğunlaşmaktadır.²



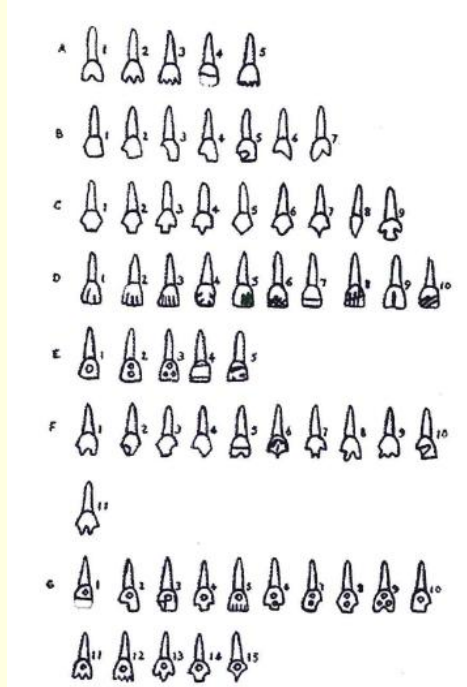
Şekil 2. Orta Amerika'dan diş mutilasyon örneği.¹⁴

Mezo Amerika bölgesinde yaşayan eski uygarlıklarda, M.Ö. 14 ve M.S. 6. Yüzyıllar arasında ergenler ve yetişkinler arasında popüler ve çok yaygın olan diş törpüleme işlemleri gerçekleştirilmiştir. Süsleme amaçlı olmasının yanında sosyal statüyü de ifade eden uygulamanın, birçok heykelle ve duvar resminde olmasından dolayı büyüsel ve dinsel bir anlamı olduğu düşünülmektedir. Keşfedilen bir duvar resminde bir kişiye yapılan törpüleme işlemi resmedilmiştir. Bu duvar resminin ölümden sonraki cenneti gösterdiği çünkü dental törpülemenin yerliler arasında mutluluk ve güzelliği simgelediği düşünülmektedir (**Şekil 3**).⁸



Şekil 3. Meksika'da keşfedilen dental mutilasyonu simgeleyen duvar resmi.⁸

Törpülenen dişlerin şekillerini inceleyerek, araştırmacılar çeşitli sınıflandırmalar yapmışlardır. En popüler ve kapsayıcı olan, 1913'teki Saville' nin çalışmasını geliştiren Romero'nun, 1958'te yaptığı sınıflandırmadır. Romero dişleri 7 temel şekilde sınıflandırmış ve 62 farklı varyant göstermiştir (**Şekil 4**).⁸ Törpülenen ve şekillendirilen dişlerin sosyal statüyü ifade ettiğine dair iddia tartışmalıdır. Araştırmacılar şekillendirmelerin Maya bölgesindeki akraba, soy ve yerleşim grubu üyeliğini simgelediğini öne sürmektedirler. Ayrıca cinsiyet ve yaş farkına göre şekillendirmeler olduğu düşünülmektedir.² Örneğin; modifikasyon sınıflandırmasındaki A paterninin (kesici kenar törpülenmesi) kadınlarda yaygın olduğu görülmektedir.⁸



Şekil 4. Romero'nun dental mutilasyon sınıflandırması.⁸

Boyama

Japonya'da M.S. 250-500 yılları arasında protohistorik Kofun döneminde ortaya çıkan dişleri siyaha boyama geleneği 700'lü yıllardan itibaren belgelenmeye başlanmış ve geleneğe edebi kaynaklarda rastlanmıştır. Kyoto'daki sarayın soylu kadınları toplumun moda anlayışını belirlemektedir ve kozmetik uygulamalara değer vermektedirler. Evlilik çağına geldiklerinde dişlerini siyaha boyamaktadırlar.⁹ "Ohaguro" adı verilen bu gelenek, dişleri bir aletle koyu kahverengi ve siyaha boyama işlemidir (**Şekil 5**).¹⁰ Tokugawa döneminde, (1603-1868) yılları arasında bütün sosyal tabakalardan evli kadınlar evli olduklarını göstermek ve saygınlık, asalet ve evliliklerindeki sadakati göstermek amacıyla dişlerini siyaha boyamaktadırlar.^{9,11} Hinin ve Eta grubuna bağlı kadınların, örneğin; dilenciler, gezginler, cellatlar, tabakçılar, kasaplar dişlerini karartması yasak iken, aynı gruba dahil olan seks işçilerinin karartma uygulamasına izin verilmiştir.⁹ Dişleri boyama, Japonya dışında Güneydoğu Asya'da da yaygın olarak görülmektedir.⁴



Şekil 5. Dişlerin siyaha boyanması.¹⁴

Dekorasyon

Mezo Amerika’da dişleri törpülemeyle beraber yapılan bir diğer modifikasyonda, dişlerin ön yüzlerine yapılan kakmalardır (inlay dolgular).¹² İnlay dolgu dişlerin ön yüz minesinde delikler açıp bu deliğe yabancı maddeler yerleştirerek dişleri süsleme işlemidir.² Hem kadın hem de erkeklere yapılan modifikasyonlarda törpüleme kadınlar arasında, dolgular ise erkekler arasında popülerdir. Romero’nun sınıflandırmasında ön dişlere yerleştirilen mücevherleri gösteren E paterni modifikasyonlarının yüksek sosyal statülü kişilere yapıldığı iddia edilmektedir.⁸

Bu gelenekler Maya uygarlığı zamanında en gelişmiş seviyesine ulaşmaktadır. Dişlere sadece törpüleme, sadece dolgu ya da her ikisi birden uygulanabilmektedir. Uygulamanın dini açıdan bir değeri vardır ve dekorasyonlar hiçbir zaman restoratif amaçlarla değil gösteriş ve süsleme amaçlı yapılmaktadır. Genellikle maksilladaki altı ön diş tercih edilmekte ancak üst küçük azılara ya da alt ön dişlerde olan örnekler de rastlanmaktadır. X ışınları kullanılarak 1947’de yapılan bir çalışmada, periapikal lezyonlara rastlanmıştır ve dolguların kişiler hayattayken yapıldığı kanıtlanmıştır. Aslında periapikal lezyonlar kötü uygulamanın sonucudur ve bu örnek için istisnadır. Genel olarak dolgu işlemleri diş anatomisi hakkında bilgi sahibi olan becerikli kişilerce yapılmaktadır. Dolgu olarak kullanılan malzeme yeşim taşıdır (**Şekil 6**). Yeşim taşı sadece değerli bir taş değildir aynı zamanda kutsaldır. Kızılderili dilinde yeşim güzellik anlamına gelmektedir.¹²



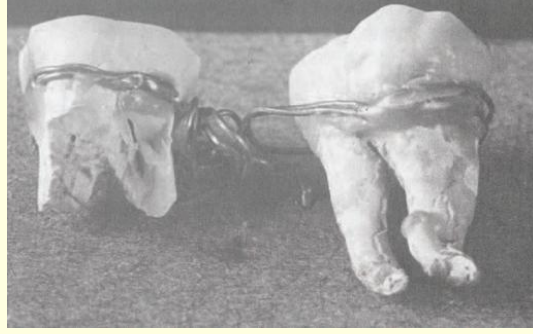
Şekil 6. 2000 yıllık Maya’lardan kalma kafatasında bulunan yeşim taşları.¹⁰

b. Dental İşlemler

Protetik İşlemler

Tarih boyunca eksik dişleri yerine koymanın değerine değinen birçok referans vardır.¹⁰ M.Ö. 2500 yılından kalma, Mısır Kahire yakınlarındaki Gize’de bir mezarda, altın tel ile bağlanmış ikinci ve üçüncü alt azı dişleri keşfedilmiştir (**Şekil 7**).¹³ Prof. Dr. İlter Uzel ise, Diş Hekimliği Tarihi 1 kitabında, dişlerin sol alt birinci ve üçüncü azı diş olduklarını ifade etmektedir.¹⁴ O zamanki ilk raporda dişlerin aynı kişiye ait olduğu ve iltihaplı

olması nedeniyle üçüncü dişin hareketli olduğu, onu stabilize etmek için tel ile komşu dişe bağlandığı raporlanmıştır. Fakat daha sonra dişlerdeki aşınmaların çok olması sebebiyle dişlerin aynı kişiye ait olup olmadığı belirlenememiştir. Bulgunun ilk ilkel protezlerden birisi olduğu düşünülmüştür. Ancak altın telin çapının çok ince olmasından dolayı protetik açıdan sonuç alınamayacağı ve bu dişlerin güç ve koruma sağlaması amacıyla muska olarak kullanıldığı iddiası ortaya atılmıştır. Bir diğer iddia ise yaşamda kaybedilen bu dişlerin sonraki yaşamda eksiksiz olabilmek için mumyalanmış bedene sonradan eklendiğidir.¹³



Şekil 7. Gize'de keşfedilen örnek.¹³

Benzer şekilde M.Ö. 2500'den kalma Kahire yakınlarındaki el-Quatta'da, etrafında iki kere dolanmış altın tel bulunan bir köpek dişi ve köpek dişinden ayrı, köpek dişinde kullanılan benzer altın telle birbirine bağlı bir santral ve bir lateral diş bulunmuştur. Bu üç dişin önceden birbirine bağlı olduğu düşünülmektedir. Uzmanlar bu örnekte bireyin protezi ağız içinde işlevsel olarak nispeten uzun süre kullandığını, kişinin yaşamda dişlerini kaybettiğini ve mumyalanırken bu dişlerin yerine koyulduğunu iddia etmektedirler (Şekil 8).¹³



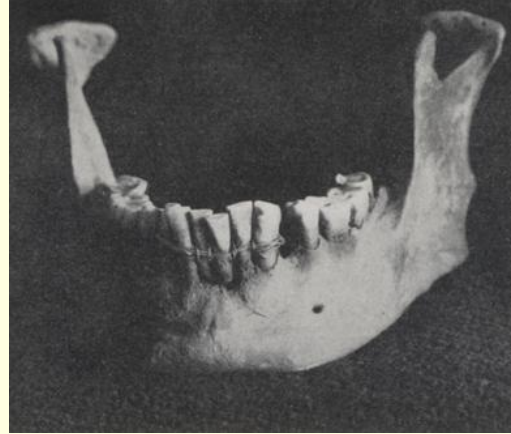
Şekil 8. El-Quatta'da keşfedilen örnek.¹³

Üçüncü örnek eski Mısır'ın Yunan döneminden M.Ö. (332-330) kalmaz. Kafatasında yani ağızda bulunan bu örnek (sağ santral tek diş) gerçek bir protetik uygulama olarak kabul edilmektedir. Bu dönem Akdeniz' de ticaret ve kültür alışverişi dönemidir. Bu sebeple protezin yabancı bir gezgine ait olduğu ya da Mısırlıların bu uygulamayı ithal edildiği düşünülmektedir.¹³

Fenikelilerin örneklerinden biri olan Gaillardot, günümüz Sidon nekropolünde bulunmuştur. Bir kadının üst çenesinde dört kesici diş ve iki köpek dişinin altın telle birbirine bağlanmış olduğu bu örnekte, bu kesici dişlerden ikisinin başka birine ait olduğu bilinmektedir (Şekil 9). Bu protez Sidon'da dişçiliğin gelişmiş olduğunun göstergesidir. Torrey örneği ise iki lahitten birinde gömülü olan asilzadede bulunmuştur. Alt ön dişleri sallanan bu kişiye, dişleri yerinde tutan, sağlam dişlerden destek alan altın telden bir köprü yapıldığı görülmektedir (Şekil 10). Bu işçiliğin dişleri yerinde tutma açısından başarılı olduğu söylenilmektedir.¹⁵



Şekil 9. Gaillardot örneği.¹⁵



Şekil 10. Torrey örneği.¹⁵

Estetik diş hekimliğinin antik çağdaki en önemli uygulayıcıları Etrüsklerdir. 2600 yıldan önce olduğu düşünülen Etrüsklü kuyumcuların yaptıkları estetik dental uygulamaların terapötik bir tarafı da vardır. İlk örneğin M.Ö. 700'den kalma olduğu düşünülmektedir. Dental uygulamalar genellikle yüksek gümüş içeriğine sahip doğal altından yapılmışlardır (Şekil 11). Araştırmalar, dental protezlerin Etrüsk elitleri ve Romalılar arasında çok yaygın olduğunu ve protezleri yapanların berberler veya doktorlar değil, kuyumcular veya diğer zanaatkârlar olduğunu göstermektedir. Altın köprülerin sadece kadınlar tarafından ve muhtemelen sadece Güney Etruria'da kullanıldığı düşünülmektedir. Protezlere dair ilk örnek M.Ö. 630 yılında antik Satricum kentinde yüksek statüde olduğu düşünülen bir kişinin mezarında bulunmuştur. Etrüsklerde dental uygulamalar estetik amaçlıdır fakat daha sonra Romalılara ait olan örnekler fonksiyonelliğe yönelmiştir.¹⁶



Şekil 11. Etrüsklerden kalma altın köprü örneği.¹⁹

Ortodontik İşlemler

Günümüzde bulunan kafatasları incelendiğinde, diş çapaşıklıklarının, 50 bin yıl önce yaşamış Neanderthallerin zamanında var olduğu görülmektedir. 3000 yıl önceden kalan yazılı kayıtlarda kalabalık ve çukuntılı dişlerin düzeltilmesinden bahsedilmektedir. Ortodontik işlemlerin varlığından çok önce insanlar kuvvet uygulandığında dişlerin hareket edeceğini bilmekteydiler. Hipokrat, dişlerdeki düzensizlikleri ilk tanımlayan kişidir. Romalı Celsus çocuklarda diş dökülmeden ikinci diş çıkarsa, dökülmesi gerekenin çekilmesi ve çıkan dişin yerine yerleşmesi için her gün parmakla ittirilmesi gerektiğini söylemiştir. Bu düzensiz çıkan bir dişe uygulanacak ilk tedavi tanımı olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁷

İmplant

Diş kayıplarını tedavi etmek için yüzlerce yıldır birçok yöntem denenmiştir. Bir kişiden diğerine diş transplantasyonu ve Eski Mısır ve Güney Amerika'da hayvanların dişlerinden veya oyulmuş fildişinden implantlar yapılmıştır.¹⁸ Honduras'ta 1931 yılında yapılan bir kazıda M.S. 600 yılından kalma 20 yaşında bir kadına ait olduğu bilinen Mandibula parçası bulunmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda alt kesici dişler yerine üç tane deniz kabuğunun kişi ölmeden önce yerleştirildiği ortaya çıkmıştır. Deniz kabuklarının çevresinde günümüz implant çevresinde gözlenen kompakt kemik formasyonuna benzeyen kemik oluşumuna rastlanmıştır. Bu tarihte bilinen ilk endo-ossöz implanttır. Yine Honduras'ta en az 1000 yıllık olduğu düşünülen bir kadının kafatasına sol alt kesici diş çekildikten sonra oyma bir siyah renkli taşın yerleştirildiğine rastlanmıştır. Siyah taşın üzerinde diş taşına rastlanması dişin bir süre kullanıldığını göstermektedir.¹⁴

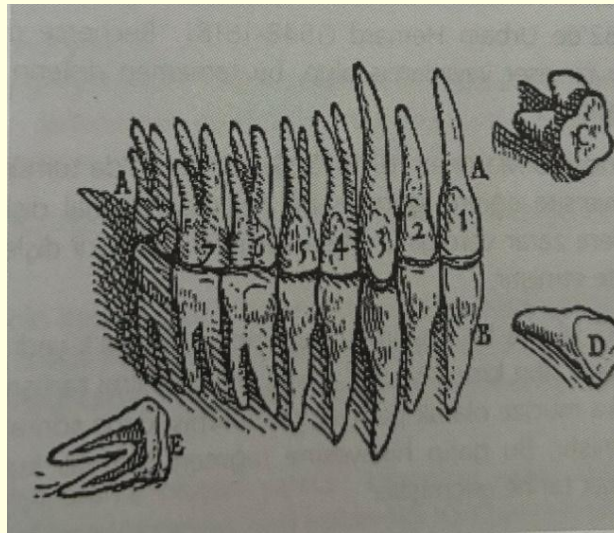
2. Orta Çağ Dönemi Uygulamaları

Orta çağ boyunca Batıda tüm bilimlerde olduğu gibi diş hekimliği de ilerlemenin durduğu döneme girmiştir.¹⁷ Bilim İslam dünyasında ilerlemiştir, Müslümanlar sadece tıpta değil birçok bilim alanında mantık ve felsefede önemli gelişmeler kaydetmişlerdir.¹⁴ Doğuda Zehravi, sallanan dişlerin altın tel ile sağlam dişlere bağlanması, kaybolan dişler yerine sığır kemiğinden dişler konulması gibi tedavi yöntemlerinden bahsetmiştir. Sabuncuoğlu da Cerrâhiyyetü'l-(il)Hâniyye kitabında sallanan dişler için altın tel kullanımına değinmiş, ayrıca bazı tozları diş yüzeyini parlatmak için kullanmıştır.¹⁹

Bu döneme ait bir estetik uygulama diş hekimi olarak çalışan berberlerin 1100 ve 1400 yılları arasında dişleri beyazlatmak için diş minesini aşındıran asitler, pomza taşı, sirke ve hatta idrar kullanmalarıdır.²⁰

3. XVI. ve XVII. Yüzyıl Uygulamaları

XVIII. Yüzyıla, modern diş hekimliği mesleğinin kurucusu Pierre Fauchard'a kadar diş hekimliğinde çok az aşama kaydedilmiştir.²¹ Vesalius'un dişlerin kapanışını gösteren çizimi, Giovanni da Vigo'nun dişlerin estetiği sağladığını belirtmesi ile sağlıklı dişlerin insan psikolojisini etkilediğinin farkında olması ve Pare'nin fildişi veya kemikten yapılan suni dişlerle estetiğin sağlanabileceğini söylemesi bu dönem estetik diş hekimliğine dair birkaç örnektir (**Şekil 12**). Bu dönemde Bilim alanında birçok büyük keşifler yapılmıştır ancak Orta çağ zihniyetinden hemen çıkılamamış, hurafeler ve cahillikler nedeniyle medikal pratik zayıflamış, diş hekimliğinde fazla bir ilerleme olmamıştır.¹⁹



Şekil 12. Vesalius'a göre diş anatomisi.¹⁹

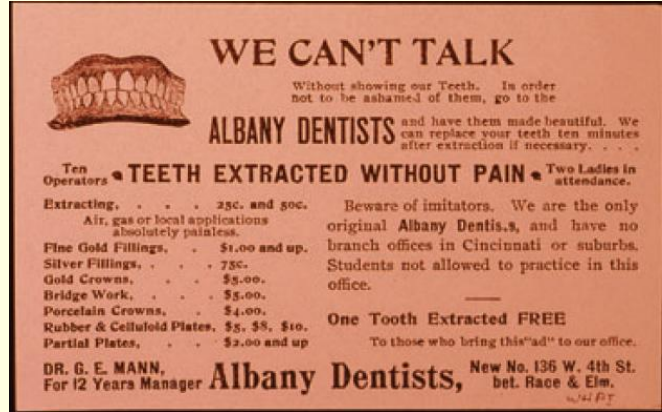
4. XVIII. Yüzyıl Uygulamaları

Bu yüzyılda, sanayi devrimi sayesinde Temel tıp bilimlerinde bilimsel bilgi üretimi artmış ve diş hekimliğinde yeni geliştirilen makinalar, keşfedilen kimyasal maddeler kullanılmaya başlanmıştır. XVII. yy. da diş hekimliği berber ve cerrahların yan uğraşları iken, XVIII. yy. da modernleşmeyle birlikte modern diş hekimliği, Fransız Pierre Fauchard tarafından kurulmuştur.¹⁹

Ayrıca XVIII. yy. da şeker tüketiminin artması, frenginin cıva ile tedavisi gibi sebepler, dişlerin görünümünü bozmaktadır. Bu nedenle modern diş hekimliğinin gelişiminde sadece fonksiyonelliğe değil dişlerin güzelliğini korumaya yönelik estetik çabalara da rastlanmaktadır.²² Bu dönemde dişlerin görünümünün Paris sosyetesini üyeleri için büyük önem taşıdığı ve Fauchard'ın muayenelerine sadece tıbbi değil, kozmetik amaçlı da başvurulduğu belirtilmektedir. Britanya'da diş fırçalamanın, diş hekimine gitmenin birer saygınlık göstergesi ve ağız görünümüne önem vermenin sınıf atlamaya ilişkili olduğu, diş hekimliğinin profesyonelleşmesinin ticarileşme ve moda tarafından yönlendirildiği ifade edilmektedir. Örneğin; fildişi dişlerin çiğneme işlevinin olmaması, yemek yerken çıkarılması estetik görünüm amaçlı olduğunu ortaya koymaktadır.²³ Viktorya döneminde reklam amaçlı kullanılan basılı kartlarda diş macunlarının dişleri beyazlattığı sıkça vurgulanmaktadır ve nefesi tazeleyen, "dişleri fildişi beyazlığına kavuşturan" macunların reklamları mevcuttur (**Şekil 13**). "Şehrimizin güzel kızlarının dişleri nasıl böyle beyaz ve inci gibi parlıyor?" veya "Dişlerimizi göstermeden konuşamayız, siz de konuşurken utanmamak istiyorsanız Albany diş hekimine gidin ve dişlerinizi güzelleştirin." gibi reklam alıntıları bu dönemin estetik anlayışına dair ifadelerdir (**Şekil 14**).²⁴



Şekil 13. Viktorya döneminden kalma bir diş macunu reklam kartı.²⁴



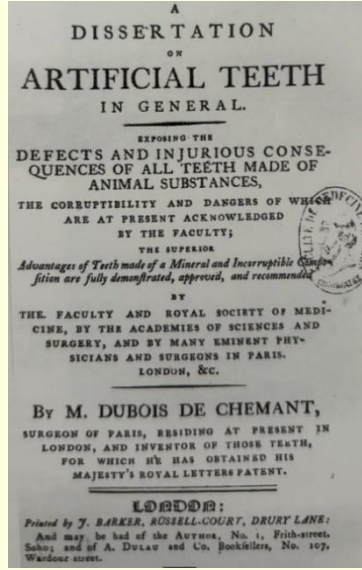
Şekil 14. Albany diş hekimi reklam kartı.²⁴

a. Protetik İşlemler

Bu yüzyılda protetik diş hekimliği en büyük ilerlemeyi yaşamıştır. Köprülerde insan dişleri kullanılmıştır. Su aygırı dişlerinden üst ve alt diş dizilerini çelik yaylarla birbirine bağlamış, sağ sol hareket için ise spiraller kullanmıştır.¹⁹ Protezler için insan dişleri, kesilmiş hayvan, fildişleri kullanılmaktadır. İnsan dişi elde etmek hem pahalıdır hem de her zaman elde edilememektedir. Yoksul insanlar dişlerini satmaktadır, mezar kazıcı ve soyguncular ölümlerden diş elde etmektedir ve savaşta ölen askerlerin dişleri alınmaktadır. Hayvan diş kullanımı ucuzdur ancak tatmin edici sonuçlar elde edilememektedir. Bu dişler tükürükteki aşındırıcı maddelere karşı daha dayanıksızdır ve kolayca lekelenmektedirler.²¹

Bir eczacı olan Duchateau kendi kemikten yapılmış dişlerinden uyumsuzluğu ve koku yapması sebebiyle memnun değildir. Porselen fırınında pişirdiği bir tam protezi kullanmaktadır ve başarılı sonuçlar elde etmiştir. Bu icadını bildirmiştir fakat birkaç hastada görülen başarısızlık sonucu porselen protezler bir süre

sonra unutulmuştur. Daha sonra diş hekimi olan Chemant icadın kaydını bulup, bu konuda tez yazıp patentini almıştır (*Şekil 15*).¹⁴



Şekil 15. Chemant'ın tezi.¹⁴

b. Ortodonti

Fauchard'dan sonra XVIII. yy. diş hekimliğinde önde gelen önemli bir isim de Etienne Bourdet'tir. Bourdet, çapaşıklıkların önlenmesi için premolarların çekimini öneren ilk kişidir. Ayrıca lingual genişleme için lingual ortodontiyi deneyen ilk diş hekimidir. Ortodontiye büyük katkıları olan John Hunter, diş hekimi değil anatomist ve cerrahdır ancak dişlerin ve çenenin anatomisine ilgi duymuştur. Ortopedik ilkeleri ortaya koyan, normal oklüzyonu tanımlayan ilk kişi odur. Hunter, çenelerin büyüme ve gelişmesini hipotez aşamasından alıp bilimsel bir araştırma şeklinde kanıtlamıştır.¹⁷

c. İmplant

Avrupa'da diş boşluklarının doldurulması için, XVII. yy. da çeşitli malzemeler ve hayvan dişleri kullanılmıştır.¹⁸ Avrupa sosyetesinde diş transplantasyonu, XVIII. yy.ın ikinci yarısında ilgi uyandırmıştır. Para karşılığında fakirlerin ya da ölümlerin dişleri boşlukları doldurmak için kullanılmıştır fakat frenginin yayılımından da korkulmaktadır.¹⁹ Ayrıca bu transplantasyonlar, kişilerin vücudunun yeni dişleri reddetmesi sonucu pek de verimli olmamışlardır.¹⁸ Hastalar protez kullanımına yönelmiştir ve bu dönemde protez dişler sadece zengin kişilerin karşılayabildiği lüks tedavilerdir.¹⁹ 1800'lerde altın ve kurşunun çekim bölgesine yerleştirildiği başarısız ve ilkel implant tasarımları da mevcuttur.¹⁸

5. XIX ve XX. Yüzyıl Uygulamaları

a. Protetik İşlemler

Bu yıllardaki kayıtlarda Paris'te ölümlerden alınan dişler yerine su aygırı dişlerinin plak olarak kullanıldığı porselen protezlerden bahsedilmektedir.¹⁹

Artık porselen protezlerde renk, form ve denge açısından kabul edilebilir ürünler üretildikçe, XIX. yy. başlarında Amerika'da seri üretim aşamasına geçilmiştir.¹⁴ Porselen dişler Fransız Dr. Plantou tarafından Amerika'ya tanıtılmıştır. 1825'te Samuel W. Stockton porselen dişlerin büyük çaplı üretimine başlamıştır ve artık firmalar doğal dişe en yakın porselen tonunu üretebilmek için birbirleriyle yarışmaktaydılar (*Şekil 16*).²¹

XX. yy. da diş hekimliğindeki önemli keşifler, yeni materyallerin kullanımı ile diş protez yapım ilkeleri belirlenmiştir.¹⁴



Şekil 16. Fransız diş hekiminin porselen takma dişleri sergilediği “Caricature” dergisinde yayınlanan bir karikatür.²³

b. Ortodonti

Özel bir diş hekimliği alanı olarak XIX. yy. da gelişmeye başlayan ortodontiye, Fransız Joachim Lefoulon 1841’de “orthodontosie” ismini vermiştir.¹⁷ Hekimler XIX. yy.ın ikinci yarısında diş düzensizliklerine önem vermişler, mekanik tedaviler uygulamışlardır. XX. yy. da pek çok apareyin patenti alınmıştır. Edward Hartley, Angle malokluzyon sınıflaması yapmıştır ve kendisi ortodontinin babası olarak kabul edilmektedir.¹⁹ Angle’in ayrıca XX. yy.ın başında ağzın yüz güzelliğindeki önemine vurgu yaptığı bilinmektedir.²⁵ Esasında ortodonti alanında yapılan bütün çalışmalar en başından beri fonksiyonu düzeltmeyi amaçlamıştır. Estetik fonksiyonun yanında göz önüne alınsa da somut estetik kuralları belirlenmemiştir ve değer yargılarına göre ampirik olarak yüz estetiği kararları verilmiştir. Angle’in yüz estetiğine dair tüm dişlerin korunması gerekliliğini, Calvin Case’in ise estetik için bazı hastalarda diş çekimleri yapılabileceğini savunduğu bilinmektedir. Ortodonti alanında daha sonra çalışmalar estetik amaca yönelmeye başlamıştır.¹⁴

c. Restoratif Tedaviler

XIX. yy.a kadar dişleri doldurmak için yapışkan otu, mum, macun gibi malzemeler kullanılmıştır. XVII. yy.da mum, sakız, macun, inci tozu ve beyaz mercanı eriterek karıştıran Guillemau, bu karışımı dolgu malzemesi olarak kullanmıştır ve estetik restoratif tedavinin ilk adımı böylece atılmıştır. Restoratif diş hekimliği XIX. yy.da bilimsel olarak ele alınmaya başlanmıştır. Amerika’da porselen üretiminin artmasıyla beraber estetik bakımdan daha güzel olan altın yerine porselen inlayler kullanılmaya başlanmıştır.¹⁹

Thomas Fletcher’in yapay diş minesini adını verdiği dolgu maddesi, Paul Steenbock tarafından XX. yy.ın başında üretilmiş, bu madde kolay uygulanabilirliğiyle çabucak yayılmıştır. 1951 yılında Hagger’in bulduğu asitle pürüzlendirme dental dokulara materyallerin bağlanabilirliğini göstermiştir ve 1955 yılında Buonacore mine pürüzlendirmesini gerçekleştirmiştir. Mine pürüzlendirmesi bugün estetik restoratif tedavilerin yapılabilmesine büyük katkı sağlamıştır. Ray Bowen tarafından 1962’de bugün dolgu yapımında sıklıkla kullanılan halk arasında “beyaz dolgu” olarak bilinen kompozit rezinler tanıtılmıştır. Bowen’in Bis-GMA’lı rezin (kompozit) materyali çalışmaları ile modern adeziv diş hekimliği başlamıştır.¹⁹ Kompozit dolgular bugün çok çeşitli bileşimlerde, tonlarda, yarı saydamlıklarda estetik restorasyonlarda tercih edilmektedir.²⁶

d. Diş Beyazlatma

1800'lerin sonunda diş hekimleri dişleri beyazlatmaya yönelik estetik işlemlerle meşgul olmaya başlamışlardır.²⁷ Chappel tarafından 1877'de beyazlatma amacıyla oksalik asit ilk kez kullanılmıştır. Bu kullanıldığı bildirilen en eski beyazlatma maddesidir. Harwan ise 1884'te beyazlatma için hidrojen peroksit kullanmıştır.²⁸ 1900'lerin ortasında hidrojen peroksit kullanılarak beyazlatma işlemleri yapılmaya devam etmektedir. Dr. Haywood ve Dr. Heymann 1989 yılında, karbamid peroksiti tanıtmıştır. Lazer ile diş beyazlatma işlemi ise 1996 yılında tanıtılmıştır.²⁰

e. İmplant

Modern diş hekimliğinde implantlarla alakalı en eski referans Fransız M. Jourdan ve M. Maggiolo'nun 1807 yılında yazdıkları kitapta yer almaktadır. Jourdan ve Maggiolo'nun yöntemi yeni çekilen bir dişin yerine köke benzeyen 18 kırat altının yerleştirilmesi işlemidir.¹⁴ Daha sonra 1937'de Alvin Strock tarafından kemiğe entegre olabilen implantlar icat edilmiştir. Dr. Per-Ingvar Brånemark tarafından 1965'te ilk başarılı diş implantı gerçekleştirilmiştir. Dental implantların icadı estetik diş hekimliği gelişiminde çok önemli bir adımdır.²⁰

6. Günümüz Estetik Diş Hekimliği Uygulamaları

Günümüz estetik diş hekimliğinde kompozitler ve dentin bağlayıcı sistemler, kırık dişlerin, dişler arası boşlukların, çukur ve çentiklerin düzeltilmesinde kullanılmaktadırlar. Hareketli protezler, köprü ve kronlar fonksiyonla beraber estetiği de sağlamaktadırlar. Veneer kronlar ön dişlerin rengini, şeklini ve formunu değiştirmek amacıyla kullanılmaktadır. İmplantlar ise diş eksikliklerinin giderilmesinde, fonksiyon ve estetik sağlama amacıyla tercih edilmektedirler. Dişler arası çapraşıklıkları ve diş çene ilişkilerini düzenleyen ortodonti alanı çiğneme ve fonksiyonu sağlamak amacıyla fakat tek başına estetik amaçlı da tedavi vermektedir.²⁹ Maliyeti en düşük ve en az invaziv olan ve sadece estetik amaçlı uygulanan diş beyazlatmalar, kliniklerde ya da diş hekimi tarafından reçete edilen ve evde uygulanan bir yöntemle uygulanmaktadır. Gelişen teknoloji diş hekimliğinde üç boyutlu tasarımlar yapılabilmesini sağlamıştır konik ışınli bilgisayar tomografisi, ağız içi ve ağız dışı optik tarayıcılar ağız bölgesinin ayrıntılı olarak 3D modellemesini yaparken, bilgisayar programları tasarım yapmak için bir model oluşturmakta ve estetik sonuçların görselleştirilmesine izin vermektedir. Bu sayede yüzün ve gülümsemenin dinamik yapısı ortaya çıkarılmakta, harmonik bir gülüş tasarlanabilmektedir.²⁶ Günümüz estetik anlayışında doğal ve normal olana ilgi azalmakla beraber, kişiler daha genç, daha sağlıklı ve daha çekici görünmek için dişlerinin daha beyaz ve daha parlak olmasını istemektedirler.³⁰

Popüler olan estetik yaklaşımı ise ABD kültürüne ait olan "Hollywood smile" dir (Hollywood gülüşü). Sosyal bir standart olan bu tasarım dişlerin mükemmel sıralanması ve beyaz olması durumudur. Zenginlik, sosyal ve finansal başarı ile ilişkilendirilmektedir.¹

Son olarak bir süs olarak tercih edilen diş pırlantaları, dişlerin yüzeyine girişim yapılmadan sadece yapıştırıcı materyallerle pırlantaların yapıştırılması işlemidir (**Şekil 17**).³¹ Dental grills (grillz) ise Hip Hop müzik kültüründe Amerikalı sanatçılar arasında başarıyı, sosyal statüyü ve zenginliği göstermesi amacıyla kullanılan tasarım mücevherlerle kaplı metallerdir (**Şekil 18**).³²



Şekil 17. Diş pırlantası örneği.³²



Şekil 18. Elmaslarla kaplı bir dental grills (grillz) örneği.³²

Tartışma ve Sonuç Tarihe bakıldığında antropologların keşifleri bize güzelliğin sadece toplumdaki topluma değil, yerel olarak da değiştiğini göstermektedir. Eski topluluklar güzelliğin peşinde, vücudun en öne çıkan yeri olan yüzde, en dikkat çeken bölge olan ağız ve dişlerde evrensel olan yüzü değiştirme arzusuyla kendi estetik değerlerine göre dişlere çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır.^{10,33} Bu girişimler sadece güzelliği elde etmek için değil, ritüel olarak da gerçekleştirilmiştir.³⁴ Vücudun bir organı olan ancak farklı anlamları temsil eden dişler, bu sebeplerle, tedavi amaçlı olmayan birçok modifikasyona, esasında estetik/kozmetik diş hekimliği uygulamalarına maruz kalmışlardır. Yeni bir trend olan “estetik diş hekimliği” aslında yeni bir konsept değil, makalede tanımlanan tarihsel süreçlerden de anlaşıldığı üzere tarihi 4000 yıldan eskiye dayanan bir modadır.^{8,10}

Günümüzde büyük bilimsel ve teknolojik keşiflerin sonucunda diş hekimliğinde çok büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Artık kişiler tedaviler dışında görünümünü iyileştirmeye dair fikir almak için de diş hekimlerine danışmaktadırlar. Örneğin; diş beyazlatma ve veneer uygulamaları özel ve sık yapılmayan tedavilerken artık genel diş hekimliği içinde bir eğilim haline gelmiştir. Yetişkin ortodontik tedavilerde de artış görülmektedir.²⁸

İçinde yaşadığımız çağda önemli bir sosyal mesele de fiziksel çekiciliktir. Tarihte görüldüğü üzere estetik algısının en önemli bileşeni yüzdür, bireylere özgüdür ve bireylerin biricik kimliğini temsil etmektedir. Kişilerin yüzlerindeki en ufak değişiklikler görünümü ve ifadeyi çok etkileyebilmektedir. Gülümseme ise çok yönlü değerlendirilen bir iletişim aracıdır. Birçok duygusal ifade gülümsemeyle karşıya iletilmektedir.³⁵ Güzel ve çekici bir gülümseme, düzgün bir yüz ifadesi modern toplumlarda önemli bir arzudur. Kişiler toplumdaki dışlanmamak için bu standartlara uymak durumundadırlar.²⁸ Görünüm yüzünden dışlanmak, toplumla sosyal uyum içinde olmamak kişilerin psikolojik sağlığını etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biri de psikososyal sağlık halidir.³⁵

Kişilerin beden ve yüz görünümleriyle toplumda var olma, topluma kendini ifade etme isteği ilk çağlardan beri değişmemiştir. Tarihin bize gösterdiği ise değişen tek şeyin güzellik standartlarına uygun şekilde gerçekleştirilen uygulamalar olduğudur.

Teknolojik imkânların artacağı ve diş hekimliğinde yeni tekniklerin, tasarımların geliştirileceği açıktır. Fakat burada önemli olan hastaların sağlıklarının, yaşam kalitelerinin geliştirilmesi açısından estetik dental tedavilere gerçekten gereksinimlerinin olup olmadığının sorgulanmasıdır.³⁵ Bu gereksinimi doğuran tıbbi olan ya da olmayan bireysel ve toplumsal tüm belirleyenlerin ortaya konması, diş hekimi- hasta ilişkisinde bu faktörlerin etkisinin değerlendirilmesi ve bu bağlamda diş hekimlerinin rollerinin yeniden incelenmesi ve tanımlanması önemli görünmektedir.²⁸

Makaleden de anlaşıldığı üzere diş hekimliği tarihi; sadece ağrıyı dindirmenin, fonksiyonu ve konuşmayı yeniden kazandırmanın tarihinden oluşmamaktadır. Bunun yanında dişler aracılığıyla estetiğin, güzelliğin ve

bunların toplumsal ifadelerinin hayata nasıl geçirildiğini de göstermektedir.³⁵ Dişlerin simgelediği temsilleri bilmek; batıl görüşten kozmetik görüşe geçiş süreci ve bu süreçte dişlerle ilgili birçok modern algı ve inancın kökeninin, tarihin inançsal uygulamalarına veya kült uygulamalara dayandığını göstermek açısından da önemlidir.³⁴ Estetik/kozmetik dental uygulamalara talebin oldukça arttığı bu çağda, bu uygulamaların tarihini bilmek, hekimlere hastalarını sosyal, kültürel, inançsal ve mesleğinin tarihsel bilinciyle değerlendirmek ve hizmet sunmak konusunda yardımcı olabilir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenen TDK-2023-20660 numaralı ve "Estetik Diş Hekimliği Uygulamalarında Etik: Ankara ilinde Estetik Diş Hekimliği Uygulamalarında Etik Konusunda Nitel Bir Çalışma" başlıklı tez projesi kapsamında hazırlanmıştır.

Bu çalışma 8-11 Haziran 2022 tarihlerinde Hatay'da düzenlenen XIV. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

İlkin Karakapıcı: Fikir, tasarım, analiz/yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Nüket Örnek Büken: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama, analiz/yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Imre MM, et al. Ethical limits between aesthetic and cosmetic dentistry. Rom J Mil Med 2018;121(2):16-20.
2. Stojanowski CM, et al. Indicators of Idiosyncratic Behavior in the Dentition. In: Irish JD, Scott GR editors. A Companion to Dental Anthropology. John Wiley & Sons, Inc; 2015.p: 377-95.
3. González EL, et al. Dental aesthetics as an expression of culture and ritual. British Dental Journal 2010;208(2):77-80.
4. Pinchi V, et al. Dental ritual mutilations and forensic odontologist practice: a review of the literature. Acta stomatologica Croatica: International journal of oral sciences and dental medicine 2015;49(1):3-13.
5. Vuković A, et al. Cosmetic dentistry in ancient time—short review. Bulletin of the International Association for Paleodontology 2009;3(2):9-13.
6. Barnes DM. Dental modification: An anthropological perspective. Knoxville: University of Tennessee; 2010. Chancellor's Honors Program Projects. Erişim tarihi: 05.07.2024. Erişim linki: https://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/1345
7. Stojanowski CM, Carver CL, Miller KA. Incisor avulsion, social identity and Saharan population history: New data from the Early Holocene southern Sahara. Journal of Anthropological Archaeology 2014; 35:79-91.
8. Tapia JL, et al. Ancient esthetic dentistry in Mesoamerica. Alpha Omegan 2002;95(4):21-4.
9. Blomberg C. 'A strange white smile': a survey of tooth-blackening and other dental practices in Japan. Japan Forum 1990;2(2):243-51.
10. Goldstein RE, Patzer G. Concepts of dental esthetics. In: Goldstein RE, Chu SJ, Lee EA, Stappert CFJ editors. Ronald E Goldstein's Esthetics in Dentistry (Third Edition). John Wiley & Sons, Inc. ;2018. p. 1-22.
11. Lala R. The Great British Smile: An Institutional Ethnography Of Power In Cosmetic Dentistry [Doktora Tezi]. Sheffield: The University of Sheffield; 2020.
12. Fastlicht S. Dental Inlays and Fillings Among the Ancient Mayas. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 1962;17(3):393-401.
13. Forshaw RJ. The practice of dentistry in ancient Egypt. British Dental Journal 2009;206(9):481-6.
14. Uzel İ. Diş Hekimliği Tarihi I. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2018.
15. Asbell MB. Specimens Of the Dental Art In Ancient Phoenicia (5th-4th Century B. C.). Bulletin of the History of Medicine 1948;22(6):812-21.
16. Becker MJ. Etruscan gold dental appliances. In: Alessandro Naso, editor. Etruscology. Berlin, Boston: De Gruyter; 2017.pp: 523-34.
17. Wahl N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 1: Antiquity to the mid-19th century. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2005;127(2):255-9.
18. Block MS. Dental Implants: The Last 100 Years. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2018;76(1):11-26.

19. Alpaslan G. Diş Hekimliği Tarihi. 1 ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2005.
20. Parajuli P. Milestones of Cosmetic Dentistry-A Review. Journal of Nepal Dental Association 2012;12(1):32-4.
21. Johnson WW. The history of prosthetic dentistry. The Journal of Prosthetic Dentistry 1959;9(5):841-6.
22. Seiler R, et al. Aesthetic Dentistry in the 18th Century: When Beauty Counted More than Health. Annals of Dentistry and Oral Disorders 2018;1(1):109.
23. Blackwell M. " Extraneous Bodies": The Contagion of Live-Tooth Transplantation in Late-Eighteenth-Century England. Eighteenth-Century Life 2004;28(1):21-68.
24. Croll TP, Swanson Jr BZ. Victorian era esthetic and restorative dentistry: An advertising trade card gallery. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry 2006;18(5):235-54.
25. Şahinoğlu S. Tıp Evriminde Görsel Estetik [Doktora Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;1996.
26. Blatz M, et al. Evolution of aesthetic dentistry. Journal of dental research 2019;98(12):1294-304.
27. Sulieman M. An overview of bleaching techniques: 1. History, chemistry, safety and legal aspects. Dental update. 2004;31(10):608-16.
28. Gheorghiu IM, et al. Current Trends And Ethical Challenges In Cosmetic Dentistry. Romanian Journal Of Legal Medicine 2021;29(4):413-7.
29. Kökdemir P. Diş Hekimliğinde Estetik Amaçlı Girişimlerin Etik Boyutu [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
30. Gheorghiu IM, Perlea P, Temelcea AN. Ethical issues related to dental bleaching. Romanian Journal of Legal Medicine 2019;27(1):78-82.
31. Jaybala B, et al. Fashion trends in dentistry. Journal of research in medical and dental sciences 2014;2(1):102-4.
32. Sanghavi SM, Chestnutt IG. Tooth decorations and modifications–current trends and clinical implications. Dental update. 2016;43(4):313-8.
33. Abbott FB, Abbott N. Esthetics and psychology. In: Aschheim KW, editor. Esthetic Dentistry (Third Edition). St. Louis: Elseiver; 2015. p. 532-42.
34. Ziolkowski T. The telltale teeth: psychodontia to sociodontia. PMLA 1976;91(1):9-22.
35. Rathjen W. Dental technology, oral health and aesthetic appearance: A historical view. Icon 2007;13:105-24.

Batı'da ve Türkiye'de Biyotıp ile Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Tıbbın Ayrıştırılması ve Entegrasyonu*

The Differentiation and Integration of Biomedicine and Traditional, Alternative, Complementary Medicine in the West and Türkiye

Ayşe Polatⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Boğaziçi Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-8739-6372>

Öz

Çağdaş veya modern tıp şeklinde ifade edilen, Batı'da XIX. yüzyıldan beri öne çıkan biyotıp modeli kompleks bir olgudur. Biyotıp, hastalıkları insan bedeninin biyolojik ve fizyolojik işleyişinden sapma olarak tanımlar. Hastalıkların teşhis ve tedavisinin klinik ve laboratuvar araştırmalarına dayalı olarak sadece tıp uzmanları tarafından yapılmasını benimser. Ancak aynı dönemde özellikle İngilizce konuşulan Batı ülkelerinde bir yandan da biyotıbbın karşısında geleneksel, alternatif veya tamamlayıcı olarak isimlendirilen bir tıp kategorisi ortaya çıkmıştır. Söz konusu geleneksel ve alternatif tedavilere yönelik ilgi, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle 1970'lerden itibaren artmıştır. Ancak bir yandan da tıbbın alternatifi olmayacağını belirten ve geleneksel veya tamamlayıcı tedavileri şarlatanlık olarak niteleyen yaklaşımlar mevcuttur.

Bu derlemenin amacı geleneksel, alternatif, tamamlayıcı, bütünleştirici tıp olarak isimlendirilen kategorinin biyotıp yanı sıra nasıl geliştiğini, içerdiği farklı teşhis ve tedavileri, bunlara ilişkin sınıflandırma ve isimlendirmeleri ele almaktır. Bu kapsamda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi geliştirmeye ve biyotıp ile tamamlayıcı veya bütünleştirici olarak kullanmaya yönelik politikalarına yer verilmektedir. DSÖ, 2000'lerden itibaren pek çok üye ülkede geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili ulusal sağlık politikaları geliştirilmesini sağlamış; ülkelerdeki ilgili eğitim, yasal düzenleme ve kontrolleri arttırmıştır. Bu derlemede biyotıp ile alternatif, geleneksel, tamamlayıcı ve bütünleştirici tıp kategorilerinin barındırdığı anlamlar, ayrıştırılma ve entegrasyon süreçleri, Avrupa, ABD ve Türkiye üzerinden mevcut literatür ışığında ortaya konulmaktadır. Bu çalışmada Avrupa'da ve ABD'de geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanılmasına dair temel veriler, araştırmalar üzerinden sunulup; Türkiye hakkındaki ilgili çalışmaların genel bir derlemesi yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Biyotıp, Geleneksel, alternatif, tamamlayıcı tıp (GETAT), Türkiye ve DSÖ GETAT politikaları

ABSTRACT

The biomedical model, also referred to as contemporary or modern medicine, has been prominent in the West since the XIXth century and represents a complex phenomenon. Biomedicine defines diseases as deviations from the biological and physiological functioning of the human body, endorsing diagnosis and treatment based solely on clinical and laboratory research conducted by medical professionals. However, during the same period, a category of medicine termed traditional, alternative, or complementary emerged as a counterpart to biomedicine, particularly in English-speaking Western countries. Interest in these traditional and alternative therapies has grown in Europe and the United States, especially since the 1970s. Nevertheless, some perspectives continue to emphasize that there is no alternative to biomedicine, asserting that certain traditional or complementary treatments amount to mere charlatanism.

This review aims to examine the development of traditional, alternative, complementary, and integrative medicine as a category alongside biomedicine, addressing the diverse diagnostic and therapeutic practices existing within this category, as well as their distinct classifications and terminologies. In this context, the policies of the World Health Organization (WHO), aimed at advancing traditional and complementary medicine and promoting their integration with biomedicine, are discussed. Since the 2000s, the WHO has encouraged member states to develop national health policies on traditional and complementary medicine, strengthening related educational, legal, and regulatory measures. The review elaborates on the meanings, distinctions, and integration processes of alternative, traditional, complementary, integrative medicine alongside biomedicine, drawing on current literature from Europe, the United States, and Türkiye. In this study basic data on the use of traditional and complementary medicine in Europe and the United States are presented through studies, alongside an overview of relevant studies on this topic in Türkiye.

Keywords: Biomedicine, Traditional, alternative, complementary medicine (CAM), Türkiye's and WHO's CAM policies

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):45-54

DOI: 10.31020/mutfd.1577983

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Kasım 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 19 Aralık 2024

İletişim - Correspondence Author: Ayşe Polat <ayse.polat@bogazici.edu.tr>

Giriş

Hastalık ve sağlıklılık hallerinin tanımlanma ve düzenlenme biçimleri, tarihsel olarak çeşitlilik gösterdiği gibi farklı medeniyet, toplum ve kültürler arasında da farklılık arz etmektedir. Hastalık ve sağlığın anlamlandırılmasındaki tarihsel ve kültürel çeşitlilik, iki olguyu düzenleyen toplumsal kurum olan tıp için de geçerlidir. Hastalıkların teşhis, tedavi ve önlenmesi ve sağlıklılık durumunun artırılmasını üstlenen tıp, muhtelif kültür ve toplumlarda ve zaman içinde farklı biçim ve işleyişlere sahip olagelmıştır. Geleneksel ve modern toplumlarda tıp sistemleri farklı olduğu gibi modern toplumların kendi arasında da farklı tıp modelleri mevcuttur.

Kökleri on sekizinci yüzyıl Avrupa’sına uzanan biyotıp on dokuzuncu yüzyılın ortasından itibaren özellikle Batı ülkelerinde yaygınlaşmaya başlamıştır.¹ Yirminci yüzyılın başlarında teşhis, tedavi ve hastalıkların önlenmesinde etkililiğini kanıtlayan biyotıp hâkim model olmuştur.² Alternatif (alternative), geleneksel (traditional) veya tamamlayıcı (complementary) tıp olarak isimlendirilen kategori, Batı’da biyotıbbın dışındaki yöntemleri ifade etmek için ortaya atılmıştır. Birbirinden oldukça farklı uygulamalar içeren heterojen bir kümedir. Avrupa’da homeopati, Amerika Birleşik Devletleri’nde osteopati ve kayropratik on dokuzuncu yüzyılda ortaya çıkarken Fransa’da alternatif tıp “şarlatanlık” ile eşleştirilerek şiddetli eleştirilere maruz kalmıştır.³

İki dünya savaşı arası dönemde çoğu ülkede alternatif tıba olan ilgi azalıp biyotıp etkisini artırırken, 1960’ların ortasında tekrar bir canlanma söz konusu olup aromaterapi, refleksoloji gibi yeni tedaviler başlamıştır. Ancak Batı’da özellikle 1970’lerden itibaren alternatif, geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin gördüğü ilgi artmaya başlamıştır.⁴ Avrupa, Kanada, ABD gibi Batı ülkelerinde geleneksel, alternatif, tamamlayıcı tıba yönelik söz konusu ilginin sebepleri bu derleme kapsamında detaylı ele alınamayacaktır. Ancak hem tıp hem sosyal bilim alanında tıbbileştirme (medicalization) kavramı başta olmak üzere biyotıba yöneltilen çeşitli eleştiriler, sağlık antropolojisinde Batı dışındaki tıp sistemlerine olan merakın artması, Batı tıbbının üstünlüğünün sorgulanması, tıpta çoğulculuk yaklaşımının geliştirilmesi, hasta talepleri, koruyucu tedavilerle sağlık harcamalarını azaltma, DSÖ gibi uluslararası kurum ve kuruluşların teşviki, küreselleşmenin etkisiyle gerek ürün gerek uygulamaların dolaşımının artması ve büyüyen sağlık piyasası öne çıkan bazı sebepler olarak sayılabilir.⁵⁻⁷

Bu çerçevede 1970’lerden itibaren Batı’da geleneksel ve alternatif tıba gerek talep gerek arz açısından artan ilgi ve büyüme, 2000’lerden itibaren DSÖ ve pek çok hükümeti söz konusu yöntemlerin biyotıp ile uygun durumlarda birlikte kullanılmasını teşvik etmeye itmiştir. Ancak bir yandan da ulusal ve uluslararası politikalar, söz konusu tedavi yöntemlerini düzenleyip denetim altına almayı amaçlamaktadır. Bu derlemede gerek modern/biyotıp gerekse geleneksel, alternatif, tamamlayıcı, bütünleştirici gibi farklı isimler verilen iki tıp kategorisinin ayrıştırılma ve entegrasyon süreçleri Avrupa, ABD ve Türkiye örnekleri üzerinden incelenecektir.

Biyotıp Modeli

Biyotıp kavramı farklı pek çok alanda kullanılmakla birlikte, biyotıp sözcüğünün kesin bir anlamı ortaya konmadığı gibi kavram oldukça kompleks bir olguya işaret etmektedir.⁸ Modern tıp, biyotıp modeliyle eşleştirilip, başta Batı ülkeleri olmak üzere hâkim model olduğunu yansıtan, ortodoks, konvansiyonel (conventional) tıp ifadeleriyle de tanımlanmaktadır. Ayrıca allopatik tıp ifadesi modern tıp için kullanılabilir. Ancak allopati kelimesi ilk kez alternatif tıp yöntemlerinden homeopatinin öncüsü Christian Friedrich Samuel Hahnemann tarafından ortaya atılmıştır.⁹ Bu yüzden bazı sağlık profesyonelleri biyotıp yerine allopati sözcüğünün kullanımını hatalı bulmaktadır.¹⁰

Biyotıp modeli özellikle ilk geliştiği dönemde şu ilkeleri benimsemiştir: 1) beden ve ruh ayrımı; 2) hastalıkları, beden biyolojik ve fizyolojik normal işleyişinden sapma olarak tanımlamak; 3) hastalıklara mikrop, virüs gibi unsurların sebep olduğu; 4) bu unsurların laboratuvar veya klinik araştırmalarla ampirik olarak ortaya konabileceği; 5) hastalıkların teşhis ve tedavi yetkisinin ancak tıp uzmanlarının bilgi ve yetkisinde olduğu.¹¹ Biyotıp, semptomlara dayalı olarak hastalıkların tespit edilip ilaç ve ameliyat gibi konvansiyonel yöntemlerle “kanıta dayalı” olarak tedavi edilmesiyle eşleştirilir.

Yirminci yüzyılın ilk yarısında enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, geliştirilen aşı ve ameliyat yöntemleri ile “altın çağına” kavuşan modern tıp, II. Dünya Savaşı akabinde moleküler biyoloji, biyomedikal mühendislik gibi bilgi ve tekniklerle hastalıkların teşhis ve tedavisinde yeni bir döneme geçmiştir.¹² Bu çerçevede biyotıp, II. Dünya Savaşı akabinde tam keşfedilmiştir denilebilir.¹³ İngiltere’de biyotıp terimi ilk kez 1923’te bir tıp sözlüğünde kullanılmakla birlikte II. Dünya Savaşı ardından daha yaygınlaşmış, Fransa’da ise 1960’lardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır.¹³ Biyoteknoloji endüstrilerinin 2000’lerden itibaren artan rolü ve yeni bir sağlık tüketici sınıfının oluşumu hem biyotıp modelini hem tıbbın toplumsal alandaki etkisini değiştirmiştir.¹⁴

Biyotıbbın Batı ülkelerindeki tarihi gelişimi ve dönüşümü henüz yeterince kapsamlı ele alınmamış bir konudur.¹³ Ayrıca biyotıp ile, aşağıda ele alınacağı üzere, zıt kategorisi olarak tanımlanan geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp arasındaki sınır ve ayrışma, başlangıçtan bugüne sanıldığı kadar kesin ve sabit değildir.¹⁵ On dokuzuncu yüzyıldan bugüne ve yirmi birinci yüzyılın kendi içinde, her iki tıp modelinde de önemli değişimler olmuştur ve bu modeller birbirlerini etkileyip dönüştürmektedir.¹⁶

Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı, Bütünleştirici Tıp

Geleneksel ve alternatif tıp kavramları, on dokuzuncu yüzyılda biyotıbbın yanı sıra uygulanan, ancak ondan ayrılan teşhis ve tedavi yöntemlerini ifade etmek için Avrupa’da ortaya çıkmıştır. Geleneksel, alternatif veya tamamlayıcı tıp birbirinden çok farklı teşhis ve tedavi yöntemlerini içeren “amorf” bir kategoridir; bu kavram, ABD, Kanada, İngiltere gibi İngilizce konuşulan ülkelerde ortaya atılmış ve daha sonra diğer ülke ve dillerde de benzer şekilde kullanılmaya başlanmıştır.¹⁷ Her hâlükârda, bugün bile geleneksel ve tamamlayıcı tıp ifadeleri, Çin, Japonya, Hindistan gibi Asya ve Doğu Asya ülkelerinden Batı ülkelerinde daha yaygın olarak kullanılmaktadır.¹⁸

Geleneksel ve alternatif tıp, bir şemsiye kategori olarak biyotıbbın dışında kalan farklı teşhis ve tedavi yöntemlerini ifade etmek için kullanıldığından, biyotıp için kullanılan sıfatların zıtlarıyla da betimlenir. Modern yerine geleneksel, ortodoks yerine heterodoks, Batı yerine Batı dışı, kanıta dayalı yerine yanıtı dayalı tıp kavramları kullanılabilir. Alternatif ve tamamlayıcı tıp kategorisi için kullanılan farklı isimler, basitçe bir isimlendirme sorunu değildir; bu, Batı biyotıp modelinin küresel hakimiyetine dayalı kompleks tarihsel güç süreçleriyle ilintili olduğu gibi, farklı tıp sistemlerinin kavramsallaştırılması sorunsalını da yansıtmaktadır.^{19,20} Biyotıp modelinin hakimiyeti dikkate alınacak olursa alternatif kelimesi modern tıbbi savunular tarafından “tıbbın alternatifi olmaz” söylemiyle reddedildiği gibi alternatif sözcüğünün ne ifade ettiği aslında net değildir.²¹

Benzer şekilde, geleneksel tıbbın homojen bir kategori olmadığı hatırlatılmalıdır. Ayurveda veya geleneksel Çin tıbbi gibi ayrıntılı yazılı teori ve pratiğe dayalı, kodifiye sistemlerle Afrika tıbbi gibi sözlü olarak nesilden nesile aktarılan daha esnek yöntemleri geleneksel tıp çatısı altında toplamak ve bunları aynı özelliklere sahip homojen bir tür gibi sunmak yanıltıcıdır.²²

Geleneksel ve alternatif tıp kavramları 2000’lerden itibaren kullanılmaya devam etmekle birlikte, özellikle alternatif tıp ifadesi, DSÖ başta olmak üzere pek çok ulusal ve uluslararası sağlık kurumu tarafından terk edilmiş; yerine tamamlayıcı ve bütünleştirici (integrative) tıp kavramları öne çıkarılmaya başlanmıştır.

Tamamlayıcı tıp, konvansiyonel tıbbın yanı sıra kullanılan ana akım olmayan tıbbi pratikleri; alternatif tıp, konvansiyonel tıp yerine kullanılan ana akım olmayan tıbbi uygulamaları; bütünleştirici tıp ise, konvansiyonel ve konvansiyonel olmayan tıp sistemlerini entegre etmeye çalışan tıbbi yaklaşımları ifade etmek için kullanılmaktadır.²³

Farklı tıp modellerinin isimlendirilmesi sorunsalı, kavramsallaştırmanın ötesinde, güç dinamiklerini yansıtmaktadır. Nitekim, pek çok Asya ülkesinde geleneksel tıp kavramı, hâkim Batı tıp modeline karşı ayırt edici, kültüre özgü, yerel tedavi metotları olarak öne çıkarılmaktadır. Örneğin, Çin’de geleneksel Çin tıbbi kavramı, 1950 sonrasında Çin Halk Cumhuriyeti tarafından küresel olarak jeopolitik etki elde etmek için geliştirilmiş; Hindistan’da ayurveda, yoga gibi geleneksel tedavilerin ulusal düzeyde daha fazla desteklenmesi için 1995’te özel bir bakanlık kurulmuştur.¹⁶ Ancak gerek Batı’da kullanılan Doğu tıp tedavileri gerekse Doğu’da kullanılan Batı tıp modeli, aslında her ikisinin birbirini dönüştürdüğü bir uluslararasılaşma ve melezleşme sürecini içermektedir.²⁴ Bu açıdan, geleneksel, alternatif veya tamamlayıcı tıp olarak adlandırılan teşhis ve tedavilerin sabit ve durağan olmadığı, aksine hem tarihsel hem kültürel ve ülkeler arası farklılıklar taşıdığı vurgulanmalıdır.

Benzer şekilde, geleneksel veya tamamlayıcı tıp tedavilerinin hepsinin aynı güç ve hakimiyete sahip olmadığı, en azından Batı ülkelerinde, çoğunun hiyerarşik olarak modern tıbbın gerisinde geldiği belirtilmelidir. Batı ülkelerinde biyotıp hiyerarşide en üstte yer alırken, diğer tedaviler ona benzediği veya yaklaştığı ölçüde tıp hiyerarşisinde yükselir. Biyotıba yakın, omurgayı desteklemeye yönelik osteopati gibi yan tedaviler ile profesyonelleşmiş heterodoks tıp sistemleri olan kayropratik ve akupunktur ikinci sırada yer alırken; yarı profesyonel veya profesyonel olmayan homeopati ve bitki tedavisi gibi heterodoks sistemler üçüncü sırada; Afrikan-Amerikan veya yerli Amerikalı gibi folk tıp sistemleri ise en altta yer alır.¹⁷

Birbirinden oldukça farklı varsayımlara ve yöntemlere dayanan geleneksel, alternatif veya tamamlayıcı tıp sistemleri, “tek bir şemsiye kavram” altında toplamak yerine, bazı araştırmacılar tarafından kendi arasında kümelendirilmektedir. Stephen Fulder, etnik tıp sistemleri (ör: akupunktur, Çin tıbbi, ayurveda), elle tedavi yapılan tıp sistemleri (ör: osteopati, kayropratik), beden-zihin terapileri (ör: hipnoterapi, ruhsal tedavi), doğa-şifa terapileri (ör: naturopati, hijyenik yöntemler) ve allopatik olmayan tıp sistemleri (ör: homeopati, bitkisel tedavi) şeklinde beşli bir bölümlendirme yapmaktadır.¹⁹ Douglas J. Tataryn ise, dörtlü bir paradigma çerçevesinde farklı uygulamaları tasnif eder. Bu paradigmlar şunlardır: Beden paradigması, hastalık ve sağlığa ilişkin varsayımlarla bağlantılı olarak biyolojik mekanizmaların sağlığın temel belirleyicisi olduğunu belirtir (ör: aromaterapi, ozon terapisi). Beden–zihin paradigması, stres, psikolojik başa çıkma mekanizmaları ve sosyal desteğin beden kadar sağlığı etkilediğini vurgular (ör: hipnoz, meditasyon). Beden–enerji paradigması, sağlık ve hastalığın yaşam enerjilerinin dengesi ve akışı ile ilintili olduğunu belirtir (ör: akupunktur, refleksoloji). Beden–ruh paradigması ise materyal dünyanın ötesindeki aşkın unsurların ve kişiliklerin sağlığa etki ettiğini öne sürer (ör: Derviş dansı, dua, Şamanik tedavi).²⁵

Michael S. Goldstein, farklı geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin beş ortak yanı olduğunu öne sürer: 1) bütüncül yaklaşım; hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal tüm halleriyle iyileştirilmesi; 2) beden, zihin ve ruhun iç içe geçtiği ve birlikte tedavi edilmesi gerektiği görüşü; 3) sadece hastalıkların giderilmesi değil, fiziksel ve duygusal yüksek bir iyilik halinin elde edilmesi hedefi; 4) canlılık ve enerji vurgusu; yaşamın zihin, beden ve ruha ait unsurların birleşimiyle oluşan bir tür ekosistem olduğu; 5) iyileşme sürecinin hasta ve hekim/şifacı arasında ortak bir ilişki olduğu; hastaların pasif görülmeyip, iyileşmeye aktif dahil edilmesi gerekliliği.²⁶

Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp kategorisi, kendi içinde oldukça farklı teşhis ve tedavi yöntemlerini barındırmakla birlikte, biyotıptan farklılığıyla öne çıkarılmaktadır. Bütünleştirici tıp kavramıyla ise farklılıklara rağmen biyotıpla entegrasyonun imkan ve kazanımlarına dikkat çekilmektedir. Aşağıda ele alınacağı üzere, özellikle DSÖ’nün politikaları bu amaca yöneliktir.

DSÖ ve Tıpta Çoğulculuk Politikaları

Uluslararası ölçekte geleneksel, bütüncül veya tamamlayıcı tıbbın en büyük destekçilerinden biri DSÖ’dür. DSÖ, 1948’te sağlığı sadece hastalıkların yokluğu olarak değil, olumlu bir biçimde fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde ele almış ve bu doğrultuda, hastalık ve sağlığa ilişkin farklı yaklaşımları, özellikle yeterli tıbbi personel ve ekipman bulunmayan ülkelerde, pratik gerekçelerle benimsemiştir. DSÖ’nün politikalarında, 1970’lerin sonları ve 80’lerde sosyoloji ve antropolojide geliştirilen tıpta çoğulculuk (medical pluralism) yaklaşımları da etkili olmuştur.²⁷ Aynı dönemde biyotıbbın Batı ülkelerinde kültürel hakimiyetini görece kaybetmesi de önemli bir etken olmuştur. Bu bağlamda DSÖ, ulusal politikalar çerçevesinde geleneksel tıbbın reddedilmek yerine devletler tarafından düzenlenip denetlenmesini hedeflemiştir.

DSÖ, geleneksel tıp kavramını vurgularken, 2000 yılında yayımlanan rehberinde geleneksel tıbbı, “sağlığın sürdürülmesinin yanı sıra fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmeye yönelik kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı; gerek açıklanabilen gerekse açıklanamayan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı” olarak tanımlamıştır.²⁸ Bu tanım, bir taraftan kültür başta olmak üzere farklı inanç ve deneyimlerin hastalık ve sağlık durumlarında kullanılmasını benimsediği gibi, diğer taraftan açıklanabilen veya açıklanamayan vurgusu ile, laboratuvar veya klinik araştırma gibi “kanıtlara dayalı” olarak açıklanamasa da iyileşme sağladığı ve bu anlamda yanıt verdiği ölçüde farklı uygulamaların kullanılabilmesini vurgulamaktadır.

DSÖ, 2002-2005 Geleneksel Tıplar Strateji programı kapsamında geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın rolünü arttırmak için dört temel alan belirlemiştir: Politika geliştirme; güvenilirlik, etkililik ve kalite; erişim; rasyonel kullanım. DSÖ, bir tarafta geleneksel tıp yöntemlerini benimserken, diğer yandan bunların güvenilirliğini ve etkililiğini arttırmayı ve rasyonel kullanımını teşvik ederek, modern tıpçıların geleneksel tıba yönelik irrasyonellik iddialarını gidermeye çalışmaktadır.²⁹ DSÖ, özellikle 2010 sonrasında “alternatif tıp” kavramını daha az kullanıp “geleneksel”, “tamamlayıcı” veya “bütünleştirici” kavramlarını öne çıkarmaya başlamıştır.

DSÖ, 2005’te Küresel Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Atlası’nı hazırlatarak, ulusal, bölgesel ve küresel düzeyde söz konusu tedavilere ilişkin kapsamlı bir bilimsel kaynak oluşturmayı hedeflemiştir. Atlasta, hangi tedavilerin hangi düzeyde ve bağlamda kullanıldığına dair sistematik ve güncel veriler sunulmuş olup, hazırlanan raporda geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin önceki dönemlerden farklı olarak hastalar, tüketiciler ve sosyal hareketler kadar hükümetler tarafından da artan bir biçimde ilgi gördüğü vurgulanmaktadır.²²

Ayrıca DSÖ, 2014–2023 Geleneksel Tıp Stratejisini hazırlamış ve bu stratejinin temel amaçlarından biri, geleneksel ve tamamlayıcı tedavilere dair öncelik ve yönetmelikleri geliştirmeleri için ülkelere rehberlik etmektir.³⁰ Strateji, geleneksel tedavilerin profesyonel niteliklerini, kabul ve tutarlılıklarını arttırmak amacıyla eğitim standartları ve düzenlemeler geliştirmeye odaklanmıştır.¹⁸

DSÖ’nün 2000’lerin başından itibaren son yirmi beş yılda uyguladığı stratejiler büyük ölçüde başarılı olmuş ve birçok ülke ulusal geleneksel ve tamamlayıcı tıp politikaları geliştirip kontrol ve düzenlemeleri arttırmıştır. DSÖ, 2002’de Strateji planını ilan ettiğinde, üye 191 ülkeden yalnızca 25’i bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp ulusal politikasına sahipken, 2005’te bu sayı 213 üye ülkeden 66’ya çıkmıştır. Ayrıca, 43 ülke tam kapsamlı olmasa da ulusal düzenlemeler yapmaya başlamış, 20 ülke ise hukuki düzenlemeler başlatmıştır.²² 2018 itibarıyla, üye 194 ülkeden 98’inin ulusal bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp politikası bulunmaktadır.³¹ Biçer ve Balçık, Türkiye, Çin, Kuzey Kore, Hindistan, Japonya, Almanya, Norveç, Kanada, Küba ve İtalya’yı geleneksel ve alternatif tıbbın ulusal politika, yönetmelik, hastane ve araştırma kurumları gibi çeşitli kriterlere göre karşılaştırdıkları çalışmalarında, bu ülkelerin çoğunda DSÖ stratejilerine paralel

olarak ulusal politikaların ve yönetmeliklerin mevcut olduğunu ve tedavilerin uygulanmasının doktorlarla sınırlı tutulduğunu vurgulamaktadır.³⁰ DSÖ’nün 2019’da yayımladığı Küresel Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Raporu da 2005–2018 yılları arasında tamamlayıcı ve bütünleştirici tıbbın kullanımındaki artışı vurgulamaktadır.¹⁸

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

Amerika Birleşik Devletleri, 1993 yılında Ulusal Sağlık Enstitüleri bünyesinde kurulan Alternatif Tıp Ofisi’nin yetkilerini 1998 yılında genişleterek “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi (NCCAM)”ni kurmuştur. NCCAM, konvansiyonel olmayan yaklaşımları, modern tıpla birlikte kullanıldığında “tamamlayıcı tıp” olarak; modern tıbbın yerine kullanıldığında ise “alternatif tıp” olarak tanımlamıştır. Daha sonra, DSÖ gibi, etkililiği ve güvenilirliği kanıtlanmış tamamlayıcı uygulamaların konvansiyonel modern tıp ile birlikte kullanımını “bütünleştirici tıp” olarak tanımlamış ve desteklemiştir.

Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM), “tamamlayıcı ve alternatif tıbbı, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanılan bir dizi farklı sağlık uygulamaları” olarak tanımlar ve bu uygulamaların “bağımsız olarak ya da konvansiyonel tıp yaklaşımları ile birlikte kullanılabilceğini” belirtir.³²

Sağlık profesyonellerinin yanı sıra hastaların geleneksel tıp kullanımını incelemeye yönelik ilk kapsamlı araştırmalardan biri, David Eisenberg ve arkadaşları tarafından 1990’da gerçekleştirilen ankettir. Tekrarlanarak yayımlanan bu araştırma, geleneksel ve tamamlayıcı tıba başvuran Amerikan vatandaşlarının oranında kayda değer bir artış tespit etmiştir: 1990’da %34 olan oran, 1997’de %42’ye yükselmiştir. İngiltere, Kanada ve Batı Avrupa ile ilgili benzer araştırmalar, 90’lar boyunca yapılırken bu ülkelerdeki geleneksel ve bütünleyici tıp yönelimlerinin, ABD’ye göre biraz daha düşük olduğunu göstermektedir.¹⁷ Daha güncel bir araştırma ise 2018’de 39 Avrupa ülkesini kapsayacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmaya göre, akupunktur, modern tıp eğitimi almış doktorlar tarafından en fazla uygulanan tamamlayıcı tıp olarak öne çıkarken, homeopati ikinci sıradadır. Hastalar ise en çok fitoterapi gibi bitkisel çay ve ürünlere dayalı tedavilere başvurmaktadır.³³

Avrupa’da ülkeler arası kültürel ve hukuki düzenlemeler farklılıklar göstermektedir. Ancak pek çok Avrupa hükümeti, artan kamu sağlık harcamaları, finansal krizler, biyotıp eğitimi almış sağlık personeli eksikliği, halkın taleplerine cevap verme ihtiyacı, tıp alanında profesyonel kurum ve kuruluşlarının tekeline kırma ve rekabeti arttırma gibi sebeplerle özellikle 1990’lardan itibaren geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı daha fazla desteklemektedir.⁴ Biyotıp eğitimi almış hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları da bu süreçte, geleneksel ve bütünleyici tedavilere hastalıkları önleme ve kronik hastalıklarla mücadele etme açısından daha sıcak bakmaya başlamış ve biyotıp ile entegre edilmelerine yönelik kılavuzların hazırlanmasını desteklemeye başlamıştır.¹⁸

ABD ve Avrupa’da, ülkeler bazındaki farklılıklara rağmen, 1970’lerden itibaren canlanan ve özellikle 1990 sonrası büyüyen geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıbbın sağlık sektöründe giderek artan bir pay alacağı öngörülmektedir.³⁴

Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Kurumsallaşması

Türkiye’de geleneksel tıp alanındaki ilk hukuki düzenleme 1991’de çıkartılan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği”dir.³⁵ Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak 2012 yılında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş, 2014’te Alternatif ifadesi çıkarılarak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı (GETAT) olarak kurumun ismi güncellenmiştir. Aynı yıl yayımlanan yönetmelikle on beş uygulama resmi olarak tanınmıştır: Akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük,

homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi.³⁶

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı’na bağlı olarak 2014’te kurulan GETAT Enstitüsü’nün amacı, “kanıta dayalı olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın, modern tıp ile entegre bir şekilde insan sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine, rehabilite edilmesine ve de geliştirilmesine ve bozulan insan sağlığının düzeltilmesine katkı sağlamak” olarak ifade edilmiştir.³⁰ Modern tıpla entegre bir şekilde uygulanması vurgusu başta olmak üzere, son on yılda Türkiye’de yapılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp düzenlemelerinin ve yönetmeliklerin, DSÖ’nün politika ve stratejileriyle örtüştüğü vurgulanmalıdır. Türkiye’nin söz konusu politikalarının, DSÖ’nün 2014 tarihli Pekin Deklarasyonu’na paralel olarak geleneksel tıbbın güvenilir ve etkin kullanımını hedeflediği dikkat çekicidir.³⁷

İstanbul Tabip Odası’na bağlı farklı derneklerin katılımıyla 2016 yılında gerçekleştirilen “Tıbbın Alternatifi Olmaz” başlıklı sempozyumda, 2014 yılında çıkarılan yönetmelik hekimler tarafından tartışılmıştır.³² GETAT ile ilgili tartışmaların merkezinde, geleneksel veya tamamlayıcı tedavilerin modern tıp yöntemleriyle nasıl entegre edilebileceği sorusu yer almaktadır. Türkiye’de, diğer ülkelerde olduğu gibi, bazı sağlık profesyonelleri GETAT uygulamalarını kanıta dayalı olmayan, geçerlilikleri ölçülemez tedaviler olarak değerlendirirken, bazıları ise bu alternatiflerin modern tıp yöntemleriyle birlikte kullanılmasına dayalı bütünleştirici bir tedavi yaklaşımını benimsemektedir.³⁸ Ayrıca GETAT ile ilgili etik ilkelerin belirlenmesi ve “malpraktis, sigorta, izinsiz deney” gibi konularda daha dikkatli olunması gerektiği vurgulanmaktadır.³⁹

GETAT ile ilgili farklı kurum, kuruluş ve sağlık profesyonelleri arasındaki tartışmalar devam edegelirken Türkiye’de GETAT uygulama merkez ve ünitelerinin sayısı artmaktadır. Sağlık Bakanlığı, GETAT Daire Başkanlığı ile ilgili verileri her yıl paylaşmaktadır. 2015 yılında 12 GETAT uygulama merkezi ve 35 GETAT ünitesi bulunurken, 2018’de bu sayılar sırasıyla 56 uygulama merkezi ve 549 üniteye çıkmıştır. 2022’de ise 75 uygulama merkezi ve 1949 ünite hizmete girmiştir. 2024 yılına dair yayımlanan verilere göre, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere bağlı toplam 79 GETAT uygulama merkezi ve %71’i muayenehanelerden oluşan toplam 2410 GETAT ünitesi bulunmaktadır. Bu ünitelerin neredeyse yarısı (1068) Marmara Bölgesinde yer almakta, İç Anadolu’da 489, Ege’de 336, Akdeniz’de 273, Karadeniz’de 132, Güneydoğu’da 64 ve son olarak Doğu Anadolu Bölgesi’nde 48 ünite bulunmaktadır.⁴⁰

Türkiye’de GETAT’a yönelik akademik araştırmalar son yıllarda artmıştır. YÖK ulusal tez veri tabanında “geleneksel” ve “alternatif tıp” anahtar kelimeleriyle yapılan tarama sonucuna göre, “Türk Basınında Alternatif Tıbbın Sunumu” başlıklı çalışma, Türkiye’de sosyal bilimler alanında yapılan ilk yüksek lisans tezidir.⁴¹ Ardından halkbilim ve sosyoloji başta olmak üzere çeşitli sosyal bilim alanlarında tez ve makale çalışmaları yapılmıştır.⁴²⁻⁴⁶

Tıp ve sağlık bilimleri alanında, GETAT hakkında derleme çalışmalarının yanı sıra son yıllarda pek çok uzmanlık tezi yazılmaya başlanmıştır. Bu tezlerin çoğu, ankete dayalı nicel araştırmalardır. Bir kısmı, belirli bir hastane veya sağlık merkezine başvuran, belirli bir yaş aralığı veya hastalığa sahip hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri tercih sebeplerini incelemektedir.⁴⁷⁻⁴⁹ Çoğunluğu hasta odaklı olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının veya tıp öğrencilerinin GETAT hakkında bilgi ve tutumlarını ölçen çalışmalar da mevcuttur. Bunlar da genellikle belirli bir şehir, üniversite veya uzmanlık alanıyla sınırlıdır.⁵⁰⁻⁵⁵

Bu araştırmaların temel bulgularına göre, Türkiye’de en çok kullanılan ve bilinen GETAT yöntemleri arasında kupa, sülük, hacamat, akupunktur, masaj veya bitkisel ürünler (fitoterapi) yer alırken; homeopati, larva, osteopati ve refleksoloji en az uygulanan ve bilinen yöntemlerdir.^{43,56,57} Hastalar, GETAT uygulamalarını büyük ölçüde (%50 ve üzeri) internet, TV gibi kanallar ve akraba ile arkadaş çevrelerinden öğrendiklerini,

ancak GETAT yöntemlerini kullansalar bile aile hekimleri veya ilgili branş uzmanlarından olumsuz tepki alma korkusuyla bu konudan bahsetmediklerini belirtmektedir.⁵³

Hekimler, akupunktur, fitoterapi, kupa ve masajı en güvenilir veya en çok bildikleri ve uyguladıkları yöntemler olarak ifade ederken, hastalara benzer şekilde hekimler de proloterapi, kayropraktik, naturopati, ayurveda, homeopati ve apiterapi gibi yöntemleri bilmediklerini aktarmaktadır.^{47,48,51} Tıp hekimleri ve sağlık çalışanları genel olarak GETAT hakkında az bilgi sahibi olduklarını belirtirken, özellikle son yıllarda daha genç tıp hekimleri ve hemşirelik öğrencileri, GETAT eğitimi alarak bu yöntemleri modern tıp yöntemlerine ilave olarak kullanmak istediklerini ifade etmektedirler.^{49,58}

Sonuç

Biyotıbbın tek bir tarihten bahsetmek yanıltıcı olabilir; ancak modern dönemde biyotıbbın hem Batı’da hem Batı dışındaki diğer tıp sistemlerine karşı üstünlük ve hakimiyet kazandığını söylemek yanlış olmayacaktır.⁵⁹ Ancak on dokuzuncu yüzyıldan itibaren biyotıp gelişirken, aynı zamanda alternatif ve tamamlayıcı tıp yaklaşımlarına yönelik arayışlar da söz konusu olmuştur. Bu arayışların bazıları mevcut eski tıp yaklaşımlarından, bazıları dünyanın farklı bölgelerindeki tedavi yöntemlerinden, bazıları ise Batı’nın kendi içinden geliştirilen yeni teşhis ve tedavi yöntemlerinden doğmuş ve Batı’da alternatif, geleneksel, tamamlayıcı gibi farklı isimlerle adlandırılmıştır. Bu süreçte, amorf ve heterojen bir kategori inşa edilmiştir. Ancak ne biyotıp ne de geleneksel ve tamamlayıcı tıp kategorileri sabit olup, her ikisi de dinamik olarak değişen tıbbi yöntem ve yaklaşımları içermektedir. Ayrıca bu iki kategori arasındaki sınırlar, her zaman kesin ve keskin olmayabilmektedir.

DSÖ başta olmak üzere uluslararası kuruluşların politikaları, farklı tıp modellerinin fayda sağladıkları ölçüde tamamlayıcı ve bütünleştirici kullanımını desteklemektedir. Ancak, farklı epistemolojik ve yöntemsel varsayımlara dayanan ve toplumsal, kültürel, ekonomik ve teknolojik özellikleriyle ayrılan tıp modellerinin entegre edilmesi ne kolaydır ne de çoğu zaman her iki tarafın güçlü savunucuları tarafından istenmektedir. Bu bağlamda, tıpta çoğulculuk fikrinsel, kültürel veya yasal olarak desteklense de pratikteki işleyişi ve kabulü sağlık profesyonelleri, meslek örgütleri, politika yapımcılar, hastalar ve hasta yakınları tarafından tartışılmaya devam edecektir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Hardy A. Health and medicine in Britain since 1860. Palgrave: Basingstoke, Hants; 2001.
2. Baranov D. Biomedicine: an ontological dissection. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2008;29(4):235–254.
3. Lingo AK. Empirics and charlatans in early modern France: the genesis of the classification of the ‘other’ in medical practice. *Journal of Social History* 1986;19(4):583–603.
4. Cant S, Sharma U. Alternative health practices and systems. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, and Scrimshaw S, editors. *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage; 1999.
5. Conrad P. The medicalization of society. Johns Hopkins University Press: Baltimore; 2007.
6. McQuaide M. The rise of alternative health care: a sociological account. *Social Theory and Health* 2005; 3:286–301.
7. Worsley P. Non-western medical systems. *Annual Review of Anthropology* 1982;11(1):315-348.
8. Hughes K. Anthony Giddens: The reflexive self and consumption of alternative medicine. In: Collyer F, editor. *Handbook of social theory in health, illness, and medicine*. Palgrave, Macmillan; 2015.
9. Opper L. Allopathy—a term that diminishes the profession. *BCMJ. BC Medical Journal* 2010; 52:91.
10. Mondal H, Mondal S. Do we still use allopathy to indicate modern medicine? *J Family Med Prim Care* 2022;11(3):1225-1226.
11. Giddens A, Sutton PW. *Sosyoloji*. 7. Baskı. Kırmızı Yayınları: İstanbul; 2013.
12. Logan AC, Prescott SL, Katz DL. Golden age of medicine 2.0: Lifestyle medicine and planetary health prioritized. *J Lifestyle Med* 2019;9(2):75-91.

13. Quirke V, Gaudillière JP. The era of biomedicine: Science, medicine, and public health in Britain and France after the second world war. *Medical History* 2008;52(4):441-452. doi:10.1017/S002572730000017X.
14. Clarke A, et al. Biomedicalisation revisited: Concepts and practices. In: Petersen A, editor. *Handbook on the sociology of health and medicine*. Elgar; 2023.
15. O’Connor BB, et al. Defining and describing comparative and alternative medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 1997;3(2):49–57.
16. Dew K, Liyanagunawardena S. Traditional medicine and global public health. In: Liamputtong P, editor. *Handbook of social sciences and global public health*. Springer; 2023.
17. Baer HA. Complementary and alternative medicine: Proccess of legitimation, professionalization, and cooption. In: Cockerham W, editor. *The new Blackwell companion to medical sociology*. Wiley-Blackwell; 2010.
18. Goldblatt E, Gomes S. Complementary and integrative health and medicine practices and systems. In: Scrimshaw S. et al. Editors. *The Sage handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage, 2022.
19. Fulder S. *The handbook of alternative and complementary medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
20. Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociology Compass* 2014; 8: 805-822.
21. Louhiala P. There is no alternative medicine. *Med Humanit* 2010;36(2):115-117.
22. Bodeker G, Burford G. *Traditional, complementary and alternative medicine policy and public health perspectives*. London: Imperial College Press; 2006.
23. Weiss G, Copelton D. *The sociology of health, healing, and illness*. 11th ed. New York London: Routledge; 2023.
24. Obadia L. The internationalisation and hybridization of medicines in perspective? Some reflections and comparisons between east and west. *Transtext(e)s Transcultures* 2009;5 doi: 10.4000/transtexts.276
25. Tataryn DJ. Paradigms of health and disease: a framework for classifying and understanding complementary and alternative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2002;8(6):877-892.
26. Goldstein M. *Alternative health care*. Philadelphia: Temple University Press; 1999.
27. Leslie C. editor. *Asian medical systems: A comparative study*. Berkeley: University of California Press; 1976.
28. World Health Organization. *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. Geneva; 2000.
29. Macartney JI, Wahlberg A. The problem of complementary and alternative medicine use today: eyes half closed? *Qual Health Res* 2014;24(1):114-23. doi: 10.1177/1049732313518977.
30. Biçer İ, Balçık PY. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerin İncelenmesi. *Hacette Sağlık İdaresi Dergisi* 2019;22(1):245-257.
31. Şahan D, İlhan M. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;4(3):12-19.
32. Şahin S. Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp Uygulamalarına Genel Bir Bakış. *Turkish Journal of Family Practice* 2017;21(4):159-162.
33. Wiesener S, Salamsen A, Fønnebø V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2018; 18(11):1–7
34. Coulter I, Willis E. Explaining the growth of complementary and alternative medicine. *Health Sociology Review* 2007;16(3-4):214-225.
35. Taştan K. Ülkemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Kilometre Taşları. *Ankara Medical Journal* 2018;18(3):458-459.
36. Ezheah.saglik.gov [Internet]. Getat (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) Uygulamaları [updated 2021 Şubat 11]. Available from: <https://ezheah.saglik.gov.tr/TR,396642/getat-geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamaları.html>.
37. Müslümanoğlu A, Tayfun K. Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezleri; Eğitim ve Uygulama İnovasyonu. *J Biotechnol and Strategic Health Res* 2019; 3:1–12.
38. Mollahaliloğlu S, et al. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem. *Ankara Medical Journal* 2015;15(2):102-105.
39. Tokaç M. Geleneksel Tıbbın Etik ve Hukuk Yönü ile Bakış. *J Biotechnol and Strategic Health Res* 2019;3(özel sayı):155–160.
40. Shgmgetatdb.saglik.gov. [Internet]. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı Mevzuat [updated 2022 Mart 2]. Available from: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-8459/mevzuat.html>
41. Yaşar D. Türk Basınında Alternatif Tıbbın Sunumu. Danışman Güngör N. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2006.
42. Tavukçu H. Gelenek’in Yeniden Keşfi Bağlamında Halk Hekimliği (Ankara kent örneği). Danışman Özdemir N. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Halk Bilimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2012.
43. Gündüz Alptürker İ. Geleneksel Tıbbın Şifa Ritüelleri Üzerine Bir Araştırma: Amasya Örneği Danışman Ergun P. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Halk Bilimi Ana Bilim Dalı Türk Halk Bilimi (Folklor) Bilim Dalı Doktora Tezi. Ankara 2018.

44. Öğüt V, Sarımuratoğlu, D. Modern Onkolog Hekimin Geleneksel Tıp Uygulamaları Karşısındaki Stratejileri. *Sosyoloji Araştırma Dergisi* 2018;21(2):180–209.
45. Göcen G, Gügen B. Sağlık Çalışanları, Hastalar ve Mdr Uzmanlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp’ın (Getat’ın) Dini Yaşantı ile Etkileşimine Bakışları. *Bilimname* 2019;(40):229–271.
46. Tuna H. Sağlık Turizmi Kapsamında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Turizmi. *ASBİ Abant Sosyal Bilimler Dergisi* 2021;21(1):259–281.
47. Aydemir J. Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisini İnceleyen Bir Anket Çalışması. Danışman Layık ME. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Van 2022.
48. Zorlu Özogul A. İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımının Araştırılması. Danışman Gül H. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul 2021.
49. Özyayın M. Trabzon Kalkınma Mahallesi Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Hakkındaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Danışman Ateş E. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Trabzon 2020.
50. Demir E. Sağlık Çalışanlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları. Danışman Avcı N. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2019.
51. Omay Ş. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Hekimlerin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Danışman Arıca S. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık tezi. İstanbul 2019.
52. Köse E, Oturak G, Ekerbiçer H. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2021;11(2):373-380.
53. Özer Z, Turan GB, Bakır E. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi* 2020;2(3):102-112.
54. Ateş S, Güngör A. Çocuk Hekimlerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tedavisi Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;14(1):7-18.
55. Yüksel N, ve ark. Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Bakış Açısı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2019;4(3):276-286.
56. Yıldırım R. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanma Durumları. Danışman Demirağ S. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Aydın 2020.
57. Öztürk FG. Kas-iskelet Sistemi Ağrısı ile Ortopedi Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Deneyimleri. Danışman Şencan İ. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara 2021.
58. Sönmez CI, Başer DA, Küçükdağ HN, Kayar O, İdris ACAR, Güner PD. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile İlgili Bilgi Durumlarının ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal* 2018;10(3):276-281.
59. Turner B. The history of the changing concepts of health and illness: outline of a general model of illness categories. In: Scrimshaw S. et al., editors. *The Sage handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage; 2022.

Chia (*Salvia hispanica* L.) Geçmişten Günümüze: Tarihsel Yolculuğu ve Sağlık Etkileri*

Chia (*Salvia hispanica* L.) From Ancient to Present: Historical Journey and Health Effects

Ebru Derici Eker¹

¹Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kök Hücre ve Rejeneratif Tıp AD.
<https://orcid.org/0000-0002-7094-7625>

ÖZ

Chia tohumu (*Salvia hispanica* L.), Meksika ve Guetamala kökenli, besin değeri yüksek bir tohum olup yüzyıllar boyunca, Aztekler ve Maya uygarlıkları tarafından hem besin kaynağı hem de enerji verici olarak kullanılmıştır. Günümüzde, chia tohumu, özellikle sağlıklı yaşam ve beslenme trendlerinin artan popülaritesi ile dünya çapında yaygın olarak tüketilmektedir. Zengin bir omega-3 yağ asidi, lif, protein ve minerallerin kaynağı olan chia tohumu, sağlığı destekleyen birçok faydaya sahiptir. Lif içeriği sindirim sistemine yardımcı olurken, omega-3 yağ asitleri kalp sağlığını destekler ve inflamasyonu azaltır. Chia tohumları aynı zamanda klorojenik ve kafeik asitler, kuersetin ve kaempferol gibi antioksidanların bir kaynağı olup, serbest radikallere karşı protektif etki göstererek peroksidasyonu engeller. Kan şekeri seviyelerinin düzenlenmesine yardımcı olabilir ve kilo yönetiminde önemli bir rol oynayabilir. Gluten içermemesi ve bitkisel kaynaklı olması nedeniyle vejetaryenler ve gluten intoleransı olanlar için ideal bir besin kaynağıdır. Chia tohumlarının sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili yapılan araştırmalar, bu besinin potansiyel faydalarını daha iyi anlamamıza yardımcı olmakta ve gelecekteki kullanım alanlarını genişletmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Salvia hispanica* L., Chia tohumu, Fonksiyonel içerik, Nutrasötik

ABSTRACT

Chia seeds (*Salvia hispanica* L.) are a highly nutritious seed native to Mexico and Guatemala, and for centuries, they have been used by the Aztec and Maya civilizations as both a food source and an energy booster. Today, chia seeds are widely consumed around the world, especially with the growing popularity of healthy living and nutrition trends. Rich in omega-3 fatty acids, fiber, protein, and minerals, chia seeds offer numerous health benefits. The high fiber content supports the digestive system, while omega-3 fatty acids promote heart health and reduce inflammation. Chia seeds are also a source of antioxidants such as chlorogenic and caffeic acids, quercetin, and kaempferol, which have protective effects against free radicals and prevent peroxidation. It can help regulate blood sugar levels and play an important role in weight management. Due to their gluten-free and plant-based nature, chia seeds are an ideal food source for vegetarians and those with gluten intolerance. Research on the health effects of chia seeds is helping us better understand their potential benefits and expand their future applications.

Keywords: *Salvia hispanica* L., Chia seed, Functional content, Nutraceutical

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):55-68

DOI: 10.31020/mutfd.1587361

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 19 Kasım 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 13 Aralık 2024

İletişim - Correspondence Author: Ebru Derici Eker <edeker@mersin.edu.tr>

Giriş

Chia, *Lamiaceae* (Nanegiller) familyası türlerinin yoğunlaştığı Meksika'nın orta vadileri ve Guatemala'nın kuzeyine özgü bir bitki olup bu bitki hakkındaki ilk verilere, Amerika'nın 1548-1580 yılları arasında fethi sırasında Fray Bernardino de Sahagun tarafından yazılan Floransa Kodeksi'nde rastlanmaktadır. Chia tohumu M.Ö. 3500 yıllarından beri yiyecek olarak kullanılmaya başlanmış ve M.Ö. 1500 ile 900 yılları arasında Orta Meksika'da temel bir ürün olarak önem kazanmıştır. Aztek ve Mayalar bu tohumları sadece besin amaçlı değil dini ritüellerde, tedavi edici ve sanatsal olarak da kullanmışlardır. Bunun yanı sıra Amerika'da Kolomb öncesi toplumların mısır ve fasulyeden sonra gelen ana ürünlerinden biri olmuştur. Amerika'nın fethi döneminde, beslenme açısından dört tanesi öne çıkan bir dizi bitki türü vardı: fasulye (*Phaseolus vulgaris*), mısır (*Zea mays*), amaranth (*Amaranthus hypochondriacus*) ve chia (*Salvia hispanica* L.). Chia mısır, fasulye ve kinoa tohumları, Kolomb öncesi Amerika halklarının beslenmesinin temel bileşenlerini oluşturuyordu. Bu tür tohumlar, Güney Amerika'da yaşayan eski medeniyetler tarafından besleyici ve tıbbi özellikleri nedeniyle tanınıyordu. Bütün ve öğütülmüş Chia tohumları yiyecek olarak tüketiliyordu, ancak aynı zamanda yağlarını çıkarmak için presleniyorlardı ve bu da yüz ve vücut boyaalarının temelini oluşturuyordu. Aztekler, chia tohumlarını yönetimleri altındaki insanlardan yıllık bir haraç olarak alıyorlardı ve dini törenlerde tanrılara bir adak olarak kullanıyorlardı.¹⁻⁴

“Chia” kelimesi, “yağlı” anlamındaki İspanyolca kökenli bir kelime olan **chien** ve Azteklerin dili olan Nahuatl'dan köken almaktadır. “Chia” adı ise İsveçli botanikçi Karl Linnaeus tarafından ortaya kullanılmaya başlanmıştır. “Chia Nehri” anlamına gelen *Nahuatl Chiapan*'ın eski toprakları adını bitkiden almıştır ve bitki, Grijalva Nehri kıyılarında eski çağlardan beri yetiştirilmektedir. Bugün bu topraklar Meksika'nın Chiapas eyaletini oluşturmaktadır. Kolomb öncesinde de chia, bugün hala tüketilen “*chia fresca*” (taze chia) adlı popüler bir içeceğin hazırlanmasında kullanılmıştır. İspanyol fethi, Kolomb öncesi halkların geleneklerinin çoğunu bastırmış, tarımsal üretim ve pazarlama sistemlerinin çoğunu yok etmiştir. Kolomb öncesi Amerika'nın günlük diyetini oluşturan ürünlerin çoğu, dinle yakın ilişkileri nedeniyle yok edilmiş ve yerine buğday, arpa ve havuç gibi yabancı türler konmuştur.⁵⁻⁷

Salvia hispanica L., yaygın olarak chia olarak bilinir, bir zamanlar Aztekler tarafından sadece bir gıda maddesi olarak değil, aynı zamanda tanrılara adak olarak da kullanılan yağlı tohumu sahip bir bitkidir. Bu tohum, omega-3 (α -linolenik asit), %30'dan fazla lif, yüksek biyolojik değere sahip proteinler ve tohumu bazı olumsuz koşullara karşı koruyan doğal antioksidanlar gibi bileşenlerin doğal bir kaynağıdır.⁷⁻⁹ Ayrıca, vitaminler ve mineraller gibi diğer önemli besin bileşenlerini de içerir.³ Modern bilim, Kolomb öncesi diyetlerin genel olarak günümüzdekilere kıyasla daha besleyici olduğunu ortaya koymuştur.³ Yapılan çalışmalar eski uygarlıkların chia tohumunu neden diyetlerinin temel bir bileşeni olarak gördüklerini açıklamaya yardımcı olmuştur. Tohumun kimyasal bileşimi ve besin değeri, onu büyük bir ticari potansiyele sahip kılar; teknolojik gelişmeler, dünyaya hem yeni hem de eski bir ürün sunabilecek tam teşekküllü bir tarım endüstrisinin kurulması için mükemmel bir fırsat yaratmıştır.^{2,9,10} Chia tohumu günümüzde, besin ve nutrasötik içeriği sayesinde gıda, hayvan yemi, tıp, kozmetik ve ilaç sanayi başta olmak üzere birçok alanda büyük bir potansiyel sunmaktadır.

Taksonomik Olarak Sınıflandırılması

Chia bitkisi, *Lamiaceae* (nanegiller) ailesinin bir üyesidir olup, taksonomik olarak sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmektedir (**Tablo 1**).³

Tablo 1. *Salvia hispanica* L. bitkisi taksonomik sınıflandırması³

Alem	Bitkiler
Alt Alem	Tracheobionta
Şube	Spermarophyta
Alt Şube	Magnoliophyta
Sınıf	Magnoliopsida
Alt Sınıf	Asteridae
Takım	Lamiales
Aile	Lamiaceae
Cins	Salvia
Tür	Hispanica

Bu bitki için kullanılan yaygın isimler arasında chia, İspanyol adaçayı, Meksika chiası ve siyah chia bulunmaktadır.¹¹ Chia (*Salvia hispanica* L.), yaz aylarında çiçek açan tek yıllık bir bitkidir. Yaklaşık bir metre boyundadır; karşılıklı dizilmiş, saplı ve 4–8 cm uzunluğunda, 3–5 cm genişliğinde, tırtıklı yaprakları vardır. Çiçekleri hermafrodit olup, uzun sivri uçlara sahip küçük braktellerle korunan bir başakta çok sayıda küme halinde büyür. Tohumları parlak ve pürüzsüz olup oval şekillidir, gri, kahverengi, beyaz ve koyu kırmızı karışımı renklerde olup genellikle dörtlü gruplar halinde bulunur.^{2,12} Bitkinin dörtgen gövdesi nervürlü ve türlüdür. Hafif-orta yoğunlukta, killi ve kumlu topraklarda, hatta iyi drenajlı ancak çok ıslak olmayan kurak topraklarda yetişir. Bitki asidik topraklara ve kuraklığa yarı toleranslıdır. Chia, ağırlıklı olarak dağlık bölgelerde yetiştirilir ve donma, güneşsiz alanlar gibi abiyotik olaylara çok az tolerans gösterir.² Morfolojik olarak, yabani ve evcilleştirilmiş bitkiler arasında çok az farklılık vardır ve günümüzde chia, Mezoamerika'nın ekili alanları içerisinde sınıflandırılmaktadır.¹

Yapraklarında böcek kovucu özelliği olan uçucu yağlar bulunduğu için, bitki pestisit veya diğer kimyasal bileşikler olmadan yetiştirilebilmektedir.¹³ Meksika'da, ardıç, meşe, çam ve çam-meşe ormanlarında kolayca ve çoğunlukla yetişir ve tohum dağılımı yoluyla yayılır, yabani türleri ortalama 1,9 m boyundadır. Avrupa ülkelerinde, Mart ve Nisan aylarında seralarda yetiştirilir, burada çimlenme yaklaşık 2 hafta sürer ve bitkiler yeterince büyüdüğünde saksılara aktarılır.⁶ Chia bitkisi çok kurak bölgelere dayanıklı olduğundan, bu ürün Bolivya, Kolombiya ve Arjantin gibi gelişmekte olan ülkeler için oldukça caziptir ve Arjantin'in Salta, Jujuy, Tucumán ve Catamarca gibi eyaletlerinde yetiştirilmektedir. Hasat edilen tohumlar fasulye yetiştiriciliğinden çok daha karlı olmaya devam etmektedir.⁶ Ticari verim genellikle hektar başına ticari verim normalde 500-600 kg tohumdur; ancak Arjantin'de (Salta) bulunan deneysel alanlarda sulama ve azot gübrelemesinin yardımıyla hektar başına yaklaşık 2500 kg verim elde edilmektedir.² Bu tür bir mahsul, kuzeybatı Arjantin ve güney Bolivya'da tütün ekimlerinin yerine geçmekte olup, tarla rotasyonları ile toprağın besinleri tükenmeden yetiştirilebilir.

Chia Tohumu

Tohumlar küçüktür ($1,87 \pm 0,1$ mm uzunluk, $1,21 \pm 0,08$ mm genişlik ve $0,88 \pm 0,04$ mm kalınlık), oval ve yassı bir şekle sahip olup koyu kahverengiden beje kadar, üzerinde küçük koyu lekeler bulunan renk aralığına sahiptir.¹⁶ Şekil 1'de gösterildiği gibi; beyaz tohumlar, koyu renkli olanlara göre daha ağır, daha geniş ve daha kalındır.^{17,18} Temiz ve kuru tohumlar, içerdikleri uçucu yağların bozulmasını önleyen antioksidanlar sayesinde yıllarca saklanabilir (**Şekil 1**).

Şekil 1. Chia tohumları¹⁸

Besinsel Değeri

Chia, günümüzde farklı ülkelerdeki normal diyetlerde tüketilmediği için geleneksel olmayan bir tohum olarak sınıflandırılmaktadır, ancak bu durum değişmeye başlamıştır. Tohumları, yüksek oranda, belirli fizyolojik işlevlerle ilişkilendirilen esansiyel yağ asidi α -linolenik [ALA; 18:3(n-3)] içerir.¹⁶⁻¹⁹ Ayrıca klorojenik asit, kafeik asit, mirisetin, kuersetin ve kaempferol gibi birincil ve sinerjik doğal antioksidanlar açısından da zengin bir içeriğe sahiptir.¹⁹⁻²¹ Bu tohumun en önemli özelliklerinden biri de toplam yağ içeriğinin %75'ini oluşturan omega-3'ün doğal bir kaynağı olmasıdır.¹⁹⁻²¹ Chia, sindirim sistemi tarafından sindirilemeyen diyet lifi bakımından diğer meyve ve tohumlarla kıyaslandığında daha yüksek oranda lif içerir.²²⁻²³ Tohum sulu bir ortama konulduğunda, tohumu çevreleyen mukuslu bir polisakkarit salgılamakta olup bu müsilajın tüketilmesinin sindirimi kolaylaştırdığı ve tohumla birlikte besleyici bir gıda kaynağı oluşturduğu bildirilmiştir.^{14,23} Ayrıca, chia tohumu diğer tahıllara kıyasla daha yüksek protein içeriğine sahiptir, glutensizdir ve toksik bileşen içermemektedir. Önemli bir vitamin ve mineral kaynağı olup Chia tohumunun besin içeriği ayrıntılı şekilde Tablo 2'de gösterilmiştir (**Tablo 2**).^{12,24-28}

Tablo 2. Chia ve diğer tohumların besin bileşimi (100 g başına)³

Besin	Chia	Kinoa	Amarant	Keten tohumu
Enerji (kcal.)	486.00	n/r	n/r	450
Proteinler (g)	16.54	14,8–25,7	14.9	20
Toplam yağ (g)	30,74	5.3–6.2	9.1	41
Doymuş yağ asitleri (g)	3.33	n/r	2.45*	n/r
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	2.31	n/r	2.17*	n/r
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	23.67	n/r	4.47*	23
Trans yağ asitleri (g)	0,14	n/r	0,02*	n/r
Omega-3 yağ asitleri (g)	17.83	n/r	n/r	n/r
Kolesterol (mg)	0,00	n/r	n/r	0,09
Karbonhidrat (g)	42.12	55,8–69,1	70.3	29
Lif, toplam diyet (g)	34.40	8,8–12,1	12	28

*Verilerden hesaplanan değer; n/r = bildirilmedi.

Lif

Diyet lifi, özellikle tam tahıllar gibi gıdalarda bulunması nedeniyle sağlık açısından önemli bir biyobileşen olarak öne çıkmaktadır. Araştırmalar, lif tüketiminin koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet ve bazı kanser türlerinin riskini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.²⁹⁻³¹

Öte yandan diyet lifi tüketiminin öğün sonrası tokluk hissini artırdığı ve sonrasındaki açlık hissini azalttığı gözlemlenmiştir.^{32,33} Amerikan Diyetisyenler Birliği'ne (ADA) göre, diyet lifi sağlık koruma ve hastalık önleme açısından faydalar sunmaktadır. Yetişkinler için günlük önerilen diyet lifi alımı genellikle 20–35 g aralığındadır.³⁴ Chia tohumu ise 100 gramında 34-40 g diyet lifi içerir ki bu yetişkin nüfus için günlük

önerilen miktarın %100'üne denk gelmektedir. Yağsız chia unu ise %40 lif içerir ve bunun %5-10'u çözünür olup mukus oluşumuna katkıda bulunur.^{7,35} Bu lif içeriği kinoa ve keten tohumu gibi tohumlardan hatta diğer kurutulmuş gıdalardan daha yüksektir. Bu nedenle chia tohumunun başta diyabet ve kalp damar hastalıkları olmak üzere pek çok hastalığın önlenmesinde kullanılabileceği, çok sayıda epidemiyolojik çalışmayla ortaya desteklenmiştir.^{21,34,36,37}

Lipitler ve Bileşenleri

Chia tohumları lipit profili açısından özellikle ilgi çekicidir. Özellikle tüm yağ asitlerinin yaklaşık %60'ını oluşturan α -linolenik asit (ALA) olmak üzere yüksek miktarda çoklu doymamış yağ asitleri ile karakterizedir. Chia tohumu bitkisel kaynaklar arasında bilinen en yüksek ALA içeriğine sahiptir.^{37,38} Bu tür yağ asidi, insan vücudu tarafından üretilemediği için esansiyel yağ asitleri olarak kabul edilen uzun zincirli omega-3 çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA'lar) olan eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DPA) için diyetle alınması gereken bir öncüdür. Bu yağ asitlerinin sağlığa yararları, birçok araştırmacı tarafından ortaya konmuştur.³⁹⁻⁴¹ Chia tohumları, keten tohumundan daha fazla omega-3 asidi içeriğine sahiptir. Ayrıca chia tohumunun %80,5'in üzerinde PUFA içeriğine ve keten tohumu ile perilla tohumuna kıyasla en iyi omega-6/omega-3 (n-6/n-3) oranına sahip olduğu, ayrıca dikkate değer miktarda tokoferoller ve steroller içerdiği gösterilmiştir.⁴² ALA'nın PUFA öncüsü olarak etki edebileceği, diyetin yüksek düzeyde ALA ile desteklenmesinin insanlarda EPA ve DPA'da küçük ama önemli artışlara yol açtığı gösterilmiştir.⁴³

Proteinler

Chia tohumunun protein içeriği, yetiştirildiği coğrafi konumuna ve yetiştirme koşullarına bağlı olarak %15-23 arasında değişir; bu oran, buğday, mısır, pirinç, yulaf ve arpa gibi geleneksel tahılların yanı sıra amarant ve kinoa gibi diğer tohumlardan daha yüksektir.^{21,44} Tohum gluten içermediği için chia bazlı gıdalar çölyak hastalığı hastaları tarafından güvenle tüketilebilir. Tablo 3'te chia tohumunun amino asit içeriği gösterilmekte olup, dokuz temel amino asidi içerdiği görülmektedir (**Tablo 3**).⁴⁵

Tablo 3. Chia tohumundaki proteinlerin aminoasit bileşimi⁴⁵

Amino asit	İçerik (g/100 g)	
Esansiyel amino asitler		
Histidin	0,53	0,61
İzolösin	0,80	0,74
Lösin	1,37	1,42
Lizin	0,97	0,93
Metiyonin	0,59	0,67
Fenilalanin	1,02	1,6
Treonin	0,71	0,54
Triptofan	0,44	t/g
Valin	0,95	0,79
Esansiyel olmayan amino asitler		
Sistein	0,41	0,42
Tirozin	0,56	0,61
Alanin	1,04	0,94
Aspartik asit	1,69	1,28
Glutamik asit	3,50	2,87
Glisin	0,94	0,91
Prolin	0,78	1,28
Arginin	2,14	2,00
Serin	1,05	0,94

Vitamin ve Mineral İçeriği

Chia, B vitaminleri açısından iyi bir kaynaktır. Diğer tahıllarla karşılaştırıldığında, tohumun niasin içeriği mısır, soya fasulyesi ve pirinçten daha yüksektir. Tiamin ve riboflavin içeri ise pirinç ve mısırdaki bulunan değerlere benzerdir.^{3,7} Aynı zamanda chia, mükemmel bir mineral kaynağıdır ve 100 g süte kıyasla 11 kat daha fazla fosfor, 6 kat daha fazla kalsiyum ve 4 kat daha fazla potasyum içerir; ayrıca magnezyum, demir, çinko ve bakır da içerir.³ Chia, 100 g buğday, pirinç, yulaf ve mısır ile karşılaştırıldığında 13–354 kat daha fazla kalsiyum, 2–12 kat daha fazla fosfor ve 1,6–9 kat daha fazla potasyum içerir. Chia tohumlarının demir içeriği de çoğu tohuma göre oldukça yüksektir; ıspanaktan 6 kat, mercimekten 1,8 kat ve karaciğerden 2,4 kat daha fazla demir içerir (**Tablo 4**).^{3,7}

Tablo 4. Chia tohumundaki vitamin ve mineral içeriği.³

Vitaminler	Miktar (100 g/mg)
C Vitamini (toplam askorbik asit)	1.60
Tiamin	0,62
Riboflavin	0,17
Niasin	8.83
Folat	49.00 (µg)
A vitamini	54.00 (IU)
E Vitamini (α -tokoferol)	0,50
Mineraller	Miktar (100 g/mg)
Makroelementler	
Kalsiyum	631
Potasyum	407
Magnezyum	335
Fosfor	860
Mikroelementler	
Selenyum	55.2 (µg)
Bakır	0,924
Ütü	7.72
Manganez	2.723
Molibden	0,2
Sodyum	16
Çinko	4.58

IU = Uluslararası birim; Kaynak: ABD Tarım Bakanlığı (2011).⁽¹⁴⁾

Antioksidanlar

Chia tohumu, tohumu daha da çekici kılan bir özellik olan antioksidan görevi görebilen bir dizi bileşiğe sahiptir (**Tablo 5**). En önemli bileşikler arasında fenolik bileşikler tokoferoller bulunur. Bu bileşikler birincil ve sinerjik antioksidanlar olup chia tohumlarının antioksidan aktivitesine orantılı olarak daha fazla katkı sağlar.⁴⁶ Chia tohumundaki toplam tokoferol miktarı (238–427 mg/kg), yer fıstığı yağı ile (398,6 mg/kg) benzer olup, keten tohumu (588,5 mg/kg), ayçiçeği (634,4 mg/kg) ve soya fasulyesine (1797,6 mg/kg) kıyasla daha düşüktür.⁴⁷ Chia tohumlarında bulunan başlıca fenolik bileşikler klorojenik ve kafeik asittir, bunları mirisetin, kuersetin ve kaemperol takip eder.²⁰⁻²² Kafeik ve klorojenik asit serbest radikallere karşı koruma sağlar ve yağların, proteinlerin ve DNA'nın peroksidasyonunu engeller; kuersetin aynı zamanda kardiyoprotektif etkiye sahip güçlü bir antioksidandır.⁴⁸ Chia tohumunda bulunan bu antioksidan özellikler diğer flavonoid bileşiklere göre önemli ölçüde daha etkilidir. Chia tohumunda bulunan bu bileşiklerin antioksidan özellikleri, ferulik asit, C vitamini (askorbik asit) ve E vitamininden (α -tokoferol) çok daha güçlüdür.^{20,21,35}

Tablo 5. Chia tohumundaki antioksidan içeriği.⁴⁹⁻⁵¹

	Bileşen	µg/g Tohum
Polifenoller	Gallik asit	0,05; 11
	Kafeik asit	27; 30, 89
	Klorojenik asit	4.68
	Protokatekuik asit etil ester	0,74
	Ferulik asit	eser miktarda
	Kuersetin	0,17
	Kaempferol	0,013
	Kaempferol 3-O-glukozit	0,029
	Epikateşin	0,029
	Rutin	0,22
	p-Kumarik asit	0,24
Apigenin	0,005	
İzoflavonlar	Daidzin	6.6
	Glisitin	1.4
	Genistin	3.4
	Glisit	0,5
	Genistein	5.1

Chia Tohumunun Kullanım Alanları

Hammadde Olarak Chia

Gıda sanayinde, yüksek antioksidan kapasitesi ve zengin içeriği nedeniyle chia tohumu yaygın olarak kullanılmaktadır. Kıvam artırıcı, stabilizatör ve emülgatör özellikleri nedeniyle tercih edilmektedir. İçerdiği yüksek gam ve müsilaj sayesinde, mevcut kıvam arttırıcıların yerine kullanılabilir.⁵² Tohumlarının polisakkarit yapısı nedeniyle, oluşturduğu müsilaj çok fazla su emer ve tutar. Chia tohumları, guar sakızı, jelatin, aljinat ve jel gibi maddelerden daha fazla yağ tutma, su tutma ve emülsiyon stabilizasyonu sağlamaktadır.^{3,38} Kendi ağırlığının 27 katı kadar su tutar ve bu tohumların besleyici bileşenleri onu diğer kıvam artırıcı maddelerden ayırmaktadır. Bu nedenle, gelecekte chia tohumunun günümüzde yaygın kullanılan kıvam arttırıcı maddelerin yerini alma potansiyeli yüksektir.

Chia tohumunun ayrıca yağ ve su karışımına sahip emülsiyonlarda stabilizatör olarak kullanılabilir. Bu nedenle, sadece gıda sanayinde değil, aynı zamanda ilaç sanayinde de kullanılması beklenen bir hammadde. Chia tohumundan elde edilen müsilaj ve gam, ayçiçek lesitini ile çeşitli oranlarda karıştırıldığında emülsiyonun stabilitesini arttırmakta ve yağ damlacıklarının motilitesini azaltmaktadır.^{38,53}

Chia tohumu ununun yenilebilir film yapma yeteneği de tohumun bir başka özelliğidir. Çeşitli araştırmalar, chia tohumu unundan yapılan yenilebilir filmlerin çözünürlüğünün düşük olduğunu, yüksek miktarda su buharı tutma kapasitesine sahip olduğunu ve ultraviyole radyasyona karşı dayanıklı olduğunu göstermiştir.⁵⁴

Chia ve Yem Sanayiinde Kullanımı

Chia tohumu hayvansal gıdaların kalitesini yükseltmek için de kullanılır. Aztekler, atlara yüksek enerji kaynağı olarak chia tohumu verirlerdi. Günümüzde, özellikle hayvan yemlerinin et ve yumurta kalitesini arttırmak için chia tohumu takviyesi söz konusudur. Yapılan araştırmalar, hayvan yemlerine chia tohumu eklemenin omega-3 içeriğini artırdığını ve hayvan sağlığını iyileştirdiğini göstermektedir. Chia tohumu yağı ile yemlenen tavukların yumurtalarındaki omega-3 yağ asidi oranının, yemlerine ilave edilmeyenlere kıyasla %100 arttığı, üstelik bu beslenme değişikliğinin tavuklara zarar vermediği gösterilmiştir.²¹ Tavşanlar üzerinde yapılan bir araştırma, tavşan etinin besin değerini artırırken aynı zamanda doymuş yağ oranını %4,55'ten %1,03'e düşürdüğünü göstermiştir.⁵⁵ Domuz ile ilgili bir çalışmada ise, besinlerine %20 chia tohumu ilavesinin, domuz etinin palmitik asit oranını %32'den %25'e, steraik asit oranını %15'den %11'e, araşidonik

asit oranını %0,23'den %0,19'a, α -linolenik asit oranını ise %0,09'dan %0,39'a yükselttiği bulundu. Ayrıca, chia tohumu ile beslenen domuz etlerinin daha lezzetli olduğu gösterilmiştir.²¹

Chia ve Gıda Sanayiinde Kullanımı

Chia tohumu ve bundan elde edilen ürünler, gıdaların besin değerini artırmanın yanı sıra işlevsel hammadde olarak da kullanılabilir. Bir dizi araştırma, chia tohumunun lif, protein ve doymamış yağ asidi açısından zengin bir kaynak olduğunu göstermiştir. Sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürülmesi için, chia tohumunun diyetle mutlaka tüketilmesi gerekir. Besinlerin işlevselliğini artırmak için chia tohumu oldukça önem arz etmektedir.

Chia tohumları ülkemizde ilk olarak unlu mamullerde kullanılmış, ancak küresel olarak giderek yaygınlaşan bir besin haline almıştır. Chia tohumu genellikle kahvaltılık gevrekler, spor gıdaları, süt ürünleri, tatlılar, ekmekler, kurabiyeler, krakerler, unlu mamuller gibi pek çok gıdaya eklendiğinde gıdaların besin değerini arttırmaktadır. Chia tohumları gıdalara eklendiğinde protein, lif, omega-3 yağ asitleri ve antioksidanlar açısından yüksek olan "fonksiyonel gıdalar" sınıfına girer. Chia tohumu yağı yaklaşık % 60 oranında omega-3 yağ asitleri içerir ve birçok gıdaya katkı maddesi olarak kullanılır, ayrıca alfa-linolenik asit içeriğinden dolayı kozmetik ve sanayide yaygın olarak kullanılır. Zengin bir protein kaynağı olduğundan vegan diyetlerinde de sıklıkla kullanılır.^{3,51} Chia unu endüstrinin yanı sıra gıda sektöründe de aktif olarak kullanılmaktadır. Diğer unlarla karıştırılıp kek, ekmek, bisküvi gibi gıdalarda kullanıldığında lezzet ve besin değeri açısından çok iyi sonuçlar elde edilmiştir.^{51,56} Chia tohumlarının hidrofilik özellikleri nedeniyle yumurta ve yağ yerine kullanılırlar.⁵⁷ Chia tohumlarının jeli, fırınlanmış ürünlerde yağ veya yumurta yerine kullanılabilir. Bu tür bir uygulama, ürünlerin kalori ve yağ içeriklerinin azaltılmasını kolaylaştırır. Ayrıca, fırınlanmış ürünler söz konusu olduğunda, son ürün insan sağlığı için büyük önem taşıyan başlıca biyolojik bileşikler olan omega-3 asitlerini daha fazla içerir. Chia tohumu jelinin keklerde %25'e kadar yağ veya yumurtanın yerini alabileceğini, üstelik pişmiş ürünün yoğunluğunda ve genel lezzetinde bir olumsuzluk oluşturmadan bu etkiyi sağladığı gösterilmiştir.^{56,57}

Chia tohumlarından elde edilen un, buğday unu yerine makarna üretmek için de kullanılabilir.⁵⁸ Üstelik chia unu ile hazırlanan makarnaların, klasik makarnalara oranla daha fazla protein, mineral ve diyet lifi içeriğine sahip olduğu saptanmıştır. Chia tohumlarının un haline getirilmediğinde uzun süre saklanabileceği de unutulmamalıdır. Bu, öncelikle endospermi çevreleyen kabuktan ve ikinci olarak yağ asitlerini oksidasyona karşı koruyan yüksek antioksidan potansiyeline sahip bileşiklerin yüksek içeriğinden kaynaklanmaktadır.^{45,58} Dünya çapında çeşitli ülkelerdeki gıda endüstrisinde, chia tohumlarına dayalı veya onlarla zenginleştirilmiş birçok ürün üretilmektedir. Bunlara örneğin kahvaltılık gevrekler, kurabiyeler, kekler, meyve suları, yoğurtlar, soslar, reçeller ve konserveler dahildir, ancak sayıları nispeten düşüktür ve bu durum teknolojiye kullanımlarına ilişkin yasal düzenlemeler ve sınırlamalardan kaynaklanmaktadır.¹⁸ Chia, ürünün besin değerini artırmak için endüstriyel gıda üretiminde bütün tohum, öğütülmüş veya musilaj olarak kullanılır. Ekmek, kurabiye, makarna, dondurma, yoğurt gibi piyasada chia ilaveli çok sayıda ürün bulunmaktadır. Chia tohumunun endüstriyel olarak gıda ürünlerinde yağ veya yumurta ikamesi olarak kullanılmasının, ürünlerin teknolojik veya fiziksel özelliklerini önemli ölçüde etkilemediği bulunmuştur. Chia tohumundan elde edilen un gluten içermediği için gluten hassasiyeti olanlar ve çölyak hastaları için oldukça besleyicidir.

Gıda sanayinde oksidasyonu önlemek için chia kullanılır çünkü antioksidan açısından oldukça zengindir. Patiseri, süt ve et gibi sektörlerde yağlı gıdaların oksidasyonunu önlediği için tercih edilmektedir. Baharat sektöründe ise chia bitkisinin yapraklarından elde edilen çeşitli uçucu yağları kullanılmaktadır.⁵⁹ Margarin sektöründe de kullanılan chia tohumu yağının, özellikle margarin üretiminde hidrojenlenme sürecindeki trans yağ oluşumunu engelleme yeteneği de vardır. Margarin içerikli ürünler, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterolü yükselterek yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterolü düşürürler. Bunun bir sonucu

olarak, margarinde yüksek miktarda trans yağ asitleri bulunur ve tüketilmesi kalp damar hastalıkları, inflamasyon, kanser ve diğer hastalıklara neden olabilir. Chia tohumu yağı kullanılarak omega-3 açısından zengin, raf ömrü yüksek ve trans yağ asiti içermeyen margarin elde edilmiştir.^{58,59}

Dondurma üretiminde chia tohumundan elde edilen müsilaj, stabilizatör ve emülgatör olarak kullanılmaktadır. Aynı şekilde dondurma üretiminde chia tohumu yağı kullanımı, dondurmaya antioksidan ve omega-3 kaynağı olma gibi sağlığa olumlu özellikler kazandırmıştır.^{58,59} Chia tohumu unu da pizza yapımında kullanılmaktadır. Özellikle glisemik indeksi düşük ve lif içeriği yüksek pizza ekmeği yapmak chia sayesinde mümkün kılınmıştır. Ayrıca kek ve kurabiye gibi patiseri ürünlerinde mineral içeriği ile doymamış yağ asitlerinin artması ve kalori değerlerinin düşmesi söz konusu olmuştur.⁵⁷⁻⁵⁹ Ancak özellikle bisküvi formülasyonlarına eklenmesi gereken maksimum oranın %10 olduğu unutulmamalıdır, daha yüksek oranlarda chia tohumu unu kullanımı, ürünlerin oksidasyonunu hızlandırarak raf ömrünü kısaltmaktadır. Chia tohumlarının jelleşme kapasitesi yüksek olduğu için reçel üretiminde de kullanımı söz konusudur. Özellikle diyabetik ve besin içeriği yüksek reçel üretimi için iyi bir adaydır. Hem lif açısından zengin hem de düşük kalorili ürünler bu sayede üretilebilmektedir.⁵⁶⁻⁵⁹

Chia, yüksek besin öğeleri (omega-3, protein, mineral, lif, vb.) içermesi ve alerjik/toksik etki göstermemesi sebebiyle son yıllarda kullanımı oldukça artmış ve “süper gıda” olarak isimlendirilmiştir. Ancak çeşitli sağlık otoriteleri tarafından yeni gıda olarak tanımlanan chia ürünlerinin kullanım kısıtlamalarına dikkat edilmesi gerekmektedir.⁶⁰

Chia ve Sağlık

Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, başta diyabet olmak üzere, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve kanser gibi birçok hastalığın artmasına neden olmaktadır. Yüksek doymuş yağ asitleri tüketimi, kolesterol artışı ve kalp damar hastalıkları ile ilişkilendirilmektedir. Chia tohumlarının sahip olduğu yararlı bileşenler nedeniyle sağlık üzerine etkileri üzerine çok sayıda klinik çalışma yapılmıştır ve hala yapılmaktadır. Klinik araştırmalar, düzenli chia tohumu tüketiminin obezite, kalp damar hastalıkları, diyabet ve kanser gibi hastalıklara karşı koruyan alternatif bir besin kaynağı olduğunu doğrulamaktadır.⁴⁴

Kardiyovasküler Hastalıklar ve Chia

Omega-3 yağ asitleri ve α -linoleik asit açısından chia tohumları oldukça zengin bir kaynaktır. Chia tohumu, sahip olduğu bu yüksek orandaki doymamış yağ asitleri sayesinde kardiyoprotektif etki göstererek fizyolojik fonksiyonlarda önemli bir rol oynamaktadır. Biyolojik membranlarda eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) gibi çoklu doymamış yağ asitlerinin yaşamsal fonksiyonlara sahip olduğu ve metabolik hastalıklara karşı koruyucu rol oynadığı bilinmektedir. Alfa-linolenik asit ise metabolize olarak diğer omega-3 yağ asitleri olan EPA ve DHA'ya dönüşmektedir.⁴¹ Doymuş yağ asitlerinin tüketiminin artması ve çoklu doymamış yağ asitlerinin tüketiminin azalması, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalık riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Chia tohumunda bulunan bu yağ asitleri, kolesterol seviyelerini dengelemektedir. Sığırlarda chia tüketiminin, kanda α -linoleik asit (ALA) seviyesini artırdığı, serumda düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ile trigliserit (TG) seviyelerini azalttığı ve yüksek yoğunluklu lipoproteinleri (HDL) seviyesini yükselttiği gösterilmiştir.³⁸⁻⁴¹

Chia tohumunun hipertansiyona karşı etkili olduğu da gösterilmiş olup, kan basıncını düşürmeye yardımcı olduğu saptanmıştır. Ayrıca anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibisyonunu sağlayarak ve peptid-potasyum-kalsiyum mekanizması aracılığıyla yüksek kan basıncını dengelediği ortaya konmuştur. Chia tohumunun en önemli özelliklerinden biri de omega-3 yağ asitlerinin kalp-damar hastalıkları ve kansere karşı protektif etkileri sebebiyle, diğer diyet takviyelerine göre daha fazla öneme sahip olmalarıdır. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, ALA ve omega-3 yağ asitlerinden özellikle EPA seviyesinin artışının,

kardiyovasküler hastalık riskine karşı koruyucu etkiler sağladığını, ayrıca DHA'nın ise sinir sistemi için gerekli olduğunu göstermiştir.^{3,20-24}

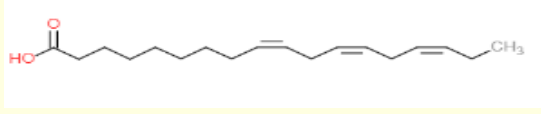
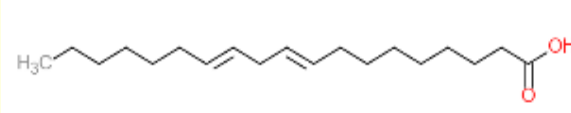
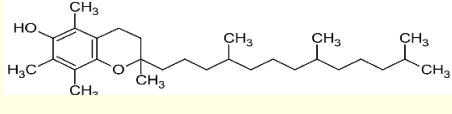
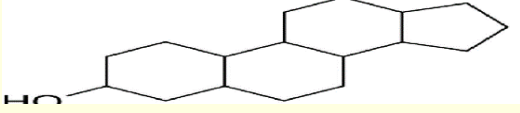
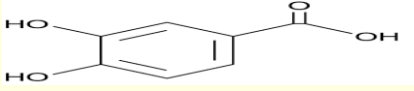
Obezite ve Chia

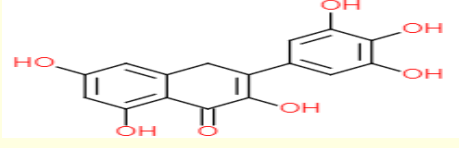
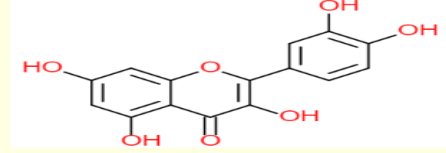
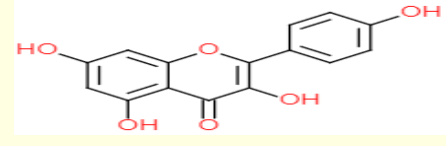
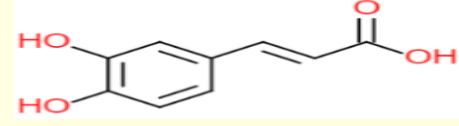
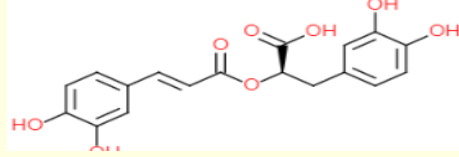
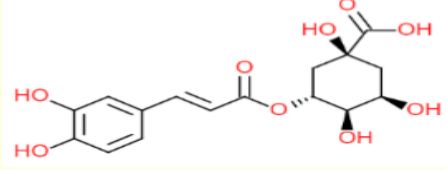
Chia, içerdiği sağlıklı bileşenler sayesinde, obeziteye bağlı hastalıkların ve aşırı kilonun önlenmesinde etkili bir diyet stratejisi olarak değerlendirilmektedir. Yüksek oranda lif, mineral, protein ve özellikle ALA içeriği sayesinde kilo kontrolüne yönelik diyetlerde kullanılabilir alternatif bir besin kaynağıdır. Bunun yanı sıra deniz ürünlerine alerjisi olan bireyler için de uygun bir omega-3 yağ asidi kaynağı olarak öne çıkmaktadır. Obez ve tip-2 diyabetli hastalarda günlük 30g/1000 kkal chia tohumu tüketiminin, enerji kısıtlı diyetle birlikte kilo kaybını desteklediği, postprandiyal glisemiyi iyileştirdiği ve C-reaktif protein (CRP) seviyesini azalttığı gösterilmiştir.⁵⁶⁻⁶⁰ Chia tohumunun soya, incir ve yulaf tüketimi ile kıyaslandığı çalışmalarda iki aylık diyet sonrasında adinopektin seviyelerinde artma saptanmıştır. 35 gram chia ununun günlük diyetle tüketilmesinin, total kolesterol düzeylerinde %13 azalma, HDL düzeylerinde %25 artma ve obezlerde kilo kaybı ile birlikte bel çevresinin incelendiği gösterilmiştir. Obez ve kilolu kadınlarda günlük diyete 25g öğütülmüş chia eklenmesinin kilo verme üzerine etkisi olmazken, plazma α -linolenik asit seviyesini anlamlı şekilde artırdığı gösterilmiştir.^{59,60}

Tip 2 Diyabet ve Chia

Chia tohumu ile ilgili araştırmalar, bu tohumun, diyabet üzerindeki olumlu etkilerini postprandiyal kan şekerini azaltma, iştahı kontrol etme ve kan basıncını düşürme yoluyla gösterdiğini ortaya koymaktadır. Chia tohumunda bulunan lif ve çoklu doymamış yağ asitleri, postprandiyal glisemi üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır. Sağlıklı bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, deney grubundaki katılımcılara farklı oranlarda chia tohumu eklenmiş ekmek tüketirilmesi sağlanmıştır. Deney grubundaki katılımcılarda her 1 g chia tohumu tüketiminin postprandiyal glisemiyi %2 oranında düşürdüğü gösterilmiştir. Chia tohumunun yüksek lif içeriği sayesinde postprandiyal glisemiyi düşürerek, karbonhidrat salınımını düzenlemekte ve kan glikoz seviyelerindeki artışı azaltmaktadır (**Tablo 6**).⁵⁸⁻⁶⁰

Tablo 6. Chia tohumlarındaki besleyici biyoaktif bileşikler⁵⁸

Chia Tohumlarındaki Aktif Bileşikler	Kimyasal Yapı	Biyolojik aktivite
Omega-3 yağ asidi, ω -3 yağ asidi, ω -3 ALA, α -Linolenik asit		Antiinflamatuar, antidiyabetik, antikanser, koroner kalp hastalığı riskini azaltma, bağışıklık sistemini, beyin, retina, cilt hücrelerini güçlendirme
Omega-6 yağ asidi, ω -6 yağ asidi, ω -6 LA, Linoleik asit		Antiinflamatuar, antikanser
Tokoferol		Antiinflamatuar, antikanser, antioksidan
Steroller		Bitkisel sterol yapısal olarak kolesterole benzedikleri için bağırsaklardan kolesterolün emilimini düşürmeye yardımcı olma
Protokateşik asit		Antiinflamatuar, antihiperglisemik, antioksidan

Chia Tohumlarındaki Aktif Bileşikler	Kimyasal Yapı	Biyolojik aktivite
Mirisetin		Antioksidan
Kuarsetin		Antioksidan, antikanserojen, antihipertansif
Kaempferol		Antioksidan
Kafeik asit		Antioksidan, antikanserojenik, antihipertansif
Rosmarinik asit		Antioksidan
Klorojenik asit		Antioksidan, anti-kanserojenik, antihipertansif
Vitaminler	A, B1, B2, B3	Sağlıklı cilt, ATP sentezlenmesi, normal çalışan kırmızı kan hücreleri, ormal sinir ve sindirim sistemi çalışması

Chia Tohumlarının Gelecekteki Durumu

Son yıllarda chia tohumlarına olan ilgi artmış ve birçok çalışmanın konusu olmuştur. Chia tohumlarının kullanımına yönelik bakış açıları sağlık ve ayrıca teknolojik yönlerle ilgilidir. Chia, sağlık geliştirici özelliklere sahip yeni gıdaların bir parçası olabilir. Tohumlar iyi bir lif kaynağı olup özellikle diyabet ve hiperkolesterolemisi olan kişiler için önerilebilir. Dahası, yüksek omega-3 içeriği nedeniyle günlük diyetinde takviye olarak kullanılabilirler. *In vitro* ve *in vivo* çalışmalar chia tohumlarının sağlık yararlarını doğrulamaktadır.

Chia tohumlarının yemeklerde kullanımıyla ilgili de çok sayıda öneri bulunmaktadır. Chia, çekici görümlü jeller oluşturma olasılığı nedeniyle karakteristiktir ve tohumlar, tohumunu veya tam tohumlar şeklinde kullanılır. Günümüzde, chia tohumları Avrupa'da tahıl ürünlerinin bir bileşeni olarak kullanılmaktadır, örneğin kahvaltılık gevrekler, pirinç cipsi, gofret, cips vb. Chia tohumlarının süt ürünleri, meyve ve sebzeler veya et ürünleri üretiminde kullanılmasının büyük yararı vardır. Chia tohumlarıyla gıda ürünleri için birçok gastronomik tarif olmasına rağmen, şu anda, endüstriyel uygulamaları, tohumun yeni bir gıda bileşeni olarak belirtilen yasal statüsü tarafından engellenmektedir. Bu, bir gıda işletmecisinin, 25 Kasım 2015 tarihli,

Avrupa Parlamentosu ve Konseyinin 1169/2011 sayılı Tüzüğünü değiştiren ve Avrupa Parlamentosu ve Konseyinin 258/97 sayılı Tüzüğünü yürürlükten kaldıran ve 1852/2001 sayılı Komisyon Tüzüğü (OJ 327, 11.12.2015, s.1) uyarınca oluşturulan, yetkili yeni gıdalar ve yeni gıda bileşenleri Birliği listesinde yer almayan her bir chia ürünü için resmi pazar öncesi onayı alması gerektiği anlamına gelir.

Chia tohumları, artan biyolojik ve teknolojik potansiyele sahip, sağlığı geliştiren gıdaların umut vadeden bir bileşeni olarak düşünülebilir. Ancak, diğer biyolojik olarak aktif bitkiler ve doğal kökenli ürünlere benzer şekilde, chia tohumunun güvenliğini, etki mekanizmalarını ve etkinliğini belirlemek için insanlar üzerinde kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Chia tohumları binlerce yıl önce temel gıdaydı ve esas olarak Orta Amerika'da yaşayan Kolomb öncesi halklar tarafından tüketiliyordu. Son yıllarda, yüksek besin değeriyle ilişkili olarak bu besine karşı ilginin giderek arttığını görmekteyiz. Chia tohumları, birçok ekzojen amino asit açısından zengin, yüksek diyet lifi ve protein içeriğine sahiptir. Dahası, chia tohumları, çoğunlukla omega-3 yağ asitleri grubuna ait olan alfa-linolenik asit olmak üzere, yüksek çoklu doymamış yağ asitleri içeriğine sahiptir. Bu tohumlar ayrıca birçok mineral ve vitaminin yanı sıra, özellikle polifenoller ve tokoferoller olmak üzere yüksek antioksidan aktiviteye sahip biyoaktif bileşiklerin iyi bir kaynağıdır. Chia tohumlarının sağlık üzerine olumlu etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu tohumlara, kan lipit profilinin iyileştirilmesi üzerinde yararlı bir etki atfedilmektedir, hipotansif, hipoglisemik, antimikrobiyal ve immünostimülatör etkileri ise yapılan birçok çalışma ile doğrulanmıştır. Chia tohumlarının suyu tutma ve jel oluşturma kapasitesi nedeniyle, emülgatörler ve stabilizatörlerin yerine gıda teknolojisinde kullanılabilirler.

Sonuç olarak, chia tohumu, içerdiği zengin besin bileşenleri sayesinde sağlığı destekleyici önemli özellikler sunan bir fonksiyonel gıda olarak öne çıkmaktadır. Omega-3 yağ asitleri, diyet lifi, yüksek kaliteli proteinler, antioksidanlar ve vitamin-mineral içeriğiyle chia tohumu, kalp sağlığından sindirim sistemine, metabolik sağlıktan bağışıklık sistemine kadar geniş bir yelpazede olumlu etkiler sağlayabilir. Ayrıca, gluten içermemesi çölyak hastaları için de uygun bir seçenek olmasını sağlar. Ancak, chia tohumunun bu faydalarının insanlar üzerindeki kesin etkilerini daha iyi anlamak için kapsamlı bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır. Geleneksel kullanımları ve modern bilimsel bulgular ışığında chia tohumu, dengeli bir diyetin parçası olarak sağlıklı yaşamı destekleyebilecek değerli bir besin kaynağıdır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Makalenin hazırlanmasında herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Cahill Joseph P. Ethnobotany of chia, *Salvia hispanica* L. (Lamiaceae). Economic botany 2003;604-618.
2. Ayerza R, Wayne C. Chia: rediscovering a forgotten crop of the Aztecs. University of Arizona Press, 2005.
3. Muñoz Loreto A., et al. Chia seed (*Salvia hispanica*): an ancient grain and a new functional food. Food reviews international 2013;394-408.
4. Food and Agricultural Organization. Nutritional requirements. <https://www.fao.org/home/en/> (Erişim tarihi: 09.11.2024).
5. Coates W. Whole and ground chia (*Salvia hispanica* L.) seeds, chia oil—Effects on plasma lipids and fatty acids. In: Preedy V., Watson R.R., Patel V., editors. Nuts & Seeds in Health and Disease Prevention. Volume 1. Academic Press; London, UK: 2011;309–31.
6. Whistler Roy L. Industrial gums from plants: Guar and chia. Economic Botany 1982;195-202.
7. Bushway AA, Belyea PR, Bushway RJ. Chia seed as a source of oil, polysaccharide, and protein. Journal of Food Science 1981;1349-1350.
8. Ayerza R. Oil content and fatty acid composition of chia (*Salvia hispanica* L.) from five northwestern locations in Argentina. J. Am. Oil Chem 1984;72:1079-1081.

9. Ayerza R, Coates W. Ground chia seed and chia oil effects on plasma lipids and fatty acids in the rat. *Nutr* 2005;25: 995-1003.
10. Di Sapia O, et al. Caracterización morfoanatómica de hoja, tallo, fruto y semilla de *Salvia hispanica*. In *L. (Lamiaceae) Aromát: Bol. Latinoam. Caribe Plant Med* 2012,11:249-268.
11. U.S. Department of Agriculture. National Nutrient Database for Standard Reference. <https://agdatacommons.nal.usda.gov/search?q=salvia> (Erişim Tarihi: 09.11.2024).
12. Montes Osorio LR, et al. The Chia (*Salvia hispanica* L.) The Rediscovered Meso-American Functional Food Crop 2021;2021050128.
13. Muñoz Loreto A, et al. Chia seeds: Microstructure, mucilage extraction and hydration. *Journal of food Engineering* 2012;216-224.
14. Ixtaina Vanesa Y, et al. Physical properties of chia (*Salvia hispanica* L.) seeds. *Industrial crops and products* 2008;286-293.
15. Chicco Adriana G, et al. Dietary chia seed (*Salvia hispanica* L.) rich in α -linolenic acid improves adiposity and normalises hypertriacylglycerolaemia and insulin resistance in dyslipaemic rats. *British journal of nutrition* 2008;41-50.
16. Fernandez I, et al. Impact of chia (*Salvia hispanica* L.) on the immune system: preliminary study. *Proceedings of the Nutrition Society* 67.OCE1 2008; E12.
17. Chia tohumları. https://en.wikipedia.org/wiki/Chia_seed (Erişim Tarihi: 09.11.2024).
18. De Meester F, Ronald Ross W. Wild-type food in health promotion and disease prevention. R. Ayerza (Ed.); 2008.
19. Taga MS, Miller EE, and Pratt D. Chia seeds as a source of natural lipid antioxidants. *Journal of the American Oil Chemists' Society* 61 1984; 928-931.
20. Ayerza R, Coates W. Chia seeds: new source of omega-3 fatty acids, natural antioxidants, and dietetic fiber. Southwest Center for Natural Products Research & Commercialization, Office of Arid Lands Studies: Tucson, AZ, USA, 2001.
21. Ixtaina Vanesa Y, et al. Characterization of chia seed oils obtained by pressing and solvent extraction. *Journal of Food Composition and Analysis* 2011;166-174.
22. Vázquez-Ovando A, et al. Physicochemical properties of a fibrous fraction from chia (*Salvia hispanica* L.). *LWT-Food Science and Technology* 2009;168-173.
23. Capitani MI, et al. Physicochemical and functional characterization of by-products from chia (*Salvia hispanica* L.) seeds of Argentina. *LWT-Food Science and Technology* 2012;94-102.
24. Ayerza RH, Coates W. Some quality components of four chia (*Salvia hispanica* L.) genotypes grown under tropical coastal desert ecosystem conditions. *Asian Journal of Plant Sciences* 2009;301.
25. Wright KH, et al. Composition of *Atriplex hortensis*, sweet and bitter *Chenopodium quinoa* seeds. *Journal of food science* 2002;1383-1385.
26. Alvarez-Jubete L, et al. Nutritive value of pseudocereals and their increasing use as functional gluten-free ingredients. *Trends in Food Science & Technology* 2010;106-113.
27. Dhakal D, et al. Design rules of plant-based yoghurt-mimic: Formulation, functionality, sensory profile and nutritional value. *Food Hydrocolloids* 2023;108786.
28. Baroni L, et al. Health benefits of vegetarian diets: An insight into the main topics. *Foods* 2024;2398.
29. Steinmetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review. *Journal of the american dietetic association* 1996;1027-1039.
30. Gold LS, Ames BN, Slone TH. Misconceptions about the Causes of Cancer. *Human and Ecological Risk Assessment: Theory and Practice* 2024;1101-1130.
31. Siddiqui SA, et al. Microalgae as a potential raw material for plant-based seafood alternatives: A comprehensive review. *Food Science & Nutrition* 2024;00:1-3.
32. Jadhav A, et al. Comparison of fermentable carbohydrate consumption in plant-based vs western-style diet groups. *Human Nutrition & Metabolism* 2023;200177.
33. Marlett JA, et al. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *Journal of the American Dietetic Association* 2002; 993-1000.
34. Olombrada E, Mesias M, Morales FJ. Risk/benefits of the use of chia, quinoa, sesame and flax seeds in bakery products. An update review. *Food Reviews International* 2024;1047-1068.
35. Rebezov M, et al. Nutritional and technical aspect of tiger nut and its micro-constituents: An overview. *Food Reviews International* 2023; 3262-3282.
36. Tong L, et al. Advancements in modifying insoluble dietary fiber: Exploring the microstructure, physicochemical properties, biological activity, and applications in food industry—A review. *Food Chemistry* 2024;140154.
37. Motyka S, et al. Health-promoting approaches of the use of chia seeds. *Journal of Functional Foods* 2023;105480.
38. Calder PC, Parveen Y. Omega-3 polyunsaturated fatty acids and human health outcomes. *Biofactors* 2009; 266-272.
39. Santos MC, et al. Salmon oil supplementation in dogs affects the blood flow of testicular arteries. *Reproduction in Domestic Animals* 2021; 476-483.

40. Sharifi-Rad J, et al. Diet, lifestyle and cardiovascular diseases: linking pathophysiology to cardioprotective effects of natural bioactive compounds. *International journal of environmental research and public health* 2020;2326.
41. Ciftci ON, Przybylski R, Rudzińska M. Lipid components of flax, perilla, and chia seeds. *European Journal of Lipid Science and Technology* 2012;794-800.
42. Langyan S, et al. Trends and advances in pre-and post-harvest processing of linseed oil for quality food and health products. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 2023,1-24.
43. Grancieri M, Duarte Martino HS, Gonzalez de Mejia E. Chia seed (*Salvia hispanica* L.) as a source of proteins and bioactive peptides with health benefits: A review. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety* 2019;480-499.
44. Nitrayova S, et al. Amino acids and fatty acids profile of chia (*Salvia hispanica* L.) and flax (*Linum usitatissimum* L.) seed. *Potravinarstvo*. 2014;8:72–76
45. Segura-Campos, et al. Physicochemical characterization of chia (*Salvia hispanica*) seed oil from Yucatán, México. *Agricultural Sciences* 2014;3:220-226.
46. Tuberoso Carlo IG, et al. Determination of antioxidant compounds and antioxidant activity in commercial oilseeds for food use. *Food Chemistry* 2007;1494-1501.
47. Ananya R, et al. Health benefits of polyphenols: A concise review. *Journal of Food Biochemistry* 2022,46:e14264.
48. Jin F, et al. Supplementation of milled chia seeds increases plasma ALA and EPA in postmenopausal women. *Plant foods for human nutrition* 2012;105-110.
49. Martínez-Cruz O, Paredes-López O. Phytochemical profile and nutraceutical potential of chia seeds (*Salvia hispanica* L.) by ultra high performance liquid chromatography. *Journal of Chromatography A* 2014;43-48.
50. Coelho MS, de las M. Salas-Mellado M. Chemical characterization of chia (*Salvia hispanica* L.) for use in food products. *Journal of Food and Nutrition Research* 2014;263-269.
51. Karaki N, et al. Physicochemical characterization of pectin grafted with exogenous phenols. *Food Hydrocolloids* 2016;486-493.
52. Guiotto EN, et al. Stability of oil-in-water emulsions with sunflower (*Helianthus annuus* L.) and chia (*Salvia hispanica* L.) by-products. *Journal of the American Oil Chemists' Society* 2016;133-143.
53. Dick M, et al. Edible film production from chia seed mucilage: Effect of glycerol concentration on its physicochemical and mechanical properties. *Carbohydrate polymers* 2015;198-205.
54. Peiretti PG, Meineri G. Effects on growth performance, carcass characteristics, and the fat and meat fatty acid profile of rabbits fed diets with chia (*Salvia hispanica* L.) seed supplements. *Meat Science* 2008;1116-1121.
55. Iglesias-Puig E, Haros M. Evaluation of performance of dough and bread incorporating chia (*Salvia hispanica* L.). *European Food Research and Technology* 2013;865-874.
56. Coelho MS, de las Mercedes Salas-Mellado M. Effects of substituting chia (*Salvia hispanica* L.) flour or seeds for wheat flour on the quality of the bread. *LWT-Food Science and Technology* 2015;729-736.
57. Mohd Ali N, et al. The promising future of chia, *Salvia hispanica* L. *BioMed Research International* 2012;171956.
58. Jamshidi Amir M, et al. Chia (*Salvia hispanica* L.) as a novel forage and feed source: A review. *Italian Journal of Agronomy* 2019;1-18.
59. Cassidy L. Chia: superfood or superfad. *Inform* 2017; 6-13.
60. Vuksan V, et al. Comparison of flax (*Linum usitatissimum*) and Salba-chia (*Salvia hispanica* L.) seeds on postprandial glycemia and satiety in healthy individuals: a randomized, controlled, crossover study. *Eur J Clin Nutr*. 2017;71(2): 234-8.

Lavanta Yağı ve Genetik Etkileşim: Epigenetik Perspektiften Sağlık Üzerine Bir İnceleme*

Lavender Oil and Genetic Interaction: A Review on Health from an Epigenetic Perspective

Ümit Karakaşⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Bayburt Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Eczane Hizmetleri Bölümü
<https://orcid.org/0000-0001-9321-5876>

Öz

Amaç: Lavanta yağı, Lamiaceae ailesinin önemli bir üyesi olan lavanta bitkisinden elde edilen ve çeşitli terapötik etkilerle öne çıkan bir uçucu yağdır. Tarihsel olarak, antik medeniyetlerden günümüze kadar antibakteriyel, anti-inflamatuar, anksiyolitik, antifungal ve yara iyileştirici özellikleri nedeniyle geniş bir kullanım alanı bulmuştur. Lavanta yağının temel bileşenleri olan linalool ve linalil asetat, sinir sistemi üzerinde yatıştırıcı etkiler gösterirken, inflamasyonu ve oksidatif stresi azaltarak çeşitli kronik hastalıkların tedavisine yardımcı olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, lavanta yağının nörolojik bozukluklardan kansere kadar uzanan geniş bir etki spektrumu olduğunu ortaya koymuş, ancak bu etkilerin moleküler düzeyde nasıl gerçekleştiği henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Çalışmanın amacı güncel literatürü mikroRNA'lar çerçevesinde derlemektir.

Yöntem: Çalışmanın içeriği "Lavanta yağı", "miRNA", "epigenetik", "gen ifadesi" anahtar kelimelerinin kombinasyonları ile PubMed, Google akademik, Web of science ve Science direct veri tabanlarından yapılan taramalarla oluşturulmuştur.

Bulgular: Son yıllarda, esansiyel yağların genetik ve epigenetik düzeydeki etkileri üzerinde durulmakta ve miRNA'lar ile olası etkileşimleri incelenmektedir. miRNA'ların gen ekspresyonunun düzenlenmesindeki kritik rolü göz önüne alındığında, lavanta yağının özellikle stres, depresyon ve inflamasyonla ilişkili miRNA'ları etkileyerek genetik mekanizmaları modüle etme potansiyeli büyük bir araştırma alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, bu alandaki literatür eksikliği dikkat çekmektedir. Lavanta yağının terapötik etkilerinin daha iyi anlaşılması, özellikle miRNA'lar üzerindeki etkilerine odaklanan moleküler çalışmaların artmasıyla mümkün olacaktır.

Sonuç: Gelecekteki çalışmalar, lavanta yağının moleküler biyolojideki yerini sağlamlaştırabilir ve klinik kullanımı genişletebilir. Bu doğrultuda, lavanta yağının biyolojik mekanizmalarını aydınlatmak, onu hastalıkların tedavisinde daha etkili bir araç haline getirebilir.

Anahtar Kelimeler: Lavanta Yağı, Terapötik Etkiler, miRNA, Uçucu Yağ Bileşenleri

ABSTRACT

Objective: Lavender oil is an essential oil extracted from the lavender plant, an important member of the Lamiaceae family, and is characterized by various therapeutic effects. Historically, it has found a wide range of uses from ancient civilizations to the present day due to its antibacterial, anti-inflammatory, anxiolytic, antifungal, and wound-healing properties. Linalool and linalyl acetate, the main components of lavender oil, have sedative effects on the nervous system, reducing inflammation and oxidative stress, and can help treat various chronic diseases. Studies have shown that lavender oil has a wide spectrum of effects ranging from neurological disorders to cancer. However, how these effects are realized at the molecular level has yet to be fully understood.

Method: The content of the study was created by combinations of the keywords 'lavender oil,' 'miRNA,' 'epigenetic,' and 'gene expression' and searches from PubMed, Google Scholar, Web of Science, and Science Direct databases.

Results: In recent years, the effects of essential oils at the genetic and epigenetic levels have been emphasized, and their possible interactions with miRNAs have been examined. Considering the critical role of miRNAs in regulating gene expression, the potential of lavender oil to modulate genetic mechanisms, especially by affecting miRNAs associated with stress, depression, and inflammation, is a significant research area. However, the need for more literature in this field draws attention. A better understanding of the therapeutic effects of lavender oil will be possible with the increase of molecular studies focusing specifically on its effects on miRNAs.

Conclusion: Future studies may solidify the place of lavender oil in molecular biology and expand clinical use. In this direction, elucidating the biological mechanisms of lavender oil may make it a more effective tool in treating diseases.

Keywords: Lavender Oil, Therapeutic Effects, miRNA, Essential Oil Components

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):69-76

DOI: 10.31020/mutfd.1587332

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 18 Kasım 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 22 Aralık 2024

İletişim - Correspondence Author: Ümit Karakaş <umitkarakas@bayburt.edu.tr>

Giriş

Son yıllarda, lavanta yağının biyolojik etkilerini moleküler düzeyde anlamaya yönelik çalışmalar artmıştır. Lavanta, çiçeklerinin tatlı kokusu nedeniyle tanımlanmış bir çiçek bitkisidir. Lamiaceae familyasının bir üyesi olan lavanta; farklı alanlarda sayısız kullanım alanına sahip, geleneksel ve dünya çapında yetiştirilen kokulu bitki türlerinden biridir. Lavanta yaprakları, uçucu yağları ve diğer ürünleri endüstriyel olarak kısırlaştırılmış, kavrulmuş veya işlenmiş ürünler gibi birçok şekilde kullanılabilir. Bu bitki ve ürünlerinin geleneksel olarak bakterisit, antifungal, gaz giderici, gevşetici, migren tedavisi, antidepresan, antidiyabetik ve yanıklar ve böcek ısırıkları için etkili bir şekilde kullanıldığına inanılmaktadır.¹

Bu derleme, lavanta yağının terapötik etkilerini, biyolojik mekanizmalarını ve miRNA düzeyindeki potansiyel etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, lavanta yağı ile ilgili literatürü analiz ederek bu yağın sağlık bilimleri ve farmakogenomik alanındaki önemini vurgulamayı hedeflemektedir.

Lavanta Yağının Tarihsel ve Geleneksel Kullanımı

Binlerce yıldır geleneksel tıp, bitkileri ve bunların aktif bileşiklerini çok çeşitli rahatsızlıkları ve hastalıkları tedavi etmek için kullanmıştır. Bitkisel ilaçlar, iyi tolere edilen yapıları ve daha az yan etkileri nedeniyle genellikle farmakolojik ilaçlara göre daha güvenli alternatifler olarak kabul edilir. Akdeniz havzasına özgü ve Lamiaceae ailesine ait bir çiçekli bitki cinsi olan *Lavandula*, çeşitli türlerinde çok çeşitli fitokimyasallar içermesiyle bilinir. Bu türler arasında *Lavandula angustifolia* Miller (genellikle İngiliz lavantası, adi lavanta veya gerçek lavanta olarak anılır) ve doğal melezi *Lavandula x intermedia Emeric ex Loisel* (ayrıca Hollanda lavantası veya lavandin olarak da bilinir), uçucu yağlar (EO'lar) için yetiştirilmeleri nedeniyle önemli derecede ilgi görmüştür.²

Lavanta ilk olarak eski Arabistan'da yetiştirilmiş ve yağı damıtılmıştır. Ardından lavanta bitkisi İngiltere'ye Romalılar tarafından getirilmiştir. Lavanta ismi de Romalılar tarafından önerilmiştir. Romalıların tomurcuk ve bitki stoklarını banyo yaptıkları suda kullandıkları bildirilmiş, ardından da hamam kültürleri aracılığıyla lavantanın kullanımını tüm Avrupa'ya yaymışlardır. Lavanta, eski Mısırlılar tarafından mumyalama işlemi sırasında cesedin kokuyu mumyalanması için kullanılmıştır. Antik Yunan'da lavanta uykusuzluk tedavisinde ve sırt ağrılarının tedavisi için, on yedinci yüzyılda ise hiyarcıklı veba salgını sırasında tehlikeli hastalıklardan korunmak için bir tedavi edici kaynak olarak kullanılmıştır.¹ Viktorya döneminde afrodisyak olarak yaygın bir şekilde kullanılan lavanta, Geleneksel Çin Tıbbı'nda kısırlık, enfeksiyon, anksiyete ve ateş gibi çeşitli durumların tedavisinde halen kullanılmaktadır. Arap tıbbında ise mide ağrısı ve böbrek sorunlarını tedavi etmek için uzun süredir kullanılmaktadır.³ Lavanta özütünün bunamayı önlemeye yardımcı olduğu, kanser hücrelerinin büyümesini yavaşlatabildiği, lavanta yağının ise cilt sorunlarını tedavi etmek amacıyla kullanıldığı son yayınlarda rapor edilmiştir.⁴ Lavanta esansiyel yağının (LEO) belirgin kokusu ve çok yönlü uygulamaları, onu aromaterapi, bitkisel ilaç, gıda, parfümeri ve kozmetik alanlarında giderek artan bir ilgi konusu haline getirmiştir.² Günümüzde lavanta aromaterapisine olan ilgi ise yeniden canlanmıştır.³

Lavanta Yağı İçindeki Biyoaktif Bileşenler

“*Lavandula*” cinsi, yaprak şekli, korolla yapısı, kaliks ve brakte yapısına bağlı olarak 37 türe ayrılır. Koku ve ilaç sektöründe, üç türden (*L. angustifolia*, *L. hybrid* ve *L. latifolia*) elde edilen lavender yağı kullanılmaktadır. Çoğunlukla çiçeklerin ve yaprakların yüzeyine gömülü bezler tarafından üretilen yağ, gerçekten de yaygın bahçe bitkisi lavantadan geliştirilen ürünler onlarca yıldır iyileştirici bir ajan olarak kullanılmaktadır ve bu bitkilerden izole edilen uçucu yağlar antibiyotik olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.⁵ Lavanta yağı sadece uçucu yağlar içermez, aynı zamanda biyokimyasal reaksiyonları teşvik eden ve sağlığı geliştiren hem besleyici hem de terapötik potansiyele sahip fitosteroller, mineraller, valerik asit, antosiyaninler, şekerler, glikolik asit, kumarik asit, ursolik asit, kumarin, herniarin ve tanenler içerir.

Lavanta yağı 100'den fazla bileşik içermekte olup, bunlardan en önemli 2 bileşeni linalil asetat (LA) ve linalool (LO)'dur. Diğer biyoaktif bileşikler arasında α -pinen, α -thujene, sabinene, camphene, myrcene, p-cymene, β -pinene, limonene, 1,8-cineole, (Z)- ve (E)- β -ocimene, camphor, 7-terpinene, terpinene-4-ol, lavandulol, β -caryophyllene, lavandulyl acetate vb. bulunmaktadır.⁵ Ancak yağ içerikleri türler, mevsimler ve bölgeler arasında değişiklik göstermektedir. Bu anlamda Yenikalayıcı ve ark (2023) yaptıkları lavandin (*Lavandula x intermedia*) çiçeklerinin gölgede ve güneşte kurutulmasının uçucu yağ bileşimlerine etkisini araştırdıkları bir çalışmada, gölgede kurutmanın, uçucu yağ içeriklerini daha zengin hale getirip ve LA oranını artırdığını göstermişlerdir. Ayrıca güneşte kurutmanın LO oranını yükseltirken, uçucu yağ bileşen çeşitliliğini azaltır sonucuna ulaşmışlardır. Gölgede kurutulan çiçeklerde bazı bileşikler (örn. ho-trienol, camphor, borneol) bulunurken, güneşte kurutulanlarda farklı bileşikler (örn. methane, bornanone) ortaya çıktığını, güneşte kurutma yöntemiyle camphor içermeyen bir yağ elde edilirken, gölgede kurutma daha zengin bir bileşim sağladığını da rapor etmişlerdir.⁶

Terapötik Etkiler Üzerine Genel Bakış

Günümüzde, Fransız kimyager Gattefossé'nin 1900'lerin başında lavantanın yatıştırıcı etkilerini tesadüfen keşfetmesinden bu yana, lavanta aromaterapi, kusmayı önleyiciden yatıştırıcı ve ağrı tedavisine ve son zamanlarda keşfedilen bilişsel etkilere kadar uzanan alternatif veya tamamlayıcı kullanımlar arasında yaygınlaşmıştır. Gattefossé, aromaterapi çalışmaya başladıktan sonra, hekim Jean Valnet'i 1948'de Indochina'daki savaş gazilerinin yaralarını yatıştırmak için LEO uygulaması ve bitki bazlı tıbbın temellerini atmaya teşvik etmesi modern tıpta LEO'nun önemini artırmıştır. Daha sonra, LEO'nun psikiyatrik hastalarda ajitasyonu tedavi etmek için kullanımını genişletmiştir. Son zamanlarda, etno-farmakolojik çalışmalar LEO'nun dünya çapında stres, anksiyete ve depresyonu tedavi etmek için tıbbi kullanım etkisini göstermiştir.⁷

Lavanta ve lavanta yağı bilimsel olarak kanıtlanmış bir dizi biyolojik özelliğe sahiptir. Avrupa Farmakopesi'nde geleneksel bir tıbbi bitki olarak listelenmese de, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanınmaktadır.⁸ Lavantanın antifungal, antibakteriyel, antidepresan, antiinflamatuvar, gaz giderici, analjezik ve yatıştırıcı özellikleri için geleneksel kullanımları umut vaat etmektedir ve lavanta yağına olan ilginin yeniden canlanmasına yol açmıştır. Çalışmalar, LEO'sunun merkezi sinir sistemi üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, monoterpenlerin, linalil asetat ve linalolün, bulunduğu veya deriden emildiğinde, özellikle limbik sistemi etkileyerek nörolojik bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. LEO ve bileşenlerinin tam hücrel etki mekanizması belirlenmemiş olsa da, çalışmalar aktivitenin serotonerjik nörotransmisyon ve iyonotrofik γ -aminobütirik asit tip A reseptörleri üzerindeki etkilerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. LEO'nun ayrıca, hastanede edinilmiş enfeksiyonlar olan metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* ve vankomisine dirençli *Enterococcus faecalis* gibi dirençli bakteri türlerine ve *Candida* gibi tedavisi zor mantar enfeksiyonlarına karşı aktif olduğu tespit edilen geleneksel antibiyotiklerin ve antifungallerin yerini alma potansiyeline sahip olduğu da rapor edilmiştir.⁹ Chen ve ark (2024) LEO'nun olası "Etkin Bileşenler-Potansiyel Hedefler-Yollar"ını keşfetmek üzere yaptıkları ağ farmakolojisi çalışmasında 15 LEO terpenini araştırma konusu olarak tarayarak, uyku düzenlemesi için 128 potansiyel hedefi belirlemişlerdir. GO ve KEGG zenginleştirme analizlerinin sonuçları ayrıca LEO'nun tipik serotonerjik sinaptik sinyal yolunu ve cAMP sinyal yolunu aracılık ederek uykusuzluk karşıtı aktivite gösterebileceğini göstermiştir. Ana etkin bileşen olarak beta-mirsene seçen araştırmacılar, Beta-mirsene serotonerjik sinaptik sinyal yolu üzerinden yatıştırıcı ve hipnotik etkileri hayvan deneyleri yoluyla doğrulamışlardır.¹⁰

Avrupa İlaç Ajansı'nın (EMA) Bitkisel Tıbbi Ürünler Komitesi (HMPC), zihinsel stresin tedavisi için oral lavanta esansiyel yağının kullanımını kabul etmiştir ve bu ürün dünya çapında 14 ülkede lisanslanmıştır. Lavanta

yağının sinaptozomlardaki, birincil hipokampal nöronlardaki ve stabil olarak aşırı ifade eden hücre hatlarındaki voltaj bağımlı kalsiyum kanallarını (VOCC'ler) pregabalinle benzer bir aralıkta inhibe ettiği gösterilmiştir. Bu inhibisyon esas olarak N tipi ve P/Q tipi VOCC'ler aracılığıyla gerçekleşir. Lavanta, kaygıyı tedavi etmek için en etkili ve sağlıklı seçeneklerden biri olarak rapor edilmektedir. Lavanta esansiyel yağının mutluluk hormonlarını on kata kadar artırdığı da ifade edilmektedir.^{11,12}

Klinik araştırmalar, LEO'nun makrofaj apoptozunu inhibe ederek, proinflamatuvar faktörlerin oluşumunu azaltarak ve inflamatuvar yanıtı güçlendirerek yara iyileşmesini hızlandırabileceğini göstermiştir. Ayrıca cildin hidrolipidik özelliklerini, morfolojik özelliklerini ve bariyer fonksiyonunu da güçlendirebilir. LEO ve ana bileşenleri olan LO ve LA cilt semptomlarını azaltacağı ve bu nedenle imiquimod kaynaklı sedef hastalığında cilt iltihabının tedavisinde faydalı olabileceği ifade edilmiştir.¹³ Araştırmacılar LEO'nun Yardımcı T 17 hücreleri (Th17) ile ilişkili sitokin ve protein ekspresyon analizleri ve histopatolojik gözlemlerle ölçülen atopik dermatitin şiddetini önemli ölçüde azalttığı sonucuna varmışlardır. Bu sonuçlar, LEO'nun terapötik bir etki göstermek için Th17 farklılaşma yolunda STAT3/ROR γ t yolunu inhibe ederek DNCB (2,4-Dinitrochlorobenzene) ile uyarılan inflamatuvar yanıtı inhibe ettiğini göstermektedir.¹³

Yapılan çalışmalarda LEO'nun meropenem tedavisiyle birleştirildiğinde, *Klebsiella pneumoniae* karbapenemaz üreten *K. pneumoniae* (KPC-KP) hücrelerinde lipid peroksidasyonu ve ROS seviyelerini yükselterek oksidatif stresi tetiklediği, böylece KPC-KP'nin büyümesini baskıladığı ve sonuç olarak insan sağlığına yönelik tehdidi azalttığı rapor edilmiştir.¹⁴ Başka bir çalışma, LEO'nun oksidatif stresi, inflamasyonu ve hücre apoptozunu baskılayarak sıçanlarda böbrek iskemi/reperfüzyon hasarını hafiflettiği rapor edilmiştir.¹⁴ Akut akciğer hasarına yönelik NF- κ B yolunda Xie vd (2022) yaptıkları çalışmada LEO ön uygulamasının sepsis kaynaklı sıçanlarda myeloperoksidase (MPO) aktivitesini ve malondialdehitin (Lipid peroxidation=MDA) içeriğini azaltarak ve Süperoksit dismutaz (SOD) ve GSH içeriklerini yükselterek oksidatif stresi önemli ölçüde sınırladığını rapor etmişlerdir. Dahası, hücre apoptozu, apoptozla ilişkili parçalanmış kaspaz 3, Bcl-2 ve Bax'daki varyasyonlarla doğrulandığı gibi LEO ön uygulaması ile baskılandığı ifade edilmiştir. LEO ön tedavisinin sepsis kaynaklı akut akciğer hasarı üzerinde antioksidan enzim üretimini artırarak, lipid peroksidasyonunu azaltarak ve apoptozla ilişkili faktörlerin ifadesini düzenleyerek antioksidan ve antiapoptotik etkiler oluşturduğunu söylemişlerdir.¹⁴

Uçucu bitkisel yağlar antioksidan ve anti-amiloid ve kolinesteraz inhibitör özellikleri nedeniyle önemli ilgi görmüştür. 2007'de Lin ve arkadaşları *L. angustifolia* 'dan elde edilen uçucu yağların demans ve Alzheimer hastalarında ajitasyon üzerindeki etkisini gösterdiler. Hancianu ve arkadaşları 2013 yılında *L. angustifolia*, *L. Angustifolia* Mill. ve melez lavantanın etkisini değerlendirmiş ve bunların önemli antioksidan ve antiapoptotik potansiyellerini ve skopolamin kaynaklı demans sıçan modellerinde bağışıklık sistemi antioksidan enzimlerinin seviyesini artırma yeteneklerini göstermiştir. Ayrıca, *L. angustifolia* Mill.'in uçucu yağlarının dikkat üzerinde uzun vadeli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.¹¹

Lavanta Esansiyel Yağı ve Kanser

Lavanta esansiyel yağının kanserle ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar, LEO'nun kanser türlerinde potansiyel faydalı etkiler gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Bu etkiler kanser türüne göre değişmektedir. LEO, özellikle LA ve LO gibi ana bileşenleriyle, çeşitli hücre hatlarında sitotoksik etkiler göstermiştir. Örneğin, düşük konsantrasyonlarda (%0.125) hücre canlılığı üzerinde minimal etki gösterirken, konsantrasyon arttıkça (örneğin %0.25) hücre büyümesinde belirgin bir azalma kaydedilmiştir. Bu, yağın hücre büyümesini inhibe edici bir etkisi olabileceğini göstermektedir.¹⁵ Shaheen ve ark. (2023) lavanta yağının (*Lavandula angustifolia*) ve Newcastle hastalığı virüsünün (NDV) insan glioblastoma hücreleri üzerindeki etkilerini inceledikleri bir *in vitro* çalışmada lavanta yağı ve NDV'nin ayrı ayrı veya birlikte kullanıldığında glioblastoma hücrelerinde belirgin bir antikanser etkisi gösterdiğini rapor etmişlerdir. Lavanta yağı ve NDV kombine

etkisinin, glioblastoma hücrelerinde daha güçlü bir antikanser aktiviteye yol açtığı sonucuna ulaşmışlardır.¹⁶ Gezici (2018) tarafından yapılan bir kanser çalışmasında, geleneksel sistem ve plastik malç altında yetiştirilen LEO'larının en düşük konsantrasyonda ve minimum maruz kalma süresinde bile önemli antikanser ve antiproliferatif etkilere sahip olduğu rapor edilmiştir. Söz konusu çalışmada lavanta yetiştirme koşulları ve hasat yılına bağlı olarak kanser hücre hatlarında hücre büyümesinin ve canlılığının EO'lar tarafından inhibe edildiği gözlemlendiği ve plastik malç veya geleneksel sistem altında yetiştirilen lavantanın ilk yıl hasadının, A549, H1299 ve C6 kanser hücrelerinin hücre canlılığı üzerinde, ikinci yıl lavanta hasadına göre çok daha fazla inhibitör etkiye neden olduğu rapor edilmiştir. EO'ların hücre proliferasyonu ve büyümeyi inhibe edici etkileri, linalool, linalil asetat, sineol, α -osimene, lavandulol, terpinen-4-ol ve kafur gibi terpen ve terpenoidlerin zengin bileşenlerinin bulunmasından kaynaklanıyor olabileceği tartışılmıştır.¹⁷ Hücre hatları üzerine yapılan bir başka sitotoksik antikanser çalışmasında, *L. stoechas*'tan elde edilen yağların insan kolon kanseri, hormon bağımlı insan prostat kanseri ve fare lösemi hücreleri üzerine olumlu etkileri olduğu rapor edilmiştir.¹⁸

LEO'nun meme karsinomu üzerindeki etkisi *in vitro* olarak gözlemlendiği bir çalışmada MDA-MB-231 ve MCF-7 meme kanseri hücre hatlarında hücre çoğalmasını inhibe etmedeki etkinliğinin gösterildiği ancak hücre döngüsü durmasını sağlamadığı ifade edilmiştir.¹⁹ Ancak meme dokusu ile ilgili tam tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Ramsey vd (2019) çalışmasında lavanta yağı (LO) ve çay ağacı yağı (TTO) gibi uçucu yağların, erkek çocuklarda ergenlik öncesi jinekomasti ve kızlarda prematüre telarşa neden olabileceğini rapor etmişlerdir. Vaka olgularında üç kız çocukta prematüre telarş ve bir erkek çocukta prepubertal jinekomasti vakasında, lavanta yağı içeren ürünlerin sürekli kullanımı saptanmıştır. Bu ürünlerin kesilmesiyle belirtilerin gerilediği rapor edilmiştir. Bu, uçucu yağların potansiyel endokrin bozucu kimyasallar olabileceğini düşündürmektedir.²⁰

Moleküler Mekanizmalar: Lavanta Yağı ve Gen Ekspresyonu

Lavanta yağı ve gen ekspresyonu konusunda, özellikle anti-enflamatuar, anti-oksidan, nöroprotektif ve anksiyolitik, antikanser, hiperglisemi, antispazmodik etkilerinin moleküler düzeyde nasıl işlediğine dair çeşitli araştırmalar mevcuttur.^{18,21} Lavanta EO uygulamalarının, murin astım modelinde makrofajlar, eozinofiller ve lenfositler gibi enflamatuar hücrelerin bronkoalveolar lavaj sıvısına, peribronşiyal dokulara ve akciğerlerdeki perivasküler dokulara infiltrasyonunu azalttığı rapor edilmiştir. Lavanta EO'nun ana bileşenleri linalil asetat (LA) ve linalool (LO) gibi monoterpenlerdir. LA ve LO, sıçanlarda karragenan kaynaklı ödemde anti-enflamatuar etkiler göstermiştir. LA ve LO ayrıca sırasıyla insan servikal adenokarsinom hücre hattı HELA ve murin makrofaj hücre hattı RAW264.7 hücrelerinde nükleer faktör-kappa B (NF- κ B) aktivasyonunu inhibe ettiği bu yolak üzerinden de murin astım modelinde, astım semptomlarının baskılandığı belirtilmiştir.²¹ Lavantadan EO'lar pro-inflamatuar sitokinlerin, IL-1 ve TNF- α üretimini engelleme yeteneklerinde önemli bir fark göstererek, anti inflammatuar yanıtta da önemli bir oynamaktadır.²² Lavantanın nöroprotektif özellikleri de literatürde tanımlanmıştır. Demans, glioblastoma, nöroblastoma, nörotoksisite, epilepsi, Parkinson hastalığı ve migrenin lavanta uygulamalarına yanıt verdiği bulunmuştur.²³ T tipi kalsiyum kanalları uykuyu, nöroproteksiyonu ve duyuşal süreçleri etkiler. Ağrı ve epilepsi de TTCC'den etkilenir. Yapılan bir çalışmada lavantanın TTCC (Ca v3.2) akımını inhibe edebileceği, bu durumun ise epilepsinin kontrol edilmesinde önemli bir rol oynayabileceği ifade edilmiştir.²³

miRNA'nın Biyolojik Rolü ve Terapötik Potansiyeli

Yaklaşık 20.000-25.000 protein kodlayan gen, insan genomunun %2'sinden daha azını oluşturmaktadır. Genomun kalan %98'i kodlamayan DNA olarak adlandırılmıştır. RNA, gen düzenlemesi ve ifadesi de dâhil olmak üzere çeşitli hücresel işlevlerde yer alan oldukça çok yönlü bir moleküldür. mRNA, rRNA ve tRNA gibi işlevsel RNA'lar ilk olarak protein sentezindeki rolleri aracılığıyla keşfedilmiştir. Proteinleri kodlayan

mRNA'lar kodlayan RNA'lar olarak sınıflandırılırken, rRNA ve tRNA gibi kodlamayan RNA'lar (ncRNA'lar) proteinleri kodlamanın ötesinde temel biyolojik rolleriyle 60 yıldan uzun süredir bilinmektedir.²⁴ MikroRNA'lar (miRNA'lar), epigenetik makinenin bir parçası olarak gen ifadesinin önemli düzenleyicileri olarak görev yapan kısa, kodlamayan RNA'lardır. miRNA'lar tarafından posttranskripsiyonel gen susturulmasına ek olarak, epigenetik mekanizmalar ayrıca DNA metilasyonu, histon modifikasyonları ve bunların çapraz konuşmalarını (cross-talk) da içerir. Epigenetik modifikasyonların birçok hastalığın başlangıcında ve ilerlemesinde önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir ve geç başlangıç ve semptomların dalgalanması gibi karmaşık hastalıkların çeşitli özelliklerini açıklamak için kullanılabilir. Ancak, miRNA'lar yalnızca epigenetik makinenin bir parçası olarak işlev görmez, aynı zamanda diğer protein kodlayan genler gibi DNA metilasyonu ve histon modifikasyonu tarafından epigenetik olarak modifiye edilir. Epigenom ve miRNom arasında güçlü bir bağlantı vardır ve bu karmaşık sistemin herhangi bir bozukluğu çeşitli fizyolojik ve patolojik koşullara neden olabilir.²⁵ miRNA'lar hem transkripsiyonel hem de transkripsiyon sonrası düzeylerde çok sayıda genin ifadesini düzenlemede önemli işlevler görür ve dokuya özgü ve gelişimsel ifade kalıpları sergileyerek hücreler ve organizmalar içindeki çeşitli biyolojik süreçlerdeki önemlerini ortaya koyar.²⁶

Kardiyak fibroz, kardiyovasküler hastalık, preeklampsi, Hirschsprung hastalığı, romatoid artrit, sistemik skleroz, sistemik lupus eritematozus, temporal lob epilepsisi, otizm, pulmoner fibroz, melanom, akut miyeloid lösemi, kronik lenfositik lösemi, kolorektal, gastrik, servikal, over, prostat, akciğer, meme ve mesane kanseri gibi birçok hastalıkta epigenetik olarak düzenlendiği gösterilen miRNA genleri olduğu rapor edilmiştir.²⁵ Bu sebeple, epigenetik ve gen ifadesi arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve yeni terapötik seçenekler ve biyobelirteçler geliştirmek için miRNA'ların işlevine ve etkisine odaklanmak önemlidir.

