ISSN: 1309-8004



LOKMAN HEKİM DERGİSİ

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



Mayıs-Ağustos 2025
Cilt: 15
Sayı: 2

LOKMAN HEKİM DERGİSİ

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

CİLT - VOLUME 15 MAYIS-AĞUSTOS 2025 SAYI - NUMBER 2

DERGİ HAKKINDA - ABOUT JOURNAL

Sahibi - Owner

Prof. Dr. Ali Kaya

Onursal Editör - Honorary Editor in Chief

Prof. Dr. İlter Uzel

Editörler

Prof. Dr. Selim Kadıoğlu Prof. Dr. Oya Ögenler Doç. Dr. Selda Okuyaz

Alan Editörleri - Section Editors

Prof Dr. Gülçin Yapıcı Prof. Dr. Esra Cengiz Yanardağ Doç. Dr. Nuriye Değirmen

Doç. Dr. Ebru Derici Eker Doç..Dr Türkan Işık Doç. Dr. Hülya Öztürk

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 Dr. Öğr. Üyesi Ulaş Değirmenci Uzm. Dr. Harun Özmen

Yabancı Dil Editörü - Foreign Language Editor

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

İstatistik editörü – Statistics Editor

Doç. Dr. Didem Derici Yıldırım

Yazım Editörü

Prof. Dr. Leyla Şahin PhD. Fatma Bolaç

Mizanpaj Editörü

Prof Dr. Gülçin Yapıcı

Sekreter

Bilim uzmanı İnci Akalper

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 Atıf Dizini'nde yer almaktadır.
Uluslararası index olan DOAJ, EBSCO, İndex COPERNİCUS dizinindedir.

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

EDİTÖRYAL

Lokman Hekim Dergisi'nin Değerli Okurları,

Derginin 2025 yılına ait ikinci sayısında yer alan çalışmalar birbirinden değerlidir. Bu sayıda, bir editöre mektup, dört monografi, altı derleme, bir olgu sunumu ve 27 araştırma makalesi olmak üzere toplam 39 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

LOKMAN HEKİM DERGİSİ

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

CİLT – VOLUME 15 MAYIS - MAY 2025 SAYI – NUMBER 2

EDİTÖRE MEKTUP – LETTER TO THE EDITOR

Brief History of Group Psychotherapy Congresses at Bergama Asclepion **372-376**
Bergama Asclepion Grup Psikoterapisi Kongrelerinin Kısa Tarihçesi
Akdoğan et al.

MONOGRAFİ – MONOGRAPH

Hastalık ve Melodram: Kerime Nadir'in Hıçkırık (1938) Adlı Romanında Tüberküloz **377-388**
Disease and Melodrama: Tuberculosis in Kerime Nadir's Hıçkırık (1938)
Karali ve Zorlu

Carbon Footprint and Sustainability in the Operating Room: What to Know on the Road to Becoming a Green Operating Room **389-399**
Ameliyathanede Karbon Ayak İzi ve Sürdürülebilirlik: Yeşil Ameliyathane Olma Yolunda Bilinmesi Gerekenler
Kara and Ak

Tıp Alanında ChatGPT Kullanımının Etik Açıdan İncelenmesi **400-406**
An Ethical Examination of ChatGPT Use in the Field of Medicine
Belkıs Birden

Yara Yönetiminde Tıbbi Fotoğrafçılığın Rolü, Önemi ve Modern Yaklaşımlar **407-414**
The Role, Importance and Modern Approaches of Medical Photography in Wound Management
Ayşe Sena Yumbul Kardaş

REVİEW – DERLEME

Anatomi Terimlerinde Mitolojinin İzleri: Bir Etimolojik İnceleme **415-422**
Traces of Mythology in Anatomy Terms: An Etymological Review
Ozan Turamanlar

Patoloji Pratiğinde Sık Rastladığımız Eponimlere Bir Saygı Duruşu **423-435**
A Tribute to Common Eponyms in Pathology Practice
Fadime Eda Gökalp Satıcı

Hemodiyaliz Hastalarının Semptom Yönetiminde Aurikuloterapi Kullanımı: Geleneksel Derleme **436-449**
Use of Auriculotherapy in Symptom Management of Hemodialysis Patients: A Traditional Review
Aytemur ve ark.

Anadolu Sahası Halk Hekimliğinde Taşa Bağlı Sağaltma Yöntemleri **450-462**
Stone-Based Healing Methods in Anatolian Folk Medicine
Yalçın ve Bekki

Küresel Olarak Üreme Baskısı **463-470**
Global Reproductive Coercion
Özkan ve ark.

The Development of Pain Management (Algology) in Türkiye and Worldwide **471-475**
Türkiye ve Dünyada Ağrı Yönetiminin (Algoloji) Gelişimi
Rumeli and Bakır

LOKMAN HEKİM DERGİSİ

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

ORGİNAL ARTİCLE – ARAŞTIRMA MAKALESİ

Doktor İhsan Sami (Garan) Bey'in 1911 Bursa Kolerasına Dair Tespitleri ve Yansımaları **476-490**
Dr. İhsan Sami (Garan) Bey's Detections and Reflections on the 1911 Bursa Cholera
Erol Karcı

Hitit Tıp Metinlerinde Hemolakriya **491-495**
Hemolacria in Hittite Medical Texts
Katırcıoğlu ve ark.

Erken Dönem İslâm Toplumunda Bir Cilt Hastalığı Olarak Humra (حُمْرة): Hz. Muhammed Dönemi Hastalık Öyküleri **496-507**
Humra (حُمْرة) as a Skin Disease in Early Islamic Society: Disease Cases of the Prophet Muhammad's Era
Yıldırım ve Öztürk

ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye eserinde damardan kan alma-2: Kan alınan damarların sayısı ve yararları **508-518**
On phlebotomy in ʿAlī b. alʿAbbās al-Majūsī's work Kāmil al-Ṣināʿa al-Ṭibbiyya-2: Number of blood vessels and their benefits
Kuş ve Acıduman

Mehmed b. Ali'nin "Terceme-i Cedîde fî'l- Ḫavâṣṣi'l- Müfrede" Adlı Eserine Dair Yeni Bir Değerlendirme **519-534**
A New Evaluation of Mehmed b. Ali's Work Titled "Tarjama-yi Jadīda fī'l-Khawāṣṣ al-Mufrada"
Esra Aksoy

XIX. Yüzyıla Ait Türkçe Bir Tıp Eseri: Hazâ Kitâb-I Devâ' **535-545**
A XIXth Century Turkish Medical Work: Hazâ Kitâb-I Devâ'
Mehtap Alper

Geç Ortaçağ ve Erken Modern Batı Dünyasında İbn Sina Minyatürleri ve Gravürleri (XIV-XVI. Yy) **546-558**
Avicenna's Miniatures and Engravings in The Late Medieval and Early Modern Western World (XIVth-XVIth Centuries)
Çiçek ve Köken

Balkanlarda Bir Osmanlı Sağlık Müessesesi: Selanik Hamidiye Hastanesi (1904-1912) **559-571**
An Ottoman Health Institution in the Balkans: Thessaloniki Hamidiye Hospital (1904-1912)
Ahmet Nizamoğlu

Kırım Savaşı'nda İstanbul'da Sœurs de la Charité: Hemşirelik ve Hayırseverliğin İzleri **572-587**
Sœurs de la Charité in Istanbul during the Crimean War:Traces of Nursing and Charity
Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu

İzmir'in İlk Türk Hastanesine Ait Sağlık Tarihi Koleksiyon Arşivi Envanterinin Çıkartılarak Konuyla İlgili Eğitim Materyali Oluşturulması **588-600**
The Creation of Educational Materials Based on the Inventory of the History Health Collection of İzmir's First Turkish Hospital
Özçiftçi ve ark.

Tıp Tarihi Açısından Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Veremle İlgili Görüşleri **601-612**
Views of Dr. İsmail Hakkı of Milas on Tuberculosis from the Perspective of Medical History
Öksüzaşıkı ve Gedik

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

Frizyalı Ebe Catharina Schrader'in "Mother and Child Were Saved" Adlı Kitabında Yer Alan Doğum Anılarının İncelenmesi (1693-1740) **613-622**
Analysis of the Childbirth Memoirs in Frisian Midwife Catharina Schrader's Book "Mother and Child Were Saved" (1693-1740)
Sülü Dursun ve Gözüyeşil
Doğayla Özdeşleşen Şamanizm'de Şifacılık Kültürü **623-630**
The Healing Culture in Shamanism
İlker Türkmen
Biberiye Uçucu Yağ Örneklerinin Kalite Kontrol Analizleri **631-639**
Quality Control Analyses of Aetheroleum Rosmarini Samples
Yıldırım ve Fafal
Evli Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Vajinal Akıntıya Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulama Kullanımını Etkiler mi? **640-648**
Does Health Literacy Level of Married Women Affect Use of Traditional Practices for Vaginal Discharge?
Korkmaz ve ark.
Ölü Doğum ve Perinatal Yas: Türkiye'de Ebelik Öğrencilerinin Farkındalık Düzeyleri **649-659**
Stillbirth and Perinatal Bereavement: Awareness Levels of Midwifery Students in Türkiye
Elvan ve ark.
An Examination of the Factors Related to Depression, Anxiety, and Stress During the COVID-19 Pandemic in Radiology Technicians **660-670**
Radyoloji Teknisyenlerinde COVID-19 salgını sırasında depresyon, anksiyete ve stresle ilişkili faktörlerin incelenmesi
Bölükkaya and Tekingündüz
Güzellik Salonlarının Epilasyon ve Depilasyon Uygulama Yetkisinde Kişi Sağlığı Bağlamında Sınırlar **671-677**
Limits on the Authority of Beauty Salon to Perform Epilation and Depilation in the Context of Personal Health
Şen ve Sert
Examination of the Effect of Health Perception on Adherence to Immunosuppressive Medication Use in Kidney Transplant Patients **678-686**
Böbrek Nakli Olan Hastalarda Sağlık Algısının İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Üzerine Etkisinin İncelenmesi
Akkurt ve ark.
Turkish Adaptation of Mothers' Cultural Beliefs About Weaning Scale: A Validity and Reliability Study **687-698**
Annelerin Sütten Kesmeye ilişkin Kültürel İnançları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
Güner et al.
Hatay İl Merkezindeki Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler **699-709**
Factors Affecting the Treatment Compliance of Hypertension Patients in Hatay City Center
Karabulut ve Arslan

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

Türkiye'de Gestasyonel Diyabetle İlgili Yapılan Lisansüstü Ebelik Tezlerinin İncelenmesi **710-720**
Analysis of Midwifery Graduate Theses Related to Gestational Diabetes in Turkey
Yılmaz Fındık ve Akbaş

Cerrahi Klinik Uygulamasına Çıkan Hemşirelik Öğrencilerinde Klinik Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler **721-729**
Clinical Stress Level and Affecting Factors in Nursing Students in Surgical Clinical Practice
Çam Yanık ve ark.

Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Older Adults Regarding the Use of Traditional Complementary Treatment for Pain **730-738**
Yaşlı Yetişkinlerin Ağrı Nedeniyle Geleneksel Tamamlayıcı Tedavi Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi
Say Şahin et al.

Global Collaborations in SREBP Research: Scientific Productivity and Impact **739-748**
SREBP Araştırmalarında Küresel İş birlikleri: Bilimsel Üretkenlik ve Etki
Antmen and Yalaza

Costs of Intensive Care Units and Effective Cost Containment Approaches: A Systematic Review **749-760**
Yoğun Bakım Maliyetleri ve Efektif Maliyet Kontrol Yöntemleri: Bir Sistematik Literatür Çalışması
Doğancan Çavmak

Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeylerinin Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Etkisi **761-771**
The Effect of Women's Breast Cancer Knowledge Levels on Their Use of Screening Methods
İşcan Ayyıldız ve Demir Çam

OLGU SUNUMU-CASE REPORT

Osmanlı Türkiyesinde Kuzudan İnsana Kan Nakli **772-776**
Blood Transfusion from Lamb to Human in Ottoman Türkiye
Mahmut Murat Demirtaş

Editöre Mektup- Letter to the editor

Brief History of Group Psychotherapy Congresses at Bergama Asclepion*

Bergama Asclepion Grup Psikoterapisi Kongrelerinin Kısa Tarihçesi

Hayriye Dilek Akdoğan[i], Osman İsmail Özdel[ii], Ilgaz Akdoğan[iii]

[i]Assistant Prof., Dept. of Medical Education, Bakırçay University Faculty of Medicine https://orcid.org/0000-0001-6864-4839
[ii]Prof. Dr., Dept. of Psychiatry, Pamukkale University Faculty of Medicine, https://orcid.org/0000-0002-6153-6744
[iii]Prof. Dr., Dept. of Anatomy, Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine, https://orcid.org/0000-0003-3324-4629

Dear Editor;

In Asclepieia, the hospitals of ancient times built in the name of Asclepios, the God of Medicine and Health in mythology, which were hospitals of the ancient era, treatment methods that were quite advanced compared to their time and guide us today were applied. Asclepion of Pergamon is one of the places where the first psychiatric approach to patients and group psychotherapy practices were made in the history of medicine. In Asclepion of Pergamon, social, emotional and psychological treatments were also applied in addition to physical treatment.[1-3] This Letter to Editor was written to present a concrete example of the living historical heritage of the Asclepion of Pergamon and to introduce this historical perspective to younger generations; History of Bergama Asclepion International Group Psychotherapy Congresses.

The International Group Psychotherapy Congress held at Bergama Asclepion has a unique historical and symbolic significance in the field of mental health.[4] The Asclepion of Pergamon (today Bergama in Türkiye) was an ancient healing center, dedicated to Asclepius, the God of health and medicine in mythology, where holistic therapies, including dream therapy, music therapy, and group discussions, were practiced. These ancient healing traditions are considered early forms of psychotherapy, making the Asclepion a fitting location for modern psychotherapy gatherings (***Figures 1-4***).

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):372-376
DOI: 10.31020/mutftd.1641689
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 17. 02. 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 20.04. 2025
İletişim - Correspondence Author: Ilgaz Akdoğan <ilgazakdogan@yahoo.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.



Figure 1. Group Psychotherapy Congress poster of 2018 in Bergama Asclepion.

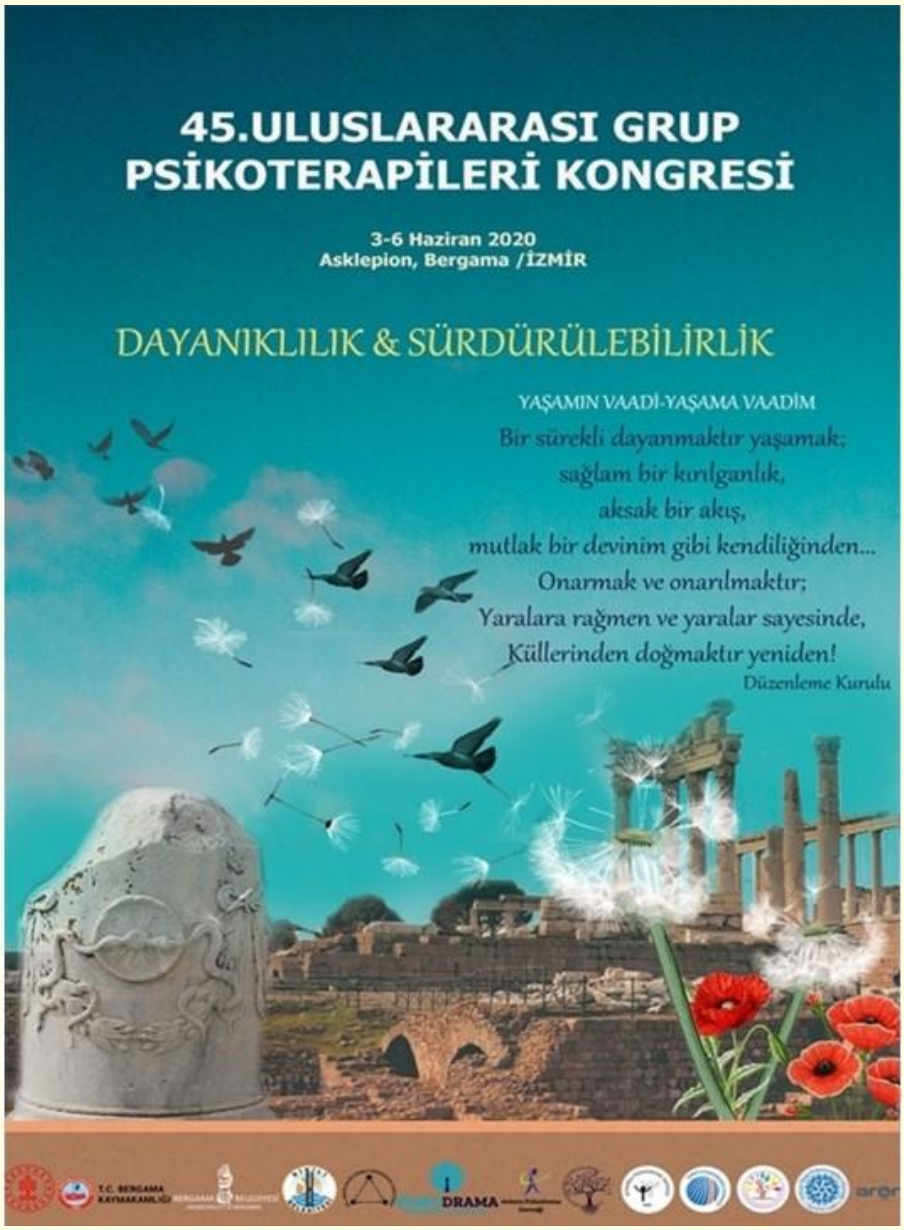


Figure 2. Group Psychotherapy Congress poster of 2020 in Bergama Asclepion.



Figure 3. Images from the Group Psychotherapy Congresses (in Bergama Asclepion) (https://bergama.bel.tr/kultur-sanat/uluslararasi-grup-psikoterapileri-kongresi/).



Figure 4. Images from the Group Psychotherapy Congresses (in Bergama Asclepion) (https://bergama.meb.gov.tr/www/uluslararasi-katilimli-46-grup-psikoterapileri-kongresi/icerik/1004).

The idea who has Professor Abdulkadir Ozbek (1924-2005) and Dr. Grete Leutz (1930-2025) of organizing an International Group Psychotherapy Congress at Bergama Asclepion emerged in 1984, inspired by the site's historical connection to mental healing. Since its inception, the congress has been held annually or biennially, bringing together psychotherapists, researchers, and mental health professionals from around the world.

As time progressed, the congress has evolved to include various psychotherapy approaches, such as:

- Group analysis and psychodrama
- Family and systemic
- Trauma-focused therapy
- Neuroscientific and cross-cultural perspectives in psychotherapy.

The congress serves as a platform for scientific discussions, practical workshops, and interdisciplinary collaborations, contributing to the global development of group psychotherapy. Today, it continues to grow, honoring the ancient healing legacy of Asclepion while advancing modern therapeutic practices.

Acknowledgements

The authors declared no potential conflicts of interest.

Author Contributions

Hayriye Dilek Akdoğan: Concept, design, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Osman İsmail Özdel: Concept, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Ilgaz Akdoğan: Concept, design, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

References

1. Akdoğan HD, Turgut YB, Turgut AÇ, Akdoğan I. Ancient Era Hospitals “Asclepions” and their Heritage to the Day. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(1):14-28.
2. Christopoulou-Aletra H, Togia A, Varlam C. The “smart” Asclepieion: A total healing environment. Archives of Hellenic Medicine 2010;27(2):259-63.
3. Akça T. Evaluation of Pergamon Asclepion from a Medical Perspective. Doctor of Philosophy Thesis, Çukurova University, Adana, Türkiye; 2013.
4. www.bergamakongresi2025.org

Monografi - Monograph

Hastalık ve Melodram: Kerime Nadir'in *Hıçkırık* (1938) Adlı Romanında Tüberküloz*

Disease and Melodrama: Tuberculosis in Kerime Nadir's *Hıçkırık* (1938)

Melike Karali[i], Tuncay Zorlu[ii]

[i]Doktora Öğrencisi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Bilim ve Teknoloji Tarihi Doktora Programı https://orcid.org/0000-0002-2422-1954

[ii]Prof. Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, https://orcid.org/0000-0003-2499-6765

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı, Kerime Nadir'in *Hıçkırık* (1938) adlı romanını "tüberküloz" hastalığını merkeze alarak analiz etmek ve karakterlerin hastalık deneyimlerini açığa çıkarmaktır.

Yöntem: Araştırma, veri toplama, veri analizi ve veri yorumlama olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Çalışmada Kerime Nadir'in *Hıçkırık* (1938) isimli romanı hastalık olgusu bağlamında mercek altına alınmıştır. Araştırma, tıp tarihi ve edebiyat ara kesitinde yürütülmüş, ele alınan edebî eser tüberkülozun tarihi dikkate alınarak analiz edilmiştir. Çalışmanın veri analizi aşamasında "nitel içerik analizi" yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Kerime Nadir'in *Hıçkırık* isimli romanının tıp tarihi bağlamında ele alındığı çalışmada karakterlerin tüberküloz deneyimleri ve hastalık algıları ortaya çıkarılmıştır. Verem, bronşit, zatülcenp, beyin humması, güneş banyosu, güzellik anlayışı, kesik ve boğucu öksürükler, yastıkta görülen iri ve taze kan lekeleri, mendile kan tükürme, bahar, leylaklar, kara sevda, bulaşıcılık, veremli bir kadın, solgun ten, mikrop saçan bir hasta ve damgalama eserin analizi esnasında tespit edilen terim, kavram ve içerikler arasındadır.

Sonuç: Kerime Nadir'in *Hıçkırık* (1938) adlı eseri, veremli genç bir kadının profilini sunmaktadır. *Hıçkırık*'ta, aşk konusu kadar Nalan'ın hastalığı da önemli bir yer tutmaktadır. Bu roman, yirminci yüzyılın başlarında tüberkülozla ilgili mitlerin, tedavi yaklaşımlarının ve hastalık algılarının nasıl temsil edildiğini göstermektedir. Melodram türünün özelliklerini taşıyan romanda verem hastalığı, dönemin toplumsal ve kültürel kodlarıyla da ilişkilendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Tıp Tarihi, Roman, Hastalık, Melodram.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of the study is to analyse Kerime Nadir's novel *Hıçkırık* (1938) by focusing on the disease "tuberculosis" and to reveal the characters' experiences of illness.

Method: The research consists of three stages: data collection, data analysis and interpretation. In this study, Kerime Nadir's *Hıçkırık* (1938) is analysed in the context of the phenomenon of disease. The research was conducted at the intersection of medical history and literature, and the literary work was analysed by considering the history of tuberculosis. Qualitative content analysis was used in the data analysis phase of the study.

Results: Kerime Nadir's *Hıçkırık* was handled in the context of medical history. The characters' experiences of tuberculosis and their perceptions of the disease were presented in the study. Tuberculosis, bronchitis, pleurisy, brain fever, sunbath, sense of beauty, cut and suffocating coughs, spitting blood on the handkerchief, spring, lilacs, contagion, pale skin, and stigmatisation are among the terms, concepts, and contents discovered during the analysis of the study.

Conclusion: In Kerime Nadir's *Hıçkırık* (1938), the profile of a young woman suffering from tuberculosis is presented. In *Hıçkırık*, Nalan's illness is as important as the theme of love. This novel shows how myths about tuberculosis, treatment approaches, and perceptions of the disease were represented in the early twentieth century. Tuberculosis is also linked to the social and cultural codes of the time in the novel, which has the characteristics of melodrama.

Keywords: Tuberculosis, History of Medicine, Novel, Disease, Melodrama.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(2):377-388
DOI: 10.31020/mutftd.1629471
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 29 Ocak 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 29 Nisan 2025
İletişim - Correspondence Author: Melike Karali <karalim@itu.edu.tr>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

İnsanlık tarihi boyunca diğer bulaşıcı hastalıklara göre daha fazla insanın ölümüne neden olduğu düşünülen, tarihsel süreçte Pott hastalığı, phthisis, sıraca hastalığı, tüketim hastalığı, beyaz ölüm, beyaz veba, ölümün kaptanı ve ince hastalık gibi isimlerle adlandırılan tüberküloz (verem) bilinen en eski hastalıklardan biridir.[1] Tüberküloz, *Mycobacterium tuberculosis* isimli bir bakteri türünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır.[2] Tüberküloz mikrobu, enfekte olmuş kişilerin öksürmesi, hapşırması veya tükürmesiyle havaya yayılır. Genellikle akciğerleri etkileyen hastalık, diğer bölgeleri de etkileyebilir.[2] "Tubercle" (tüberkül) kelimesi, Latince "tuber" (yumru, şişlik) kelimesinin küçültülmüş hâli "tuberculum"dan (küçük yumru) uyarlanmıştır. Fransızca benimsenen "tubercule" sözcüğü ilk kez on altıncı yüzyılda Fransız cerrah Ambroise Paré tarafından kullanılmıştır. Tüberküloz kelimesinin Proto-Hint-Avrupa kökenli kelime kökü "teue-" şişmek anlamına gelmektedir. Tüberküloz, başlangıçta tüberkül (küçük yumru) oluşumuyla karakterize edilen herhangi bir hastalık demek iken, sözcüğün anlamı 1882'de Robert Koch'un tüberküloz basilini keşfetmesinden bu yana spesifik olarak bu basilin herhangi bir vücut dokusunda neden olduğu hastalıklar şeklinde sınırlanmıştır.[3]

Tüberküloz hastalığı, tarihsel süreçte romantizm, melankoli ve sanatsal yaratıcılıkla ilişkilendirilmiş, güzellik idealleriyle bağdaştırılmış, yoksulluk ve kötü yaşam koşulları gibi sosyal durumlarla özdeşleştirilmiştir. Tarihçi Roy Porter, hastalık olgusunun çoğu zaman kişisel, ilahi takdirin bir parçası veya ahlaki anlamlar içeren durumlar olarak görüldüğünü belirtmekte ve bulaşıcı hastalıklar arasında cüzzam gibi "kötü hastalık"lar ile romatizmle ilişkilendirilen tüberküloz gibi "iyi hastalıklar" ayrımının ortaya çıktığını vurgulamaktadır.[4] Tüberküloz mitlerinin en dikkat çekici olanı, bu hastalığın bir dönem "tutku hastalığı" olarak algılanmış olmasıdır. Tüberkülozda görülen ateş, bireyin içsel yanışının, tutkularıyla tükenişinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Aşkı ifade etmek için veremle ilişkilendirilen metaforlar "hastalıklı bir aşk" ya da "tüketen bir tutku" gibi imgeler Romantik hareketten çok daha önce ortaya çıkmıştır. Ancak, Romantik dönemle birlikte bu anlayış farklı bir boyut kazanmış, verem artık bir tür aşk hastalığı olarak görülmüştür.[5] Öte yandan, tüberküloz, ekseriyetle sıska vücutlar, soğuk odalar, ince kıyafetler, yetersiz beslenme ve kötü hijyen gibi etkenlerin neden olduğu bir fakirlik ve yoksunluk hastalığı olarak da düşünülmüştür.[5] Tüberküloz hastalığının insanlar tarafından değişen kavranışlarına bağlı olarak hastalık anlayışları şekillenmiş ve bu durum toplumsal dengeleri de etkilemiştir. Zaman içinde tüberkülozun iyi hastalıktan kötü hastalığa dönüşümü ile toplumsal damga da baş göstermiştir. Sanayi Devrimi'nden sonra ortaya çıkan şehirleşme ve aşırı nüfus yoğunluğu gibi faktörler, tüberkülozun yayılmasını hızlandırmış ve hastalığın toplumsal etkilerini derinleştirmiştir. Kalabalık ve hijyen koşullarının yetersiz olduğu şehirlerde hastalığın bulaşma riski artmıştır.[6,7] Sanayileşme sonucu kötü çevre koşullarında yaşayan insanlarda hastalığın hızla yayılması, tüberkülozu bir "alt tabaka hastalığı" yapmıştır. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından yirminci yüzyılın başına kadar olan süreçte ftizinin (phthisis) medikal ve sosyal manaları değişmiş, bu dönem "verem çağı"nın "tüberküloz çağı"na dönüşme sürecini temsil etmiştir. Verem, seçkin insanların romantik, ilgi çekici ve kalıtsal hastalığı olarak görülürken; tüberküloz, yoksul ve hijyenik olmayan yaşam koşullarına sahip insanların karşılaştığı utanç verici, bulaşıcı ve toplum içinde dışlanmaya sebep olan bir hastalık olarak tarif edilmiştir.[7]

On dokuzuncu yüzyılın son çeyreğinde, tüberkülozun etkeni olan mikrobun keşfi, modern tıp için dönüm noktası olmuştur. Bakteriyolojinin öncüsü Robert Koch (1843-1910), 1882'de tüberküloz etkeni mikrobu, *Mycobacterium tuberculosis*'i tanımlayarak bu hastalığın nedenini keşfetmiş, böylece mikrop teorisinin bilimsel temellerini güçlendirmiş ve bu teorinin yerleşmesini sağlamıştır.[8,9] Tüberkülozun modern tarihinde belirleyici bir kırılma noktası olan 1882 yılı hem tıbbi anlayışta hem de toplumda köklü değişikliklere yol

açmıştır. 1882 öncesi dönem, tüberkülozun doğası ve nedenleri konusunda büyük belirsizliklerin hâkim olduğu bir zaman dilimine işaret ederken, Robert Koch'un keşfi sonrası süreç ise tüberkülozun kavranma ve deneyimlenme biçimlerinde radikal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir.

Tüberküloz, bilimsel, toplumsal ve kültürel boyutta güçlü yankılar uyandırmış bir salgın hastalıktır.[7] Tüberkülozun resim, edebiyat ve sinema gibi sanat dallarındaki tasvirleri ve temsilleri, ele alınan tarihsel dönem hakkında malumat edinebilmemize olanak tanımaktadır. Dünya edebiyatında pek çok yazar ve şair verem hastalığı yüzünden hayata gözlerini kapamıştır. İngiliz Edebiyatı'nın önemli temsilcilerinden Brontë kardeşler, Rus tiyatro ve öykü yazarı Anton Çehov (1860-1904), modern edebiyatın ikonik yazarlarından biri olarak tanınan Çek asıllı Avusturyalı yazar Franz Kafka (1883-1924), Yeni Zelandalı modernist kısa öykü yazarı Katherine Mansfield (1888-1923) ve İngiliz romancı, gazeteci ve eleştirmen George Orwell (1903-1950) veremden ölen edebiyatçılar arasındadır.[10-12] Mahmut Yesâri (1895-1945), Peyami Safa (1899-1961), Rıfat Ilgaz (1911-1993), Rüştü Onur (1920-1942) ve Muzaffer Tayyip Uslu (1922-1946) Türk edebiyatında verem hastalığına yakalanmış yazar ve şairlerimizden birkaçıdır.[13-17] Veremden ötürü hayatı sona eren yazarların ve şairlerin eserlerinde bu ölümcül hastalığın kuvvetli izlerine rastlamak mümkündür.

Verem, özellikle on dokuzuncu yüzyıldan yirminci yüzyılın ortalarına kadar hem dünya edebiyatında hem de Türk edebiyatında sıkça kullanılan bir tema olmuştur. Bu hastalık, aynı zamanda romantik bir anlatı unsuru olarak popüler edebiyatta da işlenmiştir. Türk edebiyatında Tanzimat Dönemi'nden itibaren ortaya çıkan popüler romanlar, Cumhuriyet'in ilanından sonra da artan bir ivmeyle yayımlanmaya devam etmiştir. Bu tür romanlar, edebî nitelik bakımından daha yüksek değerlendirilen eserlerden farklı olarak, Cumhuriyet'in ilk yıllarında da oldukça fazla ilgi görmüştür.[18] Kerime Nadir Azrak (1917-1984), Türk edebiyatında bir dönem geniş bir okur kitlesine ulaşan ve eserlerinde genellikle aşk temasını merkeze alan bir yazar olarak öne çıkmıştır.[19] Kerime Nadir'in *Hıçkırık* romanı, melodram türünün karakteristik özelliklerini taşıyarak aşk, fedakârlık ve trajedi temaları etrafında yoğun bir duygusal atmosfer sunmaktadır. *Hıçkırık*, 23 Kasım 1937 – 19 Ocak 1938 tarihleri arasında *Tan* gazetesinde tefrika edilmiştir.[20,21] Selim İleri'nin belirttiğine göre, Kerime Nadir *Hıçkırık* adlı romanını yazdığı dönemde on dokuz yaşındadır.[22] Yayımlandığı dönemde çok geniş bir okuyucu kitlesine ulaşan roman, özellikle asker ailelerini, kız çocuklarına Nalan, erkek çocuklarına ise Kenan ismini vermeye sevk edecek kadar etkili olmuştur. Kerime Nadir denilince *Hıçkırık*'ın hatırlanması, yazarın ismiyle birlikte eserinin zikredilmesi, romanın popülerliğini göstermektedir.[22] Eserlerinden pek çoğu filmleştirilen yazarın *Hıçkırık* isimli yapıtı da ilk önce 1953'te, daha sonra 1965 senesinde sinemaya uyarlanmıştır.[23]

Çalışmanın amacı, Kerime Nadir'in teması aşk olan *Hıçkırık* adlı romanını "tüberküloz" hastalığını merkeze alarak analiz etmek ve karakterlerin hastalık deneyimlerini açığa çıkarmaktır. Alanyazın taraması sonucu bu eserin "aşk" konusu kapsamında değerlendirildiği veya romanın Yeşilçam sinemasında yer alan uyarlamaları üzerine çalışıldığı görülmüştür. 2017 yılında yayımlanmış *"Bir Melodram Klasiği: Hıçkırık"*, *"Hıçkırık Romanının Yeşilçam Sinemasındaki Yeri ve Önemi"* ve *"Popüler Romanlardan Yeşilçam Melodramlarına Bir Uyarlama Örneği: Hıçkırık"* başlıklı makaleler literatürde yer almaktadır.[24-26] Sözü edilen edebî eseri, hastalık olgusunu merkeze alarak mercek altına alan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Farklı odak noktasına sahip araştırmanın bu yönüyle alanyazına katkıda bulunması ve boşluğu doldurması hedeflenmiştir. Diğer taraftan, sanatta tüberküloz zemininde yapılan alanyazın taramasında edebiyatta ve sinemada tüberküloz hastalığının ele alındığı, *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*'nde sırasıyla 2019 ve 2023 yıllarında yayımlanmış *"Kelebeğin Rüyası Filmi Üzerinden Tüberküloz ve Heybeliada Sanatoryumu"* başlıklı araştırma makalesi ve *"Edebi Metinlerde Tüberküloz"* başlıklı derleme makale de tespit edilmiştir.[27,28]

Gereç ve Yöntem

Araştırma üç aşamadan oluşmaktadır: Veri toplama, veri analizi ve veri yorumlama. Veri toplama araçları sanatsal (edebî), tarihî ve bilimsel metinler olmak üzere yazılı kaynaklardan oluşmaktadır. Çalışmada Kerime Nadir'in *Hıçkırık* (1938) isimli romanı "tüberküloz" hastalığı merkeze alınarak analiz edilmiştir. Sekizinci baskısı Ocak 2018'de Doğan Kitap'tan çıkan *Hıçkırık* temel alınarak araştırma yapılmıştır. Araştırma, tıp tarihi ve edebiyat ara kesitinde yürütülmüş, ele alınan edebî eser tüberkülozun tarihi göz önünde bulundurularak analiz edilmiştir. Birincil kaynak olan edebî metnin çözümlenmesi ile elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

Çalışmanın veri analizi aşamasında "nitel içerik analizi" yöntemi kullanılmıştır. Nitel içerik analizinde kategoriler tümevarımsal yoldan geliştirilmiştir. *Tümevarımsal kategori geliştirme* olarak adlandırılan bu yaklaşımda kategorilerin oluşturulması genellikle doğrudan veriler kullanılarak gerçekleştirilmektedir.[29] Nitel içerik analizinin genel süreçleri araştırma sorusu → veri seçme veya toplama → veri analizi aşamalarından oluşmaktadır. Nitel içerik analizinin çekirdeği ise kategori geliştirme, verileri kodlama ve kodlanmış verileri analiz etme aşamalarından meydana gelmektedir.[29] Nitel içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilen *Hıçkırık* adlı eserde verilerin içeriğini yapılandırmak için kategoriler geliştirilmiştir ***(Tablo 1)***.

Tablo 1: Kategorilerin geliştirilmesi.

Kategoriler	Alt Kategoriler ve Kodlanan İfadeler	Temsilî Alıntılar	Yorumlar
Hastalığın Fiziksel Semptomları	Boğucu öksürükler, yüksek ateş, mendile kan tükürme, nefesin daralması, zayıf beden, solgun ten, renksiz dudaklar, çökük yanaklar	"Nalan'ı kesik ve boğucu öksürüklerle sarsılıyor buldum. (…) evet, yanlış görmüyordum: beyaz keten üzerinde iri ve taze kan lekeleri vardı." (s. 87)	Romanda tüberkülozun klasik semptomları dramatik biçimde aktarılmıştır.
Tedavi Yöntemleri	Güneş banyosu, iyi gıda, yürüyüş yapmak	"Doktor her gün geliyor, Nalan'ı yokluyor, güneş banyolarında çok defa onun yanında bulunuyordu." (s. 59)	Helyoterapi gibi dönemsel tedaviler vurgulanarak tarihsel tıp anlayışı yansıtılmıştır.
Güzellik Anlayışı	Hasta bedende güzelliğin idealize edilmesi, solgunluk ve zarafet	"Böyle ateş içinde, dalgın yatarken bile, onda, gözleri, ruhu, beyni uyuşturan büyüleyen bir güzellik vardı." (s. 58)	Veremli beden, güzelliğin idealleştirilmiş hâli olarak sunulmuştur.
Hastalığın Duygusal ve Psikolojik Yansımaları	Ölüm korkusu, yaşama arzusu, ruhsal çöküntü, aşk-hastalık	"Yaşamak istiyorum… Ölmek istemiyorum… Ben daha hayata doyamadım… Nefesim daralıyor… Ciğerlerim yanıyor… Göğsüm parçalanıyor… Boğuluyorum, boğuluyorum." (s.174)	Hastalık, karakterlerin ruhsal durumlarını yansıtan bir anlatı aracıdır.
Bulaşıcılık ve Damgalama	"Mikrop saçan bir hasta" söylemi, hastaya yaklaşım, "hasta kan" ifadesi	"Körpe bir vücut, mikrop saçan bir hastanın yanında bırakılamaz…" (s. 168)	Tüberküloz hastalığı, damgalama ve toplumsal dışlanma ile birlikte sunulmaktadır.
Metaforlar ve Semboller (Bahar, Leylak, Kan)	"Bahar çiçeği", "her şey kızıl", "leylaklar" gibi betimlemeler	"Sen bir bahar çiçeğisin Nalan!.. diyordum. Görüyorum ki, baharla beraber sana da taze hayat geliyor…" (s. 87)	Metaforlar, hastalığın romantik anlatısına güçlü bir şiirsel özellik katmaktadır.
Aşk ve Fedakârlık	Veremli kadının özverisi, tükenen genç kadın, erkeğin kara sevdası	"Dinle Kenan! Ben hastayım… Ve öleceğim!.. Evet, öleceğim… Bunu çok iyi biliyorum… Sen yaşayacaksın… İstiyorum ki senin ıstırabını da yükleneyim…" (s. 94)	Hastalık, aşk ve fedakârlık temalarının dramatik bir kesişimi yansıtılmıştır. Veremli kadının kaderini kabullenişinin dramatik bir dışavurumu.

Bu makalede yer alan edebî metin alıntıları, yalnızca akademik amaçla kullanılmış olup, 5846 numaralı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'nun ilgili hükümlerine uygun şekilde kaynak gösterilerek yapılmıştır.

Melodramda Tüberküloz: *Hıçkırık* (1938) Üzerine Bir İnceleme

Bir dönemin popüler yazarlarından biri olan, aşk temalı eserleri ile tanınan Kerime Nadir'in 1938 yılında yayımlanan *Hıçkırık* adlı romanında verem hastalığından muzdarip genç bir kadın yer almaktadır ***(Şekil 1)***. Romanın ana karakterleri Nalan ve Kenan arasındaki kuvvetli bağ, Kenan'ın Nalan'a duyduğu "kara sevda" ve Nalan'ın "verem" hastalığı edebî metnin konusunu oluşturmaktadır. *Hıçkırık* (1938), romanın ana karakterlerinden biri olan Nalan'ın verem hastalığı hakkında okuyucusunu bilgilendirmesi ve o dönemde bu hastalığın tedavisi için uygulanan tıbbi pratikleri sunması açısından öneme sahiptir. Kenan isimli küçük bir çocuğun yedi yaşında evlat edinilerek İstanbul'a getirilmesi ile başlayan roman, bu küçük çocuğun 1923'te otuz iki yaşında genç bir subay olarak İstanbul'a dönmesi ile biten bir olay örgüsünü kapsamaktadır. Romanda yer alan ifadeler, belirtilen yaşlar ve seneler dikkate alındığında olayın 1898-1925 yılları arasında geçtiği söylenebilir.



Şekil 1. Kerime Nadir (1917-1984) ve *Hıçkırık* (2018, 8. Baskı).[22,30]

Yetim bir çocuk olan Kenan, annesinin vefatından sonra da öksüz kalır. Babası bildiği Susamzade Safi Bey, aslında Kenan'ın gerçek babası değildir. Bir gün, evlerinde bulduğu iki fotoğraf ile küçük Kenan'ın hayatı değişir. Fotoğrafların birinde kucağında çok küçük bir çocuk olan güzel bir kadın vardır. Diğerinde ise gelinlik giymiş bu güzel kadının yanında genç bir subay durmaktadır. Fotoğraflardaki güzel kadını hemen tanıyan Kenan, annesinin yanındaki subayın kim olduğunu anlayamaz ve bu kişiyi merak etmeye başlar. Daha sonra etraftan işittiği kadarıyla gerçek babasının Yemen'de şehit düşmüş Yüzbaşı Ziya Bey olduğunu ve kendisinin dört aylıkken yetim kaldığını öğrenir. Kenan, annesinin vefatından sonra kendisine karşı ilgisiz davranmaya başlayan Safi Bey'den ve onun yeni eşinden zulüm görmeye başlar. Bir gün Safi Bey'den çok büyük bir şiddet gören Kenan, ertesi gün okula güçlükle gider. O gün okula müfettiş gelir, müfettişin yanında başka bir beyefendi de vardır. Sivas'a bir toprak meselesi için gelen ve okul müfettişi olan arkadaşına birkaç gün misafir olan bu kişi; emekli bir elçinin oğlu, Babıâli'de önemli mevkisi olan Muhip Azmi Bey'dir. Çocuğun

durumuna üzülen Azmi Bey, Kenan'ı evlat edinmeye karar verir. Böylelikle, Muhip Azmi Bey ile İstanbul'a gelen Kenan'ın hayatında yeni bir dönem başlar. Çamlıca'da bir köşkte yaşamakta olan Muhip Azmi Bey'in Nalan isminde hareketli, neşeli, afacan ve sarı saçlı çok güzel bir kız çocuğu vardır. Köşke getirildiği zaman yedi yaşında olan Kenan, kendisinden yaşça büyük Nalan ile kardeş gibi büyürler. Köşkte, Nalan'ın büyükannesi ve hizmetçileri Vesime de yaşamaktadır. Birlikte güzel bir çocukluk geçiren Nalan ile Kenan arasında güçlü bir bağ vardır. Kenan'ın Nalan'a duyduğu büyük aşk daha doğrusu kara sevda, Nalan'ın doktor İlhami Bey ile evlenmesine kadar olan süreçte bu durumu birbirlerine itiraf edememeleri, kaderlerini sonsuza dek değiştirecektir.[22]

Aşk konusu kadar Nalan'ın hastalığının da önemli bir yer tuttuğu bu roman aracılığıyla karakterlerin gözünden sürecin aktarılması, tüberküloza ilişkin mitlerin, tedavi yaklaşımlarının ve hastalık algısının erken yirminci yüzyılda nasıl temsil edildiğinin gösterilebilmesi bakımından önem taşımaktadır. Kerime Nadir'in ünlü yapıtı *Hıçkırık*, tıp tarihi çerçevesinde de okunmayı hak eden, anlatı yapısıyla olduğu kadar tematik zenginliğiyle de dikkat çeken, değerli bir eserdir.

Bulgular ve Değerlendirme

Nalan'ın çocukluk döneminde, havaların çok soğuk ve rutubetli olduğu bir kış vakti *bronşit* olduğundan bahseden Kenan, bu durumun yaz başlangıcına kadar devam ettiğini bildirmekte, Nalan'ın nezle ve öksürükten bir türlü kurtulamadığını ifade etmektedir.[22] Nalan'ın bir diğer rahatsızlık geçirdiği zaman ise Kenan on dört yaşındadır, İstanbul'a gelmesinin üzerinden altı sene geçmiştir. Nalan'ın hastalanmasından dolayı düşüncelere dalan ve onun ölmesinden çok korkan Kenan, genç kızın bir ay sonra ayağa kalktığını, havaların güzel olduğu bahar mevsiminde doktorun gelip Nalan'ı kontrol ettiğini ve onu *güneş banyoları*na çıkardığını anlatmaktadır. Kenan, Nalan'ın önemli bir *zatülcenp* geçirdiğini ve bu hastalığın onu çok zayıflattığını söylemektedir.[22] Kenan'ın, hasta genç kızın tamamen iyileştikten sonra bedenen çok zayıf olmasına rağmen aldığı iyi gıdalar ve yaptığı yürüyüşler ile solgun yanaklarının pembeleştiğine dair aktarımı, temiz hava, rejim, güneş ışığı ve egzersiz gibi kökleri Antik Çağ'a dayanan tedavi yöntemlerinin 1900'lerin başında da uygulandığını göstermektedir.[22]

Nalan'a karşı büyük bir aşk duyan Kenan'ın, bu genç kadının güzelliğine ilişkin yaptığı tasvirler de dikkati çekmektedir. Nalan hasta hâliyle yatarken bile Kenan onun güzelliğini *"Nalan güzeldi. Hem çok güzeldi. Bütün gördüğüm, tanıdığım varlıkların üstünde güzeldi. Böyle ateş içinde, dalgın yatarken bile, onda, gözleri, ruhu, beyni uyuşturan büyüleyen bir güzellik vardı."*[22] (s. 58) şeklinde betimlemektedir. Nalan'ın, bebeğini dünyaya getirdikten sonra iyice güçten düştüğünü aktaran Kenan, onu ziyarete gittiği günlerden birinde karyolasında yatan genç kadını *"Nalan'ın yüzü çok sararmıştı. Renksiz dudakları o kadar takatsiz kımıldıyordu ki, onu seyrederken kalbimin dayanılmaz bir merhametle ezildiğini hissediyordum. Bakışları yorgundu. Uzun saçları perişan bir dağınıklıkla omuzlarından inerek bir ipek yığını gibi yastığın üzerine birikmişti. Bu haliyle ne kadar güzeldi!.."*[22] (s. 74) sözleriyle tasvir eder. Öz annesini hiç görmemiş, anne sevgisinden mahrum kalmış Kenan'ın Nalan'a karşı beslediği aşırı duygular, bu genç erkeğin karşı cins ile ilgili zihninde oluşan imgeler hakkında da ipucu vermektedir. Köşke küçük yaşta getirilen Kenan'ın zihninde, kendisinden yaşça büyük olan Nalan'a karşı oluşan ilk imaj anne imgesi olabilir. Bu iki çocuğun kardeş gibi yetiştirilmiş olmalarına rağmen Kenan'ın Nalan'a duyduğu derin sevgi, sonraki yaşlarında hayatında yer alan bu tek kadına karşı duyduğu büyük bir aşka dönüşecektir. Ergenlik döneminde Kenan, Nalan'a karşı farklı duygular hissetmeye başlar, onu başkalarından kıskanır. Yetişkinlik çağına erişmiş Kenan için ise Nalan arzulanan kadındır. Kenan çevresindeki tüm güzellikleri bu genç kadının sayesinde görebildiğini düşünür. Nalan'ı kendi zihninde erişilmez bir konuma yerleştiren Kenan, gerçekte çok güzel olan Nalan'ı hasta hâliyle

bile olağanüstü bir güzellik içinde görmeye devam eder. Bu da Kenan'ın, Nalan'ın güzelliğini idealize ettiğini ve bu genç kadın üzerinden yüce bir *güzellik anlayışı* geliştirdiğini göstermektedir. Kenan, hasta Nalan ile de her daim ilgilenir ve ona karşı bağlılığını sürdürür.

Nalan'ın hastalığının seyrinde ilk dönüm noktası, Kenan ile birlikte piyano hocası Madam Janet'in kızının nişanına gittikleri akşam gerçekleşir.[22] O akşamki davette çok fazla şampanya içen Nalan sarhoş olur. Bu durumu fark eden Kenan, Nalan'a oradan gitmeyi teklif eder, fakat o bu teklifi kabul etmez. Nalan'ın sağlığının kızı Handan'ı dünyaya getirdikten sonra bir türlü düzelmediğini ifade eden Kenan, önceden geçirmiş olduğu zatülcenp ile ciğerlerinin zayıf düştüğünü, doktor eşinin de sürekli olarak kendisine iyi bakmasını öğütlediğini, en küçük ölçüsüz bir davranışın onu tekrar yataktan kalkamayacak kadar hasta edebileceğini söylediğini anlatır.[22] Gecenin ilerleyen vakitlerinde Nalan fenalaşır ve Kenan onu eve götürür. Kendinde olmayan Nalan'ı yatağına yatıran Kenan, genç kadının vücudunun ateş gibi yandığını fark eder ve Vesime'yi uyandırır. Ardından tüm ev halkı da ayağa kalkar. Kenan, en yakındaki bir doktoru çağırmak için evden çıkar ve İlhami Bey'in arkadaşı Doktor Afif Bey ile birlikte geri gelir. Eve döndüğünde Nalan'ı *kesik ve boğucu öksürükler*le sarsılır bir vaziyette bulan Kenan, Nalan'ın beyaz yastığında *iri ve taze kan lekeleri* görür, derin bir üzüntü ile kendi odasına kaçar.[22].

Nalan'ın bütün kış kan tükürdüğünü, baharla birlikte ise sıhhatinde bir iyileşmenin göze çarptığını belirten Kenan, *"Sen bir bahar çiçeğisin Nalan!.. diyordum. Görüyorum ki, baharla beraber sana da taze hayat geliyor… Yakında tamamıyla iyi olacaksın!.."*[22] (s. 87) sözüyle Nalan'ın iyileşme dönemine işaret etmektedir. "Bahar çiçeği" metaforu, Nalan'ın gençliğini, zarafetini ve kırılganlığını ifade ederken, baharın yenilenme ve yeniden doğuş temasını çağrıştırmaktadır. Baharla birlikte gelen "taze hayat" ifadesi ise, Nalan'ın hastalığından kurtulacağına dair bir inancı ve yaşama dair yeniden canlanan bir umudu temsil etmektedir. *Hipokrat Külliyatı*'nda verem hastalığı ve veremli kişilerin durumları ile ilgili mevsimler bazında açıklamalar bulunmaktadır. *Salgın Hastalıklar I. Kitap*'ta, uzun zamandan beri verem hastalığından muzdarip olan insanların yaz başında başlayan ve kışa kadar devam eden dönemde yatağa düştüğü bildirilmektedir.[31] *Salgın Hastalıklar III. Kitap*'ta ise birçok vakanın kışın başladığı, hastaların birçoğunun yatağa düştüğü, yatağa düşenlerin çoğunun da ilkbaharın başında öldüğü yazmaktadır. Sonbahar mevsimine doğru hastaların hepsinin yatağa düştüğü ve çoğunun da öldüğü, bu hastaların birçoğunun da uzun zamandan beri hasta olduğu belirtilmektedir.[31] *Aforizmalar*'da ise, sonbahar mevsiminin veremliler için çok kötü olduğuna dair bir ifade yer almaktadır.[31] Kış mevsiminde zatülcenp, zatürre, burun iltihabı, öksürük, göğüs ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve beyin kanaması gibi rahatsızlıkların meydana geldiği anlatılmaktadır.[31] Romanda da Nalan'ın sıhhati kışın kötüleşmekte, ilkbahar mevsimi ile daha iyice olmaktadır. Bu duruma başka bir örnek yine Nalan'ın hasta olduğu ve aylarca yataktan çıkamadığı, ama baharın gelmesi ile ayağa kalktığı bir zaman dilimi gösterilebilir. Kenan'ın, *"Artık hafta sonlarını, bayram, kandil tatillerini iple çekiyordum. Nalan hep hastaydı. Aylarca yataktan çıkamadı. Ben baharı bekliyordum. Baharla beraber ona hayat ve sıhhat geldiğini birçok defa denemiştim çünkü…"* sözleri bu duruma açıklık getirmekte ve bu anlatımını takiben *"Gerçekten tahminimde yanılmamıştım. Leylakların açtığı hafta Nalan yataktan çıktı."*[22] (s. 136) cümlesi tahminlerinin doğru çıktığını göstermektedir. Romanda güzel görüntüsüyle, hoş kokusuyla sık sık vurgulanan *leylak*, Kenan'ın zihninde Nalan ile özdeşleşmiştir. Çiçeklerin dilinde leylak aşkın ilk duygularına adanmıştır.[32] Çünkü hiçbir şey leylakların baharın gelişinde ortaya çıkmasının verdiği hazdan daha büyük bir çekiciliğe sahip değildir.[32] Bunun yanı sıra, her bir leylak renginin özel renk anlamları vardır. Mor leylak; aşkın ilk duyguları, ilk aşk, saplantı gibi sembolik anlamlara sahipken pembe leylak; kabul etme, gençlik, beyaz leylak ise açık sözlülük, gençlik ve gençlik masumiyeti anlamlarına gelmektedir.[33]

Tüberkülozun erken dönemden itibaren aşırı zayıflama, öksürük, halsizlik ve ateş gibi belirgin fiziksel semptomlarla karakterize edilen bir hastalık olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, ansızın ve dramatik bir şekilde "mendildeki kan" gibi ortaya çıkabilen belirtiler de hastalığın bir göstergesidir.[5] *Hıçkırık*'ta da Nalan'ın mendile kan tükürdüğü pek çok sahneye tanık olunmaktadır. Şiddetli öksürüklerin ardından gelen kan, Nalan'ın derin üzüntü yaşadığı anlarda ortaya çıkmaktadır. İlhami Bey ile evli olan Nalan, doktor eşinin sıhhiye müfettişliğine tayin edilmesi ve bunun üzerine sık sık Anadolu'da seyahatler yapacak olması sebebi ile babasının evinde kalmaya başlar. Ardından Madam Janet'in evinde nişan gecesinde yaşanan olay gerçekleşir. Tüm kışı hasta geçiren Nalan, havaların sıcaklamasıyla bahçede tekrar güneş banyosu yapmaya başlar. Böyle zamanlarda onunla yakından ilgilenen Kenan ile bir sabah vakti aralarında bir konuşma gerçekleşir. Nalan'ın sorusu üzerine onu sevmekten asla vazgeçmeyeceğini belirten Kenan'ın bu ısrarcı tavrından dolayı Nalan fenalaşır, mendilini ağzını götürerek öksürmeye başlar ve avucundaki mendili kan içinde kalır.[22] Kenan ise bu anı *"Evet, her şey kızıl, kıpkızıldı. Bütün kâinat, ağaçlar, çimenler, gök, deniz her şey, her şey aynı renge boyanmıştı. Hatta Nalan'la ben de bu renkteydik."*[22] (s. 89) diye tasvir eder. Kenan kendinde olmadan Nalan'ı öper ve ağzında kanın tadını duyumsar. Nalan ona bu fenalığı yapmaması gerektiğini tekrar tekrar söyler ve ardından *"Kenan… Hiç kendine acımıyor musun?.. Niçin temiz ağzını hasta kanıma bulaştırdın?.."* (s. 90) diye sorar. Kenan *"Senin hasta kanın benim güneşimdir… Bana o kan hayat verecek…"*[22] (s. 90) diye yanıt verir. Romanda, Nalan'ın hastalığının *bulaşıcı* olduğuna dair ilk bilgi bu diyalogdan edinilebilmektedir. Fakat, Kenan'ın sahip olduğu ihtiraslı duygular onu bulaşıcılık düşüncesinden alıkoymuştur.

Öte yandan, Nalan ve Kenan'ın karşılıklı konuşmalarında, Nalan hasta bir kadın olduğunu dile getirir ve öleceğinden bahseder. Kenan'ın bu sevdadan vazgeçmemesinden ötürü ızdırap çeken Nalan *"Dinle Kenan! Ben hastayım… Ve öleceğim!.. Evet, öleceğim… Bunu çok iyi biliyorum… Sen yaşayacaksın… İstiyorum ki senin ıstırabını da yükleneyim… Giderken arkamda hiçbir üzüntü bırakmayayım… Daha gençsin… Yakışıklısın. Mutlu olmaya layıksın… Ölümün kapısında duran bir hasta kadınla hayata yeni atılacak bir delikanlının arasında uçurumlar vardır."*[22] (s. 94) diyerek serzenişte bulunur. Nalan'a göre kendisi ne kadar hasta, ölüme yakın, sağlıksız ve zayıf bir kadın ise Kenan da aksine bir o kadar güçlü, sıhhatli ve yaşam doludur. Romanda, Nalan'ın kendini *veremli bir kadın* olarak ifade ettiğine de tanık olunmaktadır. Nalan'ın Kenan'a söylediği *"Hatta eminim ki, bir gün bu kara sevdanın yerini, ölmüş veremli bir kadına karşı duyulabilecek en tabii bir merhamet tutacaktır…"*[22] (s. 138) cümlesi ve üçüncü kâğıtta yazdığı *"Bana yapılan zulüm hiçbir veremli kadına yapılmamıştır Kenan!.."*[22] (s. 167) ifadesi, romanda yer alan hastalık belirtileri de göz önünde bulundurulduğunda bu genç kadının verem hastalığına tutulduğunu göstermektedir.

Nalan, kendisini sevmekten bir türlü vazgeçmeyen Kenan adına üzüntü duyar, ona geleceğin parlak bir subayı olduğunu ve artık kendisine bir eş seçmesi gerektiğini söyler. Kenan da bir insanı severken başka bir insanla nasıl evlenilebileceği yanıtıyla Nalan'a karşı çıkar. Bunun üzerine Nalan *"Aşkı bir hastalık olarak kabul edecek olursak onun tedavisi için elbette bir ilaç vardır… Ben bu ilacı evlenmekte buluyorum…"*[22] (s. 138) diye yanıt verir. Bu konuşmanın gerçekleştiği zaman Kenan henüz yirmi iki yaşındadır. Kenan'ın çok genç olduğunu düşünen Nalan, onun kendisine bu derece düşkünlüğünün nedenini biraz da yaşına bağlamaktadır. Daha evvel de Kenan'ın *"Nalan, dedim. Ben seni 'sevda' denilen ateşin bütün şiddetiyle seviyordum… Fakat bugün anladım ki, bu yalnız 'sevda' değil, 'karasevda…"*[22] (s. 110) sözü üzerine Nalan'ın *"Karasevda!.. Bu olmamalı! Güzel bir sevgiyi böyle tehlikeli, zararlı bir hale dökmek doğru değil Kenan!.."*[22] (s. 110) şeklinde verdiği cevabı bu şiddetli ve saplantılı duyguların tehlikeli olduğu yönündeki düşüncelerini aktarmaktadır.

Nalan'ın mendilinin kana boyandığı bir diğer hadise de ölümünden önce son dönüm noktası olarak sayılabilecek bir vakitte meydana gelir. Kenan vazife için gittiği Anadolu'daki K. ilinden Nalan'a mektuplar yazmaktadır. Fakat bir gün, Kenan Nalan'a aşkını itiraf eden bir mektup yazar ve dikkatsizlikle yaptığı bir yanlışlıkla içeriği farklı bu mektubu Nalan'a gönderir. Böylece, mektuplar konusunda gitmeden önce onu uyaran ve ricada bulunan Nalan'ın sözüne uymamış olur. İlhami Bey eve gelen bu mektubu Nalan'ın elinden alır ve okumaya başlar. Büyük bir öfkeye kapılan İlhami Bey, Nalan'ın kendisini aldattığını düşünür ve eşini son derece üzecek ve incitecek cümlelerle ateş saçar. Nalan'ın yazdığı birinci kâğıtta yer alan *"Gittikçe artan hıçkırıklarıma öksürükler de katılmıştı. Her öksürüğe ciğerlerim sanki parçalanıyor, yüzüme alevler çıkıyordu. Nihayet mendilim kana boyandı."*[22] (s. 162) ifadesi kriz anının ardından gelen dramatik dışa vurumu temsil etmektedir.

Vesime, Nalan'ın vefatından ancak bir gün sonra köşke varabilen Kenan'a, ölmeden önce Nalan'ın kendisine emanet ettiği ve vasiyeti üzerine Kenan'a vermesini söylediği mektupları teslim eder. Kenan paketi açar, içinde bir deste kâğıt ve kapalı bir zarf vardır.[22] Nalan'ın son günlerinde yazdığı bu kâğıtlar, veremli kadının hastalık deneyimlerini de gözler önüne sermektedir. Nalan'ın hastalığı ile ilgili *bulaşıcılık* kavramının okunabileceği bir olay da dördüncü kâğıtta yer almaktadır. Eşinin kendisini aldattığını düşünen İlhami Bey, Nalan'ı cezalandırmak ve daha fazla acı çekmesini sağlamak için kızı Handan'ı evden götürür. Babasının evinde kalmakta olan Nalan'ı görmeye gelen İlhami Bey, Azmi Bey'in Handan'ın nerede olduğu ve onu annesinden niçin ayırdığı suali üzerine *"Körpe bir vücut, mikrop saçan bir hastanın yanında bırakılamaz…"*[22] (s. 168) şeklinde yanıt verir. Doktor İlhami Bey'in bu cevabı, damgalamanın açık bir örneğini sunmaktadır. Bu söylem, Nalan'ı bir insan olmaktan çok, tehlikeli bir hastalığın taşıyıcısı gibi göstermekte ve onu toplumsal anlamda ötekileştirmektedir. Beşinci kâğıtta, Nalan'ın bir ayna aracılığıyla kendi suretiyle yüzleştiği ve bu hâlinin bir portresini çizdiği anlatımı da önemlidir: *"… Aman yarabbi!.. Kenan, bu korkunç yüzü iyi ki görmüyorsun… Rengimin sarılığı ancak bir ölünün yüzünde bulunabilir. Dudaklarım beyaz denecek kadar uçuk!.. Yanaklarım çökmüş… Ya saçlarım! Onlar kaç zamandır taranmadı, bilsen!.. Bu bitik Nalan'ı görsen artık sevmezsin Kenan!.."*.[22] (s. 169). Nalan'ın tasvirinden de anlaşılabileceği üzere solgun ten, beyaz dudaklar ve çökük yanaklar kanın dolayısıyla yaşamın artık yüzünden çekildiğini, ölüm vaktinin yaklaştığını göstermektedir. Altıncı kâğıtta, öksürüklerinin yeniden ciğerlerini sökmeye başladığını aktaran Nalan *"Dudaklarım yine kan içinde kalmıştı. Bu kanlar, bu kanlar, Kenan! Beni mezara sürükleyen bu kırmızı renkten ve bu ılık, tuzlu lezzetten nefret ediyorum…"*[22] (s. 170) ifadesi ile hastalığını dışarı kustuğu *kan* ile özdeşleştirmekte ve ölümünün habercisi olan bu sıvının rengine, sıcaklığına ve tadına duyduğu tiksinmeyi dile getirmektedir.

Romanda sözü edilen bir başka hastalık da *beyin hummasıdır*. Nalan'ın ölümüyle sarsılan ve kendisine teslim edilen mektupları okuduktan sonra derin üzüntü duyan Kenan, beyin humması geçirir. Gülhane Hastanesi'ne kaldırıldığını anlatan Kenan, bu yirmi iki günde çok zayıfladığını belirtir.[22] Beyin humması, beyin iltihabı için kullanılan bir terimdir.[34] Kenan, çok kuvvetli sevgiyle bağlı olduğu genç kadını yitirmiştir. Derin bir keder ve stres kaynaklı bu duygusal travmanın, Kenan'ın bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve hastalıklara daha açık hâle gelmesine neden olduğu söylenebilir.

Nalan'ın vefatının ardından Balkan Savaşı başlar. Tarifsiz kederler içinde olan Kenan beyin humması geçirir, Gülhane Hastanesi'ne kaldırılır. Yürüyebilecek bir duruma geldikten sonra nekahet dönemi için Çamlıca'ya gider. Balkan Harbi biter ve sonra da Dünya Savaşı başlar. Balkan Harbi'nde vatanına hiçbir hizmette bulunamadığını aktaran Kenan, Cihan Harbi'nde Kafkas Cephesi'ne gönderildiğini söyler. Nalan'ın özlemi ile çok acı çeken Kenan, on yıl boyunca cephede kaldığını anlatır. İlhami Bey'in de Çanakkale'de şehit olduğunu öğrendiğini iletir.[22] Kurtuluş Savaşı'ndan sonra, 6 Ekim 1923 tarihinde İstanbul'a giren Türk ordusunun

içinde bulunan Kenan, Çamlıca'daki köşkün yolunu tutar.[22] Kenan'ın köşke ilk geldiği zamandan bu yana tam yirmi beş sene geçmiştir. Kenan artık otuz iki yaşında, yakışıklı, güçlü, genç bir subaydır. 1923'te köşke dönen Kenan, Vesime'nin kendisine yıllar önce teslim ettiği mektupların arasında bulunan ve üstünde *"Kızıma!.. On sekiz yaşına bastığı zaman!.."*[22] (s. 157) diye yazılı bir not bulunan kapalı zarfı Handan'a verir. Sahip olduğu fiziksel özellikleri ile annesine çok benzeyen Handan, annesinin ona bırakmış olduğu bu mektubu okur. Daha sonra Kenan'ın anlattığına göre çok samimi iki dost olurlar. Nalan'ın Karacaahmet'teki mezarını birlikte ziyaret etmeye, bazı günlerde de beraber gezmeye başlarlar. Kenan, Nalan'ın tıpkı bir kopyası olan Handan'a karşı tutkulu hislere kapılmıştır. Handan, annesinin kendisine bırakmış olduğu bu mektubu en sonunda Kenan'a okutur. Mektubun sonunda *"İşte yavrum… Sana son öğüdümü tekrar edeyim… Zaten sırf bu öğüt için bu mektubu yazıyorum… Gönlünü yokla… Acele etme! Sevdiğin, tamamıyla sevdiğin ve istediğin adama elini uzat… Bu adam uzun boylu, sarışın ve güzel bir subay olursa ruhum rahata kavuşacaktır."*[22] (s. 195) yazmaktadır. Böylelikle, karşılıklı aynı hislere sahip olan Kenan ile Handan evlenirler.

Kerime Nadir'in *Hıçkırık* (1938) adlı eseri, 1911 yılında hayatı sona ermiş veremli genç bir kadının profilini sunmaktadır. Neşeli ve yaramaz bir kız çocuğu olan Nalan'ın günden güne solan, eriyen ve tükenen bir kadına dönüşümü veremin gözle görülür semptomlarını göstermektedir. Nalan'ın, sekizinci kâğıtta yer alan *"Yaşamak istiyorum… Ölmek istemiyorum… Ben daha hayata doyamadım… Nefesim daralıyor… Ciğerlerim yanıyor… Göğsüm parçalanıyor… Boğuluyorum, boğuluyorum."*[22] (s. 174) ifadesi hastanın son demlerinde yaşadığı acıları göz önüne sermektedir. Handan'ın, annesinin vasiyetini yerine getirmesi ile kan tükürerek pek genç yaşta vefat eden bu genç kadının ruhunun huzur bulması istenmiştir.

Romanda yer alan terim, kavram ve içerikler sınıflandırılarak listelenmiştir ***(Tablo 2)***.

Tablo 2. Terim, kavram ve içerikler.

Ana, Yan ve Fon Karakterler	Nalan, Kenan, Doktor İlhami Bey, Muhip Azmi Bey, Nalan'ın büyükannesi, Vesime, Handan, Susamzade Safi Bey, Kenan'ın üvey annesi, Perver, Hoca Efendi, Müfettiş, Şeyh Kudsi Efendi, Doktor Afif Bey, Madam Janet, Rıdvan, Zeynep, Kumandan Sırrı Paşa, Fazıl, Macide, Sacide
Mekânlar	Çamlıca'daki köşk, Paşalimanı'ndaki yalı, Madam Janet'in evi, İstanbul, Sivas, Anadolu'daki K. İli, D.R. Kasabası, Karacaahmet Mezarlığı
Tıbbi Terimler	Verem, bronşit, zatülcenp, beyin humması
Hastalığın Fiziksel Belirtileri	Kesik ve boğucu öksürükler, yüksek ateş, yastıkta görülen iri ve taze kan lekeleri, mendilde kan, solgun ten, renksiz dudaklar, çökük yanaklar, zayıf beden
Tedavi Yöntemleri	Doktor İlhami Bey'in yazdığı reçete, güneş banyosu, temiz hava, iyi gıda, yürüyüşler
Duygular	Aşk, kara sevda, yaşama arzusu, üzüntü, keder
Metaforik Anlatımlar ve Simgeler	Hasta kan, bahar, bahar çiçeği, leylaklar, hıçkırıklar, kan, kırmızı renk
Bulaşıcılık ve Damgalama	Mikrop saçan bir hasta, hasta kan

Sonuç

Kerime Nadir'in *Hıçkırık* isimli romanı tıp tarihi bağlamında ele alınarak karakterlerin tüberküloz deneyimleri ve hastalık algıları incelenmiştir. Melodram türünün özelliklerini taşıyan romanda, hastalık, aşk ve ölüm

arasındaki ilişki romantik bir çerçevede sunulmuş, tüberküloz kültürel bir fenomen olarak temsil edilmiştir. Tüberküloz, romanda yalnızca bir hastalık olarak sunulmamış, aynı zamanda dönemin toplumsal ve kültürel kodlarıyla da ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda hastalık, kadınlığa atfedilen güzellik, fedakârlık ve masumiyet idealleriyle iç içe geçmekte; erkek karakterin saplantılı aşkı aracılığıyla romantize edilmekte; bulaşıcı olma niteliğiyle de korku, dışlanma ve damgalamayı beraberinde getirmektedir. Verem, aşk ve tutku ile özdeşleşirken; Nalan'ın fiziksel çöküşü aynı zamanda bir estetik yüceltilmeye, ruhsal teslimiyeti ise dramatik bir kahramanlık anlatısına dönüşmektedir. Böylece roman, dönemin değer yargıları, ahlaki beklentileri ve duygusal temsil biçimleri üzerinden inşa edilen kültürel bir anlatı örneği sunmaktadır.