Lavanta Yağı ve miRNA Etkileşimi

Çoğu EO, noradrenerjik, 5-HTerjik, γ -aminobütirik asit (GABA)-erjik ve DAerjik sistemler gibi bir dizi nörotransmitter yoluyla etkileşime girebilmesine rağmen, EO'ların etkisi esas olarak aktif bileşiklerinin etkinliğine bağlıdır. Linalool, limonen, benzil benzoat ve benzil alkol gibi EO'ların bazı ana bileşiklerinin anksiyolitik ve antidepresan etkiler gösterdiği bildirilmiştir.²⁷ Lavanta yağı, özellikle linalool ve linalil asetat gibi aktif bileşenleri sayesinde çeşitli biyolojik süreçlerde etkili olabilmektedir. Bu süreçlerden biri, genetik ve epigenetik mekanizmalar yoluyla ikincil metabolitlerin biyosentezine olan etkisidir. Lavanta yağında bulunan uçucu bileşiklerin, hücre içi sinyal yollarını düzenleyerek belirli miRNA'ların ekspresyonunu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Özellikle, lavanta yağının sinir sistemi üzerindeki etkileri ve stres yanıt mekanizmalarıyla ilişkili miRNA'ları düzenleme potansiyeli dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra, bazı çalışmalar lavanta yağı bileşenlerinin serotonin ve GABA yolları gibi nörotransmitter sistemleri üzerinde etkili olduğunu ve bunun da miRNA aracılığıyla gen ekspresyon değişikliklerini tetikleyebileceğini öne sürmektedir.²⁷ Şu anda insan hücrelerinde her biri benzersiz bir zamansal ve dokuya bağlı ifade örüntüsüne sahip 2588'den fazla olgun insan miRNA'sının bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu miRNA'ların insan gen ifadesinin %60'ından fazlasını kontrol ettiği tahmin edilmektedir ve bu da çeşitli fizyolojik süreçlerdeki önemli düzenleyici rollerini göstermektedir.²⁶ Ancak bildiğimiz üzere literatürde miRNA ve LEO üzerine yapılmış doğrudan bir çalışma bulunmamaktadır.

Sonuç ve Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Lavanta yağı ile ilgili genetik ve epigenetik etkiler üzerine yapılan çalışmaların henüz yolun çok başında olduğu literatürdeki boşluktan belli olmaktadır. Özellikle lavanta yağının hangi spesifik miRNA'lar üzerinde etkili olduğu netleştirilmeli, laboratuvar ortamındaki bulguların insanlarda doğrulanması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerini GABA (gamma-aminobütirik asit) sistemini modüle ederek, anti-enflamatuar etkileri, ise COX enzimlerini baskılayarak inflamatuvar süreçleri

azaltarak gösterdiği çok sayıda çalışmada rapor edilmiştir. Ancak yine de lavanta yağının genetik yollarla nasıl etkileşimde bulunduğu ayrıntılı moleküler çalışmalarla gösterilmelidir. Lavanta yağının terapötik potansiyeli, genetik ve epigenetik düzeydeki etkilerinin daha iyi anlaşılmasıyla önemli ölçüde artabilir. Gelecekteki araştırmalar, lavanta yağının miRNA ve gen ekspresyonu üzerindeki modülatör etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde keşfederek, bu bileşenin çeşitli hastalıkların tedavisinde daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayabilir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Makalenin hazırlanmasında herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Salahudin H, et al. Lavender. In: Zia-Ul-Haq M, Abdulkreem AL-Huqail A, Riaz M, Farooq Gohar U, eds. Essentials of Medicinal and Aromatic Crops. Springer International Publishing; 2023;965-982. doi:10.1007/978-3-031-35403-8_37
2. Hedayati S, et al. Recent developments in the encapsulation of lavender essential oil. Advances in Colloid and Interface Science Published online 2024;103229. doi:https://doi.org/10.1016/j.cis.2024.103229
3. Parkash V, Singh H. Lavandula angustifolia L.(lavender): An important aromatic medicinal shrub and its in vitro micro-propagation for conservation. Journal of Agricultural Technology 2013;9(3):91-702.
4. Khan SU, et al. Lavender Plant: Farming and Health Benefits. CMM 2024;24(6):702-711. doi:10.2174/1566524023666230518114027
5. Nayik GA, Ansari MJ. Essential Oils: Extraction, Characterization and Applications. Academic Press; 2023. Accessed November 14, 2024. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91740-7.00009-8
6. Yenikalaycı A, Bozari S, Kurt F. Lavanta (Lavandula X intermedia Emeric Ex Loisel) Bitkisinin Gölgede ve Güneşte Kurutulmasının Uçucu Yağ Kalitesi Üzerine Etkisi. DOFEBD 2023;6(1):1-9. doi:10.57244/dfbd.1215782
7. Malloggi E, et al. Lavender aromatherapy: A systematic review from essential oil quality and administration methods to cognitive enhancing effects. Applied Psych Health & Well 2022;14(2):663-690. doi:10.1111/aphw.12310
8. Pokajewicz K, et al. Lavandula x intermedia—a bastard lavender or a plant of many values? Part ii. Biological activities and applications of lavandin. Molecules 2023;28(7):2986. doi:https://doi.org/10.3390/molecules28072986
9. Erland LAE, Mahmoud SS. Chapter 57 - Lavender (Lavandula angustifolia) Oils. In: Preedy VR, ed. Essential Oils in Food Preservation, Flavor and Safety. Academic Press; 2016;501-508. doi:10.1016/B978-0-12-416641-7.00057-2
10. Chen L, et al. Beta-Myrcene as a Sedative-Hypnotic Component from Lavender Essential Oil in DL-4-Chlorophenylalanine-Induced-Insomnia Mice. Pharmaceuticals 2024;17(9):1161. doi:https://doi.org/10.3390/ph17091161
11. Bavarsad NH, et al. Aromatherapy for the brain: Lavender's healing effect on epilepsy, depression, anxiety, migraine, and Alzheimer's disease: A review article. Heliyon. Published online 2023. doi:https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18492
12. Donelli D, et al. Effects of lavender on anxiety: A systematic review and meta-analysis. Phytomedicine 2019;65:153099. doi:https://doi.org/10.1016/j.phymed.2019.153099
13. Duan J, et al. Therapeutic effects and mechanism of action of lavender essential oil on atopic dermatitis by modulating the STAT3/RORyt pathway. Arabian Journal of Chemistry 2024;17(2):105525. doi:https://doi.org/10.1016/j.arabjc.2023.105525
14. Xie Q, Wang Y, Zou GL. Protective effects of lavender oil on sepsis-induced acute lung injury via regulation of the NF-κB pathway. Pharmaceutical Biology 2022;60(1):968-978. doi:10.1080/13880209.2022.2067570
15. Prashar A, Locke IC, Evans CS. Cytotoxicity of lavender oil and its major components to human skin cells. Cell Proliferation 2004;37(3):221-229. doi:10.1111/j.1365-2184.2004.00307.x
16. Shaheen ZK, Al-Ali AA, Al-Asadi SA. Anti-cancer activity of lavender oil and Newcastle disease virus on human glioblastoma: an in vitro study. J Basrah Res(Sci) 2023;49(1):1-12. doi:https://doi.org/10.56714/bjrs.49.1.1
17. Gezici S. Promising anticancer activity of lavender (Lavandula angustifolia Mill.) essential oil through induction of both apoptosis and necrosis. Annals of Phytomedicine 2018;7(2):38-45. doi:10.21276/ap.2018.7.2.5
18. Ez Zoubi Y, Bousta D, Farah A. A Phytopharmacological review of a Mediterranean plant: Lavandula stoechas L. Clin Phytosci 2020;6(1):9. doi:10.1186/s40816-019-0142-y
19. Maitisha G, et al. Network pharmacology-based approach to investigate the molecular targets of essential oil obtained from lavender for treating breast cancer. Heliyon 2023;9(11). doi:https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21759
20. Ramsey JT, et al. Lavender products associated with premature thelarche and prepubertal gynecomastia: case reports and endocrine-disrupting chemical activities. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2019;104(11):5393-5405. doi:10.1210/jc.2018-01880

21. Aoe M, et al. Lavender essential oil and its main constituents inhibit the expression of TNF- α -induced cell adhesion molecules in endothelial cells. *Acta Medica Okayama* 2017;71(6):493-503. <https://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/en/55586>
22. Zhao Q, et al. Molecular mechanism of the anti-inflammatory effects of plant essential oils: A systematic review. *Journal of ethnopharmacology* 2023;301:115829. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jep.2022.115829>
23. Faridzadeh A, et al. Neuroprotective potential of aromatic herbs: rosemary, sage, and lavender. *Frontiers in Neuroscience* 2022;16:909833. doi:10.3389/fnins.2022.909833
24. Goel H, Goel A. MicroRNA and Rare Human Diseases. *Genes* 2024;15(10):1243. doi:<https://doi.org/10.3390/genes15101243>
25. Piletič K, Kunej T. MicroRNA epigenetic signatures in human disease. *Archives of toxicology* 2016;90(10):2405-2419. doi:<https://doi.org/10.1007/s00204-016-1815-7>
26. Seyhan AA. Trials and tribulations of MicroRNA therapeutics. *International Journal of Molecular Sciences* 2024;25(3):1469. doi:<https://doi.org/10.3390/ijms25031469>
27. Fung TK, et al. Therapeutic effect and mechanisms of essential oils in mood disorders: Interaction between the nervous and respiratory systems. *International Journal of Molecular Sciences* 2021;22(9):4844. doi:<https://doi.org/10.3390/ijms22094844>

Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Esneklik ve OKB: Üçlü Bir Perspektif*

Childhood Trauma, Psychological Flexibility and OCD: A Triple Perspective

Gökhan Canⁱ, Nilgün Onnarⁱⁱ

ⁱM.Sc., Arel Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, <https://orcid.org/0009-0004-8376-5312>

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Arel Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-3861-801X>

Öz

Çocukluk çağı travması (ÇÇT), psikolojik esneklik ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) üçlü modeli, bunların ruh sağlığı üzerindeki birbiriyle bağlantılı etkilerini vurgulamaktadır. Ancak doğrudan bu model ile ilgili olarak Türkiye’de herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle modelin Türkiye’de kullanımı hakkında bir bilgiye ulaşılamamaktadır. Çocukluk çağı travması, duygusal düzenleme ve nörobiyolojik sistemleri bozarak OKB’ye karşı savunmasızlığı artırırken, psikolojik bu etkileri hafifletir ve semptom şiddetini azaltır. Bununla birlikte, kronik travma psikolojik esnekliği aşındırarak sıkıntıyı sürekli hale getiren geri bildirim döngüleri yaratabilir. Uyarlanabilir başa çıkma ve duygusal düzenlemeyi teşvik eden psikolojik esneklik, farkındalık temelli terapiler, güç temelli yaklaşımlar ve sosyal destek yoluyla geliştirilebilir. Travmayı ele alan, dayanıklılık inşa eden ve OKB semptomlarını hedef alan entegre, kişiselleştirilmiş tedaviler iyileşme için çok önemlidir. Risk altındaki popülasyonlara yönelik önleyici müdahaleler, travmanın uzun vadeli etkilerini daha da azaltılabilir. ÇÇT, dayanıklılık ve OKB’yi birbiriyle bağlantılı faktörler olarak kavramsallaştıran üçlü model, bu durumları anlamak ve tedavi etmek için bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Bu çerçevede, sıkıntının temel nedenlerini ele alan, dayanıklılığı teşvik eden ve uzun vadeli iyileşme sonuçlarını iyileştiren çok boyutlu tedavi planlarına olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Türkiye’de çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve OKB’nin araştırılması, ülkenin ruh sağlığı manzarasının anlaşılması için elzemdir. Çocukluk çağı travmasının yüksek yaygınlığı ve OKB de dahil olmak üzere çeşitli psikolojik bozukluklarla ilişkisi göz önüne alındığında, etkili müdahaleler ve destek sistemleri hakkında bilgi veren araştırmalara acil ihtiyaç duyulmaktadır. Ruh sağlığı uzmanları, dayanıklılık artırıcı stratejilere odaklanarak çocukluk çağı travmasının olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olabilir ve OKB geliştirme riski taşıyan bireyler için daha iyi psikolojik sonuçları teşvik edebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, OKB, Psikolojik esneklik.

ABSTRACT

The triadic model of childhood trauma, resilience, and obsessive compulsive disorder (OCD) highlights their interconnected impact on mental health. However, there is no study directly related to this model in Turkey. Therefore, there is no information on the use of the model in Turkey. Childhood trauma increases vulnerability to OCD by disrupting emotional regulation and neurobiological systems, while resilience mitigates these effects and reduces symptom severity. However, chronic trauma can erode resilience, creating feedback loops that perpetuate distress. Resilience, which fosters adaptive coping and emotional regulation, can be cultivated through mindfulness-based therapies, strength-based approaches, and social support. Integrated, personalized treatments that address trauma, build resilience, and target OCD symptoms are crucial for recovery. Preventive interventions for at-risk populations can further reduce the long-term effects of trauma. By conceptualizing childhood trauma, resilience, and OCD as interconnected factors, the triadic model provides a holistic approach to understanding and treating these conditions. This framework emphasizes the need for multidimensional treatment plans that address the root causes of distress, foster resilience, and improve long-term recovery outcomes.

The exploration of childhood trauma, psychological resilience, and OCD in Turkey is essential for understanding the mental health landscape of the country. Given the high prevalence of childhood trauma and its association with various psychological disorders, including OCD, there is a pressing need for research that informs effective interventions and support systems. By focusing on resilience-building strategies, mental health professionals can help mitigate the adverse effects of childhood trauma and promote better psychological outcomes for individuals at risk of developing OCD.

Keywords: Childhood traumas, OCD, Psychological flexibility

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(1):77-88

DOI: 10.31020/mutfd.1598041

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 10 Aralık 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 24 Ocak 2025

İletişim - Correspondence Author: Gökhan Can <gokhancan222@gmail.com>

1. Giriş

Çocukluk dönemi, psikolojik ve duygusal gelişim açısından kritik olup, bu dönemdeki deneyimler ruh sağlığı üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir. Çocukluk çağı travması, istismar, ihmal veya diğer olumsuzluklarla tanımlanır ve psikolojik büyümeyi bozarak ruh sağlığı sorunlarının riskini artırır. Araştırmalar, özellikle Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ile erken dönem travmatik deneyimler arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir.¹

Çocukluk çağı travması OKB geliştirme riskini önemli ölçüde artırsa da, travmadan kurtulanların hepsi bu bozukluğu yaşamamaktadır. Bu eşitsizlik, psikolojik esneklik kavramını, yani sıkıntılar karşısında olumlu bir şekilde iyileşme veya uyum sağlama yeteneğini ön plana çıkarmaktadır.² Esneklik, çocukluk travmalarının OKB gibi psikiyatrik bozukluklara yol açma riskini azaltan koruyucu bir faktördür. Dayanıklı bireyler, stresi yönetmede daha etkili olup travmanın uzun vadeli etkilerini hafifletebilir.

Çocukluk çağı travması, psikolojik esneklik ve OKB arasındaki ilişki karmaşıktır. Travma, beyin gelişimi ve duygusal düzenlemeyi etkileyerek OKB riskini artırırken, dayanıklılık bu etkileri azaltabilir. Bu ilişkinin anlaşılması, hem OKB'nin doğasını anlamaya hem de dayanıklılığın travmaya maruz kalan bireylerde koruyucu rolünü keşfetmeye katkı sağlar.³

Bu çalışma, çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve OKB arasındaki üçlü ilişkiyi araştırmayı ve bu kavramları birbirine bağlayan mevcut literatürü ve teorik çerçeveleri gözden geçirmeyi amaçlamaktadır. Çalışma, çocukluk çağı travmasını ve ruh sağlığı üzerindeki yerleşik etkisini tanımlayarak başlayacak ve özellikle OKB ile olan bağlantısına odaklanacaktır. Daha sonra, psikolojik esneklik kavramı derinlemesine tartışılacak, esnekliğe katkıda bulunan faktörler ve travmanın etkilerini nasıl hafiflettiği özetlenecektir. Son olarak, bu üç faktör arasındaki etkileşimler incelenecek ve esnekliğin travmaya maruz kalan bireylerde OKB semptomlarının şiddetini önleyen veya azaltan koruyucu bir faktör olarak nasıl hareket edebileceği tartışılacaktır.

Bu derleme, esnekliğin travma ve OKB üzerindeki etkilerini vurgulayarak, klinik uygulamalar için önemli çıkarımlar sunmayı amaçlamaktadır. Travma geçmişi olan bireyler için esneklik artırıcı stratejilerin tedavi planlarına entegre edilmesi, ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirirken OKB'ye karşı önleyici bir yaklaşım sağlar. Bu çalışma, OKB için daha etkili müdahaleler oluşturmak amacıyla travma ve esnekliği ele alan bütünsel bir tedavi görüşünü teşvik etmeyi hedeflemektedir.

Ruh sağlığında travmaya duyarlı bakım önem kazanırken, esnekliğin rolü genellikle göz ardı edilmektedir. Bu çalışma, çocukluk çağı travmasının psikolojik esneklik ve OKB ile etkileşimini inceleyerek bu alandaki boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, OKB semptomlarını ele almanın yanı sıra travmayı hedefleyen ve esnekliği güçlendiren yenilikçi müdahalelere rehberlik edebilir.

2. Çocukluk Çağı Travması: Tanım ve Etki

2.1. Çocukluk Çağı Travmasının Tanımlanması ve Prevalansı

Çocukluk çağı travması, bir çocuğun duygusal ve fiziksel refahını önemli ölçüde etkileyen bir dizi olumsuz deneyimi ifade eder.¹ Çocukluk çağı travması, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile ihmal gibi olumsuz deneyimleri kapsar. Yaygınlığı oldukça yüksek olan bu durum, bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkileyerek yetişkinlikte ruh sağlığı bozukluklarına karşı savunmasızlığı artırabilir.² Çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal olarak sınıflandırılabilir. Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının yaygınlığını ortaya koymaktadır. UNICEF'in 2010 yılında yayımladığı "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması"na göre, 7-18 yaş arasındaki çocukların %25'i ihmale, %51'i duygusal istismara, %43'ü fiziksel istismara ve %3'ü cinsel istismara maruz kalmıştır.

Ayrıca, aynı araştırmada çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu belirtilmiştir. Bu istatistikler, çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın yaygınlığını gözler önüne sermektedir.⁴ Türkiye'de yapılan bir araştırma, Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı konan bireyler arasında çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının yüksek olduğunu göstermiştir. Örneğin, 63 hastayı kapsayan bir çalışma, MDB'li kişilerin yüksek düzeyde çocukluk çağı travması rapor ettiklerini ve bunun da yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruh sağlığı sorunlarını daha da kötüleştirebilecek bir faktör olan duygusal düzenlemede zorluklara katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur.⁵ Benzer şekilde, 100 MDB hastası ile yapılan bir başka çalışma da bu bulguları destekleyerek çocukluk çağı travmalarının yetişkin ruh sağlığı üzerindeki yaygın etkisini vurgulamıştır.⁵ Bu durum, çocukluk çağı travmalarının kalıcı etkileri olduğu ve özellikle halihazırda önemli stres faktörleriyle karşı karşıya olan üniversite öğrencileri arasında kişisel ve profesyonel yaşamları zorlaştırdığı yönündeki daha geniş bulgularla uyumludur.⁶

Dünya geneline bakıldığında ÇÇT, küresel nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen yaygın bir sorun olarak görülmektedir ve epidemiyolojik çalışmalar, bireylerin önemli bir kısmının gelişim yıllarında çeşitli travma biçimleri yaşadığını göstermektedir. Araştırmalar, dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın yanı sıra ihmali de içerebilen bir tür ÇÇT ile karşılaştığını göstermektedir.⁷ Epidemiyolojik çalışmalar, çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının demografik özellikler ve coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiğini göstermektedir. Örneğin, ABD'de yapılan bir çalışma, gençlerin üçte ikisinin 18 yaşından önce en az bir travmatik olay yaşadığını bulmuştur.⁸

Fiziksel istismar, çocuğa kasıtlı güç kullanımıyla zarar verme ve yaralanmalara yol açma durumudur. Vurma, sarsma veya yakma gibi biçimlerde görülebilir ve fiziksel izlerin yanı sıra duygusal ve psikolojik zarar da bırakır.³ Global ölçekte bakıldığında UNICEF'in raporuna göre 2-4 yaş grubundaki yaklaşık 250 milyon çocuğun evlerinde fiziksel istismara uğradığı görülmektedir. Bu da, o yaş grubundaki dünyadaki her üç çocuktan ikisinin fiziksel istismarla karşılaştığı anlamına gelmektedir.⁹

Duygusal istismar, çocuğun öz değerini ve duygusal sağlığını zayıflatan davranışları içerir. Sözlü hakaret, tehdit, reddedilme ve izolasyon gibi şekillerde görülen bu istismar, çocuğun öz saygısını aşındırır ve duygusal düzenleme becerisini zayıflatır.¹⁰

Cinsel istismar, çocuğa yönelik her türlü cinsel faaliyet veya sömürü anlamına gelir. Bu durum, güven, özerklik ve emniyet duygusunu ihlal ederek derin psikolojik etkiler bırakır ve fiziksel yaralanmalar, cinsel enfeksiyonlar, duygusal travmalara yol açabilir.¹¹ TÜİK verilerine göre cinsel istismara uğrayan çocuk mağdur sayısı 2014'te 74.064 iken 2016'da 83.552'ye yükselmiştir. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğüne göre; Çocuk cinsel istismar hükümlülerinin yüzdesi % 42,5 iken % 58,8'e yükselmiştir.¹²

İhmal, bakıcıların çocuğun fiziksel, duygusal veya psikolojik ihtiyaçlarını karşılamadığı durumdur. Bu, yetersiz yiyecek, barınak, tıbbi bakım sağlanmaması veya ilgi eksikliği gibi şekillerde olabilir. İhmal, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyerek yetersiz beslenme, kötü hijyen, gelişimsel gecikmeler ve bağlanma sorunlarına yol açabilir.¹³ Türkiye'de çocuk ihmali ile ilgili güncel istatistikler sınırlıdır. Araştırmalar, çocukların çoğunlukla fiziksel ve duygusal istismara uğradığını ve anne-babaların fiziksel şiddeti cezalandırmak için sıkça kullandığını göstermektedir. İhmal vakaları ise net olarak ayrıştırılamamaktadır.

Çocukluk çağı travmasının yaygınlığı, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve birçok çalışma bu travmanın ruh sağlığı üzerindeki zararlı etkilerini vurgulamaktadır. Araştırmalar, yetişkinlerin üçte birinin 18 yaşından önce travmaya maruz kaldığını göstermektedir.¹⁴ Bu yaygınlık, ruh sağlığı ve psikososyal işlevsellik üzerindeki uzun vadeli etkileri göz önüne alındığında özellikle endişe vericidir. Bu endişenin nedenleri ÇÇT'nin sadece uzun vadeli psikiyatrik sorunlara (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, OKB gibi) yol

açması değil aynı zamanda fiziksel sağlık sorunlarına (kalp hastalığı, diyabet, obezite) da yol açabilmesidir. Bireylerin sağlık sorunları birincil endişe kaynağı olmakla beraber aynı zamanda bu durumun toplumsal maliyeti de söz konusudur. ÇÇT yaşamış bireylerin topluma adaptasyonu ile birlikte suça olan eğilimlerinin arttığı bilinmektedir.¹⁵

Sağlık hizmeti sunucuları, çocukluk travmalarını erken fark etmek için rutin tarama araçları kullanmalı ve empatik bir yaklaşım benimsemelidir. Fiziksel, davranışsal ve duygusal belirtiler değerlendirilmeli, profesyonellerle iş birliği yaparak kapsamlı destek mekanizmaları oluşturulmalı, ebeveynlere travmanın etkileri hakkında bilgi verilmeli ve güvenli bağlanma ile pozitif yaşam deneyimleri teşvik edilmelidir.

Belirli çalışmalar, fiziksel ihmali çocukluk çağı travmasının en yaygın biçimi olarak tanımlamış, bunu duygusal ihmal, cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar izlemiştir.¹⁶ Çek Cumhuriyeti'nde yapılan bir araştırma, çocukluk çağı travmasının yaygın olduğunu ve katılımcıların büyük bir kısmının çeşitli kötü muamele biçimlerine maruz kaldığını belirtmiştir.¹⁷

2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Kaynaklar, çocukluk çağı travmasının uzun vadeli psikolojik etkileri derin ve çok yönlü olduğunu, bireyin ruh sağlığını ve genel refahını yaşamı boyunca önemli ölçüde etkilediğini söylemektedir. Bununla birlikte fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın yanı sıra ihmal gibi deneyimleri de içeren çocukluk çağı travmalarının, yetişkinlikte depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere bir dizi psikolojik rahatsızlığa yol açabildiği de bildirilmektedir.^{6,18,19}

Travmaya maruz kalmanın kümülatif yapısı özellikle endişe vericidir. Kanıtlar, çocukluk döneminde birden fazla travma yaşayan bireylerin, kişiler arası ilişkiler ve duygusal düzenleme de dahil olmak üzere çeşitli işlevsellik alanlarını etkileyen karmaşık psikolojik semptomlar açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir.^{19,20} Hatta bu karmaşıklık, geleneksel TSSB'den daha geniş bir semptom yelpazesini kapsayan ve kronik travmanın gelişim üzerindeki etkisini yansıtan kompleks TSSB gibi durumların tanınmasına yol açmıştır.¹⁹

Dahası, kaynaklar, çocukluk çağı travmalarının uzun vadeli etkileri ruh sağlığının ötesine geçerek mağdurların fiziksel sağlık durumlarını da etkilediğini söylemektedir.^{21,22} Hatta travma geçmişi olan bireylerin, psikolojik sıkıntılarını daha da kötüleştirebilecek ve kronik sağlık sorunlarına yol açabilecek madde bağımlılığı veya düzensiz beslenme gibi uyumsuz başa çıkma mekanizmalarına girme olasılığı daha yüksek olduğu kaynaklarca belirtilmektedir.^{22,23}

Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalar, çocukluk çağı travması ile ruh sağlığı sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bir çalışma, çocukluk travması öyküsü olan bireylerin daha yüksek düzeyde depresyon, kaygı ve stres bildirdiklerini vurgulamıştır.⁶ Bu durum, çocukluk çağı travmalarının uzun vadeli psikolojik etkilerini vurgulayan daha geniş çaplı araştırmalardan elde edilen bulgularla örtüşmekte ve bu tür deneyimlerin bireyleri yalnızca gelişim çağlarında etkilemediğini, yaşamları boyunca kalıcı yansımaları olduğunu göstermektedir.⁶

3. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Travma ile İlişkisi

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), toplumun yaklaşık %1 ila %2'sinde görülen yaygın ve kronik bir ruh sağlığı problemidir.²⁴ Bu rahatsızlık, müdahaleci ve tekrarlayıcı düşünceler (obsesyonlar) ile bu düşüncelere yanıt olarak gerçekleştirilen tekrar eden davranışlar veya zihinsel eylemler (kompulsiyonlar) ile tanımlanır.²⁴ Obsesyonlar, yoğun kaygı yaratan istenmeyen ve sürekli düşünceler, imgeler veya dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise bu kaygıyı azaltmak veya kötü bir durumu engellemek amacıyla yapılan, genellikle mantıklı bir ilişki kurulmayan davranışlar veya zihinsel aktivitelerden oluşur.²⁵

OKB prevalansına küresel olarak bakıldığında, bu oranın da değişkenlik gösterdiği söylenmektedir. Araştırmalar tarafından çocuklarda ve ergenlerde gözlenen önemli oranlar verilmektedir, nüfusun yaklaşık %1 ila %3,2'sini etkilediği tahmin edilmektedir.²⁶ Türkiye'de Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) prevalansı üzerine yapılan çeşitli araştırmalar, farklı oranlar bildirmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği'ne göre, OKB'nin yaşam boyu prevalansı her 100 kişiden 2-3'ünde görülmektedir.²⁷ Başka bir çalışmada ise, Türkiye'de OKB'nin yaşam boyu prevalansı %2 ile %3,7 arasında bildirilmiştir.²⁸ Türkiye'de yapılan Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB'nin bir yıllık yaygınlığı %0,5 olarak raporlanmıştır. Aynı çalışmada, OKB'nin bir yıllık prevalansı erkeklerde %0,2, kadınlarda ise %0,6 olarak saptanmıştır.²⁹

Obsesif-Kompulsif Bozukluk, sadece anksiyete ve duygudurum bozukluklarıyla değil, aynı zamanda dürtü kontrolü ve madde kullanım bozukluklarıyla da sıkça birlikte görülür.³⁰ Hastalığın belirtileri, kirlenme ve yıkanma, saldırganlık, cinsellik ya da dini içerikli takıntılar, sayma, tekrarlama ve kontrol etme gibi kompulsiyonlar ya da istifleme eğilimleri gibi farklı kategorilere ayrılabilir.³¹ Bu semptomlar bireyin zamanını ciddi şekilde alabilir, yaşamını olumsuz etkileyebilir ve kaçınma davranışlarına yol açabilir.

Türkiye'de yapılan araştırmalar, OKB'nin toplum genelinde yaklaşık %1-3 oranında görüldüğünü göstermektedir.³² Türkiye'de çocuk ve ergenlerde OKB yaygın olup, genç nüfusun önemli bir kısmını etkilediği tahmin edilmektedir. Koçak, OKB'nin genellikle yetişkinlerde görüldüğü düşünülse de, son çalışmaların çocuklukta başlayan OKB'nin önemli oranda devam ettiğini gösterdiğini vurgulamaktadır.³³ Bu yanlış algı, semptomlar gizlenebileceği veya yanlış yorumlanabileceği için OKB'den muzdarip çocuklar için yetersiz teşhis ve yetersiz tedaviye yol açabilir.

4. Psikolojik Esneklik: Kavram ve Önem

Psikolojik esneklik, bireyin değişen koşullara uyum sağlama ve değerleriyle uyumlu hareket etme yeteneğini ifade eder. Ruh sağlığı ve iyi oluş için temel bir unsur olup, stresle başa çıkma, duyguları yönetme ve anlamlı etkinliklere devam etme üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.³⁴ Bu uyum becerisi, kişinin bulunduğu ana tam anlamıyla odaklanmasını, düşünce ve duygularını kabul etmesini ve kişisel değerleri doğrultusunda hareket etmesini içerir.³⁵

Araştırmalar, psikolojik esnekliğin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmalar, bireylerin stresle başa çıkma, direnç geliştirme ve genel psikolojik iyi oluşlarını artırma yeteneklerindeki önemini vurgulamaktadır.³⁶

5. Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Esneklik ve OKB Arasındaki Etkileşimler, Üçlü Bir Model

Çocukluk çağı travması, esneklik ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) arasındaki etkileşim, psikolojik araştırmalarda giderek artan bir ilgi gören karmaşık ve çok yönlü bir çalışma alanıdır. Bu üç unsurun nasıl etkileşime girdiğini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarının altında yatan mekanizmalar hakkında değerli bilgiler sağlayabilir ve etkili müdahaleler hakkında bilgi verebilir.

Biçimlendirici yıllarında travma yaşayan bireylerin, genellikle OKB'ye özgü müdahaleci düşünceler ve kompulsif davranışlarla karakterize edilen anksiyete bozukluklarına karşı yüksek kırılganlık gösterdiği bir gerçektir.^{37,38}

5.1. OKB Gelişiminde Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü

Çocukluk çağı travması istismar, ihmal ve şiddete maruz kalma gibi olumsuz deneyimleri kapsar. Bu deneyimler psikolojik ve nörobiyolojik gelişimi önemli ölçüde etkileyerek savunmasız bireylerde OKB'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Örneğin, Mathews ve arkadaşları erken travmanın uyumsuz başa çıkma mekanizmalarına yol açarak OKB semptomlarının görülme olasılığını artırdığını göstermiştir.³⁹

Diğer çalışmalar, travma sonrası OKB belirtilerinin çeşitliliğini vurgulamaktadır. Kart ve Türkçapar, İstanbul'da 18-65 yaş arası 160 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada çocuklukta yaşanan duygusal istismar ile agresif takıntılar arasındaki ilişkiyi incelemiş ve bu ilişkide depresyon ve anksiyetenin aracı olduğunu tespit etmiştir. Bu bulgular, erken dönem travmanın OKB'yi etkilediği ve genellikle diğer psikolojik kırılmalıkların aracılık ettiği karmaşık yolların altını çizmektedir.⁴⁰

5.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarıyla OKB Arasındaki Bağlantı

Mathews ve çalışma arkadaşları, çocukluk çağı travmasının uyumsuz davranışlara yol açarak OKB belirtilerinin gelişme riskini artırabileceğini öne sürmüştür.³⁹ Coban ve Tan, İstanbul'da 18-65 yaş arası 122 hastada yaptıkları çalışmada, çocukluk dönemi travmaları ile OKB semptomlarının karmaşıklığı arasındaki ilişkiyi incelemiş; ayrıca dürtüsellik, DEHB, anksiyete ve depresyon gibi eşlik eden durumların bu bağlamdaki etkilerini araştırmıştır.⁴¹

Boger ve diğerleri, travma geçmişine sahip bireylerde tedavi yöntemlerini uyarılmanın önemine vurgu yaparak, çocuklukta kötü muamelenin OKB semptomlarının şiddeti ve tedavi sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir.⁴² Almanya, Münih'te 68 hasta üzerinde yapılan bu çalışma, çocuklukta kötü muamelenin yalnızca OKB semptomlarının şiddetini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda tedavi süreçlerinin etkinliğini de etkileyebileceğini öne sürmektedir. Bu, çocukluk travmalarının bireylerin nöropsikolojik ve duygusal sistemlerinde uzun vadeli değişikliklere yol açabileceğini ve bu durumun OKB'nin daha dirençli bir şekilde seyretmesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmacılar, travma geçmişine sahip bireylerde tedavi protokollerinin travma odaklı yaklaşımlarla modifiye edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.⁴² Bahar, Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında çocukluk çağı travması ile depresyon ve anksiyete artışı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.⁶ Bu bulgu, Boger ve diğerlerinin çocuklukta kötü muamelenin uzun vadeli ruh sağlığı etkilerini desteklemektedir.⁴²

Yavuz ve diğerleri Afyonkarahisar'da 18-65 yaş arası 40 hasta üzerinde yaptığı çalışmada ise OKB'li bireylerde çocukluk dönemi travmaları ile nörolojik yumuşak belirtiler (NSS) arasındaki olası bağlantılara dikkat çekmiştir.³⁷ Gershuny ve arkadaşları, ABD, Massachuset'te 104 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada tedaviye dirençli OKB'li bireylerde çocukluk ve yetişkinlik travmalarının yanı sıra mevcut TSSB'nin yaygınlığını ele almış ve bu tür travmatik deneyimlerin OKB yönetiminde dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır.⁴³

Kart ve Türkçapar, çocukluk çağı duygusal istismarının agresif obsesyonlarla ilişkisini inceleyerek, bu ilişkide depresyon ve anksiyete belirtilerinin aracılık edebileceğini göstermiştir. Bu bulgular, çocukluk dönemindeki travmaların OKB'nin anlaşılması ve tedavisinde ne kadar kritik bir yere sahip olduğunu ortaya koymaktadır.⁴⁰

5.1.2. OKB Semptomlarının Alevlenmesinde Travmanın Rolü

Duygusal, fiziksel ve cinsel istismar dahil olmak üzere çocukluk çağı travması, OKB'nin gelişimi ve alevlenmesi için kritik bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Araştırmalar, çocukluk çağı travması öyküsü olan bireylerin genellikle kirlenme korkuları, zarar verme sorumluluğu ve müdahaleci düşünceler gibi çeşitli OKB alanlarında yüksek semptomlar sergilediğini göstermektedir.^{40,44} Örneğin, bir çalışma OKB semptomlarının şiddetinin çocukluk travmasının şiddeti ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur; bu da travmatik deneyimlerin OKB'nin karakteristik kompulsif davranışlarını ve obsesif düşüncelerini yoğunlaştırabileceğini düşündürmektedir.^{44,45}

5.2. Koruyucu Bir Etken Olarak Psikolojik Esneklik

5.2.1. Psikolojik Esnekliğe Katkıda Bulunan Faktörler

Psikolojik esnekliğe katkıda bulunan en önemli unsurlardan biri kendini affetmektir. Araştırmalar, duygu odaklı bir başa çıkma stratejisi olan kendini affetmeyi uygulayan bireylerin, özellikle travma sonrasında daha yüksek düzeyde dayanıklılık sergileme eğiliminde olduğunu göstermektedir.⁴⁶ Kendini affetme becerisinin, travmatik deneyimlere sıklıkla eşlik eden suçluluk ve utanç duygularını hafifleterek bireylerin ilerlemelerine ve daha etkili bir şekilde uyum sağlamalarına olanak tanıyabildiği belirtilmektedir.

Sosyal destek, dayanıklılığı etkileyen bir diğer kritik faktördür. Güçlü sosyal ağların, stres ve travmanın etkilerini tamponlayabilecek duygusal ve pratik destek sağladığı belirtilmektedir.⁴⁷

Çocukluk deneyimleri de dayanıklılığın şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Çocukluk travması yaşamış bireyler, başa çıkma mekanizmalarına ve sahip oldukları destek sistemlerine bağlı olarak farklı düzeylerde dayanıklılık geliştirebilirler.⁴⁸ Travmanın yaşandığı dönem, niteliği ve çevresel faktörler dayanıklılığı etkileyebilir. Örneğin, duygusal destek alan çocuklar, destekten yoksun olanlara göre daha iyi dayanıklılık geliştirebilir.⁴⁸ Kıray tezinde, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek ve ebeveyn tutumlarının psikolojik sağlık üzerindeki ilişkisi incelenmiştir. Üsküdar Üniversitesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada, çocuklukta yaşanan travmaların ve algılanan sosyal desteğin bireylerin ruh sağlığıyla nasıl ilişkili olduğu araştırılmıştır.⁴⁹

Duygusal öz yeterlilik ve kontrol odağı gibi kişilik özellikleri de dayanıklılığın belirleyicilerindedir. İç kontrol odağına sahip bireyler, sıkıntılar karşısında daha fazla dayanıklılık gösterirler.⁵⁰

Bunlarla birlikte, psikolojik esneklik yalnızca bir özellik değildir, müdahaleler ve deneyimler yoluyla geliştirilebilir. Toplumla bütünleşmeyi, sosyal desteği ve bir amaç duygusunu geliştirmeyi amaçlayan psikolojik müdahalelerin, özellikle kırılgan nüfuslarda dayanıklılığı artırdığı gösterilmiştir.⁵¹⁻⁵² Bu müdahaleler, bireylerin başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve destek ağlarını güçlendirmelerine yardımcı olabilir ve nihayetinde yaşamın zorlukları karşısında daha fazla dayanıklılık sağlar, denilebilir.

5.2.2. Travma ve OKB Bağlamında Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik, çocukluk çağı travması ile OKB arasındaki ilişkinin ılımlı hale getirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Travma genellikle OKB semptomlarının gelişimi ve şiddetlenmesi için bir risk faktörü olarak hareket ederken, esneklik hem semptom şiddetini hem de işlevsel bozukluğu azaltarak etkilerini tamponlayabilir, denilmektedir.

Çalışmalar, esnekliğin koruyucu rolünü vurgulamaktadır. Boger ve arkadaşları, dayanıklılığı artıran müdahalelerin travma ile ilişkili OKB'de semptomları azalttığını ve duygusal refahı artırdığını göstermiştir. Esneklik, bireylerin travmatik anıları ve uyumsuz başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmeden işlemelerine yardımcı olur. Vezir tezinde genç yetişkinlerde cinsel bağımlılık, çocukluk çağı travmaları ve psikolojik esnekliğin aracı rolünü konu edinmiş ve üniversite öğrencilerinden oluşan bir grup üzerinde yaptığı çalışmada, psikolojik esnekliğin, travmatik anıların ve uyumsuz başa çıkma mekanizmalarının etkisini azalttığını ortaya koymuştur.⁵³

Esneklik, OKB'nin gidişatını etkileyerek uyarlanabilir tepkileri teşvik eder. Yüksek dayanıklılığa sahip bireyler, etkili başa çıkma stratejileri kullanarak kompulsyonların pekiştirilmesini azaltır ve iyileşmeyi kolaylaştırır. Esnekliğin uzun vadeli faydaları, semptom yönetiminin ötesinde, travma sonrası büyüme ve genel psikolojik esenlik sağlar.⁴⁰ Bu büyüme sadece travmanın duygusal yükünü hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda daha uyumlu ve tatmin edici bir yaşama katkıda bulunur. Ayrıca, dayanıklılık, genellikle OKB tedavisini zorlaştıran depresyon ve anksiyete gibi komorbid durumların olasılığını azaltabilir.

OKB ve travma geçmişi olan bireyler, dayanıklılığı artırarak iyileşme ve daha iyi yaşam kalitesi için bir temel oluşturabilirler. Araştırmalar, dayanıklılığın mekanizmalarını keşfettikçe, hedeflenen müdahaleler etkilerini artırabilir ve OKB ile travmanın zorluklarını aşanlara umut verebilir. Yıldız ise psikolojik esnekliğin toplum ruh sağlığı hizmetlerinde önemini vurgulamış ve bu modelin ruh sağlığını geliştirmede kanıtlanmış bir yöntem olduğunu belirtmiştir.⁵⁴ Onaral tarafından yapılan bir diğer araştırmada da psikolojik esneklikteki değişimin, OKB belirtilerindeki iyileşmeyi öngördüğü bulunmuştur. Bu da, psikolojik esnekliğin artırılmasının OKB tedavisinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.⁵⁵

Üçlü model, travma, dayanıklılık ve OKB arasındaki karşılıklı etkileşimleri kabul eder. Travma esnekliği azaltırken, OKB semptomları başa çıkma kapasitesini zayıflatabilir. Ancak, esneklik OKB'den iyileşmeyi teşvik ederek refahı artıran bir döngü oluşturabilir. Model dinamik olup, yeni deneyimlerle gelişir; OKB semptomlarını azaltan müdahaleler dayanıklılığı artırabilir ve uyumsuz başa çıkma döngüsünü kırabilir. Destekleyici ilişkiler ve dayanıklılığı güçlendiren yaşam olayları, travmanın etkisini azaltabilir.

6. Üçlü Modelin Klinik Yansımaları

Çocukluk çağı travması, psikolojik esneklik ve OKB arasındaki etkileşim modeli, bu unsurların ruh sağlığını nasıl etkilediğini anlamak için kapsamlı bir çerçeve sunar. Model, dayanıklılığın travmanın olumsuz etkilerini hafifletme ve OKB riskini azaltma rolünü vurgular. Bu etkileşimlerin anlaşılması, daha hedefli ve bütünsel tedavi yaklaşımları geliştirilmesine yardımcı olabilir. Türkiye'de bu üçlü modeli ele alan bir çalışma bulunmamaktadır.

6.1. Değerlendirmeye Yönelik Klinik Çıkarımlar

Üçlü model, çocukluk çağı travması, dayanıklılık ve OKB semptomlarını dikkate alan kapsamlı değerlendirmelerin önemini vurgulamaktadır. Klinisyenler yalnızca travmanın varlığını değil, aynı zamanda bireyin başa çıkma stratejileri ve sosyal destek sistemleri gibi dayanıklılık faktörlerini de değerlendirmelidir. Bu bütüncül yaklaşım, bireyin ruh sağlığı durumuna ilişkin değerli bilgiler sağlayabilir ve tedavi planlamasını bilgilendirebilir.

Örneğin, dayanıklılığın değerlendirilmesi, travma geçmişleri nedeniyle OKB geliştirme açısından daha yüksek risk altında olabilecek bireylerin belirlenmesine yardımcı olabilir. Klinisyenler, dayanıklılığa katkıda bulunan koruyucu faktörleri anlayarak, bu faktörleri geliştirmek için müdahaleleri uyarlayabilir ve sonuçta daha iyi ruh sağlığı sonuçlarını teşvik edebilir.⁴⁶ Ancak yine Türkiye'de üçlü modele yönelik bu şekilde bir çalışmaya rastlanmamıştır.

6.2. Travmaya Dayalı Bakım

Çocukluk çağı travması ile OKB arasındaki bağlantı göz önüne alındığında, travma odaklı bakımın OKB tedavisine entegrasyonu önemlidir. Travma odaklı yaklaşımlar, güvenlik ve işbirliğini vurgulayarak yeniden travmatizasyonu azaltır. OKB'li bireylerde çözülmemiş travmanın ele alınması, müdahaleci düşüncelerin ve kompulsif davranışların yoğunluğunu azaltabilir. Mathews ve Boger gibi araştırmalar, travmanın OKB semptomları üzerindeki etkisini kabul etmek için müdahaleleri uyarlamanın önemini vurgulamaktadır. Anlatı terapisi ve EMDR gibi teknikler, travmatik anıları OKB semptomlarını azaltacak şekilde işlemeye yardımcı olabilir. Cengiz ve Peker'in olgu sunumunda, EMDR kullanılarak yapılan terapi sonrası bireyde iyileşme ve huzur artışı gözlemlenmiştir.⁵⁶

6.3. Bir Tedavi Hedefi Olarak Esnekliğin Artırılması

Psikolojik esneklik, hedefe yönelik müdahalelerle geliştirilebilen dinamik bir yapıdır ve bu da onu klinik uygulamalar için umut verici bir odak noktası haline getirmektedir. Dayanıklılık oluşturmayı amaçlayan programlar, travmanın etkilerini azaltabilir ve OKB'li bireyler için tedavi sonuçlarını iyileştirebilir. Örneğin,

Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) gibi farkındalık temelli müdahalelerin duygusal düzenlemeyi iyileştirdiği ve sıkıntıyı azaltarak daha fazla dayanıklılığı teşvik ettiği gösterilmiştir.³⁷ Benzer şekilde, kişisel güçlü yönleri, öz yeterliliği ve iyimserliği vurgulayan güç temelli yaklaşımlar, hastaları daha sağlıklı başa çıkma mekanizmaları benimsemeleri için güçlendirebilir.

Dayanıklılık geliştirme stratejileri, OKB tedavisinde kullanılan bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ve maruz kalma ve tepki önleme (ERP) uyumludur. Bu müdahaleler, duygusal düzenleme ve bilişsel esnekliği teşvik ederek rahatsızlıkla başa çıkma becerisini artırır, tedaviye uyumu güçlendirir ve uzun vadeli iyileşmeyi destekler.⁴²

6.4. Sosyal Desteğin Rolü

Üçlü model, dayanıklılığın temel bileşeni olarak sosyal bağlılığın önemini vurgular. Grup terapisi ve akran destek programları, OKB ve travma geçmişi olan bireylere deneyim paylaşımı, başkalarından öğrenme ve aidiyet duygusu kazandırarak, kişilerarası becerilerini geliştirir ve izolasyonu azaltır.

Aile temelli müdahaleler, sosyal desteği artırarak iyileşmeyi destekler. Klinisyenler, aileyi OKB ve travmanın etkileri konusunda eğiterek daha destekleyici bir ortam yaratabilir. Aile terapisi, semptomları azaltabilir ve travmanın yeniden tetiklenmesini engelleyebilir. Destekleyici ilişkiler, başa çıkma becerisini artırırken, yaratıcı faaliyetler de dayanıklılığı güçlendirir ve sosyal bağlantıları destekler.⁴⁷ Çimen ve diğerleri (2023) tarafından yapılan araştırmada ebeveyn tutumlarının çocuk ve ergenlerdeki OKB belirtileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu çalışma, ebeveynlerin tutumlarının çocukların OKB semptomlarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir.⁵⁷ Bu çalışma, aile temelli müdahaleler ve sosyal desteğin OKB tedavisindeki önemini vurgulamakta, ancak yaratıcı faaliyetlerin dayanıklılığı artırmadaki rolü üzerine Türkiye'de spesifik bir araştırma bulunmamaktadır. Bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

6.5. Kişiselleştirilmiş, Çok Boyutlu Tedavi Yaklaşımları

Üçlü model, her hastanın kendine özgü ihtiyaçlarını ve koşullarını ele alan kişiselleştirilmiş tedavi planlarına duyulan ihtiyacın altını çizmektedir. Travma odaklı bakım, esneklik artırıcı müdahaleler ve kanıta dayalı OKB tedavilerini birleştiren çok boyutlu bir yaklaşımın en önemli faydaları sağlaması muhtemeldir. Örneğin, bir tedavi planı OKB semptomlarını hedeflemek için BDT ve ERP'yi, çözülmemiş travmayı ele almak için anlatı terapisini ve dayanıklılığı artırmak için farkındalık uygulamalarını içerebilir.

Ayrıca, anksiyete, depresyon veya travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi komorbid durumların ele alınması, kapsamlı tedavi sonuçlarına ulaşmak için gereklidir. Kart ve Türkçapar tarafından yapılan çalışmalar gibi çalışmalar, çocukluk çağı travması ve OKB arasındaki ilişkide depresyon ve anksiyetenin aracı rolünü vurgulamakta ve bu durumların eş zamanlı olarak tedavi edilmesinin önemini vurgulamaktadır.⁴⁰

6.6. Koruyucu Müdahaleler

Üçlü model, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri için önemli çıkarımlar sunar. Travmaya maruz kalan veya OKB geçmişi olan çocuklara yönelik erken müdahaleler, OKB ve benzeri durumların gelişme olasılığını azaltabilir. Okul temelli dayanıklılık programları, toplum destek girişimleri ve ebeveynlik müdahaleleri, çocuklarda dayanıklılığı artırarak travmanın etkilerini hafifletebilir ve uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini teşvik edebilir.⁴² Bu tip proaktif yaklaşımlar, ruh sağlığı sonuçlarının iyileşmesine ve etkilenen bireyler için daha iyi bir yaşam kalitesine yol açabilir.

Ayrıca, travma geçmişi olan çocuklar ve ergenler gibi risk altındaki popülasyonlarda esnekliği artırmaya odaklanan önleme programları, OKB insidansını azaltmada etkili olabilir. Bu programlar beceri eğitimini, sosyal destek girişimlerini ve dayanıklılığı ve duygusal refahı teşvik eden toplum temelli müdahaleleri içerebilir.

7. Sonuç

Çocukluk çağı travması, dayanıklılık ve OKB arasındaki etkileşimlerin üçlü modeli, bu faktörler arasındaki karmaşık ilişkileri anlamak için kapsamlı bir çerçeve sunar. Travma, OKB ve anksiyete bozuklukları riskini artırırken, dayanıklılık, uyarlanabilir başa çıkma stratejileri ve olumlu ruh sağlığı sonuçlarıyla bu etkileri azaltabilir. Bu etkileşimlerin anlaşılması, travma ve dayanıklılık faktörlerinin klinik değerlendirmelere dahil edilmesinin önemini vurgular. Dayanıklılık bileşenlerine odaklanarak klinisyenler, OKB riskini azaltmak ve ruh sağlığını iyileştirmek için müdahaleleri uyarlayabilir.

Ayrıca, çocukluk çağı travması geçmişi olan bireylerde dayanıklılığı artırmak, daha iyi ruh sağlığı sonuçlarını teşvik etmek için gereklidir. Sosyal destek ağları oluşturmaya, öz yeterliliği artırmaya ve uyarlanabilir başa çıkma stratejileri öğretmeye odaklanan terapötik yaklaşımlar, bireyleri travmanın yarattığı zorlukların üstesinden gelmeleri için güçlendirebilir. Ayrıca, travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkisini kabul eden ve dayanıklılığı teşvik eden destekleyici bir ortam yaratmak için travmaya duyarlı bakım hayati önem taşımaktadır.

Bu modelin sonuçları bireysel tedavinin ötesine uzanmaktadır. Çocukluk çağı travması, dayanıklılık ve OKB arasındaki etkileşimin anlaşılması, özellikle çocuklar ve ergenler olmak üzere risk altındaki popülasyonlara yönelik önleme stratejilerini bilgilendirebilir. Yaşamın erken dönemlerinde dayanıklılık artırıcı programlar ve travma bilgilendirmeli müdahaleler uygulayarak, OKB ve diğer ruh sağlığı bozukluklarının görülme sıklığını potansiyel olarak azaltabilir ve gelecek nesillerin daha sağlıklı olmasını sağlayabiliriz.

Sonuç olarak, üçlü model, çocukluk çağı travması ve OKB bağlamında koruyucu bir faktör olarak dayanıklılığın önemini vurgulamaktadır. Bu anlayışı klinik uygulamalara ve önleme stratejilerine entegre ederek, travmadan etkilenen bireylerin ruh sağlığını ve refahını artırabilir, sonuçta daha iyi sonuçlara ve daha iyi bir yaşam kalitesine yol açabiliriz.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Gökhan Can: Fikir, tasarım, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı.

Nilgün Önnar: Fikir, tasarım, danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Berhanu T, et al. One in six children and adolescents in south ethiopia had childhood trauma. 2023. Erişim adresi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3452942/v1>
2. Negele A. et al. Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment*. 2015;1-11.
3. Leeb RT, et al. Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. 2008. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf. Erişim tarihi: 19.01.2025
4. Karaçay R, Güloğlu B. Investigation of childhood traumas and healthy family-parenting risk. *Eğitim Ve Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2022;9(2):327-351.
5. Mercan İ, et al. The association between childhood trauma and adulthood depression. *Journal of Medical and Dental Investigations*. 2023;4:e230359.
6. Bahar A. The relationship of university students' childhood mental trauma with depression, anxiety and stress. *The European Research Journal*. 2023;9(4):785-791.
7. Liu J, et al. Anticipating unipolar depression and bipolar depression in young adult with first episode of depression using childhood trauma and personality. *Frontiers in Public Health*. 2023;10.
8. Heyn S, et al. Sex-based variations of prefrontal structure and longitudinal symptoms in pediatric posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. 2022;39(12):902-912.

9. UNICEF Türkiye Yıllık Raporu-2017. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/unicef-t%C3%BCrkiye-yillik-raporu-2017> Erişim Tarihi: 19.01.2025
10. U.S. Department of Health and Human Services. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect. Erişim adresi: <https://www.childwelfare.gov/resources/long-term-consequences-child-abuse-and-neglect/>. Erişim tarihi: 19.01.2025
11. Zainudin NF, Ashari ZBM. A meta-analysis: the effects of child sexual abuse towards children. *Asian Social Scienc.* 2018;14(11): 69.
12. Polat O. Türkiye Çocuk İstismarı Raporu – 2, Erişim adresi: https://cohun.giresun.edu.tr/Files/ckFiles/cohum-giresun-edu-tr/RAPOR-ÇOCUK-İSTİSMARI-tam_v2_cleancopy.pdf Erişim tarihi: 19.01.2025
13. Effects of Complex Trauma. Erişim adresi: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/complex-trauma/effects>. Erişim tarihi: 14.05.2024
14. Garon-Bissonnette J, et al. Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2022;22(1).
15. TÜİK. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvencilik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662> Erişim tarihi: 19.01.2025
16. Yang C, et al. Childhood socioeconomic status and depressive symptoms of young adults: mediating role of childhood trauma. *Frontiers in Psychiatry.* 2021; 12.
17. Kašćáková N, et al. The unholy trinity: childhood trauma, adulthood anxiety, and long-term pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(2):414.
18. Saadati N, Kiliçaslan F, Salami MO. The Psychosomatic Effects of Childhood Trauma: Insights from Adult Survivors. *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR).* 2024;2(2):34-40.
19. Cloitre M, et al. A developmental approach to complex ptsd: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress.* 2009;22(5):399-408.
20. London S, et al. Adverse experiences in childhood and sexually transmitted infection risk from adolescence into adulthood. *Sexually Transmitted Diseases.* 2017;44(9):524-532.
21. Meneguzzo P, et al. Associations between trauma, early maladaptive schemas, personality traits, and clinical severity in eating disorder patients: a clinical presentation and mediation analysis. *Frontiers in Psychology.* 2021;12.
22. Michopoulos V, et al. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite.* 2015;91:129-136.
23. Kong S, Bernstein KS. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing.* 2009;18(13):1897-1907.
24. Ruscio AM, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry.* 2008;15(1):53-63.
25. Maia ALS, et al. Oxidative and nitrosative stress markers in obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2019;139(5):420-433.
26. Roh D, Jang KW, Kim C. Clinical advances in treatment strategies for obsessive-compulsive disorder in adults. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience.* 2023;21(4):676-685
27. Türk Psikiyatri Derneği. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Erişim adresi: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/29/obsesif-kompulsif-bozukluk> Erişim tarihi: 19.01.2025
28. Sereyim S. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozuklukla Tanısı Almış Bireylerin İnternet Bağımlılığı Açısından Sağlıklı Gönüllülerle Karşılaştırılması, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. 2018. Erişim adresi: <https://avesis.aybu.edu.tr/yonetilen-tez/0cb34268-a0ee-4a34-931c-d6f35b5a0eba/obsesif-kompulsif-ve-iliskili-bozukluklar-tanisi-almis-bireylerin-internet-bagimliliği-acısından-saglikli-gonullulerle-karsilastirilmesi>. Erişim tarihi: 19.01.2025
29. Şahin HE, Ediboğlu GO. Obsesif kompulsif bozukluk: kısa bir gözden geçirme. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi.* 2022;2(2):51-58.
30. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood.* 2014;100(5):495-499.
31. Feng B, et al. Clinical characteristics of moderate-severe obsessive-compulsive disorder in children and adolescents in china. *Journal of International Medical Research.* 2020;48(5).
32. Işık S, Gönül AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2012;5(3):24-32.
33. Koçak L. Obsessive-compulsive disorder in childhood and its treatment with cognitive behavioral therapy. *Journal of Family Counseling and Education.* 2016;1(1):31-40.
34. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review.* 2010;30(7):865-878.
35. Yıldız E. Posttraumatic growth and positive determinants in nursing students after covid-19 alarm status: a descriptive cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2021;57(4):1876-1887.

36. Guo J, et al. The influence of self-esteem and psychological flexibility on medical college students' mental health: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13.
37. Yavuz H, et al. Childhood trauma, neurological soft signs, and their relationship in obsessive-compulsive disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2022.
38. Yu Y, Yu Y, Hu J. Covid-19 among chinese high school graduates: psychological distress, growth, meaning in life and resilience. *Journal of Health Psychology*. 2021;27(5):1057-1069.
39. Mathews CA, Kaur N, Stein MMB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*. 2008;25(9):742-751.
40. Kart A, Türkçapar H. The effects of childhood emotional abuse on aggressive obsessions among patients with obsessive compulsive disorder may be mediated by symptoms of depression and anxiety. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019;29(4):411-417.
41. Coban A, Tan O. The relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive disorder, comorbid attention deficit hyperactivity disorder, and impulsivity. *Archives of Neuropsychiatry*. 2019;57(1).
42. Boger S, et al. Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
43. Gershuny BS, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. 2008;25(1):69-71.
44. D'Angelo M, et al. Exploring the interplay between complex post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder severity: implications for clinical practice. *Medicina*. 2024;60(3):408.
45. Borrelli DF, et al. The relationship between childhood trauma experiences and psychotic vulnerability in obsessive compulsive disorder: an italian cross-sectional study. *Brain Sciences*, 2024;14(2):116.
46. Doğruer N, et al. Psikolojik dayanıklılığın yordayıcıları: çocukluk çağı travma yaşantıları ve affetme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022;14(Ek1):242-250.
47. Xu Y, et al. Depression and creativity during covid-19: psychological resilience as a mediator and deliberate rumination as a moderator. *Frontiers in Psychology*. 2021;12.
48. Özaslan H, Gün RŞ, Akduman GG. Examination of the relationship between childhood trauma and psychological resilience in preschool teachers. *Educational Process International Journal*. 2022;11(2).
49. Kıray P. Çocukluk Çağı Travmaları, Algılanan Sosyal Destek ve Algılanan Anne Baba Tutumunun Psikolojik Sağlık ile Arasındaki İlişki, T.C. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2018. Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/377201/yokAcikBilim_10190173.pdf. Erişim tarihi: 19.01.2025
50. Kocatürk M. The role of childhood traumas, emotional self-efficacy and internal-external locus of control in predicting psychological resilience. *International Journal of Education and Literacy Studies*. 2020;8(3):105.
51. Pietrzak MRH, Cook JM. Psychological resilience in older u.s. veterans: results from the national health and resilience in veterans study. *Depression and Anxiety*. 2013;30(5):432-443.
52. Yılmaz S, Sapmaz F. The effect of eye movement desensitization and reprocessing-based online group counseling for university students: psychological need satisfaction, psychological resilience, psychological well-being, and small 't' trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023;16(Ek3):641-649.
53. Vezir Ç. Genç Yetişkinlerde Cinsel Bağımlılık, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Psikolojik Esnekliğin Aracı Rolü, Yakın Doğu Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2024 Erişim adresi: <https://docs.neu.edu.tr/library/9687032406.pdf>. Erişim tarihi: 19.01.2025
54. Yıldız E. Toplum ruh sağlığı ve psikolojik esneklik konusunda neler söylenebilir?. *Toplum Ruh Sağlığında Hemşirelik Yaklaşımları*. 2021;1:12-18.
55. Onaral G. Obsesif-kompulsif bozuklukta üçüncü kuşak terapilerin etkililiği: bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2021;13(2):292-331.
56. Cengiz S, Peker A. Obsesif kompulsif bozuklukta emdr terapinin etkisi: olgu sunumu. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2020;18(1):201-217.
57. Çimen İD, et al. OKB tanılı çocuk ve ergenlerin belirtilerinin, anne baba tutumları ve algılanan evlilik çatışması ile ilişkisi. *Osmangazi Journal of Medicine*. 2023;45(2):209-221.

Maltepe Askeri (Asâkir-i Mansûre) Hastanesi Hakkında Bazı Bilgiler*

Some Information About Maltepe Military (Asâkir-i Mansûre) Hospital

Yasemin Ayyıldızⁱ, İsmail Yaşayanlarⁱⁱ

ⁱYüksek lisans ögr., Düzce Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tarih AD., <https://orcid.org/0009-0001-3926-1684>

ⁱⁱDoç. Dr., Düzce Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Tarih Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-4009-3286>

Öz

Amaç: Bu çalışmada Maltepe Askeri Hastanesi'nin ilk yıllarında geçirdiği onarımlar ile hizmette kaldığı süreçte hastaneye yapılan denetimlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1 Mayıs-20 Temmuz 2024 arasında gerçekleştirilen bu çalışmada klasik tarih yazımı yöntemi kullanılarak T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi fonlarından ve konuyla ilgili mevcut literatürden yararlanılmıştır.

Bulgular: XVIII. yüzyıl sonlarında Osmanlı Devleti'nde askeri alanda gerçekleşen ıslahatlarla ordunun modernleşmesi sağlık alanına da aksetmiştir. Ordudaki askerlerin sağlığını korumak amacıyla kurulan modern anlamda askeri hastanelerin ilk örnekleri verilmeye başlanmıştır. XIX. yüzyıla gelindiğinde ise tıpta yaşanan modernleşme hız kazanarak birçok yeni modern askeri hastaneler tesis edilmiştir. Asâkir-i Mansûre Hastanesi adı ile de bilinen Maltepe Askeri Hastanesi, XIX. yüzyıl başlarında kurulmuş ilk modern askeri hastanelerden olması nedeniyle önem arz etmektedir. II. Mahmud'un hükümdarlığı sırasında Rami ve Davudpaşa kışlalarındaki askerlere hizmet etmek amacıyla vücuda getirilen bu hastane, bahsi geçen iki kışla arasında inşa edilmiştir. 1827 tarihinde açılan Maltepe Askeri Hastanesi, inşasının aceleyle getirilmesi sonucunda hizmete açıldığı ilk yıllarda çeşitli tadilatlarla ihtiyaç duymuştur. Ayrıca hastanede çalışan personellerin işlerini doğru bir şekilde yerine getirip getirmediği de denetlenmiştir.

Sonuç: 1827'de hızla inşa edilen Maltepe Askeri Hastanesi'nde bu tarihten kısa bir süre sonra Aralık 1829'da ilk tadilat çalışmaları gerçekleştirilerek ilerleyen süreçte de yeni onarımlara ihtiyaç duymaya devam etmiştir. Hastanede yapılan denetimler neticesinde ise görevlerini iyi şekilde icra eden personeller ödüllendirilirken, görevlerinde ihmalkar olan veya usulsüzlüklerde bulunan personeller cezalandırılmışlardır.

Anahtar Sözcükler: Osmanlı, Tıp, Hastane, Maltepe Askeri Hastanesi, Asâkir-i Mansûre Hastanesi

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to examine the repairs that Maltepe Military Hospital went through in its first years and the inspections carried out during its service.

Method: In this study, conducted between May 1 and July 20, 2024, the classical historiography method was employed, utilizing the archives of Presidency of the Republic of Turkey Directorate of State Archives Ottoman Archives and relevant literature related to the topic.

Findings: At the end of the 18th century, the Ottoman Empire's military reforms led to the modernization of the army, which also had an impact on the healthcare field. The first examples of modern military hospitals were established to protect the health of soldiers. By the 19th century, the modernization of medicine had accelerated, and many new modern military hospitals were established. The Maltepe Military Hospital, also known as Asakir-i Mansure Hospital, is particularly noteworthy because it was one of the first modern military hospitals that established in the early 19th century. During the reign of Mahmud II, this hospital was established to serve the soldiers stationed at the Rami and Davudpaşa barracks, and was built between these two barracks. The Maltepe Military Hospital, which was opened in 1827, required various renovations during its early years due to the haste of its construction. Additionally, the personnel working at the hospital were monitored to ensure that they were performing their duties properly.

Conclusion: The Maltepe Military Hospital, which was hastily built in 1827, underwent its first renovations in December 1829, and continued to require new renovations in the subsequent period. As a result of the inspections conducted at the hospital, personnel who performed their duties well were rewarded, while those who were negligent in their duties or engaged in irregularities were punished.

Key Words: Ottoman, Medicine, Hospital, Maltepe Military Hospital, Asakir-i Mansure Hospital

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):89-95

DOI: 10.31020/mutfd.1530293

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 08 Ağustos 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 02 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: Yasemin Ayyıldız <yaseminayyildiz81@gmail.com>

Giriş

XVIII. yüzyıl sonlarında Osmanlı Devleti girdiği savaşıardan art arda yenilgiyle ayrılarak ağır toprak kayıpları vermiş ve bu nedenle ordunun kötü gidişatına engel olmak en önemli konu başlıklarından biri haline gelmiştir. Devletin askeri ve sivil kurumlarını kapsayan bir dizi düzenlemelerde bulunulan ve yeni düzen manasını taşıyan III. Selim döneminin islahat programı Nizâm-ı Cedid ile de Avrupa tarzında eğitilmiş düzenli bir ordu kurmak hedeflenerek, yenilik hareketinin adıyla anılan modern düzenli Nizâm-ı Cedid Ordusu oluşturulmuştur. Yeni düzenli ordunun talim edilmesi amacıyla kışlaların ve ordudaki askerlerin sağlık hizmetlerini karşılayacak askeri hastanelerin inşa edilmesine yönelik adımlar yine bu dönemde atılmaya başlanmıştır. Ancak yapılan reformları hoş karşılamayan ulema ve yeniçeri kesimin faaliyetleri sonucu Mayıs 1807 tarihinde meydana gelen Kabakçı Mustafa İsyanı sonrası III. Selim'in tahttan indirilerek yerine IV. Mustafa'nın geçirilmesiyle modernleşme hareketleri sekteye uğramıştır.

Modernleşme yolunda karşılaşılan bu kısa süreli durgunluk, 1808 tarihinde IV. Mustafa'nın tasfiye edilmesiyle tahta geçen II. Mahmud döneminin başlangıcı ile sona ermiş ve reform hareketleri ivme kazanarak devletin her bir kurumunda yankı bulmuştur. Bilhassa, Haziran 1826 tarihinde, Vak'a-yı Hayriyye olarak tabir edilen yeniçeri ocağının ortadan kaldırılmasının ardından kurulan Avrupa tarzında düzenli Asâkir-i Mansûre-i Muhammediyye adlı ocak ile askeri alanda muhtelif gelişmeler yaşanmıştır. III. Selim hükümdarlığı sırasında inşa edilen ancak yaşanan isyan sebebiyle hasar gören Selimiye Kışlası gibi askeri yapıların tekrar onarılmasının yanı sıra, ivedilikle yeni kışlaların ve askeri hastanelerin yapımına girişilmiş ve öncelikle Rami ve Davudpaşa kışlaları ile Maltepe Askeri Hastanesi'nin inşaatlarına başlanarak 1827'de tamamlanmışlardır.¹

III. Selim hükümdarlığı sırasında ordunun ihtiyacını karşılamak amacıyla tıpta modernleşmenin ilk adımları atılmaya başlanarak II. Mahmud saltanatı ile atılan adımlar hız kazanmaya devam etmiştir. Öncelikle askeri alanda kendini göstermeye başlayan tıpta modernleşme ise çok geçmeden sivil kuruluşlara da yansımaya başlamıştır. Bu suretle, Osmanlı Devleti'nde dârüşşifâlardan modern hastanelere geçişte, askeri hastanelerin rolü önem arz etmektedir.² Dolayısıyla, Rami ve Davudpaşa kışlalarındaki askerlere hizmet gayesiyle kurulmuş olan ve Asâkir-i Mansûre Hastanesi olarak da bilinen Maltepe Askeri Hastanesi, Osmanlı'daki askeri hastanelerin ilk örneklerinden biri olması sebebiyle öne çıkan askeri sağlık kuruluşlarından biridir.

Amaç

Bu çalışmada, tesis edilen askeri hastanelerin ilk örneklerinden birini teşkil etmesi sebebiyle konu edinilen Maltepe Askeri Hastanesi'nin inşaat sürecinin bitimi sonrası ilk yıllarında geçirdiği onarımlarla birlikte, hastane çalışanlarının görevlerini düzgün yerine getirip getirmediğine dair uygulanan denetimler incelenecektir.

Materyal ve Metot

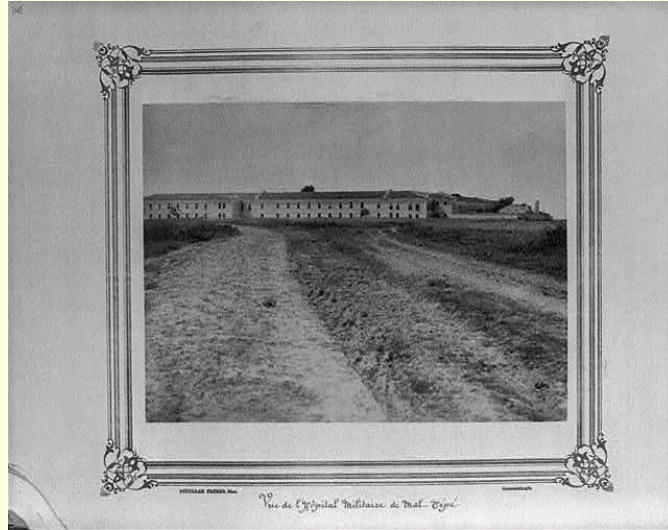
1 Mayıs -20 Temmuz arasında gerçekleştirilen bu çalışmanın temelini arşiv kaynakları oluşturmaktadır. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi fonlarına yoğunlaşarak Cevdet, Yıldız Evrakı ve Hattı Hümayun evraklarından faydalanılmıştır. Arşiv kaynaklarının yanı sıra sağlık literatürü taranarak incelenmiştir. Çalışmada klasik tarih yazımı yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular

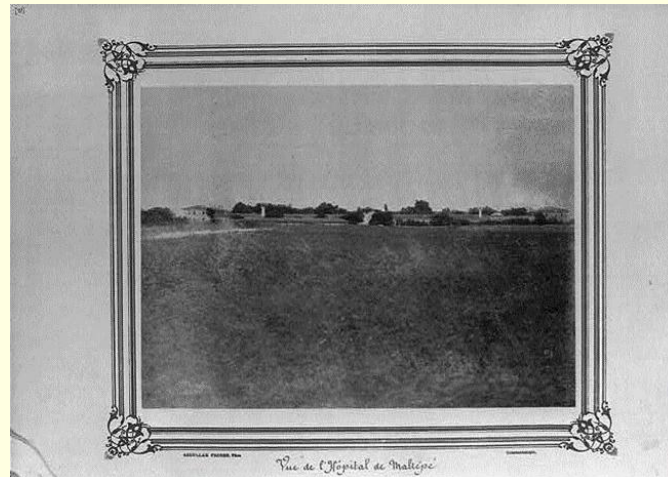
Maltepe Askeri Hastanesi'nin İlk Yıllarında Geçirdiği Onarımlar

İstanbul surlarının dışında, Topkapı bölgesinde, Rami ve Davudpaşa kışlaları arasında konumlanan Maltepe Askeri Hastanesi 1827'de inşa olunmuştur.³ Nitekim yine bu tarihte hastane inşaatının sonuna gelmesi

sebebiyle anahtarının kime verilmesi gerektiği sorulduğunda, II. Mahmud anahtarın Serasker Paşa'ya teslim edilmesini ve hastaların Maltepe Askeri Hastanesi'ne naklinin başlamasını emretmiştir.⁴ Yapının durumu ve içerdiği bölümler hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayan Teftiş-i İnsâniyye Komisyonu azası Doktor Makridi Paşa, 1888'de İstanbul'da bulunan askeri hastaneler üzerine yazdığı makalelerde söz etmiş olduğu üzere, Maltepe Askeri Hastanesini, iki katlı, 17 koğuşlu ve altı odalı olarak betimlemiştir. Hasta yatırılmasına mahsus 600 yatak bulunmakla birlikte, bu sayı sofaların kapılarla kapatılması durumunda 800 yatağa çıkabilmekte ve ihtiyaç durumlarında karakolhane barakalarının da devreye sokulmasıyla yatak sayısı 1000'e kadar yükseltilebilmektedir. Kare şeklindeki hastane türlü meyve ağaçlarına sahip bahçe ile çevrili olup, avlusunda da çeşit çeşit ağaçlar ve bir havuz bulundurmaktadır. Batı tarafındaki büyük kapıdan girilmesinin ardından bir tarafında başhekim (tabib-i evvel), müdür, katiplerin odaları, zahire ve yiyecek ambarı, eczane, ilaç hazırlık odası (istihzârhâne), ecza deposu, başeczacı (eczâcı-yı evvel) ve eczacılar ile havancılarının odaları konuşlanmaktadır. Diğer tarafında ise hekim odaları, yoğun bakım (nükehâ koğuşu), hamam, karantina koğuşu ve hastaların kabulleri sırasında çıkartmış oldukları resmi elbiselerinin saklandığı depo yer almaktadır. Hastanede ek olarak mutfak, çamaşırhane, morg (emvât koğuşu) ve kışın hastaların çamaşırlarının kurutulduğu kafeshane bulunmaktadır. Maltepe Askeri Hastanesi'nde kaymakam rütbesinde bir başhekim ve yine aynı rütbeden bir başhekim yardımcısı (tabib-i sâni) olmak üzere altı hekim daha mevcuttur. Binbaşı rütbesinde bir başeczacı ve beş eczacı, beş cerrah ve bir o kadar da tımarcı bulunmaktadır.³



Şekil 1. Maltepe Askeri Hastanesi.⁵



Şekil 2. Maltepe Askeri Hastanesi.⁶

Bunlara ilaveten 1873’de hastanenin bir bütün olarak değişikliğe uğradığını belirten Makridi Paşa, hastanenin koridorlarının genişletildiğinden bahsetmiştir.³ Ancak bu tarihte yapılan geniş çaplı onarımların yanı sıra Maltepe Askeri Hastanesi, yoğun kullanım, yağmur ve fırtına benzeri doğa olayları sırasında aldığı hasarlar gibi pek çok nedenden dolayı meydana getirildiği 1827 yılından lağvedildiği 1922’ye kadar hizmette kaldığı zaman dilimi içerisinde ufak veya büyük tadilatlardan geçmiştir. Dahası, hastanenin geçirdiği ilk tadilat, muhtemelen yapımının kısa sürede aceleyle gerçekleşmesi sonucunda, inşaatının tamamlanmasının üstünden çok uzun bir vakit geçmeden önce, Aralık 1829’da başlamıştır.

Bu tarihte, Serasker Hüsrev Paşa ve Asâkir-i Mansûre Nâzırı Vekili’nin sundukları takrire göre, Maltepe Askeri Hastanesi ile Davudpaşa Kışlası, Bâb-ı Seraskeri ve Ahırkapı’da bulunan Atik Arabacılar Kışlası’nın da tamire muhtaç mahalleri keşfedilerek tadilat masrafı çıkarılmıştır. Keşif defteri incelendiğinde kiremit, cam, hamam, çamaşırhane ve döşeme tamiri gibi onarımlara ihtiyaç duyan hastanenin tadilat masrafı 7306 kuruş iken, sözü edilen Davudpaşa Kışlası, Bâb-ı Seraskeri ve Ahırkapı’daki Atik Arabacılar Kışlası’nın tadilat masraflarıyla birlikte toplam 69.842 kuruşa ulaşmıştır.⁷ Şubat 1830’a gelindiğinde Serasker Hüsrev Paşa ve Asâkir-i Mansûre Katibi’nin tadilat gerektiren bu mahallerin masraflarının karşılanması için yazdıkları taktirin ardından binaların keşfi Mimar Ağa’ya havale olunmuş ve Maltepe Askeri Hastanesi’nin masrafı bu sefer 7304 kuruş olarak hesaplanmış iken toplam masraf yine 69.842 kuruş olarak kalmıştır.⁸

1830 tarihinin Kasım ayında ise Serasker Hüsrev Paşa’nın Maltepe Askeri Hastanesi’nin tamire muhtaç olduğuna dair taktiri üzerine Mimar Ağa’nın marifetiyle yapılan keşif çalışması neticesinde noksan olan kiremitlerin tamamlanması, cam ve çerçevelerin düzeltilmesi ve yenilenmesi, bazı soba ve döşemelerle birlikte diğer teferruatın tamir olunması gerektiği bildirilmiş, tadilat için gerekli toplam masraf 26.347 kuruş olarak hesaplanmıştır.⁹ Tadilatının Davudpaşa ve Rami kışlaları birlikte olmak üzere, Mansure Ordusu Katibi Mehmed Yekta Efendi’nin gerçekleştirilmesi kararına varılmış ve toplam masrafları için 50.000 kuruşun Hazine-i Amire tarafından ödenmesi buyurulmuştur.^{1,10}

Yekta Efendi’nin tadilatla başlamasının üzerinden iki aydan fazla geçmeden vefat etmesi sebebiyle, tamamladığı ve henüz tamamlamaya fırsat bulamadığı mahallerle masraflar için harcanan miktarların karışması üzerine, Mart 1831’de, tamir edilen mahallerin keşfi gerçekleştirilerek tamir bütçesinden ne kadar harcandığı ve henüz tadilatı gerçekleşmemiş kısımların ne kadar masrafa ihtiyaç duyacağı hesaplanmıştır. Bu bağlamda, Yekta Efendi marifetiyle tadilat edilmiş mahallerin masrafı Davudpaşa Kışlası 72.837 kuruş, Rami Kışlası 42.295 kuruş ve Maltepe Askeri Hastanesi 9.832,5 kuruş olarak toplam 124.964,5 kuruştur. Bundan sonra tamir olacak mahallerin masrafının ise Davudpaşa Kışlası 170.799 kuruş, Rami Kışlası 51.452,5 kuruş ve Maltepe Askeri Hastanesi 7.128 kuruş olmak üzere toplam 229.379,5 kuruş olduğu belirtilmiştir.¹¹ Yekta Efendi’nin marifetiyle yapılan onarımın vefatı nedeniyle yarım kalmasının ardından devamının getirilmesi amacıyla tadilatın munasip başka bir kimseye havale edilmesi gerekmiş ve bu iş için Asâkir-i Mansûre-i Muhammediyye Katibi Osman Bey’de karar kılınmıştır.¹²

Maltepe Askeri Hastanesi’ne Yapılan Denetimler

Maltepe Askeri Hastanesi hizmette kaldığı süreçte hastanenin yalnızca fiziksel koşullarına değil, aynı zamanda çalışanlarının vazifelerini gerektiği şekilde yerine getirip getirmediğine de ihtimam gösterilerek zaman zaman denetlemelerde bulunulmuştur. Bu bağlamda, hastaneden haksız kazanç elde ederek görevlerini suistimal eden, hastalarla layıkıyla ilgilenmeyen personeller hakkında gerekli cezai işlemler uygulanırken, görevlerini layıkıyla yerine getiren personeller taltif edilmişlerdir. Nitekim, yapılan bir teftiş sonrası ortaya çıkan hastane personellerinin görevleri sırasında bulunduğu usulsüzlükler nedeniyle bir ara hastanenin lağvedilmesi dahi gündeme gelmiştir.

Bu kapsamda, maaşlar ve diğer masraflar (mâhiye ve masârif-i müteferrika) adı altında 21.000 kuruş verilmesinin ardından gerçekleşen denetlemede hastalara isimleri, memleketleri, alayları, hastalıkları, hastaneye ne zaman geldikleri ve yürümeye takatleri olup olmadıkları şeklinde sorular sorulmasının ardından mevcut hasta sayısının 67 olduğu keşfedilmiştir. Bu hastalardan yalnızca 15'inin müzmin hasta olduğu, ancak gelecek birkaç gün içerisinde beş veya altısının vefat etme ihtimali olduğundan 10 nefer hastanın kalacağı belirtilmiştir. Halbuki hastane memurları ve hekimleri, Hekimbaşına 118 müzmin hasta olduğunu bildirerek, yanılma yoluyla, aylıklarını 12.395 kuruşa çıkartmışlardır. Bu nedenle hastane memur ve hekimlerinin, hastaları gerekli müddetten fazla alıkoyma ve sayılarını fazla gösterme yoluyla hastaneyi sermayeye çevirdikleri düşünülmüştür. Uzakta olması sebebiyle layığıyla denetleme yapılamayacağından Maltepe Askeri Hastanesi'nin şimdilik tamamen terk edilerek kalan hastaların Ramî, Davudpaşa, Asitâne-i Aliyye ve Toptaşı hastanelerine taksim edilmesi buyurulmuştur. Maltepe Askeri Hastanesi hekimleri Davudpaşa Kışlası'nda bulunan hastaların ölecek derecede bitli olduğunu söylemeleri üzerine de Davudpaşa'daki hastaneye gidilerek hastaların gömleklerine birer birer bakılsa dahi bir bite dahi rastlanmamış ve bu nedenle sözü edilen durum üzerine hastane hekimlerinin bu uydurmalarının kendi meselelerine dikkat çekmek amacı taşıdığı anlaşılmıştır.¹³

Bir diğer vaka ise Maltepe Askeri Hastanesi müdürü Miralay İslam Bey, vekilharç Salih Ağa, katip Nesim ve Ali Efendilerin hastanede bulunan fazla erzakları satarak bu satıştan elde ettikleri kazancı kendi aralarında bölüştükleri ikrarlarıyla ortaya çıkmıştır. Bir sene içerisinde hastane ambarında fazladan kalan 1700 vukiyye* piring, 191 vukiyye sabun ve geçmiş Ramazan'da verilen şekerden 250 okka şekeri satarak aralarında taksim eden İslam Bey, Salih Ağa ile Nesim ve Ali efendilerin toplam 9.992 kuruşu zimmetlerine geçirdiği hesap edilmiştir. Cezânâme-i Hümâyûn hükümleri gereğince bu meblağın kendilerinden geri alınması kararıyla beraber hastanenin dört personeline muhtelif cezalar uygun görülmüştür. Buna göre, İslam Bey'in nişanı ve kılıcı alınarak askeri görevinden ihracıyla askerlikten men edilmesi ve Nesim Efendi ile Ali Efendi'nin bundan sonra askeri hizmetlerde istihdam edilmemek üzere bir süre Bursa'ya sürülmelerine karar verilmiştir. Vekilharç Salih Ağa'ya gelindiğinde ise ihtiyar olması göz önünde bulundurularak cezasının Bâb-ı Seraskeri'de icra kılınmasının uygun olduğu belirlenmiştir.¹⁴

Denetlemeler sırasında, hastane personellerinin görevlerinde usulsüzlüklerde bulunup bulunmadığının yanı sıra, personellerin hastalara gerekli tedaviyi uygulayıp uygulamadığı, hastanenin fiziki koşullarının hastalara elverişli olacak şekilde temiz tutulup tutulmadığı ve hastalara hastalıklarına uygun bir biçimde diyetlerinin belirlenip belirlenmediği de teftiş eden kişiler tarafından dikkat edilmiştir. Bu çerçevede, 1835'in Nisan ve Eylül aylarında hastanede mevcut olan asker sayısının belirtilmesinin ardından hastaların hangi şartlar altında ve ne şekilde tedavi gördüğü konusunda yapılan açıklamalar sözü edilen denetlemelere örnek oluşturmaktadır.

Buna göre, ferman buyurulduğu üzere, hastanelerin koşulları gezilip hastaların hal ve hatırları sorulmuş ve her birinin hastalıkları açık bir şekilde yataklarının üzerindeki yaftalara konularak hastalıklarına uygun tedavide bulunulmuştur. Hastaların ayaklarının her gün sıcak su ile yıkanmasının yanı sıra, hizmetli personelin işlerini güzel bir biçimde yerine getirdiği, yatakların ara ara altları üstlerine getirilerek değiştirildiği, hastaların üzerlerine giydirilen elbiselerin temiz ve diyetle olan ve olmayanlar için gerekli yemeklerin güzelce pişirilerek verilmekte olduğu izah edilmiştir.¹⁵⁻¹⁶

Hastane için yapılan denetlemelere salgın hastalığın baş gösterdiği dönemlerde de oldukça ihtimam gösterilmiştir. Bu bağlamda, kolera vakalarının giderek artış göstermesiyle Ekim 1893'de, İstanbul'daki askeri hastanelerinin temizliğini teftiş etmek amacıyla atanan Hassa Ordusu Baştabib vekili Miralay Namık

* 400 dirhemlik bir ağırlık ölçü birimi olan vukiyye hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Taşkın Ü. Osmanlı Devleti'nde Kullanılan Ölçü ve Tartı Birimleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2005.

Bey ve Seraskerlik yaverlerinden Kolağası Rıza Bey, Maltepe Askeri Hastanesi'nin yanı sıra Daire-i Askeriye, Haydarpaşa, Yıldız, Humbarahane, Gümüşsuyu, Beylerbeyi, Okmeydanı ve Zeytinburnu askeri hastanelerine de teftişlerde bulunmuşlardır.¹⁷

Aralık 1893 ve Nisan 1894 tarihlerinde Maltepe Askeri Hastanesi'ni teftiş eden Namık ve Rıza Beyler hastane hakkındaki muhtelif gözlemlerini raporlarında sunmuşlardır. Hastanenin içini, dışını ve ek yapılarını teker teker teftiş ve muayene etmelerinin ardından her yerin temizliğinin yerinde olduğu görülmüş, eşyaların temiz, hizmetin ve fenni tedbirlerin usulünce uygulandığı rapor edilmiştir. Son olarak hastaların refah ve istirahatlerinin mükemmel bir durumda olduğu zikredilmiştir.^{18,19}

Hastane personelinin hastalarla yeterince iyi ilgilenmediği ve görevini layıkıyla getirmedeği gibi bir durumla karşılaşıldığında da gereken yaptırımlar uygulanmıştır. Bu doğrultuda, 1832 tarihinde, Maltepe Askeri Hastanesi'nde 150 kuruş maaş ile Hastalar Ağası görevinde bulunan Mustafa Efendi, hastalara bir süredir yeterince bakıp dikkat etmediğinden ihracı istenmiştir. Mustafa Efendi'nin yerine ise Tıbhâne-i Amire'de ikinci sınıf öğrencilerinden Mehmed Satı Efendi'nin 300 kuruş maaş ve beygiri için arpa ve saman tayinatını ile hastane müdürü namıyla tayin olunması Serasker Hüsrev Paşa ile başhekim tarafından müzakere edilmesinin ardından dile getirilmiş ve dönemin hükümdarı II. Mahmud tarafından onaylanmıştır. Müdür olarak görevleri ise hastalara daima layıkıyla bakıp gözetmek, her gün hastanede ne kadar hasta ve hizmetçi mevcut ve hastaların ne kadarına yağlı ne kadarına yavan yemek verildiğine dair jurnalleri Bâb-ı Seraskeri'ye göndermek ve hastalarla ilgili farklı hususların tümüne dikkat etmek olarak açıklanmıştır.²⁰ Mehmed Satı Efendi'nin Maltepe Askeri Hastanesi'ne müdür olarak tayin edilmesinin üzerinden birkaç sene geçmesinin ardından, hastalarla güzel ilgilenmesi ve hastane işlerini iyi idare etmesi sebebiyle, Asâkir-i Mansûre Kaymakamlığı'na getirilmesi ve kaymakamlık nişanıyla bir kabza kılıç verilmesi uygun görülmüştür.²¹

Takvîm-i Vekâyi'nin 4 Şubat 1844 ve Journal de Constantinople Echo de L'Orient'in 11 Ağustos 1846 tarihli nüshalarından anlaşılacağı üzere Sultan Abdülmecid'in iki yıl arayla Maltepe Askeri Hastanesi'ni ziyarette bulunmuştur. Takvîm-i Vekâyi'nin aktardığı habere göre Maltepe Askeri Hastanesi'ne teşrif edip, bizzat koğuşları gezerek, hasta yatakları, hastaların istirahatleri ve tedavileri hakkında gözlemlerde bulunmasının ardından hastalara sağlanan yiyecek, içecek ve tedavi ile durumlarının iyi olduğu, memurların görevlerini güzel bir şekilde yerine getirdiğine şahit olmuş ve daha sonrasında da Rami ve Davudpaşa kışlıklarına da uğramıştır.²² Journal de Constantinople Echo de L'Orient'in İstanbul hakkında çeşitli haberleri aktardığı bölümde bahsedilene göre 10 Ağustos'ta Sultan Abdülmecid beraberindeki Hekimbaşı İsmail Efendi ile Maltepe Askeri Hastanesi'ne ziyarette bulunmuş, ancak haberde bu ziyaretin ayrıntılarından söz edilmemiştir.²³

Sonuç

Osmanlı Devleti'nin XVIII. yüzyıl sonlarında savaşlarda aldığı ağır yenilgiler neticesinde III. Selim'in devletin çeşitli kurumlarını kapsayan, ancak öncelikli olarak askeri alanda yenilik hedefleyen Nizâm-ı Cedîd programıyla Batı tarzında düzenli ordu kurulmasının yanı sıra kışlıklar ve askeri hastaneler şeklinde yeni kurumlar da teşkil edilmiştir. Dahası, askeri hastanelerin inşası, tıpta modernleşmenin ilk adımlarının atılmasının önünü açmıştır. Ancak yenilik karşıtı grupların baş kaldırısı üzerine, III. Selim'in tahtan indirilerek yerine IV. Mustafa'nın geçmesi ile kısa bir dönem modernleşme yolunda kısa bir duraklama yaşansa da II. Mahmud'un tahta çıkışıyla reformlar hızla devam etmiş ve Yeniçeri Ocağı'nın lağvedilmesi önemli bir dönüm noktası olmuştur. Nitekim, bu ocağın kaldırılmasının ardından 1826'da kurulan Asâkir-i Mansûre-i Muhammediyye, birçok yeni kışla ve askeri hastanenin kuruluşuna öncülük etmiştir. Asâkir-i Mansûre-i Muhammediyye'nin kuruluşunu takriben 1827'de inşaatlarına başlanan Rami ve Davudpaşa Kışlıkları ve bu kışlalardaki askerlere sağlık hizmeti sunmak amacıyla açılan Maltepe Askeri Hastanesi yeni kurulan kışla ve askeri hastanelere örnek teşkil etmektedir. Tüm bunlara ilaveten, tıpta yaşanan modernleşme hareketleri

de II. Mahmud saltanatı sırasında ivme kazanmış ve ordudaki askerlere hizmet edecek hekimlerin yetiştirilmesi amacıyla yine 1827’de Tıbhâne-i Amire vücuda getirilmiştir. Maltepe Askeri Hastanesi inşa edilen ilk askeri hastanelerden olması nedeniyle önem arz etmektedir. Bu hastane muhtemelen inşasının hızla yerine getirilmesi nedeniyle yapımından yaklaşık iki yıl gibi bir süre sonra olan 1829 tarihinde muhtelif onarımlara ihtiyaç duymuştur. Dahası hastane çalışanlarının usulsüzlüklerde bulunup bulunmadığı, hastaneyi güzel bir biçimde idare edip etmediği, hastalar ile iyi ilgilenip ilgilenmediği gibi konuların anlaşılması amacıyla hastane hizmette kaldığı süre zarfında pek çok kez denetlenmiştir. Görevlerini layıkıyla yerine getiren personel taltif edilirken, görevini düzgün bir şekilde ifa etmeyen personel hakkında gerekli cezai yaptırımlar uygulanmıştır. Ayrıca, Sultan Abdülmecid dahi 1844’de Maltepe Askeri Hastanesi’ne ziyarette bulunarak hastane, personel ve tedavi olan hastalar hakkında bilgi almış ve daha sonra 1846’da ikinci ziyaretini gerçekleştirmiştir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Bu makale, yüksek lisans tez çalışmasından üretilmiştir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Yasemin Ayyıldız: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

İsmail Yaşayanlar: Fikir, tasarım, denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Çelik Y. Râmi Kışlası: II. Mahmud Devrinde Aydın-Despotik Modernleşmenin Karargâhı. İstanbul: Vakıfbank Kültür Yayınları; 2022.
2. Yıldırım N. Osmanlı Darüşşifalarından Modern Hastanelere. 14. Yüzyıldan Cumhuriyet’e Hastalıklar- Hastaneler- Kurumlar. Sağlık Tarihi Yazıları I içinde. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları; 2014; 272-310.
3. Macridy Pacha, Notice Sur les Hôpitaux Militaires de Constantinople. Hôpital de Haidar-Pacha, Hôpital de Maltépé. Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires de L’Empire Ottoman, 1888: Yıl:1 Sayı: 16; 5-6.
4. Başbakanlık Osmanlı Arşivi (BOA.), Hattı Hümayun (HAT), 317/18668, H. 1243.
5. Library of Congress, USA. Photographer: Abdullah Frères. <https://www.loc.gov/item/2003675878/>
6. Library of Congress, USA. Photographer: Abdullah Frères. <https://www.loc.gov/item/2003675877/>
7. BOA., Bâb-ı Defterî Başmuhasebe Bina Eminliği Defterleri (D. BŞM. BNE. d.), 16372, 5 Recep 1245.
8. BOA., Cevdet Askeriye (C. AS.), 784/33217, 20 Şa’bân 1245.
9. BOA., (Cevdet Sıhhiye) C. SH., 17/839, 3 Cemâziyye’l-âhir 1246.
10. BOA., C. AS., 407/16812, 27 Cemâziyye’l-evvel 1246.
11. BOA., C. AS., 192/8267, 15 Ramâzân 1246.
12. BOA., C. SH., 7/330, 15 Zî’l-ka’de 1246.
13. BOA., C. SH., 2/90, H. 1255.
14. BOA., İrâde Dâhiliye (İ. DH.), 58/2875, 23 Rebî’ü’l-evvel 1258.
15. BOA., C. SH., 16/769, 22 Zî’l-hicce 1250.
16. BOA., C. SH., 7/319, 28 Cemâziyye’l-evvel 1251.
17. Babuçcu M. Osmanlı Devleti’nde Askerî Sağlık Hizmetleri (1876-1908). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2015.
18. BOA., Yıldız Mütenevvi Ma’rûzât Evrâkı (Y. MTV.), 88/43, 5 Cemâziyye’l-âhir 1311.
19. BOA., Y. MTV., 93/126, 17 Şevvâl 1311.
20. BOA., HAT, 469/22938, H. 1248.
21. BOA., HAT, 310/18296, H. 1251.
22. Takvîm-i Vekâyi. 4 Şubat 1844, Sayı: 265.
23. Journal de Constantinople, Echo de L’Orient. Nouvelles Diverses de Constantinople. 11 Ağustos 1846. Yıl: 1 Sayı:1.

Doktor Cemal Zeki'nin 1925-1927 Yılları Arasında Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Dergisindeki Makalelerinin İncelenmesi*

An Analysis of Doctor Cemal Zeki's Articles in Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Magazine Between 1925-1927

Meryem Öztürk Önalⁱ, Nurdan Kırımlıoğluⁱⁱ

ⁱDoktora Öğr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD. <https://orcid.org/0000-0001-6982-4014>

ⁱⁱDoç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0003-3156-6616>

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Doktor Cemal Zeki'nin 1925-1927 yılları arasında Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu dergisinde kaleme aldığı yazılarının ana temalarını ve konularını analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı tarafından Latin alfabesiyle transkribe edilerek yeniden yayımlanan, eski harfli Türkçe kadın dergilerinden biri olan Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu dergisindeki makalelerin incelenmesi sonucunda Ocak-Nisan 2022 tarihleri arasında hazırlanmıştır. Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinin analiz tekniklerinden biri olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle, Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Dergisi'nde yer alan Doktor Cemal Zeki'nin makalelerinin ana temaları sistematik bir şekilde incelenmiş ve değerlendirilmiştir.

Bulgular: Makalelerin incelenmesi sonucunda; "Kadın Sağlığı ve Üreme", "Anne-Çocuk Sağlığı", "Hastalıklar ve Toplum Sağlığı" şeklinde üç ana tema tespit edilmiştir. Bu üç ana tema: "İntihar, Kadınların Evlenme Yaşı, Verem, Charleston Dansı, Dergide Adı Geçen Hastalıklar (Kanser, Kısırlık, Bel Soğukluğu, Zührevi Hastalıklar), Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Yolları, Çocuk Düşürmek, Bulaşıcı Hastalıklar ve Grip" şeklinde alt temalardan oluşmaktadır.

Sonuç: Dr. Cemal Zeki'nin makalelerinde, özellikle gebelik sonlandırma uygulamaları, anne-çocuk sağlığı, genç yaşta evliliğin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ve kadın sağlığına zararlı aktiviteler detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu makaleler, kadınların sağlık bilincini artırmayı ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etmeyi hedeflemiş, aynı zamanda da Cumhuriyet'in modernleşme ve halk sağlığı reformlarına da hizmet etmiştir. Dr. Cemal Zeki'nin katkıları, dönemin sağlık bilincinin geliştirilmesi ve toplumu bilgilendirme çabaları açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler: Cemal Zeki, Türk Kadın Yolu, Kadın Dergileri, Sağlık

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze the main themes and topics of the articles written by Dr. Cemal Zeki in the Kadın Yolu / Türk Kadın Yolu magazine between 1925-1927.

Method: This study was prepared between January and April 2022 as a result of the analysis of the articles in the Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu magazine, one of the old-script Turkish women's magazines, which was transcribed into the Latin alphabet and republished by the Women's Library and Information Center Foundation. The study employed the content analysis method, one of the analytical techniques used in qualitative research. Through this method, the main themes of Dr. Cemal Zeki's articles in the Kadın Yolu / Türk Kadın Yolu magazine were systematically examined and evaluated.

Results: As a result of the analysis, three main themes were identified: "Women's Health and Reproduction," "Maternal-Child Health," and "Diseases and Public Health." These three main themes were composed of sub-themes such as "Suicide, Marriage Age of Women, Tuberculosis, Charleston Dance, Diseases Mentioned in the Magazine (Cancer, Infertility, Gonorrhoea, Venereal Diseases), Ways to Prevent Infectious Diseases, Abortion, Infectious Diseases, and Influenza."

Conclusion: In Dr. Cemal Zeki's articles, practices related to pregnancy termination, maternal-child health, the negative impacts of early marriage on health, and harmful activities for women's health were discussed in detail. These articles aimed to raise women's health awareness, promote healthy lifestyle habits, and also contributed to the Republic's modernization and public health reforms. Dr. Cemal Zeki's contributions are valuable in terms of developing health awareness and informing the public during that period.

Keywords: Cemal Zeki, Türk Kadın Yolu, Women's Magazines, Health

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):96-109

DOI: 10.31020/mutfd.1550970

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 16 Eylül 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 01 Ekim 2024

İletişim- Correspondence Author: Meryem Öztürk Önal <meryemozturkonal@gmail.com>

Giriş

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunu takip eden yıllarda, sosyal, siyasal, hukuki ve eğitim alanlarında kapsamlı reformlar hayata geçirilmiştir. Bu köklü dönüşümler, basın aracılığıyla topluma duyurulmuş; aynı zamanda halk, taleplerini basın yoluyla devlet otoritelerine iletmıştır.

Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinden itibaren kadınlar da gazete ve dergi yayımlamaya başlamışlardır. Cumhuriyet'in ilk yıllarında bu yayınları, kadınların sosyal ve siyasi haklarını savunmak ve bazı hakları talep etmek amacıyla bir araç olarak kullanmışlardır. Kadınların toplumsal statülerinin iyileştirilmesi, sosyal ve siyasal hakların kazanılması ve çok yönlü bir gelişim göstermeleri için verdikleri mücadele, bu yayınlar aracılığıyla geniş kitlelere duyurulmuştur.

Çalışmada, Doktor Cemal Zeki'nin 1925-1927 yılları arasında yayımlanan Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu dergisinde yer alan makalelerinin ana temalarının ve konularının analizi amaçlanmıştır. Bu araştırma ile kadınların yayımladıkları dergilerin tarihsel süreç içerisindeki önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca, bu çalışma, kadın dergilerinde hekimler tarafından kaleme alınan yazıların toplum ve kadın sağlığı açısından taşıdığı önemi vurgulamakla birlikte, dönemin sağlık bilgisinin açığa çıkarılması bakımından da önemlidir.

Cumhuriyet Dönemi Kadın Dergileri

Cumhuriyet dönemiyle birlikte elde edilen siyasi haklar, eğitim olanaklarının genişlemesi ve kadınların iş gücüne katılma imkanlarının artması gibi bir dizi hak, kadınların toplum içinde daha belirgin bir konuma gelmesine katkı sağlamıştır. Bu süreçte, kadınlar yalnızca toplumsal hayatta değil, düşüncelerini daha özgürce ifade edebildikleri yayıncılık alanında da aktif rol almaya başlamışlardır.¹ Cumhuriyet sonrası dönemde: "Süs (1923)", "Firuze (1924)", "Kadın Yolu /Türk Kadın Yolu (1925)", "Cumhuriyet Kadını (1934)", "Elle Dergisi (1945)", "Hanımeli (1947)",¹ "Hemşireler Dergisi (1950)", "Resimli Hayat (1952)", "Kadınca (1978)", "Rapsodi (1988)", "Kaktüs (1998)", "Marie Claire(1988)", "Kim (1992)", "Cosmopolitan (1992)" adlı dergiler kadınlar tarafından yayına kazandırılan dergilerden bazılarıdır.² Cumhuriyet Dönemi kadın dergileri, ele aldıkları konular, yayın süreleri ve yazar kadrosunun cinsiyeti açısından belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu farklılaşmanın sebepleri arasında, toplumun geçirdiği dönüşüm ve modernleşme süreci, mevcut ideolojik ve siyasi yaklaşımlar, kadının toplumsal rolüne dair algılardaki değişimler, eğitim seviyesinin ve hedef okur kitlesinin çeşitliliği, dergilerin yayın sürekliliği ile yazar kadrosundaki bireylerin farklılıkları gibi etkenler yer almaktadır.¹

Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu (1925-1927) Dergisi'nin Tanıtımı

Kadın Yolu/ Türk Kadın Yolu Dergisi, Türk Kadın Birliği'nin 1925-1927 yılları arasında yayın organı işlevi görmüştür. Dergi, Cumhuriyet'in ilanından sonra kadınların bazı hakları elde etmesinde etkili olmuştur.¹ 16 Temmuz 1925 tarihinde yayına başlayan Kadın Yolu Dergisi 3. sayıdan itibaren "Türk Kadın Yolu" olarak yayın hayatına devam etmiştir.³

Türk Kadın Yolu Dergisi'ndeki yazılardan elde edilen bilgiler ışığında dergiyi kısaca şu şekilde tanıtabiliriz:

- Derginin sahibi olan Nezihe Muhiddin, aynı zamanda derginin başyazarıdır. Pakize Ahmed, Doktor Rifat, Enver Behnan, Doktor Cemal Zeki, Efazayış Yusuf, Mehmed Said, Hatice Refik, diğer yazarlardan bazılarıdır.
- Abonelik işlemleri Kadın Birliği'nin Şehzadebaşı adresinde yapılmaktadır.
- Dergi toplamda 30 sayı olarak yayın hayatını tamamlanmıştır.
- Derginin fiyatı sürekli değişmektedir. 4. sayıdan itibaren "memalik-i ecnebiye" şeklinde yurt dışı fiyatlarının belirlenmesi derginin yurt dışında da faaliyet gösterdiğine işaret etmektedir.

- Genelde önemli kişilerin fotoğrafları derginin kapağına basılmıştır.

Nezihe Muhiddin, kadınların siyasi haklarını elde edebilmesi için çeşitli girişimlerde bulunmuştur. Kadınlar Halk Fırkası'nın başkanlığını bu amaçla yerine getirmiştir. Parti yerine cemiyet kurmaları önerilen kadınlar, Nezihe Muhiddin öncülüğünde 1924' de Türk Kadın Birliği'ni kurmuşlardır.⁴ Nezihe Muhiddin, Türk Kadın Yolu dergisini kadınların siyasi hakları için mücadele eden Kadınlar Birliği'nin resmi yayın organı haline getirmiştir.⁵ Kadın Yolu Dergisi Nezihe Muhiddin'in Kadınlar Birliği başkanlığından istifaya zorlanmasının ardından 1927 yılında yayımına son vermiştir.⁶

Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu dergisi, kadınların siyasal ve sosyal haklarının kazanılmasının önemini vurgularken, aynı zamanda kadınları tıbbi konularda bilgilendirmektedir. Bu çerçevede, hekimler tarafından kaleme alınan makalelerin varlığı, kadınların sağlık alanındaki bilgi eksikliğinin giderilmesi açısından dikkat çekicidir. Ayrıca dergide, dönemin hekimlerinin toplum ve kadın sağlığına ilişkin bakış açısını Doktor Cemal Zeki ve Doktor Rifat'ın yazıları bağlamında görmekteyiz. Çalışma kapsamında, bu iki hekimden biri olan Doktor Cemal Zeki'nin yazıları, kadın, çocuk ve toplum sağlığı alanlarında, Doktor Rifat'ın yazılarına kıyasla daha geniş konu kapsamına sahip olduğu için tercih edilmiştir. Ayrıca Dr. Zeki'nin bu konular çerçevesinde yazdığı kitapların bu dergide tanıtılması da onun yazılarının tercih edilmesinin bir diğer sebebidir.

Doktor Cemal Zeki (Önal) Kimdir?

Doktor Cemal Zeki (Önal) nisaiye (jinekoloji) uzmanıdır. İstanbul'da intihar salgını ile ilgilenen ilk hekimlerdendir. Doktor Zeki, 1927 yılında intiharı bilimsel bir araştırma alanı olarak ele almıştır. İntiharın sebeplerini ve intiharı önleme yöntemlerini yazılarında tartışmıştır.⁷

Kadın Yolu /Türk Kadın Yolu Dergisi'nde bazı reklamlar yapılmaktadır. Bu reklamlarda Doktor Cemal Zeki'nin de iki adet kitabının tanıtımı yapılmıştır. Kitaplarından ilki "Çocuk Düşürmek" adını taşımaktadır.⁸ Doktor Cemal Zeki'nin tanıtımı yapılan bir diğer kitabı ise "Evlilik ve Mahremiyetleri, sevmek, sevilme...Aşkın Fizyolojisi" dir.⁸

Materyal ve Yöntem

Materyal

Bu çalışmada Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı 20.Yıl Özel Yayını Yeni Harflerle Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu (1925-1927) adlı eser temel alınmıştır. Derginin orijinal hali 1925-1927 yıllarında, Osmanlı Türkçesi ile basılmıştır. Prof. Dr. Nevin Yurdseven Ateş tarafından 2009 yılında yeni harflerle yeniden yayıma hazırlanmıştır. Derginin yeni harflerle yayın hayatına kazandırılması projesi Finlandiya Büyükelçiliği tarafından desteklemiştir. Bu basım, toplamda 528 sayfadan oluşmakta olup, Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı'nın "Kadınların Belleği" dizisinin bir parçasını teşkil etmektedir.⁸

Yöntem

Nitel araştırma; gözlem, görüşme veya doküman analizi gibi veri toplama yöntemlerinin kullanılmasıyla olay ve olguların arka planlarının gerçekçi ve bütüncül şekilde ortaya konulması için izlenen araştırma yöntemi sürecine denilmektedir.⁹ Doküman incelemesi ile araştırılmak istenilen olgu veya olay hakkında bilgiler içeren yazılı materyaller derinlemesine analiz edilmektedir. Doküman analizi tek başına veya diğer veri toplama yöntemleriyle birlikte kullanılabilir.¹⁰ Araştırmamız kapsamında nitel araştırma veri toplama yöntemlerinden biri olan doküman analizi ile veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. İçerik analizi, okuyucunun anlamasını kolaylaştırmak amacıyla benzer verilerin belirli temalar altında bir araya getirilmesi işlemine denilmektedir.¹¹ İçerik analizi yöntemi, metinlerin söylemlerinin tespitinde temel bileşenlerinin ne olduğu, metin/söylem içeriğinin nasıl sınıflandırılıp yorumlanacağını ortaya koyan metodolojik ve nesnel bir yöntemdir. Görsel ya da metin için belirlenen

kategorilerin analizini gerçekleştirmeyi sağlamaktadır.¹² Söz konusu makalelerin içerik analizinin yapılması, ana temaları ve alt temaların belirlenmesi, yorumlanıp rapora dönüştürülmesi amacıyla MAXQDA 2024 yazılımı kullanılmıştır. Bulgular konunun daha iyi anlaşılması için metinden orijinal alıntılarla desteklenmiştir.

Bulgular

Cumhuriyet dönemi kadın dergilerinde ele alınan sağlık konuları üzerine yapılan bir tez çalışmasında konuların genel itibarıyla “Tetik-Tanıtım, Üreme Sağlığı, Genel Sağlık, Estetik” şeklinde dört ana tema etrafında incelendiği tespit edilmiştir.¹³

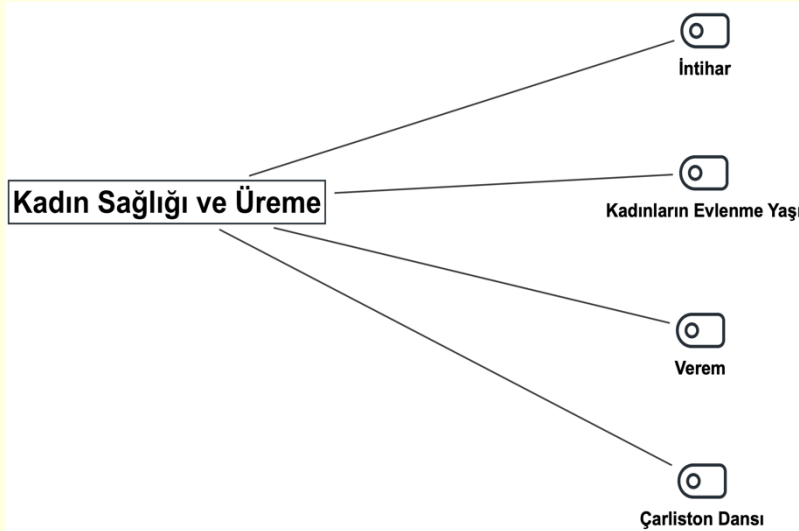
Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Dergisi’nde yer alan Doktor Cemal Zeki’ye ait makalelerin analizi sonucunda elde edilen bulgular neticesinde ise, “Kadın Sağlığı ve Üreme”, “Anne-Çocuk Sağlığı”, “Hastalıklar ve Toplum Sağlığı” olmak üzere üç ana tema ve bu temaların alt başlıkları belirlenmiştir.

Tablo 1. Dr. Cemal Zeki’nin dergideki makalelerinin ana temaları ve alt başlıkları

Ana Temalar	Kadın Sağlığı ve Üreme	Anne-Çocuk Sağlığı	Hastalıklar ve Toplum Sağlığı
	1. İntihar	1. Çocuk Düşürmek	1. Dergide Adı Geçen Bazı Hastalıklar
	2. Kadınların Evlenme Yaşı	2. Bulaşıcı Hastalıklar ve Grip	(Kanser, Zührevi Hastalıklar, Kısırlık, Bel Soğukluğu)
Alt Temalar	3. Verem		2. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Yolları
	4. Çarliston Dansı		

Doktor Cemal Zeki, kadın sağlığını kadının hem biyolojik cinsiyeti bağlamında hem de annelik rolü çerçevesinde ele almıştır. Bu perspektif, ilk iki temanın oluşumuna zemin hazırlamıştır. Üçüncü tema ise dergideki toplum sağlığına dair genel sağlık konuları ve makalelerde adı geçen hastalıklar üzerinden şekillenmiştir.

Tema 1. Kadın Sağlığı ve Üreme



Metin incelendiğinde kadın sağlığı ve üremesi ile doğrudan ilişkili olan dört alt tema tespit edilmiştir.

1.1 İntihar

1920'li yıllarda intihar vakalarındaki artış, özellikle 1927'de basında daha fazla yer bulmuş ve bu durum hem halk hem de uzmanlar tarafından "İstanbul'da İntihar Salgını" olarak nitelendirilmiştir. O dönemde Darülfünun'da sosyoloji dersleri veren Bonnafous, intiharların yalnızca cinnet geçiren veya bunalımda olan kişilerle ilişkilendirilmesinin yetersiz olduğunu, toplumsal sebeplerin daha fazla önemsenmesi gerektiğini

vurgulamıştır.¹⁴ Cumhuriyet döneminde intihar notları, intihar haberleri ve konuyla ilgili yazıların yanı sıra edebi eserlerde de intihar sıkça işlenen bir motif olmuştur. Yazarların toplumsal bağlamı, bu eserlerde intihar temasının benzer şekilde işlenmesini sağlamaktadır ve bu durum dönemin “İntihar Salgını” algısı açısından önemlidir.¹⁵ Durkheim, intiharları üç sebebe ayırmaktadır:

1. **Bencil İntiharlar:** Bireyin toplumla bağının kopması ve aşırı bireyselleşme sonucu gerçekleşir.
2. **Elcil İntiharlar:** Toplumla aşırı bütünleşmenin sonucu ortaya çıkar ve bireyin kendini yetersiz hissetmesine yol açar.
3. **Kuralsızlık İntiharı (Anonim İntihar):** Çağdaş toplumlarda görülen kuralsızlık, bunalımlara ve intiharlara sebep olur; bu durum ani toplumsal değişimlerden kaynaklanmaktadır.¹⁶

Doktor Cemal Zeki, intihar olgusunu bireylerin akıl sağlığı sorunları ve ruhsal çöküntülerle açıklamaktadır. O dönemde birçok hekim İstanbul'daki intihar vakalarında, kadınların erkeklere göre daha fazla intihar eğiliminde olduğunu ve çevrelerinden daha fazla etkilendiklerini belirtmektedir. Bu nedenle, o dönemde pek çok hekim kadınların kontrol altına alınarak daha uyumlu hale getirilmesi gerektiğini savunmuştur.¹⁴ İntiharla ilgili yapılan çalışmalar genç olmanın özellikle de 15-24 yaş arasında olmanın, umutsuz ve yalnız bir birey olmanın, yaşamın devam edebilmesi için çok az nedene sahip olmanın intihar açısından riskli grupları meydana getirdiğini ortaya koymuştur.¹⁷

Doktor Zeki'nin “Genç Kız ve Kadınlarda İntihar” makalesinde, intiharın yanlış bir eylem olduğu ve yaşamın bir hak olduğu vurgulanmıştır. Toplumdaki intiharlar üç nedene bağlanmıştır ve bu intiharların delilikten ziyade fizyolojik nedenlerden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Doktor Cemal Zeki'nin odaklandığı konu, gençlerde ergenlik döneminde yaşanan buhranların intiharla bağlantısıdır.

“İntihar: bir insanın bilerek hayatına kastetmesi, ölümlü kucaklaşmasıdır. Halbuki yaşamak bir haktır bu hakkı çiğnemekse beşerin nefesine tatbik ettiği en müthiş cürüm, en iğrenç ihanettir.” “İntiharlar umumiyetle üç zümreye ayrılabilirler. 1.Alelâde, basit intiharlar, 2.Sinir hastalıklarından mütevellid intiharlar, 3.Gençlerde bülûğ buhranından mütevellid intiharlar.” (Genç Kız ve Kadınlarda İntihar, No. 30, 1 Ağustos 1927, s.2-3).⁸

Doktor Cemal Zeki, genç kızların intiharlarında aşk veya fakirlik gibi sebeplerden ziyade buluş yaşından kaynaklanan bunalımın etkili olduğunu düşünmektedir. Bu dönemdeki gençlerin yakından takip edilmesinin büyüklerin önemli bir sorumluluğu olduğunu belirtmektedir. Genç kızların bedenlerinin maddi ve manevi açıdan her türlü yorgunluktan korunması gerektiğini ve sağlıklarının yanı sıra ruh hallerine iyi gelecek aktivitelerin yapılmasının da önemli olduğunu vurgulamaktadır.¹⁸

Cumhuriyetin ilk dönemlerinde artan intihar vakalarını Türk ve İslam kültürü açısından uygun bulmayan uzmanlar, intihar eğilimi olan kişileri manevi açıdan kontrol edecek sistemlerin getirilmesini önermektedir. Toplumda caydırıcı olması açısından intihar edenlere kıymet vermemek, vatana ihanet etmiş kabul etmek ve öldükten sonra merasim dahi yapmamak şeklinde öneriler sunulmuştur.¹⁸ O dönemde hekimler ve sosyologlar intihar vakalarına bakışta farklı görüştüler. Hekimler, intiharı kişiliğin ve bunalımların sonunda yaşanan bir tür cinnetin ifadesi olarak görmekteydiler. Sosyologlara göre ise durum sosyal açıdan yaşanan değişim ve toplumsal sebeplere dayanmakta ve toplumsal değişimlerin normal olan sonuçları olarak görülmekteydi.¹⁹ Zafer Toprak, Dr. Cemal Zeki'ye göre intiharın nedenlerini açıklamasının ardından kızların intiharlarını sosyolojik açıdan ele almıştır. Ona göre, intiharın başlıca nedenlerinden biri, Dünya Savaşı sonrası toplumsal dönüşümle birlikte kadının merkezi konumunun artmasıdır. Kadınların özgürlük alanlarının genişlemesi, geleneksel düzenin sarsılmasına yol açarak, kadınlık görevine odaklanmaları etkilemiştir. Bu dönemde yapılan tıbbi çalışmalar, kadınların biyolojik ve psikolojik farklılıklarını

vurgulamıştır. İstatistikler, kadınlar arasında intihar vakalarının arttığını göstermektedir. Hekimler, kadın ergenliğinin erkeklerden farklı olduğunu ve dış etkenler nedeniyle denetlenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Toplumsal değişiklikler ve eğlence hayatı, kızların intiharlarının belirgin nedenleri arasında yer almaktadır.⁷

1.2 Kadınların Evlenme Yaşı

Doktor Cemal Zeki, kadınların evlilik yaşında yapılacak değişikliğin önemine değinmiştir. İlgili yazıda, 1. Türk Tıp Kongresi'nde kızların 18 yaşından önce evlenmemesi gerektiğinin vurgulandığı da belirtilmektedir.

“Gözlerimiz her gün bu feci sahnelerin yeni bir misalini görerek kan taşıyor. Bu facialar yalnız çırpınanları değil, refah içinde yüzen nice genç kızları kemiriyor. Geçen sene Ankara’da toplanan Birinci Türk Tıp Kongre’sinde genç kızların (18) yaşından evvel evlenmemeleri hakkında mukarrerât ittihaz edildi...Herhâlde bir düstur şeklinde bu hakikat kabul edilmeli. Genç kızların yirmi yaşına gelmeden evlenmelerine müsaade edilmemeli.” (Verem ve İzdivac, No.25, 15 Kânûn-ı Sani/Ocak 1927, s.1-2).⁸

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren fizyolojik ve psikolojik açıdan evliliğe hazır olmaları amacıyla kadın ve erkek için evlilik yaş sınırı gündeme gelmiştir.²⁰ Evlilik öncesinde kadın ya da erkeğin, psikolojik ve fizyolojik olarak gelişimini tamamlamış olması, haklarının farkında olup bunları koruyabilmesi, yetişkinliğin önemli göstergeleridir. Evlilik için 18 yaş sınırının belirlenmiş olması, bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak evliliğin getirdiği sorumlulukları taşıyabilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır.²¹ Erken evlilikler, düşük eğitim seviyesi, üreme sağlığı sorunları, kadına ve çocuğa yönelik şiddet ve istismar gibi sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca benlik kaybı, özgüvensizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı gibi manevi sorunlara yol açmaktadır. Erken ve sık gebelikler, anne-çocuk ölümlerini artırmaktadır. 18 yaş altı evlilik yaşayan çocuklar ise evlilik sonrası akranlarından uzaklaşma, yetersizlik hissi ve toplumsal izolasyon gibi sorunlarla karşılaşmaktadır.²²

1.3 Verem

Cumhuriyet kurulduğunda verem en yaygın hastalıklardandı. Bu sebeple o yıllarda verem ile mücadele önemsenmiştir.²³ Özellikle kötüleşen yaşam koşulları veremin nüfusun tamamını tehdit eden bir hastalık olmasında etkili olmuştur.²⁴ 1927 yılında gerçekleştirilen 2. Milli Türk Tıp Kongresi’nde yaygınlığı sebebiyle verem ve trahoma özellikle değinilmiştir. Veremin korkunç bir hastalık olduğunu ve insanın sağlığında nasıl bir tahribata sebep olduğu hakkında halkı bilgilendirmek amacıyla “Cidal” adlı bir dergi dahi çıkarılmıştır.²⁵

Doktor Cemal Zeki, "Verem ve İzdivaç" başlıklı makalesinde evlenme yaşı ile verem arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir.

“Genç yaşta, henüz uzviyetin lâıyıkıyla inkişaf ve tekâmül edemediği bir zamanda vâki’ olan izdivaçlar, hemen daima meş’um neticeler verir. Birçok ciddi mahzurları olan bu hâl, birçok rahatsızlıkta: Âdetlerin intizâmsızlığına, fazla kan boşalmalarına sebep oluyor. Çok defa kadını kadınlıktan ayıran, bedbaht öksüz kılan kısırlığı intâc eder. Tenasül uzuvlarında mûcib olduğu bu hastalıklardan başka asıl vücudun mukâvemetini kıran, hâyatı tehlikeye koyan birçok rahatsızlıklara, bilhassa verem denilen korkunç hastalıkların alevlenmesine, süratli bir seyir almasına sebebiyet veriyor.” (Verem ve İzdivac, No.25, 15 Kânûn-ı Sâni/Ocak 1927, s.1-2).⁸

Ayrıca, verem ile sağlıklı beslenme, sağlıklı bir ortamda bulunma ve yoksulluk arasındaki bağlantıdan bahseden Doktor Cemal Zeki, veremin kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görüldüğünü ifade etmiştir.⁸

Her yıl dünyada yaklaşık bir milyon kadın tüberkülozdan ölmektedir ve bu ölümlerin çoğu üreme çağında gerçekleşmektedir. Araştırmalar, 15-44 yaş arası kadınlarda tüberkülozun erkeklere göre daha hızlı ilerlediğini, bunun da üreme dönemiyle ilgili fizyolojik değişikliklerden kaynaklanabileceğini göstermektedir.²⁶ Kız ve erkek çocukları arasındaki fark ergenlikte yaşanan biyolojik ve sosyal değişikliklerle ortaya çıkmaktadır.²⁷ Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı gibi sosyo-kültürel faktörler, enfeksiyon riskini ve sağlık

arama davranışlarını etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tüberküloz kontrol stratejisi, şüpheli olguların sağlık kuruluşlarına başvurmasını öngörse de kadınlar yetersiz bilgi ve cinsiyet kısıtlamaları nedeniyle zorluklar yaşamakta, başvurmamaktadır. Tüberküloza bağlı sosyal damgalanma da başvuruyu ve bilgi arayışını engellemektedir.²⁸

1.4 Çarliston Dansı

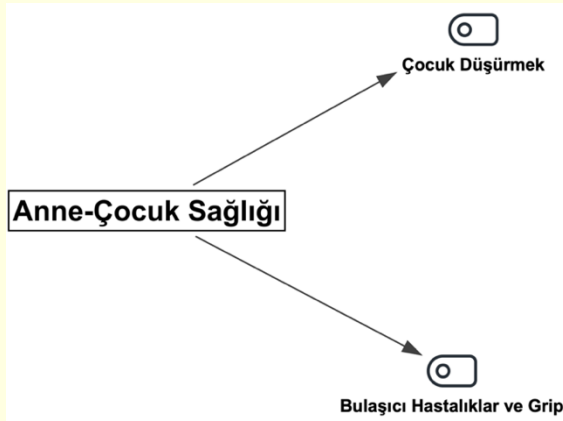
Doktor Cemal Zeki, dönemin eğlence hayatında popüler hale gelen Çarliston adlı dansın moda olmasına değinmiş ve bu dansın kadınların sağlığına zararlı olabileceğini belirtmiştir. Çarliston dansının popüler hale geldiği dönemde uzun saatler süren zıplamalı ve hareketli dans yarışmalarının yapılması kişilerin, özellikle de kadınların maddi-manevi açıdan zarar görmesine sebebiyet vermesi başta hekimler olmak üzere toplumun birçok kesimi tarafından uyarılan bir konu olmuştur. Çarliston dansı bu hareketli yapısı itibarıyla diğer zarif dans türlerinden farklıdır.²⁹

Doktor Cemal Zeki, kadınların zıplamasının, ayak ve bacaklarını aşırı hareket etmesinin sağlık açısından sakıncalı olabileceğini vurgulamıştır. Bu dansın kadın bedenine verebileceği zararları uzunca anlatmış, kadın sağlığı için uygun bulmamıştır.

“Bir zamandır dans salonlarında pek fazla alkışlanan çarliston diye yeni bir dans türedi. Kadınlarımızın hıfzussıhha esasâtıyla taban tabana zıd olan, onları bugün değilse, yarın az çok acı birçok rahatsızlıklara sürükleyecek muhakkak olan bu dansın fenalıkları ve kadınlarımızın uzviyetleri üzerinde yapabileceği muzır tesirleri hakkında küçük bir fikir vermek isterim. Çarliston dansı; hemen bir tepinme ve ayak veya bacakların pek fazla oynaklığı gibi görülmektedir. Bunun fenalığı nedir? ... Kadın hıfzussıhhası mevzû-ı bahs olurken, kadınların ayakta fazla durmamaları, pek fazla yürümelerini, atlamak, hoplama gibi hallerden sakınmalarını, ayak makinelerini kullanmamaları, ata, bisiklete binmemelerini, geceleri araba, otomobil sarsar, çocuklarını düşürür, rahatsızlanırlar diye hatta trene binmelerine müsaade etmez. Onları gidecekleri seyahatte yollarından alıyorlar. Âdet halinde olan kadınlar yataktan kalkmasın, ayakta dolaşmasın diye haykırırken nasıl olurda çarliston denilen dansın alabildiğine tepinmelerine müsaade edilebilir.” (Çarliston ve Kadın, No.23, 15 Teşrîn-i Sâni/Kasım 1926, s.3).⁸

Cumhuriyet'in ilk yıllarında kadının sosyal ve çalışma hayatında varlığının artması toplumun farklı kesimlerinde farklı açılardan ele alınmıştır. Dönemin tıp uzmanlarının kanaati de kadının biyolojik olarak farklı olan yapısının bilim adına denetlenmesi gerektiği şeklindedir. Kadınların ruh sağlığı açısından kontrol edilmesi gerektiği düşüncesi onların sağlık açısından zararlı olabileceği düşünülen herhangi bir sosyal etkinlikten de alıkonması gerektiği fikrini beraberinde getirmekteydi.¹⁹

Çarliston dansını diğer danslardan ayıran en önemli farkın hızlı ve hareketli bir dans olması olduğunu yukarıda ifade etmiştik. Bu dans aynı zamanda akşam saatlerinde bir araya gelen topluluğun durup dinlenmeden, adeta bağımlılık derecesinde dans etmesi sebebiyle Resmî Gazete'de “dans hastalığı” şeklinde ifade edilmesine sebebiyet vermiştir. Bir salgın gibi yayılan bu dans hastalığı hem kültürün hâkim kabulleri hem de sağlık açısından oldukça tartışılmıştır.²⁹

Tema 2. Anne-Çocuk Sağlığı**2.1 Çocuk Düşürmek**

Cumhuriyet'in ilk yıllarında nüfus arttırma politikaları ile ele alınan bir diğer konu kürtaj yasağıydı. O dönemde kürtaj, hayat ve vücut bütünlüğü hakkının bir gerekçesi olarak yasaklanmış, çocuk düşürmek veya düşürtmek bir suç olarak kabul edilmiştir. Nüfus artış hızının istenilen seviyeye gelmemiş olmasının bir sonucu olarak 1930 tarihinde Umumi Hıfzıssıhha'nın 152. maddesi ile çocuk düşürmeye sebep olan ilaçların satışı yasaklanmıştır. 1936 yılında nüfus artışında istenilen orana ulaşamayınca 3038 sayılı "Türk Ceza Kanunu'nun Bazı Maddelerini Değiştiren Kanun" ile gebeliği sonlandırmaya yönelik faaliyetler "İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Suçlar" içerisinde tanımlanmıştır.³⁰ Hukukta yapılan bu değişiklikler incelediğimiz derginin yayın hayatının sonlanmasının hemen ardından gerçekleşmesine rağmen bizlere o dönemin bakış açısını sunması açısından önemlidir. Doktor Cemal Zeki makalelerinden birinde İsviçre devletinin, çocuk düşürme konusunu serbest bıraktıktan birkaç ay sonra yeniden kanunu gözden geçirdiği ve çocuk düşürmeyi yasakladığını belirtmiştir. Ayrıca ülkemizde, Ceza Kanunu'nun 192. maddesi gereğince çocuk düşüren kadının altı aydan üç yıla kadar, çocuk düşürten kişinin ise bir seneden üç seneye kadar hapsolabileceği konusunda uyarılmıştır.⁸

Cumhuriyet döneminde kısıtlı bütçe ile yönetilen sağlık ve nüfus politikalarının geçmişi Osmanlı'nın son dönemlerine dayanıyordu. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve çocuk ölümlerinin önüne geçmek Osmanlı döneminin aydınlarının gündemini de işgal ediyordu. Cumhuriyet döneminde çocuk sağlığı, çocukların bulaşıcı hastalıklardan korunması, çocuk düşürme, çocuk ölümleri gibi konular üzerine daha fazla odaklanıldı. Nüfusun azalmasının önüne geçmek amacıyla çok çocuklu ailelere teşvik ödülleri verilmesi, ebelerin çocuk düşürme faaliyetlerinin denetlenmesi, anne-çocuk ölümlerini azaltacak tedbirlerin getirilmesi dönemin sağlık politikalarının bir parçasıydı.³¹ Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş döneminde, yüksek doğum oranlarına rağmen yüksek ölüm oranlarıyla karşılaşılıyordu. Bu dönem ülke nüfusunun arttırılması politikalarına odaklanıldığı bir dönemdir.³² Cumhuriyet kurulmadan önce yaşanan savaş, doğum ve ölüm hızı, salgın hastalıkların yayılması gibi sebepler Cumhuriyet döneminde "sağlıklı vatandaşın" inşa edilmesi gerekliliğini de beraberinde getirmiştir.²⁴ Cumhuriyet döneminde çocuk düşürmenin çeşitli nedenleri vardı. Savaş sonrası geçim zorluğu yaşayan anne-babalar, çocuklarına bakamayacaklarını düşünerek bu duruma başvuruyorlardı. Çocuk düşürme konusunda uzmanlaşmış kişilerin yüksek kazanç sağlaması ve yeterince cezalandırılmamaları, bu uygulamanın yaygınlaşmasına yol açtı. Ayrıca, hamileliklerinin duyulup tepki göreceğinden korkan kızlar, gizlice çocuk düşürme yöntemlerine başvuruyorlardı. Bilimsel geçerliliği olmayan yöntemler, örneğin kezzap veya tahta parçaları kullanımı, halk sağlığı açısından büyük bir sorundu. Kadınların doğum kontrolü konusunda bilgi eksikliği de yeni çocuk istememelerinin diğer bir sebebiydi.³³

Doktor Cemal Zeki, analık vazifesinin kutsallığıyla çocuk düşüren kadınların eylemlerinin birbiriyle uyumsuz olduğunu savunmaktadır. Çocuk düşürmenin ahlaksız bir davranış olduğunu, "Kadınlığın Tek Günahı, Çocuk Düşürmek" başlıklı bir yazıyla ifade etmiştir. Doktor Cemal Zeki, okurlarını kadınların çocuk düşürme amaçlı başvurdukları yöntemlerin sağlık açısından uygun olmadığı ve bu yöntemler sonucunda karşılaşılabilecekleri zorlu hastalık süreci ve hatta ölüm riski hakkında defalarca uyarmıştır.⁸

Kadınlar, çocuk düşürme amacıyla bazen ebeler gibi yardımcı olabileceğini düşündükleri kişilerden tavsiyeler almakta, bazen de kendi akıllarına gelen yöntemleri uygulamaktadır. Bu yöntemler arasında ilaç tüketimi, tehlikeli hareketlerle çocuğun düşürülmesi denemeleri ve kadının kendi rahmiyle oynama girişimleri bulunmaktadır. Cemal Zeki, bu tür uygulamaların kadınların sağlığını ciddi şekilde tehlikeye attığını ve genellikle kadınların ölümüne yol açtığını vurgulamaktadır.⁸

Yaygın olarak kullanılan çocuk düşürme uygulamalarını belirttikten sonra okuyucu kitlesini şu cümleler ile sert bir şekilde uyarmaktadır: "Yalnız şu anlaşılıyor ki çocuk düşürmek için kısa bir yol yok. Yolların hepsi ölüm kokuyor. Şu hatırdadır kalmalıdır. Çocuk düşürmeğe niyet eden bir kadın kefenini daha evvel hazırlamalıdır. Onu koltuğunda taşımalıdır."⁸ Doktor Cemal Zeki, kadınların çocuk düşürme amaçlı kullandıkları ilaçların iki tür olduğuna işaret etmiştir. Bunlardan bir kısmı, yanlış ve eksik bilgilerle ün kazanmış olan ilaçlar iken diğer kısmı ise kadınları zehirleyen ilaçlardır. Bu nedenle, çocuk düşürme amacıyla kullanılan ilaçlar ve yöntemler genellikle annenin ölümüyle sonuçlanmaktadır. "...Görülüyor ki evvela kadın ölüyor, sonra çocuk belki düşüyor", "...zira yalnız rahimdeki çocuğa tesir ederek çocuğun düşmesine intâc eden bir ilaç henüz tabâbette yoktur."⁸

Doktor Cemal Zeki'nin, 1926 yılında "Çocuk Düşürmek Esbâbı, Tehlike ve Kibetleri ve Buna Mani Olabilecek Tedâbir" adını taşıyan kapsamlı bir kitap yazması problemin boyutlarını ortaya koymaktadır. Cemal Zeki, bu kitabında oldukça karamsar bir bakış açısıyla, kadınlığı kemiren çocuk düşürmenin toplumsal bir felaket olduğunu ve sonuçlarının ülke nüfusunu çökerttiğini ifade etmektedir.³³ Doktor Cemal Zeki, çocuk düşürmenin sebeplerini sayarken bu uygulamaların çoğunun keyfi talepler neticesinde gerçekleştiği ve topluma verdiği zararları vurgulamaktadır.³³

Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu Dergisi'nin yayınlandığı dönemlerde, nüfus artırma düşüncesi önemli bir yer tutmaktaydı. İncelediğimiz Doktor Cemal Zeki'nin çalışmalarında da bebek ölümlerini azaltmaya yönelik çabalar öne çıkmaktadır. Özellikle "çocuk düşürmek" ve "çocuk sağlığı" konularında kadınları bilgilendirme çabaları dikkat çekmektedir.

2.1.1 Malthus Nazariyesine Reddiye

Cumhuriyet'in ilk yıllarında niceliksel olarak nüfusun arttırılması politikası önemszenmekle birlikte var olan nüfusun nitelik bakımından sağlıklı ve güçlü hale getirilmesine yönelik uygulamalar önemszenmekteydi. Nüfusun katlanarak artması gerekiyordu. Savaştan çıkmış bir milletin nüfusunun arttırmasının birinci yolu doğum sayısının arttırılması ile mümkün olduğu ifade edilmekteydi. Evlilik çağına gelmiş olanlar evliliğe, evli olanlar çok çocuk sahibi olmaya teşvik edilmekteydi. Çocuk sayısının artmasının yanı sıra sağlıklı çocukların olması da önemszenmekteydi.³⁴ Nüfus arttırmaya yönelik politikalar Cumhuriyet döneminin başlarından nüfus artış hızının planlandığı 1960'lı yılların ortalarına kadar gebeliğin sonlandırılmasına yönelik yasaklamalarla birlikte ele alınmıştır.³⁵

Doktor Cemal Zeki, dergideki makalesinde meşhur bir teoriye sunduğu eleştirilerle durumu derinlemesine ele almaktadır. Bu teorinin sahibi Malthus'tur. Malthus'un teorisini şu sözlerle özetlemektedir:

"Maltus diyor ki: 'Eğer beşer hep böyle üreyecek ise bir gün gelecek kürre-i arz üzerindeki menâbî'i servet tükenecek, gıda bulmak güçleşecek, insanlar açlıktan ölmeğe veya birbirini

boğazlamaya mecbur olacaktır. Buna mâni olmak için en basit çare kadınların doğumlarını tahdid etmek, tabir-i diğerle çocuk düşürmeğe cevaz vermektedir.” (Çocuk Düşürmek Hakkındaki Maltus Nazariyesinin İflası, No.19, 15 Eylül 1926, s.3).⁸

Doktor Cemal, Malthus'un bu düşüncelerinin geçersiz olduğunu iddia etmektedir. İnsan nüfusunun kontrol altına alınması ve çocuk düşürülmesinin gıda krizini önlemek için gerekli olmadığını savunmaktadır. Doğal yollarla ölüm oranının zaten yüksek olduğunu, üretimdeki verimin Malthus'un dönemindeki gibi olmadığını ve bu verimin giderek arttığını belirtmektedir. Ayrıca, insanların bilimsel bilgi ve teknolojiye ilerlemeler sayesinde her geçen gün daha fazla refah içinde yaşadığını vurgulamaktadır. Doktor Cemal, çocuk düşürmeyi makul bulan Malthus'un yanıldığını, nüfusun azalmasının savaş, zührevi hastalıklar gibi sebeplerle de gerçekleştiğini belirtmektedir.⁸

2.2 Bulaşıcı Hastalıklar

Cumhuriyet'in kurulmasından sonra savaşlardan yorgun çıkan halk bir yandan da salgın hastalıklarla uğraşıyordu. Cumhuriyet'in ilk yıllarına denk gelen 1923-1930 yılları arasındaki sağlık politikaları bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle yönelik mesai harcıyordu. Verem, difteri, trahom, çiçek, frengi, sıtma, kızıl o dönemde en sık karşılaşılan hastalıklardandı. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilmek amacıyla heyetler oluşturuldu. Bulaşıcı hastalığın olduğu öğrenilen yerlere sağlık hizmetleri ulaştırılmaktaydı. Aşı, ilaç ve hekimler salgın ihbarının yapıldığı yerlere gönderilmekteydi. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yaşanan salgın hastalıklardan elde edilen tecrübeler neticesinde çıkarılmıştır. Bu kanun bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadeleyi yasal çerçeveye oturtmuştur.³⁶ Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında sağlık politikaları tedavi hizmetlerine odaklanmaktadır. Tedavi edici sağlık uygulamaları özellikle enfeksiyon hastalıklarına yönelik geliştirilmiştir.³⁷

Doktor Cemal Zeki, insanları hızla yayılan bir grip konusunda uyarırken, bu gribe İnfluenza veya İspanyol Paçavra Hastalığı da denildiğini ve İstanbul'da görülmeye başladığını ifade etmektedir:

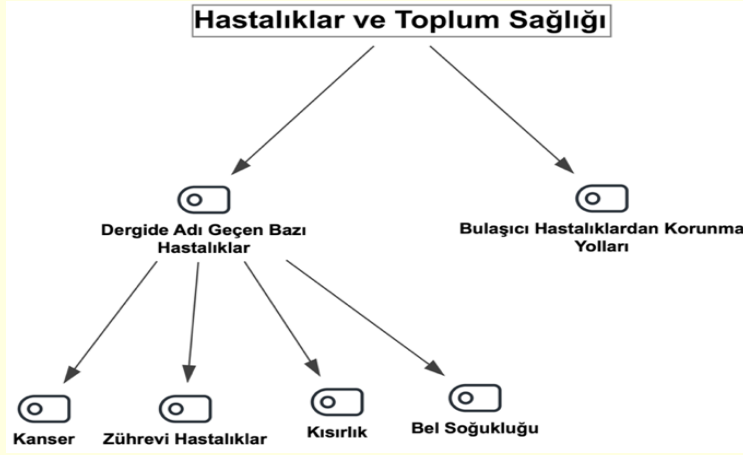
“Avrupa'yı birkaç aydır istila eden grip salgını, nihayet İstanbul'u da ziyaret etti, burada da tahribata başladı. İnfluenza, İspanyol paçavra hastalığı diye birçok isimlerle yad edilen bu hastalık, kışın bilhassa havaların ani tahavvulatı neticesinde alevlenir . Gelen Avrupa gazeteleri, muhtelif şehirlerde yüzde elli nispetinde tahribat icra ettiğini zikrediyor . Bir iki haftadır İstanbul'da da şiddetini arttırdı, hemen her kapıyı çalmakta ve sıra ile ev halkını birer birer yoklamaktadır. Hastalık en fazla mukâvemet-i uzviyyeleri susan, cılız, zayıf bünyeleri sızılmakda, bilhassa küçük çocuklar ile yaşları geçkin ihtiyarlar da fevkalâde mühim tahribat icra etmektedir.” (Grip ve Kadınlarımız, No. 27, 15 Şubat 1927, s.3-4).⁸

Doktor Cemal, annelerin gripten korunma yöntemlerini öğrenmesinin ve uygulamasının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Makalesinde bu durumu “Çocukların hastalanmaması için validelerin hasta olmaması lazımdır.” şeklinde ifade etmiştir.⁸ Cumhuriyet döneminde, çocuk sağlığı konusu iki ana perspektiften ele alınmıştır. İlki, bu dönemde çocukların anne karnında ve yeni doğan döneminde yaşamlarını sürdürebilmeleri için önlemler alınmasıdır. Bu önlemlerin amacı, bebek ölümlerini minimize etmek ve sağlıklı bir neslin yetişmesini sağlamaktır. İkincisi, sonraki dönemlerde çocukların sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için sağlıklı beslenme, hijyen, eğitim, gibi hizmetleri içermektedir. Bu iki perspektif, Cumhuriyet döneminde çocuk sağlığına yönelik stratejilerin ve politikaların temelini oluşturmaktadır.²⁴

1918 yılında dünyada hızla yayılan bir grip pandemisi Osmanlı topraklarını da etkisi altına almıştır. Hastalığın dünya çapında hızla yayılması, hastalıktan korunmak için yapılması gerekenler ve hastalığın seyri hakkında birçok kaynakta bilgi verilmektedir. Bu grip pandemisi çeşitli aralıklarla tekrarlamıştır.³⁸ Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında sağlık politikaları grip, sıtma, verem, lepra gibi pek çok bulaşıcı hastalıktan toplumu

korumak ve sağlıklı bir nüfus elde etmeye odaklanmaktadır.³⁹ Doktor Cemal Zeki söz konusu makalesinde o dönemde yaşanan grip salgını ve yapılması gerekenler hakkında okurlarını detaylıca bilgilendirmiştir.

Tema 3. Hastalıklar ve Toplum Sağlığı



Türk Kadın Yolu Dergisi'nde insanların sağlıklı olmalarının vatan içinde önemli olduğu, hastalıkların aynı zamanda vatan için de bir düşman kabul edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bakımdan toplum sağlığı aynı zamanda devletin bekası içinde oldukça önemlidir.⁴⁰

3.1 Dergide Adı Geçen Bazı Hastalıklar

Doktor Cemal Zeki dergide kendisine ayrılan bölümde kanserle ilgili bir tıbbi hikaye kaleme almıştır. Ayrıca bazı hastalıklardan ismen bahsetmiştir. "...Habis bir kanser her tarafa salmış. O kadar üremiş ki artık bir şey yapmanın imkanı yoktur. Pek geç kalınmış, hasta son saniyelerini sayıyor." (**Kanser**, No. 21, 15 Teşrin-i Evvel/ Ekim 1926, s.3-5).⁸ "Süratle intişar eden **zührevi hastalıkları**, bilhassa kadınları kemirerek müebbeden **kısırlığa** mahkûm eden **bel soğukluğu** denilen afeti düşünmemiş olacak. Beşeriyeti eriten bu afetleri düşünseydi, her halde bu kadar zalimane bir hükümle kadınların çocuk düşürmesine cevaz vermezdi." (Çocuk Düşürtmek Hakkındaki Maltus Nazariyesinin İflası, No.19, 15 Eylül 1926, s.3).⁸

Günümüzde de kanser, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olup her yıl milyonlarca insanı etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, 2020'de kanser, toplam ölümlerin yaklaşık %10'unu oluşturmuştur. Bu durum, kanserin önlenmesi ve erken teşhisinin acil bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Kanser vakalarındaki artış, 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, özellikle 1970'lerden sonra belirginleşmiştir. Yaşlanan nüfus, çevresel faktörler ve yaşam tarzı değişiklikleri bu artışın nedenleri arasındadır. Erken tanı, hastalığın seyrini değiştirerek tedavi şansını artırır ve hastaların yaşam sürelerini uzatmaktadır.⁴¹

Dr. Cemal Zeki'nin döneminde de bildirdiği gibi zührevi hastalıklar, dünya genelinde ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu hastalıklar, tedavi edilmediğinde çeşitli olumsuz sonuçlarının olduğu günümüz için de vurgulanan bir konudur. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

1. **Üreme Sağlığı Sorunları:** Zührevi hastalıklar, kadınlarda pelvik inflamatuvar hastalık (PID), infertilite ve dış gebelik gibi sorunlara yol açabilirken, erkeklerde epididimit ve infertilite riskini artırır.
2. **HIV Enfeksiyonu Riski:** Bazı zührevi hastalıklar, HIV enfeksiyonu riskini artırarak, şankr, bel soğukluğu ve genital siğiller gibi enfeksiyonlarla bulaşma olasılığını yükseltir.

3. **Cilt ve Doku Hasarları:** Zührevi hastalıklar, ciltte yaralar ve lezyonlar oluşturarak enfeksiyon ve komplikasyon riskini artırır.
4. **Psiko-Sosyal Etkiler:** Zührevi hastalıklar, bireylerde psikolojik stres, anksiyete ve sosyal damgalanma gibi olumsuz etkiler yaratabilir.⁴²

3.2 Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Yolları

Söz konusu makalelerden birinde bulaşıcı hastalıklardan olan İspanyol Gribinden, korunma ve tedavi yöntemlerinden bahsedilmiştir.

“Bu gibi sodden mevsimlerde soğuktan korunacak bir tarzda giyinmek bilhassa göğsünü, ayaklarını sıcak bulundurmalıdır. Fazla dekolte gezmeme, sıcaktan soğuğa girip çıkmamalı, bu gibi hallerde fevkalâde korunmalı, misafirliğe gitmekten, komşu hanımın hastasını yoklamaktan, sinema, tiyatro gibi pek kalabalık yerde bulunmaktan sakınmalı, tramvay, vapur gibi yerlerde hava cereyanlarından korunmalı, sokakta ağız-buruna mendil tutmalı, dişler her gün diş fırçasıyla fırçalanmalı ağız- burun temizliğine fevkalâde itina etmeli, asit borikli suyla sık sık ağız çalkalanmalı, burun deliklerine vazelin sürmeli, sokaktaki bin bir türlü pisliği sürükleyen ayakkabıları ile ne kendi, ne misafirlerin odalara girmelerine müsaade etmemeli. Grip alâmeti belirmeğe başladı mı derhâl yatağa girmeli. Odanın harâreti 18 derece olmalı, ilk fırsatta doktora haber göndermeli, doktor gelinceye kadar ağız burun temizliği yapılmalı, üşümek şartıyla göğsü-sırtı ispirto, kolonya, terementin ruhu, tentürdiyot ile ovmalı, ayakları sıcak hardallı suya koymalı, sırta kuru bardak çekmeli, hardal kağıdı gezdirmeli, ılık olmak şartıyla sulu perhiz yapmalı, doktorun tavsiyesi olmadan müshil almamalı.” (Grip ve Kadınlarımız, No. 27, 15 Şubat 1927, s.3-4).⁸

Bu tedbirler, hastalığın yayılmasını önlemek ve enfeksiyondan korunmak için önemlidir. Günümüzde de gripten korunmanın başlıca yolları şunlardır:

1. **Aşılama:** Her yıl grip aşısı olmak, grip virüslerine karşı korunmanın en etkili yollarından biridir. Aşı, bağışıklık sistemini güçlendirir ve grip virüsünün yayılma riskini azaltır.
2. **Hijyen Uygulamaları:** El yıkama, özellikle sabun ve su ile en az 20 saniye boyunca ellerin yıkanması, grip virüslerinin yayılmasını önler. Ayrıca, alkol bazlı el antiseptikleri de etkili bir koruma sağlar.
3. **Sosyal Mesafe:** Grip mevsiminde, kalabalık ortamlardan kaçınmak ve hastalığı olan kişilerle temastan kaçınmak, enfeksiyon riskini azaltır.
4. **Solunum Hijyeni:** Öksürürken veya hapsirirken ağız ve burnu bir mendil ile kapatmak veya dirsek içine hapsirmek, virüslerin yayılmasını önlemeye yardımcı olur.
5. **Sağlıklı Yaşam Tarzı:** Düzenli egzersiz yapmak, dengeli beslenmek ve yeterli uyku almak, bağışıklık sistemini güçlendirir.⁴³⁻⁴⁴

Sonuç

Cumhuriyet döneminde, kadınların sağlık ve diğer alanlarda bilgilendirilmesinin toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkileri fark edilmiş ve bu bağlamda, dergi ve gazetelerde kadınların sağlık konusunda bilgilendirilmesini sağlamak üzere hekimler tarafından makaleler kaleme alınmıştır. Kadınların sağlık konularında bilinçlenmesinin, sağlıklı bir toplum oluşturma amacıyla uyumlu olduğu fark edilmiştir. Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu dergisi de sağlık konusunda bilgilendirmelerin yapıldığı dergilerden biridir. Söz konusu dergide yazıları yayınlanan iki hekimden biri de Doktor Cemal Zeki'dir. Dr. Zeki'nin makalelerinde, toplumdaki sağlıkla ilgili yanlış uygulamalar ve bilinçsiz davranışlar incelenmiş, toplum ve kadın sağlığı açısından önemli

bilgilendirmeler yapılmıştır. Öncelikle, kadınların karşı karşıya kaldığı gebelik sonlandırma uygulamalarının riskleri ve yanlış yöntemler detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu uygulamaların sağlık açısından zararları vurgulanmıştır. Genç yaşta gerçekleşen evliliklerin verem gibi hastalıklara sebep olabileceği ve veremin kadınlarda daha sık görüldüğünün üzerinde durulmuştur. Genç yaşta evlenmenin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri de detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Nüfus kontrolü konusunda yapılması gerekenleri ortaya atan teoriler de eleştirilmiştir. Dr. Cemal Zeki'nin makalelerinde ayrıca, kadın sağlığına zararlı olabilecek aktiviteler ve bulaşıcı hastalıklar konusunda da uyarılarda bulunulmuştur. Bu uyarılar, kadınların sağlık bilinci geliştirmesi ve sağlıklı yaşam pratiği benimsemesi açısından önemlidir. Ancak, Doktor Zeki'nin yazdığı makalelerin dönemin ideolojik ve toplumsal düşüncelerinden etkilendiği belirtilmelidir. Makalelerinde bazı ifadelerinde içinde bulunduğu toplumun sosyal ve kültürel kabullerinden etkilendiği dikkat çekmektedir. Kadın haklarının gelişimiyle birlikte, kadınların toplumsal konumu ve sağlıkla ilgili hakları konusundaki görüşlerin sürekli olarak değiştiği unutulmamalıdır. Bu nedenle, Doktor Cemal Zeki'nin çalışmalarının yaşadığı döneme önemli bir katkısı olduğu kabul edilirken, söz konusu yazılarının ideolojik etkiler ve toplumsal değişimlerle birlikte analiz edilmesi gerekmektedir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Bu çalışmanın bir kısmı XIV. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde (8-11 Haziran 2022, Antakya/Hatay) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Meryem Öztürk Önal: Fikir, tasarım, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Nurdan Kırımlioğlu: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Malkoç Kılıç S, Vefikuluçay Yılmaz D. Cumhuriyet Dönemi Kadın Dergileri (1923-1992). OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi 2019;10(17):2139-2156. DOI: 10.26466/opus.518421
2. Davaz Mardin A. Hanımlar Âlemi'nden Roza'ya Kadın Süreli Yayınları Bibliyografyası:1928-1996. İstanbul: Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı Yayınları; 1998.
3. Akagündüz Ü. 1918-1928 Yılları Arasında Yayımlanan Kısa Ömürlü Osmanlıca Kadın Dergileri Hakkında Bir Değerlendirme. Kebikeç 2012; 323-346.
4. Toprak Z. Türkiye'de Kadın Özgürlüğü ve Feminizm (1908-1935). İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları; 2014.
5. Kar F, & Üçüncü İ. Türk Kadın Hareketinin Öncü İsimlerinden Nezihe Muhiddin -Açıklamalı Bir Kaynakça Denemesi-. Hars Akademi 2023; 147-167.
6. Terzi Eskin B. Tarihin Tanımlıktan Geldiği Kadın: Nezihe Muhiddin. Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi 2019; 324- 329.
7. Toprak Z. "Dr. Cemal Zeki'nin 'Delişmen, Çılgın Kızlar'ı – Cumhuriyette Genç Kız ve Kadın İntiharları". Toplumsal Tarih 2001; 25-29.
8. Yeni Harflerle Kadın Yolu/Türk Kadın Yolu (1925-1927). İstanbul: Kadın Eserler Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı; 2009.
9. Ceylan S. Nitel Araştırma Yöntemi. İçinde: İliç D, Aydoğdu İ, Budur R, editörler. Sosyal & Beşerî Bilimlerde Araştırma ve Değerlendirmeler-1: 1. Ankara: Gece Kitaplığı; 2023. ss: 1-389.
10. Baltacı A. Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED) 2019; 368-388. DOI: 10.31592/aeusbed.598299.
11. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Seçkin Yayıncılık; 2011.
12. Alanka D. Nitel Bir Araştırma Yöntemi Olarak İçerik Analizi: Teorik Bir Çerçeve. Kronotop İletişim Dergisi 2024; 62-82.
13. Nalbant H. Kadın Dergilerinde Sağlık Konularına Ayrılan Yer (Elele, Kadınca, Kadın Kimliği ve Aile Dergilerinin 1997 Yılı Karşılaştırması). Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı; 1999.
14. Olgunlu Atlıhan T. Erken Dönem Cumhuriyet'te Genç Kadın İntiharları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı; 2019.

15. Kılıç R. Gerçeklik ve Kurgu Olarak Osmanlı'dan Cumhuriyet'e İstanbul'da İntihar. *Modern Türklük Araştırmaları Dergisi* 2013; 43-70. DOI: 10.1501.
16. Köse A, Arslan F. Sosyolojik Bir Olgu Olarak İntihar. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2019;1-20.
17. Bayraktar S. İntihar Kavramının Çocuklar ve Ergenler Açısından Ele Alınması. *Mediterranean Journal of Humanities* 2015; 139-159. DOI: 10.13114
18. Kılıç R. Erken Cumhuriyet Dönemi İstanbulu'nda İntihar: Toplum-Ferd-Siyaset. *Modern Türklük Araştırmaları Dergisi* 2013; 100-117. DOI: 10.1501
19. Toprak Z. Sosyologların ve Psikiyatrist Hekimlerin Farklı Yorumları: Erken Cumhuriyet Genç Kız-Kadın İntiharları. *Toplumsal Tarih Dergisi* 2011;40-48.
20. Saygın I. Atatürk, Cumhuriyet ve Kadın Hakları. *Erdem*; 1998.
21. Çetin M. Toplumsal Bir Gerçeklik Olarak Çocuk Gelin Kavramı, Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi 2020; (5), 107-122.
22. Tuğrul Y. G. Erken Yaşta Evlendirilen Kadınların Evlilik Süreçleri, Deneyimleri ve Sonraki Yaşamları Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Sosyoloji Notları* 2018;2(1):2-38.
23. Özkaya H. Cumhuriyet Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2016; 77-84. DOI: 10.15511/tahd.16.21677
24. İlikan Rasimoğlu C. Erken Cumhuriyet Döneminde Sağlıklı Bireyin İnşası: Pronatalist Politikalar, Çocuk Sağlığı ve Verem. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi* 2019; 329-357. DOI: <https://doi.org/10.26650/SJ.2019.39.2.0104> <http://iusd.istanbul.edu.tr>
25. Kopar M. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Salgın Hastalıklarla Mücadele (1920-1938). *Adıyaman: İksad Yayınevi*. 2021.
26. Conolly M, Nunn P. Women and Tuberculosis, *World Health Stat. Q.* 1996;49(2):115-9
27. Gender in Tuberculosis Research, Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health, World Health Organization, 2004. <https://iris.who.int/handle/10665/43085>
28. Demissie M, Lindtjorn B. Gender perspective in health: does it matter in tuberculosis control? <http://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/viewFile/9845/31310>.
29. Toprak Z. Rakstan Dansa Erken Cumhuriyet ve Çarliston Gençliği. *Toplumsal Tarih* 2017;64-79.
30. Yılmaz A. Erken Cumhuriyet Döneminde Kürtaj Yasağı ile İlişkili Suçlar ve Basındaki Yansımaları (1929-1943). *Belgi Dergisi* 2024; 49-74. DOI: 10.33431/belgi.1437309
31. İlikan Rasimoğlu C. Cumhuriyet Kurulurken Sağlık, Hastalık ve Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim* 2024; 68-80.
32. Oktay E. Y. Türkiye'de Cumhuriyet'in ilanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi* 2014; 31-53.
33. Toprak Z. Erken Cumhuriyet, Kürtaj Ya Da İskat-ı Cenin. *Toplumsal Tarih* 2017; 50-61.
34. Vatandaş S, Vatandaş C. Osmanlı'dan Erken Cumhuriyet Dönemi'ne Biyopolitika ve Sporun Siyaseti. *Cumhuriyet Tarihi Araştırmaları Dergisi* 2023;1437-1469.
35. Kaleci A, ve ark. 1983 Tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük' ün Hazırlanmasındaki Tarihsel Süreç. *Ankara: Başkent Üniversitesi 15nci Öğrenci Çalışma Grubu Raporları*; 2013.
36. Tekir S. Erken Cumhuriyet Dönemi Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele (1923-1930). *Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi* 2019;407-430. DOI: <http://dx.doi.org/10.14222/Turkiyat4095>.
37. Ovalı F. Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Alanındaki Faaliyetler. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 2009; 94-97.
38. Temel MK. Gelmiş Geçmiş En Büyük Katil 1918 "İspanyol" Gribi. *İstanbul: Betim*; 2020.
39. Artvinli F. Salgınların Tarihi: Toplumsal ve Siyasal Açından Kısa Bir Bakış. *Türk Tabipleri Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*.
40. Koç D. Türk Kadın Hareketini Kadınlar Dünyası ve Türk Kadın Yolu Dergileri Üzerinden Okumak. *Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*; 2016.
41. World Health Organization (WHO). (2021). "Cancer Early Detection". WHO Early Detection <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
42. World Health Organization (WHO). (2021). "Sexually Transmitted Infections (STIs)". WHO STIs Fact Sheet. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). "Key Facts About Influenza (Flu)". CDC Influenza <https://www.cdc.gov/flu/prevent/index.html>
44. World Health Organization (WHO). (2023). "Influenza (Seasonal)". WHO Influenza [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

Medikal İllüstrasyonun Kısa Tarihçesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Enstitüsü / Anatomi Anabilim Dalı'nın Kuruluşundan Günümüze Medikal İllüstrasyon Üretim Faaliyetlerine Işık Tutan Kanıtlar: Planşlar*

A Brief History of Medical Illustration and Evidence Shedding Light on Medical Illustration Production Activities from the Establishment of Ege University Faculty of Medicine, Institute of Morphology / Department of Anatomy: Planches

İstemihan Çobanⁱ, Mete Ertürkⁱⁱ, Çağatay Üstünⁱⁱⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi AD., <https://orcid.org/0000-0001-7104-2118>

ⁱⁱProf. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi AD., <https://orcid.org/0000-0003-1209-1619>

ⁱⁱⁱProf. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0001-7834-6616>

ÖZ

Amaç: Çalışma, ulusal ve uluslararası literatürde planşlar hakkındaki sınırlı bilgiyi genişletmek amacıyla bu planşların üretim süreçlerini, teknik özelliklerini ve anatomi eğitimindeki kullanım biçimlerini incelemeyi hedeflemiştir.

Yöntem: Bu çalışma, Ege Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı arşivinde yer alan planşları incelemek amacıyla tarihsel doküman analizi yöntemi kullanmıştır. Ana veri kaynakları, planş kataloğu, eğitim materyali kayıt belgeleri, fotoğraflar ve planşların kendilerini içermektedir. Literatür taraması, planşların tarihsel ve eğitimsel önemini vurgularken, arşiv belgelerinin içerik analizi, verileri "teknik detaylar," "eğitimde kullanım" ve "tarihsel bağlam" başlıkları altında sınıflandırmıştır. PubMed, Google Scholar ve Web of Science'da "planş," "medikal illüstrasyon" ve "tıp eğitimi tarihi" gibi anahtar kelimelerle 1900-2024 yılları arasındaki medikal illüstrasyonun tarihsel gelişimi analiz edilmiştir.

Bulgular: Türkiye Cumhuriyeti Dönemi'nin erken dönem profesyonel medikal illüstrasyon örneklerinden biri olan 2000'den fazla planş incelenmiştir. Bu planşların, eğitim hedeflerini karşılamak üzere titizlikle tasarlandığı ve dönemin teknolojik kısıtlamalarına rağmen yüksek görsel kalite sunduğu belirlenmiştir. Planşlar, bilgisayar teknolojilerinin eğitime entegrasyonuna kadar anatomi eğitiminde merkezi bir rol oynamıştır. Ancak, literatür taraması bu planşların uluslararası medikal illüstrasyon çalışmalarında sınırlı bir yere sahip olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Çalışma, Türkiye'deki sistematik medikal illüstrasyon faaliyetlerinin önemine ve bu planşların anatomi eğitimindeki görsel öğrenme süreçlerindeki kritik rolüne ışık tutmaktadır. Tıbbi illüstrasyon faaliyetlerinin sistematik olarak belgelenmesi ve kurumsal desteklerle geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Anatomi eğitimi, Eğitim materyalleri, Görsel öğrenme, Tıbbi illüstrasyon, Tıp tarihi.

ABSTRACT

Aim: The study aimed to address the scarcity of documentation on anatomical planches in both national and international literature by examining their production processes, technical characteristics, and applications in anatomy education.

Method: This study employed a historical document analysis method to investigate anatomical planches archived in the Department of Anatomy at Ege University. The primary sources included the planche catalog, educational material records, photographs, and the planches themselves. Literature review highlighted their historical and educational significance, while content analysis of archival texts categorized data under "technical details," "educational use," and "historical context." Searches in PubMed, Google Scholar, and Web of Science used keywords such as "plate," "medical illustration," and "history of medical education" to analyze the historical development of medical illustration between 1900 and 2024.

Results: Over 2,000 plates, identified as some of the earliest professional medical illustrations during Turkey's Republican Era, were examined. They were meticulously designed to meet educational objectives and demonstrated high visual quality despite technological limitations. The planches played a central role in anatomy education until the integration of computer technologies. However, a literature review revealed their minimal representation in global medical illustration research.

Conclusion: This study highlights the significance of systematic medical illustration activities in Turkey and the importance of the planches in visual learning within anatomy education. It underscores the need for systematic documentation and institutional support to preserve and enhance the contributions of medical illustration to medical education.

Keywords: Anatomy education, History of medicine, Medical illustration, Teaching materials, Visual learning.

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):110-121

DOI: 10.31020/mutfd.1521070

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 25 Temmuz 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 13 Aralık 2024

İletişim- Correspondence Author: İstemihan Çoban <istemihancoban@gmail.com>

Giriş

Anatomi terimi Yunanca kesmek anlamında kullanılmaktadır. Eski Sümer ve Babil uygarlıkları insan anatomisi bilgisi konusunda zayıf durumdaydılar. İnsan anatomisi açısından bilinen en eski bilginin M.Ö. 1600 yılına ait bir eski Mısır papirüsünde bulunduğu belirtilmektedir.¹ Aslında eski Mısır uygarlığındaki bu bilginin yapılan mumyalama işlemleri sebebiyle olabileceği düşünülse de, bunun tıbbi bir anlam taşımadığı, yeniden doğuş sırasında Ka'nın ya da bedeni terk eden ruhun eski bedeni tanıyabilmesi için korunur hale getirilmesi amacı ile yapılan mumyalama sürecinin sadece organların çıkarılmasına yönelik bir işlemden ibaret olduğu ifade edilmektedir.² Eski Yunan döneminde anatominin tıbbın bir parçası olarak görüldüğüne rastlanmaktadır. Uzun bir süre sonra 1315 yılında Bologna'da kamuya açık yerde bir insan vücudunun diseksiyonunun Mondino de Luzzi tarafından gerçekleştirilmesiyle anatominin sistematik bir inceleme alanı haline dönüştüğü bilinmektedir.^{3,4} Eski yüzyıllardaki tek istisna, İskenderiye'deki Tıp Okulunun varlığı olabilir. Döneminin en özgür bilim yapısına sahip bu okulda Herophilus ve Erasistratus tarafından ölü mahkumlar üzerinde diseksiyonların ve hatta bazen viviseksiyonların yapılmış olduğuna dair (M.Ö. 300) bilgiler vardır.⁵ Bu iki hekim hakkındaki bilgilerin çoğu Celsus ve Galen'e dayandırılabilir. Herophilus ve Erasistratus'un insana ait anatomik yapıları incelemesi ve keşiflerde bulunması o dönem açısından olağanüstüdür denilebilir. M.Ö. 150'den sonra dini ve etik gerekçelerle insan diseksiyonunun yasaklanması bu konudaki ilerlemeleri durdurdu. Bundan sonrasında hayvanlar üzerinde yapılan diseksiyonlardan yararlandı. Ancak Rönesans dönemiyle birlikte tekrar yapılmaya başlanan insan diseksiyonu ile anatomik çizim çalışmalarına önem verilmeye başlandı. Bu dönem hem ressamlar hem de hekimler açısından anatomiye katkının arttığı bir dönemdir.⁶⁻⁸ Mayasında Rönesans humanizmini barındıran Aydınlanma periyodunda önceki dönemlerde kendini hissettiren sanatsal yaratıcılığın yerini bilimsel temsili kuvvetli gerçekçiliğe bıraktığı görülür.⁹ Bu dönemin sonunda fotoğrafçılık ve X ışınlarının medikal görüntüleme amaçlı kullanımı gibi iki büyük yeniliğin keşfi ile tıp ve anatomi çalışmalarında nesnel görselleştirme tekniği (fotoğraf ya da radyolojik görüntüleme teknikleri aracılığı ile) yaygınlaşmıştır ancak XIX. yüzyılın sonundan itibaren eğitim ve araştırmaların aktarılması süreçlerinde tıbbi illüstrasyonların kritik önemi olduğu görülmektedir.¹⁰ Modern zamana yaklaştıkça tıbbi görüntüleme teknolojilerindeki gelişmelerle kesitsel ve topografik anatomik yaklaşımların ve diseksiyon temelli çalışmaların artışı, Max Brödel ve Frank H. Netter başta olmak üzere yetenekli hekim illüstratörlerin didaktik kuvveti yüksek, sanatsal netlik ile bilimsel karmaşa arasındaki dengeyi sağlamış eserlerin verilmesi anatomik illüstrasyonların eğitimin ve araştırmalardaki vazgeçilmezliğini devam ettirmektedir. Yirminci yüzyıl başında kurulan Türkiye Cumhuriyeti Dönemi'nde tıp ve eğitimde sistematik olarak önemli reformlar yapılmış, modern yapıya sahip üniversiteler ve tıp fakülteleri kurulmuş, öğretim üyeleri yurt içi ve dışı eğitimlerle niteliksel ve niceliksel olarak geliştirilmiş, yabancı kaynaklı pek çok tıbbi eser Türkçe'ye çevrilmiştir. Aynı zamanda öğretim üyeleri tarafından yeni eserler yazılmış olsa da Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde verilen eserler incelendiğinde bunların batılı muadillerine kıyasla anatomik illüstrasyon içeriklerinin daha kısıtlı olduğu görülmektedir. Diğer taraftan bu çalışmanın ana konusu olan ve belirli anatomik yapıları ayrıntıları ile betimleyen büyük boyutlu çizimler "planşlar ("Planches à dessin" tabiri Fransızca çizim tahtası ya da çizim masası anlamına gelmekte olup bahsedilen tabirin buradan köken aldığı tahmin edilmekle birlikte literatürde bu kavramı açıklayan bir referans bulunmamıştır),"üniversitelerin öz değerleri ile üretilmekte (öğretim üyeleri, fakülte kadrolarındaki ressamlar ya da asistanlar), teorik ve pratik derslerde aktif olarak kullanılmakta olduğu bilinmektedir.^{11,12} Planş çizerlerinin kadro sorunları ve yenilerinin yetiştirilmesi için gerekli teşvik ve önlemlerin alınmaması, teknolojik gelişmelerin sağladığı kolaylıklar nedeni ile yeni planş çizimi ve eğitimlerde aktif olarak kullanımı bilgisayar teknolojilerinin eğitim hayatına entegrasyonunun sağlandığı yirmibirinci yüzyıl başında sonlanmıştır. Ancak yakın zamana kadar eğitimde kritik öneme sahip Planşların ve çizerlerinin bilinmesi ülkemizin yakın dönem bilim tarihi araştırmaları açısından önemlidir. Bu bağlamda

çalışmamız ile 5 Kasım 1955 yılında öğretime başlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin ilk adı ile Morfoloji kürsüsü ve devamında Anatomi Anabilim Dalı olarak eğitim-öğretim faaliyetlerine devam eden köklü kurumunda ortaya konan bu eserlere dair arşivdeki bilgilerin literatüre kazandırılması amaçlanmaktadır.¹³

Yöntem

Bu araştırmada, Ege Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı arşivinde bulunan planşları değerlendirmek amacıyla tarihsel belge analizi yöntemine başvurulmuştur. Çalışmanın ana kaynaklarını, planş kataloğu, eğitim materyallerine ilişkin kayıtlar, çeşitli arşiv fotoğrafları ve planşların kendisi oluşturmuştur. Yapılan literatür taramasında, planşların hem tarihsel hem de eğitimsel değeri ön plana çıkarılmıştır. Arşiv belgelerine uygulanan içerik analizi ise elde edilen verileri “teknik detaylar,” “eğitimde kullanım” ve “tarihsel bağlam” başlıkları altında sınıflandırmıştır. Ayrıca, PubMed, Google Scholar ve Web of Science gibi platformlarda “planş”, “medikal illüstrasyon” ve “tıp eğitimi tarihi” anahtar kelimeleriyle 1900-2024 yıllarını kapsayan medikal illüstrasyonun tarihsel gelişimi ayrıntılı şekilde incelenmiştir.

Anatomi Eğitiminde Görsellerin Kısa Tarihçesi

Anatomi eğitimi, tarih boyunca farklı görsel materyallerin kullanımıyla desteklenmiştir. Papirüs, bambu, kayalar üzerine yapılan erken dönem çizimlerden başlayarak tıbbi kitap illüstrasyonlarına ve modern dijital görsellere kadar uzanan geniş bir yelpazede, görsellerin eğitimi kolaylaştırıcı bir araç olarak kullanıldığı görülmektedir.⁵ Antik Mısır'da M.Ö. 1700 yıllarında yazıldığı bilinen cerrahi metinlerde illüstrasyonların bulunmadığı belirtilmekle birlikte bu dönemde insan vücudunun anlaşılmasına yönelik ritüel amaçlı çizimlerin yapıldığı düşünülmektedir.¹¹ Klasik Yunan döneminde, Aristoteles gibi filozoflar medikal illüstrasyonları eğitim amaçlı kullanmış, Kadıköylü Herophilus ve Kios'lu Erasistratus'un diseksiyon çalışmaları anatomiye dair görsel bilgiyi artırmıştır. Bergamalı Galen'in çalışmaları ise uzun yıllar boyunca anatomi eğitiminin temel kaynaklarından biri olmuştur.^{10,12}

Antik dönemlerden itibaren kullanılan görseller arasında planşlar, eğitimdeki yerini geç bir dönemde almıştır. Özellikle Rönesans döneminde, diseksiyon çalışmalarına dayalı çizimlerin artmasıyla, anatomi görsellerinde gerçekçilik ve detay ön plana çıkmıştır. Leonardo da Vinci ve Andreas Vesalius gibi isimler, bilimsel doğruluk ile sanatsal estetiği birleştirerek bu alanın temelini atmışlardır. Vesalius'un 1543 yılında yayımlanan *De Humani Corporis Fabrica* adlı eseri, modern anatomi illüstrasyonlarının gelişiminde bir dönüm noktası olmuştur.^{14,15} (**Şekil 1**)



Şekil 1. A) Berengario de Carpi'nin *Isagogae Breves* isimli eserinde karın kaslarının anlatıldığı anatomik çizim ("<https://www.cppdigitalibrary.org/items/show/2203>" adlı internet adresinden alınmıştır), B) Andreas Vesalius'un *De Humani Corporis Fabrica* isimli eserinde yer alan bazı kasların anlatıldığı anatomik çizim (https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_anatomy adlı internet adresinden alınmıştır.), C) Johannes de Ketham'ın *Fasciculus Medicinae* isimli eserinden diseksiyon görseli, bu görsel halka açık serbest kullanım iznine sahip olup "<https://www.metmuseum.org/art/collection/search/352478>" isimli internet sitesinden alınmıştır)

XIX. yüzyıl sonunda tıbbi illüstrasyonlar anatomi eğitiminin vazgeçilmez parçası olmuştur. XX. yüzyıl başında ise sosyal, kültürel ve teknolojik gelişmelerin oluşturduğu ortam ve anatomi eğitim modeli profesyonel anatomi illüstratörlüğü mesleğinin oluşmasını sağlamıştır.⁵ Henry Gray ve Henry Carter¹⁶, Max Brödel¹⁷, Eduard Pernkopf ve Johannes Sobotta¹⁸, Frank H. Netter¹⁹ gibi anatomist-illüstratörlerin eserleri ise hala kullanılmaktadır.

Türkiye'de tıbbi görsellerin kullanımı Osmanlı döneminden itibaren başlamış, Cumhuriyet dönemiyle birlikte hız kazanmıştır. Cumhuriyet döneminde tıp ve anatomi eğitimi ile ilgili faaliyetleri İstanbul (İstanbul Üniversitesi, 1933), Ankara (Ankara Üniversitesi, 1945), ve İzmir (Ege Üniversitesi, 1955)'de yoğunlaşmıştır. Bu büyük illerde yer alan ilk tıp fakültelerine bağlı bazı birimlerde yerli ve yabancı illüstratörler işe alınarak tıbbi illüstrasyon anlamında ilk sistematik ve bilimsel çıktılar üretilmiştir. 1933'te gerçekleşen üniversite reformundan hemen önce 1931 yılında basılan "Mükemmel Vücutübeşer Haritası" ve 1930'lu yılların başında Nurettin Ali Berkol'un Güzel Sanatlar Akademisi'nde verdiği dersler sonrası 1940 yılında yayımlanan Artistik Anatomi isimli eserin sonraki tıbbi illüstrasyonlar için ülkemizde öncü olduğu söylenebilir.^{20,21} Cumhuriyet sonrası Türk anatomi eğitimi açısından önemli üretimlerden biri olan ve en önemli eğitim materyallerin birisi ise planşlardır. Bu çizimler ilk başta dışarıdan ressamın davet edilmesi ile ve ilerleyen dönemde tıp fakültesine bağlı birimlerin kendi bünyesinde yetiştirdiği kişilerce üretilmiştir. Literatürde ülkemizdeki planş üretimi ile ilgili bilinen kayıtlar Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı üyesi Prof. Dr. Mehmet Yıldırım'a ve Mustafa Akman'ın yüksek lisans tezinde Prof. Dr. Yıldırım'a atıfla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı'nda 1000'in üzerinde büyük ebatlarda anatomi planşları bulunduğunun ve eğitimde önemli rolleri olduğunun belirtilmesi şeklinde özetlenebilir.^{22,23} 1956 yılında resmi olarak kurulan Ege Üniversitesi'nde Ord. Prof. Dr. Muhiddin Erel'in kurucu dekanlığında Tıp Fakültesi'ne ilk öğretim üyesi olarak Ankara Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan Doç. Dr. İsmail Ulutaş atanmış ve asistan doktorların atanmaları ile anatomi, histoloji ve embriyoloji eğitimleri vermeye başlanmıştır.²⁴ Ege Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı'na ait arşivlerin taranması sırasında büyük ölçüde fiziksel niteliği korunmuş 2000'den fazla planş ve bunlara ait çalışmamızda belirtilen bazı bilgi ve belgelerin bulunması, 1958-1989 yılları arasında anabilim dalı bünyesinde yer alan asistanların ve tıbbi ressamın XX. Yüzyıl ilk yarısındaki ilk tıbbi illüstrasyon çalışmalarına dair önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu faaliyetlerin İstanbul Üniversitesi örneğinden sonra literatürdeki ikinci sistematik tıbbi illüstrasyon faaliyetleri olduğu söylenebilir.

Anatomik Çizimler ve Eğitimdeki Önemi: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Enstitüsü / Anatomi Anabilim Dalı Örneği

Tarihsel Bağlamda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Enstitüsü'nün Kuruluşu ve Gelişimi: Ege Tıp Fakültesi, Ege Ziraat Fakültesi ile birlikte 1955 yılında kurulmuş olup öğretime başlamıştır. 1958 yılında gerçekleşen atamalar ile Ankara Tıp Fakültesi'nden gelen Doçent Dr. İsmail Ulutaş ile Prof. Dr. Nathan Sheinfinkel, Ege Üniversitesi Morfoloji Enstitüsü'nü kurmuştur. İsmail Ulutaş'ın ilk asistanları Dr. Saim Falakalı, Dr. Fuat Yasa, Dr. Vahit İnce, Vet. Hek. Erdoğan Cireli, Vet. Hek. Yılmaz Şenyılmaz, Vet. Hek. Tarık Günbay'dır. İsmail Ulutaş Profesör Doktor ünvanı aldıktan sonra enstitü müdürü olmuştur. 1982 yılında Morfoloji Enstitüsü, Morfoloji Anabilim Dalı'na dönüştürülmüş, 1993 yılında YÖK kararı ile Anatomi Anabilim Dalı ve Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalı olarak iki ayrı anabilim dalına ayrılmıştır.²⁴ (Şekil 2)



Şekil 2. Morfoloji enstitüsü kurucusu Prof. Dr. İsmail Ulutaş (Kırmızı ok ile işaretli) ve çalışma arkadaşlarına ait fotoğraf. Tarih tam olarak belli değildir.

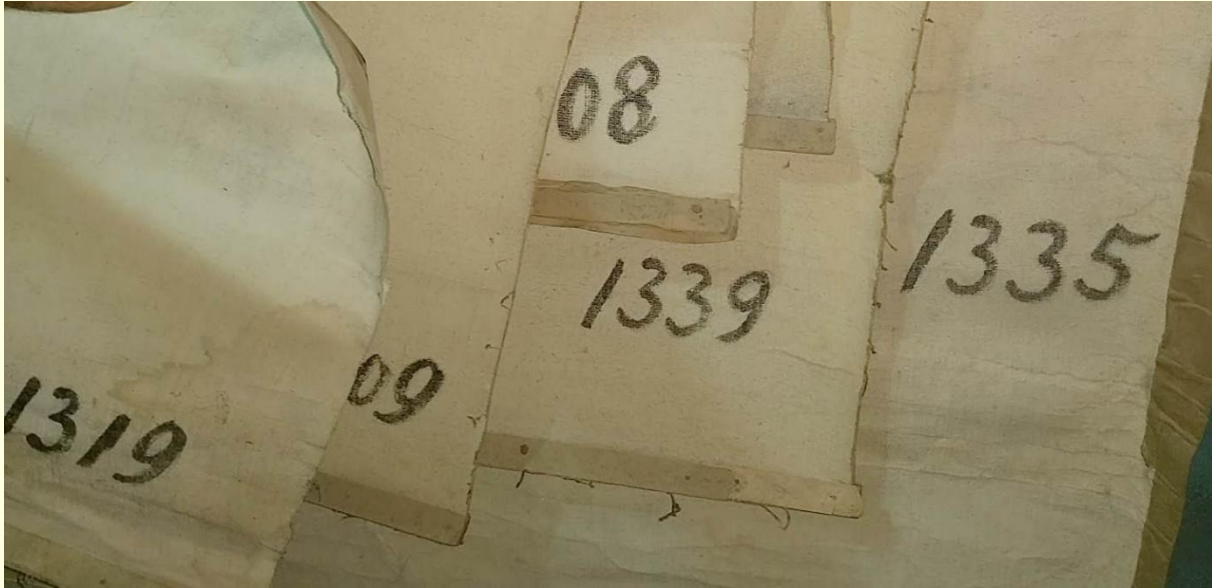
Morfoloji Enstitüsü'nde Anatomi Eğitimi ve Kullanılan Eğitim Materyalleri: Planşların Önemi: Morfoloji Enstitüsü bünyesinde anatomi, histoloji ve embriyoloji teorik ve pratik eğitimi verilmekteydi. Kuruluş sonrası ilk akademik döneminde 20'si yabancı uyruklu 90 öğrenci bulunmaktaydı. Makroskopik anatomi eğitiminde pratik uygulama olarak kadavra başı dersleri, öğretim üyesi eşliğinde kadavra diseksiyonları yapılmaktaydı. Teorik eğitimde ise dönemin kabul görmüş ders kitapları ile bu kitaplardan faydalanılarak hazırlanan kendi ya da misafir öğretim üyelerinin hazırladığı ders kitapları kullanılmaktaydı. Teorik derslerin işlenişinde görsel materyal çeşitliliği büyük öneme sahipti. Ege Tıp Fakültesi'nde eğitim amaçlı kullanılan anatomik görseller altı grupta incelenebilir: 1) anatomi atlasları, 2) bilimsel dergiler, 3) öğretim üyelerinin kara tahtaya yaptığı şematik çizimler, 4) tepegöz olarak adlandırılan asetat kağıt üzerine yapılmış çizimleri perdeye yansıtan optomekanik projeksiyonlar, 5) üç boyutlu komşulukların temsil edildiği plastik model maketler ve 6) planş adı verilen büyük boyutlu çizimler. Ege Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı arşivinde künyesi bir asırdan daha önceye dayanan, yazıldığı döneme damga vurmuş yabancı ve yerli pek çok anatomi atlası ve ders kitabı bulunmakta olup bu eserleri barındırması açısından da anatomi anabilim dalı hem Ege Bölgesi hem de Ulusal Arşiv açısından oldukça önemlidir. İlk olarak Morfoloji Kürsüsü olarak kurulan bölüme ait kitaplık incelendiğinde İngilizce, Almanca ve Fransızca dillerinde yazılmış atlas ve illüstrasyon içeren konu kitapları olduğu görülmektedir. Anabilim Dalı kitaplığında yer alan dönemin önemli başvuru kaynak kitapları listesi **Tablo 1'**de verilmiştir.

Tablo 1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı arşivinde yer alan dönemin önemli anatomi kaynaklarından bazıları

Yazar	Basım Yılı	Kitabın Başlığı
P. Poirier	1894	Traite D'Anatomie Humaine
H.K. Corning	1917	Lehrbuch der Topographischen Anatomie
T. Vos Lanz-W.Wachsmuth	1935	Praktische Anatomie
Nurettin Ali Berkol-Zeki Zeren-Mehmet Ali Oya	1945	Sistematik Anatomi
İbrahim Veli Odar	1951	Autonom Sinir Sistemi
Eduard Pernkopf	1952	Topographische Anatomie des Menschen
J.C. Brash	1952	Cunningham's Manual of Practical Anatomy
Max Clara	1953	Das Nerven System des Menschen
Nicholas A. Michels	1955	Blood Supply and Anatomy of the Upper Abdominal Organs
Rauber-Kopsch	1955	Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen
Nurettin Ali Berkol ve Zeki Zeren	1956	İnsan Anatomisi
Linden F. Edwards	1956	Concise Anatomy
Hermann Braus ve Curt Elze	1960	Anatomie Des Menschen
Raymond C. Truex-Malcolm B. Carpenter	1964	Human Neuroanatomy

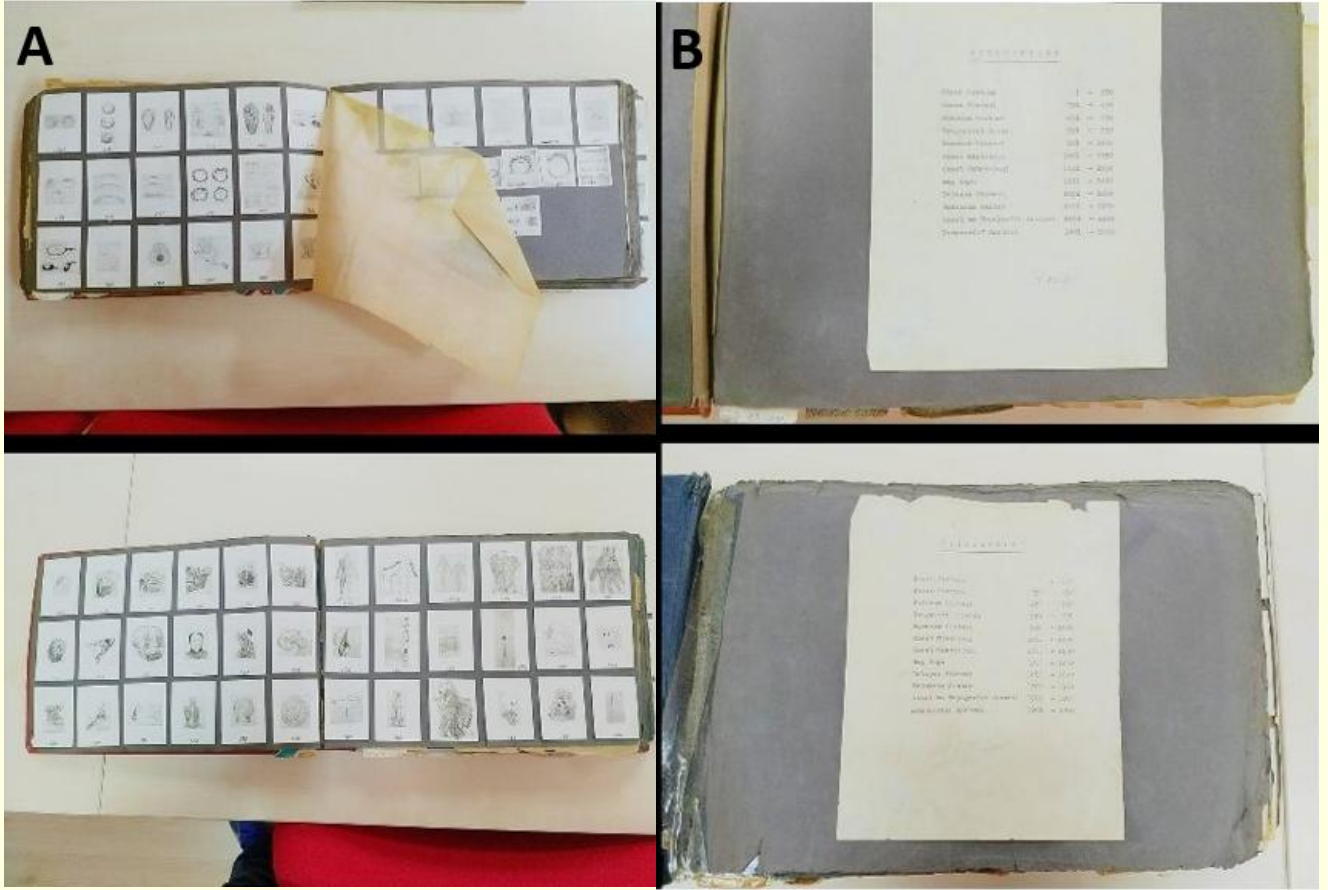
Not: Bu kitapların arasında yer alan kitap ödünç alma kartlarında görüldüğü üzere kitaplar 2000'li yıllara kadar alınıp okunmuş ve faydalanılmıştır. Kitaplar renkli ve renksiz olmak üzere pek çok illüstrasyona sahip olup bir kısmı radyolojik görüntü fotoğrafı içermektedir. Kürsünün arşivindeki bu eserler incelendiğinde anatomi eğitiminde kullanılan asetat ve planşlardaki görsellere teknik açıdan ilham verdiği görülmektedir.

Anatomik yapıların daha ayrıntılı gösterilmesinin kara tahtada çizerek mümkün olmaması, öğrencilerin ekonomik ve fiziksel şartlar nedeni ile ders kitaplarına ulaşılabilirliğin kısıtlı olması, ayrıca kitaplarda yer alan görsellerin kalabalık amfi ortamında ayrıntılı bir şekilde gösterilmesinin mümkün olmaması, öğretim üyesinin anlatmak istediği konu ya da vurgulamak istediği özel durum ile ilgili yeterli nitelik ve nicelikte illüstrasyonların bulunmaması gibi bir takım nedenlerle tıbbi yapıları resmetmeye hevesli sanatçı adayları ya da çizim yeteneği olan anatomistlerin yetiştirilmesi ve çeşitli eserlerin üretilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Max Brödel'in Johns Hopkins'te uygulayarak küresel çapta tanınır hale getirdiği kalifiye sanatçı-bilim insanlarının yetişmesini sağlayan sistematik medikal illüstratörlüğün²⁵ önemi Ege Tıp Fakültesi Morfoloji Enstitüsü'nün kurucu ekibi tarafından çabucak kavranılmıştır. Hem sanatsal hem de akademik açıdan büyük bir bilgi ve yeteneğe ihtiyaç duyulan bu mesleğin icrası için maddi ve manevi tüm imkanlar seferber edilmiştir ve bu emeklerin en önemli meyvelerinden olan "Planşlar" üretilerek eğitim materyali olarak kullanılmıştır (planj ya da blanş gibi sözel ifadeleri de mevcuttur). Anatomi Anabilim Dalı arşiv kayıtları incelendiğinde planşların çizimlerinin başlangıç ve bitiriliş tarihleri, kimler tarafından, hangi malzemelerle ve hangi tekniklerle yapıldıklarına dair kayıtlı bir belge bulunmamışsa da planşların arka kısımlarında kayıt numaraları olduğu düşünülen numaraların bulunması bunların belirli bir düzende tasniflenerek arşivlendiğini gösterir. (Şekil 3)



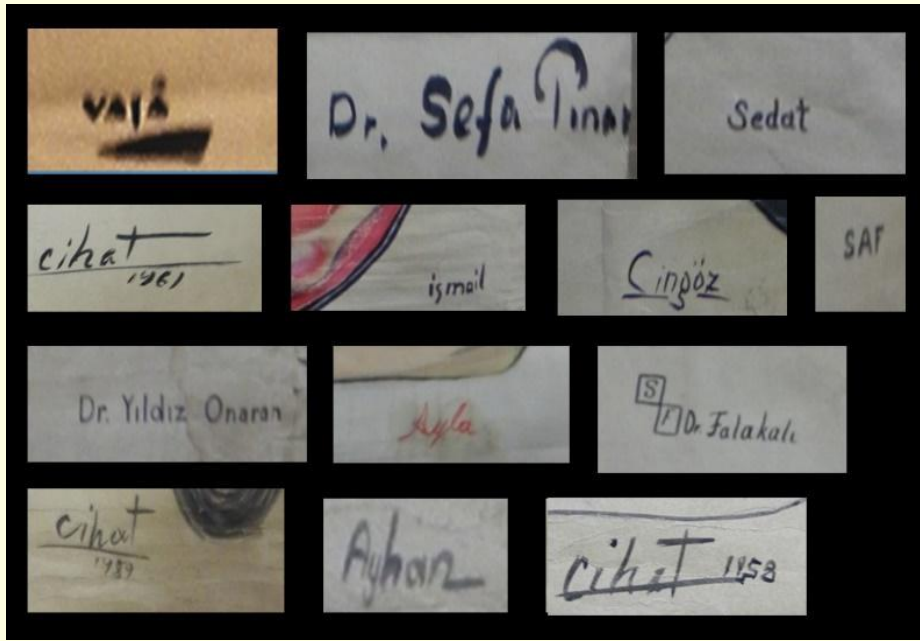
Şekil 3. Planşların arkasında kayıt numaraları yer almaktadır.

Ayrıca arşivde bulunan bazı kataloglarda planşlarda resmedilen görsellerin küçük boyutlu halleri bulunmakta ve anatomi ders konularına göre belirli bir sayı ve sırada yerleştiği görülmektedir. Öğretim görevlileri ve asistanlar için iki nüsha halinde olan bu kataloglarda bulunan resim numaraları ders konularına göre planşların kolaylıkla seçilmesini ve arşivde bulunmasını sağlamaktadır. (Şekil 4)



Şekil 4 A-C. Planşların küçük resimlerinin ve kayıt numaralarının yer aldığı ders için görsel seçmeye yarayan katalog resimleri. Planşların konulara göre sınıflandırıldığı dikkati çekmektedir. Katalogün içindekiler kısmında 2000 adet planş olduğu görülmektedir.

Ege Üniversitesi Morfoloji Enstitüsü Anatomi Planşlarının Teknik Detayları: Planşların genel yapısı incelendiğinde yaklaşık bir buçuk metre boyu ve 1 metre genişliği olan özel kağıtların kullanıldığı dikkat çekmektedir. Üst ve alt kısımları 2*3 santimetrelilik kereste ile sabitlenmiş olup üst kenarın ortasında rahatlıkla depolanmasını sağlayacak ip askılığı sahiptirler. Tasvir edilen anatomi sahnelerine ait çizimler amfide rahatlıkla fark edilebilecek şekilde büyük ölçekli olsa da standart bir ölçeğin kullanılmadığı, bazı çizimlerin diğerlerinden daha küçük ya da daha büyük olduğu fark edilmektedir. Çizimler incelendiğinde dönemin kaynak kitap ve atlaslarında yer alan görsellerin bulunabildiği gibi diseksiyonlarda dikkat çeken bazı önemli sahnelerin de resmedildiği görülmektedir. Planş kataloglarındaki sayılar incelendiğinde yaklaşık 2000 adet olduğu görülmektedir. Bu kadar büyük bir arşivin oluşturulmasında pek çok sanatçının emeği bulunduğu düşünülürken birlikte bu çizerler hakkında planşın kenarlarına atılmış imzalar dışında pek az ipucu bulunmaktadır. Bu imzalar incelendiğinde “İsmail”, “Cihat”, “Nurettin Cihat”, “Ayla”, “Dr. Falakalı”, “Ayhan”, “Sedat”, “Cingöz”, “Dr. Yıldız Onaran”, “SAF”, “Dr. Sefa Tina” isimlerinin yazıldığı fark edilebilmektedir. Bazı imzaların altında ise bitiriliş tarihi olduğu düşünülen tarihler atılmıştır. Bunlardan en eski olanı 1958 olup sırası ile 1960, 1961, 1976, 1984, 1989 gibi tarihler yer almaktadır. Ancak bütün çizimlerin altında tarih bulunmaması, arşiv numaralarının hangi tarihte verildiğinin bilinmemesi gibi etkenlerle planşların eskiden yeniye doğru olan sıralanması mümkün olmamıştır. (**Şekil 5**) Üretimi uzun süreler alan, sanatsal yetenek ve anatomik uzmanlık gerektiren planşların korunması önem arz etmekteydi. Bu çizimlerin korunması için anabilim dalı olarak kullanılan tarihi binanın zemin altı katında bulunan karanlık depoda, birbiri ile temas etmeyecek şekilde, iki ayaklı ahşap askılara asılı olarak depolanmaktaydı. (**Şekil 6**)

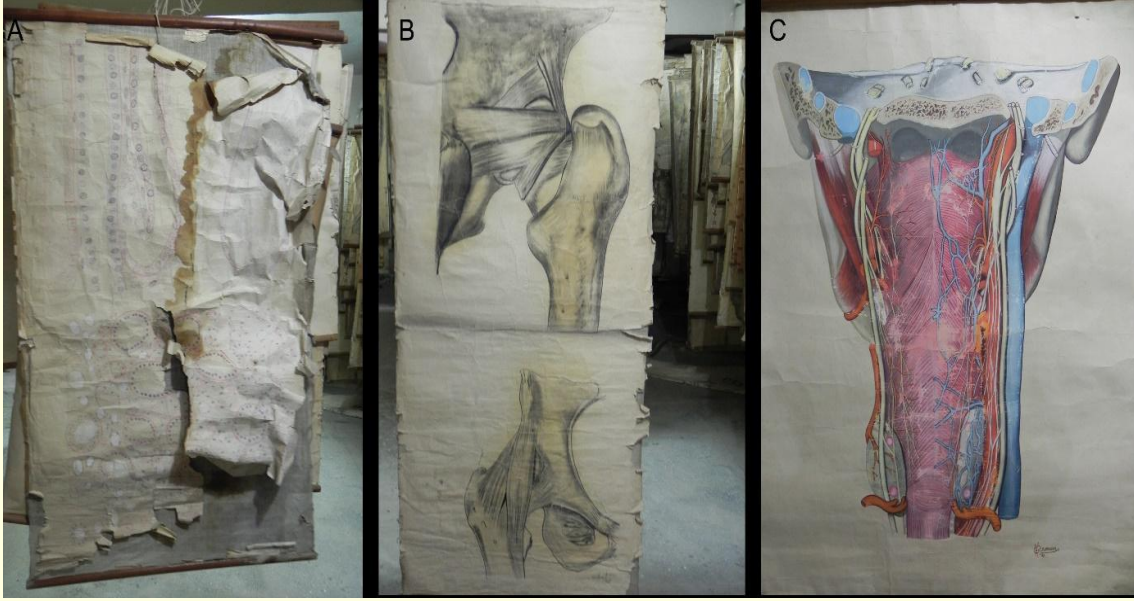


Şekil 5: Planşların sağ alt köşesinde çizerlerin olduğu düşünülen isimler bulunmaktadır. Bazılarının altında tarihler de bulunmaktadır.



Şekil 6. Planşlar 2023 yılına kadar Anatomi Anabilim Dalı'na ait binanın alt katındaki depoda saklanmaktaydı.

Cumhuriyet Dönemi Tıp Tarihi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi kurumsal geçmişi açısından önemli bir yere sahip olan bu çizimler uzun bir süre boyunca Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı Binası'nda bulunmaktadır. Bu materyaller eskiden olduğu gibi asılarak ve mümkün olduğunca güneş ile nemden uzak tutularak saklanmaktadır. Dijital araç ve gereçlerin eğitimde diğer araçların yerini yüksek ivme ile alması sonrasında planşlar uzun süredir arşivde yer değiştirmeden durmuştur. Bunların büyük bir kısmı kronik dönemde sıcaklık, nem ve oksitlenme ile birlikte hasarlı hale gelmiş, bir kısmında ise daha büyük major deformiteler olduğu gözlenmişse de oldukça iyi durumda olan planşların bulunduğu da görülmüştür. (**Şekil 7**)



Şekil 7. A) Hasarlı planş örneği, B) Az hasar görmüş planş örneği, C) Hasarsız planş örneği.

Sonuç

1955 yılında kurulan Ege Üniversitesi ülkemizde üçüncü, Ege Bölgesinde ilk üniversite olma özelliğini taşımaktadır. Ege Üniversitesi bünyesinde eğitim ve öğretim hizmetine başlayan tıp fakültesi, sadece bulunduğu il olan İzmir değil tüm bölgenin sağlık sorunlarına hizmet vermek ve genç hekimlerin yetiştirilmesine yardımcı olmak amacıyla kuruluşundan itibaren sahiptir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Morfoloji Kürsüsü de hem akademik hem de tarihsel açıdan ülkemizde önemli bir yere sahiptir. Maddi ve manevi büyük emeklerle üretilmiş ve uzun süre kullanılmış olan planşlar Türkiye Cumhuriyeti Dönemi tıp ve anatomi eğitimi hakkında, derslerde incelenen konular, ayrıntılar, anatomik kesitler gibi, önemli bilgiler vermektedir. Planşlarda resmedilen yapıların dönemin kaynak eserleri ile birlikte detaylı analizleri 1950'li yıllardan yirmibirinci yüzyılın başına kadar olan döneme farklı bir perspektiften bakış sunabilir. Ayrıca planşlar özelinde düşünüldüğünde belirli bir aşama kaydeden profesyonel tıbbi illüstratörlük mesleğinin devam ettirilememesinin sonuçları ve gelecek planlamasında bu konuya eğilimin gereklilikleri konusu yeniden tartışmaya açılabilir. Ülkemiz değerlerinin kurduğu tıbbi illüstratörler derneği ve tıbbi illüstrasyon eğitim programları incelenerek akademiye ve endüstriye ne gibi katkıların sağlanabileceği araştırılmalıdır. Modern dijital çağın teknolojik getirilerinin anatomi eğitimindeki yeri giderek artmakla birlikte tıbbi illüstrasyonların kritik rolü devam etmektedir. Anlaşılması zor anatomik yapı ve ilişkilerin istenildiği ölçüde basitleştirilebildiği, akılda kalıcılığının yüksek ve hayal gücüne bağlı olarak sınırsız potansiyele sahip olması modern planşların sistematik olarak yeniden üretilmesi için gereken maddi ve manevi desteklerin artırılması zorunludur.

Bilgi

Yazarlar çalışmalarının tarafsızlığı ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali katkı veya diğer çıkar çatışma ihtimalinin bulunmadığını beyan etmektedir.

Bu çalışma 2020 yılının sonlarında hayatını kaybeden Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Lokman Öztürk'e ithaf edilmiştir. Pek çok öğrencinin eğitim hayatında yer etmiş olan Prof. Dr. Öztürk, tıbbi illüstrasyon konusunda da öğrencilerine her zaman destek olmuştur. Verdiği kıymetli destekleri için Prof. Dr. Öztürk'ü her zaman minnetle anacağız.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

İstemihan Çoban: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, Mete Ertürk: Denetleme/danışmanlık, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Çağatay Üstün: Denetleme/danışmanlık, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Netter F. Medical illustration—Its history, significance and practice. Bull NY Acad Med 1957;33:357-368.
2. Sluglett J. Mummification in Ancient Egypt. West Engl Med J 1990;105(4):117.
3. McLachlan JC, Patten D. Anatomy teaching: ghosts of the past, present and future. Med Educ 2006;40(3):243-253.
4. Calkins CM, Franciosi JP, Kolesari GL. Human anatomical science and illustration: The origin of two inseparable disciplines. Clin Anat 1999;12(2):120-129.
5. Tsafirir J, Ohry A. Medical illustration: from caves to cyberspace. Health Inf Libr J 2001;18(2):99-109.
6. Loechel WE. The history of medical illustration. Bull Med Libr Assoc 1960;48(2):168.
7. Merlini L, Tomba P, Viganò A. Berengario da Carpi, a pioneer in anatomy, rediscovered by Vittorio Putti. Neuromuscul Disord 2003;13(5):421-42.
8. Ustün Ç. XX. Yüzyılda Tıp ve Eczacılık Tarihinin Resimlendirilmesinde Robert Alan Thom (1915-1979). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2023;13(3):610-620.
9. Rubalcava NS, Gadepalli SK. From ancient texts to digital imagery: a brief history on the evolution of anatomic illustrations. Am Surg 2021;87(8):1259-1266.
10. Ghosh SK. Evolution of illustrations in anatomy: A study from the classical period in Europe to modern times. Anat Sci Educ 2015;8(2):175-188.
11. Gabriel D. The history of medical illustration. 2009. Available from: <https://doi.org/10.3109/17453058609156023>
12. Reverón RR. Herophilus and Erasistratus, pioneers of human anatomical dissection. Vesalius 2014;20(1):55-58.
13. Uyanıkgil Y. Ege Tıp Morfoloji Kürsüsünden Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalına Bilime ve Eğitime Adanmış Bir Hayat; Prof. Dr. Meral Baka. Ege Tıp Derg 2024;63(1):166-170.
14. Eknoyan G. Michelangelo: art, anatomy, and the kidney. Kidney Int 2000;57(3):1190-1201.
15. Tubbs RI, et al. The influence of ancient Greek thought on fifteenth century anatomy: Galenic influence and Leonardo da Vinci. Childs Nerv Syst 2018;34(6):1095-1101.
16. Roberts S. Henry Gray and Henry Vandyke Carter: creators of a famous textbook. J Med Biogr 2000;8(4):206-212.
17. Patel SK, Couldwell WT, Liu JK. Max Brödel: his art, legacy, and contributions to neurosurgery through medical illustration: Historical vignette. J Neurosurg 2011;115(1):182-190.
18. Mavrodi A, Paraskevas G, Kitsoulis P. The history and the art of anatomy: a source of inspiration even nowadays. Ital J Anat Embryol 2013;118(3):267-276.
19. Netter FM, Friedlaender GE. Frank H. Netter MD and a brief history of medical illustration. Clin Orthop Relat Res 2014;472(3):812-819.
20. Ekmekçi PE, Arda B. Anatomi Eğitim Materyallerine 1931'den Bir Örnek: Mükemmel Vücutbeşer Haritası. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2015;5(2):52-61.
21. Ortadeveci A, Ozden H. Atatürk Dönemi Kaynakları Işığında Anatomi Eğitimi. Türkiye Klinikleri Medical Ethics, Law and History-Special Topics 2023;9(2): 6-15.
22. Yıldırım M, Çağdır A. Türkiye'de Tıbbi Çizime Genel Bakış. İü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008:67-76.
23. Akman M. Tıbbi illüstrasyonun Türkiye'de oluşumu ve gelişimi açısından incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Grafik Tasarımı Ana Sanat Dalı, 2018.
23. Ege Üniversitesi 60. Yıl Albumü. Ege Üniversitesi Yayınevi. 2015.
24. Cullen TS. Max Brödel, 1870-1941 director of the first department of art as applied to medicine in the world. Bull Med Libr Assoc 1945;33(1):4-1.

Tıp Fakültesi Müfredatlarında Tıp Tarihi: Türkiye'deki Güncel Durumun Değerlendirilmesi*

Medical History in Medical School Curricula: An Evaluation of The Current Situation in Türkiye

Gamze Özbek Güvenⁱ, Şerife Yılmazⁱⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0002-5391-8873>

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-5660-7712>

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı, Türkiye'deki tıp fakültelerinde tıp tarihi eğitime ilişkin güncel durumu değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırma tıp fakültesi müfredatlarında tıp tarihi dersine ne kadar ve nasıl yer verildiğinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Tıp eğitimi veren okullara Yükseköğretim Lisans Atlası Sistemi aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışma 01-30 Nisan 2024 tarihleri arasında sürdürülmüştür. Bu tarihler arasında sisteme kayıtlı 110 tıp fakültesi müfredatı çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırmacılar tarafından tasarlanan veri toplama formu fakültelerin web sitelerinde yer alan eğitim planları incelenerek doldurulmuştur.

Bulgular: Araştırmanın bulguları, Türkiye'deki tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitim programlarında tıp tarihi derslerine farklı düzeylerde yer verdiklerini ortaya koymuştur. İncelenen 110 tıp fakültesinin büyük çoğunluğu tıp tarihi derslerini müfredatlarında bulundurmaktadır, ancak derslerin içerik ve kapsamlarında önemli farklılıklar gözlenmiştir. Derslerin %91,2'si "Tıp Tarihi ve Etik" başlığı altında sunulurken, diğerleri farklı başlıklar altında işlenmektedir. Okulların %50'sinde dersler alan uzmanları tarafından verilirken, %36,4'ü alan dışı öğretim üyeleri tarafından verilmektedir. Müfredatın kapsamı, tarih öncesinden modern döneme kadar geniş bir yelpazeyi içermekte olup, derslerin saat ve içerik bakımından fakülteler arasında standart olmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Tıp tarihi derslerinin içerik, saat ve yöntem açısından standartlaştırılması, öğretim üyesi profili, dersin uygulamalı olarak işlenip işlenmemesi gibi çeşitli unsurların değerlendirilmesi için bir çalışma grubu oluşturulması ve kapsamlı bir planlama yapılması önerilmektedir. Ayrıca, tıp tarihi derslerinin ulusal çekirdek müfredatta yer alması ve Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kapsamına dahil edilmesi, bu alanın önemini ve tıp tarihi eğitiminin etkinliğinin artıracak adımlar olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıp Tarihi, Tıp Eğitimi, Tıp Müfredatı

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to assess the current status of medical history education in medical faculties across Türkiye.

Method: The study was designed as a descriptive research to assess the scope and implementation of medical history courses within the curricula of medical faculties. Medical schools were accessed through the Higher Education Undergraduate Atlas System. The study was conducted between April 1 and 30, 2024. During this period, the curricula of 110 medical faculties registered in the system were included in the study. The data collection form, designed by the researchers, was filled out by examining the education plans available on the faculties' websites.

Results: The findings reveal that medical faculties in Türkiye include medical history courses at varying levels in their pre-graduation programs. While the vast majority of the 110 medical faculties examined incorporate medical history into their curricula, significant differences were observed in the content and scope of these courses. Of these courses, 91.2% are offered under the title "History of Medicine and Ethics," while others are presented under different titles. In 50% of the schools, the courses are taught by subject matter experts, whereas in 36.4% of the schools, they are delivered by faculty from other fields. The curriculum content ranges from prehistoric medicine to modern medicine, with notable disparities in course hours and content across faculties.

Conclusion: It is recommended that a working group be established and comprehensive planning be conducted to standardize the content, duration, and teaching methods of medical history courses, as well as to evaluate various factors such as the profile of teaching staff and the inclusion of practical sessions. Additionally, incorporating medical history courses into the national core curriculum and including them in the Medical Specialization Examination (TUS) are suggested as critical steps to enhance the importance and effectiveness of medical history education.

Keywords: History of Medicine, Medical Education, Medical Curriculum

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):122-130

DOI: 10.31020/mutfd.1542394

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Eylül 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 09 Aralık 2024

İletişim- Correspondence Author: Gamze Özbek Güven <gamzeozbekguven@gmail.com>

Giriş

Tıp alanında 19 yüzyıl, köklü dönüşümlerin yaşandığı ve bilimsel devrimlerin gerçekleştiği bir dönemdir. Bu dönemde, geleneksel tıbbi anlayışların yerini, pozitif bilimlerin yöntemlerine dayalı yaklaşımlar almıştır. Bichat'ın otopsi çalışmaları, hastalıkların organ dokularındaki bozulmalardan kaynaklandığını ortaya koyarak modern patolojinin temelini atmıştır. Virchow'un hastalıkları hücresel düzeyde incelemesi, modern patoloji biliminin gelişiminde önemli bir adım olmuş, Pasteur ve Koch'un mikroorganizmaların hastalıklara neden olduğunu kanıtlaması, enfeksiyon hastalıklarının anlaşılmasını sağlamıştır. Bernard'ın deneysel fizyoloji alanındaki çalışmaları ve Röntgen'in radyolojiyi keşfi ise tıbbın teşhis ve tedavi yöntemlerini kökten değiştiren buluşlar arasında yer almıştır. Bu bilimsel gelişmeler, tıp tarihinde sadece bilimsel açıdan değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel açılardan da derin etkiler yaratarak tıp tarihine olan ilgiyi büyük ölçüde artırmıştır.¹⁻³

Bu süreçte, Batı dünyasında özellikle Victor Dramberg, Max Neuburger, Max Meyerhof gibi tarihçiler, tıp tarihine dair kapsamlı çalışmalar yaparak bu disiplinin gelişmesine katkıda bulunmuşlardır. Tıp tarihçiliği, sadece tıbbi buluşların kronolojisini oluşturmakla kalmamış, aynı zamanda tıbbın toplumsal ve kültürel bağlamlarını da inceleyerek tıbbın nasıl bir evrim geçirdiğini ve bu sürecin toplumlar üzerindeki etkilerini de analiz etmiştir. Bu dönemde Batı'da tıp tarihine olan ilginin artmasının bir nedeni de, Doğu-Batı ilişkilerinin ve bu ilişkilerdeki kültürel çatışmaların tıp bilimlerine yansımalarının incelenmesidir. Batılı tarihçiler, Doğu'nun tıbbî mirasını da değerlendirerek, kendi tarihsel perspektiflerini genişletmişlerdir.¹⁻³

Batıda tıp tarihine olan ilginin artmasıyla birlikte üniversitelerde kürsüler açılmaya başlamıştır. İtalya'da 1814 yılında Napoli Üniversitesi'nde Tıp Tarihi kürsüsü kurulmuş ve bu kürsü başkanlığına Antonio Miglietta (1763-1826) atanmıştır. Miglietta, sadece tıp tarihindeki zaferleri ve büyük bilimsel gelişmeleri öğretmenin değil, aynı zamanda hataları ve önyargıları örneklendirip eleştirel bir şekilde analiz etmenin önemini vurgulamıştır.

Günümüzde İtalya'da tıp tarihi, tıp alanında lisans programlarının prelinik döneminde ve yüksek lisans derslerinde kurumsallaşmış bir akademik disiplin olarak yer almaktadır.⁴ Birmingham Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1996-1997 akademik yılında tıp müfredatında tıp tarihine yer vermeye başlamıştır.⁵ Amerika Birleşik Devletleri'nde, Arkansas Üniversitesi'nde "Tarihsel Tartışma" dördüncü sınıf tıp öğrencileri için bir seminer olarak sunulmuştur.⁶ Minnesota Tıp Fakültesi'nde ise tıp tarihi, tıp müfredatının ilk yılında yer almaktadır.⁷ İran'da tıp tarihi, tıp fakültesi müfredatının bir parçası olmasa da, İran ve İslam Kültür ve Medeniyet Tarihi (HCCII dersi) kapsamına dahil edilmiştir.⁸ Güney Kore'de 1946 yılında Severance Tıp Fakültesi'nde Kim Du-jong (1896-1988) tıp tarihi dersleri vermeye başlamış olup 2023 yılı itibarıyla, toplam 40 üniversiteden 22'sinin müfredatında tıp tarihi eğitimi bulunmaktadır.⁹ Dünyada gelişen bu akademik ilginin etkileri Türkiye'de de hissedilmiş ve tıp tarihine dair uluslararası düzeydeki çalışmalar Türk akademik çevrelerinde de yankı bulmuştur.

Türkiye'de tıp tarihine olan ilgi, Tanzimat Dönemi'yle birlikte artmaya başlamıştır. Batı'daki tıbbi gelişmelerin Osmanlı tıbbına entegrasyonu ve tıbbi terminolojinin Türkçeleştirilmesi, bu süreçte önemli adımlar arasında yer almıştır. Bu dönemde Hüseyin Remzi Bey, Besim Ömer Paşa ve Rıza Tahsin gibi hekimler hem tıbbi pratiklerde hem de tıp tarihi alanında önemli çalışmalar yapmışlardır. Hüseyin Remzi Bey'in "Tarih-i Tıbb: Mısır ve Eski Yunan Tababeti" adlı eseri, Türkiye'de yayımlanan ilk tıp tarihi kitabı olarak kaydedilmektedir. Besim Ömer Paşa'nın "Nevsal-i Afiyet" adlı ansiklopedik tıp dergisi ise hem tıbbi bilgilere hem de tıp tarihine dair önemli bir kaynak olmuştur.^{2,3}

Cumhuriyet Dönemi'nde, tıp tarihine olan ilgi daha sistematik ve kurumsal bir yapıya kavuşmuştur. Süheyl Ünver'in İstanbul Tıp Fakültesi'nde Tıp Tarihi Kürsüsü'nü kurması ve burada gerçekleştirdiği çalışmalar,

Türkiye’de tıp tarihinin akademik bir disiplin olarak gelişimine öncülük etmiştir. Aynı şekilde, Ankara Üniversitesi ve Ege Üniversitesi gibi çeşitli tıp fakültelerinde de tıp tarihi eğitime başlanması bu alanın Türkiye’deki önemini ve gelişimini hızlandırmıştır.^{2,3}

Tıp tarihi eğitimi, tıp öğrencilerine geçmişin tıbbi uygulamalarını öğretmenin ötesinde, etik, eleştirel düşünme ve empati gibi insani becerilerin gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır. Tarihsel vakalar ve etik ikilemler üzerinden yapılan tartışmalar, öğrencilerin tıbbi uygulamalarda daha bilinçli ve duyarlı kararlar almalarını destekler. Bu eğitim, öğrencilerin modern tıbbın sosyokültürel bağlamını anlamalarına yardımcı olurken, mesleğin köklü geleneklerini ve tıbbın insani yönlerini daha derinlemesine kavramalarını sağlar. Hipokrat, İbn-i Sina, Florence Nightingale gibi tarihi figürler, öğrenciler için etik ve ilham verici rol modeller sunar. Tıp tarihi, hastalıkların zaman içindeki değişimini ve bu değişimin tıbbi pratiğe olan etkilerini inceleyerek, modern tıbbın dinamik doğasını anlamalarını sağlar. Bu farkındalık, öğrencilerin tıbbi belirsizlikler ve sınırlamalar karşısında daha esnek ve açık fikirli olmalarına olanak tanır, böylece tıp pratiğinde daha güçlü bir profesyonellik ve insani yaklaşım geliştirirler.^{10,11} Tıp tarihine yönelik bu eğitimsel yaklaşımın, öğrencilerin tıp mesleğine dair tarihî ve kültürel bir perspektif kazanmalarına katkı sağladığı düşünülmektedir. Türkiye'deki tıp fakültelerinde tıp tarihinin eğitim müfredatındaki yeri ve bu konunun öğrencilere ne ölçüde aktarıldığına dair sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu bağlamda, tıp fakültelerindeki tıp tarihi derslerinin içerik ve kapsamının incelenmesi, bu alandaki eğitimin geliştirilmesine yönelik önemli veriler sunabilir.

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışmanın amacı, tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi eğitim programlarının müfredatlarında tıp tarihi konusuna ne kadar ve nasıl yer verildiğini değerlendirmektir. Çalışma, tanımlayıcı bir nitelik taşıyarak, mevcut durumun analizini yapmayı ve elde edilen veriler ışığında önerilerde bulunmayı amaçlamaktadır.

Evren ve Örneklem

Bu araştırma, Türkiye’de tıp eğitimi veren yükseköğretim kurumlarını kapsamaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışmanın evrenini belirlemek için Yükseköğretim Lisans Atlası Sistemi elektronik veri tabanı kullanılarak, tıp fakültelerinin listesi oluşturulmuştur.¹² Çalışma 01-30 Nisan 2024 tarihleri arasında sürdürülmüştür. Bu tarihler arasında sisteme kayıtlı 110 tıp fakültesi müfredatı çalışma kapsamına alınmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan bir veri toplama aracı ile elde edilmiştir. Bu araç, tıp mezuniyet öncesi eğitim programlarını incelemek amacıyla oluşturulmuş ve ilgili okulların internet sitelerindeki eğitim planları incelenerek doldurulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler, SPSS 25.0 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans ve yüzde hesaplamaları gibi temel istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları, verilerin yükseköğretim kurumlarının internet sitelerinde yer alan bilgilerden elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Bazı kurumların web sitelerinde ders içeriklerini paylaşmamış ya da güncellememiş olması, verilerin tam ve güncel olmamasına yol açmıştır. Bu durum, araştırmanın bulgularının genel geçerliliğini kısmen sınırlayabilir.

Bulgular

Araştırmamızın bulguları, Türkiye'deki tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitim programlarında tıp tarihi derslerine farklı düzeylerde yer verdiğini göstermektedir. İncelenen 110 tıp fakültesinin büyük bir çoğunluğu, eğitim müfredatlarında tıp tarihini ele alırken, bu derslerin içerik ve kapsamı arasında önemli farklılıklar bulunmuştur.

Araştırmada yer alan okulların %88,2'sinde ders içeriklerine erişilebilmiş, ancak %4,5'inde sadece ders planlarına ulaşılabilmiş ve bu okullarda ders içeriklerinin detaylarına erişim sağlanamamıştır. Ayrıca, okulların %7,3'ünde hem ders içeriklerine hem de ders planlarına ulaşılamamıştır. Ders içerik ve planlarına ulaşılmayan üniversitelerin ilgili birimleriyle maille istekte bulunulmuş ancak cevap alınamamıştır (**Tablo 1**).

Elde edilen veriler, tıp tarihi derslerinin genellikle "Tıp Tarihi ve Etik" başlığı altında sunulduğunu (%91,3) göstermektedir. Bununla birlikte, bazı fakültelerde dersler "Tıp Tarihi ve Deontoloji" (%3,9), "Tıp Tarihi" (%2,9) ve "Deontoloji" (%1,9) başlıkları altında işlenmektedir. Bu çeşitlilik, tıp tarihi eğitiminde fakültelerin farklı yaklaşımlar benimsediğini ve ders içeriklerinin standart olmadığını ortaya koymaktadır (**Tablo 1**).

Araştırma kapsamına alınan okulların web siteleri incelendiğinde; derslerin %50'si Tıp Tarihi ve Etik alanından öğretim üyeleri tarafından verildiği, %36,4'ü alan dışı öğretim üyeleri tarafından verildiği görülmektedir. %13,6'sının öğretim üyesi bilgisine ulaşılamamıştır (**Tablo 1**).

Tablo 1. Tıp eğitimi veren yüksek öğretim kurumları ve tıp tarihi derslerine ait bilgiler.

	Tıp Fakültesi n	%
Okul Tipi		
Devlet Üniversitesi	79	71,8
Vakıf Üniversitesi	31	28,2
Toplam	110	100,0
Ders içeriğine ulaşma durumu	n	%
Ulaşılan	97	88,2
Sadece ders planına ulaşılan	5	4,5
Ulaşılamayan	8	7,3
Toplam	110	100,0
Dersin Tam Adı	n	%
Tıp Tarihi ve Etik	93	91,3
Tıp Tarihi ve Deontoloji	4	3,9
Tıp Tarihi	3	2,9
Deontoloji	2	1,9
Toplam	102	100,0
Öğretim Üyesi Durumu		
Uzman Öğretim Üyesi	50	50,0
Alan Dışı Öğretim Üyesi	40	36,4
Öğretim Üyesi Olmayan	20	13,6
Toplam	110	100,0

Okullarda derslerin ağırlıklı olarak I. dönemde zorunlu ders şeklinde, en az 4 saat ve en fazla 16 saat olarak verildiği görülmektedir. Tıp tarihi eğitimi, tıp fakültelerinin müfredatında mevcut olmasına rağmen, kısmi bir yük alıyor gibi görünmektedir.

Derslerin kapsamı, Tıp Tarihine Giriş, Tarih Öncesi Dönemde Tıp, Eski Uygarlıklarda Tıp, Orta Çağ Tıbbı, Rönesans Tıbbı, Modern Tıp, İslam Tıbbı, Osmanlı Dönemi Tıbbı, Türk Tıp Tarihi ve Batı Tıbbının Gelişimi gibi çeşitli temaları içermektedir (**Tablo 2**). Bu bulgular, tıp fakültelerinin tıp tarihini geniş bir perspektifle ele aldığını, ancak müfredatların içerik ve saat bakımından farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 2. Derslerde anlatılan Tıp Tarihi ile ilgili konular.

Tıp Tarihinin Giriş Dersleri	Bilim Tarihi Tarih Nasıl İlerler? Tıp Tarihi Nedir? Tıp Tarihinin Amacı? Tıp Tarihi Eğitiminin Önemi, Tıp Sanatının Başlangıcı Tıp Tarihi Dersinin Önemi, Metodolojisi, Tıbbın Evrimi Tıp ve Tarih Arasındaki İlişki Tıp Tarihinin İçeriği, Yöntemi ve Tıp Eğitimi Tıp Evrimine Genel Bir Bakış. Tıbbın Kökeni ve Tıp Öncülü Uygulamalar Hekim Kimliği ve Hekim Antları Sembollerle Tıp
Tarih Öncesinde Tıp	Prehistorik Çağlarda Tıp Antik Çağda Tıp Uygulamaları Antik Dönem Uygarlıklarında Tıp Antik Dönem Büyük Medeniyetlerde Hekim Kimdi? Antik Dönemlerde Hastalık ve Tedavi Nasıl Yapılıyordu?
Eski Uygarlıklarda Tıp	İlk Çağ Uygarlıklarında Tıp Mezopotamya Uygarlıklarında Tıp Eski Mısır'da Tıp Eski Hint'te Tıp ve Günümüz Tıbbına Yansımaları Çin Tıbbı ve Günümüz Tıbbına Yansımaları Eski Yunan'da Tıp Roma ve Bizans İmparatorluklarında Tıp Geç Antik Çağ: Abbasi Bağdat'ında Bizans, Arap Tıbbı Orta Asya Uygarlıklarında Tıp Eski Anadolu Uygarlıklarında Tıp Selçuklu'da Tıp Osmanlılar Öncesi Anadolu'da Tıp İslam Öncesi Türk Medeniyetinde Tıp
Orta çağda Tıp	Anatomide Büyük İlerlemeler: XV ve XVI. Yüzyıllarda Tıp Ölçme ve Değerlendirmenin Tıbbına Yansıması: 17. Yüzyılda XVII. ve XVIII. Yüzyıllarda Tıbbın Gelişimi XIX. ve XX. Yüzyıllarda Tıbbın Gelişimi XIX. Yüzyılda Modern Tıbbın Öncülleri (Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele, Mikrobiyoloji Laboratuvarları, Aşının Geliştirilmesi, Röntgenin Keşfi) Aydınlanma Dönemi: XVIII. Yüzyılda Tıp XVII. XVIII. Yüzyıl Avrupa'da Tıp, Kan Dolaşımı ve Çiçek Aşısı XIX. Yüzyıl Avrupası, Amerika ve Tıpta Devrim Yaratan Buluşlar (Anestezi, Asepsis, Antisepsi) XIX. Yüzyıl Avrupası, Amerika ve Tıpta Devrim Yaratan Buluşlar (Anestezi, Asepsis, Antisepsi) XX. Yüzyıl Tıbbı, Antibiyotikler, X Işınları, Radyo Terapi Tıpta Reform, Aydınlanma Çağı Mikrobiyoloji ve Cerrahide Büyük İlerlemeler: XIX. Yüzyılda Tıp Tıpta Teknolojik Gelişmeler: XX. Yüzyılda Tıp Orta çağ'da Batı Tıbbı Orta Çağ Avrupa Tıbbı Orta Çağ'da Tıbbın İki Farklı Yüzü-Doğu Orta Çağ'da Tıbbın İki Farklı Yüzü-Batı Orta Çağ Doğu ve Batı Tıbbının Yorumlanması
Rönesans Tıbbı	Avrupa'da Rönesans Tıbbı Rönesans Tıbbı Nasıl Etkiledi? Rönesans'tan Günümüze Dünyada Tıbbın Gelişimi Üzerine Genellemeler: XVII-XVIII. Yüzyıl Rönesans'tan Günümüze Dünyada Tıbbın Gelişimi Üzerine Genellemeler: XIX-XX. Yüzyıl Rönesans ve Sonrası Temel Tıbbın Gelişmesi (Anatomi, Biyoloji, Kimya, Mikrobiyoloji) Anatomide Büyük İlerlemeler: XV ve XVI. yüzyıllarda Tıp Tıpta Reform, Aydınlanma Çağı XVII. ve XVIII. Yüzyıllarda Tıbbın Gelişimi

Hipokrat ve Tıp	Helenistik Tıp Hipokrates ve Galen Hipokratik Dönem ve Klinik Hipokrat ve Klinik Tıp, Yeni Hekim Kimliği Hipokrat Tıbbının Önemli İsimleri ve Katkıları Dört Unsur Kuramı (Dört Humor Teorisi)
Modern Tıp	Modern Tıbbın Doğuşu Bilimsel Devrim ve Aydınlanma Çağından Günümüze Bilimsel-Deneysel Tıp Modern Tıbbın Sonrası Modern Tıp Biliminin Yükselişi Çağdaş Bilimsel Tıp Çağdaş Bilimsel Tıbbın Yapısal Özellikleri ve Yöntem Bilgisi Tıpta Teknolojik Gelişmeler: XX. Yüzyılda Tıp XXI.yy. Tıp Biliminin Gelişimi Tıpta Deney ve Kanıta Dayalı Tıbbın Gelişimi Çağdaş, Bilimsel ve Deneysel Tıp Dönemi (XIX. ve XX. Yüzyıl) XIX. yy. Modern Tıbbın Öncülleri (Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadeler (Mikrobiyoloji Laboratuvarları, Aşının Geliştirilmesi, Röntgenin Keşfi) Aydınlanma Dönemi: XVIII. yy Tıp
İslam Tıbbı	İlk Çağda İslam Tıbbı Orta Çağ'da Arap-İslam Tıbbı Orta Çağda İslam Tıbbı İbni Sina ve İslami Tıbbın Altın Çağları İslam Medeniyetinde İlim ve Tıbbın Yeniden Yorumlanması Türk İslam Dünyasında Tıbbın Evrimi
Osmanlı'da Tıp	Osmanlılarda Tıbbın Modernleşmesi-Tıp Eğitimi Osmanlı ve Cumhuriyet'in Erken Dönemlerinde Tıp Eğitimi ve Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu" Osmanlı Tıbbında Hastalık ve Tıbbi Uygulamalar Osmanlı Tıbbına Yön Verenler ve Eserleri Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Tıp Eğitimi Osmanlı Tıbbında Modernleşme Dönemi Osmanlıda Tıp Eğitiminde Reform XV. ve XVI. Yüzyıl Osmanlı Tıbbı, Ünlü Hekimler ve Yapıtları XVII, XVIII, XIX. Yüzyıl Osmanlı Tıbbı
Türk Tıp Tarihi	Türk Tıbbının Batıya Açılışı Başlangıçtan XIV. Yüzyıla Kadar Türk Tıbbı XIV. Yüzyıldan Günümüze Kadar Türk Tıbbı Cumhuriyet Dönemi Türk Tıp Tarihi Savaşlar ve Cumhuriyet Döneminde Tıp Cumhuriyet Dönemi Sağlık Reform ve Uygulamaları Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Sağlık Hizmetleri Osmanlı ve Erken Cumhuriyet Döneminde Tıbbın Modernizasyonu 1933 Üniversite Reformu ve Cumhuriyet Dönemi Tıbbı Türkiye'de Modern Tıp 14 Mart Tıp Bayramı ve Önemi Ülkemizde Tıbbın Gelişimi XX. Yüzyıl Türk Tıbbı, Askeri Tıbbiye Dönemi, İstanbul Tıp Fakültesi Kuruluşu, 1933 Atatürk'ün Üniversite Reformu. Dış Hekimliği, Eczacılık Öğretimleri ve Aşamaları. Türkiye'de Yeni Tıp Fakültelerinin Kuruluşu. Uzmanlık Dalları ve Gelişimleri Cumhuriyet Dönemi Tıbbı ve Tıbbiyeler Türkiye Sağlık Sistemi Tarihçesi
Batı Tıbbının Evrimi	Helenistik Tıp Hipokrates ve Galen Hipokratik Dönem ve Klinik Hipokrat ve Klinik Tıp, Yeni Hekim Kimliği Hipokrat Tıbbının Önemli İsimleri ve Katkıları Dört Unsur Kuramı (Dört Humor Teorisi)

	Anatomi Tarihi
	Tıp Tarihinde Koruyucu Hekimlik Uygulamaları
	Türk Hekimlerin Enfeksiyon Hastalıklarıyla Mücadele Tarihi
	Deneyimler ve Efsaneler Perspektifinde Anestezi, Ağrı ve Cerrahi Tarihi
	Kardiyolojinin Tarihi
Diğer konular	Bağışıklamanın Tarihi
	Tamamlayıcı Tıbbın Tarihi (Akupunktur, Fitoterapi vb.)
	Tıp Tarihi Müzeleri
	Tıp Fakültelerinin Tarihçesi. İlk Tıp Fakültelerinin Kurulması
	Tıbbı Yönlendiren İcatlar, Keşifler ve Buluşlar
	Edirne Tarihi ve Edirne'nin Tıp Tarihindeki Yeri
	Balkan Savaşları ve Sağlık Problemleri
	Salgın Hastalıklar Tarihi

Tartışma

Bu çalışmada, tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitim programlarında tıp tarihi derslerine ne kadar yer verildiğini ve bu derslerin nasıl işlendiğini analiz etmek hedeflenmiştir. Bu araştırma, alanında gerçekleştirilen ilk çalışma olma özelliğiyle önemli bir özgünlük taşımaktadır. Çalışma kapsamında, tıp fakültelerinin %88,2'sinin ders içeriklerine ve ders planlarına erişim sağlanmış, %4,5'inin ise yalnızca ders planlarına ulaşılabilmiştir. İncelemeler sonucunda, tıp tarihi derslerinin genellikle "Tıp Tarihi ve Etik" başlığı altında verildiği saptanmıştır. Tıp fakültelerinin sadece %50'sinde bu derslerin, Tıp Tarihi ve Etik alanında uzman öğretim üyeleri tarafından verildiği belirlenmiştir.

Dünya Tıp Birliği'nin etik eğitimini zorunlu kılmasına karşın, tıp tarihi eğitiminin zorunlu tutulmaması, ülkelerin tıp tarihi ve etik derslerinde farklı yaklaşımlar benimsemesine yol açmıştır. Bu farklılıklar, her iki disiplinin eğitsel hedeflerinin birbirinden ayrışmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde, etik ve tıp tarihi derslerinin birlikte sunulması, hekimlerin mesleki kimliklerini tarihsel, toplumsal, felsefi ve ahlaki boyutlarıyla zenginleştirerek geliştirmelerine önemli katkılar sağlamaktadır.¹³ Ancak, bu durumun yarattığı temel sorun, etik derslerine daha fazla ağırlık verilmesi nedeniyle tıp tarihi derslerinin müfredatta sınırlı bir yer kaplamasıdır.

Tıp tarihi eğitimi, iki temel yaklaşımla uygulanabilmektedir: Birincisi, tıp tarihinin tüm eğitim sürecine entegre edilmesi; ikincisi ise belirli eğitim aşamalarına odaklanmasıdır. İlk yaklaşım, tıp tarihini temel tıp ve klinik eğitimle entegre ederken, ikinci yaklaşım eğitimsel tutarlılığı ön planda tutar.⁹ Çalışmada tıp fakültelerinde her iki yöntemde kullanıldığı tespit edilmiştir. Genellikle 1. sınıfın ilk dönemlerinde verilen bu dersler, bazı fakültelerde 2. ve 3. dönemlerde seçmeli olarak sunulmakta, bazı fakültelerde ise 4. ve 5. dönemlerde daha çok bilimsel çalışmaların tarihi gibi seçmeli dersler kapsamında yer almaktadır. Ayrıca, bazı fakültelerde bu derslerin kurullar içerisinde birer saatlik dilimlere bölüldüğü tespit edilmiştir. Okullarda derslerin en az 4 saat en fazla 16 saat olarak verildiği görülmektedir. Bu durum tıp tarihine müfredatta yeterli önemin verilmediğini ve daha kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu bulgular, literatürde öğrencilerle yapılan çalışmalarla da tutarlıdır. Çençen'in çalışmasında öğrencilerin tıp tarihi konularına yönelik olumlu tutum sergiledikleri, ancak ders programlarında bu konuların yeterince yer almadığını düşündükleri vurgulanmıştır. Öğrencilerin %30'u ders saatlerinin artırılması gerektiğini belirtirken, %54'ü tıp tarihi konularının daha fazla yer almasını istemiştir.¹⁴ İnce ve Batmaz çalışmasında öğrencilerin tıp tarihi ve etik dersini mesleki açıdan orta düzeyde önemli buldukları tespit edilmiştir.¹⁵ Öğrencilerin derslere verdiği önemin ders saatleriyle paralel olduğu, kurulda ders saati daha yüksek olan dersin öncelendiği bilinmektedir. Buradan hareketle bir dönemde en fazla 16 saat olarak planlanan tıp tarihi derslerinin kurullara 4 saat olacak şekilde yerleştirilmesinin öğrenci açısından önemsiz değerlendirilmesine neden olduğu söylenebilir.

Çalışmada, bazı tıp fakültelerinde tıp tarihi derslerinin bir parçası olarak müze ve darüşşifalar gibi tarihi mekanlara ziyaretlerin gerçekleştirildiği belirlenmiştir. İnce ve Batmaz çalışmalarında da tıp tarihi açısından önemli antik mekanlara ve müzelere gezilerin düzenlenmesi ve bu gezilerin müfredatlarda yer alması gerektiği vurgulanmıştır.¹⁵ Ayrıca, Köken çalışmasında, tıp eğitimine oryantasyon haftasında müze ziyaretleriyle başlanmasını ve bu süreçte hekim kimliği, meslek ahlakı ile hekimlik, kültür ve sanat arasındaki ilişkinin tarihsel boyutlarının günümüze yansımalarının ele alınmasını önermektedir. Bu yaklaşım, aydın hekim yetiştirme amacıyla önemli bir eğitim modeli olarak değerlendirilmektedir.¹⁶ Ancak çalışmamızda elde edilen bulgular tıp fakültelerinde bu yaklaşımın yaygın olmadığını göstermektedir.

Tıp Tarihi ve Etiği dersinde tıp tarihi konularının öğretiminin daha nitelikli hale getirilmesinde yeni nesil öğrencilerin öğrenme stilleri ve yaklaşımları da göz önünde bulundurularak daha çok görsel ve interaktif eğitim modellerinin kullanılmasının dersin hedeflerine ulaşmasında katkısı olacağı düşünülmektedir. İnce ve Batmaz çalışmalarında, derslerin video, belgesel, görsel materyaller, müze ziyaretleri ve interaktif öğretim yöntemleriyle desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, belirli konulara dair genel veya özel alanlarda tanınmış uzmanların konuşmacı olarak katılacağı bilimsel etkinliklerin düzenlenmesi ve öğrencilerin bu etkinliklere aktif katılımlarının teşvik edilmesi önerilmiştir.¹⁵ Ancak elde ettiğimiz bulgular tıp tarihi eğitiminin bu açıdan da yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tıp tarihi dersleri, genellikle kronolojik ve tematik olmak üzere iki ana yöntemle yapılandırılmaktadır. Kronolojik yaklaşım, genel ve dönemselsel olmak üzere iki alt kategoriye ayrılmaktadır. Genel yöntem, tarihsel gelişimi geniş bir çerçevede sunarken, bazen katı olabilir ve öğrencilerin ilgisini çekmeyebilir. Dönemselsel yöntem ise farklı tarihsel dönemlerin derinlemesine anlaşılmasını sağlar; ancak bu yaklaşım, tarihin genel akışını kavrayabilme konusunda sınırlamalar getirebilir. Tematik yaklaşım, konu merkezli bir yapı sunar ve belirli alanlara özgü derinlemesine inceleme yapma imkânı tanır.⁹ Müfredatları incelenen tıp fakültelerinde, tıp tarihi dersleri genellikle Tıp Tarihine Giriş, Tarih Öncesi Dönemde Tıp, Eski Uygarlıklarda Tıp, Orta çağ Tıbbı, Rönesans Tıbbı, Modern Tıp, İslam Tıbbı, Osmanlı Dönemi Tıbbı, Türk Tıp Tarihi ve Batı Tıbbının Gelişimi gibi çeşitli temalar etrafında şekillendirilmektedir. Bu bulgular, tıp fakültelerinin tıp tarihini geniş bir perspektif içerisinde ele aldığını ancak müfredatların içerik ve saat açısından belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu temaların standart haline getirilmesi öğrencilerin ilgi duyduğu konuların belirlenerek çeşitlendirilmesi, güncel tıp tarihi konularının da ders içeriklerinde olması gerektiği düşünülmektedir. Benzer şekilde Çençen çalışmasında Türk Tıp Tarihi ve Avrupa Tıp Tarihi gibi derslerin eklenmesini, İbn-i Sina gibi tıp tarihine damga vurmuş önemli hekimlerin biyografileri ve eserlerinin analiz edildiği derslerin oluşturulmasını önermektedir.¹⁴

Araştırma sonuçları, Türkiye'deki tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitim programlarında tıp tarihi derslerine genel olarak yer verildiğini, ancak bu derslerin içeriğinin fakülteden fakülteye değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, tıp tarihi eğitiminde standartların belirlenmesi ve bu eğitimin tüm fakültelerde eşit düzeyde sunulmasının sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bulgular doğrultusunda, tıp tarihi derslerinin içerik, saat ve yöntem açısından standartlaştırılması amacıyla bir çalışma grubunun oluşturulması ve kapsamlı bir planlamanın yapılması önerilmektedir. Ayrıca, ana bilim dalının henüz kurulmadığı fakülteler için bir yol haritası belirlenmesi ve ulusal çekirdek müfredatta tıp tarihi derslerinin yer almasının önemi vurgulanmaktadır. Tıp tarihi derslerinin Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kapsamına dahil edilmesi de bu alandaki uzmanlık bilgisi ve yeterliliğin artırılması açısından kritik bir adım olarak değerlendirilmektedir. Dünyadaki örnekler göz önünde bulundurularak, öğretim üyesi profili, dersin uygulamalı olarak işlenip işlenmemesi gibi çeşitli unsurların değerlendirilmesi, tıp tarihi eğitiminin etkinliğini artıracaktır. Bu stratejiler, tıp tarihinin eğitimdeki rolünü güçlendirerek hekimlerin mesleki kimliklerini tarihsel ve kültürel bağlamda daha sağlam bir temele oturtmalarına katkıda bulunabilir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. Bu araştırmada herhangi bir finansman kuruluşundan/sektörden destek almamıştır.

Çalışma, 5- 8 Haziran 2024 Tarihinde Bilecik, 15. Türk Tıp Tarihi kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Gamze Özbek Güven: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, kaynak sağlama, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Şerife Yılmaz: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, kaynak sağlama, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Castiglioni A. A History of medicine. 1st ed. Routledge; 1947 <https://doi.org/10.4324/9780429019883>
2. Bayat AH. Tıp tarihi. Genişletilmiş 3. baskı. Üçer Matbaacılık Ltd.;2016.
3. Kazancıgil A. Türkiye’de tıp tarihi. Türkiye araştırmaları literatür dergisi 2004;2(4):213-232.
4. Iorio S, Gazzaniga V, Lippi D. History of medicine in medical education: new Italian pathways. J Med Libr Assoc 2023 Apr 21;111(1-2):618-624. doi: 10.5195/jmla.2023.1586.
5. Arnott R. The university of birmingham medical school and the history of medicine. Medical Humanities 2002;28:33-34. <https://doi.org/10.1136/mh.28.1.336>.
6. Hackler C. University of arkansas school of medicine, department of medical humanities. Acad Med 2003;78(10):1059.
7. Anonim. University of Minnesota School of Medicine curriculum. [alıntı tarihi: 2024 Ağustos]. Erişim adresi: <http://www.med.umn.edu/admissions/curriculum/years-1-and-2/>
8. Salehi A, et al. Medical students' knowledge and attitudes toward history of medicine. J Med Ethics Hist Med 2020;13(6):1-12. doi: 10.18502/jmehm.v13i6.4071.
9. Park JY, Park S. How to teach history of medicine at medical school: period, structure, and teaching methods. Uisahak 2023;32(2):595-621. doi: 10.13081/kjmh.2023.32.595.
10. Weber AS. Clinical applications of the history of medicine in muslim-majority nations. J Hist Med Allied Sci 2023;78(1):46-61. doi: 10.1093/jhmas/jrac039.
11. Kwon I. The value of medical humanities in medical education: focusing on the history of medicine. Uisahak 2022;31(3):495-517. English. doi: 10.13081/kjmh.2022.31.495.
12. YÖK (2024). YÖK Lisans Atlası. Erişim Adresi: <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisansanasayfa.php>. Erişim Tarihi: 01.03.2024.
13. Ögenler O, Aksu A. Türkiye’de tıp tarihi ve etik alanına ait anabilim dallarının, akademik kadroların ve lisansüstü tezlerin nicel incelenmesi. TJOB 2023;10(4):147-56.
14. Çencen, N. Tıp fakültesi öğrencilerinin tıp tarihi ve etiği dersinin tıp tarihi konularına ilişkin görüşleri (Gazi Üniversitesi örneği). Diyalektolog-J National Social Sci 2018;19:503-518.
15. İnce F, Batmaz K. Bir tıp fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin tıp tarihi dersi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2021;11(3):502-511 DOI: 10.31020/mutftd.858277
16. Köken A. Tıp tarihi ve etik eğitiminin bir parçası olarak müze ziyaretleri: Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği. Ahi Evran Medical Journal 2022;6(3):224–225.

XIX. Yüzyılda Seyyahların Gözüyle Türkistan'daki Hastalıklar ve Tedavi Yöntemleri*

Diseases and Treatment Methods in Turkistan through the Eyes of Travelers in the 19th Century

İlker Türkmenⁱ, Arif Hüdai Kökenⁱⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Tarih Bölümü, Genel Türk Tarihi AD.

<https://orcid.org/0000-0002-9193-9907>

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD.

<https://orcid.org/0000-0003-2188-4741>

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı yüzyıllar boyunca çeşitli Türk boylarına ev sahipliği yapan Türkistan coğrafyasında XIX. yüzyılda görülen hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin seyyahların gözünden nasıl görüldüğü ve değerlendirildiğini ortaya çıkarmaktır.

Yöntem: Çalışma, literatür taraması ve değerlendirilmesi şeklinde Temmuz-Ağustos 2024 tarihlerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamında bölgeye seyahat eden Batılı seyyahların seyahat notları ve konuyla ilgili ikincil kaynaklar incelenmiştir. Öncelikle birincil kaynaklar olan seyahatnamelerin basılı nüshalarına ulaşılmış, yabancı dilde olanların ilgili bölümleri Türkçeye çevrilmiştir. İkincil kaynaklar olarak fiziksel ve elektronik belgeler toplanmıştır. Zaman, mekân ve insan üçgeninde ele alınan konu kaynakların objektif bakış açısı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Seyyahların gözüyle Türkistan'da döneme özgü olarak hastalıklar ve tedavi yöntemlerine dair bilgilere ulaşılmıştır. Bölge insanının sağlık uygulamalarını hangi metotlarla yaptığı, tedavi için neleri kullandığı, hangi bitkilerden şifa elde ettiği, salgın hastalıklarla mücadelenin nasıl yapıldığı sistematize edilmiş ve tartışılmıştır.

Sonuç: Bilimsel açıdan geri kalan Türkistan coğrafyasında XIX. yüzyıla gelindiğinde halk sağlığını etkileyen hastalıklarla mücadele olumsuz sonuçlarla kendini göstermiştir. Bölgeye giden seyyahların notlarına göre Türkistan'da kadercilik hakimdi. İyileşmek için dini ritüellerin yapılması gerekiyordu. Bunun yanında tıbbi uygulamalar sınırlı olup geleneksel tedavi yöntemleriyle birlikte, bitkisel/bitkisel olmayan ilaçların şifa elde etmek için kullanıldığı anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Türkistan, Seyyahlar, Tıp tarihi, Hastalıklar, Tedavi yöntemleri

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to reveal how the diseases observed and treatment methods employed in the 19th century in the Turkistan region, which had hosted various Turkish tribes for centuries, were perceived and evaluated through the eyes of travelers.

Methods: The study was conducted in July-August 2024 as a literature review and evaluation. Within the scope of the research, travel notes of Western travellers who travelled to the region and secondary sources on the subject were examined. Primarily, printed editions of travelogues, which serve as the primary sources, were accessed, and relevant sections in foreign languages were translated into Turkish. Physical and electronic documents were collected as secondary sources. The within the triad of the time, people and place, the subject has been evaluated objectively.

Results: Information specific to the diseases and treatment methods of the period in Turkistan has been obtained through the perspectives of travelers. The methods used by the local people, the substances they employed for treatment, the plants they utilized for healing, and the strategies they employed to combat epidemics have been systematized and discussed.

Conclusion By the 19th century, the scientifically underdeveloped Turkistan region had shown unfavorable outcomes in combating diseases, which negatively impacted public health. According to the notes of travelers who visited the region, fatalism was prevalent in Turkistan. Religious rituals were deemed necessary for healing. In addition, medical practices were limited, and it is understood that traditional treatment methods, along with herbal and non-herbal medicines, were used to achieve healing.

Keywords: Turkistan, travelers, history of medicine, diseases, treatment methods

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):131-139

DOI: 10.31020/mutfd.1540013

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 28 Ağustos 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 14 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: İlker Türkmen <turkmen_87@hotmail.com>

Giriş

Yüzyıllar boyunca çeşitli Türk boylarına ev sahipliği yapan Türkistan'ın bilimsel açıdan gerileme süreci XVI. yüzyılda başlamıştır. Dönemin en yüksek eğitim kurumları olan medreselere yapılan liyakatsiz atamalar bilimden uzaklaşmaya neden olmuş halk gün geçtikçe geri kalmıştır. Din adamlarının ve yöneticilerin halk üzerindeki baskın etkisi dış dünyaya kapalı bir toplumun ortaya çıkmasına yol açmıştır.¹ Oysaki Batı'nın yüzyıllar boyunca örnek aldığı bilimsel kitapların muharrirleri Türkistan'ın bilimsel ikliminden beslenerek eserler üretmişlerdir. Özellikle Reform hareketlerinin bilim insanları üzerindeki kilise etkisini kırması ve Rönesans ile yeni keşiflerin yapılması Batı'daki tıp bilimini geliştirmiştir.² Türkistan'ın eğitim yönünden kendini geliştirememesi, bütün bilim dallarında olduğu gibi tıp alanında da çağının çok gerisinde kalmasına sebep olmuştur. Bu yüzyılda batılı seyyahların uğrak yeri haline gelen kadim Türk yurdunun hastalıklarla mücadele edebilecek bir alt yapısı bulunmamaktaydı.³

Rusya'nın XIX. yüzyılda neredeyse bütün Türkistan coğrafyasını işgal etmesinin ardından bölgeye gönderdiği devlet adamları, askerler, göçmenler, seyyahlar, misyonerler, doktorlar hastalıklarla mücadele konusunda oldukça büyük sorunlar yaşamıştır.⁴ Bundan dolayı seyyahlar yola çıkarken tedirgin olmuşlardır. Bunun için önlem almaya çalışan Rusya, gönüllü doktorları bölgeye sevk etmeye çalışsa da altyapı yetersizliği yüzünden uzun süre sorun çözülememiştir. Eğitimde yapılan reformlar tek taraflı olmuş, Ruslar lehine getirilen düzenlemeler halkı rahatsız etmiş ve Rusya samimiyetsiz bir görünüm sergilemiştir.

Şarkiyatçı gözüyle olaylara baktığı aşikâr olan seyyahların yazdıkları elbette ki eleştiri süzgecinden geçirilmelidir. Birincil kaynak olarak görülmesi bile toplum ile iç içe yaşamının ve onlar tarafından kabullenmenin vermiş olduğu avantaj seyahatnamelerin güvenilirliğini arttırmaktadır. Yüzyıllar boyunca kapalı bir toplum imajı çizen Türkistan halkının seyyahları evlerine misafir etmesi, toylarda (düğünlerde) ağırlaması, harem yerlerde barındırması kaynaşmanın bir göstergesidir.⁵ Dönemin şartları düşünüldüğünde Türkistan'ın tıp uygulamaları konusunda ne durumda olduğunu anlatan çok fazla kaynak üretilmediği söylenebilir. Ancak seyyahlar toplumun bilimden uzak bir şekilde tedavi olduğunu ve gerekçelerini halktan dinlemiş, inanç ekseninde bir anlayışın olduğunu kavramış, öğrendikleri bilgileri satırlarında tasvir etmiştir.

Bu çalışmanın amacı XIX. yüzyılda Türkistan'a giden yabancı seyyahların kaleme aldığı seyahat notları içerisinde bölgenin tıp ve sağlık ile ilgili durumunu ve uygulamalarını tespit ederek Türkistan tıp tarihine dair XIX. yüzyıl özelinde yeni bilgiler ortaya çıkarmak ve tartışmaktır.

Yöntem

XIII. yüzyılda Marco Polo'nun Moğol ülkesine seyahati ile başlayan Batı'nın Doğu'yu tanıma merakı XIX. yüzyıla gelindiğinde zirveye ulaşmıştır.⁶ Gerek devletler tarafından desteklenen gerekse bireysel imkanlar ile Türkistan'ı görme arzusunda olan onlarca seyyah yola revan olmuştur. Bilinmeyen diyarda başlarından geçen olayları taraflı bir şekilde kaleme alan bu seyyahların notları eleştirilebilir kaynak niteliği taşımaktadır. Rusya'nın Türkistan'a yönelik politikalarının bir sonucu olarak bölgeye göç eden Rus göçmenler de önemli eserler vermiştir.

Bu çalışmada basılı kaynak olarak temin edilen XIX. yüzyılda Türkistan'a giden seyyahların seyahat notlarının incelenmesi ve literatür taraması yöntemi kullanılmıştır. Çalışma Temmuz-Ağustos 2024 tarihlerinde seyahat notlarının ve ikincil kaynakların ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ve değerlendirilmesi şeklinde yapılmıştır. Rus göçmenlerin ve Batılı seyyahların kaleme aldığı eserler çapraz değerlendirme metoduyla incelenmiştir. Şarkiyatçı gözle yazılan eserlerin objektif olması elbette beklenemez. Eğitim seviyesi çok düşük olan bu dönemde Türkistan'da uygulanan tedavi yöntemlerinin geleneksel tarzda yapıldığı bu eserlerde açıkça görülmektedir. Türkistan'a giden seyyahlar uzun süre bölgede kalmış, yerel dili öğrenmiş, tıbbi uygulamalara tanıklık etmiştir. Çalışma sırasında Türkçeye çevrilen eserlerin yanısıra diğer dillerde

(İngilizce ve Rusça) yayınlanan eserlerden de faydalanılmıştır. Eserlerin mümkün mertebe ana dildeki versiyonları da incelenmiş, bilgi yanlışlıkları azami ölçüde giderilmiştir. Dönemin koşulları düşünüldüğünde seyyahların edindikleri bilgilerin gözlem ve duyuma dayalı olması harf/kelime hatalarını olağan kılmaktadır. Çalışma esnasında bunlar dikkate alınmış kitaplarda geçen tıp terimleri, muadil kaynaklar ile karşılaştırılmış ve yerel dilde yazılanların açıklamaları yapılmıştır.

Çalışmaya konu olan ve basılı kaynak olarak kullanılan seyahat notları, bu notları yazan seyyahlar, seyyahların Türkistan'da buldukları yıllar, etnik kökenleri ve meslekleri tablolaştırılmıştır (**Tablo 1**).

Tablo 1. Çalışmaya konu olan seyahat notları ve yazarları hakkında bilgiler

Seyyahın Adı/ Türkistan'da Bulunduğu Yıl(lar)	Etnik Kökeni/Mesleği	Seyahat Notunun Adı
Budrin (1820)	Rus/Rahip	Russkie v Buhare v 1820 Godu, (Zapiski Oçevidtsa), Spravoçnaya Knijka Orenburgskago.
Baron Von Meyendorf (1820-1821)	Rus/Misyoner/Casus/Seyyah	A Journey from Orenburg to Bokhara in the Year 1820.
Arthur Conolly (1829-1831)	İngiliz/Subay	Journey to the North of India, Overland from England, Through Russia, Persia and Afghanistan.
Alexander Burnes (1829-1832)	İngiliz/Seyyah	Travels Into Bokhara Being The Account of a Journey from India to Cabool, Tartary and Persia Also, Narrative of a Voyage on the Indus from the Sea to Lahore, With Presents from the King of Great Britain; Performed Under The Orders of the Supreme Government of India, in the Years 1831, 1832, and 1833.
Nikolay Hanikov (1841)	Rus/Seyyah	Opisanie Buhararskago Hanstva.
Eugene Shuyler (1873)	Amerikalı/Seyyah/Diplomat	Turkistan: Notes of a Journey in Russian Turkistan, Khokand, Bukhara, and Kuldja.
Frederick Gustavus Burnaby (1876)	İngiliz/Seyyah	A Ride to Khiva: Travels and Adventures in Central Asia.
Vladimir Petrovich Nalivkin ve Maria Nalivkina (1878-1884)	Rus/Subay	Muslim Women of the Fergana Valley; A 19th Century Ethnography From Central Asia.
Gabriel Bonvalot (1881-1882)	Fransız/Seyyah	Eski Yurt: Orta Asya'dan (Çev. M. Reşat Özmen)
Ole Olufsen (1890'lı yıllar)	Danimarkalı/Seyyah	The Emir of Bokhara and His Country.
Annete Meakin (1896 ve 1902)	İngiliz/Seyyah	In Russian Turkestan A Garden of Asia and Its People.
Elkan Nathan Adler (1897).	İngiliz/Seyyah	Jews in Many Lands, The Jewish Publication Society of America.

Bulgular ve Tartışma

Batılı Seyyahların Anlatımlarıyla Türkistan'da Hastalık ve Tedavileri

Eugene Shuyler'in seyahatnamesinden anlaşılıyor ki Türkistan'a giden seyyahların ilk karşılaştıkları durum toplumdaki kadercî anlayış idi. O'nun ifade ettiğine göre halk; hasta olduğu zaman bunun tedavisinin mümkün olup olmadığını düşünmüyor, hastalığa hangi günahı işlediği için yakalandığını sorguluyordu. Bu sebeple tıbbi uygulamalara başlamadan önce bir din görevlisine giderek kendisine dua okumasını talep ediyordu. Bu dua, cevşen (muska) şeklinde yazılıp üzerinde taşınmalıydı. Hastalıklara sebep olanın şeytan olduğu bu sebeple iyileşmek için bol bol dua etmesi gerektiği düşünülürdü.⁷ Ayrıca sadaka vermenin de belayı defedeceği ve hastalıkların iyileşmesinde etkili olacağı düşünülüyordu. Elbette ki Türkistan coğrafyasının tamamında bu tarz düşüncenin hâkim olduğunu söylemek doğru olmayacaktır. Geleneksel tedavi yöntemlerinin başarıyla uygulandığı yerli doktor "hekim-şifacı" bulunduğu yerler de vardır. Ciddi hastalık durumlarında halkın kapısını çaldığı "emşilik/yemşilik" adı verilen şifahaneler vardır.⁵

Seyyahların ifade ettiğine göre Türkistan coğrafyasında yaygın olan hastalıklardan birisi “reşte” denilen “Gine-paraziti” (*filaria medinensis*)’dir. Seyyahlar, bu hastalığın sıcak iklimin hâkim olduğu ve kirli suların bulunduğu ülkelerde de görüldüğünü yazmıştır. Sözü geçen hastalığın “haşlamlı” (tek hücreli hayvan)’dan bulaştığını bunun da kirli sularla vücuda girdiğini belirtmişlerdir. Hastalığın; iç ateş, kemiklerde ağrı, susuzluk gibi belirtileri vardır. Yerli doktorlar geleneksel yöntemlerle bu hastalığı tedavi etmekte oldukça mahirdirler. Solucanlarla yapılan tedavide yara yarılır ve solucanlar için yer açılır. Bu titiz bir şekilde yapılmalı ve yaranın etrafına dağılması önlenmelidir. Bu hastalık Taşkent, Buhara, Çizak, Semerkant, Karşi gibi büyük şehirlerde görülürdü. Türkistan’da yaygın olan bir diğer hastalık da Cüccam idi.⁸ Cüzzamlılar, tecrit edilmiş ayrı alanlarda yaşamaya mahkûm bırakılmıştır.⁹ Hiçbir şekilde diğer insanlarla temas ettirilmeyen bu hastaların kendi pazarları, kendi yemekhaneleri, kendi avluları vardı. Bu hastalığın tedavisi ile ilgili bir yöntem belirtilmemiş olup karantina benzeri bir uygulamanın yapıldığı görülmektedir. Rusların “Sart hastalığı” olarak ifade ettiği Yarra-Afganî; “Afgan yarası” ya da Peşe-horda (Pasha-horda); “worm-eaten” (kurt yeniği) hastalığı özellikle çocuklarda görülen, kirli sulardan bulaşan, zührevi bir hastalıktı. Bu hastalığın tedavisinde Rus doktorlar başarılı olamıyorlardı. Yerli hekimler ise kurşun asetat (acetate of lead) kullanarak tedavi ediyorlardı. Bu tedavi sonucunda iz kalsa da hasta eski sağlığına kavuşabilmektedir.⁵

1872’de Cizak’ta görülen “kolera” salgını kısa süre içerisinde Buhara, Hive, Semerkand, Şehrisebz, Hisar, Kette Kurgan, Nurata, Ura-tepe, Hokand, Fergana, Andican, Oş ve Taşkent gibi şehirlere yayılmıştır. Bu hastalık Avrupa’da yayılmadan önce 1832, 1848, 1849 ve 1871 yıllarında Türkistan’ın farklı bölgelerinde ortaya çıkmıştır. İran’daki kıtlık yüzünden ticaret yolları ve kalabalık şehirlerin bağlantıları aracılığıyla dağıldığı düşünülen bu hastalık Türkistan’ın iç bölgelerindeki göçebeler arasında fazla yayılmamıştır.¹⁰ Rusların bu hastalıkla mücadele konusunda yerlilere destek verdiği ifade edilmektedir. Çünkü Rus göçmenler ile iç içe yaşayan halkın kısa süre içerisinde tedavi edilmesi gerekiyordu. Bit ve pire gibi haşerelere aşına olan halkın Ruslar gelene kadar tahta kurusu’nu (bed-bug) bilmiyor olmaları oldukça ilginçtir. Ruslar hastalık yayan bu haşereyi tanıtmışlar ve halkı bilinçlendirmişlerdir. Türkistan’da hastalıkları tedavi etmede başvurulan kaynak “Tuhfetü'l-Mü'minin” adındaki tıp kitabıdır.¹¹ Bu kitaba göre insanlar dört sınıfa ayrılır ve sınıf farklarına göre tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu kitaba göre hareket eden şifacı, belinde bir kuşak taşır ve bu kuşağın içinde kağıtlara sarı bitkilerden elde edilmiş ilaç bulundururdu. Bu ilaçların belli dozlarda alınmasını tavsiye eden ve yemek egzersizlerini de sıralayan şifacı dua ederek seansını tamamlardı. İlaçlar genellikle hayvansal ürünlerden, bitkilerden, mineral yönünden zengin kayaç tozlarından elde edilirdi. İlaçların yapım aşamasında; kurutma, kaynatma ve toz haline getirme metotları uygulanırdı. Türkistan’daki tıp uygulamalarının ve ilaçların hazırlanma şeklinin Araplar tarafından bu bölgeye getirildiği düşünülmektedir. Seyyah Schuyler’in ifade ettiğine göre Dragendorff’un incelediği ve tıp ilmi için kaynak olduğunu belirttiği 226 bitkiden 71 tanesi Türkistan’da yetiştirilmekteydi. Kalanlar; Çin, Hindistan, Mısır, Avrupa, İran, Arabistan ve Türkiye gibi ülkelerde bulunmaktaydı. Türkistan dışında yetişen şifalı bitkiler Rus tüccarlar tarafından getirilmekte ve pazarlanmaktaydı. Bu bitkilerden elde edilen ilaçlar Türkistan coğrafyasının dört bir yanına dağılmakta, şifacılar aracılığıyla geleneksel tedavi yöntemlerinde kullanılmaktaydı.⁵

Uzun süre Buhara’da kalan ve Türkistan ile ilgili kıymetli bilgiler veren Conolly ve Burnaby, tıp uygulamalarına dair de çarpıcı bilgiler vermektedir. Seyyahın ifade ettiğine göre Türkistan’da tıp ilmi neredeyse yok sayılıyor ve geleneksel tedavi yöntemleri kullanılıyordu. Kur’an-ı Kerim halkın hayatının neredeyse tamamında hüküm sahibiydi ve halk her türlü faaliyetlerini kutsal kitaba göre gerçekleştirmeye azami ölçüde dikkat ediyordu.^{7,12} Hasta olduklarında iyileşebilmenin tek yolunun inançlı olmaktan geçtiğini düşünen bir toplum vardı. İnanışa göre türbe ziyaretleri şifa veren ritüellerdi.¹³ Halkın hijyen anlayışı yoktu ve su kullanımı oldukça kısıtlıydı. Kıyafetler genelde çok uzun süre yıkanmaz, bu durum da hastalıklara yol açardı. Hava koşullarının oldukça sert olduğu bu coğrafyada uzun süre giyilen kıyafetlerdeki bakteriler ve kötü yiyecekler insanların sık sık hastalanmalarına sebep olmaktaydı. İnançları gereği iyi olmak için tıbbi

uygulamalara gerek yoktu; bu sebeple hastalıklar uzun süre tedavi edilemezdi. Hasta olmayı günahın bedeli olarak görme inancı ise tedaviyi reddetmedeki bir diğer argümandı.⁵

Burnaby'in ifade ettiğine göre Türkistan halkının doktorlara güvenci yoktu. Onların hastalıkları tedavi etme konusunda yetkin olmadığını düşünüyorlardı. Bu konudaki düşüncenin altında yatan etmen büyük oranda din adamlarının halk arasındaki itibarı idi. Onların hastalıklar konusunda halkı farklı yönlendirmesi oldukça etkiliydi. İnanişe göre hastalıkların iyi olması için dua edilip, türbe ziyareti yapılıp, hayır işlenip, tövbe edilmesi gerekiyordu. Hatta çocukların aşılmasına bile izin vermeyen bir toplum ortaya çıkmıştı. Aşı olmayan çocukların bağışıklık sistemi gelişmediğinden çok fazla çocuk ölümü gerçekleşmekteydi. Bu ölümler bir günahın bedeli olarak görüldüğü için aşı olmamak bir yanlış değildi. İnanişe göre hasta olmanın bir diğer nedeni de bedenine içine kötü ruhun girmesidir. Bu kötü ruh çıkmadıkça ilaçlar tesir etmeyecek ve hastalık geçmeyecektir. Burnaby'e eşlik eden birinin tedaviyi reddetmesi ve "mollayı görmeden tedavim mümkün değil" demesi bunun en bariz göstergesidir.¹²

Hastalıkların bulaşması konusunda yaygın bir inanış da şeytan etkisi idi. Hasta olan birine şeytanın musallat olduğu, bu sebeple iyi olması için bol bol dua okunması gerektiği düşünülüyordu. Bu, bir anlamda kötü ruhların kişiye musallat olması olarak yorumlanabilir. Kutsal birinin (molla, şeyh, hoca) nefesiyle (okumasıyla) tedavi olunacağı inancı oldukça yaygındı. Bunun yanında nazar dolayısıyla da hasta olduğu düşünülür, nazar duası okunurdu. Özellikle çocukların hasta olması durumunda üzerinde nazar var denir ve çocuk bir duacıya götürülürdü. Kötü ruhları çocuklardan ve yetişkinlerden uzak tutmak için kıyafetlerinin üzerine renkli boncuklar dikilir, gösterişten kaçınılırdı. Günümüzde Anadolu'da nazar boncuğu kullanımı bu inanışın bir yansıması olarak düşünülebilir. Türk kültüründe önemli bir yere sahip olan mavi rengin kötü ruhlardan koruduğuna inanılır. Bu sebeple evlerde, kıyafetlerde, eşyalarda mavi taşlar sıkça kullanılırdı.^{12,14}

Rus subayı olarak Türkistan'a gelen ve daha sonra buraya yerleşen Nalivkin çiftinin aktardıklarına göre Türkistan halkının hastalıkları tedavi etmekte kullandıkları en önemli unsur yumurtadır. Sart dilinde "ko'k yutal" olarak isimlendirilen boğmaca hastalığı için hastaya yumurta verilirdi. Yumurtanın hangi hayvana ait olduğu ifade edilmemiştir. Hastalığın boğaz enfeksiyonu olduğu düşünüldüğünde yumurtanın cisinden ziyade çığ olması gerektiği düşünülebilir. Nefes almakta zorlanan ve boğaz kuruluğu yaşayan birinin yumurta içerek rahatlamaya çalıştığı ve bunun bir tedavi olarak görüldüğü düşünülebilir.^{14,15} Geleneksel Türkistan pazarları oldukça rağbet görüyordu ve ipek yolları üzerinde bulunduğundan çok fazla ürün getiriliyordu. Bu pazarlarda hayvansal, bitkisel ve kayaçlardan elde edilen ilaçlar da satılmaktaydı. Pazarda satılan ve oldukça yüksek meblağlarla alıcı bulan "mumiyo" (biyolojik kökenli bir organik-mineral ürün) halk tarafından tercih edilmekteydi. Bu ilaç kesiklerde, uzuv yaralanmalarında, incinmede, kemik kırıklarında ve daha birçok hastalık durumunda kullanılmaktaydı. Nalivkinler, kadınların istenmeyen hamileliklerden kurtulmak için bakır ya da demir sülfat çözeltisi, bazik asit füksin, şap ve Rus votkasını kullandıklarını ifade etmiştir. Kapalı bir toplumda söz hakkı bulunmayan kadının hamilelikten kurtulmak için illegal yollara başvurması ve sağlığını tehlikeye düşürecek uygulamaları tercih etmesi oldukça dikkat çekicidir. Tıp biliminin yaygın olmadığı bu topraklarda tedaviler; her türlü yerli ya da yabancı bitkilerin çiçekleri ve kökleri, demir sülfat, şap, kurutulmuş yılanlar, kertenkeleler, pişmiş ve kurutulmuş meyveler, sebzeler, misket limonu, sülfürik asit, civa, balmumu, bal vb. ürünlerden yapılmaktaydı.¹⁵

Türkistan coğrafyasının en kalabalık şehirlerinden biri olan Buhara'da kirli su ve toz kaynaklı birçok hastalık görülmekteydi. Çok sayıdaki havuzlardaki sular zamanında değiştirilmiyor rüzgarlarla taşınan tozlar bu havuza ve akarsuya karışıyor, hastalıklar için uygun zemin oluşuyordu. Halk arasında temizlik algısının olmaması, gece gündüz arasındaki sıcaklık farkının fazla olması, yağışların ani ve dengesiz oluşu da hastalıkların diğer sebeplerindendi.¹⁶ Bu sebeplerden ötürü sıtma, rişta ve çocuklar arasında uyuz hastalığı

görülmekteydi. Deri altında kılımsı bir solucan şeklinde ortaya çıkan rişta hastalığının Türkistan genelinde görüldüğünü ifade eden Budrin, hastalıktan kaynaklı olarak kişinin oldukça fazla acı çektiğini, ateş, acı, ağrı ve yaraların görüldüğünü söylemektedir. O'na göre hastalığın tedavisi basit ama tehlikelidir.¹⁷ Meyendorf ise bu hastalığın tedavisinin Türkistan'da kolay olmadığını ve hastalığın oldukça tehlikeli boyutlara ulaştığını ifade etmektedir.¹⁸ Rahib olan Budrin'e göre hastalığın tedavisinde izlenmesi gereken yol olgunlaşmasıydı. Eğer dikkatli bir şekilde solucan yerinden çıkarılır ve etrafını enfekte etmesi engellenirse hasta iyileşirdi.¹⁷ Menyendorf'ün ifade ettiğine göre tedavi zor olduğundan bazı vakalarda ölümler olmakta ve halk bu sebeple tedaviden kaçınmaktaydı.¹⁸ Kaşif olarak Türkistan'a giden Aleksandr Burnes da rişta hastalığına değinmiştir. Notlarında bu hastalığa *Gine kurdu* veya *Drancunculus* şeklinde yer vermektedir. O'na göre bu hastalık şişlik olmadan anlaşılırsa kurdun ortasından bir iğne geçirilerek kurt tek seferde çıkarılırdı. Ancak kurt bu esnada koparsa ve etrafa dağılırsa yaranın iyileşmesi 2-3 ayı bulabilirdi.¹⁹ Burnes'ten sonra Türkistan'a gelen Hanikov da rişta hastalığının Türkistan'da yaygın olduğunu ve tedavisi kolay olmayan bir hastalık olduğunu ifade etmiştir.^{20,21} Bu hastalık Türkistan coğrafyasında o kadar sık görülmekteydi ki her gelen seyyah bunu fark etmiş ve eserlerinde riştadan bahsetmiştir. Birçok Türkistan şehrini gezen Olufsen de Buhara'da bu hastalığın yaygın olduğunu, korunmak için kaynatılmış su kullanımının tavsiye edildiğini yazmıştır.^{22,23} Toplum yapısından dolayı genellikle evde olan kadınlar, kaynatarak su içme imkanına sahip olduklarından dolayı hastalığa daha az yakalanıyorlardı.²⁴ Seyyahların notlarından anlaşıldığına göre XIX. yüzyılda Türkistan coğrafyasının en büyük sorunu temiz su ve hijyen idi. Yeterli suya erişemeyen insanlar, hayvanlar ile ortak kullandıkları sulardan hastalık kapmaktaydı. Çünkü hem hayvanlar hem de insanlar bu hastalıktan etkileniyordu.²⁵ Tıp uygulamasının yaygın olmayışı hastalıkların artmasına ve diğer şehirlere sıçramasına sebep oluyordu. Elbette ki şarkiyatçı gözüyle olayları inceleyen seyyahların notları abartılı olabilir. Onlar, yolları tesadüfen bu coğrafyaya düşmüş kişiler değildiler. Hepsi bir amaca hizmet etmekte ve Batı'nın Doğu'yu tanıma merakının bir sonucu olarak yola çıkmaktadır.^{26,27} Üçüncü dünya ülkesinden bir kesit olarak sunulan notlardaki abartılar gözden kaçırılmamalıdır. Öyle ki Türkistan coğrafyasının nüfusu ve ölüm oranları düşünüldüğü zaman, eserlerde felaket boyutlarında görülen tablonun gerçeği tam anlamıyla yansıtmadığı düşünülmelidir.

XIX. yüzyılda Türkistan'da sıkça görülen ve tedavisi o dönem için kolay olmayan bir diğer hastalık da sıtmadır. Bu hastalık genellikle yaz sonu ve güz aylarında görülürdü. Havalarda soğuyana kadar devam eden bu hastalık sık sık tekrar eder ve hayat kalitesini düşürürdü.⁹ Oysaki bu hastalık yüzyıl öncesinde Avrupa'da gerilemeye başlamıştı.²⁸ Frenk (Fransız) asıllı olan Bonvalot 1886-1887 yıllarında Türkistan'a düzenlediği seyahatinde sıtma hastalığı ile karşılaşmıştır. O'nun ifade ettiğine göre bu hastalık, şehirlerde yaygın olsa da göçebeler arasında fazla yaygın değildi. Bunun sebebi de göçebe nüfusun seyrek bir şekilde yaşaması idi. Türkistanlılara göre Fransızlar genelde doktor olduğundan seyyahattan sıtma için ilaç istemişlerdir. Bu hastalık dış ülkelerden temin edilen "kinin" (Cinchona ağacı kabuğunun tozu) ile tedavi edilmeye çalışılıyordu.⁸ Bu hastalığın yayılmasında en önemli etken sivrisinek olduğu için Türkistan genelindeki bataklıklar kurutulmadığı sürece hastalık önlenemiyordu. Bir diğer bulaşma şekli de tüccarların Türkistan şehirlerinde dolaşmasıydı.¹⁹ Ticaret yolları üzerinde bulunan bu coğrafyada çeşitli hastalıkların sürekli görülmesi bu nedenle tesadüf değildi.

Türkistan genelinde yaygın olan ve en çok Merv şehrinde görülen humma hastalığı çok sayıda insanı etkilemiştir. Bu hastalık sıtma ile benzer semptomlar göstermekte, aynı yollarla bulaşmaktaydı. Kinin kullanılarak tedavi edilmeye çalışılan bu iki hastalık Türkistan'ın temiz su sorunundan kaynaklanıyordu.¹² Yaz sıcakları ve kış ayazı, hastalığın yayılmasını önleyebilir olsa da önlem alınmadığı takdirde bu zamanlarda da görülüyordu. Göçebeler arasında fazla görülmeyen bu hastalık nehir, bataklık, göl kenarına yakın şehirleri etkiliyordu. Avrupalı seyyahların birbirinden haberi olduğu ve belirli bir amaca hizmet ettiğini yukarıda belirtmiştik. Bu sebeptendir ki Türkistan'a gelen seyyahlar bu tarz hastalıklara karşı ellerinden geldikçe

hazırlıklı oluyordu. Bir önceki seyyahın tecrübelerinden ders alan seyyah önlem alıyordu. Seyahat dönüşünde eserlerinin kısa süre içerisinde yayınlanıyor olması da bunun en açık göstergesidir. Nitekim humma hastalığına karşı tedbir olarak seyyahlar; arsenik solüsyonlar, sıtma ilaçları gibi başka birçok ilaçları yanlarında getirmiştir. Karasal ve kurak iklimin hâkim olduğu Türkistan coğrafyasında kilometrelerce uzanan kum denizleri bulunuyordu. Zamanla lös kumu olarak etrafa dağılan bu tozlar insan sağlığını tehdit etmekteydi. Türkistanlıların %10'u göz problemi yaşıyor, bunlardan da dörtte biri kör olmakla karşı karşıya kalıyordu.²²

Göze kaçan kumları temizlemek ve hijyeni sağlamak kolay olmadığından körlük durumları oldukça yaygındı. Kuma karşı kirpiklerin eğimli kesilmesi kısa süreli bir çözümdü. Gözlerde; katarakt, amaroz ve kirpik sapmaları şeklinde hastalıklar görülüyordu.⁹ Hastalık yüzünden kör olanlar dilencilik yapıyor ve kendilerine uygun işlerde (demircilerin, nalbantların ve tornacıların tezgahlarını döndürmek gibi) çalışıyordu.⁸ Seyyahlar Türkistan'da görülen Frengi hastalığının tedavisinin bilinçli olarak yapılmadığını ifade etmektedir. Elbette ki bu ifade çok iddialı olup, seyyahların sübjektifliğinden kaynaklı olabilir. Türkistan'da frengi hastalığının tedavisinde uygun metotların kullanılmadığı söylenebilir. Zehirli olduğu bilinen ve başka çare olmadığı için sahte doktorlar tarafından kullanılan civa, hastalığı iyi etse de ağır hasar bırakıyordu. Hastalığın tekrar nüksetmesi de olumsuz diğer bir husustu.^{8,9,29} Yüzde leke bırakması ile tanınan çiçek hastalığı da tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktı. Aşılama konusunda neredeyse hiçbir bilimsel uygulamanın olmadığı Türkistan'da bu hastalık binlerce can almıştır. Hastalığın yayılmasındaki en büyük etken ticaret ve kervan yoluyla.^{8,9,30}

Türkistan coğrafyasının en kalabalık yerlerinden olan Fergana Vadisi'nde şifa kaynağı olarak "Shifa-i kulub" adındaki kitap kullanılmaktaydı. Bu kitap yüzlerce yıllık deneme yanılma yoluyla edilen bilgilerle geleneksel tedavi yöntemlerini ihtiva ediyordu. Kitapta baş ağrısı için sakal bırakılması, mallow ve devedikeni çiçeklerini kaynatıp karışımı ayakların (dizlerin) altına sürülmesi, kısırılık için tavşan dilinin yenmesi, çatlamış dudaklar için safrandan elde edilen kremin sürülmesi, laksatif (ya da pürgatifler) alınması gerektiği gibi bilgiler yer almaktadır.^{15,31} Kadınlar arasında guatr hastalığı oldukça yaygındı ve tedavisi yoktu. Bu konuda seyyah Schuyler bizzat gördüğü vakaları yazmış ve kadınların bunu gizlemeye çalıştığını dile getirmiştir.⁵ Fergana Vadisine özgü olan ve sadece burada yetişen *tarhun otu* ile *kulkan* veya *kilkan* (siyah renkli bir ağaç) bitkileri farklı ülkelere de ihraç edilen bir üründü. Bunlar genellikle sindirim sistemi tedavisinde ve bağırsak kurtlarına karşı kullanılırdı.³² Türkistan'daki tedavi yöntemlerinin modern tıp bilimi ile uyuşmuyor olmasının yanında kullanılan ilaçlar da genellikle bitkisel-hayvansal maddeler, mineraller ve kayalardan elde edilen tozlardan ibaretti. İlaçlar ya kaynatılarak ya da toz haline getirilerek elde edilirdi ve sağlıklı koşullarda saklanırdı. Şifacıların verdiği ilaçlar genelde rahatlatmak, ısıtmak, güçlendirmek ya da zayıflatmak için işe yarardı. Anatomi ya da fizyoloji konusunda bilgisi olmayan hekimler atardamarlar (arterler) konusunda sınırlı bilgiye sahipti. Arterler; baş, göğüs ve karın bölgesi olarak üçe ayrılıyordu. Seyyah Meyendorf'un ifadesiyle Türkistan'daki doktorlar eksik ve kör fikirlere sahip kişilerdi.¹⁸ Türkistan'da karasal iklimden kaynaklı olarak gece gündüz sıcaklık farklılıkları birçok ateşli hastalığı da tetiklemekteydi. Ateşli hastalıkların tedavisi konusunda Buhara diğer şehirlere nispetle daha iyi konumdaydı. Rus elçisi olarak bölgeye gelen İgnatyev, Hive'de arkadaşları ile yakalandığı ateşli hastalıktan Buhara'da tedavi görerek kurtulduğunu notlarında aktarmıştır.³³ Türkistan coğrafyasında bu dönemde petrol bilinen bir madde idi. Yakıt olarak kullanılmanın yanında cilt üzerindeki kızarıklıkları tedavi etmek için de kullanılırdı.³⁴ Tıp biliminin yeterince gelişmediği bu coğrafyada aslında hastalığa faydası olmayan bazı maddelerin hastalıklardan kurtuluş reçetesi gibi görüldüğü söylenebilir.

Sonuç olarak, bilimsel açıdan geri kalan Türkistan coğrafyasında XIX. yüzyıla gelindiğinde halk sağlığını derinden etkileyen göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, diz ağrısı, baş ağrısı, frengi, boğmaca, sıtma, humma

gibi hastalıklarla mücadele olumsuzluklarla kendini göstermiştir. Bölgeye giden seyyahların notlarına göre Türkistan'da kadercilik hakimdi. Bu nedenle iyileşmek için dini ritüellerin yapılması gerekiyordu. Bunun yanında tıbbi uygulamalar sınırlı olup geleneksel tedavi yöntemleriyle birlikte, bitkisel/bitkisel olmayan ilaçlar şifa elde etmek için kullanıldığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya konu olan dönemde bölgeye giden seyyahların yabancı ülkelerden gelmesi, seyahat notlarındaki tıp ve sağlık ile ilgili bilgilerin objektifliği tartışmaya açmaktadır. Türkistan'a yönelik XIX. yüzyıla ait seyahat notları özelinde aktarılan daha muteber kaynaklarla bu bilgiler yanlışlanana kadar doğruluğunu kabul etmenin bilimsel açıdan yanlış olmayacağı düşünülmelidir. Ayrıca bu kaynakların Türkistan tıp tarihine ilişkin önemli bilgiler sunduğu da kabul edilmelidir.

Bilgi

Bu araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

İlker Türkmen: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Arif Hüdaî Köken: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Hayit B. Sovyetlerde Türklüğün ve İslâm'ın Bazı Meseleleri. Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı; 2000.
2. Yıldırım M. Rönesans ve Reformasyon. ÇAKÜ Edeb Fakültesi Derg 2020;8(1):184-210.
3. Özdemir E. Rus İşgalinden Önceki Dönemde Türkistan'a Gelen Batılı Seyyahlar ve Türkistan Tarihine Kaynak Olarak Seyahatnameleri. Hist Stud Int J Hist 2010;2(2):113-126.
4. Togan AZV. Bugünkü Türkili Türkistan ve Yakın Tarihi. 2. Baskı. Enderun Yayınları; 1981.
5. Schuyler E. Turkistan (Notes of a Journey in Russian Turkistan, Khokand, Bukhara and Kuldja). Printing and Bookbinding Company; 1885.
6. McNeese T. Marco Polo and the Realm of Kublai Khan: Explorers of New Lands. Chelsea House Publishers; 2006.
7. Conolly A. Journey to the North of India, Overland from England, Through Russia, Persia and Afghanistan (Vol I). Bentley; 1834.
8. Bonvalot G. Eski Yurt: Orta Asya'dan. ((Çev) Özmen MR, ed.). Tercüman Gazetesi Yayınları; 1894.
9. Khanikoff N. Bokhara: Its Amir and Its People, Translated From the Russian of Khanikoff by Baron Clement A. de Bode. James Madden; 1845.
10. Ayar M. Osmanlı Devletinde Kolera; İstanbul Örneği (1892-1895). Kitabevi Yayınları; 2007.
11. Vurgun SY. XIX. Yüzyılda Seyahatnamelerin Işığı Altında Buhara Emirliği (Hanlığı) (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
12. Burnaby F. A Ride to Khiva: Travels and Adventures in Central Asia. Cassel and Company Limited; 1878.
13. Abbot J. Narrative of Journey From Heraut to Khive, Moscow and St. Petersburg During the Late Russian Invasion of Khive (Vol I).; 1843.
14. Westermach E. İslam Medeniyetinde Putperestlik Devrinden Arta Kalan Yaşaya Gelen İtikatlar: Kötü Göz. ((Çev.) Coşkunlar ŞN, ed.). Marifet Basımevi; 1947.
15. Nalivkin V, Nalivkina M. Muslim Women of the Fergana Valley: A 19th-Century Ethnography From Central Asia. (Kamp M, ed.). Indiana University Press; 2016.
16. Bigi MZ. Mâverâünnehir'e Seyahat. ((Çev.) Kanlıdere A, ed.). Kitabevi Yayınları; 2005.
17. Budrin. Russkie v Buhare v 1820 Godu, (Zapiski Oçevidtsa), Spravoçnaya Knijka Orenburgskago Kraya Na 1871 God.; 1871.
18. Meyendorf BG. Russian Embassy to Bukharia. North American Review; 1827.
19. Burnes A. Travels Into Bokhara Being The Account of a Journey From India to Cabool, Tartary and Persia Also, Narrative of a Voyage on the Indus From the Sea to Lahore, With Presents From the King of Great Britain; Performed Under The Orders of the Supreme Governmen. John Murray; 1834.
20. Hanikov N. Opisanie Buhararskago Hanstva.; 1843.
21. Dobson G. Russia's Railway Into Central Asia Notes of a Journey From St. Petersburg to Samarkand. W. H. Allen & Co.; 1890.
22. Olufsen O. The Emir of Bokhara and His Country. William Heinemann; 1911.
23. Adler EN. Jews in Many Lands. The Jewish Publication Society of America; 1905.

24. Meakin AM. In Russian Turkestan: A Garden of Asia and Its People. George Allen; 1903.
25. Lal M. Travels In The Panjab, Afghanistan And Turkistan, To Balk, Bokhara And Herat, And A Visit To Great Britain And Germany. 1st ed. WM. H. ALLEN & Co; 1846.
26. Burton A. The Bukharans a Dynastic, Diplomatic and Commercial History (1550-1702). Richmond Curzon Press; 1997.
27. Eversmann E. Reise von Orenburg Nach Buchara.; 1823.
28. Kılıç O. Eski Çağdan Yakınçağa Genel Hatlarıyla Dünyada ve Osmanlı Devleti'nde Salgın Hastalıklar . Ortadoğu Araştırmaları Yayınları; 2004.
29. Braun H. Bulaşıcı Hastalıklar. ((Çev.) Öktem Z, ed.). Maarif Matbaası; 1944.
30. Özdemir H. Salgın Hastalıklardan Ölümler (1914-1918). Türk Tarih Kurumu; 2005.
31. Türkmen İ. Kadim Türk Yurdu Fergana Vadisi ve Büyük Güçlerin Hakimiyet Mücadelesi. Berikan Yayınevi; 2019.
32. Barthold W. Fergana. In: İslam Ansiklopedisi (Cilt 5.). Milli Eğitim Basımevi; 1997:558-565.
33. Ignatyev NP. Mission N.P. Ignatyev to Khiva and Bukhara in 1858. ((Translated) Evans JL, ed.). Oriental Research Partnus; 1984.
34. Starr F. Ferghana Valley: The Heart of Central Asia. (Starr SF, Beshimov B, Bobokulov II, Shozimov P, eds.). M.E. Sharpe, Inc.; 2011.

Osmanlı'da Taltif Edilen Memleket Tabipleri (1867-1894)*

Hometown Physicians Honored in the Ottoman Empire (1867-1894)

Ahmet Nizamoğluⁱ, Arif Hüdai Kökenⁱⁱ, Aysel Çakanⁱⁱⁱ

ⁱDr., Bağımsız Araştırmacı, Tarihçi. <https://orcid.org/0000-0002-2792-3230>

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD. <https://orcid.org/0000-0003-2188-4741>

ⁱⁱⁱDoktora Öğr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://orcid.org/0000-0001-6678-4707>

Öz

Amaç: Bu çalışmada XIX. yüzyıl Osmanlı döneminde taltif edilerek nişan verilen memleket tabiplerinin isimlerini, aldıkları ödülleri, ödüle layık görülmelerini sağlayan çalışmalarını ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ile doküman analizi kullanılmıştır. Veri elde etmek için T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi (BOA) veri tabanından yararlanılmıştır. Araştırma konusuna ve amacına uygun olarak "memleket tabibi, tabib nişan, tabib taltif" anahtar kelimeleri kullanılarak aramalar yapılmıştır. Bu çalışma Temmuz-Ağustos 2024 tarihlerinde hazırlanmıştır.

Bulgular: Nişan ve rütbe alan 23 memleket tabibine ulaşılmıştır. Bu tabiplerin 19 farklı idari birimde çalıştıkları görülmüştür. Genellikle iyi ve başarılı hizmetleri başta olmak üzere farklı nedenlerle tabiplerin taltif edildikleri anlaşılmıştır. Elde edilen veriler tablo haline getirilmiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçları XIX. yüzyıl Osmanlı dönemi özelinde idarenin başarılı tabiplere bakışını ortaya çıkarılması açısından önem arz etmektedir. Bunun yanında araştırma sonuçları günümüz tabiplerince yeni bir motivasyon ve kendilerini değerli hissetme aracı olarak görülebilir. Ayrıca bu sonuçlar tarihten günümüze tabiplerin toplum sağlığı için üstlendikleri görevleri ve yaptıkları fedakarlıkları tarihsel bir perspektiften toplumun anlamasına aracılık edebilir.

Anahtar kelimeler: Osmanlı tıbbı, Memleket tabibi, Nişan, Taltif

ABSTRACT

Aim: This study aims to identify the names of local physicians who were honored and awarded medals during the 19th-century Ottoman period, as well as to reveal the awards they received and the works that merited such recognition.

Methods: In the study, the survey model, one of the qualitative research methods, and document analysis were employed. Data were obtained by utilizing the Ottoman Archive (BOA) database of the Republic of Turkey Presidential State Archives. Searches were conducted using the keywords 'hometown physician, physician medal, physician honor' in line with the research topic and objectives.

Results: 23 hometown physicians who received medals and ranks were identified. It was observed that these physicians worked in 19 different administrative units. It was found that the physicians were honored for various reasons, primarily for their good and successful services. The data obtained are tabulated. This study was prepared in July-August 2024.

Conclusion: The research findings are significant in revealing the administration's perspective on successful physicians during the 19th-century Ottoman period. Additionally, these findings may be seen by contemporary physicians as a new source of motivation and a means to feel valued. Furthermore, these results can help society understand, from a historical perspective, the roles physicians have undertaken and the sacrifices they have made for public health throughout history.

Keywords: Ottoman medicine, Hometown physician, Medal, Honor

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):140-149

DOI: 10.31020/mutfd.1545581

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 08 Eylül 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 07 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: Ahmet Nizamoğlu <ahmet.nizamoglu@outlook.com>

Giriş

XIX. yüzyıl Osmanlı'da sağlık alanında yenileşme ve hızlı bir dönüşümün yaşandığı dönemdir. II. Mahmud Dönemi'nde açılan Tıbhane-i Âmire (1827) ile öncelikle modern anlamda askeri tıp eğitimi başlamıştır. Tanzimat'ın ilanının ardından her alanda yapılan reform hareketleri sağlık alanında da etkisini göstermiştir. Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne, Osmanlı'daki modernleşmeyi yansıtan en önemli kurumlardan birisi haline gelmiştir. Ancak Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında orduda yabancı tabip çalıştırılması hekim sayısının yetersizliğinin bir göstergesi olmuştur. Ayrıca Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'nin askerî tabip yetiştirmesi sebebiyle sivil halkın sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilmek adına zorunlu olarak ecnebi tabiplerden yararlanılmıştır.¹ Bu dönemde memleket genelinde sahte ve diplomasız tabiplerin oldukça fazla olması da halk sağlığını ciddi derecede etkileyen bir durum olmuştur.² Böylelikle ihtiyacın hasıl olması nedeniyle 1867'de Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne adıyla sivil tıp mektebi eğitimi başlamıştır.¹

Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne'nin açılmasının ardından tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin taşraya yayılması amaçlanmıştır.³ Bu doğrultuda mektep daha ilk mezunlarını vermeden 1871'de İdâre-i Umûmiye-i Tıbbiye Nizâmname'si yürürlüğe girmiştir. Nizamnameye göre İstanbul'da belediye, vilayetlerde valiler Umûr-ı Tıbbiye-i Mülkiye Nezâreti ile görüşerek sınırları belirlenen her bir mahalde bir memleket tabibi bulunmasını ve memleket tabiplerinin refakatine gerektiği takdirde birer tabip muavininin tayin olması sağlanacaktı. Memleket tabiplerinin ve muavinlerinin maaşlarının memuriyetlerinin bulunduğu bölgedeki belediyeler tarafından ödeneceği belirtilmiştir. Memleket tabipleri belediye tarafından belirlenen yerlerde haftada iki defa ücretsiz olarak hastaları muayene edeceklerdi. Belirlenen yere ulaşamayacak kadar hasta olanların evlerine tabibin gitmesi uygun görülmüş böylece gezici sağlık hizmeti uygulaması da yapılmaya başlanmıştır. Memleket tabipleri görev yaptığı bölgede her türlü salgın hastalıklarla ilgili konuda hükümeti bilgilendirmek, gerekli önlemleri almak ve rapor hazırlamak konusunda da sorumlu tutulmuştur.⁴ Memleket tabipliğine yönelik hazırlanan bu ilk düzenleme Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne mezun vermeden önce hazırlanması ve daha kapsamlı bir düzenlemeye olan ihtiyacın kendisini hissettirmesi sebebiyle yeni bir nizamnamenin yürürlüğe girmesi zorunlu olmuştur. Bu doğrultuda 1888'de Memleket Etibbası ve Eczacıları Hakkında Nizamname bir öncekinden daha kapsamlı bir şekilde hazırlanmıştır. Memleket tabipliğinde atamaların Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne'den mezun ve Osmanlı tebaası öğrencilerinden yapılacağı belirtilmiştir. Ayrıca Osmanlı tebaasından olup da yabancı ülkelerde tahsilini tamamlamış olanların Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de "ibrazı liyakat ve icazetname" aldıktan sonra memleket tabibi olabilecekleri belirtilmiştir. Nizamnameye göre memleket tabipleri kaza, liva, vilayet ve müfettiş sınıfı olarak 4'e ayrılmış olup maaşları da bu doğrultuda belirlenmiştir. Nizamname ile memleket tabiplerinin belirlenmesi sınıf, maaş, harcırah, terfi, zorunlu hizmet ve emeklilik haklarına detaylı bir şekilde yer verilmiştir.⁵ 1888 yılında itibaren ise memleket tabiplerinin maaşlarını devlet vermeye başlamış ve memuriyet sicilleri tutulmuştur. Sağlık teşkilatlanmasında devletin rolünün yüzyılın sonlarından itibaren kayda değer bir şekilde artmaya başladığı da görülmektedir.⁶

Osmanlı döneminde tabiplerin eğitime özel önem verilmiş, bu eğitim sürecinde tabiplik pratiğine ilişkin temel ahlaki değerler öğretilmiştir. Tabiplerin aldığı bu eğitimle birlikte meslek hayatına başlaması sağlanmış ve mesleğin icrasında tabiplerden bu ahlaki değerlere bağlı kalması beklenmiştir. Öyle ki tabibin mesleki anlamda sahip olduğu güncel teknik bilgilerin yanında erdemli tutum ve davranış kurallarına bağlılığı ile mesleğini icra etmesi de çok önemli bir değerlendirme aracı olarak kullanılmıştır. XIX. yüzyıla geldiğinde modern tıp eğitimiyle mezun olan tabipler tıp ahlaki kurallarına uymaya, mesleki icrada erdemli davranmaya mezuniyetlerinde ettikleri yeminle söz vermektedirler.⁷ Buradan da Osmanlı tabiplerinin mesleklerini özverili yapma konusunda motive edici bir eğitim aldıkları anlaşılmaktadır.

Tanzimat ile başlayan reform hareketleri çerçevesinde bu noktada beklentileri karşılayan ve üstün hizmetleri görülen birçok mülkî görevliler gibi tabipler de taltif edilmeye başlamıştır. Memleket tabipleri Mecidî ve Osmanî nişanlarıyla taltif edildikleri gibi rütbe de almışlardır. Bu dönemde Osmanlı'da nişanlar artık belirli nizamnameler çerçevesinde beratlarla verilmeye başlamıştır. Sultan Abdülmecid'in adını alan ve 1852'de yürürlüğe giren Mecidî Nişanı ile daha önceki dönemlerde verilen nişanlar lağvedilerek Avrupaî tarzda bir taltif sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Devlete hizmette yararları ve başarıları görülenlere verilecek olan ve 5 Rütbesi bulunan Mecidî Nişanı, kaydı hayat suretiyle verilmiştir. Her rütbesi için sınırlı bir sayı belirlenirken yabancılara verilecek rütbeler bu sayının haricinde tutulmuştur. Mecidî Nişanı'nın 1. Rütbesi 50, 2. Rütbesi 150, 3. Rütbesi 800, 4. Rütbesi 3.000 ve 5. Rütbesi 6.000 adet olarak çıkarılması kararlaştırılmıştır. En düşük nişan 5. Rütbe olup ilk olarak verilmeye buradan başlanmaktadır. Rütbe yükseltileceği zaman kişiden var olan rütbesini teslim etmesi istenmektedir. Böylece verilen rütbeyi belirlenen sayılar doğrultusunda sadece hak edenin takması sağlanmıştır. Nişanın üzerinde "gayret, hamiyet, sadakat" kelimeleri ve tarih yer almaktadır. Mecidî Nişanı'nın yanı sıra Sultan Abdülaziz Dönemi'nde 1861'de her türlü devlet hizmetlerinde iyi iş görmüş ve üstün başarı göstermiş olanlara verilmek üzere Osmanî Nişanı çıkarılmıştır. 4 Rütbeden oluşan Osmanî Nişanı'nın 1.Rütbesi 50, 2. Rütbesi 200, 3. Rütbesi 1.000 ve 4 Rütbesi'nden ise 2.000 adet olması kararlaştırılmıştır. Yine Mecidî Nişanı'nda olduğu gibi bunda da yabancılara verilecekler bu sayının haricinde tutulmuştur. Bu nişanların yanı sıra her alanda üstün başarı göstermiş olan ilmî, mülkî, askerî memurlar ve yabancılara yönelik olarak birçok nişan ve madalya da taltif aracı olarak kullanılmıştır.⁸⁻¹² Nişanların yanı sıra devlet memurlarına verilen bazı rütbeler de bulunmaktaydı. Memleket tabipleri ile ilgili yapılan düzenlemelerde Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne'den mezun tabiplere göreve başlamalarıyla mülkiye rütbelerinden olan Rütbe-i Sâlise ünvanı verilmekteydi. Sâniye'den küçük Rabiâ'dan büyük olan bu rütbe askerî rütbelerden binbaşına muadil sayılmıştır. Memleket tabiplerinden üstün hizmet gösterenlerin rütbesi ise Sâlise'den Sâniye'ye* yükseltilmiştir. Bu rütbe ise askerî rütbelerden Miralay'ın dengidir.¹³

Bu çalışmada XIX. yüzyıl Osmanlı döneminde idarenin tabipliğe bakışını, taltif edilerek nişan verilen memleket tabiplerinin isimleri, aldıkları nişanları, nişana layık görülmelerini sağlayan çalışmalarını ortaya çıkarmak temel amaçtır. Bu sayede günümüz devlet ve sağlık idarecilerine yönetsel anlamda bir bakış açısı kazandırmak, günümüz tabiplerine bir motivasyon sağlamak, topluma hekime verilen değeri anlatmak adına tarihsel bir perspektif sunmak da hedeflenmektedir.

Yöntem

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ile doküman analizi kullanılmıştır. Analiz yapılması planlanan belgelere ulaşmak için T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi (BOA) veri tabanından yararlanılmıştır. Araştırma konusuna ve amacına uygun olarak "memleket tabibi, tabib nişan, tabib taltif" anahtar kelimeleri kullanılarak aramalar yapılmıştır. Bu aramalar neticesinde "memleket tabibi" anahtar kelimesiyle 634 adet, "tabib nişan" anahtar kelimesiyle 1565 adet, "tabib taltif" anahtar kelimesiyle 939 adet belge başlığına ulaşılmıştır. Bu belgeler sistematik olarak incelenmiş olup, nişan alan memleket tabipleri tespit edilmiştir. Memleket tabipleriyle ilgili olan bu belgeler Osmanlı Türkçesinden Latin harflerine transkribe edilmiştir. Daha sonrasında tespit edilen belgeler içerisinde memleket tabiplerinin nişan aldıkları yıl, tabibin ismi, görev yeri, taltif sebebi ve rütbe tevcihi kaydedilerek tablo haline dönüştürülmüştür. Şunu da belirtmekte fayda var ki memleket tabipliği ile belediye tabipliğinin görev ve sorumlulukları benzerdir. Hatta bazı yerlerde belediye tabibi, memleket tabibi olarak adlandırılmış veya tam tersi olmuştur. Bu çalışmada belgelerde doğrudan memleket tabibi olarak adı geçen tabiplere yer

* Sâniye rütbesinin haricinde mülkî rütbelerden olan Sâniye Sınıf-ı Mütamayizi ve Sâniye Sınıf-ı Sâniisi bulunmaktadır.

verilmiştir. Memleket tabibi eğer aynı zamanda belediye tabibi olarak da addedilmişse bu durum belirtilmiştir. Bu çalışma Temmuz-Ağustos 2024 tarihlerinde hazırlanmıştır.

Bulgular

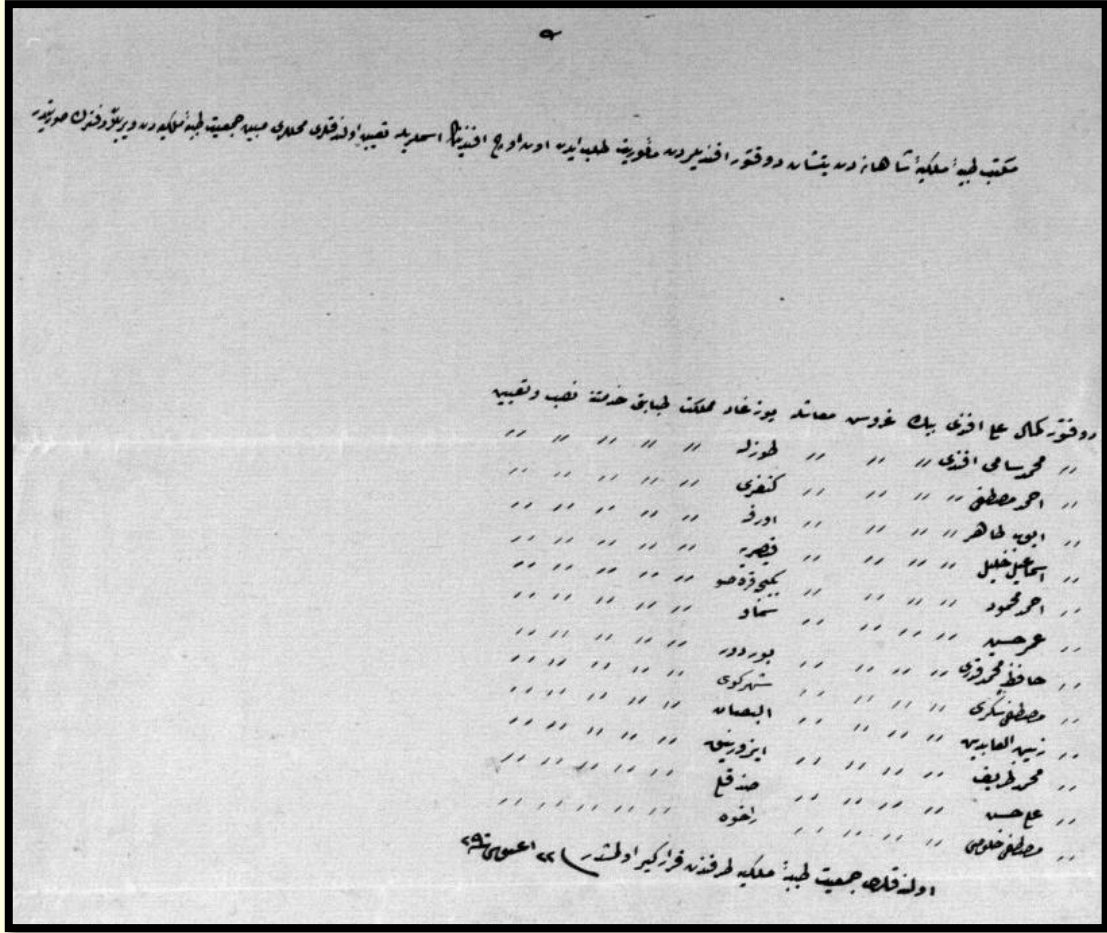
Araştırma kapsamında ulaşılan tüm belgeler incelendiğinde 1867 yılı ile 1894 yılları arasında toplam 23 adet nişan ve rütbe alan memleket tabibine ulaşılmıştır. Bu tabiplerin 19 farklı idari birimde çalıştıkları görülmüştür. Genellikle iyi ve başarılı hizmetleri başta olmak üzere farklı nedenlerle tabiplerin taltif edildikleri anlaşılmıştır. Memleket tabiplerinin 11 tanesi 5. Rütbe Mecidî Nişanı (bunlardan 2 tanesi aynı zamanda Rütbe-i Sâniye), 3 tanesi 4. Rütbe Mecidî Nişanı (bunlardan 1 tanesi aynı zamanda Rütbe-i Sâniye), 1 tanesi 4. Rütbe Osmanî Nişanı, 8 tanesi Rütbe-i Sâniye ile taltif edilmiştir. Elde edilen bulgular kronolojik olarak tablolaştırılmıştır (**Tablo 1**).

Tablo 1. Taltif Edilen Memleket Tabipleri (1867-1894)

Tarih	İsim	Görev Yeri	Taltif Sebebi	Rütbe Tevcihi
1867	Şemsi Bey (Binbaşı)	Edirne	Aldığı önlemler ile hastalıkların önlenmesinde başarı göstermesi, iyi hizmetlerinin bulunması, halkın memnuniyetini kazanması. Ayrıca <i>“kendisi hadd-i zatında kemalat-ı insaniye ile muttasıf edib ve dirayetkar ve atıfet-i seniyeyle layık ve sezavar zabitanıdır”</i> dır. ¹⁴	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1873	Laudaki Efendi	Bursa	Bursa Mekteb-i İdadi-i Şahane öğrencilerinden hasta olanları tedavi etmiştir. Bu görevi esnasında hiçbir ücret talep etmemiştir. Ayrıca Bursa’da toplanan redif askerleri ile belde ahalisini de muayene ve tedavide yoğun çaba göstermiştir. 2 sene boyunca süren bu çabaları nedeniyle herkesin rıza ve memnuniyetini kazanmıştır. ¹⁵	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1876	Eyüb Tahir Efendi	Urfa	Kolera salgını sırasında hastaların tedavileri konusunda gayret ve fedakârlık göstermiştir. ¹⁶	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1876	Mehmed Efendi	Eskişehir	Çeşitli hastalıklar ve özellikle de yatağa bağlı hastaların tedavisinde yoğun çaba göstermiştir. Bölge halkından Mustafa Ağa’nın bir yaşındaki çocuğunun karnını diğer bir çocuğun bıçakla yaralaması sonucunda <i>“bağırsak ve iç yağları dışarı çıkıp hayatından ümitleri kalmadığı”</i> düşünülürken ameliyat ve tedavi ederek sağlığına kavuşturmuştur. Yine Lületaş Madeni çalışanlarından birinin karnı ağır surette yaralandığında tedavisini gerçekleştirmiştir. Bu sebeplerle çalışmaları ve gayreti takdire şayan bulunmuştur. ¹⁷	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1877	Anastas Efendi	Ruşuk	1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı devam ederken hastalıklarla mücadelede yoğun çaba göstermiştir. ¹⁸	4. Rütbe Mecidî Nişanı / Rütbe-i Sâniye
1877	Yorgi Garibari Efendi	Gümölcine	Zabitan, askeri neferler ve kimsesizleri ücretsiz olarak tedavi etmiştir. Ayrıca Gümölcine Taburu Dairesi’ndeki hastaların 2 ay boyunca tedavilerinde fevkalade gayret göstermiştir. Bütün bunların yanı sıra <i>“meydanda olan hüsn-i sadakati şayan-bahş bulunup ve bununla beraber cümlenin hoşnudiyetini kazanmış bendegandan olub kendisinin dahi tabibhanede bulunduğu tedavi eylediği hastaganın müddet-i kalile zarfında kesb-i himmet eylesinden istidlal edilmiş”</i> tir. ¹⁹	5. Rütbe Mecidî Nişanı

1883	Savayadis Efendi	Hüdavendigâr (Bursa)	Silah altına alınan mukaddem redif ve tâli taburları hastalarının Bursa Gurebahanesinde tedavisinde iyi hizmet ve gayret göstermiştir. ²⁰	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1884	Ahmed Fuad Efendi	Halep	Mesleğini çok iyi şekilde icra etmiştir. ²¹	Rütbe-i Sâniye
1886	Abdullah Halid Efendi	Edirne	8 sene boyunca “ <i>Asakir-i Şahane</i> ” taburlarında hizmet ettikten sonra memleket tabibliği görevini de layığıyla yerine getirmiştir. ²²	Rütbe-i Sâniye
1886	Ahmed Receb Efendi	Amasya	İyi hizmetleri ve çalışkanlığının yanı sıra “ <i>erbab-ı dirayet ve ehliyetten</i> ” olduğu ifade edilmiştir. ²³	Rütbe-i Sâniye
1887	Abdür-rauf Efendi	Adapazarı	Mesleğini çok iyi şekilde icra etmiştir. ²⁴	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1887	Zeynelabidin Efendi	Görice	Mesleğini çok iyi şekilde icra etmiştir. ²⁵	Rütbe-i Sâniye
1887	Mehmed Efendi	Alaşehir	Mesleğini çok iyi şekilde icra etmiştir. ²⁶	Rütbe-i Sâniye
1887	Bunkoski Bey*	Ankara	Redif askerlerinden hastalanıp yollarda kalanların tedavisini “ <i>kemal-i gayret ve sadakatle</i> ” gerçekleştirmiştir. ²⁷	4. Rütbe Osmanî Nişanı
1888	Tahir Ali Efendi	İşkodra	“ <i>Ehliyetinden bahisle</i> ” taltif edilmiştir. ²⁸	Rütbe-i Sâniye
1888	Bedros Efendi	Bursa	Bursa Mekteb-i İdadi öğrencilerinden hasta olanların tedavilerinde “ <i>hüsn-i hidmet</i> ” göstermiştir. ²⁹	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1890	Mehmed Yahya	Çorum	Askerler ve Çerkes muhacirlerden hasta olanların tedavisinde “ <i>hüsn-i hidmet</i> ” göstermiştir. Ayrıca “ <i>ahlak-ı hasene</i> ”den addedilmiştir. ³⁰	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1891/1892	Rıfat Hüsnü*	Beyrut	“ <i>Erbab-ı hazâkat ve dirayetten</i> ” olarak geceli gündüzlü görevini dikkatle ve itinayla yürütmüştür. Ayrıca herkesin memnuniyetini ve takdirini kazanmıştır. ^{31,32}	5. Rütbe Mecidî Nişanı / Rütbe-i Sâniye
1892	Alaaddin Efendi	Ankara	Hastaların tedavisinde yoğun bir şekilde gayret göstermiştir. ³³	Rütbe-i Sâniye
1892	Salih Efendi	Kütahya	Görevini iyi bir şekilde yürüterek mesaisinde çalışkanlık göstermiştir. ³⁴	5. Rütbe Mecidî Nişanı
1892	Ali Murtaza*	Ma'mûretü'l-Azîz	9 yıl boyunca görevini layığıyla yaparak herkesin memnuniyetini kazanmıştır. Kolerayla mücadelede önemli hizmetleri görülmüştür. Ayrıca nezle-i müstevliye (gribal enfeksiyon) olanların tedavisinde de gayretleri görülmüştür. ³⁵	4. Rütbe Mecidî Nişanı
1894	Bedros Efendi	Diyarbakır	“ <i>Hüsn-i hidmet ve sadakati müşahid</i> ” olmuştur. ³⁶	Rütbe-i Sâniye
1894	Abdullah Şakir*	Kırşehir	9 sene boyunca “ <i>hüsn-i hidmet ve mesaisi</i> ” görünmüştür. ³⁷	Rütbe-i Sâniye

* Aynı zamanda Belediye Tabibi'dir.



Şekil 1. 3 Eylül 1874'te Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne'nin İlk Mezunlarından Memleket Tabibi Olarak Atananlar (BOA, i.MMS. 50/2156).

Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne'den mezun tabiplere göreve başlamalarıyla mülkiye rütbelerinden olan Rütbe-i Sâlise unvanı verilmekteydi. Bu durum "Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesiyle Zeyli" adlı düzenlemede şu şekilde ifade edilmiştir: "Etıbba-i mülkiye liva ve vilayet ve teftiş sınıfı unvanlarıyla üç sınıf itibar olunub liva tabipleri 1.000 guruş maaş ile Rütbe-i Sâlise'ye ve vilayet etıbbası 1.500 guruş maaş ile Sınıf-ı Sânisine ve müfettişleri 2.000 guruş maaş ile Rütbe-i Sâniye Sınıf-ı Evvel Mütemayizine müstahak olurlar."³⁸ Ayrıca tayin usulünde şu esaslar belirtilmiştir: "Tıbbiye-i Mülkiye'de ikmal-i tahsil ile icazetname ahzedenler ibtida liva etıbbası sınıfına mahsus olan mükafata nail olacak ve bunların terfi-i sınıfı liva tababeti sınıfında üç sene hizmete ve ondan sonra vilayet etıbbası sınıfına hal vukuuyla beraber beyne'l-ikran kesb-i kıdem ve isbat rüçhan eylemeye mütevakkıf bulunacaktır. Vilayet etıbbasının teftiş sınıfına intikali dahi kezalik üç sene müddet-i hizmete ve ondan sonra beyne'l-ikran kesb-i kıdem ve isbat rüçhan eylemeye menûttur ve havali-i Hicaziye vesair mahal baideye gönderilecek etıbbanın sınıflarına mahsus maaşlarına beşer yüz guruş zam olunacaktır."³⁸

Bu doğrultuda Sâlise rütbesine sahip olan memleket tabiplerinden şu isimler tespit edilmiştir: "Filibe Memleket Tabibi Vlado Efendi (1877), Harput Memleket Tabibi Ahmed Receb Efendi (1880), Van Vilayeti Memleket Tabibi Hasan Abdulgaffar Efendi (1881), Niğde Memleket Tabibi Alaaddin Abdülhalim (1883), Bilecek Memleket Tabibi Haşim Efendi (1884), Karahisar-ı Sahib Memleket Tabibi Mehmed Mustafa Faik Efendi (1884), Eskişehir Kazası Memleket Tabibi İbrahim Edhem Efendi (1884), Kalkandelen Kazası Memleket Tabibi Mehmed Arif Efendi (1884), Debre Memleket Tabibi Abdülbaki (1885), Siroz Memleket Tabibi Serkiz Misak (1885), Demirci Memleket Tabibi Mehmed Hüsnü (1885), Bandırma Memleket Tabibi Tahir Efendi (1885), Gerede Memleket Tabibi Mihran Haçador (1886), İskilib Memleket Tabibi Mehmed Kamil Efendi

(1886), Isparta Memleket Tabibi Estani Efendi (1886), Berat Memleket Tabibi Mustafa Ahmed Efendi (1887), Söğüd Memleket Tabibi Marko Kemal Efendi (1887), Sofulu Memleket Tabibi İbrahim Efendi (1888), Koçana Memleket Tabibi Tefvik Timur Efendi, (1888), Petre Memleket Tabibi Mehmed Celaleddin Efendi (1889), Çal Memleket Tabibi Arif Said Efendi (1889), Ertuğrul Memleket Tabibi İhsan Selim Efendi (1889), Gümüşhane Memleket Tabibi Mustafa Arif Efendi (1889), Taiz Memleket Tabibi Mustafa Ahmed Efendi (1889), Biga Memleket Tabibi Asım (1890), Isparta Memleket Tabibi İstavri Efendi (1890), Sinop Memleket Tabibi Hristo Efendi (1890), Kirmasti Memleket Tabibi Zahari Hüzmüz Efendi (1890), Adana Memleket Tabibi Derviş Efendi (1891), Premedi Memleket Tabibi Abdullah Haydar Efendi (1892)".*

Osmanlı döneminde taltif için verilen nişanlar özel bir tasarıma sahip olduğu dikkatlerden kaçmamaktadır. Araştırma kapsamında memleket tabiplerine verilen nişanların görsellerine de yer verilmiştir ⁸ (Şekil 2).



5. Rütbe Mecidi Nişanı

4. Rütbe Mecidi Nişanı

4. Rütbe Osmanî Nişanı

Şekil 2. Taltif edilen memleket tabiplerine verilen nişanlar

Tartışma

Tanzimat'ın ardından taşraya her ne kadar memleket tabibi unvanı ile tabipler görevlendirilmişse de 1871 yılında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile memleket tabipliği kurumsallaşmıştır.³ Bu düzenlemeye göre memleket tabiplerinden tedavi edici hekimlik anlayışından daha çok halk sağlığını koruma ve geliştirme görevine ağırlık vermeleri beklenmiş ve bu amaçla görevlendirmeler yapılmıştır. Hatta koruyucu sağlık hizmeti devletin ilk ve öncelikle ele alması gereken konu olduğu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ikinci plana atıldığı görülmektedir.³⁹ Memleket tabipliği uygulamasının başka bir sonucu, devlet tarafından öncelikli olarak halk sağlığını koruma görevi verilen tabiplerin artık bir devlet memuru statüsünde kabul ediliyor olmasıdır. İdari anlamda memleket tabipliği uygulamasıyla ortaya çıkan başka bir durum da, tabiplerin emri mülkü amirden almayıp merkezden alması ve mülki amirin bir danışmanı olarak görevini icra etmesidir.⁴⁰ Artık merkezi kurumsal bir yapıya dönüşen sağlık hizmetleri için atanan tabipler, kendilerine verilen

* BOA, İ.DH. 741/60594; BOA, İ.DH. 816/65886; BOA, İ.DH. 825/66455; BOA, İ.DH. 877/70003; BOA, İ.DH. 909/72249; BOA, İ.DH. 915/72654; BOA, İ.DH. 1089/85406; BOA, İ.DH. 925/73312; BOA, İ.DH. 971/76700; BOA, İ.DH. 961/76013; BOA, İ.DH. 974/76950; BOA, İ.DH. 983/77593; BOA, İ.DH. 1008/79656; BOA, İ.DH. 1050/82484; BOA, İ.DH. 1057/82976; BOA, İ.DH. 1104/86479; BOA, İ.DH. 1126/87982; BOA, İ.DH. 1126/87982; BOA, İ.DH. 1186/92778; BOA, İ.DH. 1173/91734; BOA, İ.DH. 1211/94815; BOA, İ.TAL. 9/70.

yetkilerle halk sağlığını koruma ve geliştirmenin yanında idari sũreçlerde de etkinliklerinin arttığı gũrũlmektedir.

Osmanlı Devleti, XIX. yũzyılda içerisinde bulunduğu ulusal ve uluslararası şartlar neticesinde finansal sorunlar yaşamıştır. Bu nedenle memleket tabiplerinin maaş Ȗdemeleri ve sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak Ȗzere belediyeler yũkũmlũ tutulmuştur. Bunun yanında bȖlgeye atanan memleket tabiplerinin hizmet sunacakları mekanların temini ve tesisi de belediyelere verilmiştir. Devlet sağlık hizmetlerinin sunumunu belediyelerle organize etmiş, finansal desteği ise belediyelerden almıştır. 1888 yılında itibaren ise memleket tabiplerinin maaşlarını devlet vermeye başlamış ve memuriyet sicilleri tutulmuştur. Sağlık teşkilatlanmasında devletin rolũnũn yũzyılın sonlarından itibaren artmaya başladığını da sȖylemek yerinde olacaktır.⁶ BȖylece merkezi yȖnetimin sağlık alanında yaptığı dũzenlemelerle taşradaki etkinliğini ve otoritesini arttırmaya çalıştığı sȖylenebilir.

Osmanlı Devleti, sağlık alanında kurumsallaşmayı sağlarken gȖrev yapan tabiplerin “şevk ve gayreti”ni arttırmak amacıyla taltif usulũnũ kullanmıştır. Memleket tabipliği kurumsallaşmadan Ȗnce sadece bir tabip nişan almıştır. 1871’den itibaren memleket tabipliğinin kurumsallaşması doğrultusunda Ȗstũn hizmet gȖsteren tabipler çalışmalarına gȖre taltif edilmiştir. Tabipler genellikle buldukları bȖlgedeki bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mũcadeleleri nedeniyle nişan almışlardır. Memleket tabiplerine nişan ve rũtbe verilirken belgelere yansayan en Ȗnemli kelime “hũsn-i hidmet ve sadakati” olmuştur. Ȗstũn hizmetleri gȖrũlenlere verilen Mecidĩ Nişanı’nın Ȗzerindeki “gayret, hamiyet, sadakat” kelimeleri yer alması tabiplerin iyi çalışmalarının adeta bir tezahũrũdũr. Diğer bir nişan olan Osmanĩ Nişanı oldukça saygın bir nişan olmasına rağmen sadece tek bir memleket tabibi bu nişanla taltif edilmiştir. SȖniye rũtbesi ise iyi hizmetin yanı sıra belirli bir sũre gȖrevde kalan memleket tabiplerine verilmiştir (**Tablo 1**). Bunun yanında mesleğinin icrasıyla ilişkili olarak kusurlu bulunan ya da cezai yaptırıma maruz kalan tabiplere verilen nişanların ve madalyaların geri alındığı da gȖrũlmüřtũr.²

Nişan ve rũtbe alan 23 memleket tabibinden 19 tanesi II. Abdũlhamid DȖnemi’nde (1876-1909) taltif edilmiştir. Verilen nişanların neredeyse tamamının bu dȖneme denk gelmesi Mekteb-i Tıbbiye-i Mũlkiye-i řȖhȖne’nin ilk mezunlarını 1874’te vermiş olmasından kaynaklanmaktadır (**şekil 1**). Bu anlamda kurumsal manada ilk memleket tabipleri bu tarihte atanmıştır. Ayrıca II. Abdũlhamid DȖnemi’nde “hũkũmdarlık ihсанının kişisel tezahũrleri”nden olan nişan ve taltif usulũnũn “iktidarın sembollerinden” birisi haline gelmesidir. Abdũlhamid, verdiği nişanı aynı zamanda taşranın merkezi idareye karşı yaratacağı bir iyi niyet yatırımı olarak gȖrdũđunden memleket tabilerini de bu yolla taltif etmiştir.^{41,42} Bu durumda ortaya çıkan sadakat eşittir nişan anlayışı tek başına bir anlam ifade etmeyip belgelere yansayan bir diğer Ȗnemli husus ise gȖrev yapan tabibin “şevk ve gayretini” arttırmak olmuştur. Bu nedenle memleket tabipleri taltif edilirken tabibin “sadakat”i madalyonun bir yũzũ olurken diğer yũzũnũn de “hũsn-i hidmet” olması Ȗnemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç

Osmanlı Devleti’nde, her alanda olduğu gibi XIX. yũzyılda sağlık alanındaki yenilikler ve gelişmeler toplumsal ihtiyaç temelinde Ȗncelikle tıp eğitimine yapılan reformlar ile gȖrũlmeye başlanmıştır. Modern tıp eğitimi ile gũncel teknik bilgilerle mesleklerini icra etmelerinin yanında, yenilikleri de takip edecek nitelikte yetişen tabipler kendilerini yenileyerek meslekte çağcıl uygulamaları yapmaya uyum sağlamıştır. Bu sayede toplum sağlığını gũvence altına almak için titiz bir şekilde çalışmaya gayret etmişlerdir. Tabiplerin mesleki icrasında gũncel teknik bilgileri uygulamaları elbette dikkat çeken tek bir husus olarak kabul edilmemiştir. Memleket tabipleri Ȗzelinde tanık olunan, mũzahede edilen, farklı şekillerde geri bildirimler sayesinde Ȗđrenilen meslek aşkı, ahlaki değerlere bağlılık, insan ve vatan sevgisi temelinde yapılan iyi hizmetler elbette idarenin, beraberinde padişahın dikkatinden kaçmamıştır. Bu vesile ile memleket tabipleri taltif edilmiş, hakları belki

çalışma şartları ve koşulları özelinde ödenemese de kendilerine verilen değer gösterilmeye çalışılmış, motivasyonları ve hizmet etme arzuları canlı tutulmaya gayret edilmiştir. Bu nedenle çağdaş devlet anlayışında üstün gayret ve hizmetlerinden dolayı benimsenen ödüllendirme şeklinin XIX. yüzyılda Osmanlı'da memleket tabiplerine nişan verilerek gerçekteşiği görölmektedir. Savaşların yoğun yaşandığı, ekonomik sıkıntıların ve yoklukların göröldüğü dönemde mesleki etik değerleri temel alarak insan merkezli sağlık hizmeti sunma konusunda günümüz hekimlerine de örnek olarak gösterilebilecek bu tabipler ve aldıkları taltifler/nişanların bu araştırmayla tıp tarihinin önemli bir dönemi olan XIX. yüzyıl Osmanlı dönemi özelinde idarenin tabipliğe ve başarılı tabiplere bakışını ortaya çıkarması açasından önem arz etmektedir. Bunun yanında araştırma sonuçları günümüz tabiplerince yeni bir motivasyon ve kendilerini değerli hissetme aracı olarak görölebilir. Ayrıca bu sonuçlar tarihten günümüze tabiplerin toplum sağlığı için üstlendikleri görevleri ve yaptıkları fedakarlıkları tarihsel bir perspektiften toplumun anlamasına aracılık edebilir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Ahmet Nizamoğlu: Fikir, tasarım, denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Arif Hüdai Köken: Fikir, tasarım, denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Aysel Çakan: Fikir, tasarım, denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Sarı N. İstanbul'da Tıp Eğitimi ve İlgili Kuruluşlar. In: Antik Çağ'dan XXI. Yüzyıla Büyük İstanbul Tarihi, C. 9. İBB Kültür A.ř. / İSAM; 2015:118-139.
2. Göktaş H. XIX. Yüzyılda Osmanlı Devleti'nde Hekim Hasta İlişkileri ve Diplomasız Hekimler. Journal of History Studies 2014;6(6):99-115.
3. Gülser C, Rasimoğlu İ. Taşrayı İyileştirmek: 19. Yüzyıl Osmanlı İmparatorluğu'nda Memleket Hekimleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2012;3(1):1-6.
4. İdâre-i Umûmiye-i Tıbbiye Nizâm-nâmesi. Düstûr. 1289;2.
5. Memleket Etibbası ve Eczacıları Hakkında Nizamname. Düstûr. 1939;6.
6. Aydın E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitabevi; 2006.
7. Sarı N. Osmanlılarda Tıp Ahlakı. TC. Sağlık Bakanlığı; 2015.
8. Erüreten M. Osmanlı Madalyaları ve Nişanları: Belgelerle Tarihi. Destination Management Company; 2021.
9. Eralp TN. Osmanlılarda Nişan ve Madalya. In: Türkler. Yeni Türkiye Yayınları; 2002:683-686.
10. Nadir Osmanlı Sikke, Nişan ve Madalyaları. T.C. Kültür Bakanlığı Anıtlar ve Müzeler Genel Müdürlüğu; 1999.
11. Artuk İ, Artuk C. Osmanlı Nişanları. İstanbul Matbaası; 1967.
12. Tekin KH. Osmanlı Devletinde Gelenekten Yeniliğe Geçişin Anlamalı Bir Sembölü: Mecidi Nişanları. The Journal of Academic Social Science Studies 2014;(28):393-411.
13. Pakalın MZ. Osmanlı Tarih Deyimleri ve Terimleri Sözlüğu III. MEB Yayınları; 1993.
14. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi (BOA), İ.DH. 567/39475.
15. BOA, İ.DH. 662/46071.
16. BOA, İ.DH. 716/50054.
17. BOA, İ.DH. 722/50377.
18. BOA, İ.DH. 751/61364.
19. BOA, İ.DH. 755/61635.
20. BOA, İ.DH. 881/70300.
21. BOA, İ.DH. 934/74008.
22. BOA, İ.DH. 974/76950.
23. BOA, İ.DH. 990/78158.

24. BOA, İ.DH. 1033/81377.
25. BOA, İ.DH. 1037/81552.
26. BOA, İ.DH. 1045/82140.
27. BOA, İ.DH. 1051/82544.
28. BOA, İ.DH. 1112/86995.
29. BOA, İ.DH. 1114/87174.
30. BOA, İ.DH. 1184/92689.
31. BOA, İ.DH. 1253/98365.
32. BOA, İ.DH. 1276/100407.
33. BOA, İ.DH. 1257/98748.
34. BOA, İ.DH. 1277/100496.
35. BOA, İ.DH. 1277/100491.
36. BOA, İ.TAL. 67/83.
37. BOA, İ.TAL. 42/66.
38. Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesiyle Zeyli. Düstür. 1289;2.
39. İrgil C, Tor Ç, Dalkılıç D, Başaran C. Bursa Sağlık Tarihi (Cilt 1). Hermes Matbaacılık; 2017.
40. Aydın E. Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Naturel Yayın; 2002.
41. Deringil S. İktidarın Sembolleri ve İdeoloji II. Abdulhamit Dönemi (1876-1909). Doğan Kitap; 2002.
42. Deringil S. Simgeden Millete: II. Abdülhamid’den Mustafa Kemal’e Devlet ve Millet. İletişim Yayınları; 2007.

Bazı Zingiberaceae Droglarının Antioksidan Aktivite Açısından Karşılaştırılması *

Comparison of Some Zingiberaceae Drugs in Terms of Antioxidant Activities

Selin Duymuşⁱ, Tuğçe Fafalⁱⁱ

ⁱUzm. Dyt. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakognozi AD., <https://orcid.org/0009-0006-5569-8735>

ⁱⁱProf.Dr. Ege Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Farmakognozi AD., <https://orcid.org/0000-0002-7445-5855>

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Zingiberaceae familyasına ait olan *Curcuma longa* L., *Zingiber officinale* Roscoe, *Alpinia officinarum* Hance ve *Elettaria cardamomum* (L.) Maton droglarından hazırlanan metanol ve su ekstralarının antioksidan aktivite tayinleri ile toplam fenolik madde ve toplam flavonoid miktar tayinlerini karşılaştırmalı olarak araştırmak hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmamız 12.01.2022-01.04.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Droglar, bir firmadan 12.01.2022 tarihinde temin edilerek sulu ve metanollü ekstraları hazırlanmış, toplam fenolik madde miktarları Folin-Ciocalteu yöntemi ile, flavonoid miktarları alüminyum klorür yöntemi ile ve antioksidan aktivite tayinleri ise DPPH (2,2-diphenyl-1-picrylhydrazyl) yöntemiyle yapılmıştır.

Bulgular: En yüksek antioksidan aktiviteyi zerdeçal-MeOH ekstresi (6,04 µg/ml), en düşük antioksidan aktiviteyi ise kakule-su ekstresi (53,24 µg/ml) göstermiştir. Toplam fenolik madde miktarı, en yüksek havlıcan metanol ekstresinde (400,53 µg gallik asit/mg) ve zerdeçal metanol ekstresinde (301,72 µg gallik asit/mg) bulunmuştur. En yüksek flavonoid miktarı ise zerdeçal-MeOH (615,51 µg kersetin/mg) ve havlıcan-MeOH (400,53 µg gallik asit/mg) ekstralarında saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda zerdeçal ve havlıcan metanol ekstralarının en yüksek fenolik madde içeriğine sahip olduğu görülmüş ve buna bağlı olarak da en yüksek antioksidan aktiviteyi göstermişlerdir. Flavonoid bakımından en zengin ekstre zerdeçal metanol ekstresi olmuştur. Antioksidan aktivite deneyinde elde edilen sonuçlar, ekstraların toplam fenolik ve flavonoid içerikleriyle pozitif korelasyon göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Antioksidan aktivite, Flavonoid, Zingiberaceae

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to comparatively investigate the antioxidant activity determinations and the total phenolic substance and total flavonoid amount determinations of methanol and water extracts prepared from the drugs *Curcuma longa* L., *Zingiber officinale* Roscoe, *Alpinia officinarum* Hance and *Elettaria cardamomum* (L.) Maton belonging to the Zingiberaceae family.

Method: Our study was carried out between 12.01.2022-01.04.2022. The drugs were supplied from a company on 12.01.2022 and their aqueous and methanolic extracts were prepared, total phenolic substance amounts were determined by the Folin-Ciocalteu method, flavonoid amounts were determined by the aluminum chloride method and antioxidant activity was determined by the DPPH method.

Results: Turmeric-MeOH extract showed the highest antioxidant activity (6,04 µg/ml), cardamom-water extract showed the lowest antioxidant activity (53,24 µg/ml). The highest amount of total phenolic substance was found in galangal methanol extract (400,53 µg gallic acid/mg) and turmeric methanol extract (301,72 µg gallic acid/mg). The highest amount of flavonoids was determined in turmeric-MeOH (615,51 µg quercetin/mg) and galangal-MeOH (400,53 µg gallic acid/mg) extracts.

Conclusion: As a result of our study, it was seen that turmeric and galangal methanol extracts had the highest phenolic substance content and accordingly showed the highest antioxidant activity. The richest extract in terms of flavonoids was turmeric methanol extract. The results obtained in the antioxidant activity experiment showed positive correlation with the total phenolic and flavonoid contents of the extracts.

Key words: Antioxidant activity, Flavonoid, Zingiberaceae

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):150-155

DOI: 10.31020/mutfd.1559173

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Ekim 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 09 Aralık 2024

İletişim- Correspondence Author: Tuğçe Fafal <tuğce.fafal@ege.edu.tr>

Giriş

Serbest oksijen ve nitrojen moleküllerinin meydana getirdiği oksidatif stres ancak antioksidan bir bileşen varlığında ortadan kaldırılabılır. Tüm canlılar için hayati öneme sahip olan oksijen vücutta metabolik faaliyetler sonucunda eşlenmemiş elektron bulunduran serbest radikal formuna dönüşebilmektedir. Serbest radikal miktarının çoğalması vücutta protein, lipit ve nükleik asitlerin yapısal bozulmasına ve toksik etkiye neden olur.¹Bu nedenle vücuda alınan antioksidanlar oldukça önemlidir. Fenolik bileşenler ve özellikle de flavonoidler metal iyonlarını bağlayarak lipidlerin okside olması ve serbest radikal ortaya çıkmasında rol oynayan enzim sistemlerini inhibe ederek antioksidan aktivite gösterirler.²

Zingiberaceae familyasına ait olan *Curcuma longa* L., “zerdeçal” olarak bilinmekte olup, antioksidan, antienflamatuar, hepatoprotektif, antikarsinojenik, antimikrobiyal aktivitelere sahiptir.³ *Curcuma longa* rizomlarında fenolik yapıları kurkumin, terpenler, A, E ve C vitaminleri bulunmaktadır.^{4,5}

Zingiber officinale Roscoe, “zencefil” adıyla bilinir ve antiemetik, şişkinlik giderici, bağırsak yumuşatıcı, grip tedavisi destekleyici ve kolesterolü düşürücü olarak geleneksel Çin ve Hint tıbbında kullanılmıştır. Günümüzde zencefilin, antienflamatuar, antimikrobiyal, antitrombotik, tansiyon ve kan şekeri düşürücü özelliklere sahip olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.⁶ Zencefilin aktif bileşenleri gingerol, şogaol, zingiberen, zingeron ve paradoldür. Gingerol ve şogaol antioksidan ve antiinflamatuvar etkilerinden sorumludur.⁷

Elettaria cardamomum (L.) Maton “kakule” ismi ile bilinmekte olup, meyvelerinin içerisindeki tohumları aromatik lezzeti nedeniyle baharat olarak kullanılmakta ve kahvelerin içerisine katılmaktadır. Hint ve Çin tıbbında karminatif, stimulan, taş düşürücü olarak kullanılır.⁸ Antibakteriyel, antioksidan, hipotansif, mide koruyucu, antispazmodik, ve sedatif aktivitesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.⁹ Kakule meyvesi uçucu yağ (ökaliptol, alfa terpinil asetat, linalil asetat, terpinen-4-ol) fenolik bileşenler, flavonoidler (kersetol, kemferol, luteolin), nişasta, ve steroller içerir.¹⁰

Alpinia officinarum Hance “havlıcan” bitkisinin rizomları uzun yıllardan beri sağlık, kozmetik ve gıda sanayiinde kullanılmaktadır. Rizomlarının kendine has kokusu olup Çin ve Tayland’ da baharat ve ilaç (karminatif, diüretik, ödem azaltıcı) olarak kullanılmaktadır. Havlıcan kökleri galangin, flavonoidler, fenolik bileşenler, uçucu yağ (terpinen-4-ol), alkaloidler içermektedir. Antioksidan, antiinflamatuvar, antidiyabetik, analjezik, antiülser aktivitesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.¹¹

Zingiber officinale bitkisinin kökleri geleneksel tıpta demleme ve macun şeklinde astım ve bronşitte, bağışıklık sistemini güçlendirici, gaz ve idrar söktürücü, mide bulantısını giderici, öksürük kesici, soğuk algınlığı giderici; *Curcuma longa* kökleri demleme çay ve macun halinde kansereden koruyucu, midevi, safra arttırıcı, gaz söktürücü, karaciğer yağlanmasını giderici; *Alpinia officinarum* kökleri çay şeklinde demlenerek balgam, gaz ve adet söktürücü, öksürük kesici olarak kullanılmaktadır.¹²⁻¹⁵ *Elettaria cardamomum* bitkisinin meyvelerinin içerisindeki tohumlar ise halk arasında midevi, gaz söktürücü, böbrek ve solunum yolu hastalıklarında, nefes ferahlatıcı, baharat ve kahvelere aroma verici olarak kullanılmaktadır.^{15,16}

Bu çalışmada, *Curcuma longa* L., *Zingiber officinale* Roscoe, *Alpinia officinarum* Hance köklerinden ve *Elettaria cardamomum* (L.) Maton meyvelerinden su ve metanol ekstraktları hazırlanarak, antioksidan aktivite tayinleri ve toplam fenolik madde ile toplam flavonoid miktar tayinleri yapılmıştır.

Materyal ve Yöntem

Bitkisel Materyaller ve Ekstrelerin Hazırlanması

Çalışma konusu olan zerdeçal, zencefil, havlıcan kök drogları ile kakule meyve droğu firmadan 12.01.2022 tarihinde satın alınmış ve değirmende toz edilmiştir. Toz droglardan 20 g tartılıp metanol ve su ekstreleri hazırlanmıştır. Metanol ekstrelerini hazırlarken toz edilmiş droglardan 20 g tartılıp, 200 ml metanol ile soxhlet apereyinde 6 saat boyunca ekstre edilmiştir. Su ekstresi hazırlığında ise 20 g toz drog 200 ml kaynatılmış distile su eklendikten sonra ultrasonik karıştırıcıda 24 saat çalkalama maserasyonuna tabi tutulmuştur. Ekstreler süzgeç kağıdı ve huni yardımı ile şilifli balona süzölmüş ve sonrasında rotavaporda (Büchi Rotavapor R-114) çözücüler alçak basınçta tamamen uzaklaştırılmış ve hazırlanan kuru ekstrelerin % verim hesapları yapılmıştır.

Deneylerde kullanılan DPPH, α tokoferol, $\text{Na}_2(\text{CO})_3$, Folin Ciocalteu reaktifi, gallik asit, AlCl_3 ve kersetin Sigma-Aldrich Chemie GmbH (Germany), etanol ve metanol Merck GmbH (Darmstadt, Germany) markalıdır.

Çalışmamız 12.01.2022-01.04.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

DPPH Yöntemi ile Antioksidan Aktivite Tayini

Hazırlanan ekstrelerin, total antioksidan kapasite ölçümleri Fukumato ve Mazza'nın uyguladığı metoda göre yapılmıştır.¹⁷ Bu yöntemde göre, 1 mg/ml konsantrasyondaki örnek ekstrelerinin üzerine, 0,04 mM DPPH (2,2-diphenyl-1-picrylhydrazyl) çözeltisinden 4 ml eklenmiş ve üzerlerine de 1 ml metanol koyulup, 30 dakika oda ısısında karanlıkta bekletilmiştir. 517 nm de her bir örneğin absorbansı spektrofotometrede ölçülmüştür. Ortalama değer bulabilmek adına örneklerin ölçümleri 3 tekrarlı yapılmış ve ortalamaları alınmıştır. DPPH radikalinin % inhibisyonu her ekstre için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Standart olarak α tokoferol kullanılmıştır.

$$\% \text{ DPPH İnhibisyon} = 100 \times (\text{Abs}_{\text{kontrol}} - \text{Abs}_{\text{ekstre}} / \text{Abs}_{\text{kontrol}})$$

Toplam Fenolik Madde Miktar Tayini

Toplam fenolik madde miktarını belirlemek için kullanılan Folin Ciocalteu yönteminde farklı oranlarda seyreltilerek hazırlanan 100 μl (0,1 ml) ekstreye 2,8 ml distile su ve %2' lik $\text{Na}_2(\text{CO})_3$ çözeltisinden 2 ml koyulup, ve 0,1 ml %50' lik Folin Ciocalteu reaktifi eklenerek 30 dk ışık görmeyen kapalı bir alanda bekletilmiştir. Daha sonra spektrofotometrede 750 nm'de ekstrelerimizin absorbansları ölçülmüştür. Ekstrelerimizin toplam fenol madde miktarları, gallik asit yardımıyla hazırlanan kalibrasyon eğrisi ile hesaplanmıştır. Ortalama hesaplamak için ölçümler 3 kere yapılmış ve sonuçların ortalaması alınmıştır.^{18,19}

Toplam Flavonoit Miktar Tayini

Toplam flavonoit konsantrasyonu hesabı için seyreltmesi farklı oranlarda yapılan 500 μl (0,5 ml) ekstrelerimizin çözeltisine, 1,5 ml %96 lik etanol, 100 μl (0,1 ml) AlCl_3 çözeltisi ve 2,8 ml distile su eklenip 40 dk karanlıkta bekletilmiştir. Karışımların absorbansları spektrofotometrede 415 nm dalga boyunda etanol ile sıfırlayarak ölçülmüştür, standart flavonoit olarak kersetin ölçü eğrisinden yararlanılarak hesaplar yapılmıştır. Deneyler 3 kez tekrar edilerek sonuçların ortalamaları alınmıştır.²⁰

Bulgular

Zerdeçal, zencefil, havlıcan rizom ve kakule meyve toz droglarından hazırlanan su ve metanol ekstrelerinin verimleri **Tablo 1'**de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hazırlanan ekstrelerin % verimleri

Ekstre	% verim
Zerdeçal-su	10,19
Zerdeçal-MeOH	20,65
Zencefil-su	12,10
Zencefil-MeOH	17,56
Havlıcan-su	14,72
Havlıcan-MeOH	24,46
Kakule-su	8,33
Kakule-MeOH	15,12

Hazırladığımız zerdeçal, zencefil, havlıcan ve kakule droglarının su ve metanol ekstralarının DPPH yöntemi ile antioksidan aktiviteleri ile toplam fenolik madde ve toplam flavonoit miktar tayinine ilişkin sonuçlar **Tablo 2'**de yer almaktadır.

Tablo 2. Antioksidan aktivite tayinine ait sonuçlar

Ekstre	DPPH (ED ₅₀ µg/ml)	Toplam fenolik madde miktar (mg GAE/g) ±SD	Toplam flavonoit miktarı (mg QE/g) ±SD
Zerdeçal-su	10,82±0,47	52,28±1,92	14,02±1,24
Zerdeçal-MeOH	6,04±1,26	301,72±2,06	615,51±0,76
Zencefil-su	18,54±1,08	53,46±1,85	6,37±2,07
Zencefil-MeOH	12,09±2,02	74,16±0,94	27,64±1,26
Havlıcan-su	36,72±1,06	145,04±1,03	7,56±0,84
Havlıcan-MeOH	19,36±3,72	400,53±2,01	71,02±2,07
Kakule-su	53,24±2,48	14,37±0,47	8,57±1,04
Kakule-MeOH	46,54±1,64	11,24±0,08	4,03±0,09

ED₅₀ : Ortamdaki DPPH ın %50 sini inhibe eden konsantrasyon, QE: Kersetine eşdeğer, GAE: Gallik aside eşdeğer, SD: Standart sapma

Tartışma ve Sonuç

Hazırladığımız metanol ekstralarında verimler sırasıyla havlıcan (%24,46) > zerdeçal (%20,65) > zencefil (%17,56) > kakule (%15,12); su ekstralarında ise havlıcan (%14,72) > zencefil (%12,10) > zerdeçal (%10,19) > kakule (%8,33) olarak hesaplanmıştır. Metanol ekstraları arasında en yüksek verim havlıcan-MeOH (%24,46) ekstresinde, en düşük verim ise kakule-MeOH (%15,12) ekstresinde, su ekstraları arasında en yüksek verim havlıcan-su (%14,72) ekstresinde, en düşük verim ise kakule-su (%8,33) ekstresinde saptanmıştır.