Eserde tüberküloz hastalığı, bireylerin fiziksel ve duygusal deneyimlerini derinlemesine etkileyen önemli bir tema olarak öne çıkmaktadır. Romanda, tüberkülozun klasik semptomları (kan tükürme, zayıflama) dramatik bir atmosferle aktarılmış, tedavi yaklaşımları (temiz hava, rejim, güneş ışığı) vurgulanmıştır. Romandaki melodramatik yapı, tüberkülozun sadece bir hastalık değil, aynı zamanda aşk ve fedakârlığın bir metaforu olarak işlev gördüğünü ortaya koymaktadır. Verem, aşk ve tutkuyla ilişkilendirilirken, Nalan'ın kan tükürme gibi hastalık belirtileri romantik bir trajedinin parçası olarak sunulmuştur. Kenan'ın, hasta Nalan'a duyduğu saplantılı aşk, hastalık algısının idealize edilmiş bir kadın imajıyla birleştiğini göstermektedir. Özellikle on dokuzuncu yüzyılda hastalığın neden olduğu zayıflık, solgunluk gibi fiziksel özellikler sanat ve edebiyatta bir tür "güzellik ideali" olarak yüceltilmiştir. Kenan'ın gözünden Nalan karakterinin güzelliği ile hastalığı arasındaki dramatik bağ, bu kültürel algıyı yansıtmaktadır. Doktor İlhami Bey, dönemin hastalık algısını ve tıbbi yaklaşımlarını temsil etmektedir. Özellikle tüberkülozun bulaşıcı ve damgalayıcı yönleri, İlhami Bey'in tepkileri ve davranışları üzerinden vurgulanmıştır.

Romanda, Kenan'ın belirttiği seneler ve süreler dikkate alındığında Nalan'ın 1886'da Kenan'ın da 1891'de dünyaya geldiği saptanabilmektedir. Kenan İstanbul'a getirildiğinde yedi yaşında, Nalan ise on iki yaşlarındadır. Veremden muzdarip Nalan, 1911 senesinde hayata gözlerini kapamıştır. Bu tarihler göz önünde bulundurulduğunda dönemin tıbbi anlayışı ve tedavi yöntemleri konusunda da bir değerlendirme yapılabilmektedir. On dokuzuncu yüzyılın sonları ve yirminci yüzyılın başlarını kapsayan bu zaman diliminde, Robert Koch'un 1882'de tüberküloz etkeni mikrobu keşfetmesinin güçlü etkileri görülebilmektedir. Eserde geçen "hasta kan" ve "mikrop saçan bir hasta" gibi ifadeler, veremin artık bulaşıcı bir hastalık olarak algılandığını açık bir şekilde göstermektedir. Nalan'ı Doktor İlhami Bey muayene etmekte, onu güneş banyolarına çıkarmaktadır. Yirminci yüzyılın ortalarına kadar tüberküloza karşı etkili bir tedavi yönteminin geliştirilemediği bilinmektedir. Tüberküloza karşı ilk etkili antibiyotik olan streptomisinin 1945'te uygulamaya konması, tüberküloz için etkili farmakolojik tedavinin başlangıcı olmuş ve ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmıştır. Helyoterapi (güneş ışınlarıyla tedavi), antibiyotiklerin keşfinden önceki dönemde oldukça önemli bir yer tutmuş, güneş ışınlarının mikropları öldürdüğüne ve vücudu güçlendirdiğine inanılmıştır.

Bilgi

Bu makale, ilk yazar Melike Karali'nin "Bilim, Tıp ve Teknolojiyi Edebiyat Aracılığıyla Okumak: Tüberküloz ve İlgili Sağlık Mekânları Bağlamında Türkiye'deki Deneyimler (1900-1950)" başlıklı, Prof. Dr. Tuncay Zorlu'nun danışmanlığında sürdürdüğü doktora tezinden türetilmiştir. Melike Karali'nin tez çalışması, İstanbul Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (Proje No: SDK-2022-43558) ve TÜBİTAK 2211-C Yurt İçi Öncelikli Alanlar Doktora Burs Programı tarafından desteklenmektedir.

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Melike Karali: Fikir, tasarım, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı.

Tuncay Zorlu: Fikir, danışmanlık, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Daniel TM. The impact of tuberculosis on civilization. Infect Dis Clin North Am 2004;18(1):157-65.
2. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Erişim: 20 Ocak 2025, https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531
3. The Oxford English Dictionary. 2. Baskı. Oxford: Clarendon Press; 1989. Tuber, tubercle, tubercule, tuberculosis; Cilt 18, ss. 642-644.
4. Porter R. Kan revan içinde: Tıbbın kısa tarihi. 3. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları; 2021. s. 16.
5. Sontag S. Illness as metaphor. 1. Baskı. New York: Farrar, Straus and Giroux; 1978. ss. 12, 15, 20.
6. Nikiforuk A. Mahşerin dördüncü atlısı: Salgın ve bulaşıcı hastalıklar tarihi. 9. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2020. ss. 168-169.
7. Snowden FM. Salgınlar ve toplum: Kara Ölüm'den günümüze. 1. Baskı. İstanbul: Tellekt; 2021. ss. 362-363, 389, 27.
8. Koch R. Die Aetiologie der Tuberculose. Berliner Klinische Wochenschrift. 1882;19(15):221-230. Erişim adresi: https://hdl.handle.net/2027/mdp.39015020075001
9. Crawford DH. Ölümcül yakınlıklar: Mikroplar tarihimizi nasıl şekillendirdi? 2. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları; 2020. s. 165.
10. Helm WH. Tuberculosis and the Brontë family. Brontë Studies 2002;27(2):157-167.
11. Vilaplana C. A literary approach to tuberculosis: lessons learned from Anton Chekhov, Franz Kafka, and Katherine Mansfield. Int J Infect Dis 2017;56:283-285.
12. Bastian H. Down and almost out in Scotland: George Orwell, tuberculosis and getting streptomycin in 1948. J R Soc Med 2006;99(2):95-8.
13. Temizsu M. Mahmut Yesârî: Hayatı, sanatı ve eserleri. 1. Baskı. Ankara: İksad Yayınevi; 2020. s. 44.
14. Ayvazoğlu B. Peyami: Hayatı, sanatı, felsefesi, dramı. 2. Baskı. İstanbul: Kapı Yayınları; 2017. s. 34.
15. Bezirci A. Rıfat Ilgaz: Yaşamı, kişiliği, şairliği, hikâyeciliği, romancılığı, oyunları, anıları, köşe yazarlığı. 1. Baskı. İstanbul: Evrensel Basım Yayın; 2013. s. 34.
16. Birsel S. Rüştü Onur: Şiirleri-Mektupları-Ardından Yazılanlar. 3. Baskı. İstanbul: Sel Yayıncılık; 2021. s. 11.
17. Uslu MT. Şimdilik. 9. Baskı. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2022. s. 66.
18. Yıldız AD. Popüler Türk romanları. 2. Baskı. İstanbul: Dergâh Yayınları; 2010. s. 14.
19. Tanzimat'tan bugüne edebiyatçılar ansiklopedisi. 3. Baskı. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2010. Kerime Nadir; Cilt II, s. 622.
20. Nadir K. Hıçkırık. Tan. 1937; 23 İkinci Teşrin; s. 4. Erişim adresi: https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/GAZETE/gazete.php?gazete=tan
21. Nadir K. Hıçkırık. Tan. 1938; 19 İkinci Kânun; s. 4. Erişim adresi: https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/GAZETE/gazete.php?gazete=tan
22. Nadir K. Hıçkırık. 8. Baskı. İstanbul: Doğan Kitap; 2018.
23. Özgüç A. Ansiklopedik Türk filmleri sözlüğü. 1. Baskı. Horizon International; 2012. Hıçkırık; ss. 68, 197.
24. Aslan B. Bir Melodram Klasiği: Hıçkırık. Türk Dili 2017;67(782):144-151.
25. Çerkeşli E. Hıçkırık Romanının Yeşilçam Sinemasındaki Yeri ve Önemi. Medeniyet Sanat Dergisi 2017;3(1):45-65.
26. Çakır S. Popüler Romanlardan Yeşilçam Melodramlarına Bir Uyarlama Örneği: Hıçkırık. SineFilozofi Dergisi 2017;2(3):79-111.
27. Halidi G, ve ark. Kelebeğin Rüyası Filmi Üzerinden Tüberküloz ve Heybeliada Sanatoryumu. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2019;9(3):376-384.
28. Göçmen JS. Edebi Metinlerde Tüberküloz. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2023;13(Özel Sayı):39-43.
29. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Content Analysis: Methods, Practice and Software. 2. Baskı. SAGE Publications; 2023. ss. 59, 81.
30. Kerime Nadir. Kadın Ederleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı Özel Arşivler Koleksiyonu; Kerime Nadir Özel Arşivi. Erişim adresi: http://kadineserleri.org/wp-content/uploads/2020/04/Özel-Arşiv-Koleksiyonu-Kerime-Nadir-Özel-Arşivi.pdf
31. Jouanna J, Magdelaine C, editörler. Hippokrates Külliyatı. 2. Baskı. İstanbul: Pinhan Yayıncılık; 2021. ss. 92, 93, 243, 244.
32. Cortambert L. The language of flowers. Londra: Saunders and Otley; 1835. s. 71.
33. Dietz ST. The complete language of flowers: A definitive and illustrated history. New York: Wellfleet Press; 2022. s. 211.
34. The Oxford English Dictionary. 2. Baskı. Oxford: Clarendon Press; 1989. Brain fever; Cilt 2, s. 481.

Carbon Footprint and Sustainability in the Operating Room: What to Know on the Road to Becoming a Green Operating Room*

Ameliyathanede Karbon Ayak İzi ve Sürdürülebilirlik: Yeşil Ameliyathane Olma Yolunda Bilinmesi Gerekenler

Öykü Kara[i], Ezgi Seyhan Ak[ii]

[i]Research Assistant MSc, Istanbul University-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Department of Surgical Nursing
https://orcid.org/0000-0003-3125-9632

[ii] Associate Professor PhD, Istanbul University-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Department of Surgical Nursing
https://orcid.org/0000-0002-3679-539X

ABSTRACT

The biggest threat to global health in the 21st century is climate change. Greenhouse gas emissions, one of the biggest causes of climate change, originate 4 to 10% from healthcare services. These emissions cause negative environmental impacts by increasing the carbon footprint. Operating rooms, with their large share in energy and resource consumption, make the biggest contribution to the increase in carbon footprint in healthcare services. Transforming operating rooms into green operating rooms that adopt and implement measures against climate change significantly contributes to maintaining and improving global health, protecting natural resources, and ensuring sustainability. In order to reduce emissions from operating rooms, reusable products should replace single-use products, medical and surgical gas usage should be reduced, and the right anesthesia and sterilization methods should be selected. In addition, reducing the length of hospital stay, waste and energy consumption, and digitalizing documentation and communication are additional measures to lower emissions. In reducing the carbon footprint and ensuring sustainability, it is crucial that these practices are understood and adopted by the operating room team and that green operating rooms are created. This study aims to examine the carbon footprint in the operating room in line with the literature, practices, and sustainability to reduce the carbon footprint and to convey what needs to be known on the way to becoming a green operating room.

Keywords: Carbon footprint, Climate change, Operating room, Sustainability, Green operating room

ÖZ

XXI. yüzyılda küresel sağlık için en büyük tehdit iklim değişikliğidir. İklim değişikliğinin en büyük nedenlerinden biri olan sera gazı emisyonlarının %4 ila 10'u sağlık hizmetlerinden kaynaklanmaktadır. Bu emisyonlar, karbon ayak izini artırarak olumsuz çevresel etkiye neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde karbon ayak izinin artışına en büyük katkıyı, enerji ve kaynak tüketimindeki büyük pay ile ameliyathaneler sağlamaktadır. Ameliyathanelerin iklim değişikliğine karşı önlemler alan ve uygulayan yeşil ameliyathanelere dönüştürülmesi küresel sağlığın korunması ve iyileştirilmesine, doğal kaynakların korunmasına ve sürdürülebilirliğin sağlanmasına önemli katkı sağlamaktadır. Ameliyathane kaynaklı emisyonları azaltmak için tek kullanımlık ürünler yerine tekrar kullanılabilir olanlar tercih edilmeli, tıbbi ve cerrahi gaz kullanımının azaltılmalı, doğru anestezi ve sterilizasyon yöntemleri seçilmelidir. Ayrıca; hastanede kalış süresinin, atıkların ve enerji tüketiminin azaltılması, dokümantasyon ve iletişimin dijitalleştirilmesi emisyonların azalmasını sağlayan diğer önlemlerdendir. Karbon ayak izinin azaltılmasında ve sürdürülebilirliğin sağlanmasında, bu uygulamaların ameliyathane ekibi tarafından anlaşılması, benimsenmesi yeşil ameliyathenelerin oluşturulması büyük öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı ameliyathanedeki karbon ayak izini literatür, uygulamalar ve sürdürülebilirlik doğrultusunda inceleyerek karbon ayak izini azaltmak ve yeşil ameliyathane olma yolunda bilinmesi gerekenleri aktarmaktır.

Anahtar Kelimeler: Karbon ayak izi, İklim değişikliği, Ameliyathane, Sürdürülebilirlik, Yeşil ameliyathane

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):389-399
DOI: 10.31020/mutftd.1549201
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 12 September 2024; Kabul Tarihi – Accepted: 4 March 2025
İletişim - Correspondence Author: Öykü Kara <oyku.kara@iuc.edu.tr>
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

The World Health Organization (WHO) declared in 2018 that climate change is the greatest threat to global health in the 21st century.[1] The sixth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) reported that human-induced greenhouse gas emissions will cause global warming. Climate change affects all aspects of both natural and human systems, including the physical environment, socioeconomic conditions and health system functioning.[2] Problems related to climate change include changes in weather patterns, increases in atmospheric carbon dioxide (CO_2) and infectious diseases, decreases in biodiversity and deterioration of public health. It is estimated that approximately 3.6 billion individuals reside in regions highly susceptible to climate change. From 2030 to 2050, climate change is projected to result in approximately 250,000 extra fatalities annually due to malnutrition, malaria, diarrhea, and extreme heat. Direct health-related damages (not including expenses in related sectors such as agriculture, water, and sanitation) are expected to range from 2-4 billion dollars per year by 2030.[2]

Carbon dioxide (CO2) is the primary greenhouse gas produced by human activities and has the most significant impact on global warming.[3] To understand carbon emissions, some concepts are necessary. One of these concepts, the carbon footprint, is the definition of the CO_2 equivalent of greenhouse gases emitted into the atmosphere as a result of human activities, organization or a country, measured in carbon dioxide equivalent (CO_2e).[4,5] CO_2e is a unit of measurement that describes the impact of many greenhouse gases in a common unit. The carbon footprint includes not only the measurement of greenhouse gases but also the analysis of the "life cycle" of the product, from production to consumption. The continuity of a product's production and consumption process highlights the concept of sustainability. Sustainability is the capacity to ensure permanence. For something to be sustainable, the triple nature of sustainability-environmental, social and economic factors-must be met. The proper use of natural resources, protection of the ecosystem, and support of present and future well-being are important.[4]

One of the largest contributors to CO_2 and other greenhouse gases, which are primarily responsible for climate change, is healthcare provided in hospitals. Globally, the healthcare sector is responsible for approximately 4-5% of greenhouse gas emissions, which are the main driver of climate change.[6] This rate reaches 7-10% in developed countries.[7] This information highlights the importance of reducing the carbon footprint and adopting sustainability in healthcare.[5] The World Health Organization leads the Alliance for Transformative Action on Climate and Health (ATACH) and brings together multiple health and development partners to assist countries in fulfilling their commitments to low-carbon health systems.[2,8] It is also implementing an action plan to protect health from the impacts of climate and more environmentally sustainable health systems that reduce carbon emissions and improve health.[2]

To prevent catastrophic health effects and prevent millions of deaths due to climate change, the worldwide temperature increase should be limited to 1.5°C.[2] To reduce the effects of climate change and slow global warming, many countries have agreed to halve their greenhouse gas emissions by 2030 to keep the global average temperature increase below 2°C and achieve a zero carbon footprint.[9] In China, regulations for monitoring greenhouse gas emissions within the scope of the European Union harmonization process came into force in 2014. For example, the zero-carbon footprint of the National Health Services (NHS) in England has greatly advanced, which it committed to achieving by 2040, with a carbon emission reduction of 580 kt in 2021.[10]

Surgery is one of the clinical activities that has caused the greatest increase in the carbon footprint. In particular, operating rooms (ORs) constitute a large share of the energy and resource consumption of

healthcare institutions.[11,12] The literature highlights that ORs have "3-6 times more energy consumption than the entire hospital" and contribute significantly to the emissions associated with healthcare service delivery.[12,13] Moreover, they are responsible for high levels of waste production; greenhouse gas emissions; and air, water and pharmaceutical pollution. As an environmentally friendly operating room (OR), the measures taken/to be taken in ORs play a major role in reducing the carbon footprint, preventing climate change and developing a sustainable environment.[14]

Carbon Footprint in the Operating Room

The carbon footprint in ORs is caused by energy use; the use of consumables, equipment, and instruments, both disposable and reusable, used in the pre- and postoperative periods; and the use of anesthetic gases, fuel, water, and waste.[15] ORs constitute approximately 20-30% of a hospital's waste.[12] The carbon footprint of a surgical procedure in the United Kingdom (UK), excluding the direct contribution of anesthetic gases, is estimated at 24 kg of CO_2 equivalent (CO_2e) per hour of surgery.[15,16] Moreover, this calculated carbon footprint can vary depending on the patient's needs, clinical condition, type of surgery and geographical location.[16-18] Reducing or ensuring the sustainability of products used in resource-intensive units such as ORs, such as the commitments of 18 countries to achieve net zero-carbon healthcare, is an important step in meeting environmental sustainability targets.[8,13]

As the demand for surgical procedures increases in developing countries, the global emissions and waste generated from surgeries are anticipated to grow. Addressing this demand will lead to significant environmental repercussions due to the extensive production of surgical infrastructure and equipment. Consequently, it is crucial to develop effective strategies to evaluate and reduce the environmental impact of surgical interventions to ensure sustainable healthcare delivery in the future.[17,18] Furthermore, determining the specific carbon footprint of surgery will facilitate the identification of targeted interventions.

Research has reported that the average carbon footprint of products used for carpal tunnel decompression is 12.0 kg CO_2e, that for tonsillectomy is 41 kg CO_2e, that for inguinal hernia repair is 11.7 kg CO_2e, that for cataract surgery is 86.62 kg CO_2e, that for knee arthroplasty is 85.5 kg CO_2e, that for laparoscopic cholecystectomy is 20.3 kg CO_2e, that for rotator cuff repair is 334.61 kg CO_2e, that for transurethral resection of bladder tumors is 131.8 kg CO_2e, that for tonsillectomy is 7.5 kg CO_2e, and that robotic and laparoscopic surgery cause more carbon emissions than open surgery does.[13,19-22] In the literature, robotic laparoscopy has a carbon footprint of 40.3 kg CO_2e, which is greater than that of laparoscopy (29.2 kg CO_2e) and laparotomy (22.7 kg CO_2e).[23] Approximately two-thirds of the carbon footprint across the dataset is attributed to single-use products. Single-use equipment and medical devices (average contribution of 24%) and individually wrapped reusable instruments (average contribution of 24%) are considered to have a high carbon footprint.

In systematic reviews examining the impact of surgical interventions on the carbon footprint, three main factors have been reported: (1) energy consumption, (2) anesthesia, and (3) disposable products.[13,24] In this article, the content is presented more comprehensively.

Reprocessing of Single-Use Products and Reusable Products

In the past, the use of single-use products in surgical procedures has been associated with a reduction in the incidence of surgical site infections. The preference for single-use products over reusable products is a negative practice in terms of sustainability. Precautions taken against surgical site infections, which are

among the most common and costly postoperative complications, are among the most resource-intensive infection prevention initiatives. WHO guidelines recommend mechanical cleaning and the use of the highest possible decontamination methods, especially if Creutzfeldt–Jakob disease or its variant is suspected.[25] This risk has led to the use of disposable products being preferred over errors that may occur during sterilization. However, one study reported that, compared with disposables, reusable laryngoscope handles and blades did not differ in terms of the risk of developing iatrogenic infection.[26,27] The use of disposable products, on the other hand, leads to increased waste production, consumption of resources, and an increased carbon footprint.[28]

Reducing single-use equipment in ORs significantly contributes to reducing the carbon footprint.[29,30] Compared with their single-use equivalents, reusable products are estimated to have a lower carbon footprint. At this point, it is important to reduce the number of products used in ORs, prefer repair services to make them reusable, and support recycling.[31]

In the literature, the consumables and instruments in the sets used in surgery should also be reviewed, and the instruments and consumables not used by the team should not be opened.[22,32] Considering that material costs constitute 56% of the total OR budget, preparing and inspecting reusable products according to strict disinfection and sterilization rules is a recommended practice for reducing the carbon footprint.[33]

Perioperative Textile Products

Disposable perioperative textiles (surgical gowns, surgical tablecloths, etc.) have significantly worse environmental outcomes than reusable perioperative textiles do. The use of disposable perioperative textiles increases energy consumption and the carbon footprint by 200–300%. In a life cycle calculation in the literature, choosing reusable surgical gowns instead of disposable surgical gowns was reported to reduce energy consumption by 64% and the carbon footprint by 66%.[34]

The USA Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reports that there are no scientific data showing that there is a difference between disposable and reusable perioperative textile preferences in preventing surgical site infections.[35] A study in the literature reported that surgeons prefer reusable surgical gowns for reasons such as ease of use and superiority in protection, but 80% of the hospitals in the USA where the study was conducted do not offer the use of reusable surgical gowns.[36] In this context, examining the current situation of ORs and reducing the use of disposable perioperative textiles with the use of reusable surgical clogs, surgical gowns and surgical caps are important.[37]

Sterilization

When the use of reusable products in the OR is considered, sterilization and the waste generated by this process should be considered.[4] A previous study reported that the sterilization of 255 pieces of laparoscopic reusable instruments (Veress cannulas, trocars, etc.) required the use of 76.5 liters of cleaning agent, 5249 kWh of energy, 373 m3 of water, and 4569 liters of steam; the use of disposable instruments resulted in the generation of 295.8 kg of household waste and 375.8 kg of plastic waste.[38] Another study reported that CO_2e emissions and water usage of reusable sets are largely due to sterilization and decontamination.[39] A study conducted in the UK reported that alcohol-based peeling solutions provide superior decontamination compared with traditional washing methods, saving 931,938 liters of water per year.[40] It was also reported that sterilizers that are not working and are on standby continue to use electricity and water and that 26% of electricity and 13% of water can be saved by turning off idle machines.[41]

Considering these studies, it is important to develop and implement sterilization and decontamination strategies that have low carbon emissions and consume less water and energy in the preparation of tools and decontamination materials for reuse.[4] However, studies on the carbon emissions of sterilization and decontamination are insufficient in the literature.

Energy Consumption

More than half of the carbon footprint of healthcare comes from energy consumption. Operating rooms use 3–6 times more energy per m^2 than whole hospital spaces do. This high energy consumption is attributed mainly to running the heating, ventilation, and air conditioning (HVAC) system at full capacity around the clock, seven days a week. While HVAC systems in hospitals account for 40% of healthcare emissions, they account for 90–99% of the energy consumption of ORs.[12] The management of HVAC systems is important for reducing the carbon footprint by saving energy.[36]

A suggestion for the ecological use of HVAC systems could be to turn off or reduce the HVAC system when ORs are not in use, either during periods of less circulation (nights, weekends, etc.). In the literature, HVAC cuts made at night and on weekends in 19 out of 22 ORs were reported to reduce HVAC energy consumption by 50%.[12] In the same study, organization was achieved by leaving the HVAC system in three emergency ORs.[12] In addition, reducing the air exchange rate from 30 to 6 in ORs that are at rest and returning it to the old air circulation before starting to use does not cause a significant difference in bacterial density; therefore, reducing the air exchange rate in ORs that are at rest provides a possible energy cost of 70%.[42-44] The issue that should be considered here is that the HVAC system should be turned on 30 minutes before the surgery starts. The HVAC system, which is completely turned off for 10 hours, ensures that the levels of particles and bacteria in the air reach acceptable levels 30 minutes after it is turned on again.[44] With these recommendations, the carbon footprint can be reduced owing to the correct management of the HVAC system.[45]

The use of radio frequency identification (RFID) technology in ventilation and air conditioning systems is also an important development. RFID, an automatic identification and data capture technology that interacts with the HVAC system, can be used to reduce energy consumption in the OR. RFID technology can control the ventilation and heating rates of an HVAC system by obtaining information about the number of personnel in the OR and the status of the surgery. A pilot study conducted in Taiwan reported that radio frequency identification technology can provide approximately 50% energy savings compared with a normal ventilation system.[46] The technology is activated when the first employee enters the OR and when the OR is needed in an emergency. In this way, energy savings are achieved while the air quality of the OR can be maintained with an automatic system.[46]

Considering that the need for ventilation and air conditioning systems is associated with the geography of the hospital, the contribution of the geography where the OR is located and the geography-specific measures to be taken to the carbon footprint are important issues. A comparison of energy consumption in regions with different weather conditions in Toronto, Calgary and Sacramento revealed that electricity consumption for cooling is five times greater in Sacramento, whereas gas use for heating is significantly greater in Calgary.[47] At this point, buildings where the OR is located should be well insulated to balance heat.[48] In addition to ventilation and air conditioning systems, the high-quality lighting used in ORs and the continuous use of electrical equipment also contribute negatively to the carbon footprint. In addition, conventional lighting used outside ORs has a large negative effect on the carbon footprint. Preferring LED

lighting instead of conventional lighting contributes positively to reducing the carbon footprint.[4,10] The NHS has also implemented this practice.[10]

Although it is not possible to reset the carbon footprint due to the nature of ORs, it is possible to reduce it with correct management. In the Glasgow Declaration to Improve Environmental Sustainability in Anesthesiology and Intensive Care, the optimization of HVAC systems, lighting and electrical equipment, sustainable energy production and prevention of energy loss were among the priority issues regarding energy consumption.[49] Accordingly, the applicability of the determined strategies is affected by the country's development level. While developed countries have adopted green operating room practices more quickly, this process is slower and more difficult in developing and underdeveloped countries. The reason for this is seen as inadequate financial resources and waste management systems, infrastructure problems, and insufficient awareness of environmentally friendly health services in developing and underdeveloped countries. However, increasing global environmental awareness and investment resources and supporting them with legal regulations will accelerate the spread of these practices.[50,51]

Anesthesia

Medical gases are needed to provide anesthesia/analgesia, assist in surgery, and ensure the operation of medical devices. Among these, oxygen (O_2), CO_2, nitrous oxide (N2O), and volatile anesthetic agents are frequently used in ORs. Inhalation anesthetics account for approximately 5% of hospital carbon emissions.[11] While only 5% of inhalation anesthetics are metabolized and eliminated from the patient's body, 95% are released into the atmosphere through the cleaning system of the anesthesia machine. The widespread use of inhalation anesthetics results in a high carbon footprint.[52] Therefore, it is important to choose anesthetic gases with a low carbon footprint risk in terms of climate change. To understand the effects of anesthetic gases on the climate, it is necessary to know the global warming potential (GWP) value. The relative warming effect of gas in the atmosphere is evaluated with respect to the GWP. CO_2 has a GWP of 1 and is used as a reference gas in determining the residence time of gases in the troposphere.[11]

The general environmental impact of anesthesia can be reduced by using low-carbon footprint inhalation agents and gas purification systems and preferring regional or total intravenous anesthesia.[29,30] In the literature, a two-group comparison of 47,157 surgeries in which intravenous anesthesia was used with both intravenous and inhalation anesthesia revealed that the use of only intravenous anesthesia reduced the carbon footprint by 20 times.[53] In the literature, in three different ORs where the carbon footprint was monitored for a year, anesthetic gases and energy consumption constituted the largest sources of greenhouse gas emissions, which supports this information.[12] In the same study, the surgical carbon footprint was reported to be 7–9 million tons per year, and anesthetic gas emissions increased 10-fold with the use of desflurane.[12] The emission from one bottle of desflurane is equivalent to the emission of 440 kg of coal.[10] Therefore, the transition from desflurane to lower carbon alternatives such as sevoflurane is one of the important changes.[10]

In the Glasgow Declaration to Improve Environmental Sustainability in Anesthesiology and Intensive Care, the preference for low-flow anesthesia, limiting the use of fluorinated gases and N2O, and choosing the right anesthesia are among the priorities.[49] In addition, it is predicted that the correct disposal of nitrous oxide can significantly reduce emissions. It is estimated that 30% of nitrous oxide remains in canisters after use. However, its recycling and environmentally friendly disposal are difficult. A new application or method is needed.[10]

One of the controversial issues is the frequency of change in anesthesia breathing circuits. No difference was observed in terms of bacterial load when anesthesia breathing circuits were changed and disinfected once every 24 hours, 48 hours or 7 days. Therefore, longer change intervals are recommended to reduce the carbon footprint and ensure sustainability.[54]

Use of Gases

Inhalers used for respiratory problems increase carbon emissions. Most of the emissions come from the propellant gas in metered-dose inhalers used to deliver more of the medication itself. A solution could be to design inhalers with low-carbon propellants. Another solution could be to use dry powder inhalers, which are clinically equivalent to the inhalers in use and have lower carbon emissions. A 30% switch to dry powder inhalers has been suggested to reduce CO_2e per year by 374 kt.[10] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) supports switching to low-carbon inhalers in its 'Asthma Patient Decision Aid'.[10]

Insufflation, which is used to expand the field of view in laparoscopic surgeries, also increases carbon emissions. Owing to the difference in surgical techniques, no carbon emission reduction recommendations have been included in the literature for this situation.

Medical Waste

Waste from the OR is considered high risk, as it can cause infection and injury. It is important to separate medical waste into at least five categories: biological waste, sharps waste, medicines, radioactive materials and general household waste to facilitate recycling. In particular, the high waste caused by single-use products brings the concept of recycling to the agenda in terms of sustainability in the OR.[52] However, excess contaminated waste can prevent the recycling of OR waste. In addition, current recycling technologies cannot separate hazardous materials from recyclable materials.[55] Considering the presence of contaminated medical waste, uncontaminated medical and nonmedical waste in the OR and their impact on the carbon footprint, the separation of uncontaminated and recyclable waste is highly important for reducing the carbon footprint. Uncontaminated medical and nonmedical waste can be recycled with methods that have lower carbon emissions because it does not pose any biological, chemical, radioactive or physical hazard. However, contaminated medical waste cannot be recycled and is mostly incinerated because of its potential to spread disease. At this point, the method of disposal of waste is also highly important. It has been reported that 21–65 kg of CO_2e is produced during the recycling of hospital waste, 569 kg of CO_2e is produced when it is decontaminated via an autoclave before low-temperature incineration via waste-to-energy, and 172–249 kg of CO_2e is produced during low-temperature incineration via waste-to-energy. It has been reported that the largest carbon emission of 1074 kg CO_2e occurs due to the burning of waste at high temperatures.[56]

In this context, implementing an effective waste management program and training and supervision of OR staff is an important initiative in reducing and recycling waste.[4] In the literature, 56% of OR staff do not know which items are recyclable, and more than 60% of them say that the greatest obstacles to recycling are a lack of hospital support and inadequate training.[57]

Propofol, which is used in anesthesia, is the most wasted drug. Emergency drugs such as atropine, epinephrine, and ephedrine are among the drug groups with the highest unused drug volumes.[58] Considering the volume of water used in the production of drugs and the water resources they mix with when discarded, there is a negative environmental impact.[11] Reducing drug waste was also among the priority issues in the Glasgow Declaration to Improve Environmental Sustainability in Anesthesiology and

Intensive Care.[49] In 2003, the Stockholm County Council established an environmental risk classification of drugs to reduce drug deposits in air, water, and soil. In this way, the environmental effects of drugs were determined to be between 0 and 9 according to the persistence-bioavailability-toxicity (PBT) index.[59] According to this index, propofol is 9 PBTs; ondansetron and buprenorphine are 6 PBTs; midazolam and bupivacaine are 5 PBTs; fentanyl, metoprolol and ketorolac are 4 PBTs; and lidocaine is 3 PBTs.[59] Propofol is an intravenous anesthetic drug with a PBT value of 9, and it has been recommended that it be destroyed by burning via a special process with a carbon filter.[60]

Documentation and Communication System

In documentation and communication, instead of paper systems, choosing more environmentally friendly and waste-free digital systems is an important step in reducing the carbon footprint. Maintaining surgical clinics and OR health care records and information systems on an electronic basis and supporting the digitalization of clinical and operational workflows and communications are important practices in becoming green ORs.[10] The digital documentation system will reduce paper consumption, waste and large-volume storage areas. This will contribute to a reduction in the concrete area ratio in the physical planning of health institutions.

Hospitalization Duration for Surgical Patients

Twenty-nine percent of the carbon footprint is due to hospitalization.[15] Minimizing the hospitalization time of inpatients is an application that can reduce the carbon footprint.[61] Preoperative and postoperative expert multidisciplinary team evaluations and continuous and effective communication with patients reduce the number of surgical cancellations and early diagnoses of complications. As a result, prolonged hospitalizations are anticipated to be reduced.[62] In the literature, increasing the number of staff involved in the preoperative evaluation in the day clinics of a university hospital reduces daily cancellation rates.[61]

Another recommendation is to plan surgery as a daily case unless there is a contraindication for low-complexity procedures (such as total hip and knee arthroplasty).[62] Here, it is important to have good institutional daily surgery infrastructure and for the practice to be adopted by the surgical team to be sustainable.[62]

Conclusion and Recommendations

Many practices in the OR increase the carbon footprint. The preferences of disposable consumables, instruments, surgical textiles in the OR, anesthesia, the energy consumption load of HVAC systems, medical waste, prolonged hospitalization periods, documentation and communication systems causing waste are the main factors that increase the carbon footprint.

Preferring reusable instruments and surgical textiles, using anesthesia and sterilization methods with low carbon footprints, using energy-efficient HVAC systems, separating the recyclable part of waste, digitizing the documentation and communication system, planning practices that reduce hospitalization time, and planning initiatives that reduce surgical and medical gas emissions can be listed as environmentally friendly practices that support sustainability and reduce the carbon footprint on the way to becoming a green OR. For these practices to be understood and adopted by the surgical team, informing and training the staff has a key role.

To achieve these goals, health authorities and policymakers can set sustainability standards, create guidelines, and offer financial incentives to become green operating rooms. Additionally, encouraging

research and innovation into anesthesia and sterilization methods with a low carbon footprint, adopting practices that will enable patients to recover faster, and accelerating the transition to digital systems can significantly reduce the environmental impact of healthcare. Sustainability training also ensure that these environmentally friendly practices are effectively implemented and will help to spread such practices.

Acknowledgments

The author declared no potential conflicts of interest.

Author Contributions

Öykü Kara: Design, data collection and processing, interpretation, literature review, writing the article, critical review.

Ezgi Seyhan Ak: Idea/concept, supervision, interpretation, writing the article, critical review.

References

1. World Health Organization. COP24 Special Report Health & Climate Change 2018;1-74. [updated 2018; cited 2024 Aug 4] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276405/9789241514972-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. World Health Organization, (2023). Climate change. [updated 2023; cited 2024 Aug 4] Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health
3. MGM, Meteoroloji Genel Müdürlüğü Araştırma Dairesi Başkanlığı Klimatoloji Şube Müdürlüğü. Yeni senaryolar ile Türkiye iklim projeksiyonları ve iklim değişikliği TR2015-CC [updated 2015; cited 2024 Aug 1] Available from: https://www.mgm.gov.tr/iklim/iklim-degisikligi.aspx
4. Pradere B, et al. Sustainability task force of the french association of urology. Climate-smart actions in the operating theatre for improving sustainability practices: A systematic review. Eur Urol 2023;83(4):331-42.
5. Watts N, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. The Lancet 2021;397(10269):129-170.
6. Tennison I, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. The Lancet Planetary Health 2021;5(2): e84-e92.
7. Chung JW, Meltzer DO. Estimate of the carbon footprint of the US health care sector. Jama 2009;302(18):1970-1972.
8. World Health Organization, (2022). Alliance for transformative action on climate and health. [updated 2022; cited 2024 Aug 4] Available from: https://www.who.int/initiatives/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health
9. United Nations-UN, New York. The Paris Agreement. Article 2 [updated 2015; cited 2024 July 27] Available from https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf
10. National Health Service. Delivering a 'net zero' National Health Service. London: NHS England and NHS Improvement. [updated 2020; cited 2024 Aug 5] Available from: https://www.england.nhs.uk/greenernhs/wp-content/uploads/sites/51/2020/10/delivering-a-net-zero-national-health-service.pdf
11. İnan G, Özköse Şatırlar Z. Anestezinin küresel ısınmaya etkisi ve sürdürülebilir anestezi gerçeği. Journal of Anesthesia 2023;31(4):253-266.
12. MacNeill AJ, et al. The impact of surgery on global climate: a carbon footprinting study of operating theatres in three health systems. The Lancet Planetary Health 2017;1(9):e381-e388.
13. Rizan C, et al. The carbon footprint of products used in five common surgical operations: identifying contributing products and processes. Journal of the Royal Society of Medicine 2023;116(6):199-213.
14. Wormer BA, et al. The green operating room: simple changes to reduce cost and our carbon footprint. The American Surgeon 2013;79(7):666-671.
15. Whiting A, et al. Surgery and the NHS carbon footprint. The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England 2020;102(5):182-185.
16. de'Angelis N, et al. Systematic review of carbon footprint of surgical procedures. Journal of Visceral Surgery 2023;161(2):7-14.
17. Robinson PN, et al. The carbon footprint of surgical operations: a systematic review update. The Annals of The Royal College of Surgeons of England 2023;105(8):692-708.
18. Papadopoulou A, et al. Environmental sustainability in robotic and laparoscopic surgery: systematic review. British Journal of Surgery 2022;109(10):921-932.
19. Cannon J, et al. Carbon footprint of tonsillectomy. The Surgeon 2024;22(4):242-247.

20. John JB, et al. The carbon footprint of the perioperative transurethral resection of bladder tumor pathway. BJU International 2024;1-10.
21. Pascual-Prieto J, et al. The carbon footprint of cataract surgery in Spain. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología 2023;98(5):249-253.
22. Tsagkaris C, et al. Eco-friendly and COVID-19 friendly? decreasing the carbon footprint of the operating room in the COVID-19 era. Diseases 2023;11(4):157-1-13.
23. Woods DL, et al. Carbon footprint of robotically-assisted laparoscopy, laparoscopy and laparotomy: a comparison. The International Journal of Medical Robotics and Computer Assisted Surgery 2015;11(4):406-412.
24. Drew J, et al. Operating in a climate crisis: a state-of-the-science review of life cycle assessment within surgical and anesthetic care. Environmental Health Perspectives 2021;129(7):076001-1-18.
25. World Health Organization. WHO Infection Control Guidelines for transmissible spongiform encephalopathies: report of a WHO consultation, Geneva, Switzerland, 23-26 March 1999 (No. WHO/CDS/CSR/APH/2000.3). World Health Organization. [updated 2000; cited 2024 Aug 5] Available from: https://iris.who.int/handle/10665/66707
26. Maria-Alexandra P, Malherbe S. Environmentally sustainable perioperative medicine: simple strategies for anesthetic practice. Canadian Journal of Anesthesia 2020;67(8):1044-1063.
27. Sherman JD, et al. Life cycle assessment and costing methods for device procurement: comparing reusable and single-use disposable laryngoscopes. Anesthesia & Analgesia 2018;127(2):434-443.
28. Hauser OP, et al. Cooperating with the future. Nature 2014;511(7508):220-223.
29. White SM, et al. Principles of environmentally-sustainable anesthesia: a global consensus statement from the World Federation of Societies of Anesthesiologists. Anesthesia 2022;77(2):201-212.
30. Bhutta MF. Our overreliance on single-use equipment in the operating theatre is misguided, irrational and harmful to our planet. The Annals of The Royal College of Surgeons of England 2021;103(10):709-712.
31. Rizan C, Bhutta MF. Strategy for net-zero carbon surgery. British Journal of Surgery 2021;108(7):737-739.
32. Sathe TS, et al. Instrument and supply variability: an opportunity to reduce the carbon footprint of the operating room. Journal of Surgical Research 2024; 295:732-739.
33. Chang JH, et al. Does reusable mean green? Comparison of the environmental impact of reusable operating room bed covers and lift sheets versus single-use. The Surgeon 2024;22(4):236-241.
34. Vozzola E, et al. An environmental analysis of reusable and disposable surgical gowns. AORN Journal 2020;111(3):315-325.
35. US Food and Drug Administration. Medical gowns Silver Spring FDA, MD [updated 2018; cited 2024 Aug 4] Available from: https://www.fda.gov/medical-devices/personalprotective-equipment-infection-control/medicalgowns
36. Yates EF, et al. Empowering surgeons, anesthesiologists, and obstetricians to incorporate environmental sustainability in the operating room. Annals of Surgery 2021;273(6):1108-1114.
37. McGain F, et al. Why be sustainable? The Australian and New Zealand College of Anesthetists Professional Document PS64: Statement on environmental sustainability in anesthesia and pain medicine practice and its accompanying background paper. Anesthesia and Intensive Care 2019;47(5):413-422.
38. McEvoy B et al. Advancing the sustainable use of ethylene oxide through process validation. Biomedical Instrumentation & Technology 2021;55(s3):35-44.
39. McGain F, et al. A life cycle assessment of reusable and single-use central venous catheter insertion kits. Anesthesia & Analgesia 2012;114(5):1073-1080.
40. Jehle K, et al. Clean and green: saving water in the operating theatre. The Annals of The Royal College of Surgeons of England 2008;90(1):22-24.
41. McGain F, et al. Hospital steam sterilizer usage: could we switch off to save electricity and water? Journal of Health Services Research & Policy 2016;21(3):166-171.
42. McGain F, et al. Environmental sustainability in anesthesia and critical care. British Journal of Anesthesia 2020;125(5):680-692.
43. Lee S, et al. Effect of ventilation rate on air cleanliness and energy consumption in operation rooms at rest. Environmental Monitoring and Assessment 2018; 190:1-9.
44. Traversari AA, et al. Effect of switching off unidirectional downflow systems of operating theaters during prolonged inactivity on the period before the operating theater can safely be used. American Journal of Infection Control 2017;45(2):139-144.
45. Teke A, Timur O. Assessing the energy efficiency improvement potentials of HVAC systems considering economic and environmental aspects at the hospitals. Renewable and Sustainable Energy Reviews 2014; 33:224-235.
46. Lin J et al. Applied patent RFID systems for building reacting HEPA air ventilation system in hospital operation rooms. Journal of Medical Systems 2012; 36:3399-3405.
47. Jarvis I, Vahabi F. Operating room ventilation systems best practices guide for energy efficiency, health and safety, a greening health care research project. Greening Health Care 2017;1-18.

48. Holzmueller CG, How health care organizations can reduce their carbon footprint. Quality Management in Healthcare 2021;30(1):46-48.
49. Buhre W, et al. The Glasgow declaration on sustainability in anesthesiology and intensive care. Eur J Anesthesiol 2023;40(7):461-4.
50. Mills A. Health care systems in low-and middle-income countries. N Engl J Med 2014;370(6):552-557.
51. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health 2018;6(11): e1196-e1252.
52. Herr MM, et al. Lost in the ether: the environmental impact of anesthesia. Operative Techniques in Orthopedics 2022;32(4):100997-1-8.
53. Bernat M, et al. Reducing the carbon footprint of general anesthesia: a comparison of total intravenous anesthesia vs. a mixed anesthetic strategy in 47,157 adult patients. Anesthesia 2024;79(3):309-317.
54. McGain F, et al. The microbiological and sustainability effects of washing anesthesia breathing circuits less frequently. Anesthesia 2014;69(4):337-342.
55. Yeoh CB, et al. Tollinche LE. Challenges of going green in the operating room. Anaesth Surg Open Access J 2020;2(1):000527.
56. Rizan C, et al. The carbon footprint of waste streams in a UK hospital. Journal of Cleaner Production 2021; 286:125446-1-10.
57. Petre MA, et al. A national survey on attitudes and barriers on recycling and environmental sustainability efforts among Canadian anesthesiologists: an opportunity for knowledge translation. Canadian Journal of Anesthesia 2019;66(3):272-286.
58. Gordon D. Sustainability in the operating room: reducing our impact on the planet. Anesthesiol Clin 2020; 38(3):679-92.
59. Salgueirinho C, Pereira H. The anesthesiologist and global climate change: An ethical obligation to act and being scientifically rigorous. Eur J Anesthesiol 2022;39(10):840.
60. Waspe J, Orr T. Environmental risk assessment of propofol in wastewater: a narrative review of regulatory guidelines. Anesthesia 2023;78(3):337-42.
61. Snowden C, Swart M. Anesthesia and perioperative medicine: GIRFT Programme national specialty report. London, UK: Getting It Right First Time, NHS England and NHS Improvement. [updated 2021; cited 2024 July 24] Available from: https://gettingitrightfirsttime.co.uk/
62. Van Hove M, et al. Unwarranted variation and the goal of net zero for the NHS in England: exploring the link between efficiency working, patient outcomes and carbon footprint. Anesthesia 2024;79(3):284-292.

Tıp Alanında ChatGPT Kullanımının Etik Açıdan İncelenmesi*

An Ethical Examination of ChatGPT Use in the Field of Medicine

Belkıs Birden[i]

[i]Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD. https://orcid.org/0000-0002-6144-4292

ÖZ

Chat Generative Pre-Trained Transformer, (ChatGPT) OpenAI tarafından geliştirilen ve 30 Kasım 2022 tarihinde piyasaya sürülen bir dil modelidir. Yapay zekâ (YZ) destekli bu chatbot, tıp ve diğer sektörlerde giderek daha önemli hale gelmektedir. Yapılan çalışmalar, ChatGPT'nin bireylerin kendileri hakkında bilinçli sağlık kararları almalarına ve sağlık profesyonellerine araştırma konularını belirleme, tasarlama, teşhis yöntemlerini belirleme ve hastalık sonuçlarını tahmin etme gibi konularda yardımcı olduğunu göstermektedir. Bunun yanında ChatGPT'nin tıp eğitiminin çeşitli alanlarında kullanıldığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır.

Bu çalışma, ChatGPT'nin tıbbın farklı alanlarında kullanımıyla ilgili etik sorunları incelemeyi amaçlamaktadır. Klinik uygulamalarda, akademik çalışmalarda ve eğitim süreçlerinde küresel bir tartışma konusu haline gelen ChatGPT ile ilgili faydaları, riskleri ve etik sorunları analiz etmek önem taşımaktadır. Tıp alanındaki değer çatışmalarını çözmeye yönelik önemli etik yaklaşımlardan biri, temel etik ilkeleri kapsayan İlkecilik'tir. Bu çalışma, etik sorunlara yönelik çözümleri araştırmakta ve ChatGPT'nin doğru kullanımına ilişkin yanıtları ele almaktadır. Araştırmacıların ve sağlık çalışanlarının ChatGPT gibi YZ uygulamalarını kullanırken mesleki etik kurallara uymaları gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: ChatGPT, Yapay Zekâ (YZ), Tıp, Etik, Etik Sorunlar.

ABSTRACT

Chat Generative Pre-Trained Transformer (ChatGPT) is a language model developed by OpenAI and released on November 30, 2022. This artificial intelligence (AI)-powered chatbot is increasingly significant in medicine and other sectors. Studies show that ChatGPT helps individuals make informed health decisions about themselves. and healthcare professionals to identify and design research topics, determine diagnostic methods and predict disease outcomes. In addition, studies are showing that ChatGPT is used in various fields of medical education.

This study aims to examine the ethical issues associated with ChatGPT's use across different fields of medicine. It is crucial to analyze the benefits, risks, and ethical issues related to ChatGPT, which has rapidly become a global topic of discussion in clinical applications, academic research, and educational processes in medicine. One of the important ethical theory for resolving value conflicts in medicine is Principlism, which encompasses fundamental ethical principles. This study explores solutions to ethical problems and addresses responses to the appropriate use of ChatGPT. It emphasizes that researchers and healthcare professionals should adhere to professional ethical standards when utilizing AI applications like ChatGPT.

Keywords: ChatGPT, Artificial Intelligence (AI), Medicine, Ethics, Ethical Issues

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):400-406
DOI: 10.31020/mutftd.1553518
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 20 Eylül 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 10 Ocak 2025
İletişim - Correspondence Author: Belkıs Birden <blksbrdn@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Son yıllarda yapay zekâ (YZ) alanı oldukça ilerlemiş ve Chat Generative Pre-Trained Transformer (ChatGPT) gibi üretici dil modelleri tıp da dâhil olmak üzere tüm sektörleri temelden etkilemiştir.[1] ChatGPT, insan benzeri yanıtlar oluşturma yeteneğine sahip bir YZ uygulaması olarak Şubat 2023'te piyasaya sürüldüğünden beri, bu teknolojiye ilişkin alanyazın yeni uygulamalarla hızla gelişmektedir.[1,2] ChatGPT, tıp ve sağlık bilimlerinde teşhis, hastalık yönetimi, tedavi rejimleri, akademik çalışmaları yazma desteği gibi çok çeşitli alanlarda uygulama potansiyeli sunmaktadır.[3,4] Yapılan bazı çalışmalar ChatGPT'nin öğrenmeyi ve fikir üretimini artırdığını vurgulamaktadır; bunun yanında üretilen bilginin doğruluğu ve gerçekliği konusunda ChatGPT'ye duyulan aşırı güvenin, pek çok açıdan tehlike oluşturabileceği belirtilmektedir.[1,5]

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve bilimsel araştırma sürecinde yaşanan dijital dönüşüm, ChatGPT kullanımı ile gizlilik, güvenlik ve şeffaflık gibi konularda çeşitli etik sorunları ön plana çıkarmıştır.[6] Bu durum bilimsel araştırmalarda onam ve mahremiyet kavramlarının işleyişini karmaşık bir hale getirmiş, bazı durumlarda ise araştırma etiğinin temel ilkelerine bağlı kalınmaması sonucunda birtakım etik sorun alanlarını ortaya çıkarmıştır.[7]

Ulusal ve uluslararası alanyazında ChatGPT'nin tıp alanında kullanımını etik bağlamda ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ChatGPT'nin tıp alanında kullanımından kaynaklanan etik sorunlar ve bu sorun alanlarına yönelik çözüm önerileri, alanyazın incelemesine dayalı olarak ele alınmaktadır.

Etik Alan

Ahlaki değerler felsefesi olarak tanımlanan etik, felsefenin bir alt disiplinidir. İyi-kötü değerlendirmeleri yapmak için nelerin dikkate alındığını inceleyen ve gerekçelendiren bir alandır. Etik, sadece bir eylemin sınırlarını tanımlamak ve gerekçelendirmek için değil, aynı zamanda kişiyi ve kişiliği ortaya çıkarmak için de vardır ve etik sorunlar hakkında bilgi sağlayan bir alandır.[8,9] Tıbbın uygulanması sürecinde ortaya çıkan değer sorunları tıp etiğinin temel konusunu oluşturmaktadır.[10] Tıp alanında ortaya çıkan etik sorunların çözümünde Beauchamp ve Childress tarafından geliştirilen *temel etik ilkeler* ya da *İlkecilik* önemli etik yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir.[11] Bu bağlamda dört temel etik ilke; *zarar vermeme* ("başkalarına zarar vermeme"), *yarar sağlama* ("başkaları için iyilik yapma"), *özerkliğe saygı* ("bireylerin özgürlüğü ve seçimi") ve *adalet*'tir ("maddi ve sosyal kaynakların dağıtımını, hakları ve işbirliği koşullarını içerecek şekilde geniş bir anlamı içerir.").[11] Ek olarak *dürüstlük*, *mahremiyete saygı* ve *sır saklama* ilkeleri de temel etik ilkelerle ilişkili önemli ilkeler arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanları, karşılaştıkları herhangi bir etik sorunda *temel etik ilkeler*'e başvurarak değer çatışmalarını (çatışan ilkeleri) tespit edebilir, çözüme giden yolda hangisinin üstün gelmesi gerektiğini belirleyebilir ve gerekirse etik danışmanlık alabilirler.[10]

ChatGPT ile İlgili Fırsatlar, Sınırlılıklar ve Etik Sorunlar

Teknolojik ilerlemeler gerçekleşirken toplumların bu yeniliklerden nasıl ve hangi ölçüde yararlanabildikleri konusunda öne sürülen görüşlerden biri, teknolojinin, toplumların büyük bir kesiminden çok öncelikli olarak belirli gruplara fayda sağladığı yönündedir.[12] Toplumdaki üst sınıflar yeni teknolojilere hızlı bir şekilde erişirken, alt sınıflar bundan aynı biçimde yararlanamamakta ve bu durum teknolojik adaletsizliğe yol açabilmektedir.[12] ChatGPT'nin mevcut koşullarda ücretsiz olarak kullanılabiliyor olmasının yanında, ücretli sürümünün olması ve böylece sağlanan hizmetlerin çeşitliliği, farklı sosyo-ekonomik gruplar dikkate alındığında toplumdaki eşitsizliklerin artmasına neden olan bir etmen olarak değerlendirilebilir.[13] ChatGPT,

akademik ve eğitim sürecine katkılarının yanı sıra (örneğin ChatGPT desteği ile çalışmaların hızlı bir şekilde organize edilerek zamandan tasarruf sağlanması), hasta eğitiminde, hastalara, hasta yakınlarına ve halka bilgi sağlama konusunda, ruh sağlığı sorunlarının teşhisinde, klinik karar desteği gibi klinik sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde giderek dönüştürücü bir rol oynamaktadır.[1,6,14] ChatGPT'nin insan-makine etkileşiminde insanları süreçlerden dışlayan bir YZ uygulaması olarak değil, insan yeteneklerini destekleyen bir araç olarak değerlendirilebileceği, sağlık profesyonellerinin mesleki becerilerini güçlendiren ve karar alma süreçlerine katkı sağlayan bir yardımcı olarak benimsenebileceği de belirtilmektedir.[12] Tıp alanında kullanımından kaynaklanan bazı sorunlar ve sınırlılıklar arasında ChatGPT tarafından derlenen bilgilerin her zaman doğru olmaması, "halüsinasyon" şeklinde tanımlanan gerçeklere dayanmayan uydurma bilgiler üretmesi, tıpta gerekli olan karmaşık görevleri yerine getirme yeteneğinden yoksun olması ve belirli grupları veya fikirleri destekleyerek bireyler için adil olmayan sonuçlara yol açabilecek önyargılı veya yanlış veriler üretebilmesi yer almaktadır.[1,12,14] Üretilen sonuçlar ilgili kişi tarafından dikkatli bir şekilde değerlendirilmediğinde, yanlış bilgilerin yayılma riski vardır.[12] ChatGPT, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltabilir ve onlara klinik karar verme sürecinde destek sunabilir. Bunun yanında, malpraktis gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıktığında etik ve yasal sorunlar oluşturabilir.[1]

ChatGPT ve Hekim-Hasta İlişkisi

ChatGPT gibi YZ uygulamalarının tıp alanında kullanımı, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan, kişisel etkileşimlere ve güvene dayanan hekim-hasta ilişkisini etkileyebilir.[12] ChatGPT gibi bir YZ uygulaması, hastaların ihtiyaçlarına hızlı yanıtlar sunabilir, ancak insana özgü bir özellik olan empati kurma konusunda yetersiz kalabilir.[15] ChatGPT'nin klinik sağlık hizmetlerine entegrasyonu, karar alma süreçlerine dahil olmasıyla, hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların kararlarını gölgede bırakarak özerklik ve saygınlıklarını tehdit edebilir.[12] Tıbbi uygulamalarda istenmeyen kazalar meydana geldiğinde sorumluluğun hangi tarafta olduğu belirsizliğini korumaktadır ve bu faktörler değerlendirildiğinde insanların, tıp alanına ve sağlık profesyonellerine duyduğu güvenin zedelenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.[1,12] Hastanın zarar gördüğü durumlarda yasal açıdan sorumluluğun belirlenmesi karmaşık bir konu haline gelmektedir.[15] Böyle bir durumda YZ sistemini geliştiren şirket olan OpenAI mı, hasta mı yoksa bu teknolojiyi kullanan sağlık kuruluşu mu sorumlu tutulacaktır? Sorunun yanıtı net bir şekilde verilememekte ve bu belirsizlik, ChatGPT'nin sağlık hizmetlerinde kullanımına ilişkin sorumluluğu açıkça tanımlamak ve tahsis etmek için kapsamlı yasal çerçevelere ve kılavuzlara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.[15]

ChatGPT ve Şeffaflık-Açıklanabilirlik

Şeffaflık ve açıklanabilirlik kavramları, ChatGPT gibi YZ uygulamaları tarafından üretilen teşhisleri veya tedavi önerilerini anlama ve değerlendirme konularında çeşitli zorluklar oluşturabilir.[12] Şeffaflık, YZ sistemlerinin nasıl çalıştığını, kararlar aldığını ve çıktılar ürettiğini açık bir şekilde ortaya koymayı; açıklanabilirlik ise şeffaflığın bir bileşeni olarak YZ sistemleri tarafından verilen kararların ve sonuçların altında yatan süreçlerin anlaşılabilir olmasını ifade etmektedir.[15] Şeffaflık ve açıklanabilirlik, sağlık profesyonelleri ve hastalar gibi kullanıcıların YZ sistemlerine güvenmeleri ve çıktıların arkasındaki nedenleri anlayabilmeleri için gereklidir.[15] Bu sistemlerin şeffaflığı ve açıklanabilirliği arttıkça, kontrol ve sorumluluklar da paylaşılabilir.[12] Sonuç olarak tıp alanında YZ sisteminin üretildiği ve kullanıldığı bağlam daha iyi anlaşılabilir, faydaların ve risklerin farkında olunarak insan-makine ilişkisi daha rasyonel bir temel üzerine kurulabilir.[12]

ChatGPT ve Algoritmik Yanlılık (Bias)

Algoritmik yanlılık, algoritmaların kendi içindeki tasarım, uygulama veya karar verme süreçlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan adil olmayan çıktıları ifade etmektedir ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi sonuçlar doğurabilecek klinik hatalara neden olmaktadır.[15] Bu bakımdan YZ veri setlerinin yalnızca belirli bir demografi temel alınarak dar bir şekilde temsil edilmesi, bu demografinin dışındaki gruplar için sistemin yanlı sonuçlar üretebilmesine yol açmaktadır.[12] Örneğin sadece Batı toplumlarından elde edilen verilerle eğitilen bir YZ sistemi, Asyalı bireylere tanı koyma sürecinde yanlı sonuçlara neden olabilir. [12] Yanlılık genel olarak ırk, etnik köken, din, yaş ve cinsiyet gibi faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve toplumda bazı kişilerin ya da grupların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasını engellemektedir.[16] Bu durum temel etik ilkelerden biri olan ve sağlık profesyonellerinin göz önünde bulundurması gereken adalet ilkesinin ihlali anlamına gelmektedir.[16] Yanlış tanı ve tedavilerin uygulanmasıyla sağlık hizmetlerinde güven kaybına neden olan yanlılığın önlenmesinde algoritmaların titizlikle test edilmesi, düzenlenmesi ve algoritmik şeffaflığın sağlanması elzemdir.[15]

ChatGPT ve Mahremiyet

ChatGPT gibi YZ uygulamalarının tıp alanında kullanımı, hasta mahremiyetinin korunmasında birtakım riskleri barındırmaktadır.[1,15] ChatGPT, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile etkileşime girdiğinde, test sonuçları ve teşhisler gibi kişisel sağlık bilgilerini toplayabilir ve saklayabilir. Hasta verilerinin toplanması, saklanması ve işlenmesi sürecinde kişisel verilerin nasıl korunacağı önemli etik kaygılar arasında yer almaktadır.[15] Sağlık hizmetlerinin sunumunda ChatGPT kullanımı ile hastalardan aydınlatılmış onam alınmadan verilere erişilebilmesi, sağlık profesyonellerinin temel etik yükümlülüklerinden birisi olan aydınlatılmış onamın uygun bir şekilde işletilmesi sürecini olumsuz etkilemektedir.[1] Mahremiyet konusunda ortaya çıkan endişelerin giderilmesinin yollarından biri, ChatGPT gibi YZ uygulamalarının eğitim veri setlerinin ve işleyişinin kamu ile paylaşılmasıdır.[17]

ChatGPT ve Tıp Eğitimi

ChatGPT, özellikle yükseköğretimde öğrenmeyi destekleyici bir araç olarak güçlü bir potansiyele sahip görülmektedir.[5] Tıp eğitiminde karmaşık tıbbi terimleri anlayıp açıklayabilmekte ve kişiselleştirilmiş teşhis ve tedavi sorularına yanıt verebilmektedir.[5] ChatGPT'nin tıp eğitiminin çeşitli alanlarında kullanıldığı ve Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp eğitimi almak için başvurulan bir sınavı, *United States Medical Licensing Examination* (*USMLE*) başarıyla geçerek üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin puanlarına eşdeğer puanlar elde ettiği yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.[1,3,18,19] Diğer taraftan ChatGPT'nin öğrencilerin motivasyonunu ve eleştirel düşünme becerilerini olumsuz etkileyebileceğini öne süren bazı çalışmalar da bulunmaktadır.[5] Son yıllarda ChatGPT'nin farklı alanlarda kullanımı, bilimsel yayınlarda da etik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.[18] Bilimsel yayın sürecinde ortaya çıkan değer sorunlarını inceleyen yayın etiği kapsamında ChatGPT ile ilgili öne çıkan konular, intihal (aşırma, plagiarism) ve yazarlık hakkı sorunlarıdır.[4] İntihal kısaca bir kişinin eserinde başkalarının ifadelerini uygun şekilde kaynak göstermeden sunması ve kendisine aitmiş gibi göstermesi şeklinde ortaya çıkabilen, etik dışı bir davranıştır ve ChatGPT tarafından başkalarının çalışmalarını uygun şekilde kaynak göstermeden gerçekleştirilebilir.[4]

ChatGPT Yazar Olabilir mi?

ChatGPT'nin tıp alanındaki bilimsel araştırmalara yazar olarak dâhil edilip edilmemesi etik açıdan tartışma konularından bir diğerini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bazı akademik yayın platformlarının ChatGPT'yi tıpkı bir araştırmacı gibi çalışmanın ortak yazarı olarak kabul ettiği görülmektedir.[20,21,22,23] Buna karşın, *Committee on Publication Ethics* (COPE) ve *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) gibi yayın etiği konusunda önemli uluslararası kuruluşlar, ChatGPT'nin

bilimsel araştırmalarda yazar olarak gösterilmesinin bilimsel ve etik açıdan doğru olmadığını belirtmektedir.[20,23] ICMJE'nin yazarlığa ilişkin kılavuz ilkeleri bu bağlamda önem taşımaktadır. Yazar olabilmenin koşulları; çalışmaya büyük bir oranda katkı sunulması, içeriğin eleştirel incelenmesi, yayınlanmadan önce taslağın son halinin onaylanması, yayınlanan çalışmanın bütünlüğü ve doğruluğu için hesap verilebilmesi şeklinde açıklanmaktadır.[24]

Yazarlık kriterleri arasında yer alan hesap verebilirlik ve sorumluluk gibi kavramlar doğası gereği insanlar için kullanılagelmiştir.[9] Bu noktada akla ilk gelen, insan olmayan bir varlık olan ChatGPT gibi bir YZ uygulamasının yazarlık kriterlerini karşılayamayacağı ve yazarlık hakkına sahip olamayacağıdır. Bu noktada araştırma etiğine yönelik yapılan kısa bir inceleme, bu tür olayların daha önce de yaşandığını ve tartışmaların ilk olmadığını göstermektedir. 1978 yılında *Journal of Experimental Medical* isimli bir dergide (148, 84-92) P. Matzinger ve G. Mirkwood bir makale yayınlamıştır. Makalenin yayınlanmasının ardından yazarlar arasında yer alan Mirkwood merak edilmiş ve kim olduğunun bilinmediği ortaya çıkmıştır. Bunun üzerine çalışmanın yazarlarından biri olan Matzinger, Mirkwood'un köpeği olduğunu beyan etmiştir. Matzinger, köpeği Mirkwood'u yazar olarak yazmasının gerekçesini ise şu şekilde açıklamıştır: Çalışmaları sırasında köpeğinin yanında bulunduğunu, bu durumun kendisi için bir tür destek olduğunu ve bilimsel çalışmalarda adları geçen birçok yazarın herhangi bir katkı sunmadan da yer alabildiklerini yani haksız yazarlığın yaygınlığını mizahi açıdan göstermek için bu yola başvurduğunu açıklamıştır. Açıklamaların ardından dergi editörü, Matzinger'in hiçbir makalesini dergide yayımlamayacağını ifade etmiştir.[25]

ChatGPT'nin bilimsel bir çalışmada yazar olup olamayacağı konusunda hak kavramına değinmek gereklidir. Hak kavramının öncelikli olarak insanlar için kullanıldığı, diğer bir ifadeyle insan-merkezli olduğu belirtilmektedir.[26] Ancak etik, sadece insanla ilgili konuları inceleyen bir disiplin değildir ve çevre etiği gibi insan dışı varlıkları konu edinen alt alanlara sahiptir. Hak kavramına bu perspektiften bakıldığında insan dışı varlıkların haklara sahip olup olmadıklarının etik açıdan tartışıldığı görülmektedir.[27] Çevre etiği, insanlar ile çevre arasındaki ilişkiyi ahlaki açıdan inceleyen bir disiplindir.[27] Hak kavramı konusunda çevre etiğinde vurgulanması gereken ilk düşünürlerden biri, Peter Singer'dır. Singer, insan olmayan varlıklar için (burada kastedilen hayvanlardır) haklar konusuna farklı bir boyut kazandırmıştır.[26,27] Singer, hayvanlar gibi haz ve acı duyabilen varlıkların ahlaki çıkarları ve dolayısıyla hakları olduğunu öne sürerek bir varlığın hak sahibi olabilmesini, acı ve haz duyma yetisine bağlamıştır.[26] Konuya, bu bakış açısıyla yaklaşıldığında insan olmayan bir YZ uygulaması olan ChatGPT, hazzı ve acıyı deneyimleme yetisinden yoksundur, bu nedenle ahlaki çıkarlara ve haklara sahip değildir.

Sonuç Yerine

Günümüzde kendi kendine karar verebilen, ChatGPT gibi akıllı YZ uygulamaları düşünüldüğünde, bilim dünyasına sunulan katkı göz ardı edilmemelidir. Ancak bu durum, bilimsel çalışmalarda ChatGPT'nin ortak yazar olarak yer almasının kabul edilebileceği anlamına da gelmemektedir. Diğer teknolojik gelişmelerde olduğu gibi ChatGPT'nin tıp alanında kullanımının mesleki uygulamalar üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, güvene dayalı olarak hekim-hasta ilişkisini sürdürmek ve bilimsel araştırmaları ilerletmek için, sağlık profesyonellerinin ve araştırmacıların *zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğe saygı, adalet, mahremiyet, sır saklama* gibi temel etik ilkelere bağlı kalmaları esastır. Örneğin, ChatGPT aracılığıyla hasta verilerine uygun şekilde aydınlatılmış onam alınmadan erişilmesi, özerkliğe saygı ilkesini diğer bir ifadeyle hasta haklarını ihlal etmektedir. Akademik dürüstlüğün ve mesleki standartların korunması, ChatGPT'nin sorumlu bir şekilde kullanılması ile mümkündür. Bunun için araştırmacılara ChatGPT kullandıkları takdirde çalışmalarının *Teşekkür* veya *Gereç ve Yöntem*

bölümlerinde ChatGPT'nin hangi sürümünü, çalışmanın hangi aşamalarında ve ne ölçüde kullandıklarını belirten bir ifade eklemeleri önerilmektedir.

ChatGPT'nin doğru, eksik ve yanlış kullanımı konusunda sağlık profesyonelleri ve araştırmacılar kadar tıp ve sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin bilgi sahibi olması kritik bir önem taşımaktadır. "Oyun değiştirici" olarak ifade edilen ChatGPT hakkında Türkiye özelinde müfredatların güncellenmesi, tıp alanına özgü etik rehberlerin hazırlanması ve tıp başta olmak üzere birçok alanda toplumun geniş kesimlerinin yararına sunulabilmesi için yasal düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

Bilgi

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

Bu çalışma 15. Tıp Bilişimi Kongresi'nde (31 Mayıs 2024, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Wong RSY, Ming LC, Raja Ali RA. The Intersection of ChatGPT, Clinical Medicine, and Medical Education. JMIR Medical Education 2023;9:1-8.
2. Roumeliotis KI, Tselikas ND. ChatGPT and open-AI models: A Preliminary Review. Future Internet 2023;15(6): 192.
3. Sumbal A, Sumbal R, Amir A. Can ChatGPT-3.5 Pass a Medical Exam? A Systematic Review of ChatGPT's Performance in Academic Testing. Journal of Medical Education and Curricular Development 2024;11:1-12.
4. Salvagno M, Taccone F, Gerli AG. Can Artificial Intelligence Help for Scientific Writing? Critical Care 2023;27(75):2-5.
5. Malik A, Khan ML, Hussain K. How is ChatGPT Transforming Academia? Examining its Impact on Teaching, Research, Assessment, and Learning. SSRN Electronic Journal 2023. Available from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4413516#paper-citations-widget (accessed on 17 May 2024).
6. Altamimi I, et al. Artificial Intelligence (AI) Chatbots in Medicine: A Supplement, Not a Substitute. Cureus 2023;15(6):e40922.
7. Samuel G, Chubb J, Derrick G. Boundaries Between Research Ethics and Ethical Research Use in Artificial Intelligence Health Research. Journal of Empirical Research on Human Research Ethics 2021;16(3):325-337.
8. Bendel O. Image Synthesis from an Ethical Perspective. AI & Society 2023.
9. Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Dictionary of Bioethical Terms. Philosophical Society of Türkiye 2005. Ankara.
10. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Medical Principles and Practice 2021;30(1):17-28.
11. Keeling M, Bellefleur O. "Principlism" and Frameworks in Public Health Ethics. Montréal, Québec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy 2016. Available from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ncchpp.ca/docs/2016_Ethics_Principlism_En.pdf (accessed on 7 May 2024).
12. Uygun İlikhan S, et al. How to Mitigate the Risks of Deployment of Artificial İntelligence in Medicine? Turkish Journal of Medical Sciences 2024;54(3):483-492.
13. Liebrenz M, et al. Generating scholarly content with ChatGPT: ethical challenges for medical publishing. Lancet Digit Health 2023;5(3):e105-e106.
14. Wen J, Wang W. The Future of ChatGPT in Academic Research and Publishing: A Commentary for Clinical and Translational Medicine. Clinical and Translational Medicine 2023;13(3):e1207.
15. Wang C, et al. Ethical Considerations of Using ChatGPT in Health Care. Journal of Medical Internet Research 2023;25:e48009.
16. Abràmoff MD, et al. Considerations for Addressing Bias in Artificial İntelligence for Health Equity. npj Digital Med 2023;6(1):170.
17. Özparlak BO, Çetin M. ChatGPT ve Üretici Yapay Zekâ Modellerinde Mahremiyet ve Güvenliğin Hukuki Boyutu. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2023;29(2):1003-1040.
18. Mbakwe AB, et al. ChatGPT Passing USMLE Shines a Spotlight on the Flaws of Medical Education. PLOS Digital Health 2023;2(2):e0000205
19. Gilson A, et al. How does ChatGPT Perform on the United States Medical Licensing Examination? The implications of large language models for medical education and knowledge assessment. JMIR Medical Education 2023;9:e45312.
20. Rahimi F, Abadi ATB. ChatGPT and Publication Ethics. Archives of Medical Research 2023;54(3):272-274.