Ekstraksiyonda amaç en fazla miktar hedef bileşiğin çözücü fazına alınabilmesidir, “benzer benzeri çözer” presibinden yola çıkılarak ekstraksiyon için hedef madde ile aynı polaritede çözücü ile ekstraksiyon yapılır.²¹ Bizim çalışmamızda ekstraksiyon solvanı olarak metanol ve suyu tercih etmemizin nedeni, antioksidan aktiviteyi sağlayan fenolik yapıllı maddelerin polar yapıda olmasıdır. Ekstraksiyon verimlerini hesapladığımızda metanol ekstralarının her drog için su ekstralarından daha yüksek verime sahip olduğunu gördük. Bunun sebebi alkollü çözücülerin hücre duvarını daha iyi geçmeleri, çok sayıda bileşiği daha iyi bir şekilde ekstre etmeleridir.²²

Yaptığımız çalışmaya göre en yüksek antioksidan aktiviteyi zerdeçal-MeOH (6,04 µg/ml) ekstresi, en düşük antioksidan aktiviteyi ise kakule-su (53,24 µg/ml) ekstresi göstermiştir. Folin-Ciocalteu yöntemi ile yapılan deney sonucunda, en yüksek toplam fenolik madde miktarı, havlıcan metanol ekstresinde 400,53 µg gallik asit/mg ve zerdeçal metanol ekstresinde 301,72 µg gallik asit/mg olarak bulunmuştur. Hazırladığımız su ekstralarından en yüksek fenolik madde miktarı 145 µg gallik asit/mg ile havlıcan ekstresine aittir. Alüminyum klorür yöntemi ile yapılan flavonoit miktar tayininde en yüksek flavonoit içeriğinin 615,51 µg kersetin/mg ile zerdeçal-MeOH ve 71,02 µg kersetin/mg ile havlıcan-MeOH ekstresinde olduğu görülmüştür. Su ekstraları arasında en yüksek flavonoit miktarı 14,02 µg kersetin/mg olarak zerdeçal-su

ekstresinde görülmüştür. Buna göre, zerdeçal ve havlıcandan hazırlanan metanol ekstralarının fenolik madde ve flavonoid miktarları bakımından diğerlerine göre daha zengin olduğunu söyleyebiliriz. Bitkisel droglardan hazırlanan metanol ekstraları fenolik madde ve özellikle de flavonoid içerikleri açısından zengindir. Yapılan çalışmalarla flavonoidlerin antioksidan aktivitesi kanıtlanmıştır.²³

Sonuçlarımız mevcut literatürler ile karşılaştırıldığında, havlıcan, zencefil, zerdeçal, kakule droglarının da yer aldığı bir çalışmada, metanollü ekstralar içerisinde en yüksek fenolik madde miktarını 36,65 g GAE/100 g olarak zerdeçal metanol ekstresinin içerdiği görülmüştür.²⁴ Zingiberaceae familyasından seçilen 10 bitkinin metanollü ekstresi ile yapılan başka bir çalışmada en yüksek fenolik madde miktarı 42,71 mg/ GAE/g olarak zencefilde tespit edilmiştir.²⁵ Zerdaçal kökünden metanol ile hazırlanan ekstrenin toplam fenolik madde miktarı 82,47 mgGAE/g, zencefil kökünün ise 48,56 mgGAE/g, DPPH yöntemi ile antioksidan aktiviteleri ise zerdeçal için 20 µg/ml konsantrasyonda %90,90, zencefil için ise 20 µg/ml konsantrasyonda %88,30 olarak bulunmuştur.²⁶ Zencefil kökünün metanol ekstresinin antioksidan aktivitesi IC₅₀ değeri 65,10 µg/ml, kakule meyvesinin ise 681,50 µg/ml olarak saptanmıştır.²⁷ Daha önce yapılan bir çalışmada havlıcan kökünden sıcak maserasyon ile hazırlanan sulu alkollü ekstrenin total fenolik madde ve toplam flavonoid miktarları sırasıyla 50,10 ve 54,02 mg/g, DPPH yöntemi ile yapılan antioksidan aktivitesi ise IC₅₀ 95,41 µg/ml olarak bulunmuştur.²⁸ Zerdeçal kökünün etanollü ekstresinin flavonoid konsantrasyonu 169,66 mg/ g kersetin olarak ölçülmüştür.⁵ İçerisinde *Curcuma longa* (zerdeçal) ve *Zingiber officinale* (zencefil) bitkilerinin karşılaştırmalı antioksidan aktivite çalışmasını içeren bir yayında, en yüksek flavonoid madde miktarı zerdeçal kökünde (279,87 mg kersetin/g), en düşük flavonoid miktarı ise zencefil kökünde (1,31 mg kersetin/g) bulunmuştur.²⁹

Ekstraksiyon yöntemlerinin farklı olması, ekstraksiyonda farklı polaritedeki solvanların kullanılması ve bunların farklı etken maddeleri alması, kullanılan drogların toplandığı yerlerin farklı olması, saklanma ve depolama koşulları ve karşılaştırılan standartların farklılıkları farklı sonuçlar bulunmasına neden olabilir.

Çalışma konumuz olan Zingiberaceae familyasına mensup olan droglardan kakule meyvesi daha düşük olmak üzere zencefil, zerdeçal ve havlıcan kök droglarının fenolik madde ve flavonoid içeriği açısından daha zengin olduğu ve antioksidan kaynağı olarak beslenmeye eklenebileceği saptanmıştır.

Bilgi

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur. Bu çalışma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından TYL-2021-22719 numaralı yüksek lisans tez projesi ile desteklenip, bütçelendirilmiştir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Selin Duymuş: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı

Tuğçe Fafal: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynaklar ve fon sağlama, malzemeler.

Kaynaklar

1. Karabulut H, Gülay MŞ. Antioksidanlar. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Veteriner Dergisi 2016;1(1)5:76. <https://doi.org/10.24880/maeuofd.260790>
2. Karakaya S, El SD. Flavonoidler ve Sağlık. J Nutr and Diet 1997;26(2):54-60.
3. Tokusoglu O, Şimşek A, Parvizi M, Eymen D. Turmeric curcuminoid polyphenolics as antioxidant and anticarcinogenic agents. Food Health and Technology Innovations 2020;2(4):107-112.
4. Çöteli E, Karataş F. Zerdeçal (*Curcuma longa* L.) bitkisindeki antioksidan vitaminler ve glutatyon miktarları ile total antioksidan kapasitesinin belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi 2017;33(2):91-101.

5. Kocaadam B, Şanlıer, N. Curcumin, an active component of turmeric (*Curcuma longa*), and its effects on health. 2017;57(13): 2889-2895. <https://doi.org/10.1080/10408398.2015.1077195>
6. Bayraktar DZ. Zencefil'in (*Zingiber officinale* Roscoe) insan sağlığı üzerine çeşitli terapötik etkileri. Karya Journal of Health Science 2021;2(2):55-60. <https://doi.org/10.52831/kjhs.886448>
7. Mashhadi NS, et al. Anti-oxidative and anti-inflammatory effects of ginger in health and physical activity: Review of Current Evidence. Int J Prev Med 2013;4(1):36-42.
8. Aggarwal B B, Kunnumakkara A B. Molecular targets and therapeutic uses of spices: modern uses for ancient medicine, 2009. World Scientific Publishing Co, Hackensack, NJ, USA.
9. Sharma S, Sharma J, Kaur G. Therapeutic uses of *Elettaria cardamomum*. International Journal of Drug Formulation and Research 2011;2(6):102-108. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.12210.91848>
10. Abo-Khatwa N, Kubo I. Chemical composition of the essential oil of cardamom seeds, *Elattaria cardamomum*. Proc Saudi Biol Soc 1987;10:297-305.
11. Mayachiew P, Devahastin S. Antimicrobial and antioxidant activities of Indian gooseberry and galangal extracts. Food Sci Technol 2008;41:1153–9. <https://doi.org/10.1016/j.lwt.2007.07.019>
12. Palaşoğlu B, Eminağaoğlu Ö. Folk Medicines Beşpare Villages (Artvin-Turkey). Turk J Biod March 2022;5(1):1-16. <https://doi.org/10.38059/biodiversity.1052372>
13. Korkmaz M, Karakurt E. Kelkit (Gümüşhane) Aktarlarında Satılan Tıbbi Bitkiler. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;18(3):60-80.
14. Baytop T. Türkiye'de Bitkilerle Tedavi (Geçmişte ve Bugün), İstanbul üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1984.
15. Yalçın S, Akan H, Çakılcıoğlu U. Suruç İlçesindeki (Şanlıurfa-Türkiye) Aktarlarda Satılan Şifalı Bitkiler. International Journal of Nature and Life Sciences 2021;5(1):40-51. <https://doi.org/10.47947/ijnls.ijnls.932374>
16. Hashemimandoab P. Analytical studies on traditional Iranian herbs, PhD thesis, Istanbul Technical University Graduate School of Science Engineering and Technology 2018.
17. Fukumoto LR, Mazza G. Assessing antioxidant and prooxidant activities of phenolic compounds. J Agric Food Chem 2000;48(8):3597-3604. <https://doi.org/10.1021/jf000220w>
18. Singleton VL, Rossi JA. Colorimetry of total phenolics with Phosphomolybdic-Phosphotungstic acid reagents, American Journal of Enology and Viticulture, 1965;16:144-158.
19. Türkoğlu I, et al. Antioxidant and antimicrobial activities of Turkish endemic *Achillea* species, Afr J Microbiol Res 2010;4:2034-2042.
20. Zhinsen J, Megcheng T, Jianming W. The determination of flavonoid contents in mulberry and their scavenging effects on superoxide radicals. Food Chem 1999;64:555-559. [https://doi.org/10.1016/S0308-8146\(98\)00102-2](https://doi.org/10.1016/S0308-8146(98)00102-2)
21. Handa SS. Extraction Technologies for Medicinal and Aromatic Plants, International Centre For Science And High Technology, Italy. 2008, s.260
22. Abubakar AR, Haque M. Preparation of medicinal plants: Basic extraction and fractionation procedures for experimental purposes. Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences 2020;12(1):1-10. https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_175_19
23. Lee J, Koo N, Min DB. Reactive oxygen species, aging and antioxidative nutraceuticals. Comp Rev Food Sci Food Safety 2004;3:21-33. <https://doi.org/10.1111/j.1541-4337.2004.tb00058.x>
24. Zahra U, Kartika Y, Batubara I, Darusman LK, Maddu A. Screening the potency of Zingiberaceae leaves as antioxidant and antiaging agent. Nusantara Bioscience 2016;8(2):221-225. <http://dx.doi.org/10.13057/nusbiosci/n080214>
25. Akinola AA, Ahmad S, Maziah M. Total antioxidant capacity, flavonoid, phenolic acid and polyphenol content in ten selected species of Zingiberaceae rhizomes. African Journal of Traditional, Complementary, and Alternative Medicines 2014;11(3):7-13. <https://doi.org/10.4314/ajtcam.v11i3.2>
26. Erdoğan Ü, Erbaş S. Phytochemical profile and antioxidant activities of *Zingiber officinale* (Ginger) and *Curcuma longa* L. (Turmeric) rhizomes, International Journal of Science and Technology Research, 2021;5:1-6. <https://doi.org/10.30516/bilgesci.991202>
27. Khalaf NA, et al. Antioxidant activity of some common plants, Turk J Biol 2008;32:51-55. <https://doi.org/10.4236/pp.2014.57071>
28. Srividya AR, et al. Antioxidant and antimicrobial activity of *Alpinia officinarum*. Indian Journal of Pharmaceutical Sciences 2010;72(1):145-148. <https://doi.org/10.4103/0250-474x.62233>
29. Muflihah YM, Gollavelli G, Ling YC. Correlation study of antioxidant activity with phenolic and flavonoid compounds in 12 Indonesian indigenous herbs. Antioxidants 2021;10(10):1530. <https://doi.org/10.3390/antiox10101530>

Türkiye’de Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili 2010-2024 Yılları Arasında Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi*

Review of Studies on Rational Medicine Use of Nurses in Turkey Between 2010-2024

A. Sencer Yurtseverⁱ, R. Nalan Tiftikⁱⁱ

ⁱDr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-6690-119X>

ⁱⁱDoç. Dr., Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Bölümü, <https://orcid.org/0000-0001-7277-3369>

ÖZ

Amaç: İlaçların yanlış ve gereksiz kullanımı, antibiyotik direnci ve ilaca bağlı morbidite gibi halk sağlığını tehdit eden sorunlar yaratmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün akılcı ilaç kullanımı (AİK) ilkeleri bu duruma karşı en önemli önlemlerdendir. Bu çalışmada ülkemizde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren çalışmaların incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Google akademik, mktup.gov.tr ve Researchgate veri tabanları "hemşire" ve "akılcı ilaç" anahtar sözcükleri için araştırıldı. 2010-2024 yılları arasında Türkiye’de Ulakbim ve diğer indekslerde taranan hakemli bilimsel dergilerde yayınlanan çalışmalar bulundu. Dahil edilme kriterlerine uyan çalışmalar incelenerek hemşirelerin AİK ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: Belirlenen zaman aralığında ulaşılan 10 makaleden kriterleri sağladığı belirlenen 8 çalışma değerlendirildi. İçerdiği verilerde büyük eksiklikler olan 4 makale çalışmadan dışlanarak kalan 4 makale değerlendirildi. Toplam katılımcı sayısı 837 idi. En sık karşılaşılan ilaç hataları, ilacın yanlış zamanda uygulanması (%57) ve dozun atlanması (%49). Katılımcıların %62,9'u ilaçların kullanım amacını iyi bildiğini, %10,8'i ilaçların etki süresi hakkında bilgisinin çok iyi olduğunu belirtti. İlaçların kontrendikasyonları, yan etkileri ve ilaç/besin etkileşimleri gibi konularda bilgi eksikliği belirgin olarak öne çıktı.

Sonuç: Türkiye’de hemşirelerin AİK konusunda bilgi düzeyleri genel olarak yeterli görülmeyle birlikte, ilaç etkileşimleri ve özel durumlar (pediatrik ve gebelik) konusunda bilgi eksiklikleri mevcuttur. Bu durum, hemşirelerin AİK eğitimi olarak bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik girişimlerin önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte ülkemizde AİK ile ilgili çalışmaların oldukça kısıtlı sayıda olduğu ve bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç, Akılcı ilaç kullanımı, Hemşire

ABSTRACT

Purpose: The incorrect and unnecessary use of medicines pose significant public health risks, such as antibiotic resistance and drug-related morbidity. The World Health Organization’s rational use of medicines (RUM) principles are among the most crucial actions against this situation. This study aimed to examine studies evaluating the RUM-related knowledge, attitudes and behaviors of nurses in our country.

Methods: Google academic, mktup.gov.tr and Researchgate databases were searched for the keywords "nurse" and "rational medicine." Studies published in peer-reviewed scientific journals scanned in Ulakbim and other indexes in Turkey between 2010-2024 were found. Studies that met the inclusion criteria were examined and the level of knowledge of nurses about RUM was evaluated.

Results: 8 studies that met the criteria out of 10 were evaluated. Four articles with significant data flaws were excluded from the study and the other four were evaluated. The total participants were 837. The most common medication errors were incorrect timing of drug administration (57%) and missed doses (49%). While 62.9% of participants claimed to have good knowledge of medication purposes, only 10.8% reported a high level of understanding of drug action duration. Lack of information regarding contraindications, side effects and drug/food interactions was clearly prominent.

Conclusion: Although the knowledge level of nurses in Turkey on RUM is considered sufficient, there is a lack of knowledge about drug interactions and special conditions (pediatric and pregnancy). This situation reveals the importance of initiatives to increase the knowledge level of nurses by receiving RUM training. However, it is evaluated that the number of studies on RUM in our country is quite limited and more research is needed in this area.

Keywords: Rational drug, Rational use of medicine, Nurse

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):156-164

DOI: 10.31020/mutfd.1583332

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 11 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 27 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: A. Sencer Yurtsever <drasencer@gmail.com>

Giriş

Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) hesaplamalarına göre küresel ölçekte ilaçların %50'den fazlası doğru olmayan şekilde reçete edilmekte, satılmakta ve kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri temel ilaçlara ulaşamıyorken ilaçları kullanan hastaların da %50'si ilaçları doğru şekilde kullanmamaktadır.¹ İlaçların irrasyonel kullanımı olarak adlandırılan bu durum özellikle çocukluk çağı enfeksiyonları ve diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, mental bozukluklar ve epilepsi gibi kronik hastalıkları bulunan hastalar için ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. İlaçların uygunsuz kullanımı advers ilaç reaksiyonlarının sıklığını ve bu reaksiyonlara bağlı morbidite ve mortaliteyi de önemli ölçüde artırmaktadır. Almanya'da yapılan bir çalışmada yılda 2000'e yakın kişinin advers ilaç reaksiyonu nedeni ile hospitalize edildiği bildirilmiştir. Bu hastaların azımsanmayacak bir kısmının gastrointestinal kanama, hipoglisemi, hipoglisemik koma, bradikardi, hipotansiyon, hiponatremi, hiperkalemi nedeni ile hastaneye kaldırıldığı bildirilmiştir.² Bunun yanı sıra özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde etkisi daha belirgin olarak hissedilecek şekilde ekonomik kaynakların boşa harcanmasına yol açmaktadır. Almanya'da advers ilaç reaksiyonların yıllık 430 milyon euro zarara yol açtığı hesaplanmaktadır. Benzer şekilde İngiltere'de advers ilaç reaksiyonları nedeni ile yılda 2 milyar pound zarar olduğu hesaplanmıştır.^{3,4} İrrasyonel ilaç kullanımının gelişiminde önemli rol oynadığı küresel ölçekteki sağlık sorunlarından birisi de antibiyotik rezistansıdır. İnsanlığı tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu olan antibiyotik direncinin gelişiminde antibiyotiklerin irrasyonel kullanımı en önemli faktörlerden birisidir.⁵ Antibiyotik direncinin yalnızca Avrupa ülkelerinde yıllık 9 milyar euro maliyeti bulunduğu hesaplanmaktadır. İrrasyonel antibiyotik kullanımının Amerika Birleşik Devletleri'nde advers ilaç reaksiyonları nedeni ile acil servis başvurularının %20'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir.⁶

İlaçların akılcı kullanımına ilişkin en önemli adım DSÖ tarafından 1977 yılında Temel İlaç Listesi'nin oluşturulmasıdır. Bunu takiben 1985 yılında Nairobi'de düzenlenen konferansta ilk olarak akılcı ilaç kullanımının tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre akılcı ilaç kullanımı " Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kendi bireysel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca ve kendileri ve toplumları için en düşük maliyetle almaları" olarak tanımlanmıştır.⁷ İlerleyen yıllarda DSÖ önderliğinde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çok geniş bir yelpazede aksiyonlar geliştirilmiş, ülkelerin kendi sağlık hizmeti sunucularına yönelik eğitimleri bu konu ile ilgili bütüncül bir yaklaşımın geliştirilmesi için önemli bir unsur olmuştur.

İlaçların güvenli kullanımında kilit rol oynayan sağlık hizmeti sunucuları olarak hemşireler akılcı ilaç kullanımı hedeflerine ulaşılması için çok önemli paydaşlardır.⁸ ABD'de 8 yıllık bir araştırmanın sonuçlarına göre yılda 250.000'den fazla ölümün sağlık hizmeti sunumu hatalarına bağlı olduğu hesaplanmaktadır.⁹ Yapılan araştırmalara göre bu hataların 1/3'ünden fazlası ilaç uygulaması sırasında meydana gelmektedir.⁸ Görev tanımları gereği ilaçları hazırlayan, doz hesaplamasını yapan ve ilacı uygulayan hemşireler aynı zamanda ilacın oluşturduğu etki, etkileşim ya da advers etkileri gözleyebilmeleri nedeni ile ilaç güvenliğinde kilit rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra hasta ile doğrudan ve yakın temas halinde olmaları nedeni ile ilaçların etkileri, yan etkileri ve güvenli kullanımları ile ilgili bilgileri hastaya ilk elden aktaran hemşireler akılcı ilaç kullanımı açısından da sağlık ekibinin kilit unsurlarıdır.

Hastanın tedavi planında yer alan ilaçları hazırlama ve uygulama sırasında hasta güvenliğinin sağlanması temel önemdedir. İlacın hazırlanması, doz ayarlanması, hastaya uygulanması, hastanın uygulama öncesi ve sonrası ilaç etkilerinin ve ortaya çıkabilecek advers etkiler açısından gözlenmesi adımlarını da içeren ilaç uygulamasının hemşirelerin vardiyalarının %40'ına kadar ulaşan bir zamanı kapsadığı hesaplanmaktadır.^{8,10} Bu nedenle hemşirenin uyguladığı ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olması önemlidir. Hemşirenin ilaçların uygun doz aralıkları, saklama koşulları, kontrendikasyonları, ilaç-besin ya da ilaç-ilac etkileşimleri,

özel hasta gruplarında (çocuklar, gebeler ve yaşlı bireyler) ilaç kullanımının yanı sıra ilaçların advers etkileri ile ilgili doğru ve yeterli bilgiye sahip olması gereklidir.

Bu bağlamda, hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmada kritik bir adım olacaktır. Ülkemizde bu konuya dair çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte, hemşirelerin AİK ile ilgili bilgi düzeylerinin kapsamlı bir değerlendirmesi, sağlık hizmetlerindeki büyük resmin anlaşılmasına katkı sunacaktır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini ele alan mevcut çalışmaları bir araya getirerek, ortaya çıkan verileri değerlendirmek ve bu alanda var olan bilgi düzeyini artırmaya yönelik öneriler sunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, Türkiye’de hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini inceleyen araştırma makaleleri belirlenirken üç temel kriter esas alınmıştır:

1. Çalışmanın Türkiye’de yapılmış olması: Sadece Türkiye sınırları içinde gerçekleştirilmiş olan araştırmalar dikkate alınmıştır.
2. 2010-2024 yılları arasında yapılmış olması: Belirtilen bu 14 yıllık zaman dilimi içinde gerçekleştirilen çalışmalar değerlendirmeye alınmıştır.
3. Ulakbim ve diğer endeksler kapsamındaki Türkiye’deki hakemli dergilerde yayınlanmış olması: Yalnızca hakemli dergilerde yayınlanan, güvenilirliği yüksek kabul edilen makaleler çalışma kapsamında incelenmiştir.

Araştırma makalelerinin taranacağı veri tabanları olarak Google Akademik, TR Dizin, mkutup.gov.tr (Milli Kütüphane makale bibliyografyası üzerinden arama yapılmıştır) ve bilim adamlarının makale paylaşımları için kullanılan en geniş sosyal ağ olan ve bu yönü ile bir veri tabanı olarak değerlendirilebilen ResearchGate.net seçilmiştir. Bu veri tabanlarında, “akılcı ilaç” ve “hemşire” anahtar kelimeleri kullanılarak arama yapılmıştır. Elde edilen araştırmalar, çalışmamızda kullanılmak üzere belirlenen kriterlere göre değerlendirilmiştir. Çalışma literatür tarama çalışması olduğundan etik kurul izni gerekmemektedir.

Seçilen çalışmalar, kullanılan anket formları, araştırma evreni, ulaşılan katılımcı sayısı ve aktarılan bulgular açısından incelenmiştir. Çalışmamızda değerlendirmeye alınan araştırma makalelerinde aktarılan verilerin sağlıklı bir şekilde analiz edilebilmesi amacıyla, hemşirelerin doldurması istenen anket formlarındaki soruların benzer noktaları ölçmeye veya değerlendirmeye yönelik olması ve bu formlardan elde edilen verilerin eksiksiz olarak aktarılması esas alınmıştır. Bu şekilde, incelenen çalışmalardan elde edilen bulguların bütüncül ve sağlıklı bir şekilde yorumlanması sağlanmıştır.

Bulgular

Bu çalışmada, Türkiye’de hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri ve uygulama alışkanlıklarını değerlendiren araştırmalar açısından yapılan literatür taramasında 10 adet bilimsel araştırma makalesine ulaşıldı. Araştırma kapsamına alınan bu çalışmaların 8’inde Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) Akılcı İlaç Şube Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve internetten ulaşılabilen “Hastane Hemşire Değerlendirme Anket Formu’nun” (HHDAF) kullanıldığı belirlendi. Bu çalışmalardan ikisinde araştırmacılar tarafından veri toplamak için söz konusu forma eklenen başka soruları da içeren form kullanıldığı görüldü. Diğer iki çalışmada ise araştırmacıların hazırladığı anket formunun kullanıldığı ve bu formlardaki soruların tümüyle farklı olduğu görüldü. Belirtilen iki çalışmada kullanılan anket formlarındaki soruların çalışmamızda incelenmesi amaçlanan soruları kapsamadığı değerlendirildiğinden ötürü bu çalışmalar değerlendirme dışı bırakıldı. Aynı formun kullanıldığı sekiz çalışma incelendi (**Tablo 1**).

Tablo 1. Türkiye’de hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik Ulakbim ve diğer indekslerde taranan hakemli dergilerde yayınlanmış 2010-2020 yılları arasında gerçekleştirilmiş çalışmalar

Araştırmacı	Yıl	Anket formu	Soru sayısı	Ankete katılan sayısı	Dahil edilme
Şahingöz ve ark. ¹¹	2013	Araştırmacıların geliştirdiği form	33	641	Hayır
Aşiret ve ark. ¹²	2013	Araştırmacıların geliştirdiği form	31	152	Hayır
Saygılı ve ark. ¹³	2015	TİTCK HHDAF	18	296	Evet
Pirinççi ve ark. ¹⁴	2016	TİTCK HHDAF’dan yararlanarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu	24	295	Evet
Kurt ve ark. ¹⁵	2016	TİTCK HHDAF	17	97	Evet
Uzuntarla ve ark. ¹⁶	2016	TİTCK HHDAF	17	251	Evet
Karakoç ve ark. ¹⁷	2018	TİTCK HHDAF	18	392	Evet
Özatic ve ark. ¹⁸	2018	TİTCK HHDAF	18	148	Evet
Şantaş ve ark. ¹⁹	2018	TİTCK HHDAF	18	326	Evet
Çobanoğlu ve ark. ²⁰	2020	TİTCK HHDAF’dan yararlanarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu	22	52	Evet

İnceleme kapsamına alınan sekiz makalenin verileri incelendi. Makalenin bulguları veya sonuç bölümünde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik olarak hazırlanan sorulara verilen yanıtların tümünün verilerini aktardığı görülen dört makale değerlendirmeye alınarak bu koşulları kapsamayan dört makale değerlendirme dışı bırakıldı (**Tablo 2**).

Tablo 2. Değerlendirme kapsamına alınan çalışmalar

Araştırmacı	Kriterlere uygunluk	Sonuç
Şahingöz ve ark.	-	Dışlandı
Aşiret ve ark.	-	Dışlandı
Saygılı ve ark.	+	Dahil edildi
Pirinççi ve ark.	-	Dışlandı
Kurt ve ark.	+	Dahil edildi
Uzuntarla ve ark.	-	Dışlandı
Karakoç ve ark.	+	Dahil edildi
Özatic ve ark.	-	Dışlandı
Şantaş ve ark.	-	Dışlandı
Çobanoğlu ve ark.	+	Dahil edildi

İncelenen çalışmalardaki katılımcı sayısı 837 idi. Hemşirelerin %56’sı 36-50 yaşları arasında, %84’ü yükseköğretim/fakülte mezunu idi. Katılımcıların %86,4’ü kadın, %13,6’sı erkekti (**Tablo 3**).

Tablo 3. İnceleme kapsamındaki çalışmalara katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (n=837)

	Sayı	%
Yaş	18-25	60
	26-35	295
	36-50	471
	51-64	11
Cinsiyet	Erkek	114
	Kadın	723
Eğitim durumu	Lise	106
	Yükseköğretim/fakülte	702
	Y. Lisans/doktora	29
Mesleki Tecrübe (yıl)	1-10	234
	11-15	189
	16-19	166
	20 ve üstü	248

Çalışmanın kapsamına alınan araştırmaların sonuçları aşağıdaki başlıklar altında özetlenmiştir:

İlaç Uygulama Hataları

Hemşirelerin en sık bildirdikleri ilaç uygulama hatası ilacın yanlış zamanda uygulanması (%57) olarak bulundu. Bunu sırasıyla ilacın dozunun atlanması (%48,9), yanlış dozda uygulanması (%30) ve yanlış hastaya uygulanması (%18,4), ve izlemektedir (**Tablo 4**).

Tablo 4. İlaç uygulama hataları

Sizce, en sık hangi ilaç uygulama hataları ile karşılaşmaktadırlar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	Sayı (Yüzde)
İlacın yanlış hastaya uygulanması	154 (%18,4)
İlacın yanlış zamanda uygulanması	477 (%57)
İlacın atlanması, uygulanmaması	409 (%48,9)
İlacın yanlış dozda uygulanması	251 (%30)
İlacın yanlış uygulama yolundan uygulanması	53 (%6,3)
Yanlış ilacın uygulanması	100 (%11,9)

Hemşirelerin İlaçlar Hakkındaki Bilgi Düzeyi

İlaçların kullanım amacı ve uygulama şekilleri ile ilgili bilgileri değerlendirildiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun iyi veya çok iyi düzeyde bilgiye sahip olduklarını belirttiği görüldü. Hemşirelerin %25,7'si ilaçların kullanım amacını çok iyi bildiklerini, %62,9'u ise iyi bildiklerini ifade etmişti. İlaçların uygulama şekillerini çok iyi bilenlerin oranı %39,4, iyi bilenlerin oranı %52,6'ydı. (**Tablo 5**)

Tablo 5. Hemşirelerin uygulamasını yaptıkları ilaçlar hakkında bilgi düzeyleri

Uygulamasını yaptığınız ilaçlar hakkında ne düzeyde bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?	Çok iyi (%)	İyi (%)	Orta (%)	Kötü (%)	Çok kötü (%)
Kullanım Amacı	215 (25,7)	526 (62,9)	89 (10,6)	2 (0,2)	5 (0,6)
Uygulama Şekli	330 (39,4)	440 (52,6)	63 (7,5)	1 (0,1)	3 (0,3)
Etki Süresi	90 (10,8)	442 (52,8)	272 (32,5)	24 (2,9)	9 (1,1)
Yan Etkiler	75 (9)	353 (42,2)	368 (44)	31 (3,7)	10 (1,2)
Kontrendikasyonlar	59 (7)	307 (36,7)	406 (48,5)	49 (5,9)	16 (1,9)
İlaçların Etkileşimleri (ilaç/besin)	55 (6,6)	297 (35,4)	345 (41,2)	120 (14,3)	20 (2,4)
Uyarılar, Önlemler	89 (10,6)	380 (45)	285 (34,1)	64 (7,6)	18 (2,2)
Özel Durumlar (Gebelik, pediatri vb.)	118 (14,1)	335 (40)	271 (32,4)	83 (9,9)	29 (3,5)

Ancak, ilaçların etki süreleri hakkındaki bilgi düzeyi daha düşük olup, yalnızca %10,8'inin bu konuda çok iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu görüldü. Hemşirelerin %52,8'i ise iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu belirtmişti. İlaçların yan etkileri ile ilgili bilgi düzeyinin de daha düşük düzeyde olduğu değerlendirildi. Katılımcıların yalnızca %9'u çok iyi, %42,2'si ise iyi düzeyde bilgi sahibi idi. Kontrendikasyonlar konusunda katılımcıların sadece %7'si çok iyi bilgiye sahip olduğunu, %36,7'si ise iyi düzeyde bilgi sahibi olduğunu belirtmişti. Hemşirelerin çok iyi/iyi bilgiye sahip olma oranı toplamda %43,7 gibi düşük bir orandaydı ilaçların ilaçlarla ya da besinler ile etkileşimleri konusunda da benzer şekilde %6,6'sı çok iyi, %35,4'ü iyi düzeyde olmak üzere toplamda %42'si çok iyi/iyi düzeyde bilgi sahibi olduğunu belirtmişti (**Tablo 5**).

Hemşirelerin ilaç/besin allerjisini sorgulama yaklaşımları

Anket formundaki ilaç/besin allerjisinin sorgulanması ile ilgili soruya katılımcıların %80,8'i her zaman ilaç ve besin allerjisi sorgulaması yaptığını belirtmişti. Bununla birlikte, %5'i allerji sorgulaması yapmadığını ifade etmişti (**Tablo 6**).

Tablo 6. Hemşirelerin hastanın ilaç/besin alerjisini sorgulama yaklaşımları

Uygulama öncesinde hastanın ilaç ve besin alerjisi öyküsü olup olmadığını sorgular mısınız?	Sayı (Yüzde)
Her zaman; hayati önemi olan bir durum olduğunu düşünüyorum.	676 (%80,8)
Sadece ilaç alerjisini sorgularım.	119 (%14,2)
Hayır	42 (%5)

Hemşirelerin hastaların bilgilendirilmesi ile ilgili tutumları

Hemşirelerin %79,1'i hastaları kullanacakları ilaçlar hakkında bilgilendirme gereği duyduğunu ifade etmişti. Ancak %14,3'ü sadece hekim yönlendirdiğinde bilgilendirme yaptığını, %6,3'ü ise bilgilendirme yapmayı sorumlulukları arasında görmediğini bildirmişti (**Tablo 7**).

Tablo 7. Hemşirelerin hastaya kullanacağı ilaçlar hakkında eğitim verme konusundaki yaklaşımları

Hastanın kullanacağı ilaçların; kullanım önerileri, uygulama şekli, doz aralıkları vb. hakkında hastaya eğitim verir misiniz?	Sayı (Yüzde)
Evet; hasta kullandığı ilaçlar hakkında bilgilendirilmelidir.	662 (%79,1)
Sadece hekim isterse ve yönlendirmesi olursa bilgi veririm.	120 (%14,3)
Hayır; bu konuda bilgi vermek sorumluluklarım arasında değildir.	53 (%6,3)
Hayır; vakit bulamam.	2 (%0,2)

İlaçların son kullanma tarihinin takibi ile ilgili bilgi düzeyi

Katılımcıların %96,5'i çalıştıkları birimde ilaçların son kullanma tarihinin (SKT) takibinin düzenli olarak yapıldığını belirtmişti (**Tablo 8**).

Tablo 8. Hemşirelerin çalıştıkları birimde ilaçların SKT takibi yapılması ile ilgili düşünceleri

Serviste gerektiğinde kullanılmak üzere bulundurulmuş ilaçların son kullanım tarihi (SKT) takibi yapılıyor mu?	Sayı (Yüzde)
Evet, her zaman	808 (%96,5)
Bazen; SKT birim bazında ilaçların (ampul, blister vb) üzerinde yer alıyorsa	14 (%1,7)
Hayır; kontrollü şekilde servise teslim edildiğini düşünüyorum.	15 (%1,8)

Hemşirelerin ilaçların saklama koşulları hakkındaki bilgi düzeyleri

İlaçların saklama koşulları konusunda ise katılımcıların %84,4'ü standartlara uygun şekilde saklandığını belirtmiş %14,9'u ise yalnızca özel saklama koşulu gerektiren ilaçlara dikkat edildiğini bildirmişti (**Tablo 9**).

Tablo 9. Hemşirelerin çalıştıkları birimde ilaçların saklanma koşulları ile ilgili düşünceleri

Serviste gerektiğinde kullanılmak üzere bulundurulmuş ilaçların saklama koşullarına uygun saklanıyor mu?	Sayı (Yüzde)
Evet; saklama koşulları standartlara uygun ve tüm personel bu konuda bilinçli davranır	706 (%84,4)
Sadece özel saklama koşulu gerektiren ilaçlara dikkat ediliyor	125 (%14,9)
Hayır; uygun ortam bulunmuyor	6 (%0,7)

Hemşirelerin kullanılmayan ilaçlar ile ilgili izlenen yol hakkındaki düşünceleri

Hemşirelerin %83,2'si kullanılmayan ilaçların eczaneye teslim edildiğini, %8,6'sı ise bu ilaçların diğer hastalara kullanılmak üzere depolandığını belirtmişti. Bu konuda fikrinin olmadığını ifade edenlerin oranı ise %6,5 idi (**Tablo 10**).

Tablo 10. Hemşirelerin çalıştıkları birimde çeşitli nedenlerle kullanılmayan ilaçlar ile ilgili izlenen yol hakkında düşünceleri

Serviste yatan hastanın yaşamını yitirmesi, taburcu olması veya tedavi değişikliğine gidilmesi durumunda kullanılmayan ilaçlar ne yapılıyor?	Sayı (Yüzde)
Eczaneye teslim ediliyor.	697 (%83,2)
Diğer hastalara kullanılmak üzere depolanıyor.	72 (%8,6)
İmha edilmek üzere toplanıyor.	14 (%1,7)
Fikrim yok.	54 (%6,5)

Bu bulgular, hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerinde ve uygulamalarında eksiklikler olduğunu, özellikle bilgi güncellemeleri ve pratik eğitimlerle desteklenmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tartışma

Ülkemizde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesine yönelik araştırmaların çok az sayıda olduğu görülmektedir. 2010-2024 yılları arasında Türkiye’de yayınlanan hakemli makalelerin tarandığı endekslerde ve arama motorlarında yapılan literatür taramasında sadece 10 araştırma makalesi bulunmuş olması önemli bir tespittir.

Bu durum AİK'nın önemli bileşenlerinden olan hemşirelerin AİK ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenerek bu temelde eksikliklerin giderilmesine yönelik yeni yaklaşımlar geliştirilmesini zorlaştıran bir durumdur. Bunun yanı sıra, ülkemizde hemşirelerin AİK ile ilgili olarak hangi noktalarda desteklenmesi gerektiğinin görülmesini zorlaştırması bakımından bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, mevcut çalışmalar ışığında hemşirelerin uyguladıkları ilaçların kullanım amacı, uygulama şekli ve etki süresi gibi konularda bilgi düzeylerinin oldukça yeterli olduğu görülmektedir. Ancak ilaçların kontrendikasyonları, yan etkileri, diğer ilaç veya besinlerle etkileşimleri konusunda eğitim gereksinimi net olarak hissedilmektedir. Benzer şekilde ilaçlar ile ilgili alınması gereken önlemler ve pediatrik hastalar gibi ilaç dozunun önemli olduğu ve doz aşımı gibi sakıncaların ya da ilaca bağlı advers etkilerin daha büyük önem arz ettiği özel hasta grupları ya da gebeler gibi teratojenik etkiler açısından dikkatli olmanın kritik önemde olduğu hastalarda ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin de bu başlıklarda verilecek eğitimin gerekliliğini gösterdiği açıktır. Bunun yanı sıra bazı noktaların da dikkatle değerlendirilmesi gereklidir.

Hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun meslekte uzun yıllar çalışmış ve yüksek öğrenim mezunu olduğu görülmektedir. Bu eğitim düzeyi ve tecrübe, hemşirelerin mesleki becerilerini olumlu etkileyebilir, ancak bu grup içinde dahi bilgi eksiklikleri bulunması, sürekli mesleki gelişim ihtiyacını ortaya koymaktadır. Özellikle yaşça büyük hemşirelerin bilgi güncellemeleri ve eğitimlere dahil edilmesi, bilgi düzeylerini iyileştirebilir.

Hemşirelerin büyük bir kısmı ilaçların kullanım amacı ve uygulama şekli konusunda iyi düzeyde bilgi sahibi olduğunu düşünmekteyken, etki süresi, yan etkiler, kontrendikasyonlar ve ilaç-besin etkileşimleri gibi daha detaylı konularda bilgi düzeylerinin görece düşük olduğu görülmektedir. Bu alanlardaki bilgi eksiklikleri, ilaç tedavilerinin etkinliğini ve güvenliğini doğrudan etkileyebilir. Özellikle etkileşimler ve yan etkiler gibi konularda bilgilerinin güncellenmesi, hastaların yanlış veya eksik bilgilendirilmesi riskini azaltacaktır.²¹

Araştırmada yer alan en dikkat çekici bulgulardan biri, ilaç uygulama hatalarının görece sık olmasıdır. İlacın yanlış zamanda uygulanması (%57) ve ilacın atlanması ya da uygulanmaması (%48,9), en sık karşılaşılan hatalardandır ve bu hatalar ilaç tedavisinin etkinliğini azaltarak hasta sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Başka çalışmalarda da en sık görülen ilaç uygulama hataları arasında ilaç uygulama zamanı ile ilgili hatalar ilk sırada bulunmaktadır.²² Bunun yanı sıra ilacın atlanması ya da uygulanmamasının da uygulama hataları arasında ilk sıralarda olduğu gösterilmiştir.²³ Özellikle dar terapötik aralığa sahip ilaçlarda bu tür hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu tür hatalar hemşirelerin çalışma ortamında iş yükü, dikkat dağınıklığı gibi faktörlerin yanı sıra bilgi eksikliklerinden kaynaklanabilir.²⁴ Eğitimlerle ve çalışma ortamlarında düzenlemelerle bu tür hataların azaltılması, hasta güvenliğini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca ilacın yanlış hastaya uygulanması gibi hatalar (%18,4) oldukça önemli riskler taşımaktadır. Bu durum, özellikle kardiyovasküler, nörolojik ve metabolik bozukluklar için kullanılan ilaçlarda ciddi ve hatta ölümcül yan etkilere yol açabileceğinden, hasta güvenliği açısından kritik bir konudur. Bu tür hataların önlenmesi için

daha etkili kontrol mekanizmalarının kurulması gerektiği açıktır. İlaç tedavisinde doğrulama süreçlerinin sıklaştırılması, hata olasılığını düşürebilecek pratik çözümler arasında sayılabilir.²⁵

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu hastaları ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmenin önemini vurgulamakla birlikte, azımsanamayacak bir kısmı bilgilendirmenin hekim sorumluluğunda olduğunu düşünmektedir. Ancak, hasta eğitiminde hemşirelerin de aktif bir rol üstlenmesi gerekmektedir. Hemşirelerin hasta eğitimi konusundaki sorumluluklarının netleştirilmesi, ilaç kullanımına dair farkındalık yaratmak için gerekli görülmektedir.

ilaçların SKT takibinin düzenli yapılması ve ilaçların saklama koşullarına dikkat edilmesi sevindirici bir bulgudur. Bu, çalışma ortamında belirli standartların oturtulduğunu gösterir. Ancak, yalnızca özel saklama koşulu gerektiren ilaçların dikkatle saklandığını düşünen hemşirelerin oranı da azımsanamayacak seviyededir. Tüm ilaçlar için standart saklama koşullarının sağlanması, ilaç etkinliğini korumak ve hastaların zarar görmesini önlemek adına önemlidir.

Hemşirelerin çoğunluğu kullanılmayan ilaçların eczaneye iade edildiğini belirtmekle birlikte, %8,6'sının diğer hastalar için depolandığını söylemesi dikkat çekicidir. Bu durum ilaç yönetiminde kontrolsüz bir uygulamanın varlığına işaret edebilir ve tedavi hatalarına yol açabilir. Kullanılmayan ilaçların imha ya da iade prosedürlerinin standart hale getirilmesi ve tüm hemşirelerin bu süreçler hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçları, hemşirelerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bazı temel bilgilere sahip olduklarını ancak ayrıntılı konularda eksiklikleri bulunduğunu göstermektedir. Bu, hasta güvenliğini artırmak için eğitimlerin güncel tutulması ve bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu eksikliklerin giderilmesi için eğitim programlarının kapsamının genişletilmesi düşünülebilir.

ilaç uygulama hatalarını azaltmak için, hemşirelerin iş yükünü dengeleyen ve dikkat dağınıklığını önleyebilecek düzenlemeler yapılabilir. Bunun yanı sıra ilaç uygulama ve doğrulama süreçlerinde teknolojinin kullanılması ve ilaç uygulama protokollerinin sıklaştırılması gibi uygulamalar faydalı olabilir. Hemşirelerin hasta eğitimi ve ilaç yönetiminde daha bilinçli ve aktif rol üstlenmesi hem hasta güvenliğini artıracak hem de sağlık hizmetlerinin etkinliğini yükseltecektir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışma 1. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar ve Yenilikçi Çalışmalar Sempozyumu'nda sunulmuştur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

A. Sencer Yurtsever: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

R. Nalan Tiftik: Denetleme, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3). World Health Organization; 2002.
2. Rottenkolber D, ve ark. Net of Regional Pharmacovigilance Centers. Adverse drug reactions in Germany: direct costs of internal medicine hospitalizations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20(6):626-34. doi: 10.1002/pds.2118.

3. Pirmohamed M, ve ark. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: Prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329:15–19. doi: 10.1136/bmj.329.7456.15.
4. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational Use of Medicines-A Summary of Key Concepts. *Pharmacy (Basel)*. 2016;4(4):35. doi: 10.3390/pharmacy4040035.
5. Sweileh WM. Global research publications on irrational use of antimicrobials: call for more research to contain antimicrobial resistance. *Global Health* 2021;17:94. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00754-9>
6. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther Adv Drug Saf*, 2014;5(6):229-41. doi: 10.1177/2042098614554919.
7. Aydın B, Gelal A. Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. *DEU Tıp Derg* 2012;26(1):57-63
8. Vaismoradi M, ve ark. PRN Medicines Optimization and Nurse Education. *Pharmacy (Basel)*. 2020;8(4):201. doi: 10.3390/pharmacy8040201. PMID: 33114731; PMCID: PMC7712763.
9. Makary MA, Daniel M. Medical error—The third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139
10. Covell CL, Ritchie JA. Nurses' responses to medication errors: Suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. *J Nurs Care Qual* 2009;24:287–297
11. Şahingöz M, Balcı E. Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(1):57-64
12. Aşiret GD, ve ark. Evaluation Of The Knowledge And Experience Of The Nurses Those Serving To Geriatric Patients On Rational Drug-Use. *Turk J Geriatr* 2013;16(4):446-453
13. Saygılı M, Özer Ö, Uğurluoğlu Ö. Bir Kamu Hastanesinde Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *DEUHFED* 2015;8(3):162-170
14. Piriñçi E, Bozan T. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları. *Fırat Tıp Derg* 2016;21(3): 129-136
15. Kurt ME, Ceylan A, Sev K. Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Diyarbakır Selahaddin Eyyübi Devlet Hastanesi Örneği. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2016;6(11):263-274.
16. Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N. Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin analizi. *TAF Prev Med Bull* 2016;15(1):1-8
17. Karakoç MD, Uyanık Ö. Bir kamu hastanesinde görevli hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Sdüsbed* 2018;9(2):112-118
18. Özatık F, ve ark. The Assessment of Knowledge and Attitudes of Personnels working in a Training and Research Hospital located in Central Anatolia on Rational Drug Use. *MCBU-SBED* 2018;5(1):10-16.
19. Şantaş F, Uğurluoğlu Ö. Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;21(4):264-270
20. Çobanoğlu A, Kızıltan B. Ebe ve Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. *Jaren* 2020;6(3): 491-497. DOI: 10.5222/jaren.2020.46338
21. Taxis K, Barber N. Incidence and severity of intravenous drug errors in a German hospital. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;59:815–7.
22. Oguz E, Alasehirli B, Demiryurek AT. Evaluation of the attitudes of the nurses related to rational drug use in Gaziantep University Sahinbey Research and Practice Hospital in Turkey. *Nurse Educ Today* 2015;35(2):395-401
23. Westbrook JI, ve ark. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med* 2010;170(8):683-690. doi:10.1001/archinternmed.2010.65
24. Ulupınar S, Akıcı A. Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics* 2015;3(1):84-93
25. Chua GP, ve ark. Medication Safety: A Need to Relook at Double-Checking Medicines? *APJON* 2019;6(3):246-252. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_2_19.

Hatay Devleti Dönemi (02.09.1938-29.06.1939) Hatay'da Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler*

Hatay State Period (02.09.1938-29.06.1939) Developments in the Field of Health in Hatay

Mahmut Bolat¹

¹Doç. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Tarih Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-2276-6018>

Öz

Amaç: Bu çalışmada, Hatay Devleti'nin sağlık teşkilatı, sağlık politikaları ile bu dönemde Hatay Devleti'nde görülen hastalıklar ve bu hastalıkları önlemeye yönelik yapılan mücadelelerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada, nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi metodu kullanılmış ve Hatay Devleti'nin Resmi Gazetesi ve Hatay Devleti Millet Meclisi Zabıtları gibi resmi yayınları yanında dönemin gazeteleri, arşiv belgeleri ve telif-tetkik eserler kullanılarak Hatay Devleti dönemi Hatay'da sağlık alanında yaşanan gelişmeler konu edilmiştir. Bu çalışma, Haziran-Ağustos 2024 tarihleri arasında hazırlanmıştır.

Bulgular: Hatay Devleti dönemi sağlık alanında özellikle önceki dönemden kalan sorunlar ki bunlar; yetersiz sağlık kurumu ve personeli ile manda idaresi döneminde gereken ilgi gösterilmediğinden ciddi bir sorun haline gelmiş başta sıtma olmak üzere trahom ve verem gibi hastalıklardır. Hatay Devleti bu temel problemlerinin çözümüne yönelik olarak verdiği sağlık mücadelesinde, ihtiyaç duyulan kurum ve teşkilatlar oluşturulmasına, bu kurumlarda nitelikli sağlık personeli istihdam etmeye çalışmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Devleti de bu problemlerin çözümüne yakın ilgi göstermiş ve görevlendirdiği kişi ve kurumlar vasıtasıyla bu mücadeleye katkı sunmuştur.

Sonuç: Hatay Devleti kurduğu sağlık kadrosu ve teşkilatı ile Hatay'ın sağlık sorunlarının çözümü için mücadele etmiştir. İdari ve hukuki düzenlemelerinin yanı sıra, yeni hastane ve dispanserlerin kurulması, mevcutlarının şartlarının iyileştirilmesi, kapasitelerinin artırılması ve buralara nitelikli sağlık personeli temin edilmesine çalışmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hatay Devleti, Hatay Millet Meclisi, Sağlık Politikaları, Sıtma

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal the health organization of the Hatay State, health policies, diseases seen in the Hatay State during this period and the struggles against them.

Method: In this study, document analysis method, one of the qualitative research methods, was used and the developments in the field of health in Hatay during the period of the State of Hatay were discussed by using official publications such as the Official Gazette of the State of Hatay and the Minutes of the National Assembly of the State of Hatay, as well as newspapers of the period, archival documents and copyrighted works.

Findings: The problems in the field of health in the period of the State of Hatay, especially the problems that remained from the previous period, such as inadequate health institutions and personnel, and diseases such as malaria, trachoma and tuberculosis, which had become a serious problem due to the lack of attention during the mandate administration. In its health struggle to solve these basic problems, the State of Hatay tried to establish the necessary institutions and organizations and to employ qualified health personnel in these institutions. The Republic of Turkey also paid close attention to the solution of these problems and contributed to this struggle through the people and institutions it assigned.

Conclusion: The State of Hatay struggled to solve Hatay's health problems with the health staff and organization it established. In addition to its administrative and legal arrangements, it endeavored to establish new hospitals and dispensaries, improve the conditions of the existing ones, increase their capacities and provide them with qualified health personnel.

Keywords: Hatay State, Hatay National Assembly, Health Policies, Malaria

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):165-174

DOI: 10.31020/mutfd.1543603

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 04 Eylül 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 07 Aralık 2024

İletişim- Correspondence Author: Mahmut Bolat <mbolat@ahievran.edu.tr>

Giriş

Atatürk'ün 1936'da Hatay ismini verdiği Osmanlı döneminde İskenderun Sancağı olarak adlandırılan Hatay bölgesi, I. Dünya Savaşı sırasında işgal edilmemiş olmakla birlikte, I. Dünya Savaşı sonrası Osmanlı Devleti'nin imzaladığı Mondros Mütarekesine aykırı olarak 1918 yılı sonlarında Fransızlarca işgal edilmiştir.

Bu süreçte, I. Dünya Savaşı'nın sonlarında Yıldırım Ordular Grup Komutanlığına bağlı VII. Ordu komutanı olarak bu bölgede bulunan ve Mütarekenin imzalanması sonrası Yıldırım Ordular Grubuna komutan olarak atanan Atatürk, bu dönemden itibaren bölgenin işgal edilmesi ve İtilaf Devletlerinin Anadolu içlerine sokulması tehlikesine karşı önlemler almakla ve bu konuda Osmanlı hükümeti temsilcilerini uyarmakla birlikte, Yıldırım Ordular Grup Komutanlığının lağvedilmesi ile grup komutanlığı sırasındaki girişimlerinden sonuç alamamıştır. Bununla birlikte Atatürk'ün kırk asırlık Türk yurdu olarak nitelendirdiği bölgede, Atatürk'ün şahsi meselesi olarak sahiplenerek başlattığı ve ömrü boyunca sürdürdüğü ve aldığı tedbirler sayesinde ancak ölümünden sonra 1939 yılında tamamlanan Hatay mücadelesi başlatılmıştır.

Bu mücadele iki aşamalı olarak gerçekleşmiştir. Hatay bölgesinin, Türk Milli Mücadelesinin başarıya ulaşması amacıyla izlenen politika gereği olarak ve ileride siyasi konjonktürün Türkiye lehinde olduğu bir dönemde yeniden Türkiye'ye katılması amacıyla yönelik bir takım özel koşulları içeren 20 Ekim 1921 tarihli Ankara Antlaşması ile Fransa mandasına bırakıldığı döneme kadar silahlı mücadele ve bu aşamadan sonraki süreçte de siyasi mücadele safhası yaşanmıştır.

Bu ikinci aşamada, Hatay için yapılan ve siyasi ve kültürel mücadele ile geçen süreç sonrası, Suriye üzerinden Fransız manda yönetiminin kaldırılması ve bu ülkeye bağımsızlık verilmesi amacıyla Fransa ile Suriye arasında 9 Eylül 1936'da bir antlaşma yapılmış ve bu antlaşma Sancağın statüsü sorununu yeniden ortaya çıkarmıştır. Bu antlaşmada Hatay bölgesi için açık bir hüküm bulunmamakta ve bu durum da Sancağın bağımsızlık sonrası Suriye Devleti'ne bırakılacağı anlamına gelmekteydi. Bu noktada hemen harekete geçen Türkiye, Fransız hükümetine 9 Ekim 1936'da bir nota vererek Suriye'ye tanınan bağımsızlık hakkının İskenderun Sancağı'na da tanınmasını istemişti.¹⁻⁴

Türkiye bu süreçte, meseleyi iki aşamalı bir plan ile çözmeyi tasarlamıştır. Buna göre meseleye toprak isteyerek değil, Suriye'ye tanınacak bağımsızlığın Sancak bölgesine de tanınması ve Hatay bölgesinin bağımsızlığı elde edildikten sonra Türkiye'ye katılımının sağlanması şeklinde yürütülecek bir plan uygulamaya konulmuştur.

İkili görüşmelerden bir sonuç elde edilemeyince sorun, çözümü için Milletler Cemiyeti'ne götürülmüş ve nihayetinde 26 Ocak 1937'de bir prensip anlaşmasına varılmıştı. Anlaşmaya varılan konular 27 Ocak'ta "Sandler Raporu" şeklinde Milletler Cemiyeti tarafından oybirliği ile kabul edilmiş ve buna göre; Sancak, iç işlerinde tam bağımsız, fakat Suriye ile gümrük birliği halinde olan ve bir statü ve bir anayasa ile idare edilen "ayrı bir varlık" olarak kabul edilmişti.^{3,5-10}

Milletler Cemiyeti Konseyinin aldığı bu karar Hatay'da ve Türkiye'de büyük bir sevinçle karşılanmış ve bu başarı Hatay ve Türkiye'de 31 Ocak 1937'de tertip edilen Milli Hatay Mitingleri ile kutlanmıştır.^{11,12}

3 Temmuz 1938'de, Türkiye ile Fransa arasında Sancak'ın topraksal bütünlüğünün ve siyasal statüsünün ortaklaşa korunmasına ilişkin bir askeri antlaşma yapılmış, Türk-Fransız Antlaşması'nın imzalanmasından sonra, Ağustos ayında seçmenler belirlenmiş ve yapılan seçim sonucu Sancaktaki Türk topluluğu, Sancak Meclisi'nde 40 milletvekilliğinden 22'sini elde etmişti. Sancak Meclisi, ilk toplantısını 2 Eylül 1938'de yapmış ve Sancağa, "Hatay Devleti" ismini vererek bağımsız Hatay Devleti'ni kurmuştur.¹³

5 Eylülde ise Dr. Abdurrahman Melek başkanlığında Hatay Hükümeti kurulmuş ve Melek, Adalet Bakanlığına Cemil Yurtman, Maliye ve Gümrük Bakanlığına Cemal Baki, Bayındırlık ve Tarım Bakanlığına Kemal Alpar'ı

atarken, Hatay Devleti'nin ilk sağlık bakanı olarak Ahmet Faik Türkmen'i bu görevine ek olarak kültür ve eğitimi de kapsayacak şekilde Eğitim ve Sağlık Bakanlığına getirmiştir.⁵

II. Dünya Savaşı öncesi siyasi konjonktürün lehine olduğu dönemi iyi değerlendiren Türkiye, Hatay meselesinin çözümü için yaptığı girişimler sonucu 23 Haziran 1939'da yapılan anlaşma ile Hatay'ın Türkiye'ye katılımını Fransa'ya kabul ettirmiş ve Hatay Millet Meclisi de 29 Haziran 1939'daki son toplantısında, oybirliğiyle Türkiye'ye katılma kararı almıştır.¹⁴

Amaç

Bu çalışmada, 2 Eylül 1938 tarihinde kurularak 29 Haziran 1939'da Hatay Millet Meclisi'nin aldığı kararla Türkiye Cumhuriyeti'ne katılan "Hatay Devleti"nin sağlık teşkilatı, sağlık politikaları ile bu dönemde Hatay Devleti'nde görülen hastalıklar ve bunlara yönelik yapılan mücadelelerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi metodu kullanılarak kaleme alınmıştır. Çalışmada öncelikle Hatay bölgesinin 1918 yılı sonlarında Fransız işgaline uğramasından bağımsız Hatay Devleti'nin kurulmasına kadar geçen süreç ele alınmış, Fransız idaresi döneminde Hatay'da sağlık alanında yaşanan gelişmeler incelenmiş ve sonrasında Hatay Devleti döneminde sağlık alanında gelişmeler; Hatay Devleti sağlık teşkilatı, Hatay Devleti sağlık politikaları ve bu dönemde Hatay'da görülen hastalıklar ve bunlara yönelik yapılan mücadeleler konu edilmiştir. Literatür taramasında bu süreci kapsayan dönemde Hatay'da sağlık alanında yaşanan gelişmeler ile ilgili basılı kaynaklara ulaşılmış ve Hatay Devleti Resmi Gazetesi, Hatay Devleti Millet Meclisi Zabıtları, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivi belgeleri, dönemin gazeteleri ile telif ve tetkik eserler kullanılarak makale kaleme alınmıştır. Bu çalışma, Haziran-Ağustos 2024 tarihleri arasında hazırlanmıştır.

Bulgular ve Tartışma

1. Fransız Manda İdaresi Döneminde Hatay Sağlık Hayatı

Fransız manda idaresi dönemi Hatay'da yerel ihtiyacı karşılayacak yeterli düzeyde sağlık kuruluşları ve sağlık personelinin bulunmadığı görülmektedir. Bu dönemde örneğin; 1924 yılında Antakya, İskenderun ve Kırıkhan'da sağlık hizmeti vermek üzere birer dispanser açılmış olmakla birlikte bu kurumlar ihtiyacı karşılayamadığı gibi bu merkezlere bağlı köylere de sağlık hizmeti götürülememekteydi. Bölgede sıtma, trahom ve verem gibi hastalıkların yaygın olarak görüldüğü bu dönemde, bataklıklardan kaynaklanan sıtma hastalığına karşı mücadele verilmek istense de bu konuda gerekli adımlar atılamamıştır. Sancak'ta bu soruna yönelik sağlık müdürlüğü komisyonu oluşturulmuş olmakla birlikte, bu komisyon hiçbir faaliyette bulunmamış ve sıtma bölgede giderek yaygınlaşmıştır. Sancak'ta sağlık işlerinin iyice kötüleşmesi üzerine o döneme kadar halk sağlığına duyarsız kalan Fransız manda idaresi ticari amaçlı dispanserlerin açılmasını teşvik etmiş, açılan dispanserler yanında yeterli doktoru bulunmamakla birlikte, 1932 yılında modern bir hastane açılmış ve hatta Fransız manda idaresi bu hastaneye yıllık 12.000 lira civarında destekte bulunmuştur.¹⁵

Fransız manda idaresi, o dönemde ciddi ihtiyaç duyulan bu sağlık kurumlarının açılmasına önayak olmakla bir bakıma, kendileri olmazsa bu türden hizmetlerin halka ulaştırılamayacağı imajını vererek, bölge halkını kendine bağımlı kılmayı ve böylece bölgedeki hakimiyetlerini sağlamlaştırmayı amaçlamıştır.

1930'lu yıllara gelindiğinde ise Hatay halkına sağlık hizmeti vermek üzere İskenderun'da bir Hükümet Hastanesi ile fakir ve düşkünler için bir Belediye Dispanseri; Antakya'da Saint Jozef Sörlere (rahibe-hemşireler) Şifa Yurdu, Belediye Dispanseri, Doktor Alber Beyluni'ye ait özel bir hastane, halkın "mürüsten" dediği ilkel bir tımarhane; Kırıkhan'da sörlere (rahibe-hemşireler) ait bir hastanenin bulunduğu

görülmektedir. Bu kurumlarda Antakya’da dokuz doktor ve altı diş hekimi; İskenderun’da on doktor, dört diş hekimi ve bir bakteriyolog; Kırıkhan’da dört doktor, iki diş hekimi ve Reyhaniye (Reyhanlı)’de de bir doktor görev yapmaktaydı. Bunların yanı sıra Antakya’da beş, İskenderun’da dört, Kırıkhan ve Reyhaniye’de ikişer eczane bulunmaktaydı.¹⁶

O dönemde yaklaşık 200.000 nüfusa sahip Sancağın sağlık hizmetleri için bu kurum ve personelin yetersiz kaldığı, sağlık hizmetlerinin ihmal edildiği, özellikle köylere ulaşmadığı belirtilerek sağlık hizmeti alamayan halkın bu ihtiyacını karşılamak için Halep’e gitmek zorunda kaldığı ayrıca Amik bataklıklarından kaynaklanan sıtma sorununa karşı gerekli önlemler alınmadığından, buradan kaynaklanan ölüm oranının ciddi düzeyde arttığı ifade edilmiştir. Bu duruma dikkat çeken ve Hatay’ın Milletler Cemiyetince ayrı bir varlık olarak tanındığı 1937 yılında Hatay’ın Türkiye’ye katılımına yönelik çalışmalar yapmak üzere bölgeye gelen Türk heyetinin, Türkiye Cumhuriyet Hükümeti’ne sunduğu raporda, bölgede yaşanan sağlık sorunlarının çözümü için Antakya ve Belen’de birer hastane ile Reyhaniye, Ordu (Yayladağı), Kırıkhan ve Süveydiye (Samandağ)’de ise birer dispanser daha açılmasının gerekli olduğu ifade edilmiştir.¹⁷

Türk heyetinin bu raporu ve bölgede yaşanan sağlık sorunları sonrası bu duruma duyarsız kalmayan Türkiye Cumhuriyeti, Türkiye Kızılay Cemiyeti vasıtasıyla 1938 yılında Sancak’ta açtığı dispanserler vasıtasıyla sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Antakya, Şeyhköy (Şenköy) ve Reyhaniye’de şubeler açan Türk Kızılay Cemiyeti’nin sağlık hizmetinden özellikle fakir halk yararlanmıştır. Daha sonra hizmet alanı genişleyerek İskenderun, Kırıkhan, Belen, Aktepe, Ordu, Harbiye, Süveydiye ve Kuseyr’de hasta tedavisine başlanılmış ve bu hastaların tedavisinde halkevi etkin rol oynamış ve hastaların tedavisinde kullanılan çoğu ilaç halkevi tarafından temin edilmiştir.¹⁶

Bu arada Hatay’ın demografik yapısını oluşturan değişik din, ırk ve mezheplerden toplulukların oy oranına göre temsil edilecekleri, Hatay Meclisi seçimlerinin yaklaştığı sırada Türkiye Cumhuriyeti, Türklerin oy oranını arttırmak amacıyla, Türkiye’de bulunan Hatay kökenlileri, Sancağa gitmeye teşvik etmiş ve bu kişilere 29 Kasım 1937’den itibaren bu durum tebliğ edilmiştir. Bu kapsamda Hatay’a gelen bu kişiler arasında yer alan doktorlar da hemen çalışmaya başlayıp, halka ücretsiz sağlık hizmeti vermişlerdir.¹⁶

Türkiye tarafından uygulanan bu politikanın bir diğer amacı da; bölgeye sağlık hizmeti vermek amacıyla gelen bu kişi ve kurumlar vasıtasıyla, Hatay’ın bağımsızlığı ve sonrasında da Türkiye’ye katılımı için çaba göstermek ve yaptıkları propagandalar ile bölge halkını bu amaca yönelik örgütlemek olmuştur.

2. Hatay Devleti Sağlık Politikaları, Sağlık Örgütü ve Bu Dönemde Hatay’da Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmeler

Sancak Meclisini oluşturacak milletvekillerini seçmek üzere 1938 yılı Ağustos ayı başında bir ve ikinci derece seçmenlerin belirlenmesinden sonra, 20 Ağustos günü Sancak Seçim Komisyonu toplanmış ve milletvekilliği için başvuruların Meclis için öngörülen 40 kişiyi aşmadığı görülerek, yayımlanan aday listesindeki kişiler milletvekili seçilmiş sayılmışlardır. Bu karar sonrası Sancak Meclisi: 22 Türk, dokuz Alevi (Nusayri), iki Arap, beş Ermeni ve iki Ortodoks üyeden oluşmuştur.¹⁶

Bu şekilde belirlenen Hatay Millet Meclisi’nin ilk toplantısı, 2 Eylül 1938 Cuma günü saat 10.00’da başlamıştı. Saat 11.30’da devlet reisinin seçimine geçilmiş ve Mecliste hazır bulunan 40 milletvekilinin oybirliği ile Tayfur Sökmen’in devlet reisliğine seçilmiştir. Saat 11.45’te devletin adı “Hatay Devleti” olarak kabul edilmiş ve Hatay Devleti Cumhurbaşkanı Tayfur Sökmen de 5 Eylül 1938 günü Dr. Abdurrahman Melek’i hükümeti kurmakla görevlendirmiştir.^{5,16,18}

Hatay kabinesinin kimlerden oluşacağı ve bakanların görev alanları, Ulus Gazetesi’nin 6 Eylül 1938 tarihli nüshasında yer almış ve haberde: “Hükümetini kurmaya memur edilen Abdurrahman Melek yarın yeni

kabineyi açıklayacaktır. Bu kabinede başvekil dahiliye, hariciye ve müdafaa nezaretlerini üzerine alacak, Adliye Nezaretine Cemil Yurtman, İktisat, Maliye, Gümrük Nezaretine Cemal Baki, Nafia Ve Ziraat Vekaletlerine Kemal Alper, Maarif Ve Sıhhat Vekaletlerine Ahmet Faik Türkmen getirilecektir” denilmişti. Yine aynı haberde nezaret müsteşarlıklarına getirilecek isimler de açıklanmış ve sıhhat için Doktor Sıtkı Osman Bey’in adı verilmiştir.¹⁹

Başbakan ve dört bakandan oluşan ve tamamı Türklerden meydana gelen hükümetin programı, Hatay Halk Partisi’nin programının hemen hemen aynısı idi. 6 Eylül 1938’de toplanan Hatay Meclisi, hükümete güvenoyu vermiş²⁰ milletvekilleri tarafından kabine üyelerinin sorulması üzerine Başbakan Dr. Abdurrahman Melek bakanların isimlerini şu şekilde açıklamıştır: Adliye Vekili Cemil Yurtman, Maliye Vekili Cemal Baki, Maarif ve Sıhhat Vekili Ahmet Faik Türkmen, Nafia Vekili Kemal Alpar.¹⁸ Bu bakanların yanı sıra Dr. Abdurrahman Melek, başbakanlığına ek olarak içişleri, dışişleri ile savunma bakanlıklarını da üzerine almıştır.¹

2.1. Hatay Devleti Sağlık Teşkilatı ve Sağlık Politikaları

Melek başkanlığında kurulan ve toplam beş kişiden oluşan Hatay Hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak Ahmet Faik Türkmen, Maarif ve Sıhhat Vekili olarak atanmıştır. 1908 yılında Antakya’da doğan Ahmet Faik Türkmen, dış hekimliği ve felsefe eğitimi almış, Şubat 1939’a kadar Hatay Devleti’nin eğitime ek olarak sağlık bakanlığı görevini yürütmüştür.^{17, 37}

Melek, Hükümet üyelerini açıklamasının ardından, Hükümet programını da açıklamış ve Hükümet olarak programlarının ruhu ve esasının, Kemalizm rejimi ve bunun bütün gereklilikleri olduğunu ifade etmiş ve Hükümetinin sağlık politikaları hakkında şunları söylemiştir: “...*Sıhhi durumun fenni ve medeni vasıtalarla ıslahına çalışarak nüfusumuzu çoğaltmak, şehirleri, köyleri imar etmek yapacağımız işlerin başlıcalarıdır... Memlekete zirai bakımdan binlerce hektar arazi ve sıhhi bakımdan yüzbinlerce insan kazandıracak olan bataklıkların kurutulması işlerini ön safta tutmak esaslı bir umdemizdir.*”^{18,21,22}

Yine aynı oturumda Meclis Encümenleri ve bu encümenlere seçilen milletvekilleri de açıklanmış ve Sıhhiye ve Kültür Encümenine: Doktor Vedi Bilgin, Doktor İbrahim İnal, Hikmet Celal, Arif Hikmet, Doktor Basil, Süleyman Tuhani, Zeynelabidin Cilli, Nuri Aydın, Eczacı Abbas Ülkü seçilmişlerdir.¹⁸

26 Ekim 1938 tarihli Hatay Devleti Resmi Gazetesinde sağlık bakanlığı kadrosu da açıklanmış, buna göre bakanlık kadrosunda: birer müsteşar, sıtma ve trahomla mücadele umum müdürü, katip, Antakya hükümet tabibi, İskenderun hükümet tabibi, Kırıkhan hükümet tabibi, Ordu (Yayladağı) hükümet tabibi, Devlet Hastanesi operatörü, Devlet Hastanesi röntgen mütehasısı, Devlet Hastanesi dahiliye mütehasısı, Devlet Hastanesi eczacısı, Devlet Hastanesi katip ve muhasibi, Devlet Hastanesi hasta bakıcısı istihdam edilmiştir.²³

Hatay Devleti döneminde, Hatay’da yaşayan ve sağlık alanında eğitim almış 13 doktor, beş dış hekimi, beş eczacı, bir veteriner ve üç sıhhiye mektebi mezunu olmak üzere toplam 27 sağlık mensubu bulunmaktaydı. Bunların yanı sıra Hatay Devleti yürütme ve yasama organlarında sağlık eğitimi almış kişiler de mevcuttu. Başbakan Abdurrahman Melek’in yanı sıra üç milletvekili; İbrahim İnal, Basil Huri ve Vedi Bilgin doktordur. Maarif ve Sıhhat Vekili Ahmet Faik Türkmen ise felsefe eğitimi yanında dışçilik eğitimi de almıştır.¹⁷

Bu dönemde Hatay’daki sağlık kuruluşları olarak Antakya, İskenderun, Ordu ve Kırıkhan’da hükümet tabiplikleri ve İskenderun ve Antakya’da iki büyük hastane bulunmaktaydı¹⁶ ve 9 Ekim 1938’de ise Ordu nahiyesinde 5 yataklı dispanser açılarak, halkın hizmetine sunulmuştu.¹⁵

Yaklaşık 200.000 nüfuslu bölgede elbette ki bu sayı yetersizdir. Özellikle köylere sağlık hizmetleri ulaşamıyor ve bu yetersizlik içerisinde halk, sağlıkla ilgili sorunlarını ya geleneksel yöntemlerle ya da Halep’e giderek çözmeye çalışıyordu. Bu arada, Hatay Devleti’nin sağlık sorunlarını çözmek için Türkiye’nin de katkıları ile

mücadele içerisinde bulunduğu bu dönemde mevcut sıkıntıları arttıran bir gelişme yaşanmıştı. Hatay Devleti'nin kuruluşundan itibaren Hatay'da istediklerini yapamayan Fransız ve Suriyeliler, Hatay Devleti'ni kendilerince yola getirmek için 20 Ekim 1938 günü gece yarısından itibaren Hatay-Suriye sınırını kapatmışlardı. Amaç Hatay Devleti'ni, Türkiye sınırı da kapalı olduğundan, dışarıdan destek almasının önüne geçerek zor durumda bırakmak ve Hatay Devleti'nin bu durumundan istifade ile ona istediklerini yaptırabilmektir. Bu noktada Türkiye, Hatay ile ilgili her konuya olduğu gibi, bu konuya da el atmış ve Türkiye-Hatay sınırını açarak, bu problemi çözmeye çalışmıştır.^{15,17}

Sınırın kapatılması öncesinde de Suriye hükümeti, Hatay'dan Suriye'ye özellikle de Halep'e gideceklere zorluk çıkarmış ve bu durum Türkiye Cumhuriyeti Genelkurmay Başkanlığına sunulan raporda da belirtilmiştir.²⁴

Bu arada 22 Ekim 1938'de söz olarak ifade edilen ve hastanelerde hemşirelik yapan rahibelerin yarattığı ve Hatay'daki Fransız Delege Binbaşı Robert Collet'in de konuya el atması ile siyasi bir boyut kazanan, bir sorun da yaşanmıştır. Hatay Devleti Resmi Gazetesinde belirtildiğine göre; Devlet Hastanesinde görevli rahibelerden sekizi (İrene Düran, Elizabet, Mari Gosef, Eeonz, Mari Nativite, Viyane, Felisite ve Fransua) 22 Ekim 1938 tarihinde görevlerini izinsiz terk etmiş ve bu nedenle de rahibeler görevlerinden istifa etmiş kabul edilerek, karar 25 Ekim 1938 tarihinde sağlık bakanı ve müsteşarı tarafından ilgililere tebliğ olunmuştur.²⁵

Hatay Devleti başbakanı Dr. Abdurrahman Melek bu olayı şu şekilde aktarmaktadır: *“İskenderun'da Sancak idaresinde bir devlet hastanesi ile Antakya'da Fransız rahibelerinin hususi bir hastanesi vardı. Antakya Belediyesi rahibelerle mukavele yaparak hastaları ücret mukabilinde hastanede yatırırdı. Bunun için Antakya Belediyesi rahibelere çok borçlanmıştı; borcunu peyderpey ödüyordu. İskenderun hastanesinde de birkaç rahibe hasta bakıcı olarak yerleşmişti. Buraya tayin ettiğimiz başhekim, rahibelerin vakitli vakitsiz hastaneden çıkmalarını men ettiği için aralarında geçimsizlik başlamıştı. Bir gün başhekim sert muamele yaptığından rahibeler, elbiselerini ve çamaşırlarını alıp sokağa fırlamışlar, kapı kapı dolaşıp “bizi hastaneden kovdular” diyerek İskenderun'da Hıristiyan aileler nezdinde panik yaratmaya çalışmışlar. Beyrut ve Fransa'da bulunan teşkilatlarına, Fransız makamlarına telefon ve telgrafla feryat yağdırmışlardı. Hatay'daki Fransız Delege Binbaşı Robert Collet, elinde birkaç telgrafla bana geldi. Rahibelerin şikayetlerinin Fransa'da çok yerlerde makes (yankı) bulabileceğinden, bunun Türk-Fransız dostluğu üzerinde dahi tesir yapması ihtimalinden endişe ettiğini söyledi. Bir çare bulmamı rica etti. İskenderun'da rahibeleri davet edip kendilerini razı etmek suretiyle hastaneden ayrılmalarını temin ettik. Böylece bir müşkül daha halledilmiş oldu.”⁷*

Yaşanan bu olay üzerine dikkatlerin üzerine yoğunlaştığı ve Fransızların Hatay'daki sağlık hizmetlerinde kullandıkları bu sörler ve doktorlar hakkında, daha sonraki dönemde Hatay'daki askeri yetkililer tarafından hazırlanan 8 Haziran 1939 tarihli bir rapor, VI. Kolordu Kumandanı M. Ergüder tarafından Türkiye Cumhuriyeti Genelkurmay Başkanlığına sunulmuştur. Raporda; Fransızların Hatay'da sağlık hizmetlerini gördükleri bu sörler ve doktorlar ile din adamları ve acentaları, kendi çıkarları doğrultusunda bir casus gibi kullandıkları ve bu sörler ve doktorların verdikleri sağlık hizmeti ile Hatay halkına hoş görünerek, Fransızların kendilerine yükledikleri misyon doğrultusunda propaganda yaptıkları ve Fransızlara istihbari bilgiler sağladıkları belirtilmiştir.²⁶

1938 yılının Ekim ayı sonlarına doğru ise Hatay'daki sağlık kuruluşlarının personel ihtiyacını karşılamak amacıyla birtakım atamalar yapılmıştır. Buna göre: 25 Ekim'de Hatay Devlet Hastanesi katip ve muhasipliğine ayda seksen lira maaşla Elyas Tembe, 26 Ekim'de ise Dr. Corc Saliba Belen Nahiyesinde hükümete ve belediyeye ait tüm sıhhi işleri görmekle mükellef tutularak, sağlık bakanlığı bütçesinden ayda elli ve Belen Belediyesi bütçesinden on lira ücretle Belen memleket tabipliğine atanmıştır. Bu kişilerin yanı

sıra Jülyet Abdülhak ve Vahide Arsuzi ayda otuz lira ücretle devlet hastanesi hemşireliğine ve Janet Andriye ise ayda yirmi beş lira ücretle hemşire namzetliğine tayin edilmiştir.²⁵ 31 Ekim’de ise Hatay Devlet Hastanesi hemşireliğine ayda otuz lira ücretle Öjeni Hanna atanmış, İkbal Atakır ve Katbı Fadil Matta ise ayda yirmi beş lira ücretle hemşire namzetliğine getirilmiştir.²⁷

Bu arada 1938 yılı sonunda Hatay Devleti Sağlık Bakanlığınca görülen lüzum üzerine Hatay Devleti sağlık kadrosunda bir takım yer değiştirmeler yapılmış ve buna göre; Antakya Sıtma Mücadele Şube Tabibi Dr. Cavit Yurtman Antakya hükümet tababetine, Antakya Hükümet Tabibi Dr. Mesrur Bey Hatay Antakya belediye tababetine, Reyhaniye Sıtma Mücadele Şube Tabibi Dr. Cevri Civelek Kırıkhan hükümet tababetine, Kırıkhan Hükümet Tabibi Dr. Ali Muharrem Civelek Hatay devlet hastanesi dahili hastalıklar tababetine naklen tayin edilmişlerdir.²⁸

Hatay Devleti’nin sağlık alanındaki sorunları, Hatay Millet Meclisi’nde de ele alınmış ve 1 Aralık 1938’deki Hatay Meclisi görüşmeleri sırasında Dr. Vedi Bilgin, İskenderun’da bulunan Sahil Sıhhiye Teşkilatı hakkında Meclis’e bir önerge vermiştir. Önergede; bu teşkilatın nereye bağlı olduğu, burada bulunan doktor ve idari kadroda bulunan memurların kim tarafından tayin edildikleri, teşkilatın kim tarafından ve kimin parasıyla kurulduğu, geliri ve gemilerden aldığı vergilerle ilgili sorulara, sağlık bakanlığının cevap vermesi istenmiştir.¹⁸ Bu önergeyi 8 Aralık tarihli oturumda cevaplayan Sağlık Bakanı Ahmet Faik Türkmen, uluslararası bir teşkilat olan Sahil Sıhhiye Teşkilatı’nın bir karantina kurumu olduğunu ve Hükümetin programında diğer kurumlar gibi bu kurumu da düzenlemenin var olduğunu söylemiştir. Bu konunun uzamasının nedeninin teşkilatın uluslararası bir kurum olmasından kaynaklandığını söyleyen Türkmen, siyasi konular halledildikten sonra bu kurumda gerekli düzenlemelerin yapılacağını ifade etmiş ve hatta karantina durumu ile ilgili şimdiden tedbirler alındığını, Hatay’da bulunan doktorların katılımı ile bir kongre yapıldığını ve kısa bir süre içerisinde bu meselenin halledileceğini sözlerine eklemiştir. Yine Türkmen sözlerine devamla, Sahil Sıhhiye Teşkilatı ile ilgili siyasi sorun aşıldıktan sonra, kadrosu Hataylılardan oluşan yerli bir kurum haline dönüştürüleceğini ve bu karantina teşkilatının, deniz ve kara yoluyla gelen her türlü hastalıklara mani olmak için gereken her türlü tedbiri alacağı teminatını da vermiştir.¹⁸

19 Aralık 1938 günü ise Dr. İbrahim İnal’ın Meclis’e, ihtiyaç duyulan ilaçlar, eczaneler ve diplomasız bazı kimselerin tıp alanında çalışmaları hakkında verdiği önergeye ilişkin Kültür ve Sıhhat Encümeni’nin görüşünü Encümen adına Bekir Kunt açıklamıştır. Kunt bu açıklamasında; Vatandaşların acil ihtiyaçları olan bazı ilaçları eczanelerden tedarik edemedikleri, eczanelerde bulunması zorunlu olan bazı ilaçların bulunmadığı ve tıp eğitimi olmayanların bu alanda çalıştıkları hakkında İnal’ın verdiği 5 Aralık tarihli önergenin incelendiğini ve eczanelerde bulunması zorunlu ilaçların eczanelerde bulundurulması, eczanelere gece nöbetçiliğinin getirilmesi ve tıp alanında faaliyetlerin icrasına yönelik bir kanun çıkarılmasının Encümence uygun görüldüğünü Meclis’e arz etmiş ve Meclis de gereğinin yapılması için bu teklifin Hükümete havalesini uygun bulmuştur.¹⁸

Hatay Millet Meclisi, 1939 Şubat ayında aldığı karar ile bakanlıkların görev tanımlarında düzenleme yapmış ve buna göre sağlık hizmetleri Kültür (Maarif) Bakanlığından alınarak Adliye Bakanlığına bağlanmıştır. Dolayısıyla bu döneme kadar eğitim ve sağlık bakanı olarak Hatay Devleti’nin sağlık işlerini yürüten Ahmet Faik Türkmen’in yerine Hatay Devleti sağlık bakanlığı görevini, Adliye ve Sıhhat Vekili olarak Cemil Orhan Yurtman üstlenmiştir.^{18, 37}

Hatay Devleti Millet Meclisininin 23 Şubat 1939 tarihli oturumunda ise hükümet tarafından hazırlanıp Kültür ve Sıhhat Encümenine gönderilen Hıfzısıhha Kanunu Tasarısı hakkındaki Encümenin tutanağı okunmuştur. Bu tutanakta Encümen tasarısı hakkında özetle şu şekilde görüş bildirmiştir: Hükümet, Hıfzısıhha Kanunu hakkında bir tasarısı hazırlamış olmakla birlikte, Hatay Devleti Millet Meclisi 16 Şubat 1939 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti kanunlarını, Hatay Devleti kanunları olarak kabul etmiştir. Türkiye Cumhuriyeti kanunları

arasında da bir Umumi Hıfzısıhha Kanunu bulunduğundan ve Hükümetin bunu yürürlüğe koyması gerektiğinden ayrıca bir kanun çıkarılmasına lüzum görülmemiştir, denilmiştir.¹⁸ Encümenin ifade ettiği gibi Hatay Devleti 16 Şubat 1939 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti kanunlarını, Hatay Devleti kanunları olarak kabul etmiş ve hatta bu kanunların uygulama esaslarını belirlemek amacıyla Türkiye’den uzmanlar gönderilmesini talep etmişti. Türkiye Cumhuriyeti de Türkiye ile Hatay arasındaki yakınlık ve bağlılığı arttırmak için uzmanlar göndermiş ve bu Hatay İstişari Heyeti tarafından belirlenen esasların yürürlüğe konmasını kabul etmişti.¹⁸

2.2. Hatay Devleti’nde Görülen Hastalıklar ve Bu Hastalıkların Önlenmesine Yönelik Yapılan Mücadele

Hatay Devleti’nin en önemli sağlık sorunları ise sıtma, trahom ve verem gibi sıklıkla görülen hastalıklardaki özellikle bunların arasında temel olarak bataklıklardan kaynaklanan sıtma, önemli bir problem haline gelmiştir.¹⁷

Ki bu noktada, Hatay Halk Partisi, Hatay halkına bir beyanname yayınlamış ve bu beyannamede; Hatay Devleti ve Hükümetinin memleketin sıhhi durumu üzerinde itina ile duracağı ifade edilmiş ve özellikle o günlerde temel sorunlardan biri olan sıtma ile mücadelede, ihtiyacı karşılayacak hastane ve dispanserlerin açılması ve sosyal yardım teşkilatlarının kurulmasının başlıca mesaiyi oluşturacağı belirtilmiştir.^{29,30}

Hatay Devleti Cumhurbaşkanı Tayfur Sökmen 1 Kasım 1938’de Hatay Millet Meclisi’ni açış konuşmasında Devletin kuruluşundan itibaren sağlık alanında yaşanan gelişmeleri şöyle özetlemiştir: Hatay Devleti’nin, sağlık alanında ileri ülkelerin teşkilat ve programlarını esas aldığı, eski idare döneminde “Adliye, Hükümet ve Emraz-ı Zühreviye Mücadele Tabipliği” görevlerini yerine getirmek için seyyar mıntika tababetlerinin kullanıldığını, fakat bunların kendilerinden beklenen hizmeti sunamadıklarından, bunların görev alanları sınırlandırılarak, bu işleri görmek üzere yerlerine “Hükümet Tababeti” kurulduğunu ifade etmiştir. Sökmen, Hatay’da sıtma ve trahom alabildiğine yayıldığından, bu hastalıklarla mücadele etmek amacıyla Mücadele Umum Müdürlüğü’ne bağlı biri Antakya’da, diğeri de Reyhaniye’de iki mücadele şubesi kurulduğunu ve bunların sayısının arttırılacağını belirtmiştir. Yine bugüne kadar ihmal edilmiş olan verem hastalığı ile mücadele etmek üzere bir “Veremle Mücadele Cemiyeti” kurulduğunu açıklayan Sökmen, halen 60 yataklı olup genişletilmesi düşünülen İskenderun’daki hükümete ait hastanesinin isminin değiştirilerek “Hatay Devlet Hastanesi” adını alacağını ve 60 yatak kapasitesinin 100 yatağa çıkarılacağını ve Antakya’da ayrıca bir hastane kurulması düşüncesinde olduklarını ifade etmiştir.¹⁸

Sökmen’in de ifade ettiği gibi o güne kadar ihmal edildiğinden verem hastalığı Hatay’da oldukça artmıştı. Buna yönelik bir hastane bulunmadığı gibi bu alanda ihtisaslaşan bir doktor da bulunmamaktaydı. Bununla birlikte Dr. İbrahim İnal, Şenköy’de veremlileri tedavi etmek için bir dispanser açmış, Kızılay’ın himayesinde de bir verem dispanseri açılması ve mümkün olunca da bir verem hastanesinin kurulması için mücadele etmiştir. Bu arada Sökmen’in konuşmasında kurulduğunu söylediği Veremle Mücadele Cemiyeti’nin başına Dr. Vedi Bilgin getirilmiş, Bilgin bu göreve atandıktan sonra Yenigün Gazetesinde yayınlanan yazılarıyla, halkı verem hakkında bilgilendirmeye çalışmıştır. Veremle Mücadele Cemiyeti de yine halkı bilgilendirmek amacıyla “Verem Hastalığı ve Korunma Çareleri” başlıklı konferanslar düzenlemiştir ki bu şekilde bir yandan halk verem konusunda bilgilendirilmeye çalışılırken bir yandan da veremle mücadele edilmiştir.¹⁵

1939 yılında, bu döneme kadar alınan önlemler, yapılan çalışmalara rağmen sıtma hastalığı halen Hatay’ın en büyük sağlık problemlerinden biri olarak bulunmaktaydı. Hatay Devleti Cumhurbaşkanı Tayfur Sökmen, sıtma sorununun bu hale gelmesinin nedeni olarak Fransız idaresi döneminde şehirdeki sağlık işlerinin ihmal edilmesini göstermişti. Sökmen bu sorunun temel kaynaklarından biri olan Amik bataklıklarının kurutulması amacıyla köylere gezi düzenlemiş ve Mazlum Paşa Dalyanı’nın yıkılması ve Amik’in temizlenmesi için de faaliyetlerde bulunmuştu.¹⁵

Bu arada, Hatay'da kurulu halkevleri de sağlık alanındaki bu mücadeleye katkı sunmaktaydı ve bu doğrultuda halkevlerinde, ücretsiz hasta bakım yurtları ve sağlık evleri açılmış ve sosyal yardım teşkilatları genişletilmiştir.³¹⁻³³

Türkiye Cumhuriyeti de bu süreçte Hatay'ın bu sorununa yakın ilgi göstermiştir. 1939'un Mayıs ayında, Türkiye'nin Hatay Devleti'ndeki fevkalade murahhas elçisi olan Cevat Açıkalin tarafından Türkiye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na gönderilen telgrafta; Hatay'daki sıtma mücadelesi için Hatay Devleti'nin talebi üzerine acil olarak 50 kilo kinin gönderilmesi istenmiştir. Bu talep üzerine Türkiye Cumhuriyeti, 50 kilo kininin Kızılay tarafından tedarik edilerek, Hatay'a gönderilmesini sağlamıştır.³⁴

Yine Hatay Devleti'nin bu sorunu, CHP'nin 29 Mayıs 1939 tarihindeki beşinci kurultayında da ele alınmış ve görüşmeler sonucunda, Hatay'da büyük sıtma yuvaları teşkil eden Amik bataklığının kurutulması, Hatay'da en kısa sürede sıtma ve trahom mücadelesi teşkilatının kurulması, Antakya'da bir memleket hastanesi yapılması yolunda kararlar alınmıştır.^{35,36}

Sonuç

Hatay Devleti 2 Eylül 1938'de kurulduğunda, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da önceki dönemden kalan birçok problemi devralmıştı. Bunlar özellikle manda idaresinin ihmal ettiği, sağlık kurumu ve personelinin yetersizliği ve yine manda idaresinin mevcut hastalıklara ve bu hastalıkları yaratan Amik bataklıkları gibi sorunlara duyarsızlığı nedeniyle ciddi bir şekilde Sancak'ta yayılan sıtma, trahom ve verem gibi hastalıklardı.

Manda idaresi döneminde önce ihmal edilip, sonra içinden çıkılmaz bir hal aldığı dönemlerde Fransızların devreye girerek, yeterli olmasa da bir takım adımlar atması, bu ihmalin özellikle yapıldığını akla getirmektedir. Fransızlar uyguladıkları bu politika ile bir bakıma, kendileri olmazsa bu hizmetlerin halka ulaştırılamayacağı imajını vererek, bölge halkını kendine bağımlı kılmayı ve böylece bölgedeki hakimiyetlerini sağlamlaştırmayı hedeflemişlerdir. Yine manda idaresi döneminde Fransızlar, sağlık hizmetlerini genel olarak Hristiyan misyonerlere ve "sör" denilen ve sağlık kurumlarında hemşirelik yapan rahibelere gördürerek bu hizmetlerinden dolayı bu kişilere, dolayısıyla Fransızlara bir sempati oluşmasını sağlamaya çalışmış ve bu sempatiyi de aynı amaç doğrultusunda kullanmışlardır.

Buna karşılık Türkiye Cumhuriyeti Devleti de birtakım önlemler almış, Hatay'ın sağlık sorunlarına yönelik fikri ve maddi katkılarının yanı sıra buraya gönderdiği kişiler vasıtasıyla, hem Hatay halkının sağlık sorunlarının çözümüne katkıda bulunmuş ve hem de önce Hatay'ın bağımsızlığının sağlanması ve sonrasında da Türkiye'ye katılması noktasında Hatay halkını örgütlemiştir.

Hatay Devleti ise mevcut sağlık sorunları ile mücadelede, ileri ülkelerin teşkilat ve programlarını örnek almış, idari ve hukuki düzenlemelerinin yanı sıra, yeni hastane ve dispanserlerin kurulması, mevcutlarının şartlarının iyileştirilmesi ve kapasitelerinin arttırılmasını mümkün olduğunca sağlamaya çalışmıştır. Hükümet tabiplikleri, Mücadele Umum Müdürlüğü, Veremle Mücadele Cemiyeti gibi teşkilatlar kurmuş ve Hataylıların sağlık sorunlarının çözümü için mücadele etmiştir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Sofuoğlu A, Dağıstan A. İşgalden Katılıma Hatay. Phoenix Yayınevi; 2008.
2. Sarıay Y. Atatürk'ün Hatay Politikası-I (1936-1938). In: Atatürk Dönemi Türk Dış Politikası - Makaleler. Atatürk Araştırma Merkezi; 2010.
3. Gönübol M, Sar C. Atatürk ve Türkiye'nin Dış Politikası (1919-1938). Atatürk Araştırma Merkezi; 1990.

4. Oran B, ed. Türk Dış Politikası, Kurtuluş Savaşından Bugüne Olgular, Belgeler, Yorumlar, Cilt 1: 1919-1980. İletişim Yayınları; 2009.
5. Soysal İ. Tarihçeleri ve Açıklamaları ile Birlikte Türkiye'nin Siyasal Andlaşmaları (1920- 1945), 1. Cilt. Türk Tarih Kurumu Basımevi; 2000.
6. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Cumhuriyet Arşivi (BCA), 30.10.222.501.4, 27.01.1937.
7. Melek A. Hatay Nasıl Kurtuldu. Türk Tarih Kurumu Yayınları; 1991.
8. Cumhuriyet Gazetesi, 28.01.1937.
9. Türk Sözü Gazetesi, 31.01.1937.
10. Ulus Gazetesi, 28.01.1937.
11. Bolat M. Milli Hatay Mitingi (1937). In: Türk Tarihçiliğinde Kırk Yıl: Prof. Dr. Mustafa Yılmaz'a Armağan. Siyasal Kitabevi; 2023.
12. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Cumhuriyet Arşivi (BCA), 490.1.606.97.1, 04.02.1937.
13. Tuncer H. Atatürkçü Dış Politika. Kaynak Yayınları; 2008.
14. Akyol T. Ama Hangi Atatürk. Doğan Kitap; 2008.
15. Payaslı V. Siyasal, Sosyal ve Kültürel Yönleriyle Sancak'tan Vilayet'e Hatay (1921-1960). Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi; 2013.
16. Tekin M. Hatay'ın İşgal Yılları ve Bağımsız Hatay Devleti Kronolojisi (1918-1939). Atatürk Araştırma Merkezi; 2010.
17. Can R, Kadioğlu S. Hatay Cumhuriyeti'nde Sağlık Hayatı: Yerel Yenigün Gazetesindeki Yansımalar. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2013;3(1):34-52.
18. Tekin M, ed. Hatay Devleti Millet Meclisi Zabıtları. Atatürk Araştırma Merkezi; 2009.
19. Ulus Gazetesi, 06.09.1938.
20. Sarınoy Y. Atatürk'ün Hatay Politikası II (1938-1939). Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi 1996;12(35):407-454.
21. Cumhuriyet Gazetesi, 08.09.1938.
22. Akşam Gazetesi, 08.09.1938.
23. Hatay Devleti Resmi Gazetesi, 26.10.1938.
24. BCA (ATESE Arşivi), 110.9.1.14.8.0.9, 05.10.1938.
25. Hatay Devleti Resmi Gazetesi, 08.11.1938.
26. BCA (ATESE Arşivi) 110.9.1.14.8.0.48, 08.06.1939.
27. Hatay Devleti Resmi Gazetesi, 10.11.1938.
28. Hatay Devleti Resmi Gazetesi, 3.12.1938.
29. Akşam Gazetesi, 02.09.1938.
30. Ulus Gazetesi, 02.09.1938.
31. Ulus Gazetesi, 26.01.1939.
32. Akşam Gazetesi, 26.01.1939.
33. Cumhuriyet Gazetesi, 23.04.1939.
34. BCA, 30.10.225.515.15, 10.05.1939.
35. Cumhuriyet Gazetesi, 30.05.1939.
36. Ulus Gazetesi, 30.05.1939.
37. Hatay Devleti Resmi Gazetesi, 01.03.1939.

Avicenna's Dental Anatomy: Bridging Ancient Insights with Modern Knowledge*

İbn-i Sina'nın Diş Anatomisi: Kadim Görüşleri Modern Bilgiyle Birleştirmek

Burak Karipⁱ, İbrahim Topçuⁱⁱ, Hatice Sena Ayhünⁱⁱⁱ

ⁱDDS, PhD., University of Health Sciences, Faculty of Medicine, Department of Anatomy
<https://orcid.org/0000-0002-6757-4960>

ⁱⁱMD, PhD., University of Health Sciences, Faculty of Medicine, Department of Medical History and Ethics
<https://orcid.org/0000-0002-9572-1251>

ⁱⁱⁱDDS, PhD Candidate, University of Health Sciences, Hamidiye Institute of Health Sciences, Department of Medical History and Ethics, <https://orcid.org/0009-0002-2767-7663>

ABSTRACT

Objective: This study examines Avicenna's knowledge of dental anatomy and compares it with modern dental anatomy. The aim is to identify similarities and differences between ancient and contemporary understandings of dental structure.

Materials and Methods: The original Arabic text of *Canon of Medicine* (الطب في القادون) and its English translation (1973, AMS Press) were used. Additionally, the Turkish translation of *Tahbiz al-Mathun*, a commentary on *Canon* by Tokadî Mustafa Efendi, was referenced. The dental anatomy sections from the first book and the basic anatomy of the mouth and tongue from the third book were analyzed, translated, and compared across the Arabic, English, and Turkish versions.

Results: Despite some differences, Avicenna's dental and oral anatomy descriptions largely align with modern knowledge. The sutures and structures of the jaw bones are similar, and Avicenna notes that teeth can sense temperature, a concept consistent with the contemporary understanding of dental nerves. However, his descriptions of the nerves and their functions do not fully match current anatomical knowledge. The arteries and veins of the mouth, as described by Avicenna, generally align with today's anatomical understanding.

Conclusion: The study reveals both agreement and discrepancies between Avicenna's dental anatomy and modern knowledge. While his insights into specific structures and functions are accurate, his explanations of nerve pathways and muscle anatomy require further clarification. This work emphasizes the importance of integrating ancient medical knowledge with modern scientific understanding, providing a foundation for future research in the history of medicine.

Keywords: Avicenna, Anatomy, Canon of Medicine

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, İbn-i Sina'nın diş anatomisi hakkındaki bilgisini incelemeyi ve bunu modern diş anatomisi ile karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Amaç, eski ve çağdaş diş yapısı anlayışları arasındaki benzerlikleri ve farkları belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Tıp Kanunu'nun (الطب في القادون) orijinal Arapça metni ile 1973'te AMS Press tarafından yayınlanan İngilizce çevirisi kullanılmıştır. Ayrıca, Tokadî Mustafa Efendi tarafından yazılmış olan ve Kanun üzerine bir açıklama olan *Tahbiz al-Mathun*'un Türkçe çevirisi de referans alınmıştır. Birinci kitaptaki diş anatomisi bölümleri ve üçüncü kitaptaki ağız ve dilin temel anatomisi analiz edilmiş, çevrilmiş ve Arapça, İngilizce ve Türkçe versiyonlar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Bazı farklılara rağmen, İbn-i Sina'nın diş ve ağız anatomisi tanımlamaları genel olarak modern bilgilerle uyumludur. Çene kemiklerinin suturları ve yapıları benzer şekilde tanımlanmıştır ve İbn-i Sina, dişlerin sıcaklık hissedebileceğini belirtmiş, bu da modern diş sinirleri anlayışıyla tutarlıdır. Ancak, İbn-i Sina'nın sinirler ve işlevleri hakkındaki açıklamaları, mevcut anatomik bilgiyle tam olarak örtüşmemektedir. İbn-i Sina'nın ağızda tarif ettiği arterler ve damarlar, günümüz anatomik anlayışıyla genelde uyumludur.

Sonuç: Çalışma, İbn-i Sina'nın diş anatomisi ile modern bilgi arasında hem benzerlikler hem de tutarsızlıklar ortaya koymaktadır. İbn-i Sina'nın bazı yapılar ve işlevlerle ilgili tespitleri doğru olsa da, sinir yolları ve kas anatomisi açıklamaları daha fazla açıklamaya ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışma, eski tıbbi bilgilerin modern bilimsel anlayışla entegrasyonunun önemini vurgulayarak, tıp tarihindeki gelecekteki araştırmalar için bir temel sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İbn-i Sina, Anatomi, El-Kânûn Fit-Tıbb

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):175-182

DOI: 10.31020/mutfd.1585400

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 15 November 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 01 January 2025

İletişim- Correspondence Author: Burak Karip <krpbrk@gmail.com>

Introduction

Abu Ali al-Hussein Ibn Abdullah Ibn Sina, known as Avicenna, was born around 980 in Efşene near Bukhara. His father, Abdullah, was from Balkh and was a Turk. He married a Turkish woman named Yıldız in the town of Afshan in Bukhara, inhabited by Turks like his hometown. Avicenna, who started his education at five, progressed quickly. He knew many fields, such as philosophy, arithmetic, theology, and medicine. After deepening his expertise in philosophy, he started to read medical literature. It is stated in historical sources that he treated patients at the age of seventeen and was appointed as a palace physician at the age of eighteen. Avicenna left Bukhara at the age of twenty-one due to the political disturbances and his father's death. Then, he traveled to various regions and interacted with the scholars of the period he encountered. During his stay in Urgench, he had the opportunity to author many books and teach his students the Canon of Medicine, which was finished in the early 1020s. From 1024 to death in 1037, he resided in Isfahan and continued to compose his works.¹⁻³ Canon consists of five books. Dental anatomy is mentioned in the first book and explained briefly in the third book, before mouth diseases. In the anatomy of bones, the borders of the maxilla are explained with sutures. Teeth are also counted as bones; their ability to sense is one of the most significant differences. The muscle anatomy of cheeks, lips, jaws, and tongue is also explained in depth. The nerves that innervate the area and the arteries and veins mentioned differ from today's anatomy.

Tokadī Mustafa Efendi was born in Tokat, a city in Anatolia, and died in 1782 in Istanbul.⁴ He was an influential scholar and state official of the Ottoman Empire. After the request of Sultan Mustafa III, Tokadī Mustafa Efendi started translating Canon to Ottoman Turkish while adding commentaries of Canon by many esteemed scholars and himself. He completed his work, Tahbiz al-Mathun, in 1766-67 and presented it to Sultan Mustafa III.⁵ Tahbiz al-Mathun is the first translation of a text in Islamic literature by comparing the printed copy with the manuscripts. In his endeavor to obtain the correct copy, Tokadī compared many Canon copies, which are spread over a large geographical area and have many copies, including the Roman printed copy printed in the 16th century. He uses reference texts to construct a solid text. His first reference here is the commentaries on Canon. The main commentary he focuses on is Qutb al-Din al-Shirazi's al-Tuhfah al-Sa'diyya. In addition, he also evaluated the commentaries of scholars such as Ibn Jumay, Fakhr al-Din al-Razi, Muhammad ibn Yusuf al-Īlāqī, and Masīhī. With all these aspects, this work is a foundational text for Turkish translation history and edition-critical studies.⁵

We aim to examine the knowledge acquired about dental anatomy by Avicenna and compare it to modern dental anatomy. Therefore, we will determine the similarities and differences between the ancient dental anatomy and the anatomy we learn today.

Material and Methods

We used the original Arabic text of Canon (الطب في الـمقاوون) and the English translation (the Canon of Medicine) published in 1973 by AMS Press in the United States was used to compare. We mainly used the Turkish translation of Tahbiz al-Mathun, a Canon commentary by Tokadī Mustafa Efendi. For dental anatomy, the first book's anatomy section was used. Firstly, sections about dental anatomy were selected and analyzed. Then, it was translated and summarised in modern Turkish. The same procedure was applied to the basic anatomy of the mouth and tongue, taken from the third book. Names of the terms and section titles were confirmed with Arabic and English versions. In addition, the leading book used as a source for modern anatomy comparisons is Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice (41st edition).

Results

Dental anatomy

According to the dental anatomy described in the Canon of Medicine, there are thirty-two teeth. Some individuals may not have wisdom teeth at the maxilla and mandible far left and right ends. Therefore, they would have only twenty-eight teeth. The medial incisors (ث ن ي تان) are the four front teeth; two are in the maxilla, and two are in the mandible, side by side. Next to the medial incisors are the lateral incisors (ر ا ع ي تان), making a total of four incisors. These eight teeth are used for cutting food, similar to a knife. Next to the lateral incisors are the canines (ن ا ب), four in total, which assist in cutting. The molar teeth (أضراس) are located in the maxilla and mandible, usually numbering sixteen (in most people, there are five on each side, making a total of twenty). These molars are responsible for grinding food. Wisdom teeth (ال نواجذ) are located at the end of the molars and erupt during the growth period, typically between puberty and the prime of life (ages 30-45).⁵

Teeth have roots that are thin and sharp. They are embedded in sockets in the jawbones, and powerful ligaments surround each socket. Some molars have a single root, while molars in the mandible typically have at least two, often three. Wisdom teeth may have even more roots. Molars in the maxilla have at least three roots, and generally four. Molars have more roots than other teeth because they are larger and have a more demanding function.

Additionally, teeth in the maxilla resist gravity and require additional protection, hence the need for more roots. Teeth in the mandible do not require as much protection. Unlike other bones, teeth can sense stimuli. Galen stated that teeth were designed to sense stimuli, such as differentiate between hot and cold.⁵ It was also observed that the terminology used in various languages could differ and was tabulated (**Table 1**).

Table 1. Translations of Certain Terms from The Canon of Medicine in Various Languages

Arabic	English	Latin	Turkish
ثنيان	Incisor tooth I (medial incisors)	Dens incisivus I	Üst Orta Kesici Diş (Santral Diş)
رباعيتان	Incisor tooth II (lateral incisors)	Dens incisivus II	Üst Yan Kesici Diş (Lateral Diş)
ناب	Canine tooth	Dens caninus	Köpek dişi
أضراس	Molar tooth	Dens molaris	Azı dişi
النواجذ	Third molar tooth; wisdom tooth	Dens molaris tertius; dens serotinus	3. Azı dişi, Akıl dişi, Yirmi yaş dişi
السباتي لشريان	Common carotid artery	Arteria carotis communis	Karotid arteri, Şah damarı
الوداج الظاهر	External jugular vein	Vena jugularis externa	Diş jugular ven
الوداج الغائر	Internal jugular vein	Vena jugularis interna	İç jugular ven

Anatomy of bone structures

The section on dental anatomy begins by describing the sutures of the maxilla in the Canon of Medicine. The upper jaw, or maxilla, connects with a suture between the jaw and the frontal bone on the upper side of the head. This suture is located between the eyelids and extends to the temporal sides. On the outer side, a suture starts from the ear and passes through the jaw and sphenoid bone. Behind the molars, this suture curves. After curving, it ends at the median palatine suture. The final suture separates the maxilla from the palatine bone. These sutures define the maxilla's borders, further subdivided by additional sutures. The first of these is the previously mentioned median palatine suture. The second starts from the midpoint between the two eyebrows and ends near the maxillary central incisors. The third begins in the

exact location as the second, curves downward, and ends between the lateral incisors and the canine teeth. Together, these sutures, along with the joint suture between the maxilla and sphenoid bone, define the boundary of the ears.⁵

Two triangle-shaped bones are located at the incisors' roots and canines. However, the bases of these triangle-shaped bones do not align with the roots; instead, they terminate near the nostrils. Therefore, there are two additional bones, one on each side, located near the bases of these triangle-shaped bones. These bones surround the bases of the triangular bones, the roots of the anterior teeth, and the sutures on each side of the maxilla. These bones form a right angle with the middle suture of those above three primary sutures, an acute angle with the canine level, and an obtuse angle with the nostrils. From the maxillary sutures, one from the joint region extends to the orbit and divides into three branches without entering the orbit. The first branch passes under the suture that connects the forehead and maxilla above the orbit and joins the eyebrows. The second branch passes under the first but does not involve the orbit. The third branch enters the orbit, passes beneath the eyebrows, and joins the facial muscles. The lower jaw comprises two bones united at the center by an immobile joint. One bone has a protrusion with two smaller protrusions.⁵

As the Canon states, the nose is formed by two triangular-shaped bones. On the upper side, the two corners face each other, and their base connects at a corner. As they come together, they separate into two corners. These bones contribute to the sutures of the maxilla. Beneath these bones is soft cartilage with two formations, and in the middle of these, a third cartilage extends to the middle suture of the maxilla. This cartilage is longer and more robust than the other two.⁵

Muscle anatomy

In terms of muscle anatomy, the cheek has two types of movement. One movement is linked to the mandible's motion, while the other is related to the cheek movement of the lips. The difference between these movements lies in the fact that the first depends on the movement of the mandible itself, which causes the cheek to move as well. The second movement involves a muscle between the cheek and lips, which moves the cheek and lips together on either side of the face. This muscle is called the cheek muscle and consists of four parts, with fibers originating from four different points.

- The first fiber originates from the clavicle and merges with the cheek below the lips, causing the mouth to move downward and sideways.
- The second fiber arises from the ribs and clavicle, and its fibers run obliquely. The fiber originating from the left rib and clavicle ends at the right side of the lower lip, while the fiber from the right side does the opposite. When these fibers contract, they cause the mouth to pucker and the lips to protrude, resembling a pouch.
- The third fiber originates from the coracoid process and moves the lips to the sides.
- The fourth fiber originates from the spinous process and runs along the process to join the cheek at the level of the ears. This fiber moves both the cheek and lips outward. In some individuals, this fiber reaches the ears and causes movement there.⁵

In addition to the mutual muscle with the cheek, the lips are controlled by four muscles. Two of these muscles originate above the cheeks and end at the lips, while the other two arise from below. These four muscles are sufficient for the movement of the lips. When one muscle contracts alone, the lips follow its direction. When two muscles contract simultaneously, the lips spread to both sides, allowing four different

movements. These four movements are made possible by the collaboration of the mutual muscle and the four lip muscles, enabling the lips to sense. Small but strong muscles located near the nostrils, although not part of the lip and cheek muscles, help to strengthen the nose, which is weak due to the absence of bones. These muscles also help widen the nostrils.⁵

Regarding the movement of the jaws, the mandible is unique in its mobility. This mobility offers several advantages: the movement of the maxilla may affect other organs on the upper side of the head, such as the eyes, and diminish its connection with the rest of the head. The mandible can have three types of movement: the first is opening the mouth, the second is closing the mouth, and the third is chewing. The opening movement involves the jaw moving downward, while the closing movement involves the jaw moving upward.⁵

According to the muscle anatomy of the tongue described in the Canon, nine muscles are involved in tongue movement. Two of these are broad muscles that originate from the hyoid bone (سهمية زوائد) and extend to both sides of the tongue. Two other long muscles are located in the middle of the tongue. Two muscles originate from the underside of the hyoid bone and move the tongue laterally. The remaining two muscles pull the tongue backward and are positioned beneath the other muscles. The final muscle is located between the tongue and the hyoid bone, allowing the tongue to move in and out.^{5,6}

Cranial nerves

In the Canon part that discusses nerves, there are seven cranial nerves. Only the ones associated with dental anatomy are mentioned in this. The third cranial nerve originates from the middle of the brain's base and the union point of the frontal and hindbrain. It merges with the fourth cranial nerve and then splits again. The third cranial nerve is divided into four branches. The first branch goes down the neckline and arrives at the diaphragm. The second branch merges with the fifth cranial nerve branch. The third branch comes off from orbit and splits up into three parts. The first one innerves temporal sides, jaws, eyebrows, forehead, and eyelids—the second part goes deep in the nose. The third part is not small like the first two; it is significant. It goes out of the tiny space of the maxilla and splits into two little branches. The first one innerves teeth and gums (the nerves that go to teeth are so thin that they are not visible.). The second branch spreads to the cheek, nose, and upper lip. The fourth part goes from the maxillary foramen to the tongue and spreads to the outer layer of the tongue; it gives the sense of taste. Other branches go to the gums, papilla, and lower lip. This is thinner than the nerve that goes to the eye. The fourth cranial nerve comes from the third cranial nerve behind and goes to the palate. It is smaller than the third cranial nerve but more robust. The sixth cranial nerve originates from the hindbrain and splits into three branches. The first branch goes to the pharynx and tongue. (The second branch goes to the shoulders, and the third branch goes to the internal organs) The seventh branch originates from the edge of the brain and medulla spinalis. It goes to the tongue as a motor nerve, making it move. It also goes to the muscles between the hyoid bone and the thyroid.⁵

Spinal nerves

There are eight spinal nerves mentioned in the Canon. Only the ones associated with dental anatomy will be mentioned. The fifth spinal nerve originates between the fourth and fifth vertebrae. The first branch innerves the cheeks, and the second innerves the muscles that move the head.⁵

Blood supply pattern

Blood vessels that supply the mouth are described in detail. When the common carotid artery (الشريدان) reaches the neck, the common carotid artery splits into two branches. The first branch also

splits into two. One branch goes deep and reaches the tongue and the muscle inside the lower jaw. The superficial one goes to the ears and temporal muscles. The external jugular vein (الظاهر الوداج) is formed of two parts—one part spreads to the upper and lower jaw, around the tongue, and near. The second part goes to the head and ears. The internal jugular vein (الغائر الوداج) reaches the trachea and oesophagus and lasts at the hyoid bone region.^{5,6}

Relationships with other structures

The general anatomy of the mouth and tongue in Canon is described in the third volume. The mouth is a necessary organ that is used for the transportation of nutrition to the below. It also cooperates with the nose when transporting air down. It is also used for throwing up waste when it cannot be cast away from below. It also provides speech for humans and sounds for animals. The tongue is an organ that mixes chewed food and helps to make sounds and taste. After comes the esophagus, which joins with the soft palate at the level of the sagittal suture and is connected to the stomach. The tip of the tongue is thin and called *أسلّة*. The thinner the sole is, the more precise the sound and better the speaking. If the tongue is too big or too little, or shrank, those people cannot have the ability to speak. The matter of the tongue is soft and white meat, surrounded by capillary. Thus, the tongue appears red. The tongue also consists of veins and arteries. Although small, the veins, arteries, and nerves it houses are more than expected. There are two openings under the tongue, which a needle can penetrate. Saliva flows from those openings. Those are called sublingual ducts. Saliva keeps the tongue moist.⁷

Discussion

Galen says that teeth were created to distinguish between cold and heat. The definition in this direction coincides with current information. Because there is at least one nerve fiber in each tooth root, and in addition to these, the teeth also have proprioceptive sense. In addition, Avicenna describes the tooth as "a bone that senses through soft nerves." Current science confirms that the structure of a tooth consists primarily of highly mineralized structures, which is consistent with Ibn Sina's statement about bone. These mineralized tissues surround the dental pulp, a specialized, nerve-rich connective tissue corresponding to his statement of "soft nerves." Remarkably, Ibn Sina's description of the tooth's structure is entirely accurate, even without the aid of modern scientific instruments.⁸

The descriptions of the sutures made by the maxilla and other bone structures in its neighborhood coincide with today's knowledge of general structure.^{9,10} The information about the external nose and the general structure of the teeth is compatible with today's modern anatomy definitions. Another finding is that the teeth in the maxilla resist gravity and, therefore, have more roots than the mandible. This is a logical philosophical explanation based on the laws of physics. In addition, one of the most important differences between the mandible and the maxilla is that the maxilla has spongiosis, while the mandible has compact bone. This situation also supports the explanation above.

The mention of the cheek muscle and the four muscle fibers that make up this muscle in the Canon of Medicine does not reflect reality. This situation can be explained in two ways: Either the dissection of this region was performed on an animal that fits the description, not on a human, or the muscles that extend from the facial area to the neck or from the neck to the facial region, such as the platysma, were evaluated as a single muscle. It is mentioned that there are four muscles around the lips. These muscles indicate the muscles that cause elevation and depression according to their descriptions. However, in addition to these, there is also the orbicularis oris muscle, which forms the main skeleton of the lip. The muscle specified as the mutual muscle is likely the risorius muscle. On the other hand, lips are not limited to only four movements but have more movement patterns. The information about the muscles that expand the

nostrils is consistent with today's anatomy consensus. This muscle is the alar part of the nasalis muscle. Three mandible movements are mentioned: opening, closing, and chewing. These movements are correct, but additional information that can be given to detail the definition is that the mandible also makes protrusion and retrusion movements.

Some sources mention eight and some nine tongue muscles. These muscles are generally examined as extrinsic and intrinsic. Although the information is usually correct, the two tongue muscles mentioned are attached to the hyoid bone: the genioglossus and hyoglossus muscles.

The third and fourth cranial nerves are the motor and sensory branches of the trigeminal nerve. Although the courses of the nerves are given accurately in general, some details could be improved compared to modern anatomy. For example, the branch is shown as the first branch and is stated to reach the diaphragm; it fits the phrenic nerve in terms of its course and definition. However, this nerve originates from the cervical plexus, not the trigeminal nerve.¹⁰

Although the information about the cervical nerves is given correctly, the information provided for C5 differs from today. C5 participates in the brachial plexus structure, activating some shoulder area muscles. It also engages in the phrenic nerve. Avicenna presented detailed insights on peripheral nerves and proposed an anatomical theory for the cerebellum and caudate nucleus that closely aligns with modern understanding. Additionally, he offered thorough descriptions of the vertebrae and their components.¹¹

Dentistry was a significant branch of medical science in the 11th century. Ibn Sina's extensive observations across various fields of medicine guided physicians for six centuries. Some of his insights remain relevant today and continue to be applicable in modern medicine.¹² The literature contains information about the carotid artery and jugular vein. The language used is compatible with the current consensus regarding its main lines and macrostructure. The English copy we used of Canon does not develop into details in the anatomy section, and it is omitted, arguing that the anatomy knowledge of those times was inadequate.¹³ Some scientific studies have discussed Avicenna's toothache and its influencing factors. However, this topic is not included in our study.¹⁴

Conclusion

This study reveals remarkable alignments and discrepancies between Avicenna's descriptions of dental anatomy and modern anatomical knowledge. While many aspects, such as the general structure of teeth, their function, and the description of maxillary sutures, align with contemporary understandings, specific details—especially regarding muscle anatomy and nerve pathways—show discrepancies. Avicenna's observations on the relationship between teeth and sensory functions, like distinguishing temperature, are consistent with modern concepts of proprioception. However, his interpretation of facial and oral musculature and nerve distributions warrants further clarification. This highlights the strengths of Avicenna's contributions, particularly in the context of his time, while also pointing out areas where additional research is needed to fully reconcile ancient and modern medical knowledge. Ultimately, this study underscores the value of exploring historical medical texts to enrich our understanding of the evolution of anatomical science and its continued relevance today.

Acknowledgments

The authors declared no potential conflicts of interest.

Author Contributions

Burak Karip: Concept, design, supervision, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

İbrahim Topçu: Concept, design, supervision, data collection, analyses and interpretation, literature search, data interpretation, writing-review, editing.

Hatice Sena Ayhün: Concept, design, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review.

References

1. Altıntaş A. İbn Sînâ'nin Kısa Hayat Hikayesi Ve Hifzi Sihat (Sağlığı Korumak). Anadolu Tıbbi Dergisi 2022;1:1-15.
2. Kaya MC. Ebû Sehl İsâ b. Yahyâ el-Mesîhî ve Kitâb fî esnâfi'l-ulûmi'l-hikmiyye'si. İslam Tetkikleri Dergisi 2020;10:467-499. DOI: 10.26650/iuitd.2020.770552.
3. Zargarani A, et al. Ibn Sina (Avicenna) in the Canon of Medicine describes stroke management. International journal of cardiology 2013;169:233-237. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.08.115.
4. Aciduman A. El-Kânûn fî't-Tıbb'ın Türkçe çevirisi Tahbîzü'l-Mathûn'da çocuk sağlığı ve hastalıkları üzerine Tokatlı Mustafa Efendi'nin katkıları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014;57:225-239.
5. Tokadî Mustafa Efendi. Tahbîzü'l-Mathûn: El-Kânûn Fî't-Tıbb Tercümesi. Vol 1. cilt. Türkiye Yazma Eserler Kurumu; 2018.
6. Ebu Ali Hüseyin bin Ali İbn Sina. El-Kânûn Fit-Tıbb. Vol 1. Cilt. (El-Kaş İdvar, Zey'ur Ali, eds.). Müessesetu İzzeddin; 1993.
7. Tokadî Mustafa Efendi. Tahbîzü'l-Mathûn: El-Kânûn Fî't-Tıbb Tercümesi. Vol 3. cilt. Türkiye Yazma Eserler Kurumu; 2018.
8. Naderi NJ. A Comparison Between the Al-Qanoon Fi al-Teb Principles in Dental Treatments and Contemporary Dentistry. Avicenna Journal of Dental Research 2018;10(2):54-56.
9. Angelieri F, et al. Zygomaticomaxillary suture maturation: A predictor of maxillary protraction? Part I - A classification method. 2017;20:85-94. DOI: <https://doi.org/10.1111/ocr.12143>.
10. Standring S. Gray's Anatomy- The Anatomical Basis of Clinical Practice. 41th ed.: Elsevier, 2015.
11. Keskinbora K, Keskinbora K. A systematic review of Ibn Sina's (Avicenna) studies: reflections on anatomy. Eur J Anat 2016;20(1): 99-105.
12. Faridi P, et al. Natural remedies in the Canon of Medicine for dentistry and oral biology. Trends in Pharmaceutical Sciences 2015;1(1):4-9.
13. Gruner C. O. The Canon of Medicine of Avicenna. First. New York: AMS Press, 1973.
14. Niroumand MC, Farzaei MH. A Review on The Medicinal Plants for The Management of Toothache in Avicenna's Canon of Medicine: An Evidence based Review. Journal of Reports in Pharmaceutical Sciences 2018;7(2):197-213.

Homeros Destanlarında Geçen Δίκη (Dike)/Hak Kavramının Bazı Etik ve Adalet Kuramları Açısından İncelenmesi *

Analysis of the Concept of Δίκη/Right in Homeric Epics in Terms of Some Ethics and Justice Theories

Nuray Yaşar Soydanⁱ, Ahmet Acidumanⁱⁱ

ⁱDr. Fevzi Çakmak Aile Sağlığı Merkezi, <https://orcid.org/0000-0001-7526-587X>

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

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, Homeros'un (MÖ VIII.yüzyıl) Ἰλιάς (Ilias)/İlyada ve Ὀδύσσεια/Odysseia adlı destanlarında geçen Δίκη (Dike)/hak kavramı üzerine odaklanılmıştır. Bu bağlamda, Homeros toplumu içinde yaşanmış hak kavramıyla ilgili söylem ve uygulamalar, yaşanan anlaşmazlıklar, hak arayışları, sözel çözüm yöntemleri ve uygulanan sözel cezalar irdelenerek hangi etik ve adalet kuramların ilk örneklerini oluşturduğu gösterilmeye çalışılmıştır. Hak kavramı, hukuki bir terim olsa da uygulanan kararların doğru-yanlış, iyi-kötü olması, kavramın erdem ve değerler yönüyle de ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Destanlarda geçen ὑβρις (hubris)/küstahlık, αἰδώς (aidos)/utanç, (τιμή)/onur, μέτρον (metron)/ölçülü olma gibi kavramlar da etik açıdan ele alınmıştır.

Yöntem: Çalışmada Homeros'un Ἰλιάς destanı için Azra Erhat ve A. Kadir, Ὀδύσσεια destanı için ise Azra Erhat/A. Kadir ve Ahmet Cevat Emre'nin Türkçeye kazandırdığı çalışmalar kaynak olarak kullanılmıştır. Çalışmada metin çözümlemesi yöntemine başvurulmuş, destanlarda geçen Δίκη kavramının anlamları incelenmiş ve bulgular kısmında sunulmuştur.

Bulgular: Bu inceleme sonucunda; Δίκη kavramının hukuki anlamda haksız davranış, hüküm vermek, pay, hukuk, karar, iddia, dava; sıfat anlamı olan doğru-dürüst anlamının da etik anlamda kullanıldığı saptanmıştır. Temel etik ilkelerden olan erdem ve ödev etiği ile adaletin temel ilkelerinden olan dağıtıcı ve düzeltici adalet ilkesi göze çarpan bulgular arasındadır. Dağıtıcı adalet ilkelerinden yararcılık, liyakatçılık ve eşitlik temelli yaklaşımların da ilk örneklerine rastlanılmıştır.

Sonuç: Homeros destanlarında Δίκη kavramına farklı anlamların ve değerlerin yüklendiği görülmüştür. Tek bir kavramın etik ve adalet olmak üzere iki farklı kurama kaynaklık ettiği fark edilmiştir. Homeros destanlarının, temel etik ve adalet kuramlarının ilk örneklerini içermesi bakımından özgün eserler olarak önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Homeros, Hak, Erdem Etiği, Ödev Etiği, Dağıtıcı Adalet

ABSTRACT

Aim: This study focuses on the concept of Δίκη (Dike)/right, which is mentioned in Homer's (8th century BC) epics called Ἰλιάς/Iliad and Ὀδύσσεια/Odyssey. In this context, the discourses and practices related to the concept of right, the disputes experienced, the quests for rights, the verbal solution methods and the verbal punishments applied within the Homeric society are examined and it is tried to show which ethical and justice theories it constitutes the first examples of. Although the concept of right is a legal term, the fact that the decisions applied are right or wrong, good or bad reveals the necessity of considering the concept in terms of virtue and values. Concepts such as ὑβρις (hubris)/arrogance, αἰδώς (aidos)/shame, τιμή (time)/honor, μέτρον (metron)/moderation, which are mentioned in epics, are also discussed from an ethical perspective.

Materials and Methods: In the study, the works translated into Turkish by Azra Erhat and A. Kadir for Homer's Ἰλιάς epic, and by Azra Erhat/A. Kadir and Ahmet Cevat Emre for the Ὀδύσσεια epic were used as sources. In the study, by using the text analysis method, the meanings of the concept of Δίκη in the epics have been examined and have been presented in the findings section.

Results: As a result of this examination; It has been determined that the concept of Δίκη is used in the legal sense as unfair behavior, judgment, share, law, decision, claim, lawsuit; and its adjective meaning, right-honest, is used in the ethical sense. Among the striking findings are the ethics of virtue and duty, which are fundamental ethical principles, and the principle of distributive and corrective justice, which are fundamental principles of justice.

Conclusion: It has been seen that different meanings and values are attributed to the concept of Δίκη in Homer's epics. It has been noticed that a single concept is the source of two different theories, ethics and justice. Homeric epics are thought to have an important place as original works, as they contain the first examples of basic ethical and justice theories.

Keywords: Homer, Right, Virtue ethics, Duty ethics, Distributive justice

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):183-197

DOI: 10.31020/mutfd.1589740

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 25 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 16 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Nuray Yaşar Soydan <nuray51yasar@gmail.com>

Giriş

Δίκη kelimesi köken olarak incelendiğinde “göstermek” veya “işaret etmek, belirtmek” anlamına gelen “deik” kökünden ve “δείκνυμι” (deiknumi) fiilinden gelmekte olup, isim olarak “gelenek”, “kullanım”, “düzen”, “hak”, “yargı”, “dava”, “kefare” ve “ceza” gibi anlamlara sahiptir.^{1,2} Latince ise “dic” kökünden dictio, onis, f. “söz”, “söyleme”, “dağıtma”, “iddia”, “dava”, “dava açma”, “savunma”, “yalvarma”, “konuşma”; iudex, cis. m. fem. (ius+dic) kökünden “yargıç”, “hâkim”, “bilirkişi”, “karara varmak” ve “yargıçlık yapmak” anlamlarına gelmektedir.³

Mitolojide de geçen Δίκη, Zeus ile Themis’in kızı olup, Eunomia (İyi düzen) ve Eirene (Barış) ile birlikte Hora’lardan (Saatler) biridir.⁴ Δίκη’nin annesi Themis de Uranos’la Gaia’nın kızı olup dişi titanlardandır.⁴ Kanun, kural ve yasa olan Themis Zeus’un tahtının ayakucunda otururken betimlenmekte; yere ve gökyüzüne ait alınacak bütün kararlarda Zeus’a hikmet ve adalet tavsiye etmektedir. Themis sadece Olympos’taki tanrılar arasında değil, tüm evrende hukukun ve adaletin üstünlüğü için çaba göstermektedir.⁵

Klasik çalışmaları içeren Perseus Digital Library⁶ sitesinin Yunan ve Roma kaynakları bölümünde Δίκη için arama yapıldığında, bu kavramın pek çok antik kaynakta yaygın olarak kullanılmış olduğu görülmüştür. Bunlar arasında Hesiodos’un (MÖ VIII. yüzyıl sonları-VII. yüzyıl başları) *Ἔργα καὶ Ἡμέραι (Erga kai Hemera)*/İşler ve Günler adlı eserinde Δίκη şu şekilde geçmektedir:

“Bir kız vardır, Zeus’un kızı, adı Δίκη
Olymposlu tanrılar sayarlar, severler onu.
Biri saygısızlık etmesin ona haksızlık edip,
Hemen gider oturur dizleri dibine Babası Zeus’un,
Ve dert yanar ona, insanların haksızlığından.
Ne yazık ki bütün halk çeker cezasını
Kötü karar veren yolsuz kralların.”⁷

Sophokles (MÖ 496-406) ise *Ἡλέκτρα/Elektra* adlı tragedyasında* suçun işlenmesini takiben Δίκη’nin ceza vermeye geleceğini şu şekilde ifade etmektedir:

“Yaklaşıyor Tanrıça Δίκη haberlerle,
Ellerinde kutsal güçle!
Cezalandırmaya gelecek o, çocuğum
öyle uzak olmayan bir zamanda!”¹⁰

Gagarin¹¹ (1974) Atinalı devlet adamı ve şair Solon’un (MÖ 640-560) Δίκη kavramına pek çok şiirinde yer verdiğini belirterek, “zorla ya da yasanın sahte kullanımıyla mülkiyetin yasadışı edinimi”/“ἀδίκως” (adikos) anlamında ve ekonomik ve politik ilişkilerde “hukuka uygun davranış” anlamında kullandığını da belirtmiştir. Aiskhylos’un (MÖ 525-456) *Χοηφόροι (Khoephoroi)/Adak Sunucuları* adlı tragedyasında ise “adaletin dengesi nöbet tutuyor”¹², Herodotos’un (MÖ yak.484-424) *Ἱστορίαι (Historíai)/Herodot Tarihi* adlı eserinde “ὦ δέσποτα, ἐγὼ ταῦτα τοῦτον ἐποίησα σὺν δίκῃ”¹³, “Efendim, ona ne yaptırısam adaletle yaptım” şeklinde yer alırken, Euripides’in (MÖ yak. 485-406) *Μήδεια/Medeia* adlı tragedyasında “Ölümlülerin gözünde adalet yoktur”¹⁴ biçiminde, Aristophanes’in (MÖ yak. 450-yak. 385) *Βάτραχοι (Batrachoi)/Kurbağalar* adlı komedyasında da “Sen dürüst bir adamsın, adalet için gidersin”¹⁵ şeklinde yer almıştır. Platon’un (MÖ yak. 429-347) *Νόμοι/Yasalar*, *Φαίδων/Phaedon*, *Γοργίας/Gorgias*, *Κρίτων/Crito*, *Φαίδρος/Phaedrus* ve

* Tragedya sözcüğü Eski Yunancada “Τραγωδία” “tragodia” kelimesinden gelmektedir ve “keçi şarkısı” anlamında kullanılmaktadır.⁸ Aristoteles’e göre “tragedya, ahlaksal bakımdan ağır başlı, başı ve sonu olan, belli bir uzunluğu bulunan bir eylemin taklididir. Sanatça güzelleştirilmiş bir dili vardır; içine aldığı her bölüm için özel araçlar kullanır; eylemde bulunan kişilerce temsil edilir”.⁹

Συμπόσιον (*Symposium*)/Şölen gibi pek çok eserinde Δίκη kavramını kullandığı saptanmış olup *Πολιτεία* (*Politeia*)/Devlet adlı çalışmasında da Sokrates'i anarak “onun günlerini adalet ve dindarlık içinde geçirdiği” düşüncesini aktardığı görülmüştür.¹⁶ Δίκη kavramına eserlerinde yer veren bir diğer yazar da Plutarkhos (MS 46-120) olup, Δίκη kavramına *Θησεύς/Theseus*, *Σόλων/Solon*, *Ἀλκιβιάδης/Alkibiades* ve *Περικλῆς/Perikles* gibi çalışmalarında yer verdiği belirlenmiştir.⁶

Modern kaynaklar gözden geçirildiğinde ise Gagarin Δίκη'nin sıfat hali olan “doğru, dürüst” anlamında “δίκαιος”, (dikaios) “adaletsiz, haksız” anlamında “ἀδικος” (adikos) ve “yargılamak”, “karar vermek”, “hüküm vermek” anlamında “δικαζώ” (dikazo) gibi sıfat ve fiil anlamında kullanıldığını ifade ederek, iki farklı anlamına da dikkat çekmiştir: Birincisi “karakteristik”, “kendine özgü bir davranış”; ikincisi ise mülk anlaşmazlığında “hüküm”, “hâkim olan”, “uzlaşma”, “dava”, “olay” ve “yasa” gibi anlamlarının da olduğunu belirtmiştir.¹¹ Adkins¹⁷ *Merit and Responsibility* adlı çalışmasında Δίκη'den adalet anlamında söz etmektedir. Palmer ise Dike'nin Hint-Avrupa kökü olan “deik” “göstermek”, “işaret etmek” gibi fiil anlamlarına ek olarak “işaret”, “sınır işareti”, “anlaşmazlık”, “karar”, “karakteristik” ve “davranış” anlamlarını da vermektedir.¹⁸ Malamis (2011) yaptığı çalışmada Δίκη'nin çeşitli yazarlarca açıklanan şu anlamlarından söz etmiştir: Wolf'a göre “pay, hisse veya hak talebi”, Thompson'a göre “yol”, Latte'ye göre “kararın duyurulması, resmi bildirim”, Hirzel'e göre “δικεῖν” (dikein) fiilinden “atmak”, “bırakmak”, “vermek” ve “karar vermek” anlamlarına gelmektedir.¹⁹

Homeros ve Destanları

Platon'a göre Yunan dünyasında bütün inanışların babası²⁰, Aristoteles'e (MÖ 384-322) göre ilk filozof²¹ olan Homeros'un yaşamı hakkında yeterli bilgi olmadığı²² ve Eski Çağ'da doğum yeri olarak yedi kent adının geçtiği bildirilmiştir.²³ Bu kentler arasında Küçük Asya'da bulunan Kolophon (Değirmendere), Khios (Sakız Adası), Smyrna (İzmir), Kyme (İzmir'in Aliağa İlçesi yakınlarında bulunan bir antik kent) ve Yunanistan'da Argos, Athena, Rhodos, Salamis yer almaktadır.^{20,24} Konuyla ilgili olarak ünlü tarihçi Herodotos *Ἱστορίαι* adlı eserinin ikinci kitabının 53.bölümünde “Homeros ve Hesiodos benden herhalde, dört yüz yıldan daha eski değildirler” diye düşüncesini ortaya koymuştur.²⁵ Tarihçi Thukydides (MÖ 460-399) de Herodotos'un görüşünü desteklemektedir.²⁶ Bugüne kadar benimsenen yaygın görüş ise Avrupa'nın ilk epik şairinin İonia bölgesinde yaşadığı ve İzmirli olduğu yönündedir. Destanların derlendiği MÖ 650 yıllarına doğru ilk kez Yunan edebiyatında yer alan Homeros, Melas Nehri ile Kreteis adında bir Nymfe'nin (Peri) oğlu olarak gösterilmekte ve bir kasabadan diğerine giden fakir ve kör bir şarkıcı tipini temsil etmektedir.²⁷

Ἰλιάς ve *Ὀδύσσεια* destanları 24 kitaptan oluşmuş; Aiol ve İon lehçelerinin karışımı niteliğindeki lehçelerle yazılmıştır.²⁰ *Ἰλιάς* destanının konusu Akhilleus'un öfkesi ve bu durumun ortaya koyduğu sonuçlara dayanmaktadır.²⁶ Bu destan Troia Savaşı'nın dokuzuncu yılında tam 51 günlük süreyi anlatmaktadır.²⁰ Homeros'un diğer destanı *Ὀδύσσεια*'da ise ünlü kahraman Odysseus'un Troia Savaşı'ndan sonra yurdu İthake'ye dönüş yolunda başından geçen olaylar anlatılmaktadır.²⁶

Materyal ve Metod

Çalışmada Homeros'un *Ἰλιάς* destanı için Azra Erhat ve A. Kadir, *Ὀδύσσεια* destanı için ise Azra Erhat/A. Kadir²⁸ ve Ahmet Cevat Emre'nin²⁹ Türkçeye kazandırdığı çalışmalar kaynak olarak kullanılmıştır. Ayrıca *Ἰλιάς* destanının Yunanca metni için Homer³⁰ (1920) *Homeri Opera in Five Volumes* ve *Ὀδύσσεια* destanının Yunanca metni için ise Homer (1919) *The Odyssey*³¹ volume 1-2, A.T. Murray tarafından çevrilmiş çalışmalara başvurulmuştur. Çalışmada metin analizi yöntemine başvurulmuştur. Δίκη kavramının anlamları <https://logeion.uchicago.edu/lexidium>³² sitesinde yer alan *Middle Liddell* ve *Cunliffe Homer* sözlükleri takip edilerek ve destanlarda geçtiği yerler belirlenerek incelenmiş ve bulgular kısmında sunulmuştur. Tartışma

sırasında bulgular bölümünde tespit edilebilen Δίκη kavramının anlamları önce etik yaklaşımlar ve ardından adalet kuramları çerçevesinde tartışılmıştır.

Latince kelimeler için Charlton T. Lewis (1997) *An Elementary Latin Dictionary*, Eski Yunanca kelimelerin yazımı ve anlamı için Liddell and Scott (1889) *An Intermediate Greek-English Lexicon*, İngilizce kelime ve çeviriler için <https://www.seslisozluk.net/>³³-sitesine başvurulmuştur.

Çalışma yürütülürken başvurulan bazı antik kaynaklar şunlardır: Hesiodos'un *Ἔργα καὶ Ἡμέραι*, Aiskhylos'un *Χοηφόροι*, Aristophanes'in *Βάτραχοι*, Platon'un *Πολιτεία, Νόμοι*; Aristoteles'in *Ἠθικά Νικομάχεια (Etika Nikomakhia) Nikomakhos'a Etik*³⁴. Modern tarih kaynaklarından ise Arif Müfit Mansel'in *Ege ve Yunan Tarihi*, Michael Gagarin'in "Dike" Archaic Greek Thought," Thomson'un³⁵ *Eski Yunan Toplumunu Üzerine Düşünceler, İlk Filozoflar'a* (1997) başvurulmuştur. Etik ile ilgili başvurulan bazı çalışmalar arasında Beauchamp ve Childress'in *Principles of Biomedical Ethics*³⁶, Munson R, Lague I. (2016) *Intervention and Reflection Basic Issues in Bioethics*³⁷ ve Özlem, *Etik- Ahlak Felsefesi*³⁸ (2004) yer almaktadır.

Metinde geçen Eski Yunanca kelimeler ve antik kaynak adları ilk geçtiği yerde Eski Yunanca/Türkçe biçiminde yazılmış, devamında ise Eski Yunanca adı kullanılmıştır. Çalışma yapılırken metinde adı geçen antik kaynaklar için Perseus Digital Library⁶ sitesine başvurulmuştur.

Bulgular

Δίκη kavramının *ἱλιάς* ve *Ἰδύσσεια* destanlarında belirlenebilen anlamları şunlardır:

1. Gelenek, adet, usul, alışkanlık, töre, yasa anlamında

ἱλιάς

1. "...κεῖται Σαρπηδῶν Λυκίων ἀγὸς ἀσπιστῶν, ὃς Λυκίην εἴρυτο δίκησιν τε καὶ σθένεϊ ψ..." (*ἱλιάς*: 16. Bölüm, 541-542).
"...Düştü Sarpedon, savaşı Lykialıların önderi,
O korurdu Likya'yı gücüyle, tüzesiyle..."

Ἰδύσσεια

1. "... ἢ τ' ἐστὶ δίκη θεῶν βασιλῆων..." (*Ἰδύσσεια*: 4. Bölüm, 691).
"...Tanrısallıkların âdetidir..."
2. "... οὐτε δίκας εὖ εἰδῶτα οὐτε θέμιστας..." (*Ἰδύσσεια*: 9. Bölüm, 215)
"...töre nedir, yasa nedir bilmeyen..."
3. "...αὐτὴ δίκη ἐστὶ βροτῶν..." (*Ἰδύσσεια*: 11. Bölüm, 218).
"...Ölümlülerin âdetidir bu..."
4. "...ἢ γὰρ δμῶν δίκη ἐστὶν αἰεὶ δεῖδιότων..." (*Ἰδύσσεια*: 14. Bölüm, 59-60).
"...Garipleri ağırlamak âdetimdir..."
5. "...μνηστήρων οὐχ ἦδε δίκη τὸ πάροιθε τέτυκτο..." (*Ἰδύσσεια*: 18. Bölüm, 275).
"...Ama taliplerin törelere uymamaları yok mu?..."
6. "...αὐτὴ τοὶ δίκη ἐστὶ θεῶν, οἷ' Ὀλυμπον ἔχουσιν..." (*Ἰδύσσεια*: 19. Bölüm, 43).
"...Töresi böyle Olympos'ta oturan tanrıların..."
7. "...ἢ γὰρ δίκη, ὅπποτε πάτρης ἦς ἀπέησιν ἀνὴρ τόσσον χρόνον ὅσον..." (*Ἰδύσσεια*: 19. Bölüm, 168-169).
"...Kaderi budur yurdundan bunca zaman uzak kalan adamın (alışılmış bir durum)..."
8. "...ἢ γὰρ δίκη ἐστὶ γερόντων..." (*Ἰδύσσεια*: 24. Bölüm, 255).
"...Çünkü yaşlıların âdetidir..."

2. Hak, adalet, pay, doğru, dürüst anlamında

ἱλιάς

1. "...οἷ βίη εἰν ἀγορῇ σκολιάς κρίνωσι θέμιστας, ἐκ δὲ δίκην ἐλάσσωσι θεῶν ὅπιν οὐκ ἀλέγοντες..." (*ἱλιάς*: 16. Bölüm, 387-388).
"...Pazar yerlerinde çarpık hükümler veren ve Tanrıların intikamını hesaba katmadan adaleti kovan insanlara..."
 2. "...ἴνα μὴ τι δίκης ἐπιδευὲς ἔχησθα.
Ἄτρεΐδη σὺ δ' ἔπειτα δικαιότερος ..." (*ἱλιάς*: 19. Bölüm, 180-181).
"...Kalmasin onda senin hiçbir hakkın. Sen de bundan böyle daha dürüst ol, Atreusoğlu..."
- Akhilleus ile Agamemnon'un arasını bulmaya çalışan Odysseus uzlaşma arayışını da Δίκη üzerinden şöyle ifade etmiştir:
"Argoslular arasında kalksın Agamemnon ayağa,
Ant içsin, onunla yatakta yatmadım desin,
Olmadı desin kadınla erkek arasındaki birleşme,

Senin de yüreğin, Kral Akhilleus, rahat etsin.
 Sonra da yağlı bir şölen çeksin sana barakanda,
 Kalmasin onda senin hiçbir hakkın.
 Sen de bundan böyle daha dürüst ol, Atreusoğlu,
 Hem Akhilleus'a hem de başkalarına,
 Bir kral, alırsa kırdığı adamın gönlünü,
 Hiç kimse hor görmez, överler onu" (Ιλιάς: 19. Bölüm, 175-185).

3. "...εἰ μὴ ἄρ' Ἀντίλοχος μεγαθύμου Νέστορος υἱὸς
 Πηλεΐδην Ἀχιλλῆα δίκῃ ἡμείψατ' ἀναστάς (Ιλιάς: 23. Bölüm, 541-542).
 "...Ama büyük ruhlu Nestor'un oğlu Antilokhos, hakkını almak için kalkıp Peleus oğlu Akhilleus'a cevap verdi..."

"Ey Akhilleus, bunu yaparsan çok gücenirim sana.
 Arabasıyla, hızlı atlarıyla tökezledi o,
 Sen gene de elimden almak istersin ödülümü.
 Barakanda bol altın var, bol tunç var,
 Koyun sürülerin var, kadın kölelerin, tek tırnaklı atların,
 Git onların arasından bir armağan seç.
 Ama ben geri vermem bu kısrağı,
 Varsa isteyen, gelsin çıksın karşıma,
 Dönüşün benimle, denesin ellerimi" (Ιλιάς: 23. Bölüm, 540-555).

4. Khryses'in kızı teslim edildikten sonra Tanrı'ya sunulan sunularla bir şölen düzenlenmiştir:
 "Şölenle eş pay aldı her insan,
 Yakınmadı bir tek kişi" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 465-470).

Οδύσσεια

1. Odysseus'un bir kral olarak bulunduğu erler arasında yapmış olduğu dağıtım dikkate değer bir örnektir:

"İlion'dan götüren rüzgâr beni İsmaros'ta Kikonların katına attı. Orada ben şehri talan ettim ve erlerini öldürdüm; ve surların altında, elimize geçen kadınları ve zengin malları öyle paylaştırdım ki, ayrılırken kimsenin bana bir diyeceği olmamıştı." (Οδύσσεια: 9. Bölüm, 38-43).

2. "...αὐτίκα γάρ μοι οἴσατο θυμὸς ἀγήνων
 ἄνδρ' ἐπελεύσεσθαι μεγάλῃν ἐπιειμένον ἀλκὴν,
 ἄρριον, οὔτε δίκας ἐὺ εἰδόμενα οὔτε θέμιστας." (Οδύσσεια: 9. Bölüm, 214-215).
 "...adalet ve kanun nedir bilmeyen vahşi bir adamın bana geleceğini seziyordu..."

3. "...οὐ μὲν σκέτλια ἔργα θεοὶ μάκαρες φιλέουσιν,
 ἀλλὰ δίκην τίουσιν καὶ αἴσιμα ἔργ' ἀνθρώπων." (Οδύσσεια: 14. Bölüm, 83-84).

"...Ama mutlu tanrılar hoşlanmaz haksız işlerden, adaleti ve insanların doğru eylemlerini onurlandırır..."

4. "...ἢ γάρ σευ κλέος οὐρανὸν εὐρὺν ἰκάνει,
 ὣς τέ τευ ἢ βασιλῆος ἀμύμονος, ὅς τε θεουδῆς
 ἀνδράσιν ἐν πολλοῖσι καὶ ἰφθίμοισιν ἀνάσσων εὐδικίας ἀνέχῃσι..." (Οδύσσεια: 19. Bölüm, 108-111).

"...Çünkü senin ünün, yüreğinde tanrı korkusu taşıyan, adaleti koruyarak birçok güçlü adamın efendisi olan suçsuz bir kralın ünü gibi engin göklere yükselir..."

3.Yargı, karar, hüküm, dava, iddia anlamında

Ιλιάς

1.Cinayet sonrası kan parası alınmasına ilişkin hüküm ise Ιλιάς destanında Aiaks tarafından şöyle belirtilmektedir:

"İnsan kardeşini öldürenden şöyle dursun,
 Oğlunun kanına girenden bile karşılık alır,
 Alır da yumuşatır kızgın yüreğini,
 Karşılığı veren de yerinde yurdunda kalır." (Ιλιάς: 9. Bölüm, 630-635).

Akhilleus'un annesi Thetis'in isteği üzerine topal tanrı Hephaistos'un Akhilleus için yaptığı kalkanda yargılamayla ilgili şu sahne geçmektedir:

2. "...κεῖτο δ' ἄρ' ἐν μέσσοισι δύω χρυσοῖο τάλαντα,
 τῷ δόμεν ὃς μετὰ τοῖσι δίκην ἰθύντατα εἶποι (Ιλιάς: 18. Bölüm, 507-508).

"...Aralarında en doğru yargıyı söyleyecek olana verilmek üzere iki talant* altında ortada duruyordu..."

"Kapı önlerinde şaşakalmış bakan kadınlar.
 Pazar yerinde giriyordu halk birbirine,
 Kan diyeti için çarpışıyordu iki adam,
 Biri diyordu her şeyi ödedim, bakın işte,
 Hiçbir şey almadım diyordu öbür adam
 Sonunda bir yargıca başvuralım dediler,
 Halk bağırıyor, kimi birinden yana çıkıyor, kimi ötekenden yana,
 Haberciler tutmaya çalışıyor halkı,
 Yaşlılar cilalı taşlar üstünde oturuyordu, kutsal çevrede

* Farklı durumlarda değişen, genel olarak 50 pound ağırlığında altın veya gümüşten oluşan bir Yunan ağırlık birimi.³²

Çınlak sesli habercilerin değnekleri vardı ellerinde,
Kalkıp değnekle yargı veriyorlardı sırayla.
İki külçe altın duruyordu ortada,
Alacaktı en doğru yargıyı veren” (Ιλιάς: 18. Bölüm, 495-510).

Söz konusu kısım ilgilii geçen diğeri parçada Menelaos, Nestor’un oğlu Antilokhos’a erdemini zedelediğini öne sürerek yaptığı davranışa kızımıştır. şu şekilde geçmektedir:

“Akıllıydın eskiden, Antilokhos, ama şimdi yaptığın ne?
Değersiz atlar sürdürün atlarımlın önüne,
Beş paralık ettin yiğitliğimi. Αρετή (Arete)
Argosluların önderleri, başbuğları, haydi,
Herkesin arasında verin hükümünüzü, (Δίκη)
Ama istemem kayırmayın hiçbirimizi,
Bir gün hiçbir tunç zırlı Akhalı demesin şöyle:
Menelaos zorbalık etti Antilokhos’a yalan dolanla,
Kızarak aldı götürdü ödülünü.
Haydi gel ben vereyim hükümü.” (έγών αυτός δικάσω) (Ιλιάς: 23. Bölüm, 570-580).

Οδύσσεια

1. “...έρεσθαι Νέστορ’, έπει περι οίδε δίκας ήδè φρόνιν άλλων: (Οδύσσεια: 3. Bölüm, 244).

“... Nestor’a sorun, çünkü o herkesten daha iyi yargı ve bilgelik bilir...”

2. “...ένθ’ ή τοι Μίνωα ίδον, Διός άγλαόν υιόν,
χρύσειον σκήπτρον έχοντα, θεμιστεύοντα νέκυσιιν,
ήμενον, οί δέ μιν άμφι δίκας είροντο άνακτα,
ήμενοι έσταότες τε κατ’ εύρυπυλές Αϊδος δώ...” (Οδύσσεια: 11. Bölüm, 568-571).

“...Zeus’un şanlı oğlu Minos’u gördüm: Elinde altın asa, oturmuş ölülere kadılık ediyordu; onlar da, Hades’in geniş kapılı konağında, kimi oturmuş, kimi ayakta, etrafında toplanıp dâvalarına δίκας “dikas” baktırıyorlardı...”

3. Cinayet durumunda sürgüne gitme ile ilgili hüküm, Odysseus ve Telemakhos arasında Penelope’nin taliplerini öldürdükten sonra şöyle bir konuşma geçmektedir:

“Biri ülke içinde birini öldürse, öcünü alacak çok kimseleri olmasa dahi, öldüren yurdunu ve hısımlarını bırakıp kaçar. Biz ise şehrin seçkinlerini, İthake’nin en ileri gelen yiğitlerini öldürdük. şimdi, soruyorum sana, ne yapmalıyız? (Οδύσσεια: 23.119-122).

Destanlarda geçen übrisi, Αιδώς, τιμή ve μέτρον ile ilgili saptanabilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Ιλιάς destanında Agamemnon ile Akhilleus arasında gerçekteşen ilk çekişme, akınlardan birinde γεράι (gerai)/ganimetler elde edilmiş ve seferin lideri Agamemnon’un payına Khryseis adlı bir genç kız, Akhilleus’un payına da Briseis adında başka bir genç kız düşmüştür. Khryse kentinde bir Apollon tapınağı rahibi olan Khryses, Agamemnon’a yüklü bir fidye önererek kızı Khryseis’i bırakmasını istemiştir. Ancak orduları yöneten Agamemnon tersleyip, saygısızlık edince, Khryses Tanrı Apollon’a yakarmıştır. Khryses’in dualarını dinleyen Apollon, Akhalara salgın musallat etmiştir. Salgının nedeni anlaşıldıktan sonra, Agamemnon armağansız kaldığını dile getirince, ayağı tez tanrısal Akhilleus şöyle karşılık vermiştir:

“Ünlü Atreusoğlu, ey doymak bilmez adam!
Ulu canlı Akhalar armağanı nereden bulsun versin sana,
Elimizde yedeğe alınmış mal mı var ki.
İllerden ne yağma ettiyse hepisi bölüşüldü
Doğru olur mu toplamak bu malları yeniden?
Haydi durma sun Tanrıya sen şu kızı,
Biz Akhalar veririz sana üç dört katını;
İş ki güzel surlarla çevrili Troya ilini
Talan etmeyi buyursun Zeus bize” (Ιλιάς: 1. Bölüm, 120-130).

Kral Agamemnon ise şöyle söylemiştir:

“Tanrıya benzer Akhilleus, yiğitliğine yiğitsin ama
Beni kandıramazsın, boş yere saklama fikrini,
Niyetin ne, senin armağanın olsun, benim olmasın, öyle mi?
Onu geri vermeme istemen bunun için demek.

Ulu canlı Akhalar, tam istediğim gibi, ona denk
bir armağan verirlerse başım üstünde yeri var,
yok vermezlerse kendim alacağım gidip onu,
ya seninkini alacağım, ya Aias'ın ya da Odysseus'unkini" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 130-140).

Bunun üzerine Akhilleus, Agamemnon'a şöyle cevap vermiştir:

"Bakımlı zengin bir ilini Troyalıların talan ettiklerinde Akhalar
Senin payın kadar pay almadım ben.
Oysa kıyasıyla savaşta benim kollarım görür en büyük işi,
Ama bölüşmede payın en okkalısı sana gider" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 160-170).

Akhilleus, Agamemnon'a bir dizi ağır hakaret sıraladığında Nestor ayağa kalkmakta ve çağrılmadan müdahale etmektedir:

"Sen Agamemnon, çok soylu da olsan bırak o kızı,
Akhaoglularının Akhilleus'a verdiği ilk onur payı o
Bir krala kafa tutmaya kalkma sen de, Peleusoğlu
Değnek taşıyan bir kralla bir değil onurun senin
Zeus verdi değnek taşıyan krala o onuru
Güçlünün gerçi, tanrıça bir anadan doğdun ama
Senden de güçlü o, buyruğunda çok adam var
Yatıştır öfkeni Atreusoğlu haydi,
Akhilleus'a karşı tut öfkeni, yalvarırım
Uğursuz savaşta tek mil Akhalar'a sağlam bir kale o" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 275-285).

Askerlerin hastalıktan kırılması üzerine Akha liderleri Agamemnon'un Khryseis'i babasına teslim etmesinden başka bir çare olmadığına karar vermişlerdir. Agamemnon bu durum karşısında şu şekilde cevap vermiştir:

"Phoibos Apollon istiyorsa Khryseis'i ille de,
Şu gemimle, yoldaşlarımla göndereceğim onu.
Ama barakandan alacağım kendim gelip
Senin onur payını güzel yanaklı Briseis'i.
Senden ne güçlü olduğumu o zaman anla gör.
Korksun boy ölçüşmekten, ibret alsın
Kim benimle eşit görmek isterse kendini" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 180-190).

Agamemnon, güzel yanaklı Khryseis'i bindirdikten sonra gemiye, hamarat iki adamına şu buyruğu vermiştir:

"Gidin barakasına Peleusoğlu Akhilleus'un,
Güzel yanaklı Briseis'i elinden tutun getirin,
Vermezse daha çok adamla alırım kendim gider,
Karışmam çok kötü olur sonu" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 320-325).

Sonunda Akhilleus, Agamemnon'un habercileriyle güzel yanaklı Briseis'i göndermiştir.

Akhilleus, deniz kıyısına gidip, uzatarak ellerini anacığınaya şöyle seslenmiştir:

"Anam! Kısacık bir ömür sürmek için doğurdunsa beni,
bari göklerde gürleyen Olymposlu Zeus
ün başı şılasaydı bana, ne olurdu.
Oysa azıcık bir değer bile verdiği yok.
Gücü yaygın Agamemnon densizlik etti bana,
Aldı onur payımı, küçük düşürdü beni" (Ιλιάς: 1. Bölüm, 350-360).

Akhilleus, bu “Αἰδώς”(aidos) “utanç”tan kurtulmak için annesinden Olympos’a gidip Zeus’a yalvarmasını istemiştir.

“Thetis unutmamıştı oğlunun isteğini,
 “Zeus Baba! Bir gün ya sözümle, ya işimle,
 Ölümsüzler arasında yararlı olduysam sana,
 Şimdi yerine getir şu dileğimi:
 Kısa ömürlü oğluma değer ver:
 Saygısızlık etti Agamemnon, erlerin başbuğu,
 Aldı onur payını, yoksun bıraktı onu.
 Olympos’lu yüce Zeus, bari onu sen say,
 Gücü Troyalılar tarafına koy, ne olur,
 Akhalar sayınsınlar oğlumu, ününü yüce sayınsınlar” (Ἰλιάς: 1. Bölüm, 495-510).

Hera, denizler babasının kızı gümüş ayaklı Thetis’in, tanrıların babası Zeus’a ne söylediğini merak eder ancak Zeus konuyu ona açmaz. Tanrılar arasında eşit paylı bir şölen düzenlenmiştir.

“Girmede Zeus’un gözüne bir türlü derin uyku,
 Şunları düşündü durdu içinden biteviye:
 Nasıl geri verecekti onurunu Akhilleus’un,
 Akhaları gemileri yanında nasıl öldürecek? (Ἰλιάς: 2. Bölüm, 5)

Daha sonra Akhaların savaşta kayıplarının artması üzerine, Agamemnon Akhilleus’un gönlünü almak için şu ünlü armağanları vereceğini söyler:

“...Yedi Lesbos’lu kadın, elleri her işe yatkın olan. (Briseis’te bu kadınlar arasında olacak)
 “Agamemnon’un üç kızından istediğini almasını ve yedi tane bakımlı il” (Ἰλιάς: 9. Bölüm 120-150). (İlyada çevirisinde bu şekilde yer almaktadır. Alıntıdır.)

Tartışma

Tartışmada öncelikle Δίκη kavramıyla uyumlu olduğu düşünülen etik yaklaşımlar ele alınmış, ardından adalet kuramlarına yer verilerek tartışma yürütülmüştür.

1. Etik Yaklaşımlar

1.1.Erdem Etiği: Ἰλιάς destanında yaşanan onur çatışmasında Agamemnon’un Akhilleus’un onur payına sahip olmak istemesiyle onun hakkını gözetmediği görülmüştür. Oysa Thomson’ın³⁹ belirttiğine göre, ganimet dağıtımında her savaşçıya μοῖρα (moira) olarak bilinen “yağma payı” verilmektedir. μοῖρα topluluğun her üyesinin topluluğun emek ürününden eşit pay almaya hakkı olduğu ilkesine dayanmaktadır.³⁵ Ayrıca ganimet dağıtımından sorumlu kişinin malları herkesçe kabul edilen hakkaniyet ölçüsüne göre pay etmesi gerekmektedir.⁴⁰ Akhaların önderi Agamemnon’un sahip olduğu güç üstünlüğü de ona orduları yönetme ve ganimeti paylaşırma hakkı tanımıştır.⁴⁰ Bu “haksız davranış” karakteri temel alan erdem etiği çerçevesinde değerlendirmek gerekirse, kişinin ahlaklı bir eylemde bulunmasını onun inançları, deneyimi ve duyarlılığı belirlemektedir. Aynı zamanda düşünceli olmak, sorumluluk ve disiplinli olmak da bu özelliklerin arasında yer almaktadır.⁴¹ Erdemin bir bilgi olduğunu ve öğretilbileceğini ileri süren Sokrates, erdemin çeşitlerine ilişkin temellendirmede bulunurken cesaret ve adalet kavramını da bu temellendirmeye dâhil etmiş ve adaletin insanın doğası, ereği, işlevi ve insan için iyi olan şeyin ne olduğuna ilişkin doğru bilginin söylenmesi gerektiğine işaret etmiştir.⁴²

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 bir varlığın bir işlevi yerine getirme kapasitesi, becerisi ve yeterliliği olarak değerlendirmektedir.³⁸ Platon Πολιτεία adlı çalışmasında

adalet düşüncesini “ahlaki, bireysel bir erdem ve böyle bir erdeme sahip kişi olarak” ele almış⁴² ve etik teorisini karakter merkezli bir yaklaşımla temellendirerek, bu temellendirmeyi akıl, tin veya gönül ve iştah gibi üç parçalı bir ruh anlayışıyla açıklamıştır.⁴¹ Bu üç parçalı ruh anlayışını devlet yönetimine de uygulayan Platon, iyi bir yönetimde insanda bulunan bu üç kısma karşılık olarak üç sınıfın bulunacağını ileri sürmüş ve yönetimde akıllı ruha yöneticileri yerleştirmiştir. Yöneticinin görevi de siyasi ve ahlaki ilkeleri belirleyip toplumu iyi yönetmek ve yönetilenin de itaat etmesini sağlamaktır.⁴¹ Dolayısıyla nasıl ki ahlaklı bir insan akli, iradesi ve arzusuyla çatışma yaşamayan bir insansa, iyi bir toplum da içinde bu sınıflar arasında çatışmanın bulunmadığı bir toplumdur.⁴³

Platon’un⁴⁴ Πολιτεία adlı eserinde adalet konusunu tartıştığı Thrasymakhos ile yönetici konumunda olan insanın nasıl olması gerektiğine dair şu düşüncelerine rastlanılmıştır: “Yönetici konumunda olan bir kimse, yönetilenin işine geleni gözetecek ve buyuracak. Yönettiği, uğrunda çalıştığı kimsenin işine geleni gözetir ve buyurur.” Kısacası Platon’un da erdem anlayışının temelini oluşturan adalet ilkesi, bireylerin adil olmalarını ve bunun içinde çaba sarf etmeleri gerektiği üzerinde durmaktadır.

Aristoteles³⁴ ise adalet kavramını işlediği Ηθικά Νικομάχεια adlı eserinin beşinci kitabında adaletsiz insanı şu şekilde betimlemektedir: “Hem yasaya uymayan insanın hem çıkarıcı insanın hem de eşitliği gözetmeyen insanın adaletsiz olduğu düşünülüyor.” Aristoteles Ηθικά Νικομάχεια 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.^{41,34} Agamemnon’un önder ve güç sahibi biri olmasına rağmen, arzusuna yenilerek hakkı bilmemesi ve erdemli bir davranış sergilememesi, yöneten-yönetilen arasında bir değer çatışmasının yaşanmasına yol açmıştır denilebilir.

Agamemnon’un Khyryseis’i babasına teslim etmesi sonucunda yaşadığı “onur kaybı” Homeros toplumunda kabul edilebilir bir durum değildir. Tanrılara karşı gelebilecek gücünün olmaması da onun bu “onuru” başka bir şekilde aramasına neden olmuştur. Bu arayıştaki ölçsüzlüğü de erdemli bir davranış sergilemediğinin bir göstergesidir. Eski Yunancada “Métrov” olarak bilinen bu kavram “ölçmek”, “ölçü”, “düzenleyici bir güç” gibi anlamlara sahiptir ki insanın aşmaması gereken sınırlı bir ölçüye hakkı olduğunu gösterir.^{2,35} Platon’un üç parçalı ruh anlayışına göre, istek veya arzu ve iştahların bulunduğu parça için geçerli olan erdem ölçülülüktür. Bu erdem istek ve arzulara aşırıya kaçmama ve ölçüyü kaçırmama yeterliliği ve becerisidir. Oysa Agamemnon’un arzusuna yenik düşerek bu erdemi gösterme beceri ve yeterliliğine sahip olmadığı söylenebilir. Aynı zamanda Agamemnon’un yönetici konumu nedeniyle Homeros toplumunun temel erdemlerinden biri olan “haddini bilme” veya “ölçülü davranma” ilkesini yerine getiremediği ifade edilebilir.

Ήλιάς destanında yaşanan bu onur çatışmasında temas edilmesi gereken bir diğer nokta ise Akhilleus’un Agamemnon’un habercileriyle Briseis’i gönderdikten sonra yaşadığı yoğun öz duygusudur. Akhilleus herkesin gözü önünde kendisini hedef alan bu onur kırıcı davranışı “ὑβρις”(hubris)/küstahlık” olarak niteleyerek bunun cezasız kalmayacağı tehdidini savurmuştur. “ὑβρις” “gücün gururundan veya tutkudan, küstahlıktan kaynaklanan ahlaksız şiddet” olarak tanımlanmaktadır.² Akhilleus’un, annesine gidip Zeus’a yalvarmasını istemesi de yaşadığı bu “Αἰδώς”tan kurtulmak için bir çözüm olarak değerlendirilebilir. “Αἰδώς”u, Aristoteles şu şekilde ifade etmiştir: Geçmişte ya da gelecekte olsun, saygınlığımızı yitirdiğimiz bir eylem karşısında duyduğumuz acı ve rahatsızlıktır; kendi düzeyimizde olan insanların paylaştığı onur payından yoksun olmaktır ve bu paylaşım herkesin gözü önünde adil olmayan bir biçimde yapıldığında duyulan utançtır.⁴⁵

Savaşın Akha ordusunun aleyhine dönmesinden sonra Agamemnon Akhilleus'a hediyeler vererek onu bir tanrı gibi sayacaklarını ve onun büyük bir "Τιμή" (Time)/"onur" kazanacağını söylemiştir. Benzer şekilde *Ίλιάς* destanında Akhilleus'un araba yarışlarından sonra Antilokhos'un kazandığı ikincilik ödülünü bir başkasına vermeyi önerdiği bölümde de Antilokhos kısırağı vermeyeceğini söyleyerek, Akhilleus'a başka bir çıkar yol sunmaktadır. Antilokhos, hak ettiğini düşündüğü "Τιμή"yi istemektedir. Τιμή sözcüğü için Eski Yunanca sözlüğe başvurulduğunda sözcüğün ilk anlamının "itibar", "saygı", "onur"; ikinci anlamında da "tanrıların veya kralların niteliği olarak şeref, haysiyet, üstünlük" anlamında yer bulduğu görülmektedir.² Adkins⁴⁶ onurun, yüksek duygusal bir yük taşıdığını, kişinin kendi onurunu savunmasının şaşırtıcı olmadığını ve hem daha fazlasını elde etmenin hem de sahip olduklarından hiçbirini kaybetmemenin Homeros insanının temel çabası olduğuna işaret etmektedir. Finkelberg⁴⁷ yaptığı çalışmada Aristoteles'in erdem in onurdan üstünlüğüne ilişkin argümanını gündeme getirerek onurun alandan çok verene bağlı olduğu düşünüldüğü için "dağıtıcı bir değer" olarak adlandırılabilceğine temas etmektedir.

1.2. Ödev Etiği: Ödev, "belli eylemlerin yapılmasının gerekli olduğu ya da yapılması gerektiği düşüncesine" dayanan bir kavramdır.⁴⁸ Ödev etiğinin temel dayanağı, ahlaki öznenin karakteri ve eylemin sonuçları değil, eylemdeki niyet, ilke ve yerine getirilen ödevin önemli olduğu görüşüdür. Akıl sahibi ve sorumlu bir varlık olarak insanın yerine getirmesi gereken belirli yükümlülükleri olduğu temeline dayanmaktadır.⁴¹ Kant'a göre doğru eylem, ödevi yerine getirmekle mümkün olan bir eylemdir.³⁸ Kant'ın adalet ilkesini etik yaklaşım açısından sorgulamaya çalıştığı *Ebedi Barış* adlı çalışmasında, etik bir yöneticinin uyması gereken temel etik ilke, etik ilkelere aykırı olan eylemlerin düzeltilmesi için çaba sarf etmesidir. Bunu yaparken kendi çıkarlarını öteleyip, bunu doğanın emrettiği ve rasyonel düşünceye uygun olarak yapması esastır. Bu eylem yöneticinin yapması gereken bir ödevdir.⁴⁹ Bu çerçevelerden bakıldığında ganimet dağıtımını yapan Agamemnon'un da komutan olarak bu düşünceye uygun dağıtım yapması bir ödevdir.

1.3. Sonuçsalci Yaklaşım: Yararcılık, sonuçsalci yaklaşımların en bilinenidir. Eylemin sonucunu merkeze alan bu yaklaşım, eylemin doğruluğunu ya da yanlışlığını belirleyen eylemin kendinde değeri olmayıp sonuçta getirmesi olası mutluluk ve yararı temel almaktadır. Eylemin taraflarından herkes için en büyük mutluluğu ve yararı amaçlamaktadır.⁵⁰ Agamemnon'un, Akhilleus'un payını alma kararı eylemin sonucu bakımından Akhalılar için yararlı bir eylem olmamıştır. Agamemnon'un doğru bir eylem sergilememesi Akhalılar için acı ve zorlukları da beraberinde getirmiştir. Konuya bu bakış açısından yaklaşıldığında ahlaki özne olan Agamemnon'un iyi sonuç doğuracak bir eylemde bulunmadığı söylenebilir.

1.4. Feminist Etik: Feminist etik, erkeklerin ve onların sorunlarının ön planda tutulup, kadınların sorunlarının göz ardı edilmesine yönelik eleştiriler sonucunda ortaya çıkmıştır. Başka bir deyişle feminist etik, kadınlarla ilgili değer sorunlarında geleneksel etikteki eksikliklerin tespit edilip bu sorunların giderilmesini amaçlamaktadır.⁵¹ Talan edilen bölgelerden elde edilen ganimetler arasında köle kadınlarda bulunmaktadır. Örselenebilir durumdaki kadının "pay edilen" nesne konumunda görülüp değersizleştirilmesi feminist etiğin itiraz ettiği düşünceler arasında yer almaktadır. Destanlarda kadınların ataerkil düzenin "ötekisi" ve "tâbi"si olarak görülmesi ve "yağma payı" olarak cinsel sömürüye maruz bırakılması feminist etik yaklaşımın yönelttiği eleştiriler arasında yer almaktadır.

2. Adalet Kuramları

Adaletin ne olduğu ve en anlamlı şekilde nasıl tanımlanabileceği tarihin ilk dönemlerinden bu yana insanoğlunu uğraştıran bir kavram olmuştur. Aristoteles'e göre erdemlerin en önemlisi, Platon'a göre en yüksek erdem olan adaleti, Ulpianus onurlu yaşamak, başkasına zarar vermemek ve herkese kendine ait olanı vermek olarak tanımlarken, Grotius ise hakka saygı, kusurlu kişinin zararı ödemesi ve başkasına ait olanın verilmesi biçiminde açıklamıştır.⁴⁸ Beauchamp ve Childress³⁶ ise adaleti "Kişilere borçlu olunan veya ödenmesi gerekenler ışığında adil, hakkaniyetli ve uygun muamele etmek" olarak tanımlamaktadır.

2.1. Tanrısal Adalet: *Ἠλιάς* destanında geçen çekişmede ilk olarak tanrısal bir cezayla karşılaşmıştır. Tanrının verdiği ceza ise bir salgındır. θεῶν ὄπις (Teon opis) ὄψομαι (Opsomai) fiilinden gelen bu kavram, tanrısal yasaları çiğneyenlere karşı tanrıların intikamı anlamına gelmektedir.¹⁹ Çünkü Homeros'taki insanlar genel olarak Tanrıların adaletin koruyucusu olduklarına inanmışlardır.⁵²

2.2. Dağıtıcı Adalet: Agamemnon'un Akhilleus'un onur payını alması, "Akhaların en iyisi" olan Akhilleus'un yiğitçe savaşması nedeniyle ödülleri savaşta başarı gösterenlerin değerine ve büyüklüğüne karşılık olarak verilmesi gerektiğini söyleyerek dağıtıcı adalet ilkesine gönderme yaptığının bir göstergesidir.⁵³ Aristoteles'e³⁴ göre dağıtıcı adalet "onurun, paranın ya da topluma katılanlar [yurttaşlar] arasında bölüşdürülebilir olan diğer şeylerin dağıtılmasında söz konusu olanıdır." Sadece maddi değerlerin dağıtımı değil, onur gibi sosyal kavramlarda da dağıtım söz konusu olmaktadır. Beauchamp and Childress'a³⁶ göre ise dağıtıcı adalet "sosyal işbirliği şartlarını yapılandıran gerekçelendirilmiş normlar tarafından belirlenen adil, eşitlikçi ve uygun dağıtım" anlamına gelmektedir.

Dağıtıcı adalet ilkesinin uygulanmasında farklı yaklaşımlar olduğu göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki XIX. yüzyıl İngiliz düşüncesine hâkim olan yarar temelli yaklaşımdır ki "ondan etkilenen en yüksek sayıda insana en büyük mutluluk yaratması gerektiği" savını ileri sürmektedir.⁵⁴ *Ἠλιάς* destanında Akhilleus'un itiraz ettiği bir diğer nokta, kendisinin en iyi savaşçı olarak orduya daha fazla katkı sağlaması, ama Agamemnon'un her zaman daha büyük ödülleri alması ve bu nedenle de katkı ve ödül arasındaki dengesizliktir. Adaletin katkı ilkesine göre insanlar, emeklerinin sonucu olan toplumsal fayda oranını geri almalıdır.³⁷ Çünkü Akhilleus güç, çabukluk, atılganlık ve yiğitlik bakımından savaşçı erdemi bütünüyle kendinde toplamış bir kahramandır.⁵⁵ Adkins¹⁷ Homeros toplumunun en çok ihtiyaç duyduğu sınıfa yani toplumun güvenliği için gerekli olduğunu kabul ettiği niteliklere sahip iyi silahlanmış, güçlü, çevik ve savaşta, konseyde ve stratejide yetenekli insanlara en çok değer verdiğini belirtmektedir.

Ahlaki özne olarak Agamemnon da sadece kendi mutluluğunu veya faydasını değil, o eylemden etkilenecek herkesin (Akhaların) fayda veya mutluluğunu sağlamak durumundadır. Bu duruma yarar-zarar açısından yaklaşıldığında, Akhilleus'un savaşta gösterdiği kahramanlık ve yiğitlikle Akha ordusuna büyük yarar sağladığı, Agamemnon'un ise bir yönetici olmasına rağmen Akha ordusunun kayıplar yaşamasına neden olduğu söylenebilir.

Öte yandan faydacı yaklaşıma birkaç noktada karşı çıkan düşünceler bulunmaktadır. Bunlar arasında Rawls toplam fayda uğruna bireyler arasındaki farklılıkları ihmal etmesi, kişilerin özgürlüğünü sınırlandırması ve Kantçı bir bakış açısına sahip olan Rawls'ın insanın toplum yararı için bir araç haline geldiğini öne sürerek faydacı yaklaşıma karşı çıkmaktadır.^{56,57} İnsanın kendini toplumsal fayda uğruna araçsallaştırması Kant'ın insana bakış açısıyla da örtüşmemektedir. Çünkü Kant'a göre "İnsan ve genel olarak her akıl sahibi varlık, şu 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."⁵⁸ Liberalizmin itiraz ettiği düşünce ise bireyin en yüksek değer kaynağı olması nedeniyle kişinin kendisini başkaları veya toplum için feda etme amacının olamayacağı yönündedir.⁵⁴ Yarar ilkesine göre toplumsal kaynakların dağıtılmasında, zarar vermeme ve yararlı olma ilkesine göre hareket etmenin genellikle ödün vermeyi içerdiği ortaya çıkmaktadır.³⁷ Akhilleus'un güç ve cesaret bakımından üstün bir yapıda olması kendini toplum için araç durumuna getirmesi ve kendinden ödün vermesi onu dezavantajlı bir konuma indirmediği söylenebilir.

Liyakatçılar (meritarians) "sosyal değer" ölçütünü ortaya atarak bireyin topluma yaptığı veya yapacağı katkıları göz önünde bulundurmaktadır.⁵⁹ Akhilleus, savaş alanını terk etmeyişi ve silahlarını bırakmayışi öne sürerek gösterdiği yiğitliğe dayanarak kendisinin Akha ordusu için diğer askerlerden daha fazla emek ve çaba sarf ettiğini dile getirmiştir. Çaba ilkesine göre bir bireyin gösterdiği çabanın derecesi, bireyin aldığı

sosyal malların oranını belirlemelidir.³⁷ Çaba ilkesiyle ilgili olarak Miller⁶⁰ hak edişin pek çok insanın adalet anlayışında merkezi bir rol oynadığını, hak edilen şeyin sorumlu olunan eylem veya çabaya dayalı olduğunu, fayda temelli bir eyleme zaman ve emek harcamak gibi başkalarının değer biçtiği bir eylemde bulunmakla bir kişinin olumlu muameleyi hak ettiğini vurgulamaktadır. Kibar yaptığı çalışmada Raphael'in değer ilkesini, adaletin ilk düşüncesinin liyakata baktığını ve insanlara hak ettikleri şeylerin verilmesi olarak açıkladığını belirtmiştir.⁶¹ Rawls⁶² ise sosyal adaleti “sosyal işbirliğinin yararlarının ve yüklerinin uygun dağılımı” olarak açıklamaktadır. Bununla birlikte Rawls bireyin çaba ve emeğinin dışında bağımsız genetik ve sosyal özelliklerin de en az emek kadar önemli olduğunu söyleyerek, elde edilen avantajın şanslı olmayanlar lehine yeniden dağıtılması gerektiğini ileri sürmüştür.⁴⁹ Yani Rawls Akhilleus'un emeğe dayalı görüşlerine karşı görüş olarak dağıtımda sadece emek ve çabanın yeterli olmadığını ifade etmiştir. Marksist yaklaşımda bilinen “herkesin yeteneğine göre, herkese ihtiyacına göre” düşüncesi arkaik Yunanistan gibi sınırlı kaynakların olduğu yerde anlaşmazlığa neden olması kaçınılmazdır.⁵³ Karl Marx'a göre, insanlar eşit olmayan yeteneklere ve ihtiyaçlara sahiptirler.⁶¹ Burada altı çizilmesi gereken nokta dağıtımın emeğe göre mi yoksa ihtiyaçlara göre mi olması gerektiğinin belirlenmesidir.⁶¹

Dağıtıcı adaletin eşitlik ilkesi çerçevesinden konuya yaklaşıldığında ise, Munson³⁷ bütün yarar ve yüklerin eşit olarak dağıtılmasını ve sosyal malların dağıtımında herkese eşit muamele edilmesi gerektiğini bildirmektedir. Aristoteles'e atfedilen yaklaşım “eşit olanlara eşit ve eşit olmayanlara eşit davranılmamasıdır” ki bu yaklaşım adaletin formal ilkesine temel oluşturmaktadır. Yani Aristoteles eşitlik usullamasını aynı koşullarda olanın aynı haklara sahip olması olarak temellendirmiştir. Bu düşüncesini de “hakkaniyete” dayandırmıştır.^{36,49} Spicker⁶³ ise yaptığı çalışmada tüm insanların eşit yaratıldığını ve insanlar arasında fark olmadığını bildirmektedir. Spicker ayrıca Nagel'in Kantian düşüncesinin tamamıyla eşitlikçi olduğunu yani bir ilke evrensel ise, hem genel hem de tutarlı olmalıdır ve tutarlılık talebinin eşitlik göstergesi olduğunu işaret etmektedir.⁶³ Spicker'a⁶³ göre kişilerin eşitliği, insanların dezavantajlı duruma düşürülmemesi gerektiği değil, aynı zamanda insanların başkalarına temel bir saygıyla davranması gerektiği anlamına gelmektedir. Konu ile ilgili olarak Erdoğan⁶⁴ yaptığı çalışmada insanların ahlaki değerleri bakımından eşit olduğunu dile getirerek insanlara sırf insan olmalarından ötürü eşit muamele edilmesinin adaletin olmazsa olmaz koşulu olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Isaiah Berlin'in eşitlik ve hakkaniyet kavramları arasında sıkı bir ilişki olduğu düşüncesini yineleyerek eşitliğin dağıtımdan ziyade davranış eşitliğiyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır.⁶⁴ Ancak o dönemin şartları göz önüne alındığında çok sayıda kölenin varlığı ve savaş ve baskınlardan elde edilen kadın köleler de sayıca bir hayli fazladır.⁴⁰ Bu açıdan bakıldığında kadının mülk olarak görüldüğü bir toplumda eşitlikten söz edilmesi mümkün değildir.

Thomson'un³⁹ belirttiğine göre Homeros destanlarında karşılaşılan yemek şölenleri de toprak ya da ganimet dağıtımında olduğu gibi μοῖρα ya da Λάχσεις/(Lakthesis) “pay” eşitlik ilkesine göre yapılırken, et payı eşit olarak bölünür ve kura ile dağıtımı yapılırdı. Etin en lezzetli kısmı olan sırt eti yemeğe başkanlık eden kimse için bir γέρᾰς (geras)/onur payı olarak ayrılırdı.

2.3. Düzeltici Adalet: Akhilleus'un Agamemnon'a yaptığı ağır hakaret sonrasında Nestor'un ayağa kalkıp çağrılmadan müdahale ettiği bölümde toplumun ileri gelen kişilerine başvuru gelenek burada kendini açıkça göstermektedir. Nestor'un Agamemnon'un sosyal statüsünü, Akhilleus'un da onurunu göz önünde bulundurarak her iki tarafın yararına olacak şekilde mevcut eşitsizliğe bir çözüm üretme, orta yolu bulma çabası içinde olduğu söylenebilir. Burada Nestor'un arabulucu olarak mevcut haksızlığı ortadan kaldırıp denkleştirici çabası, bizi Aristoteles'in düzeltici adalet anlayışının izlerine götürmektedir. Aristoteles *Ἠθικά Νικομάχεια* adlı çalışmasında düzeltici adaleti şu düşüncelerle temellendirmiştir: “Ortak şeyleri paylaştırmadaki adalet hep sözünü ettiğimiz oranlamaya göredir.” Düzeltici adalette yargıç birinin adaletsizlik yapıp yapmadığına, ötekini haksızlığa uğrayıp uğramadığına ve birinin zarar verip vermediğine,

ötekinin zarar görüp görmediğine bakar. Yani yargıç bir denkleştirme çabası içinde eşitliği sağlamaya çalışır.³⁴ Akhilleus ile Agamemnon arasında uzlaşma arayışını sağlamada Odysseus ikinci arabulucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Konuya Δίκη üzerinden yaklaşarak Briseis'in Akhilleus'un hakkı olduğunu ve bu nedenle Akhilleus'a geri verilmesini ve Agamemnon diğer soylular ile olan ilişkilerinde bundan böyle Δίκη'yi gözetmesini önerdiği görülmektedir. Odysseus'un bu yaklaşım biçiminin de düzeltici adaletin izlerini yansıttığı ifade edilebilir.

Düzeltilici adalete diğer bir örnek ise Menelaos'un Nestor'un oğlu Antilokhos'un atları kendi önüne sürdüğünü söylediği bölümde rastlanılmıştır. Menelaos yiğitliğinin zedelendiğini düşünerek, kayırma olmadan her ikisinin de cezasının verilmesini istemiştir. Kendisini doğru kararı veren kişi olarak ortaya koymaktadır. (ἐγὼν αὐτὸς δικάσω.) (Ben kendim hüküm vereceğim.) Bu karara da Akhalıların itiraz etmeyeceğini öne sürmektedir. Her iki taraf içinde uzlaşmacı bir dilin kullanıldığı sonucu çıkarılabilir.

Ἰλιάς destanında geçen yargılama sahnesinde yaşanan kavgada söz sahibi kimselerin (yaşlıların) hüküm verme konusunda bir görev üstlendiklerine tanık olunmaktadır. Burada yaşlı biri en doğru kararı Δίκη söyleyecek, herhangi bir davacıdan yana olmayacak, iki karşıt iddia (Δίκη) arasında kabul edilebilir uzlaşmayı sağlaması göz önünde bulundurulması gereken bir husustur.¹

Onlar dikkatli bir biçimde ileri gelenleri dinleyecek ve her iki taraf içinde yerinde bir karara varacaklar ve bu arabulucu kararı duyuracak olan yaşlının ücreti iki talent olacak.¹ Burada halk içinde sözlü olarak yürütülen bir anlaşmazlığın çözümü belirgin bir biçimde ortaya konulmakta ve bir organ gibi hareket ederek toplum tarafından şahit olduğu için de etkili hale gelmektedir.⁶⁵ Yasallığı, bir tarafın söylediği yemine, diğer tarafın tanıklar önünde duymasına bağlıdır.⁶⁵

3. Komüniteryan Kuram

Komüniteryenizm hayatın sosyal özünü önceleyerek sosyal değerlerin bireysel haklardan önce geldiğini belirterek adaletin gelenekle ve herkes tarafından paylaşılan bir iyi düşüncesiyle yasal hale getirilebileceğini savunmaktadır.⁵⁴ Tam⁶⁶ komüniteryan düşüncenin anahtar öğeleri olarak ortak sorumluluk, işbirliğine dayalı araştırma ve vatandaşların katılımının olması gerektiğine dikkat çekmektedir. Böyle bir toplulukta adalet düşüncesi ile ilgili olarak Kymlicka Walzer'nın, evrensel bir adalet anlayışı olmadığını, toplumun dışında bir bakış açısı olmadığını, o toplumun tarihinin ve kültürünün dışına çıkmanın mümkün olmadığını ifade etmiştir. Kymlicka, Walzer'ya göre adaletin gerekliliklerini tanımlamanın tek yolu, her bir topluluğun sosyal iyilerin değerini nasıl anladığını görmek olduğuna vurgu yaptığını bildirmiştir. Walzer adalet düşüncesinin toplumun ortak anlayış ve kültüründen kaynaklandığını ileri sürmektedir.⁶⁷ Homeros toplumunda prototipleri incelenen haksız eylemlere karşı toplum, kendi içinde çözüm üretmiş ve ortaya konulan çoğu örnekte uyuşmazlıkların çözümlenmesinde tanrısal bir çözüm, bilirkşi görüşü ve uzlaşma gibi yollara başvurulmuş ve bu durumlarda Δίκη kavramı "hak" anlamında kullanılmıştır.

Sonuç

Sonuç olarak, Homeros destanlarında Δίκη kavramına farklı anlam ve değerlerin yüklendiği görülmüştür. Ἰλιάς ve Ὀδύσσεια destanlarında Δίκη kavramının ölümlü insanlar arasındaki anlaşmazlıkların çözümünde kullanıldığı fark edilmiştir. Tek bir kavramın etik ve adalet üzere iki farklı kavrama kaynaklık ettiği tespit edilmiştir. Bireysel hakların aranmasında bazen değerlerin ihlal edildiği bazen de haklı itirazların dile getirildiği anlaşılmaktadır. Homeros destanlarının, bazı temel etik ve adalet kuramlarının ilk örneklerini içermesi bakımından özgün eserler olarak önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. Bu çalışma, 11-13 Eylül 2023 tarihinde Samsun'da düzenlenen X. Biyoetik Ulusal Kongresi, Feminist Biyoetik ve Afet Biyoetiği Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Nuray Yaşar Soydan: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.

Ahmet Aciduman: Danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Gagarin M. Dike in the Works and Days. *Classical Philology* 1973;68 (2):81-94.
2. Liddell HG, Scott R. A Greek-English Lexicon. Revised and augmented throughout by Sir Henry Stuart Jones with the assistance of Roderick Mckenzie and with the cooperation of many scholars. Oxford: Clarendon Press; 1996.
3. Lewis CT. An elementary Latin dictionary. Oxford: Oxford University Press; 1997.
4. Erhat A. Mitoloji sözlüğü. 13.basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004.
5. Can Ş. Klasik Yunan mitolojisi. 19. Basım, İstanbul: Ötüken Yayınları; 2017.
6. Perseus Digital Library [Internet]. [Erişim tarihi: 10 Temmuz 2024]. Erişim adresi: <http://www.perseus.tufts.edu=Perseus:collection:Greco-Roman>
7. Hesiodos. İşler ve günler. çev. S.Eyüboğlu-A.Erhat, Ankara: TTK Basımevi; 1977.
8. Liddell HG, Scott R. An Intermediate Greek-English Lexicon. Oxford, Clarendon Press; 1889.
9. Aristoteles. Poetika. Latin ve Yunan klasikleri:1, çev. İ. Tunalı, İstanbul: Remzi Kitabevi; 2005.
10. Sophokles. Elektra. çev. Cüneyt Çetinkaya, İstanbul: Bordo-Siyah Klasik Yayınlar; 2005.
11. Gagarin M. "Dike" archaic Greek thought. *Classical Philology* 1974;6(3):186-197.
12. Aeschylus. Libation Bearers 2. Smyth HW, editör. In two volumes. Cambridge: MA. Harvard University Press; 1926.
13. Herodotus. The Histories. Godley AD, editor. Cambridge: Harvard University Press;1920.
14. Euripides. Medea. Kovacs D, editor. Cambridge: Harvard University Press.
15. Aristophanes. Frogs. Dillon M, editör.
16. Plato. Republic. Shorey P, Translator. In Twelve Volumes, Vols. 5 & 6. Cambridge: MA, Harvard University Press; London: William Heinemann Ltd. 1969.
17. Adkins AWH. Merit and responsibility. A Study in Greek values. Oxford: Clarendon Press; 1960.
18. Dimopoulou E. Human and Divine Responsibility in Archaic Greek Poetry. Glasgow: University of Glasgow; 2001. [Erişim tarihi: 04 Mayıs 2024]. Erişim linki: <http://theses.gla.ac.uk/3477/>
19. Malamis D. The Justice of Dike: On the forms and significance of dispute settlement by arbitration in the Iliad. Rhodes University; 2011. [Erişim tarihi: 11 Mart 2024]. Erişim linki: <https://www.academia.edu/4697498/>
20. Homeros. İlyada. Çev. Azra Erhat/A.Kadir, İstanbul: Can Yayınları; 1999.
21. Kranz W. Antik Felsefe. Metinler ve açıklamalar, çev. Suad Y. Baydur, İstanbul: Sosyal Yayınlar; 1984.
22. Tekin O. Eski Yunan ve Roma tarihine giriş. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2008.
23. Szerb A. Dünya edebiyatı tarihi. Macarcadan Çev. Hasan Eren. 1978.
24. Smith WLLD. A new classical dictionary of Greek and Roman biography, mythology and geography. New York:1884.
25. Herodotos. Herodot Tarihi. Çev. Müntekim Ökmen, İstanbul: Kültür Yayınları; 2004.
26. Yonarsoy YK. Grek edebiyatı tarihi. İstanbul: Edebiyat Fakültesi Basımevi; 1991.
27. Mansel AM. Ege ve Yunan tarihi. 10.baskı, Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları;2014.
28. Homeros. Odysseia. Çev. Azra Erhat/A.Kadir, 21. basım, İstanbul: Can Yayınları; 2008.
29. Homeros. Odysseia. Çev. Ahmet Cevat Emre, İstanbul: Varlık Yayınları; 1957.
30. Homer. Homeri Opera in five volumes. Oxford: Oxford University Press;1920.
31. Homer. The Odyssey with an English translation by A.T. Murray, PHD. in two volumes. Cambridge: MA., Harvard University Press; London: William Heinemann, Ltd. 1919.
32. Logeion [Internet]. [Erişim tarihi: 11 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://logeion.uchicago.edu/lexidium>.
33. Sesli Sözlük [Internet]. [Erişim tarihi: 14 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.seslisozluk.net>.
34. Aristoteles. Nikomakhos'a etik. Yunancadan çev. Saffet Babür, Ankara: Bilgesu Yayıncılık; 2012.
35. Thomson G. Eski Yunan toplumu üzerine düşünceler, İlk Filozoflar, İstanbul: Payel Yayınları; 1997.
36. Beauchamp TL, Childress JF. Justice. In: Principles of Biomedical Ethics. 5th Edition, Oxford University Press; 2001. pp.225-239.

37. Munson R, Lague I. Intervention and reflection basic issues in bioethics. 10th Edition, USA: Cengage Learning; 2016.
38. Özlem D. Etik-ahlak felsefesi. İstanbul: İnkılap Kitabevi; 2004.
39. Thomson G. Aiskhylos ve Atina. Çev. M. Doğan, İstanbul: Payel Yayınları; 1990.
40. Finley MI. Odysseus'un dünyası. Çev. Gül E. Durna, Ankara: Ayraç Yayınevi; 2003.
41. Cevizci A. Etik-ahlak felsefesi. İstanbul: Say Yayınları; 2014.
42. Arslan A. İlkçağ felsefe tarihi. Sofistlerden Platon'a. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2006.
43. Arslan A. Felsefeye giriş. Ankara: Adres Yayınları; 2009.
44. Platon. Devlet. Hasan Ali Yücel klasikleri dizisi, 26. Basım, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2014.
45. Aristoteles. Retorik. Latin ve Yunan klasikleri:1, Çev. İ. Tunalı, İstanbul: Remzi Kitabevi; 2005.
46. Adkins AWH. Moral values and political behaviour in Ancient Greece. From Homer to the end of the fifth century. London: Chatto & Windus; 1972.
47. Finkelber M. Timê and Aretê in Homer. Classical Quarterly. Cambridge University Press; New Series, 1998; 48 (1) 14-28.
48. Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Biyoetik terimleri sözlüğü. Ankara: Türkiye Felsefe Kurum; 2005.
49. Ekmekçi PE, Arda B. Temel etik kuramlar açısından adalet ve sağlık hakkı kavramlarının değerlendirmesi. Türk Klin Tıp Etigi Hukuku Tarihi 2015;23 (1): 6–21. doi:10.5336/mdethic.2014-42622.
50. Yalın NY. Felsefi yaklaşımların ışığında klinik etiğe giriş. Klinik Etik. Klinik Uygulamalarda Etik Sorunlar içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. p. 9-24.
51. Şahinoğlu S. Tıp ve feminist biyoetik. Erdemir AD, Sezgin G, Usmanbaş Ö, Şaylıgil Ö, editors. Çağdaş klinik etik. (21. yüzyılda olgu örnekleriyle) 10. bölüm, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. p. 153-164.
52. Yamagata N. Homeric morality. London: University College London; 1990.
53. Balot RK. Archaic Greece and the centrality of justice. In: Greek Political Thought. 16-47. Malden, MA: Blackwell; 2006.
54. Cevizci A. Felsefeye giriş. 2. Baskı. İstanbul: Say Yayınları; 2013.
55. Bonnard A. Antik Yunan Uygarlığı-1, İlyada'dan Parthenon'a. Çev. K. Kurtgözü, İstanbul: Evrensel Basım Yayın; 2004.
56. Uygur G. John Rawls'ın ardından. HFSA, 7. Kitap, 5-11. 2003.
57. John R. Bölüştürücü adalet. Çev. Vural Fuat Savaş, HFSA, 7. Kitap, 19-52. 2003.
58. Kant I. Ahlak metafiziğinin temellendirilmesi. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2013.
59. Oğuz NY. Tıpta sınırlı kaynakların kullanımı. (Adalet İlkesi) Deontoloji. Genişletilmiş 2.Baskı. Ankara: Antıp A.Ş.; 1999. p 57-65.
60. Miller D. Political philosophy, A very short introduction. New York: Oxford University Press; 2003.
61. Kibar S. An Inquiry on justice: Bases, bearers and principles. In partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. Department of Philosophy, Ankara: 2011.
62. Rawls J. A Theory of justice. Revised edition. Harvard University Press; 1999.
63. Spicker P. Liberty, equality, fraternity. Great Britain: Policy press; 2006.
64. Erdoğan M. Adalet ve eşitlik. Muhafazakâr Düşünce Dergisi 2008; 4 (15): 9-22.
65. Havelock EA. From its shadow in Homer to its substance in Plato. Harvard University Press; 1978.
66. Tam H. The evolution of communitarian ideas. History, theory and practice. Cambridge: University of Cambridge; 2019.
67. Kymlicka W. Contemporary political philosophy. An introduction, 2nd ed. Oxford University Press; 2002.

Konya Veremle Savaş Derneği'nin İz Birakan Kurucusu: Mümtaz Bahri Kuru*

The Founder Who Left a Mark on Tuberculosis Association: Mümtaz Bahri Kuru

Berna Eraymanⁱ, Serap Şahinoğluⁱⁱ

ⁱUzm. Dr. Tıbbi Mikrobiyoloji; Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik AD.

<https://orcid.org/0000-0002-1980-7328>

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

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, 1948'de dönemin biyopolitikalarına uygun olarak faaliyetine başlayan Konya Veremle Savaş Derneği'nin kurucusu ve bu alanda topluma yaptığı katkılar ile saygın ve seçkin bir insan olan Mümtaz Kuru'nun toplumun genelinde tanınırlığının artırılması, mücadeledeki liderlik ve adanmışlığının görünür kılınması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma arşiv taraması olarak tasarlanmış olup, biyografik makale sınıflamasına göre "vefat etmiş bir kişinin onuruna yazılmış makale" türündendir.

Konya Veremle Savaş Derneği ziyaret edilmiş, Dernek başkanı Mümtaz Kuru'dan yazılı izin alınmıştır. Çalışma Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Birincil kaynak olarak dernek kitaplığı ve anı köşesindeki görsel ve yazılı arşiv belgelerine ulaşılmıştır. Konya Koyunoğlu Şehir Müze ve Kütüphanesi Basın Arşivi'nde dönemin tanığı olan yerel gazeteler taranmış, çalışmanın kapsam ve amacına uyan yazılar kullanılmıştır.

Tarihsel bütünlüğü sağlamak amacıyla, döneme ait ülkede yapılan tüberküloz mücadele çalışmaları ayrıntılı bir alanyazın taramasıyla gözden geçirilmiştir. Veriler biyografik araştırma çerçevesinde analiz edilmiştir.

Bulgular: Ulaşılan bilgiler ışığında Mümtaz Bahri Kuru'nun Konya'da tüberküloz mücadelesi için yaptığı faaliyetler, özgeçmişi ve kişilik özellikleri ile bağlantılı olarak sunulmuştur.

Sonuç: Mümtaz Bahri Kuru'nun yakın tarihimizde, Konya'da tüberkülozla mücadelede yapmış olduğu liderlik ile örnek bir kişilik gösterdiği, mücadelede önemli bir rol oynadığı ve rol model olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Konya Veremle Savaş Derneği, Mümtaz Bahri Kuru, Tıp tarihi

ABSTRACT

Aim: This study aims to increase the recognition of Mümtaz Kuru, the founder of the Konya Tuberculosis Association, which started its activities in 1948 in accordance with the biopolitics of the period, and a respected and distinguished person with his contributions to society in this field, in the society at large, and to make his leadership and dedication in the struggle visible.

Method: The study was designed as an archive review, and according to the biographical article classification, it is an "article written in honor of a deceased person" type. Konya Tuberculosis Association was visited, and written permission was obtained from the Association President Mümtaz Kuru. The study was carried out between March and September 2023. Visual and written archive documents in the association library and memorial corner were accessed as primary sources. Local newspapers witnessing the period in the Konya Koyunoğlu Museum Press Archive were scanned, and articles that fit the scope and purpose of the study were used. In order to ensure historical integrity, the tuberculosis control activities carried out in the country during the period were reviewed with a detailed literature review. The data were analyzed within the framework of biographical research.

Results: In the light of the information obtained, Mümtaz Bahri Kuru's activities for the fight against tuberculosis in Konya were presented in relation to his CV and personality traits.

Conclusion: It can be said that Mümtaz Bahri Kuru displayed an exemplary personality with his leadership in the fight against tuberculosis in Konya in our recent history, played an important role in the fight and was a role model.

Key words: Konya Tuberculosis Fight Association, Mümtaz Bahri Kuru, Medical history

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):198-216

DOI: 10.31020/mutfd.1577632

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 01 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 02 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Berna Erayman <drberna42@gmail.com>

Giriş

Tüberküloz hastalığına ait anatomi ve fizyopatoloji bilgisi XIX. yüzyılda artmakla birlikte, XX. yüzyılın başında henüz etkili bir tedavi bulunamamıştı. Olumsuz sosyoekonomik şartlarla yıkıcılığı artan tüberküloz, bu zaman diliminde her toplumda yaygın olarak görülmüş ve yüksek oranda ölüme yol açmıştır.¹ Tüberkülozla mücadelenin halk sağlığı boyutunda, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de dernekler öncülük etmiştir. İstanbul'da 1903 yılında Dr. Kleovulos Kokolatos başkanlığında, "Tüberküloza (Fitizi Pulmoner) Karşı Savaşım Birliği" adıyla bir dernek kurulmuştur. Bu dernek İstanbul halkına dönemin veremle ilgili bilgilerini aktararak veremden korunma çarelerini öğretme hususunda faydalı olmuştur.^{2,3} Besim Ömer'in başkanlığında 1918'de kurulan "Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti", 1920'de İstanbul'un işgali üzerine faaliyetlerini durdurmak zorunda kalmıştır. Cumhuriyetin ilanı arifesinde 18 Şubat 1923 tarihinde Dr. Behçet Salih Bey tarafından "İzmir Veremle Mücadele Cemiyet-i Hayriyesi" ve akabinde 2 Ekim 1923'de "Balıkesir veremle Mücadele Cemiyeti" açılmıştır.

Eylül 1927'de "İstanbul Verem Savaş Derneği" kurulmuştur. Tevfik Sağlam başkanlığında Besim Ömer Akalın, Abdülkadir Lütfi Noyan, Tevfik İsmail Gökçe, Ziya Nuri, Mim Kemal Öke, Neşet Osman gibi ülkenin sağlık liderlerini kurucu üyeler arasında görmekteyiz. İlerleyen dönemlerde bu derneğin eğitim, aşı, tarama faaliyetleri, dispanser ve sanatoryum uygulamaları, veremle savaşta dernek uygulamalarının öncülüğünü yapmıştır.^{1,4}

Genç Cumhuriyetin tüberkülozla mücadelesi, korunma yöntemleri yanında uygulanabilecek etkin tedavi yöntemleri bulunmadığından, sıtma, tifüs, frengi ve trahom mücadelesinin gerisinde kalmıştır. 1924'de açılan Heybeliada Sanatoryumu'nda kısıtlı sayıda verem hastası izole edilip hijyen, beslenme, spor ve dinlenme ile bakım tedavisi uygulanmıştır.⁵ Ankara'da düzenlenen İkinci Milli Türk Tıp Kongresi'ndeki (11-13 Eylül 1927) bildirilerde verem hastalığının biyolojisi, kliniği ile cerrahi ve genel tedavi yönleri ele alınmıştır.⁶

Ulusal devlet, ekonominin ana sermayesi olarak kabul ettiği gürbüz çocuklar ve üretken sağlıklı bireylerin devletin himayesinde olmasını amaçlamaktaydı.⁷ Bu biyopolitika kapsamında 1930 tarihinde Refik Saydam öncülüğünde çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda, dünyada BCG aşısı ve tüberküloz tanı metotlarının gelişmesine uyumlu bir şekilde, eğitim çalışmalarıyla bulaşıcılığa karşı korunma, hemşire ziyaretleri ile tarama ve erken tanı çalışmaları düzenlenmiş; tüberküloz, bildirim zorunlu hastalıklar kapsamına alınmıştır.⁸ 1930 yılında Ankara ve Bursa'da, 1935'de Trabzon'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı Verem Mücadele Dispanserleri açılmıştır. 1930-1940 tarihleri arasında dispanserlerin işleyişi ve veremle mücadele ile ilgili diğer yasal düzenlemeler yapılmıştır.^{4,6}

2. Dünya Savaşı sonrası artan tüberküloz hastalığıyla mücadele etmek için alınacak önlemler Mecliste parti grubunda görüşülmüş, kaynak ayrılması ve bir komisyon kurulmasına karar verilmişti. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde 1948 yılında üretilen BCG aşısı özellikle çocuklara uygulanmak üzere, İstanbul'daki dispanserlerde kullanıma başlanmıştı. Verem Savaş İstişare Komisyonunda görev yapan Prof. Dr. Nusret Karaca'nın Ocak 1949 tarihinde "Tıp fakültelerinde tüberküloz kürsüsü kurulması" teklifinin kabul edilmesiyle veremle mücadelede uzman doktorların yetişmesi kolaylaşmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Veremle Savaş Kanunu (1949) kapsamında hastane, dispanser, prevantoryum ve sanatoryum planlamaları yapılmıştır. Birinci Verem Savaş Danışma Kurulu kararlarıyla 1949 yılında, verem hasta yatağı sayıları artırılmış, bulaşın önüne geçebilmek için okul ve genel verem sağlık taramaları gerçekleştirilmiştir. Bu tarama sonuçlarına göre üç yıllık veremle mücadele programı hazırlanmıştır. Bu dönemde halkevleri ve okullarda özellikle verem haftasında olmak üzere yapılan eğitim programları dikkat çekicidir.^{5,6,9,10}

Buradaki temel amaç, tedavisi henüz tam olarak bulunmayan bu hastalıkla tüm ülkede elbirliğiyle mücadele etmektir. Bu dönemde devletin çalışmalarına destek olarak veremle mücadele dernekleri de katkı sağlamak için devreye girmiştir. Dispanser, hastane, sanatoryum yapımı, tüberküloz birimlerinin teçhizatı, eğitim, aşılama, tanı, tedavi, ihtiyaç sahibi hastalara sosyal yardım gibi mücadelenin pek çok alanında verem savaş dernekleri aktif rol oynamıştır.^{7,11-13}

Bu çalışma, Cumhuriyetin ilk yıllarında Konya'nın toplum önderlerinden biri olan Mümtaz Bahri Koru'nun, dönemin çok önemli bir sağlık sorunu olan tüberkülozla mücadeledeki rolünü görünür kılmak, toplumun genelinde tanınırlığını arttırmak, toplumsal motivasyonu sağlayan kişilik özelliklerine dikkat çekmek için ele alınmıştır. Konya'da verem savaş mücadelesindeki rolünün alanyazına kazandırılması açısından önem teşkil etmektedir.

Yöntem

Biyografik makale türündeki çalışmalar, bilimin ve kültürün gelişmesine katkıda bulunmuş, yaşadığı dönemde alanında topluma yararlı çalışmalar yapmış, toplum önderi, bilim insanı, sanatçıları ve diğerlerini takdirle anarak, bu kimseleri herkese tanıtmak amacıyla yapılan çalışmalardır.¹⁴ Bu çalışma Lefremova ve arkadaşlarının biyografik makale sınıflamasına göre "vefat etmiş bir kişinin onuruna yazılmış makale" türündendir.

Arşiv araştırması olarak tasarlanan çalışma, Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik doktora programı kapsamında Ekim 2023 tarihinde sunulan seminer ile Haziran 2024'de Bilecik'te düzenlenen, XV. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde sunulan "Mümtaz Bahri Koru: Konya Veremle Savaş Derneği'nin İz Bırakan Kurucusu" başlıklı poster bildiri üzerinden geliştirilmiştir. Makale yazarlarından ilkinin mikrobiyolog olarak Konya'da bir kamu hastanesi bünyesindeki, Konya ve Karaman ili merkez ve ilçelerine hizmet veren tüberküloz laboratuvarında birim sorumlusu olması da konunun değerlendirilmesinde etkin bir rol oynamıştır.

Arşiv Araştırması

Konya Veremle Savaş Derneği binasının toplantı odasındaki kitaplık ve anı köşelerinden, Dernek başkanı Mümtaz Koru'nun yazılı izni ile arşiv çalışması yapılmıştır. Derneğe ait belgeler, faaliyet raporları, döneme şahitlik eden fotoğraflar, derneğe ait tüzükler temin edilmiştir.

Konya Koyunoğlu Şehir Müze ve Kütüphanesi içerisindeki basın arşivinde dönemin yerel gazeteleri gözden geçirilmiş, konu ile ilgili olan gazete kupürleri derlenip değerlendirilmiştir. Özellikle dernek kurucusu Mümtaz Bahri Koru ve Derneğin kuruluş yıllarına ait ilgili haberlerden makale kapsamına uygun olanlar makale içinde kullanılmıştır.

İkincil Kaynaklar

Konya Veremle Savaş Derneği'nin kuruluşunu hazırlayan sosyoekonomik şartlar ve o yıllardaki Türkiye'de veremle mücadele biyopolitikaları, kanun, kitap ve makale taramalarından araştırılmıştır.

Araştırmanın amaç ve kapsamı doğrultusunda Konya Veremle Savaş Derneği'nin ve Resmi Gazete'nin resmi web sayfalarından yararlanılmıştır.

Benzer bilgiler içeren kaynaklar karşılaştırılarak bilgilerin doğruluğu tespit edilmeye çalışılmıştır. Dernek ve dispanserler hakkında elde edilen zengin veriler, çalışma kapsamında daraltılarak kullanılmıştır.

Bulgular



Şekil 1. Mümtaz Bahri Kuru (1888-1962). (Konya Veremle Savaş Derneği binasının toplantı odasındaki anı köşesinden alınmıştır).

Kısa Hayat Öyküsü

Konya’da doğan Mümtaz Bahri Kuru (**Şekil 1**), Mevlana Celalettin Rumi’ye uzanan bir aileye mensuptur. Babası Nakipoğulları ailesinden Hacı Ahmet Bahri Efendi’dir. Annesi Hatice Hanım ilk Osmanlı Meclisi Konya mebusu ve Konya belediye başkanlarından Hacı Fasih Efendi’nin kızıdır. Konya İdadisi’nden 1905’de, Konya Hukuk Mektebi’nden 1912’de mezun olmuştur. Varlıklı bir aileye mensup olmasına rağmen öğrencilik yıllarında kâtiplik yapmıştır. Marsilya’da “Ecole de Commerce Supérieure” de başladığı iktisat eğitimini, I. Dünya Savaşı başlaması sebebiyle bırakıp yurda dönmüştür. Konya’da 1914-1924 tarihleri arasında öğretmen ve yönetici olarak özel ve kamusal alanda çalışmıştır.^{15,16}

Mümtaz Bahri, toplumda sözü geçen kültürlü bir kişidir. Milli Mücadele yıllarında Konya’da Kuva-yı Milliye çalışmalarına katılmıştır. Konya’da patlak veren Bozkır olaylarının bastırılması için isyancılarla görüşen “Nasihah heyeti” içindedir. Konya Müdafaa-i Hukuk Cemiyeti’nin kurucu üyeleri arasındadır. Cemiyet içinde tasvip etmediği kişiler yüzünden daha sonra dernek üyeliğinden istifa etmiştir. Konya’da Milli mücadele mitinglerinin düzenlenmelerinde aktif rol oynamıştır.^{17,18}

Öğrencisi Selçuk Es hatıralarında, Konya olaylarında isyancılar tarafından yaralanan Vali Haydar Bey’in başında sargılar olduğu halde okul müdürü Mümtaz Bahri Beyi ziyarete geldiğini anlatmaktadır.¹⁸ Es, bir başka anısında 1. İnönü zaferinden sonra okul müdürleri olan Mümtaz Bahri’nin öğrencileri toplayarak zaferin önemini vurgulayan bir tören düzenlediğinden bahsetmektedir.¹⁹

Milli mücadele yıllarında işgallere karşı çıkan Türk Ocakları’nın Konya şubesi kurucularındandır. Derneğe ait dergide makaleleri yayımlanmıştır. Kuru’yu 1921’de, sağlık, maarif, ziraat, ticaret alanlarını kapsayan ve yardıma ihtiyacı olanlar için Konyalı aydınların kurduğu Türk Cemiyet-i Hayriyesi’nin üyeleri arasında görmekteyiz. Cumhuriyet Döneminde ilk açılan Vilayet Meclis-i Umumisine Konya azası seçilerek Maarif Encümeni Reisi olmuştur. Kuru, 1924-1934 tarihleri arasında Konya İktisad-ı Milli Bankası ve Konya Ziraat Bankası’nda çalışmıştır. Daha sonra 1947 yılında emekli olana kadar Ankara’da Ziraat Bankası Genel merkezinde yönetici olarak görev almıştır.^{15,16,18}

Kâtiplikle başlayıp eğitimcilik ve bankacılıkla devam eden 42 yıllık çalışma hayatının ardından Konya’ya döndükten sonra bir müddet serbest avukatlık da yapmıştır.^{20,21}

Mümtaz Bahri Kuru ve Veremle Mücadele Çalışmaları

Konya Halkevi Dergisi'nde 1945 yılında yayımlanan *Tüberküloz Meselesi* başlıklı makalede Dr. İsmail Hakkı Aladağ hastalığın nedenlerini ve süreci şöyle dile getirir:

“Son günlerde tüberküloz üzerinde sık durulan bir konu oldu. İnsanlık arasız harpler, göçler, ekonomik sefaletler içinde çalkalandıkça ve büyük merkezlere akın ettikçe bu hastalık da devam etmekte, gittikçe yayılmaktadır.”

Makalede geçen aşağıdaki fıkranın dönemin gıda yetersizliğinin de bir yansımasıdır:

“-Doktor: Her sabah iki yumurta, bir bardak süt, tereyağı, reçel ve pirzola yiyeceksin.

-Hasta: Doktor Bey desene hastalığımın tedavisi yok.”

Yine aynı makalede tüberkülozun bir şehir ve fabrika hastalığı olmadığı, köylerde de yaygın olduğu, Konya'da fakirlikten köylünün yemek pişiremediği, bir hayvanı hastalanınca kesip et yiyebildiği, barınma ve yakacak sıkıntıları olduğu, köylerde sağlık hizmetine erişimin olmadığı belirtilmektedir.²²

Dr. İsmail Aladağ makalesinde, halk sağlığını yakından ilgilendiren tüberküloz meselesinin çözümü için devlet tarafından bu işlerin ele alınmaya başladığını duyup sevindiklerini aktararak bazı önerilerde bulunmaktadır:

“Köylerde çalışacak gezici ekipler, kasaba ve şehirde dispanserler, büyük merkezlerde devlet sanatoryumları, devlet ve özelde iş ve sağlık şartlarını düzeltmek, okul ve sağlık mensuplarını sık sık sağlık kontrolünden geçirmek, hayır cemiyetlerinin müvazi çalışma ve teşkilatlanmasına yardım etmek, hususi veya resmi sağlık sandıkları teşkil etmek, halk sağlığı propagandasına hız vermek.”

Kuru, tüberkülozun yoğun olarak Konya'nın gündeminde olduğu 1947 yılında emekli olup memleketine dönmüştür. Konya'da yaygın olarak görülen ve ölümlere neden olan verem hastalığıyla mücadele etmek için arkadaşlarıyla bir araya gelerek Konya Veremle Savaş Derneği'nin kurulma çalışmalarını başlatmıştır (**Şekil 2**, **Şekil 3**).

Tanınan ve saygın bir kişilik olan Kuru'nun bu girişimi sayesinde dönemin hamiyetperver güvenilir insanları biraraya gelmiştir.



Şekil 2. Derneğin logosu. (Konya Veremle Savaş Derneği'nin resmi web sayfasından alınmıştır.)

Derneğin kurucu üyeleri: Mümtaz Bahri Kuru, Av. Tahir Mihçı, Av. Mustafa Kıray, Av. Muammer Obuz, Tüccar Mehmet Civelek, Yüksek Mühendis Niyazi Kiper, Yüksek Mühendis Vedat (Eski Bayındır Müdürü), Dr.

Cemal Turfan (Eski Sağlık Müdürü), Dr. Sabri Ertüzün (Röntgen Mütahhassısı), Dr. Sait Yücesoy, Dr. Mustafa Üngür (Göğüs Hastalıkları Röntgen Mütahhassısı), Dt. İsmail Küçükkeleş, Dt. Mustafa Özaydın, Ecz. Muzaffer Çavuşoğlu, Ecz. İsa Akaltun, Dr. Burhan Göksu, Tüccar Kazım Altıoklar, Oto acentesi sahibi Mehmet Tunçer, Tüccar Mehmet Özbayram, Tüccar M. Ali Eşrefoğlu, Attar Mehmet Kunt, Antalya anbarı sahipleri İbrahim ve İhsan, Sarraf Ali Arısoy, Terzi Baha Yücesoy, Terzi Ahmet Koru, Attar Şükrü Güncay, Eski belediye başkanı Muhlis Koner, Tüccar Samet Kuzucu, Öğretmen Namık Ayas, Tüccar Feyzi Çelik, Demirci tüccarı Mithat Aksoy, Tüccar Ahmet Yapıcı, Attar Şaban Şahin, Kırtasiyecisi Osman ve Ali Sakallıoğulları, Eski müftü H. Ali, Toptancı H. Nuri Küçükkeleş, Şekerci Nesip Ertüzün, Tüccar Mustafa İzmirilgil, Tüccar H. Ahmet Yatağanlı, Dr. Abdullah Oğuzer olarak kayıtlara geçmiştir.²³



Şekil 3. Derneğin ilk binası. (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)

Derneğin amacı dernek tüzüğünde madde 2’de:

“Konya sınırları içinde veremle ve göğüs hastalıklarıyla savaşmak, veremin kişisel ve sosyal tehlikelerine karşı halkı uyarmak, savaş için yapılması gerekli verem ve sair göğüs hastalıkları hastaneleri- sanatoryum- prevantoryum- Verem dispanserleri gibi sağlık yurtları kurmak ve bunları idare etmek, kurulmuş veya kurulacak olan kamunun sağlık hizmetinde olan sağlık kurumlarına nakdi veya aynı yardımlarda bulunmak ve bu amaçlara varmak için gerekli gelirleri sağlamak, yazı, konferans, broşür, radyo ve diğer vasıtalarla propaganda yaparak veremle mücadele etmek, veremlilere ve ailelerine imkanlar nispetinde ilaç, gıda ve sair her türlü yardımlarda bulunmaktır.” şeklinde belirtilmiştir.

Mehmet Önder kitabında arkadaşı Mümtaz Bahri Koru’nun, “Cemiyeti içinden kemirerek her yıl on binlerce vatandaşın hayatına son veren, taze ciğerleri, zayıf, narin bedenleri için için kemiren bu müthiş afete karşı açtığı mücadelenin Konya’da kısa zamanda kökleştiğini” belirtmiştir.¹⁵

O dönemde devlet, bölgesel dernek çalışmalarını desteklemiş ve yakın işbirliği yapılmıştır.²⁴ Bu kapsamda Konya’da yapılan Dernek çalışmaları Ankara’daki merkezi yönetim tarafından en üst düzeyde desteklenmiştir (Şekil 4).

Sağlık Bakanı Behçet Uz’un başkanlığında, 3 Ocak 1948 tarihinde 48 verem savaş derneği, bakanlık yetkilileri, uzmanlar ve gönüllülerle yapılan toplantıda; şehirlerde verem savaş derneklerinin giderek artan sayılara ulaştığı, mücadelenin bu dernekler aracılığı ile yapılması gerektiği savunularak Ulusal Verem Savaş

Derneği adı altında birleşme kararı alınmıştır.⁴ Konya Veremle Savaş Derneği ivedilikle bu oluşumda yer alarak 1949 yılında kamu yararına çalışan dernek statüsü kazanmıştır (Ek 1. Resmi Gazete).



Şekil 4. Derneğin kuruluş aşamasında İsmet İnönü yönetim kurulunu kabul hatırası. (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)

Mümtaz Bahri Kuru'nun Adanmışlığı ve Hizmet Anlayışı

Önder (1954) kitabında tek parti rejiminden çok parti rejimine geçişte siyasi partilerin buldukları bölgelerdeki memleketin ileri gelenlerine vekil olma teklifleri yaptıklarını, bu dönemde Kuru'nun kendine gelen teklifi *"Ben tarafsız bir müşahid olarak memleket hizmetindeyim. Hangi parti memleket hayrına çalışıyor ve iş yapıyorsa ben o partidenim."* diyerek ret ettiğini ve seçime bağımsız aday olarak bile girmedikini aktarır. Kuru o dönemde etrafındaki dostlarına, *"Memleket için çalışmak mutlak rey almakla olmaz. Ben de kendi çapımda üzerime düşen vazifeyi yapmağa gayret edeceğim."* diyerek bu konudaki yaklaşımını dile getirir.¹⁵

Bu durum Derneğe ait tüzükte 3. madde de: "Dernek tüzel kişiliğe sahip olup, amacından başka işlerle ve siyasetle uğraşamaz" olarak yer almaktadır.²³

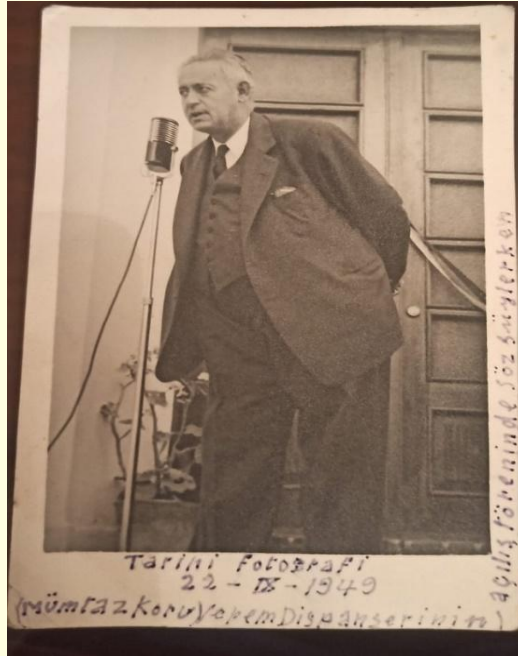
Kurucu Mümtaz Bahri Kuru, Derneğin kurulduğu 1948'den vefat ettiği 6 Ocak 1962 tarihine kadar dernek başkanlığını yürütmüştür. Onun vefatından sonra eşi Güzide Kuru 1970'e kadar görevde kalmıştır (**Şekil 5**). Diğer başkanlar sırasıyla eski belediye başkanı Rifat Öngay, Dr. Ali İhsan Dayıoğlu, Mümtaz Kuru'nun avukat yeğeni Mehmet Erbil Kuru, Dr. Sabahattin Yücetaş, avukat Ali Aysu ve 2014'den itibaren yeğen Mümtaz Kuru'dur.



Şekil 5. Güzide Kuru. (Konya Veremle Savaş Derneği binasının toplantı odasındaki anı köşesinden alınmıştır).

Dispanserlerin ve Prevantoryumun Açılması

Mümtaz Bahri Kuru'nun 1948 tarihinde Ankara'daki üç katlı evini satıp Mümtaz Kuru Verem Savaş Dispanseri'ni yaptırmak üzere derneğe bağışladığını, 1953'te de Konya Meram mevkiindeki 20 dönüm arazisini satıp Mümtaz Kuru İlköğretim Okulu ve eşi adına Güzide Kuru Verem Savaş Dispanseri için kaynak oluşturduğunu faaliyet raporlarında görmekteyiz. Böylece Konya'da Sağlık Bakanlığı'na ait plan dahilinde, 1949 ve 1954'de iki dispanser faaliyete geçmiştir.^{25,26} (Şekil 6)



Şekil 6. Mümtaz Bahri Kuru dispanserin açılışındaki konuşması sırasında. (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)

Konya Halkevi Dergisi'nde 1948'de yayımlanan *Tıbbın Gidişi ve Sağlığımız* başlıklı makalede Aladağ²⁷ tüberküloz mücadelesinin sosyal yönüne dikkat çeker:

“Cemiyetin sağlığında o cemiyetin kültür, ekonomi ve teknik imkanlarının payını herkes bilir, halkın alışveriş kabiliyetini yükseltmeden iğtida hastalıklarını önlemeye, bilgi ve göreneği değiştirmeden sağlık şartları içinde yaşamasını öğretmeye, yetişkin personel ve mükemmel teknik vasıtalar olmadan salgınlarla mücadele etmeye imkan yoktur.”

Ankara'da 16-19 Ekim 1950'de yapılan 11. Milli Türk Tıp Kongresinde sunulan, *Veremin Türkiye'deki Yayılışında Hangi Hayat Şartlarının Müessir Olduğu Araştırması* başlıklı bildiriye, Dr. Orhan Zihni Sanus, Türkiye'nin 41 ilinden gelen anket sonuçlarına göre Türkiye'de kadın ve çiftçiler arasında akciğer tüberkülozunun daha fazla tespit edildiğini ve hastalığa yakalanmada maddi ve manevi sıkıntıların önemli bir faktör olduğunu raporlamıştır.⁶

Dönemin sınırlı yayınları kapsamında tüberkülozun toplumdaki yaygınlığı ve sosyal şartlar göz önüne alındığında mücadele yöntemlerinde toplumun bilinçlendirilmesi ve ekonomik destek sağlanması oldukça önemlidir. Bu koşullarda Kuru'nun faaliyetleri Konya'da halk arasında takdir görmüştür.



Şekil 7. Mümtaz Kuru Dispanseri (1949) binası. (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)



Şekil 8. Güzide Kuru Dispanseri (1955) binası. (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)

Önder (1954) dispanserler (**Şekil 7-8**) hakkında halkın görüşlerini şöyle aktarır:

“Veremlileri sağlardan ayırmak, sirayeti önlemek, vereme henüz tutulmuş olanları ayaktan tedavi ile kurtarmak, parasız, ilaçsız, gıdasız kimsesiz hastaları korumak, yardım etmek, aşılara yapmak vs. gibi gayelerle açılan dispanser, Konya’da geniş bir memnuniyet uyandırmış, Mümtaz Kuru bütün bir memleket tarafından takdirle karşılanarak tebrik edilmiştir.”¹⁵

Enver Şevki Botsalı, Yeni Konya gazetesindeki (21 Temmuz 1954, tarihli) yazısında Mümtaz Bahri Kuru ile olan anısını şöyle paylaşmaktadır:

“Hiç unutmam, lisede talebe idik. Okul idaresi haftanın muayyen günlerinde bize şehrimizin bazı bakımlardan temayüz etmiş şahıslarını dinlemek fırsatını verirdi. Bir gün yine bu meyanda hayır sahibi vatandaşlarımızdan muhterem amcamız Mümtaz Bahri Kuru’yu dinliyorduk; oradan buradan bahsetti. Tecrübesine dayanarak nasihat verdi. Avrupa’dan dem vurdu ve nihayet dedi ki: “Çocuklar! Şu anda belki içinizden bazı arkadaşlarınız bana bakıp şöyle bir şey düşünüyorlardır: Bu adam hangi akıla kulluk ederek verem hastanesi yaptırmış olabilir?” ve devam etti:

“Benim verem hastanesi yaptırmama gurbette geçirdiğim şöyle garip bir hadise sebebiyet verdi: İstanbul’dayım, tentirdiyot lazım oldu; gittim eczanenin birisine girdim. Karşımda oturan benim gibi yaşlıca bir eczacıdan istedim. O da kalktı, aradı, buldu. Ufak bir şişeye doldurarak elime verdi. Çıkarken kaç kuruş vereceğim diye sorunca geçmiş gün adam herhalde “10 kuruş alalım yeter.” dedi. Çıkardım verdim dedim ki: “Arkadaş nasıl oluyor da bu kadar tentirdiyot 10 kuruşa idare ediyor. Bizim memleketlerde buna 30-40 kuruş alırlar. Üstelik de sizden kırk kuruş alalım yeter derler.” dedim.

Umur görmüş feleğin çemberinden geçmiş eczacı anlatmaya başladı. “Bana bak arkadaş. Görünüşe göre senin yaş da aşağı yukarı benimki kadar. Senle benim ve bizim yaşlarımızda olanların bir ayakları çukurda sayılır. Senden 10 kuruş yerine 30 kuruş almak mümkün ama sonu ne? 3 gün sonra buradakileri öbür dünyaya götüremem ya.. Zira oraya götüreceğimiz 4 arşın kefendir. Onun da cebi yok hem oranın gümrük memurları o kadar vazifesiz ki huduttan hiçbir şey kaçırtmıyorlar.” sözü beni düşündürdü. Diyebilirim ki bu sözler verem hastanesi yaptırmama ilk adım oldu.”²⁸

Derneğin kuruluş aşamasında her ne kadar Mümtaz Bahri Kuru kendi öz kaynaklarını dernek faaliyetleri için harcarsa da yapılacak işlerin büyüklüğü nispetinde maddi destek gerekmektedir. Üye aidatları, derneğe ait banka hesap faizleri, Sağlık Bakanlığı, Kızılay Genel Merkez ve Konya Şubesi, Merkez, Ziraat ve İş bankalarının yardımları, Konya halkının yaptığı teberru ve bağışlar, kurban derileri, basılan Verem Şefkat pulları (**Şekil 9**), Verem Haftası rozetleri, Belediye Kanunu gereğince sinema, oyun yerleri ve eğlence hasılatının %10 vergi gelirlerinden gelen katkı, derneğe bağışlanmıştı. Mümtaz Kuru pasajındaki iş yerlerinin kira gelirleri, derneğe ait diğer bina kira gelirleri ve halkın bağışları maddi kaynakları oluşturmuştu.^{25,26,29-40}



Şekil 9. Dernek pulları. (Konya Veremle Savaş Derneği'nin resmi web sayfasından alınmıştır.)

Konya Veremle Savaş Derneği'nin 1949'daki ilk faaliyet raporunda, 1948 yılında temeli atılan Mümtaz Kuru Dispanseri'nin bir yılda tamamlandığı, üst katta 25 yataklı bir verem pavyonu olarak açıldığı, 4 ay içinde 373 hastaya bedava bakıldığı, hastalara imkanlar ölçüsünde mali ve maddi yardımlar yapıldığı, dönemin tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmaya çalışıldığı, bu yüzden röntgen cihazı alabilmek için kaynak arandığı ayrıntılı bir şekilde anlatılmaktadır. İstanbul'da yeni uygulanmaya başlayan BCG aşısının Konya'da uygulanmasına geçilmesi, Meram'da bir prevantoryum kurulması gibi projelerden bahsedilmektedir. Konya Veremle Savaş Derneği'nde I. Genel Kurula yaptığı konuşmada Kuru:

"...Bütün bunlara rağmen giriştiğimiz bu hayırlı ve nurlu yolda tam başarı elde etmek, hastalara deva ve şifa sağlamak ve sağları bu kötü salgın ve bulaşıcı hastalıktan korumak için eksikliklerimiz ile ihtiyaçlarımız, herhalde mevcudumuzdan çok fazladır. Aziz ve hamiyetli hemşehrilerimizin ve sayın hükümetimiz ve büyüklerimizin yardımıyla ve bıkmadan, usanmadan devamlı çalışmakla bunların kısa bir zamanda tamamlanacağına inancımız vardır." diyerek destek çağrısı yapmaktadır. O dönemde dernek, yerel basınla (**Şekil 10**) halka ulaşmaya çalışmaktaydı.²⁵



Şekil 10. 1950 yılına ait Ekekon isimli yerel gazetede destek çağrısı. (Konya Koyunoğlu Müzesi Basın Arşivi'nden alınmıştır.)

Bütün maddi zorluklara rağmen faaliyet raporlarında görüldüğü üzere Dernek hastalara ilaç ve gıda yardımını kesintisiz sürdürmüştü.^{25,26,29-40}

Dispanserler faaliyetleri içerisinde ilk kurulduğu yıldan itibaren gezici araç temin ederek, Konya'nın merkezi, ilçe ve köylerinde tarama faaliyetleri yapmıştır. Okul, askeriye, esnaf, fabrika, genel evler, hapishaneler gibi yerlerde yapılan taramalarda laboratuvar ve radyografi çalışmalarını o dönemin mevcut en ileri teknolojileri ile gerçekleştirmiştir.^{25,26,29-40}

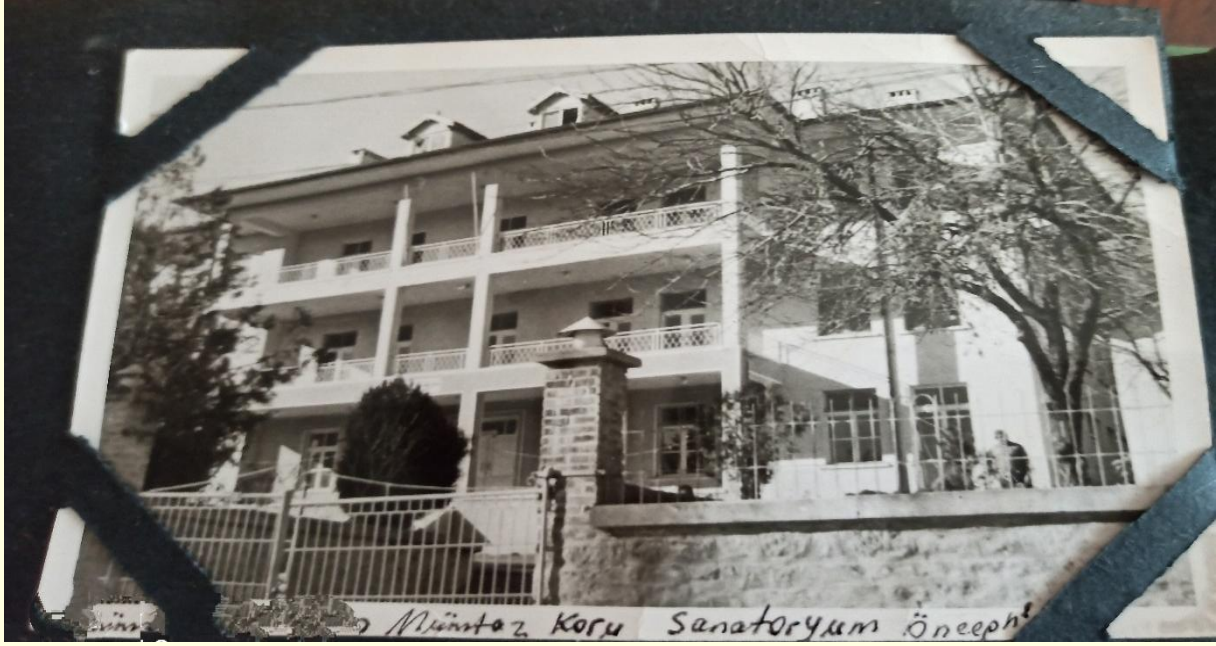
Yeşilliği ve temiz havasıyla tanınan, Meram Köyceğiz mevkinde bulunan Mümtaz Bahri Kuru'nun Derneğe bağışladığı arsaya, 1956 yılında *"henüz veremden kurtulmuş veya vereme tutulmak tehlikesinde bulunmuş, cılız, dermansız ve mali takatsız yurttaşlarımızın istirahat ve hava tebdiline tahsis..."* edilmesi düşünülen bir prevantoryum planlanmıştır.³⁴

Prevantoryum binası inşaatının 1957'de tamamlandığı, (**Şekil 11, 12**) 3 katlı, 35 odalı, her katta bir mutfak, bir banyo ve üç tuvalet bulunan, kalorifer tesisatı, balkon ve terası olan binanın kapısında bekçi bulunduğu faaliyet raporunda aktarılmaktadır. Prevantoryumun yan tarafındaki arsaya personele verilmesi planlanan, alt katta 2 odalı iki daire ve hekimler için üst katta çok odalı bir daire içeren lojman da yapılmıştır.³⁵

Dernek, 1951 yılında geçici olarak Mümtaz Kuru Dispanseri'nde ve tamamlandıktan sonra prevantoryumun ilk yıllarında, yataklı tedavi hizmeti de vermiştir. Bu birimlerde, 1959 yılında laboratuvarları, röntgen ve radyoskopi alt yapısı, pnömo ve elektravital kapasite gibi dönemin en gelişmiş cihazları bulunmaktaydı.⁴ Verem Hastanesi'nin 1962 tarihinde yapılması ile yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanede sürdürülmüştür. Verem Hastanesi'nin kurulması ile boşaltılan prevantoryum, resmi kurumlara kiralanmış ve elde edilen gelir verem hastaları için kullanılmıştır.⁴⁰



Şekil 11. Prevantoryum açılış töreni (1959). (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)



Şekil 12. Prevantoryum binası (1959). (Konya Veremle Savaş Derneği binasındaki fotoğraf albümünden alınmıştır.)

Günümüzde Konya Veremle Savaş Derneği

Kurulduğu 1948 yılından itibaren dernek aktif olarak veremle mücadele etmiştir. Ülkenin geçirdiği siyasi çalkantılar, ekonomik krizler ve dernek yönetiminin zaman içinde değişmesi faaliyetlerinde bir gerilemeye yol açmamış ve hizmetler çağa uygun hale getirilerek sürdürülmüştür (*Şekil 13-15*). Bu faaliyetlerin 1949'dan itibaren raporlarda ayrıntılı olarak anlatıldığını, gelir ve gider sütunlarının çok özenli bir şekilde düzenlenmiş olduğunu ve ciltli hale getirilerek Dernek binasında muhafaza edildiğini görmekteyiz.

Dernek 2011 yılında tüzük değişikliği yaparak, madde 2'nin çalışma konuları ve biçimleri başlığı altında: "Amacın gerçekleştirilmesi için gerekli görülmesi durumunda vakıf kurmak" ibaresi eklenmiştir. Dernek, 10 Temmuz 2020 tarihinde, "Konya Mümtaz Kuru ve Güzide Kuru Sağlık Vakfı" isimli bir vakıf kurduğunu, vakfın amacının Türkiye'de ve dünyada verem hastalığı ve onunla birlikte görülebilecek HIV-AİDS ve benzeri hastalıklar ile mücadelenin etkili ve başarılı olabilmesi için her türlü çalışmayı yapmak olduğunu belirtmiştir.⁴¹ Geleceğe yönelik bu atılımlar Derneğin süreklilik kararını da göstermektedir.

Konya'daki bazı kamu ve üniversite hastanelerinde özellikle Göğüs Hastalıkları birimlerine, bina inşası ve cihaz hibesinde bulunan Dernek, en son olarak 2020 yılı itibarıyla Konya Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesine 11 yataklı tüberküloz hasta servisi ve 6 yataklı yoğun bakım ünitesi olan tüberküloz ünitesi kazandırmıştır.⁴²

Mümtaz Bahri Kuru ve arkadaşlarının sağlam temeller üzerine kurduğu Dernek, günümüzde de veremle savaş faaliyetlerine devam etmektedir.



Şekil 13. Dernek binası, 1. kat, flamanın olduğu daire (2024). (Konya Veremle Savaş Derneği'nin resmi web sayfasından alınmıştır.)



Şekil 14. Mümtaz Kuru Dispanseri binası (2024). (Konya Veremle Savaş Derneği'nin resmi web sayfasından alınmıştır.)



Şekil 15. Güzide Kuru Dispanseri binası (2024). (Konya Veremle Savaş Derneği'nin resmi web sayfasından alınmıştır.)

Tartışma ve Sonuç

Konya Veremle Savaş Derneği'nin kurulduğu 1948 yılı ülkede ve dünyada tüberküloz hastalığının ve ona bağlı ölümlerin pik yaptığı bir zaman dilimindedir. II. Dünya Savaşı'nın olumsuz etkilerinin giderilme çabaları, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin (1948) ilanı gibi gelişmeler devlet ve vatandaş arasında sosyal hak temelli bir sosyal politika anlayışı getirmiştir. Vatandaşlık haklarının gündeme gelmesi ve devletin yoksulluk sorununu kontrol altına alma çalışmalarının kapsamında yardımlaşma ve dayanışma, sosyal politika alanına dahil olmuştur.⁴³ Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de kurulması ve II. Dünya Savaşı sonrası sağlık alanındaki artan uluslararası dayanışma, Türkiye Cumhuriyeti'nin veremle mücadeledeki kararlılığı ve veremle mücadelede dünya ile işbirliği yapması, ülkenin ekonomik darboğaz yaşamasına rağmen ülke genelinde veremle mücadele etmesi dernek faaliyetlerinin varlığını ve önemini artırmıştır.^{7,44}

Bu hastalığın sosyal boyutu göz önüne alındığında resmi sağlık kurumlarının yanında sivil toplum kuruluşlarının da destekleri hastalıkla mücadelede önem taşımaktadır.¹² Konya Veremle Savaş Derneği kuruluşundan bu yana bölgesinde tüberküloz konusunda bilinçlendirme ve eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması, tarama, aşılama, teşhis ve tedavi için gerekli altyapının oluşturulması, ihtiyaç sahibi hastalara sosyal yardım sağlanması konularında aktif rol oynamaktadır.

Mümtaz Bahri Koru'nun Konya'da Veremle Savaş Derneği'ni kurma girişimi toplumsal bir motivasyon sağlamış, Konya'nın ileri gelenlerini harekete geçirerek tüberkülozla mücadelede bir araya getirmiştir. Derneğin 1948 yılında 42 kurucu üye ile faaliyete başladığı halde, bir yıl gibi kısa süre içinde üye sayısını 600'e çıkarmasının, Konya'da veremle mücadele etmek için toplumsal bir farkındalık oluştuğunu gösterdiğini söyleyebiliriz.²⁵

Koru'nun hayat hikayesinden öğrendiğimize göre kendisi gençlik yıllarından başlayarak vefat ettiği 1962 yılına kadar toplum yararına olacağını düşündüğü faaliyetlere katılmıştır. İyi bir öğrenimin getirdiği özgüven ve vizyonerlikle Konya sosyal hayatındaki çağdaş gelişmelere katkıda bulunmuştur. Öncülük ettiği dernek faaliyetlerine, öğretmen olmasının getirdiği ayrıcalıklarla, kendisine güvenen bir kitle destek olmuştur. Hatta hayatının son dönemlerinde sağlık durumu bozuk olduğu halde Konya'da Yeşilay Derneği'nin bir şubesinin açılması için girişimlerde bulunduğu ve genç dostlarına vasiyette bulunduğu da bilinmektedir. Yeşilay Konya şubesinin kuruluş çalışmalarına önyak olan Nevzad Ayasbeyoğlu'nun *"İspirtolu içki veremden daha az mı korkunçtur? Onunla mücadele Mümtaz Koru'nun hayırlı eserlerini desteklemek veya tamamlamak mahiyetinde bir hareket sayılmaya değer mi?"* sözleriyle seslenmesi Mümtaz Koru'nun vefatından sonra bile liderlik etme ve toplumu etkileme gücünü göstermektedir.⁴⁵

Mümtaz Bahri Koru, Yeni Konya gazetesinde 6 Şubat 1954 tarihli yazısında kendisinden şöyle bahsetmektedir:

"Birkaç gün önce yayınlanan (Bir Teklif) başlıklı yazınızı dikkatle okudum. Hakkımda göstermek lütfunda bulunduğunuz sevgi ve iltifata, en büyük teşekkürlerimi sunmayı bir borç ve samimiyetle mümtaziç önemli bir vazife bildim.

Hatırlatmak isterim ki güzel bir atalar sözümüz vardır. Balı parmağı uzun olan değil, kısmeti olan yer. Bu gibi hayırlı işleri de parası çok olan değil, herkeste mevcut millet aşkı, memleket sevgisi, normal haddinden çok aşmış taşkınlar -Bu günün en doğru zihniyetiyle- benim gibi coşkunlar yapar.

Fizyoloji ve patoloji edebiyatına girmiş (Fetichisme)in medlulu bence sabit birşeyde sapıklık ve deliliktir... Hekimlerin (Psychopathe) zümresine koydukları bu hastalar, iradelerine sahip olmayarak, şuursuzca fetişlerini bir maskot inancıyla ve uluhi bir hürmetle takdis ve hatta bir

*(Tabon) gibi perestiş ve tebcil ederler ve delice bağlanırlar. İşte bunlar gibi ben de bu aziz yurdumun ve onun sevimli evladının hayranı ve fedaisiyim ve bunların uğruna sonsuz bir aşk ve sevdâ ile bütün varlığımı harcamaya hazırım”.*⁴⁶

Koru, Mümtaz Kuru ve Güzide Kuru dispanserlerinin ve prevantoryumun hizmete girmesinde ve işleyişinin sağlanmasında kendine ait maddi kaynakları seferber etmesi ile örnek teşkil etmiştir. Üstelik Derneğin çok kısa sürede çağın gerektirdiği teknik aletlere ulaşmış, tüberküloz tanı ve tedavisinde yol aldığını gören Konya halkı farklı yöntemlerle derneğe katkı sağlamıştı. Faaliyet raporlarında tespit ettiğimiz 1949’da Muammer Karaca tiyatro hasılatı, 1950’de köyden bağışlanan buğdayların satışından elde edilen meblağlar, 1953’te Alkaran köyünden Ayşe teyzenin ölümünden sonra evini ve tüm menkulünü miras olarak derneğe bırakması, 1954’de Mehmet Önder’in *Mümtaz Kuru* isimli kitabının gelirleri... gibi farklı bağış yöntemlerini örnek gösterebiliriz.^{25,26,29,32}

Mümtaz Bahri Kuru, mücadeleci kişiliğin olumsuz yönü olarak değerlendirebileceğimiz baskıcılığı, Konya halkıyla ve çalıştığı kişilerle yaptığı paylaşım ve işbirliği ile dengelemiştir. Mehmet Önder kitabında Kuru’dan şöyle söz eder:

*“Onu kışın soğuşunda, yazın sıcağında bastonuna dayana dayana giderken görenler: Yine Mümtaz Bey, bir işin peşinde; demekten kendilerini alamazlardı”.*¹⁵

Mümtaz Bahri Kuru, Konya Veremle Savaş Derneği’nin kurma sürecinde görüldüğü üzere mücadeleci, idealist, fedakar, çevresindekilere ilham verici, kamuoyu oluşturma ve destek çekme özelliğine sahip bir kişi olup, yönetim ve karar almadaki liderliği, çalışmaların sürdürülebilirliğini sağlayacak uzun vadeli ve etkili stratejiler geliştirmesi ve diğer toplum yararına yaptığı faaliyetler ile Konyalıların gönlünde taht kurmuştur. Konya’da dönemin önde gelen kültür insanlarının ona ithafen yazıp besteledikleri eser bunun en güzel ispatlarından biridir (**Şekil 16**).

Mümtaz Bahri Kuru’nun yakın tarihimizde, Konya’da tüberkülozla mücadelede yapmış olduğu liderlik ile örnek bir kişilik gösterdiği, mücadelede önemli bir rol oynadığı ve rol model olduğu söylenebilir. Bu çalışmada dikkat çekildiği gibi, toplumsal etki ve tanınırlığa sahip şahısların, önderlik etme, bilgilendirme ve örnek olma fonksiyonlarını yerine getirerek, halk sağlığını ilgilendiren pek çok sorunun çözümünde etkili olacağını öngörebiliriz.

MÜMTAZ KORU'YA İTHAF

Söz: Feyzi HALICI Müzik: Arif Şahop ÖNTEM

Mareç Çiriz

A - din - la bin ya - şa

ey Müm - laz Ko - ru

I. Tanrı katındadır en güzel çağın,
Yardıma ateşle yağrulmuş bağı,
Yürüyor en kutsal günlere doğru
Boş gitmez alınteri, göz nuru
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

II. Çıkarttığı sese bakın, tek elin
Bunca eserleri bir seyre gelin.
En elzemim, en hoşun, en güzelin
Gönüllere yağar oldu yağmurun
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

III. Ne dispensler, hastahane, okullar.
Açmış ellerini yetimler, dullar,
Boş yere gitmiyor paralar, pullar
Bir kervan gidiyor sonsuza doğru,
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

IV. Vatan, millet diyen fert böyle olur
Emekle eriyen dert böyle olur
Zengin böyle olur, mert böyle olur
Cömert kullarını Tanrım sen kuru
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

V. Arzuhallar etegine vardımı?
İmkânsızlık dörtçevreyisardı mı
Sen yaparsın en samimi yardımı
Sen duyarsın en mukaddes sürürü
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

VI. Girmez sahavet in gayesi, derse
Hep yardım içindir mutlak ne derse
Bir iş biter onun eli deşerse
Derdin sona ermesidir huzuru
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

VII. İyilikler her gayretin temeli,
Bu kutsal varlığın bitmez emeli:
Destanını tarihler söylemeli
Daim olsun tavazunun gururu,
Adınla bin yaşa ey Mümtaz Kuru.

VIII. *öldüğünde: Ruhuna bin rahmet aydın mümtaz kuru*

Şekil 16. Mümtaz Kuru'ya ithafen sağlığında yazılmış eser (Yeğeni Sait Kuru'nun kişisel koleksiyonundan alınmıştır.)

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Dernek binasında arşiv belgeleriyle çalışmamıza yazılı izin veren dernek başkanı Mümtaz Kuru (Derneğin kurucusu Mümtaz Bahri Kuru'nun yeğeni), belgelere ulaşmamızda yardımcı olan Dernek yönetim kurulunda görevli Sait Kuru (yeğeni), Derneğin 1981-1994 tarih aralığında müdürü olan ve halen yönetim kurulunda bulunan Ahmet Çini, Dernek müdürü Mümtaz Hakan Çini, 30 yıldır Dernek bünyesinde çalışan Yurdanur Özkan'a, Koyunoğlu Müzesi ve Kütüphanesi arşiv görevlisi Ali Cahit Selvi ve Ali Ekici'ye çalışmamızdaki desteklerinden ötürü teşekkür ederiz.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Berna Erayman: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı.

Serap Şahinoğlu: Fikir, tasarım, danışmanlık, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Aksu M. Tıp tarihi açısından verem savaşı. Ankara: Gazi Üniv. İletişim Fakültesi Basımevi; 2007.
2. Etker Ş. İstanbul'un ilk Verem Savaşını Derneği: Ligue contre la Tuberculose (Phitisie pulmonaire) de Constantinople. Osmanlı Bilimi Araştırmaları 2020;21(2):225-247.
3. Köse H (2020). Meşrutiyet'ten Cumhuriyet'e Türkiye'de veremle mücadele. T.C. Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü, Tarih Ana Bilim Dalı Türkiye Cumhuriyeti Tarihi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2020.
4. Yıldırım N, Gürkan M. Yataklı tedavi kurumları. In: Metintaş M, ed. Türk göğüs hastalıkları tarihi. İstanbul: Türk Toraks Derneği AVES Yayıncılık; 2012. pp:130.
5. Töre O. Osmanlı'dan Cumhuriyet'e bulaşıcı hastalıklarla savaşım. Klimik Dergisi 2021;34(1):1-12.
6. Arıkan A. Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye sağlık politikalarına etkileri. İstanbul: Türkiye Tıp Akademisi; 2010.
7. Tuğluoğlu F. Cumhuriyetin ilk döneminde verem mücadelesi ve propaganda faaliyetleri. Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları 2008;13-14:1-24.
8. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930. Kanun Numarası: 1593 Kabul Tarihi: 24/4/1930 Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 6/5/1930 Sayı:1489 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 3 Cilt: 1 Sayfa: 143 Erişim Adresi: mevzuat.gov.tr
9. Tekin AC. 1939-1950 yılları arasında Türkiye'de veremle mücadele faaliyetleri. Journal of Universal History Studies 2018;1(1):1-21.
10. Verem Savaşı Hakkında Kanun 1949. Kanun Numarası: 5368 Kabul Tarihi: 11/4/1949 Yayımlandığı Resmi Gazete:Tarih:15/4/1949 Sayı:7183 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 3 Cilt: 30 Sayfa: 921 Erişim Adresi: mevzuat.gov.tr
11. Gökçe İT. Yedinci verem haftası. Yaşamak Yolu Dergisi 1952;195:2.
12. Genç Kuzuca İ, Şahinoğlu S, Aciduman A. Verem mücadelesinde sosyal yardım kurumları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2019;9(3):337-348.
13. Otlu B, Yakupoğulları Y. Türkiye'de verem savaşı. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2023; 13. Sanat ve Tarih Penceresinden Tüberküloz-100. Yıl Özel Sayısı:29-38
14. Lefromova O, Wais K, Kozak, M. Biographical articles in scientific literature: analysis of articles indexed in Web of Science. Scientometrics 2018;117:1695-1719.
15. Önder M. Mümtaz Kuru. Konya: Ülkü Basımevi;1954.
16. KonyaBüyükşehir Belediyesi, Konya Ansiklopedisi, 2020. Erişim adresi: www.konyapedia.com/makale/2854/kuru-mumta-bahri, Erişim Tarihi:25.9.2024
17. Gül M, Bayram A, Hakkoyunmaz O. Selçuklu' dan günümüze Konya'nın sosyo-politik yapısı. Konya: Konya İl Emniyet Müdürlüğü AR-GE Yayınları-1; 2003. pp:36.
18. Yılmaz M. Konya'da Müdafaa-i Hukuk Cemiyeti ve Mümtaz Bahri Kuru. Konya: Çizgi Kitapevi; 2015.
19. Es S. "Hayal olmuş hakikatler; Konya İntibah ve Terakki Okulu hatıraları", (Selçuk Es'in 18 Nisan 1976 tarihinde Koyunoğlu Müzesi'ne bağışladığı kişisel koleksiyonundan daktilo yazısı ile yazılmış 2 sayfalık not) Demirbaş, No:17272.
20. Önder M. Bir kaybın peşinden Mümtaz Kuru, hayatı ve eserleri. Yeni Konya Gazetesi 1962;10 Ocak; s:2.
21. Uz MA. Konya kültürüne hizmet edenler. İçinde: Mümtaz Bahri Kuru (1888-1963). Konya: Konya Büyükşehir Belediyesi; 2003. pp:53-56.
22. Aladağ İH. Tüberküloz meselesi. Konya Halkevi Kültür Dergisi 1945;10:24-25.
23. Konya Veremle Savaş Derneği Tüzüğü. Ülkü Basımevi 1949; Konya.
24. Gürses H. Verem Savaş Dernekleri ve üniversitelerin tüberküloz kontrolündeki yeri. In: Kocabaş A, ed. Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. Adana: Çukurca Üniversitesi Basımevi; 1991. pp:461-463.
25. Konya Veremle Savaş Derneği 1949 yılı faaliyet raporu.
26. Konya Veremle Savaş Derneği 1954 yılı faaliyet raporu.
27. Aladağ İH. Tıbbın gidişi ve sağlığımız. Konya Halkevi Kültür Dergisi 1948;2(115):7-8.
28. Botsalı EŞ. Kefenin cebi yok. Yeni Konya Gazetesi 1954; 21 Temmuz; s:3
29. Konya Veremle Savaş Derneği 1950 yılı faaliyet raporu.
30. Konya Veremle Savaş Derneği 1951 yılı faaliyet raporu.
31. Konya Veremle Savaş Derneği 1952 yılı faaliyet raporu.
32. Konya Veremle Savaş Derneği 1953 yılı faaliyet raporu.
33. Konya Veremle Savaş Derneği 1955 yılı faaliyet raporu.
34. Konya Veremle Savaş Derneği 1956 yılı faaliyet raporu.
35. Konya Veremle Savaş Derneği 1957 yılı faaliyet raporu.
36. Konya Veremle Savaş Derneği 1958 yılı faaliyet raporu.
37. Konya Veremle Savaş Derneği 1959 yılı faaliyet raporu.
38. Konya Veremle Savaş Derneği 1960 yılı faaliyet raporu.
39. Konya Veremle Savaş Derneği 1961 yılı faaliyet raporu.

40. Konya Veremle Savaş Derneği 1962 yılı faaliyet raporu.
 41. Konya Veremle Savaş Derneği Tüzüğü. Karınca Matbaası 2011; Konya
 42. Konya Veremle Savaş Derneği. Erişim adresi: www.konyaveremlesavas.org.tr, Erişim Tarihi:25.9.2024
 43. Başaran K. Dönüşen devletin yeni sosyal politika aracı: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 2022;14(27):259-275.
 44. Kılıçaslan Z, Koçoğlu F. Türkiye’de Verem Savaşında derneklerin rolü. In: Özkar Ş, Kılıçaslan Z, eds. Tüberküloz. İstanbul:Toraks Kitapları-11; 2010. pp:673-679.
 45. Ayasbeyoğlu N. Rahmetli Mümtaz Kuru ve Yeşilay. Yeni Konya Gazetesi 1962; 7 Şubat; s:2.
 46. Kuru M. Teklife cevap. Yeni Konya Gazetesi 1954; 6 Şubat; s:1-2.

Ek 1

T.C. Resmî Gazete

Kuruluş tarihi: 7 Ekim 1936 - 1920

İdare ve yazı işleri için Başbakanlık Neşriyat ve Müdavenat Umum Müdürlüğüne müracaat olunur	21 NISAN 1949 PERŞEMBE	Sayı : 7188
---	---------------------------	-------------

Bakanlar Kurulu Kararları

3
Karar Sayısı: 9034

Hüsnü oğlu Ahmet Hikmet Açıkgöz'ün Türk vatandaşlığından çıkarılması hakkında 16/1/1340 tarihli ve 165 sayılı kararın kaldırılması; İçişleri Bakanlığının 4/3/1949 tarihli ve 73112-50/1998-1034 sayılı yazısı üzerine, Bakanlar Kurulunun 24/3/1949 tarihli toplantısında kararlaştırılmıştır.

24/3/1949

CUMHURBAŞKANI İSMET İNÖNÜ			
Başbakan Ş. GUNALTAY	Devlet Bakanı Başbakan Yardımcısı N. ERİM	Devlet Bakanı N. SUMER	Adalet Bakanı F. SIRMEN
Millî Savunma Bakanı H. ÇAKIR	İçişleri Bakanı E. ERİŞİRGİL	Dışişleri Bakanı N. SADAĞ	Maliye Bakanı I. R. AKSAL
Millî Eğitim Bakanı T. BANGUOĞLU	Bayındırlık Bakanı Ş. ADALAN	Eko. ve Ticaret Bakanı C. S. BARLAS	Sağ. ve S. Y. Bakanı Dr. K. BAYIZIT
G. ve Tekel Bakanı Dr. F. Ş. BÜRGE	Tarım Bakanı C. ORAL	Ulaştırma Bakanı Dr. K. SATIR	Çalışma Bakanı R. Ş. SİRER

3
Karar Sayısı: 9035

11/6/1891 tarihinde Düsseldorf'ta doğmuş olan Peter Hen kızı Alman uyruğu Katerina Turfan'ın Türk vatandaşlığına alınması; İçişleri Bakanlığının 73116-92/2001/1037 sayılı ve 4/3/1949 tarihli yazısıyla yapılan teklifi üzerine, 1312 sayılı kanunun 5 nci maddesine göre, Bakanlar Kurulunun 24/3/1949 tarihli toplantısında kararlaştırılmıştır.

24/3/1949

CUMHURBAŞKANI İSMET İNÖNÜ			
Başbakan Ş. GUNALTAY	Devlet Bakanı Başbakan Yardımcısı N. ERİM	Devlet Bakanı N. SUMER	Adalet Bakanı F. SIRMEN
Millî Savunma Bakanı H. ÇAKIR	İçişleri Bakanı E. ERİŞİRGİL	Dışişleri Bakanı N. SADAĞ	Maliye Bakanı I. R. AKSAL
Millî Eğitim Bakanı T. BANGUOĞLU	Bayındırlık Bakanı Ş. ADALAN	Eko. ve Ticaret Bakanı C. S. BARLAS	Sağ. ve S. Y. Bakanı Dr. K. BAYIZIT
G. ve Tekel Bakanı Dr. F. Ş. BÜRGE	Tarım Bakanı C. ORAL	Ulaştırma Bakanı Dr. K. SATIR	Çalışma Bakanı R. Ş. SİRER

3
Karar Sayısı: 9038

«Balıkesir Veremle Savaş Derneği» nin genel menfaatlere yarar derneklerden sayılması, İçişleri Bakanlığının 81-175/68 sayılı ve 4/2/1949 tarihli yazısı ve Danıştay Genel Kurulunun 49/68-65 sayılı ve 7/3/1949 tarihli kararı üzerine, 3512 sayılı kanunun 37 nci maddesine göre, Bakanlar Kurulunca 9/4/1949 tarihinde kararlaştırılmıştır.

9/4/1949

CUMHURBAŞKANI İSMET İNÖNÜ			
Başbakan Ş. GUNALTAY	Devlet Bakanı Başbakan Yardımcısı N. ERİM	Devlet Bakanı N. SUMER	Adalet Bakanı F. SIRMEN
Millî Savunma Bakanı H. ÇAKIR	İçişleri Bakanı E. ERİŞİRGİL	Dışişleri Bakanı V. N. SUMER	Maliye Bakanı I. R. AKSAL
Millî Eğitim Bakanı T. BANGUOĞLU	Bayındırlık Bakanı Ş. ADALAN	Eko. ve Ticaret Bakanı C. S. BARLAS	Sağ. ve S. Y. Bakanı Dr. K. BAYIZIT
G. ve Tekel Bakanı Dr. F. Ş. BÜRGE	Tarım Bakanı C. ORAL	Ulaştırma Bakanı Dr. K. SATIR	Çalışma Bakanı R. Ş. SİRER

3
Karar Sayısı: 9039

«Konya Veremle Savaş Derneği» nin genel menfaatlere yarar derneklerden sayılması, İçişleri Bakanlığının 81-175/81 sayılı ve 12/2/1949 tarihli yazısı ve Danıştay Genel Kurulunun 49-69/66 sayılı ve 7/3/1949 tarihli kararı üzerine, 3512 sayılı kanunun 37 nci maddesine göre, Bakanlar Kurulunca 9/4/1949 tarihinde kararlaştırılmıştır.

9/4/1949

CUMHURBAŞKANI İSMET İNÖNÜ			
Başbakan Ş. GUNALTAY	Devlet Bakanı Başbakan Yardımcısı N. ERİM	Devlet Bakanı N. SUMER	Adalet Bakanı F. SIRMEN
Millî Savunma Bakanı H. ÇAKIR	İçişleri Bakanı E. ERİŞİRGİL	Dışişleri Bakanı V. N. SUMER	Maliye Bakanı I. R. AKSAL
Millî Eğitim Bakanı T. BANGUOĞLU	Bayındırlık Bakanı Ş. ADALAN	Eko. ve Ticaret Bakanı C. S. BARLAS	Sağ. ve S. Y. Bakanı Dr. K. BAYIZIT
G. ve Tekel Bakanı Dr. F. Ş. BÜRGE	Tarım Bakanı C. ORAL	Ulaştırma Bakanı Dr. K. SATIR	Çalışma Bakanı R. Ş. SİRER

Mersin'deki Bazı Eczane ve Aktarlarda Fitoterapi Amaçlı Satılan Bitkiler *

Plants Sold for Phytotherapy Purposes in Some Pharmacies and Herbalists in Mersin

Fadime Yıldırımⁱ, Mustafa Aslanⁱⁱ, Hasan Akanⁱⁱⁱ

ⁱÖğretmen, Gümüş Ortaokulu/Ceylanpınar/Şanlıurfa, <https://orcid.org/0009-0000-1880-7599>

ⁱⁱDoç.Dr, Harran Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Fen Bilgisi Eğitimi Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0001-7336-6433>

ⁱⁱⁱProf. Dr., Harran Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-3033-4349>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, 2022-2023 yıllarında Mersin'deki bazı eczane ve aktarlarda fitoterapi amaçlı satışı sunulan bitkisel ürünleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada 2022-2023 yılları arasında yapılmıştır. Toplamda 41 kaynak kişi birebir görüşmeler sağlanmış ve etnobotanik bilgi formları düzenlenmiştir. Aktar ve eczanelerde satışı sunulan bitkisel drogların yöresel isimleri, içeriği, kullanım amaçları ve bilimsel isimleri tespit edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada Mezitli, Akdeniz, Çamlıyayla, Erdemli ve Tarsus ilçelerindeki bazı aktar ve eczanelerde fitoterapi amaçlı satışı sunulan 66 farklı familyaya ait 145 bitki taksonu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmada en çok taksonu bulunan büyük familyalar; Lamiaceae (16), Asteraceae (15), Fabaceae (11), Apiaceae (8), Rosaceae (7), Malvaceae (6), Myrtaceae (4), Zingiberaceae (4), Brassicaceae (3), Anacardiaceae (3)'dir. Taksonları en fazla olan cinsler *Eryngium* (2), *Salvia* (3), *Mentha* (2) ve *Hibiscus* (2)'dir. Toplamda 145 bitki taksonu tespit edilmiştir. Fitoterapi konusunda yapılan bu çalışma ile aktar ve eczanelerde numunelerin temini ve hangi organlarının tedavide kullanıldığı hususunda bilgiler derlenmiş, aktar ve eczacıların daha donanımlı olması gerektiği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aktar, Bitkisel Droglar, Fitoterapi, Mersin

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to identify herbal products offered for sale in some pharmacies and herbalists in Mersin for phytotherapy purposes between 2022-2023.

Material and Method: This study was conducted between 2022-2023. A total of 41 source persons were interviewed one-on-one and ethnobotanical information forms were prepared. The local names, contents, intended uses and scientific names of herbal drugs offered for sale in herbalists and pharmacies were determined.

Results: In this study, 145 plant species offered for sale in some herb-sellers and pharmacies in Mezitli, Akdeniz, Çamlıyayla, Erdemli and Tarsus districts were identified.

Conclusion: The large families with the most taxa in the study are; Lamiaceae (16), Asteraceae (15), Fabaceae (11), Apiaceae (8), Rosaceae (7), Malvaceae (6), Myrtaceae (4), Zingiberaceae (4), Brassicaceae (3), Anacardiaceae (3). The ones with the most genera are *Eryngium* (2), *Salvia* (3), *Mentha* (2) and *Hibiscus* (2). A total of 145 plant taxa were identified. Information was compiled on how plants for phytotherapy were obtained, which parts were used and whether they had any side effects, and it was concluded that herbalists and pharmacists should be more equipped.

Keywords: Herbal, Herbal Drugs, Phytotherapy, Mersin

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):217-233

DOI: 10.31020/mutfd.1509086

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Temmuz 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 18 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: Hasan Akan <hakan@harran.edu.tr>

Giriş

Bu çalışma kapsamında Mersin’deki bazı eczane ve aktarlarda fitoterapi amaçlı satışa sunulan bitkilerin araştırılması yapılmıştır.

Fitoterapi, bitkilerden terapi amaçlı elde edilen drogların araştırılmasıdır.¹ Günümüzde fitoterapi’de kullanılan bitkilere “şifalı veya tıbbi bitkiler” adı verilmektedir. Halı hazırda kullanımı devam eden ilaçların büyük çoğunluğu bitkilerden elde edilmekte olup, etken maddeler laboratuvar ortamında üretilmektedir.

Türkiye Bitkileri Listesi kitabındaki bilgilere göre ülkemizde yaklaşık 11,707 bitki türleri mevcuttur. Endemik takson sayısı ise 3,650 civarındadır. Dünya genelinde yaklaşık 20,000 bitkinin tıbbi değer taşıdığı, bunlardan 600 kadarının ise ülkemizde yetiştiği bilinmektedir.² Kodekslere kaydedilen bitki türleri ortalama 140 civarındadır.

Tıbbi bitkilerin kullanımı geçmişten günümüze kadar devam etmektedir. Tarih boyunca bitkiler deneme yanılma metotlarıyla tedavide kullanılmış ve insanlığın hayatında önem arz etmiştir. Özellikle, son yıllarda kimyasal ilaçların yan etkilerinin bilinmesiyle nedeniyle doğal bitkilere olan ilgi daha da artmaktadır.^{1,3} Günümüzde son zamanlarda bu tür tıbbi bitkilerin kullanılmasında veya bazı türlerinin kültüre alınmasında çok önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Tıbbi bitkilerin aynı zamanda dünya genelinde ticari değerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Günümüzde, Amerika, Çin veya Hindistan gibi ülkelerden bu bitkilerin ticareti yaygın olarak yapılmaktadır.⁴

Anadolu’da aktarlık ve halk hekimliği çok eskilere dayanmaktadır. Halk hekimliği geçmişte usta çırak ilişkisiyle yetiştirilmekte iken, günümüzde ise aktarlığın maddi kazancı önemsenecek seviyede olduğundan birçok meslek dalının ilgisini çektiği görülmektedir.⁵

Bu çalışmanın amaçları arasında; Mersin’deki bazı aktar ve eczanelerde satışa sunulan fitoterapi amaçlı bitkileri ortaya koymak, tıbbi alanda ne tür hastalıkların tedavisinde kullanıldığı ve insanların bu bitkilere olan eğiliminin araştırılmasıdır. Anadolu’daki bitki bilgeliğinin araştırılması ve bu bilgilerin kayıt altına alınarak sonraki nesillere aktarılması da diğer amaçları arasında yer almaktadır.

Literatürde fitoterapi ve özellikle Doğu Akdeniz yöresine ait ilgili araştırmaların bir kaçışunlardır; ‘Pürenbeleni ve Yanıktepe (Mersin) yörelerindeki bazı bitkilerin yöresel adları, “Piyasada satışa sunulan bazı bitkisel çayların mikrobiyolojik kalitesi, ‘Aydınlar köyü ve çevresinin (Erdemli/Mersin) etnobotanik özellikleri, Kahramanmaraş aktarları, Mut ve yakın alanda yetişen bitkilerin etnobotanik özellikleri, "Bitkisel tedavi, halk hekimliği ve aktarlar, Bir Mersin aktarında bulunan kadın hastalıklarında Kullanılan Bitkiler, Mersin ilinde antidepresan ilaç ve benzeri bitki satış, Adana (Türkiye) aktarlarında tedavi amacıyla satılan bitkisel droglar ve Lamas çayı çevresindeki köylerde (Erdemli) etnobotanik araştırmalar ’dır.⁶⁻¹⁵

Yapılan bu çalışmanın fitoterapi alanındaki bir boşluğu dolduracağı kanaatindeyiz.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 2022-2023 yılları arasında Mersin’in Mezitli, Akdeniz, Çamlıyayla, Erdemli ve Tarsus’un ilçelerindeki bazı aktar ve eczanelerinde fitoterapi amaçlı satılan bitkilerin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Toplamda 41 kaynak kişi ile birebir görüşmeler ve katılımlı gözlem tekniği kullanılarak görüşmeler sağlanmış ve etnobotanik bilgi formları düzenlenmiştir (**Tablo 1**).

Harran Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulundan Etik belgesi alınmıştır (2024/219).

Aktar ve eczanelerde satışa sunulan bitkisel drogların yöresel isimleri, içeriği, kullanım amaçları ve bilimsel isimleri tespit edilmiştir. Mersin’de bölgesinde yapılan çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır.

Araştırmada 18 aktar aktar ile 23 eczane ziyaret edilmiş ve 41 kaynak kişi ile görüşmeler sağlanmıştır.

Tablo 1. Etnobotanik bilgi formu

Bitkinin yerel ismi	
Bitkide kullanılan kısım	
Bitkinin hangi tedavide kullanıldığı	
Kullanım şekli	
Notlar	
Kaynak kişinin adı-soyadı	Yaşı ve eğitimi

Araştırılan Bölgenin özellikleri

Çalışma alanı olan Mersin ilimiz 36-37° kuzey enlemleri ve 33-35° doğu boylamları arasında yer almaktadır. İlin yüzölçümü 15.853 km², nüfusu ise 1.938.389'dir. Mersin, doğu Akdeniz'in önemli kentlerinden biridir. Bu çalışma Akdeniz, Çamlıyayla, Erdemli, Mezitli ve Tarsus ilçelerinde yapılmıştır (<http://www.mersin.gov.tr>) (**Şekil 1**).



Şekil 1. Mersin'de çalışma yapılan ilçeleri harita üzerinde gösterimi

Mersin ilimiz Akdeniz ikliminin hüküm sürdüğü, portakallar, greyfurt ve limon bahçeleri ile ünlü olduğu bir şehrimizdir. Kıyı şeridinde muz ve vadilerde meyve ağaçları yer almaktadır.

Arazi dağılımı açısından ormanlık ve fundalık alanlar %55, ekili veya dikili alanlar %25, çayır ve meralar %15, tarıma elverişli olmayan alanlar ise %5'tir (<http://www.mersin.gov.tr>).

Bitki örneklerinin değerlendirilmesi

Bu çalışmada materyal temini eczane ve aktarlarda satışı yapılan örneklerdir. Numunelere araştırmacı numarası verilmiş ve bitkilerin bilimsel teşhisleri yapılmıştır. Türkiye Florası vb. eserler bitki teşhisi için yararlanılmıştır.¹⁶⁻¹⁸ İncelenen bitkilerin örnekleri HARRAN kodlu herbaryumda muhafaza edilmektedir.

Çalışma kapsamında ziyaret edilen işletmeler

Araştırma kapsamında Mersin'in Mezitli, Akdeniz, Çamlıyayla, Erdemli ve Tarsus ilçelerindeki 18 aktar aktar ile 23 eczane ziyaret edilmiştir.

Ziyaret edilen Aktar ve baharatçıların bağlı olduğu ilçeler

Akdeniz 7, Yenişehir 3, Mezitli 3, Çamlıyayla 2, Erdemli 2 ve Tarsus 1'dir.

Ziyaret edilen Eczaneler: Mezitli 6, Yenişehir 5, Tarsus 5, Erdemli 4, Çamlıyayla, 2 ve Akdeniz 1'dir.

Kaynak kişilerin Demografik özellikleri

Araştırma kapsamında 18 aktar aktar ile 23 eczacı ile görüşmeler yapılmıştır. Kaynak kişilerin yaş ve eğitim bilgileri aşağıda (**Tablo 2**) yer almaktadır.

Tablo 2. Kaynak kişilerin demografik özellikleri

		f	%
Cinsiyet	Kadın	15	36.8
	Erkek	26	63.4
Yaş aralığı	28-45 yaş	29	70.7
	47-55 yaş	8	19.5
	56 yaş üstü	4	9.7
Eğitim	Ortaokul	2	4.8
	Lise	7	28.7
	Ön lisans	2	4.8
	Üniversite	30	73.1
Katılımcıların meslekleri	Eczacı	23	56.09
	Aktar	18	43.90

Bulgular

Bu çalışmada verilen bilgiler, araştırma alanındaki aktar ve eczanelerden temin edilmiştir. Aktar ve eczanelerde satışı yapılan bitkilerin bilimsel isimleri alfabetik olarak verilmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 3. Mersin'deki bazı aktar ve eczanelerde fitoterapi amaçlı satılan bitkiler ve kullanım amaçları

Bitkinin bilimsel adı ve familyası	Bitkinin yerel ismi	Bitkinin kullanılan kısmı	Tedavi alanı	Bitki No
<i>Abelmoschus esculentus</i> (L.) Moench /Malvaceae	Bamya	Meyveler	Mide, bağırsak ve göğüs yumuşatıcı olarak kullanılmaktadır	FY10
<i>Abies cilicica</i> (Antoine & Kotschy) Carrière subsp. <i>cilicica</i> /Pinaceae	Mezda sakızı, Gamalak sakızı, Köknar Sakızı	Reçine	Saç dökülmesi, nefes darlığı ve balgam sökücü olarak kullanılmaktadır.	FY20
<i>Achillea oligocephala</i> DC. /Asteraceae	Civanperçemi	Toprak üstü,	Sivilce ve sancılara karşı iyileştirici, iltihap kurutucu, basuru iyileştirici, enerji verici ve kadınsal hastalıklarda kullanılmaktadır. Çay gibi kaynatılır ve içilir.	FY21
<i>Acorus calamus</i> L. / Acoraceae	Eğir kökü	Rizomlar	İdrar yolları rahatsızlıkları ve bağışıklık sistemini güçlendirici amaçlar için kullanılmakta olup, soğuk suda demlenmesi önerilmektedir.	FY17
<i>Aesculus hippocastanum</i> L./ Sapindaceae	Atkestanesi	Meyve	Ateş düşürücü, kan durdurucu ve basuru önleyici etkisi bulunur. Kapsül ve krem formunda satışı yapılmaktadır.	FY56
<i>Alchemilla vulgaris</i> L. /Asteraceae	Aslanpençesi	Toprak üstü	Bayanlarda adet düzensizliği ve bedeni güçlendirici etkisi nedeniyle kullanılmaktadır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir.	FY108
<i>Alkanna tinctoria</i> (L.) Tausch subsp. <i>tinctoria</i> /Boraginaceae	Havaciva otu,	Kökler	Mide ve kabızlık hastalıklarını tedavi edici özelliği bulunduğu ifade edilmektedir. Çay gibi kaynatılıp içilmektedir.	FY29
<i>Allium sativum</i> L. / Amaryllidaceae	Sarmısak	Meyve	Tansiyon ve kolesterol düşürücü, ayrıca saç dökülmeyi önleyici	FY85
<i>Alpinia officinarum</i> Hance / Zingiberaceae	Havlican	Rizom	Grip ve nezlenin iyileştirilmesi, mide ve bağırsaklardaki gazların giderilmesi, balgamı söktürücü ve romatizmaya karşı kullanılmaktadır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir	FY125

<i>Althaea officinalis</i> L./Malvaceae	Hatmi çiçeği	Çiçek, Yaprak	Akciğer rahatsızlıkları, grip ve bronşitin iyileşmesinde tercih edilir. Çiçekleri çay gibi yapıp tüketilir. Yaprak kısımları ise kaşınan yerlerin iyileşmesinde ılık bir şekilde cilt üzerine sürülmektedir.	FY86
<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.f. / Xanthorrhoeaceae	Sarısabır	Yapraklar	Cilt ve derideki yaralarda, vücuttaki iltihabı ve ödemi geçirmede kullanılmaktadır	FY89
<i>Ammi visnaga</i> (L.) Lam./Apiaceae	Diş otu, kürdan	Çiçek sapsarı	Kurutulmuş çiçek sapsarı kürdan gibi yapılarak satılmaktadır. Diş ağrılarının tedavisi ve böbrek taşlarını düşürmek için çay gibi kaynatılıp içilmesi önerilmektedir.	FY003
<i>Amygdalus communis</i> L./Rosaceae	Badem	Meyve	Şeker hastalığında kullanılır.	FY109
<i>Anethum graveolens</i> L. /Apiaceae	Dereotu	Yaprak Kuru tozu	Bağışıklık sistemi, ağız kokusu ve mide rahatsızlıklarında kullanılmaktadır.	FY111
<i>Arachis hypogaea</i> L./Fabaceae	Yer fıstığı	Bitkinin yağı	Bağışıklık sistemi, vücut direnci ve kolesterol rahatsızlıklarında kullanılır. Çocuklarda gelişim için de tercih edilmektedir.	FY45
<i>Argania spinosa</i> (L.) Skeels / Sapotaceae	Argan ağacı	Uçucu yağ	Cilt parlaklığı ve saç dökülmesi için kullanılır.	FY118
<i>Artemisia dracunculus</i> L./ Asteraceae	Tarhun	Yaprak	Uykusuzluk ve yaraları tedavi amaçlı kullanılır	FY130
<i>Bongardia chrysogonum</i> (L.) Spach / Berberidaceae	Çatlak otu	Yumru	İdrar yolu, basur ve şeker hastalıklarında kullanılması önerilir.	FY28
<i>Calendula officinalis</i> L. /Asteraceae	Aynı sefa	Toprak üstü	Cilt üzerindeki kırışıklıkları ve sivilceleri önlemede kullanılır. Ayrıca, Mide ve bağırsak sorunlarını gidermede kullanılır.	FY131
<i>Calluna vulgaris</i> (L.) Hull/ Ericaceae	Funda	Yaprak, Çiçek	Ödem ve böbrek taşı gibi rahatsızlıkları giderme amaçlı kullanılır. Kaynatılıp içilmesi önerilir.	FY42
<i>Camellia sinensis</i> (L.) Kuntze / Theaceae	Yeşil çay	Yaprak	Zayıflatmada, kan şekeri düzenlenmesi, kolesterol dengelenmesi, tansiyon düşürülmesi ve damar tıkanıklığının önlenmesinde kullanılır.	FY119
<i>Cananga odorata</i> (Lam.) Hook. f.& Thomson / Annonaceae	Ylangylang, Ylang ağacı, Parfüm ağacı	Bitkisel yağı	Saçların uzaması ve arıca sakinleştirici amaçla kullanılır.	FY16
<i>Capparis sicula</i> Veill. subsp. <i>sicula</i> / Capparaceae	Deli karpuzu, Kapari	Tomurcuk meyve	Romatizma ağrılarını giderici ve kanser hastalığını iyileştirici amaçlar için kullanılır.	FY38
<i>Capsella bursa-pastoris</i> (L.) Medik./Brassicaceae	Çobançantası, kuş otu, kuşkuş otu	Toprak üstü	Kadınlarda regl düzenleyici, tansiyon dengeleyici ve damar şişkinlikleri rahatsızlıklarında kullanılır. Ayrıca, altını ıslatan çocuklarda da tedavi amaçlı tercih edilir. Çay formunda kaynatılıp içilmesi önerilir.	FY31
<i>Capsicum annuum</i> L. / Solanaeae	Yeşil biber	Meyve, Tohum	Mide ve bağırsak hastalıklarında, antifungal rahatsızlıklarında ve bağışıklık sistemini güçlendirmede kullanılır.	FY132
<i>Carthamus tinctorius</i> L./Asteraceae	Aspir, Haspir	Çiçek kısımları, pistil	Adet rahatsızlıkları ve kabız sorunlarında kullanılır. Ayrıca, yemeklerde tatlandırıcı olarak kullanılır.	FY22
<i>Cassia angustifolia</i> L. /Fabaceae	Açlık otu	Meyve	Vücuttaki zararlı maddelerin atılması, kabızlık ve ödem tedavisinde kullanılır. Bitkisel çay olarak önerilmektedir.	FY133
<i>Celtis australis</i> L. subsp. <i>australis</i> / Cannabaceae	Dağdağan	meyve	Şeker hastalığı için kullanılmaktadır. Taze meyveleri yenilmektedir.	FY37
<i>Cerasus avium</i> (L.) Moench /Rosaceae	Kiraz sapı		Kilo verme, kolesterolün düşürülmesinde ve sakinleştirici amaçlarla kullanılmaktadır.	FY134
<i>Cerasus mahaleb</i> (L.) Miller var. <i>mahaleb</i> /Rosaceae	Mahlep	Meyve	Şekeri düşürmede kullanılmaktadır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir.	FY112
<i>Ceratonia siliqua</i> L./Fabaceae	Keçiboynuzu harnup	Meyve	Nefes darlığı, kansızlık, akciğer hastalıkları, siğil, yara ve kabızlık gibi hastalıklarda önerilir. Hap	FY47

			veya pekmez şeklinde satılır.	
<i>Cichorium glandulosum</i> Boiss. & Huet/Asteraceae	Hindiba	Toprak üstü	Egzama, kansızlık ve sivilcelere karşı kullanılır	FY135
<i>Cinnamomum zeylanicum</i> Blume/ Lauraceae	Tarçın	Kabukları	Zayıflatıcı etkisi bulunmakta olup toz şeklinde satışı yapılmaktadır. Günlük yarım ölçek kullanımı önerilir.	FY78
<i>Cocos nucifera</i> L./Arecaceae	Hindistan cevizi	Bitkisel yağı	Saç ve cilt bakımı için kullanılır	FY25
<i>Coriandrum sativum</i> L./Apiaceae	Kişniş	Tohum, Meyve	Mide salgısı ve kan dolaşımını düzenleyici amaçlı satılır.	FY006
<i>Corylus avellana</i> L. var. <i>avellana</i> / Betulaceae	Fındık	Meyve	Hafızayı güçlendirici ve enerji verici amaçlarla kullanılır.	FY54
<i>Crataegus monogyna</i> Jacq. subsp. <i>monogyna</i> /Rosaceae	Yemişen, Alıç	Çiçekler, meyve, yaprak	İdrar yolu, spazm ve tansiyon gibi rahatsızlıkların iyileştirici etkisi bulunduğu belirtilmektedir. Çay formunda tüketilmesi önerilir.	FY114
<i>Crocus sativus</i> L./Iridaceae	Safran	stiluslar	Kuvvet verici, koku ve renk verici, ayrıca depresyon tedavisinde kullanılmaktadır.	FY59
<i>Cumium cyminum</i> L. /Apiaceae	Kimyon	Tohum, meyve	Kolesterolü düşürücü, sindirim sistemini rahatlatıcı ve bronşit tedavisi için satılmaktadır.	FY008
<i>Curcuma longa</i> L. /Zingiberaceae	Zerdeçal	Kök	İltihap giderici, sinirleri uyarıcı, mide rahatsızlıkları ve idrar söktürücü amaçlar için tercih edilir. Ayrıca karaciğer hastalıklarında kullanılır. Köklerinden yapılan tozu günde bir çay kaşığı kullanılmalıdır.	FY126
<i>Cynara scolymus</i> L./ Asteraceae	Enginar	Meyve Yapraklar	Sindirim, kolesterol ve tansiyon tedavisinde kullanılır	FY136
<i>Cyperus rotundus</i> L. /Cyperaceae	Topalak Toparlak	Yumrular	Kabızlık ve kalın bağırsak iltihapları için kullanılır.	FY137
<i>Ecballium elaterium</i> (L.) A.Rich./ Cucurbitaceae	Eşek hıyarı, Acı düvelek	Meyve	Sarılık ve sinozit için kullanılmaktadır. Tahriş edici özelliği olduğundan dikkatli kullanılması önerilmektedir.	FY34
<i>Echinacea pallida</i> (Nutt.) Nutt./ Asteraceae	Ekinezya	Yapraklar	Bağışıklık ve vücut direncini arttırmak için kullanılır	FY138
<i>Elaeagnus angustifolia</i> L./ Elaeagnaceae	iğde	Meyve	Zihin açıcı ve ateş düşürücü amaçlar için kullanılır.	FY139
<i>Elettaria cardamomun</i> Roxb./ Zingiberaceae	Kakule	Meyve	Böbrek, mide ve solunum rahatsızlıklarında tercih edilmektedir. Depresyona karşı sakinleştirici özelliği bulunmaktadır.	FY128
<i>Epilobium parviflorum</i> Schreb./Onagraceae	Yakı otu	Toprak üstü	İshali kesici, şişkinlik ve iltihapları önleyici, prostat önleyici ve vücuttan zararlı madde atılımı	FY140
<i>Equisetum arvense</i> L./ Equisetaceae	Atkuyruğu, kırkkilitotu	Toprak üstü	İdrar rahatsızlıkları, öksürük, yara gibi rahatsızlıkları giderici ve kan temizleyici faydaları olduğu söylenmektedir. Çay formunda tüketilmesi önerilir.	FY40
<i>Eryngium campestre</i> L./Apiaceae	Boğa diken	Toprak üstü	Balgam ve öksürük tedavisi, ayrıca böbrek taşlarını düşürmek için kullanılmaktadır.	FY009
<i>Eucalyptus camaldulensis</i> Dehnh. /Myrtaceae	Okaliptus	Yaprak	Soğuk algınlığı, boğaz ağrısı, öksürük ve balgam kesme, mantar ve cilt sorunları, kas ve eklem ağrıları ile ülserlere karşı kullanılmaktadır.	FY141
<i>Euryops pectinatus</i> L. /Asteraceae	Sarı Papatya	Toprak üstü	Mide ve bağırsak kasılmaları, gaz ve sindirim sorunları ile gribal enfeksiyonlara karşı kullanılır	FY142
<i>Ferula orientalis</i> L. /Apiaceae	Çakşır	Kök kabuğu	Cinsel gücü arttırıcı, kısırlığı önleyici ve iltihap gibi rahatsızlıkları giderici amaçlı satılmaktadır. Kökleri çay gibi kaynatılıp içilmektedir.	FY11
<i>Foeniculum vulgare</i> Mill./Apiaceae	Rezene	Meyve, Uçucu yağ	Annelerde sütü arttırmak, bebeklerde bağırsak ve mide rahatlatıcı amaçlı satılmaktadır. Çay formunda tüketilmesi önerilir.	FY13
<i>Frangula alnus</i> Mill./ Rhamnaceae	Barut ağacı, acı çehre	Kuru meyve	Zayıflama, ödemin uzaklaştırılması ve kolesterolün düzenlenmesinde kullanılır. Günlük 2 adet tüketimi önerilir.	FY107 a

<i>Galium aparine</i> L. /Rubiaceae	Yoğurt otu	Toprak üstü	Cilt ve yara tedavisi, ödem atıcı, ağrı kesici, ağız ve guatr hastalıklarında kullanılmaktadır.	FY143
<i>Ginkgo biloba</i> L. / Ginkgoaceae	Mabet ağacı	Yapraklar	Afrodizyak ve hafızayı kuvvetlendirmek amaçlı kullanılır.	FY144
<i>Glycyrrhiza glabra</i> L. var. <i>glabra</i> /Fabaceae	Meyan, meyan kökü, Biyan	Kökler	Balgam sökme, Ülser, göğüs yumuşatma, gastrit ve spazm gibi tedavilerde kullanılmaktadır. Genellikle ramazan aylarının iftar yemeklerinde tüketilmesi önerilmektedir. Kökleri soğuk suda demlenerek tüketilmektedir.	FY48
<i>Gypsophila arrostii</i> Guss/ Caryophyllaceae	Çöven otu Helvacı kökü	Kökler	İdrar ve balgam söktürücü, kabızlık önleyici ile cilt bakımlarında kullanılmaktadır.	FY005
<i>Gundelia tournefortii</i> L./ Asteraceae	Kenger, kereng	Kökler	Kenger sakızı diş etlerini kuvvetlendirmek için kullanılır	FY003
<i>Hedera helix</i> L. / Araliaceae	Duvar sarmaşığı	Şurup	Öksürük tedavisinde kullanılmaktadır.	FY007
<i>Helichrysum orientale</i> (L.) Gaertn./Asteraceae	Altın Otu, Ölmez Çiçek	Toprak üstü	Prostat ve idrar rahatsızlıkları tedavisi için satışı yapılmaktadır. Çay formunda içilmesi tavsiye edilmektedir.	FY23
<i>Hibiscus sabdariffa</i> L./Malvaceae	Hibiskus,	Yaprak	Bağışıklık sistemini güçlendirmek, kış mevsiminde nezle, grip gibi rahatsızlıklar ve kan şekeri düzenlemeye karşı korunmaya yardımcı olmaktadır.	FY88
<i>Humulus lupulus</i> L./ Cannabaceae	Şerbetçi otu	Toprak üstü	Sakinleştirici amaçlar için kullanılır	FY12
<i>Hypericum perforatum</i> L./Hypericaceae	Sarı kantaron	Toprak üstü	Ruhsal ve psikolojik rahatsızlıklar, ayrıca şeker hastalığı tedavisinde önerilmektedir.	FY57
<i>Ilex paraguariensis</i> A.St. -Hill. / Aquifoliaceae	Paraguay çayı, Mate	Yapraklar	Zayıflama, ve enerji amaçlı satılmaktadır. Yaprakları çay formunda demlenerek tüketimi önerilmektedir.	FY27
<i>Inula helenium</i> L. /Asteraceae	Andız otu	Toprak üstü	Balgam söktürücü, mide güçlendirici, soğuk ve gribal hastalıklara karşı kullanılmaktadır.	FY18
<i>Juglans regia</i> L./ Juglandaceae	Ceviz	Meyve, Meyve kabukları, Yapraklar	Meyveler kan şekeri düşürücü amaçlı ve kuvvet arttırıcı; Meyve kabukları saç dökülmesi ve deri hastalıklarında; yapraklarından temin edilen yağ ise saç ve cilt rahatsızlıklarının tedavisinde kullanılmaktadır.	FY60
<i>Juniperus communis</i> L. var. <i>communis</i> / Cupressaceae	Ardıç	Meyve, Tohum	İdrar atıcı, mide güçlendirici, balgam sökücü, egzama ve sedef rahatsızlıklarının tedavisinde kullanılmaktadır.	FY36
<i>Laurus nobilis</i> L./Lauraceae	Defne	Yaprak, Meyve	Çay formunda tüketimi ile kabızlık ve gaz giderme rahatsızlıklarının iyileştirilmesinde kullanılmaktadır. Meyvelerinin, idrar sökücü, cilt iyileştirici ve romatizma rahatsızlığını giderici amaçlı tüketimi önerilmektedir.	FY79
<i>Lavandula angustifolia</i> Mill. / Lamiaceae	Lavanta	Çiçekli gövde	Sedef nedeniyle oluşan lekelere karşı bitkiden elden edilen yağı kullanılır	FY62
<i>Lavandula stoechas</i> L. / Lamiaceae	Karabaş otu, korku otu, Afat	Toprak üstü	Korku giderici, ağrı kesici, egzama iyileştirici, nefes açıcı, sigarayı bırakma ve depresyonu önleme amaçlı kullanılır. Çay formatında günde iki bardak kullanılması önerilmektedir.	FY64
<i>Lathyrus sativus</i> L. /Fabaceae	Burçak	Tohum	İdrar yolları iltihaplarını gidermek, enerji vermek ve afrodizyak özellikler için kullanılır.	FY26
<i>Linum usitatissimum</i> L. /Linaceae	Keten	Tohumlar	Zayıflama amaçlı aktarlarda tohumu satılır. Çay formunda tüketilir.	FY82
<i>Morus nigra</i> L./Moraceae	Karadut	Meyve, Şurup	Aft gibi ağız içi rahatsızlıklar ve mantar hastalıklarını tedavi etmek için kullanılır. Gargara yapılması önerilir. Şurup şeklindeki formunun bağışıklık sistemi için iyi geldiği belirtilmektedir.	FY93
<i>Malva sylvestris</i> L. /Malvaceae	Ebegümeçi	Toprak üstü	Öksürük azaltıcı, damar ve göğüs rahatsızlıkları için önerilir.	FY30
<i>Matricaria chamomilla</i> L. var. <i>chamomilla</i> /Asteraceae	Mayıs papatyası	Toprak üstü	Nezle, grip, bronşit ve nefes hastalıklarında kullanılır. Çay formunda tüketilir.	FY24

<i>Melaleuca alternifolia</i> Maiden & Betche, Cheel/ Myrtaceae	Çay Ağacı Bitkisi	Yapraklar	Cilt rahatsızlıklarındaki lekeler, yaşlanma ve buruşukları gidermede kullanılır.	FY32
<i>Melissa officinalis</i> L. subsp. <i>officinalis</i> / Lamiaceae	Oğul otu, Melisa	Kuru yaprak, uçucu yağ	Uçuk tedavisi, sinir hastalıklarını iyileştirici, streste sakinleştirici ve kalp rahatsızlıkları için kullanılır. Kaynatılıp içilmektedir.	FY65
<i>Mentha piperita</i> L./ Lamiaceae	Nane	Toprak üstü	Ateş düşürme ve midenin rahatsızlıkları için kullanılır. Kış mevsiminde ise daha çok nefes açıcı kaynatılarak içilmektedir.	FY67
<i>Mentha pulegium</i> L. /Lamiaceae	Kaya yarpuzu, tüylü nane	Toprak üstü	Mide hazmettirici ve üst solunum yolu hastalıkları ile adet düzenleyici amaçlı satılmaktadır. Kaynatılıp içilmesi önerilir.	FY68
<i>Momordica charantia</i> L./ Cucurbitaceae	Kudret narı	Meyve	Sindirim sistemi, romatizma ve kalp-damar rahatsızlıkları için kullanılır.	FY35
<i>Moringa oleifera</i> Lam/ Moringaceae	Moringa	Yaprak	Zayıflama amaçlı kullanılmaktadır.	FY39
<i>Mutarda nigra</i> (L.) Bernh./Brassicaceae	Siyah hardal	Tohum	Bağışıklık sistemini güçlendirici, gribal önleyici, kolesterol düşürücü, kalp-damar ve astım gibi rahatsızlıklarında kullanılmaktadır.	FY41
<i>Myrtus communis</i> L./Myrtaceae	Murt	Yaprak	Şeker hastalığı tedavisi ve idrar söktürücü olarak kullanılmaktadır.	FY43
<i>Nigella sativa</i> L. /Ranunculaceae	Çörekotu, kara çörek		Bağışıklık ve kansızlık iyileştirici, anne sütü salgısını arttırıcı amaçlar için satılmaktadır.	FY106
<i>Ocimum basilicum</i> L.	Fesleğen	Yaprak	Kanseri önleme, sindirimi düzenleme ve depresyona karşı kullanılmaktadır.	FY46
<i>Olea europaea</i> L./Oleaceae	Zeytin	Meyve, Yaprak	Bağışıklık sistemini güçlendirme, kalp ve şeker hastalığı tedavisinde kullanılmaktadır.	FY95
<i>Origanum onites</i> L. /Lamiaceae	İzmir kekiği	Toprak üstü	Mide-bağırsak rahatsızlıkları, soğuk algınlığı	FY49
<i>Panax ginseng</i> C.A. Meyer. / Araliaceae	Kore Ginsengi	Kökü Hazır jel Kapsül	Cinsel sorunlar, stres, yorgunluk ve güçsüzlük gibi hastalıklarda kullanılır. Aktar ve eczanelerde kapsül veya macun gibi hazır formu satılır. Çay gibi kaynatılıp içilmektedir.	FY19
<i>Papaver somniferum</i> L./Papaveraceae	Haşhaş	Yaprak, Tohum	Balgam söktürücü ve çocuklarda uyku arttırıcı amaçlar için kullanılır. Kurutulmuş yapraklarından elde edilen merhemler sorunu alana uygulanır.	FY96
<i>Peganum harmala</i> L. / Nitrariaceae	Üzerlik	Tohum	Ağrıları tedavi etmek, cilt kanserleri ve deri iltihaplarını tedavi etmek için kullanılmaktadır.	FY52
<i>Persea americana</i> Mill / Lauraceae	Avakado	Meyveler, Yapraklar	Meyvenin yağlı bölümü parçalanıp limon da eklenir. Açığa çıkan yağ cilt güzelliğinde kullanılır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir	FY81
<i>Pimpinella anisum</i> L. /Apiaceae	Anason	Meyve	Gaz gidermede, iştah ve süt arttırmada kullanılır. Çay formunda tüketilir.	FY15
<i>Pinus brutia</i> Ten. /Pinaceae	Kızılçam	Çam terebentin Bitkisel yağ	Cilt güzelliğinde kullanılmaktadır. Saç dökülmesine karşı kullanılmakta ve saçlar yıkanılmadan önce saç diplerine sürülür.	FY99
<i>Pinus sylvestris</i> / Pinaceae	Sarı çam	Reçine, Çam sakızı, Gövde kabukları	Solunum yolu hastalıkları, astım ve antimikrobiyal etkisi nedeniyle kullanılmaktadır. Çam sakızı özellikle Solunum ve idrar yolları hastalıklarında sıkça kullanılmaktadır.	FY58
<i>Piper nigrum</i> L./Piperaceae	Karabiber	Meyve kabuğu	İştah açıcı ve gaz söktürücü amaçlar için baharat olarak kullanılır.	FY101
<i>Pistacia terebinthus</i> L. subsp. <i>terebinthus</i> /Anacardiaceae	Menengiç, Melengiç, Çitlembik	Meyveler, Yapraklar	Vücuttaki toksinleri atmak için kullanılmaktadır. Meyveleri menengiç kahvesi yapımında kullanılır.	FY61
<i>Pistacia vera</i> L. / Anacardiaceae	Antep fıstığı	Meyve dış kabuğu	Bağırsak ve mide rahatsızlıklarında, ayrıca bronşitte kullanılır	FY63
<i>Pisum sativum</i> L. subsp. <i>sativum</i> var. <i>sativum</i> /Fabaceae	Bezelye	Tohum	Sindirim, kalp ve kan şekerini düzenlemek amaçlı kullanılır.	FY51
<i>Plantago major</i> L. / Plantaginaceae	Sinir otu	Yapraklar	Astım, nefes darlığı, kadın hastalıkları, iltihap ve göz iltihaplarında kullanılır.	FY66
<i>Platanus orientalis</i> L./Platanaceae	Çınar, Doğu çınarı	Yapraklar, Kabuklar	Yanık tedavisi ve Saç bakımı için kullanılır. Bitki kabukları çay formunda kaynatılır ve saç ve	FY102

			yanıklara sürülür.	
<i>Portulaca oleracea</i> L./ Portulacaceae	Semizotu, Parpar	Toprak üstü	Kolesterol düşürülmesinde, kan basıncının dengelenmesinde, şeker hastalığında, böbrekteki taşı düşürmede ve zayıflamada kullanılmaktadır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir.	FY104
<i>Prunus dulcis</i> Mill./Rosaceae	Tatlı badem	Bitkisel yağ	Saçları besleme ve saçın dökülmesini önleme ve cildi güzelleştirmede kullanılmaktadır. Aktarlarda genellikle bitkisel yağı satılmaktadır.	FY115
<i>Prunus armeniaca</i> L./Rosaceae	Kayısı	Meyve, Tohum	Bağırsak rahatsızlıkları ve bağırsak solucanlarını düşürmede, tansiyon düzenleme, kalp ritimlerini düzenleme kan yapıcı özellikleri nedeniyle kullanılmaktadır.	FY70
<i>Punica granatum</i> L. / Lythraceae	Nar	Bitkisel yağı, Meyvesi, Kurutulmuş meyve kabukları	Cildi güzelleştirme, yaşlanma ve kırışıklıkları önleme, ishali kesmede kullanılır.	FY83
<i>Quercus infectoria</i> G. Olivier/Fagaceae	Mazı meşesi	Meyve, Mazı	İshal ve basur hastalıklarında kullanılır	FY55
<i>Rhus coriaria</i> L. / Anacardiaceae	Sumak	Meyve, Yaprak	Mide rahatsızlıkları ve antiseptik amaçlı satılmaktadır. Sabah ve akşam bir çay kaşığı kadar yoğurtla tüketilmesi önerilmektedir.	FY002
<i>Ribes nigrum</i> L. / Grossulariaceae	Üzüm çekirdeği	Tohum	Kalp hastalıkları, diyabet ve kanser hastalıklarında kullanılır	FY75
<i>Rosa canina</i> L./Rosaceae	Kuşburnu, yaban gülü	Meyve	İdrar artırıcı, kuvvet verici, kullanılır ve zayıflamak için yapılan karışımlara katılmaktadır. Çay gibi içilmektedir	FY116
<i>Rosmarinus officinalis</i> L./Lamiaceae	Kuşdili, Biberiye	Yaprak	Adet söktürme, zayıflama, ağrı kesme, bronşit ve romatizma hastalıklarında tercih edilir. Yapraklar sıcak suda kaynatılır, süzülür ve sıcak olarak içilmesi önerilir.	FY69
<i>Salvadora persica</i> L. /Salvadoraceae	Misvak	Gövde dalları	Diş temizliği, ağız kokusunun giderilmesi, sindirimi kolaylaştırması ve bakteri oluşumunu engellemesi nedeniyle kullanılmaktadır.	FY80
<i>Salvia fruticosa</i> Mill./ Lamiaceae	Adaçayı	Toprak üstü	Boğaz rahatlatıcı ve böbrek hastalıklarında çay formunda tüketimi önerilmektedir. Papatya, kekik ve nane gibi bitkilerden oluşan bir terkip hazırlanır. Kaynatılıp içilir.	FY71
<i>Salvia hispanica</i> L./ Lamiaceae	Chia tohumu	Tohum	Zayıflamak amacıyla kullanılmaktadır. Günde 2 çay kaşığı tüketilmelidir.	FY72
<i>Salvia officinalis</i> L. /Lamiaceae	Adaçayı	Toprak üstü	İdrar yolları enfeksiyonları, sindirim rahatsızlıkları ve Bağırsaklığı güçlendirici amaçlar için kullanılır.	FY84
<i>Sambucus nigra</i> L. /Adoxaceae	Kara mürver	Çiçekler	Soğuk algınlığında bağırsaklığı kuvvetlendirmek için kullanılır.	FY87
<i>Senna alexandrina</i> Mill./Fabaceae	Sinemaki, Açlık otu, Deve gözü	Yaprak	Zayıflama amaçlı ve kabızlık problemini kaldırmak için satılır. Çay gibi kaynatılıp içilmektedir	FY53
<i>Sesamum indicum</i> L. / Pedaliaceae	Susam, küncü	Tohum	Enerji verici, kilo aldırıcı ve ishal kesici amaçlar için önerilir. Kuvvet macunlarında da kullanılır.	FY97
<i>Sinapis arvensis</i> L./Brassicaceae	Hardal, Herdal	Tohum	Kuvvet macunu terkiplerinde kullanılır	FY91
<i>Silybum marianum</i> (L.) Gaertn./Asteraceae	Deve diken	Tohum	Karaciğer ve siroz hastalıklarında kullanılır.	FY94
<i>Sternbergia clusiana</i> (Ker Gawl.) Ker Gawl. ex Spreng/ Amaryllidaceae	Vargetgülü kışnergizi	Soğan	Mide hastalıklarında kullanılır.	FY001
<i>Syzygium aromaticum</i> (L.) Merr. & Per/Myrtaceae	Karanfil	Tomurcuk	İçecek ve yiyeceklere tat ve koku katmak amaçlı kullanılır. Diş ve ağız ağrısını giderici, mide bulantısını azaltıcı ve tansiyonu düşürmek için kullanılmaktadır.	FY33

<i>Tamarindus indica</i> L./Fabaceae	Demirhindi	Meyve	Susuzluğu gidermek, böbreklerde taş oluşumunu engellemek, bağırsakları rahatlatmak ve sıtma hastalıklarında kullanılmaktadır	FY98
<i>Terminalia citrina</i> Roxb. ex. Fleming/ Combretaceae	Sarı halile	Meyve	Vücut direnci ve cinsel gücü arttırmada kullanılır	FY100
<i>Teucrium polium</i> L./ Lamiaceae	Acı yavşan	Tüm bitki	Karın ağrısı ve gaz sancısını gidermede kullanılır.	FY73
<i>Teucrium pruinatum</i> Boiss./ Lamiaceae	Korku otu, puslu mahmut	Toprak üstü	Korku hastalıklarında bitkiden elde edilen parçalar suya konular ve içilir.	FY74
<i>Theobroma cacao</i> L./ Malvaceae	Kakao, Kakao yağı	Bitkisel yağı	Cilt hastalıkları ve güzelleştirilmesinde kullanılır.	FY90
<i>Thymbra capitata</i> (L.) Cav. / Lamiaceae	Acı kekik	Toprak üstü	Kalp-damar hastalıkları ve üst solunum yolu rahatsızlıklarında kullanılır. Baharat olarak da kullanılır. Çay formunda içilir.	FY76
<i>Thymbra spicata</i> L. var. <i>spicata</i> / Lamiaceae	Karabaş kekik, Kara kekik, zahter	Toprak üstü	Kalp-damar hastalıkları ve üst solunum yolu rahatsızlıklarında kullanılır. Baharat olarak da kullanılır. Çay formunda içilir.	FY105
<i>Thymus fallax</i> Fisch. & C.A.Mey / Lamiaceae	Kekik	Toprak üstü	Hazımsızlık gidermede, balgam sökülmesinde ve öksürük kesmede kullanılmaktadır.	FY77
<i>Tilia platyphyllos</i> Scop. subsp. <i>platyphyllos</i> / Malvaceae	Ihlamur	Yapraklar, Çiçekler, Uçucu yağlar	Ateş düşürücü, stresi azaltıcı, migren ağrılarını hafifletici ve gribal enfeksiyonlara karşı kullanılmaktadır. Aktarlarda bitkisel yağları ve drogları da satılmaktadır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir.	FY92
<i>Tribulus terrestris</i> L./ Zygophyllaceae	Çoban çökerten		Cinsel gücü arttırmada, emziren annelerde süt artırıcı, idrar söktürmede kullanılır.	FY110
<i>Trigonella foenum-graecum</i> L./Fabaceae	Çemen otu, boyotu	Tohum	Enerji ve kuvvet verici, şeker hastalığına karşı iyileştirici amaçlar için kullanılır. Sabah kullanılması önerilir.	FY50
<i>Tussilago farfara</i> L. /Asteraceae	Öksürük otu	Şurup, Yapraklar	Üst solunum yolu rahatsızlıklarında kullanılır.	FY113
<i>Urtica dioica</i> L. /Urticaceae	Isırgan otu	Tohumlar, Kuru yapraklar	Ağrı kesilmesinde, kan temizlemede, idrarın artırılmasında, cinsel gücü arttırmada ve tansiyon düzenlenmesinde tercih edilmektedir. Yaprakları çay gibi demlenip içilmektedir. Tohumları kanser sürecinde tercih edilmektedir.	FY121
<i>Vaccinium myrtillus</i> L./ Ericaceae	Yaban Mersini, çoban üzümü	Meyveler	Beyin, idrar ve kan rahatsızlıklarını giderici ve görme kaybını önleyici amacıyla satılır. Çay formunda içilir.	FY44
<i>Valeriana officinalis</i> L. /Caprifoliaceae	Kedi otu	Kökler	Sinirsel rahatsızlıklara karşı yatıştırıcı amaçla kullanılır.	FY117
<i>Viburnum opulus</i> L. / Adoxaceae	Gilaburu	Meyve, ağaç kabuğu	Böbrek hastalıkları, epilepsi, kabakulak	FY145
<i>Vicia ervilia</i> /Fabaceae	Burçak, yonca	Tohum	Hayvan yemi olarak kullanılır.	FY120
<i>Vicia faba</i> L./ Fabaceae	Bakla, Yahudi baklası	Meyve	Böbrek iltihabı ve şeker hastalığında kullanılmaktadır.	FY122
<i>Viscum album</i> L. subsp <i>album</i> /Santalaceae	Ökse otu, çekem	Meyve	Tansiyon düşürme ve kalbi güçlendirmede kullanılmaktadır	FY123
<i>Vitis vinifera</i> L./Vitaceae	Kuru üzüm	Tohum, Meyve	Vücutta biriken zararlı maddelerin dışarı atılmasında ve hamilelerin mide bulantısını önlemektedir. Günde bir çay kaşığı kullanılmalıdır.	FY124
<i>Vitex agnus-castus</i> L./Lamiaceae	Hayıt	Meyve	Baş ağrıları, mide ağrıları ve bulantısı ile kadınların adet düzensizliğinde kullanılır.	FY127
<i>Zea mays</i> L. /Poaceae	Mısır	Püskül	İdrar rahatsızlıklarında kullanılır. Çay gibi kaynatılarak içilmektedir	FY103
<i>Zingiber officinale</i> L./ Zingiberaceae	Zencefil	Aromatik yağlar, toprakaltı gövdesi	Öksürük ve iltihap rahatsızlıklarında tercih edilmektedir. Çay formunda kaynatılarak içilir.	FY129
<i>Ziziphus jujuba</i> Mill./ Rhamnaceae	Hünnap	Yaprak, meyve,	İdrar ve balgam söktürme ve kolesterol düşürmede kullanılır.	FY14

sabit yağ,
kuru meyve,
tentür

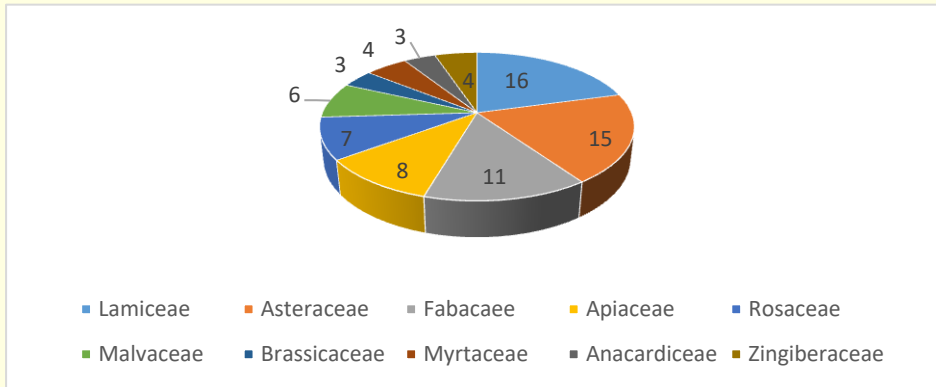
Bulgularımızın diğer araştırmalarla karşılaştırılması aşağıda verilmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 4. Araştırmamızın diğer çalışmalarla karşılaştırılması

Karşılaştırılan parametreler	Çalışmamız	Güzeloluk Köyü ve Çevresinin (Erdemli/Mersin) Etnobotanik Özellikleri ¹⁹	Aydınlar Köyü ve Çevresinin (Erdemli Mersin) Etnobotanik Özellikleri ⁸	Göksu Deltası'nın (Silifke, İçel) Florası ²⁰
Familya sayısı	58	39	40	74
Takson sayısı	145	92	93	382
Terkip sayısı	54	-	-	1000
Kaynak kişi sayısı	41	-	-	-

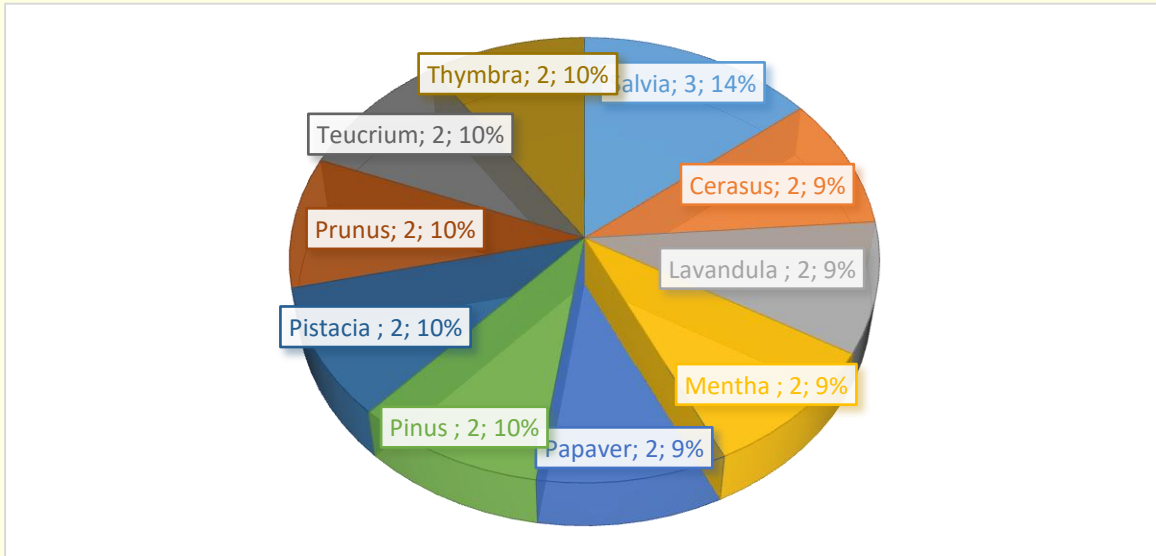
Tablo 4'e bakıldığında, Mersin ve çevresinde yapılan etnobotanik çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında, Güzeloluk köyü çevresinde yapılan araştırmaya¹⁹ yakın benzerlik gösterdiği ve yaklaşık 92 taksonun halk geleneğinde kullanıldığı tespit edilmiştir.

Yaptığımız araştırmada en çok taksonu bulunan büyük familyalar; Lamiaceae (16), Asteraceae (15), Fabaceae (11), Apiaceae (8), Rosaceae (7), Malvaceae (6), Brassicaceae (4), Myrtaceae (4), Anacardiaceae (3), Zingiberaceae (3)'dir (**Şekil 2**).



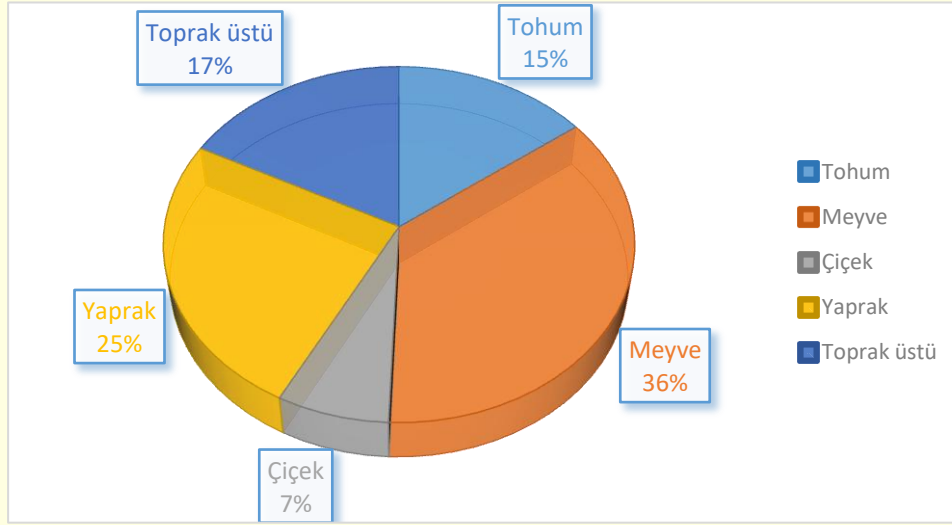
Şekil 2. Takson sayısı en fazla olan familyalar

Takson sayısı en fazla olan cinsler; *Eryngium* (2), *Salvia* (3), *Mentha* (2) ve *Hibiscus* (2)'dir (**Şekil 3**).



Şekil 3. Takson sayısı en fazla olan cinsler

Bu çalışma sonucunda bitkilerin farklı kısımlarının kullanıldığı tespit edilmiştir. Meyve (56, %36), Yaprak (39, %25), Toprak üstü (27, %17), Tohum (23, %15) ve Çiçek (11, %7)'dir. Bitkilerin en çok tercih edildiği kısımları aşağıdaki görselde yer almaktadır (**Şekil 4**).



Şekil 4. Bitkilerin en çok kullanılan kısımları

Araştırma sahasında en çok tercih edilen bitkiler arasında; *Althaea officinalis*, *Camellia sinensis*, *Cassia angustifolia*, *Ceratonia siliqua*, *Thymbra capitata*, *Foeniculum vulgare*, *Hypericum perforatum*, *Lavandula stoechas* ve *Laurus nobilis* yer almaktadır.

Mersin'deki eczanelerde satışı olan bitkisel içerikli ürünlerin içinde yer alan bitkiler arasında *Aloe barbadensis*, *Ginkgo biloba*, *Hedera helix*, *Melissa officinalis*, *Nigella sativa*, *Panax ginseng* ve *Pimpinella anisum*'dur.

Aktarlarda satışı yapılan bitkilerin zaman zaman denetimlere tabii tutulması önerilmektedir.

Tartışma

Tablo 3'teki bilgiler bilimsel amaçlı olup, bu konuda uzman kişilere danışılmadan kullanılması önerilmemektedir.

Mersin ilçelerinde yapılan aktar ve eczane ziyaretleri sonucunda ortalama 145 taksonun kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada, satılan bitkiler üzerinde etnobotaniksel bir araştırma yapılmış olup, yörede kullanılan tıbbi bitkilerin bilimsel isimleri ve folklorik kullanımları belirlenmiştir.

Bitki kullanımları alt başlıklara ayrılarak, hastalık türlerine göre kategorize edilmiştir (**Tablo 5**).

Tablo 5. Hastalık kategorisine göre kullanılan bitkiler

Hastalık Kategorisi	Hastalık Adı	Tedavide Kullanılan Bitkiler	Kullanılan Bitki sayısı
	Bağırsak iltihabı	<i>Cyperus rotundus</i>	1
	İshal kesici	<i>Epilobium parviflorum</i> , <i>Punica granatum</i> , <i>Quercus infectoria</i> , <i>Sesamum indicum</i>	4
Sindirim Sistemi ve Bağırsak Sorunları	Kabızlık önleyici	<i>Alkanna tinctoria</i> subsp. <i>tinctoria</i> , <i>Carthamus tinctorius</i> , <i>Cassia angustifolia</i> , <i>Ceratonia siliqua</i> , <i>Cyperus rotundus</i> , <i>Gypsophila arrostii</i> , <i>Laurus nobilis</i> , <i>Senna alexandrina</i> ,	8
	Mide ve bağırsak, gastrit ve	<i>Abelmoschus esculentus</i> , <i>Alkanna tinctoria</i> subsp. <i>tinctoria</i> , <i>Alpinia officinarum</i> , <i>Anethum graveolens</i> , <i>Anethum graveolens</i> , <i>Calendula officinalis</i> , <i>Capsicum annuum</i> ,	31

	spazm	<i>Coriandrum sativum, Curcuma longa, Elettaria cardamomun, Eucalyptus camaldulensis, Euryops pectinatus, Foeniculum vulgare, Glycyrrhiza glabra var. glabra, Inula helenium, Juniperus communis var. communis, Mentha piperita, Mentha pulegium, Origanum onites, Pimpinella anisum, Piper nigrum, Pistacia vera, Prunus armeniaca, Rhus coriaria, Sternbergia clusiana, Syzygium aromaticum, Tamarindus indica, Terminalia citrina, Thymus fallax, Vitis vinifera, Vitex agnus-castus</i>		
	Sindirim rahatlatıcı	<i>Cuminum cyminum, Cynara scolymus, Euryops pectinatus, Momordica charantia, Ocimum basilicum, Pisum sativum ssp. sativum, Prunus armeniaca, Salvadora persica, Salvia officinalis</i>	9	
	Ülser	<i>Glycyrrhiza glabra var. glabra</i>	1	
	Basur	<i>Achillea oligocephala, Aesculus hippocastanum, Bongardia chrysogonum, Quercus infectoria</i>	4	
Solunum Sistemi Hastalıkları	Akciğer rahatsızlıkları	<i>Althaea officinalis, Ceratonia siliqua</i>	2	
	Göğüs yumuşatma	<i>Abelmoschus esculentus, Glycyrrhiza glabra var. glabra, Malva sylvestris</i>	3	
	Nefes darlığı ve öksürük	<i>Abies cilicica subsp. cilicica, Ceratonia siliqua, Hedera helix, Lavandula stoechas, Matricaria chamomilla var. chamomilla, Mentha piperita, Plantago major, Salvia fruticosa, Thymus fallax, Zingiber officinale</i>	10	
	Sinüzit	<i>Ecballium elaterium</i>	1	
	Üst solunum yolları	<i>Alpinia officinarum, Althaea officinalis, Eucalyptus camaldulensis, Euryops pectinatus, Hibiscus sabdariffa, Inula helenium, Malva sylvestris, Matricaria chamomilla var. chamomilla, Mutarda nigra, Origanum onites, Pinus sylvestris, Plantago major, Rosmarinus officinalis, Salvia fruticosa, Sambucus nigra, Thymbra spicata var. spicata, Tilia platyphyllos ssp. platyphyllos, Tussilago farfara,</i>	18	
	Balgam söktürme	<i>Abies cilicica subsp. cilicica, Alpinia officinarum, Eryngium campestre, Glycyrrhiza glabra var. glabra, Gypsophila arrostii, Inula helenium, Juniperus communis var. communis, Papaver somniferum, Ziziphus jujuba</i>	9	
	Cilt ve Saç Sağlığı	Cilt hastalıkları	<i>Aloe vera, Argania spinosa, Calendula officinalis, Cocos nucifera, Eucalyptus camaldulensis, Galium aparine, Gypsophila arrostii, Juglans regia, Laurus nobilis, Melaleuca alternifolia, Peganum harmala, Persea americana, Pinus brutia, Platanus orientalis, Prunus dulcis, Punica granatum, Theobroma cacao</i>	17
		Egzama ve sedef	<i>Cichorium glandulosum, Juniperus communis var. communis, Lavandula angustifolia, Lavandula stoechas</i>	4
		Mantar hastalıkları	<i>Capsicum annuum, Eucalyptus camaldulensis, Morus nigra</i>	3
		Saç dökülme	<i>Abies cilicica subsp. cilicica, Allium sativum, Argania spinosa, Cocos nucifera, Juglans regia, Pinus brutia, Prunus dulcis</i>	7
Saç uzama		<i>Cananga odorata, Platanus orientalis, Prunus dulcis</i>	3	
Sivilce önleyici		<i>Achillea oligocephala, Calendula officinalis, Cichorium glandulosum</i>	3	
Yara tedavisi		<i>Artemisia dracunculus, Ceratonia siliqua, Galium aparine</i>	3	
Enerji ve bağışıklık		<i>Achillea oligocephala, Acorus calamus, Alchemilla vulgaris, Anethum graveolens, Anethum graveolens Arachis hypogaea, Capsicum annuum, Corylus avellana var. avellana, Crocus sativus, Echinacea pallida, Hibiscus sabdariffa, Ilex paraguariensis, Juglans regia, Lathyrus sativus, Mutarda nigra, Nigella sativa, Olea europaea, Pistacia terebinthus subsp. terebinthus, Rosa canina, Salvia officinalis, Sesamum indicum, Tamarindus indica, Terminalia citrina, Trigonella foenum-graecum</i>	24	

	Vücuttan zararlı madde atılması	<i>Epilobium parviflorum</i>	1
	Ağrı Kesici	<i>Galium aparine, Lavandula stoechas, Peganum harmala, Rosmarinus officinalis, Urtica dioica, Vitex agnus-castus</i>	6
	Ateş düşürücü	<i>Aesculus hippocastanum, Elaeagnus angustifolia, Mentha piperita, Tilia platyphyllos ssp. platyphyllos</i>	4
	Zayıflama	<i>Camellia sinensis, Cerasus avium, Cinnamomum zeylanicum, Frangula alnus, Ilex paraguariensis, Linum usitatissimum, Moringa oleifera, Portulaca oleracea, Rosa canina, Rosmarinus officinalis, Salvia hispanica, Senna alexandrina</i>	12
	Şeker hastalığı	<i>Amygdalus communis, Bongardia chrysogonum, Camellia sinensis, Celtis australis subsp. australis, Cerasus mahaleb var. mahaleb, Hibiscus sabdariffa, Hypericum perforatum, Juglans regia, Myrtus communis, Olea europaea, Pisum sativum ssp. sativum, Portulaca oleracea, Ribes nigrum, Trigonella foenum-graecum, Vicia faba</i>	15
	Kanser tedavisi	<i>Capparis sicula subsp. sicula, Ocimum basilicum, Ribes nigrum</i>	3
	Kansızlık giderici	<i>Ceratonia siliqua, Cichorium glandulosum, Nigella sativa, Vaccinium myrtillus</i>	4
Kadın Sağlığı ve Üreme Sistemi	Annelerde süt artırıcı	<i>Foeniculum vulgare, Nigella sativa, Pimpinella anisum, Tribulus terrestris</i>	4
	Adet düzenleyici	<i>Achillea oligocephala, Alchemilla vulgaris, Capsella bursa-pastoris, Carthamus tinctorius, Mentha pulegium, Prunus armeniaca, Rosmarinus officinalis, Vitex agnus-castus</i>	8
	Kısırlığı önleyici	<i>Ferula orientalis</i>	1
Dolaşım Sistemi ve Kardiyovasküler Hastalıklar	Damar tıkanıklıkları	<i>Camellia sinensis, Capsella bursa-pastoris, Malva sylvestris, Momordica charantia</i>	4
	Kan durdurucu	<i>Aesculus hippocastanum, Coriandrum sativum</i>	2
	Kolesterol	<i>Allium sativum, Arachis hypogaea, Camellia sinensis, Cerasus avium, Cumium cyminum, Cynara scolymus, Frangula alnus, Mutarda nigra, Portulaca oleracea, Ziziphus jujuba</i>	10
	Kalp Hastalıkları	<i>Momordica charantia, Olea europaea, Pisum sativum ssp. sativum, Plantago major, Prunus armeniaca, Ribes nigrum, Thymbra spicata var. spicata, Viscum album subsp. album</i>	8
	Tansiyon	<i>Allium sativum, Camellia sinensis, Capsella bursa-pastoris, Crataegus monogyna subsp. monogyna, Cynara scolymus, Portulaca oleracea, Prunus armeniaca, Syzygium aromaticum, Urtica dioica, Viscum album subsp. album</i>	10
	Sarılık	<i>Ecballium elaterium</i>	1
Sinir Sistemi ve Ruh Sağlığı	Sakinleştirici	<i>Cerasus avium, Crocus sativus, Curcuma longa, Elettaria cardamomun, Humulus lupulus</i>	5
	Uykusuzluk giderici	<i>Artemisia dracunculus, Papaver somniferum</i>	2
	Zihin açıcı	<i>Elaeagnus angustifolia, Ginkgo biloba</i>	2
	Ruhsal ve psikolojik tedavi	<i>Hypericum perforatum, Lavandula stoechas, Melissa officinalis ssp. officinalis, Ocimum basilicum, Panax ginseng, Teucrium pruinatum, Tilia platyphyllos ssp. platyphyllos, Valeriana officinalis</i>	8
Ağız ve Diş Hastalıkları	Ağız hastalıkları ve ağız kokusunu giderme	<i>Galium aparine, Morus nigra, Syzygium aromaticum, Anethum graveolens, Anethum graveolens, Salvadora persica</i>	6
	Diş ve diş etleri tedavileri	<i>Ammi visnaga, Gundelia tournefortii, Salvadora persica, Syzygium aromaticum</i>	4
İdrar Yolları Hastalıkları	İdrar yolları	<i>Acorus calamus, Bongardia chrysogonum, Crataegus monogyna ssp. monogyna, Curcuma longa, Equisetum arvense, Gypsophila arrostii, Helichrysum orientale, Juniperus communis var. communis, Laurus nobilis, Lathyrus sativus, Myrtus communis, Pinus sylvestris, Rosa canina, Salvia officinalis, Tribulus terrestris, Urtica dioica, Vaccinium myrtillus, Zea mays, Ziziphus jujuba</i>	19

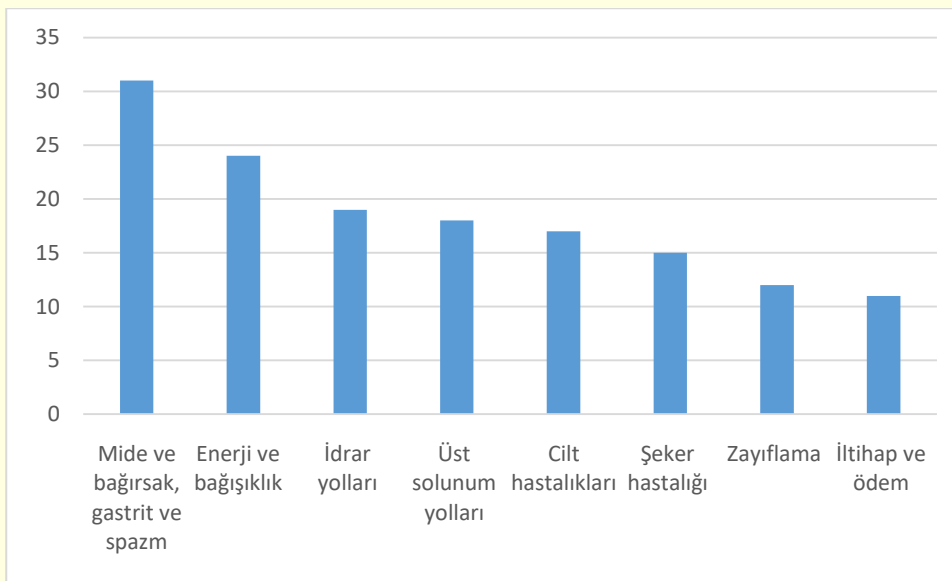
Genel Sağlık Destekleri ve Diğerleri	Böbrek taşları düşürme	<i>Ammi visnaga, Calluna vulgaris, Elettaria cardamomun, Eryngium campestre, Portulaca oleracea, Tamarindus indica</i>	6
	Prostat önleyici	<i>Epilobium parviflorum, Helichrysum orientale</i>	2
	Afrodizyak	<i>Ferula orientalis, Ginkgo biloba, Lathyrus sativus, Panax ginseng, Sinapis arvensis, Terminalia citrina, Tribulus terrestris, Urtica dioica</i>	8
	İltihap kurutma, ödem	<i>Achillea oligocephala, Aloe vera, Cassia angustifolia, Curcuma longa, Epilobium parviflorum, Ferula orientalis, Frangula alnus, Galium aparine, Lathyrus sativus, Vicia faba, Zingiber officinale</i>	11
	İştah açıcı	<i>Pimpinella anisum, Piper nigrum</i>	2
	Romatizma	<i>Alpinia officinarum, Capparis sicula subsp. sicula, Laurus nobilis, Momordica charantia, Rosmarinus officinalis</i>	5
	Sancı	<i>Achillea oligocephala</i>	1
	Çocuk gelişimi	<i>Arachis hypogaea, Capsella bursa-pastoris</i>	2

Tablo 5 incelendiğinde, hastalık kategorileri açısından değerlendirildiğinde, bitkilerin en çok mide, bağırsak ve gastrit için kullanıldığını görmekteyiz. İkinci sırada enerji ve bağışıklık, üçüncü sırada idrar yolları bulunmaktadır (**Şekil 5**).

Araştırma yapılan aktar ve eczanelerde tedavi amaçlı satılan ilk üç sıradaki hastalıklar alt başlıklar halinde aşağıda verilmiştir:

Mide ve bağırsak, gastrit ve spazm hastalıkları için kullanılan bitkiler: *Abelmoschus esculentus, Alkana tinctoria subsp. tinctoria, Alpinia officinarum, Anethum graveolens Anethum graveolens, Calendula officinalis, Capsicum annuum, Coriandrum sativum, Curcuma longa, Elettaria cardamomun, Eucalyptus camaldulensis, Euryops pectinatus, Foeniculum vulgare, Glycyrrhiza glabra var. glabra, Inula helenium, Juniperus communis var. communis, Mentha piperita, Mentha pulegium, Origanum onites, Pimpinella anisum, Piper nigrum, Pistacia vera, Prunus armeniaca, Rhus coriaria, Sternbergia clusiana, Syzygium aromaticum, Tamarindus indica, Terminalia citrina, Thymus fallax, Vitis vinifera, Vitex agnus-castus.*

Pozantı (Adana) ve çevresindeki bazı bitkilerin yerel adları ve etnobotanik özellikleri isimli çalışmada *Foeniculum vulgare, Thymus fallax* ve *Mentha pulegium* gibi benzer bazı bitkilerin de mide rahatsızlıkları için kullanıldığı görülmektedir.²¹



Şekil 5. Mersin’deki aktar ve eczanelerde hastalık kategorisine göre kullanılan bitkiler

Enerji ve bağışıklık için kullanılan bitkiler: *Achillea oligocephala*, *Acorus calamus*, *Alchemilla vulgaris*, *Anethum graveolens*, *Anethum graveolens* *Arachis hypogaea*, *Capsicum annuum*, *Corylus avellana* var. *avellana*, *Crocus sativus*, *Echinacea pallida*, *Hibiscus sabdariffa*, *Ilex paraguariensis*, *Juglans regia*, *Lathyrus sativus*, *Mutarda nigra*, *Nigella sativa*, *Olea europaea*, *Pistacia terebinthus* subsp. *terebinthus*, *Rosa canina*, *Salvia officinalis*, *Sesamum indicum*, *Tamarindus indica*, *Terminalia citrina*, *Trigonella foenum-graecum*.

İdrar yolları için kullanılan bitkiler: *Acorus calamus*, *Bongardia chrysogonum*, *Crataegus monogyna* ssp. *monogyna*, *Curcuma longai*, *Equisetum arvense*, *Gypsophila arrastii*, *Helichrysum orientale*, *Juniperus communis* var. *communis*, *Laurus nobilis*, *Lathyrus sativus*, *Myrtus communis*, *Pinus sylvestris*, *Rosa canina*, *Salvia officinalis*, *Tribulus terrestris*, *Urtica dioica*, *Vaccinum myrtillus*, *Zea mays*, *Ziziphus jujuba*.

Antakya aktarlarında genel olarak talep edilen tıbbi ve aromatik bitkiler isimli çalışma incelendiğinde Adaçayı, Hindiba, Civanperçemi, Keçiboynuzu, Kekik, Kazayağı, Sığır kuyruğu, Çörekotu, Nane, Kuzukulağı, Oğul otu-Melisa, Defne, Gülhatmi, Sütleğen, Reyhan, Rezene, Kışniş, Dereotu, Ketan tohumu, Ardıç, Papatya, Sumak, İhlamur, Kuşburnu, Menengiç, Kantaron, Zerdeçal, Meyan kökü, Isırgan ve Zencefil gibi bitkilerin genel olarak talep edilen bitkiler olduğu görülmektedir.²²

Dünya'daki geleneksel tedavi sistemlerinden örnekler isimli çalışmaya bakıldığında "Geleneksel tıp ve yeniden üretilen biçimleriyle tamamlayıcı ya da popüler/alternatif olarak ifade edilen iyileştirme yöntemleri daha bütüncül (holistik) bir bakış açısına sahip olduğu belirtilmiştir.²³

Soğuk Algınlığında Kullanılan Bitkisel Droglar isimli çalışmada kullanılan başlıca droglar: *Pimpinella anisum*, *Hederae helix*, *Menthae x piperitae*, *Tiliae cordata* ve *Pelargonii sidoides* olarak belirtilmiştir.²⁴

Yapılan bu çalışmada bitkisel drogların yanı sıra baharat, turşu, kurutmalık sebzeler, zeytin, asma ve baklagillerin de satıldığı belirlenmiştir.

Satışı yapılan ürünlerin mevsimsel olarak değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Kış aylarında üst solunum yolu rahatsızlıkları için tıbbi bitkilerin satışının yükseldiği, özellikle ada çayı, zencefil, nane, kekik, ihlamur ve hatmi çiçeğinin satışının yoğunlukta olduğu görülmektedir. Yaz aylarında ise zayıflama ve mide rahatsızlıkları için kiraz sapı, açlık otu, biberiye ve chia tohumunun tercih edildiği görülmektedir.

Sosyal medyanın göz alıcı reklamlarına rağmen aktar ve eczacılar tarafından fitoterapi için satılan ürünlerin doktor önerisi dışında tercih edilmesinin doğru olmadığı düşüncesindeyiz.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bilgilerini bizimle paylaşan tüm işletme sahiplerine ve harita üzerinde gerekli düzeltmeleri yapan Doç. Dr. Maruf Balos'a, tablo ve grafiklerin düzenlenmesinde katkı sunan Mehmet Aslan'a teşekkür ederiz.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Fadime Yıldırım: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Mustafa Aslan: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Hasan Akan: Fikir, tasarım, denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Çubukçu B, Sarıyar G, Meriçli AH, Sütlüpinar N, Mat A, Meriçli F. Fitoterapi yardımcı ders kitabı. İstanbul Üniversitesi Farmakognozi Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2002.
2. Güner A, Aslan S, Ekim T, Vural M, Babaç MT. Türkiye bitkileri listesi (Damarlı Bitkiler). İstanbul: Nezahat Gökyiğit Botanik Bahçesi ve Flora Araştırmalar Derneği Yayınları; 2012.

3. Şarişen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: bitkilerle tedaviye dikkat (!). *Sted* 2005;14(8):182-187.
4. Tümen İ. Tıbbi Bitkilerin Ekonomik Değeri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 2012;22:36-37.
5. Yeşilada E. İyileştiren Bitkiler. 1. Baskı, Hayykitap, İstanbul; 2012.
6. Abay G, Kılıç, A. Pürenbeleni ve Yanıktepe (Mersin) yörelerindeki bazı bitkilerin yöresel adları ve etnobotanik özellikleri. *Ot Sistematik Botanik Dergisi* 2001;8(2):97-104.
7. Kaya DB. Piyasada satışa sunulan bazı bitkisel çayların mikrobiyolojik kalitesi. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2006.
8. Eşen B. Aydınlar köyü ve çevresinin (Erdemli/Mersin) Etnobotanik özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri EnstitüsüBiyoloji Anabilim Dalı, Konya; 2008.
9. Çömlekçioğlu N, Karaman Ş. Kahramanmaraş şehir merkezindeki aktarlarda bulunan tıbbi bitkiler. *KSÜ Fen ve Mühendislik Dergisi* 2008;11(1):23-32.
10. Metin A. Mut ve çevresinde (Mersin) yetişen bitkilerin etnobotanik özellikleri. Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Entitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2009.
11. Açıkgöz MA, Batı E, Demirkol G. Bitkisel tedavi, halk hekimliği ve aktarlar. *Tıbbi ve Aromatik Bitkiler Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı* 2012;458-461.
12. Ögenler O, Ün İ, Uzel İ. Bir Mersin Aktarında Bulunan Kadın Hastalıklarında Kullanılan Bitkiler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2013;Supplement;87-87.
13. Uğur A, Everest A. Mersin ilinde antidepresan ilaç ve benzeri bitki satış oranları. *Bağımlılık Dergisi* 2017;18(4):152-157.
14. Kayıran SD, Kırıcı S. Adana (Türkiye) aktarlarında tedavi amacıyla satılan bitkisel droglar. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tarım ve Doğa Dergisi* 2019;22(2):183-192.
15. Ünver A. Lamas çayı çevresindeki köylerde (Erdemli, Silifke/Mersin) etnobotanik araştırmalar. Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2019.
16. Davis PH. *Flora of Turkey and the East Aegean Islands*. Vol. 1-9. Edinburgh University Press, Edinburgh;1965-1985.
17. Davis PH, Mill RR, Tan K. (Edlr.). *Flora of Turkey and the East Aegean Islands* 10. Edinburgh University Press, Edinburgh;1988.
18. Güner A ve ark. *Flora of Turkey and the east Aegean Islands*. Supplement 2. Edinburgh University Press, Edinburgh;2000.
19. Saday H. Güzeloluk Köyü ve Çevresinin (Erdemli / Mersin) Etnobotanik Özellikleri. Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Biyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya; 2009.
20. Düzenli A, Çakan H, Türkmen N. Göksu deltasının (Silifke-İçel) florası. *Turkish Journal of Botany* 1996;20:173-191.
21. Bağcı Y, Savran A, Dural H. Pozantı (Adana) ve çevresindeki bazı bitkilerin yerel adları ve etnobotanik özellikleri. Selçuk Üniversitesi Fen Fakültesi Fen Dergisi 2006;2(27):77-82.
22. Asıl H, Taşgın S. Hatay ilinde tıbbi ve aromatik bitki pazarlayan işletmelerin değerlendirilmesi ve aktarların sosyo-ekonomik analizi. *Türk Tarım ve Doğa Bilimleri Dergisi* 2018;5(4):556-562.
23. Arslan M, Şahne BS, Şar S. Dünya'daki geleneksel tedavi sistemlerinden örnekler: genel bir bakış. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2016;6(3):100-105.
24. Büyükkök N, Güngör B, Genç AA. Soğuk Algınlığında Kullanılan Bitkisel Droglar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2022;12(2):262-271.

The Antimicrobial, Antioxidant and Anti-Inflammatory Evaluation of *Marrubium cuneatum* Banks & Sol. Extracts & Fractions*

Marrubium cuneatum Banks & Sol. Özüt ve Fraksiyonlarının Antimikrobiyal, Antioksidan ve Antienflamatuvar Etkilerinin Değerlendirilmesi

Mehmet Sina İçenⁱ, Nursenem Karacaⁱⁱ, Fatih Demirciⁱⁱⁱ, İlhan Gürbüz^{iv}

ⁱAss. Prof., Inonu University, Faculty of Pharmacy, Department of Pharmacognosy, <https://orcid.org/0000-0002-1411-7184>

ⁱⁱDr., Anadolu University, Faculty of Pharmacy, Department of Pharmacognosy, <https://orcid.org/0000-0002-4939-5598>

ⁱⁱⁱProf. Dr., Anadolu University, Faculty of Pharmacy, Department of Pharmacognosy, <https://orcid.org/0000-0003-1497-3017>

^{iv}Prof. Dr., Gazi University, Faculty of Pharmacy, Department of Pharmacognosy, <https://orcid.org/0000-0002-3670-0899>

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the antimicrobial, antioxidant, and anti-inflammatory potential of the *Marrubium cuneatum* aqueous and extracts, in addition to the fractions acquired from the liquid-liquid fractionation, respectively.

Method: The plant extracts were obtained using maceration, which were separated into their fractions based on polarity using the liquid-liquid fractionation method. The *in vitro* antimicrobial activity was evaluated using the microdilution method. The antioxidant activity was assessed using DPPH•, ABTS⁺, and CUPRAC assays. The anti-inflammatory activity of the extracts and fractions were evaluated by examining their effects on lipoxygenase (5-LOX) enzyme inhibition.

Results: In the antioxidant assays, the *n*-butanol fraction of the methanolic extract and the ethyl acetate fraction of the aqueous extract showed activity in all tests, followed by the ethyl acetate fraction of the methanolic extract, respectively. In the antimicrobial assays, no remarkable inhibitions were observed compared to the reference compounds. It was noticed that the extracts and fractions showed no effect on the inhibition of the lipoxygenase enzyme.

Conclusion: The ethyl acetate and *n*-butanol fractions showed relatively strong antioxidant effects, however, no significant antimicrobial activity was observed. In terms of anti-inflammatory activity, it was determined that the plant did not exhibit any anti-inflammatory effect through the lipoxygenase enzyme suggesting further detailed research on other fractions or purified compounds of the plant material.

Keywords: *Marrubium*, Antioxidant, Antimicrobial, Lipoxygenase, Ethnopharmacology

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada *Marrubium cuneatum* bitkisinin sulu ve metanol özütleri ile bu özütlerin sıvı-sıvı fraksiyonlanması sonucu elde edilen fraksiyonlarının antimikrobiyal, antioksidan ve antienflamatuvar etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bitki özütleri maserasyon yöntemi ile elde edilmiştir. Elde edilen özütler, sıvı-sıvı fraksiyonlama tekniği kullanılarak polaritelerine göre ayrılmıştır. Özüt ve fraksiyonların antimikrobiyal etkisi mikrodilüsyon yöntemi ile değerlendirilmiştir. DPPH•, ABTS⁺ ve CUPRAC yöntemleri ile antioksidan etki, lipoksijenaz enzimi inhibisyonu yöntemi ile ise antienflamatuvar etki değerlendirilmiştir.

Bulgular: Antioksidan etki deneylerinde metanol özütünün *n*-bütanol fraksiyonu ile sulu özütün etil asetat fraksiyonu çalışılan tüm yöntemlerde etkileri ile öne çıkmıştır. Bu iki fraksiyonu metanol özütünün etil asetat fraksiyonu takip etmiştir. Antimikrobiyal etki deneylerinde, kullanılan referans bileşiklere kıyasla dikkate değer bir etki elde edilemediği gözlenmiştir. Çalışılan örneklerin lipoksijenaz enziminin inhibisyonu üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir.

Sonuç: Bitkinin etil asetat ve *n*-bütanol fraksiyonlarının güçlü antioksidan etkisi tespit edilmiştir ancak dikkate değer bir antimikrobiyal aktivitesi olmadığı görülmüştür. Antienflamatuvar aktivitede ise lipoksijenaz enzimi üzerinden bitkinin antienflamatuvar bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Buna bağlı olarak bitkinin farklı ekstre ve maddeleriyle araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Marrubium*, Antioksidan, Antimikrobiyal, Lipoksijenaz, Etnofarmakoloji

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):234-240

DOI: 10.31020/mutfd.1573470

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 25 October 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 22 December 2024

İletişim- Correspondence Author: Mehmet Sina İçen <sina.icen@gmail.com>

Introduction

Marrubium L. a member of the Lamiaceae family (Lamioideae subfamily), contains approximately forty species indigenous to the Mediterranean, Asia, and Europe. There are 27 taxa that represent the genus in Türkiye, of which 17 are endemic.^{1,2} The literature reports that several *Marrubium* species are employed in traditional medicine to cure various kinds of illnesses.³⁻⁵ Undoubtedly the best known species of the genus is *Marrubium vulgare*, which is also included in monographs. *M. vulgare* is used as an expectorant, digestive stimulant, diuretic, asthma and flu remedies and has anti-inflammatory properties for liver issues in traditional medicine.⁶⁻⁸ Studies have exhibited the anti-inflammatory, antimicrobial and antioxidant properties of the extracts obtained from various parts of *M. vulgare*.^{7,9,10} Scientific results on *Marrubium* species have suggested a potential source for medicinal use of the plants.

Upon reviewing the literature on *M. cuneatum*, it becomes evident that research on this plant is relatively scarce. However, studies focusing on the analysis of the essential oil composition have drawn attention. The volatiles of the plant from Lebanon was analyzed, and germacrene D (15.6%) and spathulenol (6.5%) were identified as its major components. The antimicrobial effect of the derived essential oil was also assessed, and a negligible activity was observed.¹¹ The essential oil obtained from the plant grown in Iran was analyzed, and bicyclogermacrene (37.9%) and germacrene D (24.1%) were identified as the major components.¹² The essential oil of the plant collected from Türkiye was analyzed by our research group and the main compounds were determined to be β -caryophyllene (9.0%), caryophyllene oxide (9.8%) and linalool (29.7%).¹³ Although there are few studies on *M. cuneatum*, according to reports it is used traditionally among the public. The infusion prepared from the leaves of *M. cuneatum* was used to treat abdominal pain in Malatya (Türkiye),¹⁴ in Mardin (Türkiye) an infusion of made from flowers was used to cure coughs and the common cold,¹⁵ in Lebanon the decoction of the flowering parts was utilized to cure haemorrhoids by compressing.¹⁶ Although it is used for medical purposes among the public, the fact that there are few studies on it stands out as a deficiency in the literature. Therefore, the *in vitro* anti-inflammatory, antioxidant and antimicrobial activities of the plant were evaluated. To obtain a more specific study and evaluate the possible activity more accurately, not only the crude extracts but also the effects of their fractions varying according to polarity were analyzed. The purpose of this study was to close the gap in the literature specially for *M. cuneatum* and to investigate new potential medicinal plants. To the best of our knowledge, this study represents the first activity research based on extracts and fractions obtained from the aerial parts of *M. cuneatum* extracts.