21. ChatGPT, Zhavoronkov A. Rapamycin in the Context of Pascal's Wager: Generative Pre-trained Transformer Perspective. Oncoscience 2022;9:82-84.
22. O'Connor S, ChatGPT. Open Artificial Intelligence Platforms in Nursing Education: Tools for Academic Progress or Abuse? Nurse Education in Practice 2023;66:1-2.
23. Stokel-Walker C. ChatGPT Listed as Author on Research Papers: Many Scientists Disapprove. Nature 2023;613(7945):620–621.
24. International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE. Defining the Role of Authors and Contributors. 2024. Available from https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html (accessed on 4 April 2024).
25. Yılmaz K. Etik Dışı Davranış Olarak Haksız Yazarlık. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2012;2(1).
26. Aşar H. Hayvan Haklarına Yönelik Temel Görüşler ve Yanılgıları. Kaygı 2018;30:239-251.
27. Birden B. Çevre Etiğinde Bireyin Ahlaki Sorumluluğuna Kısa Bir Bakış. Türkiye Biyoetik Dergisi 2016;3(1):4-14.

Monografi - Monograph

Yara Yönetiminde Tıbbi Fotoğrafçılığın Rolü, Önemi ve Modern Yaklaşımlar*

The Role, Importance and Modern Approaches of Medical Photography in Wound Management

Ayşe Sena Yumbul Kardaş[i]

[i]Uzm. Dr., Kütahya Şehir Hastanesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Kliniği, https://orcid.org/0000-0001-7793-6219

ÖZ

Tıbbi fotoğrafçılık, hastalık tanı ve tedavi süreçlerinde önemli bir araç haline gelmiş, yara fotoğrafçılığı ise bu alanda özellikle kronik yaraların objektif olarak izlenmesinde kullanılmaktadır. Tıbbi fotoğrafçılık, XIX. yüzyılda fotoğrafçılığın icadıyla başlamış ve XX. yüzyılda cerrahi ile dermatolojik belgelerde yaygınlaşmıştır. Dijital kameraların ve üç boyutlu fotoğrafçılık gibi teknolojilerin gelişmesi, fotoğrafların çözünürlüğünü ve doğruluğunu artırmış, elektronik sağlık kayıtlarına entegrasyon sağlanmıştır. Yara fotoğrafçılığında standart aydınlatma, renk doğruluğu ve ölçeklendirme önemli unsurlardır. Kamera türleri, makro lensler ve ışıklandırma teknikleri, yara dokularının detaylı bir şekilde görüntülenmesini sağlamaktadır. Bu yöntem hem tedavi sürecini izlemek hem de sınıflandırmak için kullanılmakta, aynı zamanda eğitim ve klinik araştırmalarda önemli bir veri kaynağı sunmaktadır. Fotoğrafların sadece klinik amaçlarla ve etik komitelerin belirlediği çerçeveler doğrultusunda kullanılması, hasta mahremiyetinin korunmasına katkı sağlamaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte yapay zeka destekli analizler ve teletıp uygulamaları da bu alana entegre edilmiştir. Gelecekteki yaşanacak teknolojik ilerlemeler, klinik karar alma süreçlerinde tıbbi fotoğraf kullanımının daha yaygın hale gelmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Fotoğrafçılık, Yara Takibi, Dijital Görüntüleme, Yapay Zeka, Teletıp

ABSTRACT

Medical photography has become a significant tool in disease diagnosis and treatment processes, with wound photography being specifically used for the objective monitoring of chronic wounds. Starting with the invention of photography in the 19th century, medical photography became widespread in surgical and dermatological documentation in the 20th century. Advances in digital cameras and 3D photography technologies have improved the resolution and accuracy of images, allowing for integration into electronic health records. Standard lighting, color accuracy, and scaling are essential elements in wound photography. Various camera types, macro lenses, and lighting techniques enable detailed imaging of wound tissues. This method is used to monitor and classify the treatment process and provides critical data for education and clinical research. Using photographs solely for clinical purposes and adhering to frameworks guided by ethics committees will help protect patient privacy. Technological advancements have also integrated artificial intelligence (AI)-assisted analysis and telemedicine applications into the field. Future technological advancements are expected to increase the use of photography in clinical decision-making processes.

Anahtar Kelimeler: Medical Photography, Wound Monitoring, Digital Imaging, Artificial Intelligence, Telemedicine

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(2):407-414
DOI: 10.31020/mutftd.1571307
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 23 Ekim 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 22 Şubat 2025
İletişim - Correspondence Author: Ayşe Sena Yumbul Kardaş <ymblsena@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Tıbbi fotoğrafçılık, modern tıbbın önemli bir bileşeni haline gelmiş, hastalıkların tanısında, tedavi takibinde ve eğitsel amaçlarla geniş bir kullanım alanı bulmuştur. Yara fotoğrafçılığı ise bu kapsamda yer alan ve yara iyileşmesinin objektif olarak değerlendirilmesi için kullanılan spesifik bir alt daldır. Bu makalede tıbbi fotoğrafçılığın tarihçesi, teknolojik gelişmeler, uygulama alanları ve yara fotoğrafçılığı üzerindeki etkisi bilimsel açıdan ele alınacaktır. Tıbbi fotoğrafçılığın temelleri, fotoğrafçılığın icadıyla atılmıştır. Fotoğrafçılık XIX. yüzyılın ortalarında, anatomi atlaslarında kullanılan çizimlerin yerini alarak medikal dokümantasyonun bir aracı haline gelmiştir. Cerrahi işlemlerin belgelenmesinde XX. yüzyılın başında yaygın bir kullanım alanı bulmuş, özellikle dermatoloji, oftalmoloji ve ortopedi gibi görsel tanıların önemli olduğu branşlarda vazgeçilmez bir araç olmuştur.[1] Gelişen kamera teknolojisi, tıbbi fotoğrafçılığı daha doğru ve yüksek çözünürlüklü bir hale getirmiştir. Özellikle dijital kameraların yaygınlaşması, fotoğraf kalitesinin artması ve bu fotoğrafların elektronik sağlık kayıtlarına entegrasyonu önemli bir yenilik olmuştur. Ayrıca, üç boyutlu fotoğrafçılık ve fotogrametri gibi teknolojiler yara izleme süreçlerinde yeni boyutlar kazandırmıştır.[2] Dijital kameraların kullanımı, klasik film bazlı fotoğrafçılığa göre birçok avantaj sunar. Dijital fotoğraflar, daha düşük maliyetlerle daha fazla veri depolama ve hızlı erişim olanağı sağlar. Ayrıca, dijital formatta olan bu veriler çeşitli yazılımlar kullanılarak analiz edilebilir ve hasta takibi için grafiklere dönüştürülebilir.[3] Tıbbi fotoğrafçılıkta çözünürlük, detayların net bir şekilde görülebilmesi açısından büyük önem taşır. Yüksek çözünürlüklü görüntüleme teknikleri, yara değerlendirmesi ve cerrahi alanların daha doğru belgelenmesine olanak tanır. Son yıllarda gelişen teknolojiyle birlikte mikroskobik fotoğrafçılıkta da önemli adımlar atılmıştır.[4]

Yara fotoğrafçılığı, özellikle kronik yaraların tedavisinde kullanılan önemli bir görsel dokümantasyon yöntemidir. Yara takiplerinde fotoğrafçılık, iyileşme sürecinin nesnel olarak değerlendirilmesi için kritik rol oynar. Yaranın boyutu, rengi, çevresel doku özellikleri gibi parametreler, düzenli aralıklarla alınan fotoğraflar sayesinde karşılaştırılabilir.[5] Yara fotoğrafçılığı, standardize edilmiş aydınlatma ve kamera açılarıyla gerçekleştirilmelidir. Renk doğruluğu ve ölçeklendirme gibi unsurların sağlanabilmesi için fotoğraflarda referans materyaller kullanılır. Ayrıca, hasta mahremiyetini koruma amacıyla hastanın kimliğini belli edecek unsurlar fotoğraflardan çıkarılmalıdır.[6] Son yıllarda yara takip süreçlerini kolaylaştırmak amacıyla birçok yazılım geliştirilmiştir. Bu yazılımlar, yara fotoğraflarını analiz ederek iyileşme süreci hakkında sayısal veriler sağlar. Özellikle yapay zeka destekli uygulamalar, fotoğraflardan elde edilen verileri işleyerek sağlık profesyonellerine daha doğru ve hızlı bilgi sunar.[7]

Yara Fotoğrafçılığının Teknik Yönleri

Yara fotoğrafçılığında kullanılabilecek olan DSLR (Digital Single-Lens Reflex/ Dijital tek lens yansımalı fotoğraf makinesi) kameralar, aynalı sistemleri sayesinde optik bir vizörle sahneyi gösterir. Bu kameralar genellikle daha büyük ve dayanıklıdır, profesyonel fotoğrafçılıkta yaygındır. Aynasız kameralar ise daha hafiftir ve daha hızlı odaklama sağlar çünkü optik ayna mekanizmasına ihtiyaç duymazlar. Ayrıca, video çekimi ve taşınabilirlik açısından da avantajlıdır. Her iki tür de yara fotoğrafçılığı gibi hassas alanlarda yüksek çözünürlük sağlar, ancak hızlı otomatik odaklama ve taşınabilirlik özellikleri açısından aynasız kameralar tercih edilebilir.[8,9]

Makro fotoğrafçılık, küçük objelerin büyük ve detaylı olarak fotoğraflanmasını sağlar. Yara fotoğrafçılığında, yara dokusunun detaylarını göstermek için makro lensler kullanılır. Odak derinliği dar olduğu için f/16 veya daha yüksek diyafram açıklıkları tercih edilir. Odak uzunluğu, bir lensin ışığı toplama kapasitesini belirleyen bir değerdir. Makro fotoğrafçılıkta genellikle 100mm ve üzeri makro lensler tercih edilir. Bu lensler, yakın

mesafeden detaylı görüntüler sağlar ve yara fotoğrafçılığında yara bölgesinin netliğini ve detayını artırır. 50mm prime lens gibi daha geniş açılı lensler ise genel kompozisyon için kullanılabilir.[10,11]

Işıklandırma yara fotoğrafçılığında çok önemlidir çünkü yara dokusundaki renk ve doku detayları fotoğrafın kalitesini doğrudan etkiler. Doğal ışık her zaman tercih edilirken, yapay ışık kullanıldığında yumuşak kutu (softbox) ya da difüzörler ile sert gölgelerin önüne geçilmelidir. Ayrıca, taşınabilir LED (light- emitting diode/ ışık yayan diot) ışıklar sahada kullanılabilir. Dolaylı ışıklandırma tekniğinde, yansıma ve parlamaların önüne geçmek için önemlidir.[12]

Yara fotoğrafçılığında düşük ISO (International Organization for Standardization/ Uluslararası Standartlık Örgütü) değerleri tercih edilerek, dijital gürültü (noise) en aza indirgenir. Manuel mod kullanılarak pozlama, diyafram ve enstantane hızları duruma göre ayarlanmalıdır. Ayrıca, beyaz dengesi hastane ışıklandırmasına uygun şekilde optimize edilmelidir.[13]

Yara fotoğrafçılığında, standardizasyon kritik öneme sahiptir. Hastanın aynı pozda ve aynı ışık altında fotoğraflanması, ilerlemeyi karşılaştırmak için önemlidir. Ölçek kullanmak, yaranın gerçek boyutunu göstermek açısından önemlidir. Standart tekniklerde, yaranın merkezde yer aldığı bir kompozisyon tercih edilir. Yarayı hem yukarıdan hem de çeşitli yan açılardan fotoğraflamak, yaranın tüm boyutlarını incelemesine olanak tanır. [14,15]

Üçte bir kuralına göre, bir fotoğraf karesi hayali olarak yatay ve dikey olarak üç eşit parçaya bölünür. Bu çizgilerin kesişim noktaları, yani dört odak noktası, konuyu veya ilgi alanını yerleştirmek için en uygun alanlar olarak kabul edilir. Kural, izleyicinin gözünün doğal olarak bu noktalara yöneldiğini ve böylece fotoğrafın daha estetik ve etkileyici hale geldiğini belirtir. Üçte bir kuralı ve simetri kompozisyonu, estetik düzenin yanında tıbbi faydalar sağlar. [16]

Çekilen fotoğrafların post-prodüksiyon aşamasında özellikle renklerin doğru olması için beyaz dengesinin düzeltilmesi ve kontrastın optimize edilmesi gerekir. Adobe Photoshop ve Lightroom gibi yazılımlar renk düzeltme, keskinleştirme ve kontrast ayarları için sıkça kullanılır. Keskinleştirme ayarları, yara dokusunun daha net bir şekilde ortaya çıkmasına yardımcı olur.[17]

Yara Fotoğrafçılığının Uygulama Alanları

Yara fotoğrafçılığı, tıp alanında çeşitli uygulamalara sahip olup; tanı, tedavi ve araştırma süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Yara fotoğrafları, yaraların türlerine göre sınıflandırılması, tedavi planlarının oluşturulması, tedavi süreçlerinin izlenmesi ve klinik araştırmalar için veri toplama gibi çok yönlü kullanım alanlarına sahiptir.

Yara fotoğrafçılığı, farklı yara türlerini sınıflandırmak için önemli bir araçtır. Yaralar genellikle akut yaralar (travmatik veya cerrahi), kronik yaralar (diyabetik ayak yaraları, bası yaraları, venöz bacak ülserleri) olarak sınıflandırılır. Fotoğraflar, bu yaraların durumunu takip etmek ve yaranın ciddiyetini belirlemek için kullanılır. Özellikle renk, doku ve sınır yapıları gibi klinik göstergeler, yara fotoğraflarında analiz edilerek sınıflandırmada yardımcı olur.

Yara fotoğrafları, tedaviye başlamadan önce doku kaybı**,** nekroz ve eksüda gibi önemli faktörleri değerlendirerek doğru sınıflandırmanın yapılmasını sağlar. Böylece, yara tipine uygun tedavi yöntemleri belirlenir.[18,19]

Tedavi süreci boyunca düzenli olarak fotoğraflanan yaralar, iyileşme sürecini belgelemenin yanı sıra tedaviye müdahale edilmesi gereken noktaları belirlemek için de kullanılır. Yaranın boyutunda, derinliğinde

ve görünümünde meydana gelen değişiklikleri değerlendirerek, tedavi yöntemini gözden geçirebilir ve değiştirebilir. Bu, özellikle diyabetik ayak yaraları gibi komplikasyon riski yüksek olan hastalarda hayati önem taşır.

Seri fotoğraf çekimleri ise, yaranın büyüklüğündeki, renk değişikliklerindeki ve eksüdadaki değişimleri takip etmeye yardımcı olur. Fotoğraflar, yara iyileşmesinin aşamalarını belgeleyerek, ne kadar yol kat edildiğini gösterebilir. Bu, özellikle kronik yaralar veya cerrahi yaralar gibi uzun süreli bakım gerektiren durumlarda önemlidir. Tedavi sürecinde kullanılan farklı yöntemlerin etkinliğini değerlendirmek için yara fotoğrafları kritik bir kaynak sağlar. Örneğin, yara bakımında kullanılan topikal tedaviler**,** bası azaltma teknikleri ve debridman gibi müdahalelerin yaraya olan etkisi, fotoğraflarla net bir şekilde izlenebilir. Fotoğraflar, yaranın tedaviye yanıt verip vermediğini ortaya koyarak klinik karar süreçlerinde önemli bir rol oynar.

Tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmek için düzenli fotoğraflama yapılır ve yara alanındaki küçülme oranları dijital olarak analiz edilebilir. Bu yöntem, doktorların tedavi başarısını somut verilerle ölçmelerini sağlar.[20,21]

Yara fotoğrafçılığı, tıp öğrencileri için önemli bir eğitim materyali sağlar. Klinik vakalarda, yara fotoğraflarıyla oluşturulan vaka sunumları ve ders materyalleri, öğrencilere farklı yara türlerini ve tedavi yöntemlerini görsel olarak tanıtır. Ayrıca, dijital yara fotoğrafları ile oluşturulan veri tabanları, öğrencilere yara bakımında karşılaşabilecekleri farklı durumlar hakkında geniş bir bilgi sağlar.

Tıp fakültelerinde yara fotoğrafçılığı eğitimi, öğrencilerin klinik karar verme yeteneklerini geliştirmelerine yardımcı olur. Aynı zamanda, bu tür fotoğraflar, uzaktan eğitimde kullanılan online platformlar için de uygun bir içerik sunar.[22,23]

Yara fotoğrafçılığı, klinik araştırmalarda veri toplama için oldukça etkilidir. Araştırmacılar, yara fotoğrafları sayesinde yaraların iyileşme süreçlerini nesnel olarak değerlendirebilir ve tedavi yöntemlerinin etkinliğini ölçebilir. Bu fotoğraflar, yaraların başlangıç durumları, tedavi sırasında meydana gelen değişiklikler ve nihai sonuçlar hakkında detaylı bilgi sağlar.

Bilimsel araştırmalarda, özellikle klinik çalışmalarda fotoğraflar, tedavi etkinliğini değerlendirmek için sayısal verilerle birleştirilir. Yara boyutu, renk değişimleri ve iyileşme oranı gibi parametreler fotoğraflarla belgelenip analiz edilir. Bu da bilimsel çalışmaların güvenilirliğini artırır ve klinik sonuçların daha kapsamlı değerlendirilmesine olanak tanır.[24,25]

Yara Fotoğrafçılığında Karşılaşılan Zorluklar ve Çözüm Önerileri

Yara fotoğrafçılığı, klinik tıpta tanı, tedavi takibi ve eğitim amaçlı yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Ancak, bu alandaki uygulamalarda karşılaşılan teknik ve etik zorluklar, sürecin verimli ve doğru bir şekilde yürütülmesini engelleyebilir.

Yara fotoğrafçılığında karşılaşılan en büyük teknik sorunlardan biri yetersiz aydınlatmadır. Aydınlatma eksikliği, fotoğraflarda renk ve detay kaybına neden olabilir ve yaranın klinik olarak doğru bir şekilde değerlendirilmesini zorlaştırır. Yetersiz aydınlatma, özellikle de acil durumlarda daha sık karşılaşılan bir sorundur. Doğal ışığın yeterli olmadığı durumlarda yapay ışık kaynaklarına başvurmak zorunlu hale gelir. Bununla birlikte, aşırı parlak veya doğrudan ışık, fotoğraflarda yansımalar oluşturabilir ve ayrıntıları gizleyebilir.[26]

Odaklanma sorunları, yara detaylarının net olarak görünmesini engelleyen diğer bir önemli problemdir. Özellikle makro çekimlerde dar odak derinliği nedeniyle bazı bölümler bulanık olabilir. Yaranın tam olarak netlenmemesi, yara dokusu ve boyutu gibi kritik bilgilerin kaybına yol açar.

Bu sorunların üstesinden gelmek için, manüel odaklama ve düşük ISO ayarları kullanılarak ışık duyarlılığı optimize edilebilir. Ayrıca, profesyonel LED ışıklandırma ekipmanları ve difüzörler ile daha dengeli aydınlatma sağlanabilir. Tripod (fotoğraf sehpası) kullanımı, kameranın sabit kalmasına yardımcı olur ve odaklanma sorunlarını en aza indirir. Ek olarak, makro lensler ile yapılan çekimlerde odak derinliği kontrol altına alınarak, yaranın tamamı net bir şekilde görüntülenebilir.[27]

Yara fotoğrafçılığında kalite ve tutarlılığı sağlamak için tıbbi personelin bu konuda eğitim alması önemlidir. Eğitim programları, doğru aydınlatma, uygun açılar, kompozisyon ve odaklama tekniklerini içermelidir. Fotoğrafların klinik ve araştırma amaçlı standartlaştırılması için protokoller oluşturulmalıdır. Bu sayede tüm sağlık çalışanları aynı yöntemlerle fotoğraf çekerek sonuçların karşılaştırılabilir olmasını sağlar.[28]

Yapay zeka destekli yazılımlar, yara boyutunu ve iyileşme sürecini otomatik olarak analiz edebilir, böylece manuel değerlendirme hatalarını azaltır. Fotoğraf düzenleme yazılımlarında renk düzeltme ve netlik artırma işlemleri uygulanarak yara fotoğrafları daha anlaşılır hale getirilebilir. Ancak, fotoğraflar üzerinde manipülasyon yapmamaya dikkat edilmelidir.

Yara fotoğrafçılığında bir diğer önemli zorluk, hastaların mahremiyeti ve etik sınırlar ile ilgilidir. Yara fotoğrafları, kişisel bilgileri açığa çıkarabilir ve hasta gizliliğini ihlal edebilir. Hastaların rızası alınmadan fotoğrafların çekilmesi, mahremiyet ihlali oluşturabilir ve bu da yasal sorunlara yol açabilir. Özellikle yüz, cinsel organlar veya tanımlanabilir vücut özelliklerinin olduğu alanlarda fotoğraf çekimleri etik zorluklar doğurabilir.[29] Etik zorluklar, ayrıca hasta psikolojisini de etkileyebilir. Bazı hastalar, yara fotoğraflarının çekilmesi sürecinde rahatsızlık veya stres yaşayabilir. Bu tür durumlar, hastanın tedaviye uyumunu ve doktor hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilir.[30]

Hastalar, tıbbi fotoğraflarının çekilmesi de dahil olmak üzere, kendilerine önerilen müdahaleleri kabul etme veya reddetme hakkına sahiptir. Aydınlatılmış onam ilkeleri, tıbbi fotoğraf çekimi için de geçerli olup, beklenen faydaların ve risklerin ayrıntılı bir şekilde özetlenmesi, beklenen sonucun doğru şekilde tanımlanması ve elde edilen görsel verilerin planlı bir şekilde kullanılmasının açıklanmasını içerir. Aydınlatılmış onamın geçerli sayılması için genel olarak kabul edilen üç temel şart vardır. İlk olarak, hastaya yapılacak işlem hakkında yeterli bilginin verilmesi ve hastanın bu bilgiyi anlaması gerekir. İkinci olarak, hasta, önerilen prosedürü kabul etmenin olası sonuçları hakkında muhakeme yapabilme kapasitesine sahip olmalı ve bu prosedürü kabul edip etmeme konusunda bilinçli bir karar verebilmelidir. Üçüncü olarak ise, hastanın bu kararı sağlık profesyonelleri ya da diğer kişiler tarafından zorlanmadan, manipüle edilmeden veya etkilenmeden vermesi gerekir. Bu üç şartın sağlanması durumunda onam geçerli kabul edilir. Aydınlatılmış onam, sadece hastanın fotoğrafının kullanılmasına izin veren bir imza olarak değil, hastanın saygı çerçevesinde muamele görme hakkıyla da ilişkilendirilmelidir.[31] Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK) kapsamında hasta, kişisel verilerinin ihlali durumunda haklarını koruyabilir. [32]

Tıbbi fotoğraflamada yüz veya kimlik belirleyici diğer vücut özelliklerini gizlemek için anonimleştirme teknikleri kullanılmalıdır. Fotoğrafların yalnızca klinik amaçlar için kullanılması ve etik komitelerin rehberlik ettiği çerçeveler içinde hareket edilmesi, hastaların mahremiyetini koruyacaktır.[33]

Teknolojik Gelişmeler ve Yara Fotoğrafçılığının Geleceği

Tıbbi fotoğrafçılığın dijitalleşmesi, XX. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşti. 1990'larda dijital fotoğraf makinelerinin kullanımı artmaya başladı ve bu teknoloji hem maliyetlerin düşmesini sağladı hem de fotoğraf kalitesini artırdı. Dijital fotoğrafçılığın en büyük avantajı, anında geri bildirim ve görüntülerin depolanma kapasitesidir. Ayrıca dijital fotoğrafçılık sayesinde, görüntüler kolaylıkla bilgisayar sistemlerine entegre edilebilir ve elektronik hasta kayıtlarının bir parçası haline getirilebilir oldu.[34]

Fotogrametri, yara boyutlarını ölçmede kullanılır ve iki boyutlu fotoğraflardan yararlanarak üç boyutlu bilgi sağlar. Bu teknik, yaranın derinliğini ve hacmini hesaplamada da oldukça etkilidir ve özellikle cerrahi yaraların iyileşme sürecini daha doğru bir şekilde değerlendirmeye olanak tanır.[35]

Teknolojik gelişmeler, teletıp (telemedicine) uygulamalarının yaygınlaşmasına olanak sağlamıştır. Dijital fotoğraflar sayesinde hastalar, yaralarının durumunu uzaktan takip edebilir ve hekimlerine bu fotoğrafları gönderebilir. Böylece, sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşırken aynı zamanda hastaların iyileşme süreci daha yakından izlenebilir.[36]

Yara fotoğrafçılığının geleceği, teknolojideki hızlı gelişmelerle birlikte önemli bir dönüşüm sürecinden geçmektedir. Dijital kamera teknolojisi**,** yapay zeka**,** mobil sağlık uygulamaları (mHealth) ve üç boyutlu görüntüleme teknikleri gibi alanlardaki yenilikler, yara fotoğrafçılığını daha etkili, verimli ve erişilebilir hale getirmektedir. Özellikle derin öğrenme teknikleri, yara fotoğraflarını detaylı analiz ederek enfeksiyon risklerini önceden tespit edebilir ve yara iyileşme süreçlerini optimize etmek için veriler sunabilir. Üç boyutlu görüntüleme teknolojisi, özellikle cerrahi planlama ve kronik yaraların tedavisinde kullanışlı olabilir. Dijital ikiz teknolojileri ile yaraların sanal modelleri oluşturularak, tedavi sürecinde hangi adımların izleneceği daha iyi planlanabilir. Ayrıca, üç boyutlu baskı ile yara dokularının yeniden oluşturulması ve simülasyonlar yapılması gibi yenilikler, yara yönetiminde yepyeni yaklaşımlar sunmaktadır. Bu teknolojiler, klinik kararların daha hızlı ve doğru bir şekilde alınmasına yardımcı olur. Bu gelişmeler hem klinik pratikte hem de araştırmalarda yara fotoğrafçılığının kullanımını artırma potansiyeline sahiptir.[37]

Özellikle yara fotoğrafçılığı, teknolojideki hızlı gelişmelerle birlikte önemli bir dönüşüm sürecinden geçmektedir. Bu alanda en çok da diyabetik ayak ülserinin tespiti ve yönetiminde bu teknolojiler öne çıkmaktadır. Puneeth ve ekibi, EfficientNet sinir ağı modelini kullanarak sağlıklı ve diyabetik ülserli ayak görüntüleri üzerinde erken teşhis ve prognoz çalışmaları gerçekleştirmiştir. Toofanee ve arkadaşları ise EfficientNet ve Vision Transformers gibi gelişmiş sinir ağlarını birleştirerek, diyabetik ayak ülserlerini enfeksiyon, iskemik ya da her ikisi birden gibi kategorilere ayıran bir yöntem geliştirmiştir. Bu tür sınıflandırmalar, hastalık yönetiminde tıbbi uzmanlara büyük kolaylık sağlamaktadır. Bunun yanı sıra Maria ve ekibi, yapay zeka tabanlı diyabetik ayak ülseri izleme yöntemlerini detaylı şekilde incelemiş, bu tekniklerin avantajlarını ve uzaktan hasta bakımındaki zorluklarını değerlendirmiştir. Yüksek maliyetler ve cihazların taşınabilirliği gibi engellerin aşılması için veritabanı tabanlı çözümler önermektedir. Reza ve ekibi ise EfficientNet ve UNet mimarilerini kullanarak geniş bir veri setiyle diyabetik ayak ülseri tespiti ve tahmininde yüksek hassasiyetli bir derin öğrenme ağı geliştirmiştir. Böylece, yapay zeka destekli teknolojiler, diyabetik ayak ülseri ve diğer hastalıkların teşhis ve yönetiminde doğruluk ve verimliliği artırmakta, sağlık hizmetlerinde yenilikçi çözümler sunmaktadır.[38]

Teknolojik gelişmelerin getirdiği bir diğer avantaj ise teletıp ve uzaktan yara takibi uygulamalarıdır.[39] Özellikle kırsal bölgelerde veya sağlık hizmetine erişimin zor olduğu alanlarda, hastaların yaraları uzaktan fotoğraflarla izlenebilir. Bu sayede, hastalar evlerinden çıkmadan yara durumlarını doktorlarına iletebilir ve tedavi sürecinde güncellemeler alabilirler. Uzaktan izleme sistemleri hem hasta konforunu artırır hem de

sağlık maliyetlerini düşürme potansiyeline sahiptir. Ayrıca, mobil sağlık uygulamaları aracılığıyla bu fotoğraflar doğrudan hasta dosyalarına aktarılabilir ve bulut tabanlı sistemler sayesinde doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli tarafından gerçek zamanlı olarak paylaşılabilir.[40]

Ayrıca yara fotoğraflarının doğru saklanması, tıbbi gizliliği koruma açısından çok önemlidir. Fotoğrafların güvenli bir şekilde depolanması için şifreleme ve bulut tabanlı sistemler kullanılabilir. HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act/Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası) standartlarına uygun şekilde depolama yapılmalıdır. Bulut bilişim, yara fotoğraflarının güvenli bir şekilde saklanmasını ve doktorlar arasında kolayca paylaşılmasını sağlar. Ayrıca, bu sistemler aracılığıyla yara fotoğrafları büyük veri setlerine eklenebilir ve küresel çapta veri analizleri yapılabilir. Bu tür büyük veri analizleri, yara yönetimi alanında yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.[41] Gelecekteki teknolojik gelişmelerin, klinik karar alma süreçlerinde fotoğrafçılığın kullanımını daha da artırması beklenmektedir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Pasqualli P, Kaliyadan F. History of medical photography. 1st ed. In: Pasqualli P, editor. Photography in Clinical Medicine, Springer Nature; 2020, pp: 47-72.
2. Panayides AS, et al. AI in medical imaging informatics: current challenges and future directions. IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics 2020;24(7):1837-1857.
3. Arenson RL, et al. Computers in imaging and health care: now and in the future. Journal of Digital İmaging 2000;13:145-156.
4. Zhou SK, et al. A review of deep learning in medical imaging: Imaging traits, technology trends, case studies with progress highlights, and future promises. Proceedings of the IEEE 2021;109(5):820-838.
5. Bruce J, et al. Wound photography for evaluation of surgical site infection and wound healing after lower limb trauma. The Bone & Joint Journal 2021;103(12):1802-1808.
6. Rennert R, et al. Standardization of wound photography using the wound electronic medical record. Advances in Skin & Wound Care 2009;22(1):32-38.
7. Dabas M, et al. Application of artificial intelligence methodologies to chronic wound care and management: a scoping review. Advances in Wound Care 2023;12(4):205-240.
8. Chitra P, et al. A Comparative Analysis of DSLR and Mirrorless Cameras for Dental Photography. Journal of Indian Orthodontic Society 2024;58(2):158-164.
9. Ashbrook B. A comparison of DSLR and mirrorless interchangeable lens cameras: new options in digital photography. PSA Journal 2016;82(3):14-17.
10. Freeman M. The Photographer's Eye Digitally Remastered 10th Anniversary Edition: Composition and Design for Better Digital Photos. Freeman M, editör. New York: Sterling Publishing Company; 2017.
11. Davies A. Close-up and macro photography. The Macro Studio. Davies A, editor. 1st Edition. Amsterdam: Elsevier; 2012.
12. Boyadzhiev I, Paris S, Bala K. User-assisted image compositing for photographic lighting. ACM Trans. Graph 2013;32(4):36-1.
13. Langford M, Bilissi E. Langford's advanced photography: The guide for aspiring photographers. Langford M, Bilissi E, editors. 8th Edition. Taylor & Francis. 2011.
14. Akhlaghi H, Asadi H. Essentials of telemedicine and telecare. Akhlaghi H, Asadi H, editors. BMJ Clinical Research, 2002.
15. Galdino GM, Vogel JE, Vander Kolk CA. Standardizing digital photography: it's not all in the eye of the beholder. Plastic and Reconstructive Surgery 2001;108(5):1334-1344.
16. Güler SA, Akça T. Tıbbi Fotoğrafçılık: Tarihsel Süreç ve Temel Kavramlar. Turk Dermatoloji Dergisi 2017;11:98-108.
17. Rodney A. Color management for photographers: hands on techniques for Photoshop users, Rodney A, editors. 1st edition, Routledge 2012.
18. Strauss MB, Aksenov IV. Evaluation of diabetic wound classifications and a new wound score. Clinical Orthopaedics and Related Research 2005;439:79-86.
19. Wilson M. Understanding the basics of wound assessment. Wound Essentials 2012;(2):8-12.
20. Sibbald R, et al. Update: topical antimicrobial agents for chronic wounds. Advances in Skin & Wound Care 2017;30(10):438-450.

21. Dayya D, et al. Debridement of diabetic foot ulcers. Advances in Wound Care 2022;11(12):666-686.
22. Morgan PJ, et al. Simulation technology: a comparison of experiential and visual learning for undergraduate medical students. The Journal of the American Society of Anesthesiologists 2002;96(1):10-16.
23. Ferrara V, et al. The visual art as a learning tool in medical education. Senses and Sciences 2020;7(2):1028-1040.
24. Li S, et al. Imaging in chronic wound diagnostics. Advances in Wound Care 2020;9(5):245-263.
25. Mohafez H, et al. Wound healing assessment using digital photography: a review. Journal of Biomedical Engineering and Medical İmaging 2016;3(5):01-13.
26. Nayler JR. Clinical photography: a guide for the clinician. Journal of Postgraduate Medicine 2003;49(3):256-262.
27. Jayachandran M, et al. Critical review of noninvasive optical technologies for wound imaging. Advances in Wound Care 2016;5(8):349-359.
28. Swerdlow M, et al. Initial clinical experience with a simple, home system for early detection and monitoring of diabetic foot ulcers: the foot selfie. Journal of Diabetes Science and Technology 2023;17(1):79-88.
29. Kornhaber R, Betihavas V, Baber RJ. Ethical implications of digital images for teaching and learning purposes: an integrative review. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2015;8:299-305.
30. Mattessich S, Grantkels JM. Ethical aspects of the use of photography in clinical medicine. Photography in Clinical Medicine 2020:75-84.
31. Karabulut SD, Yıldırım RV. Tıbbi fotoğrafçılıkta etik konular. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2020;10(1):47-57.
32. Çavdar P. Hekimlerin Hastalarına İlişkin Sosyal Medya Paylaşımlarından Doğan Sorumluluğu. Sakarya Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2024;12(1):429-453.
33. Harting MT, et al. Medical photography: current technology, evolving issues and legal perspectives. International Journal of Clinical Practice 2015;69(4):401-409.
34. Nanah A, Bayomi AB. The pros and cons of digital health communication tools in neurosurgery: a systematic review of literature. Neurosurgical Review 2020;43(3):835-846.
35. Lorkowski J, Malinowska M. The future of medical documentation-Review of selected literature. 2020.
36. Ohura N, et al. Convolutional neural networks for wound detection: the role of artificial intelligence in wound care. Journal of Wound Care 2019;28(10):13-24.
37. Savage JM, Jeffery SLA. Use of 3D photography in complex-wound assessment. Journal of Wound Care 2013;22(3):156-160.
38. Sidhu AS, Harbuzova V. Emerging technologies for the management of diabetic foot ulceration: a review. Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare 2024;5:1440209.
39. Williams AM, et al. The role of telemedicine in postoperative care. Mhealth 2018;4(11):1-9.
40. Wu SC, Marstom W, Armstrong DG. Wound care: the role of advanced wound-healing technologies. Journal of the American Podiatric Medical Association 2010;100(5):385-394.
41. Westphal E, Seitz H. Digital and decentralized management of patient data in healthcare using blockchain implementations. Frontiers in Blockchain 2021;(4):732112.

Derleme - Review

Anatomi Terimlerinde Mitolojinin İzleri: Bir Etimolojik İnceleme*

Traces of Mythology in Anatomy Terms: An Etymological Review

Ozan Turamanlar[i]

[i]Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi AD., https://orcid.org/0000-0002-0785-483X

ÖZ

Tıp terminolojisi, kökenlerini antik çağlara dayandıran zengin bir geçmişe sahiptir. Özellikle Latince ve Yunanca dillerinden türetilen terimler, tıbbi terminolojinin temelini oluşturur. Tıbbi terminolojideki eponimlerin büyük bir kısmı, anatomi alanında yer almaktadır. Anatomik eponimler, genellikle Yunan mitolojisindeki karakterlerin isimlerinden türetilmiştir. Anatomik terminolojide mitolojik kökenli isimlendirmelerin kullanılmasının çeşitli faydaları bulunmaktadır. Örneğin, bu isimlendirmeler hafızada kalıcılığı arttırabilir ya da mitolojik bir hikayeyle ilişkilendirilen bir anatomik yapı, öğrenciler için daha anlamlı hale gelebilir. Ayrıca mitolojik isimlendirmeler, anatomik yapılar arasındaki ilişkileri görselleştirmeye yardımcı olabilir. Anatomik terminolojideki bu mitolojik kökenler, bazı sorunlara da yol açabilir. Farklı kültürlerden gelen kişiler için bu terimlerin anlamları ve çağrışımları farklı olabilir. Bu nedenle, anatomik terminolojinin güncellenmesi ve daha nötr terimlerin kullanılması gerektiği yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu çalışmada en sıklıkla kullanılan anatomik mitonimler (aşil tendonu (tendo calcanei), arachnoidea mater, atlas, cupid's bow (aşk tanrısının yayı), hippocampus ve Ammon'un boynuzu (cornu ammonis), hymen (kızlık zarı), iris, lymph, pterion, thalamus ve pulvinar thalami)'in etimolojik incelemeleri yapılmıştır. Tıp terminolojisindeki mitolojik kökenlerin bilinmesi, tıbbın tarihsel ve kültürel bağlamını anlamak için ve aynı zamanda tıp eğitiminde eğitimi kolaylaştırıcı bir faktör olması açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Anatomi, Mitoloji, Etimoloji, Tıbbi Terminoloji

ABSTRACT

Medical terminology has a rich history, deeply rooted in antiquity. Latin and Greek languages have significantly contributed to the foundation of medical terminology. A substantial proportion of eponyms within medical terminology, particularly in the field of anatomy, are derived from figures and concepts within Greek mythology. The utilization of mythological references in anatomical nomenclature offers several advantages. For instance, these references can enhance memorability or render an anatomical structure more comprehensible to students by associating it with a mythological narrative. Additionally, mythological nomenclature can help visualize relationships between anatomical structures. However, the use of mythological origins in anatomical terminology can also present certain challenges. The meanings and connotations of these terms may vary across different cultural contexts. Therefore, perspectives advocate for modernizing anatomical terminology and adopting more neutral terms. This study delves into the etymological origins of frequently encountered anatomical mytonyms, including the Achilles tendon (calcaneal tendon), arachnoid mater, atlas, Cupid's bow, hippocampus, hymen, iris, lymph, pterion, thalamus, and pulvinar. Understanding the mythological roots of medical terminology is crucial for comprehending the historical and cultural context of medicine, and it can also serve as a valuable tool in facilitating medical education.

Keywords: Anatomy, Mythology, Etymology, Medical Terminology

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):415-422
DOI: 10.31020/mutftd.1642842
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 19 Şubat 2025; Kabul Tarihi - Accepted: Mart 2025
İletişim - Correspondence Author: Ozan Turamanlar <ozanturamanlar@hotmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Mitoloji, "mythos" (mit, efsane) ve "logos" (söz, düşünce) kelimelerinin birleşiminden türetilen, doğaüstü güçler ve varlıklar hakkındaki anlatılara dayalı bir bilgi sistemidir. İnsanlığın evrimsel sürecinde ve düşünsel gelişiminde önemli bir rol oynayan mitoloji, kültürel sembollerin bir araya gelmesiyle oluşmuş ve din, sanat ve bilim gibi alanların gelişimine öncülük etmiştir. Binlerce yıl boyunca nesilden nesile aktarılarak günümüze ulaşan mitler, toplumsal hafızanın temel yapı taşlarını oluşturur. Doğrulanabilirlikleri tartışılır olsa da mitler kültürel bir kimlik inşası sürecinde önemli bir rol oynamış, toplumların değerlerini, inançlarını ve dünya görüşlerini yansıtmıştır. Özellikle, tanrılar ve insanlar arasındaki ilişkiler, toplumsal hiyerarşiler ve insan doğası gibi evrensel temalara değinerek toplumsal birlik ve aidiyet duygusunu güçlendirmiştir.[1,2] Mitoloji, bilimsel terminolojide de izlerini sürmektedir. Mitolojik kökenlere sahip birçok terim, karmaşık kavramları daha anlaşılır hale getirerek bilimsel iletişimi kolaylaştırmıştır.[1,3]

Tıp terminolojisi, kökenlerini antik çağlara dayandıran zengin bir geçmişe sahiptir. Özellikle Latince ve Yunanca dillerinden türetilen terimler, tıbbi terminolojinin temelini oluşturur. Ancak bu terimlerin sadece dilsel bir kökene sahip olmadığı, aynı zamanda mitolojik kökenlere de dayandığı bilinmektedir. Yunan mitolojisi, tıp terminolojisinde özellikle anatomi alanında sıkça karşımıza çıkan bir kaynak olmuştur. Yunan tanrı ve tanrıçalarının isimlerini taşıyan anatomik yapılar hala yaygın olarak kullanılmaktadır. Örneğin, Atlas vertebra, Yunan mitolojisinde gökyüzünü omuzlarında taşıyan Titan'a atfen adlandırılmıştır. Bu durum, mitolojinin tıbbi bilgiye anlam katma ve hafızada kalıcı olmasını sağlama gibi bir işlevi olduğunu göstermektedir.[1,2,4,5]

Tıbbi terminolojideki eponimlerin büyük bir kısmı, anatomi alanında yer almaktadır. Anatomik eponimler, genellikle Yunan mitolojisindeki karakterlerin isimlerinden türetilmiştir.[3,5] Anatomik terminolojideki bu mitolojik kökenler, bazı sorunlara yol açabilir. Farklı kültürlerden gelen kişiler için bu terimlerin anlamları ve çağrışımları farklı olabilir. Ayrıca, cinsiyetçilik, ırkçılık veya diğer önyargıları yansıtan terimlerin kullanımı da tartışma konusu olabilir. Bu nedenle, anatomik terminolojinin güncellenmesi ve daha nötr terimlerin kullanılması gerektiği yönünde görüşler bulunmaktadır.[4]

En sıklıkla kullanılan anatomik mitonimler; aşil tendonu (tendo calcanei), arachnoidea mater, atlas, cupid’s bow (aşk tanrısının yayı), hippocampus ve Ammon'un boynuzu (cornu ammonis), hymen (kızlık zarı), iris, lymph, pterion, thalamus ve pulvinar thalami’dir.[4,5]

Aşil tendonu (Tendo calcanei)

Aşil tendonu (Tendo calcanei) bacak arka tarafındaki kas grubunu topuğa bağlayan ve bu kaslar aracılığı ile ayak bileğinde ayağın plantar fleksiyonu (ayağın ayak tabanına doğru aşağıya hareketi) ve dizde fleksiyon (bükülme)’dan sorumlu olan ve insan vücudunun en kalın tendonudur. Bu tendonu tanımlarken Achilles efsanesinden sıklıkla bahsedilir. Aynı zamanda birçok batı dilinde Aşil topuğu ifadesi, bir kişinin ağrılı noktası veya zayıf tarafı için kullanılır. Zira bu ifade, güce rağmen en zayıf kısım veya en savunmasız bölge için bir metafordur.[1,4]

Yunan mitolojisinin en önemli kahramanlarından biri olarak kabul edilen Achilles, efsaneye göre, aynı zamanda Achilles'in annesi olan Tanrıça Thetis, oğlunu ölümsüz kılmak için doğduğunda kutsal nehir olan Styx'e götürür ve yıkamak ister. Tanrıçaya suya dokunmaması tavsiye edildiği için küçük Achilles’i sol topuğundan tutarak nehir suyuna daldırır. Böylece Achilles, sudan korunmuş olur. Ancak tek bir yeri hariç.

Truva Savaşı sırasında, Helena'yı geri almak için savaşan Achilles’e, Helena’nın sevgilisi Paris tarafından zehirli bir ok fırlatır. Bu ok, Achilles’in en zayıf yeri olan topuğuna isabet eder ve Achilles ölür. Bu efsane, Aşil tendonu olarak kullanılan tıbbi terimin de kaynağıdır. Başka bir anlatıda ise Achilles’i öldüren ok zehirli olsa

da asıl öldüren sebebin daha tıbbi bir olasılıkla tendona yakın seyirli bir atar damar (arteria tibialis posterior)'ın yaralanmasından kaynaklandığı şeklindedir.[6] Literatürde Achilles'in ölüm sebebi ile ilgili kanıtlanmamış birkaç hipotez (zehirlenme, enfeksiyon, alerji, hemofili ve intihar) öne sürülmüştür. Ancak en sıklıkla kronik yaraya bağlı ölümden söz edilmiştir.[7] (***Şekil 1***)



Şekil 1. Achilles ve Hector (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Achilles_and_Hector_MET_DP837017.jpg)

Eski çağlarda Hippocrates'in kullandığı "tendo magnus" ve sonrasında "chorda Hippocratis" olarak adlandırılan bu yapı, günümüzün anatomistleri tarafından 'tendo calcaneus' olarak adlandırılır.[8] Zaman içinde aşil tendonu adının kullanılıp kullanılmaması yönünde gel-gitler olsa da günümüzde genel kullanımda ve hatta akademik ortamlarda tendo calcaneus, mitolojik kahramanın adı ile de anılmaktadır. Uluslararası Anatomist Dernekleri Federasyonu'nun yayınladığı Uluslararası Anatomi Terminoloji listesinde Tendo calcaneus (Achillis) ile ilgili açıklamasında "Bu gerçek bir anatomik isim olarak görülmemektedir ve kökeninin klasik hikayesi birçok genç tarafından iyi bilinmektedir." belirtmişlerdir.[9]

Arachnoidea mater

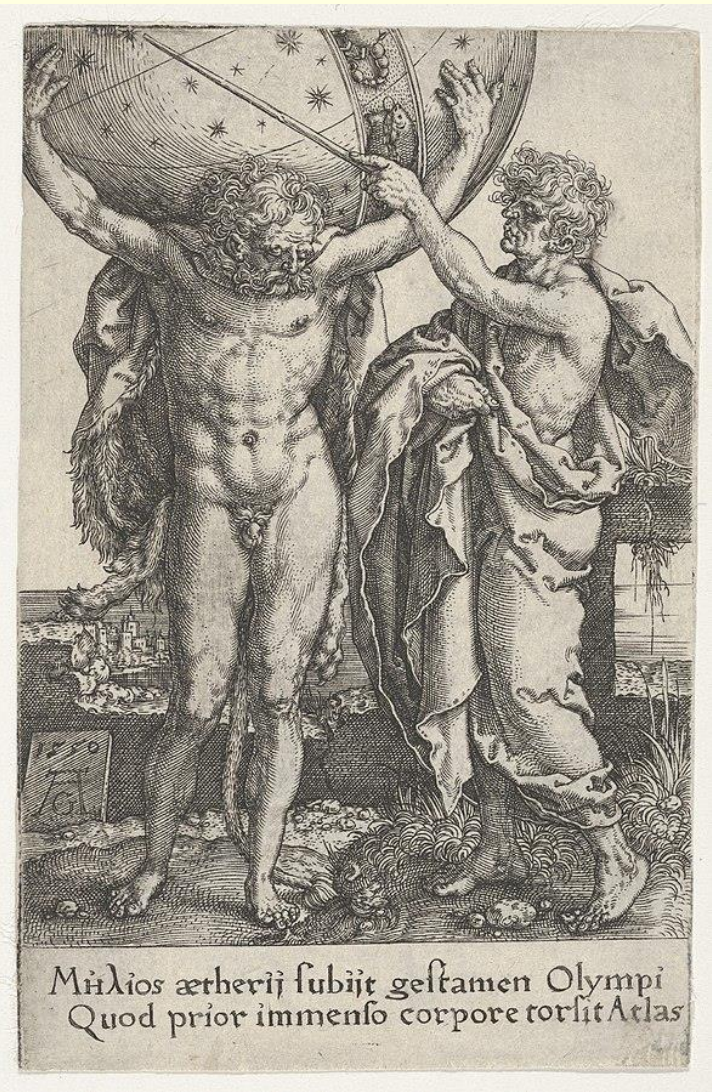
"Arachnoid" terimi, merkezi sinir sistemini saran zarlardan biridir ve örümcek ağı benzeri görünümünü vardır. Arachnoidea mater'in keşfi merkezi sinir sisteminin diğer zarları (dura mater ve pia mater)'na göre daha geç (17. yüzyıl) mümkün olmuştur. Arachnoid, "örümcek benzeri" anlamına gelir ve kökeni antik Yunan'da Arachne mitine kadar uzanmaktadır.[1,10]

Dokuma üzerine özel bir yeteneğe sahip bir Lidyalı kız olan Arachne, mora boyadığı güzel yünleriyle ünlü, ölümlü bir gençtir. Bu yeteneğiyle dokumacılığın koruyucu tanrıçası olan Athena'dan ilham aldığı söylenir. Arachne yeteneğine o kadar çok güvenir ki tanrıça Athena'yı bir yarışmaya davet edecek kadar cüretkâr davranır. Athena bu meydan okumayı duyar ve genç Arachne'ye öğüt vermek için yaşlı bir kadın kılığına girerek ortaya çıkar. Kılık değiştirmiş Athena'yı tanımayan Arachne, yaşlı kadını azarlar. Athena, gerçek kimliğini gösterdiğinde orada bulunan tüm periler ve kadınlar saygıyla dizlerinin üzerine çökse de Arachne meydan okumasına devam eder.[1,10] Yarışma bittiğinde ne Athena ne de hizmetkarı Envy, Arachne'nin işinde tek bir kusur bulamaz. Arachne'nin başarısına öfkelenen Athena, Arachne'nin tezgâhını ve duvar halısını yok eder ve Arachne'nin alnına vurur. Arachne bu cezaya dayanamaz ve başını eğmek yerine kendini asar. Athena ise önce genç sanatçıya acır ve onu diriltir, ancak onu sonsuza kadar asılı bir şekilde yaşaması için onu bir örümceğe dönüştürür.[10]

Atlas

Başın dönme ve baş sallama hareketlerinden sorumlu olan Atlas, omurganın ilk boyun omurudur. Atlas ve axis (omurganın ikinci boyun omuru) birlikte kafatasını ve omurgayı birbirine bağlar.[4]

Atlas, adını Yunan mitolojisindeki bir titandan alır. Yarı insan yarı tanrı olan titanlar, son derece güçlü olan devlerdir. Titanlar o kadar güçlüdürler ki, Olympus'un tepelerinde tüm insanlara hükmeden tanrılara meydan okumaya dahi cesaret edebilirler. Atlas, güçlü ve sarsılmaz kollarıyla dünyayı ve bazılarına göre gökyüzünü tutan bir titandır.[1] (***Şekil 2***)



Şekil 2. Atlas ve Herkül
(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hercules_and_Atlas,_from_The_Labors_of_Hercules_MET_DP836674.jpg)

Zeus ve Titanlar arasındaki savaşın ardından kazanan Zeus olur ve Titanlar, Zeus tarafından Etna gibi büyük volkanların eteklerine kadar zincirlenmekle; Atlas'ı ise gökleri (genellikle Dünya olarak tasvir edilen) sonsuza kadar omuzlarında taşımak zorunda kalacak şekilde cezalandırır.[11,12] Bu, aynı zamanda birinci boyun omurunun ağır görevini de simgelemektedir. Atlas'ın kuru ağırlığı yaklaşık 10-20 gr olmasına rağmen 3-5 kg'lık kafayı taşımaktadır.[12]

Cupid's bow (Aşk tanrısının yayı)

Üst dudağın yay şeklindeki biçiminden dolayı ilk kez 1960 yılında bu tanımlama yapılmıştır. Ayrıca 1970'lerin ortalarından itibaren bu ifadeye radyolojik bir anlam da verilmiştir ki radyolojik görüntülemelerde alt bel omurlarının alt uç plakaları da kavisli bir kontur oluşturduğu için bu isimlendirme kullanılır. (***Şekil 3 a-b***) Bu terim, resmi terminolojik anatomik bir tanımlama olmadığı için, anatomistlerden ziyade pediatristler ve ağız cerrahları tarafından daha çok tercih edilmektedir. Pek çok kültürde ağız ve dudaklar "erojen bölgeler"

olarak kabul edilir ve adını Aşk Tanrısının Yunan öncüsü Eros'tan alır.[5] Yunan aşk tanrısı olan Eros'un Romalı eşdeğeri Cupid'dir. Roma mitolojisinde aşk teması, her ikisi de son derece güçlü olan Cupid ve annesi Venüs tarafından temsil edilmektedir. Aşk, tanrı tarafından kendisine haksızlık edenleri cezalandırmak için bir silah olarak kullanılan ve Cupid'in yayı aracılığıyla yayılan bir hastalık olarak görülür. Aşk, mitolojide hastalık olarak tasvir edilir. Cupid'in okları sadece ölümlüleri değil tanrıları da kontrol edebilecek kadar güçlüdür.[13]



Şekil 3. a) Üst dudakta, b) Röntgen grafisindeki bir omurda görülen aşk tanrısının yayı.
(a: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:MouthCupidBow.jpg)

Hippocampus ve Ammon'un boynuzu (Cornu ammonis)

Beynin filogenetik olarak en eski kısımlarından biri olan hippocampus, koronal kesitte temporal lobun iç tarafındaki gri madde tabakasında yer alan ve uzun süreli hafıza ve mekânsal navigasyonla ilgili olan bir beyin bölümüdür.[1]

Anatomist Julius Caesar Arantius, 1587'de bir beyin diseksiyonu sırasında ventriculus lateralis'in tabanında bazı dikkat çekici oluşumlarla karşılaştığında bir metafor kullanmıştır. Bu yapı küçük bir deniz atının görüntüsünü hatırlattığı için "hippocampus" adını vermiştir.[5] Hippocampus kelimesi Yunanca hippos (at) ve kampos (deniz) kelimelerinden türetilmiştir.[1]

Mitolojik kaynağı, deniz tanrısı Poseidon'un iki tekerlekli arabası hippocampus (at başlı ve yunus gövdeli)'lar tarafından çekilmesinden gelmektedir. Esasen hipocampus, hareketlerin davranış kalıplarına dönüştürülmesinde önemli rol oynayan limbik sistem komponentidir.[1]

Cornu ammonis'in adı ilk kez 1742'de hippocampus'un kıvrımlı kısmına verilen isim olarak ortaya çıkmıştır.4 Cornu ammonis, dış yüzeyinin koç boynuzuna benzemesi nedeniyle eski Mısır'dan gelen diğer mitolojik bir tanımlamadır.[14] Eski Mısır'da güneş tanrısı Amun-Ra (veya Ammon) bu tür boynuzlarla tasvir edilmiştir.[15] Koç boynuzlarıyla tasvir edilen Ammon, Yunanlılar tarafından Zeus'un bir sıfatı olarak benimsenmiş ve daha sonra Romalılar tarafından Jüpiter olarak birleştirilmiştir.16 18. yüzyılda muhtemelen formatio hippocampi'nin kıvrımlı alt yapısından ilham alarak isimlendirilmiştir. [15]

Hymen (Kızlık zarı)

Hymen, dış vajinal açıklığı kısmen kapatan bir zardır. Günümüze kadar anatomisine ilişkin pek çok efsane mevcut olan hymen'in özellikle muhafazakâr kültürlerde, saflık ve namusun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.[17] Hymen kelimesi ilk olarak MS 4. yüzyılda ortaya çıktıktan sonra 16. yüzyıla kadar uzun bir sessizliğe bürünmştür.[5]

Hymen (Hymenaios veya Hymenaeus), evlilik törenlerinde şarkı ve şölenlere ilham veren erkek tanrıdır. Antik Yunan'da erotik şiirin bir türü olan hymenaios'a ait olan şarkı, gelinin damadın evine kadar eşlik ettiği sırada söylenen şiirlerden oluşur.[2] Bir başka efsanede, aralarında sevdiği kızın da bulunduğu bir grup kadını bir korsan çetesinden kurtaran genç kahramanımız, ödül olarak kız ile evlenir ve mutlu yaşamları, yıllar sonra bile evlilik şarkılarında anılmasına neden olur.[18] (***Şekil 4***)



Şekil 4. Evlilik tanrısı Hymen ve sunağının yanında bir çift.
(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Echtpaar_met_huwelijksgod_Hymen_bij_een_altaar,_RP-P-1982-1432.jpg)

Iris

Eski dönemlerde botanik bir terim olarak kullanılan iris, yaklaşık M.S 100'de insanın gözündeki bir bölüm olarak adlandırılmaya başlanmıştır.[4] Göz bebeğinin çapını ve boyutunu, dolayısıyla retinaya ulaşan ışık miktarını kontrol eden zar olan iris kelimesi Yunan gökkuşağı tanrıçasından türetilmiştir. Altın kanatlı güzel bir genç kız olarak tasvir edilen İris, gök ile yer arasında bir yayı (gökkuşağı) gerebilen Olimpos tanrıların habercisidir. Ayrıca denizden çıkardığı ibrik ile yağmur bulutlarını suyla doldurduğuna inanılır. Elbisesi gökkuşağının yedi rengiyle parlar.[4]

Lymph

Lympha (çoğul Lymphae), eski Roma tatlı su tanrısıdır. Lenfler genellikle çeşmelerin ve kuyu başlarının tanrısı anlamı ile ilişkilidir. Edebi kullanımda, "lenfae" yaygın bir isim olarak, çoğul veya daha az sıklıkla tekil olarak, tatlı su kaynağı veya basitçe "su" anlamına gelebilir. Lenf adı, "nimf" anlamına gelen peri olarak da kullanılır. Eski Roma şairleri şiirlerinde sıklıkla lenfa'yı hem "su kaynağı" hem de "su perisi, nympha" olarak iki şekilde kullanmışlardır. Bir sıfat olarak kullanılan "lymphaticus" ise klasik Latince anlamıyla "çılgınca" veya "deli" olarak ifade edilir.[4,5]

Pterion

Pterion, frontal, temporal, sfenoid ve parietal kemikler arasındaki kesişme noktasıdır. Kafa tabanı cerrahi girişimlerinde önemli bir anatomik noktadır. Zeus'un oğlu Pterion Hermes, Olimpia tanrılarının habercisi ve gezginlerin koruyucusu olarak kabul edilir. Hermes'in petasos (güneş şapkası veya miğfer)'unun kanatlarının, antik Yunan veya Roma sanat eserlerinde tasvir edildiği gibi kafatasının bu bölgesine bağlı

olduğu tasavvur edilmiştir.[14] Yunan mitolojisinde tanrıların habercisi Hermes'in uçması, pterion'a takılan kanatlı sandaletler ve başındaki kanatlar sayesinde olduğuna inanılırdı.[19]

Thalamus ve pulvinar thalami

Ara beynin en büyük parçası olan thalamus, beyni uyanık vaziyette tutar ve koku duyusu hariç diğer tüm duyuların toplandığı ve düzenlendiği yerdir. Claudius Galenus, 2. yüzyılda Yunanca "uyku odaları" anlamına gelen “thalamos” kelimesinden türetilen "talamus" terimini ilk kez ortaya atan kişidir. Thalamus’un arkadaki yuvarlak çıkıntısına Latince pulvinus’tan gelen pulvinar thalami adı verilir ki iki thalamus’a arka taraftan bakıldığında bir sandalyenin yastıklı kol dayama yerlerine benzetilmiştir. Antik Roma'da pulvinus, dini törenlerde yaygın olarak kullanılan yastıklı boş taht anlamına gelmektedir.[14]

Özellikle Rönesans döneminde anatomik terimlerin eponimleri üzerinde oldukça fazla durulmuştur. Bunun nedeni Rönesans'ın temel özelliklerinden birinin klasik temalara dönüş olmasından kaynaklıdır. Zaten bu dönem için anatomistlerin ve ressamların altın çağı olarak nitelemek yanlış olmasa gerek. Anatomik terimler ile benzetildikleri mitolojik öğelere bakıldığında adlandırmalar çoğunlukla şekil benzerliklerine göre yapılmıştır. Ayrıca bu dönemde antik mitolojik terimlere yeni isimler vermek de bir moda haline gelmiştir.

Sonuç

Anatomik terminolojide mitolojik kökenli isimlendirmelerin kullanılmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan ilki, bu isimlendirmelerin hafızada kalıcılığını artırmasıdır. Mitolojik bir hikayeyle ilişkilendirilen bir anatomik yapı, öğrenciler için daha anlamlı ve akılda kalıcı hale gelir. Örneğin, Aşil tendonu, Yunan mitolojisindeki ünlü kahraman Achilles'in hikayesiyle ilişkilendirilerek öğrencilerin bu yapıyı daha kolay hatırlamasını sağlar. Ayrıca, mitolojik isimlendirmeler, anatomik yapılar arasındaki ilişkileri görselleştirmeye yardımcı olabilir. Örneğin, Atlas vertebra'nın omurgadaki konumu, gökyüzünü omuzlarında taşıyan Titan Atlas'ın imajıyla daha iyi anlaşılabilir.

Sonuç olarak, genel anlamda tıp terminolojisindeki mitolojik kökenlerin bilinmesi, tıbbın tarihsel ve kültürel bağlamını anlamak için ve aynı zamanda tıp eğitiminde eğitimi kolaylaştırıcı bir faktör olması açısından önemlidir.

Bilgi

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

Kaynaklar

1. Okten AI. Mythology and neurosurgery. World Neurosurgery 2016;90:315–321. doi:10.1016/j.wneu.2016.02.106
2. Nanda A, Filis A, Kalakoti P. Mythological and prehistorical origins of neurosurgery. World Neurosurgery 2016;89:568-573.
3. King KC, Hoffman JR. Myths and medicine. Western journal of medicine 2000;172(3):208.
4. Kucharz EJ. Medical eponyms of mythological origin. Acta Neophilologica 2017;19:20-42.
5. Karenberg A. The world of gods and the body of man: mythological origins of modern anatomical terms. Anatomy 2013;7(1):7-22
6. Anagnostopoulou S, Mavridis I. Achilles’ death: anatomical consideration regarding the most famous trauma of the Trojan War. J Trauma Acute Care Surg 2013;74(3):946–947.
7. Rakic VS. Using the Literature to Understand Achilles’ Fate. Ostomy Wound Management 2016;62(5):38-42.
8. Klenerman L. The early history of tendo Achillis and its rupture. J Bone Joint Surg Br 2007;89:545–547.
9. Federative International Programme for Anatomical Terminology (FIPAT). Terminologia Anatomica. 2nd ed. FIPAT.library.dal.ca. Federative International Programme for Anatomical Terminology, 2019.
10. Sanan A, van Loveren HR. The arachnoid and the myth of Arachne. Neurosurgery 1999;45:152–155.
11. Hakan T. Atlas: A unique vertebra that takes its name from a Hemitheos in Greek Mythology, Atlas. WScJ 2010;3:212-214.
12. Laiho K, Kauppi M, Konttinen YT. Why Atlas, why not Heracles: reflections on the rheumatoid cervical spine. Semin Arthritis Rheum 2005;34(4):637–41.

13. Davies K. Cupid's Bow and Arrow: The Plague of Love. Canta Aeide: Journal of Classical Studies 2022;3(01):1-14.
14. Karakis I. Neuroscience and Greek mythology. Journal of the History of the Neurosciences 2019;28(1):1-22.
15. Woo PYM, et al. Gods and monsters: Greek mythology and Christian references in the neurosurgical lexicon. Surg Neurol Int 2022;13:67.
16. Iniesta I. On the origin of Ammon's horn. Neurología (English Edition) 2014;29(8):490-496.
17. Hegazy AA, Al-Rukban MO. Hymen: facts and conceptions. Health 2012;3:109–115.
18. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "Hymen". Encyclopedia Britannica, 14 Feb. 2018, https://www.britannica.com/topic/Hymen-Greek-mythology. Accessed 2 May 2024.
19. Altay T, Couldwell WT. The frontotemporal (pterional) approach: an historical perspective. Neurosurgery 2012;71(2):481-492.

Derleme - Review

Patoloji Pratiğinde Sık Rastladığımız Eponimlere Bir Saygı Duruşu*

A Tribute to Common Eponyms in Pathology Practice

Fadime Eda Gökalp Satıcı[i]

[i]Uz. Dr., Tarsus Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, https://orcid.org/0000-0002-3103-7856

ÖZ

Eponim bir buluş, icat ya da belirli bir dönemin bir kimsenin adıyla anılmasıdır. Eponim, Fransızca "éponyme" sözcüğünden gelir. Etimolojik kökenine bakıldığında Epi "üstüne, üzerine, ile ilgili" ve ónoma "isim, ad" olmak üzere iki bileşenden oluşur. Tıbbi terminolojide hastalıkların, anatomik yapıların, skorlama sistemlerinin, tümörlerin, mikroorganizmaların, teşhiş ve tedavi yöntemlerinin isimlendirilmesinde kullanılan bolca eponim mevcuttur. Patoloji pratiğinde karşılaştığımız neoplazilerin isimlendirilmesinde de neoplazilerin keşfi ya da tanımlanmasında emeği geçen bilim insanlarının isimlerine sıkça rastlanmaktadır. Özellikle de mikroskopun yoğun kullanımı sonrası tümörlerin keşfinin hızlandığı XIX. yüzyılda yaşamış bilim insanlarının isimleriyle tümörlerin anıldığı dikkatimizi çekmiştir. Bunların bir kısmı tümörlerin kaynaklandığı hücreleri keşfeden bilim insanları iken bir kısmı bizzat neoplastik lezyonları tanımlamışlardır. Derlememizde yer alan bilim insanları içerisinde o dönemlerde kadınların bilim dünyasında azınlık olduğu düşünüldüğünde Sophie Spitz ve Maria Dabska isimli iki kadın bilim insanın yer alması mutluluk vericidir. Ayrıca patolojinin babası olarak anılan Sir James Paget, kanser genetiğinin öncüsü Aldred Scott Warthin, morfolojik yapıların fizyolojisini keşfetmenin önemine dikkat çeken Enrico Sertoli derlemede öne çıkan diğer isimlerdir. Derlememizde yer alan bilim insanlarının hayatlarının her yönden ilgi çekici olduğu ve onların akademik hayatlarına ışık tutmanın gelecek nesiller açısından da ilham verici olduğu düşüncesiyle makalemizi paylaşmak istedik.

Anahtar kelimeler: Eponim, Patoloji, Tıbbi terminoloji

ABSTRACT

An eponym refers to a discovery, invention, or a specific period named after a person. The term "eponym" originates from the French word éponyme, which, in turn, derives from the Greek epi ("upon, related to") and ónoma ("name"). In medical terminology, numerous eponyms are used for naming diseases, anatomical structures, scoring systems, tumors, microorganisms, as well as diagnostic and therapeutic methods. In pathology practice, the nomenclature of neoplasms frequently includes the names of scientists who contributed to their discovery or characterization. Notably, with the widespread use of the microscope, the identification of tumors accelerated in the 19th century, and many tumors have since been named after scientists from that period. Some of these individuals identified the cells from which the tumors originated, while others directly described neoplastic lesions. It is particularly noteworthy that among the scientists covered in our review, two female researchers—Sophie Spitz and Maria Dabska—are included, considering the underrepresentation of women in the scientific community at the time. Additionally, prominent figures such as Sir James Paget, known as the father of pathology, Aldred Scott Warthin, a pioneer in cancer genetics, and Enrico Sertoli, who emphasized the importance of understanding the physiology of morphological structures, stand out in our study. We believe that the lives of these scientists are fascinating from multiple perspectives and that shedding light on their academic journeys will serve as an inspiration for future generations. With this perspective in mind, we present our article.

Keywords: Eponym, Pathology, Medical terminology

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):423-435
DOI: 10.31020/mutftd.1634759
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 06 Şubat 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 17 Mart 2025
İletişim - Correspondence Author: Fadime Eda Gökalp Satıcı <edagokalp8@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

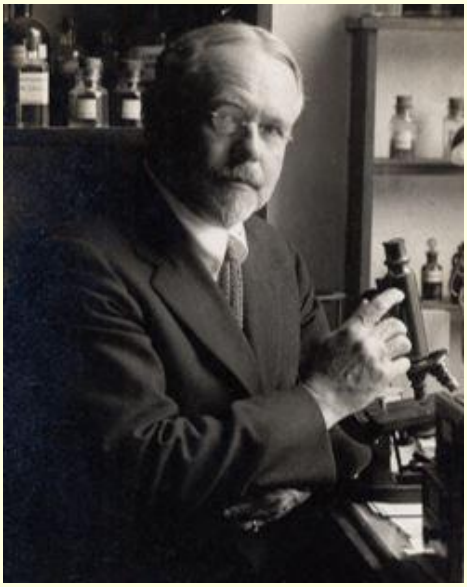
Eponim bir buluş, icat ya da belirli bir dönemin bir kimsenin adıyla anılmasıdır. Eponim, Fransızca "éponyme" sözcüğünden gelir. Etimolojik yapısına bakıldığında Yunanca kökenli olup *Epi* "üstüne, üzerine, ile ilgili" ve *ónoma* "isim, ad" olmak üzere iki bileşenden oluşur.[1] Eponimler yaklaşık 500.000 terim içeren tıp terminolojisinde de sıklıkla kullanılmaktadır.[2,3] Bazı hastalık ve sendromlar, keşfeden ya da tanımlanmasıyla ilgili gelişmelere imza atan kişi veya kişilerin ad-soyad veya soyadlarıyla isimlendirilmektedir. Bunun yanı sıra hastalığın tanımlandığı ilk hastanın ismiyle anılan hastalıklar da mevcuttur. Buna örnek olarak Rachel Cowden'dan adını alan Cowden sendromu verilebilir.[4] Tıp alanında kullanılan cihaz ve aletlere de keşfeden kişilerin isminin verilmesi tıbbi terminolojideki eponimlere bir diğer örnektir. Kardiyak işlemlerde kullanılan stent Charles Stent'ten, görüntüleme yöntemi olarak kullanılan röntgen cihazı Wilhelm Conrad Röntgen'den isim almıştır.[5] Anatomik yapıları ilk olarak tarifleyen bilim insanlarının isimlerinin o yapılara verilmesi de sıkça karşımıza çıkar. Östaki borusunun Bartolomeo Eustachi'den kemikte bulunan Havers kanallarının Clopton Havers'ten dolayı isimlendirilmesi gibi.[6] Eponimler kullanılırken keşfeden bilim insanının adı/ soyadı/adı soyadının yanına hastalık, sendrom gibi kelimelerin eklenmesiyle tamlama oluşturularak kullanılabildiği gibi bazen de kelimenin sonuna ek getirilerek kullanılabilir. Örneğin Leismaniazis, bu hastalığa sebebiyet veren paraziti keşfeden William Boog Leishman'dan adını alır. Günümüzde patoloji pratiğinde de tümör terminolojisinde eponimler sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Robert Hooke'un 1665'te hücreyi keşfi, ilerleyen yıllarda Rudolf Virchow'un kanseri hücrelerle ilişkilendirmesi sıklıkla XIX. yüzyılda neoplastik lezyonların tanımlanmasına zemin hazırlamıştır. Gerçekten de çoğunlukla XIX yüzyılın ortalarında yaşamış bilim insanlarının isimleriyle tümörlerin anıldığı dikkatimizi çekmiştir. Bunların bir kısmı tümörlerin kaynaklandığı hücreleri keşfeden bilim insanları iken bir kısmı ise bizzat neoplastik lezyonları tanımlayan bilim insanlarıdır. Çoğunlukla tanımladıkları tümöre bir isim vermişlerdir fakat ilerleyen dönemlerde aynı tümöre rastlayan bilim adamlarının referans vermeleri ve onları onurlandırmaları amacıyla ilgili tümörleri keşfeden bilim insanlarının isimleriyle anmaları da söz konusudur. O dönemlerde kadınların tıp dünyasında azınlıkta olduğu düşünüldüğünde derlediğimiz eponim terimler arasında Sophie Spitz ve Maria Dabska isimli iki kadın bilim insanının bulunması mutluluk vericidir. Eponimler, yalnızca geçmişteki bilim insanlarını onurlandırmakla kalmayıp bu bilim insanlarını geleceğe taşıyarak genç bilim insanlarına ilham kaynağı da olmaktadırlar.

Biz de bu düşünceden hareketle patoloji pratiğinde, neoplazilerin isimlendirilmesinde kullanılan eponimleri derleyerek bu konuya dikkat çekmek ve ilgili bilim insanlarını anmak istedik. Bu amaçla patolojinin ana kitaplarından Robbins & Cotran Hastalıkların Patolojik Temeli'ni gözden geçirerek eponimleri belirledik. Yalnızca neoplastik lezyonları derlemeye dahil ederek diğer hastalık/sendromları dışladık. Neoplastik lezyonlar içerisinde bizzat neoplastik lezyonun tanımlanmasında etkili olmasa dahi lezyonun köken aldığı hücrenin keşfinde rol oynayan bilim insanlarını da çalışmaya dahil ettik. Makalemizde bahsi geçen bilim insanlarını alfabetik sırayla okuyuculara sunuyoruz.

Kanser genetiğinin babası: Aldred Scott Warthin (1866-1931)

Greensburg, Indiana'da 21 Ekim 1866'da doğan Aldred Scott Warthin **(*Şekil 1*)** Michigan Üniversitesi'nde tıp eğitimi almış ve kariyeri boyunca önce dahiliye sonra patoloji alanında olmak üzere Michigan Üniversitesi'nde çalışmıştır.[7] Warthin tümörü sıklıkla parotis bezinde ağrısız büyüyen kitle ile prezante olan iyi huylu bir tükrük bezi tümörüdür. Sigara kullanımıyla ilişkili olup erkeklerde daha sık görülür. Warthin, bu tümörün lenfoid stroma içinde papiller ve kistik yapılar ile karakterli histolojik yapısını tanımlamış ve bu tümöre ''papiller kistadenoma lenfomatozum'' adını verse de zaman içinde tümör onun adıyla anılmaya başlamıştır.[8] Warthin'in bu tümörü tanımlaması, tükürük bezi tümörlerinin histopatolojik sınıflandırılmasında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Michigan Üniversitesi'nde patoloji profesörü olarak

görev yaptığı sırada Warthin diğer çalışmalarıyla kanser ile genetik faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen öncülerden biri olmuştur.[9,10] Ayrıca sifiliz üzerine de çalışmaları mevcut olup sifiliz spiroketlerini gösteren Warthin–Starry boyasını geliştirmiştir.[11] Warthin 1931 yılında ani bir şekilde astım hastalığına nedeniyle yaşama veda etmiştir.



Şekil 1. Aldred Scott Warthin (1866-1931)[7]

Tıbbın insan vücudunu keşfinde morfolojiden fonksiyona: Enrico Sertoli (1842–1910)

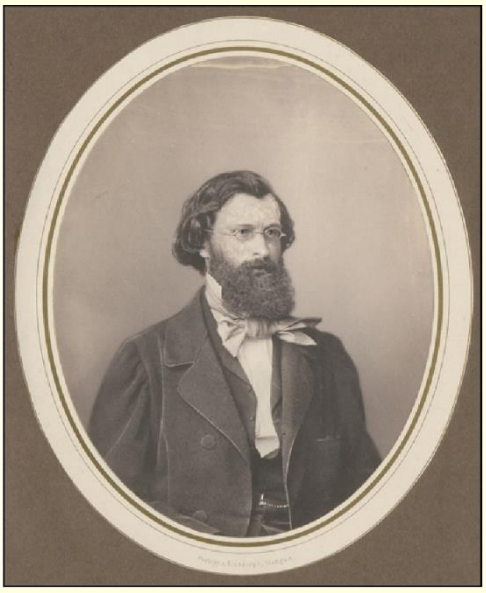
Enrico Sertoli **(*Şekil 2*)** 1842 yılında İtalya'nın Sondrio kentinde dünyaya gelmiştir.[12] 18 yaşına geldiğinde Pavia Üniversitesi Tıp Okulu'nda eğitim görmeye başlayan Sertoli, plateletleri keşfeden Giulio Bizzozzero ve Nobel ödüllü Camello Golgi ile yakından çalışma fırsatı bulmuştur.[13] Tıp fakültesinden mezun olduğu yıl henüz 23 yaşında iken yayımladığı makalesinde testisin en küçük histolojik birimi olan seminifer tübüller içerisinde spermatogenik hücreler yanısıra destek görevi gören daha sonraları Sertoli hücreleri olarak anılacak ''branched'' olarak tariflediği hücreleri tanımlamıştır. Bu hücrelerin yağ damlacıkları içeren şeffaf sitoplazma ve nükleolustan oluşan konik veya prizmatik şekilli olduklarını tariflemiştir. Sertoli hücreleri, spermatogenezi destekleyen ve kan-testis bariyerini oluşturan hücrelerdir. Sertoli başlangıçta bu hücrelerin işlevini anlamasa da çeşitli hayvanlar üzerinde yaptığı çalışmalarla Sertoli hücrelerinin spermatogenik hücreleri desteklemek ve beslemek ile görevli olduklarını ve hasarlı hücreleri fagosite ettiklerini keşfetmiştir.[13] Bu hücrelerin keşfi testis histolojisi ve fizyolojisinin anlaşılması kadar üreme biyolojisine de katkıda bulunmuştur. Öğrencilerine yaptığı bir konuşma sırasında da form ile fonksiyon arasındaki yakın ilişkiyi vurgulaması Sertoli'nin akademik çalışma stilini vurgular niteliktedir.[12] Sertoli bunun yanısıra histoloji ve anatomi alanında birçok çalışma yapmıştır. 37 yıllık kariyerinden sonra 1907'de emekli olan bilim insanı 1910 yılında hayata veda etmiştir.



Şekil 2. Enrico Sertoli (1842–1910)[12]

Zoolojiden histolojiye: Franz von Leydig (1821–1908)

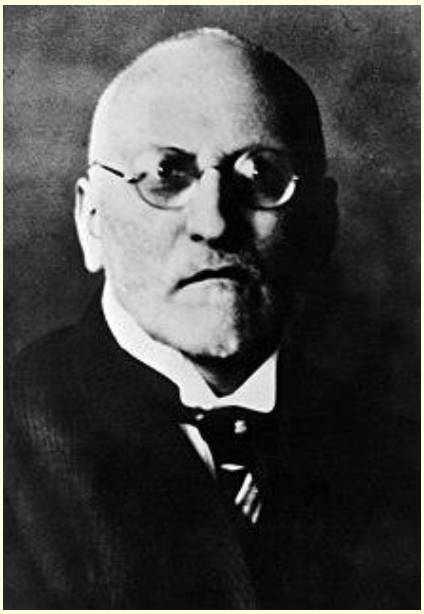
Almanya'da 1821 yılında dünyaya gelen Franz von Leydig **(*Şekil 3*)**, babasının mesleği olan bahçıvanlık ve arıcılık sayesinde zoolojiye ilgi duymuştur.[14] Küçük yaşlardan itibaren edindiği mikroskopuyla uğraşlarda bulunan Leydig, Würzburg Üniversitesi'nde tıp eğitimi almıştır. Daha sonraları hayvan ve insan dokularının mikroskobik yapıları üzerine önemli çalışmalar yapan bilim insanı anatomi ve histoloji alanında yoğunlaşmıştır. 1850 yılında testiste seminifer tübüller arasındaki intertisyumda yerleşim gösteren, testesteron salgılayarak spermatogeneze destek veren Leydig hücrelerini tanımlamıştır.[15] 1857'de Tübingen Üniversitesi'nde Zooloji ve Karşılaştırmalı Anatomi profesörü olmuştur. ''Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere'' en önemli eseri kabul edilmekte olup bu eser ile karşılaştırmalı histolojinin öncüsü kabul edilmiştir.[14] 1875'te Bonn Üniversitesi'nde karşılaştırmalı anatomi profesörü olmuş ve burada anatomi enstitüsünde müdürlük görevini yerine getirmiştir. 1 Nisan 1887'de emekli olan Leydig 13 Nisan 1908'de doğum yeri olan Tauber'de hayata veda etmiştir.



Şekil 3. Franz von Leydig (1821–1908)[14]

Metastatik over tümörlerinin keşfi: Friedrich Ernst Krukenberg (1871–1946)

1 Nisan 1871 tarihinde Almanyada dünyaya gelen Friedrich Ernst Krukenberg **(*Şekil 4*)**, Bonn Üniversitesi'nde jinekoloji profesörlüğü yapmıştır. Tıp öğrenimi yaptığı Marburg Üniversitesi'nde 1896 yılında yeni bir over tümörü tipi tanımlamıştır.[16,17] Bundan altı yıl sonra bu tümörün primer olarak overden kaynaklanmadığı ve metastatik olduğu anlaşılmıştır.[18] Gerçekten de Krukenberg tümörü overde genellikle çift taraflı izlenen sıklıkla mide taşlı yüzük karsinomu kaynaklı onun dışında kolon, pankreas, safra yolları, meme ve apendiks gibi organlardan kaynaklanan bir tümör olarak günümüzde bilinmektedir.[19] Krukenberg'in bir diğer ilgi alanı da oftalmolojidir.[20] 1928 yılında emekli olan Krukenberg hobisi olan kayak uğruna İsviçre Cenevre gölü yakınlarına taşınmış, bundan 18 yıl sonra 1946 yılında hayata gözlerini yummuştur.



Şekil 4. Friedrich Ernst Krukenberg (1871–1946)[17]

Over tümörlerinin sınıflandırmasında etkili bir bilim insanı: Fritz Brenner (1877-1969)

Almanya'nın Osthofen kentinde 1877 yılında dünyaya gelen Fritz Brenner, 1904 yılında Heidelberg Üniversitesi'nden tıp doktorasını almıştır. Brenner 1907 yılında üç olgu paylaştığı ''Das Oophoroma folliculare'' isimli makalesinde graffian foliküllere benzettiği bir tümör tanımlamıştır.[21] 1932 yılında Robert Meyer, Brenner'in anısına bu tümörü Brenner tümör olarak isimlendirmiştir. Brenner tümör günümüzde benign, borderline ve malign olarak sınıflandırılmaktadır. Borderline ve malign tipleri nadiren karşımıza çıkmaktadır. 1910 yılından itibaren o sıralarda Hollanda'nın kolonisi olan Güney Afrika'ya taşınan Brenner 1969'da Johannesburg'de hayatını kaybetmiştir.

Kanser Adam (Cancer Man): James Stephen Ewing (1866-1943)

James Stephen Ewing **(*Şekil 5*)** 1866-1943 yıllarında yaşamış Amerikalı patologtur.[22] 1866 yılında nüfuslu bir ailenin üçüncü çocuğu olarak dünyaya gelen Ewing, 14 yaşındayken femur kemiğinde gelişen osteomiyelite bağlı olarak belli bir dönemi yatak istirahatinde geçirmiştir.[22] Bu dönemde mikroskop kullanmayı öğrenmiştir. Newyork Hekimler Koleji'nde eğitim alan Ewing bu dönemde patolojiye ilgi duyduğunu fark etmiştir. 1899'da Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne ilk patoloji profesörü olarak atanmıştır. 1919 yılında kanseri anlamada kapsamlı bir kaynak olan ve birçok dile çevrilen ''Neoplastic Diseases: A Textbook on Tumors'' isimli kitabı yayımlanmıştır.[23] Bu kitapta paylaştığı çalışmalarla modern onkolojinin temelini atmıştır. 1921 yılında ise kemik tümörleri üzerine yaptığı çalışmalarda, özellikle çocukluk ve genç erişkinlik

döneminde görülen ve sonraları Ewing sarkomu olarak bilinecek agresif bir kemik tümörünü ‘’kemiğin diffüz endotelyoması’’ şeklinde tarifleyerek ilk kez detaylı bir şekilde tanımlamıştır.[24] Bu tümörün o dönemde iyi bilinen kemik tümörü osteosarkomdan farklı olduğuna dikkat çekmiştir. Günümüzde Ewing sarkomu tanısında histopatoloji halen anahtar rol üstlenmekte olup Ewing sarkomu küçük, yuvarlak, mavi hücreli tümörler grubunda yer almaktadır. Bu hücrelerin fibröz bantlarla ayrılmış tabakalar halinde büyüme paterni sergilediği izlenir. James Stephen Ewing ayrıca tümörün radyoterapiye duyarlı olduğunu keşfederek tedavi yaklaşımlarına da katkıda bulunmuştur. 1931 yılında TIME dergisinin kapağında Cancer Man Ewing başlığıyla yer alan Ewing 1939’da emekli olana dek Memorial hastanesinde çalışmıştır. Onun çabaları sayesine Memorial Amerika Birleşik Devletleri’nde kanser merkezleri için öncü hale gelmiştir. Ewing, 1943 yılında mesane kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir.



Şekil 5. James Stephen Ewing (1866-1943)[22]

Fizyolojinin babası: Johannes Peter Müller (1801–1858)

Peter Müller **(*Şekil 6*)** 1801 yılında Almanya’nın Koblenz kentinde dünyaya gelmiştir.[25] Müller, fizyoloji, embriyolojik gelişim ve üreme sistemi anatomisi üzerine yaptığı çalışmalarla tanınır. Günümüzde sıklıkla Karsinosarkom olarak bilinen Malign Mikst Müllerian Tümör, Müller’in tanımlamış olduğu Müller kanallarından (paramezonefrik kanal) gelişmektedir. Fizyoloji çalışmaları ses, konuşma ve işitme üzerine yoğunlaşmıştır. ‘’Handbuch der Physiologie des Menschen’’ isimli kitabı fizyolojide yeni bir çağı başlatmıştır. Bu sebeple kimi kaynaklarca Müller fizyolojinin kurucusu sayılır. Fizyoloji çalışmalarından sonra karşılaştırmalı anatomiye ağırlık veren Müller tendon kaynaklı yapıların isimlendirmesinde ‘‘desmoid‘‘ terimini ve günümüzde filloides olarak bilinen o dönem ‘’cystosarcoma phyllodes’’ şeklinde isimlendirdiği tümörü tanımlamıştır.[26] Geride birçok akademik çalışma bırakan Müller 1858 yılında Berlin’de hayatını kaybetmiştir.



Şekil 6. Johannes Peter Müller (1801–1858)[25]

Sık görülen pilomatriksomanın nadir kullanılan isminin ilham kaynağı: Louis Malherbe

Günümüzde yaygın ismi Pilomatriksoma olan ve kıl folliküllerinden köken aldığını bildiğimiz lezyon 1880 yılında Fransız patolog Malherbe tarafından sebase bezlerden köken alan bir epitelyoma olarak tanımlanmıştır.[27] Bu sebeple pilomatriksoma kimi kaynaklarda Malherbe'nin Kalsifiye Epitelyoması olarak da geçmekle birlikte lezyonun köken aldığı birimi yanlış tanımlaması nedeniyle kullanımı günümüzde çok önerilmemektedir. Baş-boyun ve kol lokalizasyonunu seven iyi huylu bu lezyon sıklıkla çocuklarda görülür. Klinik olarak düzgün sınırlı kimi zaman kalsifiye nodül şeklindedir. Histopatolojik incelemede bazaloid hücreler, trikilemmal keratinizasyon, hayalet hücreler izlenir. Kalsifikasyon ve yabancı cisim reaksiyonu eşlik edebilir. Malherbe'nin hayatı ile ilgili bilgilerimiz sınırlı olup doğum ve ölüm tarihi de dahil olmak üzere yaşamına ilişkin birçok ayrıntıya ulaşmak mümkün olmamıştır.

Pediatrik patolojide devrim yaratan bilim insanı: Max Wilms (1867–1918)

Max Wilms **(*Şekil 7*)** 1890'da tıp doktorasını bitirmiş, patoloji eğitiminin ardından cerrahi eğitimi almış 1910 yılında Heidelberg Üniversitesi Cerrahi kürsüsünde çalışmaya başlamıştır.[28] Bu dönemde birçok cerrah Wilms ile çalışabilmek için Heidelberg Üniversitesi'ne akın etmiştir.[29] Wilms 1899'da embriyonik dokulardan köken aldığını öne sürerek böbrekte yerleşim gösteren Wilms tümörünü tanımlamıştır.[30] Wilms'in bu tümörü tanımlaması erken teşhis ve tedavi ile yüksek oranda iyileşebilen bir hastalık olması nedeniyle çocuk onkolojisi için büyük önem taşımaktadır. Wilms'in diğer bir çalışma alanı da tüberkülozdur. 1918 yılında difteri tanılı bir hastayı opere eden Wilms aynı hastalığa yakalanarak 50 yaşında iken talihsiz bir biçimde yaşama veda etmiştir.



Şekil 7. Max Wilms (1867–1918)[28]

Çağına damga vurmuş bir kadın patolog: Maria Dabska (1921-2014)

Polonyalı patolog Maria Dąbska **(*Şekil 8*)**, nadir vasküler tümörlerin anlaşılmasına yaptığı katkılarla patoloji dünyasında iz bırakmış bir bilim insanıdır.[31] Dabska tümörü, onun bilimsel çalışmaları sayesinde literatüre kazandırılmış ve bugün bu ad yanısıra ‘’papiller intralenfatik anjioendotelyoma’’ da kullanılmaktadır.[32] Dabska tümörü, çocuklarda izlenen iyi prognozlu vasküler bir neoplazidir. Maria Dąbska’nın diğer çalışma alanları deri eki tümörleri başta olmak üzere cilt neoplazileri, meme tümörleri ve yumuşak doku tümörleridir.[33-36] Mesleğinin son yıllarını Almanya’da icra eden ünlü patolog 1988’de emekli olarak Amerika’ya yerleşmiştir.[31] Tıbbi literatürde kullanılan eponimlerde, kadın bilim insanları azınlıkta iken Dabska bir neoplaziye adını vererek tıpkı Sophie Spitz gibi kadın hekimler için ilham verici olmuştur. Bilim insanı 2014 yılında hayata veda etmiştir.



Şekil 8. Maria Dabska (1921-2014)[31]

Dermatolojiden patolojiye giden yolu yaygınlaştıran bilim insanı: Moritz Kaposi (1837–1902)

Moritz Kaposi **(*Şekil 9*)**, 23 Ekim 1837'de Macaristan'ın Kaposvár şehrinde dünyaya gelmiştir.[37] Viyana Üniversitesi'nde tıp eğitimi alan Kaposi daha sonra dermatoloji alanında çalışmalar yapmıştır. 1872 yılında "multiple idiopathic pigmented sarcoma of the skin" (çoklu idiyopatik pigmente deri sarkomu) ismiyle günümüzde Kaposi sarkomu olarak bilinen antiteyi tanımlamıştır.[38] İlk tanımladığı hastalar, çoğunlukla yaşlı erkekler olup, lezyonlar yavaş ilerleyen ve ciltte mor-kırmızı lekelerle kendini göstermekteydi. Kaposi, modern dermatolojinin gelişiminde önemli bir kurum olan ve birçok dermatolojik hastalığın keşfinde rol oynayan Viyana Dermatoloji Okulu'nda çalışmış ve mentoru Ferdinand von Hebranın ölümünden sonra okulun başkanlığını yapmıştır.[37,39] Tanımladığı diğer antiteler egzema herpeticum, lupus eritematosus ve xeroderma pigmentosumdur.[39] Von Hebra ile akademik bağlantısı yanısıra kızıyla evlenerek akrabalık ilişkisi de kurmuştur.[37] Kaposi Moritz'in orijinal soyadı değildir. Gerçekte soyadı Kohn olup doğduğu şehir olan Kaposvár'dan ilhamla kendi isteğiyle Kaposi ile değiştirmiştir. Bu değişimin ardında iki farklı teori öne sürülmektedir; ilki Kohn soyadının Viyana'daki çokluğu nedeniyle Moritz'in çalışmalarının başkalarıyla anılmasından endişe etmesi, ikincisi Kohn soyadının Yahudiliği çağrıştırmasıdır. Sebep ne olursa olsun bu değişim ile birlikte nesiller boyu Moritz'in tanımladığı neoplazi ''Kaposi'' sarkomu olarak anılmıştır. Dermatolojik hastalıkları tanımlamada patolojik incelemenin yaygınlaşmasında rol oynayan Kaposi, 6 Mart 1902'de Viyana kentinde hayata veda etmiştir.



Şekil 9. Moritz Kaposi (1837–1902)[37]

Paul Langerhans (1847–1888)

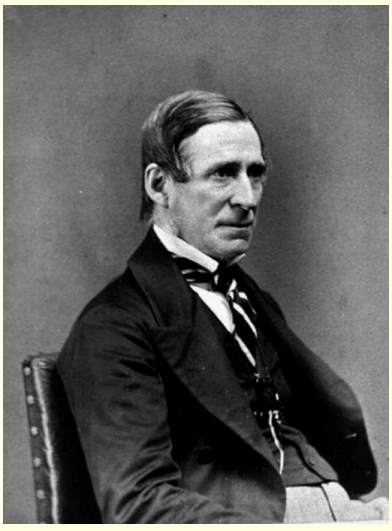
Babası da hekim olan Paul Langerhans **(*Şekil 10*)** 1847'de Berlin'de dünyaya gelmiştir.[40] Paul Langerhans, 1868'de ciltte bulunan ve günümüzde Langerhans hücreleri olarak adlandırılan dendritik hücreleri keşfetmiştir. Langerhans hücreli histiyositoz ise XX. yüzyılda farklı araştırmacılar tarafından tanımlanmıştır. Langerhans'ın yine adıyla anılan bir diğer önemli keşfi ise 1869 yılında ''Contributions to the microscopic anatomy of the pancreas'' isimli tezinde paylaştığı pankreasta insülin salgılamakla görevli Langerhans adacıklarıdır.[41] Böylece o zamana dek yalnızca tükürük bezi benzeri ekzokrin salgı yapan bir organ olarak kabul edilen pankreasın endokrin işlevi de ortaya çıkmıştır.[40,42] 1871'de Rudolf Virchow onun için Freiburg Üniversitesi'nde patolojik anatomi alanında bir pozisyon ayarlamış ve Langerhans iki yıl içinde profesör olmuştur. 1887 yılında böbrek yetmezliğine bağlı komplikasyonlar nedeniyle mesleki faaliyetlerine devam edemeyen Langerhans, bir yıl kadar sonra üremi nedeniyle genç yaşta hayata gözlerini yummuştur.



Şekil 10. Paul Langerhans (1847–1888) ve eşi Louise Emilie Margarethe Langerhans[40]

Birden fazla hastalığa adını veren patolojinin babası: Sir James Paget (1814-1899)

17 çocuklu kalabalık bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelen 1814-1899 yılları arasında yaşayan İngiliz cerrah ve patolog Sir James Paget **(*Şekil 11*)** kemik ve deri hastalıkları üzerine olan çalışmalarıyla ''patolojinin babası'' olarak tanınmaktadır.[43,44] Gençliğinde botaniğe ilgi duyan Paget bu ilgisinin ona gözlemci ve çalışkan olma fırsatı verdiğini ifade etmiştir. Gerçekten de günlük çalışma saatleri 16-17 saati bulan bilim insanının ekzositoz, nörofibromatozis, kanser patogenezi, trichinosisin keşfi gibi farklı alanlarda tıbba katkıları olmuştur. Kemiklerde aşırı büyüme ile karakterli Paget hastalığını (Osteitis Deformans) tanımlaması yanısıra 1843 yılında çalıştığı St Bartholomew hastanesinde meme ucu ve areolada döküntü şikayetiyle gelen hastalarda meme derisinde izlenen eksudatif görünümlü ve tedaviye dirençli lezyonları takibe alarak birkaç yıl içerisinde bu hastalarda tümöral lezyonların geliştiğini fark etmiştir.[45] Paget, bu bulguları 1874'te ''On Disease of the Mammary Areola Preceding Cancer of the Mammary Gland'' (Meme Bezi Kanserinden Önceki Meme Areolası Hastalığı Üzerine) isimli raporunda paylaşarak memeye özgü Paget hastalığını tanımlamıştır[46]. 30 Aralık 1899'da hayata gözlerini yuman bilim insanı için Westminster Abbeyde büyük bir tören düzenlenmiştir.



Şekil 11. Sir James Paget (1814-1899)[44]

Spitz nevüsün isim annesi: Sophie Spitz (1910-1956)

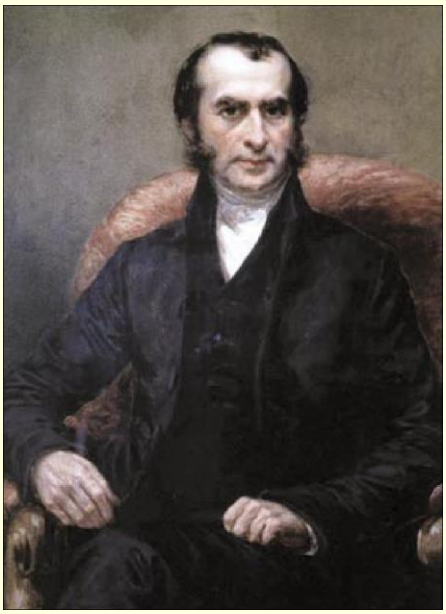
Amerika Birleşik Devletleri'nde 4 Şubat 1910'da dünyaya gelen Sophie Spitz **(*Şekil 12*)** patolog amcasının etkisiyle genç yaşlardan itibaren tıp ile iç içe olmuştur.[47] Sophie Spitz 1945'te The American Journal Of Pathology dergisinde yayımlanan makalesinde yıllarca izlediği 13 çocuk hastayı malign melanom tanılı erişkin hastalarla karşılaştırmasından doğan sonuçları paylaşmış ve çocukluk çağında görülen juvenil melanomların erişkinlerde izlenen melanomlardan farklı olarak metastaz kapasitesinin olmadığı ve dolayısıyla iyi huylu olduğuna dikkat çekmiş ve bu yayınından yıllar sonra günümüzde Spitz nevüs olarak adlandırılan antitenin ''isim annesi'' olmuştur.[48] Böylece birçok çocukluk çağı olgusu melanom tanısı almaktan ve gereksiz tedavilerden kurtulmuştur. Ayrıca tıp dünyasında kadınların azınlıkta olduğu bir dönemde bu çalışmasıyla döneme damga vurması kadın hekimler açısından her daim ilham verici olmuştur. Maalesef ki Sophie Spitz zamansız bir şekilde 1956 yılında New York Hospital Patoloji klinik şefi iken 46 yaşında metastatik kolon kanseri nedeniyle hayata gözlerini yummuştur.



Şekil 12. Sophie Spitz (1910-1956)[47]

Hematolojik malignitelerin tanımlanmasının ilk basamağını oluşturan patolog: Thomas Hodgkin (1798-1866)

İngiltere'nin başkenti Londra'da dünyaya gelen Thomas Hodgkin **(*Şekil 13*)** tıp eğitimini tamamladıktan bir süre sonra patolojiye ilgi duymuş ve 1832 yılında lenf nodları ve dalakta tümör oluşumuyla karakterli lenfoma türünü tanımladığı bir makale yayımlamıştır.[49,50] Postmortem incelemeleri sonucunda lenf nodları ve dalakta inflamasyon bulguları sergilemeyen yalnızca büyüme ile karakterli patolojinin hastaların klinik bulgularını açıkladığını makalesinde ele almıştır. Thomas Hodgkin yalnızca bu lenfoma türüne adını vermekle kalmayıp, bu lenfoma dışında kalan lenfomaların Non-Hogkin Lenfoma şeklinde adlandırılması nedeniyle lenfomaların sınıflandırılmasında da etkili olmuştur. Günümüzde dört alt tipten oluşan Klasik Hodgkin Lenfoma ve Non klasik tip olan nodüler lenfosit baskın olmak üzere Hodgkin lenfoma iki sınıfta incelenir. Histopatolojik incelemede lenfosit, eozinofil ve plazma hücrelerine alt tiplere bağlı olarak değişen miktarda Hodgkin Lenfoma için karakteristik hücreler olan Reed-Stenberg hücrelerinin eşlik ettiği görülür. Hodgkin'in ilgi alanları tıp ile sınırlı olmayıp ''Medeniyetin Teşvik Edilmesi Üzerine Bir Deneme'' adlı Amerikalı sömürgecilerin yerlilere olan tutumlarını eleştirdiği bir yapıtı mevcuttur.[50] Bilim insanı 68 yaşında iken 1866 yılında hayatını kaybetmiştir.



Şekil 13. Thomas Hodgkin (1798-1866)[50]

Sonuç

Mikroskopun XVII. yüzyılda keşfi ilerleyen yüzyıllarda neoplastik lezyonların tanımlanmasına olanak sağlamıştır. Derlemeye konu olan bilim insanlarının birçoğunun XIX. yüzyılda yaşadığı dikkatimizi çekmektedir. Ayrıca tamamı Avrupa kıtası ve ABD'ye mensup olup bu durum bu coğrafyaların o dönemin bilim dünyasına hakimiyetini kanıtlar niteliktedir. Dönemin sosyoekonomik hayatı düşünüldüğünde de bu alanda da erkek hakimiyeti şaşırtıcı olmamakla birlikte yine de iki kadın bilim insanının bulunması sevindiricidir. Gelinen süreçte günümüzde patoloji camiasındaki kadın baskınlığı düşünüldüğünde gelecekteki eponimlerde bu oranın artacağı temenni edilmektedir. Biz de derlememizde yer alan bilim insanlarının hayatlarının her yönden ilgi çekici olduğu ve onların akademik hayatlarına ışık tutmanın gelecek nesiller açısından da ilham verici olduğu düşüncesiyle makalemizi paylaşmak istedik.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Makalenin hazırlanmasında herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır. Yazar, metinde kullanılan görsellere ilişkin her türlü telif hakkı konusunda sorumluluğun kendisine ait olduğunu kabul etmektedir.

Kaynaklar

1. Barthakur R, Dawka S. Eponyms in Medicine: A Socratic Dialogue. Glob J Med Pharm Biomed Update 2022;17:16.
2. Turan D. Tıp Terminolojisinde Eponimler. Almanca-Türkçe Dil İkilisinde Eponimler. Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2022;1:103-110.
3. Porep R, Steudel WI. Medizinische Terminologie: Ein programmierter kurs mit kompendium zur einführung in die medizinische fachsprache. Stuttgart: Thieme Georg Verlag; 1997.
4. Lloyd KM, Dennis M. Cowden's disease: a possible new symptom complex with multiple system involvement. Ann Intern Med 1963;58:136-142.
5. Ambekar S, Nanda A. Charles Stent and the mystery behind the word "stent". J Neurosurg 2013;119:774-777.
6. Havers C. Osteologia nova, or, Some new observations of the bones, and the parts belonging to them, with the manner of their accretion, and nutrition, communicated to the Royal Society in several discourses to which is added a fifth discourse of the cartilages. Gale Ecco, Print Editions; 1729.
7. Baugh RF. Aldred Scott Warthin: The man behind the tumor. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1987;113:365-367.
8. Warthin AS. Papillary cyst adenoma lymphomatosum: a rare teratoid of the parotid region. J Cancer Res 1929;13:116-125.
9. Warthin AS. Hereditary with reference to carcinoma as shown by the study of the cases examined in the pathological laboratory of the University of Michigan, 1985-1913. Arch Intern Med 1913;12:546-555.

10. Warthin AS. The further study of a cancer family. J Cancer Res 1925;9:279-286.
11. Warthin AS, Starry A. A more rapid and improved method of demonstrating spirochetes in tissues. Am J Syph 1920;4:97-103.
12. Patriarca C, Colecchia M, Clerici C. Enrico Sertoli and the supporting cells of the testis "Morphology is function". Pathologica 2019;111:375.
13. Baratelli GM, Lanzani A, Sacco RN. Biography of enrico sertoli. Urology 2002;60:196-198.
14. Schneider MR. Franz von Leydig (1821–1908), pioneer of comparative histology. J Med Biogr 2012;20:79-83.
15. Leydig Fv. Zur anatomie der mannlichen geschlechtsorgane und analdrusen der saugethiere. Universitätsbibliothek Johann Christian Senckenberg; 1850.
16. Krukenberg F. Ueber das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes). Arch Gynäkol 1896;50:287-321.
17. Friedrich Ernst Krukenberg. Wikipedia [Internet] Erişim linki: https://en.wikipedia.org/wiki/Friedrich_Ernst_Krukenberg Erişim tarihi: 27.02.2025
18. Krukenberg tumor. StatPearls [Internet] Erişim linki: https://europepmc.org/article/nbk/nbk482284 Erişim tarihi: 27.02.2025
19. Al-Agha OM, Nicastri AD. An in-depth look at Krukenberg tumor: An overview. Arch Path Lab 2006;130:1725-1730.
20. Krukenberg FE, Menacho M. Observaciones ulteriores de diplococos gonocócicos que se decoloraban, según Gram, sobre la conjuntiva humana. Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos 1902;2:301.
21. Brenner T. Das oophoroma folliculare. Frankfurt Z Pathol 1907;1:150.
22. Brand RA. Biographical sketch: James Stephen Ewing, MD (1844-1943). Clin Orthop Relat Res 2012;470:639-641.
23. Ewing J. Neoplastic diseases: A text-book on tumors. Philadelphia, and London: WB Saunders company; 1919.
24. Ewing J. Diffuse endothelioma of bone. Proc New York Path 1921;21:17-24.
25. Johannes Peter Müller. Wikipedia [Internet] Erişim linki: https://tr.wikipedia.org/wiki/Johannes_Peter_M%C3%BCller Erişim tarihi: 27.02.2025
26. Desmoid tumors: Epidemiology, molecular pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and local therapy. Uptodate [Internet] Erişim linki: https://www.uptodate.com/contents/desmoid-tumors-epidemiology-molecular-pathogenesis-clinical-presentation-and-diagnosis Erişim tarihi: 27.02.2025
27. Malherbe A. Note sur l'epithelioma calcifié des glandes sebacées. Progr Méd 1880;8:826-828.
28. Raffensperger J. Max Wilms and his tumor. J Pediatr Surg 2015;50:356-359.
29. Morgoshiia TS, Siroejin NA. Professor Max Wilms: 150th anniversary of birth-in memoriam. Pediatrician (St Petersburg) 2017;8:131-134.
30. Wilms M. Die Mischgeschwülste. Leipzig: Arthur Georgi;1899.
31. Schwartz RA, Janniger EJ. On being a pathologist: Maria Dąbska: The woman behind the eponym, a pioneer in pathology. Hum Pathol 2011;42:913-917.
32. Dabska M. Malignant endovascular papillary angioendothelioma of the skin in childhood. Clinicopathologic study of 6 cases. Cancer 1969;24:503-510.
33. Dabska M. Malignant transformation of eccrine spiradenoma. Pol Med J 1972;11:388-396.
34. Dabska M, Huvos AG. Mesenchymal chondrosarcoma in the young: A clinicopathologic study of 19 patients with explanation of histogenesis. Virchows Arch 1982;399:89-104.
35. Paszko Z, Padzik H, Dabska M, et al. Estrogen receptor in human breast cancer in relation to tumor morphology and endocrine therapy. Tumori 1978;64:495-506.
36. Dabska M. Prognosis in breast cancer on the basis of histological evaluation of malignancy according to the criteria of Bloom. Pol Med J 1968;7:908-916.
37. Cohen JM, Burgin S. Moritz Kaposi: A notable name in dermatology. JAMA Dermatol 2015;151:867.
38. Kaposi M. Idiopathisches multiples pigmentsarkom der haut. Arch Derm Syph 1872;4:265-273.
39. Oriel J. Moritz Kaposi (1837-1902). Int J STD AIDS 1997;8:715-717.
40. Jolles S. Paul Langerhans. J Clin Pathol 2002;55(4):243.
41. Langerhans P, Morrison H. Contributions to the microscopic anatomy of the pancreas. Bull Hist Med 1937;5:259-297.
42. Namazi MR. Paul Langerhans: A tribute to an admirable life in science. Arch Dermatol 2008;144:1109.
43. Ulloa JH, Moreno OY, Solano A, et al. Epónimos: Vidas más allá de la cirugía. Medicina 2022;44:237-261.
44. Dubhashi SP, Sindwani RD. Sir James Paget. Indian J Surg 2014;76:254-255.
45. Patel M, Ayyaswami V, Prabhu AV. Sir James Paget-Contributions of a surgeon and pathologist. JAMA dermatol 2018;154:335.
46. Paget SJ. On disease of the mammary areola preceeding cancer of the mammary gland. St Barth Hosp Reports 1874;10:86.
47. Spitz K, Piliang M, Mostow E. Sophie Spitz: A woman ahead of her time. Int J Women's Dermatol 2019;5:190-191.
48. Spitz S. Melanomas of childhood. Am J Pathol 1948;24:591.
49. Hodgkin T. On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen. Med Chir Soc Tr 1832;17:68-114.
50. Stone MJ. Thomas Hodgkin: Medical immortal and uncompromising idealist. Baylor University Medical Center Proceedings-Taylor & Francis; 2005. pp: 368-375.

Derleme - Review

Hemodiyaliz Hastalarının Semptom Yönetiminde Aurikuloterapi Kullanımı: Geleneksel Derleme*

Use of Auriculotherapy in Symptom Management of Hemodialysis Patients: A Traditional Review

Mehmet Aytemur[i], Özlem Ceyhan[ii], Sultan Taşcı[iii]

[i]Doktora Öğrencisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
https://orcid.org/0000-0002-8381-5023

[ii]Doç. Dr. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
https://orcid.org/0000-0002-1869-8713

[iii]Prof. Dr. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
https://orcid.org/0000-0002-8039-1966

ÖZ

Kronik Böbrek Hastalığı'nın son evresi olan son dönem böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz şekilde kaybedildiği ciddi bir durumdur. Bu evrede, hastaların hayatta kalabilmesi için renal replasman tedavilerinden; Hemodiyaliz (HD), periton diyalizi veya transplantasyon yapılmalıdır. Türkiye'de, HD tedavisi en sık tercih edilen yöntemdir. Ancak, HD tedavisi fizyolojik faydalarının yanı sıra ciddi yan etkiler ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlarla ilişkilidir. Konstipasyon, kaşıntı, yorgunluk, uyku bozuklukları, ağrı, depresyon ve anksiyete bu semptomların başında gelmektedir. Bu semptomların uzun süreli ve yoğun yaşanması, tedaviye uyum ve genel iyilik halini olumsuz etkiler. Son yıllarda, hastalar bu semptomları yönetebilmek için Tamamlayıcı ve İntegratif Tedavi yöntemlerine yönelmektedir. TİT uygulamaları düşük yan etki riski, düşük maliyet, bağışıklık sistemini destekleme ve ruhsal iyilik hali sağlama gibi avantajlar nedeniyle tercih edilmektedir. Akupunktur, refleksoloji, aromaterapi, meditasyon gibi yöntemler, HD hastalarında semptom yönetiminde sıklıkla tercih edilmektedir. Aurikuloterapi bu yöntemler arasında invaziv olmayan, düşük maliyetli ve yan etkisi minimal bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Kulak kepçesinde bulunan refleks noktaların uyarılması yoluyla otonom sinir sistemini etkileyen aurikuloterapi, ağrı yönetimi, anksiyete azalması, uyku kalitesinin artırılması ve gastrointestinal semptomların iyileştirilmesi gibi birçok alanda etkili bulunmaktadır. Araştırmalar, HD hastalarında aurikuloterapinin özellikle uykusuzluk, kaşıntı, kabızlık, susuzluk ve fistül ağrısı gibi semptomları azaltmada başarılı olduğunu göstermektedir Son yıllarda yapılan çalışmalar, aurikuloterapinin hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini artırma ve semptom kontrolüne katkı sağlama potansiyeline sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Aurikuloterapi, Kronik Böbrek Hastalığı, Tamamlayıcı ve İntegratif Tedavi

ABSTRACT

End-stage renal disease , the final stage of Chronic Kidney Disease, is a severe condition characterized by irreversible loss of kidney function. At this stage, renal replacement therapies—hemodialysis (HD), peritoneal dialysis, or transplantation are essential for patient survival. In Turkey, HD is the most frequently preferred treatment method. However, while HD provides physiological benefits, it is also associated with significant side effects and symptoms that adversely affect quality of life. Constipation, pruritus, fatigue, sleep disturbances, pain, depression, and anxiety are among the most common symptoms. The prolonged and intense experience of these symptoms negatively impacts treatment adherence and overall well-being. In recent years, patients have increasingly turned to Complementary and Integrative Therapies (CIT) to manage these symptoms. CIT modalities are preferred due to their low risk of side effects, cost-effectiveness, immune system support, and promotion of psychological well-being. Methods such as acupuncture, reflexology, aromatherapy, and meditation are frequently used for symptom management in HD patients. Among these, auriculotherapy stands out as a non-invasive, low-cost, and minimally side-effect-prone option. Auriculotherapy, which involves stimulating reflex points on the auricle to modulate the autonomic nervous system, has demonstrated efficacy in multiple areas, including pain management, anxiety reduction, sleep quality improvement, and alleviation of gastrointestinal symptoms. Research indicates that auriculotherapy is particularly effective in reducing insomnia, pruritus, constipation, thirst, and fistula-related pain in HD patients. Recent studies highlight its potential to enhance quality of life and improve symptom control in this population.

Keywords: Hemodialysis, Auriculotherapy, Chronic Kidney Disease, Complementary and Integrative Therapy

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):436-449
DOI: 10.31020/mutftd.1650833
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 04 Mart 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 13 Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: Mehmet Aytemur <mehmetaytemur38az@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), geri dönüşümsüz nefron hasarı ve azalmış filtrasyon kapasitesi nedeniyle böbrek fonksiyonlarının kaybıyla karakterize ciddi bir sağlık sorunudur.[1,2] Glomerüler filtrasyon hızının <15 ml/dk'ya düşmesiyle tanımlanan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresinde, hastalar hemodiyaliz (HD), periton diyalizi veya transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine (RRT) ihtiyaç duyar.[3,4] Türkiye'de 2023 verilerine göre 89.527 RRT hastasının %69.39'u HD ile tedavi edilmektedir.[5]

Hemodiyaliz (HD), böbrek yetmezliğinde üre, kreatinin ve ürik asit gibi toksinlerin yarı geçirgen membranla uzaklaştırıldığı bir renal replasman tedavisidir.[6,7] Haftada 2-3 kez, 4-6 saat süren bu tedavi; sıvı-elektrolit dengesini korurken morbidite ve mortaliteyi azaltsa da ***Tablo 1***'de görülen konstipasyon, kas krampları, kaşıntı, hipotansiyon, anksiyete gibi fizyolojik/psikolojik semptomlara yol açarak yaşam kalitesini bozmaktadır.[8-11]

Tablo 1. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Semptomların Görülme Oranları

Semptom	Görülme Sıklığı (%)
Yorgunluk	74,3- 97
Anksiyete	64
Kemik ve eklem ağrısı	61
Baş ağrısı	62,9
Ağız kuruluğu	56,2
Sinirlilik	54,3
Uyku sorunları	53,3- 85
Kas krampları	45,3- 78
Kaşıntı	44,8- 52
Uyuşukluk ve karıncalanma	41,9
Endişe-kaygı	41,9
Bulantı	41
Konstipasyon	29,5
Kusma	27,6
İshal	23,8
Hipotansiyon	20- 30
Depresyon	20- 90

HD hastalarında geleneksel tedavilerin yan etkileri ve maliyeti nedeniyle tamamlayıcı ve integratif tıp (TİT) kullanımı %45-66,3 oranında görülmektedir.[12] En sık tercih edilen yöntemler arasında ayurveda (%63,6), bitkisel tedaviler (%7,1) ve spritüel uygulamalar (%8,7) bulunurken, hastaların %20,1'inde yan etkiler, %3,8'inde ise toksisite bildirilmiştir.[13] Düşük maliyet, minimal yan etki riski, bağışıklık sistemini destekleme ve ruhsal iyilik hali sağlama gibi avantajları nedeniyle TİT yöntemlerinin uygulanması HD hastalarında giderek yaygınlaşmaktadır.[14,15]

Hemodiyaliz Hastalarında Tamamlayıcı ve İntegratif Yöntemlerin Kullanımı

Tamamlayıcı ve integratif tedavi (TİT) uygulamalarının kökeni, binlerce yıllık bir geçmişe sahip çeşitli geleneksel tıp sistemlerine dayanmaktadır. TİT, konvansiyonel tıbbi yaklaşımlarla birlikte hastanın bütüncül sağlığını desteklemeyi hedefleyen çeşitli tedavi yöntemlerini kapsar.[16-18] Bu uygulamalar, yalnızca fiziksel semptomları hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda hastanın zihinsel, duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını da karşılamayı amaçlar. TİT, geleneksel tıp sistemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda hastaya daha kişiselleştirilmiş bir bakım sunar ve semptom yönetiminden çok, hastanın genel iyilik halini artırmayı ön planda tutar.[16] TİT uygulamaları arasında akupunktur, masaj terapisi, refleksoloji, yoga, aromaterapi, bitkisel tedaviler, meditasyon ve müzik terapisi gibi uygulamalar yer alır. Bunun yanı sıra, akupres, aurikuloterapi, progresif kas gevşetme teknikleri, hipnoterapi, rehberli imgeleme ve biofeedback gibi diğer yöntemler de tamamlayıcı tedavi yaklaşımları arasındadır. [17,19]

Araştırmalar, TİT yöntemlerin özellikle kronik hastalıkların semptom yönetiminde ve farmakolojik tedavilerin oluşturduğu yan etkilerle baş etmede etkili olduğu ve daha az yan etkiye neden olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bu tedavilerin etkinliği ve güvenliği hastanın ihtiyaçlarına uygun şekilde eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmasına bağlıdır. Bu nedenle, TİT yaklaşımları konvansiyonel tıbbi tedaviye alternatif değil, tamamlayıcı bir destek olarak değerlendirilmektedir.[20-22]

HD hastalarında TİT yöntemlerinin semptom yönetiminde kullanımı ve bu yöntemlerin etkinliğini kanıtlamaya yönelik yapılan araştırmaların sayısı giderek artmaktadır. Ceyhan ve ark. tarafından HD hastalarında TİT uygulamalarının kullanımını incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, hastaların yarıdan fazlasının en az bir TİT uygulamasından yararlandığı ve bu uygulamalardan fayda sağladığını bildirdiği tespit edilmiştir.[23] Shahriari ve ark. yaptıkları randomize kontrollü çalışmasında (RKÇ) HD hastalarına uygulanan refleksolojinin kaşıntıyı hafifletmede etkili olduğunu rapor etmiştir.[24] HD hastalarına uygulanan akupunkturun hastalarda görülen krampların sıklığını azalttığı bilinmektedir.[25] Soliva ve ark. tarafından yapılan çalışmada, HD seansları sırasında canlı klasik müzik dinlemenin, hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.[26] Komariah ve Rochmawatinin derleme çalışmasında tamamlayıcı müdahalelerin hastalara yorgunluğun yönetilmesinde ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde fayda sağladığı tespit edilmiştir.[27] Tamamlayıcı ve integratif tedavi (TİT) yöntemlerinin, HD hastalarının semptom yönetiminde etkili olduğu ve yaşam kalitelerini iyileştirdiği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır.[28,29] Bu yöntemlerin sunduğu faydalar, fiziksel semptomların hafifletilmesinin ötesine geçerek, hastaların psikolojik ve duygusal iyilik hallerini de desteklemektedir.[30,31] Özellikle, invaziv olmayan ve düşük yan etki profiline sahip yaklaşımlar, HD gibi uzun süreli tedavi gerektiren durumlarda büyük bir önem taşımaktadır.[32,33] Bu bağlamda, aurikuloterapi gibi TİT yöntemleri, HD hastalarının tedavi süreçlerine dahil edilen etkili bir tamamlayıcı yöntem olarak dikkat çekmektedir. Aurikuloterapi, bu tedavi yaklaşımlarının bir parçası olarak hem fiziksel semptomları hafifletmeye hem de psikolojik iyilik hallerini artırmaya yönelik faydalar sunduğu çalışmalarda gösterilmiştir.[16,30,31,34]

Aurikuloterapi (Kulak Akupunkturu)

Aurikuloterapi, kulak kepçesindeki belirli refleks noktalarının uyarılması yoluyla vücuttaki organlar, sinir sistemi ve enerji kanalları üzerinde iyileştirici etkiler yaratan, geleneksel Çin tıbbına dayalı bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemde, kulak kepçesi (aurikula), vücudun mikro bir haritası olarak kabul edilir ve her bir noktanın belirli bir organ veya sistemle bağlantılı olduğu düşünülür.[35,36] Aurikuloterapi, enerji akışını dengeleyerek homeostazı destekler ve vücudun kendi kendini iyileştirme kapasitesini artırır. Uygulamada genellikle bitkisel tohumlar, manyetik pelletler, lazer ışınlar, ince akupunktur iğneleri veya parmak bası uygulaması teknikleri kullanılarak kulaktaki akupunktur noktaları uyarılır. Bu yöntem, invaziv olmaması, düşük maliyetli olması ve yan etkilerinin minimal düzeyde olması nedeniyle kronik hastalığı olan kişiler için etkili, güvenli ve uygulanabilir bir tamamlayıcı tedavi seçeneği sunmaktadır.[36,37]

Aurikuloterapi, kulakta yer alan spesifik akupunktur noktalarının merkezi sinir sistemi, otonom sinir sistemi ve endokrin sistemle olan kompleks bağlantıları üzerinden fizyolojik süreçleri modüle ettiği kabul edilen bir yöntemdir. Kulak akupunktur noktalarının stimülasyonu, beyin sapı, hipotalamus ve limbik sistem üzerinde etkili olup nörotransmitter salınımını düzenler. Bu süreç, endorfin, serotonin ve gama-aminobutirik asit (GABA) düzeylerini artırarak nosiseptif iletimi inhibe eder ve sempatik sinir sistemi aktivitesini baskılayarak parasempatik tonusu güçlendirir. Bunun sonucunda stres yanıtında azalma, otonomik denge sağlanması ve sistemik inflamasyon mediatörlerinin inhibisyonu meydana gelir. Aynı zamanda bu mekanizma, mikrodolaşımı düzenleyerek dokuların oksijenlenmesini ve metabolik atıkların uzaklaştırılmasını optimize eder. Bu patofizyolojik süreçler, aurikuloterapinin analjezik etkisinin yanı sıra uyku kalitesini artırma ve anksiyete semptomlarını hafifletme potansiyelini açıklamaktadır.[27,38]

Zhong ve arkadaşlarının yaptığı sistematik inceleme ve meta-analizde, alerjik rinit hastalarında kulak akupresürünün etkileri değerlendirilmiş ve bu yöntemin hapşırma skoru, genel yaşam kalitesi skoru ve göz semptom skoru gibi parametrelerde anlamlı iyileşmeler sağladığı belirtilmiştir.[39] Liu ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede, kulak akupresürünün ağrı kesici etkileri araştırılmış ve akut ağrı tedavisinde genellikle etkili olduğu, ancak kronik ağrılarda diğer müdahalelerle kombinasyon halinde daha iyi sonuçlar verdiği saptanmıştır. Akut ağrılar için kulak akupresürünün, daha kısa müdahale süreleri gerektirirken, kronik ağrılar için kulak akupresürünün diğer tedavi yöntemleriyle kombinasyonu yaygın olarak tercih edilmiştir.[40] Hu ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde, kulak akupresürünün anksiyeteyi hafifletmedeki etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada, 1.909 katılımcıyı kapsayan 25 RKÇ incelemiş ve aurikuler akupresin kaygıyı önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir.[41] Gao ve arkadaşlarının yaptığı sistematik inceleme ve meta-analizde, aurikuloterapinin hipertansiyon tedavisindeki etkileri incelenmiştir. Çalışmada, 5022 hastayı içeren 44 RKÇ değerlendirilmiştir. Sonuçlar, kulak akupresürünün antihipertansif ilaçlarla birlikte kullanıldığında, yalnızca antihipertansif ilaçlara göre daha fazla etki sağladığını göstermiştir.[42] Xin ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarında kulak akupresürünün uyku kalitesini etkisinin incelendiği meta-analiz çalışmasında. 16 RKÇ'den elde edilen verilerle kulak akupresürünün uyku kalitesini artırdığı bulunmuştur.[43]

Aurikuloterapi Uygulama Teknikleri

Bitkisel Tohumlar ile Uygulama

Aurikuloterapi uygulamasında doğal ve güvenilir olması nedeniyle bitkisel tohumlar sıklıkla tercih edilen bir uygulama şeklidir. Uygulamada kullanılanımı en sık tercih edilen tohum ise çiçekli bir bitki olan vaccaria bitkisine ait kalıcı tohumlardır. Bu tohumların, kulakta bulunan akupunktur noktalarına bant yardımıyla yerleştirilmesi ile akupunktur noktalarında hafif basınç oluşturularak uyarıcı etki sağlanır. Birey gün içerisinde tohumlar üzerine hafifçe bası uygulayarak uyarımı devam ettirebilir. Bu uygulama çeşidi genellikle uyku sorunları, stres ve sindirim sistemi problemlerinde etkili bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Tohum uygulaması, herhangi bir invaziv işlem gerektirmemesi ve kolayca uygulanabilmesi nedeniyle çocuklar ve hassas bireyler için idealdir. Ayrıca, tohumlar alerjik reaksiyona neden olmayacak şekilde seçilir ve genellikle birkaç gün süreyle yerinde bırakılır. [33,44]

Manyetik Pelletler ile Uygulama

Manyetik peletler, küçük mıknatıs parçalarından oluşmaktadır. Peletler kulakta bulunan akupunktur noktalarına yapıştırılarak uygulamayı sağlar. Pelet uygulaması, sürekli bir manyetik alan oluşturarak enerji akışını düzenlemeyi ve vücut dengesini sağlamayı amaçlar. Manyetik alan terapisi, özellikle kan dolaşımını iyileştirme, ağrıyı azaltma ve inflamasyonu hafifletme konularında etkilidir. Cilt üzerine yapıştırma ile uygulaması yapılır ve kişilerin gün içerisinde aralıklı olarak bu noktaları uyarması teşvik edilir. Manyetik pelletlerle yapılan aurikuloterapi, özellikle kronik hastalıkların semptomatik durumları ve uzun süreli uygulamalarda tercih edilmektedir.[45,46]

Lazer Işınları ile Uygulama

Lazer aurikuloterapi, düşük yoğunluklu lazer ışınları kullanılarak akupunktur noktalarının uyarıldığı teknolojik ve modern bir uygulama çeşididir. İşlem sırasında, lazer cihazı doğrudan cilt yüzeyine temas etmez, bu nedenle ağrısız ve non-invaziv bir yöntemdir. Bundan dolayı lazer uygulaması, genellikle çocuklar ve iğne korkusu olan bireyler için ideal bir seçenektir. Sıklıkla sigara bırakma, stres azaltma ve ağrı yönetiminde kullanılmaktadır. Lazer uygulaması genellikle 5-10 dakika süresince yapılır, ancak doğru doz ve süre ayarı önemlidir. Bu nedenle genellikle eğitimli profesyoneller tarafından gerçekleştirilir. Lazerin bir diğer avantajı, enfeksiyon riski taşımaması ve işlem sonrasında herhangi bir iz bırakmamasıdır.[47,48]

İnce Akupunktur İğneleri ile Uygulama

Akupunktur iğneleri, aurikuloterapi uygulamasında kullanılan en eski geleneksel yöntemdir. İğneler, enerji meridyenlerini uyarmak, kan akışını artırmak ve vücudun doğal iyileşme süreçlerini desteklemek amacıyla kullanılır. İğneler, kulakta bulunan akupunktur noktalarına yerleştirilir ve belirli süre bu bölgelerde bırakılır. Süre tedavi amacına bağlı olarak değişmekle birlikte genellikle 20-30 dakika aralığındadır. Bu teknik, migren tedavisi, uyku bozuklukları, kronik ağrı ve bağımlılık tedavisinde tercih edilmektedir. Uygulama sırasında kişi hafif şiddette karıncalanma, baskı hissi yaşayabilir, ancak bu rahatsız edici derecede değildir. İğneleme yönteminin en önemli avantajı akupunktur noktalarının derinden uyarılmasıdır. İğneler genellikle paslanmaz çelikten yapılır ve steril olarak uygulanır. Ancak nadirende olsa iğneli uygulamanın enfeksiyon ve alerji riski bulunmaktadır.[30,49]

Akupressür (Basınç Uygulaması) ile Uygulama

Akupressür yöntemi, kulakta bulunan akupunktur noktalarına fiziksel baskı uygulayarak gerçekleştirilir. Basınç, genellikle parmak uçları veya özel baskı uygulamak için geliştirilmiş cihazlar sayesinde uygulanır. Akupressür, günlük hayatta kişinin kendi kendine uygulayabileceği bir yöntemdir ve bu özelliğiyle diğer tekniklerden ayrılır. Akupressür uygulamasında doğru noktaların belirlenmesi ve uygun miktarda baskı uygulanması önem taşımaktadır. Günlük hayatta kişilerin kendilerinin kolayca uygulayabilmesi ve yan etkisi olmaması nedeniyle yaygın bir şekilde tercih edilmektedir. Özellikle hafif stres, uykusuzluk ve sindirim problemlerinde etkili bir çözüm sunmaktadır.[40,50]

Hemodiyaliz Semptomlarında Aurikuloterapinin Etkisini İnceleyen Araştırmalar

Aurikuloterapi, HD hastalarında sıkça karşılaşılan semptomların yönetiminde tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak önemli bir yere sahiptir. HD süreci, ağrı, uykusuzluk, kaşıntı, mide bulantısı, anksiyete ve depresyon gibi fiziksel ve psikolojik semptomlara yol açarak hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir. Aurikuloterapi, semptomların şiddetini hafifletmeyi hedefler.[34,39,41-43] Non-invaziv ve kolay uygulanabilir olması, düşük maliyetli ve yan etkilerden büyük ölçüde arınmış bir yöntem sunması, bu tedavi yaklaşımını özellikle kronik hastalık yönetiminde değerli kılmaktadır.[36,37] Ayrıca aurikuloterapi, geleneksel tıbbi tedavileri destekleyici bir yaklaşım olarak hastaların hem fiziksel hem de psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada bütüncül bir çözüm sunar.[51] Bu nedenle, HD hastalarının semptom yönetiminde aurikuloterapinin rolü hem hasta memnuniyeti hem de tedavi sonuçlarını iyileştirme açısından dikkate değerdir.

HD hastalarının semptom yönetiminde aurikuloterapi kullanımını ve etkilerini belirlemek için yapılan çalışmalar, “PubMed”, “Google Scholar” ve “China Academic Journals (CAJ)” veri tabanlarında taranmıştır. Bu tarama sırasında “aurikuloterapi”, “kulak akupunkturu”, “kulak akupressür”, “auriculotherapy”, “ear acupuncture”, “ear acupressure”, “hemodiyaliz”, “diyaliz”, “kronik böbrek yetmezliği”, “hemodialysis”, “dialysis” ve “chronic kidney failure” anahtar sözcükleri kullanılmıştır. Bu çalışma, 2005-2024 yılları arasında aurikuloterapi uygulamalarının yaygınlaştığı ve literatürde bu alanda çalışmaların ortaya çıktığı dönemde yapılmış olan ulaşılabilen tüm randomize kontrollü çalışmalar, yarı deneysel araştırmalar ve pilot çalışmaları kapsayan geleneksel bir literatür derlemesidir. İncelenen çalışmalar metodolojik açıdan değerlendirmeye tabi tutulmamış olup, hemodiyaliz hastalarında görülen semptomlara yönelik aurikuloterapinin etkinliğini inceleme durumlarına göre sınıflandırılmıştır.

Tablo 2’de HD hastalarında aurikuloterapinin uykusuzluk ve uyku kalitesine etkisi, ***Tablo 3***’te HD hastalarında aurikuloterapinin sıvı yönetimi ve gastrointestinal semptomlara etkisi ***Tablo 4’***te, HD ile ilişkili cilt, yorgunluk ve psikolojik semptomlarda aurikuloterapinin etkisi, ***Tablo 5***’te ise HD hastalarında aurikuloterapinin ağrı üzerine etkisini inceleyen çalışmaların özetleri verilmiştir.

HD hastalarında aurikuloterapinin uykusuzluk ve uyku kalitesine etkilerini inceleyen çalışmalarda ***(Tablo 2),*** bu yöntemin etkinliği genellikle randomize kontrollü tasarımlarla değerlendirilmiştir. Çalışmaların çoğunda müdahale süreleri 2 ila 8 hafta arasında değişmekte olup, bazı çalışmalarda 12 haftaya kadar takip süreçleri eklenmiştir. Çalışmalarda genellikle müdahale haftada 3-5 gün arasında yapılmış ve her seansın süresi 10-20 dakika arasında değişmektedir. Kullanılan ölçüm araçları arasında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), Epworth Uykululuk Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAMA), Uyku Memnuniyeti Ölçeği ve Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Skoru (KDQOL-SF-36) öne çıkmaktadır. Kulak akupresürü, kulak manyetik boncuk plasteri ve fasulye gömme gibi aurikuloterapi yöntemlerinin kontrol gruplarına kıyasla uyku kalitesinde ve yaşam konforunda anlamlı iyileşmeler sağladığını göstermektedir. Müdahale gruplarında uykuya dalma süresi, uyku süresi, uyku memnuniyeti ve anksiyete düzeylerinde belirgin gelişmeler bildirilmiştir.[32,35,44,45,52,54] Ayrıca, 4 ila 8 haftalık uygulamaların, uyku kalitesini artırmada etkili olduğu ve klinik etkililik oranlarının yüksek olduğu görülmüştür.[33,45,52] Bu bulgular, aurikuloterapinin, HD hastalarında uykusuzluk ve uyku kalitesine yönelik tedavilerde etkili bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

HD hastalarında aurikuloterapinin sıvı yönetimi ve gastrointestinal semptomlar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar (***Tablo 3***), genellikle 4 ila 6 hafta süren 4 aya kadar takip süreci içeren randomize kontrollü araştırmalardır. Bu çalışmalarda aurikuloterapi genellikle haftada 3-5 gün uygulanmış ve her seansın süresi 15-20 dakika arasında değişmiştir. Kullanılan ölçüm araçları arasında tükürük akış hızı, kabızlık ve kserostomi değerlendirme ölçekleri yer almaktadır. Aurikuloterapinin sıvı kontrolü[30], kserostomi[28,56] ve kabızlık semptomlarında[49,56] anlamlı iyileşmeler sağladığını göstermektedir. Ayrıca, kombine tedavi yöntemlerinin daha etkili ve güvenli olduğu bulunmuştur.[30] Bu bulgulara göre aurikuloterapinin, HD hastalarında sıvı yönetimi ve gastrointestinal semptomların iyileştirilmesinde faydalı bir tedavi seçeneği olduğu söylenebilmektedir.

HD hastalarında aurikuloterapinin cilt, yorgunluk ve psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar (***Tablo 4***), genellikle randomize kontrollü tasarımlar kullanmıştır. Müdahale süreleri 5 hafta ile 3 ay arasında değişmekte olup, bu süreçte aurikuloterapi genellikle haftada 3-4 gün uygulanmış ve her seansın süresi 20-30 dakika arasında değişmiştir. Kullanılan ölçüm araçları arasında Visual Analog Skala (VAS), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD) ve kaşıntı ile ilgili ölçeklerin yaygınlığı görülmektedir. Sonuçlar, kulak akupresürünün kaşıntıyı,[50,51,57,58] cilt kuruluğunu[51] ve yorgunluğu[58] anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Ayrıca, bazı çalışmalar depresyon[51] ve uyku kalitesinde[57] de iyileşmeler kaydetmiştir.

HD hastalarında aurikuloterapinin ağrı yönetimindeki etkinliğini inceleyen çalışmalar (***Tablo 5***), genellikle farklı akupresür yöntemleri ve tedavi kombinasyonlarının ağrı üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Çalışmaların çoğunda uygulama süresi yaklaşık 8 hafta olarak belirlenmiştir. İncelenen bir çalışmada hastalara tohumları her seferinde 2 dakika boyunca, günde dört kez, arteriovenöz fistül kanülasyonu öncesinde ise ek olarak 5-15 dakika süreyle bastırmaları istenmiştir.[61] Kanülasyon sırasında, her seferinde 15-20 baskı yapılması sağlanmış ve kaplamalar her 2-3 günde bir değiştirilmiştir.[61] Kullanılan ölçüm araçları arasında Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS), Durumluk Kaygı Envanteri, Genel Konfor Anketi ve kan basıncı ile kalp hızı değerleri öne çıkmaktadır. Araştırmalar, kulak noktası akupresürü ve kulak noktası yapıştırma tedavilerinin, özellikle arteriovenöz fistül ponksiyon gibi prosedürler sırasında ağrı ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.[60,61] Bu bulgulara göre, aurikuloterapinin HD hastalarında ağrı yönetimi için etkili bir seçenek olabileceği söylenebilir.

Tablo 1. Hemodiyaliz Hastalarında Aurikuloterapinin Uykusuzluk ve Uyku Kalitesine Etkisi

Yazar ve Yayın Yılı	Amaç	Yöntem ve Araştırma Deseni	Gruplandırma ve Örneklem Sayısı	Uygulama Süresi	Kullanılan Ölçüm Araçları	Sonuçlar
Yuchi Wu ve ark, 2022[35]	Kronik uykusuzluğu olan hemodiyaliz hastalarında kulak akupresürünün etkinliğini değerlendirmek.	Randomize, Çift kör, Plasebo kontrollü, Çok merkezli	Aktif akupres grubu (AA): 64 Sahte akupres grubu (SA): 69	8 hafta tedavi, 12 hafta izlem	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI)	-AA grubu, SA grubundan daha iyi klinik yanıt gösterdi. -Her iki grubunda uyku kalitesinde iyileşme sağlandı.
Chuan Zou ve ark, 2015[32]	Uykusuzluk çeken hemodiyaliz hastalarında kulak akupresürünün uygulanabilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek.	Randomize kontrollü çalışma	Aktif akupres grubu (AA): 32 Sahte akupres grubu (SA): 31	8 hafta tedavi, 12 hafta izlem	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI)	AA grubundaki katılımcıların büyük bir kısmı klinik yanıt verirken, SA grubunda bu oran daha düşüktü. Ayrıca, AA müdahalesi uygulanan grupta uyku kalitesinde daha belirgin bir iyileşme gözlendi.
Li Aiyun ve ark, 2019[33]	Hemodiyaliz hastalarında uykusuzluğun iyileştirilmesinde kulak noktası tohum uygulamasının etkisini değerlendirmek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale Grubu: 40 Kontrol Grubu: 40	4 hafta	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PSQI)	- Müdahale grubunda PSQI skorları müdahale sonrasında anlamlı derecede azaldı.
Huang Yaxian ve ark, 2017[52]	Hemodiyaliz sırasında görülen uykusuzluğun tedavisinde fasulyelerin kulak noktalarına gömülmesinin etkisini gözlemlemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu: 40 Kontrol grubu (Estazolam kullanımı): 40	4 hafta	Uykuya Dalma Süresi, Uyanma Süresi, Uyku Kalitesi, Gündüz Uykululuğu, Gündüz Ruh Hali Puanları	-Müdahale grubunda uyku kalitesi, uykuya dalma süresi ve diğer ölçümlerde anlamlı iyileşme görüldü.
Li Hongbing ve ark, 2012[53]	İdame hemodiyaliz hastalarının uykusuzluk sorununun giderilmesinde fasulye ile kulak akupunkturunun etkisini belirlemek.	Klinik gözlem çalışması	Örneklem: Uykusuzluk çeken 60 idame hemodiyaliz hastası - Fasulye uygulaması ve geleneksel tedavi bir arada uygulanmıştır.	8 hafta	Uykusuzluk semptomları değerlendirilmesi.	-Kulak akupunkturu ve fasulye gömme yöntemi, MHD hastalarında uykusuzluğu etkili bir şekilde iyileştirdi.
Yang Guang ve ark, 2016[45]	Hemodiyaliz hastalarında uykusuzluğa kulak manyetik boncuk plasterinin etkisini gözlemlemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu: 41 Kontrol grubu: 41	4 hemodiyaliz tedavi periyodu	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), Epworth Uykululuk Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAMA)	-Müdahale grubunda, PSQI, Epworth ve HAMA skorlarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı iyileşme gözlemlendi. -Sonuç olarak, kulak manyetik boncuk plasteri hemodiyaliz hastalarında uykusuzluğu iyileştirmede etkili bulundu.