Material and Method

Plant Material

Aerial parts of *M. cuneatum* were collected from Yeşilyurt, Malatya province of Türkiye, in 2013. Prof. Dr. Turan Arabacı (Department of Pharmaceutical Botany, Inonu University) recognized the plant and a voucher specimen was deposited in the herbarium of Faculty of Pharmacy, Inonu University. The aerial parts were dried in shade. The dried plant was powdered, weighed in 2x100 grams, and extracted separately with methanol (MeOH) or water (H₂O). After the crude extracts were obtained. The methanol extract was respectively fractionated with, *n*-hexane (*n*-Hex), dichloromethane (CH₂Cl₂), ethyl acetate (EtOAc), *n*-butanol (*n*-BuOH) and the aqueous extract was respectively fractionated with ethyl acetate and *n*-butanol. The remaining aqueous (R.H₂O) fractions of both extracts were also evaluated. The data obtained in the extraction process are presented in **Table 1**.

Antioxidant Activities

With a few minor adjustments, the 2, 2-diphenyl-1-picrylhydrazyl (DPPH) radical scavenging assay from Brand-Williams et al.,¹⁷ the 2,2'-azino-bis(3-ethylbenzothiazoline-6-sulfonic acid) (ABTS⁺) radical cation decolourization assay from Re et al.,¹⁸ and the cupric reducing antioxidant capacity (CUPRAC) from Apak et al.¹⁹ were used to assess the antioxidant activities of extracts and fractions.

In the DPPH radical scavenging assay, 50 µL of DPPH solution was added to 150 µL of each diluted (7.81-500 µg/mL) extracts and fractions in a 96-well microplate with 3 repetitions. The reaction mixture was slightly shaken and kept in dark for 30 min at room temperature before the spectrophotometric reading process. Following incubation, each concentration's absorbance at 517 nm was determined in relation to a blank absorbance. The graphical plot of the percent inhibition against extract concentration was used for determining the inhibitor concentration (IC₅₀). Butylated hydroxytoluene (BHT) was used as the reference.

In the ABTS radical cation decolorization method, radical cation was produced by adding 7mM ABTS, which solved in water to 2.45 mM potassium persulfate and carefully shaken for 12 hours at room temperature in the dark. In a 96-well microplate, 150 µL of each diluted extracts and fractions (7.81-500 µg/mL) was added to 50 µL of ABTS solution with 3 repetitions. After incubation, each concentration's absorbance at 734 nm was determined in relation to a blank absorbance. The IC₅₀ was calculated using a graphical plot of the percent inhibition against extract concentration. Gallic acid (GA) was used as the reference in the ABTS assay.

In the CUPRAC assay, an ammonium acetate aqueous buffer at pH 7.00, copper (II) chloride solution, 7.5 mM alcoholic neocuproine solution, and distilled water added on the diluted extracts and fractions (7.81-500 µg/mL) in a 96-well microplate and shaken while incubating for 30 minutes in the dark. Following incubation, absorbance was measured at 450 nm. GA equivalent (mg GA/g E) was used to indicate cupric reducing antioxidant activity (E = Extract weight).

Anti-Inflammatory Activity

The anti-inflammatory potential of the extracts and fractions were determined by the Soya bean origin [*Glycine max* (L.) Merr.] lipoxigenase enzyme (5-LOX). With a few slight modifications, the spectrophotometric technique developed by Baylac and Racine²⁰ was utilized, with linoleic acid acting as the substrate. By measuring spectrometric kinetic absorbance at 234 nm/min for 10 min, enzyme inhibition (%) was determined using the formula below:

$$\text{Inhibition \%} = [(A-B)/A] \times 100$$

A: (3. min abs - 1. min abs) Control

B: (3. min abs - 1. min abs) Extract/Fraction

abs = absorbance

Antimicrobial Activity

Microbial strains

Klebsiella pneumonia NCTC 9633, *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Listeria monocytogenes* ATCC 19111, *Escherichia coli* NRRL B-3008, *Salmonella typhimurium* ATCC 13311, *Candida albicans* ATCC 90028 and *C. krusei* ATCC 6258 standard strains were obtained from the American Type Culture Collection (ATCC). All strains were stored at -85°C in 15% glycerol prior to use. Mueller Hinton agar and Mueller Hinton Broth was used for bacterial strains as growth medium for 24 hours at 37 °C. *Candida* strains were cultured on

Potato Dextrose Agar plates and RPMI medium at 37 °C. Afterwards, all microorganisms were standardized versus McFarland No: 0.5 (1×10^6 CFU/mL for *Candida* sp. and 1×10^8 CFU/mL for bacteria).²¹⁻²³

In vitro microdilution method

Stock solution of the test samples was prepared using methanol (MC-H₂O, MC-H₂O/R.H₂O and MC-MeOH/R.H₂O was prepared with sterile distilled water) and diluted with sterile distilled water from 5 mg/mL to 0.04 mg/mL in 96 well microtiter format. 100 µL, 1/100 diluted bacterial suspensions²⁴ and 1/1000 diluted *Candida* suspensions²¹ were after added to each well. After incubation for 18-24 h at 37 °C, for spotting of viable microorganisms, 20 µL 0.01 % resazurin solution was added to all of the plate. The lowest sample concentration at which no discernible bacterial growth occurs is known as the minimum inhibitory concentration (MIC).^{25,26} The last row containing medium with microorganism was used as negative control and medium served as a growth control. Chloramphenicol, amphotericin B, amoxicillin and Nystatin were used as reference antimicrobial agents at concentration range 0.062-32 µg/mL.

Statistical Analysis

Every sample was repeated three times for every experimental technique. Results from studies were expressed as standard error of mean (\pm SEM). To determine whether there were any significant differences, the information was contrasted using one-way analysis of variance (ANOVA) and Tukey's test.

Results and Discussion

The results obtained from the extraction process showed that the yield of the aqueous extract was slightly higher than the methanol extract. In the liquid-liquid fractionation stage, for both extract the amount of polar fractions, *n*-BuOH and R.H₂O fractions, attracted attention (**Table 1**).

Table 1. Yields of the fractions acquired from *M. cuneatum*

<i>Marrubium cuneatum</i> (100g)	Extracts yields (g)	Liquid-Liquid fractionation yields (g)				
		<i>n</i> -Hex	CH ₂ Cl ₂	EtOAc	<i>n</i> -BuOH	R.H ₂ O
MeOH	13.81	1.30	1.94	0.95	4.72	3.87
H ₂ O	17.76	-	-	0.87	2.01	11.02

Table 2 shows the antioxidant activity of the extracts and fractions from *M. cuneatum*. According to the findings, the highest activity in the ABTS experiment was observed in the MeOH/EtOAc fraction (IC₅₀=17.12 µg/mL). The MeOH/*n*-BuOH fraction (IC₅₀=36.78 µg/mL) and the H₂O/EtOAc fraction (IC₅₀=41.27 µg/mL) came after this activity. The IC₅₀ value of GA used as reference was determined as 8.45 µg/mL. In the DPPH assay, the highest inhibitor activity was obtained from the MeOH/*n*-BuOH fraction (IC₅₀=60.21 µg/mL), the H₂O/EtOAc fraction (IC₅₀=67.07 µg/mL) came after this activity. BHT was used as reference and its inhibitor concentration was measured as 28.97 µg/mL. In the CUPRAC assay, as in the DPPH assay MeOH/*n*-BuOH fraction (110.05 mg GA/g E) and the H₂O/EtOAc fraction (99.00 mg GA/g E) exhibited the strongest antioxidant activity, respectively. When the 3 experiments were evaluated together, it was observed that the most effective fraction was the MeOH/*n*-BuOH fraction. This fraction is followed by the H₂O/EtOAc fraction and the EtOAc fraction of the methanol extract. Although it is known that *n*-BuOH fractions contain more polar phytochemicals than EtOAc fractions, we need to emphasize that they are close in polarity. They may even contain some of the same phytochemicals because they are consecutive fractions. Detailed analytical content analyses are needed to identify the phytochemistry. It has been reported that the fractions generally contain flavonoids, phenols, tannins, anthocyanins, and triterpenes.²⁷

Table 2. Antioxidant activity evaluation of the extracts and fractions.

Extracts/ /References	Fractions	ABTS IC ₅₀ (µg/mL)	DPPH IC ₅₀ (µg/mL)	CUPRAC (mg GA/g E)
MC-H ₂ O		95.63±7.79	NA	41.58±1.35
MC-H ₂ O/EtOAc		41.27±1.88	67.07±1.13	99.00±3.74
MC-H ₂ O/ <i>n</i> -BuOH		81.39±5.91	164.12±0.76	43.82±3.74
MC-H ₂ O/R.H ₂ O		272.06±24.57	-	25.52±0.67
MC-MeOH		99.37±3.03	125.94±3.65	22.17±0.62
MC-MeOH/ <i>n</i> -Hex		1335.86±57.12	-	48.58±1.09
MC-MeOH/CH ₂ Cl ₂		97.02±2.43	314.35±7.25	34.92±1.15
MC-MeOH/EtOAc		17.12±0.08	106.45±2.50	49.31±0.40
MC-MeOH/ <i>n</i> -BuOH		36.78±0.40	60.21±1.25	110.05±0.96
MC-MeOH/R.H ₂ O		296.10±13.26	-	14.29±0.32
BHT			28.97±0.77	
GA		8.45±0.72		

-: No activity

In 5-LOX inhibition experiments it was observed that the extracts and fractions acquired from the aerial parts of *M. cuneatum* were not effective. Although it has been observed that the extracts and fractions have no effect on the inhibition of 5-LOX enzyme, it would be inaccurate to state that they have no anti-inflammatory effects. It is known that anti-inflammatory effects can occur through many different pathways. Therefore, not having an effect on one of these, the LOX enzyme, does not mean that it has no anti-inflammatory effects. Rigano and colleagues²⁸ emphasized that the activity obtained in their *in vivo* anti-inflammatory experiment of *M. globosum* subsp. *libanoticum* acetone extract was a result of the inhibition of COX-2 and iNOS activities, which was due to marrulibanoside, a labdane diterpene that they isolated from the acetone extract.²⁸ This study supported that extracts and fractions from *M. cuneatum* showed no anti-inflammatory effect by inhibiting the 5-LOX enzyme. More specific studies may reveal whether anti-inflammatory effects are through other pathways.

Table 3. Antimicrobial evaluation of extracts and fractions

	<i>Escherichia coli</i> NRRL B-3008	<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC 6538	<i>Salmonella typhimurium</i> ATCC 13311	<i>Listeria monocytogenes</i> ATCC 19111	<i>Klebsiella pneumoniae</i> NCTC 9633	<i>Candida albicans</i> ATCC 90028	<i>C. krusei</i> ATCC 6258
MC-H ₂ O	-	-	-	-	-	-	-
MC-H ₂ O/EtOAc	-	2.5	1.25	2.5	2.5	-	-
MC-H ₂ O/ <i>n</i> -BuOH	-	-	-	-	-	-	-
MC-H ₂ O/R.H ₂ O	-	-	-	-	-	-	-
MC-MeOH	-	-	-	-	-	-	1.25
MC-MeOH/ <i>n</i> -Hex	-	-	-	-	-	0.31	1.25
MC-MeOH/CH ₂ Cl ₂	-	5	2.5	5	5	0.16	0.04
MC-MeOH/EtOAc	-	-	-	-	-	-	0.02
MC-MeOH/ <i>n</i> -BuOH	-	-	-	-	-	-	0.01
MC-MeOH/R.H ₂ O	-	-	-	-	-	-	-
Chloramphenicol	8	8	8	4	8		
Amoxicillin	0.25	>32	<0.062	<0.062	<0.062		
Amphotericin B						0.125	0.125
Nystatin						1	0.25

-: No activity

MIC range of extracts and fractions: (0.005-5 mg/mL)

MIC range of reference antimicrobials: (0.062-32 µg/mL)

The antibacterial activity study showed that the fractions and extracts were ineffective against *E. coli* strain at the tested concentration. Only the H₂O/EtOAc fraction and the MeOH/CH₂Cl₂ fraction were effective against other bacterial species at the concentration range of 5-1.25 mg/mL. The best anticandidal effect was observed in the MeOH/*n*-BuOH fraction at a concentration of >0.01 mg/mL against *C. krusei* strain. The H₂O/EtOAc fraction, which was found to have antioxidant effect, showed the highest antimicrobial activity. This effect has raised curiosity on major compounds in the fraction, which may be subject to another study.

The effects of the essential oil obtained from *M. cuneatum*, whose essential oil composition was provided above and collected from Lebanon, were evaluated on certain bacterial strains, and it was reported that no significant effect was observed.¹¹ The effects of the methanol extract prepared from the aerial parts of *M. vulgare* on certain bacteria were evaluated, and it was reported to have a moderate effect.¹⁰ In addition to the limited studies conducted on *Marrubium* species, there are almost no studies on the reasons behind the observed activity. Therefore, compounds present in active extracts should be isolated, characterised and activity studies should be evaluated using pure compounds. This study may form the basis of further studies aimed at elucidating the phytochemical content of *M. cuneatum*.

Conclusion

In this study, anti-inflammatory, antioxidant and antimicrobial effects of the extracts and fractions of *M. cuneatum* were evaluated, in order to reveal its medical potential. In the antioxidant tests, significant effects of *n*-BuOH and EtOAc fractions of both extracts were observed. In terms of anti-inflammatory effect, it has been shown that neither extracts nor fractions inhibit the 5-LOX enzyme and do not provide an anti-inflammatory effect through this pathway. In terms of antimicrobial activity, only the H₂O/EtOAc fraction and the MeOH/CH₂Cl₂ fraction were found to be moderately effective. It was found that not a single extract or fraction were effective on *E. coli*. Confirming the medical impact of the extracts and fractions will require more thorough *in vitro* and *in vivo* investigations.

Acknowledgements

The authors declared no potential conflicts of interest.

This research was funded in part by TUBITAK (SBAG- 214S129) projects. Parts of this research were presented at BIOCHEM2018 and REYHAN2017.

Author Contributions

Mehmet Sina İçen: Idea, design, data collection and processing, analysis and interpretation, literature review, article writing

Nursenem Karaca: Idea, design, data collection and processing, analysis and interpretation

Fatih Demirci: Idea, analysis and interpretation, consultancy/supervision, critical review, references and fundings

İlhan Gürbüz: Idea, analysis and interpretation, consultancy/supervision, critical review, references and fundings

References

1. Kharazian N, Hashemi M. Chemotaxonomy and morphological studies in five *Marrubium* L. Species in Iran. Iran J Sci Technol Trans A Sci 2017;41:17–31.
2. Celep F, Dirmenci T. Systematic and Biogeographic overview of Lamiaceae in Turkey. Volatiles Essent Oils 2017;4(4):14–27.
3. Erarslan ZB, Çolak R, Kültür Ş. The preliminary ethnobotanical survey of medicinal plants in Develi (Kayseri/Turkey). İstanbul J Pharm 2021;51:263–70.
4. Bulut G, et al. An ethnobotanical study of medicinal plants in Acipayam (Denizli-Turkey). J Herb Med 2017;10:64–81.

5. Meyre-Silva C, Cechinel-Filho V. A Review of the Chemical and Pharmacological Aspects of the Genus *Marrubium*. *Curr Pharm Des* 2010;16:3503–18.
6. Henderson MS, McCrindle R. Premarrubiin. A Diterpenoid from *Marrubium vulgare* L. *J Chem Soc C Org* 1969;15:2014–5.
7. Sahpaz S, et al. Isolation and pharmacological activity of phenylpropanoid esters from *Marrubium vulgare*. *J Ethnopharmacol* 2002;79:389–92.
8. Lorenzi H, Matos FJA. *Plantas Mediciniais Do Brasil: Nativas e Exóticas*. Nova Odessa: Instituto Plantarum, Sao Paulo, 2008.
9. VanderJagt TJ, et al. Comparison of the total antioxidant content of 30 widely used medicinal plants of New Mexico. *Life Sci* 2002;70:1035–40.
10. Masoodi MH, et al. Antibacterial activity of whole plant extract of *Marrubium vulgare*. *African J Biotechnol* 2008;7:86–7.
11. Grassia A, et al. Chemical composition and antimicrobial activity of the essential oils from aerial parts of two *Marrubium* sp. (Lamiaceae) growing wild in Lebanon. *Pol J Chem* 2006;80:623–28.
12. Baher Nik Z, Mirza M, Shahmir F. Essential oil of *Marrubium cuneatum* Russell and its secretory elements. *Flavour Fragr J* 2004;19:233–35.
13. İçen MS, et al. Chemical profile of the volatile compounds from *Marrubium cuneatum* Banks & Sol. *Nat Volatiles Essent Oils* 2021;8:1–6.
14. Tetik F, Civelek S, Cakilcioglu U. Traditional uses of some medicinal plants in Malatya (Turkey). *J Ethnopharmacol* 2013;146:331–46.
15. Kılıç M, Yıldız K, Kılıç FM. Traditional uses of wild plants in Mardin central district and attached villages (Turkey). *Indian J Tradit Knowl* 2021;20:784–98.
16. El Beyrouthy M, Dhifi W, Arnold-Apostolides N. Ethnopharmacological survey of the indigenous Lamiaceae from Lebanon. *Acta Hort* 2013;997:257–76.
17. Brand-Williams W, Cuvelier ME, Berset C. Use of a free radical method to evaluate antioxidant activity. *LWT - Food Sci Technol* 1995;28:25–30.
18. Re R, et al. Antioxidant activity applying an improved abts radical cation decolorization assay. *Free Radic Biol Med* 1997;26:1231–37.
19. Apak R, et al. Methods of measurement and evaluation of natural antioxidant capacity/activity. *Pure Appl Chem* 2013;85:957–98.
20. Baylac S, Racine P. Inhibition of 5-lipoxygenase by essential oils and other natural fragrant extracts. *Int J Aromather* 2003;13:138–42.
21. Clinical and Laboratory Standards Institute. Reference Method for Broth Dilution Antifungal Susceptibility Testing of Filamentous Fungi, Approved Standard-Second Edition Method. M38-A2. CLSI 2002;22:1-27.
22. Clinical and Laboratory Standards Institute. Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically; Approved Standard-Seventh Edition. M7-A7. CLSI 2006;26(2).
23. Demirci B, et al. Anticandidal pimaradiene diterpene from *Phlomis* essential oils. *Comptes Rendus Chim* 2009;12:612–21.
24. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Seventeenth Informational Supplement. M100-S17. CLSI 2007;27(1).
25. Demirci F, et al. Anti-inflammatory and antibacterial evaluation of *Thymus sipyleus* Boiss. subsp. *sipyleus* var. *sipyleus* essential oil against rhinosinusitis pathogens. *Microb Pathog* 2018;122:117–21.
26. Kirmızibekmez H, et al. Characterization of *Sideritis trojana* Bornm. essential oil and its antimicrobial activity. *Marmara Pharm J* 2017;21(4):860-65.
27. Etame RME, et al. Effect of fractioning on antibacterial activity of n-butanol fraction from *Enantia chlorantha* stem bark methanol extract. *BMC Complement Altern Med* 2019;19:1–7.
28. Rigano D, et al. Phytochemical and pharmacological studies on the acetonic extract of *Marrubium globosum* ssp. *libanoticum*. *Planta Med* 2006;72:575–78.

Assessment of Nucleic Acid Extraction Kits for SARS-CoV-2 Surveillance in Wastewater Samples*

Atıksu Örneklerinde SARS-CoV-2 Sürveyansı için Nükleik Asit Ekstraksiyon Kitlerinin Değerlendirilmesi

Ahmet Saitⁱ, Serol Korkmazⁱⁱ, Ayşe Parmaksızⁱⁱⁱ, Bülent Bayraktar^{iv}, İsmail Aslan^v

ⁱDr., Pendik Veterinary Control Institute, Virology Lab. <https://orcid.org/0000-0001-7658-8793>

ⁱⁱDr., Pendik Veterinary Control Institute, Virology Lab. <https://orcid.org/0000-0001-8970-6883>

ⁱⁱⁱDr., Pendik Veterinary Control Institute, Virology Lab. <https://orcid.org/0000-0003-1242-7987>

^{iv}Assoc. Prof. Dr., Bayburt University, Faculty of Health Sciences. <https://orcid.org/0000-0002-2335-9089>

^vDr., University of Health Sciences, Hamidiye Faculty of Pharmacy. <https://orcid.org/0000-0001-7075-7103>

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the effectiveness of three commercial nucleic acid extraction kits (kit A, B and C) in isolating SARS-CoV-2 viral RNA from wastewater samples.

Method: In this study, water samples were collected in March 2021 from three wastewater treatment plants located in different parts of Istanbul, and it was confirmed that they were negative for SARS-CoV-2. Different concentrations of the SARS-CoV-2 virus, previously inactivated at the BSL-3 laboratory of the Pendik Veterinary Control Institute, were added to the wastewater samples. RNA extraction and quantification were performed using commercial nucleic acid extraction kits and and RT-qPCR kit specific to SARS-CoV-2.

Results: At the end of the study, it was determined that kit C yielded the highest total RNA and produced more consistent results, significantly outperforming the other two kits in terms of RNA yield and purity. Statistical analysis revealed significant differences in RNA concentrations ($p < 0.05$) and gene copy numbers ($p < 0.01$) between the kits, and kit C demonstrated superior linearity and reproducibility.

Conclusion: According to the findings, although all three evaluated kits are suitable for detecting SARS-CoV-2 RNA in wastewater samples, kit C provides the most efficient and reliable performance, especially for high-throughput studies. Additionally, this study highlights the importance of selecting appropriate nucleic acid extraction methods for wastewater surveillance, which serves as an early warning system for outbreaks that threaten public health.

Keywords: Nucleic Acid Extraction, SARS-CoV-2, Surveillance, Wastewater.

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı, atık su numunelerinden SARS-CoV-2 virus RNA'sını izole etmek amacıyla üç ticari nükleik asit ekstraksiyon kitinin (kit A, B ve C) etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmada, 2021 yılı Mart ayında İstanbul ilinde farklı lokasyonlardaki üç atık su arıtma tesisinden su numuneleri toplandı ve SARS-CoV-2 virüsü yönünden negatif olduğu teyit edildi. Pendik Veteriner Kontrol Enstitüsü'ndeki BSL-3 laboratuvarında daha önce inaktive edilmiş olan SARS-CoV-2 virusunun farklı konsantrasyonları atık su numunelerine eklendi. Ticari nükleik asit ekstraksiyon kitleri ve SARS-CoV-2 RT-qPCR kiti kullanılarak sırasıyla RNA ekstraksiyonu ve kantitasyonu gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışma sonunda, kit C'nin en yüksek toplam RNA'yı verdiği ve daha tutarlı sonuçlar ürettiği, RNA verimi ve saflığı açısından diğer iki kitten önemli ölçüde daha iyi performans gösterdiği belirlendi. İstatistiksel analiz, kitler arasında RNA konsantrasyonlarında ($p < 0,05$) ve gen kopya sayılarında ($p < 0,01$) önemli farklılıklar olduğunu ortaya koydu. Kit C'nin üstün doğrusalılık ve tekrarlanabilirliğe sahip olduğunu gösterdi.

Sonuç: Elde edilen bulgular, değerlendirilen üç ticari kitin de atık su numunelerinde SARS-CoV-2 RNA'sını tespit etmek için uygun olduğunu göstermektedir. Ancak özellikle kit C, yüksek verimli çalışmalar için en etkili ve güvenilir performansı sunmaktadır. Ayrıca bu çalışma, halk sağlığını tehdit eden salgınlar için erken uyarı sistemi işlevi gören atık su gözetiminde, uygun nükleik asit ekstraksiyon yöntemlerinin seçilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Atıksu, Nükleik Asit Ekstraksiyonu, SARS-CoV-2, Sürveyans.

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):241-251

DOI: 10.31020/mutfd.1571019

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 22 October 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 21 November 2024

İletişim - Correspondence Author: Ahmet Sait <saitvet@gmail.com>

Introduction

As of January 31, 2020, the World Health Organization (WHO) designated COVID-19 as a Public Health Emergency of International Concern. Conducting extensive testing, both among individuals with and without symptoms, is essential for mitigating the ongoing pandemic and preventing potential future outbreaks. Several diagnostic testing methods exist to determine whether individuals are infected with COVID-19.¹⁻³ The polymerase chain reaction (PCR) is a powerful technology increasingly used for diagnosing both infectious and non-infectious diseases.⁴⁻⁸ Ensuring high yield, purity, and integrity of genomic material is critical for the success of PCR-based studies. Therefore, an efficient genomic material extraction method is a prerequisite for optimal PCR assay performance.^{4,9,10} Compared to DNA, RNA is more fragile. PCR assays initiated with low-quality and low-quantity RNA may produce suboptimal results, particularly given the labor-intensive, time-consuming, and expensive nature of these assays.¹¹⁻¹³

Wastewater-based diagnosis of infectious diseases, such as COVID-19, is a rapidly emerging field because samples can be collected easily and safely.¹⁴⁻¹⁶ Actively monitoring SARS-CoV-2 RNA in wastewater is valuable for identifying critical areas and has proven to be an effective early warning system for potential new outbreaks.¹⁷ Prior to its use in PCR assays, it is essential to verify the specifications of the extracted genomic material. In reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) studies, the extraction process must adhere to specific parameters to ensure proper RNA quality. For instance, the final eluate should be free of proteins, genomic DNA, enzyme inhibitors, or any phenol or alcohol carryover, as these could impair RT-PCR processes.^{10,18}

RT-PCR reactions heavily depend on purification and clean-up methods. Three widely used RNA extraction methods include organic extraction, silica-membrane-based spin column technology, and paramagnetic particle technology.^{10,19,20} These methods have specific advantages and drawbacks. RNA extracted via organic extraction often contains proteins, cellular debris, organic solvents, salts, and ethanol. In contrast, silica column and paramagnetic particle-based RNA extraction techniques are known for their practicality, efficiency, and cost-effectiveness. Additionally, these methods yield intact RNA with minimal contamination from proteins and other biological components.^{10,21}

Although several methods are available for RNA isolation and purification, studies comparing extraction methods specifically for wastewater samples are limited.^{17,22-24} Selecting the appropriate nucleic acid isolation kit is critical for sample processing and significantly impacts the results obtained. This study aims to provide a thorough evaluation of the effectiveness and efficiency of three frequently employed commercial nucleic acid isolation kits. The assessment includes detecting viral RNA through RT-qPCR analysis and offering a qualitative comparison of the methods.

Materials and Methods

Sampling

Wastewater samples were collected from the influent streams (after grit removal) of three wastewater treatment plants (WWTPs) in Istanbul, Türkiye, in March 2021. The influent samples (n = 3) were obtained as 24-hour composite samples, each comprising 5 liters. The temperature and pH of the samples at the time of collection were $9^{\circ}\text{C} \pm 3^{\circ}\text{C}$ and 7.36 ± 1.52 , respectively, and were logged. Within two hours, the samples were transported to the laboratory at 4°C . On the same day, all samples underwent triplicate testing and were confirmed negative for SARS-CoV-2 before use. Wastewater samples verified as negative by RT-qPCR were pooled and stored at 4°C for virus inoculation.

Virus Inoculation into Wastewater

SARS-CoV-2 was cultured and inactivated in the BSL-3 laboratory at Pendik Veterinary Control Institute. The inactive virus stock solution (32×10^6 gene copies/ μL) was separated from residual cell debris by centrifugation, and the resulting supernatant was stored at -80°C for further analysis. Dilutions of the inactive virus stock solution were prepared in 50 mL of untreated wastewater (6 replicates), with concentrations of 25, 50, 100, 150, and 200 $\mu\text{L}/50$ mL (equivalent to 4×10^6 , 8×10^6 , 16×10^6 , 24×10^6 , and 32×10^6 GC/ μL) in a BSL-2 cabinet.

Filtration and Concentration of the Virus Using Polyethylene Glycol (PEG)

The samples were gently shaken at 4°C and 100 rpm for 30 minutes to facilitate the transfer of attached viruses to the aqueous phase. Microorganisms and large particles were removed from the samples by centrifugation at 7471G for 30 minutes at 4°C . The supernatant (250 mL) was filtered through 0.45 μm and 0.2 μm filters to remove any remaining particles and cell debris. The filtrate was thoroughly mixed with 10% w/v polyethylene glycol 8000 (PEG 8000) by shaking for 1 minute and incubated at 4°C and 100 rpm overnight. After incubation, the mixture was divided into six 50 mL Falcon tubes. Viruses were precipitated by centrifugation at 7471G for 120 minutes at 4°C . The supernatant was carefully removed without disturbing the pellets. The pellets from each Falcon tube were re-suspended with 200 μL of RNA-free water. For total nucleic acid extraction, 1 mL of the virus concentrate was used, with the remaining concentrate stored at -80°C (**Figure 1**).

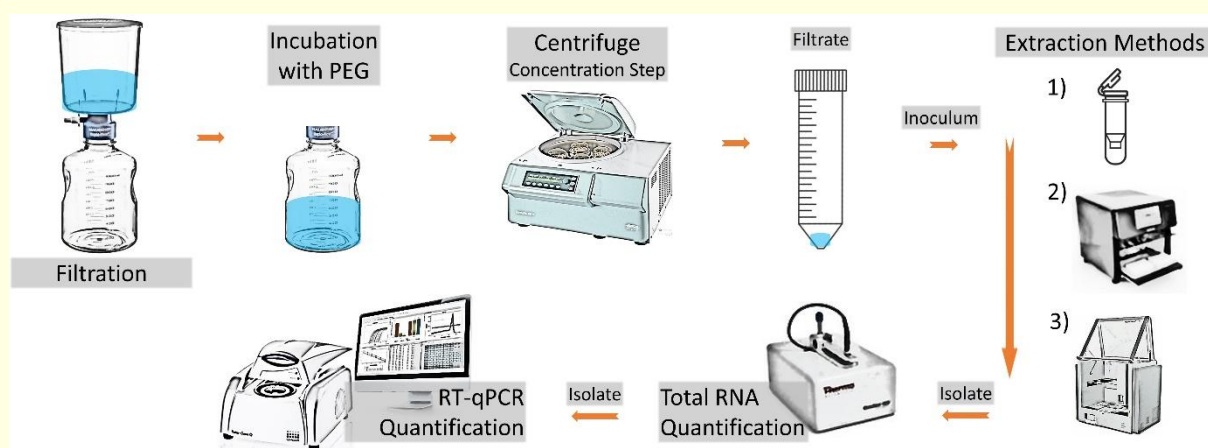


Figure 1. Workflow diagram illustrating all steps from virus concentration to the PCR stage. **1)** Kit A for manual extraction, **2)** Kit B for automated extraction, and **3)** Kit C for automated extraction.

Extraction of Total Nucleic Acids

Total nucleic acid extraction was performed using three different commercial kits: **1)** Kit A used for manual extraction employs the spin column principle. In this method, virus lysis is achieved by incubating the sample with a specialized Lysis/Binding Buffer in the presence of Proteinase K. This process allows nucleic acids to bind specifically to the surface of glass fibers in the presence of a chaotropic salt. The binding reaction occurs rapidly as the organized structure of water molecules is disrupted, facilitating the interaction of nucleic acids with the glass fiber surface. Since this binding process is selective for nucleic acids, a washing step removes salts, proteins, and other impurities, and the purified nucleic acids are eluted in a low-salt buffer or water. **2)** Kit B, designed for automated extraction, utilizes the magnetic particle principle. In this method, samples are lysed in a single step with chaotropic salts and Proteinase K, allowing nucleic acids to bind to the silica surface of magnetic particles. The bound DNA and RNA are then thoroughly washed, air-dried, and finally eluted in an elution buffer to obtain high-quality nucleic acids. **3)**

Kit C, designed for automated extraction, utilizes the magnetic glass particle (MGP) principle. This nucleic acid isolation process is based on the well-established MGP technology. The key steps of the procedure include lysis of the sample material, release of nucleic acids, and denaturation of nucleases. Under chaotropic salt conditions and the high ionic strength of the lysis/binding buffer, nucleic acids bind to the silica surface of the added MGP. The MGP with bound nucleic acids are then magnetically separated from the residual lysed sample. Unbound substances, such as proteins, cell debris, and PCR inhibitors, are removed through multiple washing steps. Finally, the purified nucleic acids are eluted from the MGP. All procedures followed the manufacturer's instructions (**Figure 1**). Two hundred microliters of each sample were used for extraction, and the resulting 100 μ L elution was stored at +4°C. Quantifications for all samples were performed on the same day.

Quantitation of Total RNA

Total RNA was measured using a UV/VIS spectrophotometer (ND-1000, NanoDrop, Thermo Fisher Scientific, USA). Before and after each measurement, the upper and lower optical surfaces of the micro-spectrophotometer were cleaned with 2 μ L of sterile deionized water, followed by wiping with a Kimwipe (Kimberly-Clark Professional, USA). Nucleic acid samples (six replicates) of 1 μ L were used to measure total RNA, with sterile DNase/RNase-free water employed for the blank. The absorption ratios of 260/280 were verified to ensure the quality of the measurements.

RT-qPCR Analysis

Detection of SARS-CoV-2 RNA in wastewater samples was performed using a one-step RT-qPCR method with a commercial IVD-certificated kit. The SARS-CoV-2 one-step RT-qPCR diagnostic kit (Ref: KRM-136-002, V2, KrosQuant, KrosGen Biotechnology, Türkiye) targeted two gene regions (N1 and N2) of the SARS-CoV-2 virus. Primer and probe sequences were based on US-CDC recommendations (US Centers for Disease Control and Prevention, Respiratory Virus Branch, 2020) and are listed in **Table 1**. Reactions were prepared following the manufacturer's instructions, with a final PCR reaction volume of 20 μ L, including 15 μ L of Master Mix and 5 μ L of extracted RNA. Positive controls and negative controls with distilled water were included in each run. RT-qPCR reactions were performed in six replicates for each sample using the Rotor-Gene Q machine (QIAGEN, Hilden, Germany). PCR conditions were as follows: reverse transcription at 45°C for 10 minutes, denaturation and Taq polymerase activation at 95°C for 2 minutes, followed by 45 cycles at 95°C for 10 seconds and 55°C for 30 seconds (data collection). Fluorescence signals were measured in the FAM channel for viral genes N1 and N2.

Table 1. 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-time rRT-PCR Panel Primers and Probes

Name	Description	Oligonucleotide	Sequence (5'-3')
2019-nCoV_N1-F	Forward Primer	5'-GAC CCC AAA ATC AGC GAA AT-3'	
2019-nCoV_N1-R	Reverse Primer	5'-TCT GGT TAC TGC CAG TTG AAT CTG-3'	
2019-nCoV_N1-P	Probe	5'-FAM-ACC CCG CAT TAC GTT TGG TGG ACC-BHQ1-3'	
2019-nCoV_N2-F	Forward Primer	5'-TTA CAA ACA TTG GCC GCA AA-3'	
2019-nCoV_N2-R	Reverse Primer	5'-GCG CGA CAT TCC GAA GAA-3'	
2019-nCoV_N2-P	Probe	5'-FAM-ACA ATT TGC CCC CAG CGC TTC AG-BHQ1-3'	

Data Analysis

Data analysis, including the calculation of mean, standard deviation, coefficient of variation (CV), and recovery, was conducted using SPSS 21 statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Spearman's correlation coefficient (two-tailed) was used to determine correlations among recovery rate (%), total RNA (ng/ μ L), and gene copies (GC). Linear regression analysis assessed associations between the parameters,

and linearity plots were generated using Excel 2013 software (Microsoft, California, USA). Differences in data means were tested for significance at a level of $P < 0.05$.

Results

RNA Extraction and Quantification

Three commercial nucleic acid isolation kits were assessed for RNA yield, with all yielding acceptable quantities of RNA. Kit C outperformed the other two kits in RNA yield and quality. Kit C consistently produced higher RNA concentrations and demonstrated superior purity with favorable A260/A280 (around 2.10) and A260/A230 ratios (around 1.97), both of which indicate high-quality RNA with minimal contamination. A ratio greater than 1.8 is considered indicative of low protein contamination, and a higher A260/A230 ratio (>1.8) points to minimal polysaccharide contamination.^{25, 26} In terms of yield (ng/ μ L), kit C produced approximately 2.88 times more RNA than kit B and 39.36 times more than kit A. Kit A exhibited lower efficiency in extracting RNA from wastewater samples (**Table 2, Figure 2**). Nuclease-free water controls did not yield detectable RNA for any kit.

Table 2. RNA Yield in ng/ μ L

	Inoculated Virus														
	4.000.000 GC/ul			8.000.000 GC/ul			16.000.000 GC/ul			24.000.000 GC/ul			32.000.000 GC/ul		
	Total RNA (ng/ μ L)		SD	Total RNA (ng/ μ L)		SD	Total RNA (ng/ μ L)		SD	Total RNA (ng/ μ L)		SD	Total RNA (ng/ μ L)		SD
Kit C	11.127	±	1.298	18.820	±	3.215	30.126	±	3.015	42.688	±	6.894	49.994	±	3.920
Kit B	3.583	±	828	5.664	±	2.285	10.487	±	3.180	16.116	±	2.440	18.779	±	1.619
Kit A	416	±	98	416	±	102	634	±	149	1.763	±	799	2.082	±	300
P value	<0,05			<0,05			<0,05			<0,05			<0,05		

SD: Standard Deviation

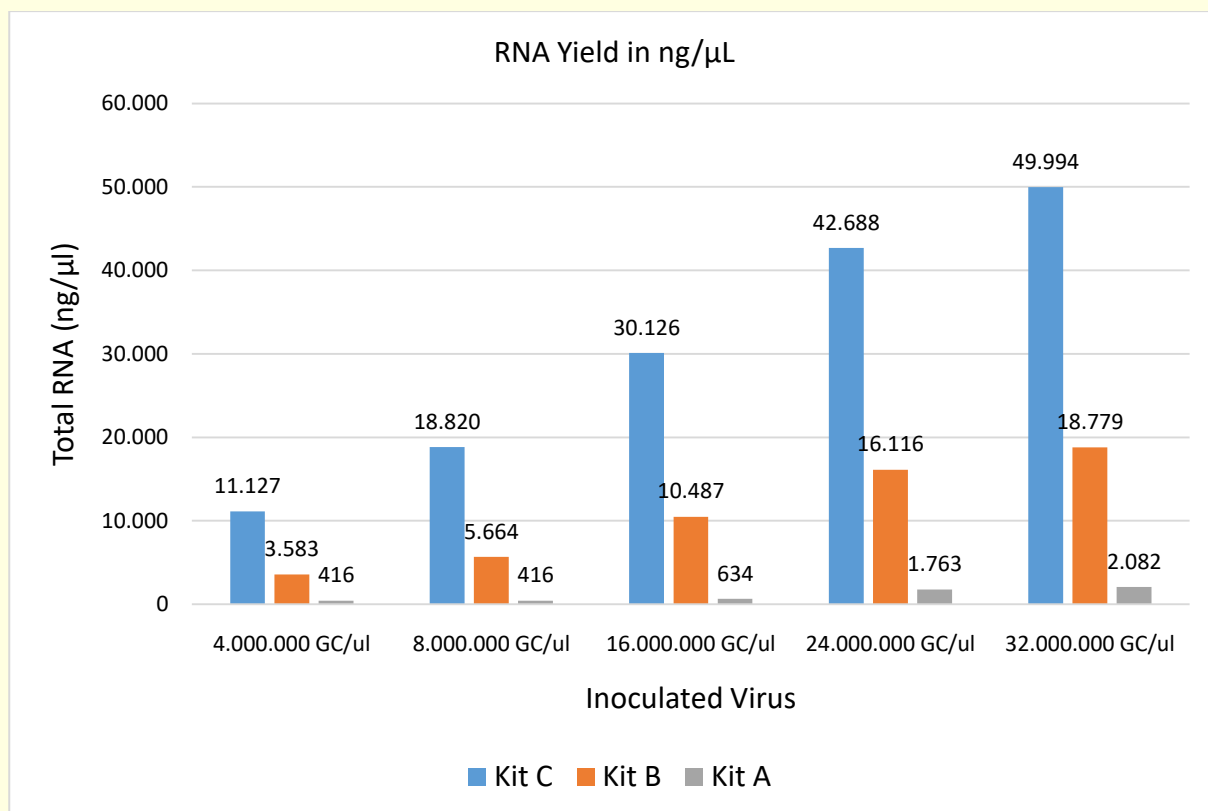


Figure 2. RNA Yield in ng/ μ L

Statistical Analysis

Statistically significant differences ($p < 0.05$) in total RNA yield were observed among the three commercial kits. The average total RNA concentrations across the three kits were 28.323 ng/ μ L (range: 11.127–49.994 ng/ μ L) for kit C, 10.925 ng/ μ L (range: 3.583–18.779 ng/ μ L) for kit B, and 1.062 ng/ μ L (range: 416–2.082 ng/ μ L) for kit A (Table 2, Figure 2).

RT-qPCR Analysis

The three commercial extraction kits were compared for their ability to extract viral RNA for downstream RT-qPCR analysis. All samples were analyzed in six replicates to increase statistical reliability. Kit C achieved the highest total RNA yield, leading to statistically significant differences in mean gene copies per microliter (GC/ μ L) for SARS-CoV-2 across the three kits ($p < 0.01$). The average gene copy numbers were 5,874,911 GC/ μ L for kit C, 2,100,804 GC/ μ L for kit B, and 203,958 GC/ μ L for kit A (Table 3, Figure 3). No SARS-CoV-2 RNA was detected in the negative controls for any extraction method.

Table 3. Gene Copies per Microliter (GC/ μ L)

	Inoculated Virus														
	4.000.000 GC/ul			8.000.000 GC/ul			16.000.000 GC/ul			24.000.000 GC/ul			32.000.000 GC/ul		
	Recovered Virus, GC/ul	SD	%RC	Recovered Virus, GC/ul	SD	%RC	Recovered Virus, GC/ul	SD	%RC	Recovered Virus, GC/ul	SD	%RC	Recovered Virus, GC/ul	SD	%RC
Kit C	2.139.597 ±	249.305	53	3.618.856 ±	617.964	45	5.793.191 ±	579.431	36	8.209.002 ±	1.325.489	34	9.613.912 ±	753.563	30
Kit B	688.745 ±	158.876	17	1.088.960 ±	439.165	14	2.016.355 ±	611.311	13	3.098.873 ±	468.889	13	3.611.091 ±	311.088	11
Kit A	79.768 ±	18.508	2	79.681 ±	19.331	1	121.577 ±	28.349	1	338.764 ±	153.293	1	400.052 ±	57.491	1
<i>P value</i>	< 0,01			< 0,014			< 0,01			< 0,01			< 0,01		

GC: Gene Copy, SD: Standard Deviation, %RC: % Recovered Copy

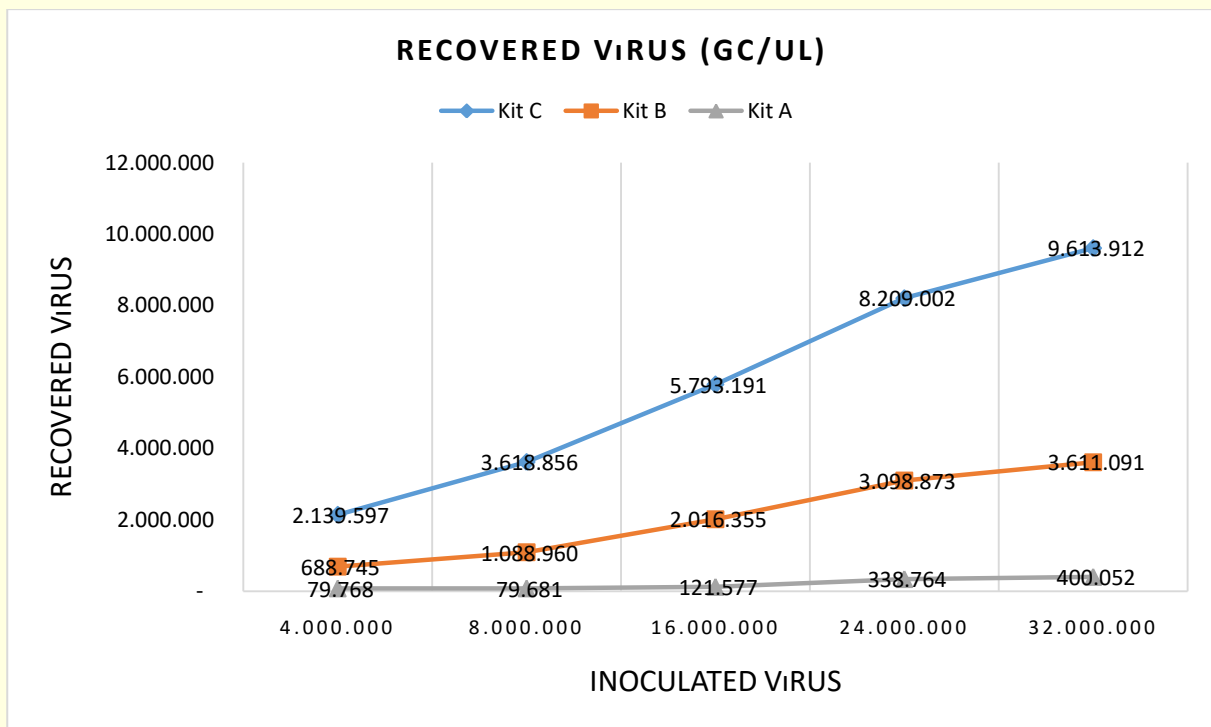


Figure 3. Gene Copies per Microliter (GC/ μ L). GC: Gene copy

Coefficient of Variation (CV) and Statistical Evaluation

The coefficient of variation (CV) was calculated for each extraction kit, with lower CV values indicating more consistent results. Kit C demonstrated the lowest CV across all viral concentrations, with an overall CV of 12.5%, suggesting a more homogeneous distribution of results. Lower CV values indicate that the measurements within the group are closer to each other, indicating reliability and reproducibility. In contrast, kit B exhibited an overall CV of 23.5%, and kit A had a CV of 26.1%, indicating greater variability in RNA yield and thus less consistent performance. These results highlight that kit C provides more stable and reproducible results, especially in high-throughput scenarios (**Table 4, Figure 4**).

Table 4. Coefficient of Variation (CV) Values and Linearity

Recovered Virus, GC/ul	Coefficient of variance (CV), %					Overall CV	Linearity		
	4000000 GC/ul	8000000 GC/ul	16000000 GC/ul	24000000 GC/ul	32000000 GC/ul		R2	LOD	LOQ
Kit C	11,65	17,08	10,00	16,15	7,84	12,54	0,98	7.908.663,67	96.533.327,01
Kit B	23,07	40,33	30,32	15,13	8,61	23,49	0,99	11.522.501,46	106.649.784,39
Kit A	23,20	24,26	23,32	45,25	14,37	26,08	0,93	14.538.456,31	125.075.370,17

R²: Determination Coefficient, LOD: Limit of Detection, LOQ: Limit of Quantification

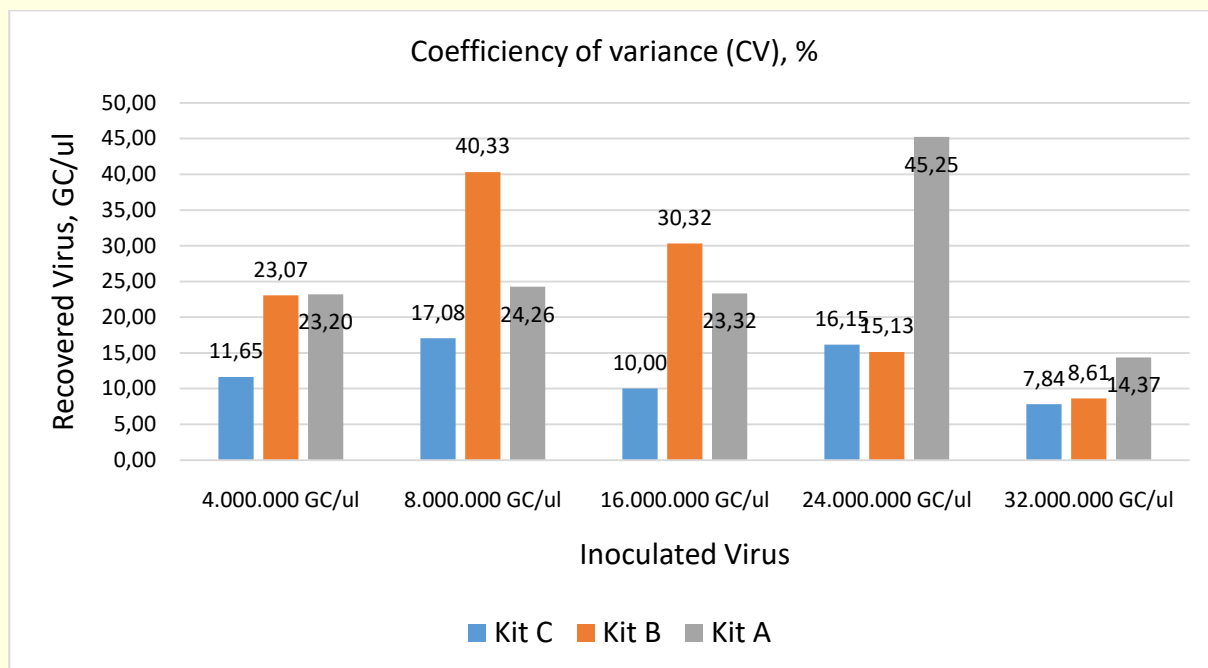


Figure 4. Coefficient of Variation (CV) Values and Linearity. GC: Gene copy

Lower CV values indicate that the measurements are more homogeneous and close to the standard deviation, suggesting better reliability of the data and consistency of the method. A higher CV, as seen with kit B and kit A, suggests more variability within the data, which could affect the consistency of downstream applications.

Linear Regression Analysis

A linear regression analysis revealed a stronger correlation between RNA concentrations and CT values for kit C ($R^2 = 0.356$) compared to kit B ($R^2 = 0.03$) and kit A ($R^2 = 0.03$). The maximum/minimum CT values for kit C were 15.04/17.85, while kit B and kit A exhibited higher variability in their CT values, with maximum/minimum values of 16.56/19.71 and 20.04/23.28, respectively.

Discussion

Wastewater-based epidemiology (WBE) has emerged as a powerful tool for public health authorities to monitor epidemics such as SARS-CoV-2. WBE analyzes viral load in wastewater samples, providing insight into community-level infections regardless of individuals' symptoms, testing, or reporting. As a result, WBE serves as an early warning system for COVID-19 and other outbreaks.^{22,23,27,28} However, several factors can affect WBE results, including water temperature, dilution due to precipitation, the presence of PCR inhibitors, and sampling design. Despite these challenges, wastewater testing remains a cost-effective and practical approach for long-term monitoring of COVID-19 epidemiology.^{27,29–34} This underlines the need for sensitive and cost-effective workflows for detecting SARS-CoV-2 in wastewater, essential for tracking pandemic dynamics within communities. RT-qPCR remains a vital component of this strategy, where the accuracy of results hinges on high-quality, DNA-free, intact RNA.^{4,22,35,36}

In this study, all tested protocols successfully extracted high-quality RNA from wastewater, although the quantities of RNA varied among the kits. The presence of genomic DNA (gDNA) was observed during total nucleic acid extraction with all kits, highlighting the need for additional DNase-I treatment to remove gDNA contamination, which aligns with findings from previous studies on TRIzol-based extractions.^{35,37} Quality control of the RNA involved a variety of techniques, including spectrophotometry and assessing RNA integrity. To ensure suitability for downstream applications such as RT-qPCR, the RNA should ideally have an A260/280 ratio of 2.0 ± 0.1 , indicating minimal protein contamination. Our results demonstrated that all three kits produced RNA of sufficient quality, consistent with previous studies that used similar protocols.^{38–40}

Kit B and kit C offer the advantage of automated workflows, which minimize human error and increase reproducibility. In contrast, kit A requires manual handling, making it more labor-intensive and prone to variability depending on user expertise. Our findings revealed significant differences in RNA yield across the three kits, with kit C consistently outperforming kit B and kit A. On average, kit C yielded 2.9 and 33.5 times more RNA (ng/ μ L) than kit B and kit A, respectively. Additionally, kit B produced 11.3 times more RNA than kit A.

It is important to note that while the Thermo NanoDrop measures total RNA concentration (predominantly ribosomal RNA), RT-qPCR quantifies mRNA exclusively. Our linear regression analysis demonstrated a stronger correlation between RNA concentration and gene copy number for kit C compared to the other two kits. Specifically, Ct values decreased steadily as RNA concentration increased with kit C, indicating higher sensitivity and efficiency in RNA extraction. In contrast, no such correlation was observed with kit B or kit A, which suggests that these kits may be less effective for RT-qPCR analysis.

The yield discrepancy for kit A indicates its limitations, especially when dealing with limited wastewater samples. In such cases, users may need to consider alternative methods that offer higher RNA recovery. Overall, kit C emerged as the most effective kit, both in terms of RNA quantity and quality, making it the optimal choice for high-throughput settings and applications requiring consistent RNA yields.

The main reasons why kit C provides higher RNA yield compared to kit B and kit A may be the operating principle of the device, the stages of the extraction process, and the magnetic bead-based extraction technology. Automated systems minimize human error and provide more consistent and efficient results. Both the kit C and the kit B use magnetic bead-based extraction technology. This technology allows for more efficient binding and purification of nucleic acids, while the yield may be lower in the kit A with spin column technology. This demonstrates the superiority of both automated extraction kits over the manual extraction kit. Although both kits use magnetic bead-based extraction technology, there may be several

important reasons why the kit C provides higher RNA yield. The washing and incubation steps of kit C are more extensive and take longer compared to kit B, which may allow for more efficient RNA purification. Another difference between the two kits is that the device for kit C applies heat during incubation, whereas the device for kit B does not apply heat at any stage. In addition, the device for kit C uses new pipette tips at each step by changing pipette tips during operation, while the device for kit B completes the entire process with a single rod cover. More washing and incubation steps, heat application during incubation and pipette tip changes can remove potential contaminants and isolate RNA with higher purity. The differences between the technologies and protocols used, especially the differences in the number of washes and incubation times, heat application and pipette tip changes, can be decisive factors on RNA yield and purity, while at the same time, they can be expressed as advantages of kit C over kit B.

Each kit investigated in this study comes with distinct advantages and limitations. While kit C excelled in RNA yield and consistency, its automated nature may make it less accessible in resource-limited settings. Kit A, though less efficient, may still find utility in smaller labs where manual workflows are more feasible. Kit B strikes a balance between automation and performance, though its lower RNA yield compared to kit C suggests it may not be ideal for all applications. Nonetheless, the selection of the appropriate extraction kit should consider the specific needs of the laboratory, the nature of the samples, and the required throughput.

Conclusions

This study demonstrated that RNA extraction from wastewater samples can vary significantly depending on the extraction kit employed. Kit C consistently surpassed both kit B and kit A in terms of RNA yield and purity. Its superior performance can be attributed to several key features, including extended washing and incubation steps, the application of heat during incubation, and automated pipette tip changes, all of which enhance RNA quality and minimize contamination. These results underscore the importance of selecting an RNA extraction kit that aligns with the specific requirements of the sample type and experimental demands. Kit C, with its efficiency and reliability, stands out as the optimal choice for large-scale SARS-CoV-2 wastewater surveillance.

Acknowledgements

The authors declared no potential conflicts of interest. The authors declared no receipt of the financial support for the research.

Author Contributions

Ahmet Sait: Concept, design, supervision, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing the article, critical review, references and materials

Serol Korkmaz: Design, supervision, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing the article, critical review, references and materials.

Ayşe Parmaksız: Concept, design, supervision, data collection, literature search, critical review, references and materials.

Bülent Bayraktar: Concept, design, supervision, data collection, critical review.

İsmail Aslan: Concept, design, data collection, analyses and interpretation, critical review.

References

1. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *N Engl J Med* 2020;382(22):2158-2160. doi:10.1056/NEJMe2009758.
2. Jee Y. WHO International Health Regulations Emergency Committee for the COVID-19 outbreak. *Epidemiol Health* 2020;42:e2020013. doi:10.4178/epih.e2020013.
3. Moghadas SM, et al. The implications of silent transmission for the control of COVID-19 outbreaks. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020;117(30):17513-17515. doi:10.1073/pnas.2008373117
4. Deng MY, et al. Comparison of six RNA extraction methods for the detection of classical swine fever virus by real-time and conventional reverse transcription-PCR. *J Vet Diagn Invest* 2005;17(6):574-578. doi:10.1177/104063870501700609
5. Paton DJ, et al. Classical swine fever virus: a ring test to evaluate RT-PCR detection methods. *Vet Microbiol* 2000;73(2-3):159-174. doi:10.1016/s0378-1135(00)00142-5.
6. Paton DJ, et al. Classical swine fever virus: a second ring test to evaluate RT-PCR detection methods. *Vet Microbiol* 2000;77(1-2):71-81. doi:10.1016/s0378-1135(00)00264-9.
7. Risatti GR, et al. Rapid detection of classical swine fever virus by a portable real-time reverse transcriptase PCR assay. *J Clin Microbiol* 2003;41(1):500-505. doi:10.1128/JCM.41.1.500-505.2003.
8. van Rijn PA, et al. Detection of economically important viruses in boar semen by quantitative RealTime PCR technology. *J Virol Methods* 2004;120(2):151-160. doi:10.1016/j.jviromet.2004.04.014
9. Tan SC, Yiap BC. DNA, RNA, and protein extraction: the past and the present [published correction appears in *J Biomed Biotechnol* 2013;2013:628968]. *J Biomed Biotechnol*. 2009;2009:574398. doi:10.1155/2009/574398
10. Tavares L, Alves PM, Ferreira RB, Santos CN. Comparison of different methods for DNA-free RNA isolation from SK-N-MC neuroblastoma. *BMC Res Notes* 2011;4.
11. Imbeaud S, et al. Towards standardization of RNA quality assessment using user-independent classifiers of microcapillary electrophoresis traces. *Nucleic Acids Res* 2005;33(6):e56. doi:10.1093/nar/gni054
12. Kurar E, et al. Comparison of Five Different RNA Isolation Methods from Equine Endometrium for Gene Transcription Analysis. *Kafkas Univ Vet Fak Derg* 2010;16 (5): 851-855. doi:10.9775/kvfd.2010.1829
13. Raeymaekers L. Quantitative PCR: theoretical considerations with practical implications. *Anal Biochem* 1993;214(2):582-585. doi:10.1006/abio.1993.1542.
14. Bélec L, Brogan TV. Real-time PCR-based testing of saliva for cytomegalovirus at birth. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2011;9(12):1119-1124. doi:10.1586/eri.11.130.
15. Maron JL, Johnson KL. Comparative performance analyses of commercially available products for salivary collection and nucleic acid processing in the newborn. *Biotech Histochem* 2015;90(8):581-586. doi:10.3109/10520295.2015.1048289.
16. Parisi MR, et al. Cross-sectional study of community serostatus to highlight undiagnosed HIV infections with oral fluid HIV-1/2 rapid test in non-conventional settings. *New Microbiol* 2013;36(2):121-132.
17. O'Brien M, et al. A comparison of four commercially available RNA extraction kits for wastewater surveillance of SARS-CoV-2 in a college population. *Sci Total Environ* 2021;801:149595. doi:10.1016/j.scitotenv.2021.149595.
18. Bustin SA, Nolan T. Pitfalls of quantitative real-time reverse-transcription polymerase chain reaction. *J Biomol Tech* 2004;15(3):155-166.
19. Rossen L, et al. Inhibition of PCR by components of food samples, microbial diagnostic assays and DNA-extraction solutions. *Int J Food Microbiol* 1992;17(1):37-45. doi:10.1016/0168-1605(92)90017-w
20. Wilson IG. Inhibition and facilitation of nucleic acid amplification. *Appl Environ Microbiol* 1997;63(10):3741-3751. doi:10.1128/aem.63.10.3741-3751.1997.
21. Esser, K, et al. Nucleic Acid-free Matrix: Regeneration of DNA Binding Columns. *BioTechniques* 2005;39(2):270-271. doi.org/10.2144/05392AF01
22. Lucansky V, et al. Comparison of the methods for isolation and detection of SARS-CoV-2 RNA in municipal wastewater. *Front Public Health* 2023;11:1116636. doi:10.3389/fpubh.2023.1116636.
23. Mazumder P, et al. Sewage surveillance for SARS-CoV-2: Molecular detection, quantification, and normalization factors. *Curr Opin Environ Sci Health* 2022;28:100363. doi:10.1016/j.coesh.2022.100363.
24. Sait A, et al. Investigation of the recovery efficiency of CeUF method through RT-qPCR quantification of inactivated SARS-CoV-2 in untreated wastewater. *Desalin Water Treat* 2022;262:54-59.
25. Chirgwin JM, et al. Isolation of biologically active ribonucleic acid from sources enriched in ribonuclease. *Biochemistry* 1979;18(24):5294-5299. doi:10.1021/bi00591a005.
26. Glisin V, Crkvenjakov R, Byus C. Ribonucleic acid isolated by cesium chloride centrifugation. *Biochemistry* 1974;13(12):2633-2637. doi:10.1021/bi00709a025.
27. Medema G, et al. Presence of SARS-Coronavirus-2 RNA in Sewage and Correlation with Reported COVID-19 Prevalence in the Early Stage of the Epidemic in The Netherlands. *Environ Sci Technol Lett* 2020;7(7):511-516. doi:10.1021/acs.estlett.0c00357.

28. Heijnen L, et al. Droplet digital RT-PCR to detect SARS-CoV-2 signature mutations of variants of concern in wastewater. *Sci Total Environ* 2021;799:149456. doi:10.1016/j.scitotenv.2021.149456.
29. de Freitas Bueno R, et al. Wastewater-based epidemiology: A Brazilian SARS-COV-2 surveillance experience. *J Environ Chem Eng* 2022;10(5):108298. doi:10.1016/j.jece.2022.108298.
30. Hillary LS, et al. Wastewater and public health: the potential of wastewater surveillance for monitoring COVID-19. *Curr Opin Environ Sci Health* 2020;17:14-20.
31. Kocameci BA, et al. Nationwide SARS-CoV-2 surveillance study for sewage and sludges of wastewater treatment plants in Turkey. *medRxiv* 2020:2020-11.
32. Kocameci BA, et al. Routine SARS-CoV-2 wastewater surveillance results in Turkey to follow Covid-19 outbreak. *medRxiv* 2020:2020-12.
33. Kocameci BA, et al. SARS-CoV-2 detection in Istanbul wastewater treatment plant sludges. *MedRxiv* 2020:2020-05.
34. Randazzo W, et al. SARS-CoV-2 RNA in wastewater anticipated COVID-19 occurrence in a low prevalence area. *Water Res* 2020;181:115942. doi:10.1016/j.watres.2020.115942.
35. Mannhalter C, Koizar D, Mitterbauer G. Evaluation of RNA isolation methods and reference genes for RT-PCR analyses of rare target RNA. *Clin Chem Lab Med* 2000;38(2):171-177. doi:10.1515/CCLM.2000.026.
36. O'Connell J. The basics of RT-PCR. Some practical considerations. *Methods Mol Biol* 2002;193:19-25. doi:10.1385/1-59259-283-X:019.
37. Phongsisay V, Perera VN, Fry BN. Evaluation of eight RNA isolation methods for transcriptional analysis in *Campylobacter jejuni*. *J Microbiol Methods* 2007;68(2):427-429. doi:10.1016/j.mimet.2006.09.002.
38. Farrell RE. *RNA Methodologies (Third Edition) A Laboratory Guide for Isolation and Characterization*. Farrell RE Editor(s). RNA Isolation Strategies. Academic Press; 2005. pp:67-113.
39. Madabusi LV, Latham GJ, Andruss BF. RNA extraction for arrays. *Methods Enzymol* 2006;411:1-14. doi:10.1016/S0076-6879(06)11001-0.
40. Schroeder A, et al. The RIN: an RNA integrity number for assigning integrity values to RNA measurements. *BMC Mol Biol* 2006;7:3. doi:10.1186/1471-2199-7-3

Evaluation of Quality of Life in Obese Individuals in Terms of the Principle of Autonomy: An Example from Türkiye*

Obeziteli Bireylerde Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi: Türkiye'den Bir Örnek

Şenol Yıldızⁱ, Nurdan Kırımlioğluⁱⁱ

ⁱMSc. Dietitian, Eskişehir Metropolitan Municipality, <https://orcid.org/0000-0003-4552-9920>

ⁱⁱAssoc. Prof., PhD., Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of History of Medicine and Medical Ethics, <https://orcid.org/0000-0003-3156-6616>

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to investigate the effect of obesity on autonomy, principle of respect for autonomy (PRA) and quality of life (QOL), in other words, whether obese patients and non-obese individuals differ in terms of autonomy, PRA and QOL.

Materyal Methods: The data were collected from Nutrition and Diet polyclinics in public institutions and organizations in Eskişehir /Türkiye. 708 volunteers participated in the study, of which 354 were from the case group and 354 from the control group. A survey including questions about sociodemographic characteristics, autonomy and PRA, as well as Obesity and Weight Loss Quality of Life Scale (OWLQOL) were administered to the participants. In the evaluation of the data, descriptive analyzes were made, Kruskal Wallis H, Mann Whitney U, chi-square independence tests were used.

Results: A statistically significant difference was found between obesity and OWLQOL score in favor of the control group ($p<0.001$). In terms of OWLQOL score, a statistically significant difference was found between the obese patients who stated that they could easily explain their opinions and thoughts or could not, in favor of those who could ($p<0.001$).

Conclusion: It was found that; non-obese individuals have better quality of life; obesity does not affect patients' autonomy, feeling free and independent; negatively affects their autonomous choice, autonomy of action and autonomy of thought; positively affects their individual autonomy, autonomy of desire and adoption of PRA.

Key Words: Autonomy, Obese-specific quality of life, Obesity, Respect for autonomy, Türkiye

ÖZ

Giriş: Bu çalışmada obezitenin özerklik (Ö), ÖSİ (Özerkliğe Saygı İlkesi) ve YK (Yaşam Kalitesi) üzerindeki etkisi, başka bir ifade ile obez hastalar ile obez olmayan bireylerin özerklik, ÖSİ ve YK bakımından farklılaşp farklılaşmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Veriler Türkiye'nin bir ili olan Eskişehir'de kamu kurum ve kuruluşlarındaki Beslenme ve Diyet polikliniklerinden toplanmıştır. Çalışmaya 354'ü vaka, 354'ü kontrol grubundan olmak üzere 708 gönüllü katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerin, özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin soruların yer aldığı anket formu ve Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler yapılmış, Kruskal Wallis H, Mann Whitney U, ki-kare bağımsızlık testi kullanılmıştır.

Bulgular: Obezite ile OÖYKÖ skoru arasında istatistiksel olarak kontrol grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). OÖYKÖ skoru açısından görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini ve açıklayamadığını ifade eden obez hastalar arasında açıklayabilenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuç: Obez olmayan bireylerin daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu; obezitenin, hastaların özerk olmalarını, kendilerini özgür ve bağımsız hissetmelerini etkilemediği; özerk seçim yapmalarını, eylem özerkliklerini ve düşünce özerkliklerini olumsuz etkilediği; birey özerkliklerini, istek özerkliklerini ve ÖSİ'ni benimsemelerini olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Özerklik, Obezlere özgü yaşam kalitesi, Obezite, Özerkliğe saygı, Türkiye.

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):252-263

DOI: 10.31020/mutftd.1549835

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 13 September 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 30 September 2024

İletişim - Correspondence Author: Nurdan Kırımlioğlu <nurdankirimli@hotmail.com>

Ethical Approval: Eskişehir Osmangazi University Non-Interventional Clinical Research Ethical Committee (Date: 05.06.2018, No: 2018-140)

Introduction

Obesity, which is widely seen globally, is a chronic and progressive public health problem that concerns all age groups, negatively affects health in various aspects, is increasing in prevalence, and can be treated.¹

The statement of the American Medical Association that obesity is a serious disease has highlighted the principle of autonomy and respect for autonomy among the principles of medical ethics in the treatment of obesity.^{2,3}

Autonomy, which is defined as an individual's ability to do his/her behavior without seeking approval, away from social pressures and as he/she wants, is a value that should be respected and encouraged. Such a concept of autonomy highlights individual autonomy.⁴

Obese individuals should act autonomously in treatment.⁵ Autonomy can be regained by treating obesity, which damages individual autonomy.⁶

Worsening of the quality of life (QOL), which is about bio-psychosocial functioning affecting obese individuals, is associated with obesity.⁷⁻⁹

Autonomy, closely related to competence and self-realization, maintains a tight bond with QOL. This link between QOL and autonomy stems from the fact that people themselves have the most accurate information about their QOL.¹⁰

Obesity can negatively impact individuals' physical, psychological, and social lives, leading to a diminished sense of autonomy. Within the context of the principle of respect for autonomy, it is essential to question whether the decisions of obese individuals are sufficiently respected in healthcare settings. Furthermore, understanding how obesity affects quality of life is a significant issue. This planned study will contribute to the development of fairer and less biased approaches in healthcare, providing valuable ethical and psychosocial contributions to the literature. In this study, it was aimed to investigate the effect of obesity on autonomy, principle of respect for autonomy (PRA) and quality of life (QOL), in other words, whether obese patients and non-obese individuals differ in terms of autonomy, PRA and QOL.

Material and Methods

Study design

The population of the cross-sectional, analytical and descriptive study consisted of obese individuals who applied to the Nutrition and Diet polyclinics of public institutions in Eskişehir in January, February and March 2018. The sample was calculated as 354, and a total of 708 volunteers, 354 in the case group and 354 in the control group, participated in the study, which was carried out between 01 August and 31 October 2018, after obtaining the necessary permissions.

The case group of the study consisted of obese individuals over the age of 18, who applied to the outpatient clinic for the first time, and had a BMI ≥ 30.00 kg/m²; the control group, on the other hand, consisted of individuals over the age of 18 who applied to the outpatient clinic for the first time, had $18.50 \leq \text{BMI} \leq 24.99$ kg/m², did not have obesity and received counseling due to other health problems.

Data Collection Tools

A survey including questions about sociodemographic characteristics, autonomy and PRA, as well as Obesity and Weight Loss Quality of Life Scale (OWLQOL) were administered to the participants.

Obesity and Weight Loss Quality of Life Scale

The Turkish validity and reliability of the scale, which was developed by Patrick et al. under the name of 'Obesity and Weight Loss Quality of Life' (OWLQOL) in 2004, was performed by Çıray Gündüzoğlu et al. in 2014.^{11,12}

OWLQOL has a seven-point Likert-type answer key consisting of 17 items.¹¹ All scores are added together, 17 is subtracted from the obtained score, and the resulting value is divided by 102 and multiplied by 100. The resulting raw scores are converted into a standardized OWLQOL score between 0-100.

Statistical analysis

The data obtained from the research were evaluated in SPSS 22.00 package program, at 95% confidence interval and at $\alpha=0.05$ significance level. It was determined that the data for which descriptive analyzes such as frequency, percentage, mean and standard deviation were performed did not show a normal distribution. Accordingly, non-parametric Kruskal Wallis H and Mann Whitney U tests were used. Chi-square independence test was used to determine whether there was a significant difference between the research groups in terms of autonomy, PRA and OWLQOL questions.

Ethics Committee Approval

The study was carried out in accordance with the Principles of the Declaration of Helsinki and informed consent was obtained from all participants. Ethical permission was obtained from the ESOGU Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee on 05.06.2018 (Decision no: 2018-140).

Findings

The distribution of the participants' sociodemographic characteristics is given in **Table 1**. The participants in the study (n=708) had an average age of 41.48 ± 13.94 years, with an average body weight of 75.68 ± 20.00 kg and a height of 161.88 ± 9.56 cm. The average body mass index (BMI) of the participants was calculated as 28.93 ± 7.45 kg/m².

Table 1. Distribution of the sociodemographic characteristics of the participants

Sociodemographic characteristics		Case group Mean \pm SD		Control group Mean \pm SD		Total Mean \pm SD	
Age (years)		43.71 \pm 13.93		39.26 \pm 13,60		41.48 \pm 13.94	
Body Weight (kg)		89.45 \pm 18.46		61.90 \pm 8.92		75.68 \pm 20.00	
Height (cm)		159.81 \pm 8.72		163.94 \pm 9.92		161.88 \pm 9.56	
Body mass index (kg/m ²)		34.93 \pm 6.06		22.94 \pm 1.54		28.93 \pm 7.45	
Duration of the weight problem (years)		12.20 \pm 11.06				12.20 \pm 11.06	
		n	%	n	%	n	%
Gender	Female	315	88.98	294	83.05	609	86.02
	Male	39	11.02	60	16.95	99	13.98
Marital status	Married	257	72.60	153	42.22	410	57.91
	Single	49	13.84	147	41.53	196	27.68
	Divorced	22	6.22	31	9.75	53	7.49
	Spouse recently deceased	26	7.34	23	6.50	49	6.92
Number of children	None	60	16.95	156	44.07	216	30.51
	1	62	17.51	42	11.86	104	14.69
	2	161	45.48	90	25.42	251	35.45
	3	50	14.12	45	12.71	95	13.42
	4	15	4.24	17	4.80	32	4.52
	5 and above	6	1.70	4	1.14	10	1.41
Education level	Illiterate	4	1.13	7	1.97	11	1.55
	Literate	9	2.54	2	0.56	11	1.55
	Primary	125	35.31	42	11.86	167	23.59
	Secondary	38	10.73	55	15.54	93	13.14

	High school	109	30.79	170	48.02	279	39.41
	Undergraduate	22	6.21	22	6.21	44	6.21
	Graduate	38	10.73	48	13.56	86	12.15
	Postgraduate	9	2.56	8	2.28	17	2.40
Work status	Working	81	22.88	145	40.96	226	31.92
	Not working	273	77.12	209	59.04	482	68.08
Monthly income (₺)	1800 and below	137	38.70	177	50.00	314	44.35
	1801-2800	109	30.79	57	16.10	166	23.45
	2801-4300	85	24.01	85	24.01	170	24.01
	4301 and above	23	6.50	35	9.89	58	8.19
Settlement	District	29	8.19	28	7.91	67	8.05
	Province	325	91.81	326	92.09	651	91.95
Obesity degree	I. degree obese	228	64.41			228	64.41
	II. degree obese	76	21.47			76	21.47
	Morbid obese	32	9.04			32	9.04
	Super obese	18	5.08			18	5.08
Diet	Yes	107	30.23	105	29.66	212	29.94
	No	247	69.77	249	70.34	496	70.06
Sports	Yes	172	48.58	154	43.50	326	46.05
	No	182	51.42	200	56.50	382	53.95
Chronic diseases	Yes	245	69.21	121	34.18	366	51.69
	No	109	30.79	233	65.82	342	48.31
Someone in the social circle who can support	Yes	304	85.88	292	82.49	596	84.18
	No	50	14.12	62	17.51	112	15.82

The distribution of the reasons that obese individuals stated to be effective in their decision to lose weight and the distribution of OWLQOL scores are given in **Table 2**. The patients were informed that they could state more than one reason if they wished.

Table 2. Distribution of causes of obese patients to make weight loss decisions and OWLQOL scores

	n (%)	OWLQOL score average \pm SD
Health problems	206 (26.86)	45.39 \pm 23.90
Decision made with no influence	200 (26.07)	52.72 \pm 21.64
Attitudes and behaviors of close people about losing weight	169 (22.03)	39.52 \pm 22.91
Society's thoughts on body perception (thin bodies being more aesthetic and healthy, etc.)	43 (5.61)	33.77 \pm 22.46
Problems in finding suitable clothes for the body.	38 (4.95)	43.37 \pm 21.21
Problems in close personal relationships due to weight	37 (4.82)	26.60 \pm 18.92
Decisions that have to be made due to body image in emotional relationships and therefore negatively affect the person	31 (4.04)	21.16 \pm 16.11
The effect of thin body figures used by the media on body perception	30 (3.91)	30.88 \pm 23.41
Other causes	13 (1.69)	25.49 \pm 18.11

Health-related problems and decisions made without any effect are among the main reasons for wanting to lose weight. This is an important finding in that it states that obese individuals who can make their own decisions can only be autonomous.

Responses of the participants regarding autonomy and PRA are given in **Table 3**.

Table 3. Distribution of the answers of the case and control groups to the questions regarding autonomy and the principle of respect for autonomy

	Case				Control				Statistical data	test
	Yes		No		Yes		No			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Do you act in line with your own beliefs and values?*	326	92.09	28	7.91	308	87.01	46	12.99	$\chi^2=4889$	sd=1
Can you protect your own principles while taking any action?	313	88.42	41	11.58	303	85.59	51	14.41	$\chi^2=1249$	sd=1
Can you express your own original opinions in your decisions and actions?	304	85.88	50	14.12	318	89.83	36	10.17	$\chi^2=2594$	sd=1
Can you choose one or more of the options while determining your decisions and actions?***	289	81.64	65	18.36	331	93.50	23	6.50	$\chi^2=22891$	sd=1
Is it important to you to be free and independent?	328	92.66	26	7.34	332	93.79	22	6.21	$\chi^2=358$	sd=1
Can you comfortably explain your views and thoughts?***	252	71.19	102	28.81	279	78.81	75	21.19	$\chi^2=5492$	sd=1
Do you feel free in your decisions and actions?	258	72.88	96	27.12	272	76.84	82	23.16	$\chi^2=1471$	sd=1
Do you focus on achieving the goals and objectives that you set yourself in your decisions and actions?	317	89.55	37	10.45	325	91.81	29	8.19	$\chi^2=1069$	sd=1
Do you consider and respect the rights of other individuals while making efforts to achieve the goals and objectives you have set yourself?*	344	97.18	10	2.82	331	93.50	23	6.50	$\chi^2=5372$	sd=1
Do you take responsibility for matters related to your own body and health?	309	87.29	45	12.71	319	90.11	35	9.89	$\chi^2=1409$	sd=1
Would you like to be given the right to choose in matters related to your own body and health?*	331	93.50	23	6.50	315	88.98	39	11.02	$\chi^2=4525$	sd=1
Are you influenced by the thoughts of others in your decisions and actions?*	201	56.78	153	43.22	159	44.92	19	55.08	$\chi^2=9969$	sd=1
Would you rather set your own goals and standards than accept other people's goals?*	312	88.14	42	11.86	267	75.42	87	24.58	$\chi^2=19195$	sd=1

* A significant difference was found in favor of the case group.

** A significant difference was found in favor of the control group.

Significant differences were found between the groups in terms of their responses to autonomy and PRA.

The fact that the proportion of obese individuals who state that they take into account and respect the rights of other individuals while striving to achieve the goals and objectives they set themselves (n=344, 97.18%) is higher than the proportion of obese individuals who state that their decisions and actions are influenced by the thoughts of others (n=201, 56.78%) makes us think that obese individuals are influenced by the outside and do not remain indifferent to their environment, and that they adopt PRA by considering and respecting the rights of other individuals.

The fact that the proportion of obese individuals who report that they take responsibility for matters related to their body and health (n=309, 87.29%) is lower than the proportion of obese individuals who stated that they would like to be given the right to choose in matters related to their body and health (n=331, 93.50%); suggests that obese individuals are interested in their own bodies and health conditions and expect to be offered options about their own diseases and possible treatment methods and also that they are relatively behind in taking responsibility for their medical future.

The fact that the proportion of obese individuals who state that they focus on achieving their own goals and objectives in their decisions and actions (n=317, 89.55%) is higher than the proportion of obese

individuals who state that they can choose one or more of the options while determining their decisions and actions. (n=289, 81.64%); suggests that obese individuals have problems with the choices they make while making their decisions and actions within their freedom and self-sufficiency.

In our study, the α value of OWLQOL was found to be highly reliable both in the case ($\alpha=0.947$) and control ($\alpha=0.965$) groups and throughout the study ($\alpha=0.970$). The fact that the mean OWLQOL score was lower in the case group (48.71 ± 23.34) compared to the control group (81.74 ± 18.85); demonstrated that obese individuals had lower QOL than non-obese individuals ($U=1533.5$ $Z=-17.396$ $p<0.001$).

The distribution of OWLQOL score averages according to obesity degrees is given in **Table 4**.

It was observed that QOL levels decreased as the degree of obesity increased.

Table 4. Distribution of OWLQOL score averages by obesity grades

Obesity degree	OWLQOL score average % \pm SS
First degree obese	56.26 \pm 20.01
Second degree obese	42.11 \pm 21.57
Morbid obese	32.11 \pm 20.77
Super obese	10.46 \pm 9.61

The comparison of the difference in terms of OWLQOL score according to the answers given to the questions about autonomy and PRA is given in **Table 5**.

When the OWLQOL score was compared between the groups according to their answers with autonomy and PRA, a significant difference was found.

Table 5. Comparison of the difference in OWLQOL score according to the answers to the questions regarding autonomy and the principle of respect for autonomy

	Case	Control
Acting in line with own beliefs and values	U=2587 Z=-3805 p<0.001*	U=7692.5 Z=941 p=0.347;p>0.05
Being able to protect own principles while performing an action	U=3079 Z=-5417 p<0.001*	U=5133.5 Z=-3840 p<0.001*
Expressing own opinions in decisions and actions	U=4171.5 Z=-5113 p<0.001*	U=2134 Z=-6177 p<0.001*
Choosing one or more of the options while determining their decisions and actions	U=8785 Z=-815 p=0.415;p>0.05	U=1174.5 Z=-5554 p<0.001*
Caring about being free and independent	U=3977 Z=-571 p=0.568;p>0.05	U=1138.5 Z=-5415 p<0.001*
Being able to express opinions and thoughts comfortably	U=8483 Z=-5011 p<0.001*	U=10203 Z=-330 p=0.741;p>0.05
Feeling free in decisions and actions	U=884 Z=-4674 p<0.001*	U=10807 Z=-425 p=0.674;p>0,05
Focusing on own goals and targets in decisions and actions	U=4890 Z=-1655 p=0.098;p>0,05	U=2150.5 Z=-4859 p<0.001*
Considering and respecting the rights of other individuals while striving to achieve the goals and objectives they set themselves.	U=1556.5 Z=-513 p=0.608;p>0.05	U=1227.5 Z=-5442 p<0.001*
Taking responsibility for matters related to one's own body and health	U=3416 Z=-5515 p<0.001*	U=1933.5 Z=-6358 p<0.001*
Demanding that he/she be given the right to choose in matters related to his/her own body and health	U=3829.5 Z=48 p=0.961;p>0,05	U=3348.5 Z=-4641 p<0.001*
Being influenced by the thoughts of others in decisions and actions	U=19237 Z=-4048 p<0.001*	U=14764.5 Z=-772 p=0.440; p>0,05
Choosing to set one's own goals and standards rather than accepting other people's goals	U=6372 Z=-289 p=0.772;p>0,05	U=11214.5 Z=-483 p=0.629;p>0,05

* Statistically a significant difference was found.

Discussion

While there are studies on QOL in obese individuals in the literature, only a limited number of studies on autonomy and PRA have been found. It was seen that these studies were evaluated in the context of emotional autonomy and the right to self-determination. Autonomy cannot be measured directly. Future research will address the question of how to measure autonomy directly.¹³ Many studies on obesity reveal a relationship between QOL and autonomy.^{14,15}

In our study, a significant difference was found in favor of the control group in terms of OWLQOL score according to the obesity variable ($U=1533.5$ $Z=-17.396$ $p<0.001$). In addition, the mean OWLQOL score of the case group was 48.71 ± 23.36 , while the mean OWLQOL score of the control group was 81.74 ± 18.85 . The results of the research are in parallel with the literature and it has been determined that obesity reduces QOL.¹²⁻¹⁶

Acting in line with own beliefs and values

In the study of Lee et al. and Pollak et al., autonomy support was found to be significantly associated with acting in line with one's own beliefs and values.^{17,18}

A significant difference was found in favor of the control group according to the variable of behaving in line with one's own beliefs and values ($\chi^2=4889$ $sd=1$ $p=0.027$; $p<0.05$). This result, which is consistent with the literature, suggests that obesity negatively affects action autonomy.

According to the OWLQOL score, there was no statistically significant difference in terms of acting in line with their own beliefs and values ($U=22588.5$ $Z=-0.522$ $p=0.601$). This result suggests that acting in line with one's own beliefs and values may not have an effect on QOL.

Being able to protect own principles while performing an action

Autonomous individuals have the will to maintain control over their own actions. There is no possibility of anyone controlling it from the outside.¹⁹ Autonomous action must be done consciously. As in the study of Cheng et al., the fact that the level of consciousness and autonomy are related strengthens the literature.²⁰

A significant difference was found in favor of the participants who stated that they could protect their own principles in terms of OWLQOL score ($U=20154.5$ $Z=-4.472$ $p<0.001$). The finding of our study that obese individuals will be characterized as autonomous when they act by protecting their own principles was considered to be compatible with the literature. This result can be accepted as an indication that obesity does not damage autonomy.

Expressing own opinions in decisions and actions

Decision autonomy is the capacity to exercise control over the action required to fulfill one's wishes.^{14,21-23}

A significant difference was found in favor of those who stated that they were able to express their original opinion in terms of OWLQOL score ($U=13022$ $Z=-7.772$ $p<0.001$). Contrary to popular belief, the fact that obese individuals do not differ from non-obese individuals in terms of expressing their own unique views in their decisions and actions can be accepted as an indicator that obesity does not damage autonomy. In addition, it can be said that being able to express one's own unique view in decisions and actions has a positive effect on QOL.

Choosing one or more of the options while determining their decisions and actions

According to Kant, autonomy means wanting and choosing, free from all kinds of interests, wishes and tendencies belonging to the experimental field and without being influenced by the experimental one.²⁴

Individuals who are inquisitive and critical and who determine their own life completely in line with their preferences can act freely according to a plan of their own choosing.²⁵ Thus, individuals will act with genuine willingness and a sense of autonomous choice.²⁶

The fact that a significant difference was found between the groups in favor of the control group in terms of choosing one or more of the options while determining their decisions and actions ($\chi^2=22891$ $sd=1$ $p<0.001$) suggests that obesity negatively affects the ability to make autonomous choices.

Allowing individuals to make autonomous choices would be the right step for their own interests.^{4,27} A significant difference was found among the participants in favor of those who stated that they could choose among the options in terms of OWLQOL score. ($U=15122.5$ $Z=-6.773$ $p<0.001$). It can be stated that the capacity to make autonomous choices positively affects QOL.

Caring about being free and independent

Heteronomy includes autonomy, self-actualization, free choice and independence, unlike dependency or paternalism.^{14,22,28}

Although it has been stated that obesity is more common in people who lack responsibility for the management of their own life and have difficulty in being free and independent;⁵ in our study, no significant difference was found between the groups in terms of caring about being free and independent. ($\chi^2=358$ $sd=1$ $p=0.550$; $p>0.05$).

In our study, a significant difference was found in favor of the participants who stated that they cared about being free and independent in terms of OWLQOL scores ($U=9370.5$ $Z=-4.730$ $p<0.001$). Our study findings were found to be compatible with the study of Çıray Gündüzoğlu.²⁹

Being able to express opinions and thoughts comfortably

When obese individuals are autonomous, they participate in the treatment effectively and easily explain their feelings, opinions and thoughts, and they can trust the healthcare professional and discuss treatment alternatives.³⁰

A significant difference was found between the groups in favor of the control group in terms of easily expressing their views and thoughts ($\chi^2=5492$ $sd=1$ $p=0.019$; $p<0.05$). It can be said that obesity, which affects the patients' ability to easily express their views and thoughts, harms their autonomy of thought.

A significant difference was found in favor of the participants who stated that they could easily explain their opinions and thoughts in terms of OWLQOL scores ($U=35740$ $Z=-4.777$ $p<0.001$). It can be stated that being able to easily express opinions and thoughts has a positive effect on QOL.

Feeling free in decisions and actions

Autonomy used in bioethics literature refers to decision autonomy.²¹ Thanks to their freedom, people can take autonomous actions and make choices.

There was no significant difference between the groups in terms of feeling free in their decisions and actions ($\chi^2=1471$ $sd=1$ $p=0.225$; $p>0.05$). This result can be accepted as an indication that obesity does not affect feeling free.

A significant difference was found in favor of the participants who stated that they felt free in their decisions and actions in terms of the OWLQOL scores ($U=38068.5$ $Z=-3.856$ $p<0.001$). It can be stated that feeling free in decisions and actions positively affects QOL.

Focusing on own goals and targets in decisions and actions

Individuals who focus on achieving their own goals and objectives in their decisions and actions put their decision and executive autonomy into effect.^{21,22,31}

The fact that there is no significant difference between the research groups in terms of focusing on achieving their own goals and objectives during their decisions and actions can be accepted as an indicator that obesity does not damage autonomy ($\chi^2=1069$ $sd=1$ $p=0.301$; $p>0.05$).

A significant difference was found in favor of the participants who stated that they focused on achieving the goals and objectives that they set themselves in their decisions and actions in terms of OWLQOL scores ($U=13188$ $Z=-5.056$ $p<0.001$). It can be stated that decision and action autonomy affect QOL positively.

Considering and respecting the rights of other individuals while striving to achieve the goals and objectives they set themselves

Respect for autonomy emphasizes that individuals are universally free and equal.

There was a significant difference between the research groups in favor of the case group in terms of considering and respecting the rights of other individuals while making efforts to achieve the goals and objectives that they set themselves ($\chi^2=5372$ $sd=1$ $p=0.020$; $p<0,05$). Based on this, it can be said that obese individuals adopt PRA.

Obese individuals having self-management will improve QOL.⁴ In our study, there was a significant difference in favor of the participants who stated that they respected the rights of other individuals while making efforts to achieve the goals and objectives that they set themselves in terms of OWLQOL scores ($U=6976$ $Z=-3.628$ $p<0.001$). It can be stated that adopting PRA positively affects QOL.

Taking responsibility for matters related to one's own body and health

The autonomy of individuals who take responsibility for their own body and health issues will be supported and their QOL levels will increase.³² In our study, a significant difference was found in favor of the participants who stated that they took responsibility for their own body and health issues in terms of OWLQOL scores. ($U=12101$ $Z=-7.558$ $p<0.001$).

The fact that there is no significant difference between the groups in terms of taking responsibility for their own body and health issues ($\chi^2=1409$ $sd=1$ $p=0.235$; $p>0.05$) It can be accepted as an indication that obesity does not damage autonomy (paternalistic approach is not expected in obesity).

Demanding that he/she be given the right to choose in matters related to his/her own body and health

Patients in the position of moral subjects want to be given a choice in matters pertaining to their lifestyle, body, and state of health.^{33,34} The fact that there is a significant difference between the research groups in favor of the case group in terms of demanding to be given the right to choose in matters related to their own body and health ($\chi^2=4525$ $sd=1$ $p=0.033$; $p<0.05$) suggesting that obese individuals adopt autonomy of will.

The fact that there was a significant difference in favor of those who stated that they wanted to be given the right to choose in matters related to their own body and health in terms of OWLQOL scores ($U=16316.5$ $Z=-2.412$ $p=0.016$) demonstrated that autonomy of choice positively affects QOL.

Being influenced by the thoughts of others in decisions and actions

Autonomy, which expresses the ability to decide independently is not being influenced by the thoughts of others.²¹ There was a significant difference between the groups in favor of the case group in terms of being

affected by the thoughts of others in their decisions and actions ($\chi^2=9969$ $sd=1$ $p=0.002$; $p<0.05$). It can be said that obese individuals are not indifferent to their environment and are influenced by other individuals.

A significant difference was found among the participants in favor of those who stated that they were not affected by the thoughts of others in terms of OWLQOL score ($U=52560.5$ $Z=-3.649$ $p<0.001$). It can be stated that being influenced by the thoughts of others negatively affects QOL.

Choosing to set one's own goals and standards rather than accepting other people's goals

When individuals perceive the expectations of their environment as a duty to be fulfilled and act to satisfy their environment instead of themselves, this situation results in lack of social skills, insecurity and a damaged autonomy. There was a significant difference between the groups in favor of the case group in terms of preferring to set their own goals and standards rather than accepting other people's goals ($\chi^2=19195$ $sd=1$ $p<0.001$). This result may show that obese individuals adopt individual autonomy.

The lack of significant difference between the participants in terms of OWLQOL score ($U=34328.5$ $Z=-1.437$ $p=0.151$) may indicate that individual autonomy is not affecting QOL.

Conclusion

It has been concluded that individuals who are not obese have a better QOL; obesity does not affect patients' autonomy and feeling free and independent; negatively affect their self-determination, their autonomy of action and their autonomy of thought; and positively affects their individual autonomy, autonomy of will, and adoption of PRA. The fact that there is no difference between obese and non-obese individuals in terms of taking responsibility for matters related to their own body and health, can be accepted as an indication that obesity does not damage autonomy and, contrary to the general belief, a paternalistic approach is not expected in obesity.

In light of these findings, obese individuals should be supported in making autonomous decisions about their health, and encouraged to take an active role in their treatment processes. This will help them feel more free and independent, enhancing their ability to make informed choices regarding their health. Healthcare professionals should trust patients' capacity to make decisions about their own health and develop patient-centered treatment plans. By ensuring active participation of patients in their healthcare processes, both their physical and psychological recovery can be better supported.

Acknowledgements

This article has been produced of the thesis below.

Şenol Yıldız. Evaluation of The Quality of Life in Obese Patients in Terms of The Principle of Autonomy. Eskisehir Osmangazi University Institute of Medical Sciences Department of History of Medicine and Medical Ethics, Master's Thesis. Eskisehir: Turkey; 2020. Thesis supervisor: Associate Professor Nurdan Kırımlioğlu, PhD.

We would like to thank the participants who helped us during the data collection phase.

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

The authors declared no receipt of the financial support for the research, authorship and/or publication of this article.

Ethical Approval

The study was carried out in accordance with the Principles of the Declaration of Helsinki and informed consent was obtained from all participants. Ethical permission was obtained from the ESOGU Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee on 05.06.2018 (Decision no: 2018-140).

Author Contributions

Şenol Yıldız: Concept, design, literature search, data collection, analyses and interpretation, writing-review.

Nurdan Kırımlioğlu: Concept, design, methodology, supervision, data interpretation, writing-review, editing.

References

1. Yıldız S, Kırımlioğlu N. Surgical solution for medical outcomes caused by a social problem: "Bariatric Surgery" and ethical issues. In: Evreklioglu C, editor. Theory and Research in Health Sciences. Ankara: Gece Library;2020;365-84. ISBN: 978-625-7243-74-2.
2. Holm JC, et al. The ethics of childhood obesity treatment-from the childhood obesity task force (cotf) of european association for the study of obesity (easo). *Obes Facts* 2014;7(4):274–81. <https://doi.org/10.1159/000365773>.
3. Haynes E, Hughes R, Reidlinger DP. Obesity prevention advocacy in Australia: an analysis of policy impact on autonomy. *Aust N Z J Public Health* 2017;41(3):299-305. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12660>.
4. Enzo A, Okita T, Asai A. What deserves our respect? Reexamination of respect for autonomy in the context of the management of chronic conditions. *Med Health Care Philos* 2019;22(1):85–94. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9844-z>.
5. Lutz AG. Patients' autonomy as a negotiated order: an ethnographic perspective on the clinical management of childhood obesity. *Social Health Illn* 2019;41(4):772-88. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12863>.
6. House C. The power of autonomy in recovery. [2019 June 06]. Available from: <http://cielo.house.com/power-autonomy-recovery>
7. Salvador-Carulla L, et al. Use of the terms "Wellbeing" and "Quality of Life" in health sciences: A conceptual framework. *Eur J Psychiat* 2014;28(1):50-65. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000100005>.
8. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Quality of life and indicators. *Journal of Academic Researches and Studies* 2016;8(15):137-50.
9. Giuli C, et al. Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC Public Health* 2014;14:35.
10. Schermer M. The different faces of autonomy. Patient autonomy in ethical theory and hospital practice. New York:Springer-Science+Business Media B.V. 2002. ISBN: 978-1-4020-0984-6, ISBN: 978-90-481-6161-4, ISBN: 978-94-015-9972-6.
11. Patrick DL, Bushnell DM, Rothman M. Performance of two self-report measures for evaluating obesity and weight loss. *Obes Res* 2004;12(1):48-57. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.8>.
12. Çıray Gündüzoğlu N, Fadiloğlu Ç, Yılmaz C. The examination of validity and reliability for Obese Individuals Specific Quality of Life Scale. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014;15(1):63-8. <https://doi.org/10.5455/apd.39822>.
13. Gandjour A. Resource allocation in health care and the role of personal autonomy. *Gesundheitswesen* 2015;77(3):e44-50. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384542>.
14. Devisch I. Progress in medicine: autonomy, 'oughtonomy' and nudging. *J Eval Clin Pract* 2011; 17(5):857-61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01716.x>.
15. Devisch I. Are there really two cultures in the health debate? Towards a new understanding of autonomy. *APORIA* 2018;3(1): 42-44. <https://doi.org/10.18192/aporia.v3i1.3405>.
16. Roberts JL, Fowler LR. How assuming autonomy may undermine wellness programs. *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine* 2017;27(1):101-24.
17. Lee AA, et al. Diabetes self-management and glycemic control: the role of autonomy support from informal health supporters. *Health Psychol* 2019;38(2):122-32. <https://doi.org/10.1037/hea0000710>.
18. Pollak KI, et al. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med* 2011;24(6):665-72. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.110025>.
19. Reach G. Patient autonomy in chronic care: solving a paradox. *Patient Prefer Adherence* 2013;12(8):15-24. <https://doi.org/10.2147/PPA.S55022>.
20. Cheng S-Y, et al. Cancer patient autonomy and quality of dying—a prospective nationwide survey in Taiwan. *Psychooncology* 2016;25(2):179–86. <https://doi.org/10.1002/pon.3901>.
21. Naik AD, et al. Patient autonomy for the management of chronic conditions: a two-component re-conceptualization. *Am J Bioet* 2009;9(2):23-30. <https://doi.org/10.1080/15265160802654111>.
22. Bieskova M. Autonomy in the AAL-between law and ethics (thesis). MDP in Law and Information Society, Faculty of Law, University of Turku. 2018.

23. Boldt J. The interdependence of care and autonomy. In: F. Krause, J. Boldt, editors. *Care in healthcare reflections on theory and practice*. Palgrave: Macmillan; 2018:65-86. ISBN: 978-3-319-61290-4, ISBN: 978-3-319-61291-1.
24. da Fonseca P, et al. The role of states in controlling the obesity epidemic, and a personal autonomy to decide. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases* 2017;7:35-43. <http://dx.doi.org/10.4236/ojemd.2017.71004>.
25. Devisch I, et al. Patient's Perception of Autonomy Support and Shared Decision Making in Physical Therapy. *Open Journal of Preventive Medicine* 2015;5:387- 99. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2015.59043>.
26. Silva MN, et al. A randomized controlled trial to evaluate self determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health* 2008;8:234. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-234>.
27. Rodríguez-Prat A, Escribano X. A philosophical view on the experience of dignity and autonomy through the phenomenology of illness. *J Med Philos* 2019;44(3):279–98. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz001>.
28. Devisch I. Oughtonomy in healthcare. A deconstructive reading of Kantian autonomy. *Med Health Care and Philos* 2010;13(4): 303–12. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9258-z>.
29. Çıray Gündüzoğlu N. The examination of validity and reliability for quality of life scale special for obese persons (thesis). Ege University Health Sciences Institute, İzmir, 2008.
30. Merry MS. Paternalism, obesity, and tolerable levels of risk. *Democracy and Education* 2012; 20:1, Article 3.
31. Devisch I. Nudging and obesity: How to get rid of paternalism? *J Nurs Educ Pract* 2012;2(2):89-97. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n2p89>.
32. Stoljar N. Informed consent and relational conceptions of autonomy. *J Med Philos* 2011;36(4):375–84. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhr029>.
33. Baranzke H. Autonomy and human dignity in current Western ethics: ethical transformations, cultural diversities, and biomedical challenges. *The BETIM Journal of Medical Humanities* 2020;1(1).
34. Azevedo SM, Vartanian LR. Ethical issues for public health approaches to obesity. *Cur Obes Rep* 2015;4(3):324-9. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0166-7>.

Kırsal Bölgede Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin Öz Etkililik ve İlaç Uyumu *

Self-Efficacy and Medication Adherence of Individuals with Hypertension Living in Rural Areas

Nilüfer Emreⁱ, Burhan Poyrazⁱⁱ, Aysun Özşahinⁱⁱⁱ, Tamer Edirne^{iv}

ⁱDoç. Dr. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD., <https://orcid.org/0000-0002-6519-0920>

ⁱⁱDr. Çivril Işıklı Aile Sağlığı Merkezi, <https://orcid.org/0009-0002-9077-9056>

ⁱⁱⁱProf. Dr. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD., <https://orcid.org/0000-0002-5768-4146>

^{iv}Prof. Dr. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD., <https://orcid.org/0000-0001-9683-5624>

Öz

Amaç: Hipertansiyonda öz etkililik ve ilaç uyumu hastalık yönetiminin temel bileşenleridir. Bu çalışmanın amacı kırsalda yaşayan hipertansiyonlu hastalarda öz etkililik ve ilaç uyum durumlarının değerlendirilmesi ve etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan bu çalışma Ekim-Aralık 2023 tarihleri arasında Denizli ilinde kırsal bölgedeki bir aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üzeri, hipertansiyon tanısı almış hastalarda yapıldı. Verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikler, öz bakımı değerlendirmek için hipertansiyon öz etkililik ölçeği ve ilaç uyumunu değerlendirmek için hipertansif hastalarda ilaca uyum öz etkililik ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 199 hasta dahil edildi. Katılanların yaş ortalaması $65,36 \pm 12,04$ olarak tespit edildi. Kadın oranı %64,3 ve evli oranı %70,9'dur. Hipertansiyon hastalarının hipertansiyon öz-etkililik puan ortalaması $49,01 \pm 5,73$, hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği puanının ortalaması $37,64 \pm 8,28$ olarak tespit edildi ve hipertansiyon öz etkililik ölçeği ile hipertansif hastalarda ilaca uyum öz etkililik ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulundu ($r=0,344$; $p=0,0001$). Ayrıca obez hastalarda, kan basıncı takibi yaptırmayan, ölçüm kan basıncı değeri yüksek olan ve sigara kullanan hipertansiyon hastalarında öz etkililik puanı istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmada hipertansiyon hastalarında öz etkililik ve ilaç uyumu ilişkiliydi. Obez hastalarda, kan basıncı takibi yaptırmayan, kan basıncı ölçüm değeri yüksek olan ve sigara kullanan hipertansiyon hastalarında öz etkililik puanı daha düşük bulundu. Hipertansiyon yönetiminde bu faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Öz-etkililik, İlaç Uyumu, Kırsal, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Aim: Self-care and medication compliance are essential components of disease management in hypertension. The aim of this study was to evaluate self-efficacy and medication adherence in hypertensive patients living in rural areas and to determine the influencing factors.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted on patient diagnosed with hypertension over the age of 18 who applied to a family health center in a rural area of Denizli province between October and December 2023. Sociodemographic characteristics, Hypertension Self-Efficacy Scale and medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients were used to collect data.

Results: A total of 199 patients were included in the study. The mean age of the participants was determined as 65.36 ± 12.04 . The female rate is 64.3% and the married rate is 70.9%. The mean score of Hypertension Self-Efficacy Scale was 49.01 ± 5.73 , while the mean of the medication adherence self-efficacy scale was 37.64 ± 8.28 . A statistically significant, positive and moderate correlation was found between the medication adherence self-efficacy scale score and Hypertension Self-Efficacy Scale ($r=0.344$, $p=0.0001$). Self-efficacy were found to be statistically lower in obese patients, hypertensive patients who did not have blood pressure monitoring, had high blood pressure measurement values, and were smokers ($p<0.05$).

Conclusion: Self-efficacy was associated with medication compliance in hypertensive patients in the study. Obese patients, hypertensive patients who did not have blood pressure monitoring, had high blood pressure measurement values, and were smokers had lower self-efficacy. These factors should also be considered in hypertension management.

Keywords: Hypertension, Self Efficacy, Medication Adherence, Rural, Family Medicine

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):264-273

DOI: 10.31020/mutftd.1549558

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 13 Eylül 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 14 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: Nilüfer Emre <nilemre83@gmail.com>

Etik Kurul Onayı: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih:19/09/2024, Sayı: 15)

Giriş

Yüksek kan basıncı, dünyada ölüm ve sakatlık açısından önde gelen risk faktörlerinden biridir. Hipertansiyon sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması ile tanımlanır ve hipertansiyonlu kişi sayısı 1990 - 2019 yılları arasında ciddi sayıda artış göstererek 650 milyondan 1,3 milyara çıkmıştır.^{1,2} Bu yaygın, ölüme neden olabilen durum, kalp krizi, felç, böbrek hasarı, kalp yetmezliği ve diğer birçok sağlık sorununa yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur.^{3,4} Davranışsal, çevresel, mesleki ve metabolik risk faktörünün incelendiği bir çalışmada, yüksek sistolik kan basıncının dünya çapında erken ölüm için en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu ve her yıl tahminen 10,8 milyon önlenebilir ölüme yol açtığını bulmuştur.⁴ Türkiye’de 2012’ de 18 yaş üstü kişilerde yapılan hipertansiyon prevalansı, farkındalık, tedavi ve kontrolü araştırması PatenT 2 çalışmasında hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak bildirilmiştir.⁵ Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012’ye göre de, hipertansiyon prevalansı kırsal bölgede %16,2 kentsel bölgelerde %11,3 olup kırsal bölgede kentsel bölgeye göre daha yüksek tespit edilmiştir.⁶ Ciddi komplikasyonlara neden olmasıyla hipertansiyon hastalığının tanısı, ilaç ve ilaç dışı tedavi süreci önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hipertansiyon hastalarının sadece %20’sinde tansiyonun kontrol altında olduğunu bildirmektedir.¹

Öz etkililik kişinin kendi yaşamının yararını ve refahını arttırmak için yaptığı kendine ve çevreye yönelik eylemler olarak tanımlanır. Hipertansiyon için öz etkililiğin ana alanları ise düşük sodyum ve az yağlı diyet, fiziksel aktivite, sigara içmeme, alkol tüketimine dikkat etme, kan basıncının kişinin kendisinin izlemesi, düzenli doktor ziyareti ve stresin azaltılması gibi bir dizi yaşam tarzı değişikliklerini içerir.^{1,7} Çalışmalar, öz etkililik ile ilgili sorunların, hipertansiyondan kaynaklanan felç ve erken ölüm olaylarını açıklamada temel unsur olduğunu göstermiştir.⁸

Hipertansiyon, uzun dönem tedavi gerektiren kronik bir hastalık olması nedeniyle en büyük problemlerden bir tanesinin de ilaç uyumu olduğu bilinmektedir. İlaç uyum ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların yarısının tedavi başladıktan sonraki bir yıl içinde hipertansiyon ile ilgili takipten çıktıkları, takibe devam edenlerin ise yarısının ilaçlarını almadığı belirtilmiştir.^{9,10} Hastaların tedavi sürecindeki uyumsuzluk, hipertansiyon hastalarının hastalık ve ilaçların yarar/zarar açısından yeterli bilgi düzeyinin olmaması ile ortaya çıkabilmektedir.¹¹

Bu çalışma, kırsal alanda yaşayan hipertansiyon hastalarının hipertansiyon öz-etkililiği ve ilaca uyum durumlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin tespiti amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırma olup 02.10.2023-31.12.2023 tarihleri arasındaki Denizli Çivril’de bir Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı. Belirlenen tarihler arasında aile sağlığı merkezine başvurup araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, hipertansiyon tanısı olan, yetişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Belirgin zihinsel engeli ve psikolojik bozukluğu olanlar, hipertansiyon tanısı olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma öncesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 19.09.2023 tarih ve 15 sayılı kurul onayı alındı. Çalışmaya katılan hastalara yüz yüze görüşme tekniğiyle anket formu uygulandı. Anket formu hastaların sosyodemografik özelliklerini, bazı antropometrik ölçümlerini, hipertansiyon hastalığına ait tanımlayıcı soruları, hipertansiyon hastalığında öz etkililiğini değerlendirmek amacıyla hipertansiyon öz etkililik ölçeğini ve hipertansiyon ilaç uyumu açısından hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeğini içermektedir. Ayrıca hastaların boy, kilo ve kan basıncı ölçümleri yapıldı. Boy ölçümü için hassaslık derecesi 1 mm olan esnek olmayan 200 cm ölçüm metre kullanılarak, hasta dik duruşla ve gözler karşıya bakarken, baş Frankfurt düzlemindeyken ölçüm yapıldı. Kilo ölçümü için kalibrasyonu yapılmış elektronik terazi kullanıldı. Kan basıncı ölçümü için; kişilerin son yarım saat içerisinde yemek yememiş, egzersiz yapmamış, kafein ve sigara tüketmemiş olmasına dikkat edilerek,

en az 5 dakika istirahat ettikten sonra kalibrasyonu yapılmış bir manşonlu manuel tansiyon aleti ile ölçüm yapıldı. Bu çalışmada kan basıncının kontrol hedef değeri 140/90 mmHg, diyabetes mellitus hastalığı olması durumunda 130/80 mmHg olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Anketin ilk kısmında yaş, cinsiyet, boy ölçümü, kilo ölçümü, kan basıncı ölçümü, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, alkol kullanımı, sigara kullanımı, eşlik eden kronik hastalık durumu, hipertansiyon tanı yılı, birinci derece akrabalarda hipertansiyon varlığı, kan basıncı ölçtürme sıklığı ve evde kan basıncı ölçme sıklığı soruları yer almaktadır. Anketin ikinci kısmında ölçekler yer almaktadır.

Hipertansiyon Öz-etkililik Ölçeği: Han ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir.⁶ Ölçek 20 maddeden oluşmakta 'Hiç uygun değil' (1 puan) ve 'Çok uygun' (4 puan) olacak şekilde değişen 4'lü likert tipindedir. Ölçek toplam puanı 20-80 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yükselmesi hipertansiyonda öz-etkililik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçek 2021 yılında Türkoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.¹²

Hipertansif Hastalarda İlaç Uyumu Öz-Etkililik Ölçeği: Bu ölçek 2003 yılında Ogedegbe ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş.¹³ Ölçek 13 maddeden oluşan 4'lü likert tipindedir. En düşük 13, en yüksek 52 puan alınan ölçekte, puan arttıkça ilaç uyumlarının iyi olduğunu göstermektedir. Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.¹¹

İstatistiksel analiz

Veriler IBM SPSS Statistics 23.0 programıyla analiz edildi ve sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında tek yönlü varyans analizi, sağlanmadığında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman analiziyle incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya 199 kişi dahil edildi. Katılanların yaş ortalaması $65,36 \pm 12,04$ olarak tespit edildi. Kadın oranı %64,3 ve evli oranı %70,9'dur. Katılımcıların ortalama hipertansiyon hastalığı tanı süresi $8,71 \pm 5,44$ yıl ve birinci derece akrabalarında hipertansiyon öyküsü %68,8 olarak tespit edildi. Hastaların %37,2'si evde kan basıncı ölçümü yaparken, evde ölçüm yapanların %93,2'si şikâyeti olduğu zaman ölçüm yaptığını belirtti (**Tablo 1**).

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri ve hipertansiyona ait özellikleri

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	128	64,3
Erkek	71	35,7
Medeni durum		
Bekar	7	3,5
Evli	141	70,9
Dul/Boşanmış	51	25,6
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	28	14,1
Okur-yazar	37	18,6
İlkokul	118	59,3
Ortaokul	11	5,5
Lise ve üstü	5	2,5
Meslek		
Ev hanımı	123	61,8
Memur	5	2,5
İşçi	9	4,5
Emekli	55	27,6

Çiftçi	7	3,5
Gelir durumu		
Gelirim giderimden fazla	17	8,5
Gelirim giderime eşit	90	45,2
Gelirim giderimden az	92	46,2
Beden kitle indeksi		
Normal kilolu (<25)	30	15,1
Fazla kilolu (25 – 29.9)	74	37,2
Obez (≥30)	95	47,7
Alkol Kullanımı		
Daha önce hiç içmedim	153	76,9
İçiyordum, bıraktım	35	17,6
Evet	11	5,5
Sigara kullanımı		
Daha önce hiç içmedim	140	70,4
İçiyordum, bıraktım	39	19,6
Evet	20	10,1
Kan basıncı ölçümü		
Normal değerlerde	69	34,7
Yüksek kan basıncı	130	65,3
Kronik Hastalığınız var mı?		
Hayır	100	50,3
Evet	99	49,7
Birinci derece akrabada hipertansiyon durumu		
Hayır	62	31,2
Evet	137	68,8
Kan basıncı ölçtürme sıklığı		
Düzenli Aralıklarla	7	3,5
Şikâyetim olduğu zaman	149	74,9
Ölçtürmüyorum	43	21,6
Evde kan basıncı ölçümü		
Düzenli Aralıklarla	5	2,5
Şikâyetim olduğu zaman	69	34,7
Ölçtürmüyorum	125	62,8

Katılımcıların %49,7'sinde hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığı olduğunu ve %23,6'sında diabetes mellitus, %22,1'inde kalp hastalıkları (koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, ritim bozuklukları), %10,6'sında tiroid hastalığı, %7,5'inde astım-KOAH, %6,5'inde psikiyatrik rahatsızlık olduğu tespit edildi.

Hastaların hipertansiyon öz-etkililik ölçeğine verdiği cevaplara bakıldığında az sayıda katılımcı yüzdesi iyi davranış sergilemektedir (çok uygun ya da uygun cevabı verenler). Düzenli fiziksel aktiviteye katılanlar %28,6, sodyum içeriği hakkında ürün etiketini okuyanlar %7,5, günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketenler %44,7, yemek yaparken kızartma yerine ızgara, fırınlama ve buhar yöntemini kullananlar %39,2, besinler içinde doymuş ve trans yağ olup olmadığını ürün etiketinden kontrol edenler %8,5, geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştirenler %34,2, yağlardan kalori alımını kısıtlayanlar %34,7, günde beş veya daha fazla porsiyon meyve ve sebze tüketenler %31,6, stres yapacak her şey ve herkesten uzak duranlar %23,1 olarak tespit edildi (**Tablo 2**).

Tablo 2. Katılımcıların hipertansiyon öz etkililik ölçeğine verdikleri cevaplar

	Hiç uygun değil n (%)	Uygun değil n (%)	Uygun n (%)	Çok uygun n (%)
Düzenli fiziksel aktivite yaparım	55(%27,6)	87(%43,7)	54(%27,1)	3(%1,5)
Az işlenmiş gıdalar yerim	15(%7,5)	65(%32,7)	112(%56,3)	7(%3,5)
Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum	74(%37,2)	110(%55,3)	14(%7,0)	1(%0,5)
Geleneksel çok tuzlu besinleri (Konserve çorba gibi) az tuzlu besinler ile değiştiririm (Ev yapımı çorba, taze sebze gibi)	15(%7,5)	47(%23,6)	131(%65,8)	6(%3,0)
Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım (Ketçap gibi)	39(%19,6)	53(%26,6)	88(%44,2)	19(%9,5)
Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim (6 gram)	12(%6,0)	98(%49,2)	83(%41,7)	6(%3,0)
Doymuş yağ miktarı yüksek (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) içeren besinleri az tüketirim	3(%1,5)	83(%41,7)	103(%51,8)	10(%5,0)
Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım	12(%6,0)	109(%54,8)	76(%38,2)	2(%1,0)
Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığının etiketlerini okuyarak kontrol ederim	34(%17,1)	147(%73,9)	17(%8,5)	1(%0,5)
Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm (Yağda kızartılmış tavuk yerine fırınlanmış tavuk gibi)	8(%4,0)	123(%61,8)	66(%33,2)	2(%1,0)
Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım (65 gr. dan az)	7(%3,5)	123(%61,8)	67(%33,7)	2(%1,0)
Günde beş ya da daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim	9(%4,5)	127(%63,8)	59(%29,6)	4(%2,0)
Günlük alkol miktarına dikkat ederim (Erkekler için 2 bardaktan bayanlar için 1 bardaktan az olacak şekilde)	47(%23,6)	21(%10,6)	54(%27,1)	77(%38,7)
Sigara içmemeye çalışırım	20(%10,1)	23(%11,6)	57(%28,6)	99(%49,7)
Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim	38(%19,1)	77(%38,7)	65(%32,7)	19(%9,5)
Tansiyon ilaçlarımı alırım	4(%2,0)	20(%10,1)	129(%64,8)	46(%23,1)
İlaçlarım bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım	3(%1,5)	19(%9,5)	134(%67,3)	43(%21,6)
Kilomu kontrol altında tutarım	40(%20,1)	77(%38,7)	67(%33,7)	15(%7,5)
Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmamaya çalışırım	29(%14,6)	124(%62,3)	38(%19,1)	8(%4,0)
Düzenli doktor kontrolüne giderim	10(%5,0)	86(%43,2)	94(%47,2)	9(%4,5)

Hipertansiyon hastalarının hipertansiyon öz etkililik puan ortalaması $49,01 \pm 5,73$ (min:32; max:63), hipertansif hastalarda ilaca uyum öz etkililik ölçeği puan ortalaması $37,64 \pm 8,28$ (min:13; max:52) olarak tespit edildi. Hipertansiyon öz etkililik puanı açısından sigara kullananlarda kullanmayanlara ve bırakanlara göre hipertansiyon öz-etkililik puanı istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulundu ($p=0,001$). Beden kitle indeksi açısından obez olanların diğerlerine göre hipertansiyon öz etkililik puanı anlamlı oranda düşük bulundu ($p=0,013$). Ölçülen kan basıncı değerleri yüksek düzeyde olan katılımcıların, kan basıncı değerleri normal düzeyde olanlara göre hipertansiyon öz etkililik puanı istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulundu ($p=0,014$). Kan basıncı ölçtürmeyen hastaların diğerlerine göre hipertansiyon öz etkililik puanı istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulundu ($p=0,041$) Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği puanı obez hastalarda istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulundu ($p=0,0001$) (**Tablo 3**).

Katılımcıların hipertansiyon öz-etkililik ölçek puanı ile hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon bulundu ($r=0,344$, $p=0,0001$). Beden kitle indeksi açısından bakıldığında hipertansiyon öz etkililik ölçeği ile arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki ve hipertansif ilaca uyum öz-etkililik ölçeği arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Beden kitle indeksi azaldıkça ölçek puanı artmaktadır (sırasıyla $r=-0,325$ $p=0,013$; $r=-0,106$, $p=0,0001$).

Tablo 3: Katılımcıların demografik özellikleri ve hipertansiyon hastalığına ait özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Hipertansiyon öz etkililik ölçek puanı A.O ± S.S	Test değeri p değeri	Hipertansif ilaca uyum öz etkililik ölçek puanı A.O ± S.S	Test değeri p değeri
Cinsiyet	Kadın	49,14 ± 5,42	z=-0,694	37,3 ± 8,1	z=-0,743
	Erkek	48,76 ± 6,3	0,488	38,27 ± 8,6	0,458
Yaş	65 yaş üstü	38,02 ± 7,8	z=-0,686	49,44 ± 5,78	z=-1,374
	65 yaş altı	37,19 ± 8,84	0,493	48,48 ± 5,67	0,17
Beden kitle indeksi	<25 altı normal(1)	38,93 ± 10,01	kw=8,706	50,87 ± 6,47	kw=22,128 (1-3,
	25-29.9 fazla kilolu(2)	38,96 ± 8,16	(1-3)	50,78 ± 5,7	2-3)
	30 ve üstü obez(3)	36,21 ± 7,6	0,013*	47,03 ± 4,85	0,0001*
Medeni durumu	Bekar	46,86 ± 3,08	kw=1,695	40 ± 5,77	kw=2,544
	Evli	48,92 ± 6,04	0,428	38,14 ± 8,48	0,28
	Dul/Boşanmış	49,53 ± 5,09		35,94 ± 7,83	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil(1)	46,79 ± 4,37	F=1,932	32,82 ± 8,06	kw=12,566
	Okur-yazar(2)	49,86 ± 5,34	0,107	36,92 ± 7,45	(1-3)
	İlkokul(3)	48,96 ± 5,92		38,89 ± 8,25	0,014
	Orta okul(4)	51,55 ± 5,43		40,82 ± 7,45	
	Lise ve üstü(5)	50,6 ± 8,93		33,6 ± 7,7	
Mesleği	Ev hanımı(1)	49,13 ± 5,43	kw=6,107	37,46 ± 7,97	kw=12,226
	Memur(2)	45,4 ± 5,94	0,191	34,2 ± 9,39	(3-4, 3-5)
	İşçi(3)	46 ± 4,82		30,78 ± 8,7	0,016*
	Emekli(4)	49,73 ± 6,46		38,93 ± 8,02	
	Çiftçi(5)	47,57 ± 4,86		42 ± 10,52	
Gelir durumu	Gelir giderimden fazla	50,06 ± 4,39	kw=3,169	39,35 ± 8,36	kw=0,464
	Gelir giderime eşit	49,61 ± 6,07	0,205	37,46 ± 8,62	0,793
	Gelir giderimden az	48,22 ± 5,56		37,51 ± 7,97	
Alkol kullanımı	İçmiyorum daha önce hiç içmedim	49,12 ± 5,68	kw=3,363	37,88 ± 8,32	kw=3,038
	İçiyordum bıraktım	49,4 ± 6,31	0,186	37,54 ± 8,66	0,219
	Evet	46,18 ± 4,02		34,64 ± 6,15	
Sigara kullanımı	İçmiyorum daha önce hiç içmedim(1)	49,24 ± 5,53	kw=20,83	37,81 ± 7,94	kw=4,017
	İçiyordum bıraktım(2)	50,72 ± 6,1	(1-3, 2-3)	38,72 ± 9,12	0,134
	Evet(3)	44,05 ± 3,47	0,0001*	34,35 ± 8,5	
Kan basıncı ölçümü	Yüksek kan basıncı	48,25 ± 5,4	z=-2,466	37,88 ± 7,69	z=-0,175
	Normal değerlerde	50,43 ± 6,09	0,014*	37,2 ± 9,33	0,861
Kronik hastalık durumu	Hayır	49,23 ± 6,2	z=-0,801	38,25 ± 8,05	z=-1,494
	Evet	48,78 ± 5,24	0,423	37,03 ± 8,49	0,135
Birinci derece akrabada hipertansiyon	Hayır	49,84 ± 5,11	z=-1,75	37,13 ± 6,76	z=-0,209
	Evet	48,63 ± 5,97	0,08	37,88 ± 8,89	0,834
Kan basıncını ölçtürme sıklığı	Düzenli aralıklarla(1)	54,0 ± 4,9	kw=6,404	38,86 ± 4,18	kw=0,866
	Şikayetimin olduğu zaman(2)	48,98 ± 5,63	(1-3)	37,91 ± 8,49	0,648
	Ölçtürmüyorum(3)	48,28 ± 5,93	0,041*	36,53 ± 8,03	

A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; z: Mann Whitney U testi; kw: Kruskal Wallis Varyans analizi; F: Tek yönlü varyans analizi; *=p<0,05

Tartışma

Bu araştırmada, kırsal kesimde yaşayan hipertansiyon hastalarının hipertansiyon öz etkililiği ve ilaç uyumları değerlendirildi. Hipertansiyon öz etkililik ölçeği puan ortalaması 49,01±5,73 bulunurken, Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılan bir çalışmada ölçek ortalama puanı 57,85±4,14 olarak bulunmuş.¹⁴ Hipertansif hastalarda yapılan bir müdahale çalışmasında ise, Hipertansiyon Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması yüz yüze eğitimden önce 37,30±17,15 ve web tabanlı eğitim öncesinde ise 42,61±18,10, olarak tespit edilmiş.¹⁵

Çalışmada beden kitle indeksi normal değerlerde olanların, obez olanlara göre öz etkililiği daha yüksek çıkmıştır. Khairy ve arkadaşlarının çalışmasında da normal beden kitle indeksine sahip hipertansif hastalar öz yeterlilik konusunda daha yüksek bir puan elde etmiştir.¹⁶ Warren Findlow ve arkadaşlarının çalışmasında da iyi öz yeterlilik ile iyi kilo yönetimi stratejileri arasında önemli bir ilişki gösterilmiştir.¹⁷ Bu ilişki ayrıca, daha yüksek beden kitle indeksine sahip kişilerin genel olarak daha az fiziksel olarak aktif olma eğiliminde olmalarına da bağlanabilir.¹⁶ Kilo vermeyi gerçekleştiremeyen obez bireylerde hayat tarzı değişikliğine uymadığı ve bu nedenle hipertansiyon öz etkililik puanı düşük olduğu da düşünülebilir.

Çalışmada kan basıncı ölçümleri normal sınırdaki hastaların, yüksek değerlerde olanlara göre hipertansiyon öz etkililik puanı daha yüksekti. Bu öz-etkililik arttıkça hastalarda kan basıncı kontrolünün arttığını göstermektedir. Ayrıca hipertansiyon izleminde düzenli kan basıncı ölçümü yaptıranlarında hipertansiyon öz etkililik puanı daha yüksekti. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 2022'de yayınlanan hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzunda da hipertansiyon hastalık yönetiminde, kan basıncının kontrol düzeyine ve komorbiditelere bağlı olarak kontrol sıklığı değişmekle beraber, düzenli kan basıncı kontrolünün önemli olduğu belirtilmektedir.¹⁸

Hipertansiyon yönetiminde öz-etkililik sağlamanın önemli yollarından biri de sigara içme alışkanlığının olmamasıdır. Bu çalışmada sigara içme durumu Hipertansiyon öz etkililik puanını etkilediği ve sigara kullananlarda Hipertansiyon öz etkililik puanının daha düşük olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde Warren Findlow ve arkadaşlarının çalışmasında da hipertansiyon hastalarında iyi öz etkinliğe sahip olma davranışlarından biri olarak sigara içmeme gösterilmiştir.¹⁷

Hipertansiyon öz-etkililik puanında cinsiyet açısından fark bulunmazken, Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırmada da cinsiyetin hipertansiyon öz bakımı üzerine bir etkisi olmadığı gösterilmiştir.^{19,20} Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada da cinsiyetin hipertansiyon öz bakımı üzerine bir etkisi olmadığı tespit edilmiş. Ancak literatürde bu çalışmalardan farklı olarak erkek hastaların hipertansiyonla ilgili öz bakımının kadınlardan daha düşük olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur.²¹ Bu durumu da, erkeklerin kadınlara kıyasla sağlıkları yerine başka önceliklere odaklanmasından kaynaklı olabileceğini belirtmişlerdir.²¹

Çalışma grubundaki hipertansiyon hastalarında yaş ve sosyoekonomik durum öz-etkililik ile ilişkili bulunmadı. Bu çalışmaya benzer şekilde Karataş G ve Acharya R'nin çalışmalarında da hipertansiyonda öz etkililiği yaş faktörünün etkilemediği bulunmuş.^{14,22} Yine Maginga J ve arkadaşlarının çalışması da çalışmamıza benzer şekilde hipertansiyon kontrolü sosyoekonomik faktörler ile ilişkilendirilememiştir.²³

Hipertansiyon öz etkililik ölçeğinin sorularına verilen cevaplara baktığımızda çok az kişinin sodyum içeriği hakkında ürün etiketini okuduğu ve günlük bir tatlı kaşığından az tuz tükettiği bulunmuştur. SALTURK 2 çalışmasına göre Türkiye'de tuz tüketiminin günlük 15g/gün olduğu, tüketimin çoğunluğunun yemeklere eklenen tuzdan, ekmekten ve peynir, turşu gibi işlenmiş ürünlerden geldiği ifade edilmiştir.²⁴ Çalışmamızda normal sınırların üstünde (bir tatlı kaşığından fazla) alanların oranı Türkiye'de yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlarda çıkarken ürün etiketini okuyanların oranı çok daha düşük çıkmıştır.^{25,26} Bu sonuç bölgemizde hastaların eğitim seviyesinin düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hastalara ürün etiketi ve içeriği hakkında eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hipertansiyon öz etkililik ölçeğine göre çalışma grubumuzda hipertansiyon hastalarının çoğunluğu ilacını almaktadır ve Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında bulunan sonuçla uyumludur.⁵ İlaçları bittiğinde reçete ettirenler %88,9 iken düzenli doktor kontrolüne gidenler %51,7'dir. Her ne kadar ilaç kullanımı ve reçete ettirme oranı yüksek olsa da düzenli doktor kontrolünün düşük olması kırsalda eğitim düzeyinin düşük olması, sosyoekonomik seviyenin düşük olması ve sağlık merkezlerine ulaşımın zor olması nedeniyle olabilir. Araştırmamızda fiziksel aktiviteye katılanların oranı Kayseri'de yapılan çalışmayla benzer olarak düşüktür.²⁷ Sedanter hayat ve fiziksel inaktivitenin hipertansiyon için risk faktörü olduğu bilinmektedir.

Ayrıca hipertansiyon hastalarında fiziksel aktivitenin kan basıncı üzerine yararlı olduğunu gösteren bulgular mevcuttur.²⁸

Bu çalışmada katılımcıların ilaca uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 37,64±8,28 saptandı. Erzincan bölgesinde aile sağlığı merkezlerinde hipertansif hastalarda yapılan bir çalışmada ilaç Uyumu Öz-Yeterlilik Ölçeği'nden alınan puan 40,27±11,97'dir ve 2015 de bir üniversite hastanesinde hipertansif hastalarda yapılan çalışmada ilaca uyum öz etkililik puanı 40,08±5,61 ile çalışmamıza benzerdir.^{29,30}

Çalışma örnekleminde sosyodemografik özellikler ile ilaca uyum öz etkililik puanı karşılaştırıldığında beden kitle indeksi arttıkça ilaca uyum öz etkililik puanı düşmüştür. Benzer başka bir çalışmada diyetine uyum sağlayan hastaların, diyetine uyum sağlamayanlara göre ilaca uyum öz etkililik puanı daha yüksek bulunmuş.³¹ Hipertansiyon öz etkililiği daha yüksek olan hastalarda sağlıklı yaşam için gerekli davranışları benimsediği ve bununla ilişkili olarak ilaca uyum öz etkililik düzeylerinin arttığı söylenebilir.³¹

Kadınlar ile erkeklerin ilaç uyumu öz etkililik puanı benzerdir. Bu çalışmaya benzer şekilde Erzincan bölgesinde aile sağlığı merkezlerinde hipertansif hastalarda yapılan çalışmada da ilaç uyumu öz etkililik ile cinsiyetler arası fark gösterilmemiştir.³⁰ Kadınların erkeklerden daha fazla ilaç uyumu gösterdiği çalışmalar olsa da bu çalışmada farklılığın olmaması kırsalda erkek ve kadınların iş planlamasında ortak rol almasından kaynaklanabilir.³²

Hipertansiyon öz etkililik ile ilaç uyumu ilişkiliydi. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde hipertansiyonda iyi öz etkililiğe sahip bireylerin ilaç rejimlerine uymalarının daha iyi olduğunu gösteren ve öz etkililiği antihipertansif ilaç uyumuyla ilişkilendiren çalışmalar mevcuttu.³³

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı örneklem sayısı sınırlı olup, sadece çalışmanın yapıldığı grup içinde genellenebilmesidir.

Sonuç ve öneriler

Hipertansiyon hastalarında öz etkililik ve ilaç uyumu birbiriyle ilişkilidir ve hipertansiyon kontrolünde önemlidir. Beden kitle indeksi yüksek olanların kilo kontrolünün sağlanması, düzenli tansiyon takibi yapılması, sigara içme durumlarının değerlendirilmesi ve sigara içenlerin sigarayı bırakmalarının teşvik edilmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının anlatılması, hipertansiyon kontrolünde önemli olup, öz-etkililik ve ilaç uyumunu artırır. Öz etkililiğin yükselmesi ve etkili kan basıncı kontrolü için hayat tarzı değişiklikleri, teknolojik adaptasyonlar, sağlık uzmanları tarafından verilen eğitim ve bilgilendirmeler önerilirken, ilaç uyumlarını arttırmak amacıyla aile sağlığı merkezlerinde düzenli izlem ve eğitim yapılması, aile ve sosyal desteğin sağlanması, hatırlatıcıların kullanılması önerilir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik Onay

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.09.2023 tarih ve 15 sayılı kurul onayı alındı.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Nilüfer Emre: Fikir, tasarım, denetleme, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Burhan Poyraz: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Aysun Özşahin: Denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Tamer Edirne: Denetleme, kaynak taraması, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Hypertension. [internet] [cited 2024 Haziran 6] Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet London, England*, 2021;398(10304):957–980.
3. Forouzanfar MH, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mmHg, 1990-2015. *JAMA* 2017;317(2):165-182.
4. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1223-1249.
5. Sengul S, ve ark. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012, *Journal of Hypertension* 2016;34(6):1208-1217
6. Sağlık istatistikleri yılı 2012 T.C. Sağlık Bakanlığı [internet] [cited 2024 Ağustos 1] Available from: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf>
7. Han HR, et al. Development and validation of the Hypertension Self-care Profile: a practical tool to measure hypertension self-care. *The Journal of cardiovascular nursing* 2014;29(3):E11–E20.
8. Hallberg I, Ranerup A, Kjellgren K. Supporting the self-management of hypertension: Patients' experiences of using a mobile phone-based system. *J Hum Hypertens* 2016;30:141
9. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2009;8(2):167 - 172.
10. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2014;7(2):98-108.
11. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2012;12:241-48.
12. Türkoğlu N, Kılıç D. Hipertansiyon öz etkililik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2021;12(29):190-195.
13. Ogedegbe G, et al. Development and evaluation of medication adherence self efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* 2003;56: 520-9.
14. Karataş G, ve ark. Hipertansiyon hastalarında öz etkililik ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi: Güneydoğu anadolu Örneği. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2024;15(37):79-86.
15. Turkoglu N, Kılıç D. Comparison of the effects of web-based and face-to-face training on the self-efficacy and health literacy of patients with hypertension: a quasi-experimental trial. *ESTUDAM Public Health Journal* 2022;7(1):15-25.
16. Khairy S, et al. Factors associated with self-efficacy in patients with hypertension: a cross-sectional study from Palestine. *J Health Popul Nutr* 2021 Feb 9;40(1):1.
17. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health*. 2012 Feb;37(1):15-24. doi: 10.1007/s10900-011-9410-6.
18. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. [internet] Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu. [cited 2024 Eylül 1] Available from: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>
19. AlHadlaq Razan K, et al. Factors affecting self-management of hypertensive patients attending family medicine clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2019;8(12):4003-4009.
20. Türker E. Examination of self-care behavior profile and self-care management in hypertension patients. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2024;6(1):81-88.
21. Salim H, ve ark. The self-care profiles and its determinants among adults with hypertension in primary health care clinics in Selangor, Malaysia. *Plos One* 2019;14(11):e0224649.
22. Acharya R, et al. Selfcare management and its associated factors among patient with hypertension in Nepal. *Journal of Chitwan Medical College* 2022;12(40):91-96.
23. Maginga J, et al. Hypertension control and its correlates among adults attending a hypertension clinic in Tanzania. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)* 2016;18(3); 207-216.
24. Erdem Y, ve ark. Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients* 2017;9(9):933.
25. Vayısoğlu SK, ve ark. Yetişkinlerde tuz tüketim özellikleri ve etiket okuma alışkanlığıyla ilişkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2022;10(2):627-640.
26. Uzun SU, Özdemir C, Zencir M. Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinin tuz kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Fırat Tıp Dergisi* 2016;21(4):187-194.
27. Arslantaş EE, ve ark. Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. *Ege Tıp Dergisi* 2019;58(4):319-329.
28. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovas Nursing* 2016;7:2– 11

29. Hacıhasanoğlu AR, et al. The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. *J Vasc Nurs* 2020;38(4):183-190.
30. Mollaoğlu M, Solmaz G. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat* 2015;54(4):438-444.
31. Vatansever Ö, Ünsar S. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turk J Card Nur* 2014; 5(8): 66-74
32. Kankaya H, ve ark. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017;33(3):1-10.
33. Schoenthaler A, Ogedegbe G, Allegrante JP. Self-efficacy mediates the relationship between depressive symptoms and medication adherence among hypertensive African Americans. *Health Education and Behavior* 2009;36:127–137

Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi ile Belirlenen Beslenme Tutumlarının Çocukların Beslenme Alışkanlıkları ve Ağız Sağlığı Üzerindeki Etkisi *

The Effect of Dietary Attitudes Determined by the Mediterranean Diet Quality Index on Children's Nutritional Habits and Oral Health Aslı Soğukpınar Önsürenⁱ, Merve Safa Mutluayⁱⁱ

ⁱDr.Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Bölümü
<https://orcid.org/0000-0002-1934-9945>

ⁱⁱDoç.Dr., Serbest Diş Hekimi, <https://orcid.org/0000-0002-2935-5126>

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, okul öncesi çocukların ağız sağlığı seviyesi/alışkanlıkları ile ebeveynlerin ağız sağlığı tutumları ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi' ne uyumları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya toplam 164 çocuk/ebeveyn katıldı. Ebeveynlerin sosyo demografik özellikleri ve diş fırçalama sıklığı, diş ipi ve gargara kullanma durumu; çocukların sosyo demografik özellikleri ve diş fırçalama sıklığı ve diyet içeriği kaydedildi. Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) anketi ile ailelerden beslenme pratikleri hakkında bilgiler elde edildi. Çocukların ağız sağlığı seviyesinin belirlenmesi amacıyla dmft, Plak İndeksi (PI) ve Gingival İndeksi (GI) skorları ölçüldü.

Bulgular: Çocukların %54,9'u kız, %45,1'i erkektir. Çocukların ortalama yaşı $4,48 \pm 0,90$ ve dmft skoru $7,90 \pm 3,53$ 'tür. Katılımcı ebeveynlerin ortalama yaşı $34,29 \pm 5,60$ 'tır. Yılda 2 kez ve daha fazla diş hekimi kontrolü olan çocuk ve ebeveynlerin sıklığı sırasıyla %71,3 ve %6,7'dir. Ayrıca, çocukların %51,2'si; ebeveynlerin ise %53'ü düzenli beslenme alışkanlığına sahiptir. KIDMED skoru ile dmft arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,145$); atıştırma sıklığı ve şekerli tüketim miktarı fazla olan çocukların dmft skorunun diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,014$, $p=0,028$).

Sonuç ve Öneriler: Okul öncesi çocuklarda, erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi amacıyla yüksek diyet kalitesine sahip sağlıklı bir beslenme düzeni oluşturulmalı ve ağız hijyeni alışkanlıkları çocuk diş hekimi tarafından kazandırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ağız sağlığı, Diş çürükleri, Diyet kalitesi

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the relationship between preschool children's oral health level/habits and parents' oral health attitudes and compliance with the Mediterranean Diet Quality Index.

Method: A total of 164 children/parents participated in the study. Parents' sociodemographic characteristics and frequency of toothbrushing, use of dental floss and mouthwash; children's sociodemographic characteristics, frequency of toothbrushing, and diet content were recorded. Information was obtained from parents through the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) questionnaire. In order to determine the oral health level of the children, dmft, Plaque Index (PI), and Gingival Index (GI) were measured.

Results: 54.9% of the children were girls and 45.1% were boys. The mean age of the children was 4.48 ± 0.90 , and dmft was 7.90 ± 3.53 . The mean age of participating parents was 34.29 ± 5.60 years. The frequency of children and parents who had dental check-up twice a year or more was 71.3% and 6.7%, respectively. Also, 51.2% of children and 53% of parents had regular dietary habits. While there was no statistically significant difference between KIDMED and dmft scores ($p = 0.145$); it was found that the dmft score of children with high snacking frequency and high sugar consumption was significantly higher than others ($p = 0.014$, $p = 0.028$).

Conclusion: A healthy diet with high dietary quality should be established to prevent early childhood caries in preschool children, and oral hygiene habits should be acquired by the pediatric dentist.

Keywords: Oral health, Dental caries, Diet quality

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):274-282

DOI: 10.31020/mutftd.1581610

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 08 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 21 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Aslı Soğukpınar Önsüren <aslisdt@gmail.com>

Etik Kurul Onayı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
(Tarih: 10.06.2020, Sayı:2020/11-08)

Giriş

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ); ağız bakteri florası, beslenme alışkanlıkları, ağız hijyeni, tükürük ve diş yapısı gibi genetik ve çevresel etkenlerden kaynaklanan multifaktöriyel bir sorun olup, diyet belirgin bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır.¹ EÇÇ, çocukluk döneminde fazla miktarda şekerli yiyecek ve içecek tüketilmesiyle ilişkilendirilmiştir.² Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili verilerine göre 5 yaşındaki çocukların %64,4'ünde, 12 yaşındaki çocukların %46,6'sında, 15 yaşındaki çocukların ise %58,3'ünde en az bir diş çürüğü izlenmiştir.³

Yeme düzeni, diyet ve diş çürüğü arasında çok yönlü bir ilişki olduğundan diş çürüğü etiyojisinde önemli bir görev alır. Yeme alışkanlıkları diş çürüğü için bir risk faktörü veya önleyici olup, bununla birlikte bozulmuş ağız sağlığı yetersiz beslenmeye ve besin eksikliklerine yol açabilir.⁴ Şeker alımı sınırlandırıldığında çürük yaygınlığının çok düşük olduğu belirtilir.⁵ Ayrıca süt ürünleri, tam tahıllar ve yüksek lifli meyveler gibi bazı gıda gruplarının çürük önleyici etkisi vardır.⁶

Akdeniz diyeti, dünya çapında iyi bilinen ve araştırılan; sebze, meyve, kuruyemiş, balık, baklagiller, işlenmemiş tahıllar ve bitki bazlı gıdaların yüksek miktarda alınmasıyla karakterizedir.^{7,8} Söz konusu beslenme modeli, antioksidan ve anti-inflamatuvar besinler açısından zengin gıdalardan oluşan dünya çapında en sağlıklı beslenme şekillerinden biridir.⁹ Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED) ise; toplam 16 sorudan oluşan, çocuk ve ergenlerde Akdeniz Diyet modeline uyumu değerlendirmek için sıklıkla kullanılan bir indekstir.¹⁰

Çocuğun ağız sağlığı multifaktöriyel etkenlere bağlı olup tükettiği besinlerin kalitesiyle ilişkili olabilir.¹ Bu çalışmanın amacı okul öncesi çocukların ağız sağlığı seviyesi/alışkanlıkları ile ebeveynlerin ağız sağlığı tutumları ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi' ne uyumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın H0 hipotezi şudur: Ailelerin ve çocukların Akdeniz diyeti kalite indeksi ile belirlenen beslenme tutumuyla EÇÇ arasında ilişki yoktur.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tasarımı

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup, genel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirildi.

Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Bu çalışmaya 2-6 yaş aralığında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na gelen toplam 164 sağlıklı çocuk/ebeveyn dahil edildi. Çocuğun ya da ebeveynin ağız hijyeni prosedürlerini ya da beslenmesini engelleyecek fiziksel/ sistemik bir hastalığa sahip olması ya da ebeveynin araştırmaya katılma rızası göstermemesi durumunda katılımcılar çalışma dışı bırakıldı.

Örneklem Hesaplama

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamada G*Power programı kullanılmış olup; minimum örneklem büyüklüğü en az %95 güven düzeyinde, %5 hata ile 132 olarak hesaplandı.

Veri Toplama Araçları ve Analizi

Ölçümler

Anket soruları kliniğe başvuran hasta ve ebeveynlerine yüz yüze yöneltildi. Veri toplama formunun birinci bölümde çocuğun yaşı, boyu ve kilosu (Beden kitle indeksi)¹¹, ebeveynin yaşı ve eğitim düzeyi, ebeveyn ve çocuk beslenme ve ağız bakımı alışkanlıkları olmak üzere toplam 15 soru yer alır. İkinci bölümde çocuğun

ağız sağlığı durumunun değerlendirilmesi ile ilgili indeksler bulunur. Üçüncü bölümde KIDMED ile ilgili 16 soru yer alır. Söz konusu indeks 12 tane olumlu, 4 tane olumsuz soruyu içerir ve olumsuz sorulara evet yanıtında -1 ve olumlu sorulara aynı yanıt alındığında +1 puanı verilir. Sekiz ve üzeri puan 'optimal (iyi)', 4-7 'ortalama' ve 3 ve altı 'düşük (minimum)' olarak kabul edilir. Bu indeksten 0-12 arasında puan alınmaktadır.¹⁰ Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahingöz ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.¹²

Klinik Muayene

Çocukların dişsel muayenesi ayna ve sond yardımıyla reflektör ışığı altında yapıldı. World Health Organization (WHO) kriterlerine göre çürük (d), çekilmiş (m), dolgulu (f) dişlerin (t) sayısı hesaplanarak dmft skorları kaydedildi.¹³ Ayrıca Plak ve Gingival indeksi WHO sondu ile ölçülerek kayıt altına alındı (0: Sağlıklı, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli).¹⁴

İstatistiksel Analiz

Veri analizleri IBM SPSS Statistics 27.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı aracılığıyla test edildi. Analizlerde Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ve Spearman Korelasyon Testleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Etik Açıklamalar

Çalışma etik kurul onayı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Klinik Araştırmalar Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alındı (2020/11-08, Tarih no: 10.06.2020). Araştırma Helsinki Bildirgesine uygun olarak yürütüldü. Çalışmaya katılan ailelerden onam formu alındı.

Bulgular

Çalışmaya toplam 164 çocuk/ebeveyn katıldı. Çocukların %54,9'u kız, %45,1'i erkek olup yalnızca %26,2'si günde 2 kez dişlerini fırçalamaktadır. Çocuk diş fırçalama süresi 1 dakika olan grup katılımcıların %48,2'sidir. Diş fırçalama alışkanlığı çocukların %16,5'inde süt dişleri sürmesinden, %72'sinde ise 1 yaşından itibaren devam etmektedir. Çocuklarda yılda 2 ve daha fazla kez diş hekimini ziyaret edenlerin oranı %71,3'tür. Çocukların beslenme düzeni düzenli olanlar %51,2 olup; %10,4'ü düşük, %48,8'i orta, %40,8'i ise iyi KIDMED skoruna sahiptir.

Ebeveynlerde günde 2 ya da 3 kez diş fırçalayanların oranı %78,1'dir. Diş ipi ve gargara kullanım oranı sırasıyla %11,6 ve %20,7'dir. Ebeveynlerin yılda 2 kez ve daha fazla diş hekimi ziyaret etme oranı %6,7'dir. Ebeveynlerin %53'ü düzenli beslenme alışkanlığına sahiptir. Ebeveynlerin sosyo ekonomik seviyesi yüksek olan grup katılımcıların %24,4'üdür (**Tablo 1**). Ayrıca çocukların ortalama yaşı $4,48 \pm 0,90$; beden kitle indeksi (BKİ) $16,05 \pm 3,18$; KIDMED skoru $6,61 \pm 2,32$; dmft $7,90 \pm 3,53$ 'dür (**Tablo 2**).

Tablo 1. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ve ağız sağlığı tutumlarına ilişkin veriler

	N (%)
Çocuk Cinsiyeti	
Kız	90 (54,9)
Erkek	74 (45,1)
Çocuk Diş Fırçalama Başlangıç	
Başlamadık	19 (11,6)
İlk süt dişleri çıktığında	27 (16,5)
1 yaşında	118 (72,0)
Çocuk Diş Fırçalama Sıklığı (Gün)	
0	53 (32,3)
1	68 (41,5)
2	43 (26,2)

Çocuk Diş Fırçalama Süresi	
1 dakikadan az	39 (23,8)
1 dakika	79 (48,2)
2 dakika	46 (28,0)
Çocuk Diş Hekimi Ziyaret (12 aylık)	
1	47 (28,7)
2 ve üzeri	117 (71,3)
Çocuk Beslenme Düzeni	
Düzenli	84 (51,2)
Orta-Düzensiz	80 (48,8)
Çocuk Atıştırma Sıklığı	
Günde 1 ve daha az	48 (29,3)
Günde 2	65 (39,6)
Günde 3 ve daha fazla	51 (31,1)
Çocuk Şekerli Gıda Tüketim Sıklığı	
Günde 1 ve daha az	96 (58,5)
Günde 2 ve daha fazla	68 (41,5)
Çocuk KIDMED Skoru	
Düşük	17(10,4)
Orta	80(48,8)
İyi	67(40,8)
Ebeveyn Sosyo ekonomik Seviye	
Düşük	61 (37,2)
Orta	63 (38,4)
Yüksek	40 (24,4)
Ebeveyn Diş Fırçalama (Gün)	
1	36 (22,0)
2	59 (36,0)
3	69 (42,1)
Ebeveyn Diş İpi Kullanımı	
0	145 (88,4)
1	19 (11,6)
Ebeveyn Gargara Kullanımı	
0	130 (79,3)
1	34 (20,7)
Ebeveyn Diş Hekimi Ziyaret (12 aylık)	
1	153 (93,3)
2 ve üzeri	11 (6,7)
Ebeveyn Beslenme Düzeni	
Düzenli	87 (53,0)
Orta-Düzensiz	77 (47,0)
Ebeveyn Eğitim Düzeyi	
Ortaokul	36 (22,0)
Lise	36 (22,0)
Üniversite	57 (34,8)
Yüksek lisans ve üzeri	35 (21,3)

KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi

Tablo 2. Katılımcıların ölçümleri ve çocukların ağız sağlığı durumunu değerlendiren indeksler

	Mean ± SD	Q1	Median	Q3
Ebeveyn yaşı	34,29 ± 5,60	30,00	34,00	38,00
Çocuğun yaşı	4,48 ± 0,90	4,00	5,00	5,00
BKİ	16,05 ± 3,18	13,73	15,42	17,30
KIDMED	6,61 ± 2,32	5,00	7,00	8,00
dmft	7,90 ± 3,53	5,25	7,00	10,00
Pİ	0,70 ± 0,50	0,00	1,00	1,00
Gİ	0,12 ± 0,34	0,00	0,00	0,00

SD: Standart Sapma; BKİ: Beden Kitle İndeksi; KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi; dmft: decayed, missing and filled teeth, Pİ: Plak İndeksi, Gİ: Gingival İndeks, Q1: Birinci çeyreklik, Q3: Üçüncü çeyreklik

Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ve ağız hijyeni alışkanlıklarının KIDMED ve dmft ile ilişkisi **Tablo 3**'te sunulmuştur. Buna göre çocuklarda diş hekimi ziyareti 2 ve üzeri olanların dmft skoru daha yüksekken ($p=0,002$), atıştırma sıklığı günde 1 ve daha az olanların dmft skoru günde 2 kez ve günde 3 ve daha fazla atıştıran çocuklardan daha düşüktür ($p=0,014$). Günde 1 ve daha az şekerli gıda tüketen çocukların dmft skoru günde 2 ve daha fazla şekerli gıda tüketen çocuklara göre daha düşüktür ($p=0,028$). Düzenli beslenen ebeveyn ve çocukların KIDMED skoruyla ilişkisi orta-düzensiz beslenen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,009$, $p=0,006$).

Tablo 3. Katılımcıların ölçümlerinin KIDMED ve dmft indekslerine göre ilişkilendirilmesi (Mean±SD/Median)

	KIDMED		dmft	
	Mean ± SD (Median)	p	Mean ± SD (Median)	p
Çocuk Cinsiyeti***				
Kız	6,77 ± 2,3 (7)	0,253	7,92 ± 3,42 (7,5)	0,910
Erkek	6,42 ± 2,35 (6,5)		7,88 ± 3,67 (7)	
Çocuk Diş Fırçalama Başlangıç**				
Başlamadık	6,05 ± 3,01 (6)	0,412	8,68 ± 4,7 (7)	0,881
İlk süt dişleri çıktığında	7 ± 2,6 (7)		7,63 ± 3,4 (7)	
1 yaşında	6,61 ± 2,13 (7)		7,84 ± 3,35 (8)	
Çocuk Diş Fırçalama Sıklığı**				
0	6,32 ± 2,45 (7)	0,364	8,3 ± 4,19 (8)	0,470
1	6,57 ± 2,26 (7)		8,01 ± 3,12 (8)	
2	7,02 ± 2,26 (7)		7,23 ± 3,21 (7)	
Çocuk Diş Fırçalama Süresi**				
1 dakikadan az	6,1 ± 2,28 (6)	0,173	8,08 ± 3,53 (8)	0,113
1 dakika	6,9 ± 2,25 (7)		8,37 ± 3,68 (8)	
2 dakika	6,54 ± 2,46 (6)		6,96 ± 3,12 (7)	
Çocuk Diş Hekimi Ziyaret(12 aylık)***				
1	6,51 ± 2,39 (7)	0,893	6,83 ± 4,01 (6)	0,002*
2 ve üzeri	6,65 ± 2,31 (7)		8,33 ± 3,23 (8)	
Çocuk Beslenme Düzeni***				
Düzenli	7,05 ± 2,42 (7)	0,006*	7,38 ± 3,15 (7)	0,089
Orta-Düzensiz	6,15 ± 2,14 (6)		8,45 ± 3,83 (8)	
Çocuk Atıştırma Sıklığı**				
Günde 1 ve daha az	7,02 ± 2,15 (7)	0,054	6,63 ± 3,46 (6,5)	0,014*
Günde 2	6,82 ± 2,37 (7)		8,26 ± 3,19 (8)	
Günde 3 ve daha fazla	5,96 ± 2,33 (6)		8,65 ± 3,74 (8)	
Çocuk Şekerli Gıda Tüketim Sıklığı***				
Günde 1 ve daha az	6,83 ± 2,22 (7)	0,163	7,35 ± 3,25 (7)	0,028*
Günde 2 ve daha fazla	6,29 ± 2,44 (6)		8,68 ± 3,77 (8)	
Ebeveyn Sosyo ekonomik Seviye**				
Düşük	6,93 ± 1,97 (7)	0,098	7,8 ± 3,35 (7)	0,244
Orta	6,08 ± 2,42 (6)		8,25 ± 3,63 (8)	
Yüksek	6,95 ± 2,57 (7)		7,5 ± 3,66 (6,5)	
Ebeveyn Diş Fırçalama**				
1	6,03 ± 2,26 (6,5)	0,251	8,17 ± 4,16 (7)	0,448
2	6,85 ± 2,21 (7)		8,17 ± 3,12 (8)	
3	6,71 ± 2,43 (7)		7,54 ± 3,52 (7)	
Ebeveyn Diş İpi Kullanımı***				
0	6,55 ± 2,29 (7)	0,275	7,76 ± 3,6 (7)	0,080
1	7,05 ± 2,61 (7)		9 ± 2,77 (9)	

Ebeveyn Gargara Kullanımı***				
0	6,62 ± 2,24 (7)	0,989	7,97 ± 3,61 (7)	0,640
1	6,59 ± 2,65 (6,5)		7,65 ± 3,23 (7)	
Ebeveyn Diş Hekimi Ziyaret(12 aylık)***				
1	6,57 ± 2,3 (7)	0,298	7,95 ± 3,42 (8)	0,129
2 ve üzeri	7,18 ± 2,71 (8)		7,27 ± 4,9 (5)	
Ebeveyn Beslenme Düzeni***				
Düzenli	7,09 ± 2,13 (7)	0,009*	8,14 ± 3,53 (8)	0,204
Orta-Düzensiz	6,06 ± 2,42 (6)		7,64 ± 3,52 (7)	
Ebeveyn Eğitim Düzeyi**				
Ortaokul	6,28 ± 2,65 (7)	0,584	8,39 ± 4,01 (8)	0,361
Lise	6,58 ± 1,89 (6)		8,14 ± 3,24 (7)	
Üniversite	6,95 ± 2,31 (7)		8,02 ± 3,26 (8)	
Yüksek lisans ve üzeri	6,43 ± 2,43 (7)		6,97 ± 3,68 (7)	

SD: Standart sapma; *p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı; **Kruskal Wallis Testi; ***Mann Whitney U Testi; KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi; dmft: decayed, missing and filled teeth.

Değişkenlerin KIDMED değerleri ile Spearman korelasyon analizi sonucunda yalnızca ebeveyn yaşının negatif çok düşük düzey bir ilişki içerisinde olduğu ($r=-0,15$; $p=0,048$) görüldü (**Tablo 4**).

Tablo 4. KIDMED ile değişkenlerin ilişkisi - Spearman korelasyon analizi (r (p))

	r (p)
Ebeveyn yaşı	-0,15 (p=0,048*)
Çocuğun yaşı	0,02 (p=0,782)
BKİ (kg/m ²)	0,06 (p=0,409)
dmft	-0,11 (p=0,145)
Pi	-0,06 (p=0,443)
Gİ	-0,13 (p=0,109)

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı; r: Pearson's korelasyon katsayısı; BKİ: Beden Kitle İndeksi; KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi; dmft: decayed, missing and filled teeth; Pi: Plak İndeksi; Gİ: Gingival İndeksi

Regresyon analizi sonucuna göre KIDMED skorunu ebeveyn yaşı ve Gİ değişkeninin etkilediği sonucuna ulaşıldı. Modelin açıklama oranı %6,7 olurken; ebeveyn yaşındaki 1 birimlik artış KIDMED skorunu 0,06 birim düşürürken, Gİ değerindeki 1 birimlik artışın KIDMED skorunu 1,4 birim düşürdüğü tespit edildi (**Tablo 5**).

Tablo 5. KIDMED skorlarının çoklu doğrusal regresyon analizi

Model	Değişkenler	Standardize Edilmemiş Beta Katsayısı	Standart Hata	Standardize Edilmiş Beta Katsayısı	t testi	p	Alt Sınır	Üst Sınır
İlk Model	Sabit	8,396	1,801		4,662	0,000*	4,839	11,954
	Ebeveyn yaşı	-0,071	0,033	-0,171	-2,130	0,035*	-0,136	-0,005
	Çocuğun yaşı	0,237	0,201	0,092	1,179	0,240	-0,160	0,635
	BKİ (kg/m ²)	0,020	0,058	0,027	0,343	0,732	-0,094	0,134
	dmft	-0,084	0,057	-0,127	-1,472	0,143	-0,196	0,029
	Pi	0,102	0,406	0,022	0,252	0,801	-0,700	0,905
	Gİ	-1,291	0,564	-0,190	-2,287	0,024*	-2,405	-0,176
R ² : 0,088 p=0,024								
Son Model	Sabit	8,831	1,098		8,045	0,000*	6,663	10,998
	Ebeveyn yaşı	-0,060	0,032	-0,144	-1,895	0,060*	-0,122	0,003
	Gİ	-1,406	0,517	-0,207	-2,719	0,007*	-2,427	-0,385
R ² : 0,067 p=0,004								

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı; t: Regresyon katsayıları için anlamlılık istatistiği; R²: Determinasyon katsayısı; BKİ: Beden Kitle İndeksi; KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi; dmft: decayed, missing and filled teeth; Pi: Plak İndeksi; Gİ: Gingival İndeksi

Tartışma

EÇÇ, çocukların genel sağlığını ve hayat kalitesini etkileyen ciddi bir sağlık problemidir. Çeşitli genetik, fiziksel, sosyo ekonomik, davranışsal ve psikolojik faktörler diş çürüğünün gelişimine katkıda bulunmakla birlikte beslenme alışkanlıkları EÇÇ ile doğrudan ilişkilidir.¹⁵ Bu amaçla çalışmada okul öncesi çocukların ağız sağlığı durumları ile ebeveynlerin ağız sağlığı tutumları ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi ile arasındaki ilişki incelendi ve çalışmanın H0 hipotezi kabul edildi.

Diş fırçalamayla dental plağın kaldırılması günlük olarak uygulanması gereken en temel ağız sağlığı alışkanlığındandır.³ Mevcut çalışmanın bulgularına göre; günde 2 kez diş fırçalayan çocukların dmft skoru diğer çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemekle birlikte daha düşüktür ($p=0,470$). Çocuklarda diş fırçalamaya başlangıç yaşı/süresi ile dmft skoru arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,881$, $p=0,113$). Bu bulgu çalışma örnekleminin az sayıda kişiden oluşmasıyla açıklanabilir. DMFT/dmft indeksi dünya çapında on yıllardır diş çürükleri hakkında veri toplamak için kullanılmaktadır ancak, bu kümülatif indeks tedavi edilmemiş diş çürüklerinin pulpa tutulumu ve apse gelişimi gibi klinik sonuçlar hakkında bilgi sağlamamaktadır.¹⁶

Bu çalışmada ebeveynlerde günde 3 kez diş fırçalayanlar katılımcıların %42,1'i, diş ipi ve gargara kullananlar ise %11,6 ve 20,7'sidir. Regresyon analizinde, ebeveynlerde yaştan KIDMED skorunu anlamlı biçimde negatif etkilediği görülmüş olup; bu durum anlamlılık sınırına çok yakın bir değer olmasının modeldeki etkisiyle ve genç ebeveynlerin sağlıklı beslenme konusunda daha yüksek farkındalık ve motivasyona sahip olmasıyla açıklanabilir. Ancak ebeveynlerin sosyo kültürel seviyesi ile çocuklarının dmft skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,361$). Bu sonuçlar annenin sosyo kültürel seviyesi arttıkça dft/DMFT değerinin düştüğünü bildiren benzer bir çalışmadan farklıdır.¹⁷

Erken çocukluk dönemi hem sağlıklı ağız hem de diyet alışkanlıklarının kazanıldığı özel bir süreçtir. Okul öncesi çocuklarda EÇÇ'nin önlenmesi için yüksek diyet kalitesine sahip sağlıklı bir beslenme düzeninin oluşturulması oldukça önemlidir. Günlük ağız hijyeni ve beslenme alışkanlıklarının, çürük etiolojisinde yer alan davranışsal faktörler olması nedeniyle düzenlenmesi ya da kontrol edilmesi mümkündür.^{4,18} Mevcut çalışmada çocukların ortalama KIDMED puanları ($6,61 \pm 2,32$) incelendiğinde Akdeniz Diyet Kalite İndeksine uyumlarının ortalama düzeyde olduğu görülmektedir. Düzenli beslenme alışkanlıklarına sahip ebeveyn/çocuk grubunun KIDMED skoruyla ilişkisi, orta-düzensiz beslenen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,009$, $p=0,006$).

Akdeniz diyeti; doymuş yağ oranı nispeten düşük ve tam tahıllı gevrek, sebze ve meyve, kuruyemiş, tohum ve balık tüketimine dayanan iyi dengelenmiş bir diyet olarak kabul edilir. Söz konusu diyet; düşük ve orta miktarda peynir ve yoğurt içerir ve ultra işlenmiş gıda, kırmızı et ve şekerin tüketimini azaltır.^{19,20} Farsi tarafından yapılan çalışmada çocukların %58,3'ünün diyetleri çok kötü ve %30,7'sinin diyetinin ise iyileştirilmeye ihtiyacı olduğu saptanmıştır.²¹ Marqués-Martínez ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların diyetlerinin %48,3'ü yüksek, %46,4'ü orta, %5,3'ü düşük uyum göstermiştir.²² Bizim çalışmamızda ise katılımcıların diyetlerinin uyumu %10,4'ünün düşük, %48,8'inin orta, %40,8'inin iyidir. Literatürde Akdeniz diyeti ve çürük prevalansı arasında pozitif korelasyon olduğu belirtilmektedir. Akdeniz diyetine uyum ne kadar fazlaysa çürük miktarı o kadar azdır.^{4,22,23} Diğer taraftan Akdeniz diyetine yetersiz uyumun sadece çürük oluşturan gıdaların tüketiminin artmasına yol açmayıp, diş çürüğünü önlemeye yardımcı olan gıdalardaki eksikliği de vurguladığı belirtilmiştir.²¹ İnan Eroğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada iki farklı diyet alımı indeksi (HEI-2010 ve KIDMED) kullanılmış, KIDMED sınıflandırılmasına göre daha olumlu diyet puanı olan ve olmayan çocuklarda diş çürükleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir.⁴ Yapılan başka bir çalışmada benzer şekilde KIDMED sınıflandırılmasına göre diş çürüklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.²⁴ Esin ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise

KIDMED skorunun DMFT değeri ile negatif ilişkili olduğu, dft değeriyle anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir.¹⁷ Benzer şekilde çalışmamızda çocuklarda KIDMED skoru ile dmft arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p=0,145). Bu sonuç EÇÇ prevalansını belirlerken; kullanılan farklı tanı kriterleri, istatistiksel analiz yöntemi ve örneklem büyüklüğüne bağlı olarak farklı sonuçların elde edilmesiyle açıklanabilir.

Literatür serbest şeker alımının diyet enerjisinin %10'un altına düşürülmesi durumunda çürüğün azaldığını ve daha fazla azaltmanın faydalı olabileceğini savunur.²⁵ Çürük oluşumunda şekerli gıda tüketim sıklığının miktardan daha fazla önemli olduğu vurgulanır.²⁶ Mahmoud ve ark. tarafından yapılan çalışmada dmft ve DMFT ile şeker tüketimi arasında anlamlı bir pozitif korelasyon izlenmiştir.²⁷ Mevcut çalışmada atıştırma sıklığı ve şekerli gıda tüketim sıklığı günde 1 ve daha az olanların dmft skorunun diğer çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (p=0,014, p=0,028). Bununla birlikte çocuklarda diyet modellerinin diş çürüğü insidansı üzerindeki etkisini incelemek şeker alımını sorgulamaktan daha doğru olabilir.²⁸

Sınırlılıklar

Çalışmanın limitasyonlarından biri, KIDMED indeksinin ailelerin ve çocukların öznel yanıtlarına dayanmasıdır. Diğer bir limitasyon ise Akdeniz diyeti bitki bazlı gıda içeriği nedeniyle antikaryojenik ajanlar içerdiğinden ağız ve diş sağlığı verilerini etkileyebilir. Çalışma tek merkezli olduğundan yapıldığı örneklem grubuna genellenebilir olup, çalışma sonuçları Türkiye geneline yansıtılamaz. Bu konu hakkında çok merkezli çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sonuç ve Öneriler

Okul öncesi çocuklarda EÇÇ'nin önlenmesi amacıyla yüksek diyet kalitesine sahip sağlıklı bir beslenme düzeni oluşturulmalı ve günlük ağız hijyeni alışkanlıkları çocuk diş hekimleri tarafından kazandırılmalıdır. Çocuk hastaların ve ebeveynlerin ağız hijyeni alışkanlıkları ve karyojenik gıda alımı ve tüketim sıklığı gibi değişkenler düzenli olarak değerlendirilmelidir. Ailelere ağız sağlığının ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının önemi hatırlatılarak, çocukların ağız ve genel sağlığının ideal seviyeye getirilmesi hedeflenmelidir.

Bilgi

Herhangi bir fondan ya da finans kaynağından destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Etik Onay

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Klinik Araştırmalar Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alındı (2020/11-08, Tarih no: 10.06.2020).

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Aslı Soğukpınar Önsüren: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirisel inceleme

Merve Safa Mutluay: Fikir, tasarım, danışmalık/denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı

Kaynaklar

- 1-Obregón-Rodríguez N, et al. Prevalence and caries-related risk factors in schoolchildren of 12- and 15-year-old: a cross-sectional study. BMC Oral Health 2019;19(1):120.
- 2-Severino M, et al. Prevalence of Early Childhood Caries (ECC) in a paediatric Italian population: An epidemiological study. Eur J Paediatr Dent 2021;22(3):189-198.
- 3-T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırma Raporu 2018. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42552/0/turkiye-agiz-ve-dis-sagligi-profili-arastirma-raporu.pdf>. Erişim Tarihi: 25 April 2023.

- 4-İnan-Eroğlu E, et al. Is diet quality associated with early childhood caries in preschool children? A descriptive study. *Turk J Pediatr* 2017;59(5):537-547.
- 5-van Loveren C. Sugar Restriction for Caries Prevention: Amount and Frequency. Which Is More Important? *Caries Res* 2019;53(2):168-175.
- 6-Kashket S, DePaola DP. Cheese consumption and the development and progression of dental caries. *Nutr Rev* 2002;60(4):97-103.
- 7-Mäkinen KK. Sugar alcohol sweeteners as alternatives to sugar with special consideration of xylitol. *Med Princ Pract* 2011;20(4):303-20.
- 8-Runnel R, et al. Effect of three-year consumption of erythritol, xylitol and sorbitol candies on various plaque and salivary caries-related variables. *J Dent* 2013;41(12):1236-44.
- 9-Mentella MC, et al. Cancer and Mediterranean Diet: A Review. *Nutrients* 2019; 11(9):2059.
- 10-Serra-Majem L, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nut.* 2004;7(7):931-935.
- 11-World Health Organization (WHO) Childhood Overweight and Obesity. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi: 24 Eylül 2023.
- 12-Şahingöz SA, Özgen L, Yalçın E. Akdeniz Diyet Kalitesi Ölçeğinin (Mediterranean Diet Quality- KIDMED) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Uluslararası Avrasya Doğal Beslenme, Sağlıklı Yaşam ve Spor Kongresi, 2-6 Ekim 2019, Ankara, Türkiye. Kongre kitabı 2019; s. 1078- 88.
- 13-World Health Organization. Oral health surveys: basic methods - 5th edition, 2013.
- 14-Löe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol* 1967;38(6):610-616.
- 15-American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries: Consequences and Preventive Strategies. 2021. Erişim adresi: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_eccconsequences.pdf. Erişim Tarihi: 10 Şubat 2024.
- 16-Aktaş N, et al. Çocuklarda tedavi edilmemiş diş çürüklerinin PUFA indeksi ile değerlendirilmesi. *Acta Odontol Turc* 2018;35(1):23-28.
- 17-Esin K, et al. Association between dental caries and adherence to the Mediterranean diet, dietary intake, and body mass index in children. *BMC Oral Health* 2024;24(1):297.
- 18-Zeng L, et al. Diet and lifestyle habits associated with caries in deciduous teeth among 3- to 5-year-old preschool children in Jiangxi province, China. *BMC Oral Health* 2018;18(1):224.
- 19-Guasch-Ferré M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *J Intern Med* 2021;290(3):549-566.
- 20-Masini A, et al. Adherence to the Mediterranean Diet in Children and Adolescents and Association with Multiple Outcomes: An Umbrella Review. *Healthcare (Basel)* 2024;12(4):449.
- 21-Farsi DJ. BMI, Dental Caries, and Risk Factors among Elementary School Children: A Cross-Sectional Study. *Children (Basel)* 2024;11(9):1145.
- 22-Marqués-Martínez L, et al. Association between the Severity of Dental Caries and the Degree of Adherence to the Mediterranean Diet in the Pediatric Population. *Nutrients* 2022;14(17):3622.
- 23-Marques L, Garcia E, Borrell C. Relationship between Dental Caries and Adherence to Mediterranean Diet in a Population of Children. *Clin Nutr Hosp Diet* 2021;41:105-110.
- 24-İnan E, et al. Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniğine Başvuran 6-12 Yaşlarındaki Bir Grup Sağlıklı Çocukta Beslenme Durumu ve Diş Çürüğü İlişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2013; 41(1):10-17.
- 25-Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res* 2014;93(1):8-18.
- 26-Paes Leme AF, et al. The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation--new insight. *J Dent Res* 2006;85(10):878-887.
- 27-Mahmoud SA, et al. The effect of unhealthy dietary habits on the incidence of dental caries and overweight/obesity among Egyptian school children (A cross-sectional study). *Front Public Health* 2022;10:953545.
- 28-Hu S, et al. Infant dietary patterns and early childhood caries in a multi-ethnic Asian cohort. *Sci Rep* 2019;9(1):852.

Kanser Hastalarının Onkolojik Cerrahi Öncesi Ağrı Yönetiminde Kullandığı Nonfarmakolojik Yöntemlerin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Araştırma*

Determination of Nonpharmacological Methods Used by Cancer Patients in Pain Management Before Oncological Surgery: A Descriptive Study

Muaz Gülşenⁱ, Nursevim Aydıngülüⁱⁱ, Sevban Arslanⁱⁱⁱ, Canan Kanat^{iv}, Tuğba Çam Yanık^v,
Gülşay Altın Uğraş^{vi}

ⁱÖğr.Gör. Dr., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-8356-8202>

ⁱⁱAraş.Gör., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-2058-3966>

ⁱⁱⁱProf. Dr., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-8893-9391>

^{iv}Araş.Gör.Dr., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
<https://orcid.org/0000-0002-9268-8345>

^vDr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
<https://orcid.org/0000-0002-9053-9397>

^{vi}Doç.Dr., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
<https://orcid.org/0000-0001-6804-5035>

Öz

Amaç: Kanser ağrısı, hastalar tarafından farklı şiddetlerde yaşanan bir semptomdur. Bireyi rahatlatmak, yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları azaltmak için ağrının kontrol altına alınması gerekmektedir. Bu nedenle araştırma, onkolojik cerrahi geçirecek olan kanser hastalarının ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlere başvurma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, bir üniversite hastanesinin kemoterapi ünitesinde yatan 279 kanser hastası ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Sözel Ağrı Değerlendirme Ölçeği ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Nonfarmakolojik Yöntemler Formu kullanılmıştır. Bu formlar, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 57.30±12.92 olduğu, %64.5'inin kadın olduğu ve %37.3'ünün meme kanseri nedeniyle tedavi edildiği belirlenmiştir. Hastaların %51.6'sı şiddetli ağrı yaşadığını ve %87.1'i ağrı yönetiminde ilaç kullandığını belirtmiştir. Onkolojik cerrahi öncesinde ağrıyı hafifletmek amacıyla nonfarmakolojik yöntemlere başvuran hastaların %62,7'si fiziksel yöntemler arasından masajı, %53,8'i bilişsel-davranışsal yöntemler arasından olumlu düşünmeyi, %47'si psikososyal yöntemler arasından sohbet etmeyi ve %92,5'i manevi yöntemler arasından dua etmeyi tercih etmiştir. Nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı şiddetine göre karşılaştırılmasında, şiddetli ağrı yaşayan hastaların masaj ve olumlu düşünme yöntemlerini, düşük ve orta düzeyde ağrı yaşayanlara göre daha fazla kullandığı; bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Onkolojik cerrahi öncesinde ağrıyı hafifletmek amacıyla kanser hastaları, nonfarmakolojik yöntemler arasında en sık fiziksel yöntemlerden masajı, bilişsel-davranışsal yöntemlerden olumlu düşünmeyi, psikososyal yöntemlerden sohbet etmeyi ve manevi yöntemlerden dua etmeyi tercih etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı yönetimi, Kanser ağrısı, Hemşirelik bakımı, Hasta eğitimi.

ABSTRACT

Objective: Cancer pain is a symptom experienced by patients in varying intensities. Controlling pain is crucial to alleviate individuals, enhance their quality of life, and reduce complications. The research aimed to identify the utilization of nonpharmacological methods in managing pain among cancer patients undergoing oncological surgery.

Methods: A descriptive qualitative study was conducted with 279 cancer patients hospitalized in the chemotherapy unit of a university hospital. Data collection utilized a "Personal Information Form," "Verbal Pain Assessment Scale," and a "Nonpharmacological Methods Form" prepared by researchers based on the literature. These forms were applied through face-to-face interviews with consenting participants.

Results: The mean age of the patients who participated in the study was 57.30±12.92 years, 64.5% were female and 37.3% were treated for breast cancer. 51.6% of the patients stated that they experienced severe pain and 87.1% of them used medication for pain management. Among patients who used nonpharmacological methods to relieve pain, 62.7% preferred massage among physical methods, 53.8% preferred positive thinking among cognitive-behavioral methods, 47% preferred conversation among psychosocial methods, and 92.5% preferred prayer among spiritual methods. In the comparison of nonpharmacologic methods according to pain intensity, it was found that patients with severe pain used massage and positive thinking methods more than those with low and moderate pain; this difference was statistically significant.

Conclusion: In order to alleviate pain before oncologic surgery, cancer patients most frequently preferred massage from physical methods, positive thinking from cognitive-behavioral methods, conversation from psychosocial methods, and prayer from spiritual methods among nonpharmacological methods.

Keywords: Cancer pain, Pain management, Nursing care, Patient education.

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):283-295

DOI: 10.31020/mutfd.1477288

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Mayıs 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 14 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: Muaz Gülşen <muaz.gulsen@gmail.com>

Etik Kurul Onayı: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 14/07/2023, Sayı:135/42)

Giriş

Kanser, dünya genelinde ölümlerin başlıca nedenlerinden biri olup, küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.¹ Nüfus tahminlerine göre, önümüzdeki yirmi yılda yeni kanser vakalarının 30,2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.² Ancak kanser hastaları, hastalığın kendisinden, bıraktığı sekellerden veya tedavinin yan etkilerinden çok, kanserin neden olduğu ağrıdan endişe duymaktadır.³ Veriler yeni tanı konmuş hastaların %30'unda, tedavi gören hastaların %50'sinde ve ileri evre hastaların %90'ında kansere bağlı ağrı görüldüğünü belirtmektedir.^{3,4} Van den Beuken-van Everdingen ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta-analiz çalışması da bu bulguları desteklemektedir; çalışmaya göre kanser hastalarının küratif tedavi sonrası %39,3'ünde, anti-kanser tedavisi sırasında %55'inde ve ileri evre kanser hastalarının %66,4'ünde ağrı saptanmıştır.⁵ Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre ise palyatif bakım alan onkoloji hastalarının yaklaşık %80'inde orta ve şiddetli derecede ağrı yaşandığı bildirilmektedir.⁶

Kanser hastalarının onkolojik cerrahi öncesi ağrı yönetimi, hastaların tedavi sürecinde karşılaştıkları en önemli konulardan biridir.⁷ Bu aşamada, nonfarmakolojik yöntemlerin etkin bir şekilde kullanılması, ağrının yönetilmesi ve hastaların genel yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir.^{7,8} Nonfarmakolojik yöntemler, hastaların tedavi süreçlerinde yaşadıkları ağrıyı hafifleterek, cerrahi müdahalenin başarı şansını artırmaktadır. Cerrahi öncesi dönemde ortaya çıkan ağrı, farklı birçok faktörden kaynaklanmakta olup, hastaların fiziksel ve duygusal durumlarını derinden etkilemektedir. Eğer ameliyat öncesinde etkin bir ağrı yönetimi uygulanmazsa, bu durum, ağrıya bağlı stresin artmasına, cerrahi sonuçların olumsuz etkilenmesine ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilir. Ayrıca, ağrının kontrol edilememesi stres hormonlarının artmasına, bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve cerrahi sonrası komplikasyon riskinin yükselmesine yol açabilir.^{8,9}

Onkolojik cerrahi öncesi ağrı yönetimi, yalnızca fiziksel rahatsızlıkların hafifletilmesiyle sınırlı kalmaz; aynı zamanda hastaların psikolojik durumlarını iyileştirerek daha dengeli bir ruh hali sağlamalarına da yardımcı olur.^{6,7} Kanser ağrısı, hastalarda sıklıkla anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunları tetiklediği için, ameliyat öncesinde ağrının etkili bir şekilde kontrol altına alınması, cerrahi sürece ilişkin kaygı ve korkuların da azalmasına katkısı olur.⁷ Ayrıca, cerrahi öncesi dönemde iyi bir ağrı yönetimi sağlanması, ameliyat sonrası ağrı toleransını arttırarak hastaların iyileşme sürecini hızlandırabilir.⁸ Bu nedenle, onkolojik cerrahi öncesi dönemde multidisipliner yaklaşımla hastaya özgü bir ağrı yönetim planı oluşturulması son derece önemlidir.¹⁰⁻¹²

Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network-NCCN), ağrı düzeyi dört puan veya üzerinde olan hastalarda farmakolojik tedaviye ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını önermektedir.¹³ Bu amaçla, NCCN, kanser hastaları için nonfarmakolojik yöntemleri sistematize etmek adına, bu yöntemleri fiziksel, bilişsel-davranışsal, psikososyal ve manevi olarak dört ana kategoriye ayırmıştır.¹³ Ancak, bu kategorilerin içeriği zamanla farklı kültürlerle ve toplumların ihtiyaçlarına göre literatür doğrultusunda şekillenmiştir.¹⁴⁻¹⁷ Fiziksel yöntemler arasında masaj, mentol uygulama, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma, TENS, vibrasyon, akupunktur, cerrahi tedavi yöntemleri ve sinir blokları yer alır. Bilişsel-davranışsal yöntemler arasında olumlu düşünme, sohbet etme, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme/söyleme, kitap-gazete okuma, derin nefes egzersizi yapma, resim yapma, yoga, meditasyon ve hipnoz yer alır. Psikososyal yöntemler arasında sohbet etme, telefon ile konuşma ve aile terapisine yer verilmektedir. Son olarak manevi yöntemler bölümünde ise bireyin manevi, ruhsal veya dini inançlarıyla bağlantılı olan düşünce ve pratikleri içeren spiritüel yaklaşımlar (dua etme, Kur'an-ı Kerim okuma, diğer kutsal metinlerden okuma, namaz kılma gibi) yer alır.¹⁴⁻¹⁷

Yapılan sistematik analiz ve meta-analiz çalışmalarında, nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı yönetimindeki etkinliğini destekleyen bilimsel kanıtların zamanla artsa da, bu yöntemlerin etkisini kesin olarak ortaya

koyan kapsamlı çalışmaların henüz sınırlı sayıda olduğu belirtilmektedir.^{2,3} Mevcut araştırmalarda belirli hasta gruplarında ve küçük örneklerle çalışılması nedeniyle sonuçların genellenemeyeceği, ancak farmakolojik yöntemlerle kombine edildiğinde olumlu sonuçlar verdiği vurgulanmaktadır.^{2,3} Ayrıca, bu yöntemlerin genellikle yan etkisiz olmaları ve özel ekipman gerektirmemeleri gibi avantajlarıyla multimodal ağrı yönetiminin önemli bir bileşeni olarak kabul edildiği ifade edilmektedir.^{2,3}

Nonfarmakolojik yaklaşımların ağrı yönetimine entegre edilmesi, tedavi etkinliğini, günlük yaşam aktivitelerini, hastanede kalış süresini, iş gücü kaybını ve tedavi maliyetlerini olumlu yönde etkileyebilir.^{14,18-21} Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemde etkili bir ağrı yönetiminin sağlanması, tedavi ve bakımın başarısı açısından kritik önem taşımaktadır.¹⁸ Onkolojik cerrahi öncesi dönemde nonfarmakolojik yöntemlerin tedaviye dahil edilebilmesi için, öncelikle hastaların ağrı yönetiminde kullandıkları mevcut yöntemlerin belirlenmesi gerekmektedir.⁷ Literatürde, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanım sıklığını değerlendiren çalışmaların büyük çoğunluğunun sağlık profesyonelleri^{7,9} ve farklı hasta gruplarıyla^{15-17,22} yapıldığı görülmektedir. Ancak, onkoloji hastalarına yönelik çalışmalarda sınırlı sayıda araştırma bulunduğu, bu araştırmaların ise onkolojik cerrahi planlanan hastalara özel olmadığı tespit edilmiştir.¹⁴ Bu nedenle, planlanan çalışmanın amacı kanser hastalarının onkolojik cerrahi öncesinde ağrı yönetiminde kullandıkları nonfarmakolojik yöntemleri belirlemektir.

Araştırma Soruları

1. Onkolojik cerrahi öncesinde hastalar, ağrı yönetiminde hangi nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaktadır?
2. Onkolojik cerrahi öncesinde hastalar tarafından kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, hastaların demografik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre farklılık göstermekte midir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kanser hastalarının onkolojik cerrahi öncesi ağrı yönetiminde kullandığı nonfarmakolojik yöntemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, 15 Temmuz - 15 Aralık 2023 tarihleri arasında Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin kemoterapi ünitesinde tedavi edilen hastalar ile yürütülmüştür.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin kemoterapi ünitesinde onkolojik cerrahi öncesi kemoterapi uygulanan hastalar oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre 2022 yılında 738 hastanın tedavi için kemoterapi ünitesine başvurduğu saptanmıştır. Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem formülünden ($t=1,96$; $d=0.05$) yararlanılarak ($n=N t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$) hesaplanmıştır.²³ Gerekli örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığında $\pm 5\%$ örneklem hatası ile 276 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Evrende yer alan hastalar arasından; ağrısı olan, onkolojik cerrahi öncesi kemoterapi alan, psikiyatrik, işitsel ve iletişimsel engeli bulunmayan, 18 yaşından büyük 279 hasta dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında demografik özellikleri sorgulayan "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", ağrı şiddetinin belirlenmesi için "Sözel Ağrı Değerlendirme Ölçeği" ve hastaların ağrı kontrolü için kullandıkları nonfarmakolojik yöntemleri sorgulayan "Nonfarmakolojik Yöntemler Formu" kullanılmıştır.

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form, sosyodemografik özellikleri sorgulayan (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, tıbbi tanı) beş sorudan oluşmaktadır.¹⁴⁻¹⁷

Sözel Ağrı Derecelendirme Ölçeği: Albersnagel tarafından geliştirilmiş bir ağrı şiddeti değerlendirme aracıdır. Türkiye'de bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydın ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.²⁴ Ölçek, 0 ile 10 cm arasında bir cetvel kullanarak ağrı şiddetini değerlendirir; 0, "ağrı yok" anlamına gelirken, 10 "mümkün olan en kötü ağrı"yı ifade eder. Hastaların verdikleri puanlar arttıkça, ağrı şiddeti de yükselir. Bu puanlamada "0=ağrı yok", "1-3=hafif derecede ağrı", "4-6=orta derecede ağrı" ve "7-10=şiddetli ağrı" olarak sınıflandırılmaktadır.²⁵

Nonfarmakolojik Yöntemler Formu: Form, NCCN kılavuzundaki sınıflandırmaya göre hazırlanmış olup literatür doğrultusunda fiziksel, bilişsel-davranışsal, psikososyal ve manevi yöntemlerin içeriği oluşturulmuştur.¹³⁻¹⁷ Fiziksel yöntemler bölümünde masaj, mentol uygulama, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma, TENS, vibrasyon, akupunktur, cerrahi tedavi yöntemleri ve sinir blokları yer almaktadır. Bilişsel-davranışsal yöntemler bölümünde olumlu düşünme, sohbet etme, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme/söyleme, kitap-gazete okuma, derin nefes egzersizi yapma, resim yapma, yoga, meditasyon ve hipnoz bulunmaktadır. Psikososyal yöntemler bölümünde sohbet etme, telefonla konuşma ve aile terapisi gibi uygulamalar yer alırken, manevi yöntemler bölümünde ise bireyin manevi, ruhsal veya dini inançlarıyla bağlantılı olan düşünce ve pratikleri içeren spiritüel yaklaşımlar (dua etme, Kur'an-ı Kerim okuma, diğer kutsal metinlerden okuma, namaz kılma gibi) bulunmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli kurum izni alındıktan sonra veriler hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Kemoterapi kürü almaya başlamadan önce hastalara çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmiş ve sözel izin alınmıştır. Her bir hasta görüşmesi ortalama 15 dakika sürmüştür.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapıldığı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Toplantı sayısı/Karar no/Tarih:135/42/14 Temmuz 2023) izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, sözlü onayları alınmıştır. Araştırmanın planlanması ve yazımı bilimsel yayın etiğine ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 26.0 paket programı (International Business Machines-IBM, New York, USA) kullanılarak yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri incelenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki oran farklılıkları ki-kare analizi ile test edilmiştir. Kategorik değişken düzeyi ikiden fazla olan durumlarda ise gruplar arasında ikili oran karşılaştırmaları yapılmıştır. Elde edilen bulgular $p < 0.05$ anlamlılık derecesi ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57.3 ± 12.92 olup %64.5'inin kadın, %80.6'sının evli ve %37.3'ünün meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Hastaların %51.6'sı şiddetli ağrı yaşadığını ve %87.1'i ağrı yönetiminde ilaç kullandığını belirtmiştir (**Tablo 1**).

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Sağlık Durumu ile İlgili Bulgular

	Ort±Std	[Min-Max]
Yaş	57.3±12.92	[29-82]
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-39	19	6.8
40-64	130	46.6
65-79	94	33.7
80 ve üstü	36	12.9
Cinsiyet		
Kadın	180	64.5
Erkek	99	35.5
Medeni durum		
Evli	225	80.6
Bekar	54	19.4
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	122	43.7
Ortaöğretim	96	34.4
Üniversite	61	21.9
Tıbbi tanı		
Meme Kanseri	104	37.3
Akciğer Kanseri	56	20.1
Sindirim Sistemi Kanseri	83	29.7
Ürogenital Sistem Kanseri	36	12.9
Ağrı düzeyi		
Hafif (1-3)	63	22.6
Orta (2-6)	72	25.8
Şiddetli (7-10)	144	51.6
Ağrı yönetiminde ilaç kullanma		
Evet	243	87.1
Hayır	36	12.9
Toplam	279	100

Nonfarmakolojik yöntemler sınıflamasında yer almasına rağmen hastalar tarafından kullanılmayan teknikler (fiziksel yöntemlerde terapötik dokunma, TENS, vibrasyon, akupunktur, cerrahi tedavi; bilişsel-davranışsal yöntemlerde yoga, meditasyon, hipnoz; psikososyal yöntemlerde aile terapisi; manevi yöntemlerde ise diğer kutsal metinlerden okuma ve namaz kılma) Tablo 2 ve Tablo 3'e dahil edilmemiştir.

Onkolojik cerrahi öncesinde ağrıyı hafifletmek amacıyla nonfarmakolojik yöntemlere başvuran hastaların %62,7'si fiziksel yöntemler arasında masajı, %53,8'i bilişsel-davranışsal yöntemler arasında olumlu düşünmeyi, %47'si psikososyal yöntemler arasında sohbet etmeyi ve %92,5'i manevi yöntemler arasında dua etmeyi tercih etmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Hastaların Ağrı Yönetiminde Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemler

	Sayı (n*)	Yüzde (%)
Fiziksel Yöntemler		
Masaj	175	62.7
Sıcak uygulama	74	26.5
Soğuk uygulama	24	8.6
Bilişsel-Davranışsal Yöntemler		
Olumlu düşünme	150	53.8

Hayal kurmak	118	42.3
Dikkati başka yöne çekme	114	40,9
Müzik dinlemek	95	34.1
Derin nefes egzersizi	91	32.6
Kitap-gazete okuma	59	21.1
Resim yapmak	5	1.8
Psikososyal Yöntemler		
Sohbet etmek	131	47.0
Telefonla konuşmak	83	29.7
Manevi Yöntemler		
Dua etme	258	92.5
Kuran-ı Kerim okuma	184	65.9

*: Hastalar birden fazla yöntem belirttikleri için n katlanmıştır.

Tablo 3'te, hastaların tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları ile her sınıflandırmada en sık kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin karşılaştırılması sunulmuştur. Analizlerin netliğini ve bütünlüğünü sağlamak amacıyla, istatistiksel olarak anlamlı olmayan ve karmaşıklığa neden olan diğer yöntemler tablodan çıkarılmıştır.

Onkolojik cerrahi öncesi hastaların ağrı yönetiminde ağrıyan bölgeye masaj uygulamalarının cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu farkın, kadınların erkeklere oranla masaj uygulamasını daha sık kullanmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2(1)=16.936$, $p=0.001$). Hastaların ağrı yönetiminde masaj yapma durumu ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farkın, yükseköğretim mezunu hastaların masaj uygulamasını daha az yapmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($X^2(2)=8.335$, $p=0.015$). Tıbbi tanıya göre kullanılan nonfarmakolojik yöntemler karşılaştırıldığında, hastaların ağrı yönetiminde masaj yapma durumları ile tıbbi tanıları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farkın, sindirim sistemi kanseri olan hastaların masaj uygulamasını daha sık yapmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($X^2(3)=18.605$, $p=0.001$). Ağrı düzeyine göre hastaların masaj uygulama durumları karşılaştırıldığında, şiddetli ağrı yaşayan hastaların masaj uygulamasına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla başvurduğu tespit edilmiştir. ($X^2(2)=26.993$, $p=0.001$) (**Tablo 3**).

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Sağlık Durumları ile İlgili Bulguların Ağrı Yönetiminde Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemlerle Karşılaştırılması

	Fiziksel Yöntemleri	Bilişsel-Davranışsal Yöntemler	Psikososyal Yöntemler	Manevi Yöntemler
Tanıtıcı Özellikler	Masaj Yapma n (%)	Olumlu Düşünme n (%)	Sohbet etme n (%)	Dua Etme n (%)
Yaş				
18-39	13 (7.4)	7 (4.7)	8 (6.1)	16 (6.2)
40-64	75 (42.9)	71 (47.3)	62 (47.4)	119 (46.1)
65-79	60 (34.3)	49 (32.7)	48 (36.6)	89 (34.5)
80 ve üstü	27 (15.4)	23 (15.3)	13 (9.9)	34 (13.2)
Test	$X^2(3)=4.041$,	$X^2(3)=3.812$,	$X^2(3)=2.545$,	$X^2(3)=2.886$, $p=0,383^{**}$
p değeri	$p=0.257^*$	$p=0.282^*$	$p=0.467^*$	
Cinsiyet				
Kadın	97 (55.4)	84 (56.0)	82 (62.6)	165 (64.0)
Erkek	78 (44.6)	66 (44.0)	49 (37.4)	93 (36.0)
Test	$X^2(1)=16.936$,	$X^2(1)=10.278$,	$X^2(1)=0.398$,	$X^2(1)=0.474$, $p=0,491^*$
p değeri	$p=0.001^*$	$p=0.001^*$	$p=0.528^*$	

Medeni durum				
Evli	137 (78.3)	124 (82.7)	109 (83.2)	206 (79.8)
Bekar	38 (21.7)	26 (17.3)	22 (16.8)	52 (20.2)
<i>Test</i>	$\chi^2(1)=1.674,$	$\chi^2(1)=0.849,$	$\chi^2(1)=1.038,$	$\chi^2(1)=1.406, p=0,387^{**}$
<i>p değeri</i>	$p=0.196^*$	$p=0.357^*$	$p=0.308^*$	
Eğitim düzeyi				
İlköğretim ^a	65 (37.1)	75 (50.0)	63 (48.1)	112 (43.4)
Ortaöğretim ^b	68 (38.9)	42 (28.0)	44 (33.6)	87 (33.7)
Yükseköğretim ^c	42 (24.0)	33 (22.0)	24 (18.3)	59 (22.9)
<i>Test</i>	$\chi^2(2)=8.335,$	$\chi^2(2)=6.794,$	$\chi^2(2)=2.542,$	$\chi^2(2)=2.131, p=0,344^*$
<i>p değeri</i>	$p=0.015^*$ $b>a>c$	$p=0.033^*$ $a>b>c$	$p=0.281^*$	
Tıbbi tanı				
Meme Kanseri ^a	52 (29.7)	54 (36.0)	56 (42.7)	100 (38.8)
Akciğer Kanseri ^b	32 (18.3)	26 (17.3)	24 (18.3)	48 (18.6)
Sindirim Sist. Kanseri ^c	61 (34.9)	52 (34.7)	40 (30.5)	78 (30.2)
Ürogenital Kanseri ^d	30 (17.1)	18 (12.0)	11 (8.5)	32 (12.4)
<i>Test</i>	$\chi^2(3)=18.605,$	$\chi^2(3)=4.196,$	$\chi^2(3)=6.299,$	$\chi^2(3)=6.633, p=0,078^{**}$
<i>p değeri</i>	$p=0.001^*$ $c>a>b>d$	$p=0.041^*$ $a>c>b>d$	$p=0.098^*$	
Ağrı düzeyi				
Hafif (1-3) ^a	22 (12.6)	42 (28.0)	34 (26.0)	54 (20.9)
Orta (2-6) ^b	50 (28.6)	43 (28.7)	35 (26.7)	68 (26.4)
Şiddetli (7-10) ^c	103 (58.8)	65 (43.3)	62 (47.3)	136 (52.7)
<i>Test</i>	$\chi^2(2)=26.993,$	$\chi^2(2)=9.557,$	$\chi^2(2)=2.202,$	$\chi^2(2)=5.341, p=0.069^*$
<i>p değeri</i>	$p=0.001^*$ $c>b>a$	$p=0.008^*$ $c>b>a$	$p=0.332^*$	
Ağrı yönetiminde ilaç kullanma durumu				
Evet	152 (86.9)	131 (87.3)	114 (87)	226 (87.6)
Hayır	23 (13.1)	19 (12.7)	17 (13.0)	32 (12.4)
<i>Test</i>	$\chi^2(1)=0.024,$	$\chi^2(1)=0.016,$	$\chi^2(1)=0.001,$	$\chi^2(1)=0.763, p=0.328^{**}$
<i>p değeri</i>	$p=0.877^*$	$p=0.899^*$	$p=0.972^*$	

* Pearson Chi-Square, ** Fisher's Exact Test,

Tartışma

Onkolojik cerrahi öncesi kanser hastalarının ağrı yönetiminde kullandıkları nonfarmakolojik yöntemler fiziksel, bilişsel-davranışsal, psikososyal ve manevi olmak üzere dört kategoriye ayrılarak her bir kategorinin en sık kullanılan yöntemi tartışılmıştır¹³. Analizlerin netliğini ve tartışmanın bütünlüğünü sağlamak amacıyla, karmaşıklığa neden olan veya istatistiksel olarak anlamlı olmayan diğer yöntemlere tartışmada yer verilmemiştir.

Fiziksel Yöntemlerle İlgili Bulguların Tartışması

Araştırmada, onkolojik cerrahi öncesinde ağrıyı hafifletmek amacıyla nonfarmakolojik yöntemler kullanan hastaların %62,7'sinin fiziksel yöntemler arasında en çok masajı tercih ettiği belirlenmiştir (**Tablo 2**). Bu bulgu, Genç ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında rapor edilen %64'lük masaj tercih oranı ile uyumludur. Genç et al.'ın çalışmasında 123 kanser hastasının fiziksel yöntemler arasında en yüksek oranda masajı tercih ettiği gözlemlenmiştir.¹⁴ Bu sonuçlar, masajın hem fiziksel hem de psikolojik rahatlama işlevinin ağrı üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir.^{26,27} Literatürde birçok meta-analizde, masajın kanser ağrısı yönetimindeki rolü geniş çapta ele alınmıştır.²⁸⁻³⁰ Bu kapsamda yapılan meta-analiz sonuçları, masaj terapisinin kanser ağrısını önemli ölçüde hafiflettiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca masajın diğer fiziksel yöntemlere kıyasla daha basit, erişilebilir ve herhangi bir sağlık personeline ihtiyaç duymadan uygulanabilir bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır.²⁸⁻³⁰ Masajın bu özellikleri, hastalar tarafından yaygın şekilde tercih edilmesinin başlıca nedenleri arasında sayılmaktadır. Masajın erişilebilirliği ve uygulama kolaylığı, bu yöntemi hastalar için cazip kılmakta ve bu nedenle diğer fiziksel yöntemlerden daha fazla tercih edilmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Bilişsel-Davranışsal Yöntemlerle İlgili Bulguların Tartışması

Araştırmada, hastaların %53,8'inin bilişsel-davranışsal yöntemler arasında en sık olumlu düşünmeyi tercih ettiği belirlenmiştir (**Tablo 2**). Bu bulgu, literatürdeki çalışmalarla uyumludur ve hastaların kanser ağrısını yönetirken genellikle olumlu düşünme ve kendine olumlu telkinlerde bulunma eğiliminde olduklarını göstermektedir.^{14,31,32} Olumlu düşünme gibi bilişsel-davranışsal tekniklerin, gevşemeyi sağlayarak ağrı algısını değiştirdiği ve dikkati dağıtarak ağrı şiddetini azalttığı literatürde vurgulanmaktadır.^{8,31,32} Bilişsel-davranışsal yöntemlerin, hastaların dikkatini ağrıdan başka bir yöne çekerek psikolojik gevşeme sağlama, ağrı eşikliğini yükseltme ve ağrı direncini artırma gibi etkileri olduğu belirtilmektedir.^{26,27} Bu süreçler, ağrının bilişsel farkındalığını azaltarak ağrı şiddetini düşürmektedir.^{14,26,27} Bilişsel-davranışsal tekniklerin tercih edilme sebebinin, bu yöntemlerin herhangi mekana, zamana veya sağlık profesyoneline ihtiyaç duymadan kolayca uygulanabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikososyal Yöntemlerle İlgili Bulguların Tartışması

Yapılan çalışmada hastaların psikososyal yöntemler arasından en çok sohbet etmeyi (%47) tercih ettiği belirlenmiştir (**Tablo 2**). Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla tutarlıdır; çeşitli araştırmalar, kanser hastalarının ağrı yönetiminde sohbet etme gibi teknikleri sıkça kullandığını göstermektedir.^{14,31,32} Sohbet etmenin, hastaların psikolojik rahatlama sağlama ve ağrı algısını azaltması üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır.³³ Sohbet eden hastaların dikkati ağrı duyusundan uzaklaşarak sohbet konusuna çekilmektedir. Böylece hastalarda gevşeme sağlandığı ve ağrı şiddetinin azaldığı belirtilmektedir.^{31,32} Bu bulgular, psikososyal yöntemlerin ağrı yönetimindeki rolünü güçlendirir ve bu tekniklerin uygulamasının hastalar üzerinde rahatlatıcı etkiler yarattığını ortaya koyar.^{33,34} Sohbet etme yönteminin herhangi bir özel araç veya sağlık profesyoneline ihtiyaç duymadan uygulanabilir olması, en büyük tercih sebebidir.

Manevi Yöntemlerle İlgili Bulguların Tartışması

Çalışmada, kanser hastalarının onkolojik cerrahi öncesi ağrı yönetiminde en sık başvurduğu manevi yöntemin dua etmek (%92,5) olduğu belirlenmiştir (**Tablo 2**). Bu bulgu, literatürdeki mevcut verilerle uyumlu olup, bireylerin özellikle zorlu durumlarla başa çıkmada manevi ve dini yaklaşımlara yöneldiğini göstermektedir.^{14,35-37} NCCN kılavuzunda da belirtildiği gibi, manevi yöntemler bireyin ruhsal veya dini inançlarıyla bağlantılı pratikleri içerir ve bu yaklaşımlar, hastaların yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynar.¹³ Benzer şekilde, Genç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kanser hastalarının %87'sinin ağrı yönetiminde dua etme yöntemini kullandığı rapor edilmiştir.¹⁴ Bu durum, insanların özellikle tıbbi müdahalelerin sınırlı kaldığı anlarda ilahi bir güce sığınma eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır.³⁶ Dua etmek gibi manevi baş etme yöntemleri, hastaların psikolojik dayanıklılığını artırmakta ve onlara zorluklarla başa çıkmada güç vermektedir.^{36,37} Özdemir ve arkadaşlarının çalışmalarında da belirtildiği gibi, ilahi güce sığınmanın, bireyleri sabır ve metanet bakımından kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağladığı için dua etme yönteminin sık uygulandığı düşünülmektedir.³⁶

Manevi baş etme stratejileri, hastaların yalnızca fiziksel ağrılarıyla değil, aynı zamanda duygusal ve ruhsal zorluklarıyla da baş etmelerine olanak tanımaktadır.¹³ Putranto ve arkadaşlarının çalışmasında, manevi yaklaşımların hastalıkla mücadele kararlılığını artırdığı ve hastaların tedavi süreçlerine uyumlarını güçlendirdiği vurgulanmaktadır.³⁷ Çalışmada, dua etmenin bu kadar yüksek oranda tercih edilmesi, özellikle zor zamanlarda manevi desteğin önemini açıklamaktadır. Sonuç olarak, literatürde de vurgulandığı gibi, manevi yöntemlerin, bireylere zor zamanlarda anlam ve amaç hissi kazandırarak, ağrıyla baş etme süreçlerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.³⁸ Ayrıca bu yöntemler, hastaların içsel güçlerini harekete geçirerek, ağrılarını daha dayanılabilir hale getirmelerine yardımcı olabilir. Çalışmamızın bulguları, manevi

yaklaşımların kanser hastalarının ağrı yönetiminde önemli bir rol oynadığını ve bu yaklaşımların hastaların genel iyilik halini desteklediğini göstermektedir.³⁵⁻³⁹

Demografik Özellikler ile Ağrı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerin Karşılaştırması ile İlgili Bulguların Tartışması

Bu bölümde, hastaların tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumu ile nonfarmakolojik yöntemlerden her kategoride en sık kullanılan yöntem karşılaştırılmıştır. Analizlerin açık ve anlaşılır olması adına, istatistiksel olarak anlamlı olmayan yöntemler tartışma kapsamına dahil edilmemiştir.

Fiziksel yöntemler arasında yer alan masajın tanıtıcı özellikler ile karşılaştırması: Bu çalışmada, onkolojik cerrahi öncesi kadınların erkeklere oranla ağrı yönetiminde masajı daha sık uyguladıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**Tablo 3**). Literatürde de benzer şekilde, kadınların ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlere daha fazla yöneldiği belirtilmektedir.⁴⁰⁻⁴³ Bu durum, kadınların vücut farkındalığının daha fazla olması ve alternatif tedavi yöntemlerine daha açık olmalarıyla açıklanabilir.⁴⁴ Ayrıca masajın daha fazla tercih edilmesi, kadınların dokunsal algısının daha fazla olmasına bağlanmıştır.⁴¹

Bu çalışmada, hastaların eğitim düzeyleri ile ağrı yönetiminde masaj uygulama sıklığı arasında anlamlı fark bulunmuş ve yükseköğretim mezunu olan hastaların masajı daha az uyguladığı tespit edilmiştir (**Tablo 3**). Ancak, literatürde bu sonuçla ilgili çelişkili bulgular mevcuttur. Kanser hastalarının kullandıkları nonfarmakolojik yöntemlerin sıklığını değerlendiren bir çalışmada, lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip hastaların masajı daha sık kullandıkları belirtilmektedir.¹⁴ Buna karşın, Eraslan'ın çalışmasında, kanserli hastaların nonfarmakolojik yöntem kullanımı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.⁴⁵ Literatürdeki farklı sonuçlar; farklı hasta popülasyonlara, cerrahi işlemlerin çeşitliliğine, ağrı deneyimini etkileyen kültürel farklılıklara, önceki ağrı deneyimlerine, psikolojik durumlara ve ağrı inançları gibi faktörlere bağlanabilir.^{46,47}

Araştırmada, sindirim sistemi kaynaklı kanser hastalarının ağrı yönetiminde masaj terapisini daha sık tercih ettikleri ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 3**). Bu bulgu, literatürdeki mevcut verilerle uyumludur.^{14,48} Genç ve arkadaşlarının çalışmasında da, sindirim sistemi kanseri olan hastaların masaj uygulamasını diğer kanser türlerine sahip hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla tercih ettiği bildirilmiştir.¹⁴ Zhang tarafından yapılan meta-analizde, sindirim sistemi kanseri hastalarının masaj terapisini ağrı yönetiminde daha etkin bir şekilde kullandığı ve bu yöntemin ağrıyı önemli ölçüde azalttığı ortaya konmuştur.⁴⁸ Sindirim sisteminden kaynaklı kanserlerin karın, sırt, göğüs ve pelvis gibi çeşitli bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde hissedilmesi ve bu bölgelerde elle manipülasyonun daha kolay olması hastaları masaj yapmaya yönlendirmiş olabilir.

Ağrı düzeyine göre masaj uygulama sıklığı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Şiddetli ağrı yaşayan hastaların masajı daha sık uyguladıkları bulunmuştur (**Tablo 3**). Bu bulgu, literatür ile uyumludur.^{14,48} Onkoloji hastalarında yapılan bir çalışmada, şiddetli ağrı yaşayan hastaların masajı, hafif ve orta şiddette ağrı yaşayan hastalardan anlamlı düzeyde daha fazla tercih ettiği bildirilmiştir.¹⁴ Şiddetli ağrı yaşayan kanser hastalarının hafif ağrı yaşayanlara oranla masajı daha sık kullandığı ve masajın ağrı şiddetini belirgin şekilde azalttığı vurgulanmıştır.⁴⁸ Şiddetli ağrı yaşayan kanser hastalarının masajı daha sık tercih etmeleri, ağrıyı yönetme konusunda daha etkili ve kapsamlı bir destek arayışını yansıtmaktadır. Ayrıca masaj uygulamasının hızlı ve bağımsız bir şekilde yapılabilir olması da bu tercihlerin sebeplerinden biri olarak düşünülmektedir.⁴⁴

Bilişsel ve davranışsal yöntemler arasında yer alan olumlu düşünmenin tanıtıcı özellikler ile karşılaştırması: Onkolojik cerrahi öncesi ağrı yönetiminde olumlu düşünme tekniği kullanımının hastaların

cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir. Kadınların, erkeklere oranla bu tekniği daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Özellikle meme kanseri olan hastaların, olumlu düşünme tekniğini diğer kanser türlerine sahip hastalardan daha fazla uyguladığı görülmüştür (**Tablo 3**). Bu durum, kadınların genel olarak olumlu düşünme tekniğini daha sık kullanmalarının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Pozitif düşünme eğitiminin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, bu tekniğin kadın hastalar tarafından daha sık kullanıldığı ve ağrıyı daha etkili şekilde azalttığı tespit edilmiştir.⁴⁹ Forte ve arkadaşları, kanser hastalarının ameliyat sonrası iyilik halinin ağrı düzeyine etkisini incelemek amacıyla mevcut araştırmaları sistematik olarak değerlendirmiştir. Sonuçta kadın hastaların ağrı yönetiminde olumlu düşünme tekniğini daha fazla kullandığı ve ağrı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir⁵⁰. Bir meta-analiz çalışmasında da, olumlu düşünme tekniğinin kadın hastalar tarafından daha sık uygulandığı ve kadın hastalarda ağrı düzeyini daha fazla azalttığı bildirilmiştir.⁵¹ Kadınların olumlu düşünme tekniğini erkeklere göre daha fazla kullanması, toplumsal beklentiler ve aile içi rollerine yanıt verme çabalarına bağlanmıştır.

Bu çalışmada, yükseköğretim mezunu hastaların olumlu düşünme yöntemini daha az uyguladığı bulunmuştur (**Tablo 3**). Literatürde eğitim düzeyi ile olumlu düşünme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamaktadır. Ancak, hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça olumlu düşünme yönteminin kullanım sıklığının azaldığı belirlenmiştir.⁷ Bu durum, eğitim düzeyinin ağrı yönetimi stratejileri üzerindeki etkisini sorgulama gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yükseköğretim düzeyindeki bireyler, uygulamasının basit olması nedeniyle olumlu düşünme yöntemini etkisini göz ardı edip daha karmaşık yöntemlere başvuruyor olabilirler. Olumlu düşünmenin psikolojik faydaları göz önüne alındığında, yükseköğretim düzeyindeki bireyler için bu yöntemin daha fazla benimsenmesini teşvik etmek, genel sağlık ve yaşam kaliteleri açısından önem arz etmektedir.

Araştırmada, meme kanseri ve sindirim sistemi kaynaklı kanser hastalarının ağrı yönetiminde olumlu düşünme yöntemini daha sık tercih ettikleri ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Genç ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde, meme kanseri ve sindirim sistemi kanseri olan hastaların olumlu düşünme yöntemini diğer kanser tanılarına sahip hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla tercih ettikleri bildirilmiştir.¹⁴ Bu bulgular, meme kanseri ve sindirim sistemi kaynaklı kanser hastalarının, ağrı yönetiminde olumlu düşünme yönteminin psikolojik açıdan rahatlatıcı etkilerini daha fazla hissettiğini göstermektedir.

Ağrı düzeyine göre olumlu düşünme tekniğini kullanma durumları karşılaştırıldığında, şiddetli ağrı yaşayan hastaların bu tekniği daha sık kullandığı tespit edilmiştir (**Tablo 3**). Blasco-Belled ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı meta-analiz, ağrı ile pozitif psikoloji müdahalelerini inceleyen dokuz çalışmayı değerlendirmiştir. Bu incelemede, şiddetli ağrı yaşayan hastaların olumlu düşünme gibi zihinsel sağlığı iyileştiren teknikleri daha sık kullandıkları ve bunun sonucunda ağrı, anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma görüldüğü belirlenmiştir.⁵² Şiddetli ağrı yaşayan hastaların; ekonomik, erişilebilir, ek bir araç gerektirmeyen ve sağlık personeline ihtiyaç duymadan uygulanabilen bir yöntem olması nedeniyle olumlu düşünme tekniklerini daha sık kullandıkları düşünülmektedir.

Sonuç

Araştırma, kanser hastalarının onkolojik cerrahi öncesi ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlere başvurma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle hastalar fiziksel yöntemlerden masajı, bilişsel-davranışsal yöntemlerden olumlu düşünmeyi, psikososyal yöntemlerden sohbet etmeyi ve manevi yöntemlerden dua etmeyi tercih etmiştir. Bu sonuçlar, nonfarmakolojik yöntemlerin, onkolojik cerrahi öncesi dönemdeki hastalar için etkili birer ağrı yönetim stratejisi olarak görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, fiziksel yöntemler arasında en sık kullanılan masaj uygulaması ile bilişsel ve davranışsal yöntemler arasında olumlu düşünme tekniğinin cinsiyet, eğitim düzeyi, tıbbi tanı ve ağrı düzeyi gibi bireysel faktörlere

göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgular, nonfarmakolojik yöntemlerin tercihinde demografik ve klinik faktörlerin önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu çalışma, onkolojik cerrahi öncesi dönemde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımını değerlendiren sınırlı sayıdaki araştırmalara önemli bir katkı sunmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerin, ilaç tedavisine ek olarak ağrı yönetiminde etkin bir şekilde kullanılabilmesi ve bu yöntemlerin özellikle kişisel tercih ve ihtiyaçlara göre farklılık gösterebileceği vurgulanmalıdır. Bu sonuçlar, cerrahi öncesi dönemde hastaların ağrı yönetiminde kullanılacak nonfarmakolojik yöntemlerin sağlık profesyonelleri tarafından daha fazla teşvik edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bilgi

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu çalışmada herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

Etik Kurul Onayı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 14/Temmuz/2023 tarih Toplantı Sayısı: 135/Karar No:42 sayısı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Muaz Gülşen: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Nursevim Aydıngülü: Fikir, tasarım, denetleme.,,

Sevban Arslan: Tasarım, denetleme, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Canan Kanat: Veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması.

Tuğba Çam Yanık: Veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması.

Gülşen Altın Uğraş: Denetleme, analiz ve yorum, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Sung H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 2021;71(3):209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
2. Ruano A, et al. Psychological and NonPharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain and symptom management* 2022;63(5):e505–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>
3. Katta MR, et al. Nonpharmacological integrative therapies for chronic cancer pain. *Journal of oncology pharmacy practice: official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners* 2022;28(8):1859–68. <https://doi.org/10.1177/10781552221098437>
4. Sözeri Öztürk E, Kutlu Türkan S. Kanser Ağrısının Yönetiminde Opioidlerin Kullanımına Bağlı Gelişen Konstipasyonun Yönetimi. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;9(2).
5. Van den Beuken-van Everdingen MH, et al. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain and symptom management* 2016;51(6):1070–90.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>
6. World Health Organization. Palliative care. Fact sheet, reviewed August 2020. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. Mert S, Göktaş S. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2019;1(2):76-83
8. De Paolis G, et al. The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled nonpharmacological trial. *Complementary therapies in clinical practice* 2019;34: 280–87. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.12.014>
9. Midilli TS, Eşer İ, Yücel Ş. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;10:60-66.
10. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain proposal". *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21:16–22. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>

11. Sochor M, Slama O, Loucka M. Early integration of Palliative care into standard Oncology care – Benefits, limitations, barriers and types of palliative care. *Klin Onkol* 2015;28:171-76. <https://doi.org/10.14735/amko2015171>
12. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*. 2015;60(4):160-7. doi: 10.1177/070674371506000402.
13. Swarm RA, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw* 2019;17(8):977-1007. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>
14. Genç F, et al. Kanser hastalarının ağrı için kullandıkları nonfarmakolojik yöntemler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 2018;15(2):88-93.
15. Özveren YDDH. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *HUHEMFAD* 2011;18(1):83-92. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7838/103252>
16. Su Gündüz C, Çalışkan N. Ağrı Kontrolünde Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler: Etkinliği Hakkındaki Kanıtlar Yeterli mi? *Tradit Complem Med* 2018;1(2):76-81. DOI: 10.5336/jtracom.2018-60643
17. Aslan G, Kılıç D. Yaşlı Bireylerde Ağrı Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yöntemler. *THDD* 2022;3(1):49-58. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/thdd/issue/70212/984042>
18. Tola YO, Chow KM, Liang W. Effects of nonpharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *Journal of clinical nursing* 2021;30(23-24):3369–84. <https://doi.org/10.1111/jocn.15827>
19. Kulkarni AR, et al. Factors associated with acute postoperative pain following breast reconstruction. *JPRAS Open* 2017;11:1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jpra.2016.08.005>
20. Evans H. Preoperative relaxation techniques for breast cancer patients undergoing breast-altering surgery: A systematic review. *Iris Journal of Nursing & Care* 2019;1(3):1-13. <https://doi.org/10.33552/IJNC.2019.01.000512>
21. Greenlee H, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians* 2017;67(3):194–232. <https://doi.org/10.3322/caac.21397>
22. Cırık VA, Efe E. Orogastrik Tüp Takma İşlemindeki Ağrıyı Azaltmada Önerilen Nonfarmakolojik Yöntemlere Karşın Sınırlı Sayıda Çalışma: Literatür Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2020.
23. Erdoğan S, Nahcıvan N, Esin, N. Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik. *Nobel Kitapevleri*, 2014
24. Aydın A, Araz A, Aslan A. Visual analog scale and emotion lattice: Adaptation to our culture. *Turkish Psychology Writings* 2011; 14(27):1-13. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Visual%20analog%20scale%20and%20emotion%20lattice%3A%20Adaptation%20to%20our%20culture&author=A.%20Ayd%20C4%B1n&publication_year=2011&pages=1-13
25. Begum MR, Hossain MA. Validity and reliability of visual analogue scale (VAS) for pain measurement. *Journal of Medical Case Reports and Reviews* 2019;2(11).
26. Liu C, Chen X, Wu S. The effect of massage therapy on pain after surgery: A comprehensive meta-analysis. *Complementary therapies in medicine* 2022;71:102892. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102892>
27. Behzadmehr R, et al. Effect of complementary and alternative medicine interventions on cancer related pain among breast cancer patients: A systematic review. *Complementary therapies in medicine* 2020;49:102318. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102318>
28. Cole JS, Olson AD, Dupont-Versteegden EE. The Effects of Massage Therapy in Decreasing Pain and Anxiety in Post-Surgical Patients With Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Glob Adv Integr Med Health* 2024;16;13:27536130241245099. doi: 10.1177/27536130241245099.
29. Zhang Y, et al. Massage therapy can effectively relieve cancer pain: A meta-analysis. *Medicine* 2023;102(27):e33939. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033939>
30. Epstein AS, et al. Acupuncture vs Massage for Pain in Patients Living With Advanced Cancer: The IMPACT Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2023;6(11):e2342482. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.42482.
31. Sharif Nia H, et al. The Relationship between Religious Well-Being, Existential Well-Being, Fear of Progression and Quality of Life in Patients with Cancer: The Mediating Role of Hope. *Asian Pac J Cancer Prev* 2024;25(3):1087-96. doi: 10.31557/APJCP.2024.25.3.1087.
32. Shnyder S, et al. Psilocybin-assisted therapy improves psycho-social-spiritual well-being in cancer patients. *Journal of affective disorders* 2023;323:592-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.046>
33. Yang Y, Mischkowski D. Integrating intra- and interpersonal perspectives on chronic low back pain: the role of emotion regulation and attachment insecurity. *Front Psychol* 2024;12;15:1331227. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1331227.
34. Yang Y, Grol-Prokopczyk H. Chronic Pain and Friendship Among Middle-Aged and Older U.S. Adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2021;76(10):2131-42. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa185>
35. Albayrak A, et al. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Din Ve Maneviyat Üzerine Teorik Yaklaşımlar. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2019;21/40:349-76. <https://doi.org/10.17335/sakaofd.605552>.

36. Ozdemir S, et al. Advanced Cancer Patients' Prognostic Awareness and Its Association With Anxiety, Depression and Spiritual Well-Being: A Multi-Country Study in Asia. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))* 2022;34(6):368–75. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.11.041>
37. Putranto R, et al. The association of prognostic awareness with quality of life, spiritual well-being, psychological distress, and pain severity in patients with advanced cancer: Results from the APPROACH Study in Indonesia. *Palliative & supportive care* 2024;1–7. <https://doi.org/10.1017/S1478951524000269>
38. Maria R, Waluyo A, Khamarudin K. Spiritual Care in Patient with Cancer Pain: Literature Review. *Indonesian Journal of Global Health Research* 2024;6(1):9-18. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6i1.2562>
39. Yılmaz Karabulutlu E, Yaralı S, Karaman S. Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey. *Journal of religion and health* 2019;58(3):881–890. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0453-6>
40. Alsharif F. Discovering the Use of Complementary and Alternative Medicine in Oncology Patients: A Systematic Literature Review. *Evidence-based complementary and alternative medicine* 2021:6619243. <https://doi.org/10.1155/2021/6619243>.
41. Guerra-Martín MD, Tejedor-Bueno MS, Correa-Casado M. Effectiveness of Complementary Therapies in Cancer Patients: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health* 2021;18(3):1017. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031017>
42. Jain PN, Sumitra G. Perioperative Pain Management for Onco-surgery 2021:377-383. doi: 10.1007/978-981-16-0006-7_27
43. Mao JJ, et al. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2022;40(34):3998–4024. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01357>
44. Pike K. The Role of Oncology Massage in Pain Management. *Pain Management Nursing* 2023;23(2):244-244. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.02.011>
45. Eraslan D, Yeşilbalkan ÖU. Türkiye’de Kanserde Ağrıya Yönelik Yapılmış Hemşirelik Araştırmalarının İncelenmesi: Sistematik Derleme. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences* 2023;8(4):996-1009.
46. Tunc Tuna P, et al. Factors Affecting Postoperative Pain Beliefs Among Surgical Patients in Türkiye: A Cross-Sectional Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 2024;25(3):e265–e270. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.02.010>
47. Bağcı N, Doğan R. The relationship between pain beliefs and pain severity in liver transplant patients. *Transplant immunology* 2022;72:101564. <https://doi.org/10.1016/j.trim.2022.101564>
48. Zhang Y, et al. Massage therapy can effectively relieve cancer pain: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2023; 7;102(27):e33939. doi: 10.1097/MD.00000000000033939.
49. Kianpour Barjoe L, et al., Effectiveness of Positive Thinking Training on Perceived Stress, Metacognitive Beliefs, and Death Anxiety in Women with Breast Cancer: Perceived Stress in Women with Breast Cancer. *Arch Breast Cancer [Internet]*. 2024;9(2):195-203. <https://www.archbreastcancer.com/index.php/abc/article/view/498>
50. Forte AJ, et al. The Impact of Optimism on Cancer-Related and Postsurgical Cancer Pain: A Systematic Review. *Journal of pain and symptom management* 2022;63(2):e203-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.09.008>
51. Ong J, et al. The Effectiveness of Mind-Body Therapies for Women With Gynecological Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer nursing* 2023;10.1097/NCC.0000000000001231. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001231>
52. Blasco-Belled A, Tejada-Gallardo C, Alsinet, C. Positive psychology interventions can improve mental health for chronic pain patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychology & health* 2023;1–17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2250382>

Hemşirelerin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları ve Çalışma Ortamları Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı Bir Çalışma*

The Relationship Between Nurses' Attitudes Towards Brain Drain and Their Working Environment:
A Descriptive Study

Osman Bilginⁱ, Hakan Çelikⁱⁱ, Handan Alanⁱⁱⁱ, Serap Torun^{iv}

ⁱDoktora öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, <https://orcid.org/0000-0001-7637-3071>

ⁱⁱÖğr. Gör., Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, <https://orcid.org/0000-0001-6126-8690>

ⁱⁱⁱDoç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
<https://orcid.org/0000-0001-7414-2288>

^{iv}Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, <https://orcid.org/0000-0002-1651-2735>

Öz

Amaç: Bu çalışma hemşirelerde beyin göçüne yönelik tutum ile çalışma ortamı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan bu çalışmanın örneklemini bir üniversite ve bir şehir hastanesinde çalışmakta olan 335 hemşire oluşturmuştur. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Hemşirelik İş İndeksi – Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" ve "Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin etik kurulundan izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma ortamına yönelik olumlu tutum puanları ortalamaları 2,56±0,42, beyin göçüne yönelik tutum puan ortalamaları 56,30±12,95 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma koşulları, yaşam koşulları ve ekonomik koşullar nedeniyle yurt dışında çalışmak istedikleri belirlenmiştir. Yurt dışında çalışmak isteyen hemşirelerin çoğunlukla Almanya, ABD, İngiltere ve Kanada'yı tercih ettikleri bulunmuştur. Hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda yaş, medeni durum, gelir durumu, çalışma deneyimi, yurt dışında çalışma düşüncesi, yabancı dil bilme ve yabancı dil eğitimi alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumlarının yüksek, çalışma ortamlarına yönelik olumlu tutumlarının düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Beyin Göçü, Çalışma Koşulları, Tutum

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to examine the relationship between attitudes towards brain drain and working environment in nurses.

Method: The sample of this descriptive and correlational study consisted of 335 nurses working in a university and a city hospital. Data were collected by using 'Personal Information Form', 'Nursing Work Index - Nursing Work Environment Evaluation Scale' and 'Attitude towards Brain Drain Scale'. SPSS 22.0 package programme was used for data analysis. Permission was obtained from the ethics committee of a university to conduct the study.

Results: The mean positive attitude scores of the nurses participating in the study towards the working environment were 2.56±0.42 and the mean attitude scores towards brain drain were 56.30±12.95. It was determined that nurses wanted to work abroad due to working conditions, living conditions and economic conditions. It was found that nurses who wanted to work abroad mostly preferred Germany, USA, UK and Canada. In the comparisons made according to the attitudes of nurses towards brain drain, statistically significant differences were found in the variables of age, marital status, income status, working experience, the idea of working abroad, knowing a foreign language and receiving foreign language education.

Conclusion: As a result, it was found that nurses had high attitudes towards brain drain and low positive attitudes towards their working environment.

Keywords: Nurse, Brain drain, Working conditions, Attitude

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):296-304

DOI: 10.31020/mutftd.1572819

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 24 Ekim 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 03 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Osman Bilgin <obilgin00@gmail.com>

Etik Kurul Onayı: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 04/03/2022, Sayı: 120/58)

Giriş

Göç; insanlığın varoluşundan bugüne yaşam koşullarını daha iyi hale getirmek ve bu şekilde yaşamı devam ettirebilmek gibi çeşitli amaçlarla gerçekleştirilmektedir. Bütün toplum ve topluluklar üzerinde pozitif ve negatif yönde etki eden bir olgu olarak tanımlanan göç; en basit haliyle “bir yer değiştirme hareketi” şeklinde görülmektedir.¹ Ancak toplumların ve ülkelerin kültürel, sosyal, politik ve ekonomik yapısı üzerinde değişim gerçekleştirebilmesi nedeniyle sosyo-ekonomik bir olgu olduğu da unutulmamalıdır.²

Önceleri “vasıfsız emeğin yer değiştirmesi” olarak bilinen göç kavramı, günümüzde özellikle yurtdışına işgücü göçünün büyük bir kısmını oluşturan beyin göçüne dönmüş durumdadır.³ Beyin göçü kavramına ilişkin literatürde çeşitli tanımlar bulunmaktadır. Bu tanımların ortak özelliklerine göre beyin göçü= Kaliteli eğitim almış, düşünebilen ve üretim yapabilen nitelik sahibi kişilerin; araştırma yapma ya da çalışma maksadıyla “en verimli oldukları dönemde” daha kaliteli yaşam ve iş imkânları sunabilecek başka ülkelere gidip, hayatlarını gittikleri bu ülkelerde devam ettirmeleri olarak tanımlanmaktadır.^{3,4} Beyin göçünün, göç veren ülkeye, öncelikli olarak sosyal sermayeyi azaltma gibi pek çok olumsuz etkileri varken; göçü alan ülkeye, sosyo-ekonomik anlamda kalkınmayı sağlama gibi olumlu etkileri vardır.²

Gelişmemiş veya gelişmekte olan bir ülkeden, gelişmiş bir ülkeye yönelik gerçekleşen beyin göçünde, “çekici ve itici faktörlerin” etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Bir ülkenin beyin göçünde tercih edilmesini sağlayan çekici faktörler arasında istikrarlı yaşam, aile güvenliği, nitelikli insanlara ihtiyaç, eğitim, iş ve kariyer imkanları sayılabilir.⁵ Göçü veren ülkeyle göç alan ülke arasındaki gelir farklılığı, göçü veren ülkedeki hayat koşullarının iyi olmaması, ekonomi ve güvenlikle ilgili sıkıntılar, siyasal sorunlar, baskıcı bir yönetim tarzı, savaş, istihdam olanaklarının sınırlı olması, sağlık yönetiminin güçlü olmaması ve belirsizliklerin çokluğu da itici faktörler olarak sıralanmaktadır.^{5,6}

Dünya genelinde hemşire sayısında kayda değer bir azalma nedeniyle hemşire iş gücü krizi yaşanmaktadır.⁷ Dünya Sağlık Örgütü, 2006 yılında yayınladığı “Sağlık İçin Birlikte Çalışma” başlıklı raporda, dikkatleri hemşire açığına çekerek, hemşire işgücü açığını öncelikli bir problem olarak belirlemiştir.⁸ Uluslararası Hemşireler Birliği bu işgücü sorununa dikkat çekmek ve çözüme yönelik alternatifleri tartışmak üzere 2007 yılında “Olumlu Çalışma Ortamları = Kaliteli İş Yerleri = Kaliteli Hasta Bakımı” konusunu tema olarak belirlemiştir.⁹ Literatürde hemşire işgücündeki azalmanın en önemli nedenlerinden birinin sağlıklı olmayan iş ortamı ve hemşirelerin çalışma şartları olduğu; bunun da hemşirelerin performanslarını, hastaların bakım sonuçlarını ve güvenliğini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.^{7,9,10} Sağlıksız çalışma ortamının özellikleri olarak; iş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzunluğu, bir hemşirenin baktığı hasta sayısının fazla olması, mesleğin statüsünün düşüklüğü, sağlık ekibi içerisindeki iletişim sorunları, mesleki rollerin belirsizliği, malzeme ve ekipman eksikliği, yöneticiden destek alamama ya da yetersiz destek alma ve iş ortamlarında karşılaşılan tehlikeler gibi nedenler sıralanmaktadır.^{9,10} Yetersiz istihdamın da mevcut çalışan hemşirelerin iş yükünü artırdığı¹¹ ve çalışma saatlerini uzattığı;^{11,12} bunun da işle ilgili kazaları ve istenmeyen olayları daha da artırdığı^{11,13}, öte yandan hemşirelerin iş ortamlarına yönelik tutumlarını inceleyen çalışmalarda da bu durumların tutumlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.¹⁴⁻¹⁶

Yapılan bir çalışmada 2000 li yılların başında Birleşik Krallık’tan bazı hemşirelerin yoğun çalışma ortamından ve kentte yaşama isteğinden dolayı Amerika’ya göç etme eğiliminde oldukları belirtilmiştir.¹⁷ Güncel bir değerlendirme olarak her çalışma alanında görülmekle birlikte sağlık sektöründe beyin göçünün fazla olduğu söylenebilir. Sayısal olarak net bir veri olmaması nedeniyle hem ulusal hem de uluslararası literatüre katkısının olacağı düşünülen bu çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumları nasıldır?
2. Hemşirelerin olumlu iş ortamlarına yönelik değerlendirmeleri nasıldır?

3. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine göre beyin göçüne yönelik tutumları arasında fark var mıdır?
4. Beyin göçü tutumu ile iş ortamlarını değerlendirmeleri arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırma Amacı ve Tipi: Bu araştırma hemşirelerde beyin göçüne yönelik tutum ile çalışma ortamı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi: Araştırma örneklemi, bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 970 hemşire ve bir şehir hastanesinde çalışmakta olan 1439 hemşire arasından evreni bilinen örnekleme yöntemiyle hesaplanmış olup gelişmiş güzel örnekleme ile seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 335 hemşire oluşturmuştur. Hedeflenen örneklemin tamamına ulaşılmıştır. Hemşirelerin % 53,7'si kamu hastanesinde, % 46,3'ü üniversite hastanesinde görev yapmaktadır.

Veri Toplama Araçları: Bu çalışmada “Kişisel Bilgi Formu”, “Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği” “Hemşirelik İş İndeksi – Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği” ve kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, çalıştığı kurum ve klinik, meslekte çalışma yılı, yurt dışında çalışmayı düşünme durumu, yurt dışında çalışma isteği nedeni, gitmek istediği ülke hakkında araştırma yapma durumu, yabancı dil bilme düzeyi ve yabancı dil eğitimi alma durumu gibi soruları içeren 13 ifadeden oluşmaktadır.

Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği (BGYTÖ): Öncü ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek 16 madde ve Çekici Faktörler ve İtici Faktörler olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır.⁴ Ölçek, 5'li likert tarzda olup; kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), emin değilim (3), katılıyorum (4) ve kesinlikle katılıyorum (5) ifadelerini içermektedir. Ölçekte üç olumsuz ifade bulunmaktadır. Ölçekteki tüm ifadeler 1-5 arası puanlama yapılmakta, olumsuz olan üç ifade ters puanlanmaktadır. Ölçekten en az 16 en fazla 30 puan alınmakta olup puan arttıkça göç etmeye eğilim artmaktadır.⁴ Ölçeğin Cronbach alfa değeri toplamda 0.91; Çekici Faktörler alt boyutunda 0,86 ve İtici Faktörler alt boyutunda 0,88 olarak raporlanmıştır.” Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri ise toplamda 0,89; Çekici Faktörler alt boyutunda 0,89 ve İtici Faktörler alt boyutunda 0,82 olarak hesaplanmıştır.

Hemşirelik İş İndeksi – Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (HÇODÖ): Lake tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Türkmen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{18,19} Ölçek, 31 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Dörtlü likert türde olan ölçeğin maddeleri; kesinlikle katılmıyorum(4), katılmıyorum(3), katılıyorum(2) ve kesinlikle katılıyorum(1) ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça, iş ortamına yönelik tutum olumlu yönde artmaktadır. Türkmen ve arkadaşlarının araştırmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,94 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri ise 0,92 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler 15.04.2022-15.06.2022 tarihleri arasında, hastanelerde anket yöntemi ile çalışmaya katılmaya gönüllü hemşirelerden toplanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından hemşirelere dağıtılmış, ertesi gün toplanmıştır.

Verilerin Analizi: Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümlerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde; sürekli ölçümlerin analizinde ise ortalama, standart sapma ve en düşük ve en yüksek değerler kullanılmıştır. Gruplar arasındaki sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar “Kolmogorov-Smirnov” ve “Shapiro-Wilk” testleriyle incelenmiştir. İki gruplu değişkenlere bağımsız örneklem t-testi; ikiden fazla gruplu değişkenlere ise ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinde anlamlı çıkan sonuçlardaki farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını saptamak için Tukey testi

kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (04.03.2022/120-58) ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Ölçeğin kullanılması için ölçek yazarından, e-mail yoluyla izin alınmıştır. Veri toplama formu doldurulmadan önce katılımcılara çalışmanın amacı sözlü olarak bildirilmiş ve onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %60,6'sı 30 yaş ve üstünde, %73,1'i kadın, %62,4'ü evli ve %45,7'sinin geliri giderine denktir. Katılımcıların %53,7'si kamu hastanesinde çalışmakta, %36,7'si cerrahi kliniklerinde çalışmakta ve %50,1'inin mesleki deneyiminin 9 yıl ve altında olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışında çalışmak isteyen hemşirelerin %76,1'i gitmek istediği ülke hakkında bilgi sahibi olduğunu, katılımcıların %46,9'u en az bir tane yabancı dil bildiğini ve %29,0'u yabancı dil bilmediğini ama öğrenmek istediğini belirtmiştir (**Tablo 1**).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken		n	%
Yaş	29 yaş ve altı	132	39,4
	30 yaş üstü	203	60,6
Cinsiyet	Erkek	90	26,9
	Kadın	245	73,1
Medeni durum	Evli	209	62,4
	Bekar	122	36,4
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	150	44,8
	Gelir Gidere Denk	153	45,7
	Gelir Giderden Çok	32	9,6
Çalıştığı Kurum	Kamu Hastanesi	180	53,7
	Üniversite Hastanesi	155	46,3
Çalıştığı Klinik	Cerrahi Klinik	123	36,7
	Dahili Klinik	115	34,3
	Çocuk Kliniği	20	6,0
	Diğer	77	23,0
Meslekte çalışma yılı	9 yıl ve altı	168	50,1
	10 yıl üstü	167	49,9
Yurt Dışında Çalışma Düşüncesi	Evet	138	41,2
	Hayır	197	58,8
Ülke Bilgisi	Evet	105	76,1
	Hayır	33	23,9
Yabancı Dil Bilme	Evet	157	46,9
	Hayır	178	53,1
Yabancı Dil Öğrenme	Evet	24	7,2
	Hayır	214	63,9
	Hayır ama öğreneceğim	97	29,0

Yurt dışında çalışmayı düşünen hemşirelerin %35,7'si çalışma koşullarından dolayı bu fikre sahip olduğunu ifade etmiştir. Almanya ise %34,8'lik oran ile en çok çalışmak istenen ülke olarak tercih edilmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Yurt Dışında Çalışmak İsteyen Hemşirelere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Yurt dışı çalışmayı isteme nedeni*	n	%	Çalışmak istenen ülke*	n	%
Çalışma koşulları	69	35,7	Almanya	57	34,8
Yaşam koşulları	68	35,3	ABD	22	13,4
Yurt dışında ekonomik koşulların iyi olması	56	29,0	İngiltere	21	12,8
			Kanada	16	9,8
			Hollanda	15	9,1
			İskandinav Ülkeleri	15	9,1
			Diğer	18	11,0
Toplam	193	100	Toplam	164	100

*Yurt dışında çalışmayı düşünen 138 hemşire, yurt dışında çalışmak istemesinin nedenini ve tercih ettiği ülkeyi belirtirken birden fazla yanıt verme hakkına sahipti.

Çalışmaya katılan hemşirelerin BGYTÖ puan ortalamalarının $56,30 \pm 12,95$ ve HÇODÖ puan ortalamalarının $2,56 \pm 0,42$ olduğu belirlenmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 3. Hemşirelerin Beyin Göçüne Yönelik Tutum ve Çalışma Ortamı Değerlendirme Puanları

Ölçekler	Ortalama \pm SS	Min- Max Puan
BGYTÖ*	$56,30 \pm 12,95$	23- 80
HÇODÖ*	$2,56 \pm 0,42$ (düşük)	1,35-3,90

*BGYTÖ= Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği HÇODÖ=Hemşirelik Çalışma Ortamı Değerlendirme Ölçeği

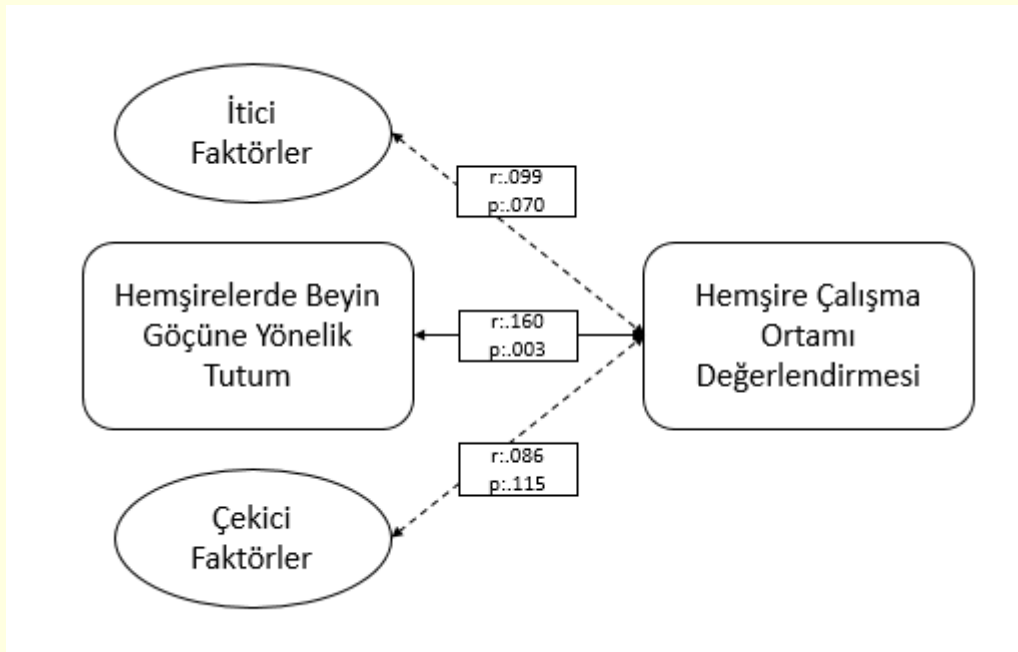
Hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda yaş, medeni durum, gelir durumu, çalışma deneyimi, yurt dışında çalışma düşüncesi, yabancı dil bilme ve yabancı dil eğitimi alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda beyin göçüne yönelik tutum puan ortalamalarının 29 yaş ve altındaki hemşirelerin, 30 yaş ve üzerindeki hemşirelerden; bekar hemşirelerin, evli hemşirelerden ve geliri giderinden az olan hemşirelerin geliri gidere denk hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Mesleki deneyimi dokuz yıl ve altında olan hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutum puanı ortalamalarının, 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yurt dışında çalışmak isteyen hemşirelerin yurt dışında çalışmak istemeyen hemşirelerden yüksek puan ortalaması olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Yabancı dil bilen hemşirelerin, yabancı dil bilmeyen hemşirelerden yüksek puan ortalaması ($p < 0,001$) olmakla birlikte yabancı dil eğitimi almayan fakat yabancı dil öğrenmek isteyen hemşirelerin puan ortalamalarının, yabancı dil eğitimi almayan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$) (**Tablo 4**).

Tablo 4. Hemşirelerin Beyin Göçüne Yönelik Tutumlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

Değişken	n	Mean \pm SS	Test Anlamlılık
Kurum	Kamu Hastanesi	180	$56,40 \pm 12,38$
	Üniversite Hastanesi	155	$56,18 \pm 13,61$
Yaş	29 yaş ve altı	132	$58,53 \pm 11,44$
	30 yaş üstü	203	$54,85 \pm 13,67$
Cinsiyet	Erkek	90	$56,94 \pm 12,06$
	Kadın	245	$56,06 \pm 13,27$
Medeni durum	Evli	209	$54,97 \pm 12,71$
	Bekar	122	$57,90 \pm 12,03$
Gelir Düzeyi	^a Gelir Giderden Az	150	$58,53 \pm 13,71$
	^b Gelir Gidere Denk	153	$53,98 \pm 12,02$
	^c Gelir Giderden Çok	32	$56,93 \pm 11,93$
Çalıştığı Klinik	Cerrahi Klinik	123	$55,71 \pm 12,32$
	Dahili Klinik	115	$57,54 \pm 12,76$
	Çocuk Kliniği	20	$53,55 \pm 11,27$
	Diğer	77	$56,09 \pm 14,56$
Meslekte çalışma yılı	9 yıl ve altı	168	$58,05 \pm 12,35$
	10 yıl üstü	167	$54,53 \pm 13,32$

Yurt Dışı Çalışma Düşüncesi	Evet	138	63,31±9,32	t= 9,832
	Hayır	197	51,38±12,89	p= ,000**
Ülke Bilgisi	Evet	105	63,98±8,70	t= 1,328
	Hayır	33	61,21±10,93	p= ,191
Yabancı Dil Bilme	Evet	157	59,08±11,54	t= 3,77
	Hayır	178	53,84±13,64	p= ,000**
Yabancı Dil Öğrenme	^a Evet	24	60,08±11,67	F= 10,831
	^b Hayır	214	53,89±12,75	p= ,000**
	^c Hayır ama öğreneceğim	97	60,67±12,40	c>b

Hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumları ile çalışma ortamlarına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda HÇODÖ ve BGYTÖ arasında pozitif yönlü, zayıf güçte anlamlı ilişki; HÇODÖ ile İtici Faktörler ve Çekici Faktörler arasında da pozitif yönde, oldukça zayıf bir ilişki bulunmuştur (**Şekil 1**).



Şekil 1. Hemşirelerin Çalışma Ortamına Yönelik Tutumları ile Beyin Göçüne Yönelik Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

Tartışma

Hemşirelerin beyin göçüne ve çalışma ortamlarına yönelik tutumlarının değerlendirildiği bu çalışmada, beyin göçüne yönelik tutumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu da hemşirelik mesleğinde beyin göçünün güncel ve önemli bir sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %41.2'sinin yurtdışında çalışmak istemesi; yurt dışında çalışmak isteyenlerin %76.1'inin gitmek istedikleri ülke hakkında bilgi sahibi oldukları ve katılımcıların %36,2'sinin de yabancı dil öğrenmek için bir kursa gittikleri veya gideceklerini belirtmeleri de bu konunun önemini gözler önüne sermektedir. Özyayın ve arkadaşlarının (2024) hemşirelerle yaptıkları çalışmada da katılımcıların yaklaşık %70'inin göç etme niyetinde olduğu bulunmuştur.²⁰ Türk Hemşireler Derneği'nin 8274 hemşire ile yaptıkları alan araştırmasında da hemşirelerin %76,3'ünün yurt dışında hemşirelik yapmak istedikleri belirtilmiştir.²¹ Türk hemşirelerindeki bu yüksek göç eğilimi hemşirelik öğrencilerinde de benzer şekildedir. Türkiye'deki hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalar da öğrencilerin yurt dışında hemşirelik yapmak istediklerini göstermektedir.²²⁻²⁴ Tüm dünyada iyi yetişmiş sağlık çalışanına ihtiyaç ve talebin yüksek olması, beyin göçünün her geçen gün artmasına neden olmaktadır. Dünya çapında beyin göçü veren ülkelerin sağlık sistemlerinde olumsuz etkiler nedeniyle duyulmakta olan endişe de giderek artmaktadır. Beyin göçünün,

sağlık sistemlerinde oluşturduğu olumsuz etkiler göz önüne alındığında, Türkiye’de hemşire göçünü engellemek için yeni politika ve çekici faktörlerin oluşturulmaya çalışılması önemlidir.²⁵ Özellikle hemşirelerin istihdam sorunu ortadan kaldırılması ve çalışma ortamlarının düzenlenmesine ek olarak ücret iyileştirmesi de işte kalmayı pekiştirmesi açısından önemli faktörlerdir.²³

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre beyin göçüne yönelik tutumlarının karşılaştırılması sonucunda yaş, medeni durum, gelir düzeyi, meslekte çalışma yılı, yurt dışında çalışma düşüncesi, yabancı dil bilme ve yabancı dil öğrenme değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde de bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak yaşın beyin göçüne yönelik tutumu etkilediği bulunmuştur.^{26,27} Hemşirelerde yaşın ve meslekte çalışma yılının ilerlemesiyle birlikte çalışma ortamına alışma, deneyimin artması ve sosyal desteğin arttığını hissetme; kişilerin kendi ülkelerinden ayrılmasını zorlaştırdığı yaygın benimsenen bir yaklaşımdır.^{26,28} Bu çalışma sonuçlarının aksine literatürde medeni durumun beyin göçüne yönelik tutumu etkilemediği çalışmalara rastlanmıştır.^{20,29} Çalışmaların yapıldığı illerin ve bölgelerin birbirinden farklı olması, medeni durumundan ziyade kültürel faktörlerin etkilediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre gelirleri giderlerinden az olan hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutum puanları geliri giderine denk olan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca yurt dışında çalışmak isteyen hemşirelerin %29’u ekonomik koşullardan dolayı yurt dışında çalışmak istediklerini belirtmiştir. THD’nin göç eğilimi raporunda da hemşirelerin %55,7’sinin ekonomik nedenlerden dolayı göç etmek istedikleri bulunmuştur.²¹ Likeupe’nin göç eden hemşirelerle yaptığı çalışmada da hemşirelerin göç etme nedenlerinden biri düşük ücretlendirme olduğu belirtilmiştir.³⁰ Yapılan çalışmalar beyin göçünün en belirgin nedeninin ekonomik faktörler olduğunu belirtmektedir.^{31,32} Dolayısıyla kendi ülkesindeki düşük ücret politikası ve gitmek istediği ülkedeki ekonomik koşulların iyi olması, bir hemşirenin beyin göçüne yönelik tutumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

“Bir toplumun ve kültürün üyeleri tarafından paylaşılan ortak simge sistemi” olarak tanımlanan dil, farklı kültürlerin üyeleri ile anlaşabilmenin temel argümanı olmaktadır.³³ Bu çalışmada, yabancı dil bilen hemşirelerin beyin göçüne yönelik tutumları, yabancı dil bilmeyen hemşirelere göre anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da ana dili haricinde bir veya birden fazla dil bilenlerin, beyin göçüne yönelik eğilimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir.^{23,34-36} Bu sonuçlar doğrultusunda, yabancı dil bilen hemşirelerin farklı bir ülkede zorluk çekmeyeceği düşüncesiyle göç etme eğilimlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin çalışma ortamlarına yönelik olumlu tutumlarının da düşük olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin çoğunlukla çalışma ortamlarına ilişkin olumlu düşüncelerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁴⁻¹⁶ Hemşire çalışma ortamının hemşireler, hastalar ve kurumsal sonuçlara yönelik etkilerini araştıran bir çalışmada; çalışma ortamının olumlu olmasının hemşirelerdeki iş doyumunu arttırdığı, tükenmişliği ve işten ayrılma niyetini azalttığı, güvenli hasta bakımı verilmesine katkı sağladığı belirtilmiştir.¹⁸ Konuyla ilgili çalışmaların derlendiği bir çalışmada da çalışma ortamını olumlu olarak algılayan hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğu, daha az tükenmişlik yaşadıkları, işten ve meslekten ayrılma niyetlerinin daha az olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.³⁷ Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler için olumlu çalışma ortamı; hem bireysel motivasyonu hem de doğrudan hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilemesine karşın hemşirelerin çalışma ortamlarına yönelik olumlu tutumları düşüktür.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma ortamlarına yönelik olumlu tutumlarının düşük; beyin göçüne yönelik tutumlarının yüksek bulunmuştur. Buna rağmen hemşire çalışma ortamı ile beyin göçüne yönelik tutum arasında düşük korelasyon bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşire iş gücündeki

azalmanın en önemli nedenlerinden biri de sağlıksız iş ortamları ve hemşirelerin çalışma koşulları olduğu belirtilmiştir.^{7,9} Bu çalışmada da yurt dışında çalışmak isteyen hemşirelerin %35,7'si çalışma koşullarından dolayı gitmek istediklerini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda çalışma ortamı her ne kadar beyin göçünün sebeplerinden biri olsa da kişiyi göçe iten tek sebep değildir. Ekonomik, siyasal, yaşam şartları ve çalışma koşulları gibi nedenlerin yalnız bir ve iki tanesinin değil; belki tamamının aynı anda var olmasının kişiyi göçe ittiğini söylemek olanaklıdır.

Sonuç

Beyin göçüne yönelik tutumun yaş, medeni durum, gelir düzeyi, mesleki deneyim, yurt dışında çalışma düşüncesi, yabancı dil bilme ve yabancı dil öğrenme isteği değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma koşulları, yaşam koşulları ve ekonomik koşullar nedeniyle yurt dışında çalışmak istedikleri belirlenmiştir. Yurt dışında çalışmak isteyen hemşirelerin çoğunlukla Almanya, ABD, İngiltere ve Kanada'da çalışmak istedikleri bulunmuştur. Yapılan korelasyon sonucunda hemşire çalışma ortamı ile beyin göçüne yönelik tutum arasında anlamlı fakat düşük düzeyde bir korelasyon bulunmuştur.

Türkiye'de hızla artan ve yaşlanmakta olan nüfus nedeniyle sağlığa ilişkin stratejik planlar çok daha kapsamlı ve öngörülü bir şekilde hazırlanmalıdır. Kalifiye insan gücünün sağlık sistemi içerisinde tutulabilmesine yönelik sağlık politikaları geliştirilmelidir. Bu politikalar geliştirilirken özellikle istihdam sorunu ile işte kalışı sağlayan çalışan memnuniyetine yönelik konulara öncelik verilmesi önerilmektedir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Bu çalışmanın özeti 20.01.2023 tarihinde online olarak yapılan "9th International Mardin Artuklu Scientific Researches Conference" sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Etik Onay

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 04/03/2022 tarih 120/58 sayısı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Osman Bilgin: Fikir, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Hakan Çelik: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı,

Handan Alan: Tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, eleştirel inceleme.

Serap Torun: Danışmanlık, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Güllüpinar F. Göç olgusunun ekonomi-politiği ve uluslararası göç kuramları üzerine bir değerlendirme. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi 2012;2(4):53-85.
2. Yalçınkaya MH, Dülger S. Küreselleşmenin beyin göçü üzerindeki etkisi= Türkiye. Journal of Social and Humanities Sciences Research 2017;4(14):1646-54.
3. Kaya M. Beyin Göçü/Erozyonu. Üniversite ve Toplum 2003;3(3):18-34.
4. Öncü E, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinde Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği geliştirilmesi= güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Cukurova Medical Journal 2018;43:207-15.
5. Kirigia JM, et al. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. BMC Health Services Research 2006;6:89.
6. Nguyen L, et al. Intent to migrate among nursing students in Uganda= measures of the brain drain in the next generation of health professionals. Human Resources for Health 2008;6:5.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. International Journal for Quality in Health Care 2002;14(1):5-15.

8. World Health Organization. Working together for health: the World health report 2006: policy briefs. 2006.
9. Baumann A, International Council of Nurses. Positive Practice Environments= Quality Work Places = Quality Patient Care, Information and Action Tool kit. 2009. Available from <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>
10. Bilazer FN, ve ark. Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. Türk Hemşireler Derneği 2008;12-5.
11. O'Brien-Pallas L, et al. The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: A pilot study and focus for a multicenter international study. Policy, Politics & Nursing Practice 2008;7(3):169- 179
12. Badir A, Herdman EA. Critical care nurses' perceptions of patient safety in Turkey. Journal of Nursing Care Quality 2008;23(4): 159-168.
13. Bendak S. 12-h workdays: Current knowledge and future directions. Work & Stress 2003;17(4):321-336.
14. Bitek DH, ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2017;21(1):1-6.
15. Ulusoy H, Polatkan R. Hemşirelerin çalışma ortamının hemşirelik iş indeksi ölçeğine göre değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2016;38(4):246–257.
16. Alan H, ve ark. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2021;8(2):203-213.
17. Global Health Watch. The Global Health Worker Crisis= Global Health Watch 2005- 2006. An Alternative World Health Report, Zed Books. London/New York; 2005. p.119-34. Available from: www.ghwathc.org/2005report
18. Lake E, et al. A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. Medical Care 2019;57(5):353.
19. Türkmen E, ve ark. Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinin türkçeye uyarlanması= güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011;13(2):5-20.
20. Özaydın Ö, Vural A, Güdük Ö. Investigation of Turkish nurses'attitudes towards brain drain. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi 2024;6(1):29-38.
21. Türk Hemşireler Derneği (THD). Hemşire Göç Eğilim Çalışması Raporu. 2023. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/subeler/THD%202023/hemsire_goc_egilimi_calismasi_ra.2023-.pdf
22. Turan FD. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumlarının yordayıcısı olarak kariyer karar verme ve kariyer karar verme yetkinlikleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;10(4):828-841.
23. Alan H, ve ark. Tersine beyin göçü: Türkiye'deki hemşirelik lisans programına kayıtlı yabancı öğrencilerin değerlendirmeleri: kesitsel bir araştırma. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2022;14(2).
24. Yiğit MC, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumları, akademik güdülenme ve akademik öz-yeterliklerinin belirlenmesi. Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi 2024;5(1):171-182.
25. Bimal MK, Kaur R, Kaur R. Factors intend to brain drain among staff nurses. International Journal of Advances in Nursing Management 2016;4(4):327-30
26. Goštautaitė B, et al. Migration intentions of lithuanian physicians, nurses, residents and medical students. Health Policy 2018;122(10):1126-1131.
27. Kizito S, et al. Career intentions of final year medical students in uganda after graduating= the burden of brain drain career choice, professional education and development. BMC Medical Education 2015;15:1-7.
28. Polat Ş, ve ark. Bir üniversite hastanesindeki hemşirelerde iş-aile çatışması ile örgütsel sessizlik ve sosyal destek algısı arasındaki ilişkiler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2018;9(3):195- 204.
29. Tosun S, Cerev G. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ücret tatmin düzeyi ile yaşam memnuniyeti algılarının beyin göçü niyetine etkisi üzerine bir araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2023;12(1):46-57.
30. Likupe G. The skills and brain drain what nurses say. Journal of clinical nursing 2013;22(9-10):1372-1381.
31. Adovor E, et al. Medical brain drain= How many, where and why? Journal of Health Economics 2021;76:102409.
32. Hashish EA, Ashour HM. Determinants and mitigating factors of the brain drain among Egyptian nurses: a mixed-methods study. Journal of Research in Nursing 2020;25(8):699-719
33. Bulduk S, Usta E, Dinçer Y. Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;7(2):73-7
34. Rao NR, Rao UK, Cooper RA. Indian medical students' views on immigration for training and practice. Acad. Med 2006;81(2):185-8.
35. Sheikh A, et al. Physician migration at its roots= a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. Global Health 2012;8:43.
36. Santric-Milicevic MM, et al. First- and fifth-year medical students' intention for emigration and practice abroad= a casestudy of Serbia. Health Policy 2014;118(2):173- 83.
37. Yürümezoğlu HA, Sarioğlu E. Hemşirelerin çalışma ortamı, çalışma süreleri ve hasta-hemşire oranının hemşire sonuçlarına etkisi= kapsamlı bir literatür derleme. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2022;9(1):153-167.

Kadının Kadına Bakışı: Genç Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Damgalama Eğilimleri*

Women's Views of Women: Young Women's Sexual and Reproductive Health Stigmatization Tendencies

Elif Dağlıⁱ, Feyza Aktaş Reyhanⁱⁱ

ⁱDoç. Dr, Çukurova Üniversitesi, Abdi Sütcü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-4608-8904

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-7927-2361

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı, genç kadınların Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) damgalama eğilimlerini ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Çalışma 3 nisan-28 temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kesitsel ve tanımlayıcı türde bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuru yapan 3270 kadın, örneklemini ise 232 kadın oluşturmuştur. Veriler, poliklinik bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Genç Kadınların Cinsel/Üreme Sağlığı Damgalama Ölçeği (GKCÜSDÖ) ile veriler toplandı.

Bulgular: GKCÜSDÖ göre, çalışmaya katılan genç kadınların damgalama tutumları orta düzeyin üzerinde ($13,42 \pm 6,35$) olduğu tespit edilmiştir. Kadınların sosyo-demografik değişkenlerinden eğitim durumu ($p=,000$), çalışma durumu ($p=,004$) ve ilişki durumuna ($p=,002$) göre GKCÜSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<,05$). Yanısıra obstetrik özelliklerden gebelik ($p=,002$), doğum ($p=,016$), kürtaj ($p=,001$), aile planlaması ($p=,000$) değişkenleri ile GKCÜSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<,05$).

Sonuç: Bu çalışmada, çalışmaya katılan genç kadınların CS/ÜS'e yönelik damgalayıcı tutumları destekledikleri, çevrelerinde CS/ÜS damgasını gözlemledikleri/hissettikleri belirlenmiştir. Damgalamayla ilgili kadınların tutumlarının değiştirilmesi, damgalamayla mücadelede halk sağlığı çalışanların önceliklerden biri olmalıdır. Halk sağlığı çalışanların, adolesan/gençlerin CS/ÜS konularında nitelikli, genç dostu ve okula entegre CS/ÜS eğitimleri vermeleri önerilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık, Damgalama, Kadın, Üreme sağlığı

ABSTRACT

Aim: The aim of the study is to determine the Sexual Health/Reproductive Health (SH/RH) stigmatization tendencies of young women and related factors.

Method: The study was conducted between April 3 and July 28, 2023. It is a cross-sectional and descriptive study. The population of the study consisted of 3270 women who applied to the Obstetrics and Gynecology Polyclinic of a training and research hospital, and 232 women constituted the sample. The data were collected by face-to-face interview method in the waiting room of the outpatient clinic. Data were collected using the Young Women's Sexual/Reproductive Health Stigma Scale (YWSRHSS).

Results: According to the YWSRHSS, it was determined that the stigmatizing attitudes of the young women participating in the study were above the moderate level (13.42 ± 6.35). A significant difference was found between the mean scores of the YWSRHSS according to the women's socio-demographic variables of education ($p=,000$), employment status ($p=,004$) and relationship status ($p=,002$) ($p<,05$). In addition, a significant difference was found between the mean YWSRHSS scores and the obstetric characteristics of pregnancy ($p=,002$), birth ($p=,016$), abortion ($p=,001$), and family planning ($p=,000$) ($p<,05$).

Conclusion: In this study, it was determined that young women supported stigmatizing attitudes towards SH/RH and observed/felt SH/RH stigma in their environment. Changing women's attitudes about stigma should be one of the priorities of public health workers in combating stigma. It is recommended that public health professionals provide qualified, youth-friendly and school-integrated SH/RH training to adolescents/young people.

Keywords: Sexual health, Stigma, Women, Reproductive health

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):305-313

DOI: 10.31020/mutfd.1514546

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 11 Temmuz 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 18 Kasım 2024

İletişim- Correspondence Author: Elif Dağlı <elifarik90@gmail.com>

Etik Kurul Onayı: Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 04.02.2023, Sayı: 130/73)

Giriş

Damgalama, insan farklılığını bir sosyal kontrol biçimi olarak etiketleme, basmakalıp değerlendirme ve reddetme sürecidir; bireye karşı negatif tavırlara sebep olabilen bir utandırma işaretidir.^{1,2} Damgalanma insan hayatında yıkıcı ve duygusal durumlara sebep olabilmektedir. Damgalanmanın getirdiği duygusal acılar, kişinin yaşamının kalan kısmında bununla baş etmek zorunda olması sebebiyle daha yıkıcı olabilmektedir.³

Damgalama; pek çok sağlık sonucunu etkilemektedir, sağlık risklerini veya sonuçlarını önlemek veya en aza indirmek için kullanılabilir kaynaklara erişimi sınırlamaktadır.⁴ Damgalama zaman ve mekândan bağımsız olarak sağlık eşitsizlikleriyle de ilişkilidir. Sağlık hizmeti ortamlarında damgalama yaşandığında, bu bir insan hakları ihlalidir.^{5,6} Yapılan araştırmalara göre, cinsiyet ve cinsel yönelim, engellilik, HIV, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, tüberküloz, cüzzam, madde kullanımı ve akıl hastalığı gibi hastalık durumlarının yanı sıra infertilite ve kürtaja yönelik damgalamanın, hizmet alımının önünde bir engel olduğu bildirilmiştir.^{4,7,8} Özellikle de gençlerin Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) ile ilgili davranışlarını ve davranışların sonuçlarını (gebelik, kürtaj, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, cinsiyet değiştirme) ahlaka aykırı gösteren sosyal, kültürel ve dini normlar, damgalanmasına sebep olabilmektedir.⁹

Cinsel ilişkiye başlama ve cinsel aktivite bölgeye, ülkeye ve cinsiyete göre büyük farklılıklar gösterse de, tüm bölgelerde gençler ergenliğe daha erken ulaşmakta, genellikle daha genç yaşta cinsel aktiviteye girmekte ve daha geç evlenmektedirler.^{10,11} Adölesan/gençlerde özellikle de evli olmayanlarda CS/ÜS hizmetlerine erişim yetersizdir. Ayrıca bakıma ulaşmaları; utanma, korku, bilgi eksikliği, yanlış bilgiler, mitler, ekonomik, fiziksel şartları, sağlık çalışanların gizliliği sağlayamaması, yargılayıcı tavırlar ve damgalanma nedenleriyle kısıtlıdır.¹²

Damgalama; sosyoekonomik durum, medeni durum ve yaş dâhil olmak üzere insanların sosyal statüsüne dayalı olarak CS/ÜS ile ilgili eşitsizliklere yol açmaktadır. Önceki araştırmalar, düşük sosyoekonomik statüye sahip kadınların (gelir, eğitim, istihdam) doğum sırasında daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip kadınlara göre damgalamanın daha yüksek olduğunu göstermiştir.¹³⁻¹⁵ Gana, Gine, Myanmar ve Nijerya'da doğum sırasında kadınların kötü muamelesine ilişkin bir Dünya Sağlık Örgütü araştırmasında, ergenlerin/genç kadınların doğum sırasında fiziksel istismara uğrama olasılığının iki kat ve doğum sırasında sözlü tacize uğrama olasılığının dört kat fazla olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Kürtaj nedenli damgalanma endişesi sebebiyle kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin gözlemlendiği bildirilmiştir.^{17,18} Kadınların çoğu, kürtajı ahlaksızlık olarak ifade etmiştir. Kürtaja karşı olumsuz tutuma sahip kadınların tutumlarını içselleştirmeden; düşüncelerinde eşlerinin, ailelerinin ve toplumun baskısının etkili olduğu bildirilmiştir.¹⁹ Günümüzde sosyal farklılıkların/ayrışmaların artmasıyla damgalama sorunu da büyümektedir. Damgalanma ve bunun olumsuz sonuçları açısından en fazla risk altında olan genç kadınları ve toplulukları belirlemek için CS/ÜS damgalanmasına katkıda bulunan faktörlerin daha iyi anlaşılması gerekmektedir.²⁰

Genç kadınların CS/ÜS ve haklarını iyileştirme ihtiyacı giderek daha fazla kabul görmektedir. Ne yazık ki, gençler için CS/ÜS'ü teşvik eden ulusal politikalara rağmen, çoğu genç kadın kaliteli CS/ÜS erişimde önemli engellerle karşılaşmaktadır.²⁰ Bu tür araştırmaların yapılması ayrıca, genç kadınlar için CS/ÜS damgasını nihai olarak ortadan kaldıran daha bütüncül halk sağlığı uygulamalarına, programlarına ve politikalarına rehberlik etmesi için de gereklidir. Bu doğrultuda, bu çalışma genç kadınların diğer genç kadınlara ilişkin CS/ÜS damgalama eğilimlerini ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem

Araştırma kesitsel-tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini 3 Nisan ve 28 Temmuz 2023 tarihleri arasında Adana'da bir devlet hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuru yapan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G Power programı ile belirlenmiştir. Bakır ve

arkadaşlarının çalışması dikkate alınarak, bu çalışma için etki büyüklüğü $d=0.15$, testin gücü $p=0.95$, güven aralığı %80 ve yanılma düzeyi %5 olarak belirlendiğinde en az 218 kadının alınması gerektiği hesaplanmıştır.¹⁷ Örneklem kaybı öngörülerek 232 kadınla çalışma yürütülmüştür. Kadınlara araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı açıklandıktan ve bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra 18-24 yaş aralığında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara anket uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından polikliniğin bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anketin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Genç Kadınlarda Cinsel Sağlığı ve Üreme Sağlığı Damgalama Ölçeği” (GKCÜSDÖ) ile toplanmıştır. Tanıtıcı Bilgiler Formunda; kadınların Sosyo-demografik özellikleri değerlendirmek için 5 soru ve obstetrik özellikleri belirlemek için 8 soru, toplamda ise 13 sorudan oluşmuştur. GKCÜSDÖ; Hall ve arkadaşları tarafından kadınlarda CS/ÜS damgalamayı değerlendirmek için geliştirilmiştir.²¹ Türkçe’ye Bayrakçeken uyarlamıştır.^{9,22} Dışsal damgalama, gerçek olmayan damgalama ve içsel damgalama olmak üzere 3 alt boyutu mevcuttur. Ölçeğe dair min-max puan aralığı 0-20’dir. Ölçek puanı arttıkça kadınların (18-24 yaş) damgalama tutumu da artmaktadır. Cronbach alfa katsayısı 0,83 tespit edilmiştir.^{9,22} Tüm ölçek içi güvenilirlik katsayısı 0,89 olup dışsal damgalama faktöründe 0,83, içsel damgalama alt boyutunda 0,84 ve maddeleri gerçek olmayan damgalama alt boyutunda ise 0,85 olarak elde edilmiştir.

Araştırma Helsinki Deklarasyonunun insan deneklerini kapsayan tıbbi araştırmalar etik ilkelerine uyarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler (etik kurul 04.02.2023 tarihli, 130/73 sayılı karar; kurum izni 29.03.2023 tarihli, 213603768 sayılı karar) alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınların sözlü onamları alınmıştır.

SPSS 26 programıyla istatistiksel analiz yapılmıştır. Sosyo-demografik ve obstetrik değişkenlere göre dağılım ve ölçek puanına göre tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. CS/ÜS damgalamaya yönelik görüşlerin dağılımına ilişkin frekans ve yüzde dağılımı verilerek en çok katılım gösterilen ve en az katılım gösterilenler belirtilmiştir. İstatistiksel analizlerde ise obstetrik değişkenler ile demografik değişkenlerin damgalama puanlarına göre karşılaştırılmasında parametrik yöntemlerden bağımsız gruplar t testi ile tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Sürekli olan bağımlı değişkenin (GKCÜSDÖ puanı) normal dağılımı elde edilmiştir. ANOVA sonucunda anlamlı fark ve farkın kaynağı çoklu karşılaştırma yöntemlerinden LSD yöntemi ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizler için $p<.05$ anlamlılık düzeyinde karşılaştırma yapılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya 18-24 aralığında 232 kadın katılım göstermiştir. Kadınların yaş ortalaması $20,28\pm 2,2$ olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %57,7’sinin okulu (ilköğretim/ortaöğretim) terk ettiği, %61,6’sının çalışmadığı, %57,8’inin gelirin giderinden az olduğu, %41,8’inin en uzun süre yaşadığı yerin ilçe olduğu ve %56,5’inin ilişkisinin (evli/nişanlı/sevgili) olduğu belirlenmiştir. Obstetrik özelliklere göre dağılım incelendiğinde; kadınların %58,2’sinin gebelik yaşadığı, %59,1’inin doğum yaptığı, %83,6’sının kürtaj yaptırmadığı, %97’sinin düşük yapmadığı, %52,2’sinin aile planlama yöntemi kullandığı ve %73,7’si modern aile planlama yöntemi kullanmadığı olup tespit edilmiştir (**Tablo 1**).

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	n	%
Eğitim düzeyi	Hala öğrenci	44	19,0
	Üniversite mezunu	54	23,3
	Okul terk (ilköğretim/ortaöğretim)	134	57,7
Çalışma durumu	Evet	89	38,4
	Hayır	143	61,6
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	17	7,3
	Gelir gidere denk	81	34,9
	Gelir giderden az	134	57,8
En uzun süre yaşadığı yer	İl	74	31,9
	İlçe	97	41,8
	Köy	61	26,3
İlişki durumu	Yok	101	43,5
	Evli/nişanlı/sevgili	131	56,5
Gebelik yaşama	Evet	135	58,2
	Hayır	97	41,8
Doğum yapma	Evet	137	59,1
	Hayır	95	40,9
Kürtaj yaptıрма	Evet	38	16,4
	Hayır	194	83,6
Düşük yapma	Evet	7	3,0
	Hayır	225	97,0
Aile planlaması yöntemi kullanma	Evet	121	52,2
	Hayır	111	47,8
Modern aile planlaması yöntemi kullanma	Evet	61	26,3
	Hayır	171	73,7
Toplam		232	100

GKCÜSDÖ toplam puanı ile alt boyutlarına ilişkin puanlar maddelerin toplanmasıyla elde edilmiştir. Buna göre GKCÜSDÖ puan ortalaması $13,42 \pm 6,35$ olup, dışsal damgalama alt boyut puanı $4,59 \pm 1,85$, içsel damgalama alt boyut puanı $3,49 \pm 1,79$ ve gerçek olmayan damgalama alt boyut puanı $5,33 \pm 3,65$ olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Genç Kadınlarda Cinsel Sağlık Üreme Sağlık Damgalama Ölçeğinin toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları

Ölçek Puanları	X±ss (Min-Maks)
GKCÜSDÖ toplam	13,42±6,35 (0-20)
Dışsal damgalama	4,59±1,85 (0-6)
İçsel damgalama	3,49±1,79 (0-5)
Gerçek olmayan damgalama	5,33±3,65 (0-9)

GKCÜSDÖ: Genç Kadınlarda Cinsel Sağlığı ve Üreme Sağlığı Damgalama Ölçeği, X:Ortalama, ss: standart sapma

Kadınların %84,1'i "İnsanlar kürtaj yaptırdığını bildikleri bir gence farklı davranırlar", %81,9'u "Gençken hamile kalmam ve bir bebeğe sahip olmam çevremdeki insanların bana farklı davranmalarına sebep olur" ve %81'i "İnsanlar cinsel ilişki yaşamış olduğunu bildikleri bir gence farklı davranırlar" görüşlerine en yüksek oranda katıldıkları tespit edilmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 3. Katılımcıların CS/ÜS damgalamaya yönelik görüşlerinin dağılımı

Maddeler	Nötr/ Katılmayanlar	Katılanlar
	n (%)	n (%)
1. İnsanlar cinsel ilişki yaşamış olduğunu bildikleri bir gence farklı davranırlar.	44(19)	188(81,0)
2. İnsanlar kürtaj yaptırdığını bildikleri bir gence farklı davranırlar.	37(15,9)	195(84,1)
3. İnsanlar modern aile planlaması yöntemlerini kullandığını bildikleri gence farklı davranır.	68(29,3)	164(70,7)
4. Bir gencin cinsel ilişki yaşamaması sıklıkla anne veya babası tarafından dövülmesine ya da fiziksel olarak zarar görmesine yol açar.	81(34,9)	151(65,1)
5. Gençken hamile kalmam ve bir bebeğe sahip olmam çevremdeki insanların bana farklı davranmalarına sebep olur.	42(18,1)	190(81,9)
6. Gençken hamile kalmam ve bir bebeğe sahip olmam insanların benimle alay etmesine, aşağılamasına, küfretmesine veya dedikodu yapmasına sebep olur.	53(22,8)	179(77,2)
7. Gençken cinsel ilişkide bulunma itaatsizliğin türüdür.	94(40,5)	138(59,5)
8. Çocuk aldırın genç kadınlar kötü kızlardır.	94(40,5)	138(59,5)
9. Modern aile planlaması yöntemi kullanan genç kadınlar, önüne gelenle cinsel ilişki yaşayan kadınlardır.	94(40,5)	138(59,5)
10. Modern aile planlaması yöntemi kullanan gençler kötü kız olarak görülürler.	80(34,5)	152(65,5)
11. Gençken cinsel ilişki yaşamak genç kadın ve ailesi için rezillik ve utanç vericidir.	77(33,2)	155(66,8)
12. Gençken hamile kalmam ve bir bebeğe sahip olmam ailemi rezil eder.	67(28,9)	165(71,1)
13. Gençken hamile kalmam ve çocuk doğurmam utanmama ve kendimi kötü hissetmeme neden olur.	62(26,7)	170(73,3)
14. Kürtaj yaptıran genç kadınlar başkalarını da kürtaj yaptırmaya teşvik edecektir	95(40,9)	137(59,1)
15. Evlenmemiş kadınların modern aile planlaması yöntemlerini kullanması kabul edilemez bir durumdur.	92(39,7)	140(60,3)
16. Modern aile planlaması yöntemleri kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir.	94(40,5)	138(59,5)
17. Kürtaj olmak cinayet işlemektir.	84(36,2)	148(63,8)
18. Televizyon, internet ve dergiler de dâhil olmak üzere, medyanın gençlerin cinsel davranışları üzerinde güçlü bir etkisi vardır.	59(25,4)	173(74,6)
19. Gençlerin ilk kez cinsel ilişki yaşamaları, genellikle arkadaşlarının veya partnerlerinin baskısıyla olur.	102(44,0)	130(56,0)
20. 19 yaş ve daha genç anne-babadan doğan çocuklar, erişkin anne-babadan doğanlardan daha kötü durumdadır.	106(45,7)	126(54,3)

CS/ÜS: Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı

Kadınların sosyo-demografik değişkenlerinden eğitim durumu, çalışma durumu ve ilişki durumuna göre GKCÜSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<,05$). Buna göre okulu terk eden kadınların GKCÜSDÖ puan ortalamaları öğrenci ve üniversite mezunu olan kadınlardan daha yüksek, öğrenci olanların da üniversite mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan kadınların çalışan kadınlara ve ilişkisi olmayan kadınların ilişkisi olan kadınlara göre, GKCÜSDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4**).

Katılımcıların obstetrik özelliklerden gebelik, doğum, kürtaj, aile planlaması ve ilişki durumu değişkenlerinin tümüne göre GKCÜSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<,05$). Gebelik yaşamayan kadınların yaşayanlara göre, doğum yapmayan kadınların yapanlara göre, kürtaj yaptırmayan kadınların yaptıranlara göre, ilişkisi olmayanların olanlara göre GKCÜSDÖ puan ortalamaları daha yüksek elde edilmiştir. Ayrıca aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların GKCÜSDÖ puan ortalaması kullananlara göre daha yüksek iken, modern aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların kullananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 4. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ölçek Puan	Test İstatistik	P	Fark ¹
Eğitim durumu	Hala öğrenci ^a	44	14,1±5,7	37,999***	,000*	c>a,b b>a
	Üniversite mezunu ^b	54	10,2±6,4			
	Okul terk ^c	134	18,2±2,9			
Çalışma durumu	Evet	89	11,7±6,5	4,289***	,004*	
	Hayır	143	15,1±5,7			
İlişki durumu	Yok	101	15,3±6,0	4,184**	,002*	
	Evli/nişanlı/sevgili	131	11,9±6,2			
Gebelik yaşama	Evet	135	12,1±6,2	4,015**	,000*	
	Hayır	97	15,3±6,1			
Doğum yapma	Evet	137	12,2±6,2	3,77**	,016*	
	Hayır	95	15,3±6,1			
Kürtaj yaptırma	Evet	38	12,8±6,4	3,242**	,001*	
	Hayır	194	16,4±5,5			
Aile planlaması yöntemi kullanma	Evet	121	11,6±6,2	4,704**	,000*	
	Hayır	111	15,4±6,0			
Modern aile planlaması yöntemi kullanma	Evet	61	12,7±6,3	3,033**	,003*	
	Hayır	171	15,5±6,1			

* $p < .05$; **Bağımsız Gruplar T Testi; *** ANOVA testi; 1:LSD çoklu karşılaştırma

Tartışma

Bu çalışmada, genç kadınların CS/ÜS damgalama eğilimlerine ve bazı değişkenlerle ilişkisine bakılmıştır. Kadınların damgalama tutumlarının (13,42±6,35) olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, okulu terk eden kadınların damgalama tutumları öğrenci ve üniversite mezunu olan kadınlardan daha yüksek ve öğrenci olanların da üniversite mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada kadınların damgalama tutumları Bayrakçeken'in üniversite kadın öğrencileriyle yaptığı çalışmasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁹ Bu çalışmada genç kadınların çoğunun düşük eğitim seviyeye sahip olmalarının buna sebep olduğu düşünülmektedir. Bu durum bireyi, olayı ve insan davranışını anlamada eğitimin etkili olduğu ile yorumlanabilir.²³ Bu çalışmada, damgalama eğiliminin eğitim seviyesine bağlı olarak değiştiği ve yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlarda damgalama eğiliminin daha düşük olduğunu bildiren Shodimu ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer sonuçlara ulaşılmıştır.^{23,24}

Bulgularımıza göre, çalışmayan kadınların damgalama tutumları çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer olarak Hall ve arkadaşları çalışmasında, işsizliğin CS/ÜS damgalama puanlarıyla ilişkili olduğunu ve işsizliğin damgalama puanlarını artırdığını belirtmiştir.²² Mevcut çalışma, çalışmayan kadınlar arasında yüksek düzeyde CS/ÜS damgalama türlerini belgeleyen Kelly, Van Brakel ve Hatzenbuehler ve arkadaşları, Hall ve arkadaşları çalışmalarının sonuçlarıyla da örtüşmektedir.²⁵⁻²⁸

Çalışmamızda CS/ÜS damgalamasına yönelik genç kadınların tutumları ile obstetrik özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hall ve arkadaşlarının çalışmasının aksine, mevcut çalışmanın bulgularına göre; gebelik yaşayan, doğum yapan, ilişkisi olan genç kadınların damgalama tutumlarının daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.²² Bireyin damgalamaya yönelik başa çıkma mekanizmaları, pasif görmezden gelme stratejisinden sözlü savunmaya kadar değişebilmektedir.²⁹ Yanı sıra kadının kişisel koşullarıyla ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır. Ancak önemli bir etkenin, kadının gebe kalmadan önceki genç anneliğe ilişkin değerleri olabileceği söylenebilir. Genç anneliğin ve kürtajın normal karşılandığı aileye ve topluma mensup kişilerin damgalanmaya dair olumsuz etkiler bildirme olasılığı daha düşüktür. Diğer taraftan genç anneliğe daha az değer verenler, olumsuz etkiler yaşama ve diğer genç annelere karşı damgalayıcı tutumlar sergileme olasılıkları daha yüksektir.³⁰

Ayrıca mevcut çalışmada kürtaj yaptıran, aile planlaması yöntemi kullanan ve modern yöntem kullanan kadınların damgalama tutumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu literatürdeki bazı

çalışmalarla benzerlik göstermektedir.^{22,31} Kadınlar CS/ÜS açısından en çok kürtaj konusunda damgalama riskiyle karşı karşıya kalmıştır. Kadının yaşadığı toplumun kürtaja yönelik görüşü/tutumu oldukça önemlidir. Bir sistematik derlemede; bekâr kadının cinsel birlikteliğine olumsuz bakılan toplumda, bekâr kadının kürtaj deneyimlemesine daha olumsuz bakıldığı bildirilmiştir.³² Gebeliklerin, ancak anne/bebeğin sağlığının olumsuz etkilendiği durumda sonlandırılması gerektiği bildirilmiştir.³³ Bazı yaşam deneyimleri veya yaşayamadıkları bazı ergenleri/genç kadınları damgalayıcı tutumlara karşı daha savunmasız (örneğin, daha önce sağlık sorunu yaşamamış olmak, gebelik geçirmiş olmak, cinsel birliktelik yaşamamış olmak) ve diğerlerini damgalamaya karşı daha dayanıklı kılabilir (örneğin, cinsel olarak aktif olmak ve gebelikten başarılı bir şekilde kaçınmak).^{31,34,35} Damgalanma, kadınları daha gizli olan ve olayla ilgili gizliliğini korumasına olanak tanıyan güvenli olmayan kürtaja erişmeye yönlendirir. Bu da güvenli hizmetlere ihtiyaç duyan kadınların, nereden erişecekleri konusunda temel bilgilere sahip olmaması anlamına gelir. Damgalama, kadınların yargılanma korkusuyla, deneyimleri hakkında aileleri veya arkadaşlarıyla konuşmasını engelleyebilir ve pek çok kadının deneyimleri boyunca ve sonrasında uzun süre izole ve yalnız hissetmesine yol açabilir.

Mevcut çalışmada kadınların çoğunun “İnsanlar kürtaj yaptırdığını bildikleri bir gence farklı davranırlar”, “Gençken hamile kalmam ve bir bebeğe sahip olmam çevremdeki insanların bana farklı davranmalarına sebep olur” ve “İnsanlar cinsel ilişki yaşamış olduğunu bildikleri bir gence farklı davranırlar” görüşlerine katıldıkları tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Shellenberg çalışmasında, kürtaj yaptıran her üç kadından ikisinin, başkaları bunu öğrendiğinde damgalanmayı beklediğini bildirmiştir. Aynı çalışmada, genç kadınların %58'i kürtajlarını arkadaşlarından ve ailelerinden gizlemeleri gerektiğini düşünmektedir.³⁶ Major ve Gramzow bireysel düzeyde kürtaj damgasının etkilerini incelediği çalışmasında, bir kadının kürtaj yaptırdığı için başkalarının kendisini küçümsediğini algıladıkça, kürtajı gizli tutma ihtiyacı hissettiğini bildirmiştir.³⁷ Yardley çalışmasında, evlilik öncesi cinselliğin yasaklandığı toplumlarda, toplum bunu öğrendiğinde damgalanma riskiyle karşı karşıya kaldığını belirtmiştir.²⁹ Evlilik öncesi cinsel ilişkiye ve evlilik öncesi çocuk sahibi olmaya yönelik damgalama, genç kadınların CS/ÜS sonuçlarını etkileyebilir ve onların CS/ÜS hizmetlerine erişimini sınırlandırabilir.³⁸ Bu nedenle, hem annenin hem de çocuğun sağlığını ve refahını etkileyebilecek komplikasyonların geç tespit edilmesine yol açabilecek erken doğum öncesi ve doğum sonrası bakım aramayabilirler.^{39,40} Yanısıra cinsel olarak aktif genç kızlar güvenli cinsel uygulamalar hakkında bilgi aramayabilir veya güvenli cinsel davranışı teşvik eden hizmetlere erişemeyebilirler.^{7,11}

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak bu çalışmada, genç kadınların CS/ÜS' e yönelik damgalayıcı tutumları destekledikleri, çevrelerinde CS/ÜS damgasını gözlemledikleri/hissettikleri belirlenmiştir. Yanı sıra bu çalışma CS/ÜS damgalanmasıyla ilişkili çeşitli faktörler hakkında bilgi sağlamaktadır.

Damgalamayla ilgili kadınların tutumlarının değiştirilmesi, damgalamayla mücadelede halk sağlığı çalışanların önceliklerden biri olmalıdır. Halk sağlığı çalışanların, adolesan/gençlerin CS/ÜS konularında nitelikli, genç dostu ve okula entegre CS/ÜS eğitimleri vermeleri önerilir. Genç kadınların CS/ÜS sonuçlarını iyileştirmek amacıyla, bireysel düzeyde damgalama direncini teşvik edebilecek ve çevresel düzeyde CS/ÜS damgalamasına karşı koyabilecek daha bütünsel, kanıta dayalı uygulamaları, programları ve politikaları belirlemek için araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışmamıza katılmayı kabul eden ve bize destek veren kadınlara teşekkür ederiz.

Etik Onay

Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 04.02.2023 tarihli, 130/73 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Elif Dağlı: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Feyza Aktaş Reyhan: Denetleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. White-Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* 2015;147:222-31.
2. Mohammadi F, et al. The stigma of reproductive health services utilization by unmarried women. *Iran J Red Crescent Med* 2016;18:e24231.
3. Bakır N, Irmak-Vural P, Demir C. Genç kadınların perspektifinden cinsel sağlık ve üreme sağlığında damgalama. *Androl Bul* 2021;23:146-151.
4. Bohren MA, et al. Strategies to reduce stigma and discrimination in sexual and reproductive healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *PLOS Global Public Health* 2022;2(6):e0000582. doi: 10.1371/journal.pgph.00 00582.
5. Khosla R, et al. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and Human Rights* 2016;18(2):131-43.
6. Zampa C, et al. Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth. *Health and Human Rights* 2020;22(1):251-64.
7. Cook RJ, Dickens BM. Reducing stigma in reproductive health. *Int J Gynaecology and Obstetrics* 2014;125(1):89-92.
8. Mohamed D, Diamond-Smith N, Njunguru J. Stigma and agency: Exploring young kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency. *Reprod Health Matters* 2018;26(52):1492285.
9. Bayrakçeken E. Genç kadınlarda cinsel ve üreme sağlığı damgalama ölçeği geçerlik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum. 2018.
10. Chandra-Mouli V, et al. Contraception for adolescents in low and middle income countries: Needs, barriers, and access. *Reprod Health* 2014;11(1):1
11. Blanc AK, et al. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2009;35(2):63-71.
12. Oğul Z. Adölesan ve gençlerde cinsel sağlık üreme sağlığı: Etkileyen faktörler ve sorunlar. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2021;7(2):149-165.
13. Sudhinaraset M, et al. Women's status and experiences of mistreatment during childbirth in uttar pradesh: A mixed methods study using cultural health capital theory. *BMC Pregnancy And Childbirth* 2016;16(1):332.
14. Afulani PA, Sayi TS, Montagu D. Predictors of person-centered maternity care: The role of socioeconomic status, empowerment, and facility type. *BMC Health Services Research* 2018;18(1):360.
15. Afulani PA, et al. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *The Lancet Global Health* 2019;7(1):e96-e109.
16. Irinyenikan TA, et al. Adolescent experiences of mistreatment during childbirth in health facilities: secondary analysis of a community-based survey in four countries. *BMJ Global Health* 2022;5(2):e007954. doi:10.1371/journal.pone 0195163.
17. Steinberg JR, et al. Psychosocial factors and preabortion psychological health: The significance of stigma. *Soc Sci Med* 2016;150:67-75.
18. Hanschmidt F, et al. Stigma in the context of pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly: Associations with grief, trauma, and depression. *Arch Womens Ment Health* 2018;21(4):391-9.
19. Gelman A, et al. Abortion stigma among low-income women obtaining abortions in western pennsylvania: A qualitative assessment. *Perspect Sex Reprod Health* 2017;49(1):29-36.
20. Nmadu AG, Mohamed S, Usman NO. Adolescents' utilization of reproductive health services in Kaduna, Nigeria: The role of stigma. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2020;15(3):246-256. doi:10.1080/ 1745012 8.2020.1800156.
21. Hall KS, et al. Factors associated with sexual and reproductive health stigma among adolescent girls in Ghana. *PLoS One* 2018;2;13(4):e0195163.
22. Hall KS, et al. Development and validation of a scale to measure adolescent sexual and reproductive health stigma: Results from young women in Ghana. *J Sex Res* 2018;55:60-72.

23. Yaman E, Güngör H. Damgalama eğilimine ilişkin öğretmen görüşleri. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;7(18):823-851.
24. Shodimu MA, et al. Determinants of perceived stigmatizing and discriminating attitudes towards people living with HIV/AIDS among women of reproductive age in Nigeria. Journal of AIDS and HIV Research 2017;9(6):139-151.
25. Kelly DM. Stigma stories: Four discourses about teen mothers, welfare, and poverty. Youth Soc 1996;27(4):421-449.
26. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma-A literature review. Psychol Health Med 2006;11:307-334.
27. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as fundamental cause of population health inequalities. Am J Pub Health 2013;103:813-821.
28. Hall KS, et al. Social discrimination, mental health, and risk of unintended pregnancy among young women. J Adolesc Health 2015;56(3):330-337. pmid:25586228
29. Yardley E. Teenage mothers' experiences of stigma. Journal of Youth Studies 2008;11(6):671-84. doi:10.1080/13676260802392940.
30. McDermott E, Graham H. Resilient Young mothering: Social inequalities, late modernity and the 'problem' of teenage motherhood. Journal of Youth Studies 2005;8(1):59-79.
31. Wienmann CM, et al. Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy? J Adolesc Health 2005;36:1-7. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.06.006.
32. Yılmaz B, Şahin N. Kürtaj ve damgalanma: Bir sistematik derleme. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2020;28:451-62.
33. Kebede MT, Middelthon AL, Hilden PK. Negotiating the social and medical dangers of abortion on addis ababa: an exploration of young, unmarried women's abortion-seeking journeys. Health Care Women Int 2018;39(2):186-207.
34. Atuyambe L, et al. Faxelid E. Experiences of pregnant adolescents-voices from Wakiso District, Uganda. African Health Sciences 2005;5(4):304-309. doi:10.5555/afhs.2005.5.4.304.
35. Levandowski BA, et al. Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. Int J Gynecol Obstet 2012;118(2):167-171. doi:10.1016/S0020-7292(12)60017-4.
36. Shellenberg KM. Abortion stigma in the United States: quantitative and qualitative perspectives from women seeking an abortion. The Johns Hopkins University. 2010.
37. Major B, Gramzow RH. Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. Journal of personality and social psychology 1999;77(4):735.
38. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The Global challenges. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2015;131:40-42.
39. Gyan SE. Passing as "normal": Adolescent girls' strategies for escaping stigma of premarital sex and childbearing in Ghana. Sage Open 2018;8(3):2158244018801421.
40. Hanschmidt F, et al. Abortion stigma: a systematic review. Perspectives on sexual and reproductive health 2016;48(4):169-177.

Açık Kalp Cerrahisi Uygulanacak Hastalarda Benson Gevşeme Egzersizinin Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyine Etkisi*

The Effect of Benson Relaxation Exercise on Preoperative Anxiety Level in Patients Undergoing Open Heart Surgery

Selma Çakmakⁱ, Dilek Gürçayırⁱⁱ

ⁱUzman Hemşire, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, <https://orcid.org/0009-0008-7555-0919>

ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
<https://orcid.org/0000-0001-7198-3495>

Öz

Amaç: Bu çalışma açık kalp cerrahisi öncesi uygulanan Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Yarı deneysel türde olan bu araştırmanın verileri Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde Mayıs-Aralık 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırma kriterlerine uyan 120 hasta (60 deney, 60 kontrol) araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında "Hasta Tanıtım Formu", "Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği" ve "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" kullanıldı.

Bulgular: Benson gevşeme egzersizi öncesi hastaların kaygı düzeyleri incelendiğinde grupların hem durumluk kaygı hem de ameliyata özgü kaygı puan ortalamalarının benzer olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi. Benson gevşeme egzersizi uygulandıktan sonra hastaların kaygı düzeyleri incelendiğinde ise deney grubundaki hastaların ameliyattan 2 gün önce, 1 gün önce ve ameliyat sabahı durumluk kaygı ve ameliyata özgü kaygı puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı.

Sonuç: Açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarda Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyini azalttığı tespit edildi. Bu bağlamda ameliyat öncesi kaygı düzeyinin azaltılması amacıyla Benson gevşeme egzersizinin hemşireler tarafından planlanıp uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Açık kalp cerrahisi, Benson gevşeme egzersizi, Kaygı

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the effect of Benson relaxation exercise on preoperative anxiety level before open heart surgery.

Method: The data of this semi-experimental study were collected at the Cardiovascular Surgery Clinic of Ahi Evren Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital between May and December 2022. The study sample consisted of 120 patients (60 experimental, 60 control) who met the research criteria. "The Patient Introduction Form", "The State-Trait Anxiety Scale" and "Anxiety Specific to Surgery Questionnaire" were used to collect data.

Results: When the anxiety levels of the patients were examined before the Benson relaxation exercise, it was determined that the groups had similar state anxiety and surgery-specific anxiety mean scores and that the difference was not significant. When the anxiety levels of the patients were examined after the Benson relaxation exercise, it was determined that the state anxiety and surgery-specific anxiety mean scores of the patients in the experimental group 2 days before, 1 day before and on the morning of the surgery were significantly lower than those of the control group patients.

Conclusion: It was found that Benson relaxation exercise reduce preoperative anxiety level in patients undergoing open heart surgery. In this context, it may be recommended that the Benson relaxation exercise be planned and implemented by nurses in order to reduce the level of anxiety before surgery.

Keywords: Open heart surgery, Benson relaxation exercise, Anxiety

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):314-322

DOI: 10.31020/mutftd.1564399

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 09 Ekim 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 09 Aralık 2024

İletişim- Correspondence Author: Dilek Gürçayır <dilekgurcayir@hotmail.com>

Etik Kurul Onayı: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu (Tarih: 28.04.2022, Sayı: 52)

Giriş

Kalp damar hastalıkları hem dünyada hem de ülkemizde ilk sırada yer alan ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada her yıl kalp damar hastalıkları sebebiyle 17,9 milyon insan yaşamını kaybetmektedir. Bu oran dünya genelinde ölümlerin yaklaşık %31'ini oluşturmaktadır.¹ Türk İstatistik Kurumu verilerine göre 2023 yılında dolaşım sistemi hastalıkları %33,4 ile ilk sırada yer alan ölüm nedenidir.²

Açık kalp ameliyatı, kalp damar hastalıklarının cerrahi tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir.³ Açık kalp ameliyatı geçirecek hastalar ameliyat öncesinde yoğun kaygı ve stres yaşarlar.⁴ Kalbin hayati anlamı ve önemiyetinden ötürü hastanın kalbine müdahale edilmesi, yaşamına müdahale edildiği düşüncesini ortaya çıkarmaktadır. Bu durum hastaların ölüm korkusu yaşamısına neden olarak ameliyat öncesi kaygı düzeyinin artmasına yol açmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde yüksek düzeyde kaygısı olan hastaların ameliyat sonrası dönemde de kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir.³ Ameliyat öncesi dönemde yaşanan yoğun kaygı ameliyat sonrası morbiditeye ve ameliyat sonrası dönemde daha fazla tıbbi komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilir.⁵

Ameliyat öncesi dönemde hastaların kaygı seviyesinin azaltılmasında hemşireler büyük rol oynamaktadır.⁶ Kalp cerrahisi geçirecek hastalarda kaygıyı yönetmek için nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir. Tamamlayıcı tedavilerin bir parçası olan nonfarmakolojik yöntemler maliyeti ve komplikasyon gelişme olasılığı daha düşük ve klinik ortamda uygulaması daha kolay olan girişimlerdir. Literatürde ameliyat öncesi hastaların kaygılarını azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemler müzik terapi, refleksoloji, Benson gevşeme egzersizi, aromaterapi, rehberli imgelem, sanal gerçeklik ve yoga gibi yöntemlerdir.⁷⁻¹⁴

Benson gevşeme egzersizi farmakolojik olmayan, non-invaziv, kullanımı kolay, basit bir öğrenme yöntemi olan ve tüm kasların gevşemesini sağlayan bir uygulamadır. Benson gevşeme egzersizinin fiziksel yararlarının yanı sıra kaygı, ağrı ve depresyon düzeylerinin azaltılması gibi psikolojik yararları da vardır.^{11,15} Benson gevşeme egzersizi anterior ve posterior hipotalamus arasında denge oluşturur ve sempatik sinir sisteminin etkisini azaltır ve parasempatik sinir sistemini stimüle eder. Böylelikle kalp hızı, solunum hızı ve kalbin iş yükü azalır.^{15,16} Bu yöntem kardiyovasküler sistem hastalığı olan bireylerde herhangi bir komplikasyon oluşturmamaktadır. Benson gevşeme egzersizi ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bir uzmana ihtiyaç duyulmadan hastalar tarafından kolay uygulanabilen bir yöntemdir.¹⁷

Literatürde Benson gevşeme egzersizinin kalp cerrahisi sonrası hastalarda kaygı, yaşam kalitesi, fizyolojik parametreler, ağrı, konfor, ölüm kaygısı ve uyku kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır.^{15,17-21} Bununla birlikte açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi dönemde uygulanan Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.²²⁻²⁴ Malmir ve arkadaşları ile Poorolajal ve arkadaşlarının çalışmalarında Benson gevşeme egzersizi ameliyattan kısa bir zaman önce tek seferde yapılmış ve ameliyat öncesi kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.^{22,23} Mousavi ve arkadaşlarının çalışmasında ise Benson gevşeme egzersizi deney grubuna ameliyattan bir gün önce ve ameliyat sabahı yapılmış ve ameliyat öncesi kaygıyı azalttığı tespit edilmiştir.²⁴

Araştırmanın yürütüldüğü Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karadeniz Bölgesi'ndeki tek kalp ve damar cerrahi merkezidir. Bu sebeple sadece Trabzon iline değil çevresindeki illere de hizmet vermektedir. Literatür incelendiğinde hem araştırmanın yapıldığı bölgede hem de ülkemizin diğer bölgelerinde Benson gevşeme egzersizinin açık kalp cerrahisi öncesi anksiyeteye etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda planlanan araştırmanın amacı açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarda Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygıya etkisini incelemektir.

Araştırmanın Hipotezi

H₀: Açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarda Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisi yoktur.

H₁: Açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarda Benson gevşeme egzersizi ameliyat öncesi kaygı düzeyini azaltır.

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırmada yarı deneysel araştırma modeli kullanıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini Mayıs-Aralık 2022 tarihleri arasında Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kalp damar cerrahisi kliniğindeki açık kalp ameliyatı uygulanacak olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü kalp damar cerrahisi kliniği 20 yataklıdır. Klinikte 4 tane tek yataklı, 8 tane de çift yataklı oda bulunmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü süreçte klinikte 1 Prof., 2 Doç. Dr., 5 Op. Dr. ve 10 hemşire görev yapmaktadır.

Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2022 yılında toplam 517 hastaya açık kalp cerrahisi uygulanmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G.Power programıyla belirlendi. Gücün belirlenmesinde bağımsız gruplar t-testi kullanıldı. Buna göre çalışmanın etki büyüklüğü 0.50, güç 0.85 ve alfa değeri 0.05 olarak alındı ve örnek sayısı en az 118 (deney grubu=59, kontrol grubu=59) olarak belirlendi. Veri kaybı olabileceğinden çalışmaya 65 hasta deney grubuna ve 65 hasta kontrol grubuna olacak şekilde 130 hasta alınması planlandı. Veri toplama sürecinde 10 hasta çalışma dışı bırakıldı ve toplam 120 hasta ile çalışma tamamlandı. Hastalar deney ve kontrol gruplarına ilk hasta deney grubuna, ikinci hasta kontrol grubuna olacak şekilde sıralı atandı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya açık kalp cerrahisi uygulanacak olan, ameliyattan en az üç gün önce kliniğe yatışı olan, 18 yaş ve üzerinde olan, bilişsel düzeyi ölçekleri uygulamaya uygun olan, mental yetersizliği olmayan ve görsel, sözel, işitsel iletişim güçlüğü bulunmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Ameliyat öncesinde komplikasyon gelişmiş olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Hasta Tanıtım Formu", "Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği" ve "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" kullanılarak toplandı.

Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form açık kalp ameliyatı uygulanacak hastaların demografik özelliklerini ve genel sağlık durumlarını içeren sorulardan oluşmaktadır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ)

Ölçek, Spielberger ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.^{25,26} Ölçek Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) olarak iki kısımdan oluşmaktadır. Ölçeklerin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı DKÖ için 0,94-0,96, SKÖ için 0,83-0,87 arasında tespit edilmiştir. Katılımcıların soruları Durumluk Kaygı Ölçeği'nde "hiç", "biraz", "çok", "tamamıyla"; Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise "hiçbir zaman", "bazen", "çok zaman", "hemen her zaman"

şıklarından biri ile cevaplaması istenir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasındadır.²⁶ Bu çalışmada DKÖ için cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,89, SKÖ için cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91 olarak bulundu.

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)

Ölçek, Karancı ve Dirik tarafından geliştirilmiştir.²⁷ Ameliyata özgü kaygı ve endişeleri ifade etmektedir. Ölçek toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin yanıtlanması “Hiç katılmıyorum” (1), “Katılmıyorum” (2), “Kararsızım” (3), “Katılıyorum” (4), “Tamamen katılıyorum”(5) şeklindedir. Sorulardan 8. madde ters puanlanmakta olup toplam 10-50 aralığında puan değerine sahiptir. Ölçekten yüksek puan alınması kaygı seviyesinin arttığını gösterir.²³ Bu çalışmada AÖKÖ için cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,88 olarak bulundu.

Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce 5 hasta ile ön çalışma yapıldı. Ön çalışma yapılan hastalar örnekleme dahil edilmedi. Veriler hasta odasında araştırmacı tarafından toplandı.

Kontrol Grubundaki Hastalardan Verilerin Toplanması

Kontrol grubundaki hastalarla ameliyattan üç gün önce sabah saat 10.00’da birebir görüşüldü, araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Ardından araştırmaya katılım için gönüllü onamları yazılı ve sözlü olarak alındı. Daha sonra Hasta Tanıtım Formu, SKÖ, DKÖ ve AÖKÖ uygulandı. Araştırma hakkında bilgi verilmesi ve veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 30-35 dakika sürdü. Kontrol grubundaki hastalara ameliyattan iki gün önce sabah, ameliyattan bir gün önce sabah ve ameliyat sabahı DKÖ ve AÖKÖ tekrar uygulandı. Bu gruptaki hastalara rutin hemşirelik bakımı yapıldı.

Deney Grubundaki Hastalardan Verilerin Toplanması

Ameliyattan Üç Gün Önce: Deney grubundaki hastalarla ameliyattan üç gün önce sabah saat 10.00’da birebir görüşüp araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Ardından araştırmaya katılım için gönüllü onamları yazılı ve sözlü olarak alındı. Daha sonra hastalara Hasta Tanıtım Formu, SKÖ, DKÖ ve AÖKÖ uygulandı. Araştırma hakkında bilgi verilmesi ve veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık olarak 30-35 dakika sürdü. Ardından hastalara Benson gevşeme egzersizi tanıtıldı. Gevşeme egzersizinin faydaları hakkında bilgi verildi. Daha sonra Benson gevşeme egzersizi araştırmacı tarafından sessiz bir ortamda, hastanın anlayabileceği şekilde gösterildi. Ardından hastadan anlamadığı yerleri sorması istendi. Benson gevşeme egzersizinin tanıtılması ve öğretilmesi yaklaşık olarak 25-30 dakika sürdü. Aynı gün öğleden sonra ve akşam olmak üzere iki kez 20 dakika Benson gevşeme egzersizi yaptırıldı. Uygulama sırasında odanın sessiz olmasına, hemşire tedavi ve takip saatleri dışında bir saat olmasına ve hastada boşaltım aciliyetinin olmamasına özen gösterildi.

Ameliyattan İki Gün Önce: Ameliyattan iki gün önce sabah 10.00’da hastalara DKÖ ve AÖKÖ uygulandı. Aynı gün öğleden sonra 13.00-14.00 ve akşam 19.00-20.00 arasında 20 dakika Benson gevşeme egzersizleri yaptırıldı.

Ameliyattan Bir Gün Önce: Ameliyattan bir gün önce sabah 10.00’da hastalara DKÖ ve AÖKÖ uygulandı. Aynı gün öğleden sonra 13.00-14.00 ve akşam 19.00-20.00 arasında 20 dakika Benson gevşeme egzersizleri yaptırıldı.

Ameliyat Sabahı: Ameliyat sabahı hastalara DKÖ ve AÖKÖ uygulandı.

İstatiksel Analiz

Veri analizinde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılımına uygunluğuna bakmak için Kurtosis ve Skewness değerleri incelendi. Verilerin analizinde parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma; bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi; sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi kullanıldı.

Etik Onay

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 28.04.2022, Sayı: 52) onay ve araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı izin alındı. Araştırma İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu etik ilkelerine uygun olarak yapıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar araştırma kapsamına alındı.

Bulgular

Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması **Tablo 1**'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde tanıtıcı özelliklere göre deney ve kontrol grubu hastaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve grupların benzer olduğu saptandı ($p>0,05$).

Tablo 1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort±SS		Ort±SS			
Yaş	58,20±10,69		57,35±14,78		0,361	0,719
	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Kadın	27	45,0	33	55,0		
Erkek	33	55,0	27	45,0	1,200	0,18
Medeni Durum						
Evli	48	80,0	51	85,0		
Bekar	12	20,0	9	15,0	0,519	0,31
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil	4	6,7	5	8,3		
Okuryazar	5	8,3	4	6,7		
İlkokul	18	30,0	21	35,0		
Ortaokul	15	25,0	12	20,0	1,815	0,87
Lise	12	20,0	9	15,0		
Üniversite ve Üzeri	6	10,0	9	15,0		
Meslek						
İşsiz	7	11,7	5	8,3		
Ev Hanımı	24	40,0	24	40,0		
Memur	3	5,0	6	10,0	7,343	0,11
Serbest Meslek	5	8,3	13	21,7		
Emekli	21	35,0	12	20,0		
Kronik Hastalık Varlığı						
Var	45	75,0	48	80,0		
Yok	15	25,0	12	20,0	0,430	0,33
Planlanan Cerrahi Girişim						
Koroner Arter Bypass Greft	36	60,0	36	60,0		
Kalp Kapak Değişimi Onarımı	12	20,0	18	30,0		
Koroner Arter Bypass Greft+Kapak Değişim Onarımı	12	20,0	6	10,0	3,200	0,20

Hastaneye Yatma Deneyimi						
Evet	39	65,0	33	55,0		
Hayır	21	35,0	27	45,0	1,250	0,17
Geçmiş Ameliyat Deneyimi						
Var	30	50,0	24	40,0		
Yok	30	50,0	36	60,0	1,212	0,17
Ailede Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Birey						
Evet	30	50,0	39	65,0		
Hayır	30	50,0	21	35,0	2,762	0,07
Günlük Yaşamda Stresle Baş Etme Yöntemleri*						
Hiçbir Şey Yapmam	36	60,0	33	55,0		
Televizyon İzlerim	12	20,0	6	10,0		
Konuşurum	9	15,0	15	25,0	4,630	0,20
Yerimde Duramam	3	5,0	6	10,0		

t= Bağımsız gruplarda t-testi, χ^2 = Ki-Kare Analizi, *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2'de grupların ameliyattan üç gün önce SKÖ, DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Tablo incelendiğinde ameliyattan üç gün önce deney ve kontrol grubundaki hastaların SKÖ, DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 2. Grupların ameliyattan üç gün önce SKÖ, DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		t*	p
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
SKÖ	52,40	10,24	53,80	9,68	-0,76	0,44
DKÖ	56,05	10,66	53,85	8,86	1,22	0,22
AÖKÖ	33,10	8,75	34,05	8,40	-0,60	0,54

*Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 3'de ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı deney ve kontrol grubundaki hastaların DKÖ puan ortalamasının karşılaştırılması gösterildi. Tablo incelendiğinde deney grubundaki hastaların ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı DKÖ puan ortalamasının, kontrol grubundaki hastalardan düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 3. Grupların ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı DKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		t*	p
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Ameliyattan 2 Gün Önce	45,45	10,37	49,80	8,67	-2,49	0,014
Ameliyattan 1 Gün Önce	39,50	8,31	52,10	8,27	-8,31	p<0,001
Ameliyat Sabahı	47,20	8,34	62,00	7,95	-9,94	p<0,001

*Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 4'de deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde deney grubundaki hastaların ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalamasının, kontrol grubundaki hastalardan düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4. Grupların ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı AÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		t*	p
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Ameliyattan 2 Gün Önce	28,30	5,79	35,55	5,30	-7,15	p<0,001
Ameliyattan 1 Gün Önce	24,85	4,86	34,60	8,30	-7,85	p<0,001
Ameliyat Sabahı	27,40	5,40	41,10	7,72	-11,25	p<0,001

*Bağımsız gruplarda t-testi

Tartışma

Bu araştırma açık kalp cerrahisi uygulanacak hastalarda Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapıldı ve araştırma sonuçları literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki hastaların Benson gevşeme egzersizi öncesi (ameliyattan üç gün önce) SKÖ, DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının benzer olduğu tespit edildi. Bununla birlikte deney grubundaki hastaların ameliyattan iki gün önce, bir gün önce ve ameliyat sabahı DKÖ ve AÖKÖ puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı saptandı. Bu bulgular doğrultusunda Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyini azaltmada olumlu etkisi olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde Benson gevşeme egzersizinin açık kalp cerrahisi öncesi hastaların kaygı düzeyine etkisini inceleyen yalnızca üç çalışma olduğu görülmektedir.²²⁻²⁴ Bu çalışmaların ilki 2015 yılında Malmir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Malmir ve arkadaşlarının çalışmasında açık kalp ameliyatı öncesi hasta ameliyathaneye gitmeden 30 dk önce uygulanan Benson gevşeme egzersizinin kaygıyı azalttığı saptanmıştır.²² Poorolajal ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada kalp damar cerrahisini de içeren müdahale grubuna cerrahi girişimden 30 dk önce uygulanan Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygıyı azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir.²³ Mousavi ve arkadaşlarının 2024 yılında yapmış olduğu çalışmada koroner arter bypass greft ameliyatından bir gün önce bir gruba Benson gevşeme egzersizi, bir gruba lavanta aromaterapi başlanmış ve her iki uygulama da ameliyattan 1 saat öncesine kadar en az üç kere yapılmıştır. Çalışma sonucunda ise hem Benson gevşeme egzersizi hem de lavanta aromaterapi uygulanan grupların ameliyat öncesi kaygı düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.²⁴ Bununla birlikte Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisi katarakt cerrahisinde, rinoplastide ve özellikle sezeryan öncesinde araştırılmıştır. Barabady ve arkadaşlarının Benson gevşeme egzersizinin katarakt ameliyatı olan hastalarda propofol tüketimi ve ameliyat öncesi anksiyete üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada deney grubunun DKÖ puan skorunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır.²⁸ Rinoplasti adaylarında gül uçucu yağı ve Benson gevşeme egzersizinin ameliyat öncesi kaygı, hemodinamik durum ve ameliyat sonrası komplikasyonlar üzerine etkilerini karşılaştırdığı çalışmada aromaterapi grubunda kaygı düzeyinin %27,5, Benson gevşeme egzersizi grubunda ise kaygı düzeyinin %20,4 oranında azaldığı saptanmıştır.²⁹ Benson gevşeme egzersizinin nullipar kadınlarda sezaryen öncesi kaygıya etkisini incelediği çalışmada Benson gevşeme egzersizinin nullipar kadınlarda sezaryen öncesi kaygı düzeyini azalttığı tespit edilmiştir.¹¹ Pardede ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sezaryen öncesi müdahale grubunda kaygı düzeyinin Benson gevşeme egzersizi ile azaldığı saptanmıştır.³⁰ Abarghooe ve arkadaşlarının Benson gevşeme tekniği ve müzik terapinin primipar kadınlarda sezaryen öncesi kaygı düzeyine etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada hem Benson gevşeme egzersizinin hem de müzik terapinin sezaryen öncesi primipar kadınlarda kaygının azalmasını sağladığı ve Benson gevşeme egzersizinin daha etkili olduğu bulunmuştur.³¹ Bu araştırmanın bulguları literatür ile benzerdir.

Ameliyat öncesi yaşanan kaygı ameliyat sonrasında fizyolojik durumda olumsuz etkilere neden olabilir. Ayrıca kaygı stres tepkimesini uyararak adrenalin ve noradrenalin salgılanmasına yol açabilir. Böylelikle nöroendokrin yanıtı bağlı olarak kan basıncı, kalp hızı ve kalp debisinde artış gibi fizyolojik değişiklikler yaşanabilir.²³ Benson gevşeme egzersizi sempatik sinir sisteminin aktivitesini azaltır, parasempatik sinir sisteminin aktivitesini artırır. Böylelikle kalbin iş yükü ve katekolamin seviyesi azalır. Bu durum kalp ve solunum hızının, kas gerginliğinin ve dokuların oksijen tüketiminin azalmasını sağlar.^{15,32} Oluşan bu fizyolojik değişiklikler sonucunda ise kas gerginliği, yorgunluk ve huzursuzluk azalır, fiziksel ve psikolojik durumda iyileşme sağlanır.³²

Kalp damar cerrahisi öncesi hastaların çoğu yoğun kaygı yaşarlar. Hastaların ameliyat öncesi kaygılarının giderilmesinde hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Benson gevşeme egzersizi hastaların kaygısını azaltmada kullanılabilir güvenli bir non farmakolojik uygulamadır. Bu araştırmanın bulguları da bunu destekler niteliktedir. Ülkemizde Benson gevşeme egzersizinin açık kalp cerrahisi öncesi kaygıya etkisi ilk kez bu çalışmada incelenmiştir. Bu bağlamda araştırma sonuçlarının ulusal/uluslararası literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmada uygulanan Benson gevşeme egzersizi ile açık kalp cerrahisi öncesi hastaların kaygısının azalmış olmasının yanı sıra araştırmanın yürütülmesi sırasında ilgili klinikte çalışan hemşireler ilk kez Benson gevşeme egzersizi ile tanışmış ve bu konuda farkındalık oluşmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda kurumlarda hemşirelere hizmet içi eğitimlerde Benson gevşeme egzersizine yer verilmesi ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına entegre edilmesi önerilmektedir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sonuçları ilgili hastanede açık kalp ameliyatı olacak ve örneklem seçim kriterlerine uyan hastalar ile sınırlıdır ve sadece bu örneklem grubuna genellenebilir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. Bu çalışmada herhangi bir finansman kuruluşundan/ sektörden destek almamıştır. Yazarlar bu çalışmaya gönüllü olarak katılan hastalara teşekkür eder.

Bu çalışma Selma Çakmak'ın yüksek lisans tez çalışması olarak planlandı ve yapıldı.

Etik Onay

Bu çalışma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Tarih: 28.04.2022, Sayı: 52) onay alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan yazılı ve/veya sözlü onam alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Selma Çakmak: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, kaynak sağlama, makale yazımı.

Dilek Gürçayır: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, kaynak sağlama, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. WHO. Cardiovascular diseases. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1. 28.08.2023. Accessed Ağustos 19, 2023.
2. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709#:~:text=>. Accessed Ekim 13, 2024.
3. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;4:1-8.
4. Grossi G, et al. State anxiety predicts poor psychosocial outcome after coronary bypass surgery. *International journal of behavioral medicine* 1998;5:1-16. doi:10.1207/s15327558ijbm0501_1
5. Jawaid M, et al. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007;12:145-148.
6. Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *HEMAR-G* 2001;1:29-23.
7. Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD006908. doi:10.1002/14651858.CD006908.pub2.
8. Casarin J, et al. Music therapy for preoperative anxiety reduction in women undergoing total laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2021;28:1618-1624. doi: 10.1016/j.jmig.2021.02.002.
9. Guo P, et al. The effectiveness of aromatherapy on preoperative anxiety in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies* 2020;111: 103747. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103747.

10. Navaee M, Khayat S, Abed ZG. Effect of pre-cesarean foot reflexology massage on anxiety of primiparous women. *Journal of Complementary and Integrative Medicine* 2020;17(3). doi:10.1515/jcim-2019-0229
11. Salmanzadeh A, et al. The Effect of Benson's relaxation on pre-operative anxiety in cesarean section in nulliparus women. *J Adv Pharm Edu Res* 2018;8(S2):194-200. doi: 10.1515/jcim-2019-0229.
12. Felix MMDS, et al. Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Enfermagem* 2018;26:e3101. doi:10.1590/1518-8345.2850.3101.
13. Basir B, Awaludin S, Hidayat Al. Hypnotherapy and yoga combination decrease the anxiety of patients in elective preoperative. *Jurnal Ners* 2020;15(1):79-83. doi:10.20473/jn.v15i1.18291
14. Amiri A, Jalali R, Salari N. The effect of using virtual reality technology on anxiety and vital signs before surgery in patients undergoing open heart surgery. *Perioperative Medicine* 2023;12:62. doi: 10.1186/s13741-023-00354-8.
15. Bagheri H, et al. Effect of Benson and progressive muscle relaxation techniques on sleep quality after coronary artery bypass graft: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine* 2021;63:102784. doi: 10.1016/j.ctim.2021.102784
16. Yangöz ŞT, Er ZK, Özer Z. Hemodiyalizle İlişkili Komplikasyonların Yönetiminde Benson Relaksasyon Yönteminin Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistematik Derlemesi. *Akdeniz Tıp Dergisi* 2020;6(1):7-15. doi: 10.17954/amj.2019.1633
17. Sahrakhil M, Abyaneh EE, Nasrabadi T. Effects of Benson's relaxation technique on comfort level of patients before coronary artery bypass grafting (A clinical trial). *Medical-Surgical Nursing Journal* 2017;5(4): e67949.
18. Mahmoodabad SSM, et al. Effect of Benson relaxation training on quality of life in patients after open heart surgery in Yazd city. *Toloo-e-Behdasht* 2014;12(4):88-96.
19. Moradi Mohammadi F, et al. The effect of Benson relaxation technique on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery* 2020;27:371-380.
20. Ahmadi F, et al. Impact of white noise and Benson's relaxation technique on death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized clinical trial. *Evidence Based Care* 2022;12(1):40-47. doi: 10.22038/ebcj.2022.62612.2622
21. Saber Mohamed S, et al. Effect of foot reflexology massage versus Benson relaxation technique on physiological parameters and pain after open heart surgery. *Egyptian Journal of Health Care* 2021;12(3):1737-1749. doi: 10.21608/ejhc.2021.211188
22. Malmir M, et al. The Role of Benson's relaxation on reducing state anxiety on candidate of open heart surgery patient's . *MCS* 2015;2(3):182-190.
23. Poorolajal J, Ashtarani F, Alimohammadi N. Effect of Benson relaxation technique on the preoperative anxiety and hemodynamic status: A single blind randomized clinical trial. *Artery Research* 2017;17:33-38. doi:10.1016/j.artres.2017.01.002.
24. Mousavi N, et al. The effect of Benson relaxation technique and lavender aromatherapy on anxiety and hemodynamic indices of patients undergoing coronary artery bypass grafting: a randomized clinical trial. *JHNM* 2024;34(2):167-176.
25. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State- Trait anxiety inventory*. California: Consulting Psychologist Press; 1970.
26. Öner N, Lecomplete A. *Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2.Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
27. Karancı N, Dirik G. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patient. *Journal Psychosom Reserch* 2003;55:363-369. doi:10.1016/S0022-3999(02)00631-1.
28. Barabady A, et al. Effect of Benson's relaxation technique on propofol consumption and preoperative anxiety of patients undergoing cataract surgery. *Anesth Pain Med* 2020;10:100703. doi: 10.5812/aapm.100703.
29. Shirzad M, et al. Comparing the effects of rose essential oil and Benson relaxation technique on preoperative anxiety and hemodynamic status and postoperative complications in rhinoplasty candidates. *CMJA* 2021;11:180- doi:191.10.32598/cmja.11.2.1077.1.
30. Pardede JA, Tarigan I. The anxiety level of mother presectio caesar with Benson's relaxation therapy. *Jendela Nursing Journal* 2020;4:20-28. doi: 10.31983/jnj.v4i1.5801
31. Abarghohoe SN, et al. Effects of Benson relaxation technique and music therapy on the anxiety of primiparous women prior to cesarean section: a randomized controlled trial. *Anesthesiology research and practice* 2022;9986587. doi:10.1155/2022/9986587
32. Mirhosseini S, et al. The effect of Benson relaxation technique on the fatigue severity of patients with MS . *Journal of Client - Centered Nursing Care* 2019;5:175-182. doi:10.32598/JCCNC.5.3.175.

Can Headache Be a Symptom of Celiac Disease?: A University Hospital Experience*

Baş Ağrısı Çölyak Hastalığının Belirtisi Olabilir mi?: Bir Üniversite Hastanesi Tecrübesi
Rojan İpekⁱ, Sibel Yavuzⁱⁱ, Fedli Emre Kılıçⁱⁱⁱ, Müsemma Karabel^{iv}, Habip Almış^v

ⁱAssist. Prof., Department of Pediatric Neurology, Dicle University, <https://orcid.org/0000-0002-5636-0262>

ⁱⁱAssoc. Prof., Department of Pediatric Gastroenterology, Adana City Hospital, <https://orcid.org/0000-0002-5373-3465>

ⁱⁱⁱMedical Dr., Department of Pediatric Health and Illnesses, Adıyaman Training and Research Hospital
<https://orcid.org/0000-0002-0964-5572>

^{iv}Prof. Dr., Department of Pediatric Health and Illnesses, Dicle University, <https://orcid.org/0000-0003-4326-6864>

^vProf. Dr., Department of Social Pediatrics, Adıyaman Training and Research Hospital, <https://orcid.org/0000-0001-9327-4876>

4876

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to determine the prevalence of Celiac disease in pediatric patients presenting with headache. However, little is known about the co-morbidity of Celiac disease and headache. To our knowledge, this is the first prospective pediatric study that systematically reviews this topic.

Method: Two hundred forty four patients referred to the Pediatric neurology clinic of Adıyaman University Training and Research Hospital between January 2021 and November 2022 were examined. Gender, age, type of headache, Celiac serology, and other laboratory parameters of the cases meeting the inclusion criteria were recorded. Upper gastrointestinal endoscopy was performed on patients with positive Celiac serology. Patients whose results were compatible with Celiac disease were placed on a gluten-free diet.

Results: The study group consisted of 202 patients, 123 girls (60.9%). The patients' mean age was 12.67±3.524 years. Tension-type headache was determined in 121 (59.9%) of the patient group, and migraine type in 81 (40.1%). Celiac disease was detected in 5.4%. Vitamin B12 were 211±79.1 pg/ml, ferritin 19.5±13.9 ng/mL, and vitamin D 17.6±9.86 ng/ml (n=193). Interestingly, all patients who were diagnosed with Celiac disease reported that headache complaints decreased with the diet, However, no statistically significant correlation was found between any laboratory finding and headache type.

Conclusion: Although it is still controversial whether headache is common in children with celiac disease, the results of our study showed that neurological symptoms improved after gluten-free diet in children presenting with headache and diagnosed with celiac disease. Celiac disease should be investigated in persistent headache despite pharmacological treatment.

Keywords: Celiac, Child, Migraine, Tension

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, baş ağrısı ile başvuran çocuk hastalarda Çölyak Hastalığı prevalansını belirlemektir. Çölyak hastalığı ve baş ağrısı birlikteliği hakkında henüz çok az şey bilinmektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, bu konuyu sistematik olarak gözden geçiren ilk prospektif pediatrik çalışmadır.

Metod: Ocak 2021 ve Kasım 2022 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi kliniğine başvuran iki yüz kırk dört hasta incelendi. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan olguların cinsiyet, yaş, baş ağrısı tipi, Çölyak serolojisi ve diğer laboratuvar parametreleri kaydedildi. Çölyak serolojisi pozitif olan hastalara üst gastrointestinal endoskopi yapıldı. Sonuçları Çölyak Hastalığı ile uyumlu olan hastalara glutensiz diyet uygulandı.

Bulgular: Çalışma grubu 123'ü kız (%60.9) olmak üzere 202 hastadan oluşmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 12.67±3.524 yıl idi. Hasta grubunun 121'inde (%59.9) gerilim tipi, 81'inde (%40.1) migren tipi baş ağrısı saptandı. Çölyak hastalığı %5,4 oranında tespit edildi. B12 vitamini 211±79,1 pg/ml, ferritin 19,5±13,9 ng/mL ve D vitamini 17,6±9,86 ng/ml idi (n=193). İlginç bir şekilde, Çölyak Hastalığı tanısı konan tüm hastalar diyetle birlikte baş ağrısı şikayetlerinin azaldığını bildirmiş, ancak herhangi bir laboratuvar bulgusu ile baş ağrısı tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

Sonuç: Çölyak hastalığı olan çocuklarda baş ağrısının yaygın olup olmadığı hala tartışmalı olsa da, çalışmamızın sonuçları baş ağrısı ile başvuran ve çölyak hastalığı tanısı alan çocuklarda glutensiz diyet sonrası nörolojik semptomların düzeldiğini göstermiştir. Farmakolojik tedaviye rağmen inatçı baş ağrısında Çölyak hastalığı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak, Çocuk, Migren, Gerilim

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):323-329

DOI: 10.31020/mutfd.1590672

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 24 November 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 06 January 2025

İletişim - Correspondence Author: Rojan İpek <rnipek@hotmail.com>

Ethical Approval: Ethics Committee of Adıyaman University (Date: 03/11/2022, No: 2022/8-13)

Introduction

Headache is one of the most common complaints in children and adolescents. Clinical variability in children of different ages can cause difficulty in applying standard headache diagnostic criteria. The diagnosis of primary headache disorders is based on the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3).¹ Children with headaches are brought to family physicians by their parents in case of inability to go to school or take part in social activities or suspicion of an underlying cause such as brain tumor.² A detailed physical examination and detailed neurological examination must be performed in addition to a careful history in the evaluation of childhood headaches. Additional diagnostic tests are performed in the presence of a secondary etiology, abnormality, or suspicion following evaluation.

Childhood headaches are rarely caused by a severe underlying disease, although it should not be forgotten that systemic diseases can result in neurological symptoms such as headache. One such entity is Celiac disease. However, few data are available concerning the relationship between Celiac disease and neurological disorders in the pediatric age group. The most common neurological symptoms of Celiac disease include ataxia, headache, and cognitive function disorder.^{3,4} Although the underlying mechanism between Celiac disease and neurological system involvement is not yet fully understood, adherence to a gluten-free diet improves neurological symptoms.⁵

This study is presented in order that the incidence of Celiac disease in patients with a headache should not be forgotten and that screening for Celiac disease should be performed in persistent headaches.

Material and method

Patients with headache who were referred to Adiyaman University Training and Research Hospital pediatric neurology clinic, Türkiye, between January 2021 and November 2022 were identified and included in the study. In agreement with the principles of the Declaration of Helsinki, approval for the study was obtained from Adiyaman University center's clinical research ethical committee (Date: 03/11/2022, no. 2022/8-13). In line with the conditions for diagnosis of headache in the ICHD classification, the inclusion criteria were child age 0-18 years, absence of any organic cause of headache, and absence of any organic disease capable of affecting neuromotor development. All patients' files were reviewed retrospectively and data concerning age at presentation to the clinic, sex, type of headache diagnosed, laboratory findings, cases diagnosed with Celiac Disease, and the treatment recommended were recorded. Cases were classified as tension-type headache and migraine-type headache according to ICHD-3 criteria. All patients were given headache diaries. Celiac parameters were examined in cases with headaches that persisted despite first-line treatment. Multiple biopsy specimens were collected from the duodenum and bulb from patients with positive celiac parameters using upper gastrointestinal endoscopy. Patients whose pathology results were compatible with Celiac disease were placed on gluten-free diets. Patients with the diagnosis were re-evaluated for headache at 6 months later. Headache symptoms improved in all our cases receiving a gluten-free diet.

Statistical analysis

Statistical analyses were performed on Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 26 software. Descriptive statistical methods were applied. The groups were compared using Student's t test. Continuous variables were expressed as both mean \pm standard deviation and median (min-max) values. Categorical variables were expressed as number and percentage. p values < 0.05 were regarded as statistically significant.

Results

Files of 244 patients who were referred to Adiyaman University Training and Research Hospital pediatric neurology clinic and were diagnosed with a headache between January 2021 and November 2022 were examined retrospectively. Forty-two patients in whom an organic cause of headache was detected, with another chronic disease capable of affecting neuromotor development, and with deficient file data were excluded. Two hundred two patients with primary headache were thus enrolled in the study.

202 patients in the study group consisted of 123 girls (60.9%) and 79 boys (39.1%). The F/M ratio was 1.5. The patients' mean age at the time of presentation to the clinic was 12.7 ± 3.5 years. One hundred twenty-one (59.9%) patients were diagnosed with tension-type headaches and 81 (40.1%) with migraine-type headaches.

Table 1. Age range, number and percentage values of patients presenting with a headache

Age	4-6 years	7-12 years	Over 12	Total [Migraine-Tension-p value]
Number of patients	11	78	113	202 [81 – 121 – 0.108]
Percentage	5.4	38.6	56	100 [40 – 60]

Table 2. Type of headache and vitamin B12, ferritin, and vitamin D results

	Total number # of migraine-type # of tension-type	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.	p-value
Vitamin B12 (pg/ml)	201 81 120 200	71	480	211	± 79.1	0.637
Ferritin (ng/mL)	80 120 192	1.8	83.6	19.5	± 13.9	0.463
Vitamin D (ng/ml)	76 116	3.02	83.09	17.6	± 9.86	0.335

No statistically significant association was determined between type of headache and age ($p=0.108$). Sixty-six percent ($n=113$) of the patients were aged ≥ 12 (**Table 1**). No statistically significant association was determined between the type of headache and vitamin B12 ($p=0.637$), ferritin ($p=0.463$) or vitamin D ($p=0.335$). Vitamin B12 levels were 211 ± 79.1 pg/ml ($n=200$), ferritin 19.5 ± 13.9 ng/mL ($n=200$), and vitamin D 17.6 ± 9.86 ng/ml ($n=193$) (**Table 2**).

Table 3. The age, sex, type of headache, laboratory findings, and Marsh scores of the patients diagnosed with Celiac disease

Case no.	Age	Sex	Type of headache	Vitamin B12	Ferritin	D vitamin	Marsh score
1	12	F	Tension	193	1.9	13.0	3C
2	16	F	Migraine	247	11.3	18.8	3C
3	16	F	Migraine	247	1.8	15.3	3A
4	16	M	Migraine	203	31.8	21.8	3B
5	13	M	Migraine	362	21.5	22.5	3B
6	12	F	Migraine	234	6.5	7.2	3B
7	16	M	Tension	165	5	13	3B
8	16	F	Tension	146	4.8	8.9	3B
9	10	E	Migraine	351	5.8	16.4	3B
10	13	F	Tension	298	4.2	12.4	3C
11	16	F	Migraine	95	4.3	4.5	3B

Patients' laboratory normal reference ranges: vitamin B12: >200 pg/ml; ferritin: 23.9-336.2 ng/mL; vitamin D: 10-80 ng/ml

Celiac disease was determined in 5.4% (n=11) of the cases with headache. Multiple biopsy specimens were collected from the duodenum and bulb from patients with positive celiac serology using upper gastrointestinal endoscopy. Patients whose results were compatible with Celiac disease were placed on a gluten-free diet. Patients who were diagnosed and started diet did not have any complaints at 6-month follow-up.

Discussion

Celiac disease, is represented by an autoimmune inflammatory condition with main, but not exclusive, involvement of small bowel. Clinical features are very variable, ranging from typical manifestations of gastrointestinal involvement to neurologic symptom. The most common neurological symptoms reported include headache. Headache is the most common neurological problem in the pediatric population, affecting 88% of children and adolescents.⁶ The prevalence of headaches has been shown to increase with age.² Headache is also seen more frequently in girls.⁷ The prevalence of headaches in the present study also increased with age, particularly during adolescence, and it was similarly more common in girls. Girls represented 59% of cases aged 3-17 years in Yilmaz et al.'s study.⁸ In a study of cases of recurrent headaches, Mishra et al. also reported female gender dominance.⁹ Female gender also predominated in the present study, with girls representing 123 (60.9%) of the 202 patients and boys 79 (39.1%). In Ahmad et al.'s study, gender differences may be attributed to both biological factors (hormonal influences, particularly estrogen fluctuations) and sociocultural aspects affecting symptom reporting and healthcare-seeking behaviors.¹⁰ The most frequently seen primary headaches in children and migraine type and tension type.¹¹ Cluster headaches are rarer. There were no cases of cluster headaches in the present study, all headaches being migraine or tension-type. Tension headache was the most common type, followed by migraine. Although tension-type headache is more common than migraine, the epidemiology of tension-type headaches has been less investigated.¹² In addition, although tension-type headache was more common in this study, other publications have reported the opposite.^{8,9} Study results concerning estimates of the prevalence of tension-type headaches vary, partly as a result of differences in terms of case definitions, and also of ethnicity and other population characteristics.¹³⁻¹⁵ In addition, the less severe symptoms observed in tension-type headaches have been linked to fewer presentations of hospital and less impairment.¹⁶ Tension-type headaches also predominated in the present study.

The human gut microbiome affects human brain health in many ways. Gut microbes can produce hormones and neurotransmitters that are identical to those produced by humans. This can disrupt normal neuroendocrine regulation and cause various disorders linked to abnormal central nervous system function. Changes in the gut microbiome play a primary role in the pathogenesis of Celiac disease, a gluten-sensitive disorder in which the adaptive immune system damages not only the gut but also the brain.³ The mechanisms explaining how the gut and brain may interact in patients with celiac disease and headache are not entirely clear. However, some studies suggest that this interaction is influenced by multiple factors such as inflammatory mediators (TNF- α , IL-1 β , IL-6 and IL-8), gut microbiota profile, neuropeptides and serotonin pathway, stress hormones and nutrients. However, it is thought that altering the composition of the gut microbiota may affect the gut-brain axis and the inflammatory state.⁴ It has also been suggested that this condition can be improved by dietary approaches that have beneficial effects on the gut microbiota and the gut-brain axis. Non-pharmacological approaches can be useful in addition to vitamin and iron supplementation in cases of recurring headaches.² Positive lifestyle modifications such as regular exercise, adequate fluid intake, regular eating, and avoiding known triggers can reduce the frequency of headaches.^{17,18} Sleep generally has a major impact, and sleep duration and quality should be evaluated in all patients with troublesome headaches.¹⁹ In addition, due to its mild or moderate character, tension type

headache generally responds to non-prescription analgesics.²⁰ All our patients were given headache diaries and followed-up in the light of laboratory results, with lifestyle modifications being recommended. Celiac antibodies were investigated in cases whose headaches persisted despite such advice and follow-up, and the prevalence of Celiac disease in this study was 5.4%.

Delays and difficulties in diagnosis may be encountered when patients with Celiac disease present with atypical complaints including neurological features rather than classic, known malabsorption symptoms such as diarrhea and steatorrhea. A knowledge of atypical symptoms will be useful in establishing the exact prevalence of diseases. Delays in diagnosing Celiac disease also lay the foundation for severe complications. This has been linked to iron and vitamin deficiency associated with intestinal malabsorption.²¹ Studies regarding pathogenic mechanisms between Celiac disease and headache is limited. Some mechanisms involved in the deficiency of vitamins or other nutrients due to malabsorption are thought to derive from an immune dysregulation involving neurotransmission disorder with neuronal cells being exposed to an impaired blood-brain barrier response in the brain and intestinal mucosa and gluten peptides crossing the blood-brain barrier.^{22,23} The vitamin B12, vitamin D, and ferritin results of the patients with Celiac disease in the present study are shown in **Table 3**.

According to recent studies of prevalence, the mean frequency of Celiac disease in USA and Europe is estimated around 1% of general population.⁵ Cicarelli et al. first employed the term 'gluten encephalopathy' when they observed a greater prevalence of headaches among patients with Celiac disease.²⁴ Lionetti et al. reported that 5% out of 79 patients with headache were diagnosed with Celiac disease and that improvement in headaches was recorded in 76.4% of children given a gluten-free diet.²⁵ Despite the low number of studies on the subject, our finding of Celiac disease in 5.4% of our cases is consistent with the previous literature. Headache symptoms improved in all our cases receiving a gluten-free diet. In their 2016 study of cases of recurring headaches, Nenna et al. reported that 2.04% of cases diagnosed with Celiac disease responded to a gluten-free diet.²⁶ A population-based study reported a greater probability of migraine-type headaches in adolescents with Celiac disease.²⁷ A meta-analysis from 2018 also emphasized a greater prevalence of headaches in children and adolescents with Celiac disease, particularly in terms of migraine-type headache²⁸. Migraine type headache was observed in seven of our 11 cases with Celiac disease aged 10-16. Since the prevalence of headaches increases with age and atypical Celiac disease is more common in older children, it is important to screen patients with persistent headaches in terms of Celiac Disease.

The limitations of this study include its retrospective nature, the low number of patients, and the fact that is based on hospital data. However, the scarcity of previous research on the subject makes our study particularly valuable. The results show the importance of screening for Celiac disease in the complete evaluation of patients presenting with a headache. Complaint of headache in patients with Celiac disease is important in dietary follow-up. Further prospective studies with wider population-based case series are now needed to elicit more detailed results. The lack of a second control group of similar age and gender for comparison is also a notable deficiency. Multicenter studies with larger sample sizes, a control group, and longer follow-up are needed.

Acknowledgements

The authors declare that there is no conflict of interest.

Ethical Approval

All procedures conformed with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Declaration of Helsinki and its subsequent modifications or equivalent ethical

standards. Ethical approval was granted by the institutional review board Adiyaman University (Date:03/11/2022, no:2022/8-13).

Author Contributions

Rojan İpek: Concept, Design, Supervision, Literature Search, Data Collection and/or Processing, Writing – Original Draft

Sibel Yavuz: Concept, Design, Resource, Literature Search, Data Collection and/or Processing, Writing – Original Draft

Fedli Emre Kılıç: Concept, Resource, Literature Search, Data Collection and/or Processing

Müsemma Alagöz Karabel: Methodology, Formal analysis, Investigation, Writing - Original Draft, Validation

Habip Almış: Resource, Analysis and/or Interpretation, Literature Search, Writing – Original Draft

References

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2018; 38 (3rd edition): 1-211
2. Bonthius DJ, Hershey AD. Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies. Drutz JE, Patterson MC, Swanson JW, ed. Up To Date. 2022
3. Galland L. The gut microbiome and the brain. *J Med Food* 2014;17(12):1261-72.
4. Arzani M, et al. School of Advanced Studies of the European Headache Federation (EHF-SAS). Gut-brain Axis and migraine headache: a comprehensive review. *J Headache Pain* 2020;21(1):15.
5. Sabino L, et al. Celiac disease and headache in children: a narrative state of the art. *Acta Biomed* 2020;7;91(3):e2020056.
6. Krogh AB, Larsson B, Linde M. Prevalence and disability of headache among Norwegian adolescents: A cross-sectional school-based study. *Cephalalgia* 2015;35(13):1181-91.
7. Wöber-Bingöl C, et al. IHS criteria and gender: a study on migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 1996;16(2):107-12.
8. Yılmaz D, Gökkurt D, Tayfur AÇ. Çocuk Nöroloji Polikliniğine Baş Ağrısı Nedeni ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis* 2016;3:162-5.
9. Mishra D, et al. Recurrent headache in pediatric outpatients at a public hospital in Delhi. *Indian Pediatr* 2013;50:775-8.
10. Ahmad SR, Rosendale N. Sex and Gender Considerations in Episodic Migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2022;26(7):505-516.
11. Talebian A, Soltani B, HajiRezaei M. Causes and associated factors of headaches among 5 to 15-year-old children referred to a neurology clinic in Kashan, Iran. *Iran J Child Neurol* 2015;9:71-5.
12. Burch R. Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. *Med Clin North Am* 2019;103(2):215-33.
13. GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2018;17:954–76.
14. Deuschl G, et al. The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health* 2020;5(10):e551-e567.
15. GBD 2017 US Neurological Disorders Collaborators. Burden of neurological disorders across the US from 1990-2017: a Global Burden Of Disease Study. *JAMA Neurol*. *JAMA Neurol* 2021;78(2):165-76.
16. Saylor D, Steiner TJ. The global burden of headache. *Semin Neurol* 2018;38(2):182–90.
17. Woldeamanuel YW, Cowan RP. The impact of regular lifestyle behavior in migraine: a prevalence case-referent study. *J Neurol* 2016;263(4):669–76.
18. Hagen K, et al. Lifestyle factors and risk of migraine and tension-type headache. Follow-up data from the Nord-Trøndelag Health Surveys 1995-1997 and 2006-2008. *Cephalalgia* 2018;38(13):1919-26.
19. Smitherman TA, et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Reduce Chronic Migraine: A Sequential Bayesian Analysis. *Headache* 2018;58(7):1052-9.
20. Kaniecki RG. Tension-type headache. *Continuum* 2012;18(4):823–34.
21. Durazzo M, et al. Extra-Intestinal Manifestations of Celiac Disease: What Should We Know in 2022? *J Clin Med* 2022;4;11(1):258.
22. Calvani M Jr, et al. Latent coeliac disease in a child with epilepsy, cerebral calcifications, drug-induced systemic lupus erythematosus and intestinal folic acid malabsorption associated with impairment of folic acid transport across the blood brain barrier. *Eur J Pediatr* 2001;160:288–92.

23. Parisi P. The relationship between mucosal damage in celiac disease and the risk of neurological and psychiatric conditions is much more complex than previously thought. *Eur J Neurol* 2018;25:797–8.
24. Cicarelli G, et al. Clinical and neurological abnormalities in adult celiac disease. *Neurol Sci* 2003;24(5):311-7.
25. Lionetti E, et al. Headache in pediatric patients with celiac disease and its prevalence as a diagnostic clue. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49(2):202-7.
26. Nenna R, et al. Celiac disease in a large cohort of children and adolescents with recurrent headache: A retrospective study. *Dig Liver Dis* 2016;48(5):495-8.
27. Assa A, et al. Large population study shows that adolescents with celiac disease have an increased risk of multiple autoimmune and nonautoimmune comorbidities. *Acta Paediatr* 2017;106:967–72.
28. Zis P, Julian T, Hadjivassiliou M. Headache Associated with Coeliac Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* 2018;6;10(10):1445.

COVID 19 Pandemisinde Hekime Yönelik Şiddet Haberlerinde Medya Etiği*

Media Ethics in News of Violence Against Physicians During the COVID 19 Pandemic

Hatice Demirⁱ, Melisa Akdaşⁱⁱ

ⁱDr.Öğr.Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD <https://orcid.org/0000-0002-0041-5658>

ⁱⁱLisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi <https://orcid.org/0009-0008-7638-1344>

Öz

Amaç: Bu araştırma ile COVID 19 pandemisinde yayınlanan hekime yönelik şiddet haberlerini medya etiği açısından değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Araştırmanın verileri, COVID 19 pandemisinde tirajı en yüksek olan Sözcü, Hürriyet ve Milliyet gazetelerinin arşivlerinden 22.03.2020-09.08.2022 tarih aralığında «Hekim ve şiddet», «Doktor ve şiddet» anahtar kelimeleri kullanılarak elde edildi. Veri toplama aşaması 12-30.09.2022 tarihleri arasında tamamlandı. 63 farklı şiddet haberi içerik analizi yöntemi ile değerlendirildi. Haberlerin başlıkları ve içeriklerinin analizinden elde edilen nitel veriler altı tema altında toplandı: *Video yayın bilgisi; Saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirgeme; Şiddeti gerekçelendirme, Şiddetin sürekliliğini vurgulama; Cinsiyetçi yaklaşım; Hukuki süreç ile ilgili bilgi.* Verilerin analizinde yüzdelik dağılıma bakıldı, sunumunda tablo ve grafiklerden yararlandı.

Bulgular: Araştırma sonucunda; medyanın pandemi sürecinde abartılı, sansasyonel ifadeler ile okuyucuyu şiddet haberlerini okumaya teşvik eden yaklaşım sergilediği, şiddet olaylarını meşrulaştırdığı belirlendi. Ayrıca haber başlıkları ve içerikleri hekimlerin itibarlarını ve saygınlıklarını zedeleyici nitelikteydi.

Sonuç: Sonuç olarak hekime yönelik şiddet olaylarının raporlanmasında pandemi öncesinde var olan medya yaklaşımı pandemi sürecinde de devam etmiştir. Gazeteciler ve medya kuruluşları hekime yönelik şiddet haberlerinin raporlanmasında profesyonel bir yaklaşımı benimsemek ve hekimlik mesleğine ve topluma olumsuz etkileri azaltmaktan sorumludur. Yasa koyucular ve meslek birlikleri hekime yönelik şiddet haberlerinin sunuluşundaki medyanın etkisini göz önünde bulundurmalı ve konu ile ilgili müdahaleler de bulunmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Şiddet, Medya

ABSTRACT

Aim: This research aimed to evaluate the news of violence against physicians published during the COVID-19 pandemic in terms of media ethics.

Method: The data of the research were obtained from the archives of Sözcü, Hürriyet, and Milliyet newspapers, which had the highest circulation during the COVID-19 pandemic, between 22.03.2020 and 09.08.2022 using the keywords "Physician and violence", "Doctor and violence". The data collection phase was completed between 12-30.09.2022. 63 different violent news were evaluated using the content analysis method. Qualitative data from the analysis of news headlines and contents were collected under 6 themes: *Video broadcast information; Putting the attacker in a strong position and the physician in a weak and defenseless position; Justification for violence; Emphasizing the continuity of violence; Gender approach; Information about the legal process.* Percentage distribution was examined in the data analysis, and tables and graphs were used in the presentation.

Result: As a result of the research; It was determined that the media took an approach that encouraged the reader to read violent news with exaggerated, sensational expressions during the pandemic process and legitimized violent incidents. In addition, news headlines and content were damaging to the reputation and dignity of physicians.

Conclusion: In conclusion, The media approach that existed before the pandemic in reporting incidents of violence against physicians continued during the pandemic. Journalists and media organizations need to adopt a professional approach when reporting news of violence against physicians and take care to reduce the negative effects on the medical profession and society. Legislators and professional associations should take into account the impact of the media on the presentation of news about violence against physicians and make the necessary interventions on this issue.