Zhao Tinglu, 2011[46]	Bakım hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyini ölçmek ve kulak noktası manyetik boncuk sıva tedavisinin uyku bozuklukları üzerindeki etkilerini incelemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu: 60 Kontrol grubu: 35	8 hafta	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), Epworth Uykululuk Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAMA) Genel Konfor Anketi (GCQ)	-PSQI, Epworth Uykululuk Ölçeği ve HAMA ile yapılan değerlendirmelerde, kulak manyetik boncuk sıva tedavisinin uyku bozukluklarını iyileştirdiği ve GCQ sonuçlarına göre genel konfor düzeyini artırdığı belirlendi. -Bu tedavi, uyku kalitesi ve yaşam konforu üzerinde olumlu etkiler sağladı.
Zhang Ling, 2008[44]	İdame hemodiyaliz hastalarında uykusuzluk tedavisinde kulak kepçesi tohum bantlama yönteminin etkinliğini gözlemlemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu:20 Farmakolojik tedavi: 20 Kontrol grubu: 20	8 hafta tedavi 6 ay takip	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), Subjektif Uyku Kalitesi değerlendirmesi	-Kulak kepçesi tohum bantlama tedavisi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, uyku etkisi, uyku ilaçları kullanımı ve gündüz fonksiyon engeli gibi parametrelerde anlamlı iyileşmeler sağladı.
Lee, Youn-Hee ve ark, 2007[54]	Hemodiyaliz hastalarında kulak akupresür terapisi ile uykusuzluk üzerindeki etkileri incelemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu:16 Kontrol grubu: 15	2 hafta	15 Maddelik Uyku Ölçeği, Uyku Memnuniyeti Ölçeği	-Müdahale grubunda uyku puanları ve uyku memnuniyeti, kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulundu. -Kulak akupresürün uykusuzluğu olan HD hastalarında etkili bir müdahale olarak önerilebileceği görüldü.
Zheng Qinghai ve Liu Chengfu, 2014[55]	Uykusuzluk çeken hemodiyaliz hastalarında, kulak akupunktur noktası basıncının uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmak.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu:40 Kontrol grubu: 40	8 hafta	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) ve Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Skoru (KDQOL-SF-36)	-Müdahale grubunun uyku durumu ve yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla daha iyi olduğu tespit edildi.

Tablo 3. Hemodiyaliz Hastalarında Aurikuloterapinin Sıvı Yönetimi ve Gastrointestinal Semptomlara Etkisi

Yazar ve Yayın Yılı	Amaç	Yöntem ve Araştırma Deseni	Gruplandırma ve Örneklem Sayısı	Uygulama Süresi	Kullanılan Ölçüm Araçları	Bulgular
Jung E.S., Chang A.K., 2020[56]	Hemodiyaliz hastalarında kulak akupresürünün kserostomi, tükürük akış hızı, kabızlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek.	Randomize kontrollü çalışma	Deney grubu: 30 Kontrol grubu: 30	4 hafta	Görsel Analog Skala, Tükürük Akış Hızı Ölçümü, Kabızlık Değerlendirme Ölçeği, Diyet Değişikliğiyle İlgili Yaşam Kalitesi Anketi	-Müdahale grubu, kserostomi, tükürük akış hızı, kabızlık ve diyetle ilişkili yaşam kalitesinde kontrol grubundan anlamlı derecede daha iyi sonuçlar gösterdi.
AeKyung Chang ve ark, 2021[30]	Kulak akupunkturu ve sıvı kısıtlama uyumu programının kombinasyonunun hemodiyaliz hastalarında tükürük akış hızı, kserostomi, sıvı kontrolü, diyalitikler arası kilo alımı ve diyetle ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek.	Yarı deneysel tasarım	Aktif akupres + sıvı kısıtlama programı grubu (Deney): 29 Sıvı kısıtlaması grubu (Karşılaştırma): 27 Kontrol grubu: 28	6 hafta uygulama, 16 hafta takip	Tükürük Akış Hızı, Sıvı Kontrolü, Diyalizler Arası Kilo Alımı, Diyetle İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi	-Müdahale grubu, sıvı kontrolü, tükürük akış hızı, kilo alımı ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler gösterdi. -Kombinasyon tedavisi etkili, güvenli ve uygun maliyetli bulundu.
Shen Jiaojiao ve ark, 2015[49]	İdame hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda kulak akupunkturu uygulamasının kabızlık üzerinde etkisini değerlendirmek ve hemşirelik uygulamaları için referans sağlamak.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu (bantlama ve hemşirelik müdahalesi): 45 Kontrol grubu (temel tedavi+ hemşirelik müdahalesi): 45	30 gün	Kabızlık semptomlarının değerlendirilmesi	-30 günlük uygulama sonunda, müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla kabızlık semptomlarında daha fazla iyileşme gösterdiği tespit edildi.
Guowen Yang ve ark, 2017[28]	Hemodiyaliz hastalarında kserostomiye kulak akupresürünün etkilerini incelemek.	Pilot çalışma	Toplam 26 katılımcı	4 hafta	Toplam Kserostomi Envanteri (SXI), Diyalizler Arası Kilo Alımı (IDWG)	-Aurikuler Akupres müdahalesi sonrası kserostomi skorları anlamlı derecede azaldı. -Günlük IDWG ve biyokimyasal parametreler değişmedi.

Tablo 4. Hemodiyalizle İlişkili Cilt, Yorgunluk ve Psikolojik Semptomlarda Aurikuloterapinin Etkisi

Yazar ve Yayın Yılı	Amaç	Yöntem ve Araştırma Deseni	Gruplandırma ve Örneklem Sayısı	Uygulama Süresi	Kullanılan Ölçüm Araçları	Bulgular
Eunyoung Choi ve ark, 2024[51]	Hemodiyaliz hastalarında kulak akupresür tedavisinin kaşıntı, cilt kuruluğu ve depresyon üzerindeki etkilerini araştırmak.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu: 27 Kontrol grubu: 27	5 hafta	Visual Analog Skala (VAS) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) Transepidermal Su Kaybı (TEWL) Stratum Korneum Hidrasyon (SCH) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD)	-Kulak akupresürü tedavisi, pruritus ve pruritusla ilişkili uyku bozukluklarını anlamlı bir şekilde azalttı. -TEWL, kolda ve vücutta azalma gösterdi, ancak bacakta herhangi bir azalma gözlenmedi. -SCH seviyeleri ile depresyon düzeylerinde ise anlamlı bir fark bulunmadı.
Yun. Yi Bang, Hyojung Park, 2020[57]	Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda kulak akupresürünün uyku kalitesi ve kaşıntı üzerindeki etkilerini değerlendirmek.	Randomize kontrollü çalışma, Tek kör	Müdahale grubu: 21 Kontrol grubu: 21	8 hafta	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), uyku süresi, uyku verimliliği, uykuya dalma gecikmesi, öznel pruritus, cilt hidrasyonu	-İki grup arasında uyku kalitesi, toplam uyku süresi, uyku verimliliği, uykuya dalma gecikmesi, hafif uyku, derin uyku, uyanma sayısı, öznel pruritus ve cilt hidrasyonunda anlamlı farklılıklar tespit edildi.
Chun Y. ve Park S. 2016[58]	Hemodiyaliz hastalarında kulak akupresürünün kaşıntı ve yorgunluk üzerine etkilerini belirlemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu:21 Kontrol grubu: 21	10 hafta	Kaşıntı ve yorgunluk için Visual Analog Scale (VAS)	-Kulak akupresürünün kaşıntıyı ve yorgunluğu anlamlı şekilde azalttığı tespit edildi.
Cui-na Yan ve ark, 2015[50]	Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus üzerine kulak akupresür tedavisinin klinik etkinliğini belirlemek.	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu: 32 Kontrol grubu: 30	6 hafta	Visual Analog Scale (VAS) ve Pruritus Skoru	-Müdahale grubu, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük VAS ve pruritus skoruna sahip olarak ölçüldü.
Wang S. ve ark, 2014[59]	Diyabetik kronik böbrek hastalığı olan hastalarda kulak akupresürünün yaşam kalitesini iyileştirme etkinliğini değerlendirmek.	Prospektif randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu: 31 Kontrol grubu: 31	12 hafta	Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Kısa Formu (KDQOL-SF), Kısa Form-36 Sağlık Anketi (SF-36), HbA1c, eGFR değerleri	-Müdahale grubunda KDQOL-SF ve SF-36 skorlarında anlamlı iyileşmeler gözlemlendi. -İki grup arasında HbA1c ve eGFR değerlerinde anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 5. Hemodiyaliz Hastalarında Aurikuloterapinin Ağrı Üzerine Etkisi

Yazar ve Yayın Yılı	Amaç	Yöntem ve Araştırma Deseni	Gruplandırma ve Örneklem Sayısı	Uygulama Süresi	Kullanılan Ölçüm Araçları	Bulgular
Xiaohui Liu ve ark, 2021[60]	Arteriovenöz fistül ponksiyon ağrısını yönetmek için bileşik lidokain kremi ile kulak akupresürünün etkinliğini değerlendirmek.	Randomize kontrollü, çok merkezli çalışma	Kulak noktası akupresürü grubu: 30 Bileşik lidokain kremi grubu: 30 Kulak akupresürü + bileşik lidokain kremi kombinasyonu grubu: 30 Kontrol grubu: 30	8 hafta	Sayısal Derecelendirme Ölçeği, Durumluk Kaygı Envanteri, Genel Konfor Anketi, kan basıncı, kalp hızı değerleri	-Kulak akupresürü ile bileşik lidokain kremi kombinasyonu daha iyi sonuçlar sağladı. -Üç grubun ağrı, anksiyete, konfor, kan basıncı ve kalp hızı değerlerinin kontrol grubuna göre daha iyi olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edildi. -Tek başına akupressür uygulaması veya bileşik lidokain krem uygulaması ağrı gidermede etkilidir. Ancak kombinasyon uygulaması iki ayrı uygulamadan daha etkili bulundu.
Liu G.M., ve ark, 2019[61]	Arteriovenöz fistül kanülasyonu sırasında ağrıyı hafifletmek amacıyla kulak noktası yapıştırma tedavisinin etkinliğini gözlemlemek.	Yarı deneysel tasarım	Shenmen (TF 4) grubu: 21 Elbow (SF 3) grubu: 21	8 hafta	Sayısal Değerlendirme Ölçeği (NRS)	-Kulak noktası yapıştırma sonrası, her iki grupta NRS skorlarında anlamlı bir değişim gözlendi, ancak tedavi sonrasında gruplar arasında belirgin bir fark bulunmadı.

Sonuç ve Öneri

Sonuç olarak, aurikuloterapinin HD hastalarında ağrı, anksiyete, cilt semptomları, yorgunluk, uyku kalitesi, sıvı yönetimi ve gastrointestinal problemler gibi çeşitli semptomların yönetiminde etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Çeşitli RKÇ'ler, bu yöntemin güvenilirliğini ve etkinliğini ortaya koyarken, uygulama sürelerinin 2 ila 12 hafta arasında değiştiği, ayrıca bazı çalışmaların 16 haftaya kadar izlem sürecinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların üzerinde en sık yoğunlaştığı semptom uykusuzluk ve uyku kalitesidir. Müdahalelerin çoğunlukla akupresür, manyetik boncuk plasteri veya fasulye gömme gibi yöntemlerle yapıldığı tespit edilmiştir. Ağrı ve anksiyetede belirgin azalmalar, cilt kuruluğu, kaşıntı, yorgunluk, depresyon ve kabızlık semptomlarında anlamlı iyileşmeler ile uyku kalitesinde artış sağlanmıştır. Ayrıca, sıvı kontrolü ve kserostomi gibi semptomlar üzerinde de olumlu etkiler kaydedilmiştir. Bu bulgular, aurikuloterapinin HD hastalarında semptom yönetimi için bütüncül ve etkili bir TİT seçeneği olduğunu desteklemektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak, aurikuloterapi uygulamasının HD hastalarında semptom yönetimindeki etkinliği ile ilgili daha fazla kapsamlı ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmaların, mevcut araştırmalarda sıkça incelenen uykusuzluk, uyku kalitesi, ağız kuruluğu ve cilt semptomlarının ötesinde, HD hastalarında daha önce ele alınmamış semptomlar üzerine de odaklanması önerilmektedir. Özellikle kas-iskelet sistemi ağrıları, iştahsızlık, yaşam kalitesi gibi alanlarda aurikuloterapinin potansiyel etkilerinin incelenmesi uygulama alanına önemli bir katkı sağlayabilir. Ayrıca, farklı uygulama yöntemleri (örneğin, lazer aurikuloterapi) ve uygulama sürelerinin etkinliklerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, yöntemin daha etkili ve bireyselleştirilmiş bir şekilde kullanılmasına olanak tanıyabilir. Çalışmaların sıklıkla

Uzak Doğu ülkeleri Çin ve Güney Kore araştırmacıları tarafından yapıldığı dikkat çekmektedir. Türkiye'de aurikuloterapinin HD hastalarında semptom yönetimine etkisini inceleyen klinik araştırma olmaması dikkate alındığında, Türk araştırmacıların bu alana yönelmesi ve ulusal düzeyde veriler sağlayacak çalışmalar yürütmesi önem taşımaktadır. HD hastalarında aurikuloterapinin standart protokollerle klinik uygulamalara entegrasyonu için multidisipliner iş birlikleri, eğitim programları ve farkındalık çalışmalarına önem verilmelidir.

Bilgi

Bu çalışma sürecinde, araştırma konusu ile doğrudan ilişkili herhangi bir ilaç firması, tıbbi cihaz, gereç ve malzeme sağlayan veya üreten bir firma ya da ticari bir kuruluş tarafından çalışmanın değerlendirme sürecini etkileyebilecek herhangi bir maddi ya da manevi destek alınmamıştır.

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların veya aile üyelerinin, bilimsel ve tıbbi komite üyeliği, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma, hissedarlık veya benzeri durumlar gibi çıkar çatışması potansiyeli taşıyan ilişkileri bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Mehmet Aytemur: Fikir/Kavram, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve/veya yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı.

Özlem Ceyhan: Fikir/Kavram, tasarım, denetleme/danışmanlık, analiz ve/veya yorum, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Sultan Taşcı: Tasarım, denetleme/danışmanlık, analiz ve/veya yorum, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Akyol Güner T, ve ark. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2018;13(2):91-7.
2. Lukela JR, et al. UMHS chronic kidney disease guidelines: Management of chronic kidney disease [Thesis]. Michigan; 2019.
3. Gupta R, Woo K, Yi JA. Epidemiology of end-stage kidney disease. Semin Vasc Surg 2021;34(1):71-78. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2021.02.010.
4. Thurlow JS, et al. Global epidemiology of end-stage kidney disease and disparities in kidney replacement therapy. Am J Nephrol 2021;52(2):98-107. doi: 10.1159/000514550.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk Nefroloji Derneği. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2023. Yayına hazırlayanlar: Kenan Ateş, Nurhan Seyahi, İsmail Koçyiğit. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.
6. Himmelfarb J, Ikizler TA. Hemodialysis. N Engl J Med 2010;363(19):1833-45. doi: 10.1056/NEJMra0902710.
7. Ersoy FF. Hemodiyalizin fiziksel temelleri. In: Akpolat T, Utag C, editörler. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 3. Samsun: Ceylan Ofset; 2010. s.1-5.
8. Flythe JE, et al. Patient-reported outcome instruments for physical symptoms among patients receiving maintenance dialysis: A systematic review. Am J Kidney Dis 2015;66(6):1033-46. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.05.018.
9. Flythe JE, et al. Fostering innovation in symptom management among hemodialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol 2019;14(1):150-60. doi: 10.2215/CJN.07950718.
10. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017;12(1):20-8.
11. Varol E, Karaca Sivrikaya S. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;8(2):89-96.
12. Markell MS, Terebelo S. Complementary medicine use, symptom burden and non-adherence in kidney transplant recipients. Explore (NY) 2018;14(6):414-9. doi: 10.1016/j.explore.2018.04.010.
13. Castelino LR, Nayak-Rao S, Shenoy MP. Prevalence of use of complementary and alternative medicine in chronic kidney disease: A cross-sectional single-center study from South India. Saudi J Kidney Dis Transpl 2019;30(1):185-93.
14. Ovayolu N, et al. Böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı tedaviler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015;10(1):40-6.
15. Döner A, Taşcı S. Böbrek hastalıklarında tamamlayıcı ve integratif (bütünleşik) uygulamalar. In: Ünsal Avdal E, editör. Nefrolojide Güncel Kanıt Temelli Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. s.81-91.

16. Eroğlu H, Metin ZG. Hemodiyaliz hastalarında semptom yönetiminde tamamlayıcı ve integratif yaklaşımlar: Sistematik bir derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(3):252-68. doi: 10.17681/hunhemsire.892684.
17. Ceyhan D, Yiğit TT. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;6(3):178-89.
18. NCCAM. Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: http://nccam.nih.gov/health/whatiscam.
19. Jeon HO, Kim BH, Kim O. Illness uncertainty and complementary and alternative medicine use in patients undergoing hemodialysis. Nurs Health Sci 2019;21(3):375-81. doi: 10.1111/nhs.12615.
20. Kligler B, Teets R, Quick M. Complementary/integrative therapies that work: A review of the evidence. Am Fam Physician 2016;94(5):369-74.
21. Delgado R, et al. Assessing the quality, efficacy, and effectiveness of the current evidence base of active self-care complementary and integrative medicine therapies for the management of chronic pain: A rapid evidence assessment of the literature. Pain Med. 2014;15(1):9-20. doi: 10.1111/pme.12381.
22. Dyer NL, Surdam J, Dusek JA. A systematic review of practice-based research of complementary and integrative health therapies as provided for pain management in clinical settings: Recommendations for the future and a call to action. Pain Med (Malden, Mass) 2022;23(1):189–210. doi: 10.1093/pm/pnab151.
23. Ceyhan Ö, et al. The use of complementary and alternative medicine by patients undergoing hemodialysis. Altern Ther Health Med 2017;23(1):40-5.
24. Shahriari A, et al. The effect of foot reflexology massage on pruritus in hemodialysis patients. J Educ Health Promot 2021;10:81. doi: 10.4103/jehp.jehp_1252_20.
25. Jahromi LSM, et al. Efficacy of acupuncture on pain severity and frequency of calf cramps in dialysis patients: A randomized clinical trial. J Acupunct Meridian Stud 2024;17(2):47-54. doi: 10.1016/j.jams.2023.11.002.
26. Soliva MS, et al. The effectiveness of live music in reducing anxiety and depression among patients undergoing haemodialysis: A randomised controlled pilot study. PLoS One 2024;19(8): e0307661. doi: 10.1371/journal.pone.0307661.
27. Komariah A, Rochmawati E. Complementary and integrative interventions for improving fatigue and quality of life in adults receiving hemodialysis: A scoping review. J Nurs Pract 2022;5(3):488-96.
28. Yang G, et al. Auricular acupressure helps alleviate xerostomia in maintenance hemodialysis patients: A pilot study. J Altern Complement Med 2017;23(4):278-84. doi: 10.1089/acm.2016.0283.
29. Wu Y, et al. Auricular acupressure helps improve sleep quality for severe insomnia in maintenance hemodialysis patients: A pilot study. J Altern Complement Med 2014;20(5):356-63. doi: 10.1089/acm.2013.0319.
30. Chang A, Chung Y, Kang M. Effects of the combination of auricular acupressure and a fluid-restriction adherence program on salivary flow rate, xerostomia, fluid control, interdialytic weight gain, and diet-related quality of life in patients undergoing hemodialysis. Int J Environ Res Public Health 2021;18(19):10520. doi: 10.3390/ijerph181910520.
31. Wu Y, et al. Auricular acupressure for insomnia in hemodialysis patients: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2018;19(1):171. doi: 10.1186/s13063-018-2546-2.
32. Zou C, et al. Auricular acupressure on specific points for hemodialysis patients with insomnia: A pilot randomized controlled trial. PLoS One 2015;10(4): e0122724. doi: 10.1371/journal.pone.0122724.
33. Li AY, Zhang JY. Nursing observation on improving insomnia of patients with hemodialysis by pressing ear points. World Latest Med Inform 2019;19(05):258-60.
34. Pei M, et al. Auricular Acupressure for Insomnia in Patients With Maintenance Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry 2021;12:576050. doi:10.3389/fpsyt.2021.576050.
35. Wu Y, et al. Auricular acupressure for hemodialysis patients with insomnia: A multicenter double-blind randomized sham-controlled trial. J Integr Complement Med 2022;28(4):339-48. doi: 10.1089/jicm.2021.0367.
36. Hou PW, et al. The history, mechanism, and clinical application of auricular therapy in traditional Chinese medicine. Evid Based Complement Alternat Med 2015;2015:495684. doi: 10.1155/2015/495684.
37. Guo K, et al. Multi-level exploration of auricular acupuncture: From traditional Chinese medicine theory to modern medical application. Front Neurosci 2024;18:1426618. doi: 10.3389/fnins.2024.1426618.
38. Kuo SY, et al. Auricular acupressure relieves anxiety and fatigue, and reduces cortisol levels in post-caesarean section women: A single-blind, randomised controlled study. Int J Nurs Stud 2016;53:17-26. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.006.
39. Zhong J, et al. Ear acupressure for allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med 2021;2021:6699749. doi: 10.1155/2021/6699749.
40. Liu M, et al. Effects of auricular point acupressure on pain relief: A systematic review. Pain Manag Nurs 2021;22(3):268-80. doi: 10.1016/j.pmn.2020.07.007.
41. Hu N, et al. Ear-marking relief: A meta-analysis on the efficacy of auricular acupressure in alleviating anxiety disorders. Complement Med Res 2024;31(3):266-77. doi: 10.1159/000537734.

42. Gao J, et al. The effect of auricular therapy on blood pressure: A systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs 2020;19(1):20-30. doi: 10.1177/1474515119876778.
43. Xin D, et al. Effect of auricular acupressure on sleep quality in breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Clin Pract 2024;57:101876. doi: 10.1016/j.ctcp.2024.101876.
44. Zhang L. Observation on the effectiveness of auricular point attachment in the treatment of insomnia in maintenance hemodialysis patients [master's thesis]. Hubei University of Traditional Chinese Medicine; 2008.
45. Yang G, Chen R, Dai L. The symptoms of 41 dialysis patients with insomnia treated by magnetic bead ear acupuncture. J Clin Acupunct 2016;(07):7-9. doi: 10.19917/j.cnki.1005-0779.2016.07.003.
46. Zhao T. Study on the effect of magnetic bead attachment at auricular points on sleep disorders and comfort conditions in maintenance hemodialysis patients [master's thesis]. Fujian University of Traditional Chinese Medicine; 2011.
47. Saraçoğlu E, Kıymaz D. Çocuklarda akupunktur tedavi uygulamaları ve hemşirelik. Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;1(3):38-47.
48. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Akupunktur uygulama ilkeleri rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2021.
49. Shen J, Wang X, Zhang Y. Observation on the effect of auricular adhesion in the improvement of constipation in hemodialysis patients. J Nurs 2015;01:62-4.
50. Yan CN, et al. Effect of auricular acupressure on uremic pruritus in patients receiving hemodialysis treatment: A randomized controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med 2015;2015:593196. doi: 10.1155/2015/593196.
51. Choi E, Park K. Effects of auricular acupressure on pruritus, dry skin, and depression in hemodialysis patients. J Korean Acad Fundam Nurs 2024;31(1):69-79.
52. Huang Y, Wu A, Mo H. Clinical observation on auricular bean placement in the treatment of hemodialysis care. J Nurs 2017;02:165-6.
53. Li H, Jing P, Zhang Y. Clinical observation of 60 cases of insomnia in hemodialysis patients for care purposes. J Hunan Univ Tradit Chin Med 2012. doi: 10.1155/2015/593196.
54. Lee Y-H, Kim S-Y. Effects of auricular acupressure therapy on insomnia in hemodialysis patients. Korean J Rehabil Nurs 2007;10(1):21-8.
55. Zheng Q, Liu C. The effects of auricular acupuncture point pressure on sleep and quality of life in hemodialysis patients with insomnia. Chin Mod Distance Educ Tradit Chin Med 2014;(20):16-8.
56. Jung ES, Chang AK. Effects of auricular acupressure in patients on hemodialysis. J Nurs Res 2020;28(4): e106. doi: 10.1097/jnr.0000000000000378.
57. Bang YY, Park H. Effects of auricular acupressure on sleep and pruritus in hemodialysis patients. J Korean Acad Fundam Nurs 2020;27(2):141-52.
58. Chun Y, Park S. Effects of auricular acupressure on pruritus and fatigue in hemodialysis patients. Korean J Adult Nurs 2016;28(4):436-46. doi: 10.7475/kjan.2016.28.4.436.
59. Wang S, et al. The use of auricular acupressure to improve quality of life in diabetic patients with chronic kidney disease: A prospective randomized controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med 2014;2014:343608. doi: 10.1155/2014/343608.
60. Liu X, et al. Auricular point acupressure combined with compound lidocaine cream to manage arteriovenous fistula puncture pain: A multicenter randomized controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med 2021;2021:5573567. doi: 10.1155/2021/5573567.
61. Liu GM, et al. Auricular point sticking for relieving pain in arteriovenous fistula puncture. J Acupunct Tuina Sci 2019;17(6):427-31.

Derleme - Review

Anadolu Sahası Halk Hekimliğinde Taşa Bağlı Sağaltma Yöntemleri*

Stone-Based Healing Methods in Anatolian Folk Medicine

Enis Yalçın[i], Salahaddin Bekki[ii]

[i]Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Türkçe ve Yabancı Diller Öğretimi Uygulama ve Araştırma Merkezi
https://orcid.org/0000-0001-7873-570X

[ii]Prof. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-6188-954X

ÖZ

İnsanoğlunun medeniyet tarihinde taş, temel bir rol üstlenerek barınma, savunma, sanat ve dinî pratiklerin vazgeçilmez bir unsuru olmuştur. Paleolitik dönemden itibaren fiziksel dayanıklılığı ve işlevselliğiyle öne çıkan taş, kültürel ve teknolojik ilerlemenin sembolik bir temsilcisine dönüşmüştür. Türk kültüründe taş, Gök Tanrı inancı, yer-su iyeleri ve atalar kültü bağlamında kutsal bir varlık olarak kabul görmüş şifa, bereket ve korunma amaçlı pratiklerle yaşamın içine yerleşmiştir. İslamiyet'in kabulüyle birlikte bu inançlar yeni bir form kazanmış, eski kutsal taşlar evliya mezarları, türbeler ve kutsal mekânlarla ilişkilendirilerek kültürel süreklilik sağlanmıştır. Özellikle de taşların sağaltma gücüne sahip olduğu inanışı, Anadolu coğrafyasının dört bir yanında hâlâ canlı bir şekilde yaşatılmaktadır. Anadolu'da günümüze dek süren bu sentez, taşın hem fiziksel hem de metafizik anlamda bir fenomen olarak görülmesini sağlamıştır. Bu çalışma, taşların Türk kültüründeki sağaltıcı etkilerine dair kadim inanç sisteminin, günümüzde hâlâ yaşayarak kültürel belleğin temel bir parçası olmayı nasıl sürdürdüğünü ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda taş, kültürel bir fenomen olarak ele alınıp taşın insan-doğa-kutsal üçgenindeki önemi ve konumu tespit edilecektir. Anadolu'daki sağaltma pratiklerinin somut verileri ışığında taşın, ağrı, aydaş, basur, egzama, gelincik, Ay çarpması, çıban, dalak kesme, nazar, öksürük, romatizma, sarılık, sıtma, siğil, temre, yara ve yılancık gibi çeşitli rahatsızlıkların tedavisindeki kullanımları, halk hekimliği bağlamında fenomenolojik bir okumaya tabi tutularak değerlendirilecektir. Özünde eski Türk inançlarının izlerini taşıyan bu uygulamaların değerlendirilmesiyle de bireylerin yaşadıkları ortak deneyimlerden hareketle taşın Türk kültüründeki kutsal, sembolik ve işlevsel boyutları ortaya konulmuş olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Fenomenoloji, Halk hekimliği, Kültürel bellek, Sağaltma pratikleri, Taş kültü.

ABSTRACT

Throughout human civilization, stone has assumed a fundamental role as an indispensable element of shelter, defense, art and religious practices. From the Paleolithic period onward, stone -with its physical durability and functionality- evolved into a symbolic representation of cultural and technological advancement. In Turkish culture, stone was sanctified within the framework of Sky God belief, earth-water spirits (yer-su iyeleri), and cult of ancestors, becoming deeply integrated into life through healing, fertility, and protective practices. With the adoption of Islam, these beliefs transformed while maintaining cultural continuity-ancient sacred stones were recontextualized through associations with saints' graves, mausoleums and holy sites. The conviction in stones' healing power remains vibrantly preserved across Anatolia. This enduring synthesis has established stone as both a physical and metaphysical phenomenon. This study investigates how ancient Turkish beliefs about stones' therapeutic effects persist in cultural memory as a fundamental component. Analyzing stone as a cultural phenomenon, we identify its significance within the human-nature-sacred triad. Using empirical data from Anatolian healing practices, we evaluate through phenomenological inquiry the use of stones to treat ailments including pain, aydaş (Developmental delay), hemorrhoids, eczema, gelincik (skin rash), Ay çarpması (moonstroke), boils, dalak kesme (spleen swelling), evil eye, cough, rheumatism, jaundice, malaria, warts, temre (cutaneous lesions), wounds and yılancık (erysipelas). By assessing these practices -which bear traces of ancient Turkish beliefs- we elucidate stone's sacred, symbolic and functional dimensions in Turkish culture through shared human experiences.

Keywords: Phenomenology, Folk medicine, Cultural memory, Healing practices, Stone cult.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):450-462
DOI: 10.31020/mutftd.1648854
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 28 Şubat 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 11 Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: Enis Yalçın <enis.yalcin@kilis.edu.tr>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

İnsanoğlunun taşla olan ilişkisi, onu bir sığınma aracı ve alet olarak kullanmayı keşfetmesiyle başlamıştır. İlk avcılık faaliyetlerinde keskin taşların kullanılması, barınakların taşlarla inşa edilmesi ve savunma amaçlı taş aletlerin geliştirilmesi, insanın hayatta kalma mücadelesinde taşı vazgeçilmez bir yardımcı hâline getirmiştir. Paleolitik dönemden başlayarak tapınakların inşasında, sanat eserlerinin yaratılmasında, gündelik aletlerin yapımında ve hatta yazının gelişiminde taş, insanoğlunun en güvenilir malzemesi olmuştur. Medeniyetlerin yükselişinde taşın oynadığı merkezi rol, onun kültürel ve teknolojik ilerlemenin de temel yapı taşı olduğunun göstergesidir.

Medeniyetlerin gelişiminde taşın üstlendiği merkezi rol, fiziksel yapısından kaynaklanan sağlamlığı ve dayanıklılığı ile birleşince onu kuvvet ve kudretin somut bir sembolü hâline getirmiştir. Bu durum insanoğlunun çevresindeki dünyayı anlamlandırma çabasında da taşlara özel anlamlar yüklemesine neden olmuştur. Bu anlam arayışı içinde tabiat, insanın en temel sorgulama ve keşif alanı olarak öne çıkmıştır.[1] Bunun bir sonucu olarak da insan, doğayı ve onun unsurlarını sadece fiziksel bir varlıklar bütünü olarak değil, aynı zamanda anlam dünyasının büyük bir parçası olarak görmüştür.[2] Bu anlayışın kökeni, animist ve fetişist görüşlere dayanır. Bu inanç sistemlerine göre doğadaki her nesne, bir ruh ya da kutsal bir kuvvet barındırır.[3] Bu bağlamda taş, animizm ve fetişizmin en dikkat çekici sembollerinden biri olarak karşımıza çıkar. Bu anlayışta taşlar, içlerinde barındırdıkları varsayılan olağanüstü güçler nedeniyle tapınma ve saygı nesnesi hâline gelir.

Tarihsel süreç içerisinde, taşın anlamı ve değeri farklı coğrafyalarda ve farklı kültürlerde benzer biçimde şekillenmiştir. Her kültür, taşın yaşamsal ve kutsal özelliğini kendi inanç sistemine dâhil etmiş ve onu bir kült objesi hâline getirmiştir. Kazandığı bu kutsal statü sayesinde taş, artık yalnızca fiziksel bir nesne değil, insanların manevi dünyasında derin izler bırakan, ritüellere konu olan, saygı duyulan ve kutsal kabul edilen bir varlık hâlini almıştır. İnsanlar, önemli dinî törenleri ve pratikleri kutsal kabul ettikleri taşların etrafında gerçekleştirmeye başlamışlardır. Bu ritüeller kimi zaman şifa aramak, kimi zaman bereket dilemek, kimi zaman da koruma talep etmek amacıyla yapılmıştır. Taşların etrafında gerçekleştirilen ritüeller, insanların manevi dünyalarını zenginleştirmiş ve toplumsal bağları güçlendiren ortak bir inanç dili oluşturmuştur. Kuşaktan kuşağa aktarılan bu bilgi ve tecrübelerle taşın kutsal konumu daha da güçlenmiştir. Böylelikle de taş, insanla metafizik dünya arasında bir köprü hâline gelmiş ve hem bireysel hem de toplumsal düzeyde inanç sistemlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak varlığını devam ettirmiştir.

Türk kültürünün derinliklerinde yer alan Gök Tanrı inancında da taşın yaşamsal ve kutsal özelliklerinin yansımalarını görmek mümkündür. Bu dönemlerde Türkler, yer-su inancı ve atalar kültünün bir yansıması olarak tabiattaki diğer unsurlar gibi taşların da bir ruhu olduğunu kabul edip gizil güçlerinin bulunduğunu düşünerek taşların bu gücünden yararlanmak istemişlerdir.[4] Bu sebeple de çeşitli taşlara farklı anlamlar yükleyerek, bu taşlar etrafında birçok inanış ve uygulama meydana getirmişlerdir. Taşları ziyaret edip taşların etrafında dolaşarak, içlerinden geçerek, taşlara el sürerek, taşları öperek, üstlerinde taşıyarak ya da evlerinde bulundurarak bereket, uğur ve sağlık temenni etmişlerdir. Gök Tanrı inancından İslamiyet'in kabulüne uzanan süreç, Türklerin kültürel belleklerinde yer alan pek çok inanç ve uygulama gibi taşla ilgili ritüellerinin de yeni bir form kazanmasına neden olmuştur. Bu süreçte taşa yüklenen anlamlar ve onunla ilgili uygulamalar tamamen yok olmamış, aksine İslami bir kimlik kazanarak varlığını sürdürmeyi başarmıştır. Bu bağlamda eski Türk inançlarında kutsal kabul edilen bazı taşlar, İslami dönemde evliya mezarlarıyla, türbelerle veya kutsal mekânlarla ilişkilendirilerek yeni bir anlam kazanmıştır. Bu taşlar, şifa bulmak veya dilek dilemek için ziyaret edilmiştir. Bu dönüşüm, eski inançların tamamen silinmesi yerine, yeni dinin değerleriyle harmanlanan bir sentezin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu durum, Türk kültürünün taşa yüklediği anlamların ne denli köklü olduğunu ve bu anlamların nasıl uyum sağlayarak varlığını sürdürdüğünü

göstermektedir. Günümüzde bile Anadolu'nun pek çok yerinde görülen taşla ilgili inanç ve uygulamalar, bu kültürel sürekliliğin canlı tanıklarıdır. Özellikle taşların sağaltma gücüne sahip olduğu inanışı, Anadolu coğrafyasının dört bir yanında hâlâ canlı bir şekilde yaşatılmaktadır.

Türk kültürünün, Anadolu'da çok sayıda medeniyetin mirasıyla bütünleşerek canlı bir şekilde yaşattığı bu inanç ve uygulamalar dikkate alındığında, taşın yalnızca dokunulan ya da görülen bir nesne değil, aynı zamanda sembolik anlamlarla yüklü bir fenomen olduğu görülür. Fenomenoloji, belirli bir fenomeni derinlemesine deneyimlemiş bireylerin tecrübelerini analiz ederek bu deneyimlerdeki ortak anlamı açığa çıkarmayı hedefleyen nitel bir araştırma yöntemidir. Bu yöntemin temel amacı, fenomeni yoğun şekilde yaşayan kişilerin deneyimlerindeki esas özü açığa çıkarmaktır.[5] Bu bağlamda halkın inançlarında, âdetlerinde, uygulamalarında, anlatılarında ve günlük pratiklerinde çeşitli anlamlar yükleyerek kutsallaştırdıkları taşlar, fenomenolojik bir yaklaşımla daha derinlemesine incelenebilir.

Türk kültüründe taşın kutsal, sembolik ve işlevsel boyutları (örneğin delikli taş, mezar taşları, sadaka taşları gibi) fenomenolojik bir yaklaşımla daha derinlemesine incelenebilir. Bu sayede taşın fiziksel varlığı kadar, bireylerin bu nesneyle kurduğu estetik, ritüelistik ve duygusal bağları incelemek mümkün hâle gelir.

Çalışma, taşların Türk kültüründeki sağaltıcı etkilerine dair kadim inanç sisteminin, günümüzde hâlâ yaşayarak kültürel belleğin temel bir parçası olmayı nasıl sürdürdüğünü ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda taş, kültürel bir fenomen olarak ele alınıp taşın insan-doğa-kutsal üçgenindeki önemi ve konumu tespit edilecektir. Anadolu'daki sağaltma pratiklerinin somut verileri ışığında taşın; ağrı, aydaş, basur, egzama, gelincik, Ay çarpması, çıban, dalak kesme, nazar, öksürük, romatizma, sarılık, sıtma, siğil, temre, yara ve yılancık gibi çeşitli rahatsızlıkların tedavisindeki kullanımları, halk hekimliği bağlamında fenomenolojik bir okumaya tabi tutularak değerlendirilecektir. Özünde eski Türk inançlarının izlerini taşıyan bu uygulamaların değerlendirilmesiyle de bireylerin yaşadıkları ortak deneyimlerden hareketle taşın Türk kültüründeki kutsal, sembolik ve işlevsel boyutları ortaya koyulacaktır.

1. Taşa Bağlı Sağaltma Yöntemleri

İnsanoğlu, dünya üzerinde var olduğu ilk andan itibaren yaşamını olumsuz yönde etkileyen hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmıştır. Modern teşhis ve tedavi yöntemlerinin henüz oluşmadığı tarihin erken dönemlerinde insanlar, hastalıkların sebepleri hakkında çeşitli öngörülerde bulunmuşlardır. Bu öngörülerden hareketle de hastalıklardan korunabilmek ya da onlardan kurtulabilmek için imkânları dâhilinde çareler aramışlardır. Bu arayışın neticesinde ilk dönemlerde doğayı ve onun unsurlarını kullanarak şifa arayan insanlar, din faktörünün devreye girmesiyle doğal unsurların yanında sihir, büyü, kurban gibi eylemlere de başvurmaya başlamışlardır. Toplulukların kültürel birikimlerinin artmasıyla da farklı tedavi yöntem ve teknikleri geliştirilmiştir. Tedavide kullanılan bu yöntem ve teknikler, tarihî süreç içerisinde deneme yanılma yoluyla elde edilen tecrübeler sonucu halk tarafından benimsenmiş ve nesilden nesile aktarılarak devamlılığı sağlanmıştır. Böylelikle halk tıbbı, geleneksel tıp, geleneksel tababet, folklorik tıp ve halk sağaltmacılığı gibi adlarla da anılan halk hekimliği gelişmiştir.

Bir kavram olarak halk hekimliği, insanların hastalıkların nedenleri, belirtileri ve teşhisiyle ilgili görüş ve inanışlarıyla hastalıkların tedavisinde kullandıkları yöresel ilaçların ve geleneksel uygulamaların tümüdür.[6] Halkın olanaklarının bulunmadığı ya da doktora gidemediği durumlarda, hastalıklarına tanı koyma ve sağaltma amacıyla başvurdukları yöntem ve teknikleri kapsamaktadır.[7]

Halk hekimliğinde kullanılan yöntemlerin tedavi etme boyutu "sağaltım" kavramıyla karşılık bulurken tedavileri kendilerine has yöntemlerle gerçekleştiren kişiler için "şaman, kam, baksı, emçi, otacı, ocaklı, halk hekimi, izinli, üfürükçü, afsunlu, orumçu, veli, evliya, şeyh, hoca, kocakarı, kırık-çıkıkçı, sınıkçı" gibi çeşitli

adlandırmalar yapılır.[8] Halk hekimliği görevi üstlenen bu ocakların yanı sıra çeşitli hastalıklara şifa bulmak amacıyla ziyaret edilen yatırlar, su kaynakları, ağaçlar, taşlar ve kayalar da "ocak" olarak adlandırılır.[9]

Halk hekimliğinde kullanılan tedavi yöntem ve tekniklerinin tüm dünyada ortak ve değişmez olduklarını söylemek mümkün değildir. Her toplum hastalıkların tedavisinde, kültürel ve sosyolojik yapısına uygun geleneksel tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Bu noktada Türklerin Orta Asya'dan Balkanlar'a kadar uzanan oldukça geniş bir coğrafyada geliştirdiği halk hekimliği birikimi, yaşadıkları toprakların çeşitliliği kadar zengin ve tarihleri kadar köklü bir mirastır. Göçebe, yarı göçebe ve yerleşik yaşam tarzları arasında geçişler yapmaları, farklı dönemlerde kendine özgü kültürler oluşturmalarına zemin hazırlamış, bu durum hastalıklarla mücadele yöntemlerine de benzersiz bir çeşitlilik kazandırmıştır.[10] Her coğrafyanın ihtiyaçlarına uyum sağlayarak şekillenen bu uygulamalar, iklimden inançlara, bitki örtüsünden sosyal yapıya kadar tüm yerel dinamiklerle harmanlanarak günümüze kadar ulaşmıştır.

Orhan Acıpayamlı, Türkiye'de tespit ettiği bu halk hekimliği uygulamalarını altı grupta toplamıştır:

> *1) Irvasa yoluyla yapılan sağaltmalar: Vücutla herhangi bir teması gerektirmeyen, ilaç kullanılmayan, hastayı etkileme amacı güden, telkin yoluyla yapılan tedavilerdir.*
>
> *2) Parpılama yoluyla yapılan sağaltmalar: Hastaların vücutlarını çizerek, delerek, dağlayarak, keserek, sıvazlayarak ya da vücutlarına değnekle vurarak yapılan tedavilerdir.*
>
> *3) Dinsel yolla yapılan sağaltmalar: Din ve büyünün ön planda olduğu mistik yollarla yapılan tedavilerdir.*
>
> *4) Bitki kökenli emlerle yapılan sağaltmalar: Tedavi edici ana unsurun bitki olduğu uygulamalardır. Bitkinin kökü, gövdesi, kabuğu, yaprağı, meyvesi, çiçeği ya da tohumu birtakım işlemlerden geçirildikten sonra hastalara ilaç olarak verilir.*
>
> *5) Hayvan kökenli emlerle yapılan sağaltmalar: Tedavi edici ana unsurun hayvansal bir madde olduğu uygulamalardır. Hayvansal ürünler, oldukları gibi ya da birtakım işlemlerden geçirildikten sonra hastaya ilaç olarak verilir.*
>
> *6) Maden kökenli emlerle yapılan sağaltmalar: Tedavi edici ana unsurun herhangi bir maden veya toprak olduğu uygulamalardır. Bu uygulamalarda taş, demir, altın, gümüş, bakır, cıva, su gibi maddeler tedavilerde önemli işlevlere sahiptir.*[11]

Çalışmamızın konusu olan taş, parpılama, dinsel yollarla ve maden kökenli emlerle yapılan sağaltmalarda kullanılır. Anadolu'nun birçok bölgesinde insanlar, taşları toz hâline getirip suyla içerek, merhem olarak kullanarak, ağrıyan yerlerine sürerek, suda kaynatıp buharına durarak ya da kutsal taşları ziyaret ederek hastalıklarına şifa aramışlardır. Anadolu'nun farklı bölgelerinde taşa bağlı sağaltma pratikleri ağrı gibi yaygın rahatsızlıklardan yılancık gibi geleneksel adlandırmalara tabi tutulmuş spesifik hastalıklara kadar uzanan bir dizi rahatsızlıkta uygulanır. Bu uygulamalarda kullanılan taşların kutsal, sembolik ve işlevsel özelliklerini her bir hastalık özelinde toplumsal hafızadan derlenen somut örneklerle birlikte değerlendirmek uygun olacaktır. Makalede bahsedilen geleneksel tedavi yöntemleri (bazı taşların toz hâline getirilerek veya eritilerek yutulması gibi), tamamen halk kültürüne özgü uygulamalardır. Ancak bu tür pratiklerin tıbbi açıdan ciddi riskler taşıyabileceği unutulmamalıdır.

1.1. Ağrı

Anadolu halk hekimliğinde ağrı tedavisi hem parpılama yoluyla hem dinsel yolla hem de maden kökenli emlerle yapılan sağaltma pratikleriyle bütünleşen geleneksel yöntemlerle gerçekleştirilir. Elâzığ'da Teslim Abdal, Şeyh Ahmet Dede ve Derviş Ali türbelerinde bulunan taşların ağrılı bölgelere sürülmesi, dualarla

desteklenen bir şifa pratiği olarak öne çıkar.[12] Bunun yanında Çorum'daki Çelebi Gazi Türbesi'ndeki yuvarlak taşın dualar eşliğinde ağrıyan bölgeye üç kez sürülmesi de kutsal sayılan nesnelerin şifa gücüne olan inancı yansıtır.[13] Parpılama yoluyla yapılan tedavilerde, kış aylarında ısıtılan kiremit taşları, bel ağrısı için Konya'da sobada ısıtılıp bele sarılan taşlar, Gaziantep'te sıcak tuğla ve Mersin'de beze sarılan ısıtılmış taşlar kullanılır.[14-17] Boğaz ağrısında Dinar'da göktaş ve şapın yakılıp üfürülmesi veya Diyarbakır'da şap taşı emilmesi gibi pratikler de maden kökenli emlerle yapılan tedavilere örnektir.[18,19] Bu pratikler taşları hem fiziksel tedavi aracı hem de manevi bir şifa kaynağına dönüştürür. Bu pratiklerde taşlar, yalnızca mineral özellikleriyle değil, kültürel ve inanç temelli sembolizmleriyle de öne çıkar. Türbelerde bulunan taşların üç kez sürülmesi gibi uygulamalar, sayısal sembolizm (üç sayısının kutsallığı) ve kutsal mekânlarla kurulan bağ aracılığıyla şifa arayışını gözler önüne serer. Taşın kullanıldığı bu uygulamaların hem gerçekçi sağaltma yöntemlerine hem büyüsel sağaltma yöntemlerine örnek teşkil ettiğini söylemek mümkündür.

1.2. Ay Çarpması

Ay çarpması, halk arasında Ay'ın güzel çocukları kıskanıp nazar etmesi sonucu ortaya çıktığına inanılan hastalıktır. Ay çarpması sonucunda, çocukta ağır kokulu kusma, ishal ve halsizlik belirtileri ortaya çıkar.[20] Ay çarpmasının tedavisinde taş, koruyucu bir kalkan işlevi görür. Siirt'te bu durum için iki temel pratik gelişmiştir: Birincisinde, çocuğun boynuna/omzuna çocuğa göstermeden takılan taş, Ay'ın kötü etkisini emen bir tılsım olarak kullanılır.[20] İkinci uygulamadaysa Fatiha ve İhlas sureleri okunan taşlar hilal evresindeki Ay'a karşı "Sana taş attım bak, sana doğru geliyor." denilerek fırlatılır.[20] Bu ritüelin temelinde taşın, kötülüğü kaynağına geri gönderen bir savurma eylemi olduğuna inanılır. Aynı zamanda, taşın dualarla kutsanarak fiziksel bir nesneden manevi bir koruyucuya dönüştürüldüğü görülür. Ritüelde hilal evresinin seçilmesi, Ay'ın en etkin olduğu dönemde tepki verildiğini gösterir. Bu uygulamalar, halk hekimliğinde taşın hem enerji emici hem de negatif etkiyi yansıtıcı dinamik bir araç olarak konumlandırıldığının somut örnekleridir.

1.3. Aydaş

Anadolu'da yaşıtlarına göre gelişimi geri kalmış çocuklar için kullanılan "aydaş" kavramı, halk inanışlarında kötü ruhlarla ilişkilendirilir ve tedavisinde sembolik taş ritüelleri öne çıkar.[21] Bu pratiklerde, delikli taşlardan geçirme, musalla taşı etrafında döndürme, kazanlara koyulan taşlarla aydaş aşı pişirme gibi uygulamalar yaygındır.[15,22] Adana, Mersin, Trabzon ve Isparta'da üç veya yedi kez tekrarlanan bu ritüellerde İhlâs ve Fatiha sureleri okunur. Bu sayede sayılar (üç, yedi, kırk) ve dualar aracılığıyla kötülüklerin uzaklaştırıldığına inanılır. Kazan içine tuz, çakıl taşı, delikli para gibi nesneler konularak arılık (temizlik/armağan) sağlanır. Çocuğun kazan altından geçirilmesiyle bedensel ve ruhsal açılma hedeflenir. Annenin işlem sonunda arkasına bakmadan eve dönmesi, çocuğun giysilerini ve kullanılan kapları ritüel alanında bırakması, uygulamanın kaderci bir kimlikle tamamlandığını gösterir. Özellikle Şarkikaraağaç'ta "*Ya öl ya on (şifa bul)!*" denilerek delikli taştan geçirme pratiği ve musalla taşının yaşayan-ölen çocukları ayırt ettiği inancı, uygulamaların ölüm-yaşam ikilemiyle bağlantılı olduğunu ortaya koyar.[23] Bu ritüeller, Anadolu halk hekimliğinde taşın koruyucu ve arındırıcı gücüne olan inancın somut örneklerini oluşturur.

1.4. Basur

Tıp dilinde hemoroid olarak adlandırılan basur, kalın bağırsaktan sonra yer alan anüse ya da makata ait damarların büyümesi veya şişmesiyle ortaya çıkan rahatsızlıktır.[24] Anadolu halk hekimliğinde basur tedavisi için taşın mineral özelliklerinden yararlanıldığı görülür. Konya'da göktaşının siyah kuru üzüm içine yerleştirilerek tok karnına yutulması, Hatay ve Adana'da ise sey taşının (şap) kaynar suda eritilerek içilmesi öne çıkan uygulamalardır.[15,25,26] Kullanılan taşların, bedeni arındırma veya kimyasal etkiyle iyileştirme gibi işlevler üstlendiği anlaşılmaktadır. Ritüellerde tıpkı aydaş tedavisinde olduğu gibi belirli maddelerin (kuru

üzüm) araçsallaştırılması ve taşın doğrudan tüketimi dikkat çeker. Bu yöntemler, halk tıbbında taşın em (ilaç) olarak kullanılmasıyla içsel arınmayı gerçekleştiren ve şifa sağlayan bir unsur olarak konumlandırıldığını gösterir.

1.5. Boğmaca

Boğmaca, özellikle çocukluk çağında ağır seyreden bulaşıcı bir solunum yolu hastalığıdır. Aralıksız öksürük nöbetleri tipik belirtilerindendir.[27] Anadolu'da boğmaca tedavisinde taş hem fiziksel bir engeli aşma sembolü hem de hastalığın transfer edileceği ritüelistik bir nesne olarak kullanılır. Isparta'daki Öksürük Kayası'nda çocukların tükürüğüne taş yapıştırılması ve Gaziantep'te mezar etrafında döndürme pratiği, hastalığın bedensel bir parça (tükürük) sayesinde taşa aktarılarak uzaklaştırılacağı düşüncesini yansıtır.[16,21] Delikli taşlar (Isparta, Afyonkarahisar, Ankara, Adıyaman), delikten geçiş eşliğinde öksürüğün bedenden çıkıp taşa hapsolacağı inancıyla sağaltıcı bir araç işlevi görür. Örneğin Ankara ve Adıyaman'daki uygulamalarda delikli taşın, Üryan Baba Türbesi veya Emrem Sultan Türbesi gibi kutsal mekânlara bitişik olması, taşın şifasının inanç coğrafyasıyla desteklendiğini gösterir.[13,28] Bu ritüellerde üç kez dönme, İhlas suresi okuma veya cuma günü uygulama gibi unsurlar, iyileşmeyi hızlandıran kutsal sayılar ve zamanlarla ilişkilendirilir. Taşın deliğinden geçen çocuğun öksürüğünün, taşın içinde kalacağı inancı halk hekimliğinde hastalığın maddesel bir varlık olarak algılandığını ve taşın bu varlığı hapsetme kabiliyetine sahip olduğu düşüncesine dayanır.

1.6. Çıban

Çıban, kıl köklerinde bazı bakterilerin sebep olduğu iltihaplı bir deri hastalığıdır. Anadolu halk hekimliğinde çıban tedavisinde taşın hem fiziksel hem de ritüelistik bir araç olarak kullanıldığı görülür. Elâzığ'da göz çıbanlarına göz taşı (yeşil parlak taş) uygulanırken, Yozgat ve Aydın'da çakmak taşları birbirine vurularak çıkan kıvılcımla çıbanın dağlanması amaçlanır. Bu uygulamada, iltihaplı dokunun yakılarak tedavi edildiği düşünülür.[12,29,30] Kütahya'da ise aynı yöntem, İhlâs ve Fatiha surelerinin okunmasıyla tamamlanır ve kıvılcımın, hastalığı korkutarak kaçırdığına inanılır.[31] Tekirdağ'da nevruz ateşine taş atılarak hastalıklardan kurtulmak amaçlanır. Bazı pratiklere deniz suyu içmiş ocaklıların tükürüğüyle ovma gibi unsurların eklenmesi taşın tek başına değil; inanç, ateş ve bedensel temasın kombinasyonuyla şifa sağladığına dair kültürel kodları yansıtır.[29] Taşla çıkan ateşin arındırıcı ve kötülükleri savuran bir güç olarak görülmesi, Anadolu'da ateşin sembolik anlamıyla da örtüşür. Bu yöntemler, taşın ateş üretme kabiliyetinin, halk tıbbında aktif bir şifa aracına dönüştürüldüğünün somut örnekleridir.

1.7. Dalak Kesme

Dalak hastalığı, karın şişmesi, karın ya da dalağının ağrıması şeklinde ortaya çıkan bir hastalık türüdür. Bu hastalığa yakalanan kişi, şiddetli ağrılar çeker, iştahı azalır ve zamanla zayıflayarak hareket edemeyecek duruma gelir. Hastalığın tedavisi için halk arasında dalak kesme ocağı olarak bilinen ocaklıya gidilmelidir.[22] Anadolu'da dalak kesme olarak adlandırılan tedavi pratiklerinde taş, fiziksel ve metafiziksel araç olarak çok yönlü kullanılır. Adana'da ocaklıların, şişmiş karna taş ya da tahta koyup keserle vurarak tedavi etmesi ve ısıtılmış çay taşlarını dalağın olduğu bölgeye yerleştirerek terleme yoluyla şişliği indirmesi, taşın kullanıldığı parpılama yoluyla yapılan sağaltmalara örnek olarak gösterilebilir.[22,26] Ankara'da ise soğanla ovma ritüeli sonrası taşın altına bırakılan soğanın kurumasıyla hastalığın gerileyeceği inancı, taşı sembolik bir hastalık deposu olarak konumlandırır.[32] Taşın bazen basınç aracı bazen ısıtma malzemesi bazen de kötülükleri hapseden bir nesne olarak kullanılması, halk hekimliğinde kullanılan taşın bağlamsal dönüşüm kabiliyetini yansıtır.

1.8. Egzama

Egzama, ciltte kuruluğa, pullu bir görünüme ve yoğun kaşıntıya sebep olan bir cilt rahatsızlığıdır.[33] Bingöl yöresinde egzama tedavisinde taşın kullanıldığı halk hekimliği uygulamaları, inanç temelli ritüellerle şekillenir. Bu pratiklerde taş, dua ve ayet yazılıp suyla temas ettirilerek şifa kaynağına dönüştürülür. Hocaların veya ocaklı kadınların egzamalı bölgeyi kalemle çizmesi, suya konulan türbe taşlarıyla her çarşamba yıkama yapılması ve üç hafta boyunca ayet yazılı taşın kullanılması, tedavinin kademeli bir süreç olduğunu gösterir.[33] Özellikle çarşamba günlerinin seçilmesi, bu günün Anadolu'da arınma ve şifa için uğurlu kabul edilmesiyle ilişkilidir. Üzerine dua okunan taşın egzamaya sürülmesi, maddi-manevi unsurların iç içe geçtiğine işaret eder. Temelde, okunmuş taşın suya aktardığı kutsal enerji ile hastalığın ciltten uzaklaştırılacağına dair bir inanç hakimdir. Bu yöntemler, bedensel rahatsızlıkların metafizik nedenlerle açıklandığı kültürel kodları yansıtır.

1.9. Gelincik

Gelincik daha çok bebeklerde görülen morarma, ateşlenme hâllerine verilen addır. Genellikle nazarın sebep olduğuna inanılan bu hastalığın tedavisi gelincik kesme ocakları tarafından yapılmaktadır.[34] Anadolu'da, bebeklerde görülen gelincik hastalığının tedavisinde kutsal kabul edilen taşların ritüelistik kullanımı öne çıkar. Ankara'da Mekke veya Medine'den getirilen gelincik taşları, hastalığın yol açtığı yaraların üzerine konulur. Taşın ısındıktan sonra kendiliğinden düşmesiyle şifanın gerçekleşeceğine inanılır.[34] Çankırı'nın Yapraklı ilçesindeki bir ocaklı ise özel taşları yaraların üzerine yerleştirerek dua okur ve belirli bir süre sonra taşları toplar.[35] Bu uygulamalarda taşların kutsal mekânlardan gelmesi, nazarın yol açtığı negatif enerjiyi emme inancını pekiştirir. Ateşlenme ve morarma gibi fiziksel belirtilerin, taşın ısınma özelliğiyle bedenden çekildiği düşünülür. Ocaklının dualar eşliğinde taşları kullanması, tedaviyi hem fiziksel hem de inanç temelli bir arınma ritüeline dönüştürür. Bu pratikler, halk hekimliğinde kutsal taş imgesinin, inanç ve şifa arasındaki bağı somutlaştıran bir araç olarak kullanıldığını gösterir.

1.10. Nazar

Türk kültüründe yaygın bir inanış olan nazar, beğenilen bir şeye kıskançlıkla bakılması sonucu onu zarar verecek şekilde etkilemektir. Anadolu'da nazarın tedavisinde taşlar hem koruyucu hem de iyileştirici unsurlar olarak öne çıkar. Koruyucu pratiklerde, delikli taşların ev eşiklerine veya ağaçlara asılması, akik taşının bedenle temas ettirilmesi ve çakmak taşının kıyafetlerin cebinde taşınması gibi yöntemler, nazarın fiziksel temas yoluyla emildiği veya yansıtıldığı inancıyla uygulanır.[17,20,30] Kurtarıcı pratiklerdeyse taşlar dualar eşliğinde ritüelleştirilir. Konya'da çocukların musalla taşı altından dualar (İhlas suresi) okunarak geçirilmesi, Dinar'da 41 taşın üzerine 41 defa İhlas okunup hastaya dökülmesi ve Gaziantep'te kurşun dökme ritüelinde peçiç taşının kullanımı bu bağlamda değerlendirilir.[15,16,18] Özellikle delikli taşların ev girişlerine, ağaçlara asılması veya bedende taşınması Anadolu'nun kolektif hafızasında deliğin, nazarın geçeceği bir koridor olarak kodlandığını gösterir. Delikli taşların nazarı kandırarak içinden geçirme işlevi, taşın aracılık rolünü simgeler.[20,46] Şap taşı gibi maddelerin yakılarak kül edilmesi ve külün eşiğe dökülmesi gibi uygulamalar, nazarın taş aracılığıyla beden veya mekândan uzaklaştırıldığı inancını yansıtır.[26] Bu pratikler, Anadolu halkının nazarı gözle görünmeyen ama nesnelerle kontrol edilebilen bir enerji olarak kavradığını ve taşı bu enerjiyi yönetmede bir aracı olarak konumlandırdığını kanıtlar niteliktedir.

1.11. Romatizma

Romatizma, eklem yerleri ve çevresindeki dokularda ağrı ve şişlik yapan geçici veya süreğen hastalıklardır.[36] Anadolu halk hekimliğinde romatizma tedavisinde taş hem fiziksel bir tedavi aracı hem de ritüelistik bir obje olarak kullanılır. Diyarbakır Silvan'da Gırkuvi Ziyareti'nde mart-nisan aylarında ateşte kızdırılan taşların ağrılı bölgelere sürülmesi, taşın ısı yoluyla kas gevşetici etkisinin yanı sıra kutsal mekân-zaman kombinasyonuna

duyulan inancı ortaya koyar.[19] Erzurum'daki ısıtılmış taş uygulaması ise fizik tedavinin halk hekimliğindeki bir adaptasyonudur.[36] Bu pratiklerde dikkat çeken ortak nokta, taşın ısı iletkenliğinin tedavinin merkezine yerleştirilmesidir. Böylece taş, yalnızca fiziksel bir materyal değil, enerjisini bedene aktaran bir şifa sembolüne dönüşür.

1.12. Sarılık

Sarılık çeşitli hastalıklardan ötürü bilirunin adlı bir mikroorganizmanın kanda yükselmesi sonucu cildin normal renginden daha fazla sarımtırak renk alması olayıdır.[37] Genellikle ocaklılar tarafından tedavi edilir. Anadolu'da sarılık tedavisinde taş, hastalığın rengiyle özdeşleştirilen sarı tonlardaki taşlar (Sivas, Erzurum, Adana) ve ritüellerde aracılık eden çakmak/döven taşları (Kütahya) üzerinden iki temel işlevle kullanılır. Renk sembolizmi bağlamında sarı taşların boyna asılması, hastalığın taşa transfer edilerek sağaltılacağı inancını yansıtır.[36,38] Kütahya'da döven taşıyla kanatma ve Mersin'de kırlangıç yuvasındaki Hindistan taşı ile temas ettirilen bir kalemin vücuda sürülmesi, taşın hastalığı fiziksel temas yoluyla çeken bir nesne olarak algılandığını gösterir.[31,37] Adana'daki uygulamada suya konulan sarı taşın renginin üç günde sapsarı olması, hastalığın taşa görsel olarak aktarıldığına dair somut bir kanıt arayışını ifade eder.[39] Aydın'da yedi kardeşkanı taşının limonla tüketilmesi, taşın mineral özelliklerinin ve ekşi tadın arındırıcılığıyla ilişkilendirilir.[30] Kütahya'da çakmak taşının dualarla suya bırakılıp içirilmesi veya Hatay'da taşla ezilen soğanın kanatılmış bölgelere sürülmesi, taşın hem araçsal hem de manevi enerji yoğunlaştırıcı rolünü ortaya koyar.[25,31] Bu pratiklerde taş, renk, şekil ve madde olarak sarılığın görünür kılınmasında, hastalığın nesne üzerinden sembolik kontrolünde ve dualarla güçlendirilmiş bir şifa aracı olarak kullanılır.

1.13. Sıtma

Sıtma, dişi sivrisineğin ısırmasıyla bulaşan, titreme, baş ağrısı ve kusma gibi belirtileri olan bir hastalıktır.[37] Anadolu'da sıtma tedavisinde taş, hastalığın ritüel yoluyla bağlanması veya fiziksel temasla aktarılması amacıyla kullanılır. Konya'da Mursaman Türbesi'nde beze bağlanmış taşların tavana asılması, hastalığın nesne üzerinden sembolik olarak terk edilmesini sağlar.[15] Hatay'da küçük bir çalının taşla ezildikten sonra ip yardımıyla bir direğe tutturulması yer-su inancını ve atalar kültünü yansıtan bir kontrol mekanizması oluşturur.[25] Delikli taştan geçirme pratikleri (Gaziantep, Diyarbakır), sıtmanın bedenden çıkıp taşın deliğinde hapsolacağı inancını yansıtır. Bu uygulamalarda taş, kutsal mekânlarla ilişkilendirilerek şifanın manevi ve fiziksel bileşenlerini birleştiren bir araç hâline gelir. Taşın suyla ıslatılıp içilmesi ise materyalin içsel bir arındırma işlevi üstlendiğine dair kolektif inancı gösterir.[25] Bu yöntemler Anadolu halkının taşı; hastalık taşıyıcı, ritüelik bir bağlayıcı ve kutsal enerji aktarıcısı olarak kullandığını ortaya koyar.

1.14. Siğil

Siğil, bir çeşit virüs sebebiyle derinin üst tabakasında meydana gelen enfeksiyondur. Halk arasında yıldızları sayınca veya kurbağa öldürünce kişide siğil çıkacağına dair inanışlar vardır.[33] Anadolu halk hekimliğinde siğil tedavisinde taş, hastalığın sembolik olarak nesnelere aktarılması veya ritüelistik bağlama amacıyla kullanılır. Antalya ve Bingöl'de mezarlık taşlarına siğil sürme pratikleri, hastalığın ölümle ilişkilendirilen bir nesneye transferini simgeler.[27,33] Dinar'da çam pürünün taş altına bastırılması veya Mersin'de aya taş atma ritüeli, siğilin doğal unsurlarla birlikte bağlandığı inancını yansıtır.[17,18] İnanca göre nesnenin (dal, bitki) taş altında kuruması, siğilin de kuruyarak kaybolacağı beklentisini doğurur. Konya ve Dinar'daki üç İhlas bir Fatiha okunarak yapılan uygulamalar, taşın dualarla güçlendirilmiş bir aktarıcı rol üstlendiğini gösterir.[15,18] Kilis'te zımpara taşıyla temizleme ve Aydın'da sıcak taş uygulaması gibi fiziksel müdahaleler ise taşın mekanik bir tedavi aracı olarak kullanımını örneklendirir.[30,40] Ritüellerdeki ortak unsurlar: kutsal zamanlar (sabah namazı, dolunay), üç sayısı (üç taş, üç okuma) ve geriye bakmama eylemiyle hastalığın geri dönüşünün

engellenmesi inancıdır. Bu pratikler, taşı bedensel bir sorunun somut bir unsura nakledildiği, doğaüstü güçlerle ilişkilendirilen sembolik bir nesne olarak konumlandırır.

1.15. Temre/Demre

Temre ciltte çıkan kaşıntılı, sulu hastalıktır. Halk arasında nazardan dolayı oluştuğuna inanılır.[40] Anadolu'da temre tedavisinde taş, hastalığın maddesel bir parçayla birlikte bedenden uzaklaştırılması amacıyla ritüelistik bir araç olarak kullanılır. Kilis'te temre hastalığını geçirmiş biri tarafından taşla çizilme uygulaması, temrenin fiziksel bir müdahale yoluyla ciltten çıkarılacağı inancını yansıtır.[40] Isparta'da hastanın tükürdüğü taşın rüzgârlı alana bırakılması hem tükürüğün hastalık taşıyıcı bir unsur olarak görülmesini hem de rüzgârın arındırıcı gücüne duyulan güveni ortaya koyar.[21] Bu yöntemlerde taş, temrenin aktarılabilir ve taşınabilir bir varlık olduğu fikrini somutlaştırır. Ocaklının okuduğu dualar, taşın yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda manevi bir köprü işlevi görmesini sağlar. Bu pratikler, Anadolu halkının temreyi, bedensel bir rahatsızlıktan ziyade, nazardan kaynaklanan ve doğaüstü yollarla kontrol edilebilen bir olgu olarak algıladığını gösterir. Taşın bu bağlamda hem hastalığı hapseden hem de onu doğaya geri döndüren bir geçiş nesnesi rolü üstlendiği söylenebilir.

1.16. Yara

Vücut bütünlüğünün kesilme, çizilme, kırılma veya yanma gibi çeşitli nedenlerden dolayı bozulması sonucu yaralanmalar meydana gelebilir.[37] Anadolu halk hekimliğinde yara tedavisinde taşlar, fiziksel ve kimyasal tedavi yöntemlerinin birleşimi ile kullanılır. Konya'da göktaş (çinitaş) gibi minerallerin katran, kına ve balmumu ile karıştırılarak yaralara uygulanması, taşın mineral etkisi ve karışımın yapışkanlığını artırma işleviyle ilişkilidir.[15] Gaziantep ve Mersin'de çakmak taşıyla kanatma veya dağlama, ateşin arındırıcı ve kötülük savan gücüne atıf yapar.[17,41] Yozgat'ta beyaz çakmaktaşının kıvılcımıyla dağlama, benzer şekilde ısı yoluyla sterilizasyon amaçlıdır.[29] Rize'de salyangozun taşla dövülüp yaraya sürülmesi ve Mersin'de gargatuzu taşının toz hâline getirilerek yara üzerine serpilmesi, taşın bir em (ilaç) olarak kullanımını örneklendirir.[17,42] Bu pratiklerde taş hem aktif maddelerin taşıyıcısı (mineral tozu) hem fiziksel müdahale aracı (çakmak taşı) hem de ritüelistik bir unsur (dağlama sırasında üç kez tükürme) olarak karşımıza çıkar. Bu yöntemler, Anadolu insanının taşı, kimyasal bileşenleri, fiziksel özellikleri ve erişilebilirliği nedeniyle tercih ettiğini ortaya koyar.

1.17. Yılancık

Yılancık hastalığı, modern tıpta erizipel olarak adlandırılan, deride ağrı, kızarıklık, şişlik ve ısı artışıyla ortaya çıkan en çok bacaklarda görülen bir tür deri enfeksiyonudur. Yılan öldüren kişiye, öldürülen yılanın yılancık atması sonucu bu hastalığın meydana geldiği düşüncesiyle halk arasında yılancık hastalığı olarak adlandırılmıştır.[40] Yılancık hastalığının tedavisi halk arasında yılancık ocağı olarak bilinen ocaklılar tarafından gerçekleştirilmektedir. Yılancık hastalığını tedavi eden ocaklılara "çentici", "yılancıklı", "yılancık kesen", "yılancık sıkan" ve "bıçakçı" gibi isimler de verilmektedir.[43] Ocaklılar yılancık hastalığını tedavi etmek için bozuk para, bıçak, soğan, iğne veya yılancık taşlarının kullanıldığı farklı yöntemler uygulayabilirler. Yılancık taşı, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan başlıca malzemelerdendir. Ocaklılar bu taşların Mekke'den getirildiğini söylemektedir. Bu sebeple yılancık hastalığının tedavisinde kullanılan taşlar Mekke taşı olarak da bilinmektedir. Ceviz içi büyüklüğünde olan yılancık taşlarının bir tarafı düz diğer tarafı ise yuvarlaktır. Düz tarafında spiral şeklinde bir desen olan taşlar bu şekilden dolayı yılanı da anımsatmaktadır.[32] Anadolu'da yılancık tedavisinde kullanılan Mekke taşı veya yılancık taşı hem fiziksel bir şifa aracı hem de kutsal bir simge olarak rol üstlenir. Bu taşların, hacca gidenler tarafından Mekke'den temin edildiği inancı, tedaviye dinî meşruiyet kazandırırken spiral desenli yapılarıyla yılanı anımsatmaları, hastalığın sembolik temsilini pekiştirir.[30-32] Kütahya ve Aksaray'daki uygulamalarda, taşların ağrılı bölgeye üç İhlas ve bir Fatiha suresi

eşliğinde yapıştırılması, hastalığın enerjisinin taşa aktarıldığı inancını yansıtır.[24, 31] Taşların yalnızca enfekte alanda tutunarak renk değiştirmesi ve sonrasında düşmesi, tedavi sürecinin somut bir göstergesi olarak işlev görür.[31] Antalya'da erkek ve dişi taşların kullanımı ile hastalara cinsiyete göre "Kayınvalide eli" veya "Kazım Ağa'nın eli" gibi farklı ritüel ifadelerinin eşlik etmesi, toplumsal cinsiyet rollerinin pratiklere yansıdığını ortaya koyar.[44] Bu noktada İslamiyet öncesinde şamanların tedavi yöntemlerinin ve Umay Ana kültünün, İslami bir form kazanarak Fatma Ana'yı merkez alan ocak inancına dönüştüğünü belirtmek gerekir.[47] Karaman'da taşların saman içinde saklanması ve canlı olarak nitelendirilmesi, taşın biyolojik bir varlık gibi algılandığını gösterir.[45] Tedavi sonrası hastaların arılık (hediye) bırakması ise şifa sürecinin tamamlandığına dair inancın ve hastanın minnettarlığını ifade etmek istemesinin bir tezahürüdür.[44] Ankara'da kuru/sulu yılancık ayrımına göre farklı dualar okunması ve Mersin'de hacdan getirilen taşlara Felak/Nas surelerinin okunması, dinî ritüellerin geleneksel pratiklerle iç içe geçtiğini kanıtlar.[17,32] Bu yöntemlerde taş hem hastalığın teşhis aracı hem metafiziksel bir köprü hem de ocaklıların otoritesini pekiştiren bir nesne olarak işlev görür.

Sonuç

Anadolu halk hekimliğinde taşlar, fiziksel bir tedavi aracı, ritüelistik araç ve sembolik aktarıcı olarak çok katmanlı bir şekilde konumlandırılan, kökleri kadim inanç sistemlerine uzanan bir şifa kültürünü temsil eder. Ağrı, Ay çarpması, aydaş, basur, boğmaca, çıban, dalak kesme, egzama, gelincik, nazar, romatizma, sarılık, sıtma, siğil, temre, yara ve yılancık gibi farklı sağlık sorunlarının tedavisinde taşlar; tedavi edici araç, koruyucu tılsım ve ritüelistik sembol olarak üçlü bir rol üstlenir.

Bu pratiklerde, İslami terminoloji (Fatiha, İhlas sureleri) ile yer-su iyeleri ve atalar kültüne ait inançlar (taşın canlılığı, Ay'a insani özellikler yüklenmesi) iç içe geçer. Egzama tedavisinde taşın ayetlerle yazılıp suya konması ve çarşamba günleri uygulanması, zaman-mekân kutsallığının şifaya eklemlendiğini gösterir. Benzer şekilde, gelincik, nazar ve boğmaca tedavisindeki taş uygulamaları, Anadolu halk hekimliğinin inanç temelli şifa mantığını ve taşın fiziksel-sembolik işlevlerini ortaya koyar. Gelincik pratiklerinde Mekke/Medine taşlarının hasta bedene yerleştirilmesi hem kutsal coğrafyaya atıfla manevi korumayı hem de taşın ısınma özelliğiyle hastalık enerjisini çekme inancını birleştirir. Burada taş, kutsalın fiziksel bir temsilcisi olarak işlev görürken, ocaklının dualarla yönettiği ritüel, şifayı bireysel ve kolektif bir arınma sürecine dönüştürür. Okunan duaların tedaviye kattığı kutsal meşruiyet, Anadolu insanının kültürel kodları şifaya nasıl entegre ettiğini gösterir. Bu pratiklerin ortak paydası, taşın kültürel bir tercüman olarak işlev görmesidir. Taş, insanın manevi dünyasıyla fiziksel gerçeklik arasında bir köprü kurarken (ayetlerle kutsanması), hastalığın maddi izleriyle (ağrı, kaşıntı, yara) de doğrudan temas eder. İslami motifler (Fatiha, İhlas) ile yer-su iyeleri ve atalar kültüne ait kabuller (ateşin ruhu, taşın canlılığı) arasındaki sentez, Anadolu insanının katmanlı inanç haritasını yansıtır. Bu pratiklerde taşın üstlendiği rol ise hastalıkla insan arasındaki ilişkiyi, toplumsal ve manevi bir sürece dönüştürmektir.

Sayı sembolizmi (üç, yedi, kırk), ritüellerin kutsallaştırılmasını sağlarken, taşı hastalık transferinin sembolik istasyonuna dönüştürür. Aynı mantık kurşun dökme ritüellerinde peçiç taşının kullanımı veya 41 taşa 41 İhlas okunması gibi pratiklerde de devam eder. Burada sayı sembolizmi (41 tekrar) ve İslami metinler (İhlas suresi), taşın işlevini kutsal bir matematikle güçlendirir.

Belirli renkteki taşların boyna asılması veya belirli yerlerden alınan renkli taşlarla temas, renk sembolizmi ve doğal nesnelerin koruyucu enerjisine duyulan inancı cisimleştirir. Renk sembolizmi bağlamında hastalıkla ilişkilendirilen renkteki taşların kullanılması, hastalığın taşa transfer edilerek sağaltılacağı inancını yansıtır.

Delikli taşların nazar, boğmaca ve sıtma tedavisindeki kullanımı, Anadolu halk hekimliğinin maddi ve manevi dünyayı birleştiren bütüncül yaklaşımını yansıtır. Nazara karşı delikli taşların bedende taşınması veya ev

eşiklerine asılması, deliğin nazarı saptıran bir tuzak olarak algılandığını gösterir. Taşın deliği, kötü enerjiyi emen veya yansıtan bir filtre işlevi görür. Nazarın bir enerji olduğu ve taşın bu enerjiyi yönetebildiği inancı, halk hekimliğinin metafiziksel boyutunu yansıtır. Boğmaca tedavisinde taşın deliği, hastalığın maddesel bir varlık olarak hapsedildiği ritüelistik bir haznedir. Benzer şekilde sıtmanın tedavisinde de taşın deliği, hastalığın bedenden çıkarılıp hapsolduğu bir geçit işlevi görür. Bu pratiklerde taş, yalnızca fiziksel bir nesne değil, inancın, sembolizmin ve toplumsal hafızanın somut bir temsilidir. Hastalıkların sağaltımında kullanılan bu delikli taşlar, görünmeyen tehditleri kültürel kodlarla denetleyen bir mekanizma işlevi görür.

Hastalıkların tedavisi için taşların yutulması veya kaynatılıp içilmesi, taşın kimyasal ve sembolik işlevlerini birleştiren bir yaklaşım sergiler. Kütahya'da çakmak taşıyla hazırlanan suyun içirilmesi veya Aydın'da yedi kardeşkanı taşının limonla tüketilmesi taşın mineral özellikleriyle ilişkilendirilir. Bu pratiklerde taş, bedensel rahatsızlığı içsel temizlik yoluyla çözmeyi hedeflerken, aynı zamanda taşın mineral özelliklerine göre bir em (ilaç) olarak kullanıldığını da gözler önüne serer. Benzer şekilde çakmak taşlarıyla üretilen kıvılcımın dağlama etkisi, ateşin arındırıcı ve kötülük savan gücüne atıf yapar. Bu süreçte duaların ve tükürük gibi bedensel sıvıların devreye girmesi, taşın bağlamsal işlevselliğini artırır.

Sonuç olarak taş, Anadolu halk hekimliğinde kültürel belleğin somut bir taşıyıcısıdır. Fiziksel temasla bedeni iyileştirirken, sembolik anlamlarıyla metafizik âlemle bağ kurar. Taşın şifa pratiklerindeki rolü, Anadolu insanının doğa ve kutsalla kurduğu organik diyaloğun bir kanıtı olarak değerlendirilir. Taş, halk hekimliğinin canlı bir şekilde yaşatıldığı Anadolu'da bedeni ve ruhu bütünleştiren, üretilebilir ve aktarılabilir bir şifa sistemini temsil eder. Son tahlilde Anadolu halk hekimliği, heterojen inanç sistemlerini tek potada eriten ve insan-doğa-kutsal üçgeninde şifayı yeniden tanımlayan bir kültürel fenomendir. Taş, bu fenomenin merkezinde bedenin acısını dindiren, toplumsal aidiyeti güçlendiren ve kaybolan bir bilgeliğin sessiz tanığı olarak varlığını sürdürmektedir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bu çalışma, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Dili ve Edebiyatı Ana Bilim Dalında hazırlanmakta olan "Anadolu Sahası Türk Kültüründe Taş" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Enis Yalçın: Fikir, tasarım, danışmanlık, Analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Salahaddin Bekki: Fikir, tasarım, danışmanlık, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Tek R, Sarıaydın N. Halk Hekimliğinde Taş ve Ağaç Kültü. Cappadocia Journal of History and Social Sciences 2021;(16):252-264.
2. Pospelov GN. Edebiyat Bilimi I. Yılmaz Onay (Çev). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 1984.
3. Örnek SV. İlkellerde Dinsel Temel Kavramlara Genel Bir Bakış. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Dergisi 1962;20(3-4):255-261.
4. Balaban T. Türk Mitolojisinde Yer-Su İyesinin Halk Kültürüne Yansıması: Amasya İli Örneği. Uluslararası Türk Dünyası Kültür Araştırmaları Dergisi 2015;1(3):52-72.
5. Yalçın H. Bir Araştırma Deseni Olarak Fenomenoloji. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2022;22(2):213-232.
6. Örnek SV. Budunbilim Terimleri Sözlüğü. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1973.
7. Boratav PN. 100 Soruda Türk Folkloru. İstanbul: Gerçek Yayınevi; 1984.
8. Tekel F. Halk Hekimliğinde Sağaltıcılar. 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum, Eğitim Bilimleri ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 2020;9(27):819-840.
9. Kumartaşlıoğlu S. Türk Kültüründe Ateş ve Ocak Kültü. (Doktora Tezi). Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
10. Bekki S. Halk Hekimliği. In: Özdemir N, editör. Ortak Miras. Ankara: T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları; 2017. pp: 197-209.

11. Acıpayamlı O. Türkiye Folklorunda Halk Hekimliğinin Morfolojik ve Fonksiyonel Yönden İncelenmesi. In: Türk Halk Hekimliği Sempozyumu (Ankara, 23-25 Kasım 1988) Bildirileri, Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları; 1989. pp: 1-9.
12. Sarıaydın N. Elâzığ İli Baskil İlçesi Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2021.
13. Tanyu H. Türklerde Taşla İlgili İnançlar, Ankara: Elips Kitap; 2007.
14. Alptekin AB, Alptekin M. Tük Halk Anlatılarında ve Folklorunda Taş. In: Gürsoy Naskali E, Koçak M. editors. Kültürümüzde Taş. İstanbul: Dergâh Yayınları; 2017. pp. 40-70.
15. Çevik B. Konya'da Halk Hekimliği Uygulamalarının Dünü ve Bugünü. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
16. Bozyiğit N. Gaziantep'te Halk Hekimliği (Merkez). (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
17. Çağlar N. Anamur ve Bozyazı Halk Kültüründe Taşla İlgili İnanışlar ve Uygulamalar. In: Gürsoy Naskali E, Koçak M. editors. Kültürümüzde Taş. İstanbul: Dergâh Yayınları; 2017: pp: 211-229.
18. Baştürk Soydemir H. Dinar ve Çevresinde Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
19. Aslan MY. Silvan (Diyarbakır)'da Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Elâzığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
20. Altındağ N. Siirt'in Kurtalan İlçesinde Halk Hekimliği Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Van: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2021.
21. Özkan ME. Anamas Yöresi Halk Hekimliği, (Yüksek Lisans Tezi), Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
22. Ateş F. Adana Halk Hekimliğinde Ocak Kültü. (Doktora Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
23. Dolunay SK. Şarkikaraağaç'ta Taşla İlgili İnanç ve Uygulamalar ve Etnografik Açıdan Taşın Kullanımı. In: Gürsoy Naskali E, Koçak M. editors. Kültürümüzde Taş. İstanbul: Dergâh Yayınları; 2017. pp: 157-199.
24. Akpınar B. Sağlık-Kültür İlişkisi Ekseninde Ocak Kültürü ve Halk Hekimliği: Eskil-Aksaray Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Karaman: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
25. Ünal Ö. Hatay'ın Dörtyol İlçesinde Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
26. Özgen Z N. Adana (Merkez) Halk Hekimliği Araştırması. (Yüksek Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
27. Gönen, A. Antalya İli Korkuteli İlçesinde Halk İnanışları ve Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
28. Çifçi T. Adıyaman ve Çevresinde Halk İnançları ve Halk Hekimliği. (Doktora Tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
29. Zorluer S. Çayıralan (Yozgat) Yöresinde Halk Hekimliği ve Halk İnançları. (Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
30. Ülger Z. Aydın (Merkez) ve Çevresinde Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
31. Baysan M. Kütahya ve Yakın Çevresinde Halk Hekimliği ile Ocak Kültü. (Doktora Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
32. Özkan T. Geleneksel Tıptan Modern Tıbba Ocaklık Kurumu: Ankara İli Çubuk İlçesi Örneği. (Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
33. Eprem M. Bingöl Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Elâzığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
34. Temizsoylu A. Ankara'da Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
35. Torun C. Halk Hekimliği ve Çankırı'daki Halk Hekimliği ile İlgili İnanış ve Uygulamalar. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2002.
36. Diş Y. Erzurum İli Horasan İlçesinde Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü; 2019.
37. Çetinel E. Erdemli'de Halk Hekimliği Uygulamaları ve İnanışlar. (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
38. Santur A. Anadolu Halk Hekimliğinde Geleneksel Olarak Adlandırılan Bazı Hastalıklarla, Tedavileri Arasında Kurulan Sempatik İlişki. In: 9. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresi (Ordu, 20-23 Kasım 2017), Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları; 2018. pp: 301-317.
39. Ateş F. Adana'da Bulunan Sağaltma Ocaklarında Tedavi Yöntemleri ve Bu Ocaklarda Tedavi Sırasında Kullanılan Malzemeler. Motif Akademi Halkbilimi Dergisi 2019;12(25):71-90.
40. Bulut A. Kilis Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
41. Gökçe Şentürk M. İslahiye'de (Gaziantep) Halk Hekimliği. (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.

42. Sinoğlu S. Rize İlinde Geleneksel Halk Hekimliği Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Rize: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
43. Acar HV. Türk Halk Hekimliğinde Ocak Çeşitleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2017;7(2):54-72.
44. Kasapoğlu E. Antalya İli Alanya, Gazipaşa, Gündoğmuş ve Aksekili İlçelerindeki Sağaltma Ocakları ve Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
45. Arslan M. Halk Hekimliği Bağlamında Ocaklar: Karaman Yöresi Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
46. Ünalan Ö. Alanya Yörüklerinde Nazara Dair İnanışlar ve Buna Bağlı Uygulamalar. Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi 2023;12(1):137-155.
47. Avşar M, Ünalan Ö. Anadolu Halk Hekimliğinde Kadının Yeri ve Kadın Ocaklar. Folklor Akademi Dergisi 2024;7(3):989-1003.

Derleme - Review

Küresel Olarak Üreme Baskısı*

Global Reproductive Coercion

Hava Özkan[i], Elif Erdoğan[ii], Serap Ejder Apay[iii]

[i]Prof. Dr, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0001-7314-0934
[ii]Araş. Gör, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0003-4186-4369
[iii]Prof. Dr, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0003-0978-1993

ÖZ

Amaç: Üreme baskısı, kişinin üreme özerkliğine, gebe kalıp kalmayacağına, ne zaman gebe kalacağına ve gebeliği devam ettirip ettirmeyeceğine yönelik bir müdahaledir. Üreme baskısı, doğum kontrol yöntemlerinin sabote edilmesini, yakın partner şiddetini ve üremeye yönelik çevre baskılarını içermektedir. Bu durum, kadının sağlık hizmetlerine erişimini ve hizmet almasını engelleyebilmektedir. Bu derlemenin amacı, üreme baskısının çeşitli boyutlarını kapsamlı bir şekilde ele almak ve bu sorunun çözümüne yönelik olası yaklaşımları değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma "üreme baskısı" kelimesiyle google akademik, pub med ve web of scince veri tabanlarında 1 Ocak 2025-31 Ocak 2025 tarihleri arasında tarama yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Üreme baskısı, insan haklarına ve toplumsal eşitlik bağlamında hem bireylere hem de topluma zarar vermektedir. Üreme baskısı kadınlarda istenmeyen gebeliklere ve aile planlaması yöntemlerinin kullanılamaması gibi sonuçlara yol açmaktadır. Kişisel düzeyde üreme baskısı, kadınların çoğunlukla eşleri ve aile üyelerinden özellikle kayınvalideler tarafından maruz kaldıkları bir durumdur. Üreme baskısına yönelik çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Üreme baskısı dünya genelinde toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve halk sağlığının geliştirilmesi önünde önemli bir engel teşkil etmektedir. Türkiye özelinde bu konunun ele alınması, kültürel, sosyal ve kurumsal dinamiklerin etkileşimini dikkate alan çok yönlü ve hassas bir yaklaşım gerektirmektedir. Üreme haklarına yönelik toplum temelli bilinçlendirme çalışmaları, üreme baskısının azaltılmasına ve risk altındaki kadınların desteklenmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Doğum kontrol, Koersiyon, Sabotaj, Üreme sağlığı, Yakın partner şiddeti

ABSTRACT

Objective: Reproductive coercion is an interference with a person's reproductive autonomy, whether to conceive, when to conceive and whether to maintain a pregnancy. Reproductive coercion includes sabotage of contraceptive methods, intimate partner violence and environmental pressures to reproduce. This can prevent women from accessing and receiving health services. The aim of this review is to comprehensively address the various dimensions of reproductive coercion and to evaluate possible approaches to address this problem.

Method: The study was conducted by searching google academic, pub med and web of scince databases with the word "reproductive pressure" between January 1, 2025 and January 31, 2025.

Results: Reproductive coercion harms both individuals and society in terms of human rights and social equality. Reproductive coercion leads to unwanted pregnancies and the inability to use family planning methods. At the personal level, reproductive coercion is a situation that women are mostly exposed to by their husbands and family members, especially mothers-in-law. It has been determined that studies on reproductive pressure are limited.

Conclusion: Reproductive oppression constitutes a significant obstacle to achieving gender equality and improving public health worldwide. Addressing this issue in Turkey requires a multifaceted and sensitive approach that takes into account the interaction of cultural, social and institutional dynamics. Community-based awareness-raising efforts on reproductive rights will contribute to reducing reproductive coercion and supporting women at risk.

Keywords: Contraception, Coercion, Sabotage, Reproductive health, Intimate partner violence

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):463-470
DOI: 10.31020/mutftd.1635263
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 7 Şubat 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 04 Mayıs 2025
İletişim- Correspondence Author: Elif Erdoğan< eliferdogan@atauni.edu.tr >
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Giriş

Üreme baskısı, kadınların çocuk sahibi olma ve üreme sağlığıyla ilgili karar alma sürecinde özerkliğine müdahale eden davranışları içermektedir.[1,2] Bu kavram, ilk olarak 2010 yılında ele alınmaya başlamıştır. Ancak geçmişten günümüze cinsiyet eşitsizliği ve güç dengesizlikleri, birden fazla partneri olma[3,4] ve evli olmaması[2,5,6] nedeniyle kadınlar çok çeşitli üreme baskısına maruz kalmaktadır. Bu durumun yaygınlığı %8-%37 arasında değiştiği bildirilmektedir.[6,7,8] Üreme baskısına ilişkin davranışlar, kadınların çocuk sahibi olup olmama, doğurganlık zamanlaması, üreme sağlığına ilişkin kararlarını kendi istekleri doğrultusunda ve özgürce verebilme özerkliğine yönelik her türlü müdahaleyi kapsamakta ve yakın partner şiddetiyle de ilişkili bir kavramdır. Bu baskı; bireysel düzeyde partner, aile üyeleri ya da kayınvalide gibi yakın çevredeki kişilerden kaynaklanabileceği gibi, toplumsal düzeyde kültürel normlar, ataerkil değerler sistemi ve dini inançlar yoluyla da pekiştirilebilmektedir.[2-7] Ülkeden ülkeye değişen üreme baskısına yönelik davranışlar, kadınların çocuk sahibi olma kararlarını etkileyen yakın partner ya da eş şiddeti davranışları araştırılmaya başlanılmış ve yaygınlığı hakkında literatürde boşluklar olduğu belirtilmiştir.[5]

Üreme baskısı kadın sağlığını tehdit etmektedir. Bu tehditler, bazen cinsel saldırı, bazen takip bazen de kadına şiddet ve kadın ölümleriyle karşılaşmaya neden olmaktadır. Kadınların üreme sistemleriyle ilgili değişikliklerde karar alma, muayene olma gibi haklarını elinden almaktadır.[3,4] Üreme baskısına maruz kalan kadınlar, sadece fiziksel olarak değil aynı zamanda ruhsal açıdan da güven kaybı, özbenlik yetersizliği ve dışlanmış hissetme gibi durumlarla karşılaşmaktadır.[9] Bu durumlar, kadın sağlığını ve dolaylı olarak da toplum sağlığını tehdit eden bir unsurlardır. Üreme baskısına maruz kalan kadınların cinsel birliktelik yaşı düşmekte ve buna bağlı olarakta daha fazla üreme baskısına maruz kaldıkları bildirilmektedir. Üreme baskısının kadınlarda istenmeyen gebeliklere yol açtığı belirtilmektedir.[2] Bu anlamda istenmeyen gebelikler üreme baskısını göstermede önemli belirleyiciler olarak karşımıza çıkmaktadır. Üreme baskısının bir diğer göstergesi ise aile planlaması yöntemlerinin kullanılamaması durumudur.[10]Aile planlaması yöntemlerini kullanmayan kadınlarda istenemeyen gebelikler yaşanmaktadır. Bu gebeliklerin yaşanmasında kadının çevresinin oluşturduğu üreme baskısı yer aldığından kadın aile planlaması yöntemlerini kullanamakta hatta ulaşılaşamaktadır.[8] Kadının üreme baskısı yaşamasında toplumun yetiştiriliş tarzı ve inancının yanında kadercilik anlayışı da etkilidir.[11] Üreme baskısı, insan haklarına ve toplumsal eşitlik bağlamında hem bireylere hem de topluma zarar vermektedir.

Üreme baskısının neden olduğu sağlık sorunlarının başında cinsel yolla bulaşan hastalıklar yer almaktadır.[12] Ayrıca üreme baskısına maruz kalan kadınlarda anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığı problemleri ile travma sonrası stres bozukluğu görülme ihtimali artmaktadır.[12] Ayrıca istenmeyen gebeliklere bağlı olarak, prenatal bakım yetersizliği, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek, anne bebek bağlanma problemleri ve emzirme gibi sorunlar görülmektedir. Üreme baskısına maruz kalan kadınlarda sigara, alkol veya uyuşturucu gibi kötü alışkanlıklar edinme durumlarının olduğu belirtilmektedir. Kadınların özellikle seks öncesinde madde kullanımına bağlı olarak istenmeyen gebeliklere maruz kalması ve buna bağlı olarak bu gebeliği sonlandırmaya yönelik küretaj yaptırma oranları artmaktadır. Bazen de küretaj yaptırmaya yönelik yakın çevresinden özellikle de eşin izin verilmemesi durumuyla kadın üreme baskısıyla karşılaşabilmektedir.[13] Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve preterm doğum ve emzirmede azalma görülmektedir.[3,14,15]

Bu derlemenin özgünlüğü, küresel çerçeveyle birlikte Türkiye'nin kendine özgü sosyo-kültürel ve kurumsal bağlamını yerelleştirilmiş iç görülerle bütünleştirerek üreme baskısına çok boyutlu bir perspektifle yaklaşmasından kaynaklanmaktadır. Üreme baskısını odağına alan bu çalışma; kişisel ilişkiler, devlet politikaları ve kültürel normlar bağlamında baskının etkilerini ele almaktadır. Aynı zamanda kayınvalidelerin etkisi ve baskısı, işyeri kaynaklı baskılar ile sağlık hizmetlerine erişim gibi sıklıkla göz ardı edilen dinamiklere dikkat çekmektedir. Türkiye özelinde yeni bakış açıları sunan bu çalışma, ataerkil normlar, aile yapıları ve

politika değişimlerinin kadınların üreme özerkliği üzerindeki etkilerini ortaya koyarak literatürdeki önemli bir boşluğu dolduracaktır. Ayrıca bu sorunları belgelemenin ötesine geçerek, yasal reformlar, toplum eğitim kampanyaları ve destek ağları gibi uygulanabilir çözüm önerilerini savunarak; böylece politika yapıcılar, araştırmacılar ve savunucular için değerli bir kaynak niteliği taşımaktadır. Tüm bunlar göz önüne alınarak üreme baskısı kavramını, çeşitli boyutlarını kapsamlı bir şekilde ele almak ve üreme baskısı sorununun çözümüne yönelik olası yaklaşımları ortaya koymak amacıyla bu derleme yazılmıştır.

1. Üreme Baskısının Kapsamı

Üreme baskısının kişisel, toplumsal ve sistemik düzeydeki etkileri ve kesişimsellik durumları olarak gruplandırılmıştır. Bu durum kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığından ekonomik ve sosyal statülerine kadar pek çok alanı etkilemektedir. Üreme sağlığı üzerinde baskı oluşturan faktörlerden biri de bireylerin demografik özellikleridir. Genç yaşta olmak, bekâr olmak, düşük eğitim düzeyine sahip olmak, eş zamanlı birden fazla cinsel partnerin bulunması, güçlü dini inançlara sahip olmak, düşük sosyoekonomik düzey, etnik ya da ırksal azınlık grubuna mensup olmak gibi özellikler, kadınları üreme sağlığı açısından risk grubu içerisine dâhil edilmektedir.[1,9,11,12,16,17]

1.1. Kişisel düzeyde üreme baskısı

Kişisel düzeyde üreme baskısı, kadınların çoğunlukla eşleri ve aile üyelerinden özellikle kayınvalideler tarafından maruz kaldıkları bir durumdur. Bu bireylerden gelen doğrudan ya da dolaylı yönlendirme, kadınların üreme kararları üzerinde belirleyici bir baskı unsuru oluşturabilmektedir.[12] Kadının eşiyle ilişki dinamiği de üreme baskısında önemli bir rol oynamaktadır. Kadınlar, zorlayıcı ve istismarcı bireylerle olan ilişkilerinde güç ve manipülasyon yoluyla kendilerini kontrol etme çabalarına maruz kalabilmektedir. Bu kişiler, genellikle kadınları izole ederek destekten yoksun kalmalarını sağlamakta ve kontrolü sürdürmek için ekonomik veya duygusal istismara başvurmaktadır.[18] Üreme baskısı uygulayan kişilerin davranışları, kadınların adet döngülerini izlemek ve doğum kontrol yöntemleri için mali destek sağlamamak gibi davranışları içerebilmektedir. Kadınlar, eşlerinin/partnerlerinin isteklerini yerine getirmediklerinde tehdit içeren davranışlarla karşılaşmaktadır. Bu davranışlara örnek olarak kadınların gebe kalması için prezervatif kullanılmamak, prezervatife zarar vermek, oral kontraseptiflerin atılmak ve doğum kontrol bandlarını çıkarmak yer almaktadır.[19,20] Bu davranışlardaki temel amaç çocuk sahibi olmak değildir. Çocuk sahibi olan kadınlar, çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha fazla üreme baskısına uğrayabilmektedirler. Çocuk sahibi olan kadınlar ilişkiyi sağlamlaştırma düşüncesiyle ya da kadının eşini/partnerini bırakamaması gibi düşünceler yer almaktadır.[21] Üreme baskısı yaşayan kadınlarda istenmeyen gebelik ve partner/ eş şiddetiyle karşılaşmaktadır. Bunun yanında sadece cinsel baskıya uğrayan kadınlar da vardır.[21]

Üreme baskısına maruz kalan kadınlarda kişisel düzeyde ele alınan konulardan biri de eş/partner şiddetidir. Bu şiddet çok çeşitli olmakla birlikte farklı şiddet taktikleri uygulandığı bilinmektedir. Bunlardan bazıları fiziksel saldırı, tecavüz, kadının parasını kullanma, siber taciz, dini öğretileri ve gelenekleri kendi çıkarları doğrultusunda kullanma yer almaktadır. Ayrıca göçmen bir partneri olan bireyler onları sınır dışı etmekle tehdit etmektedirler. Bu şiddet sırasında travmatik beyin hasarı gibi pek çok şiddete maruz kalmakta ve bu kadınların ölümleriyle de karşılaşılmaktadır.[9]

2.2. Toplumsal düzeyde üreme baskısı

Toplumsal düzeyde üreme baskısı, bir toplumun dini, kültürel ve sosyal normları nedeniyle bireylerin üreme kararına etki etmesidir.[9] Bu baskıların sebebi, genellikle cinsiyet eşitsizlikleri, ataerkil toplum olma ve toplumsal beklentilerden kaynaklanmaktadır. Burada kadınlar damgalanmaya (“kısır” diye atfedilmek gibi) açıktır.[22]

Ataerkil toplumlarda cinsiyet rolleri paylaşımında kadınların rollerini eş ve anne olması yönündeki indirgemeler ve çocuk sahibi olmayı kadınlık görevi olarak görmeleri toplumsal düzeyde üreme baskısı oluşturabilmektedir. Ayrıca bu toplumlarda erkek çocuk sahibi olma isteği kadınlar üzerindeki üreme baskısını artırmaktadır. Neslin devamının erkek çocuktan sağlanacağı düşüncesi kadınları tekrar tekrar gebeliğe ve doğuma zorlamaktadır.[10,22]

Bu toplumsal düzeydeki üreme baskıları eş/partner şiddetini artırıcı özellikte olduğunu göstermektedir. Papua Yeni Gine Bağımsız Devletin'de 130 erkek ile yapılan bir çalışmada erkeklerin %24,6'sı, kadının gebe kalamaması durumunda şiddet kullanımı durumunda kendilerinin haklı olduğunu belirtmişlerdir.[23] Bu durum toplumsal cinsiyet ayrımını ve kadınlara uygulana şiddetin haklı gösterilmesi noktasında üzücü bir sonuçtur.

Toplumsal düzeyde üreme baskısı, bazen insanlar arasında günlük sohbetler ve merak amaçlı sorularla da kendini gösterebilir. Bu tür söylemler, bireylerin bazen farkında olmadan, bazen ise kasıtlı olarak üreme baskısına maruz kalmasına yol açmaktadır. Özellikle evli çiftlere yönelik, "Ne zaman çocuk yapacaksınız?" gibi sorular, toplumda sıkça karşılaşılan üreme baskısı örneklerindendir. Bu tür sorular, kadınların ya da çiftlerin üreme kararlarını dışsal bir baskı altında almalarına yol açabilir ve kişilerin yalnızca kendi istek ve koşullarına dayalı kararlar almalarını engelleyebilir. Türk toplumunda, çocuk sahibi olma ve aile kurma üzerindeki toplumsal beklentiler, bireylerin üreme hakları üzerinde belirgin bir baskı yaratmakta ve bu da kadınların ve çiftlerin psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan zorlanmalarına sebep olmaktadır. Aile büyüklerinin de bu baskıda etkileri olduğu belirtilmektedir.[24] Torun sahibi olma isteklerini belirtmeleri hatta gelinlerinin doğum kontrol yöntemleri kullanmasına karşı çıkma gibi durumlara da rastlanılmaktadır. Kayınvalidenin üreme baskısındaki önemli etkisini tespit eden Pakistan'da yapılan bir çalışma 717 çift ve kayınvalideyi içermektedir. Kayınvalidelerin %21'i gelinlerinin doğum kontrolü kullanmasını yasakladığı bildirilmiştir.[25] Hindistan'da kayınvalideler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların doğurganlık ve kısırlaştırma kararlarının yalnızca kayınvalide tarafından verilmesi gerektiğine inandıkları bulunmuştur.[26]

Dini olarak üreme baskısına baktığımızda ise çiftlerin doğurganlığını kontrol etmesini engellemek, doğum kontrol yöntemlerinin yasak ve günah sayılmasıdır. Ayrıca kadınlar iş ve eğitim hayatlarında da üreme baskısına maruz kalabilmektedir. Doğum yapmanın kadının kariyerini olumsuz etkileyeceği düşüncesi kadınların doğurganlıkta karar almasına yönelik üreme baskısı oluştururken eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu düşük kızlarında biran önce evlendirilip çocuk sahibi olmaları yönünde bir baskı vardır.[9]

2.3. Sistematik baskı

Üreme baskısı, tarihsel süreçte yalnızca bireysel ya da toplumsal düzeyde değil, aynı zamanda yapısal ve kurumsal mekanizmalar aracılığıyla da kontrol altına alınmış; hükümetler, sağlık hizmeti sunucuları ve çeşitli otoriteler tarafından yönlendirilmiş ve zaman zaman yasalarla meşrulaştırılmıştır.[27] Ancak, üreme baskısı her zaman doğrudan bir devlet politikası sonucu ortaya çıkmaz. Baskının ortaya çıkmasında etnik köken, ırk, yaş, sosyoekonomik düzey, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler de önemli rol oynamaktadır.[28] Bu faktörler, kadınların hangi koşullarda çocuk sahibi olacakları ya da olmayacakları üzerinde toplumsal normlar ve beklentiler aracılığıyla belirleyici olabilmekte; bazı grupların daha fazla kontrol altına alınmasına, bazı grupların ise dışlanmasına neden olabilmektedir.

Sağlık politikalarında yapılan düzenlemeler, zaman zaman kadınların üreme haklarını sınırlayıcı yönde (antinatalist politika) veya artırıcı yönde (pronatalist politika) olabilmektedir. Ülkemizde yürütülmüş veya yürütülen antenatalist ve pronatalist politikalar kadınlar üzerinde üreme baskısı oluşturmuştur. Özellikle çocuk sayısının kısıtlanması veya bebek cinsiyetine yönelik tercihler gibi uygulamalar, kadınların üreme baskısına maruz kalmasına neden olabilmektedir.[28,29] Bu tür politikaların uygulanmasında, toplumsal kesimler arasında eşit erişim imkânlarının sağlanamaması da önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır.

Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ya da dezavantajlı gruplardan gelen kadınlar, bu politikalardan orantısız şekilde etkilenmekte ve üreme özerklikleri daha fazla kısıtlanmaktadır.

2.4. Kesişimsellik

Kesişimsellik, toplumların durumlarını incelemek amacıyla kullanılan analitik çerçeveyi tanımlamak için kullanılmaktadır.[30] Bu kavramın anlaşılması için ırksal ve etnik eşitsizliklerin daha derinlemesine anlaşılması gerekmektedir.[8] Özellikle azınlık gruplar ve engelli bireyler bu kapsamda araştırılmaktadır. Bazı hükümet zorlamaları ise zorla kısırlaştırma, doğurganlığı veya kürtajı kısıtlayan yasalar gibi kapsam içerisinde incelenmektedir.[31,32] Bu durum üreme baskısının sadece cinsiyetle ilgili olmadığını, etnik köken, sınıf ve cinsel yönelimle de ilişkili olduğunu göstermektedir.[28-32]

Etnik grubu farklı olan kadınların kültürel değerleri, ekonomik durumları ve sağlık hizmetlerine erişim durumları bu kadınların üreme baskısını açık hale getirmektedir.[16] Bu durum, belirli toplumsal grupların üreme baskısına daha yüksek oranda maruz kaldığını gösteren çeşitli örneklerle somutlaştırılabilir. Örneğin, yasal statüye sahip olmayan göçmen kadınlar, sağlık hizmetlerine başvurduklarında polis ya da göçmenlik makamlarına bildirilebilecekleri endişesiyle, üreme haklarını kullanma konusunda ciddi baskılarla karşı karşıya kalmaktadır.[33] Bu durum, söz konusu kadınların hem hizmetlere erişimini sınırlamakta hem de kendi üreme kararlarını özgürce alma özerkliklerini zedelemektedir. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırma, Afrika kökenli Amerikalı kadınların, beyaz kadınlara kıyasla daha yüksek oranda üreme baskısına maruz kaldığını ortaya koymaktadır.[4] Bu farklılıklar, ırksal ve etnik köken temelli yapısal eşitsizliklerin, üreme sağlığı üzerindeki etkilerini açıkça göstermektedir. Ayrıca bu durum toplum iyiliği adına gerçekleştiği belirtilmektedir.[11] Latin Amerikalı kadınlar üreme baskısına uğrayan gruplar arasında yer almaktadır.[4,16,34] Bu kadınlarda beyaz kadınlara oranla iki kat daha fazla üreme baskısına maruz kaldıkları belirtilmektedir.[8] Bu kadınların on üç yaşından önce cinsel ilişkiye başlamaları, dörtten fazla partnere sahip olmaları, üreme baskısına uğramaya açık hale getirmektedir. Bu kadınların ötekileştirilmiş bir grup olarak görülmesi, ırksal ve etnik eşitsizlikler nedeniyle daha fazla bu baskıya maruz kaldıkları bilinmektedir. Fakat bu ırksal ve etnik eşitsizliklerin altında yatan nedenler açık olarak bilinmediği için belirsizliğini korumaktadır.[8]

Üreme baskısına maruz kalan gruplar arasında cinsel tercihleri normal dışında olan azınlıklar da yer almaktadır. Özellikle gey, lezbiyen ve biseksüel bireyler; heteronormatif toplumsal yapılar ve üreme odaklı politikalar nedeniyle üreme kararları konusunda farklı ve çoğu zaman görünmeyen baskılara maruz kalmaktadır.[35] Bu bireyler, hem toplumsal beklentiler hem de sağlık sistemi içerisindeki önyargılar nedeniyle, çocuk sahibi olma, üreme teknolojilerine erişim ya da ebeveynlik hakları konusunda çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Cinsel yönelime dayalı ayrımcılık, bu bireylerin üreme özerkliğini sınırlamakta ve üreme baskısının farklı bir biçimde ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Toplumlar, bu bireylere "doğal" üreme arzusuna sahip olmadıkları için üreme hakkını kullanamayacaklarını belirtebilmektedir. Genç LGBTİ+ bireylerin, üreme haklarına erişim konusunda artan düzeyde ayrımcılığa maruz kaldıkları bildirilmektedir. Bu ayrımcılık, yalnızca sağlık hizmetlerine erişimi sınırlamakla kalmamakta, aynı zamanda bu bireylerin üreme tercihleri ve kararları üzerinde doğrudan ya da dolaylı bir baskı oluşturmaktadır. Toplumsal damgalama, aile içi baskılar, heteronormatif politika ve uygulamalar gibi faktörler, genç LGBTİ+ bireylerin üreme özerkliklerini kısıtlamakta ve onları yapısal üreme baskısıyla daha yoğun şekilde karşı karşıya bırakmaktadır. Azınlık olarak tanımlanan kişilerin yakın partner şiddetine maruz kalma riski yüksektir.[35] Homofobi, transfobi, engelli ayrımcılığı ve ırkçılıkla karşı karşıya kalan kadınların damgalanma ve üreme baskısına maruz kaldıkları bildirilmektedir.[36] Fakat literatürde bu tür çalışmaların raporlaştırılmadığına değinilmiştir.[37]

Engelli kadınlar üzerinde üreme bakısına yönelik çok az çalışma bulunmak ve bu çalışmalar ülke tarihlerinde farklılık göstermektedir. Geçmişten günümüze kadar engelli kadınların da üreme baskısına maruz kaldıkları

bilinmektedir. Bu üreme baskısı, kimi zaman öjenik düşünceler, kimi zaman ise zorla kısırlaştırma uygulamaları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. İngiltere'de 19 yy. sonlarında entelektüeller, özellikle de Francis Galton, insan türünün sağlığını güvence altına almayı amaçlayan çeşitli öjeni politikaları çağrısı, Amerika Birleşik Devletleri'nde İlerici hareketin üyeleri öjenik fikirleri, özellikle de göçün kısıtlanması ve kısırlaştırılmasını benimsendiği belirtilmektedir.[27] ABD'nin Indiana eyaletinde, 1907'de ilk öjenik kısırlaştırma yasası çıkartmış ve ABD Yüksek Mahkemesi bu tür yasaları 1927'de onaylamıştır. Bu durum zihinsel engelli kadınları hedef almıştır. İkinci Dünya Savaşı'na gelindiğinde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki programlar yaklaşık 60.000 kişiyi kısırlaştırmıştır.[27]

Öjenik düşünce geçerliliğini yitirmiştir ancak zorla kısırlaştırma özellikle Çin ve Hindistan'da yaygın olmaya devam etmektedir.[27] Bir çalışmada, engelli kadınların da üreme baskısına, istenmeyen gebeliğe ve partner şiddetine açık olduğu bulunmuştur. Burada kadınları istenmeyen gebelikten korumak için üç etkenin etkili olduğu bildirilmiş ve birincisi sağlık hizmeti sunan kişi ve sistemin etkinliği, ikincisi engellilik durumları ve riskleri, üçüncüsü ise güvenlik sağlamak olduğu belirtilmiştir.[28] Başka bir çalışma ise "özel ekipman" kullanımı gerektiren bir sağlık sorununa sahip üniversite öğrencilerinin üreme baskısı ve partner şiddeti açısından risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.[29] Ayrıca engelli kadınların üreme kontrolü sırasında bir takım engellerle karşılaştığı ve bu durumun yaşadığı ülkenin ekonomik düzeyini etkilediği bu nedenlede kısırlaştırmaya maruz kaldıkları belirtilmiştir[31, 38, 39]

Avusturalya'da 1910 ile 1970 yılları arasında devlet ve kilise misyonları tarafından uygulanan bir politika sonucu, Aborjin ve Torres Boğazı Adalı çocukların ailelerinden zorla alınması sonucu çalınan nesil kavramını ortaya çıkartmıştır. Bu uygulama sadece aileler için üreme baskısı oluşturmakla kalmamış aynı zamanda toplumsal düzeyde kültürel bir yokoluş tehdidine yol açmıştır.[40]

Türklerde ise ataerkil bir toplum olmanın özelliği olarak kadınların eşlerinin üreme baskısı oluşturduğu ek olarak da çiftlerin aile büyükleri olan kayınvalide ve kayınpeder tarafından da bu baskının sürdürüldüğü görülmektedir. Evlenen çiftlere, yaşadığı çevrede bireyler "ne zaman çocuk sahibi olacaksınız?" sorusunu ilk soru olarak sormakta ve peşine aile büyükleri de "biz erkek torun isteriz" gibi cümleler ile çiftleri üreme baskısı yaşamalarına neden olunmaktadır. Aynı zamanda kadınların hayatlarının hangi çağında doğuracağını belirlemek için çalıştığı sürede gebe kalmasını istemeyen işverenler olduğu gibi bireyin eğitim hayatında da zorla gebeliğe sürüklenen kadınlarda vardır. Türk toplumunda da doğurganlık üzerine üreme baskısı kadınlara uygulanmaktadır.[24]

3. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, üreme baskısı dünya genelinde toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve halk sağlığının geliştirilmesi önünde önemli bir engel teşkil etmektedir. Türkiye özelinde bu konunun ele alınması, kültürel, sosyal ve kurumsal dinamiklerin etkileşimini dikkate alan çok yönlü ve hassas bir yaklaşım gerektirmektedir. Kadınlara doğrudan ulaşabilen, onları bu konuda eğitebilen ve farkındalıklarını artırabilen en önemli aktörler sağlık profesyonelleridir. Bu bağlamda araştırmacıların, üreme baskısına ilişkin risk faktörlerini, koruyucu unsurları ve müdahale alanlarını kapsamlı şekilde ortaya koymaları önem arz etmektedir. Türkiye'nin ve diğer ülkelerin, kadınların üreme haklarını merkeze alan eğitim programları, yasal reformlar ve toplumsal farkındalık kampanyaları gibi çok boyutlu stratejiler geliştirmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin güçlendirilmesiyle halk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kritik bir gerekliliktir. Üreme haklarına yönelik toplum temelli bilinçlendirme çalışmaları, üreme baskısının azaltılmasına ve risk altındaki kadınların desteklenmesine katkı sağlayacaktır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Hava Özkan: Fikir, tasarım, denetleme, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, eleştirel inceleme.

Elif Erdoğan: Tasarım, kaynak taraması, makale yazımı.

Serap Ejder Apay: Denetleme, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Miller E, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. Contraception. 2010;81(4):316-322. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.004
2. Miller E, et al. Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. Contraception. 2014;89(2):122-128. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.011
3. Fasula AM, et al. Multiple psychosocial health problems and sexual risk among African American females in juvenile detention: A cross-sectional study. Children and Youth Services Review. 2018;88:74-80. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.041
4. Paterno MT, et al. Exploring reproductive coercion in relationship contexts among young adult, primarily African American women at three women's health clinics. Journal of interpersonal violence.2021;36(3-4):NP2248-2271NP. https://doi.org/10.1177/0886260518756116
5. Clark LE, et al. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(1):42.e41-48. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.019
6. Rosenfeld EA, et al. Male partner reproductive coercion among women veterans. American journal of obstetrics and gynecology. 2018;218(2):239e231-239e238. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.015
7. Basile KC, et al. National intimate partner and sexual violence survey: 2010 summary report. 2011. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11637
8. Holliday CN, et al. Racial/Ethnic Differences in Women's Experiences of Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy. J Womens Health (Larchmt). 2017;26(8):828-835. https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5996
9. Bagwell-Gray ME, et al. Women's Reproductive Coercion and Pregnancy Avoidance: Associations With Homicide Risk, Sexual Violence, and Religious Abuse. Violence Against Women. 2021;27(12-13):2294-2312. https://doi.org/10.1177/10778012211005566
10. Grace KT, Miller E. Future directions for reproductive coercion and abuse research. Reprod Health. 2023;20(1):5. https://doi.org/10.1186/s12978-022-01550-3
11. Cha S, et al. Couple pregnancy intentions and induced abortions in the United States. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. 2016;4(4):157-163. https://doi.org/10.15296/ijwhr.2016.36
12. Wallenborn JT, et al. Discordance in couples pregnancy intentions and breastfeeding duration: Results from the National Survey of Family Growth 2011–2013. Journal of Pregnancy. 2018. https://doi.org/10.1155/2018/8568341
13. Liu F, et al. Perceived Fertility Control and Pregnancy Outcomes Among Abused Women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016;45(4):592-600. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.01.004
14. Öztürk R, Güner Ö. Turkish Validity and Reliability of the Reproductive Coercion Scale. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;15(1):100-109. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.810973
15. Bryant AS, et al. Race/Ethnicity and pregnancy decision making: the role of fatalism and subjective social standing. J Womens Health (Larchmt). 2010;19(6):1195-1200. https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1623
16. Grace KT, et al. Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy Among Latina Women. J Interpers Violence. 2022;37(3-4):1604-1636. https://doi.org/10.1177/0886260520922363
17. Wright RL, et al. Predictors of Reproductive Autonomy among a Rural University Population. Health Soc Work. 2018;43(4):235-242. https://doi.org/10.1093/hsw/hly027
18. Gentry J, Bailey BA. Psychological intimate partner violence during pregnancy and birth outcomes: threat of violence versus other verbal and emotional abuse. Violence Vict. 2014;29(3):383-392. https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-13-00020
19. Jones KA, et al. Abusive Experiences and Young Women's Sexual Health Outcomes: Is Condom Negotiation Self-Efficacy a Mediator? Perspect Sex Reprod Health. 2016;48(2):57-64. https://doi.org/10.1363/48e8616
20. McCauley HL, et al. Psychometric properties and refinement of the Reproductive Coercion Scale. Contraception. 2017;95(3):292-298. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.010
21. Grace KT, Anderson JC. Reproductive Coercion: A Systematic Review. Trauma, violence & abuse. 2018;19(4):371–390. https://doi.org/10.1177/1524838016663935
22. Donnelly A, et al. Influences on reproductive decision-making among forcibly displaced women resettling in high-income countries: a scoping review and thematic analysis. International journal for equity in health. 2023;22(1):179. https://doi.org/10.1186/s12939-023-01993-5

23. Eves R. Male intimate partner sexual and reproductive coercion in highlands Papua New Guinea. Richard EVES. Pacific J Reprod Health. 2021;1:667-674.
24. Yavuz K, Ertem A. Türk Toplumunda Kadının Statüsüne Genel Bir Bakış. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2021;(1):69-82. https://doi.org/10.35375/sayod.906552
25. Kadir MM, et al. Do mothers-in-law matter? Family dynamics and fertility decision-making in urban squatter settlements of Karachi, Pakistan. Journal of biosocial science. 2003;35(4):545-558. https://doi.org/10.1017/S0021932003005984.
26. Char A, Saavala M, Kulmala T. Influence of mothers-in-law on young couples' family planning decisions in rural India. Reproductive health matters. 2010;18(35):154-162. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)35497-8
27. Reilly PR. Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907-2015. Annu Rev Genomics Hum Genet. 2015;16:351-368. https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930
28. Alhusen JL, et al. Intimate partner violence, reproductive coercion, and unintended pregnancy in women with disabilities. Disabil Health J. 2020;13(2):100849. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100849
29. Grace KT, et al. Reproductive coercion in college health clinic patients: Risk factors, care seeking and perpetration. J Adv Nurs. 2023;79(4):1464-1475. https://doi.org/10.1111/jan.15207
30. Sarıgöl P. Kesişimsellik teorisi ve farklılıkların feminizmi. Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi. 2020;3(6):331-352. https://doi.org/10.35235/uicd.715735
31. Patel P. Forced sterilization of women as discrimination. Public Health Rev. 2017;38:15. https://doi.org/10.1186/s40985-017-0060-9
32. Nguyen A. Challenges for women with disabilities accessing reproductive health care around the world: a scoping review. Sexuality and Disability. 2020;38(3):371-388. https://doi.org/10.1007/s11195-020-09630-7
33. Reina AS, Lohman BJ, Maldonado MM. "He said they'd deport me": factors influencing domestic violence help-seeking practices among Latina immigrants. J Interpers Violence. 2014;29(4):593-615. https://doi.org/10.1177/0886260513505214
34. Kim TY, Dagher RK, Chen J. Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence From a National Sample of U.S. Women. Am J Prev Med. 2016;50(4):427-435. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.027
35. Swiatlo AD, Kahn NF, Halpern CT. Intimate partner violence perpetration and victimization among young adult sexual minorities. Perspectives on sexual and reproductive health. 2020;52(2):97-105. https://doi.org/10.1363/psrh.12138.
36. Bender AK, Lauritsen JL. Violent Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Populations in the United States: Findings From the National Crime Victimization Survey, 2017-2018. Am J Public Health. 2021;111(2):318-326. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.306017
37. Lévesque S, Rousseau C, Dumerchat M. Influence of the Relational Context on Reproductive Coercion and the Associated Consequences. Violence Against Women. 2021;27(6-7):828-850. https://doi.org/10.1177/1077801220917454
38. European Disability Forum. Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union. 2022. Available from: https://www.edf-feph.org. Accessed: 30 November 2024.
39. Women's Media Center. (2022). The fight to end forced sterilization of disabled women and girls in Europe. Available from:https://www.womensmediacenter.com. Accessed: 30 November 2024.
40. Graham M, et al. Re-defining reproductive coercion using a socio-ecological lens: a scoping review. BMC Public Health. 2023 Jul 17;23(1):1371. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16281-8.

Derleme - Review

The Development of Pain Management (Algology) in Türkiye and Worldwide*

Türkiye ve Dünyada Ağrı Yönetiminin (Algoloji) Gelişimi

Şebnem Rumeli[i], Mesut Bakır[ii]

[i]Prof., Mersin University Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology and Reanimation, Division of Algology
https://orcid.org/0000-0002-7042-6934

[ii]Assoc.Prof., Mersin University Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology and Reanimation, Division of Algology,
https://orcid.org/0000-0002-3627-3882

ABSTRACT

Pain management, or algology, has developed significantly over the years, evolving from a basic understanding of pain to a specialized field of medicine. Historically, pain was attributed to supernatural causes, but advancements in anatomy, physiology, and neuroscience laid the groundwork for modern pain medicine. A pivotal moment came in the 1960s with the Gate Control Theory, which reshaped the understanding of pain perception. This period also saw the establishment of global organizations like the International Association for the Study of Pain (IASP) and the World Institute of Pain (WIP), promoting research, education, and certifications such as FIPP and EDPM.

Globally, pain management became a recognized medical subspecialty in the late 20th century, with countries like the United States and Europe creating certification systems and multidisciplinary training programs. These efforts standardized pain care and emphasized a holistic approach, integrating pharmacological, psychological, and physical therapy interventions.

In Türkiye, the term "algology" reflects its distinct recognition of pain as a specialized field. Algology was officially recognized as a medical subspecialty in 2011, with structured training programs established shortly after. Today, Turkey has over 400 certified algologists trained in centers equipped to provide both interventional and multidisciplinary care.

The development of pain management worldwide and in Turkey underscores a shared commitment to improving patient care. With ongoing advancements, the field continues to evolve, aiming for broader accessibility and more innovative, patient-centered treatments.

Keywords: Historical evolution, Pain history, Pain management

ÖZ

Ağrı yönetimi ya da algoloji, yıllar içinde temel bir ağrı anlayışından tıbbi bir uzmanlık alanına dönüşerek önemli ölçüde gelişmiştir. Tarihsel olarak ağrı, doğaüstü nedenlere atfedilmiş olsa da anatomi, fizyoloji ve sinir bilimi alanlarındaki ilerlemeler modern ağrı tıbbının temellerini atmıştır. 1960'larda Melzack ve Wall tarafından geliştirilen Kapı Kontrol Teorisi (Gate Control Theory), ağrı algısının anlaşılmasında dönüm noktası olmuştur. Bu dönem, aynı zamanda Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) ve Dünya Ağrı Enstitüsü (WIP) gibi küresel organizasyonların kurulmasıyla, araştırma, eğitim ve FIPP ile EDPM gibi sertifikasyon süreçlerinin teşvik edildiği bir dönemdir.

Küresel olarak, ağrı yönetimi 20. yüzyılın sonlarında tanınmış bir tıbbi yan dal haline gelmiş, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa gibi ülkelerde sertifikasyon sistemleri ve multidisipliner eğitim programları oluşturulmuştur. Bu çabalar, ağrı tedavisinde standartlaşmayı sağlamış ve farmakolojik, psikolojik ve fizik tedavi müdahalelerini içeren bütüncül bir yaklaşımı vurgulamıştır.

Türkiye'de ise "algoloji" terimi, ağrının özel bir alan olarak tanınmasını yansıtmaktadır. Algoloji, 2011 yılında tıbbi bir yan dal olarak resmen tanınmış ve hemen ardından yapılandırılmış eğitim programları oluşturulmuştur. Günümüzde, Türkiye'de 400'ün üzerinde algolog, girişimsel ve multidisipliner tedavi sunan merkezlerde eğitim almıştır.

Dünyada ve Türkiye'de ağrı yönetiminin gelişimi, hasta bakımını iyileştirme konusundaki ortak bir taahhüdü ortaya koymaktadır. Sürekli ilerlemelerle birlikte bu alan, daha geniş erişilebilirlik ve yenilikçi, hasta odaklı tedaviler sunma yönünde gelişimini sürdürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı tarihi, Ağrı yönetimi, Tarihsel evrim

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025:15(2):471-475
DOI: 10.31020/mutftd.1600509
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 13 December 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 04 February 2025
İletişim - Correspondence Author: Mesut Bakır <mesutbakir@gmail.com>
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

Pain, as a human experience, has been both a source of suffering and an important indicator of disease throughout history. The formalization of pain management (algology) as a medical specialty, however, is a relatively recent development. This paper explores the historical background and growth of pain management, focusing on its development in Turkey and around the world. We will highlight the pivotal role of key figures like Prof. Dr. Serdar Erdine, the establishment of organizations such as the Turkish Algology-Pain Society, the evolution of pain education, and the significance of global certification processes like the Fellow of Interventional Pain Practice (FIPP) and the European Pain Federation Diploma (EDPM).

The terminology used for pain medicine varies across countries, reflecting both linguistic preferences and historical developments. In countries Greece and Turkey, the term '*ALGOLOGY*' is commonly used, derived from the Greek word "algos," meaning pain. This terminology emphasizes the study and treatment of pain as a distinct branch of medicine in Turkey since 2011. In contrast, many other countries, such as the United States, United Kingdom, and across Europe, use the term 'pain management', 'pain specialist' or 'pain medicine' to describe this specialty. These terms are intended for use by those who manage pain within different specialties due to the multidisciplinary approach to pain. Although differences in terminology vary according to cultural and medical traditions as well as the structure of the health sector in each country, the similarity in the approach to patients with pain worldwide is maintained by meetings where different disciplines come together.[1]

International Development of Pain Medicine

Early History and Global Milestones

Pain management has been practiced in various forms for thousands of years, but it wasn't until the 20th century that it began to emerge as a distinct medical discipline.[2] Ancient civilizations attributed pain to supernatural causes, but with advances in anatomy, physiology, and neurology, pain began to be understood as a complex physiological and psychological experience.[3]

The formalization of pain medicine as a field began in the 1960s.[4] The development of the Gate Control Theory of Pain by Ronald Melzack and Patrick Wall in 1965 revolutionized the understanding of how pain signals are processed in the nervous system. This theory laid the foundation for modern pain management approaches and highlighted the importance of both physical and psychological factors in pain perception.[5]

The establishment of the International Association for the Study of Pain (IASP) in 1973 marked a turning point in the global recognition of pain medicine as a specialty. The IASP brought together professionals from different fields, including anesthesiology, neurology, psychology, and physical medicine, to create a multidisciplinary approach to pain management. The IASP's efforts in research, education, and advocacy have been instrumental in advancing the understanding and treatment of pain worldwide.[6]

The World Institute of Pain (WIP), has played a key role in advancing pain management on the international stage. The WIP focuses on interventional pain techniques, promoting education and standardization through the Fellow of Interventional Pain Practice (FIPP) certification. The FIPP examination is regarded as one of the highest certifications in the field of interventional pain management, testing physicians on their ability to perform advanced pain procedures with precision and safety.

Pain Medicine as a Subspecialty

The formal recognition of pain medicine as a subspecialty began in the United States with the American Board of Anesthesiology in 1991, when it was approved to certify physicians in pain management. The first

certification exams were held in 1993, and since then, pain medicine has expanded to include multiple specialties, such as neurology and rehabilitation medicine.[7]

In Europe, the European Pain Federation (EFIC) was established in 1993, playing a crucial role in promoting pain education and research. EFIC's European Diploma in Pain Medicine (EDPM) is a widely respected certification that ensures physicians across Europe have a standardized level of expertise in diagnosing and treating pain.

The Faculty of Pain Medicine (FPM) in Australia and New Zealand, founded in 1998 under the Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA), is another leading institution that oversees pain medicine training and certification. Its programs emphasize a multidisciplinary approach to pain management, covering acute, chronic, and cancer pain.[8]

Pain Education and Certification Worldwide

In addition to the FIPP certification, the European Pain Federation (EFIC) offers the European Diploma in Pain Medicine (EDPM). The EDPM is designed to standardize pain education across Europe and ensures that physicians meet a high standard of expertise in pain management. Similarly, the American Board of Pain Medicine (ABPM) offers certification in pain medicine, which complements other subspecialty certifications in anesthesiology, neurology, and rehabilitation medicine.[9]

These international certifications are critical in ensuring that pain management specialists are equipped with the latest knowledge and skills. They also provide a framework for ongoing professional development, enabling physicians to stay updated on emerging techniques and treatments in the field of pain medicine.

History of Pain Management in Turkey

The history of pain management in Turkey is largely defined by the work of Prof. Dr. Serdar Erdine (***Figure 1***), who founded the Turkish Algology-Pain Society in 1987.[10] Prof. Dr. Serdar Erdine also played an important role in the structuring of pain education as a scientific discipline in Turkey and in the processes of including our country in global certifications such as the Federation of Interventional Pain Practice (FIPP) and the European Diplomacy of Pain (EDPM).



Figure 1. Prof Serdar Erdine

By 2011, pain management was formally recognized as a medical subspecialty in Turkey (Division of Algology), with the first cohort of fellows completing their education in 2015. Turkey currently has over 400 certified pain physicians who have received their expertise through 31 centers across the country. These centers offer a two-year fellowship program that focuses on comprehensive pain management, including both interventional techniques and multidisciplinary approaches. Specialists who can receive Algology training are anesthesiology, neurology, and physical therapy specialists; it provides a comprehensive approach to pain management and allows for the integration of expertise from these three areas.

The first organization that envisioned pain management becoming a branch, the World Pain Institute (WIP), was founded in 1993 and Turkey took part in this organization. Since then, WIP has become one of the largest organizations that organize and develop pain management globally. With this development in Turkey, which is synchronized with the world, our physicians and related associations have begun to take more place in international pain management communities, join organizations and host various international congresses. With this development in Turkey, which is synchronized with the world, our algologists and related associations have begun to take more place in international pain management communities, join organizations and host various international congresses.

Since its establishment, the Turkish Algology-Pain Society continues to be an important institution that is effective in organizing national and regional meetings to improve pain management practices throughout Turkey, as well as structuring specialist training accreditations and competency exams. It also publishes the Journal of Pain, an important publication disseminating pain-related research. The Accreditation Board of the Turkish Algology issues a certificate of competence to clinics providing pain education. 13 programs providing education in Turkey have competency certificates. 4 of these programs have been re-accredited.

Pain Education in Turkey

In order to become a specialist physician (algologist) in pain management and treatment, the Ministry of Health introduced a 2-year education requirement in Turkey in 2011. A core education curriculum was created by a committee where the pain association was also represented. The features and education content that clinics that will provide education should have were determined in this curriculum. Every two years, these clinics are inspected by the Ministry of Health, the required qualifications are questioned and their education certificates are renewed. The education permits of clinics that do not meet the features are canceled.

The curriculum emphasizes both theoretical knowledge and practical experience, including advanced interventional techniques used for pain treatment such as nerve blocks, spinal injections, radiofrequency ablation, and spinal cord stimulation. The education also includes multidisciplinary approaches that integrate pharmacological treatment, physical therapy, and psychological support.

Conclusion

The development of pain management as a medical specialty has been a global journey, marked by the efforts of pioneers like Prof. Dr. Serdar Erdine and organizations like the IASP, WIP, and EFIC. In Turkey, the formal recognition of algology in 2011 and the establishment of comprehensive training programs have contributed to the growth of a skilled pain management workforce. Internationally, the establishment of certifications like the FIPP and EDPM ensures that pain specialists across the world are held to the highest standards of care.

As the field continues to evolve, the future of pain management will likely focus on integrating emerging technologies, refining interventional techniques, and ensuring that access to high-quality pain care is available to all patients, regardless of geographical location.

Acknowledgment

We extend our gratitude to Prof. Dr. Serdar Erdine for granting permission to use the photograph included in this work.

The authors declare that there is no conflict of interest. This study did not receive any financial support.

Author Contributions

Şebnem Rumeli: Idea/concept, design, supervision, interpretation, writing the article, critical review.

Mesut Bakır: Data collection and processing, interpretation, literature review, writing the article, critical review.

References

1. Burgess F. What Is in a Name? Pain Medicine 2006;7:287-8.
2. Pain Management History Time Line. [cited 05.12.2024] Available from: https://painmanagementcollaboratory.org/pain-management-history-timeline/.
3. Sabatowski R, et al. Pain treatment: a historical overview. Current Pharmaceutical Design 2004; 10:701-16.
4. Meldrum ML. A capsule history of pain management. JAMA 2003;290:2470-5.
5. Katz J, Rosenbloom BN. The golden anniversary of Melzack and Wall's gate control theory of pain: Celebrating 50 years of pain research and management. Pain Research & Management 2015;20:285-6.
6. Raja SN, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020;161:1976-82.
7. Owens WD, Abram SE. The Genesis of Pain Medicine as a Subspecialty in Anesthesiology. Journal of Anesthesia History 2020;6:13-6.
8. Shipton EA, et al. The faculty of pain medicine of the Australian and New Zealand college of anaesthetists - history and strategic plan. Pain Medicine (Malden, Mass) 2014;15:1992-5.
9. Naidu RK, et al. Interventional Spine and Pain Procedure Credentialing: Guidelines from the American Society of Pain & Neuroscience. Journal of Pain Research 2021;14:2777-91.
10. Prof. Dr. Serdar Erdine. [cited 28.01.2025] Available from: https://agritr.com/?s88/hekimlerimiz.

Araştırma Makalesi – Original Article

Doktor İhsan Sami (Garan) Bey'in 1911 Bursa Kolerasına Dair Tespitleri ve Yansımaları*

Dr. İhsan Sami (Garan) Bey's Detections and Reflections on the 1911 Bursa Cholera

Erol Karcı

Doç. Dr., İzmir Bakırçay Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Tarih Bölümü
https://orcid.org/0000-0003-3326-4283

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada 1911 kolera salgını sırasında Bursa'ya gönderilen Dr. İhsan Sami Bey'i tanıtmak ve raporunda yer alan iddialar ile bu iddialara karşı yapılan inceleme hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.
Yöntem: 1 Aralık 2024-3 Mart 2025 tarihleri arasında yapılan bu çalışmada tarih araştırmalarında kullanılan klasik yöntem kullanılmıştır. Bu çerçevede T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı bünyesindeki Osmanlı ve Cumhuriyet Arşivi'nin farklı tasniflerindeki belgelerden ve konuyla ilgili mevcut literatürden yararlanılmıştır.

Bulgular: Kolera Hindistan coğrafyasının yerli hastalığıdır. XIX. yüzyılda 6 büyük pandemi yapan kolera, Osmanlı Devleti'ndeki ilk salgınını 1822'de yapmıştır. Osmanlı idari teşkilatlanmasında Hüdavendigar Vilayetinin merkezi olan Bursa şehri de tarihsel süreç içerisinde kolera salgınlarına maruz kalmıştır. Bursa'da 1911 kolerası 27 Haziran'da başlamıştır. Salgın sırasında istilacı şekilde hüküm süren koleranın mahiyetini araştırmak ve sular hakkında bakteriyolojik incelemelerde bulunmak için bakteriyolog Dr. İhsan Sami Bey şehre gönderilmiştir. Onun tarafından kaleme alınan rapor koleranın bölgedeki etkisini artırmasına neden olabilecek önemli iddialara sahiptir. Merkezi hükümet bu iddiaları araştırmak için bölgeye Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey'i göndermiştir.

Sonuç: Bursa'da 1911 kolera salgınında 440 vaka görülmüş ve bunların 110'nu ölümle neticelenmiştir. Dr. İhsan Sami Bey'in raporunda yer alan valinin koleranın varlığına inanmaması, doktorları azarlaması, kordonlar, erzak dağıtımı, suların kirliliği, vaizlerin halka olumsuz telkinlerde bulunması, bazı doktorların kolera hastalarını hükümete haber vermemesi ve diğer iddialar oldukça önemlidir. Raporu dikkate alan merkezi hükümet bu iddiaları araştırması için Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey'i Bursa'ya göndermiştir. Bu tavır devletin kamu sağlığı konusundaki hassasiyetini göstermesi bakımından önemlidir. Ancak Ali Seydi Bey'in iddialara ilişkin yapmış olduğu yazışmalarda rapor ile çelişen cevaplar bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osmanlı Devleti, Hüdavendigar, Bursa, Kolera, Dr. İhsan Sami.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to introduce Dr. İhsan Sami Bey, who was sent to Bursa during the 1911 cholera epidemic, and to provide information about the allegations in his report and the investigation against these allegations.
Method: Conducted between 1 December 2024 and 3 March 2025, this study employed the classical method used in historical research. In this framework, the documents in different classifications of the Ottoman and Republican Archives of the Presidency of the Republic of Turkey State Archives Presidency and the existing literature on the subject were utilised.
Findings: Cholera is an indigenous disease of the Indian geography. Cholera, which had 6 major pandemics in the XIXth century, made its first outbreak in the Ottoman Empire in 1822. The city of Bursa, which was the centre of Hüdavendigar Vilayet in the Ottoman administrative organisation, was also exposed to cholera epidemics in the historical process. The 1911 cholera outbreak in Bursa started on 27 June. Bacteriologist Dr. İhsan Sami Bey was sent to the city to investigate the nature of cholera, which was invasive during the epidemic, and to make bacteriological examinations on the water. The report written by him made important claims that could cause cholera to increase its impact in the region. The central government sent Ali Seydi Bey, Inspector of Civil Administration, to the region to investigate these allegations.
Conclusion: In the 1911 cholera epidemic in Bursa, 440 cases were seen and 110 of them resulted in death. The allegations in Dr. İhsan Sami Bey's report, such as the governor's disbelief in the existence of cholera, his scolding of doctors, cordonons, distribution of rations, contamination of water, preachers making negative suggestions to the public, some doctors not informing the government about cholera patients and other allegations, are very important. Taking the report into consideration, the central government sent Mülkiye Inspector Ali Seydi Bey to Bursa to investigate these allegations. This attitude is important in terms of showing the state's sensitivity towards public health. However, Ali Seydi Bey's correspondence regarding the allegations contains answers that contradict the report.