Keywords: Physician, Violence, Media

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):330-338

DOI: 10.31020/mutfd.1590813

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 25 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 03 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Hatice Demir <haticedemir1214@gmail.com>

Giriş

Dünya Sağlık Örgütüne göre *sağlık sektöründe işyeri şiddeti*; sağlık çalışanlarının işe gidiş gelişleri de dahil olmak üzere, işlerine bağlı durumlarda güvenliklerine, iyi hallerine veya sağlıklarına yönelik açık veya örtük tehdit içeren istismar, tehdit veya saldırı olaylarıdır.¹ Dünya genelinde sağlık profesyonellerinin %8 ila %38'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı, sözel şiddet oranlarının çok daha fazla olduğunu belirtilmektedir.² İletişim sorunları, uzun bekleme süreleri, şiddete karşı etkin cezai yaptırımların olmaması, hasta ve/veya yakınlarından gelen aşırı talepler ve kurallara uymama, personel sayısının yetersiz olması, sağlık kuruluşlarının yoğunluğu ve malzeme/ekipman yetersizliği, güvenlik önlemlerinin alınmamış olması, hastaların rapor ya da reçete yazdırma talepleri, medyadan gelen provokatif içerikler gibi sorunlar şiddet nedenleri arasında sayılmaktadır.³⁻⁶

Türkiye'de hekime yönelik şiddet yeni bir sorun değildir.^{4,7} Önceki yayınlanan araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de hekime yönelik fiziksel şiddetin yaygınlığı %11,7 ila %40,4 arasında değişmektedir. Sözel şiddet oranları ise çok daha yüksektir.^{4,5,7,8-12} Pek çok şiddet olayının bildirim yapılmadığı için elde edilen sayısal veriler buzdağının görünen küçük bir parçasıdır. Hekimlerin maruz kaldığı şiddet olayını bildirmeme nedenleri arasında; şiddetin sadece yaralanma olarak algılanması, normalleştirilmesi, bildirim bir şey değiştirmeyeceği ya da herhangi bir sonuç alınmayacağı inancı, hukuki sürecin uzun sürmesi gibi sebepler yer almaktadır.^{5,7,11,12}

Hasta hekim arasında güven unsuru ilişkinin temelini oluşturur. Türkiye'de son 25 yılda hasta hakları bağlamında atılan adımlar ile hastalarda sorumluluklarından ziyade salt haklarına odaklı algıların oluşturulmasında etkili olduğu kanaatindeyiz. Bu bağlamda şiddet, hasta ya da hasta yakınlarına göre haklarını elde etme aracı olabilir.¹¹ Hekime yönelik her bir şiddet olayı sadece şiddete maruz kalan hekimin kişisel ve mesleki itibarını zedelemekle kalmaz, mesleğin itibarını ve saygınlığını zedeler. Mesleğin itibarı ve saygınlığının zedelenmesi; meslekten ayrılmalara, hekim göçüne, tıp fakültelerinin tercih edilmemesine ya da bazı branşlarda hekim istihdamının sağlanamamasına, dolayısıyla da sağlık hizmetinin etkin bir biçimde sürdürülememesine sebebiyet verebilir. Bir araştırmanın sonuçlarına göre, ülkemizde pek çok kurumda alanında uzman hekim istihdam edilememektedir.¹³ Türk Tabipleri Birliği "*iyi hal belgesi*" alan hekim sayısının her geçen gün arttığını bildirmektedir.¹⁴ Mevcut sorunlar karşısında hekimlik mesleğinin itibarı ve saygınlığını arttırmaya, hasta-hekim ilişkisindeki güveni geliştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, 11 Mart 2020'de COVID 19 pandemisini ilan etti. Modern dünya insanı ilk defa bu kadar yaygın olan bir salgınla karşı karşıya kaldı. Hekimler artan mesai saatleri, iş yükleri, kıt kaynakların yönetimi, kendilerini ve ailelerini enfeksiyondan koruma telaşları, artan taleplerin getirdiği baskı gibi pek çok sıkıntıyı yaşadılar.¹⁵ Sağlıklarını ve yaşamlarını riske atarak pandeminin ön safhasında yer alan hekimlere yönelik şiddet olayları bu dönemde de devam etti.¹⁶⁻²⁰ Pandemi öncesinde de medyanın hekime yönelik şiddet olaylarını yayınlarken kışkırtıcı, sansasyonelleştirici, şiddeti meşrulaştırıcı ve sıradanlaştırıcı yaklaşımı eleştirilmekteydi.^{11,21-23} Hekimleri pandeminin kahramanları olarak etiketleyen medyanın hekime yönelik şiddet olaylarına yaklaşımı pandemi sürecinde değişti mi? Öncesinde olduğu gibi sansasyonel ve abartılı ifadelerle hekime yönelik şiddet olayları meşrulaştırmakta mıydı? Yoksa pandeminin kahramanlarının uğradığı şiddet olayları medya etiğine uygun bir biçimde mi raporlamaktaydı? Bu araştırma ile COVID 19 pandemisinde yayınlanan hekime yönelik şiddet haberlerini medya etiği açısından değerlendirmek amaçlandı.

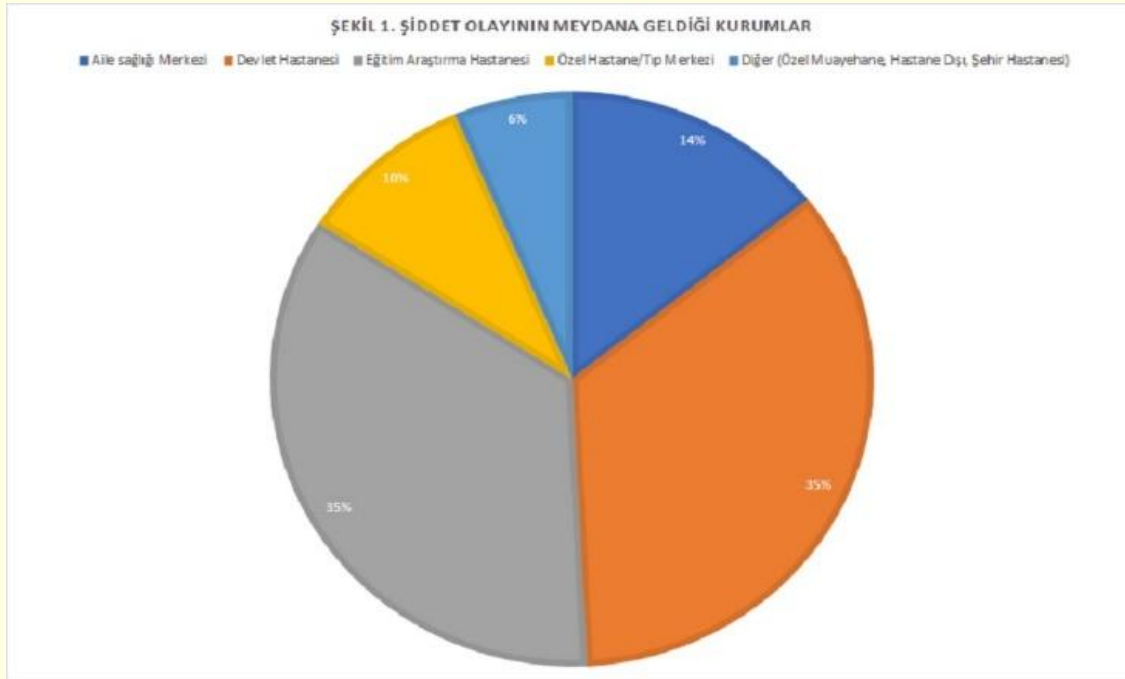
Gereç ve Yöntem

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Ölçme ve Değerlendirme Modülü kapsamında sorumlu yazar tarafından "*Pandemi ve Etik*" dersi açıldı. Bu ders müfredatında diğer yazar olan öğrenci ile araştırma

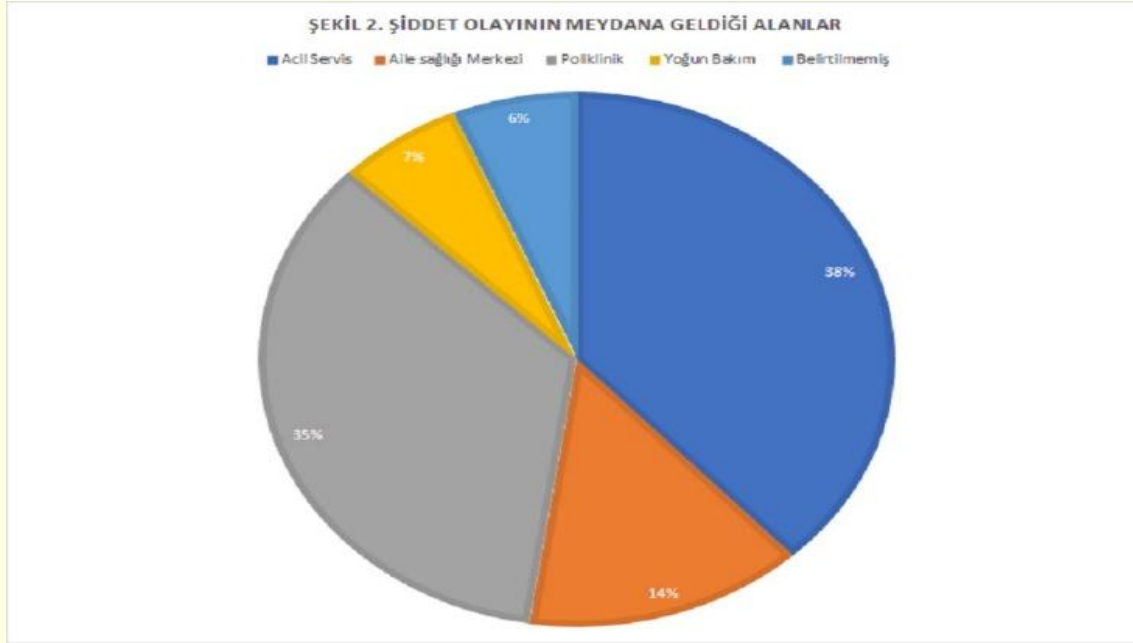
tasarlandı. Basın İlan Kurumu verilerine göre COVID 19 Pandemisinde tirajı en yüksek olan Sözcü, Hürriyet ve Milliyet gazetelerinin arşivlerinden 22.03.2020-09.08.2022 tarih aralığında «Hekim ve şiddet», «Doktor ve şiddet» anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapıldı. Veri toplama aşaması 12-30.09.2022 tarihleri arasında tamamlandı. Sorumlu yazar tarafından veri toplama şablonu oluşturuldu. Veri toplama şablonunda yer alan değişkenler; *olayın meydana geldiği tarih, yayınlandığı gazete, haberin başlığı, şiddet türü, şiddet nedeni, şiddet mağduru hekimin fotoğrafı ya da olayın videosunun olup olmaması, saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirgeyen ifadeler, şiddeti gerekçelendiren ve sürekliliğine vurgu yapan ifadeler, kadın hekim gibi toplumsal cinsiyetçi yaklaşımlar ve hukuki süreç ile ilgili bilgilerdir.* İki araştırmacı her bir haberden elde edilen verileri veri toplama şablonunda yer alan değişkenlere göre bağımsız olarak değerlendirdi. Sonrasında yapılan toplantılar ile bağımsız olarak toplanan verilerin karşılaştırması ve kontrolünü sağlandı. Bazı şiddet haberleri birden çok gazete yayınlanmıştı. Bu durumda tirajı en yüksek olan gazetenin haberi araştırma kapsamına alındı. 63 farklı şiddet haberi içerik analizi yöntemi ile değerlendirildi. Haberlerin başlıkları ve içeriklerinin analizinden elde edilen nitel veriler 6 tema altında toplandı: *Video yayın bilgisi; Saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirgeme; Şiddeti gerekçelendirme, Şiddetin sürekliliğini vurgulama; Cinsiyetçi yaklaşım; Hukuki süreç ile ilgili bilgi.* Verilerin analizinde yüzdelik dağılıma bakıldı, sunumunda tablo ve grafiklerden yararlandı. Makalenin yazım süreci sorumlu yazar tarafından gerçekleştirildi. Veriler kamuya açık alandan elde edildiği için etik kurul izni alınmadı.

Bulgular

Araştırmada kapsamında; Sözcü gazetesinden 18, Hürriyet gazetesinden 23, Milliyet gazetesinden 22 haber analiz edildi. Hekime yönelik şiddet haberlerinin %70'i (n=44) eğitim ve araştırma hastanelerinde ve devlet hastanelerindeki olayları içermekteydi (**Şekil 1**).



Haberlerin %38'i (n=24) acil servislerde %35'i de (n=22) poliklinik hizmetlerinde olan şiddet olaylarını kapsamaktaydı (**Şekil 2**).



63 haberden 54'ünde (%84) şiddet mağduru olan hekimin ad soyad bilgisi açık bir biçimde yer almaktaydı. Şiddet olaylarının %33'ünde (n=21) hekimin fotoğrafı yer almaktaydı ve bu fotoğraflardan %19'unda (n=12) hekimin şiddet sonrası yaralı görüntüsü mevcuttu. Haberlerin %38'inde (n=24) video kaydı yer almakta olup bu kayıtların %92'si (n=22) şiddet anını göstermekteydi.

Haberlerin başlıkları ve içeriklerinin analizinden elde edilen veriler 6 tema altında toplandı: *Video yayın bilgisi; saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirgeme; şiddeti gerekçelendirme, şiddetin sürekliliğini vurgulama; cinsiyetçi yaklaşım; hukuki süreç ile ilgili bilgi.* Araştırma bulgularımıza göre medyada şiddet mağduru hekimlerin ad soyad bilgileri ve fotoğrafları yayınlanmıştı. Hatta bazı haber içeriklerinde hekimlerin şiddet olayı sonrasındaki yaralı görüntüleri yer almaktaydı. Haberlerin bazılarında video yayınları mevcut olup, bu yayınlarının çoğu şiddet anını kaydeden videolardı. Haber başlıkları ve içeriklerinde video görüntüleri ile ilgili çarpıcı ifadeler kullanılmış, olay seyirlik hale getirilmişti. Ayrıca haberlerde saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirgeyen “Dayak”, “Dehşet”, “Dövme” gibi ifadeler sıklıkla yer almaktaydı. Bazı haberlerde ise “yine”, “bir yenisi daha”, “bitmesi beklenirken”, “bitmiyor” gibi ifadelerle hekime yönelik şiddet olaylarının sürekliliği vurgu yapılmıştı. Araştırmamızdan elde edilen bir diğer bulgu ise bazı haberlerde “kadın hekim”, “kadın doktor”, “bayan hekim” gibi toplumsal cinsiyetçi ifadelerin kullanılması sorunu idi. Haberlerde şiddetin cezai yükümlülükleri kapsamında bilgilendirme yoktu ve failin serbest bırakıldığı sıklıkla vurgulanmaktaydı. Haber başlıkları ve içeriklerinden alınan örnekler **Tablo 1**'de yer almaktadır.

Tablo 1. Haber başlıkları ve içeriklerinden alınan örnekler

Tema	Haber Başlıkları	Haber İçeriğinden Alıntılar
Video yayın bilgisi	<ul style="list-style-type: none"> Son dakika haberler... Samsun'da acil serviste dehşet anları! İşte hareketli dakikalar... (Hürriyet 17.12.2020) Şoke eden anlar kamerada! Doktora kafa attı (Milliyet 19.12.2021) 	<ul style="list-style-type: none"> Saldırı anları, hastanedeki panik ve güvenlik görevlisinin saldırganları durdurup hastaneden çıkararak ekiplere teslim ettiği o anlar, hastanedeki güvenlik kameraları tarafından anbean kaydedildi. (Milliyet 20.01.2022) Sağlık çalışanlarına saldırı anı, güvenlik kamerasına yansıdı. (Hürriyet 20.05.2021) Öte yandan, şüphelilerin sağlık çalışanlarını darp anları hastanenin güvenlik kameraları tarafından saniye saniye görüntülendi.(Sözcü 25.08.2021) Saldırı anı ise güvenlik kamerasına saniye saniye yansıdı. Görüntülerde; H.E.'nin koridordaki doktora bıçakla saldırdığı, Dr. Aziz Tanelçi'nin de kaçmaya çalıştığı anlar yer aldı. (Milliyet 25.11.2021) O anlar hastanenin güvenlik kameraları tarafından anbean görüntülendi.(Milliyet 19.12.2021) O anlar ise güvenlik kameralarına yansıdı. (Milliyet 22.12.2021) Saldırı anı kamerada (Milliyet 28.06.2022)
Saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirme	<ul style="list-style-type: none"> Yozgat'ta doktora dayağa gözaltı! Saçından tuttu, ayağını kırdı (Milliyet 03.02.2021) Ankara'da hastanın bıçaklı saldırısına uğrayan doktor yaralandı (Sözcü 27.05.2021) Acil servis doktoru, hasta ile oğlu tarafından dövüldü (Sözcü 19.10.2021) İstanbul'da doktora aşırı dayağı: Şüpheli tutuklandı ((Sözcü 01.01.2022) Görev başındaki hekime baba-oğul dayağı (Sözcü 28.02.2022) Sağlık çalışanlarına saldırı: kolu alçıya alındı (Hürriyet 29.03.2022) Kars'ta tehdit edilen cerrah evinin önünde bıçaklandı (Hürriyet 07.06.2022) Güvenlik görevlileri, doktorları hasta yakınlarından kapıyı tutarak korudu (Sözcü 14.06.2022) Şanlıurfada doktora istifa ettiren saldırı (Milliyet 28.06.2022) 	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Velit Çelebi'ye tekme ve yumruklarla saldırdı. Aile sağlık merkezinde bulunanlar araya girip doktoru saldırganın elinden kurtardı. (Sözcü 01.01.2022) Tekme ve yumruklu saldırıya uğrayan doktor kendini savunmaya çalıştı....(Sözcü 08.01.2022) Doktor Ergin'in kafasını masaya ve duvara vurdu. Hasta daha sonra da Ergin'in boğazına ve yüzüne oturarak darp etmeye başladı....(Milliyet 23.02.2022)darp edilen aile hekiminin burnunda kırıklar oluştu....Saldırgan olay yerinden kaçarken, başından yaralanan ve burnunda kırıklar olduğu öğrenilen Doktor baygınlık geçirerek kanlar içerisinde kaldı....(Hürriyet 27.04.2022) Bunun üzerine M.T., doktoru darbetmeye başladı. Meslektaşlarının ve güvenlik görevlilerinin odaya girmesiyle Dr. Oran, saldırgan M.T.'nin şiddetinden kurtarıldı.... (Hürriyet 06.06.2022) Doktorun boğazını sıkıp yumruklar savuran hasta yakınları Dr. A. Fırat 'a silah çekti.... (Hürriyet 8.06.2022) ...Boğazı sıkılan doktor, saldırganların elinden güçle kurtuldu. Acil servisteki doktor ve sağlık çalışanları kendilerini odaya kilitledi....(Hürriyet 14.07.2022)
Şiddeti gerektirmedi	<ul style="list-style-type: none"> Corona virüs nedeniyle eviniz daha güvenli' diyen doktora yumruklu saldırı (Milliyet 22.03.2020) Çocuğunun damar yolunu açarken acıttı iddiasıyla hemşireyi yumrukladı doktoru darbetti (Hürriyet 20.05.2021) İzmir'de hastanede dehşet! Makasla kovalayıp yumrukladı...Hürriyet 3.06.2021) Aile hekimine çirkin saldırı! İstedığı ilacı yazmadı diye (Hürriyet 12.11.2021) Akılmaz anlar! Doktora kolonya şişeli saldırı (Milliyet 22.12.2021) Randevu tarihini beğenmeyen kadının eşi doktora saldırdı (Milliyet 07.01.2022) Randevusuz muayene olmak istedi. Kabul edilmeyince doktora saldırdı. (Milliyet 	<ul style="list-style-type: none"> 80 yaşındaki annem için randevu almıştım. Randevu saati geldiğinde annemin şekeri düşmüş, şekeri düştü diye doktorun yanına gittiğimde zamanını bekle diyerek anneme odasından kovmuş. Annem ardından beni çağırdı, 'gel oğlum beni al, hastanede işim bitti' diye aradı (Sözcü 07.06.2021) Gaziantep'te randevu vermediği hastanın ağabeyinin mermerli saldırısına uğrayan doktor, ölümden döndü. (Milliyet 07.01.2022) Dr. Günay, randevusuz hasta kabul edemeyeceğini söyleyince odada tartışma çıktı. Büyüyen tartışma arbedeye dönüşünce, Ali İzmirli'nin elini sıktığı Dr. Günay, parmağından yaralandı....(Milliyet 19.01.2022) İstedikleri ilaçları reçeteye yazdıramayan anne ve oğlu Yakup A., aile hekimi Çağrı Eren'e tepki gösterdi.

	<p>18.01.2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapsorsuz ilaç vermek istemeyen doktor hastası tarafından darp edildi (Milliyet 23.02.2022) • Hasta 'taciz ettin'dedi ve doktora dehşeti yaşattı (Hürriyet 27.04.2022) • "Tüm vücut röntgenimi neden çekmedin" diyerek doktora saldırdı! Bakan Koca'dan açıklama" (Hürriyet 06.06.2022) • "Kocaelide sıra beklemek istemeyen hasta sekreterin elini ısırıldı" (Hürriyet 16.07.2022) • "Beynimdeki çipi çıkart" deyip doktora silah çekerek darp etti (Milliyet 09.08.2022) • Maske uyarısında bulunan doktora "çocuğuma bakacaksın" diyerek saldırdı (Milliyet 04.08.2022) 	<p>Yakup A., Doktor Eren'e saldırırken, ikili arasında arbede çıktı. (Hürriyet 19.01. 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... annesine yanlış ilaç verdiğini öne sürdüğü Dr. Bayram Yıldız'ı, başına kolonya şişesiyle vurup, yaraladı.....(Milliyet 22.12.2021) • Randevusuz muayene istekleri reddedilince hastasının önünde doktoru baba tuttu, oğlu yumrukladı....(Sözcü 28.02.2022) • doktor Şeyhmus Baraj, sıra bekleme nedeniyle çıkan tartışma sonrası hasta yakınlarınca tekme tokat dövüldü.(Milliyet 28.06.2022)
Şiddetin sürekliliğini vurgulama	<ul style="list-style-type: none"> • Yine aynı skandal! Hayır cevabını alınca doktora saldırdı (Hürriyet 19.01.2022) • Sağlık çalışanlarına şiddete bir yenisi daha eklendi. Hasta yakını doktoru darp etti (Hürriyet 19.09.2021) • Sağlıkta şiddet bitmiyor: doktorun burnunu kırdı (Hürriyet 24.12.2021) • Yine aynı olay! Yakınının ameliyata erken alınmadığı iddiasıyla iki doktoru darbetti (Hürriyet 28.12.2021) • Bir doktor daha şiddete uğradı, arkadaşları iş bıraktı (Sözcü 06.06.2022) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlıkta şiddete her geçen gün bir yenisi daha ekleniyor....(Hürriyet 24.12.2021) • Sağlıkçılara yönelik saldırılar son bulmazken bir saldırı haberi de Gaziantep'in İslâhiye ilçesinden geldi.... (Milliyet 07.01.2022) • Sakarya'da bir sağlık çalışanı daha hasta tarafından darp edildi...(Hürriyet 27.04.2022) • İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde bir doktor daha şiddete maruz kaldı....(Sözcü 06.06.2022) • Sağlık çalışanlarına karşı uygulanan şiddet, taciz, hakaret ve tehdit gibi olumsuzların bitmesini beklerken, bir vaka da Yıldırım İlçesi Millet Mahallesi'nde yaşandı. (Hürriyet 23.06.2022)
Cinsiyetçi ifadeler	<ul style="list-style-type: none"> • Kadın doktorun anlattıkları dehşete düşürdü! Oksijen tüpü ile kovalayıp, yaraladı...(Hürriyet 27.04.2020) 	<ul style="list-style-type: none"> • acil servisinde görevli kadın Doktor Z.K., dün şiddet mağduru oldu.(Hürriyet 25.03.2020) • bayan hekimden kendisine iğne yapmasını istedi. Reçetesi olmadığı gerekçesiyle talebi reddedilen saldırgan bayan hekimin üzerine yürümeye çalıştı....(Sözcü10.06.2022)
Hukuki süreç ile ilgili bilgi	<ul style="list-style-type: none"> • İstanbul'da doktora aşı dayacağı: Şüpheli tutuklandı (Sözcü 01.01.2022) • Doktoru darbetti, suçlu çalışanı üstlenmeye kalkınca gözaltına alındılar (Milliyet 19.01.2022) • Kütahya'da hasta yakınlarından doktora darp: 4 gözaltı (Sözcü 31.01.2022) • Doktoru darbeden babayla oğlu gözaltına alındı (Milliyet 24.02.2022) • Doktor Gaye'yi acil serviste darbetti! O kadın adli kontrolle serbest bırakıldı (Milliyet 03.03.2022) • Konya'daki doktor gibi öldüreceğim seni dedi yakalandı (Milliyet 11.07.2022) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saldırısı gerçekleştiren şüpheli hasta yakınlarının serbest bırakıldığını ve kendisini güvende hissetmediğini belirten Genç...(Hürriyet 27.04.2020) • Doktor Kadir Gökmen, Necip Can A. ve hasta olan babası Necip A. tarafından dövüldü. Gözaltına alınan baba ve oğlu savcılık talimatıyla serbest bırakıldı. (Sözcü19.10.2021) • Şahıslar adli kontrol şartıyla serbest bırakıldı (Sözcü 12.05.2022) • Şahıslar çıkarıldıkları mahkemenin ardından adli kontrol şartıyla serbest bırakıldılar. (Hürriyet 23.06.2022) • M.Y. adli şahıs Eskişehir'de yakalandı. Sorgulanan M.Y., hakkında uzaklaştırma kararı verilerek serbest bırakıldı. (Hürriyet 03.08.2022)

Tartışma

Araştırma kapsamında değerlendirilen haberler çoğunlukla eğitim ve araştırma hastanelerinde ve devlet hastanelerinde meydana gelen şiddet olayları ile ilgiliydi. Pandemi öncesinde yayınlanan araştırmalarda acil servisler ve poliklinik hizmetlerinde hekime yönelik şiddet olaylarının sıklıkla meydana geldiği belirlenmişti.^{4-5,7,23-26} Türkiye sağlık sisteminde sevk zincirinin olmaması, her bireye istediği sağlık kuruluşunda muayene olma hakkının verilmesi eğitim ve araştırma hastanelerinde ve devlet hastanelerinde yoğunluğa sebebiyet vermektedir. Artan hasta yoğunluğu, bekleme sürelerinin artmasına tahammülsüzlük gibi nedenlerle bu alanlarda hekime yönelik şiddet olayı daha fazla yaşanmaktadır.

Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesine göre; *sahibinin izni dışında belge, fotoğraf, ses veya görüntü, ancak doğrudan kamu yararı bulunması ve başka hiçbir şekilde elde edilmeyeceğine kesin kanaat getirilmesi halinde alınabilir*. Araştırmamızda şiddet mağduru hekimlerin ad soyadlarının ve fotoğraflarının yayımlandığı belirlenmiş, hatta bazı haber içeriklerinde hekimlerin şiddet olayı sonrasındaki yaralı görüntüleri paylaşılmıştı. Haberlerin bazılarında video yayınları mevcut olup, bu yayınlarının çoğu şiddet anını kaydeden videolardı. Hekime yönelik şiddet haberlerinde video görüntülerinin kullanılması pandemi öncesinde yayımlanan bir araştırmada da belirlenen sorundu.²¹ Bizim araştırmamızda da hem haber başlıklarında hem de haber içeriğinde video görüntülerini izlemeye teşvik eden ifadeler kullanılmıştı. Böylece şiddet olayı seyirlik hale getirilmiş ve şiddet olayı yeniden üretilmişti. Ad soyad bilgisi verilen, fotoğrafları yayımlanan hekimlerden izin alınıp alınmadığı ya da hastane kameralarındaki kayıtların basın mensupları ile nasıl paylaşıldığı bilinmemektedir. Hekimin hem kişisel hem de mesleki itibarını zedeleyici fotoğraf ve video paylaşımı ile kamu yararı arasındaki ilişkinin ne olduğu ise net değildir.

Hekime yönelik şiddet haberlerinde saldırganı güçlü hekimi de zayıf ve savunmasız konuma indirgeyen “*Dayak*”, “*Dehşet*”, “*Dövme*” gibi ifadeler sıklıkla yer almıştır. Okuyucuyu habere çekmek için bu tür sansasyonel ifadelerin kullanılması sorunu pandemi öncesinde yayımlanan araştırmalarda da belirlenmişti.^{6,21,22,27,28} Saldırganlar ve hekimler arasındaki güç dengesizliğini vurgulayan haber başlıkları ve içerikleri, hekimlerin tehdit altında olduğu ve can güvenliklerinin olmadığına dair inançlarını pekiştirebilir. Hem bizim araştırmamızda hem de diğer araştırmalarda hekime yönelik şiddet haberlerinde diğer önemli sorun şiddet olayının gerekçelendirilmesidir.^{27,29,30} Şiddet içinde kişisel, kültürel, toplumsal ve organizasyonel faktörleri barındıran karmaşık bir sorundur ve her bir olay ileri düzeyde analiz gerektirir. Yüzeysel bilgi ve tek taraflı bakış açısı ile raporlanan şiddet olayları hekime yönelik şiddeti meşrulaştırmakta ve yeni şiddet olaylarına zemin hazırlamaktadır.³¹ Bazı haberlerde “*yine*”, “*bir yenisi daha*”, “*bitmesi beklenirken*”, “*bitmiyor*” gibi ifadelerle hekime yönelik şiddet olaylarının sürekliliği vurgu yapılmıştır. Şiddet olayının sürekliliğine yapılan vurgu, toplumda şiddetin olağan olduğu algısı oluşturabilir, hekimlerde sorunun çözümü ile ilgili çaresizlik ve ümitsizlik duygularına sebebiyet verebilir.²⁷⁻²⁹

Araştırmamızdan elde edilen bir diğer bulgu ise şiddet haberlerinin “*kadın hekim*”, “*kadın doktor*”, “*bayan hekim*” gibi ifadeler ile yayımlanması sorunu idi. Şiddet haberlerinde toplumsal cinsiyetçi yaklaşım sıklığı pandemi öncesinde yayımlanan benzer araştırma bulgularına nazaran daha azdı.^{6,21} Bu bulgu büyük olasılıkla örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir. Kadın hekim olmakla hekime yönelik şiddet arasında net bir bağlantının olduğunu söylemek güçtür. Ancak hekime yönelik şiddet olaylarında cinsiyetçi yaklaşım; önyargıları devam ettirebilir, köklü inançları güçlendirebilir ve tıp mesleğinde kadın hekimlerin varlığına gölge düşürebilir.

Türkiye’de hekime yönelik şiddet konusunda cezai yaptırımlar yeterli değildir Çevik ve ark.’nın araştırmasında şiddet olaylarının %23,7’sinin ceza ile sonuçlandığı, %30,2’sinin mahkeme süreçlerinin devam ettiği belirlenmiştir.⁵ Şiddet olaylarında failerin ne kadarının ceza aldığı, verilen cezanın caydırıcı nitelikte olup olmadığı bilinmemektedir. Hem bizim araştırma bulgularımızda hem de Çınarlı ve Yücel (2013)’in bulgularında şiddet haberlerinde failin serbest bırakıldığı sıklıkla vurgulanmaktadır.²¹ Bu tür haber başlıkları ve içerikleri toplumda şiddetin cezasız kaldığı algısını oluşturup yeni şiddet olayları için olası faileri cesaretlendirme riski taşımaktadır.

Türkiye’de hekime yönelik şiddet sorununda elbette medya tek faktör değildir. Ancak hasta-hekim ilişkisi ve genel sağlık sistemi konularında da toplumun algısını şekillendirilmede medya önemli rol oynar.³²⁻³³ Hekimlerle ilgili oluşturulan algı, toplum üyelerinin davranışlarını etkiler.³⁴ Medya hasta-hekim ilişkisinde güveni geliştirmede ve hekime yönelik şiddet insidansını azaltmada etkin rol alabilir. Örneğin Çin’de yayımlanan araştırmanın sonucuna göre COVID 19 Pandemisinde medyanın yaklaşımı ile hekimlere duyulan

güvenin arttığı belirlenmiştir.³⁵ Türkiye’de ise pandemi öncesinde, sürecinde ve sonrasında medyanın toplum üzerindeki etkisi, hasta-hekim arasındaki güveni nasıl etkilediği bilinmemektedir.

İnternet gazeteciliğinin yaygınlaşması ile birlikte gazetelerin daha fazla reyting elde etme gayretleri medya etiğine uygun eylemin önüne geçmiş durumdadır. Türkiye’de gazetecilik etik ilkelerin oluşturulması 1960’lı yıllara dayanmaktadır.³⁶ 1988 yılında *Basın Meslek İlkeleri* ve 1997 yılında da *Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi* yayınlanmasına rağmen medyanın nesnel olmayan sansasyonel haber üretme sorunu devam etmektedir.³⁷ Tek yanlı sansasyonel haberler ile toplumda olumsuz algı oluşturulduğunda, olumsuz etkilenen bireylerin hekimlere olumsuz tepki verme olasılığı daha yüksek olabilir.³⁴

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak hekime yönelik şiddet olaylarının raporlanmasında pandemi öncesinde var olan medya yaklaşımı pandemi sürecinde de devam etmiştir. Medya; abartılı, sansasyonel ifadeler ile okuyucuyu haberi okumaya teşvik eden yaklaşımı benimseyerek şiddet olaylarını sıradanlaştırmış ve meşrulaştırmıştır. Ayrıca haber başlıkları ve içerikleri şiddet mağduru hekimlerin hem kişisel hem de mesleki itibarını zedeler niteliktedir. Gazeteciler ve medya kuruluşları hekime yönelik şiddet haberlerinin raporlanmasında profesyonel bir yaklaşımı benimsemek ve hekimlik mesleğine ve topluma olumsuz etkileri azaltmaktan sorumludur. Medyanın halkın algısı üzerindeki olumsuz etkisi, hekime yönelik şiddet olaylarının artışın daha ötesinde sağlık hizmet sürecinin etkin bir biçimde sürdürülememesi sorununa sebebiyet verebilir. Yasa koyucular ve meslek birlikleri hekime yönelik şiddet haberlerinin sunulduğundaki medyanın etkisini göz önünde bulundurmalı ve konu ile ilgili müdahalelerde bulunmalıdırlar. Ayrıca hekime yönelik şiddet olaylarını içeren haberlerin toplum üzerindeki etkileri bilinmemektedir. Gelecekte bu kapsamda yapılacak araştırmalar medya etiğine uygun olmayan haberlerin toplumun algısı üzerindeki etkisine açıklık getirilmesi açısından yararlı olabilir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Bu araştırma 13-15 Ekim 2022 tarihinde Diyarbakır’da düzenlenen Uluslararası Tarihsel, Yasal, Etik ve Medya Boyutlarıyla Salgın Hastalıklar Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuş ve kongre kitabında özet metni yayınlanmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Hatice Demir: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Melisa Akdaş: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, kaynak taraması, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Geneva: International Labor Organization [Internet] 2002;[cited 2024 Aug 21]; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvsynthesisreport.pdf>
2. Preventing violence against health workers. World Health Organizations [Internet] 2024; [cited 2024 Nov 12]; Available from: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>.
3. Al B, et al. Increased violence towards health care staff. Journal Of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi 2012;11(2):115-124.
4. Baykan Z, et al. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. International journal of occupational safety and ergonomics 2015;21(3):291-297.
5. Çevik M, et al. Violence in healthcare at a glance: The example of the Turkish physician. The International Journal of Health Planning and Management 2020;35(6):1559-1570.

6. Küçükavcı N. Sağlık Çalışanlarına Şiddet Haberlerinin Çerçeveleme Yaklaşımı ile İncelenmesi. Doktora tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2021.
7. Bayram B, et al. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ open* 2017;7(6):1-10.
8. Beyazadam D, et al. Analysis of physical violence incidents against physicians in Turkey between 2008 and 2018. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2022;28(5):641-647.
9. Hamzaoglu N, Türk B. Prevalence of physical and verbal violence against health care workers in Turkey. *International Journal of Health Services* 2019;49(4):844-861.
10. Hacer TY, Ali A. Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *Journal of forensic and legal medicine* 2020; 69:101874.
11. Kaya S, et al. Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. *Journal of forensic nursing* 2016;12(1):26-34.
12. Özdamar ÜG, İşcan G, Ünal O. The occurrence and consequences of violence against healthcare workers in Turkey: before and during the COVID-19 pandemic. *Family practice* 2022;39(6):1001-1008
13. Sağlık Sistemi Alarm Veriyor!. Cumhuriyet Halk Partisi. [cited 2024 Nov 9]. Available from: <https://chp.org.tr/yayin/saglik-sistemi-alarm-veriyor/Open>.
14. TTB ve Tabip Odalarından Randevu Sistemi Sorunlarına ve Sağlık Bakanı'nın Açıklamalarına Yanıt: İki Dakikada Bir Randevuyla Sağlık, Yanlış Politikalarla Çözüm Olmaz!. Türk Tabipleri Birliği. [updated 2024 May 16; cited 2024 Nov 6]. Available from: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=2d01bd84-1381-11ef-a182-17cab21d7a0c
15. Guraya S S, et al. Evaluating the impact of COVID-19 pandemic on the physicians' psychological health: A systematic scoping review. *Frontiers in Medicine* 2023;10:1071537.
16. Lafta R, et al. Violence against doctors in Iraq during the time of COVID-19 *PLoS One* 2021;16(8):0254401.
17. Ghareeb NS, El-Shafei DA, Eladl AM. Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. *Environmental Science and Pollution Research* 2021;28(43):61441-61449.
18. Sakthivel P, et al. Violence against doctors: an emerging epidemic amidst COVID-19 pandemic in India. *Postgraduate medical journal* 2022;98(2):74.
19. McKay D. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *The Lancet* 2020;395(10239):1743-1745.
20. Chirico F, et al. Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Health and Social Sciences* 2022;7(1):14-35.
21. Çınarlı İ, Yücel H. Sağlık İletişiminin Bakış Açısı İle Türkiye'de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *İletişim* 2013:31-52.
22. Duğan Ö. Analysis of violence in health news: An examination on newspaper reports. *Erciyes Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 2017;5(1):400-410.
23. Aytaç S, et al. Workplace violence: a study of Turkish workers. *Int J Occup Saf Ergon* 2011;17(4):385-402.
24. Dubb SS. It doesn't "come with the job": violence against doctors at work must stop. *BMJ* 2015;350:2780.
25. Canbaz S, et al. Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2008;14:239-44.
26. Altınbaş G, et al. Analysis of physical violence incidents against physicians in Turkey between 2008 and 2018. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2022;28(5): 641.
27. Durur EK. Medyada Şiddetin Bir Başka Yüzü: Doktora Saldırı Haberleri. *Atatürk İletişim Dergisi* 2017;14:45-60.
28. K Kaya, Tok ÖK. Sağlıkta Şiddetin Bir Başka Yüzü: Medya Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2021;18(2):217-220.
29. Sevimli S. An analysis of violence against healthcare professionals in Turkey from online media reports. *Eubios journal of Asian and international bioethics: EJAIB* 2020;30(3)
30. Yıldırım İE, Sezgin D. Pandemiye Sağlık Çalışanlarına Şiddet. *Iğdır International Social Science Congress*;2021:April 14-15.
31. Caruso R, et al. Violence against physicians in the workplace: trends, causes, consequences, and strategies for intervention. *Current psychiatry reports* 2022;24(12):911-924.
32. Nie J, et al. The vicious circle of patient-physician mistrust in China: health professionals' perspectives, institutional conflict of interest, and building trust through medical professionalism. *Developing World Bioeth* 2017;18(1):26-36.
33. Yang Q, et al. Measuring public reaction to violence against doctors in China: interrupted time series analysis of media reports. *Journal of medical internet research* 2021;23(2):19651.
34. Sun J, et al. Impact of adverse media reporting on public perceptions of the doctor-patient relationship in China: an analysis with propensity score matching method. *BMJ open* 2018; 8(8):1-7.
35. Chen Y, et al. The mediating effect of media usage on the relationship between anxiety/fear and physician-patient trust during the COVID-19 pandemic. *Psychology & health* 2022;37(7):847-866.
36. Altıntop M, Bak G. Türkiye'de Basın Özdenetimi, 1st Edn. Ankara: Iksad Publications;2020.
37. Koloğlu O. Türkiye'de basın meslek ilkelerinin evrimi. *İstanbul University Journal of Sociology* 2012;3(5):71-84.

Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma *

A Study on Health Literacy Levels of Nursing Faculty Students

Betül Sarıⁱ, Necla Yılmazⁱⁱ

ⁱDoktora öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
<https://orcid.org/0000-0003-4398-7311>

ⁱⁱDoç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
<https://orcid.org/0000-0002-9847-6888>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma ile hemşirelik fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, 2023-2024 eğitim öğretim yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 485 öğrenci oluşturmuştur. Katılımcılara sosyo-demografik bilgilere yönelik sorular ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'yi içeren anket formu uygulanmıştır. Araştırmanın verileri IBM SPSS 26 paket programı vasıtasıyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldığı puanların ortalaması $34,1 \pm 7,8$ 'dir. Genel sağlık okuryazarlığı düzeyinde katılımcıların %43,5'inin sorunlu-sınırlı, %30,1'inin yeterli, %15,9'unun mükemmel ve %10,5'inin yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları erkek katılımcılardan daha yüksektir ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı puanlarında yaş, sınıf düzeyi, sağlık kurumuna başvuru sayısı ve sağlık durumu değişkenlerinin etkisine rastlanılmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Araştırma sonuçları, hemşirelik fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğunun sorunlu-sınırlı düzey sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Mezun olduktan sonra sağlık sisteminin önemli bir bileşeni ve sağlık eğitimi sunucusu olacak hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda eğitimcilerin ve politika yapıcıların sağlık okuryazarlığını hemşirelik eğitim programlarına entegre etmek için iş birliği yapması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Hemşirelik, Hemşirelik eğitimi, Sağlık

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine the health literacy levels of nursing faculty students and to evaluate these levels according to socio-demographic variables.

Method: The sample of the study consisted of 485 students from the Faculty of Nursing at Mersin University, who volunteered to participate during the 2023-2024 academic year. Participants were given a questionnaire that included socio-demographic questions and the Türkiye Health Literacy Scale-32 (TSOY-32). The data were analyzed using IBM SPSS 26 software.

Results: The average score of the participants on the TSOY-32 Scale was 34.1 ± 7.8 . Regarding the overall health literacy level, 43.5% of participants were classified as having problematic-limited health literacy, 30.1% as having adequate health literacy, 15.9% as having excellent health literacy, and 10.5% as having insufficient health literacy. Female participants had higher health literacy scores than male participants ($p<0.05$). No significant effect of age, class level, frequency of healthcare visits, and health status on health literacy scores was observed ($p>0.05$).

Conclusion: The results of the study show that the majority of nursing faculty students have problematic-limited health literacy levels. Since nursing students will be an essential part of the healthcare system and health education providers after graduation, improving their health literacy levels is necessary. In this regard, it is recommended that educators and policymakers collaborate to integrate health literacy into nursing education programs.

Keywords: Health literacy, Nursing, Nursing education, Health

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):339-348

DOI: 10.31020/mutfd.1585305

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 14 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 03 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Betül Sarı <d1840232017@ogr.sdu.edu.tr>

Etik Kurul Onayı: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 19.09.2023, Sayı: 140/24)

Giriş

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık statüsünü tanınması, hastalığını, sağlık sistemlerini nasıl kullanacağını, sağlık sisteminden nasıl faydalanacağını bilmesi ve sağlığına ilişkin doğru kararlar alabilme becerisidir.¹ Bireylerin sağlık hizmetleri alımı esnasında çeşitli girişimleri gerçekleştirebilme yeterliliği olarak da ifade edilebilir. Bu girişimlere sağlık kurumlarına yaptığı muayene ve test başvuru işlemleri, eczaneden ilaç alımı ve aldığı ilacı doğru kullanımı, sağlık personeli ile kurması gereken iletişim ve sağlık sigortası kapsamında hangi hizmetlerden faydalanacağına gibi çeşitli örnekler verilebilir.² Sağlık okuryazarlığı, kişisel ve sosyo-kültürel faktörlerle şekillenmektedir. Bu faktörlere, bireyin içine doğduğu toplum, aldığı eğitim ve sahip olduğu kültür örnek olarak verilebilir. Zira, alan yazında da sağlık okuryazarlığının bireyin çevresiyle, mevcut eğitim statüsüyle, hizmet aldığı sağlık hizmet sunucularıyla, kültürüyle ve içinde bulunduğu toplumla şekillendiğinin altı çizilmektedir.³

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, artan acil servis kullanımı, kronik hastalıkların yönetiminde yetersizlik, ilaç uyum sorunları, daha yüksek hastaneye yatış oranları ve mortalite riskinin artışı gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.^{4,5} Yapılan araştırmalarda düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının; acil bakımı tercih etme ve bunu daha iyi hizmet olarak algılama, kronik hastalıkları doğru yönetememe, koruyucu sağlık hizmetlerinden gereğince faydalanamama, uygulanan tedaviye adaptasyon zorluğu, doğru ilaç kullanamama, sağlık eğitimi almada güçlük yaşama, sağlık kurumlarına fazlaca başvuru ve daha fazla sağlık harcaması ile sonuçlandığı saptanmıştır.⁶⁻¹⁰ Ayrıca sağlık bakımı açısından sınırdan olan sağlık okuryazarlığının ek bir maliyetle sonuçlanacağına da literatürde dikkat çekilmektedir.^{3,11} Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bir toplumda hastalıklardan korunma olasıdır. Literatürde yer alan çalışmalarda, sağlık okuryazarlık düzeyi ile bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine işaret edilmektedir.¹² Ayrıca sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında, sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi önemli bir araç olarak da gösterilmektedir.¹³

Güvenilir sağlık bilgisine ulaşmak, sağlık profesyonelinin doğru anlamak, sağlığa ilişkin tüm süreçleri iyi yönetebilmek sağlık okuryazarlığına önem vermekle mümkün olabilir.¹⁴ Bireylerin yaşam tarzlarında olumlu değişiklikler oluşturmak ve sağlık hizmeti kullanım biçimlerini değiştirmek sağlık okuryazarlık düzeyi ile doğrudan ilişkilidir.¹⁵ Sağlık okuryazarlığı seviyesi tüm dünyada yetersiz kalmaktadır ve araştırılan popülasyona ve cinsiyete bağlı olarak da sonuçları değişmektedir.¹⁶ Ownby ve arkadaşları sağlık okuryazarlığı için yaş, gelir ve eğitimi sağlığın önemli belirleyicileri olarak belirtmiştir.¹⁷ Berens ve arkadaşları ileri yaş, düşük sosyal statü ve sık hekim ziyaretlerinin yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olduğunu saptamıştır.¹⁸ Veiga ve Serrão, Portekiz'de yaptığı araştırmasında bireyin cinsiyetinin, yaşının, eğitim seviyesinin ve medeni durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.¹⁹ Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir araç olarak sağlık okuryazarlığına işaret etmektedir.¹⁰ Bu durum ise sağlık eğitiminin önemli bir bileşeni olarak düşünülen hemşirelere büyük sorumluluklar yüklemektedir. Çünkü hemşireler, sağlık sisteminde kronik hastalıkları olan hastalara yönelik semptomları ele alma ve hastalık ilerlemesini hafifletme konusunda çok önemli bir rol oynamaktadır.²⁰⁻²³

Qadhi ve arkadaşları sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olan hemşirelerin, ilaca bağlılık, danışmanlık ve potansiyel ilaç yan etkilerini ve etkileşimlerini anlama gibi sağlık yönetimi davranışlarını teşvik etmede ve hastaların sağlık statülerini iyileştirmede etkili olduğunu vurgulamaktadır.¹⁶ Nitekim, sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bir hemşirenin hastalara öz bakım süreçlerine ilişkin bilgi verme ve hastaların mevcut becerilerini geliştirmede önemli bir rol oynayacağı öngörülebilir. Zira, öğrencilik sürecinde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip öğrencilerin, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastayı tanıyabilme, sağlığına

ilişkin bilgileri hastaya basitçe anlatabilme ve hastalara özbakım süreçlerine ilişkin bilgi verebilme konularında başarılı oldukları Yang tarafından vurgulanmaktadır.²⁴

Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür.^{9,25-28} Bu doğrultuda bu araştırmada amaç, hemşirelik fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespit edilmesi ve sağlık okuryazarlık düzeylerini etkileyen sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmanın evrenini 2023-2024 Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine kayıtlı 971 öğrenci oluşturmaktadır. Bu araştırmada örneklem seçilmemiş olup Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine kayıtlı ve araştırmaya katılmaya gönüllü öğrenciler örnekleme alınarak evrenin bütününe ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma, gönüllü katılım sağlayan 546 kişiyle yürütülmüştür. 61 kişinin verilerinde eksiklik tespit edilmiştir ve araştırma kapsamında eksiklik tespit edilen anketler çıkartılarak 485 kişinin verisi ile araştırma değerlendirilmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından 2024 yılı bahar döneminde sınıf ortamında anket vasıtasıyla öğrencilerle yüz yüze toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, algılanan sağlık statüsü ve engellilik durumu gibi öğrencilerin sosyo-demografik bilgilerini kapsamaktadır. Diğer kısım Okyay ve Abacıgil tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)” yer almaktadır.²⁹ TSOY-32 Ölçeği, ikiye dördlük bir matris formunda düzenlenmiştir. 32 ifadeden oluşan ölçekte, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile tedavi ve hizmet olmak üzere iki boyut bulunmaktadır. Her boyutun altında sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalara ilişkin anlama, ulaşma, kullanma ve değerlendirme olmak üzere dört bilgi edinme süreci yer almaktadır. Ölçekte her bir ifade, belirtilen davranışın yanıtlayan kişinin algısına göre kolay veya zor olduğunu belirlemeye yönelik olarak “0= fikrim yok, 1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay” şeklinde puanlanmaktadır. Sorulara verilen yanıtlara göre ölçekten 0 ile 50 arasında bir değer alınmaktadır. Bu değerler 0-25, 25-33, 33-42 ve 42-50 olmak sırasıyla yetersiz, sorunlu/sınırlı, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine tekabül etmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu (E-87432956-050.99-583562) tarafından 20.09.2023 tarihinde onaylanmıştır ve verilerin toplanması için Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı’ndan gereken izinler alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş ve sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınmıştır. Ayrıca ölçeği kullanma niyetini belirten bir e-posta aracılığıyla yazardan izin alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS 26 kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler açısından sayı ve yüzde, sayısal değişkenler açısından ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler şeklinde sunulmuştur. Ölçeğin normallik analizinde çarpıklık ve basıklık değerleri esas alınmıştır. Normal dağılımın kurallarına göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,0$ arasında olması gerekmektedir.³⁰ Bu ölçeğin çarpıklık (skewness) değeri -0,259 ve basıklık (kurtosis) değeri ise 0,864 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuca göre, TSOY-32 Ölçeğinin normal dağılım sergilediği ortaya konmuş ve analizlerde parametrik testler uygulanmıştır. İki gruplu değişkenlerde bağımsız

örneklem t-testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla kategorili değişkenlerde ise tek yönlü Anova F testi uygulanmıştır. Yapılan parametrik testlerde anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcılara ait demografik bilgiler aşağıda gösterilmiştir (**Tablo 1**). Araştırmaya katılan öğrencilerin %72,6'sı ($n=352$) kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması $20,90 \pm 3,085$ 'tir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%97,7, $n=474$) evli değildir. Eğitim durumları incelendiğinde, öğrencilerin %42,9'u ($n=208$) birinci sınıfta öğrenim görmektedir. Bunu sırasıyla ikinci sınıf (%26,0, $n=126$), dördüncü sınıf (%16,9, $n=82$) ve üçüncü sınıf (%14,2, $n=69$) öğrencileri takip etmektedir. Katılımcıların %95,3'ünde ($n=462$) kronik hastalık bulunmamaktadır ve %99,6'sı ($n=483$) herhangi bir engele sahip değildir. Öğrencilerin çoğunluğu (%67,0, $n=325$) yılda 0-5 kez sağlık kurumlarına başvuru yapmakta ve %53,8'i ($n=261$) sağlık durumlarını "iyi" olarak nitelendirmektedir. Öğrencilerin çoğunluğu (%68,7, $n=333$) orta düzey gelire sahiptir ve annelerin %51,8'i ($n=251$) ve babaların %49,5'i ($n=240$) ilköğretim mezunudur. Öğrencilerin %56,7'si ($n=275$) üniversite öncesinde il merkezlerinde yaşamıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

Değişken	Kategori	n	%
Yaş (Ort.±s.s.)	20,90 ±3,085		
Cinsiyet	Erkek	133	27,4
	Kadın	352	72,6
Medeni durum	Evli	11	2,3
	Evli Değil	474	97,7
Sınıf	1. Sınıf	208	42,9
	2. Sınıf	126	26,0
	3. Sınıf	69	14,2
	4. Sınıf	82	16,9
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	23	4,7
	Hayır	462	95,3
Engellilik durumu	Evet	2	0,4
	Hayır	483	99,6
Sağlık kurumuna başvuru sayısı (yıl)	0-5 arası	325	67,0
	6-10 arası	129	26,6
	11 ve üstü	31	6,4
Üniversite öncesi yaşanılan yer	İl	275	56,7
	İlçe	157	32,4
	Köy/Kasaba	53	10,9
Aile gelir durumu	Çok kötü	3	0,6
	Kötü	35	7,2
	Orta	333	68,7
	İyi	105	21,6
	Çok iyi	9	1,9
	Çok kötü	0	0,0
Sağlık durumu algısı	Kötü	13	2,7
	Orta	176	36,3
	İyi	261	53,8
	Çok iyi	35	7,2
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	84	17,3
	İlköğretim	251	51,8
	Ortaöğretim/Lise	110	22,7
	Üniversite	38	7,8
	Lisansüstü	2	0,4
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	16	3,3
	İlköğretim	240	49,5
	Ortaöğretim/Lise	142	29,3
	Üniversite	84	17,3
	Lisansüstü	3	0,6
Ebeveyn sağlık çalışanı olma durumu	Her ikisi	16	4,2
	Bir tanesi	0	0,0
	Hiç birisi	362	95,8

f:frekans, %: yüzde

Tablo 2'de TSOY-32 Ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin istatistiki bilgiler gösterilmiştir. Araştırmada kullanılan TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması $34,1 \pm 7,8$ (min = 3,5, maks = 50,0) olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut (tedavi ve hizmet Ort. = 34,4, SS = 8,0; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi Ort. = 33,7, SS = 8,6) ortalamalarının birbirine yakın değerler aldığı görülmüştür. TSOY-32 Ölçeğinin alt boyutlarından hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en yüksek ortalamaya bilgiye ulaşma bileşeninin sahip olduğu (Ort. = 35,6, SS = 9,1), bunu sırasıyla bilgiyi anlama (Ort. = 35,3, SS = 9,5) ve bilgiyi kullanma (Ort. = 33,4, SS = 10,0) bileşenlerinin takip ettiği saptanmıştır. En düşük ortalamaya sahip bileşen bu alt boyutta bilgiyi değerlendirmedir (Ort. = 30,7, SS = 10,6). Tedavi ve hizmet alt boyutunun bileşenleri incelendiğinde, en yüksek ortalamanın bilgiye ulaşma bileşeninde (Ort. = 36,1, SS = 9,4) olduğu, bunu bilgiyi anlama (Ort. = 35,7, SS = 9,0) ve bilgiyi değerlendirme (Ort. = 35,4, SS = 9,4) bileşenlerinin izlediği görülmüştür. En düşük ortalamaya sahip bileşeninin ise bilgiyi kullanma (Ort. = 30,6, SS = 9,3) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. TSOY-32 Ölçeğinin Alt Boyutlarına ve Bileşenlerine İlişkin İstatistiki Bilgiler

Ölçek, Alt Boyut ve Bileşenleri	Ortalama (Ort.)	Standart Sapma (SS)	Minimum (Min)	Maksimum (Maks)
TSOY-32 Ölçeği	34,1	7,8	3,5	50,0
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	33,7	8,6	2,1	50,0
• Bilgiye ulaşma	35,6	9,1	0,0	50,0
• Bilgiyi anlama	35,3	9,5	0,0	50,0
• Bilgiye kullanma	33,4	10,0	0,0	50,0
• Bilgiyi değerlendirme	30,7	10,6	0,0	50,0
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	34,4	8,0	4,2	50,0
• Bilgiye ulaşma	36,1	9,4	0,0	50,0
• Bilgiyi anlama	35,7	9,0	0,0	50,0
• Bilgiye kullanma	30,6	9,3	4,2	50,0
• Bilgiyi değerlendirme	35,4	9,4	0,0	50,0

Tablo 3'te katılımcıların TSOY-32 Ölçeği kategorik sıklık dağılımı gösterilmiştir. TSOY-32 ve alt boyutlarının kategorik sıklık dağılımları incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığı düzeyinde katılımcıların %43,5'inin (n = 186) sorunlu-sınırlı, %30,1'inin (n = 129) yeterli, %15,9'unun (n = 68) mükemmel ve %10,5'inin (n = 45) yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda, katılımcıların %40,4'ü (n = 170) sorunlu-sınırlı, %24,7'si (n = 104) yeterli, %19,5'i (n = 82) mükemmel ve %15,4'ü (n = 65) yetersiz düzeyde bulunmuştur. Bu alt boyutta da katılımcıların çoğunluğunun (%55,8) yetersiz veya sorunlu-sınırlı düzeyde olması dikkat çekicidir. Tedavi ve hizmet alt boyutunda ise katılımcıların %37,1'i (n = 155) yeterli, %36,1'i (n = 151) sorunlu-sınırlı, %15,8'i (n = 66) mükemmel ve %11'i (n = 46) yetersiz düzeyde saptanmıştır. Alt boyutlar karşılaştırıldığında, tedavi ve hizmet alt boyutunda yeterli ve mükemmel düzeyde olanların toplam oranının (%52,9), hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutuna (%44,2) kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Kategorik Sıklık Dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Düzeyi	TSOY-32		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi		Tedavi ve Hizmet	
	n	%	n	%	n	%
Yetersiz	45	10,5	65	15,4	46	11
Sorunlu-sınırlı	186	43,5	170	40,4	151	36,1
Yeterli	129	30,1	104	24,7	155	37,1
Mükemmel	68	15,9	82	19,5	66	15,8

Tablo 4'te cinsiyet ve kronik hastalık durumuna göre TSOY-32 Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Cinsiyet değişkeni açısından, kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları (Ort. = 34,57, SS = 7,67) erkek katılımcıların ortalamalarından (Ort. = 32,70, SS = 8,15) anlamlı şekilde istatistiksel açıdan daha yüksektir ($t = -2.360$, $p < 0.05$). Bu bulgu, kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Kronik hastalık durumu açısından yapılan karşılaştırmada ise, kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları (Ort. = 34,72, SS = 8,37) ile kronik hastalığı olmayan katılımcıların ortalamaları (Ort. = 34,03, SS = 7,82) arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık belirlenmemiştir ($t = 0.416$, $p > 0.05$). Bu sonuç, kronik hastalık varlığının sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4. Cinsiyet ve Kronik Hastalık Durumuna Göre TSOY-32 Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	TSOY-32 Ölçeği Puan Ort.	s.s.	t	p
Cinsiyet	Erkek	133	32,698	8,148	-2,360	0,019*
	Kadın	352	34,573	7,673		
Kronik hastalık durumu	Evet	23	34,723	8,374	0,416	0,678
	Hayır	462	34,026	7,823		

f:frekans, Ort.: ortalama, s.s.: standart sapma, t: bağımsız örneklem t-testi

TSOY-32 Ölçeği puan ortalamaları, üç ve daha fazla kategoriye sahip değişkenler için karşılaştırmalı olarak **Tablo 5**'te verilmiştir. ANOVA F test sonuçları incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı puanları açısından öğrencilerin yaşı ($F = 1,185$, $p = 0,315$), sınıf düzeyi ($F = 0,146$, $p = 0,932$), sağlık kurumuna başvuru sayısı ($F = 0,425$, $p = 0,655$) ve sağlık durumu algısı ($F = 1,089$, $p = 0,337$), anne ve baba eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 5. Üç ve Daha Fazla Kategoriden Oluşan Değişkenlerin TSOY-32 Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	TSOY-32 Ölçeği Puan Ort.	s.s.	F	p
Yaş	18-19 yaş	133	34,8	8,1	1,185	0,315
	20 yaş	119	33	7		
	21-22 yaş	165	34,3	7,4		
	23 yaş ve üstü	68	33,7	9,6		
Sınıf	1. Sınıf	208	34,1	8,1	0,146	0,932
	2. Sınıf	126	34,2	7,4		
	3. Sınıf	69	33,5	8,2		
	4. Sınıf	82	34,2	7,8		
Sağlık kurumuna başvuru sayısı	0-5 arası	325	33,8	8	0,425	0,655
	6-10 arası	129	34,4	7,1		
	11 ve üstü	31	34,9	9,2		
Sağlık durumu	Çok kötü/kötü/orta	189	33,5	8,1	1,089	0,337
	İyi	261	34,3	7,6		
	Çok iyi	35	35,2	8,4		
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	84	32,7	7,8	2,283	0,078
	İlköğretim	251	34,5	8		
	Ortaöğretim/Lise	110	33,3	7,7		
	Üniversite ve lisansüstü	40	36	6,8		
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	16	30,7	11,4	2,527	0,057
	İlköğretim	240	34,3	7,9		
	Ortaöğretim/Lise	142	33,2	7,8		
	Üniversite ve lisansüstü	87	35,5	6,7		

f:frekans, Ort.: ortalama, s.s.: standart sapma, F: one way anova

Tartışma

Bu çalışmada öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğinden aldığı genel puan ortalaması $34,1 \pm 7,8$ 'dir. Aynı ölçek kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde, Malatyalı ve Biçer'in Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören tüm öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada genel sağlık okuryazarlığı puanı 35,77; Şahinöz ve arkadaşları tarafından Gümüşhane Üniversitesinin sağlıkla ilgili bölümlerinde öğrenim gören 4. sınıf öğrencileri üzerine yaptığı araştırmada genel sağlık okuryazarlığı puanı $66,19 \pm 16,05$; Kazak ve arkadaşlarının üç farklı devlet üniversitesinin sağlıkla ilgili bölümlerinde okuyan öğrencilerle yaptıkları araştırmada puan genel sağlık okuryazarlığı puanı $36,2 \pm 8,3$ ve Erunal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada genel sağlık okuryazarlığı puanı $34,61 \pm 7,57$ bulunmuştur.³¹⁻³⁴ Bu çalışmanın TSOY-32 Ölçeği genel puan ortalaması Şahinöz ve arkadaşlarının çalışmasından düşük, Erunal ve arkadaşlarının çalışması ile hemen hemen aynı değere sahiptir. Şahinöz vd. tarafından yapılan çalışmanın yalnızca 4. sınıf öğrencilerini kapsamı söz konusu yüksekliğin kaynağı olabilir.

TSOY-32 Ölçeği alt boyutlarından hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda en yüksek ortalamayı bilgiye ulaşma (35,6) ve en düşük ortalamayı bilgiyi değerlendirme (30,7) bileşenlerinin içerdiği belirlenmiştir. Tedavi ve hizmet alt boyutunda ise en yüksek ortalamanın bilgiye ulaşma (36,1) ve en düşük ortalamanın bilgiyi kullanma (30,6) bileşenlerinde olduğu tespit edilmiştir. Okur ve arkadaşlarının tarafından yapılan çalışmada, alt boyutlardan hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en yüksek puanı bilgiyi anlama (36,79) ve en düşük puanı bilgiyi değerlendirme (33,33); tedavi ve hizmet alt boyutunda ise en yüksek puanı bilgiyi kullanma/uygulama (40,51) ve en düşük puanı bilgiyi değerlendirme (32,14) bileşenleri almıştır.³⁵ TSOY-32 Ölçeğinin iki alt boyutunda da en düşük puanı alan bileşenin bilgiyi değerlendirme olması açısından bu çalışma Okur ve arkadaşları ile benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğinden aldığı genel puan ortalamasına bakıldığında; %43,5'inin sorunlu-sınırlı, %30,1'inin yeterli, %15,9'unun mükemmel ve %10,5'inin yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığının bulunduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, öğrencilerin yarısından fazlasının (%54) yetersiz veya sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde, bu araştırma sonucuna benzer şekilde hemşirelik alanında eğitim gören öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin genel olarak yetersiz olduğunun tespit edildiği çalışmalargörülmektedir.^{9,26,28} Söz konusu öğrencilerin sağlık ile ilgili bir müfredatta eğitim görmesine ve terminolojiye hâkim olmaları gerekliliğine rağmen sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olması akıllarda birtakım soru işaretleri oluşturmaktadır. Fakat sağlık okuryazarlığı düzeyinin hemşirelik öğrencilerinde yeterli olarak tespit edilen araştırmanın mevcudiyeti bu araştırmaların yapıldığı evren ve örnekleme göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin değişkenlik gösterebileceği şeklinde yorumlanabilir.³⁶

Bu çalışmada kadın öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğinden aldığı puan ortalamaları erkek öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Yani, kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi erkeklere kıyasla daha yüksektir. Bu durumun sebebi olarak yapısal olarak kadınların erkeklere kıyasla daha hassas ve titiz olmaları gösterilebilir. Literatürde benzer sonuçların tespit edildiği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır.^{33,37}

Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puanları açısından yaş, sınıf düzeyi, sağlık kurumuna başvuru sayısı ve sağlık durumu algısı değişkenlerinde anlamlı bir istatistiksel fark tespit edilememiştir ($p > 0,05$). Literatür incelendiğinde bu araştırma sonucu ile benzer şekilde yaşın, sınıf düzeyinin ve sağlık durumu algısının istatistiksel olarak öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyine etkisinin olmadığını belirlediği araştırmalar bulunmaktadır.^{32,33,35,38}

Anne eğitim durumu ($F = 2,283$, $p = 0,078$) ve baba eğitim durumu ($F = 2,527$, $p = 0,057$) değişkenlerinde anlamlı istatistiksel fark olmamakla birlikte, anlamlılık düzeyine oldukça yakın değerler elde edilmiştir. Bu

değişkenlerin puan ortalamalarını detaylı incelediğimizde; öğrencilerin annelerinin eğitim durumu açısından, en yüksek sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının üniversite ve lisansüstü mezunu annelerin çocuklarında (Ort. = 36,0, SS = 6,8), en düşük ortalamasının ise okuryazar olmayan annelerin çocuklarında (Ort. = 32,7, SS = 7,8) olduğu görülmektedir. Bu bulgu, anne eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyinin de artma eğiliminde olduğuna işaret etmektedir. Benzer şekilde, öğrencilerinin babalarının eğitim durumuna göre en yüksek sağlık okuryazarlığı puan ortalaması üniversite ve lisansüstü mezunu babaların çocuklarında (Ort. = 35,5, SS = 6,7), en düşük ortalama ise okuryazar olmayan babaların çocuklarında (Ort. = 30,7, SS = 11,4) saptanmıştır. Burada dikkat çekici olan nokta, okuryazar olmayan babaların çocuklarının puan ortalamaları arasındaki farkın (4,8 puan) ve standart sapmanın (SS = 11,4) diğer gruplara göre daha yüksek olmasıdır. Bu durum, baba eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkisini göstermektedir. Her ne kadar istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyine erişemese de hem anne hem de baba eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerinde bir eğilim oluşturduğu ve ebeveyn eğitim seviyesindeki artışın sağlık okuryazarlığı düzeyinde de artış oluşturma eğiliminde olduğu gözlemlenmektedir. Nitekim literatürde de anne ve baba eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını pozitif etkilediği çalışmalar bulunmaktadır.³³

Sonuç ve Öneriler

McCleary-Jones, hemşirelik müfredatında sağlık okuryazarlığı içeriği yetersizliğinin altını çizmektedir.³⁹ Literatürde hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının istenilen düzeyde olmadığı saptandığı çalışmaların varlığı bu duruma kanıt niteliğindedir.^{9,25-28} Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, öğrencilerin yarısından fazlasının yetersiz veya sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Buna ilaveten araştırmanın sonuçları McCleary-Jones tarafından vurgulandığı gibi hemşirelik müfredatında birtakım eksiklikler olduğuna işaret edebilir.

Hemşirelik mesleği, hastalara bakım ve eğitim verme ile onların sağlığına yönelik danışmanlık yapmayı beraberinde gerektirmektedir. Hemşirelerin hastaların öz bakım süreçlerini iyileştirebilmek, mevcut bilgi düzeylerini anlayabilmek ve doğru bilgiye sahip olmasına aracılık etmek gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bağlamda hemşirelik mesleğine adım atmadan önce tüm öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel ya da en azından yeterli seviyede olması için çaba harcanması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek bir ülkenin sağlığını ve refahını sağlamak için önemli bir adımdır. İş gücüne katılmaya hazırlanan üniversite öğrencileri, güvenilir bilgileri arama ve kullanma becerilerini edinmek için üniversitelerinde iyi bir eğitim almak durumundadır. Bu doğrultuda üniversitelerin, kendilerine yüklenen bu sorumluluğu göz ardı etmemesi, eğitim programlarını sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltecek şekilde tasarlaması ve eğitimcilerin ve politika yapıcıların sağlık okuryazarlığını hemşirelik eğitim programlarına entegre etmek için iş birliği yapması önerilir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Bu çalışma, Betül Sarı'nın Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında hazırladığı doktora tezinin ön saha araştırmasından üretilmiştir.

Etik Onay

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Başkanlığından 19.09.2023 tarih 140/24 sayısı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Betül Sarı: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Necla Yılmaz: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Nutbeam D. Health Promotion glossary. Health Promotion International, World Health Organisation. 1998.
2. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014;13(4):327-334.
3. Kanj M, Mitic W. Health Literacy and Health Behaviour. Eastern Mediterranean Region. World Health Organization. 2009.
4. Goto E, et.al. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. Preventive Medicine Reports 2019;14:100811.
5. Boyle J, et. al. Low health literacy is associated with increased transitional care needs in hospitalized patients. Journal of Hospital Medicine 2017;12(11):918-924.
6. Schumacher JR, et. al. Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. Medical Care 2013; 51(8):654-658.
7. Loke YK, et. al. (2012). Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease-- systematic review. PLoS One 2012;7(7):1-8.
8. Shaw SJ, et. al. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. Journal of Immigrant and Minority Health 2009;11(6):460-467.
9. Williamson SS, Chopak-Foss J. Differences in health literacy knowledge and experiences among senior nursing students. Journal of Georgia Public Health Association 2015;5(2):184–190.
10. World Health Organization. The mandate of health literacy. 2016. Erişim tarihi: 20.09.2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>
11. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health 2009; 54(5): 313-324.
12. Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. Turkish Journal of Public Health 2014; 12(1): 61-68.
13. Hasnain-Wynia R, Wolf MS. Promoting health care equity: is health literacy a missing link?. Health Services Research 2010;45(4):897-903.
14. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. Galatasaray Üniversitesi Sağlık İletişim Dergisi 2013;Özel Sayı 3:73-92.
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-267.
16. Qadhi OA, et. al. Navigating health literacy and practices: A cross-sectional study on nursing undergraduates in Riyadh, Saudi Arabia. Medical Science Monitor 2023;29:e941632.
17. Ownby RL, et al. Why is health literacy related to health? An exploration among US National Assessment of Adult Literacy participants 40 years of age and older. Educational Gerontology 2012;38(11):776-787.
18. Berens EM, et. al. Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. BMC Public Health 2016;16(1):1-8.
19. Veiga S, Serrão C. Health Literacy of A Sample of Portuguese Elderly. Applied Research in Health And Social Sciences: Interface and Interaction/Sveikatos ir Socialiniu Mokslu Taikomieji Tyrimai: Sandura ir Saveika, 2016, 13.1.
20. Wilandika A, Pandin MGR, Yusuf A. The roles of nurses in supporting health literacy: A scoping review. Frontiers of Public Health 2023;11:1022803.
21. Nock AM, et. al. Health literacy in adults with chronic diseases in the context of community health nursing: A scoping review. Nursing Reports 2023;13(2):823-834.
22. du Pon E, et. al. Active participation of patients with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses – what helps and what hinders: a qualitative study. BMC Health Service Research 2019;19(1):1-11.
23. Loan LA, et. al. Call for action: Nurses must play a critical role to enhance health literacy. Nursing Outlook 2018;66(1):97-100.
24. Yang Y. Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. BMC Health Services Research 2022;22(1):1172.
25. Maduramente TS, et. al. Health literacy: Knowledge and experience among senior students in a nursing college. Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic 2019;4(1):9-19.
26. Mibei F, Daniels F. Health literacy knowledge and experiences of nursing students at a South African University. African Journal of Nursing and Midwifery 2019;21(1).

27. Okuyan CB, Çağlar S. Investigation of health literacy levels and health perceptions of nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences* 2019;12(1):270.
28. Mullan J, et.al. Health literacy amongst health professional university students: a study using the Health Literacy Questionnaire. *Education Sciences* 2017;7(2):1-11.
29. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32). Okyay P, Abacıgil F, Editörler. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 1. Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1025. ISBN: 978-975-590-594-5. Ankara. 2016.
30. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N, Sosyal Bilimler için İstatistik (7. Baskı). Ankara: Pegem Akademi. 2011.
31. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *ASHD* 2018;17(2):1-15.
32. Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *GÜSBD* 2018;7(3):71- 79.
33. Kazak A, ve ark. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Kocaeli Medical Journal* 2021;10(3):273-283.
34. Erunal M, ve ark. Investigation of health literacy' levels of nursing student and affecting factors. *IJCS* 2018;11(3):1386-1395.
35. Okur E, Evcimen H, Yağcı Şentürk A. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *STED* 2021;30(1):18-24.
36. Ayaz-Alkaya S, Terzi H. Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. *Nurse Education in Practice* 2019;34:31-35.
37. Ergün S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2017;6(3):1-6.
38. Uysal N, Yıldız G. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;10(1):43-48.
39. McCleary-Jones V. A systematic review of the literature on health literacy in nursing education. *Nurse educator* 2016;41(2):93-97.

Türkiye’deki İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve İşgünü Kayıplarının Cinsiyet Temelli Analizi*

Gender-Based Analysis of Occupational Accidents, Diseases, and Lost Workdays in Türkiye

Mustafa Özdemir¹

¹Dr. Öğr. Üyesi, Bayburt Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü

<https://orcid.org/0000-0002-6067-2007>

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, 2018-2022 yılları arasında Türkiye’de iş kazaları, meslek hastalıkları ve işgünü kayıplarını cinsiyet temelli bir yaklaşımla analiz etmeyi amaçlamaktadır. Araştırma, erkek ve kadın çalışanlar arasındaki olay sıklığı ve etkilerindeki farklılıkları anlamayı hedefleyerek bu farkların iş sağlığı ve güvenliği (İSG) politikalarına nasıl yansıtılabileceğini değerlendirmektedir.

Yöntem: Çalışmada kullanılan veriler, 2018-2022 dönemine ait Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan resmi istatistiklerden elde edilmiştir. Nicel analizde, erkek ve kadın çalışanlar için iş kazaları ve meslek hastalıkları ayrı ayrı incelenmiş; kaza sıklık oranları, toplam iş göremezlik gün sayısı ve sektörel dağılım gibi ölçütler kullanılmıştır. Nitel analizde ise sektör bazlı istihdam desenleri, iş rolleri ve risk maruziyetleri gibi cinsiyet farklılıklarına katkıda bulunan faktörler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bulgular, iş kazaları ve meslek hastalıklarının dağılımı açısından belirgin cinsiyet farklılıkları olduğunu göstermektedir. Erkek çalışanların, özellikle fiziksel olarak zorlu işlerin yoğun olduğu inşaat sektöründe daha yüksek iş kazası oranlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Kadın çalışanlar ise daha çok sağlık sektöründe yoğunlaştığından, biyolojik ajanlara ve ergonomik sorunlara bağlı meslek hastalıkları ile daha sık karşılaşmaktadır. Ayrıca, iş kazalarının en sık 11:00-11:59 saatleri arasında gerçekleştiği ve erkeklerin iş kazalarından sonra kadınlara kıyasla daha uzun iş göremezlik süreleri geçirdiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışma, İSG politikalarına cinsiyet eşitliği perspektifinin entegrasyonunun önemini vurgulamaktadır. Özellikle erkeklerin yoğun olduğu inşaat sektöründe güvenlik protokolleri ve eğitimlerin iyileştirilmesi, kadınların yoğun olduğu sağlık sektöründe ise ergonomik önlemler ve sağlık taramalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Cinsiyet kaynaklı risklerin anlaşılması, daha etkili önleme stratejileri geliştirilmesi ve iş güvenliğinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: İş Kazası, Meslek Hastalığı, İşgünü Kaybı, Kadın Çalışan, Cinsiyet Eşitliği

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze occupational accidents, occupational diseases, and workday losses in Turkey from a gender-based perspective during the period 2018–2022. By identifying differences in the frequency and impacts of incidents among male and female employees, the research seeks to evaluate the implications for occupational health and safety (OHS) policies.

Methodology: The study draws on data from official statistics published by the Social Security Institution (SGK) for the 2018–2022 period. Quantitative analysis examines occupational accidents and diseases separately for male and female employees, focusing on metrics such as accident frequency rates, total incapacity days, and sectoral distribution. Qualitative analysis explores factors contributing to gender disparities, including sectoral employment patterns, job roles, and risk exposures.

Findings: Results indicate notable gender differences in the distribution of occupational accidents and diseases. Male employees, particularly in physically demanding sectors such as construction, exhibit higher accident rates. Female employees, predominantly employed in the healthcare sector, face a higher prevalence of occupational diseases linked to biological agents and ergonomic challenges. The study also finds that accidents occur most frequently between 11:00 and 11:59 AM, with male employees experiencing longer work incapacity durations compared to females.

Conclusion: The study highlights the need to incorporate a gender equity perspective into OHS policies. In male-dominated sectors like construction, safety protocols and training should be improved, while in female-dominated sectors like healthcare, ergonomic measures and health screenings must be enhanced. Addressing gender-specific risks is vital for devising effective prevention strategies and improving workplace safety.

Keywords: Occupational Accident, Occupational Disease, Workday Loss, Female Worker, Gender Equality

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):349-361

DOI: 10.31020/mutfd.1585541

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 14 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 21 Ocak 2025

İletişim- Correspondence Author: Mustafa Özdemir <mozdemir@bayburt.edu.tr>

Giriş

Günümüzde iş kazaları, meslek hastalıkları ve iş göremezlik gün sayılarının sanayileşmeye paralel olarak artması, her ülke için çalışanların sağlık ve güvenliği bakımından ciddi bir endişe kaynağıdır. İş kazalarının yol açtığı yaralanma ve ölümler bir yandan yaşam kalitesine olumsuz etkilerde bulunurken diğer yandan ekonomik açıdan da önemli maliyetleri beraberinde getirmektedir. İş kazaları, meslek hastalıkları ve işgünü kayıplarıyla mücadele etmek ve iş yeri ortamlarını daha güvenli hale getirmek, iş sağlığı ve güvenliği politikalarının temel hedeflerindedir.^{1,2}

İş kazaları ve meslek hastalıkları ile bunlara bağlı geçici veya sürekli iş günü kayıplarının, bireylerin sağlıkları üzerinde yarattığı etkiler kadar ekonomik ve toplumsal etkileri de vardır. İş kazaları işyerleri, çalışanlar ve genel olarak toplumun tamamı için önemli maliyetlere neden olmaktadır. Bu maliyetler iş kazasının türüne göre değişmekte ve kazadan kaynaklanan işgünü kayıplarının süresi arttıkça daha da yükselmektedir. İşten kaynaklanan yaralanmaların neden olduğu işgünü kayıpları, işyerlerinde iş güvenliğinin değerlendirilmesi için alternatif bir ölçüt olarak önerilmektedir.³

Uzun süren işgünü kayıpları, çalışanın bu kayıp günlerde üretken olmaması nedeniyle dolaylı bir şekilde işyerinin maliyetlerini artırmaktadır. Ayrıca işverenler çalışanına hastalık, iş kazası, meslek hastalığı ya da analık gibi geçici olarak iş yapamaz duruma gelmeleri halinde yaşayacakları gelir kaybının önüne geçmek için iş göremezlik nedeniyle kaybedilen iş günleriyle orantılı olarak ödeme de yapmaktadırlar.⁴

İş kazaları aynı zamanda hem toplum hem de ulusal sosyal güvenlik sistemi için bir maliyet oluşturmaktadır. İş kazası durumunda, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, iş kazası sigortasından çeşitli yardımlar sağlanmaktadır. Bu yardımlar arasında, geçici iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi, sigortalıya sürekli iş göremezlik geliri bağlanması, iş kazası veya meslek hastalığı sonucu hayatını kaybeden sigortalının hak sahiplerine gelir bağlanması, gelir bağlanmış kız çocuklarına evlenme ödeneği verilmesi ve iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle ölen sigortalı için cenaze ödeneği sağlanması yer almaktadır.⁵

İş kazalarıyla ilgili araştırmalar ilk başlarda genellikle cinsiyet farklılıklarını göz ardı etmekteyken özellikle son yıllarda, iş kazalarının cinsiyete göre dağılımı ve cinsiyetin iş kazaları üzerindeki etkileri konusunda artan bir ilgi ve farkındalık gözlemlenmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki biyolojik, psikolojik ve sosyal farklılıkların, iş kazalarının oluşumu ve etkileri üzerinde önemli bir rol oynayabileceği öne sürülmektedir. İş kazası oranlarını etkileyen en çok çalışılmış değişkenlerden biri cinsiyet olmuştur.⁶ Erkekler genel olarak daha yüksek kaza oranlarına sahipken, kadınlar arasında kaza sonrası hastalık izni süresi genellikle daha uzun görülmektedir.^{7, 8} Yapılan bir çalışmada, düşük sorumluluk gerektiren pozisyonlarda çalışan kişilerde, kadınların erkeklere oranla daha fazla dinlenme amaçlı iş günü kaybı yaşadıkları belirlenmiştir. Yine erkeklere nispeten kadınların daha çok işe gidip gelirken ciddi kazalara uğradıkları ve dış görevlerde kazalara karıştıkları tespit edilmiştir.⁹

Günümüzde, kadınların iş gücüne katılımı önemli derecede artış göstermiş ve kadınlar artık çalışma hayatının farklı birçok sektöründe etkin rol almaya başlamışlardır. Bu artışın çalışma hayatına pek çok olumlu yansımalarının yanı sıra kadınların maruz kaldığı zorluklar da artmış ve bu zorlukların iş sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkileri daha fazla önem kazanmıştır.¹⁰ Türkiye gibi dinamik bir iş gücü piyasasına sahip ülkede, kadın çalışanların karşılaştığı özel zorluklar ve bu zorlukların iş sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkileri maalesef hâlâ yeterince anlaşılmamış ve araştırılmamıştır.

Günümüzde kadınların işgücüne katılım oranları artmış ancak erkeklerden daha düşük ücretlerle çalışmak ve belirli mesleklerde temsil edilmemek gibi eşitsizliklerle veya meslek seçimindeki cinsiyet ayrımcılıklarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca iş piyasasında kadınların az temsil edilmesi ve iş kazalarının oluşumuyla ilgili faktörler arasındaki ilişki, toplumsal cinsiyetin bu alandaki etkisini ortaya koymaktadır.¹¹ Bu nedenle, tüm sektörlerdeki iş kazaları, meslek hastalıkları ve işgünü kayıpları incelenirken toplumsal cinsiyet faktörünün de dikkate alınması önemlidir.

İş kazaları ve meslek hastalıkları, yalnızca genel cinsiyet farklarıyla değil, aynı zamanda sektörel ve çalışma ortamına özgü risk faktörleriyle de değerlendirilmelidir. Erkeklerin daha çok fiziksel tehlikelerin yoğun olduğu sektörlerde çalışması, kadınların ise ergonomik zorluklar ve biyolojik ajanlara maruziyetin fazla olduğu işlerde bulunması, cinsiyet temelli risklerin sektörel farklılıklarını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, çalışma ortamının tehlike kaynakları, risk değerlendirmeleri ve çalışanların sektörel istihdam desenleri gibi unsurların dikkate alınması, daha anlamlı ve uygulanabilir sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada, sektörel bazda kadın ve erkek çalışanların maruz kaldığı riskler detaylı olarak ele alınmış ve öneriler sunulmuştur.

Bu çalışmada; iş kazası, meslek hastalıkları ve bunlardan kaynaklı işgünü kaybı sürelerinin kadın ve erkek çalışanlar bakımından farklılık gösterip göstermeyeceği hipotezini araştırmak üzere Türkiye'de 2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde oluşan iş kazası, meslek hastalıkları ile geçici ve sürekli işgünü kayıplarına dair istatistikler incelenmiş ve bu istatistiklerden elde edilen veriler ışığında birtakım önerilerde bulunularak iş sağlığı ve iş güvenliği üzerine üretilecek politikalara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Literatür Özeti

İş kazaları ve meslek hastalıkları, işgünü kayıplarının analizinde cinsiyet temelli önemli farklılıklar göstermektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan araştırmalar, kadın ve erkek çalışanların iş sağlığı ve güvenliği risklerine farklı şekillerde maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Aşağıda bu konuda yapılan araştırmalar ve elde edilen bulgulardan bazıları sunulmuştur.

Messing ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptıkları araştırmada, mavi yaka çalışanların iş kazası oranları cinsiyete göre incelemiş ve kadınların iş kazalarına maruz kalma oranlarının erkeklerle benzer olduğu ancak kadınların görev dağılımları ve iş yapma yöntemlerinin farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Çalışma, kadınların daha fazla tekrarlayan hareketler ve ergonomik zorluklar içeren işlerde çalıştığını, erkeklerin ise fiziksel tehlikelerin daha fazla olduğu işlerde yer aldığını vurgulamıştır.¹²

Scanzani'nin 2004 yılında yaptığı iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili araştırmada, kadınların iş yerinde daha fazla psikososyal riskle karşı karşıya olduğu ve bu risklerin işgücü kayıplarına yol açtığı belirtilmiştir. Psikososyal stres faktörlerinin, kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkileyerek iş performansını düşürdüğü ve iş günü kayıplarına neden olduğu, kadınların işyerinde karşılaştıkları psikososyal risk faktörlerinin erkeklerden farklı olduğu, kadınların daha fazla stres, anksiyete ve psikolojik rahatsızlık yaşadığı ve kadınların iş ortamında daha yüksek psikolojik yük altında olduğu belirlenmiştir.¹³

Leijon ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları araştırmada, kadınların genellikle daha uzun süreli ayakta durma, kolları kaldırma gibi zorlayıcı pozisyonlara maruz kaldığı ve bunun meslek hastalıklarının artmasına katkıda bulunduğu, kadınların bu pozisyonlardaki sürekliliklerinin iş yükü kaynaklı sağlık sorunlarını artırdığı belirtilmiştir.¹⁴

İnce ve arkadaşlarının 2006 yılında, Türkiye'de mesleki kaza ve meslek hastalığına bağlı olarak iş gücü kaybını değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada, Adli Tıp Kurumu tarafından değerlendirilen 164 iş kazası vakasında, %95,1'inin erkeklerden, %4,9'unun ise kadınlardan oluştuğu, yaralanmaların çoğunun el ve bilek bölgesinde (%43,8) gerçekleştirdiği belirlenmiş ve cinsiyet temelli meslek hastalığı ve iş kazası değerlendirmeleri ile mevcut yasalar ve standartların gözden geçirilmesinin gerektiği ifade edilmiştir.¹⁵

Alamgir ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları araştırmada, kadın sağlık çalışanlarının erkek meslektaşlarına kıyasla daha yüksek oranlarda iş kazalarına ve kas-iskelet sistemi yaralanmalarına maruz kaldığı belirlenmiştir. Kadınların iş yükü ve ergonomik zorluklar nedeniyle daha fazla fiziksel sorun yaşadıkları, bu durumun iş kazası riskini artırdığı ifade edilmiştir.¹⁶

Laberge ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları araştırmada, kadınların genç yaşlarda geçirmiş oldukları iş kazalarının daha az bildirildiği ancak ilerleyen yaşlarda meslek hastalıklarının daha sık raporlandığı ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının bu yaşlarda arttığı belirtilmiştir. Bu durumun yaşla birlikte kadınların iş yükü ve meslek hastalıkları risklerini arttırdığı savunulmuştur.¹⁷

Berecki-Gisolf ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları araştırmada, kadınların erkeklerden daha fazla mental bozukluklar nedeniyle iş günü kaybı yaşadığı ve bu durumun işyeri politikaları açısından ele alınması gerektiği ortaya konulmuştur. Ayrıca iş günü kayıplarının önlenmesi için cinsiyet temelli politikaların geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.¹⁸

Clemente'nin 2017 yılında yaptığı araştırmada, cinsiyetin iş sağlığı ve meslek hastalıkları üzerindeki etkileri analiz edilmiştir. Bulgular, kadınların bazı meslek hastalıklarına erkeklerden daha yatkın olduğunu ve kadınların iş sağlığı politikalarında özel olarak ele alınması gerektiğini göstermiştir. Bu çalışmada, cinsiyete duyarlı iş sağlığı stratejilerinin önemine dikkat çekilmiştir.¹⁹

Fontaneda ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları araştırmada, cinsiyetin iş kazalarına ve işgünü kayıplarına etkisi incelenmiştir. Araştırma, kadınların iş kazalarına erkeklerden daha sık maruz kaldığını ve bu kazaların ardından daha uzun süre işgünü kaybı yaşadığını ortaya koymuştur. Bu durumun, kadınların çalışma koşulları ve sektörel yoğunlaşma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yaş, firma büyüklüğü, çalışma günü ve çalışma yerinin de işgünü kayıplarının süresini etkileyen önemli faktörler arasında yer aldığı vurgulanmıştır.²⁰

Osca ve López-Araújo'nun 2020 yılında yaptıkları araştırmada, iş stresi ve kişilik özelliklerinin iş kazalarındaki cinsiyet farklılıklarına etkisi ele alınmıştır. Araştırmada, kadınların özellikle nevroz gibi kişilik faktörleri nedeniyle iş kazalarına daha yatkın olduğu belirtilmiştir. Bu faktörlerin kadınların iş kazası riskini artırdığı ve psikososyal risklerin kadın çalışanlar üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²¹

Alkan ve Gültekin'in 2020 yılında yaptıkları araştırmada, 2008-2016 yılları arasındaki veriler üzerinden cinsiyetin iş kazaları üzerindeki etkisi incelenmiş ve cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, sağlık durumu ile psikososyal destek gibi faktörlerin iş kazası riskini etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada, özellikle genç çalışanların eğitim seviyesi ve stres yönetiminin, iş kazalarının azaltılmasında önemli rol oynadığı vurgulanmıştır.²²

Çınar ve Şensöğüt'ün 2022 yılında yaptıkları araştırmada, Türkiye'de kömür madenciliği sektöründe iş kazaları ve meslek hastalıkları incelenmiş, linyit madenciliğinde iş kazaları ve ölümlerin sert kömür madenciliğine göre daha yüksek olduğu ancak meslek hastalığı oranlarının daha düşük olduğu, risklerin cinsiyete bağlı olarak farklılık gösterebileceği belirlenmiştir.²³

Demirarslan ve Demirarslan'ın 2023 yılında yaptıkları araştırmada, Türkiye'de kadın sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları incelenmiş ve kadınların erkek meslektaşlarına kıyasla daha fazla iş kazası ve meslek hastalığı yaşadığı belirtilmiştir. Ancak erkek sağlık çalışanlarının iş kazaları sonucu ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiş, kadınların özellikle psikososyal ve ergonomik riskler nedeniyle daha fazla sağlık sorunu yaşadığı vurgulanmıştır.²⁴

Yöntem

Araştırma kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verileri kullanılarak kadın ve erkek çalışanların yoğunlaştığı sektörler belirlenmiştir. Bu sektörlerde, tehlike kaynakları, maruz kalınan risk türleri ve bu risklerin cinsiyet temelli farklılıkları analiz edilmiştir. Özellikle "insan sağlığı hizmetleri" sektörü kadın çalışanlar için ergonomik ve biyolojik risklerin ağırlıkta olduğu, "bina inşaatı" sektörü ise erkek çalışanlar için yüksekte düşme ve ağır ekipman kullanımı gibi fiziksel tehlikelerin yoğun olduğu bir çalışma ortamı olarak ele alınmıştır. Çalışma, bu iki sektörü karşılaştırmalı bir perspektifle analiz ederek cinsiyet temelli farklılıkların sektörel dağılım üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir.

Veri Seti

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre iş kazaları ve meslek hastalıkları sadece sigortalı olanları kapsamaktadır. Bu nedenle bu çalışmada veri kaynağı olarak T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistik yıllıklarından faydalanılmıştır. SGK istatistik yıllıklarında yer alan 2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemin "iş kazası ve meslek hastalığına dair istatistikleri", "iş göremezlik sürelerine dair istatistikleri" ve "sigortalı ve işyeri istatistikleri" incelenmiş ve iş kazası ve meslek hastalıkları ile iş

göremezlik gün sayılarının Türkiye’de sigortalı kadın çalışanlar bakımından durumu analiz edilmeye çalışılmıştır. 2017 yılından sonra 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun çalışanları 4a ve 4b olarak sınıflaması nedeniyle 2018-2022 yılları arasındaki beş yıllık döneme ait veriler bu iki grubun toplamını içermektedir. Bu çalışmada incelenen kavramlara ilişkin tanımlar aşağıda verilmiştir.

İş Kazası: Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülen bir işle veya kendi göreviyle bağlantılı olarak ya da sigortalının kendi adına ve hesabına bağımsız çalıştığı durumlarda işyeri dışında yaptığı iş veya faaliyeti nedeniyle meydana gelen ve sigortalıyı hemen ya da sonradan bedensel veya ruhsal olarak zarara uğratan olayların yanı sıra bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının işyeri dışında başka bir göreve gönderildiği zamanlarda asıl işini yapmaksızın geçirdiği süreler esnasında meydana gelen bedensel veya ruhsal olarak zarara uğratan olayları ifade etmektedir. Ayrıca emziren kadın sigortalının, çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda meydana gelen, sigortalıların işveren tarafından sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş ve gelişleri sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen ya da sonradan bedensel veya ruhsal olarak zarara uğratan olaylar da iş kazası kapsamındadır.⁵

İş Kazası Sıklık Hızı: Tam gün çalışan her 100 kişide kaç sigortalının iş kazası geçirdiğini gösterir. Formülü aşağıdaki gibidir.

$$\text{İş Kazası Sıklık Hızı} = \frac{\text{İKS}}{(\text{PTEGS} * 8)} * 225.000$$

İKS, iş kazası geçiren sigortalı sayısını ifade ederken PTEGS, toplam prim tahakkuk eden gün sayısını ifade eder. PTEGS, her gün için 8 saatlik tam çalışma ile çarpılarak tüm sigortalıların bir yıl içinde toplam çalışma saati bulunur. 225.000 ise tam gün çalışan 100 sigortalının haftada 45 saat, yılda 50 hafta çalıştığı kabul edilerek hesaplanan katsayı rakamıdır.²⁵⁻²⁹

İş Kazası Sonucu Ölüm: Avrupa İş Kazaları İstatistikleri (ESAW) projesi tarafından benimsenen tanıma göre; "ölümlü iş kazaları, sigortalı çalışanın bir yıl içinde ölümüne sebep olan kaza" olarak tanımlanır.³⁰

Meslek Hastalığı: sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik hallerini ifade etmektedir.⁵

İş Göremezlik: İş kazası nedeniyle sigortalının iş göremediği süreyi ifade etmektedir. Geçici iş göremezlik süresi sigortalının iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde SGK tarafından yetkilendirilen hekim veya sağlık kurulu raporlarında belirtilen istirahat süresince geçici olarak çalışılmayan gün sayısını ifade etmekten sürekli iş göremezlik; iş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve engellilik nedeniyle SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlara istinaden SGK sağlık kurulunca meslekte kazanma gücü en az % 10 oranında azalmış bulunduğu tespit edilen sigortalı kişi sayısını ifade etmektedir.⁵

Toplam İş Göremezlik Süresi: iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle meydana gelen geçici iş göremezlik süresi ve iş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölümden kaynaklı kaybedilen iş günü ile sürekli iş göremez duruma gelmekten kaynaklı kaybedilen iş günlerinin toplamından oluşmaktadır.³¹

Bulgular

Türkiye’de 2018 yılında kamu ve özel olmak üzere toplamda 1.879.771 işyeri bulunmaktayken 2022 yılına gelindiğinde bu sayı yaklaşık %16,49 artarak 2.189.841’e ulaşmıştır. İşyeri sayısındaki bu artışa paralel olarak 2018 yılında toplam 20.070.727 olan sigortalı çalışanın 5.998.151’i kadın çalışırken 14.072.576’sı erkek çalışan, 2022 yılında toplam 23.741.403 olan sigortalı çalışanın 7.581.873’ü kadın çalışırken 16.159.530’u erkek çalışan olarak kayıtlara geçmiştir. 5 yıllık dönemin her yılı için erkek çalışan sayısı kadın çalışan sayısının ortalama 2,25 katıdır (**Tablo 1**).³²

Tablo 1. Yıllara ve Cinsiyete Göre İşyeri ve Çalışan Sayıları

Yıllar	Toplam İş Yeri	Toplam	Sigortalı Kadın	Sigortalı Erkek
2018	1.879.771	20.070.727	5.998.151	14.072.576
2019	1.891.512	20.172.891	6.120.040	14.052.851
2020	1.960.911	21.064.613	6.326.711	14.737.902
2021	2.087.692	22.382.418	6.931.855	15.450.563
2022	2.189.841	23.741.403	7.581.873	16.159.530

2018'den 2022'ye kadar geçen 5 yıllık dönemde 6.845'i ölümlle sonuçlanan toplam 2.339.628 iş kazası meydana gelmiştir. Bu iş kazalarından 6.673'ü ölümlle sonuçlanmak üzere 1.891.082'sine erkek çalışanlar, 172'si ölümlle sonuçlanmak üzere 448.546'sına da kadın çalışanlar uğramıştır. 5 yıllık dönemde en yüksek toplam iş kazası sayısı, 1.517'si ölümlle sonuçlanmak üzere 588.823 iş kazası ile 2022 yılında yaşanmış ve bu kazaların 39'u ölümlle sonuçlanmak üzere 123.073'üne kadın çalışanlar, 1481'i ölümlle sonuçlanmak üzere 466.198'ine de erkek çalışanlar uğramıştır (**Tablo 2**).²⁵⁻²⁹

Tablo 2. Yıllara ve Cinsiyete Göre İş Kazası ile Ölümlle Sonuçlanan İş Kazasına Uğrayan Çalışan Sayıları

Yıllar	İş Kazası Sayıları		Ölümlü İş Kazası Sayıları	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
2018	354.594	76.682	1.496	46
2019	337.455	85.382	1.128	21
2020	315.226	69.379	1.206	34
2021	417.609	94.030	1.362	32
2022	466.198	123.073	1.481	39

Tam gün çalışan her 100 çalışandan kaçının iş kazası geçirdiği yıllara göre incelediğinde erkek çalışanlar için en düşük iş kazası sıklık hızı 2,00 ile 2020 yılında, en yüksek iş kazası sıklık hızı ise 2,70 ile 2022 yılında yaşanmışken kadın çalışanlar için en düşük iş kazası sıklık hızı 1,02 ile 2020 yılında ve en yüksek iş kazası sıklık hızı da 1,52 ile yine 2022 yılında yaşanmıştır (**Tablo 3**).²⁵⁻²⁹

Tablo 3. Yıllara ve Cinsiyete Göre İş Kazası Sıklık Hızları

Yıllar	İş Kazası Sıklık Hızları	
	Erkek	Kadın
2018	2,36	1,19
2019	2,25	1,30
2020	2,00	1,02
2021	2,53	1,27
2022	2,70	1,52

2018'den 2022'ye kadar geçen 5 yıllık dönemde 48'i ölümlle sonuçlanan toplam 5.268 çalışan meslek hastalığına yakalanmıştır. Bu meslek hastalıklarından 43'ü ölümlle sonuçlanmak üzere 4.459'üne erkek çalışanlar, 5'i ölümlle sonuçlanmak üzere 809'una da kadın çalışanlar tutulmuştur. 5 yıllık dönemde en yüksek toplam meslek hastalığı sayısı, 35'i ölümlle sonuçlanmak üzere 1.269 meslek hastalığı ile 2021 yılında yaşanmış ve bu hastalıkların 31'i ölümlle sonuçlanmak üzere 995'ine erkek çalışanlar, 4'ü ölümlle sonuçlanmak üzere 274'üne de kadın çalışanlar tutulmuştur (**Tablo 4**).²⁵⁻²⁹

Tablo 4. Yıllara ve Cinsiyete Göre Meslek Hastalığı ile Ölümle Sonuçlanan Meslek Hastalığına Tutulan Çalışan Sayıları

Yıllar	Meslek Hastalığı Sayıları		Ölümlü Meslek Hastalığı Sayıları	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
2018	966	78	0	0
2019	1.000	91	0	0
2020	725	184	5	0
2021	995	274	31	4
2022	773	182	7	1

2018 yılında kadın çalışanların geçirdiği 76.682 iş kazasının 8778'i "Gıda Ürünleri İmalatı" sektöründe yaşanmışken 2019,2020, 2021 ve 2022 yıllarında kadın çalışanların en fazla iş kazasına uğradığı sektör "İnsan Sağlığı Hizmetleri" sektörü olmuştur. Erkek çalışanların 5 yıllık dönemde en fazla iş kazasına uğradıkları sektör ise her yıl için "Bina İnşaatı" sektörü olmuştur (**Tablo 5**).²⁵⁻²⁹

Tablo 5. Yıllara ve Cinsiyete Göre Çalışanların En Fazla İş Kazasına Uğradıkları İlk Beş Sektör

Yıllar	Kadın Çalışan		Erkek Çalışan	
	Sektör	İş Kazası	Sektör	İş Kazası
2018	Gıda Ürünleri İmalatı	8.778	Bina İnşaatı	41.483
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	7.799	Bina Dışı Yapı İnşaatı	27.347
	İnsan Sağlığı Hizmetleri	7.013	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	14.702
	Binalar, Çevre Düzenlemesi	6.537	Tekstil Ürünlerinin İmalatı	14.324
	Tekstil Ürünleri İmalatı	5.251	Mineral Ürün İmalatı	14.014
2019	İnsan Sağlığı Hizmetleri	9.303	Bina İnşaatı	25.316
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	9.086	Metal Ürünleri İmalatı	22.374
	Gıda Ürünleri İmalatı	8.917	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	16.896
	Binalar, Çevre Düzenlemesi	7.543	Ana Metal Sanayii	16.092
	Perakende Ticaret	6.361	Bina Dışı Yapı İnşaatı	15.747
2020	İnsan Sağlığı Hizmetleri	12.198	Bina İnşaatı	23.791
	Gıda Ürünleri İmalatı	8.061	Metal Ürünleri İmalatı	21.191
	Perakende Ticaret	5.692	Tekstil Ürünlerinin İmalatı	15.059
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	5.579	Ana Metal Sanayii	15.434
	Binalar, Çevre Düzenlemesi	4.851	Bina Dışı Yapı İnşaatı	14.119
2021	İnsan Sağlığı Hizmetleri	13.503	Bina İnşaatı	31.921
	Gıda Ürünleri İmalatı	11.123	Metal Ürünleri İmalatı	28.335
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	7.911	Ana Metal Sanayii	21.398
	Perakende Ticaret	7.193	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	19.139
	Tekstil Ürünleri İmalatı	6.769	Bina Dışı Yapı İnşaatı	18.155
2022	İnsan Sağlığı Hizmetleri	16.783	Bina İnşaatı	35.268
	Gıda Ürünleri İmalatı	13.291	Metal Ürünleri İmalatı	31.281
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	11.927	Tekstil Ürünlerinin İmalatı	22.912
	Perakende Ticaret	9.919	Ana Metal Sanayii	22.157
	Konaklama	8.799	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	20.696

2018 yılında kadın çalışanların tutulduğu 78 meslek hastalığının 7'si, 2019 yılında 91 meslek hastalığının 10'u "Yiyecek ve İçecek Hizmeti Faaliyeti" sektöründe yaşanmışken 2020, 2021 ve 2022 yıllarında kadın çalışanların en fazla meslek hastalığına tutulduğu sektör "İnsan Sağlığı Hizmetleri" sektörü olmuştur. Erkek çalışanların 5 yıllık dönemde 2018, 2019, 2020 ve 2022 yılları için "Diğer Metalik Olmayan Mineral Ürünlerin İmalatı" sektörü en fazla meslek hastalığına yakalanan sektör olmuş 2021 yılında ise "Motorlu Kara Taşıtı, Treyler (römork) ve Yarı Treyler (yarı römork) İmalatı" sektöründe en fazla meslek hastalığı görülmüştür (**Tablo 6**).²⁵⁻²⁹

Tablo 6. Yıllara ve Cinsiyete Göre Çalışanların En Fazla Meslek Hastalığına Tutuldukları İlk Beş Sektör

Yıllar	Kadın Çalışan		Erkek Çalışan	
	Sektör	İş Kazası	Sektör	İş Kazası
2018	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	7	Mineral Ürün İmalatı	176
	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	7	Ana Metal Sanayii	64
	Giyim Eşyaları İmalatı	7	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	40
	Plastik Ürün İmalatı	3	Metal Ürünleri İmalatı	32
	Gıda Ürünleri İmalatı	3	Diğer Ulaşım Araç İmalatı	30
2019	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	10	Mineral Ürün İmalatı	185
	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	8	Ana Metal Sanayii	94
	Tekstil Ürünleri İmalatı	8	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	51
	Plastik Ürün İmalatı	7	Metal Ürünleri İmalatı	49
	Metal Ürünleri İmalatı	7	Diğer Ulaşım Araç İmalatı	44
2020	İnsan Sağlığı Hizmetleri	62	Mineral Ürün İmalatı	59
	Binalar, Çevre Düzenlemesi	22	İnsan Sağlığı Hizmetleri	57
	Bilgi Hizmet Faaliyetleri	8	Ana Metal Sanayii	48
	Gıda Ürünleri İmalatı	9	Binalar, Çevre Düzenlemesi	44
	Giyim Eşyaları İmalatı	8	Metal Ürünleri İmalatı	42
2021	İnsan Sağlığı Hizmetleri	32	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	88
	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	23	Ana Metal Sanayii	60
	Perakende Ticaret	22	Metal Ürünleri İmalatı	59
	Giyim Eşyaları İmalatı	20	İnsan Sağlığı Hizmetleri	50
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	16	Diğer Ulaşım Araç İmalatı	49
2022	İnsan Sağlığı Hizmetleri	19	Mineral Ürün İmalatı	89
	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	18	Mot. Kara Taşıtı İmalatı	67
	Yiyecek, İçecek Hizmetleri	16	Ana Metal Sanayii	42
	Giyim Eşyaları İmalatı	13	Metal Ürünleri İmalatı	38
	Metal Ürünleri İmalatı	13	Diğer Ulaşım Araç İmalatı	38

2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde kadın çalışanların gerçekleştirdiği en yüksek toplam iş göremezlik gün sayısı, 589.869 günü ayakta tedavi ve 8.201 günü hastanede yatarak olmak üzere 598.070 gün ile 2022 yılında yaşanmışken, erkek çalışanların gerçekleştirdiği en yüksek toplam iş göremezlik gün sayısı da 4.101.027 günü ayakta tedavi ve 113.500 günü hastanede yatarak olmak üzere 4.214.527 gün ile yine 2022 yılında yaşanmıştır (**Tablo 7**).²⁵⁻²⁹

Tablo 7. Yıllara ve Cinsiyete Göre Çalışanların İş Kazasından Kaynaklanan Geçici İş Göremezlik Gün Süreleri

Yıllar	Kadın Çalışan			Erkek Çalışan		
	Ayakta Tedavi	Hastanede Yatarak	Toplam	Ayakta Tedavi	Hastanede Yatarak	Toplam
2018	222.772	4.133	226.905	2.175.650	85.846	2.261.496
2019	396.735	6.303	403.038	3.129.380	98.211	3.227.591
2020	343.765	4.671	348.436	3.066.082	81.655	3.147.737
2021	510.838	6.634	517.472	4.035.729	101.319	4.137.048
2022	589.869	8.201	598.070	4.101.027	113.500	4.214.527

2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde kadın çalışanların en fazla iş kazası geçirdiği yaş her yıl için 23 yaş olmuştur. En fazla meslek hastalığına tutulma yaş ortalaması ise 39,4 olmuştur. Erkek çalışanların en fazla iş kazası geçirdiği 5 yıllık yaş ortalaması 22,8, en fazla meslek hastalığına tutulma yaş ortalaması ise 43,4 olmuştur (**Tablo 8**).²⁵⁻²⁹

Tablo 8. Yıllara ve Cinsiyete Göre Çalışanların En Fazla İş Kazasına Uğrama ve Meslek Hastalığına Tutulma Yaşları

Yıllar	Kadın Çalışan				Erkek Çalışan			
	Yaş	İş Kazası	Yaş	Meslek Hastalığı	Yaş	İş Kazası	Yaş	Meslek Hastalığı
2018	23	3174	36	6	23	13556	45	44
2019	23	3783	48	10	24	12851	38	49
2020	23	3636	26	15	22	12297	40	39
2021	23	5026	47	14	23	17651	41	47
2022	23	6495	40	22	22	19661	38	38

2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde hem kadın çalışanların hem de erkek çalışanların en fazla iş kazasına uğradığı saatler her yıl için 11.00-11.59 saatleri arası olmuştur (**Tablo 9**).²⁵⁻²⁹

Tablo 9. Yıllara ve Cinsiyete Göre Çalışanların En Fazla İş Kazasına Uğrama Saatleri

Yıllar	Kadın Çalışan		Erkek Çalışan	
	Saat	İş Kazası	Saat	İş Kazası
2018	11.00-11.59	6939	11.00-11.59	36462
2019	11.00-11.59	7633	11.00-11.59	33771
2020	11.00-11.59	6023	11.00-11.59	31757
2021	11.00-11.59	8034	11.00-11.59	41300
2022	11.00-11.59	10537	11.00-11.59	45969

Çalışmanın bulgularından inşaat sektöründe erkek çalışanların iş kazası sıklık oranının yüksek olduğu ve bu kazaların çoğunlukla ağır fiziksel iş yükü, yüksekten düşme ve ekipman kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Buna karşın, kadın çalışanların yoğun olduğu sağlık sektöründe meslek hastalıklarının oranı daha yüksektir. Sağlık sektöründe, kadın çalışanların ergonomik sorunlar ve biyolojik risklerle daha sık karşılaşması, cinsiyet bazlı önlemler alınmasını gerekli kılmaktadır. Örneğin, insan sağlığı hizmetlerinde biyolojik ajanlara maruz kalmayı azaltacak koruyucu ekipmanlar ve ergonomik çalışma düzenlemeleri ön plana çıkarken, inşaat sektöründe yüksekte çalışmaya yönelik eğitimlerin ve güvenlik donanımlarının artırılması gibi önlemler alınmalıdır. Bu bulgular, iş sağlığı ve güvenliği politikalarının sektörel temelli düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tartışma

Türkiye'de 2017-2022 yılları arasında toplam 2.700.296 iş kazası meydana gelmiş ve bu iş kazaları sonucu 8.480 çalışan hayatını kaybetmiş, aynı dönemde 5.901 çalışana meslek hastalığı tanısı konulmuş ve bu meslek hastalıkları yüzünden de 48 çalışan hayatını kaybetmiştir. Buna göre sadece, 588.823 iş kazasının ve 1.517 ölümlü iş kazasının meydana geldiği 2022 yılı SGK verileri dikkate alındığında, Türkiye'de yaklaşık olarak her 60 saniyede bir iş kazası olmakta ve bu iş kazaları nedeniyle her gün 4 çalışan hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de 2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde işyeri sayısındaki artışa paralel olarak kadın çalışan sayısında %26,4 artış olmuşken erkek çalışan sayısında ise %14,83 artış meydana gelmiştir. Bu durum Türkiye'de kadınların işgücüne katılımının hızla arttığına işaret etmektedir.

İş kazası sayılarını cinsiyete göre değerlendirirken, iş kazası sayıları yerine "iş kazası sıklık hızı" nı baz almak daha isabetli olacaktır.³³ Buna göre Türkiye'de 2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde her 100 erkek çalışan için hesaplanan ortalama iş kazası sıklık hızı 2,37 iken kadın çalışanlar için iş kazası sıklık hızı 1,26 olarak gerçekleşmiştir. Bu rakamlar erkek çalışanların iş kazalarına maruz kalma oranının kadın çalışanlara kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğuna işaret etmektedir ve bu durum erkeklerin genellikle kadınlara göre daha tehlikeli işlerde çalıştığı veya işyerinde güvenlik önlemlerine kadınlardan daha az dikkat ettiği gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Ölümle sonuçlanan iş kazalarında da durum erkek çalışanların aleyhindedir ve 5 yıllık dönemde erkek çalışanlar kadın çalışanlara oranla ortalama yaklaşık 17,2 kat daha fazla iş kazası sonucu hayatını kaybetmiştir.

Meslek hastalıkları sayılarına bakıldığında yine 5 yıllık dönemde erkek çalışanların kadın çalışanlara oranla meslek hastalıklarına ortalama yaklaşık 3 kat daha fazla maruz kalmış olduğu görülmüştür. İş kazaları sayılarındaki oldukça yüksek rakamlara bakıldığında meslek hastalıkları sayılarının da yüksek olması beklenirken meslek hastalığı sayılarının belirgin şekilde oldukça düşük seviyelerde kalmasının nedeni Türkiye'de meslek hastalığı teşhis ve tanı yöntemlerinin ve bu konuda uzman hekim sayılarının yetersiz olmasından kaynaklandığı değerlendirilmiştir.

İş kazaları ve meslek hastalıklarının 5 yıllık dönemdeki sektörel dağılımına bakıldığında, iş kazaları ve meslek hastalıklarının büyük bölümünün erkek ve kadın çalışanlar için belirli sektörlerde yoğunlaştığı görülmüştür. En fazla iş kazası geçirilen sektör, erkek çalışanlar için "Bina İnşaatı" sektörü iken kadın çalışanlar için "İnsan Sağlığı Hizmetleri" sektörü olarak gerçekleşmiştir. Meslek hastalıklarının en fazla görüldüğü sektörler ise erkek çalışanlarda "Mineral Ürün İmalatı" sektörü iken kadın çalışanlarda ise "İnsan Sağlığı Hizmetleri" sektörü olmuştur. İş kazaları ve meslek hastalıklarının cinsiyetlere göre sektörel dağılımındaki bu farklılık, aynı zamanda belirli sektörlerdeki iş koşullarının ve çalışma ortamlarının farklılıklarını da yansıtmaktadır. Bina inşaatı gibi fiziksel olarak zorlayıcı ve tehlikeli işlerde daha çok erkeklerin çalışması nedeniyle bu sektördeki yüksekten düşme, malzeme düşmesi, makine kazaları gibi iş kazalarına da kadın çalışanlardan daha fazla şekilde maruz kaldıkları değerlendirilmiştir. Öte yandan, insan sağlığı hizmetleri sektöründe kadın çalışanlarda daha fazla iş kazası ve meslek hastalığı görülmesi, kadınların bu sektördeki çalışma oranının yüksek olması ve mesleki maruziyetler nedeniyle solunum yolu hastalıkları, cilt hastalıkları ve diğer sağlık sorunları gibi risklerin kadın çalışanlar için daha belirgin olduğunu gösterebilir. Bu nedenle genel önlemlerin yanı sıra özellikle bu sektörlerde özgü iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin derinlemesine araştırılarak proaktif şekilde alınması gerektiği düşünülmektedir.

Berecki-Gisolf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın ve erkek çalışanlar arasındaki iş kazası oranları incelenmiştir. Sonuçlar, erkeklerin fiziksel işlerde daha fazla yer alması nedeniyle daha yüksek iş kazası oranlarına sahip olduğunu göstermektedir. Kadınların ise daha çok sağlık ve hizmet sektörlerinde çalıştıkları için ergonomik zorluklar ve biyolojik ajanlara maruz kalma gibi risklerle karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu

durum sektörel cinsiyet ayrımının iş kazaları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada ayrıca kadınların mental sağlık sorunları nedeniyle iş günü kaybının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.¹⁸

Demirarslan ve Demirarslan tarafından yapılan bir başka çalışmada Türkiye'de insan sağlığı hizmetlerinde çalışanların 2013- 2020 yılları arasında geçirdikleri iş kazaları ile meslek hastalıkları cinsiyet bakımından analiz edilmiştir. Araştırma bulguları, kadın sağlık çalışanlarının erkek meslektaşlarına kıyasla daha fazla iş kazası ve meslek hastalığı vakası yaşadığını ve bu durumun sektörel dağılım ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, erkek sağlık çalışanlarının iş kazalarından kaynaklanan daha yüksek bir ölüm oranı sergilediği belirlenmiştir.²⁴

Her iki çalışmanın sonuçlarından faydalanılarak birtakım öneriler geliştirmek mümkündür. Buna göre erkeklerin yoğun olarak çalıştığı inşaat gibi fiziksel işlerde, güvenlik protokollerinin güçlendirilmesi ve iş güvenliği eğitimlerinin artırılması gerekmektedir. Bu, erkek çalışanların maruz kaldığı riskleri azaltacaktır. Kadınların çalıştığı sağlık sektöründe ise ergonomik düzenlemelerin yapılması ve sağlık taramalarının artırılması önemlidir. Bu önlemler kadın çalışanların meslek hastalıklarına karşı korunmalarını sağlayacaktır. İş sağlığı ve güvenliği politikalarının cinsiyet duyarlı bir şekilde geliştirilmesi, her iki cinsiyetin karşılaştığı spesifik risklerin ele alınmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda, iş yerlerinde cinsiyet temelli risk değerlendirmeleri yapılmalıdır. Yine iş yerlerinde cinsiyet eşitliği konusunda farkındalık artırıcı eğitimler düzenlenmeli ve tüm çalışanların bu konuda bilinçlendirilmesi de sağlanmalıdır. Bu da hem erkek hem de kadın çalışanların iş güvenliği konusundaki duyarlılığını artıracaktır.

2018-2022 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde iş kazalarından kaynaklanan geçici iş göremezlik süreleri de erkek çalışanlarda kadın çalışanlara oranla ortalama yaklaşık 8 kat daha fazladır. Bu durum, iş kazalarının erkeklerde kadınlara göre daha ciddi sonuçlar doğurmuş olabileceğini göstermektedir. Bu durum, iş yerlerinde erkeklerin daha yüksek risk altında olduğunu ve iş sağlığı ve güvenliği politikalarının cinsiyet eşitliği ilkesini dikkate alması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Kadın çalışanlarda da erkek çalışanlarda da en sık iş kazası geçirme yaşı 23 olarak kaydedilmiştir. Meslek hastalığına yakalanmada ise yine hem kadın çalışanlar hem de erkek çalışanlar için 35-50 yaş arası önem arz etmektedir. Bu durumun erken yaşta kaynaklanan tecrübesizlik ve eğitim eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, her iki cinsiyet için de en fazla iş kazasının 11.00-11.59 saatleri arasında meydana geldiği belirlenmiştir. Bu durumun ise öğle yemeğine yakın bir saat olması nedeniyle işe odaklanmadaki zorluklardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinde cinsiyetin yanı sıra belirli yaş aralığı ve belirli saat dilimlerine de daha fazla odaklanılmalıdır.

Mevcut yasal düzenlemeler, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında kadın ve erkek çalışanların özel ihtiyaçlarını büyük ölçüde karşılamakla birlikte bu politikaların etkinliği daha da artırılabilir. Örneğin sağlık sektöründe çalışan kadınların maruz kaldığı ergonomik ve biyolojik risklere karşı düzenli sağlık taramaları ve maruziyet azaltıcı teknolojilerin kullanımı teşvik edilmelidir. Aynı şekilde inşaat sektöründe erkek çalışanların yüksekte düşme ve ağır ekipman risklerini azaltmak için işverenlerin "yüksekte çalışma güvenlik eğitimi" ve sertifikasyon programlarını zorunlu hale getirmesi önerilmektedir.

Bununla birlikte cinsiyet temelli farkındalığı artırmaya yönelik faaliyetler de önem taşımaktadır. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında sektörel bazda düzenli seminerler, eğitim programları ve çalışan odaklı risk değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Ayrıca mevcut yasal yükümlülüklerin ötesine geçerek iş yerlerinde çalışanların iş yüklerinin ve psikososyal risklerinin azaltılmasına yönelik rehberlik hizmetleri sunulması gerekmektedir. Bu tür faaliyetler hem çalışan memnuniyetini artıracak hem de iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemede daha proaktif bir yaklaşım sağlayacaktır.

Sonuç

Bu çalışma, Türkiye'de iş kazaları ve meslek hastalıklarının son beş yıllık dönemdeki durumunu analiz etmiş ve önemli bulgular ortaya koymuştur. Çalışmanın bulguları, iş sağlığı ve güvenliği politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması açısından önemli ipuçları sunmaktadır. Özellikle, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının belirli sektörlerde yoğunlaştığı göz önüne alındığında, sektörel bazda hedefli politikaların oluşturulması önemlidir. Bu politikaların, risk altındaki sektörlerde çalışanların sağlığını ve güvenliğini artırmaya yönelik önlemleri içermesi gerekmektedir. Ayrıca, iş kazaları ve meslek hastalıklarına maruz kalan erkek ve kadın çalışanların durumunu anlamak ve cinsiyete duyarlı politikalar geliştirmek de önemlidir. Hem kadınların hem de erkeklerin iş güvenliği ve sağlığı açısından özel ihtiyaçları ve riskleri göz önünde bulundurularak cinsiyet temelli koruyucu önlemler de alınmalıdır. İş kazaları ve meslek hastalıklarının neden olduğu iş göremezlik sürelerinin azaltılması için de çeşitli önlemler alınabilir. Özellikle, erken teşhis, eğitim ve önleyici tedbirlerin uygulanması, çalışanların sağlığını korumak ve iş verimliliğini artırmak açısından oldukça önemlidir. Çalışmanın bulguları, iş sağlığı ve güvenliği politikalarının cinsiyet temelli ihtiyaçlara daha fazla odaklanması gerektiğini göstermektedir. Kadın çalışanlar için sağlık taramaları, ergonomik düzenlemeler ve biyolojik risklere karşı alınacak önlemler öncelik taşırken, erkek çalışanlar için fiziksel tehlikelere yönelik eğitim ve güvenlik protokollerinin artırılması gerekmektedir. Ayrıca, sektörel bazda iş yerinde psikososyal risklerin değerlendirilmesi ve çalışanlara yönelik farkındalık programlarının uygulanması, iş sağlığı ve güvenliği açısından daha bütüncül bir yaklaşım sunacaktır. İş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemek için cinsiyete dayalı stratejiler geliştirmek mümkündür. Örneğin; inşaat gibi fiziksel işlerde güvenlik protokollerinin güçlendirilmesi ve iş güvenliği eğitimlerinin artırılması erkek çalışanların maruz kaldığı riskleri azaltacakken sağlık sektöründe kadın çalışanların korunması için ergonomik düzenlemeler ve sağlık taramalarının artırılması da riskleri minimize edecektir. İş sağlığı ve güvenliği politikalarının cinsiyet duyarlılığı gözetilerek oluşturulması her iki cinsiyetten çalışanların karşılaştığı özel risklerin dikkate alınmasını sağlayacaktır. Bu nedenle iş yerlerinde cinsiyet temelli risk analizleri yapılmalı ve cinsiyet eşitliği konusunda farkındalık artırıcı eğitimler düzenlenmelidir. Bu çabalar tüm çalışanların iş güvenliği konusundaki duyarlılığını da artıracaktır.

Bilgi

Çıkar çatışması bildirilmemiştir. Herhangi bir fondan ya da finans kaynağından destek alınmamıştır

Kaynaklar

1. Abdalla S, et al. Occupation and risk for injuries. In: Mock CN, Nugent R, Kobusingye O, Smith K, editors. Injury Prevention and Environmental Health. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017.
2. Pouliakas K, Theodossiou I. The economics of health and safety at work: An interdisciplinary review of the theory and policy. J Econ Surv 2013;27(1):167-208.
3. Coleman PJ, Kerkering JC. Measuring mining safety with injury statistics: Lost workdays as indicators of risk. J Safety Res 2007;38(5):523-33.
4. Butler RJ, et al. The effects of occupational injuries after returns to work: Work absences and losses of on-the-job productivity. J Risk Insur 2006;73(2):309-34.
5. Türkiye Cumhuriyeti. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Kanun No. 5510, 16 Haziran 2006). Resmi Gazete. 2006;26200. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Accessed 7 Jun 2024].
6. Herrero SG, et al. Influence of task demands on occupational stress: Gender differences. J Safety Res 2012;43(5-6):365-74.
7. Cheadle A, et al. Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington State workers' compensation. Am J Public Health 1994;84(2):190-6.
8. Johnson WG, Ondrich J. The duration of post-injury absences from work. Rev Econ Stat 1990;72(4):578-86.
9. De Blas AM, et al. Glass ceiling or slippery floors? Understanding gender differences in the Spanish worker's compensation system. Estud Econ Apl 2012;30(1):311-39.
10. Mammen K, Paxson C. Women's work and economic development. J Econ Perspect 2000;14(4):141-64.

11. Klasen S. What explains uneven female labor force participation levels and trends in developing countries? *World Bank Res Obs* 2019;34(2):161-97.
12. Messing K, et al. Can safety risks of blue-collar jobs be compared by gender? *Safety Sci* 1994;18(2):95-112.
13. Scanzani D. Gender issues in safety and health at work: A review. *Ig Sanita Pubbl* 2004;60(3):191-2.
14. Leijon O, et al. Awkward work postures: Association with occupational gender segregation. *Am J Ind Med* 2005;47(5):381-93.
15. İnce H, et al. Occupational accidents and forensic medicine in Turkey. *J Clin Forensic Med* 2006;13(6-8):326-30.
16. Alamgir H, et al. Are female healthcare workers at higher risk of occupational injury? *Occup Med* 2009;59(3):149-52.
17. Laberge M, et al. Safe and healthy integration into semiskilled jobs: Does gender matter? *Work* 2012;41(1):4642-9.
18. Berecki-Gisolf J, et al. Gender differences in occupational injury incidence. *Am J Ind Med* 2015;58(3):299-307.
19. Clemente M. The INAIL contribution to gender medicine through analysis of the accidents at work and occupational diseases data. *G Ital Med Lav Ergon* 2017;39(3):211-3.
20. Fontaneda I, et al. Gender differences in lost work days due to occupational accidents. *Safety Sci* 2019;114:23-9.
21. Osca A, López-Araújo B. Work stress, personality and occupational accidents: Should we expect differences between men and women? *Safety Sci* 2020;124:104582.
22. Alkan Ö, Gültekin S. Modeling the factors that affect work accidents with binary logistic regression: Evidence from Turkey. *Occup Wellbeing*. 2020.
23. Çınar I, Şensöğüt C. Work accidents and coal mining in Turkey. *Int J Econ Environ Geol* 2022;13(1):1-4.
24. Demirarslan EI, Demirarslan KO. An assessment of occupational accidents and diseases among female healthcare personnel in human health services. *Karaelmas J Occup Health Safety* 2023;7(3):149-62.
25. Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik Yıllığı. 2018. Available from: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> [Accessed 12 May 2024].
26. Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik Yıllığı. 2019. Available from: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> [Accessed 14 May 2024].
27. Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik Yıllığı. 2020. Available from: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> [Accessed 16 May 2024].
28. Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik Yıllığı. 2021. Available from: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> [Accessed 18 May 2024].
29. Sosyal Güvenlik Kurumu. İstatistik Yıllığı. 2022. Available from: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> [Accessed 20 May 2024].
30. Tomasson K. Fatal occupational accidents in the Nordic countries 2003-2008. *Nordic Council of Ministers*. 2011.
31. Bekar İ, ve ark. İş kazası ve meslek hastalıklarının maliyeti (2005-2014). *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2017;3(3):479-89.
32. Sosyal Güvenlik Kurumu. Veri Uygulaması. 2024. Available from: <https://veri.sgk.gov.tr/> [Accessed 10 May 2024].
33. Zengin MA. Türkiye inşaat sektörü iş kazalarının istatistiksel analizi, 2011-2020. *Int J Eng Res Dev* 2022;14(2):492-501.

Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Reklam***Promotion and Advertising in Healthcare Service****Hatice Özçelikⁱ, Gürkan Sertⁱⁱ**ⁱDoktora Öğrencisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Hukuku Doktora Programı
<https://orcid.org/0000-0002-8892-7630>ⁱⁱProf.Dr., Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., <https://orcid.org/0000-0002-0970-8406>**ÖZ**

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye'de sağlıkta reklam yasağı ile sağlıkta bilgilendirme ve tanıtımda sınırlara ilişkin yasal düzenlemelerin sağlıkta reklamın yasaklanması ve sınırlanması nedenleri kapsamında incelenmesidir.

Yöntem: Sağlıkta reklamın yasaklanması ile tanıtım ve bilgilendirmenin sınırlandırılması ile ilgili gerekçeler, uluslararası ve ulusal akademik yayınlar, bazı ülkelerin mesleki etik kodları kapsamında belirlenmiş ve bu belirleme kapsamında Türkiye'de sağlıkta reklam yasağı ile tanıtım ve bilgilendirme konusundaki sınırlama ile ilgili mevzuat incelenmiştir.

Bulgular: Uluslararası ve ulusal akademik yayınlar, meslek örgütlerinin mesleki kodları, Türkiye'deki mevzuat, sağlıkta reklamın bireylerin sağlığına beden bütünlüğüne, yaşam haklarına zarar verme riski nedeniyle yasaklanmasını ya da sınırlanmasını öngörmektedir. Sağlıkta reklamın sağlık hizmetlerine, sağlık profesyonellerine olan güvenin sarsılması, sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşları arasında haksız rekabetin oluşması, sağlık hizmetinin ticarileştirilmesi gibi sonuçlar doğurabilmesi de sağlıkta reklam yasağının gerekçeleri arasında sayılmaktadır.

Sonuç: Türkiye'de sağlıkta reklam yasağı ve bilgilendirme ve tanıtım ile ilgili sınırlamalar ve nedenleri literatürde ve diğer bazı ülkelerdeki sınırlama nedenleri ile uyumludur. Türkiye'de sağlıkta reklam yasağı ve sağlıkta bilgilendirme ve tanıtıma ilişkin açıklayıcı kurallar 2023 yılında yayımlanan Yönetmelik ile düzenlenerek daha net çerçeve oluşturulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerinde reklam, Reklam ve tıp etiği, Sağlıkta ticarileşme, Sağlıkta haksız rekabet.

ABSTRACT

Aim: To examine the related legal regulations on banning of advertising in healthcare and the limitation of information and promotion in Turkey, within the framework of justifications for banning and restricting healthcare advertising.

Method: The justifications for the prohibition of advertising in health and the limitation of promotion and information have been determined within the scope of international and national academic publications and professional ethics codes of some countries, and within the scope of this determination, the legislation regarding the prohibition of advertising in health and the limitation of promotion and information in Turkey has been examined.

Findings: The international and national academic publications, the professional codes of conduct from professional organizations and the related legislation in Turkish based on the prohibition of healthcare advertising due to risk it poses to individuals' health, physical integrity, and the right to life. The rationale behind the ban on advertising in healthcare also includes concerns such as the potential for undermining trust in healthcare services and professionals, creating unfair competition among healthcare professionals and institutions, and the commercialization of healthcare service.

Conclusion: The restrictions and reasons for the ban on advertising in health and information and promotion in Turkey are consistent with the reasons for the restrictions in the literature and in some other countries. The explanatory rules for the ban on advertising in health and information and promotion in health in Turkey were regulated by the Regulation published in 2023, aiming to create a clearer framework.

Key words: Advertising in healthcare services, Advertising and medical ethic, Commercialization of healthcare, Unfair competition in healthcare.

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):362-371

DOI: 10.31020/mutfd.1592199

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 27 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 14 Aralık 2024

İletişim- Correspondence Author: Hatice Özçelik <hatice@ghhukuk.com.tr>

Giriş

Genel olarak reklam, ticari olsun veya olmasın, toplumu yönlendirme amacı taşıyan her türlü duyuru ve tanıtım olarak tanımlanabilir. Reklamın tüketicilere bilinçli tercih yapmalarını sağlamak için alacakları mal ve hizmetler hakkında bilgi sunan bir araç olduğu savunulur. Ancak reklamların tüketici ve diğer işletmeler üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği kabul edildiğinden reklamlar, yasal düzenlemelerle sınırlanmaktadır. Türkiye’de hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının, hekimlerin reklam yapmasını yasaklayan kanun maddeleri ve düzenlemeler bulunmaktadır. Ancak sağlık alanında özel sektörün etkinliğinin artması, sağlık kuruluşları arasındaki ve hekimler arasındaki rekabetin artışı, bu kişi ve kurumları reklam yaparak kendilerine hasta çekmeye yöneltmektedir. Araştırmalar gün geçtikçe sağlık kuruluşlarının ve hekimlerin reklam yapma taleplerinde artış olduğunu göstermektedir. İnsan sağlığı ve yaşamı ile ilgili hizmet sunulan bir alanda reklamın kişi ve toplum sağlığı ile sağlık hizmetlerine duyulan güven bağlamında zararlı sonuçlarının olabileceği de öngörülmekte ve bu nedenle sağlıkta reklam konusu ayrıca hassas bir yaklaşımla ele alınmaya çalışılmaktadır.

Genellikle hekimlerin ya da sağlık kuruluşlarının hizmet verdikleri alanlar, adresleri ve zamanları hakkında tanıtım yapmalarına ve bu tanıtımlarda belli kurallara uymalarına izin verilmektedir. Bu kapsamda tanıtım ve bilgilendirme yapılırken tanıtım ve bilgilendirmelerin gerçekten toplumu bilgilendirme amacını taşıması, meslek onurunu koruması ve meslektaşlar arası haksız rekabete neden olmaması, reklama dönüşmemesi kaygıları ile bu alanda da sınırlamalara gidilmektedir. Sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin sağlık hizmetlerini hangi kuruluşlardan veya kişilerden hangi koşullarda alacağı konusunda bilgi edinme hakları bağlamında bu tanıtımların önemli olduğu bir gerçektir. Hekimlerin ya da sağlık kuruluşlarının yalnızca alanları ile ilgili bilimsel verilere dayanan, objektif ve talep yaratmaya yönelik olmayan içeriklerle bilgilendirme yapmalarına da izin verilmektedir. Bu gibi bilgilendirmelerin toplumda sağlığın korunması açısından önemli bir etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir. Ancak sınırları belirlenmeye çalışılan bu tanıtım ve bilgilendirmelerin reklama dönüşmeleri veya reklama araç olarak kullanılması yönündeki eğilimler, sağlıkta reklam başlığında önemli etik ve yasal sorunları gündeme getirmektedir. Yakın tarihte Türkiye’de sağlıkta reklam yasağının kapsamının belirlenmesi, bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerinin sınırlarının belirlenmesi konusunda **Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik (SHTBFHY) yayımlanmıştır.** Makalemizde bu Yönetmeliğin sağlıkta reklam yasağı bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerinde sınırlar ile ilgili içeriği etik ve yasal açıdan incelenmiştir.

Reklamın Tanımı

Amerikan Pazarlama Birliğine göre reklam, ticari şirketlerin, kâr amacı olmayan kuruluş veya devlet kuruluşların, kişilerin, bir mecra ve zamanda, belli bir ürün, hizmet, organizasyon ve fikirlerini hedef pazar veya kitleyi bilgilendirmek ve/veya ikna etmeye dair mesajlarıdır. Bu tanımdan anlaşıldığı üzere reklamlar ticari amaçlı olabileceği gibi ticari amaç olmadan da yapılabilir.¹ Bir çevre derneğinin çevrenin korunması ile ilgili duyarlılığı arttırmak üzere yaptığı reklamlar gibi reklamlar bu özelliktedir. Bu makalede reklam ifadesi ile belli bir ürünü ya da hizmeti, onu satın alması en olası kitlelere tanıtmak, beğendirmek ve böylelikle satılmasını, satın alınmasını ya da kiralanmasını sağlamak için yapılan faaliyetler kast edilmektedir.²⁻⁷

Türkiye’de Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun’da ticari reklam tanımına yer verilmiştir.⁸ Buna göre ticari reklamlar, bir iş, ticaret, sanat, zanaatla bağlantılı olarak, hedef kitleye yönelik, hizmet ve mal satın alınması veya kiralamalarını sağlamasına yönelik bilgilendirme ve ikna etmek amaçlı herhangi bir mecrada görsel işitsel veya yazılı duyurulardır.

Tüketicilerin bilgi edinme hakları gereği reklamı kendi gereksinimlerini gidermek için pazara sunulan binlerce ürün ve hizmet arasından kendi yararına en uygun ve rasyonel olanı seçmede rehber olarak kullanılabilmesi ileri sürülmektedir.⁹ Ancak reklamların tüketici ve diğer işletmeler üzerinde olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması için yasal düzenlemelerde reklamlar ile ilgili sınırlamalara gidilmektedir. Örneğin Türkiye’de ticaret hukuku, borçlar hukuku ve tüketici hukuku gibi alanlarda reklama izin verilmiş ancak yapılacak reklamlar ile ilgili sınırlamalara da yer verilmiştir. Özellikle aldatıcı reklamlar, haksız rekabet oluşturan reklamlar yasaklanmış durumdadır. Sektörlerin ve bazı mesleklerin çalışma alanlarına göre, reklam vermeleri yasaklanmakta ya da yapabilecekleri reklamlara sınırlamalar getirilmektedir.

Sağlıkta Reklamın Yasaklanma veya Sınırlanma Nedenleri

Sağlık hizmetlerinde reklamın mevzuat ve meslek ilkeleri tarafından yasaklanmış olmasına rağmen çok sayıda sağlık kuruluşu ve meslek mensubu kar elde etmek üzere reklam yapmaktadır. Resmi veriler sağlık sektöründe reklamlarla ilgili ihlallerin yoğun olduğunu göstermektedir.^{10,11,12} 29.07.2023 yılında yürürlüğe giren ve tüm sağlık kuruluşlarını hatta sağlık hizmet sunumu alanında yetkisi, izni ya da ruhsatı bulunmayan kişi, kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerini düzenlemek üzere yayımlanan SHTBFHY’de reklam, *“Sağlık alanındaki özel sağlık tesisleri, sağlık hizmet sunumu veya tıp meslekleri ile bağlantılı olarak; bir ürün veya hizmete talep yaratmak veya talebi artırmak ve kişileri ikna etmek amacıyla herhangi bir mecrada yazılı, görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen ticari amaçlı pazarlama iletişimi niteliğindeki duyurular”* olarak tanımlanmaktadır.¹³

Türkiye’de olduğu gibi diğer ülkelerde de sağlıkta reklamı sınırlama ya da yasaklama yönündeki yaklaşımlar bazı nedenlere dayanmaktadır. Sağlıkta reklamların hastalara, topluma, meslektaşlar arası ilişkilere zarar verebileceği ileri sürülerek sınırlanması yoluna gidilmektedir. Sağlıkta reklamların hastaların gereksiz ve yanlış tedaviye yönelmesine, daha çok hastanın daha az hekim tarafından tedavi edilmesine, kalitesiz de olsa hizmetlere rağbet gösterilmesine neden olabileceği, yönlendirme içermeleri nedeniyle hastanın özgürce seçim yapmasını engelleyebileceği belirtilmektedir.^{14,15}

Sağlıkta reklamın yasaklanması veya sınırlanması ile ilgili önemli bir konu, mesleki eşitlik ve onurun sağlanması ile ilgilidir. Reklama daha çok bütçe ayıran hekim ya da sağlık kuruluşunun daha çok hasta ve çekeceği bunun mesleği icra etme bağlamında sorun oluşturacağı bir gerçektir. Daha çok tanıtım yapan hekim ya da hastanenin diğer hastane ve hekimlerden daha başarılı, daha nitelikli olduğu hissini önüne geçilmesi güç olacaktır. Bu açıdan da yapılan reklamın aldatıcı ya da yanıltıcı olup olmamasının bir önemi yoktur. Talep yaratmaya yönelik reklam, aldatıcı ve yanıltıcı olmasa da kurumlar ve meslektaşlar arasında hizmet sunuma bağlamında eşitsizliklere neden olacaktır. Örneğin sosyal medya reklamlarının, hastaların hekimleri seçerken mesleki yeterliliklerini temel alma yerine hekimlerin sosyal medya kullanımlarına dayalı bir seçim yapmasına yol açabileceğine ve bunun sonucunda da güvenlik sorunları oluşabileceğine dikkat çekilmektedir.¹⁶ Sağlıkta reklamın meslektaşlar arası ilişkilere verebileceği zararlara dikkat çekilirken hekimler arasında oluşan rekabetin işbirliklerini engelleyebileceği ve meslektaşlar arasında güveni sarsabileceği belirtilmektedir.¹⁷ Amerikan Tıp Birliği Tıp Etiği Kodu’nda hekimlerin becerisi veya profesyonel hizmetlerinin kalitesine ilişkin referansların aldatıcı olabileceğine dikkat çekilmektedir. Bu nedenle hekimlerin yetkinlikleri ve sundukları hizmetin kalitesi ile ilgili iddialarının olgusal olarak desteklenebilir olmaları halinde paylaşılabilmesi belirtilmektedir. Bu kodda bir hekimin gerçekten münhasır veya benzersiz bir beceriye sahip olma olasılığının zayıf olduğu belirtilmiş, bu konudaki iddiaların aldatıcı olabileceğinin altı çizilmiştir. Ancak bir hekimin belirli bir coğrafi bölgede münhasır veya benzersiz bir beceriye sahip olması halinde hekimin bunu duyurabileceği belirtilmiştir.¹⁸

Sağlıkta reklamın yasaklanması ya da sınırlanması konusunda bir diğer önemli neden de reklamların hastalara, topluma, verebileceği zararlar ile ilgilidir.¹⁵ Örneğin Avustralya Tıp Birliği, Reklam ve Kamu

Tavsiyesi başlıklı tavsiye kararında hekimler ve diğer sağlık uygulayıcılarının tıbbi ve diğer sağlık ile ilgili ürün ve hizmetlerde reklam yapabileceğini öngörmektedir. Metinde reklamın uygun şekilde yapılmamasının bireylere ya da daha geniş topluluklara zarar verme olasılığının bulunduğu vurgu yapılmıştır. Bu kapsamda tavsiye kararında uygunsuz reklamcılığın, bazı bireylerin ürün veya hizmetleri ayırım gözetmeksizin veya gereksiz yere kullanılmasına yol açabileceğine, bunun da fiziksel, psikolojik veya mali zarara neden olabileceğine işaret edilmiştir. Tıbbi hizmetlerle ilgili uygunsuz reklamların hastaların zaafalarını veya tıbbi bilgi eksikliğini istismar ederek bazı hastaların tıbbi hizmetlerin kullanımıyla ilgili kötü seçimler yapmasına yol açabileceğine, potansiyel olarak kişisel zarara (fiziksel, psikolojik ve/veya mali zarar dahil) neden olabileceğine, tıp mesleğine olan kamu güveninin ve inancını zedeleyebileceğine ve sağlık hizmeti kaynaklarının israfına yol açabileceğine dikkat çekilmiştir. Bu kapsamda hekimlerin yapacakları reklamların ayrımcı olmaması, diğer ürünleri, prosedürleri veya hizmetleri kötülememesi, hastaları bir ürün, prosedür veya hizmeti haksız kullanmaya veya gereklilik olmadan kullanmaya teşvik etmemesi gerektiğinin altı çizilmiştir. Ek olarak, hekimlerin yapacakları reklamların bir ürün, prosedür veya hizmete olan talebi artırmak için hastalarda kendi sağlık bakımları konusunda korku veya gereksiz endişe, gerçekçi olmayan beklentiler yaratmaması, hastanın savunmasızlığını veya tıbbi veya sağlıkla ilgili bilgi eksikliğini istismar etmemesi gerektiğine işaret edilmiştir.¹⁹ Diğer ülkelerde de hekimlerin reklamları ile ilgili benzer kurallara yer verildiğini söylemek mümkündür. Avrupa Birliği ve Birleşik Krallık dış hekimliği etik kodlarında hekimlerin reklamları ile ilgili benzer kurallara işaret edilmiştir.^{20,21} Akademik yayınlarda plastik cerrahi ile ilgili gönderilen bazı postların verebileceği zararlara dikkat çekilmektedir. Bu çerçevede paylaşımların özgüven sorunu veya vücut dismorfisi sorunu olan bireylerin hedef alınabileceğine vurgu yapılmaktadır.^{16,22} Bu durumun bu bireylerin cerrahi olarak neyin başarılabilirliği konusunda gerçekçi olmayan beklentiler içinde kalmasına neden olabileceği söylenmektedir.²³ Ayrıca bu durumun bu bireyleri gereksiz ve tehlikeli prosedürlere girmeye yönlendirebileceği ileri sürülmektedir. Önceki uygulamaların fotoğraflarının paylaşılmasının da benzer sonuçlara yol açacağı belirtilmektedir. Bu fotoğraflara, belirli platformların kullanıcı tabanlarının önemli bir bölümünü oluşturan gençler veya daha küçük çocuklar gibi belirli yaş gruplarındaki kişilerin erişiminin getireceği sorunlara da işaret edilmektedir.¹⁶ Zihinsel ve fiziksel gelişimlerinin önemli bir aşamasında olan bu bireylerin ameliyat sonrası fotoğraflar gibi uygunsuz içeriğe erişimi, kendilerinin veya başkalarının vücutlarının nasıl görünmesi gerektiğine dair önyargılarını değiştirebileceği ve neredeyse gerçekçi olmayan vücut şekillerini sergileyen yoğun şekilde düzenlenmiş içeriklerin bu kullanıcıların kendi bedenlerinden memnun olmama riskini arttıracığına vurgu yapılmaktadır.^{16,24} Sağlıkta reklamın bu gibi yönlendirici etkilerinin özerklik, yararlılık, zarar vermeme ilkelerine uygun yaklaşım içermediği de savunulmaktadır. Bu kapsamda yönlendirmelerin hastanın hiçbir etki altında kalmadan aydınlatılmasından sonra serbest iradesi ile karar vermesini engelleyeceği belirtilmektedir.²⁵ Avustralya Tıp Birliği'nin yukarıda adı geçen tavsiye kararında hekimlerin yaptığı reklamların bilgilendirilmiş hasta seçimini, uygun sevk ve bakımını, tıp mesleğine olan güveni sağlamasına ve tıp mesleğine olan güveni azaltmamasına vurgu yapılarak, hekimlerin dürüstlük, bütünlük, şeffaflık ve hesap verilebilirlik gibi profesyonel değerleri temel alarak reklam yapması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca hekimlerin hastaların, meslektaşlarının ve diğerlerinin bu hizmetlerin uygunluğu ve bulunabilirliği hakkında bilinçli kararlar almasını sağlamak için gerçek ve ilgili bilgiler sağlamaya odaklanan reklamlara yoğunlaşması gerektiğine özellikle vurgu yapılmıştır. Aynı tavsiye kararında hekimlerin ikna edici veya zorlayıcı reklam uygulamaları yerine dürüst ve nesnel reklam uygulamaları kullanması gerektiğinin altı çizilmiş, bu tür bilgilerin, anlaşılması kolay bir şekilde sunulması ve hekimin mesleki yeterlilikleri ve deneyimi, muayenehane düzenlemeleri, ofis detayları (örneğin, ofis saatleri, iletişim bilgileri, konuşulan diller) ve ücretler gibi bilgileri içerebileceği ifade edilmiştir.¹⁹ Amerika Birleşik Devletleri'nde Amerikan Tıp Birliği Tıp Etiği Kodu hekimlerin reklam yapabileceğini öngörmektedir. Bu kapsamda hekimin kendi hakkında, yanıltıcı olmaması kaydı ile herhangi bir ticari reklam veya gazete, dergi, telefon, radyo televizyon, doğrudan mail,

bülten gibi her türlü iletişim yoluyla kendini hekim olarak tanıtabileceği belirtilmiştir. Ancak bu belgede, yapılacak reklamların aldatıcı ve yanıltıcı olmaması gerektiğine, reklamlardaki bilgilerin doğru olmasına, vurgu yapılmaktadır. Ayrıca hekimin eğitim geçmişi, ücretle, ödeme yöntemleri gibi bilgileri vermesi gerektiğine işaret edilmektedir.¹⁸

Sağlığın ticarileştirilmesinin sakıncaları da sağlıkta reklamın yasaklanması veya sınırlandırılmasının önemli nedenlerinden biridir.^{15,26} Sağlıkta dönüşüm programları ile birlikte özel sağlık kuruluşlarının yaygın hale gelmesi, sağlık sektöründeki yatırımların artmasının sağlıkta reklamda artışa neden olduğu ifade edilmektedir. Örneğin tıbbi cihazların teşhis ve tedavilerde kullanılması konusunda tüketicilere bilgi aktarılması adına özel sağlık kuruluşları reklam yapmaktadır. Öte yandan tüketiciler sağlıkla ilgili bilgi edinmek için özellikle dijital bilgi edinme kanalları ile aradıkları bilgilere ve sağlık kurum reklam ve hekim açıklamaları vasıtasıyla ulaşmaya çalışmaktadır.²⁷ Hekimler de benzer nedenler ile reklam yapma talebinde bulunabilmektedir. Örneğin Hindistan’da dış hekimlerinin reklam yapma ile ilgili düşünceleri konusunda yapılan bir araştırmada dış hekimlerinin önemli bir kısmı reklam yapabilmesi gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. Çoğu dış hekiminin etik yaklaşımları ve yasaları hiçe sayarak reklam yaptığını ortaya koyan bu araştırmada dış hekimlerinin reklam yapabilmesi gerektiğini savunan dış hekimleri, reklamın işletmenin devamlılığı için bir gereklilik olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Dış hekimlerinin reklam yapabilmesini destekleyen bazı hekimler de reklamın faydalı olduğu görüşündedir. Araştırmaya katılan bazı dış hekimleri sektörlerinde rekabet ortamının bulunmasının reklam ile ilgili yaklaşımları etkilediğine işaret etmiş, meslekte ticarileşmenin arttığına, bunun da yanıltıcı, dürüst olmayan reklamlara yol açtığını belirtmiştir. Pek çok dış hekiminin oldukça düşük fiyatları, bedava check up veya tamamlayıcı hediyeleri hastayı çekmek için kullandığı da araştırmada elde edilen sonuçlar arasındadır. Bu araştırmaya katılan dış hekimlerinin çoğunluğu reklamdan yana görüş bildirmiştir. Araştırmada özellikle genç dış hekimlerin reklamdan yana olduğu tespit edilmiştir. Ancak neredeyse bütün dış hekimleri, “dışlerinize bir günde kavuşun”, “ağrısız diş hekimliği” gibi reklamlarının bilimsel olmadığı, yanıltıcı olduğu gerekçesi ile bunlara karşı hükümetin önlem almasını gerektiğini söylemiştir.²⁸

Sağlıkta reklamın bireylerin sağlığı, beden bütünlükleri ve hatta yaşamlarını riske atacak ve gereksiz talep yaratacağı bunun da bireylerin bedensel ve ruhsal olarak zarar görmelerinin yanında ekonomik zarar görmelerine de neden olacağı bu bağlamda sağlıkta reklamın zarar vermeme ilkesi bağlamında önemli sorunlar içerdiğinin altı çizilmelidir. Sağlıkta reklamın talep yaratmaya yönelik içeriği ve reklamı yapan kurum ile hedef kitle arasındaki bilgi asimetrisi bireylerin iradelerinin etkilenmesini kolaylaştırması bireylerin tıbbi girişimlere serbest iradeleriyle karar verme haklarını zedeleyecektir. Bu da bireylerin özerkliği açısından önemli ihlallere neden olacaktır.

Türkiye’de Reklam Yasağı

Türkiye’de de sağlıkta reklam yasağının nedenleri arasında ticarileşmenin önüne set çekme kaygısının olduğu söylenebilir. Örneğin Sağlık Bakanlığı’nın Bilgilendirme ve Tanıtım Faaliyetleri Konulu 2011/59 sayılı 11.11.2011 tarihli Genelgesine göre; reklam yasağının amacı insan sağlığının korunması, insan sağlığının ticari unsur hale gelmemesidir.²⁹ Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nde de hekimlik mesleğine ve hekimlikle ilgili tedavi kuruluşlarına ticari bir görünüm verilmesi yasaklanmıştır.³⁰ Bu yaklaşımla kamu sağlığının korunması amaçlanmaktadır. Sağlık hakkının bir tüketici hakkı olarak kabul edilemeyeceği ileri sürülerek bu hakkın yaşama hakkı açısından taşıdığı öneme vurgu yapılmaktadır. Sağlığın korunmasına ilişkin ihtiyaçlarda tek belirleyicinin hasta olmadığı, hasta-hekim ilişkisinin önemli olduğu bu ilişkide hastanın hekim karşısında daha zayıf konumda olduğu belirtilmektedir. Bu durumda sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların hastalığın neden olduğu etkiler nedeniyle sağlık hizmetleri ile ilgili tanıtımlardan etkilenme olasılığının çok yüksek olduğu belirtilerek sağlıkta yapılacak reklamların hasta ve hasta yakınlarının sağlıklı karar

verebilmelerini engelleyebileceğine işaret edilmektedir.² Ayrıca sağlıkta reklam yapılmasının maliyetleri arttıracığına ve bunun da sağlığa erişimi güç hale getireceğine işaret edilmektedir.³¹

Türkiye'deki meslek örgütlerinin sağlıkta reklama yukarıda yer verdiğimiz mesleki etik kodlarında yer verilen yasaklara benzer yasaklar getirdiği söylenebilir. Örneğin Türk Tabipleri Birliği ve Türk Diş Hekimleri Birliği Meslek Etiği Kuralları'nda) reklamı yasaklamış ancak tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine yine bazı kurallar çerçevesinde izin vermiştir.^{32,33} Her iki düzenlemede de Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın "*Ticari Amaç ve Reklam Yasağı*" başlıklı maddesinin altında hekimlerin mesleklerini uygularken reklam yapamayacakları, ticari reklamlara araç olamayacakları, faaliyetlerine ticari bir görünüm veremeyecekleri, insanları yanıltacak, paniğe düşürecek, yanlış yönlendirecek, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açacak eylemlerde bulunamayacağı belirtilmiştir. Hekimlerin yayın araçlarını kullanarak yapacakları duyurularda varsa yasalar çerçevesinde kabul edilen uzmanlık alanları, çalışma gün ve saatlerini bildirebileceklerinin altı çizilmiştir. Benzer hükümler Türk Diş Hekimleri Birliği Diş Hekimliği Meslek Etiği Kuralları'nda da yer almaktadır.

Türkiye'de hekimlik mesleği ile ilgili mevzuatta da hekimlerin reklam yapması yasaklanmıştır. Örneğin Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (TŞSiHK)³⁴, hekimlerin yalnızca hasta kabul ettikleri yer ve muayene saatleri ve uzmanlıklarını bildiren ilanlar verebileceğini, başka türlü ilan ve reklam veremeyeceklerini öngörmektedir.

Hekimler ile ilgili yasal düzenlemelerde olduğu gibi sağlık kuruluşları ile ilgili mevzuatta da benzer yasaklara yer verilmiştir. Özel Hastaneler Yönetmeliği³⁵, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik³⁶ gibi pek çok düzenlemede sağlık kuruluşlarına reklam yasağı getirilmiştir.

Sağlıkta Tanıtım ve Bilgilendirme Yönetmeliği, sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin ilke ve ölçütlerinin belirlenmesi, denetlenmesi ve yasal çerçeveye uygun olmayan tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine yönelik yaptırımları düzenleme amacındadır. Bu Yönetmelikte sağlık alanında tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin sınırlarını belirleyen önemli hükümlere yer verilmiştir. Yönetmeliğin içeriğinde sağlıkta tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin reklama dönüşmemesi ve yasalara uygun şekilde gerçekleştirilmesini sağlama amacı öne çıkmaktadır.

Yönetmelik reklam ile tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerini ayrı ayrı tanımlamıştır. Yönetmelik kapsamında reklam olarak tanımlanabilecek faaliyetler yasaklamış, belirlenen ilgili sınırlarda kalınması koşulu ile bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerine izin vermiştir. Yönetmelik tanıtım ve bilgilendirme ile ilgili tanımda sağlık kuruluşları ve hekimlerin yapabilecekleri faaliyetlerin çerçevesine yer vermiştir. Yönetmelik, sağlık kuruluşlarının hasta kabul ve tedavi verdikleri uzmanlık dalları, adres ve iletişim bilgileri gibi tanıtım bilgilerini paylaşabilmelerine ve hizmet verdikleri sağlık alanı konusunda sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme yapmalarına izin verirken hekimlerin mesleki ve akademik unvanlarını, yasa da belirlenen ana dal ve yan dal uzmanlıklarını, muayene gün ve saatlerini, hasta kabul ettiği zaman ve yer bilgisini paylaşmalarına izin vermektedir. Buna ek olarak Yönetmelik, hekimlerin yalnızca sunmaya yetkili oldukları sağlık hizmetleri konusunda sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirmeler yapmalarına izin vermektedir. Yapılan araştırmalarda sosyal medyada plastik cerrahi ile ilgili yapılan paylaşımların büyük çoğunluğunun, estetik uygulamaları destekleyen paylaşımlar olduğu ve bunların yine büyük bir çoğunluğunun plastik cerrahi konusunda eğitim almamış hekimlerce veya bazı durumlarda hekim bile olmayan kişilerce paylaşıldığı belirtilmiştir. Paylaşımların yalnızca %6 kurul sertifikalı plastik cerrahlar tarafından yapıldığı aynı araştırmada ortaya konmuştur.¹⁶

Sağlıkta Tanıtım ve Bilgilendirmede İlkeler

Hem hekimlerin hem de sağlık kuruluşlarının tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde yanıltıcı ve aldatıcı içeriklere yer veremeyeceği, insan sağlığını tehlikeye düşüremeyeceği, talep ve haksız rekabet ortamı yaratamayacağı Yönetmelik'te açıkça belirtilmiştir. Ayrıca tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin reklam tanımı kapsamına girmemesi gerektiğinin de altı çizilmiştir.

Yönetmelik tanıtım ve bilgilendirme ile ilgili tanımlardan sonra tanıtım ve bilgilendirmelerde geçerli olan ilkeleri sayarak sınırları daha açıklayıcı bir şekilde belirtme amacındadır. İlkeler başlığı altında yer alan bazı bilgiler genel içerikli ve genel olarak uygulamayı kapsayıcı niteliktedir. Örneğin tanıtım ve bilgilendirmenin genel ahlaka, tıbbi deontolojiye ve meslek etik kurallarına uygun olması hususu genel içerikli bir çerçeve kuraldır. Tanıtım ve bilgilendirmenin hukuken yetkili sağlık mensubu tarafından yapılması, tanıtım ve bilgilendirmelerde doğruluğu bilimsel ve klinik olarak kanıtlanan yerleşik metotlar dışında metotlara yer verilmemesi gibi ilkeler de benzer niteliktedir. Yine ilkeler arasında sayılan sağlık kuruluşlarının uzmanlıkları dışında hasta kabul ve tedavi ettikleri konusunda, yanıltıcı, aldatıcı, kişi ve toplum sağlığını tehlikeye düşüren, sağlık hizmetine talep ve haksız rekabet yaratacak tanıtım ve bilgilendirme yapamayacakları ile ilgili ilke de bu kapsamdadır. İlkeler sayılırken bazı uygulama örneklerine de yer verilmiştir. Örneğin tanıtım ve bilgilendirmeye konu olan sağlık hizmetinin veya ürünün diğer hizmet veya ürünlerden üstün veya farklı olduğu algısını oluşturabilecek şekilde insanların güvenini kötüye kullanan veya bilgi eksikliğini istismar eden nitelikte olmaması gerektiği belirtilmiştir. Bu açıklama ile haksız rekabete neden olabilecek faaliyetler örneklendirilmiştir. Yönetmelikte ilkeler arasında sağlık kontrolü, sağlık taraması, danışmanlık gibi sebeplerle belli sağlık mensubu ve kuruluşuna yönlendirme yapılamayacağı, çekiliş, hediye gibi faaliyetlerde bulunulamayacağı, hastanın teşekkür yazısı yazdığı izlenimi oluşturacak yazıların paylaşılması, izin ve rızaları olmadan hastalarla telefon veya diğer iletişim araçlarıyla iletişim kurulması gibi faaliyetlerin gerçekleştirilemeyeceği belirtilmiştir. Aslında buradaki ilkeler bölümünde yer alan bu gibi ifadeler ilkelerden çok yasakları içermektedir.

Tanıtım ve Bilgilendirmede Görsel Kullanılması

Yönetmelikte tanıtım ve bilgilendirmede görsel kullanılması ile ilgili ayrı hükümlere yer verilmiştir. Bu başlık altında özellikle tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde tedavinin etkilerini kıyaslayan, talep oluşturan nitelikteki öncesi ve/veya sonrası görsellerin yer alması yasaklanmıştır. Ayrıca bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerinde görsel kullanımı ile ilgili sınırlamalara yer verilmiştir. Buna göre; paylaşılan görsel içeriklerde genel ahlak kurallarına aykırı, kamu sağlığı ile esenliğini tehdit eden, kişi hak ve özgürlüklerini zedeleyen, hastanın özel ya da sosyal hayatını istismar eden, toplumu endişeye sevk eden veya yanıltan görüntü ve ifadeler yer verilemeyecektir. Yönetmelik'te görsel içerik kullanılabilmesi için hastanın küçük ise velisi ve vesayet altında ise vasisinin açık rızasının alınmasının gerektiği de belirtilmiştir. Bu rızanın alınmasında Yönetmeliğe eklenen Ek1'de yer alan onam formunun kullanılması da Yönetmelikte öngörülmüştür. Bu matbu formun işlenmesinde, kişiye ait görsel içerik fotoğraf ve video çekimleri yapılması ve bu çekimler sırasında ortaya çıkacak görsel içeriklerin sağlık hizmetlerinin tanıtım ve bilgilendirme çerçevesinde kullanılması ve bu görsellerin hangi kuruma verilmiş ise o sağlık kuruluş ve sağlık meslek mensubu tarafından işlenmesi ve paylaşılmasına ve kullanılmasına, kimliğin saklı kalması kaydı ile açık rıza aranmıştır. Aynı formda ayrıca, her cerrahi girişim ve girişimsel işlemin riskli olduğu, sonuçların kişiden kişiye değişeceği, her vakiada aynı sonucun elde edilemeyebileceği, erken dönem sonuçlarının yanıltıcı olduğu ve görsel sonuçlarının değişebileceği ile ilgili bilgilere de yer verilmesi beklenmektedir. Yönetmeliğe göre bilgilendirme ve tanıtımın görsellerle yapılmasına dair yazılı rıza alınsa dahi, hasta veya hasta adına ilgili kişinin önceden bu görseli görme hakkı vardır. Ek olarak görsellerin kullanılmasını istemeyen hastaya tanı ve tedavi bedellerinde herhangi bir değişiklik olmayacağı güvencesinin verilmesi gerektiği, görsellerinin

kullanılmasına izin veren hastaya ödeme yapılmayacağı veya hediye verilmeyeceği de Yönetmelik'te belirtilmiştir.

Yönetmelik'te tanıtım ve bilgilendirmede kullanılacak görsellerin özellikleri ile ilgili de kurallara yer verilmiştir. Buna göre; "bu video ve fotoğraflara ait ortamların, kullanılan tekniklerin gerçeğine aykırı olmaması, yanıltıcı makyaj olmaksızın görüntülenmesi zorunludur." Ayrıca görsel içerikler üzerinde sonradan teknolojik değişiklik veya düzeltme uygulanmayacağı, bu işlemlerin tarihi ve görselin görüntülediği tarihin belirtilme zorunluluğu da Yönetmelikte belirtilmiştir. Yönetmelik görsel içeriklere ilişkin yapılan hasta yorumları veya teşekkür ilanı anlamına gelecek ifadelerin paylaşılamayacağını ve görsel içerikler ile ilgili paylaşımların yoruma açık olamayacakları öngörülmektedir.

Görsel paylaşımı konusunda önemli bir yasaklama da hastaların tıbbi girişim veya ameliyatlar sırasında görüntülerinin paylaşılmasına getirilmiştir. Ayrıca genel ahlak kurallarına aykırılık oluşturabilecek şekilde vücudun mahrem bölgelerine ait görsel içeriklerin paylaşılacağı da belirtilmiştir. Yönetmeliğe göre, görsel içerikli bilgilendirme ve tanıtımların doğrudan sağlık kuruluşu veya sağlık meslek mensubu tarafından yapılması gerekmektedir. Yönetmelik bunların diğer mecralarda ücret verilerek yayımlanamayacağını öngörmektedir.

Tanıtım Ve Bilgilendirme Faaliyetlerinde Hastaların Özel Yaşamlarının Korunması

Yönetmelikte tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde hastaların özel yaşamlarının korunması bağlamında Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik ile Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) hükümlerine uyulmasının zorunlu olduğu belirtilmiştir. KVKK uyarınca, kural olarak yasaklanan özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesi, diğer kişisel veriler gibi kişinin açık rızasına bağlanmıştır.^{37,38} Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirmede kişisel veri ve sağlık verisinin KVKK ve ilgili yönetmeliğine aykırı olması halinde, SHTBFHY uyarınca Sağlık Bakanlığı'na şikâyet yanında ayrıca Kişisel Verileri Koruma Kurulu'na başvurulması mümkündür. Hastadan hastanenin tanıtım faaliyetleri ve reklam süreçlerinde gerçekleştirilecek fotoğraf/görüntü çekimlerinin kayıt altına alınacağı, hastanenin iş birliği yaptığı üçüncü kişi, yerel, ulusal ve uluslararası yayın kuruluşları ile sosyal medyada paylaşılacağına dair açık rızasının alındığı bir olayda Kişisel Verileri Koruma Kurulu hastanın görüntülerinin yayımlanması nedeniyle hastanenin ceza ödemesine ve verilerin imhasına karar vermiştir. Olayda, veri sorumlusunun (hastanenin) *hastanın görüntülerini vermeden yalnızca hastalık ile ilgili bilgilendirmenin mümkün olduğuna karar vermiştir. Kararda ulaşılmak istenen amaç kapsamında hastanın kişisel verilerin işlenmesini gerektirmeyen (görüntülerin kayıt edilmesi ve yayımlanmasını) başka bilgilendirme yollarının da bulunduğu dikkate alınarak gerçekleştirilen görüntü alma, kaydetme ve paylaşımının ölçülülük ilkesine aykırı olduğu belirtilmiştir.* Tanıtım ve bilgilendirme kapsamında dahi alternatif yollar mevcut olduğu sürece fotoğraf ve video çekimleri için açık rızaya rağmen Kişisel Verileri Koruma Kurulu, kişisel verilerin ihlaline karar vermiştir.³⁹

Reklam Kurulu'nun ihlal kararlarına bakıldığında, SHTBFHY'de yer alan birden fazla kuralın ihlal edildiği görülmektedir. Yasada öngörülme-yen uzmanlık alanlarını kullanma (obezite cerrahisi uzmanı gibi), talep yaratıcı ifadeler içeren ("Hafif kavisli ama doğal", "yine zorlu bir burundu... En iyi seviyeye getirdik." ifadelerine, tanıtımların " Güzel bir değişim için ilk adımı attık. Şimdi sıra güzel bir iyileşmede..." gibi) ihlallerin yanında, ameliyathanede hasta görüntüleri, öncesi ve sonrası görüntüleri, görüntüler üzerinde sonradan teknolojik değişiklikler yapılması, görsel içeriklerin hasta yorumlarına açık olması gibi ihlaller ile de karşılaşmaktadır.⁴⁰

Sonuç

Sağlıkta reklam konusu sağlık hizmetlerinin niteliği ve mesleki ilkeler bağlamında tartışmalı bir konudur. Sağlık otoriteleri ve sağlık meslek örgütleri sağlıkta reklam konusunda genellikle sınırlayıcı ve hatta yasaklayıcı bir yaklaşım içindedir. Sağlık hizmetlerinin satılabilir bir hal alması, sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşları hastaları kendilerine çekmelerini kolaylaştırmak üzere reklam yapmaya yönelmektedir. Günümüzde sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşların reklam yapma talebinde bir artış olduğu ve bunun için televizyon, radyo gibi mecraların yanında sosyal medya hesaplarından da reklamlar yapıldığı görülmektedir. Ancak kişinin beden bütünlüğü, sağlığı ve hatta yaşamı ile ilgili olan sağlık hizmetlerine kişileri reklam ile yönlendirmenin getirdiği riskler ülkeleri, meslek kuruluşlarını sağlıkta reklamı yasaklamaya ya da önemli sınırlamalar getirmeye yönlendirmektedir. Bu sınırlamalar sağlık hizmetlerine, sağlık profesyonellerine olan güvenin azalmaması, hastaların, toplumun zarar görmemesi, sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşları arasında haksız rekabetin olmaması, sağlığın ticarileşmemesi gibi nedenlere dayandırılmaktadır.

Türkiye'de sağlıkta reklam, çok sayıda yasal düzenlemede açıkça yasaklanmış ve belirlenen sınırlarda tanıtım ve bilgilendirme yapmalarına izin verilmektedir. 2023 yılında yayımlanan SHTBFHY'de bu dağınıklığın ve belirsizliklerin azaltılması anlamında önemli bir adım oluşturduğu söylenebilir. Sağlıkta bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerinin suistimal edilmemesi bağlamında önceden belirlenmiş kriterler kadar mesleki etiğe uygun yaklaşımların vurgulanması da etkili olacaktır. Sağlık hizmetlerine erişimin uluslararası sözleşmelerde ve ulusal mevzuatta herkese tanınmış bir hak olarak kabul edildiği bir gerçeği kapsamında ticarileşme eğilimlerinin adalet ve eşitlik açısından getireceği sorunlar göz ardı edilmemelidir. Sağlık hizmetlerinde reklamların bu hizmetlerin pazarlanması ve satılması, parasını ödeyebilen kişilere sunulan bir hizmet olarak kabul edilmesi anlayışını destekleyebileceği, bunun da sağlıkta eşitsizliğe ve adaletsizliğe neden olabileceği unutulmamalıdır.

Bilgi: Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmayı destekleyen kurum ve kuruluş bulunmamaktadır.

Bu makale yazar Hatice Özçelik'in Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde halen çalışmakta olduğu Sağlıkta Reklam başlıklı tezinden üretilmiştir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Hatice Özçelik: Fikir, kaynak taraması, makale yazımı.

Gürkan Sert: Tasarım, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. ama.org [Internet]. [Erişim tarihi: 11 Ekim 2023]. Erişim linki: <https://www.ama.org/topics/advertising/>
2. Okan N. Ağ Reklamları ve Haksız Rekabet, Seçkin Yayınları, Ankara, 2011.
3. Bozoklu Ç P, Alkibay S. Nöropazarlama, Reklam Tasarımı ve Etik, Siyasal Yayınevi, Ankara, 2017.
4. Baber R. Advertising in Medical Journals. Climacteric 2020;23(2):107- 8.
5. Elden, M, Bakır U. Reklam Çekicilikleri, Cinsellik, Mizah, Korku, İstanbul, İletişim Yayınları 2. Bası, 2021.
6. Tanses G. Reklam Terimleri ve Kavramları Sözlüğü, Adam Yayınları, İstanbul, 1. Bası 1999.
7. Erol A. Türk Hukukunda Örtülü Reklam, Oniki Levha Yayıncılık, İstanbul, 2018.
8. TC Resmî Gazete 28 Kasım 2013 Sayı: 28835, 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun.
9. Özyurt F. Ticari Reklam ve İlanlarda Karşılaştırma ve Kötüleme, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Müdürlüğü, Yayın No: 130 1. Bası, Ankara, Can Ofset Matbaacılık, Mart 2004.
10. ticaret.gov.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2024]. Erişim linki: <https://tuketici.ticaret.gov.tr/yayinlar/istatistikler/istatistikler>
11. ticaret.gov.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2024]. Erişim linki: <https://tuketici.ticaret.gov.tr/yayinlar/istatistikler/istatistikler>
12. ticaret.gov.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 3 Kasım 2024]. Erişim linki: <https://tuketici.ticaret.gov.tr/yayinlar/istatistikler/istatistikler>
13. TC Resmi Gazete. 29 Temmuz 2023. Sayı: 32263. Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik
14. Görkey Ş. Dışhekimliği Deontolojisi ve Reklamlar 1 Dergi Kasım 1991;23.

15. Karataş M. Türkiyede İnvitro Fertilizasyon (IVF) Uygulama Merkezlerinin İnternet Ortamındaki Tanıtımlarının Etik Açından İncelenmesi. II. Ulusal Veteriner Hekimliği Tarihi ve Meslek Etiği Sempozyumu Bildiriler Kitabı. Ed. Yaşar A, Yiğit A, İzmirli S. Konya s. 295-298 ,2008.
16. Oregi P, et al. The Ethics and Responsibilities of Social Media Usage by Plastic Surgeons: A Literature Review. *Aesth Plast Surg* 2024(48):530–542
17. Görkey Ş. Dişhekimliği Deontolojisi ve Reklamlar 2 Dergi Kasım 1991;24.
18. ama-assn.org [Internet]. [Erişim tarihi: 12 Aralık 2023]. Erişim linki: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/advertising-publicity>
19. www.ama.com.au [Internet]. [Erişim tarihi: 27 Kasım 2024]. Erişim linki: <https://www.ama.com.au/sites/default/files/2021-05/ama-position-statement-on-advertising-and-public-endorsement-2020.pdf>
20. www.hkdm.hr [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Kasım 2024]. Erişim linki: <https://docplayer.net/2280873-Code-of-ethics-for-dentists-in-the-european-union.html>
21. <https://www.gdc-uk.org> [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Kasım 2024]. Erişim linki: <https://www.gdc-uk.org/standards-guidance/standards-and-guidance/gdc-guidance-for-dental-professionals/guidance-on-advertising>
22. Alsaidan MS, et al. The prevalence and determinants of body dysmorphic disorder among young social media users: a cross-sectional study. *Dermatology Reports* 2020;12(8774):70-6
23. Naraghi M, Atari. Development and validation of the expectations of aesthetic rhinoplasty scale. *Arch Plast Surg* 2016;43:365–370.
24. McLean SA, et al. Photo shopping the selfie: self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2015;48:1132–1140.
25. Görkey Ş. İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transfer Merkezleri Yönetmeliğinin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi. III: Tıbbi etik Sempozyumu Ankara 23-25 Ekim 1997.
26. Büyükyay Y. Hekimin Reklam Yasağı Sağlık Hukuku Sempozyumu, Yetkin Yayınları Erzincan 2006;207-233.
27. Motur A İ, Tatlı İ. Özel Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Reklamlarının Hukuki Yönden İncelenmesi. *Uluslararası Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları Dergisi* 2021;4(2):110-123.
28. Dabie AJ, et al. Is advertising ethical for dentist? An insight into the Indian scenario. *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2011; 3: 93–98.
29. www.saglik.gov.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Eylül 2023]. Erişim linki: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11043/bilgilendirme-ve-tanitim-faliyetleri-konulu-201159-sayili-genelge.html>
30. TC Resmi Gazete. 19 Şubat 1960. No: 10436. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü.
31. Ersoy V, Güler M, Giritlioğlu H. Sağlık Hizmeti Sunumunda Reklam ve Tanıtım. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*. Ankara 2008.
32. www.ttb.org.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 27 Kasım 2024]. Erişim linki: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf
33. www.tdb.org.tr [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Kasım 2024]. Erişim linki: https://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?id=210
34. TC Resmi Gazete. 14 Nisan 1928. 1219 sayılı Tababet Ve Şuabati San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.
35. TC Resmi Gazete. 27 Mart 2002. Sayı:24708 Özel Hastaneler Yönetmeliği.
36. TC Resmi Gazete. 15 Şubat 2008. Sayı:26788 Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik.
37. TC Resmi Gazete 7 Nisan 2016 Sayı:29677 Kişisel Verilerin Korunması Kanunu.
38. TC Resmi Gazete 1 Ağustos 1998 Sayı:23420 Hasta Hakları Yönetmeliği.
39. www.kvkk.gov.tr [Internet]. Kişisel Verileri Koruma Kurulu 11/5/2023 tarih 2023/787 sayılı kararı. [erişim tarihi 2024 Kasım 27]. <https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/7692/2023-787>.
40. Reklam Kurulu 10.9.2024 tarih, Basın Bülteni 349, Dosya No: 2024/4648 sayılı kararı [erişim tarihi 2024 Kasım 27] https://ticaret.gov.tr/data/5d1c9edd13b87615344cd4c8/_349_Reklam_Kurulu_Basın_Bulteni.pdf_