Key Words: Ottoman Empire, Hüdavendigar, Bursa, Cholera, Dr. İhsan Sami.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2025;15(2):475-490
DOI: 10.31020/mutftd.1653091
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received:07 Mart 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 04 Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: Erol Karcı < ekarci06@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş: Dr. İhsan Sami (Garan) Bey'in Yaşamına ve Eserlerine Dair Birkaç Söz

Dr. İhsan Sami (Garan) Bey, 1882'de İstanbul'da doğmuştur. Babası subay Hasan Sami Bey'dir. İlk tahsilini Mekteb-i Edeb'te, orta tahsilini Soğukçeşme Askeri Rüştiyesinde, liseyi ise Kuleli Askeri İdadisinde tamamlamıştır.[1] Bazı kaynaklarda adı Hüseyin İhsan Sami olarak verilmektedir.[2] Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye'den, 1904'te sınıfının ikincisi olarak mezun olmuştur.[3] Mezuniyeti sonrasında Gülhane Hastanesi'nde stajını yapmış ve bakteriyoloji asistanı olarak çalışmıştır. Bir süre Erzincan Kötek'te Karantina doktorluğu yapmış daha sonra ise 9. Ordu Merkez Hastanesinde Bakteriyolog olarak çalışmıştır.[4] Beyrut Amerikan Mektebi Tıbbiyesi öğrencilerinin sınavlarını yapmak üzere Amerika sefareti tarafından talep edilen heyette Dr. Zeoros Paşa ve Süleyman Numan Bey ile görevlendirilmiştir (1906).[5]



Şekil. 1: Dr. İhsan Sami Garan (1882-1943).[1]

Dr. İhsan Sami Bey, 1911'deki kolera salgını sırasında İzmit, Samsun ve Bursa'da incelemeler yapmıştır.[1] Aynı yıl Bakteriyolojihane'de boş bulunan asistanlık kadrosuna atanmak için dilekçe ile müracaatta bulunmuştur. Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Nezaretinin, Dahiliye Nezaretine gönderdiği 4 Ocak 1911 tarihli yazıya göre bakteriyoloji alanındaki uzmanlığı Gülhane Seririyatı ile Tıp Fakültesinden verilen sertifikadan anlaşılan ve halen 4. Orduda tabip olarak görev yapan Yüzbaşı İhsan Sami Efendi'nin 700 kuruş maaşla Bakteriyolojihane'de boş bulunan asistanlık kadrosuna atanmasına karar verilmiştir.[3] Burada Dr. Refik (Güran) Bey'in yardımcılığını yapmıştır. Kemal Özbay'ın eserinde yer alan "…*Gözlüklü, sarışın, kibar munis bir zattı… Laboratuvarda pratik dersler verir, iyi ve sıhhatli bir Wasserman teamülü yapmanın önemini belirtirdi. Bu hususta dikkati kendisine haklı bir şöhret sağlamış, raporları emniyet ve itimada en layık dokümanter belge olarak kabul edilmekte bulunmuştu*" cümleleri Dr. İhsan Sami Bey'in Tıp Fakültesindeki muavinlik günlerine dair fikir vermektedir.[6]

Balkan Harbi sırasında Edirne, Dimetoka ve Marmara Ereğlisi Hastanelerinde bakteriyolog olarak görev yapan Dr. İhsan Sami Bey, 1913'te Bakteriyolojihane Aşılar Şubesi Müdürlüğü'ne getirilmiştir.[7,1] Bu esnada Bakteriyolojihane-i Osmani Müdürü olarak Dr. Paul-Louis Simond görev yapmaktaydı. Dr. Simond döneminde

Bakteriyolojihane'de aşı üretiminin göz ardı edildiği konusunda bazı eleştiriler vardır. Ancak, Dr. Simond'un tifo aşısı yanında kolera ve tifüs aşıları üzerinde de çalışmalar yaptığı bilinmektedir. Osmanlı Devleti'nde, o tarihte henüz üretilmeyen ve Fransa'dan temin edilen veba ve streptokok serumlarının dağıtımını da Bakteriyolojihane yapmaktaydı. Bakteriyolojihane, Balkan Savaşları sırasındaki kolera salgını sırasında önemli hizmetlerde bulundu. Bakteriyolojihane'de, kolerayla ilgili laboratuvar çalışmaları 1911'den 1913'e kadar aralıksız devam etti. Laboratuvarda hazırlanan tavşan serumu ile yapılan aglütinasyon testleri ile hastalığın ayırıcı tanısı yapılmaya çalışıldı. İstanbul'da Dr. Rafael Asseo ile Dr. İhsan Sami Bey tarafından yapılan ve Pasteur Enstitüsü'nde Dr. J. Ringenbach tarafından tekrarlanan incelemeler sonucunda kolera, bir 'Marmara suşu' (Vibrion Marmara) ile farklı iki İstanbul suşu (Vibrion A ve B) olarak tanınmıştır.[7]

Dr. Simond'un kontratının bitmesi üzerine Bakteriyolojihane-i Osmani Müdürlüğü'ne, Dr. Refik Bey getirilmiştir. Refik Bey, Serum ve Aşı Şubesi Müdürlüğüne Dr. Ziyaettin Seyfullah Bey'i tayin ettiği gibi Dr. İhsan Sami Bey'i de onun yardımcısı yapmıştır. Çanakkale Savaşları sırasında İstanbul'un İtilaf devletleri tarafından işgal edilmesi tehlikesi nedeniyle İhsan Sami Bey, bazı aletler ve malzemelerle Afyonkarahisar'a gönderilmiştir. Burada bir barakada yedek bir Bakteriyolojihane açılmıştır. Ancak tehlike ortadan kalkınca İhsan Sami Bey burayı kapatmış ve malzemeleri İstanbul'a nakletmiştir. Osmanlı Devleti'nin, 1917-1918 yılı Salnamesine göre Bakteriyolojihane-i Osmani Müdürlüğünde yine Dr. Refik Bey bulunmaktadır. Dr. İhsan Sami Bey ise şube müdürü olarak kurumdaki görevine devam etmektedir.[4]

Dr. İhsan Sami Bey, Mütareke'den sonra atandığı Erzurum Asker Hastanesi Bakteriyologluğu görevine gitmemiştir. Mesleki kariyeri tercih etmiş ve askerlik görevinden ayrılmıştır.[6] Tıp Fakültesi Bakteriyoloji Müderris Muavinliğinden ise 18 Ekim 1925'te istifa etmiştir.[8] Uzmanlığını geliştirmek ve bilgisini arttırmak için Paris Pasteur Enstitüsü'nde incelemeler yapmıştır (1926).[1] Sağlık Bakanlığı tarafından gönderildiği Paris'te, 6 ay kaldıktan sonra yurda dönmüştür. Bakteriyolojihane'deki resmi görevinden 1928'de ayrılmış ve özel laboratuvarında çalışmaya başlamıştır.[4] Uzun yıllar idare ettiği laboratuvarı, İstanbul'da, Divanyolun'daydı.[9] Bu laboratuvarda kendi üretimi ve ilk yerli öksürük şurubu olan *Dr. İhsan Sami Garan Öksürük Şurubu* ile *Gonokok* ve *Stafilokok* Aşısını çıkarmıştır. Tifo ve paratifo tedavisi alanında yaptığı çalışmalar sonucunda Tifo Aşısı, Anapiyojen Ampul ve Tifobil gibi ilaçları da ilk defa piyasaya sürmüştür. Ayrıca diğer mikrobik hastalıklar için de ilaçlar geliştirmiştir.[10,9]



Şekil. 2: Dr. İhsan Sami öksürük Şurubuna ait gazete reklamı.[31]



Şekil. 3: Dr. İhsan Sami Bakteriyoloji Laboratuvarına ait gazete reklamı.[32]

Dr. İhsan Sami Bey, 1930'da Paris Milletlerarası Mikrobiyoloji Kongresi'ne katılmıştır.[1] Osman Şerafettin Çelik, Osman Nurettin Onur ve Ragıp Refik Güran ile Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti'nin kurucuları arasında yer almıştır (1931).[11] Ayrıca Türk Tıp Encümeni ile Türk Hekimleri Dostluk ve Yardım Cemiyeti gibi derneklerin idare heyetinde de bulunmuştur.[9] Londra Milletlerarası Mikrobiyoloji Kongresi'ne katılmıştır(1936). Savaşlara katılmış olması nedeniyle 4. ve 3. derece Mecidiye Nişanı ile liyakat ve harp madalyalarına layık görülmüştür.[1]

Mustafa Kemal Atatürk'ün doktor heyetinde de yer alan Dr. İhsan Sami Bey[12] 16 Mart 1943'te vefat etmiştir. Son Posta Gazetesi'nde *"Dr. İhsan Sami Vefat Etti"* başlığıyla verilen haberde *"Doktor, bakteriyolog İhsan Sami Garan'ın dün akşam vefat ettiğini teessürle haber aldık. Kendisi bir aydan beri dimağı bir neziften rahatsızdı. Dört gün evvel iyileşmişken hastalık nüksetmiş, kurtarılması kabil olamamıştır. Merhuma rahmet diler, ailesine taziyelerimizi sunarız"* satırlarına yer verilmiştir.[13] Akşam Gazetesi'nin, 17 Mart tarihli sayısında yer alan ölüm ilanında ise cenazesinin 18 Mart Perşembe günü saat 11'de Belediye civarındaki Dizdariye Medresesi sokağındaki evinden kaldırılarak namazı Beyazıt camisinde kılındıktan sonra Merkez Efendi'deki aile kabristanına defnedileceği belirtilmiştir.[14] Kızı Cemile Garan tarafından anne ve babasının hatırasını yaşatmak için 2016'da İstanbul, Ümraniye'de *"Dr. İhsan Sami Garan ve Afife Garan Anaokulu"* isimli bir okul yaptırılmıştır.[12]



Dr. İhsan Sami vefat etti

Doktor, bakteriyolog İhsan Sami Garanın dün akşam vefat ettiğini teessürle haber aldık. Kendisi bir aydanberi dimağı bir neziften rahatsızdı. Dört gün evvel iyileşmişken hastalık nüksetmiş, kurtarılması kabil olamamıştır. Merhuma rahmet diler, ailesine taziyelerimizi sunarız.

Şekil. 4: Dr. İhsan Sami Bey'in vefat haberi.[13]



ÖLÜM

Eski Darülfünun tıp fakültesi bakteriyoloji müderris muavini ve bakteriyolojihane aşılar şubesi müdürü bakteriyolog

Dr. İhsan Sami Garan

vefat etmiştir.

Cenazesi 18 mart perşembe günü 11 de Belediye civarında Dizdariye medresesi sokağındaki evinden kaldırılarak namazı Bayezit camisinde kılındıktan sonra Merkezefendideki aile kabristanına defnedilecektir.

Allah rahmet eylesin.

Şekil. 5: Dr. İhsan Sami Bey'in ölüm ilanı.[14]

Dr. İhsan Sami Bey, uzun yıllar Çocuk Esirgeme Kurumu Eminönü Şubesi başkanlığı görevinde bulunmuştur. Görev süresi boyunca birçok başarılı hizmet yapmıştır. Fakir çocukların sığınacağı aşevi ve dispanser açtığı gibi kendi ismini taşıyan Dr. İhsan Sami Kütüphanesi'ni de kurmuştur.[1]

Bakteriyoloji alanında hazırladığı aşılar döneminin değerli ilaçları arasında yer alan Dr. İhsan Sami Bey, ilmi çalışmalara da önem vermiştir.[9] Mesleki nitelikli birçok eser kaleme almıştır. Bunlardan biri "*Balık Yağını Nasıl İçmelidir?"* isimli eseridir. 21 sayfalık küçük bir kitap niteliğindeki bu çalışma İstanbul'da, Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye Matbaasında 1909'da basılmıştır. Eserde balık yağının tarihçesi, lüzumu, çeşitleri, hazmı, içilme

zamanı, miktarı ve içilmesindeki zorluklar hakkında bilgiler verilmektedir.[15] Eserin bölümleri hakkında Ayşegül Demirhan Erdemir ayrıntılı bilgi vermiştir.[9] "*Frenginin Yeni Usûl İle Teşhisi Borde-Wassermann Teamül-i Maslisi"* isimli çalışması ise Fethi Erden tarafından kıymetli bir eser olarak nitelendirilmiştir.[1] Eser, İstanbul'da İkdam Matbaasında 1922'de basılmıştır. 95 sayfa olan eserin baş kısmında yer alan ve Bakteriyolojihane-i Osmani Müdürü Dr. Refik Bey tarafından kaleme alınan *"Takriz"* başlıklı tanıtım yazısında eserin Wassermann teamülü hakkında ayrıntılı bilgi edinmek isteyen doktorlar için faydalı bir çalışma olduğu belirtilmiştir.[16]

Dr. İhsan Sami Bey'in tespit ettiğimiz bir makalesi başyazarlığını Halide Edip (Adıvar) hanımın yaptığı Büyük Mecmua'da 1919'da yayınlanmıştır. Bir konferans metni olan bu yazı "*Türk Ocağı Konferanslarından: Veba-Taun"* başlıklıdır. Yazıda vebanın tarihçesi, sirayeti, insan bedenideki etkileri ve veba aşısının hazırlanışı gibi konular hakkında bilgiler verilmektedir.[17] İhsan Sami Bey, ayrıca *İstanbul Seririyatı Dergisi*'nde birçok ilmi makale yayınlamıştır. Kevser Topkar'ın doktora tezinin *EK D* başlığı altında sayfa numarası verilmeden listelenen makalelerin isimleri ile yayınlandıkları yıl, cilt ve sayı numaraları aşağıdaki tabloda verilmiştir.[18]

Tablo. 1: Dr. İhsan Sami Bey'in makaleleri[18]

Sene	Ay/Yıl	Cilt	Sayı	Sayfa	Makale Adı
1	Eylül 1335	1	5	97	Tedavi Notları
9	Mayıs 1927	Yok	1	1565	Tasfiye Edilmiş Difteri Serumu-Anti Toksin Difterik
9	Temmuz 1927	Yok	3	1641	Çiçek Aşısı İstihzarında Yeni Bir Muvaffakiyet: Neurovaccın
9	Ağustos 1927	Yok	4	1686	PH Hakkında Concentration en Ions Hydrogéne
9	Nisan 1928	Yok	12	1953	Anatoksin Difterik ve Difteri Aşısı
10	Mayıs 1928	Yok	1	1987	İnsanların Difteriye Karşı Anatoksin ile Aşılanması
12	Kasım 1930	Yok	7	3672	Beynelmilel Mikrobiyoloji Kongresi
17	Şubat 1935	Yok	2	56	Türk Mikroboloji Cemiyeti
17	Mart 1935	Yok	3	79	Türk Mikroboloji Cemiyeti

Amaç

Bu çalışmada 1911 yılında Bursa'da yaşanan kolera salgını sırasında bölgeye gönderilen bakteriyolog Dr. İhsan Sami Bey'i tanıttıktan sonra önemli iddiaları içeren raporu ve bu iddiaları incelemek için bölgeye gönderilen Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey'in incelemeleri hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Materyal ve Yöntem

1 Aralık 2024-3 Mart 2025 tarihleri arasında yapılan bu çalışmada kullanılan temel kaynak Osmanlı Arşivinin farklı tasniflerinde yer alan belgelerdir. Özellikle Dahiliye Nezareti Muhaberat-ı Umumiye İdaresi evrakından yoğun olarak yararlanılmıştır. Ayrıca Dahiliye İdare, Babıâli Evrak Odası belgeleri ile Cumhuriyet Arşivinden de istifade edilmiştir. Bunların yanı sıra döneme ait bazı resmi ve özel yayınlar ile genel sağlık literatürü de taranmıştır. Çalışmamızda tarih araştırmalarında kullanılan klasik yöntem kullanılmıştır.

Bulgular

Bursa'da Kolera Salgınları

Hindistan coğrafyasının yerli hastalığı sayılan ve tarihin her döneminde bu coğrafyadaki varlığını devam ettiren koleranın, XIX. yüzyıldan önceki tahribatına dair bilgilerimiz sınırlıdır. Akut başlangıçlı bulantısız kusma, karın ağrısız şiddetli ishal ve su kaybına bağlı olarak gelişen kolera, kısa sürede müdahale edilmediği takdirde

oldukça öldürücü olabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. İngiliz Doktor John Snow'un 1849'daki ve İtalyan anatomi uzmanı Filippo Pacini'nin 1854'teki çalışmalarından sonra Alman bakteriyoloji uzmanı Robert Koch, 1883'te koleranın etkeni olan *vibrio cholera* mikrobunu keşfetmiştir. Hastalığın yayılmasının en temel iki yolu kirli suların içilmesi ve hastalarla doğrudan temas edilmesidir.[19]

XIX. yüzyılda 6 büyük pandemi yapan koleranın başlama ve bitiş yıllarının 1817-1823, 1829-1851, 1852-1859, 1863-1879, 1881-1896 ve 1899-1923 olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte farklı yıl aralıklarını işaret eden araştırmacılar da vardır. Koleranın batıya ulaşmak için takip ettiği üç ana yol bulunmaktadır. Bunlardan ilki Hindistan'ın kuzeyi, Afganistan, İran ve Orta Asya üzerinden Rusya'ya ulaşan karayoludur. İkincisi Umman Denizi ve Basra Körfezi'nden geçerek Bağdat'a ulaşan deniz ve karayolu, üçüncüsü ise Hindistan'dan Kızıldeniz'e buradan da Mısır ve Akdeniz üzerinden Avrupa'ya ulaşan deniz yoludur.[20]

XIX. yüzyıl boyunca ticaret, göç, savaş ve hac gibi farklı nedenlerle Osmanlı topraklarına taşınan kolera demografik yapıda tahribata neden olduğu gibi ekonomik açıdan da önemli zararlara yol açmıştır.[21] Osmanlı Devleti'ndeki ilk kolera salgını 1822'de başlamıştır. Basra Körfezi üzerinden Bağdat yoluyla Anadolu ve Akdeniz sahillerine ulaşan hastalık 1823'te Urfa, Diyarbakır ve Halep'e yayılmıştır. İstanbul'u etkileyen ilk kolera salgını ise Haziran 1831'de başlamıştır.[22]

Osmanlı idari teşkilatında Hüdavendigar Vilayetinin merkezi olan Bursa[23]şehri, 1911 öncesinde de kolera salgınlarına tanıklık etmiştir. Bursa'da tespit edilen ilk kolera vakaları Nisan 1848'de Mihaliç (Karacabey) kazasında görülmüştür. Bu tarihten 1890'lı yıllara kadar Bursa'da kolera olup olmadığına dair bir bilgi yoktur. Ancak kolera bu yüzyılın sonlarına doğru Bursa'da bir kez daha kendisini göstermiş[24] ve 1894'te yeni bir salgına neden olmuştur. Bu salgında şehirdeki ilk vakalar 8 Eylül'de görülmüştür. Bunun üzerine 200 nefer geçici jandarma istihdam edilerek şehir kordon altına alınmıştır. Ayrıca gerekli tedbirleri alarak hastaların tedavileriyle ilgilenmek üzere İstanbul'dan 4 doktor gönderilmiştir.[25]

Şehirdeki kolera vakalarının artması üzerine 20 Eylül'de gerekli teftiş ve dezenfeksiyon işleri için Hıfzısıhha Umum Müfettişi Bonkowski Paşa görevlendirilmiştir.[26] Bonkowski Paşa'nın Bursa'ya gelmesinden sonra dezenfeksiyon işlemlerine önem verilmeye başlanmış, fakir fukaranın yiyecek ve içecek ihtiyaçları da belediye tarafından karşılanmıştır. Bütün gayretlere rağmen kolera salgını iki buçuk ay devam etmiştir. Salgın sırasında sadece 178 kişinin koleraya yakalanması, hastalıkla mücadele açısından önemli bir başarıdır. Hastalığa yakalananlardan 132'si hayatını kaybetmiştir.[25]

Kolera, Osmanlı topraklarında 1910-1913 yılları arasında da salgınlar yapmıştır. Bu dönemdeki salgın, 1899'da başlayan pandeminin bir parçasıdır. 1899'da Hindistan'dan dünyaya yayılan hastalık aynı yılın Ekim ayında Basra'ya sıçramış ancak yayılmamıştır. 1900'de Kalküta ve Bombay'da etkili olan kolera bütün Hindistan'a bulaşmıştır. Hastalık bir koldan Afganistan'a ve İran'a diğer koldan ise Burma ve Singapur'a yayılmıştır. 1902'de Hicaz ve Mekke'ye bulaşmıştır. Daha sonra ise bir yönden Yemen'e diğer yönden ise Mısır'a girmiştir. Sina yarımadasından, Filistin ve Suriye'ye sıçrayan kolera,1903'te Halep'e oradan da Anadolu'ya girmiştir. İran, Irak

ve Astrahan'da etkili olan kolera, 1904'te Bakü'ye varmıştır. Kafkaslara, Volga'ya ve Batı Sibirya'ya da sirayet eden hastalık 1905'te Ural, Volga ve Don nehirleri havzasında kalmıştır. 1907'de ise Volga havzasında yeniden etkili olmuştur. 1908'de Saint Petersburg ve Baltık limanları, Kafkaslar, Türkistan ve Sibirya'da görülmüş ve Rusya'ya yerleşmiştir. Kolera, şiddeti zaman zaman değişerek bu ülkede yıllarca hüküm sürmüş ve Avrupa Rusya'sında ancak 1926'da ortadan kalkmıştır.[28]

Rusya, kara ve deniz yollarıyla koleranın dünyaya yayılmasında etkili olmuştur. Öyle ki hastalık 1910'da Rusya'dan gelen bir gemi vasıtasıyla Güney Amerika'ya ulaşmıştır. Batı Avrupa'da tek tük vakalar halinde kalan hastalık, Orta ve Güney Avrupa'da ise tutunmuştur. Macaristan ve İtalya'ya 1909'da bulaşan kolera, Rus esirleri vasıtasıyla Avusturya'ya girmiştir. Hastalık, 1910'da ise Balkanlara sıçramıştır. Yukarıda ifade ettiğimiz gibi Osmanlı toprakları da bu pandemiden etkilenmiştir. Rusya üzerinde 1910 yılı yazında gelen kolera Osmanlı topraklarını istila etmeye başlamıştır. Erzurum'a, 15 Temmuz'da kara yoluyla Rusya'dan gelen yolcular tarafından taşınan hastalık kısa sürede yayılmıştır. Kolera, 29 Ağustos'ta Van'da, 31 Ağustos'ta Mamuret'ül-Aziz'in (Elazığ) bir köyünde ve 7 Aralık'ta Cizre'de ortaya çıkmıştır. Trabzon'a yine Rusya'dan ancak bu sefer deniz yoluyla taşınmıştır. Buradan önce Samsun'a daha sonra ise Amasya, Merzifon, Zile ve Tokat'a ulaşmıştır. 6 Kasım'da ise Sivas'a varmıştır. Kolera, 1 Eylül'de İstanbul'un Galata semtinde görülmüş ve şehre yayılmıştır. İstanbul'un işlek bir merkez olması hastalığın kısa sürede birçok yere taşınmasına etki etmiştir. Öyle ki kolera 2 Eylül'de Zonguldak'a, 17 Ekim'de Divriği'ye, 21 Ekim'de Edirne'ye, 3 Kasım'da İzmit'e ve 7 Kasım'da da Bursa'ya ulaşmıştır.[28]

Bursa'da, 7 Kasım'da hastalanarak Gureba Hastanesi'ne kaldırılan bir kişi kısa sürede hayatını kaybetmiştir. Yapılan otopside hastanın koleradan vefat ettiği anlaşılmış ve durum Bursa Sıhhiye Müfettişliğine bildirilmiştir. 9 Kasım'da ise İstanbul'dan, Bursa'ya gelen bir kişi hastalanmıştır. Vefat eden bu vatandaşın cesedinde yapılan bakteriyolojik incelemeler de ölümün kolera nedeniyle olduğunu ispatlamıştır. 12-24 Kasım tarihleri arasında Bursa'da ve çevresinde kolera vakaları görülmeye devam etmiştir. Hastalık özellikle Gemlik, İnegöl, Kirmasti, Eskişehir, Karahisar-ı Sahib ve Pazarköy'de kendisini göstermiştir. Bu dönemde kolera Bursa'nın da bağlı olduğu Hüdavendigar Vilayetinde 22 can kaybına neden olmuştur.[27] Hüdavendigar Vilayeti Sıhhiye Müfettişliğinin, 23 Ocak 1911 tarihli raporuna göre Bursa'daki kolera salgını sırasında hastalar Kolera Hastanesi'nin özel bir koğuşunda tecrit edilmiş ve koleranın görüldüğü meskenlerde fenni temizlik işlemleri yapılmıştır.[27]

Bursa'da 1911 Kolerası

Hüdavendigar Vilayetinde, 1911 yılının Ocak ayında ortadan kalkan kolera aynı yılın Mayıs ayında Osmanlı coğrafyasının farklı bir noktasında, Samsun'da yeniden ortaya çıkmış ve hızla yayılmaya başlamıştır. 19 Mayıs 1911'de İstanbul'da, İnebolu'dan gelen bir yolcunun kolera mikrobunu taşıdığı tespit edilmiştir. Bu sıralarda Samsun'dan ve Sivas'tan gelen askerler arasında da koleranın varlığı bilinmektedir. Nitekim Mayıs ayında 4 kolera hastası daha tespit edilmiştir. Haziran'da 7 vaka daha görülmüştür. Temmuz'da ise Kasımpaşa'da ve Tophane'de iki odak noktası oluşmuştur. Temmuz sonunda Hasköy'de büyük bir odak gelişmiştir. Hastalık, Büyükdere'ye yerleşmiş ve daha sonra şehrin her tarafına yayılmıştır. Kolera, 1911'de İstanbul dışında, Osmanlı topraklarının birçok yerinde görülmüştür. Sivas'ta 6 Haziran'da, Kütahya'da ve Basra'da 7 Haziran'da ortaya çıkan kolera, Bursa'da ise Haziran ayının sonunda kendisini göstermiştir.[28]

1911 kolera salgını Hüdavendigar Vilayetinde, Mayıs ayında Kütahya'da ortaya çıkmıştır. Vilayet sıhhiye müfettişliğinin raporuna göre hastalık vilayete ya İzmir'den gelmiş ya da manevralardan dönen askerlerin depolanan eşyaları vasıtasıyla bulaşmıştır. Kolera, Bursa'da ise 27 Haziran 1911'de Yeniyol'da, Hacı Ahmet

Ağa'nın hanında misafir olarak kalan ve Tavşanlı'dan gelen Halil bin Salim adındaki şahsın kolera belirtileri göstermesiyle başlamıştır. Şehirdeki ikinci vaka ise çiftçilik yapan ve barakalarda ikamet eden amelelerden birinde görülmüştür. 27 Haziran'dan, 24 Temmuz'a kadar geçen süre zarfında sadece 3 kolera vakası tespit edilmiştir.[27]

Bursa'dan, Dahiliye Nezaretine gönderilen 30 Ağustos 1911 tarihli telgraf şehirdeki kolera vukuatının arttığını, Gemlik'te de can kayıplarının görüldüğünü bildirmektedir.[29] Dahiliye Nezareti'nden, Hüdavendigar Vilayetine yazılan 19 Eylül tarihli yazıda ise kolera nedeniyle bölgeye gönderilen bakteriyolog İhsan Sami Bey'den alınan bilgilere yer verilmiştir. Buna göre hastalık Bursa'da etkisini kaybetmiştir. Şehirdeki doktor sayısı ihtiyaç duyulandan fazladır. Geçici olarak istihdam edilmiş olan doktorların hizmetlerine ihtiyaç kalmadığı takdirde hesaplarının kesilerek hazineye zarar verilmemesi istenilmiştir. Nezaret ayrıca bölgeye gönderilen kolera tahsisatından bu tarihe kadar yapılan harcamaları gösteren evrakın gönderilmesini de istemiştir.[29] Bursa'daki Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey tarafından, Dahiliye Nezaretine gönderilen 12 Ekim 1911 tarihli telgrafta ise Bursa ve çevresinde koleranın devam ettiği ve hastalığın özellikle Bursa merkezinde şiddetlendiği belirtilmektedir.[29] Bu bilgiler koleranın 1911 salgınında Bursa'da artış ve azalmalar gösteren dalgalı bir seyir takip ettiğini göstermektedir.

Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye tarafından 1912'de yayınlanan ve 1910-1911 kolera salgınlarına dair önemli bilgiler veren resmi kaynakta suların genellikle pis olmasının şehirde hastalığın gelişmesini ve yayılmasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Bununla birlikte vilayet sıhhiye müfettişinin raporunda vurguladığı üzere fenni nasihatlere güvenilmemesi de hastalığın kısa sürede çok sayıda can kaybına yol açmasına neden olmuştur.[27] Her iki bilgi de aşağıda yer vereceğimiz Dr. İhsan Sami Bey'in raporunu destekler mahiyettedir.

Aynı kaynakta Bursa Sıhhiye Müfettişi Mehmet Celalettin Bey tarafından gönderilen rapora da değinilmiştir. Bu raporda hastalığa karşı oluşturulan kordonların faydaları hakkında değerlendirmeler bulunmaktadır. Celalettin Bey'e göre vilayet dahilinde nerede kordon kurulmuşsa hastalığın etkisi orada sınırlandırılmıştır. Hatta buna örnek olarak da Söğüt Kasabası gösterilmektedir.[22] Bu bilgi vilayetin geneline dair doğru bir tespit olabilir. Ancak Dr. İhsan Sami Bey raporunda Bursa'da kordon teşkili konusundaki hatalara ve belki de hastalığın yayılmasına yol açtığına değinilmektedir.

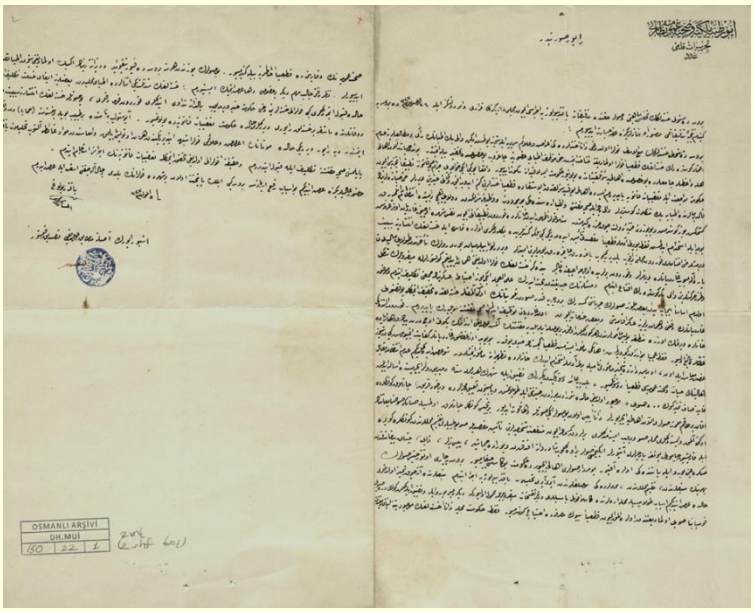
Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye tarafından yayınlanan esere göre Bursa şehrinde 1911 yılındaki kolera salgını sırasında gerekli bütün sıhhi tedbirler alınmış ve fenni uygulamalar yapılmıştır. Sıhhiye müfettişliğinin ayrıntılı raporuna göre 100 bin nüfus ve 214 mahalleden oluşan Bursa'da, kolera ilk görüldüğü mevkiden sonra diğer yerlerde münferit şekilde kendisini göstermiştir. Bursa'nın en yüksek ve rutubeti az bir mevki olan Hisar mahallesinde hastaların haber verilmemesi nedeniyle kolera şiddetli bir şekilde hüküm sürmüştür. Tatar, Molla Arap, Davut Dede, Küçük Namazgah, Hisarlık mahallelerinde ise lağımların açıktan akması ve birkaç derenin sularının kirli olması hastalığın şiddetle hüküm sürmesine neden olmuştur. Kolera, şehrin diğer mahallerinde ise kendisini nadiren göstermiştir. 1911 kolera salgınında Hüdavendigar Vilayetinin genelinde 2542 kolera vakası görülmüş ve bunların 1390'nı vefatla neticelenmiştir. Vilayetin merkezi konumundaki Bursa şehrinde ise 440 kolera vakası görülmüş ve bunlardan 104'ü hayatını kaybetmiştir. Vilayetin diğer yerleşim birimlerinde görülen kolera vaka ve ölü sayıları ise aşağıdaki tabloda verilmiştir.[27]

Tablo. 2: 1911 Kolera salgınında Hüdavendigar Vilayetinde vaka ve ölü sayıları[27]

1911 Kolera Salgınında Hüdavendigar Vilayeti		
Yerleşim Yeri	**Vaka Sayısı**	**Ölü Sayısı**
Bursa şehri	**440**	**104**
Mudanya Kasabası	12	8
Pazarköy	175	63
Mihaliç	390	205
Gemlik	18	14
Atranos (Orhaneli)	5	4
Kirmasti (Mustafakemalpaşa)	47	28
Bilecik	169	95
İnegöl	266	180
Yenişehir	62	32
Kütahya Kasabası	62	6
Eskişehir	196	172
Gediz	34	28
Karahisar Kasabası	118	96
Sandıklı	116	89
Dinar	103	45
Uşak	259	173
Bozüyük	70	58
Toplam	**2542**	**1390**

Doktor İhsan Sami (Garan) Bey'in 1911 Bursa Kolerasına Dair Tespitleri

Bursa'da, 1911'de meydana gelen kolera salgınına dair önemli bilgiler veren bir kaynak Dr. İhsan Sami Bey'in raporudur. İhsan Sami Bey, 18 Eylül 1911 tarihli raporunda Bursa'da istilacı şekilde hüküm süren koleranın mahiyetini araştırmak ve sular hakkında bakteriyolojik incelemelerde bulunmak için Meclis kararıyla 8 Eylül'de Bursa'ya gittiğini belirtmektedir. İncelemeleri sonucunda Bursa'daki hastalığın kolera olduğu hastalardaki belirtiler ile şüpheye yer kalmayacak şekilde ortaya çıkmışken, valinin doktorların görüşlerine güvenmeyerek hastalığın kolera olmadığına inandığını hatta görevli doktorları huzuruna çağırarak aşağıladığını da belirtmektedir. Raporda yer verilen dikkat çekici diğer bir bilgi ise bundan cesaret alan halkın özellikle de vaizlerin, bu konuda camilerde halka olumsuz düşünceler aşıladığıdır. Hükümet ise bu durum karşısında sessiz kalmıştır.[30]



Şekil. 6: Dr. İhsan Sami Bey'in raporu.[30]

Dr. İhsan Sami Bey, bu şekilde davranan iki hocanın Ceraim-i Sıhhiye Kanununa uygun şekilde cezalandırılması için hükümete müracaat ederek kanuni takibat yaptırdıysa da halkın bu kayıtsızlıktan yararlanarak hastalarını gizlediklerini, sadece vefat olaylarını haber verdiklerini hatta cenazelerin kaldırılması sırasında dahi doktorlara zorluk çıkardıklarını belirtmektedir. Vali ile sıhhiye müfettişi ve doktorlar arasındaki soğukluk nedeniyle bütün işlerde düzen bozulmuş, karışıklık çıkmış ve bu nedenle devlet hazinesi zarara uğramıştır. Örneğin koleranın görüldüğü hanelerde kordon uygulaması için onar kuruş yevmiye ile üç yüz gardiyan istihdam edilmiştir. Ancak bölgenin yerel halkından olan bu adamlar maksadı temin edemedikleri gibi belki de nöbet bekledikleri evlerle temas ederek hastalığın yayılmasına neden olmuşlardır. Hatta bu görevliler akşamları kordon yerlerini bırakarak belediyeye gelip bağırıp çağırmışlar ve yevmiyelerini istemişlerdir. Bir türlü yapılamayan bordroların gecikmesi nedeniyle de maliyeden para alınıp gardiyanlara verilememiş ve kordon yerleri açıkta kalmıştır.[30]

Dr. İhsan Sami Bey, raporunda hastalığın kolera olduğu konusunda vali beyi nasıl ikna ettiğine dair bilgi de vermektedir. Buna göre yaptığı kültürlerle mikropların şekil ve hareket tarzlarını vali beye göstermiş ve kendisini ikna etmiştir. Ayrıca konunun ciddiyetinden de bahsederek iki yüz ihtiyat askerinin toplanmasını teklif etmiş ve bu konuda da başarılı olmuştur. Bununla birlikte bazı pis suların akışını keserek kirlenmenin önünü bir dereceye kadar da olsa almış, hastalığı hafifletmiş, vazifelerini layıkıyla yerine getirmeyen gardiyanların defedilerek yerlerine asker konulmasını ve bazı hizmetler için on gardiyanın görevlendirilmesini de sıhhiye müfettişi vasıtasıyla sağlamıştır.[30]

Dr. İhsan Sami Bey'in raporunda belirttiği diğer bir olumsuz durum erzak dağıtımına ilişkindir. Buna göre kordon altındaki hanelere verilmek için mıntıka polis memurlarından gelen pusulayla, belediye müfettişinin almış olduğu erzakın toplamı üç dört bin kuruşu hatta daha fazla bir miktarı bulmaktadır. Ancak bu erzakın kimlere verildiği konusunda kimsenin bilgisi bulunmamaktadır. Ayrıca günlük 10 kuruş yevmiye verilen gardiyanlar yetmiyormuş gibi 400 kuruş maaşla 10-15 kişi tebhir memuru olarak istihdam edilmiş ve evleri dezenfekte etmekle görevlendirilmişlerdir.[30]

Dr. İhsan Sami Bey, raporunda bu düzensizliklerle halkın sağlığının düşünülmediğini vurgulamış ve şehrin içme sularına dair bilgiler de vermiştir. Buna göre belediyeye ait olan ve süzgeçten geçerek şehrin her mahallesine demir borularla taşınan temiz Gökdere suyu mevcutken tamamen açıktan veya kırık, çatlak künklerden akan birtakım pis sular halka içirilmektedir. Raporda, zaten pis olan bu suların iki şekilde daha kirletildiğine dikkat çekilmiştir. Bunlardan ilki künkler çatlak olduğundan su israfını önlemek ve istedikleri yere su verip, istemedikleri yerlerden suyu kesmek için su yolcularının künklere dağıtım yerlerinden gübre ile karışık çamurlu yonga parçaları atmasıdır. İkincisi ise suların bir eve gelip burada kap, çanak, çamaşır ve pis yerler yıkandıktan sonra aynı boru ile yandaki evlere akmasıdır. Halk bu pis suları içmekte ve hükümet de buna ses çıkarmamaktadır.[30]

Dr. İhsan Sami Bey, raporunun devamında Bursa'ya akan 30 çeşit suyun kaynaklarından, dağıtım yerlerinden ve mahallelerdeki musluklardan ayrı ayrı örnekler alarak bakteriyolojik tahliller yaptığını da belirtmiştir. Bu sular kaynaklarında az çok temiz oldukları halde belirtilen sebeplerden dolayı mahalle aralarında koli basili ve diğer mikroplarla kirlenmektedir. Demir boru ve tazyik ile gelen Gökdere suyu kumpanya suyu değildir. Bu nedenle suyu evlere almak büyük bir masraf gerektirmemektedir. Ancak mahalli hükümet hastalığın varlığına dahi inanmadığından halkın sağlığının korunmasını da aklına getirmemektedir. Bu sular nedeniyle Bursa'da her yıl tifo ve dizanteri vakalarının görüldüğü de bölgedeki doktorlar tarafından belirtilmektedir.[30]

Dr. İhsan Sami Bey, raporunun son kısmında vahim bazı iddialara da yer vermiştir. Bu iddialar arasında hastalığın şiddetlendiği günlerde mahalli doktorlardan bazılarına görev teklif edildiği halde doktorların görevi kabul etmedikleri, kolera hastalarını hükümete haber vermeyip bizzat tedavi ettikleri, kordon oluşturmadıkları

ve bu nedenle hastalığın yayılmasına neden oldukları bulunmaktadır. Doktorlar ayrıca vefatlar için başka hastalıklara dair raporlar vermekte ve hükümet de bu uygulamalar karşısında kanuni takibat yapmamaktadır.[30]

Dr. İhsan Sami Bey'in belirttiğine göre Apostolidi adındaki bir doktor böyle bir hastasına "hummadan vefat etmiştir" şeklinde rapor vermiştir. Ancak cesette kolera alametleri görüldüğünden sıhhiye müfettişinden hemen otopsi ve bakteriyolojik tahliller yapılmasını istemiştir. Tahliller sonucunda ölümün kolera nedeniyle meydana geldiği anlaşılmış ve hemen kanuni işlem yapılması istenmiştir. Dr. İhsan Sami Bey, raporunun son satırlarında belirtmiş olduğu sebepler ortadan kaldırılmazsa Bursa gibi devlete başkentlik yapmış bir şehirde koleranın yerleşik bir hal alacağını da üzülerek belirtmiştir.[30]

Dr. İhsan Sami Bey'in Raporunun Yansımaları

Dr. İhsan Sami Bey'in raporu sonrasında Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Nezareti, Dahiliye Nezareti'ne 30 Eylül 1911 tarihli yazısı ile bilgi vermiştir. Bu yazıda Dr. İhsan Sami Bey'in raporunun içeriğine yer verildiği gibi sonrasında atılan adımlara da değinilmiştir. Buna göre raporda belirtilen hususlar dikkat çekicidir. Bu nedenle Hüdavendigar Vilayetinden iddialara ilişkin açıklama istenilmiştir. Ayrıca belirtilen tarihe kadar verilmiş olan kolera tahsisatının nasıl harcandığına dair onaylı bir harcama cetveli ile konuya ilişkin evrakların hemen gönderilmesi de talep edilmiştir. Raporda yer alan iddiaların araştırılması için ise Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey bölgeye gönderilmiştir.[30]

Hüdavendigar Vilayeti, Dahiliye Nezaretine gönderdiği 3 Ekim 1911 tarihli yazısında özetle hastalık henüz sona ermediği için istenilen kesin hesap evrakının hazırlanmasının mümkün olmadığını belirtmiştir. Bu arada bölgeye gönderilen Müfettiş Ali Seydi Bey, raporda belirtilen iddialara dair inceleme başlatmış, ilgili kişi ve kurumlardan bilgi talep etmiştir. Onun mührünü taşıyan ve Hüdavendigar Vilayetine gönderilen 8 Ekim 1911 tarihli yazıda Bursa'da koleranın şiddetlendiği dönemde mahalli doktorlardan bazılarının kolera hastalarını hükümete haber vermeden bizzat tedavi ettikleri, bu nedenle kordon oluşturulamayarak hastalığın yayılmasına neden oldukları ve kolera nedeniyle vefat eden hastalara başka bir hastalığa dair rapor verdiklerine dair ihbarda bulunulduğu belirtilmiştir. Ayrıca konuya ilişkin bilgi ve bu gibi bir icraata cesaret etmiş doktor varsa kimlikleri ile haklarında yapıldığına şüphe edilmeyen kanuni takibatın sonucunun bildirilmesi de istenilmiştir. Aralarında Umur-ı Sıhhiye Komisyonu Reisi, Belediye Reisi ile hastane tabiplerinin bulunduğu altı kişilik bir komisyon tarafından mühürlenen cevabi yazı dikkat çekicidir. Bu yazıda kolera nedeniyle vefat ettikleri daha önce sağlık heyetinin otopsisi ile ispatlanmış olan iki kişinin muayene ve tedavilerini gizleyerek hastalığın yayılmasına çalışan Doktor Yannakidis ve Apostolidi Efendilerin, Ceraim-i Sıhhiye Kanununa göre cezalandırılmaları hakkında sıhhiye komisyonu tarafından bir rapor hazırlandığı ve Hüdavendigar Vilayeti ile adli makamlara arz edildiği belirtilmiştir.[30]

Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey, bölgedeki sıhhiye komisyonu başkanlığına gönderdiği 8 Ekim 1911 tarihli yazısında ise yıl içerisinde Bursa'da meydana gelen kolera nedeniyle istihdamı mecbur olan belediye doktorları ile geçici olarak dışarıdan görevlendirilen doktorların isimleri ve her birine kaçar kuruş maaş verildiğinin bildirilmesini istemiştir. Komisyon cevabi yazısında Bursa ve çevresinde görülen kolera hastalığı hakkında gerekli tedbirlerin alınması için İstanbul'dan gönderilen doktorlardan Burhanettin Bey ile Yani Vasil Efendiye ikişer bin, Şerafettin ve Şükrü Fazıl Bey ile Hıranet, Serkis ve Markado Efendilere bin beşer yüz, üç tebhir memuruna ise altışar yüz kuruş maaş tahsis edildiğini belirtmiştir. Bu doktorlardan birkaçı Bursa'da istihdam edildikleri gibi Meclis-i Tıbbiye-i Mülkiyenin, 22 Haziran 1911 tarihli telgrafında hastalık sırasında belediye doktorlarının zaruri masraflarına yardımcı olmak üzere günlük birer mecidiye ve bunlara eklenecek diğer yerli doktorlara da günlük altışar kuruş verilmesi bildirildiğinden buradan Kaklık İstasyonu Karantinahanesine 1500 kuruş maaşla Doktor İstrati ile Bursa'ya yine 1500 kuruş maaşla Doktor Şefik Bey, Doktor Dozakliyan ve Doktor Nikolof Efendilerin tayin edildiği de ifade edilmiştir. Bunların yanı sıra Belediye baştabibi Bedros Efendi ile,

Tabib-i Sani Necmettin Bey ve Kolera Pavyonu Doktoru Yusuf İzzettin Bey'e de günlük birer mecidiye verildiği bildirilmiştir.[30]

Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey'in mührüyle Polis Müdüriyetine gönderilen, 8 Ekim 1911 tarihli yazıda Bursa'daki kolera salgının başlangıcında bazı vaizlerin camilerde ve birtakım kimselerin de etrafta sıhhi tedbirler hakkında halka kötü telkinlerde bulunduklarının ihbar edildiği belirtilmiştir. Yazının devamında böyle bir durumdan kolluk kuvvetlerinin bilgisinin olup olmadığı ve bu ihbar doğru ise hangi vaizlerin hangi camilerde bu gibi telkinlerde bulunduğunun bildirilmesi istenilmiştir. Aynı tarihli cevabi yazıda Ramazan-ı Şerif münasebetiyle Bursa Ulu Cami'de halka vaaz ve nasihat vermek için kürsüye çıkan hocalardan Hacı Ali Efendi'nin vaazı sırasında kolera hastalığının bulaşıcı olmadığını iddia ettiği gibi cahil doktorlar tarafından Müslümanlara ait cenazelerin yıkanmadan defnedildiği hatta yakıldığını söylediği de belirtilmiştir. Konunun 4 Eylül 1911'de Hüdavendigar Vilayetine bildirildiği de belirtilerek, Hacı Ali Efendi hakkında hazırlanan soruşturma evrakının Adliyeye gönderildiği ve beş gün tutuklu kaldıktan sonra tahliye edildiği de ifade edilmiştir. 7 Eylül 1911 günü ise Doktor Nikolof Efendinin muayene ettiği Molla Arap Mahallesinden kolera hastası bir şahsın evinden çıkması üzerine doktor tarafından uyarıldığı ve bu sırada mahallenin imamı olan Ali Efendi'nin, "Ümmeti Muhammed'i beyhude yere kapatıyorsunuz" şeklinde bir söz söylediği doktor tarafından şifahen bildirilmiştir. Konuya dair hazırlanan evrak 9 Eylül'de Sıhhiye Müfettişliğine gönderilmiştir.[30]

Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey, Hüdavendigar Vilayeti Sıhhiye Komisyonu Riyasetine 8 Ekim 1911'de farklı iddialara dair sorular içeren yazılar göndermiştir. Bu yazıların ilkinde Bursa'da koleranın görüldüğü sırada halkın cenazelerini sıhhi şartlara uygun olarak kaldırma konusunda doktorlara zorluk çıkardığının ihbar edildiği bildirilmekte ve böyle bir durum meydana gelmişse bu konuda hükümetin gerekli tedbirleri alıp almadığının bildirilmesi istenmektedir. Komisyon tarafından gönderilen cevabi yazıda koleranın hüküm sürdüğü dönemde cenazelerin fenni şartlara uygun olarak defnedilmesi konusunda görevli memurlara ve sağlık personeline halk tarafından hiçbir zorluk çıkarılmadığı belirtilmiştir. Komisyona gönderilen ikinci yazıda kolera salgının başlangıcında sağlık heyeti ile vilayet arasında fikir ayrılıklarının görüldüğü ve bu nedenle sağlık işlerinde karışıklıklar meydana geldiğine dair ihbarda bulunulduğu belirtilerek konuya dair bilgi verilmesi istenilmiştir. Verilen cevapta Bursa'daki kolera hastalığı sırasında sıhhiye komisyonu tarafından önem verilen fenni meselelere hükümetin elden geldiği kadar yardımcı olduğu ifade edilmiştir. Komisyona gönderilen üçüncü yazıda kolera nedeniyle kordon altına alınan evlere dağıtılan erzakın kimler marifetiyle verildiği, bunun için toplam kaç kuruş harcandığı ve bu konuda herhangi bir suistimal meydana gelip gelmediği sorulmuştur. Verilen cevapta mıntıkalara ayrılan doktorların tespitleri üzerine, aynı mıntıkadaki polis daireleri tarafından hazırlanan pusulaların belediye müfettişliğine gönderildiği ve müfettiş tarafından satın alınan erzakın çavuşlarla gardiyanlar tarafından dağıtıldığı belirtilmiştir. Ayrıca yapılan araştırma neticesinde herhangi bir suistimalin tespit edilmediği de ifade edilmiştir. Ancak 2 Kasım 1911 tarihli bir belge verilen cevabın yetersiz bulunduğunu göstermektedir. Bu nedenle erzak alımı ve dağıtımı için ne kadar para harcandığı ile suistimal olup olmadığına dair açıklamada bulunulması istenilmiştir. Bu hususlara dair verilen cevapta kordon altına alınmış olanlara verilen erzakın bedelinin on üç bin kuruş otuz paraya yakın olduğu belirtilmiştir. Bu meblağın 27 Haziran 1911'den 11 Ekim 1911 tarihine kadar olan bir masraf olduğu da ifade edilmiştir. Paranın satın alma ve dağıtım işiyle görevlendirilmiş olan belediye müfettişi Mustafa Efendi tarafından tutulan ve sıhhiye komisyonu tarafından tasdik edilen defterlere ve bordroya uygun olarak harcanmış olduğu ve bu konuda suistimal şüphesi hissedilmediği de ifade edilmiştir.[30]

Komisyona gönderilen dördüncü yazıda Bursa'da koleranın devam ettiği sırada halkın birçok nedenden dolayı kirlenmiş olan suları içmeye devam ettiği halde hükümetin buna engel olmadığının ihbar edildiği belirtilmekte ve bu konuda bilgi istenilmektedir. Cevabi yazıda hastalığın en çok kirlenmiş sular ile bulaştığının bilimsel olarak kanıtlanmış olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca gerek sıhhiye müfettişliği gerekse de sıhhiye komisyonu

kararıyla yayınlanmış olan beyannamede halka sadece demir borularla taşınan Gökdere suyunun içilmesi ve şayet diğer suların içilmesi gibi bir mecburiyet varsa bunların kaynatıldıktan sonra içilmesi gerektiği de belirtilmiştir. Yazıda daha önce İstanbul'dan gelen bakteriyoloğun yaptığı tahliller sonucunda Gökdere suyu dışındaki suların içilmesinin uygun olmadığının anlaşıldığı da vurgulanmıştır. Hatta hazırlanan rapor üzerine Vilayet İdare Meclisi ile Belediye Heyetinin gerek merkezde gerekse de Çekirge'de bulunan pis suları keserek bunların fenni vasıtalarla tamiri için projeler hazırladığı da ifade edilmiştir. Komisyona gönderilen beşinci yazıda kolera nedeniyle Bursa'da kaçar kuruş yevmiye ile kaç gardiyan istihdam edildiği, bunların yevmiyelerinin nasıl ödendiği ve bu gardiyanlardan istifade edilip edilmediği sorulmuştur. Cevabi yazıya göre Bursa'da koleranın başladığı Haziran ayından 25 Eylül'e kadar kordonlarda günlük ortalama kırk gardiyan istihdam olunmuştur. Gardiyanlardan altmışına yedişer yüz, tebhir memurlarına dörder yüz, başgardiyan ile müfettişe ise beşer yüz kuruş olmak üzere toplam 47598 kuruş 20 para verilmiştir. Bu meblağ kısmen sıhhiye senetleri kısmen de belediye marifetiyle ödenmiştir. Hazırlanan bordrolar sıhhiye komisyonu tarafından onaylandıktan sonra belediye marifetiyle dağıtılmıştır. Her gün polis merkezleri ve doktorlar tarafından yapılan teftişler sayesinde gardiyanların hareketleriyle intizamları mümkün olduğu kadar muhafaza edilmiştir. Yazıda ayrıca gardiyanların daha sonra kendilerinin on kuruş yevmiye ile hizmet edemeyeceklerini bildirmeleri üzerine yerlerine ihtiyat askerleri görevlendirildiği de belirtilmiştir. Belgeyi hazırlayan komisyon üyelerinden birinin düştüğü açıklayıcı not bu konu için önemlidir ve Dr. İhsan Sami Bey'in raporunda yer alan bir bilgi ile uyuşmaktadır. Bu açıklamada bir ara havalenin geç gelmesi nedeniyle gardiyanlara paralarının zamanında ödenemediği, bu nedenle grev yaptıkları ve geçici bir süre intizamın bozulduğu belirtilmiştir.[30]

Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey, Hüdavendigar Vilayeti Sıhhiye Komisyonuna gönderdiği 2 Kasım 1911 tarihli yazıda kolera salgını sırasında sıhhi tedbirlere dair alınan kararları ve yapılan uygulamaları içeren defter veya dosyanın daha sonra iade edilmek üzere kendisine gönderilmesini istemiştir. Aynı belge üzerine düşülen kayıtta sıhhiye komisyonu tarafından alınan kararları içeren defterin gönderildiği belirtilmektedir.[30]

Dr. İhsan Sami Bey'in raporu sonrasında Dahiliye Nezareti, Hüdavendigar Vilayetinden raporda belirtilen iddialara ilişkin açıklama istediği gibi kolera tahsisatının nerelere harcandığına dair açıklama da istemişti. İncelediğimiz belgeler salgın sürecinde vilayete gönderilen paraların nerelere harcandığına dair açıklama bir yana vilayetin yeni tahsisat taleplerinde bulunduğunu göstermektedir.[30,29] Örneğin Vali Hüsnü Bey'in imzasıyla 19 Eylül'de Dahiliye Nezaretine gönderilen telgrafta istenilen 80000 kuruşun halen gönderilmediği, para kalmaması nedeniyle doktor maaşlarının ödenemediği ve doktorların başka mevkilere sevk edilemedikleri belirtilerek talep edilen paranın bir an önce gönderilmesi istenilmiştir. Vali Hüsnü Bey, talebini bir gün sonra yeni bir telgrafla tekrarlamıştır.[29] Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Nezaretinin, Dahiliye Nezaretine gönderdiği 27 Eylül tarihli yazıda ise hastalığın vilayette günden güne azaldığı belirtilerek daha önce gönderilen meblağın yeterli olacağı bildirilmiştir.[29] 28 Eylül'de Dahiliye Nezaretinden, Hüdavendigar Vilayetine gönderilen telgrafta ise kolera nedeniyle çevreden tahsisat talep edilirse suistimalde bulunanlar hakkında kanuni işlem yapılmak şartıyla hemen gönderileceği bildirilmiştir.[29] Yazıda yer alan suistimal vurgusu dikkat çekicidir.

Vali Hüsnü Bey, talep edilen paranın bir türlü gönderilmemesi üzerine Dahiliye Nezaretine 30 Eylül'de bir telgraf daha göndermiştir. Telgrafında doktor maaşlarının ödenemediğini tekrarlayarak belediyeden verilmiş olan 43550 kuruşun da iadesinin talep edildiğini belirtmiş ve 80000 kuruşun acilen gönderilmesini tekrar rica etmiştir.[29] Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey, Bursa'dan gönderdiği 12 Ekim tarihli telgrafta Bursa ve çevresinde koleranın devam ettiğini, özellikle de Bursa'da şiddetlenmeye başladığını belirterek gönderilen 80000 kuruşun harcandığını, vali ile yapılan görüşmeler neticesinde 75000 kuruşa daha ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. Dahiliye Nezareti'nin, Hüdavendigar Vilayeti ile Ali Seydi Bey'e göndermiş olduğu 19 Ekim tarihli telgraf ise yerel idareye ciddi bir eleştiri niteliğindedir. Hastalığın şiddetle devam etmesi tahaffuz tedbirlerinin layıkıyla

uygulanamamasına ve şimdiye kadar gönderilen paraların boşa harcanmasına bağlanmıştır. Talep edilen 75000 kuruş için daha sonra işlem yapılmak üzere öncelikle şimdiye kadar gönderilen paraların nasıl ve nerelere harcandığına dair bir cetvel hazırlanması ve müfettiş tarafından incelendikten sonra acilen gönderilmesi istenilmiştir.[29]

Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Nezaretinin, Dahiliye Nezaretine gönderdiği 15 Ekim 1911 tarihli yazı konunun netleşmesini ve neticelenmesini sağlamaktadır. Bu yazı yukarıda da yer verdiğimiz Ali Seydi Bey'in 12 Ekim tarihli telgrafına verilen cevaptır. Yazıda Hüdavendigar Vilayetine, 14 Ağustos'a kadar 232410 kuruş tahsisat verildiği belirtilmiştir. Ayrıca 31 Ağustos'tan, 4 Ekim'e kadar ise 210000 kuruş daha verilmesi farklı tarihlerde Dahiliye Nezaretine yazılmıştır. Buna göre Hüdavendigar Vilayetine verilen veya verilmesi Nezarete arz edilen paranın toplamı 442410 kuruşa ulaşmaktadır. Bu miktarda tahsisat koleranın hüküm sürdüğü vilayetlerden bir ikisi hariç hiçbir vilayet verilmemiştir. Böyle büyük bir tahsisata rağmen kolera Hüdavendigar Vilayetinde hükmünü icra etmiştir. Hastalığın seyri tahaffuz ve imhaya dair tedbirlerinin hakkıyla uygulamadığını göstermektedir. Masrafın çokluğu ise tahsisatın boşa harcandığını düşündürmektedir. Yazının devamında bu nedenle artık daha fazla tahsisat verilemeyeceği belirtilmiştir. Ayrıca şimdiye kadar gönderilen tahsisatın nerelere harcandığını gösteren cetvelin hazırlanarak Mülkiye Müfettişinin onayından sonra acilen Meclise gönderilmesi de vilayete emredilmiştir.[29]

Sonuç

Kolera salgını Bursa'da 27 Haziran 1911'de başlamıştır. Şehirdeki ilk kolera vakası hastalığın Bursa'ya, Kütahya'dan (Tavşanlı) geldiğini göstermektedir. Resmi yayınlar ve arşiv belgeleri hastalığın Bursa'da zaman zaman azalıp zaman zaman etkisini arttırdığını göstermektedir. Hastalığın başlangıç tarihi net olarak bilinmekle birlikte hangi tarihte kesin olarak ortadan kalktığına dair bilgiye ulaşamadık. Ancak 12 Ekim tarihli bir belgede hastalığın Bursa'da şiddetlenmeye başladığının belirtilmesi 1911 sonbaharında da mevcudiyetini göstermektedir. Salgın sürecinde Bursa'da 440 kolera vakası görülmüş ve bunların 110'nu ölümle neticelenmiştir.

Salgının başlamasından sonra koleranın mahiyetini araştırmak ve sular hakkında bakteriyolojik incelemelerde bulunmak için bölgeye gönderilen Dr. İhsan Sami Bey'in raporu dikkat çekici satırlara sahiptir. Valinin koleranın varlığına inanmaması, doktorları azarlaması, kordonlar, erzak dağıtımı, suların kirliliği, vaizlerin halka olumsuz telkinlerde bulunması, bazı doktorların kolera hastalarını hükümete haber vermemesi ve diğer iddialar oldukça önemlidir. Raporu dikkate alan merkezi hükümet söz konusu iddiaları araştırması için Mülkiye Müfettişi Ali Seydi Bey'i, Bursa'ya göndermiştir. Bu tavır devletin kamu sağlığı konusundaki hassasiyetini göstermesi bakımından önemlidir. Ali Seydi Bey'in iddialara ilişkin ilgili kurumlarla yapmış olduğu yazışmalar rapor ile çelişen cevaplara sahiptir. Bu noktada Dr. İhsan Sami Bey'in raporunda belirtilen hususlar mı yoksa Ali Seydi Bey'in araştırması sonucunda elde ettiği cevaplar mı gerçeği yansıtıyor? Bu soruya verebilecek net bir cevabımız yok. Ancak resmi bir yayında suların genellikle pis olduğunun, fenni nasihatlere güvenilmediğinin, hastaların haber verilmediğinin belirtilmesi ve lağımların açıktan aktığı ile birkaç derenin sularının kirli olduğuna dikkat çekilmesi Dr. İhsan Sami Bey'in raporunun doğruluk ihtimalini arttırmakta ve salgın sürecinin yerel hükümet tarafından iyi yönetilemediği düşüncesini doğurmaktadır. Bununla birlikte kolerayla mücadele için bölgeye gönderilen tahsisatın nerelere harcandığına dair açıklamanın bir türlü gönderilememesi ve yeni tahsisat taleplerinde bulunulması da bu düşüncemizi kuvvetlendirmektedir. Nitekim Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Nezareti'nin, Dahiliye Nezaretine göndermiş olduğu telgrafta yer alan *"hastalığın seyri tahaffuz ve imhaya dair tedbirlerinin hakkıyla uygulamadığını göstermektedir. Masrafın çokluğu ise tahsisatın boşa harcandığını düşündürmektedir"* mealindeki satırlar da kanaatimizce bu düşünceyi desteklemektedir.

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

Kaynaklar

1. Erden F. Türk Hekimleri Biyografisi, İstanbul: Çituri Biraderler Basımevi;1948.
2. Doktor El-Hac Rıza Tahsin. Mirat-ı Mekteb-i Tıbbiye, İkinci Kitab, Dersaadet: Kader Matbaası; 1328.
3. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Başbakanlık Osmanlı Arşivi (BOA) Dahiliye İdare (DH. İD.) 48/22, 25 Ocak 1911.
4. Unat E. K. Osmanlı İmparatorluğunda Bakteriyoloji ve Viroloji, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1970.
5. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Başbakanlık Osmanlı Arşivi (BOA.) Babıâli Evrak Odası (BEO.) 2821/211504, 3 Mayıs 1906.
6. Özbay K. Türk Asker Hekimliği Tarihi ve Asker Hastaneleri, C. 2, İstanbul: Yörük Basımevi; 1976.
7. Etker Ş. Paul-Louis Simond ve Bakteriyolojihane-i Osmani'nin Çemberlitaş'ta Açılışı (21 Eylül 1911). Osmanlı Bilimi Araştırmaları 2009; 10 (2): 13-33.
8. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi (BCA.), Fon Kodu (FK) 180-9-0-0, Yer Numarası (YN) 82-400-11, Tarih (T) 03.12.1925.
9. Erdemir A. D. İstanbul'dan Üç Ünlü Hekim'in (Mustafa Münif Paşa, İhsan Sami ve Saim Ali Dilemre) Üç Eseri ve Yorumlamalar. Türk Dünyası Araştırmaları 2012, 197: 53-70.
10. https://www.numberone.com.tr/2016/04/28/cemile-garan-in-anne-babasina-vefasi/, Erişim tarihi: 12.08.2024.
11. Başustaoğlu A.C. derleyen. 80. Yılında Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Tarihi, Ankara: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayınları, (t.y.).
12. https://www.sabah.com.tr/magazin/vefali-evlat-3554096, Erişim tarihi: 12.08.2024.
13. Son Posta, 17.03.1943.
14. Akşam, 17.03.1943.
15. Doktor İhsan Sami. Balık Yağını Nasıl İçmelidir?, Haydar Paşa: Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye Matbaası; 1325.
16. Doktor İhsan Sami. Frenginin Yeni Usûl ile Teşhisi Borde-Wassermann Teamül-i Mislisi, İstanbul: İkdam Matbaası; 1338.
17. Dr. İhsan Sami. Türk Ocağı Konferanslarından: Veba-Taun. Büyük Mecmua 25 Kanunuevvel 1919, Nu. 17: 268-269.
18. Topkar K. Dr. Mazhar Osman'ın İstanbul Seririyatı Dergisinde Tıp Eğitimi ve Sağlık Politikalarında Modernleşme ve Değişim Süreçleri, İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tarih Anabilim Dalı, Doktora Tezi; 2023.
19. Karcı, E. Osmanlı Devleti'nde Bakteriyoloji Öğretiminin Öncüsü Doktor Hamdi Aziz Paşa ve 1902-1904 Irak Kolerasına Dair Tespitleri. SUTAD 2020, (49): 399-417.
20. Yılmaz Ö. 1847-1848 Kolera Salgını ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri. Avrasya İncelemeleri Dergisi 2017, 6 (1): 23-55.
21. Menekşe M. İzmir'de Kolera Salgını ve Etkileri (1893). TAD 2020, 39 (67): 385-433.
22. Karcı E. Osmanlı Hükümetlerinin Sağlık Politikaları (1908-1914), Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2017.
23. Emecen F. Hudâvendigâr, Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, C. 18, İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, 1998: 285-286.
24. Kumaş N. Bursa'da Kolera Salgını ve Alınan Karantina Önlemleri (1890-1895). U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011/2, 12 (21): 213-241.
25. Ayar, M. Osmanlı Devleti'nde Kolera, İstanbul Örneği (1892-1895), İstanbul: Kitabevi Yayınları; 2007.
26. Çil, H. Hıfzıssıhha Umum Müfettişi Charles Bonkowski Paşa'nın Osmanlı Türkiye'sinde Başgösteren 1893-1895 Kolera Salgını Sırasında Aldığı Sağlık Önlemleri. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları* 2023, 24 (1): 105-137.
27. Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye, Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye ile Ana Merbut Müessesat-ı Fenniye ve Sıhhiyenin İcraat ve Mesaisi, 1326 ve 1327 Senelerinde Memalik-i Osmaniyede Zuhur eden Koleraya Dair Malumat-ı İhsaiye ve Bu Babda İttihaz Olunan Tedabir, Dersaadet: Selanik Matbaası; 1328.
28. Unat, E. K. Osmanlı İmparatorluğunda 1910-1913 Yıllarındaki Kolera Salgınları ve Bunlarla İlgili Olaylar. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları* 1995, (1): 55-65.
29. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Başbakanlık Osmanlı Arşivi (BOA) Dahiliye İdare (DH. İD.) 57/9, 30 Mart 1912.
30. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Başbakanlık Osmanlı Arşivi (BOA) Dahiliye Muhaberat-ı Umumiye İdaresi (DH. MUİ.) 150/22, 11 Kasım 1911.
31. Cumhuriyet Gazetesi, 8 Eylül 1935.
32. Vakit Gazetesi, 24 Nisan 1933.

Araştırma Makalesi – Original Article

Hitit Tıp Metinlerinde Hemolakriya*

Hemolacria in Hittite Medical Texts

Salih Fehmi Katırcıoğlu[i], Murat Aydın[ii], Ali Osman Tiro[iii]

[i]Prof. Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, https://orcid.org/0009-0008-2897-6570

[ii]Dr., Bağımsız Araştırmacı, https://orcid.org/0000-0002-3409-520X

[iii]Öğr. Gör. Dr., Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Eskiçağ Dilleri ve Kültürleri Bölümü, Hititoloji AD., https://orcid.org/0000-0001-8667-3238

ÖZ

Amaç: Hititler, MÖ ikinci binyılda Anadolu'da bir imparatorluk kurmuşlardır. Onlardan kalan çivi yazılı tabletlerde birçok konudan bahsetmektedir. Çalışmada, tıp metinleri kapsamında, daha önce Hititoloji alanında farklı uzmanlarca filolojik olarak değerlendirilmiş KUB 8.36 numaralı metin ele alınacaktır. Metinde, modern tıbbın keşiflerinden biri olan "hemolakriya" olgusuna dair bir bulgu sunduğunu düşündüğümüz ifadelere yer verilmektedir. Çalışmamızda, mevcut durumu modern tıp bilgileriyle değerlendirerek teşhis etmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma 25.11.2024-10.01.2025 tarihler arasında yapılmıştır. Çalışmada, çivi yazılı metni filolojik olarak analiz etmenin yanı sıra, modern tıp bilgisi kapsamında da değerlendirilerek gerek çevirisine gerekse içeriğinin anlaşılmasına katkıda bulunarak, daha kapsamlı bir şekilde ifade edilmeye çalışılacaktır. Ayrıca, çivi yazılı belgede bahsi geçen rahatsızlığın olası bağlantıları da araştırılacaktır.

Bulgular: Metinde "gözden kan gelmesi" ifadesinin incelenerek, bulgunun genelden özele aktarımı verilecektir.

Sonuç: Metinde geçen "bir insanın gözlerinden kan akması" ifadesi, tek başına bir hastalığın tanımlanmasını güçleştirmektedir. Ortaya çıkan sonuç bu hastalığı tanımlamada disiplinler arası çalışmanın önemini göstermektedir. Bu çalışmayla, Hitit tıp literatüründe hastalık olarak-olarak geçen ifadenin hastalık mı yoksa bir bulgu mu, olduğunun ortaya konulmasının yanı sıra belgede geçen Hititçe ifade açıklanarak, Hitit tıp literatürüne yeni bir bilgi kazandırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hititler, Hitit tıbbı, Göz, Hemolakriya, Kanama

ABSTRACT

Objective: The Hittites established an empire in Anatolia in the second millennium BC. The cuneiform tablets left by them mention many subjects. In the study, the text numbered KUB 8.36, which was previously evaluated philologically by different experts in the field of Hittitology, will be discussed within the scope of medical texts. The text includes expressions that we think provide a finding regarding the phenomenon of "hemolacria", one of the discoveries of modern medicine. Our study aims to diagnose the current situation by evaluating it with modern medical knowledge.

Method: In this study, in addition to analyzing the cuneiform text philologically, it will also be evaluated within the scope of modern medical knowledge, and an attempt will be made to express it more comprehensively, contributing to both its translation and the understanding of its content. In addition, possible connections to the illness mentioned in the cuneiform document will also be investigated.

Results: "blood tear from the eye", mentioned in the text in a general expression, the transfer of the finding from general to specific will be given.

Conclusion: The expression "blood flowing from a person's eyes" in the text alone makes it difficult to define a disease. The result shows the importance of interdisciplinary work in defining this disease. This study has not only revealed whether the expression referred to as a disease in Hittite medical literature is whether a disease or a symptom, but also provided new information to Hittite medical literature by explaining the Hittite expression in the document.

Keywords: Hittites, Hittite medicine, Eye, Hemolacria, Bleed

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):491-495
DOI: 10.31020/mutftd.1621474
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 16 Ocak 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 13 Mart 2025
İletişim- Correspondence Author: Salih Fehmi Katırcıoğlu <hititbilim@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Boğazköy-Hattuşa çivi yazılı arşivi Hitit tarihinin aydınlanmasında önemli bir unsur olmuştur. Devletin resmi arşivi olan çivi yazılı tabletler Anadolu'da ilk siyasi birliği sağlayan Hititler'in siyasi, dini, askeri, ritüel konularının yanı sıra tıbbi bilgileri hakkında da bilgiler içermektedir. Söz konusu belgeler sayıca az olmasına karşın içerik olarak zengindir ve tıpla ilgili belgeler, Hititlerin bu konuda ne aşamada olduklarını anlatacak seviyededir. Ancak Boğazköy'de bulunan tıbbi konuları içeren tabletlerin, gün yüzüne çıkandan daha fazla olabileceği akılda tutulmalıdır. Çünkü tabletlerde bahsi geçen hastalıklar düşünüldüğünde ve birçok hastalığın tedavilerini içeren konular düşünüldüğünde birçok belgenin mevcut olabileceği düşünülmektedir.[1] Boğazköy'den ele geçen bu tabletler ışığında tıp konusunda, Mısır ve Mezopotamya'dan etkilenen[1] ya da faydalanan Hititlerin kendi pratiklerini de geliştirdikleri anlaşılmaktadır.[2]

Hititler, hastalıklara karşı dinsel, büyüsel ve ilaçla tedavi yöntemleri uygulamışlardır. Tıpla ilgili çivi yazılı metinlerde ilaçla tedavi yöntemi ağır basmaktadır. İlaç yapımında yetersiz kalındığında iletişim halinde bulundukları komşu ülkelerden hem ilaç hem de hekim desteği aldıkları görülmektedir. Hitit büyük kralı III. Hattuşili'nin Mısır'dan kendisi ve aile bireyleri için doktor ve ilaç istediği bilinmektedir.[3,4]

"Bak işte şimdi katip ve hekim Paraemahu'yu gönderiyorum. O, Tarhuntaşşa kralı Kurunta için şifalı otlar hazırlamak için gönderilmiştir. O, senin istediğin tüm ilaçlar yapacaktır. O, sana gelir gelmez onu Tarhuntaşşa kralı Kurunta'ya teslim et ki, ilaçları hazırlayabilsin; orada bulunan (Kurunta'nın yanında) iki hekimi ise geri gönder, onların Mısır'a dönmelerini sağla! Katip ve hekim Paraemahu ona ulaşır ulaşmaz, onlar oradaki işlerine son versinler ".[3,4]

Yine başka Hitit kralları olan II. Muvattalli'nin Mısır'dan hekim istediği bilinmektedir. Mısır'ın yanı sıra Babil, Arzava ve Kizzuvatna'dan hekimlerin getirildiği anlaşılmaktadır. Belgelerde yerli ve yabancı olmak üzere hekimlerin adı okunmaktadır ki, bu da o dönemde Hitit tıbbının devletlerarası bir boyut kazandığı, doktorluk mesleğinin coğrafi sınırlardan bağımsız olarak icra edilebildiği anlaşılmaktadır.[5]

Hastalıklar ve Tedaviler

Boğazköy-Hattuşa çivi yazılı arşivinde tıpla ilgili tabletlerde hastalığın tanımı olarak; ya hastalığın ismi ya da hastalığın belirtileri yazılarak tarif edilmektedir.[6] Hastalık sebepleri olarak Hititler; tanrılara karşı işlenen suçlar ve tanrıların ihmalinin yanı sıra bedensel ve ruhsal kirlilik, ölü ruhların rahatsız edilmesi[7] ve kara büyüyü görmektedirler.[5] Hitit tıp tabletlerindeki hastalık tariflerinin Babil tabletlerinin tariflerinden farklı olarak hiçbir teşhisin ifade edilmediği ve semptomların tarifinin de aşırı derecede kısa olduğu görülmektedir. Bu da çoğu zaman hastayı ne tür bir hastalığın etkilediğini anlamamızı zorlaştırmaktadır.[1] Söz konusu tabletlerde birçok hastalığa ait kayıtlar bulunmaktadır. Bu kayıtlar içerisinde gözle ilgili hastalıklar da mevcuttur. Bir insanın gözlerinden rahatsızlanması ve gözyaşlarının olması (CTH 461 KUB 8.38 + KUB 44.63 Ay. III 8 vd.), bir insanın gözlerinin önünün beyazlaşması (CTH 279 KUB 8.36 Öy. II 16-19) gibi göz hastalıklarını konu alan tabletler bulunmaktadır. Gözde oluşan bu rahatsızlıkların ne olduğu bugün anlaşılabilmiştir. Trahom ve katarakt olduğu nerdeyse artık kesinlik kazanmış bu hastalıkların yanı sıra adı tam olarak ne olabileceği tanısı konulamamış göz hastalıkları da mevcuttur.[4,8,9]

Gereç ve yöntem

Hititçe çivi yazılı tabletlerin transliterasyon ve tercümesi yapılmıştır. Transliterasyon (Latin harflerine çevirme) ve çeviri yapılması ve metnin dil bilgisel analizi yapılmıştır. Bu süreçte eski yayınlardan faydalanılmasının yanı sıra güncellenen Hititçe sözlüklerden de faydalanılmıştır. Araştırma 25.11.2024-10.01.2025 tarihler arasında yapılmıştır. Boğazköy Çivi Yazılı Arşivinde bulunan KUB 8 (Keilschrifturkunden

aus Boghazköi. Berlin) ana kaynak eser kullanılmıştır. Kaynakların çevirisi Almanca olarak Cornelius Burde, Türkçe çevirileri de Murat Aydın ve Ali Osman Tiro tarafından yapılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Boğazköy-Hattuşa arşivinde tıbbi metinlerin dışında göz hastalıklarıyla ilgili belgeler de bulunmaktadır. Mısır kralı II. Ramses'in Hitit büyük kralı III. Hattuşili'nin göz rahatsızlığı için ilaç gönderdiği bilinmektedir. * Mısır firavunu, ekspres teslimatla 'kardeşimin gözleri için tüm iyi ilaçlardan' oluşan bir sevkiyat ayarladığı metnin devamında şöyle söylemektedir:[10]

"Pirihnawa ile birlikte gidecek bir araba subayı ayarladım ve subay, habercim Pirihnawa ile birlikte Amurru'nun prensi Benteshina'ya gitti. Benteshina'ya getirdiği bütün ilaçları verdi ve Benteshina, kardeşiniz kralın Pirihnawa aracılığıyla size acilen getirilmesini istediği ilaçlarla birlikte kardeşime bir subayı gönderdi."

Çivi yazılı belgelerde göz, Hititçe *šakuu̯a-*/*šakui-*, Sumerce IGI, Akadca *ĪNU* olarak geçmektedir.[11-14] *šakuu̯ai-* fiili "bakmak, görmek" anlamında bir fiildir ve bu fiil *šakuu̯a* "gözler" sözcüğünden türemiştir.[15]

KUB 8.36 numaralı çivi yazılı belgede; baş ağrısı, göz rahatsızlıkları, *auili*, boğaz ağrısı (öksürük tutması), hıçkırık tutma, *genzu*, ses kısıklığı, ağız rahatsızlıkları, sarılık ve cüzzam gibi hastalıkları veya belirtilerini okumaktayız. Söz konusu belgede bir insanın gözlerinden kan akması ve bu hastalığın ne olabileceği makalemizin araştırma konusudur. Çivi yazılı belgede göz hastalığı şu şekilde ifade edilmektedir:[6,16]

CTH:[17] **279 KUB**[18] **8.36**[6,1,16]

Öy. II

9' [*m*]*a-a-an an-tu-uh-ša-an an-dur-za* ^{UZU}[	9' Bir insanın içinde x organı?[
10' [ḪUL-]˹*an-za*˺ ˹GIG$^{?}$˺-*an-za e-ip-zi nu-uš-š*[*i-kán* IGI$^{HI.}$]^{A}-*u̯a-az*	10' [kötü hastalık(?)] yakalar ise ve onun gözlerinden
11' [*pa-r*]*a-a*$^{!}$ *e-eš-har a-ar-aš-zi*	11' [ ] kan akarsa

KUB 8.36 numaralı çivi yazılı tablet, sadece iki yerde geçen "o zaman şu şifalı maddeyi alır" ifadesinden hariç hastalıkların tanımlamalarının ya da belirtilerinin verildiği bir liste olarak karşımıza çıkmaktadır.[6] Metinde yazılan hastalıklara karşı herhangi bir tedavi yönteminin yazılı olmadığı görülmektedir. Metinle ilgili söylenebilecek bir diğer husus, rastlantı ile açıklamanın pek olası olmadığını düşündürecek şekilde, çoğunlukla kafa bölgesinde gerçekleşen rahatsızlıklara yer vermesidir, Metinde sıklıkla, "bir insanın başı, gözleri, ağzı" gibi ifadelere yer verilmiştir. Dokuzuncu (9'.) satırda geçen UZU ifadesi, bir Sumerogram olarak organ ya da uzuvların önüne gelen bir determinatif (belirteç) olarak kullanılmaktadır. Bu durumda kanamanın içeriden bir organdan kaynaklandığını düşünmüş olmaları olasılığı öne çıkmaktadır. Filolojik olarak değerlendirebilecek bir diğer husus ise, onbirinci (11'.) satırda geçen *parā ešḫar aražzi* ifadesidir. Burada yer alan *para* sözcüğü, bir preverb (yardımcı fiil) olarak dışarı, ileri anlamında kullanılmaktadır. Yine satırın sonunda yer alan *aražzi* fiilinin kökü *arš-* olarak bilinmektedir ve akmak, sızmak gibi anlamlara gelmektedir. Yaklaşık yirmi kadar belirtinin sayıldığı çivi yazılı tablet, kırık olmayan paragraflar hep "eğer bir insan, insanın, insanda" gibi ifadelerle başlamaktadır.

Hemolakriya, en basit tanımı ile vücut bütünlüğü korunmuş kişide tek belirtisi gözyaşı kanallarından kan akması durumudur. Daha ayrıntılı bir şekilde ele almak gerekirse, gözyaşı kanallarının damar sistemiyle ilişkili olması nedeniyle, göz bölgesinde herhangi bir travmadan sonra bu kanallardan kanama olması durumudur. Bu rahatsızlığın nedenleri arasında nadir görülen hemorajik konjiktivalardan sonra, konjiktiva kanallarına bağlı olarak kanama oluşması sayılabilir.[19]

*Ülke dışından getirilen doktorlar hakkında daha fazla metin yeri için bkz; Bryce, 2003, 121-128; bibliyografyasıyla birlikte.

Hemolakriya, tanısal zorluk oluşturabilen nadir bir göz bulgusudur. Enfeksiyon, travma, kanama, tümörler, pıhtılaşma bozuklukları gibi durumlar, bu hastalığın oluşmasına zemin hazırlar. Bugün, bu durumlar için replasman tedavisinin bulunmasıyla, konjonktiva bozuklukları kanlı gözyaşlarının en yaygın nedeni gibi görünmektedir ve bu bozukluklar genellikle yaşamı tehdit edici veya ciddi değildir.[20]

Bu kanamalar gözyaşını eller sildikçe gözü ovaladıkça gözden kanama olur. Gözde yaygın görülen kanlanmayı burun kanamasına benzer lakrimal kanaldan gelen damla damla kanla karıştırılmamalıdır. Aynı zamanda göz üzerine yerleşen ektopik endometrial dokularda da kanama olabilir. Kanamalar göz sınırları boyunca özellikle alt kirpiklerden yayılan kanamalar şeklinde görülür. Bu kanamalar gözün bütününe bulaşmayıp lokalize bir kanama alanı oluşturur. Bu kanamalar göz üzerine el değmesiyle birlikte ilerler.[21]

Daha az yaygın olmasına rağmen, hemolakriya/hemolakrima için lokal bir açıklama tespit edilemiyorsa sistemik nedenlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve test edilmesi gerekir. Bu bozukluklar arasında hematolojik durumlar (Henoch-Schönlein purpurası, kalıtsal hemorajik teleanjiektazi, hemofili ve diğer koagülopatiler) ve ilaçlar (antikoagülanlar, asetilkolin, gümüş nitrat) bulunur.[22,23] Hemolakriyanın kadınlarda adet dönemiyle aynı zamana denk geldiği ve bu dönemde hormonal değişikliklere ikincil olduğu düşünülmektedir.[24] Nadiren, kapsamlı muayene ve çalışmalara rağmen hemolakrinin etiyolojisi belirlenemez. Bu idiyopatik vakalar literatürdeki yalnızca birkaç rapora karşılık gelmekte ve genellikle kendiliğinden çözülmektedir.[20,21,24]

Kanlı gözyaşlarıyla ilgili kayıtlar, gözyaşı bezinin kaynaklandığı düşünülen 1581 yılına dayanmaktadır.[25] Dodonaeus, ilk olarak gözlerinden sık sık kan gelen 16 yaşında bir kız çocuğuna ilişkin gözlemlerini kaydetmiştir. Muayenede herhangi bir anormallik bulunmamasına rağmen, bir nedenin dolaylı adet dönemi olduğu öne sürülmüştür.[26] 1755 yılında, Raigerus, şiddetli bir şekilde ağladıktan sonra birkaç kez kanlı gözyaşı döken 15 aylık bir erkek çocuğundan bahsetmiştir. Yine muayenede herhangi bir anormallik görülmediği ve çocuğun göz açısındaki bazı kılcal damarları yırttığı ve bunun da kanlı gözyaşlarına yol açtığı sonucuna varılmıştır.[27]

Hasner 1859'da, lakrimal bez kanamaları ile konjonktiva kanamaları arasında bir ayrım yapılması gerektiğini, ilkinin gerçek kanlı gözyaşı oluşturduğunu belirtti. İki vakadan birincisinde, bir erkekte konjonktival polipten kaynaklanan kanama ve diğerinde, gözlerinden günlük kanama olan 13 yaşında bir kız çocuğu vardı. Herhangi bir patolojik anormallik olmadığında, kanamanın kaynağının muhtemelen lakrimal bezlerden olduğu sonucuna varılmıştır.[28] 1882'de Damalix, literatürü inceledi ve şiddetli bir duygusal patlamadan sonra kanlı gözyaşı olan genç bir kadını tanımladı. Muayenede herhangi bir anormallik bulunmasa da, bu atakların birkaç ay boyunca devam ettiği belirtilmektedir.[29]

Sonuç

Metinde geçen “bir insanın gözlerinden kan akması” ifadesi tek başına bir hastalığın tanımlanmasını güçleştirmektedir. Ortaya çıkan sonuç, bu hastalığı tanımlamada disiplinler arası çalışmanın önemini göstermektedir. Çivi yazılı belgede geçen söz konusu hastalığın Hemolakriya olabileceği düşünülmektedir. Metinde “bir insanın…” ifadesi kadın veya erkek olarak bir cinsi değil insanı belirtmesi bizi bu sonuca götürmede etkili olmuştur. Zira, “eğer bir kadının gözlerinden kan akarsa” ifadesi yer alsaydı, yukarıda da açıkladığımız gibi bu hastalık hemolakriya değil kadınların adet/regl döneminde görülen belirtilerden biri olarak da düşünülebilecekti. Hitit tıbbı açısından yazılı belgelerin kısıtlı olması ancak bazı noktalarda hastalığın tanımlanmasında verilen kilit bilgilerin uzman kişilerce ortak çalışma sonucu fark edilmesi oldukça önemlidir. Bu makale ile Hitit tıbbı literatürüne yeni bir bilgi sunulmuştur.

Bilgi
Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Etik Onay

Bu çalışmada kullanılan veriler, herkesin erişimine açık tarihi bir metinden elde edildiği için etik kurul iznine gerek yoktur.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Salih Fehmi Katırcıoğlu: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.
Murat Aydın: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.
Ali Osman Tiro: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Trémouille M.-C. I testi ittiti di medicina. Res Antiquae 1 (RANT 1) 2004:205-225.
2. Katırcıoğlu S. F. Hitit Tıp Metinlerinde Geçen Bazı Göz Hastalıkları Üzerine. Archivum Anatolicum 2021;15(2):385-398.
3. Edel E. Ägyptische Ärzte und ägyptische Medizin am hethitischen Königshof, Neue Funde von Keilschriftbriefen Ramses' II aus Boğazköy. Opladen; 1974.
4. Ünal A. Hitit Tıbbının Ana Hatları [Les traits essentiels de la médicine hittite]. Belleten 1980;44;475-495.
5. Murat L, Katırcıoğlu S.F. Hititlerde Tıp. Bilim ve Ütopya Aylık Bilim, Kültür ve Politika Dergisi 2008;170:52-59.
6. Burde C. Hethitische Medizinische Texte. Studien zu den Boğazköy-Texten 19, Wiesbaden; 1974.
7. Gerçek S, Perçin Gerçek P. Ortaköy-Şapinuva Kalıplarında Betimlenen Karışık Varlık Figürleri. Şapinuva'ya Adanmış Hayatlar: Aygül Süel ve Mustafa Süel Anı Kitabı (ed. Esma Reyhan, Leyla Murat Karakurt, Tülin Cengiz). Bilgin Kültür Sanat Yayınları, Ankara; 2024; 117-134.
8. Erginöz G.Ş. Hititlerde Anatomi ve Tıp. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları; 1999.
9. Katırcıoğlu S. F. Hititçe Çivi Yazılı Metinlerde Hastalıklar ve Tedavi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2003.
10. Bryce T. R. Letters of the Great Kings of the Ancient Near East. The Royal Correspondence of the Late Bronze Age. London-New York; 2003.
11. Friedrich J. Hethitisches Wörterbuch. (HW). Heidelberg; 1952.
12. Tischler J. Hethitisch-Deutsches Wörterverzeichnis. 1982.
13. Tischler J. Hethitisches Handwörterbuch mit dem Wortschatz der Nachbarsprachen. 2001.
14. Ünal, A. Hititçe Çok Dilli El Sözlüğü. Hamburg; 2007.
15. Alp S. Zu den Körperteilnamen im Hethitischen. Anatolia 2, 1957:1-47.
16. Dardano P. Die hethitischen Tontafelkataloge aus Ḫattuša (CTH 276-282). Studien zu den Boğazköy-Texten 47, Wiesbaden;2006.
17. Laroche E. Catalogue des textes hittites. (CTH), Paris: 1971.
18. KUB: Keilschrifturkunden aus Boghazköi. Berlin: 1921, ff.
19. Viet H. Ho, Matthew W. W, James S. L, James C. F, Barrett G. H. Bloody tears of unknown cause: case series and review of the literatüre. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 2004:20(6):442–447.
20. Roy F. H. Ocular Differential Diagnosis. 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1989.
21. Duke-Elder S. System of Ophthalmology. Volume VIII/8/Eight: Diseases of the Outer Eye. Part 1 Diseases of the Conjunctiva and the Associated Diseases of the Corneal Epithelium, 1965.
22. Cross R. A. case of supposed sanguineous lacrymation. Lancet 1891:21–22.
23. Jordan D. R., McCunn P. D. Spurious sanguineous lacrimation. Can J Ophthalmol 1984;19:315– 316.
24. Minchin R. L. H. Bloodstained tears. Lancet 1935:179.
25. Scott Z. R. Sanguineous lacrimation. AMA J Dis Child 1927;33:907–909.
26. Oyenusi E. E., Ananti, C. H. Kaemolacria (bloody tears): A perplexing symptom: A report of two cases. Niger J Paed 2015;42(1): 68-70.
27. Raigerus C. Sur les larmes de sang (On bloody tears). Collect Acad de Mem, Dijon. 1755;3:303.
28. Hasner. Bloody lacrimation. Allg Wien Med Ztg. 1859; 4: 390.
29. Damalix A. Des larmes de sang (Bloody tears). Arch d'Oph 1882; 2: 429.

Araştırma Makalesi – Original Article

Erken Dönem İslâm Toplumunda Bir Cilt Hastalığı Olarak Humra (حُمْرة): Hz. Muhammed Dönemi Hastalık Öyküleri[i]

Humra (حُمْرة) as a Skin Disease in Early Islamic Society: Disease Cases of the Prophet Muhammad's Era

Büşra Yıldırım[i], Levent Öztürk[ii]

[i]Doktora Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İslam Tarihi ve Sanatları, Arş.Gör., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, İslam Tarihi AD., https://orcid.org/0000-0002-2641-9315

[ii]Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, İslam Tarihi AD., https://orcid.org/0000-0002-4741-0125

ÖZ

Amaç: Humra, erken dönem İslâm toplumunda kayıtlara geçmiş olan bir cilt hastalığıdır. Humrayla ilgili olarak Hz. Muhammed dönemine işaret eden dört hastalık öyküsü tespit edilmiştir. Bu hastalık öyküleri bağlamında humranın ele alınan dönemde mahiyetinin ne olduğu, nasıl algılandığı ve nasıl tedavi edildiği bu çalışmanın temel amacıdır.

Yöntem: Çalışmanın ana amacını teşkil eden Hz. Muhammed dönemindeki hastalık öykülerinin sunulduğu kayıtlar, dönemin sosyo-kültürel hayatı hakkında bilgi ihtiva eden hadis kitaplarından tespit edilmiştir. Hadis kitaplarında yer alan ilgili rivayetler, orijinal metinleri ve Türkçe çevirileriyle bulgular kısmında sunulup, ardından tartışılmıştır.

Bulgular: Hz. Muhammed dönemiyle ilgili olarak humra hastalığına dair dört farklı öykü saptanmıştır. Bu öykülere konu olan hastalar, sahâbeden Es'ad b. Zürâre, Zeynep bint Muâviye, Abdullah b. Ömer ve muhadramûndan Abdullah b. Ukeym olmak üzere yetişkin kişilerdir. Zeynep ve Abdullah b. Ömer'deki humranın, yüz ve bacak bölgelerinde belirdiği söylenir. Ayrıca, Es'ad b. Zürâre'nin humra sebebiyle ağrı çektiği belirtilir. Son olarak, Zeynep ve zikri geçen iki Abdullah'ın tedavisinde rukye söz konusu edilirken, Es'ad b. Zürâre'ye dağlama uygulanması önemli bulgular arasındandır.

Tartışma- Sonuç: Humra hastalığıyla ilgili Arap dili sözlüklerinde yer alan tanımlar, klasik İslâm tıbbı kaynaklarındaki malumat ve hastalığın muhtemel karşılığı olan erizipel hastalığı hakkında verilen bilgiler, Hz. Muhammed dönemindeki humra öykülerinde dile getirilen hastalığın ciltte belirdiği yerler ve belirtilerine dair ifadelerle örtüşmektedir. Humranın bulaşıcı ve öldürücü bir hastalık olup olmadığı tartışmaya açılmıştır. Ayrıca, humra için uygulanan tedavi yöntemleri ele alınan dönem çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cilt Hastalığı, Humra, Yılancık, Erizipel, Hz. Muhammed Dönemi.

ABSTRACT

Objective: *Humra* is a skin disease documented in early Islamic society. This study identifies four cases associated with *Humra* from this period. We aim to analyze perceptions of the disease, its characteristics, and how it is treated as reflected in these accounts.

Method: We draw on primary sources from hadith collections that provide insights into the socio-cultural milieu of the Prophet Muhammad's era. We present these narrations in the findings section with the original Arabic texts alongside Turkish translations, followed by a detailed discussion.

Findings: We identify four cases of *Humra* disease from the Prophet Muhammad's time, involving adults: As'ad b. Zurara, Zaynab bint Mu'awiya, Abdullah b. 'Umar from the Companions, and Abdullah b. Ukaym was one of the Muhadramun. In the cases of Zaynab and Abdullah b. 'Umar, the disease appeared on the face and legs, while As'ad b. Zurara experienced the pain associated with *Humra*. We note that treatment methods include the use of *ruqyah* for Zaynab and both Abdullahs, whereas cauterization was notably applied to As'ad b. Zurara.

Discussion-Conclusion: Our analysis reveals that the descriptions of *Humra* in classical Arabic dictionaries and medical texts align with accounts from the Prophet Muhammad's time, particularly regarding the affected areas of the skin and the symptoms described. We also examine the possible identification of *Humra* with erysipelas and discuss its potentially contagious and fatal nature. Furthermore, we evaluate the treatment practices, including *ruqyah* and cauterization, within the historical context of the era.

Keywords: Skin Disease, Humra, Yilancik, Erysipelas, the Time of the Prophet Muhammad.

---

[i]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):496-507*
DOI: 10.31020/mutftd.1580679
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 07 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 17 Şubat 2025
İletişim- Correspondence Author: Büşra Yıldırım <byildirimm93@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Arap dili ve edebiyatı âlimi Halîl b. Ahmed'in (öl. H. 175/M. 791) sekizinci yüzyılda kaleme aldığı *Kitâbü'l-Ayn* isimli Arap dili sözlüğünde, kırmızı ve kırmızılık anlamı bulunan humra (حُمْرة) kelimesinin "insanlarda ortaya çıkan ve vücutta belirdiği yeri kırmızılaştıran bir hastalık" şeklinde tanımlandığı görülmektedir.[ii1] Halîl b. Ahmed'den iki yüzyıl sonra *Tehzîbü'l-luga* isimli Arap dili sözlüğü telif eden Ezherî de (öl. H. 370/M. 980) humrayla ilgili yaptığı tanımda *Kitâbü'l-Ayn*'da yer alan doneleri kullanır ve önemli ilave bir bilgi sunar. Ezherî'den önce kaleme alınmış sözlüklerde yer almayan ve Ezherî'den sonraki dilcilerin de ona atfederek sunduğu bu ilave bilgi, humranın tâûn cinsinden bir şişlik olduğudur. Oldukça kıymetli ve yegâne olan bu bilgide, bir yandan humradaki şişlik durumu ön plana çıkarılırken diğer yandan da onun tâûn türünden olduğu vurgulanır.[iii2] Ezherî'nin humrayı tâûnla ilişkilendirmesinde neyi kastettiğinin açıklığa kavuşturulması gerekir. Zira tâûn (طاعون) kelimesi tarihi süreç içerisinde farklı farklı tanımlanmış bir ifadedir. Bu kelimenin karşılığı olarak bulaşıcı hastalık ve vücutta şişliklerle beliren ani ölümlere sebep olan bulaşıcı hastalık şeklinde tanımlamalar yapıldığı gibi vücutta yoğun iltihaplanma meydana getiren, kişiyi sıkıntıya sevk eden, belirdiği yeri yeşerten ya da karartan şişlikler; kan ve sarı safra hıltının birleşimiyle koltukaltı, kasık ve kulak arkasında ortaya çıkan iltihaplı şişlikler şeklinde açıklamalar da bulunmaktadır.[3,4] Tarihi süreç içerisinde farklı tanımları yapılan tâûn kelimesiyle ilgili en eski Arapça tıp sözlüklerinden birini kaleme alan Ebû Muhammed es-Sahârî'nin (öl. M. 1061) aktardığı bir bilgi konumuz gereğince önem arz eder. Onun ifadelerine göre, kendinden önceki tabiplerin tâûn kelimesine verdikleri çeşitli anlamlardan biri, "her türlü öldürücü, sıcak şişlik" manasıdır.[5] Bu bilgiler doğrultusunda, Ezherî'ye ait olan "Humra, tâûn cinsinden bir şişliktir." ifadesi iki şekilde yorumlanabilir. Muhtemelen o, ya humradaki şişlikle tâûndaki şişliği benzetmiştir ya da humranın tıpkı tâûn gibi şişlikle beliren bulaşıcı, öldürücü bir hastalık olduğunu kastetmiştir. Esasen bu ihtimallerden sonuncusunu destekleyen bir durum söz konusudur. Nitekim Ezherî humrayı tanımladıktan sonra bu hastalıktan Allah'a sığındığını belirten cümleler kurar. Bu ifadelerinden hareketle, onun humradan korktuğu ve hastalığın tâûn gibi bulaşıcı, öldürücü özelliğe sahip olduğu düşünülebilir.iii'[6,7]

Arap dilinde, vücutta belirdiği yeri kırmızılaştıran ve tâûn cinsinden bir şişlik olarak tasvir edilen humra terimiyle eş anlamlı olarak kullanılan ayrı bir kelime mevcuttur. Bu kelime, sözlükte diken, iğne manalarına gelen şevke (شوكة) sözcüğüdür. Arap dili ve edebiyatı alanında eser telif eden Câhız (öl. H. 255/M. 869) şevke ve humra kavramları arasındaki ilişkiyi şöyle izah eder: *"Humraya yakalanan kişi için 'Ona şevke (diken/iğne) battı.' denir. Zira şevke (diken/iğne) bir insana battığında, saplandığı yerde kızarıklık görülür."*[8] Ayrıca literatürde, şevke kelimesinin humra sözcüğünün yerine kullanılmasıyla ilgili iki ayrı anlatım dikkati çeker. Buna göre, şevke sözcüğü bazı kaynaklarda vücutta kırmızılık oluşturan humra terimiyle birebir eş anlam ifade ederken, bazı kaynaklarda ise yüzde beliren humra ile sınırlı tutulur.[9,10] Humrayla anlamdaş olan şevke kelimesiyle ilgili aktarılacak son bilgi, geç dönem dil âlimlerinden Zebîdî'nin (öl. H. 1205/ M. 1791) bu sözcüğü tâûn gibi bir hastalık şeklinde nitelemesidir.[iv7] Humra gibi şevkenin tanımları arasında da tâûn benzetiminin yer alması dikkat çekicidir.

[ii] Halîl b. Ahmed'in bir tıbbî terim olan humra ile ilgili yaptığı tanımın Arapça orijinal metni şu şekildedir: " **الحُمْرة**: داء يعتَري الناسَ فَتَحمَرُّ مَواضِعُه ا". Çevirisi ise şöyledir: "Humra: İnsanlarda ortaya çıkan ve vücutta belirdiği yeri kırmızılaştıran bir hastalıktır.".

[iii] Ezherî'nin *Kitâbü'l-Ayn*'da yer alan doneleri kullanıp, önemli ilaveler yaptığı metnin Arapça orijinali şu şekildedir: "**الحُمْرة**: داء يعتَري الناسَ فَتَحمَرُّ مَواضِعُه ا, قلت: الحُمْرَةُ وَرَمٌ من جنس الطَّواعِين نَعُوذ بِاللَّه مِنْهَا.". Çevirisi ise şöyledir: "Humra: İnsanlarda ortaya çıkan ve vücutta belirdiği yeri kırmızılaştıran bir hastalıktır. Ben derim ki: Humra, tâûn cinsinden bir şişliktir. Biz bundan Allah'a sığınırız.".

[iv] Humra kelimesinin şevke ile eş anlam ifade ettiğine işaret eden metin Endülüs'lü âlim Kâsım es-Serakustî'nin (öl. H. 302/M. 915) *ed-Delâîl fî Garîbi'l-Hadîs* adlı eserinde yer alır. Eserde yer alan Arapça orijinal metin şu şekildedir: " أَنَّ الشَّوْكَةَ، هِيَ الْحُمْرَةُ تَعْلُو الْوَجْهَ، وَبَعْضَ الْجَسَدِ". Çevirisi ise şöyledir: "Şevke, yüzde ve vücudun bazı organlarında ortaya çıkan

Klasik İslâm tıbbı müelliflerinden İbn Sînâ'nın (öl. H. 428/M. 1037) ansiklopedik tıbbî eseri *el-Kânûn fi't-tıb*'da sunduğu bilgilerle humranın mahiyeti daha da detaylandırılır. İbn Sînâ'nın bir tür irinli yangı olan flegmondan ayırarak izah ettiği humra, derinin üst kısmında (epidermis) ortaya çıkan ve kızarıklık, ateş, ağrı ve şişlikle beliren hastalık şeklinde tasvir edilebilir. Deri yüzeyinde ortaya çıkan humra, cildin herhangi bir bölgesinde meydana gelmekle beraber, çoğunlukla da yüz bölgesinde belirir. Yüzde beliren humra kabartısı daha ziyade burun ucundan başlayıp, tüm yüz bölgesine dağılır.[v11]

Humrada ortaya çıkan durumları detaylıca tasvir eden İbn Sînâ, hastalığın semptomları ile ismi arasında önemli bir ilişki kurar. Bu ilişki, humrada meydana gelen ateş ve kızartı durumuyla ilgilidir. Buna göre, hastalıkta görülen ateşin deriyi yakacak derecede şiddetli olduğunu ve yaktığı yeri kızarttığını bildirir. Ortaya çıkan bu kızarıklık görüntüsünden hareketle de hastalığın sözlükte kırmızılık anlamına gelen "humra" kelimesiyle anıldığını ifade eder. Onun humranın semptomları ve ismi arasında kurduğu bu ilişkinin yanı sıra, hastalığın tipik belirtisi olan kızarıklıkla ilgili de ayrıntılı bilgiler sunduğu görülür. Bu bilgilerde, humraya ismini veren kızartının flegmon olarak bilinen yangıdaki kızarıklıktan daha saf bir kırmızı olduğu yer alır. Buna ileveten, humradaki kırmızılığın saf bir kırmızılık şeklinde belirdiği gibi sarıya meyilli kırmızı şeklinde görüldüğü de bildirilir. Ayrıca, humradaki kızartıya dokunulduğunda kırmızı rengin kaybolduğu ve o yerin beyazlaştığı dile getirilir. [11]

İbn Sînâ, humraya ismini veren ateş ve kızarıklık semptomlarıyla ilgili tasvirler yaparken bu hastalığın diğer belirtileri olan ağrı ve şişlik durumlarına da değinir. Humradaki kızarıklığın mahiyetine dair yaptığı detaylandırma kadar olmasa da ağrı ve şişlik durumuyla ilgili sunduğu bilgiler de dikkat çekicidir. Humrayı flegmondan ayırarak yaptığı anlatımda, humradaki ağrının flegmondaki ağrıdan daha az olduğunu söyler. Humradaki kızarık renkteki şişliğin ise flegmonda meydana gelen şişliğe kıyasla etrafına yayıldığını belirtir.[11]

---

humradır.". Geç dönem dil âlimlerinden Zebîdî'nin şevke kelimesini tâûn gibi bir hastalık şeklinde nitelediği Arapça orijinal metin şu şekildedir: "الشَّوْكَةُ: داءٌ كالطاعونِ". Çevirisi ise şöyledir: "Şevke, tâûn gibi bir hastalıktır.".

[v] Humranın mahiyetine dair *el-Kânûn fi't-tıb*'dan istifa ettiğimiz Arapça orijinal metin şu şekildedir: " **فصل فِي الْحمرَة** . **وأصنافها**: قد عرفت أَسبَاب الْحمرَة وأصنافها فِي الْكتاب الأول وَالَّتِي يتَمَيَّز بهَا عَن الفلغموني أَن الْحمرَة أظهر حمرَة وأنصع والفلغموني تظهر مِنْهُ حمرَة إِلَى سَواد أَو خضرَة وَأَكْثر لون دَمه يكون كامناً فِي الْغَوْر . وَحُمرَة الْحمرَة تبطل بالمس فيبيض مَكَانهَا بِسَبَب لطف مَادَّة الْحمرَة وتفرقها ثمَّ تعود بِسُرْعَة وَلَا كَذَلِك حمرَة الفلغوني وَترى فِي حمرَة الْحمرَة زعفرانية وصفرة مَا وَلَا نرى ذَلِك فِي حمرَة الفلغموني وَلَا يكون ورم الْحمرَة إِلَّا فِي ظَاهر الْجلد والفلغموني غائر أَيْضا فِي اللَّحْم . والحمرة الْخَالِصَة تدب وَلَا كَذَلِك الفلغموني والصديدية تنفط ويقلّ ذَلِك فِي الفلغموني . والخالصة لَا تدافع الْيَد والفلغموني يمافع وَكلما كثرت زِيَادَة الدَّم على الصَّفْرَاء كَانَت المدافعة أظهر والوجع والضربان أَشد . والحمرة تجلب الْحمى أشدّ وَقد يبلغ من حرارة الْحمرَة أَن تحرق الْبشْرَة فَيصير مَا يُسمى حمرَة وَلَا كَذَلِك الفلغموني فَلَيْسَ التهاب الْحمرَة دون التهاب الفلغموني بل أَكثر لكنّ تمدّد الفلغموني وإيجاده بِسَبَب التمدّد قد يكون أَكثر . فَلذَلِك وجع الْحمرَة أقل. وَأَكْثر مَا تعرض الْحمرَة تعرض فِي الْوَجْه وتبتدىء من أرنبة الْأنف ويزداد الورم وينبسط فِي الْوَجْه كُله.".

Çevirisi ise şöyledir: "Humra ve türleri hakkındaki bölüm: Humrayı ortaya çıkaran sebepler ve onun türlerini birinci kitapta öğrenmiştin. Humrayı flegmonîden ayıran hususlar vardır. (İbn Sînâ eserinin başka bir bölümünde, flegmoni kelimesinin Yunanca bir sözcük olduğunu ve iltihaplı olan her şeye verilen genel bir isimlendirme olduğunu bildirir.) Humrada saf bir kırmızılık varken; flegmonîdeki kırmızılık siyaha veya yeşile çalar. Ayrıca, flegmonîdeki kan rengi daha çok derinlerde gizlenmiş bir halde bulunur. Humranın ince bir maddeden kaynaklanmasından dolayı, humradaki kızartı dokunulduğunda kaybolur ve o yer beyazlaşır. Ancak, bu beyazlama durumu hızlı bir şekilde tekrar eski haline döner. Flegmonî'de ise böyle bir renk değişimi gözlemlenmez. Ayrıca, humradaki kızarıklıkta safran sarısı ve sarı bir renk görülürken, flegmonîdeki kızarıklıkta bu tür bir sarılık bulunmaz. Humradaki şişlik yalnızca derinin yüzeyinde ortaya çıkar; flegmonîdeki ise derinin alt tabakalarında görülür. Saf kırmızı renkte beliren humra, yavaş yavaş yayılır. Ancak flegmonî bu şekilde yayılmaz. Humradaki cerahatlenme su toplayarak olur. Flegmonîde meydana gelen cerahatlenmede su toplama az olur. Saf bir kırmızılığın görüldüğü humra elle bastırıldığında direnç göstermez, fakat flegmonî direnç gösterir. Kan sarı safraya galebe çalarsa, direnç daha da belirginleşir ve ağrı ile nabız atışı daha şiddetli olur. Humrada ortaya çıkan yüksek ateş flegmonîdekinden daha şiddetlidir. Humrada görülen ateş cildi yakacak kadar yüksek olur. Bu sebeple de humra diye isimlenir. Kan sarı safraya galebe çalarsa, direnç daha da belirginleşir ve ağrı ile nabız atışı daha şiddetli olur. Humrada ortaya çıkan yüksek ateş flegmonîdekinden daha şiddetlidir. Humrada görülen ateş cildi yakacak kadar yüksek olur. Bu sebeple humra diye isimlenir. Humradaki iltihap, flegmonî iltihabından daha az değildir, aksine daha fazladır. Ancak flegmonun genişlemesinin sebep olduğu etkiler daha fazla olabilir. Bu sebeple, humranın ağrısı flegmondan daha hafiftir. Humra çoğunlukla yüz bölgesinde görülür ve genellikle burun ucundan başlayarak yüzün tamamına doğru yayılır.".

Kadim İslâm tıbbında humraya dair sunulan bilgilerde ele alınan bir diğer konu, hastalığın ortaya çıkma sebepleri (etiyolojisi) hakkındadır. Humranın etiyolojisiyle ilgili, Ali b. Rabben et-Taberî (öl. H. 247/M. 861'den sonra), Râzî (öl. H. 313/M. 925) ve İbn Sînâ'nın eserlerinde yer alan bilgilerin yanı sıra, İskenderiyeli şârihlerin kaleme aldığı Galen'in (öl. M. 200 [?]) tıp külliyatı derlemelerini Arapçaya çeviren Huneyn b. İshak'ın (öl. H. 260/M. 873) çalışması önemli bir kaynak teşkil eder.[11,12,13,vii] Bu kitaplarda, humranın etiyolojisi hususunda temelde üç etkenden bahsedilir. Kadim literatürün tıbbî bilgi birikimini yansıtan bu etkenler, hıltlar, kan hıltına dönüşemeyip organlarda kalan gıdalar ve mevsimlerle ilişkilidir. Humranın ortaya çıkmasına yol açan hıltlar, Antik Çağ ve Orta Çağ'da bireyin sağlıklı veya hasta olma hâlini belirlediği düşünülen "Humoral Patoloji Teorisine" ait sıvılardır. Kadim tıbbın temel teorilerinden biri olan hıltlar, insan bedeninde bulunduğu kabul edilen kan (دم/dem), balgam (بلغم/balġam), sarı safra (صفراء/safrâ') ve kara safradır (سوداء/sevdâ).[14] Bu dört hılttan, kan ve sarı safra humranın ortaya çıkmasında etkili olan sıvılardır. Buna göre humrayı ortaya çıkaran hıltlar, redâeti ve harâreti artmış kan; harâreti şiddetli olan rakîk kan; sarı safra; sarı safranın karıştığı kan şeklinde dört ayrı sebeple ilişkilendirilir.[vi11-13] Humrayı ortaya çıkaran bir diğer sebep, kana dönüştürülemeyip organlarda kalan gıdalardır. Kana dönüşmeyen ve organlarda arda kalan besinler, belirli bir süre sonra bozulmaya başlayarak kimyasal dönüşüme uğrarlar. Organlarda arda kalan gıdalardaki bu çürüme hâli zamanla daha da artar ve şiddetlenir. Nihayetinde, bu durum humrayı ortaya çıkarır. Humrayı meydana getiren üç etkenden sonuncusu ise mevsimlerdir. Güneyden gelen sürekli yağışlı yaz mevsimi ile rüzgârsız ve nemli sıcak yaz mevsimi humraya yol açar.[vii15]

Arap kültüründeki ve kadim İslâm tıbbındaki mahiyetiyle ilgili çeşitli bilgilerin derlendiği humra kavramına dair, muhtelif dillerde olası karşılıklar tespit edilmiştir. Tarihî metinlere dayanan çalışmalardan ulaşılan bu karşılıklardaki ortak nokta, humra kelimesinde olduğu gibi bu kavramın Türkçe ve İngilizce dillerindeki olası karşılığında da kırmızılık anlamının bulunmasıdır. Nitekim, Anadolu'da XIII-XV. yüzyıllarda yazılan Türkçe tıp kitapları taranarak kaleme alınan sözlük çalışmalarında, humra ifadesinin Türkçe karşılığının yılancık, alazlama, ısırgı, kızıllık, kırmızılık manalarında olduğu söylenir.[16,17] Humraya karşılık olarak verilen ve

---

[vi] Humrayı ortaya çıkaran hıltlarla ilgili bilgilerin yer aldığı Arapça orijinal tekstlerden biri İbn Sînâ'nın el-Kânûn adlı eserinde şu şekilde zikredilir: " وَأما الْكَائِن عَن الدَّم الغليظ الرَّدِيء فَتحدث عَنهُ أَنْوَاع من الخراجات الرَّديئَة فَإِن اشْتدت رداءته واحتراقه حدثت الْحمرَة." Metnin çevirisi ise şöyledir: "Galîz ve redî kan hıltından çeşitli kötü hurâclar meydana gelir. Şayet kanın redâeti ve harâreti artarsa humra oluşur". Konuyla ilgili bir diğer tekst İskenderiyeli şârihlerin kaleme aldığı Galen'in tıp külliyatı derlemelerinde şu şekilde geçer: " فإن كان الدم ليس بجيد ولا معتدل المزاج، بل شديد الحر ارة، فإما أن يكون رقيقاً و إما غليظاً . فإن كان رقيقاً حدث عنه الورم المسمى حمرة، إلاّ أنّ هذه الحمرة أقل رداءة من تلك الحمرة التي تحدث عن دم يخالطه مرار ." Metnin çevirisi ise şöyledir: "Eğer kan iyi değilse ve mizacı mutedil olmayıp harâreti şiddetliyse, bu durumda kan ya rakîk ya da galîz olur. Eğer rakîk olursa, bundan humra adı verilen şişlik ortaya çıkar. Ancak söz konusu humranın kötülüğü, kendisine safra karışan kandan kaynaklanan humradan daha azdır.". Konuyla ilgili söz konusu eserde yer alan bir diğer bilgi ise şudur: ". أصناف الورم أربعة، وذلك إما من الخلط المراري ويسمى حمرة". Bu metnin çevirisi şu şekildedir: "Şişlik sınıfları dört tanedir. Bunlardan biri sarı safra hıltından doğar ve humra diye isimlenir.".

Konuyla ilgili söz konusu eserde yer alan bir diğer bilgi ise şudur: " والأخلاط أربعة، الدم وهو حار رطب، والبلغم وهو بارد رطب، والصفراء وهي حارة يابسة، والمرة السوداء وهي بادرة يابسة . ويتولد عن هذه اللأربعة الأخلاط أربعة أجناس من الأورام . ويحدث عن المرة الصفراء، لا بل عن الدم الذي قد ضربت فيه ال صفراء الورم المعروف بالحمرة .". Metnin çevirisi ise şöyledir: "Hıltlar dört tanedir: Kan, sıcak ve rutubetlidir; balgam, soğuk ve rutubetlidir; sarı safra, sıcak ve kurudur; kara safra ise soğuk ve kurudur. Bu dört hıltın her birinden dört tür şişlik meydana gelir. Sarı safranın kendisinden değil ancak sarı safranın karıştığı kandan humra meydana gelir.". Bu bilginin bir benzerini de Ali b. Rabben et-Taberî şu şekilde dile getirir: " وان سال دم رقيق الى بعض الأعضاء مائل الى الصفرا كان منه الحمرة .". Çevirisi ise şöyledir: "Eğer ince bir kan, sarı safraya karışarak bazı organlara akarsa, humra meydana gelir.".

[vii] Kan hıltına dönüşemeyip organlarda kalan gıdaların ve mevsimlerin humranın ortaya çıkmasındaki etkisine işaret eden Razi'nin *el-Hâvî fi't-Tıbb* adlı eserinde yer alan Arapça orijinal metinler şöyledir: " الفضول الْبَاقِيَة من الأغذية مِمَّا لَا يَسْتَحِيل إِلَى الدَّم وَتبقى فِي الْأَعْضَاء تعفن وتحتد على الْأَيَّام حَتَّى تولد الْحمرَة ." Bu metnin çevirisi şu şekildedir: "Kan hıltına dönüşemeyen gıdalardan arta kalan artıklar, organlarda kalır ve zamanla bozulup iltihaplanır. Bu durum, günler geçtikçe humra hastalığını meydana getirir.". Bir diğer Arapça orijinal metin ise şöyledir: " الصَّيف المطير الجنوبي الدَّائِم يحدث القروح الْمُسَمَّاة حمرَة والصيف الْحَار العديم الرّيح الرّطبَة يحدث حمرَة .". Çevirisi şu şekildedir: "Güneyden gelensürekli yağışlı yaz mevsimi, humra adı verilen iltihaplı yaralara neden olur. Sıcak, rüzgârsız ve rutubetli yaz mevsimi de humrayı ortaya çıkarır.".

birbirleriyle eş anlam ifade eden yılancık, alazlama, ısırgı kavramları bir cilt hastalığına işaret eder. Modern tıp literatüründeki karşılığı erizipel/erysipelas olan bu hastalık, streptokok denen bir mikroptan kaynaklanır ve ciltte kızarıklık, şişlik durumlarıyla kendini belli eder.[18,19] Yılancığın modern tıp literatüründeki karşılığı olan erizipel kelimesinin İngilizce yazımı olan erysipelas ifadesinin kökeni de Yunanca kırmızı deri anlamına gelen erythros ve pella sözcüklerinin birleşimine dayanır.[20]

Gereç ve Yöntem

Çalışmada kullanılan kaynaklar, giriş ve bulgular kısmındakiler olmak üzere ikiye ayrılır. Yukarıda giriş kısmında humranın kavramsal çerçevesi, belirtileri ve etiyolojisine dair sunulan bilgilerin tespit edildiği kitaplar iki kategoride ele alınır. Humranın tanımıyla ilgili bilgilere ulaşmayı sağlayan kitaplar, Halîl b. Ahmed'in (öl. H. 175/M. 791) *Kitâbü'l-Ayn*'ı ve Ezherî'nin (öl. H. 370/M. 980) *Tehzîbü'l-luga*'sı olmak üzere kadim Arap dili lugatlarıdır.ii¨iii Humranın mahiyeti, belirtileri ve etiyolojisine dair bilgilerin elde edildiği kitaplar ise klasik İslâm tıbbı kitaplarıdır. Bunlar, Ali b. Rabben et-Taberî'nin (öl. H. 247/M. 861'den sonra) *Firdevsü'l-hikme*'si, Râzî'nin (öl. H. 313/M. 925) *Kitâbü'l-Hâvî fi't-tıbb*'ı ve İbn Sînâ'nın (öl. H. 428/M. 1037) *el-Kânûn fi't-tıbb*'ıdır.12[-12,15] Bu eserlerden *el-Kânûn fi't-tıbb*'da humrayla ilgili yer alan bilgiler diğerlerine kıyasla daha kapsamlı ve zengindir. Ayrıca Türkiye Yazma Eserler Kurumu tarafından, inceleme- çeviri-eleştirmeli metin hâlinde Arapça orijinal metin ve Türkçe çevirisi sunularak yayımlanan İskenderiyeli şârihlerin kaleme aldığı Galen'in (öl. M. 200 [?]) tıp külliyatı derlemesi *Kütübü Câlînûs fi't-Tıb* adlı eserden de istifade edilmiştir. Eseri Grekçe aslından Arapçaya çeviren mütercim ise Huneyn b. İshak'dır (öl. H. 260/M. 873).[13]

Çalışmanın bulgular kısmını oluşturan Hz. Peygamber dönemindeki humra hastalığı öykülerine dair rivayetler, dönemin sosyal hayatı hakkında da bilgi sunan hadis kitaplarından tespit edilmiştir. Bu hadis kitapları, Yemenli hadis âlimi Ma'mer b. Râşid'in (öl. H. 153/M. 770) *el-Câmi*ʿ[21] Ma'mer'in talebesi Abdürrezzâk b. Hemmâm'ın (öl. H. 211/M. 826-27) *el-Musannef fi'l-hadîs*'i,[22] Hanbelî mezhebinin imamı Ahmed b. Hanbel'in *el-Müsned*'i[23] ve Kütüb-i Sitte yazarlarından Tirmizî'nin (öl. H. 279/M. 892) *es-Sünen*[24] adlı eserleridir. Bu eserlerden elde edilen humrayla ilgili rivayetler, Arapça metinler ve tarafımızca yapılan Türkçe çeviriler aşağıda sunulmuştur.

Bulgular

İslâm tıbbının erken dönemi olarak değerlendirilen Hz. Muhammed'in yaşadığı süreçte (571- 632) Müslüman Arap toplumu çeşitli cilt hastalıklarıyla karşı karşıya gelmiştir. Hz. Muhammed dönemindeki Müslüman Arap toplumunda görülen cilt hastalıklarından biri deride kabarıklık ve kızarıklık şeklinde beliren humradır. Nitekim, bahsi geçen tarihî sürece ve bu sürecin ilerleyen birkaç yıl sonrasına dair kaynaklara yansıyan dört farklı humra vakası tespit edilmiştir. Bu duruma konu olan kişilerden üç tanesi Hz. Muhammed'le görüşme, onunla sohbet etme fırsatını yakalamış kimselerden, dördüncüsü Hz. Muhammed döneminde yaşamış olmasına rağmen mümin olarak onu görememiş, bu sebeple de "muhadram" diye nitelenen kimselerden biridir. Sahâbeden humraya yakalanan kişilerin ikisi erkek biri kadın olup, muhadram olarak nitelenen kimsenin cinsiyeti ise erkektir. Bu dört yetişkin bireyin hastalık öyküsü folklorik bulgular dikkate alınarak ve kronolojik sıra gözetilerek aşağıda sunulmaktadır.

Sahâbeden humra rahatsızlığı yaşadığı saptanan üç kişiden biri, Medineli sahâbî Es'ad b. Zürâre'dir (öl. H. 1/M. 623). Hz. Muhammed'in Medine'ye hicret ettiği sene vefat eden Es'ad'ın ölümü hakkında bilgi veren rivayetler, onun bir hastalığa yakalanıp ardından öldüğünü söylerler. Tespit edilebildiği kadarıyla, Es'ad'ın ölümünü konu alan rivayetlerde genellikle iki farklı hastalık ön plana çıkar.[25,26] Bu iki hastalıktan biri zübha/zibha (**ذبحة**) olarak isimlenen, boğaz ağrısıyla kendini belli eden ölümcül bir rahatsızlıkken diğeri

deride kabarıklık ve kırmızılıkla kendini belli eden humradır.[27,28] Ele aldığımız konu gereği, humranın söz konusu edildiği rivayetlere odaklanılacaktır.

Es'ad'ın humraya yakalandığını konu alan rivayetler muhteliftir. Bu rivayetlerde aktarılan bilgiler, genel hatlarıyla birbirine benzemekle birlikte bazı farklılıklar da içerir. Rivayetlere ait metinlerdeki ortak olan ve farklılaşan kısımları tek bir rivayet üzerinden göstermek mümkündür. Ancak rivayet metnini sunmadan evvel, metinde humra hastalığının şevke (شوكة) kelimesiyle ifade edildiğini bildirmek gerekir. Nitekim yukarıda belirtildiği üzere, şevke kelimesi bazı âlimlere göre humra ile eş anlam ifade ederken bazılarına göre de yüzde meydana gelen humraya işaret etmektedir.9,10 Söz konusu rivayet Yemenli hadis âlimi Ma'mer b. Râşid (öl. H. 153/M. 770) ve onun eserini günümüze ulaştıran öğrencisi Abdürrezzâk b. Hemmâm'ın (öl. H. 211/M. 826-27) eserlerinde şu şekilde aktarılır:[21,22]

أخبرنا عبد الرزاق، عَنْ مَعْمَرٍ، عَنِ الزُّهْرِيِّ، عَنْ أَبِي أُمَامَةَ بْنِ سَهْلِ بنِ حُنَيْفٍ، قَالَ: دَخَلَ رَسُولُ اللهِ صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ عَلَى أَسْعَدَ بْنِ زُرَارَةَ، وَبِهِ وَجَعٌ، يُقَالُ لَهُ: الشَّوْكَةُ، فَكَوَاهُ حَوْرَاءَ عَلَى عُنُقِهِ، فَمَاتَ.

Sunulan rivayette, rivayetin bir senet bir de metin kısmı yer alır. Rivayetin senet kısmında yer alan kişiler hakkında bilgi vermek bu çalışmanın konusunu aşan bir husustur. Bu sebeple, rivayeti nakleden ilk anlatıcının hadiseye konu olan kişiyle bağlantısını göstermek adına sadece o tanıtılacaktır. Buna göre, bu rivayeti sonraki tabakalara nakleden kişi, Es'ad b. Zürâre'nin torunu Ebû Ümâme b. Sehl b. Huneyf'dir (öl. H. 100/M. 719).[29]

Rivayetin metin kısmının Türkçesi şu şekildedir:

"*Hz. Peygamber hasta vaziyette olan Es'ad b. Zürâre'yi ziyaret etti. Es'ad bir ağrı çekiyordu. Bu ağrı şevke (شوكة) diye bilinen rahatsızlıktan kaynaklanıyordu. Hz. Peygamber onun boynunu daire şeklindeki dağlama aletiyle dağladı. Çok bir zaman geçmeden Es'ad b. Zürâre vefat etti.*"[viii]

Tespit edildiği kadarıyla, çevirisi verilen metin ile diğer rivayetlerdeki ortak bilgiler, Es'ad'ın humraya yakalanması, Hz. Muhammed'in onu bu sebeple ziyaret etmesi, Es'ad'a iyileşmesi için dağlama yapılması ve bu olayın ardından onun ölmesidir. Yukarıdaki metin ile diğer rivayetler arasında görülen farklılıklar ise üç başlık altında toplanabilir. Bu farklılıklardan birincisi, dağlamayı yapan kişinin Hz. Muhammed olup olmadığı, ikincisi dağlama yapılan vücut bölgesi, üçüncüsü ise dağlamanın yapılış şekli hakkındadır. Buna göre, yukarıdaki rivayette Es'ad'a dağlamayı yapan kişi Hz. Muhammed iken, bir başka rivayette Hz. Muhammed'in tavsiyesiyle Es'ad'a uygulamayı yapan kişinin farklı bir kimse olduğu bildirilir. Ayrıca yukarıdaki rivayette dağlama bölgesi boyun olarak ifade edilirken, diğer rivayetlerde bu bölgeyle ilgili bilgiler başın üst kısmı, baş etrafı veya omuz şeklindedir. Son olarak, yukarıda sunulan rivayette Es'ad'ın boynuna uygulanan dağlamanın dairesel formda yapıldığı belirtilirken, Es'ad'ın başının üst kısmından dağlandığını bildiren farklı bir rivayette dağlamanın iki çizgi şeklinde yapıldığı söylenir.23,[30,31]

Sahâbeden humra rahatsızlığı yaşadığı tespit edilen ikinci kişi, bir kadın sahâbî olan Zeynep bint Muâviye'dir (öl. H. 32/ M. 653'ten sonra). Mekke'den Medine'ye hicret eden muhacir grup arasında yer alan Zeynep, İslâmiyet'i ilk kabul edenlerden Abdullah b. Mes'ûd'un eşidir.[32] Onunla ilgili sunulacak hastalık öyküsü, kocası Abdullah b. Mes'ûd'la olan evliliği sürecinde yaşanmıştır. Hadiseyi aktaran muhtelif rivayetlerden biri, Hanbelî mezhebinin kurucusu Ahmed b. Hanbel'in (öl. H. 241/M. 855) *el-Müsned* adlı hadis kitabında şu şekilde yer alır: [23]

[viii] Çevirisini yaptığımız rivayetteki **حَوْرَاء** kelimesine "daire şeklindeki dağlama aleti" manasını vermemizin dayanağı, hadis metinlerinde geçen nâdir kelimelerin açıklamalarının sunulduğu garîbü'l-hadîs literatüründen *en-Nihâye fî garîbi'l-hadîs ve'l-eser*'dir. İbn Esîr'in **حَوْرَاء** kelimesiyle ilgili en-Nihâye'de sunduğu açıklama şu şekildedir: **الحَوراء: كَيَّة مُدَوَّرة، من حار يَحور، إذا رجع، وحَوَّره إذا كواه هذه الكَيَّة، كأنه رَجَعها فأَدَارها .** bk. İbn Esîr. en-Nihâye fî Ğarîbi'l-Hadîs ve'l-Eser. Tâhir Ahmed ez-Zâvî, Mahmûd Muhammed et-Tanâhî, editörler. 5 Cilt. Beyrut: el-Mektebetü'l-İlmiyye; 1979.

حَدَّثَنَا أَبُو مُعَاوِيَةَ، حَدَّثَنَا الْأَعْمَشُ، عَنْ عَمْرِو بْنِ مُرَّةَ، عَنْ يَحْيَى بْنِ الْجَزَّارِ، عَنِ ابْنِ أَخِي زَيْنَبَ، عَنْ زَيْنَبَ، امْرَأَةِ عَبْدِ اللَّهِ، قَالَتْ: كَانَ عَبْدُ اللَّهِ إِذَا جَاءَ مِنْ حَاجَةٍ فَلْتَهَى إِلَى الْبَابِ، تَنَحْنَحَ وَبَزَقَ، كَرَاهِيَةَ أَنْ يَهْجُمَ مِنَّا عَلَى شَيْءٍ يَكْرَهُهُ، قَالَتْ: وَإِنَّهُ جَاءَ ذَاتَ يَوْمٍ، فَتَنَحْنَحَ، قَالَتْ: وَعِنْدِي عَجُوزٌ تَرْقِينِي مِنَ الْحُمْرَةِ، فَأَدْخَلْتُهَا تَحْتَ السَّرِيرِ، فَدَخَلَ، فَجَلَسَ إِلَى جَنْبِي، فَرَأَى فِي عُنُقِي خَيْطًا، قَالَ: مَا هَذَا الْخَيْطُ؟ قَالَتْ: قُلْتُ خَيْطٌ أُرْقِيَ لِي فِيهِ، قَالَتْ: فَأَخَذَهُ فَقَطَعَهُ، ثُمَّ قَالَ: إِنَّ آلَ عَبْدِ اللَّهِ لَأَغْنِيَاءُ عَنِ الشِّرْكِ، سَمِعْتُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَقُولُ: «إِنَّ الرُّقَى، وَالتَّمَائِمَ، وَالتِّوَلَةَ شِرْكٌ».

Rivayetin senet kısmından elde edilen bilgilere göre, hadiseyi nakleden birinci anlatıcı, hastalık öyküsü hakkında bilgi verilecek olan Zeynep'tir. Zeynep de hadiseyi kardeşinin oğlu olan yeğenine nakletmiştir.[ix]

Rivayetin metin kısmının Türkçesi şu şekildedir:

"Abdullah dışarıda bir işini halledip eve döndüğünde, kapının önüne gelir ve evde hoşlanmadığı bir şeyle karşılaşmaktan kaçınarak öksürürdü. Yine bir gün eve geldiğinde öksürdü, o esnada benim yanımda yaşlı bir kadın vardı. Bu kadın humra hastalığım sebebiyle bana rukye yapıyordu. Abdullah öksürünce, kadını yatağın altına sakladım. Abdullah içeri girdi, yanıma oturdu ve boynumdaki ipi gördü. 'Bu ip nedir?' diye sordu. Ben de 'Bu, bana rukye yapılan bir iptir.' dedim. Bunun üzerine, Abdullah ipi aldı, kopardı ve 'Abdullah ailesi, şirkten uzak duracak kadar güçlüdür.' dedi. Akabinde de Resûlullah'ın şöyle dediğini işittim: 'Rukye, muska ve kadınların kendilerini kocalarına sevdirmek için taktıkları boncuklar şirktir.' dedi."

Çevirisi verilen rivayette, Zeynep'in yakalandığı humra hastalığından kurtulmak için yaşlı bir kadına rukye yaptırması dile getirilir. Hastalıklardan korunmak veya kurtulmak amacıyla birtakım sözlerin okunmasıyla yapılan rukye uygulaması, bu olayda da bir ip üzerine okuma şeklinde cereyan etmiştir.[33] Zeynep, yaşlı kadının okuduğu ipi boynuna takmış ve onunla humra hastalığından kurtulacağına inanmaktadır. Hadiseyi genel hatlarıyla anlatan bu rivayetten elde edilen bilgilere ek olarak, bu olayı konu alan başka bir rivayet metninde de Zeynep'in vücudunda beliren humranın yeriyle ilgili detaylı bir bilgi söz konusudur. Hâkim en-Nîsâbûrî'nin (öl. H. 405/M. 1014), Buhârî ile Müslim'in *el-Câmiʿu's-sahîh*'lerine almadıkları sahih hadisleri bir araya getirdiği *el-Müstedrek ʿale's-Sahîhayn* adlı eserinde yer alan bu bilgi, humranın, Zeynep'in yüzünde ortaya çıktığını belirtir.[34] Bu bilginin yer aldığı Arapça orijinal metin ve çevirisi ise şu şekildedir:

حَدَّثَنَا الشَّيْخُ أَبُو بَكْرِ بْنُ إِسْحَاقَ، أَنْبَأَ عَبْدُ اللَّهِ بْنُ الْحَسَنِ بْنِ أَحْمَدَ، ثَنَا جَدِّي أَحْمَدُ بْنُ أَبِي شُعَيْبٍ، ثَنَا مُوسَى بْنُ أَعْيَنَ، عَنْ مُحَمَّدِ بْنِ مَسْلَمَةَ الْكُوفِيِّ، عَنِ الْأَعْمَشِ، عَنْ عَمْرِو بْنِ مُرَّةَ، عَنْ يَحْيَى بْنِ الْجَزَّارِ، عَنْ عَبْدِ اللَّهِ بْنِ عُتْبَةَ بْنِ مَسْعُودٍ، عَنْ زَيْنَبَ، **امْرَأَةِ عَبْدِ اللَّهِ أَنَّهَا أَصَابَهَا حُمْرَةٌ فِي وَجْهِهَا**، فَدَخَلَتْ عَلَيْهَا عَجُوزٌ فَرَقَتْهَا فِي خَيْطٍ فَعَلَّقَتْهُ عَلَيْهَا، فَدَخَلَ ابْنُ مَسْعُودٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ فَرَآهُ عَلَيْهَا، فَقَالَ: مَا هَذَا؟ فَقَالَتْ: اسْتَرْقَيْتُ مِنَ الْحُمْرَةِ، فَمَدَّ يَدَهُ فَقَطَعَهَا، ثُمَّ قَالَ: إِنَّ آلَ عَبْدِ اللَّهِ لَأَغْنِيَاءُ عَنِ الشِّرْكِ، قَالَتْ: ثُمَّ قَالَ: إِنَّ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ حَدَّثَنَا: «إِنَّ الرُّقَى وَالتَّمَائِمَ وَالتِّوَلِيَةَ شِرْكٌ»

"*Yüzünde humra bulunan Abdullah'ın (Abdullah b. Mes'ûd) karısı Zeynep'ten nakledildiğine göre: Zeynep'in yanına yaşlı bir kadın geldi. Bu kadın bir iplik üzerine okuyarak üfledi (rukye yaptı) ve o ipliği Zeynep'in üzerine astı. Daha sonra Abdulla b. Mesud (r.a) Zeynep'in üzerinde asılı olan şeyi gördü. 'Bu nedir?' diye sordu. Zeynep de 'Humra için rukye yaptırdım' dedi. Bunun üzerine, Abdullah ipi aldı, kopardı ve 'Abdullah ailesi, şirkten uzak duracak kadar güçlüdür.' dedi. Akabinde de Resûlullah'ın şöyle dediğini işittim: 'Rukye, muska ve kadınların kendilerini kocalarına sevdirmek için taktıkları boncuklar şirktir.' dedi."*

Hz. Muhammed'in ashâbından humra hastalığına yakalandığı saptanan üçüncü kişi, Hz. Ömer'in oğlu Abdullah'tır (öl. H. 73/M. 693). Hadis ve fıkıh ilmindeki yetkinliğiyle tanınan Abdullah b. Ömer, Hz. Muhammed'e vahiy geldikten üç yıl sonra Mekke'de dünyaya gelmiştir. İslâm'ın ilk zamanlarına tanıklık eden Abdullah, Emevîler döneminde vefat etmiştir. Uzun bir hayat yaşayan Abdullah, muhtemelen yaşamı boyunca muhtelif hastalıklara şahit olmuştur. Kaynaklara yansıdığı üzere, Abdullah'ın yaşadığı hastalıklardan

[ix] Yukarıdaki rivayetin senet kısmında geçen Zeynep'in kardeşinin oğlundan olan yeğeni ibaresinin yerine bir başka rivayetin senedinde kocası Abdullah b. Mes'ûd'un erkek kardeşinin oğlu olan Abdullah b. Utbe b. Mes'ûd'un ismi zikredilir. bk. Hâkim. el-Müstedrek. 8 Cilt. Kahire: Dâru't-Teʾsîl; 2014.

biri humradır. Tespit edilebildiği kadarıyla onun humra hastalığı yaşadığını bildiren rivayet, Yemenli hadis âlimi Ma'mer b. Râşid (öl. H. 153/M. 770) ve öğrencisi Abdürrezzâk b. Hemmâm'ın (öl. H. 211/M. 826-27) eserleriyle günümüze ulaşmıştır. Bu rivayet şöyledir:[21,22]

أَخْبَرَنَا عَبْدُ الرَّزَّاقِ، عَنْ مَعْمَرٍ، عَنْ سِمَاكِ بْنِ الْفَضْلِ، قَالَ: أَخْبَرَنِي مَنْ رَأَى ابْنَ عُمَرَ، «رَجُلٌ بَرْبَرِيٌّ يَرْقِي عَلَى رِجْلِهِ مِنْ حُمْرَةٍ بِهَا، أَوْ شَبَهِهِ»

Rivayetin senet kısmından elde edilen bilgilere göre, hadiseyi nakleden birinci anlatıcı, hastalık öyküsü hakkında bilgi verilecek olan Abdullah b. Ömer'i gören bir kimsedir.

Rivayetin metin kısmının Türkçesi şu şekildedir:

"Berberî bir adam, Abdullah b. Ömer'e bacağındaki humra rahatsızlığı veya benzeri bir hastalık sebebiyle rukye yapıyordu." Rivayetten üç önemli bulgu elde edilir. Birincisi, humranın Abdullah b. Ömer'in bacağında ortaya çıktığının belirtilmesidir. İkincisi Abdullah b. Ömer'in humradan rukye ile tedavi olmasıdır. Üçüncüsü ise rukyeyi yapan kişinin kimliğiyle ilgili berberî bir kimse detayının sunulmasıdır.

Hz. Muhammed döneminde yaşayıp humra hastalığına maruz kalan dördüncü kişi ise muhadramûndan Abdullah b. Ukeym'dir. Hz. Muhammed döneminde yaşamış olmasına rağmen mümin olarak onu göremeyen Abdullah, Emevîler döneminde vefat etmiştir.[35,36] Adaşı Abdullah b. Ömer gibi uzun bir hayata sahip olan Abdullah b. Ukeym de muhtemelen hayatı boyunca çeşitli hastalıklarla karşı karşıya kalmıştır. Kaynaklara yansıdığı üzere, Abdullah b. Ukeym'in yaşadığı hastalıklardan biri humradır. Abdullah'ın humra hastalığına yakalanmasıyla ilgili bilgi aktaran muhtelif rivayetlerden biri, Kütüb-i Sitte yazarlarından Tirmizî'nin (öl. H. 279/M. 892) *el-Câmiu's-sahîh* adlı eserinde, "hastalıklardan korunmak için takılan şeylerin hoş görülmemesi" bâb (konu) başlığı altında aktarılır. Aktarılan rivayet şu şekildedir:[23]

بَابُ مَا جَاءَ فِي كَرَاهِيَةِ التَّعْلِيقِ

حَدثنا مُحَمَّدُ بْنُ مَدُّوَيْهِ، قَالَ: حَدثنا عُبَيدُ اللهِ بْنُ مُوسَى، عَنْ مُحَمَّدِ بْنِ عَبدِ الرَّحمَنِ بْنِ أَبِي لَيْلَى، عَن عِيسَى، وَهو ابْن عَبدِ الرَّحمَنِ بْنِ أَبِي لَيْلَى، قَالَ: دَخَلْتُ عَلَى عَبدِ اللهِ بْنِ عُكَيْمٍ أَبِي مَعْبَدٍ الجُهَنِيِّ، أَعُودُهُ، وَبِهِ حُمْرَةٌ، فَقُلت: أَلاَ تُعَلِّقُ شَيْئًا؟ قَالَ: المَوْتُ أَقْرَبُ مِنْ ذَلِكَ، قَالَ النَّبِيُّ صَلى الله عليه وسَلم: مَنْ تَعَلَّقَ شَيْئًا وُكِلَ إِلَيْهِ.

Rivayetin senet kısmında bildirildiği üzere, hadiseyi nakleden birinci anlatıcı Îsâ b. Abdurrahman b. Ebû Leylâ'dır. Îsâ'nın babası Abdurrahman b. Ebû Leylâ (öl. M. 83/H. 702), hastalık öyküsü hakkında bilgi verilecek olan Abdullah b. Ukeym'in yakın arkadaşıdır.[37] Babasının yirmi yılı aşkın dostu olan Abdullah b. Ukeym'i hastalığında ziyaret eden Îsâ, Abdullah'ın hastalığıyla ilgili rivayeti şu şekilde aktarır:

"Abdullah b. Ukeym Ebû Ma'bed el-Cühenî'nin humra hastalığı sebebiyle, ona hasta ziyaretinde bulundum. Bu ziyaret esnasında Abdullah'a, bu hastalığa karşı bir şey taksaydın ya dedim. Bunun üzerine Abdullah bana, '[Hastalığı defetmek için muska nevinden bir şey takınmaktansa] ölüm bana daha yakındır.' diye cevap verdi. Ardından, Hz. Peygamber'in şu sözlerini aktardı: Kim bir şey takarsa akıbeti ona havale edilir.". Tıp tarihi açısından rivayetten elde edilen önemli bulgu, Îsâ'nın Abdullah'a hastalıktan kurtulmak için teklif ettiği yöntemdir. Yukarıda Zeynep bint Muâviye'nin hastalık öyküsünde anlatılan ip vb. şeyleri okuyarak vücuda asıp hastalıktan kurtulma yöntemi burada da görülür.

Tartışma-Sonuç

Hz. Muhammed dönemindeki humra hastalığı öykülerinden hastalığın mahiyetine dair önemli bulgular elde edilir. Bu bulguları, humrayla ilgili Arap dili sözlüklerinde yer alan tanımlar, klasik İslâm tıbbı kaynaklarındaki mâlûmat ve hastalığın muhtemel karşılığı olan erizipelle ilgili bilgiler çerçevesinde değerlendirmek mümkündür. Ele alınacak üç meseleden ilki, mezkûr hastalık öykülerindeki humranın ciltte belirdiği yerler ve hastalığın semptomlarına dair bulgulardır. Zeynep bint Muâviye ve Abdullah b. Ömer'le ilgili aktarılan rivayetlerde, onlardaki humranın yüz ve bacak bölgelerinde meydana geldiği dile getirilir.[21,22,34] Bu bulguya

ek olarak, Es‘ad b. Zürâre’yle ilgili metindeki “şevke” sözcüğünün yüzde meydana gelen humra vurgusu ihtiva etmesinden hareketle, onun cildindeki humranın da yüz bölgesinde belirdiği düşünülebilir.10[21] Humranın ciltte belirdiği yerlerle ilgili bu bulgular, İbn Sînâ’nın humra hakkındaki aktarımları ve erizipelle ilgili modern araştırmalardaki bilgiler çerçevesinde ele alınabilir. Öyle ki İbn Sînâ, bu hastalığın daha ziyade yüz bölgesinde ortaya çıktığını ve çoğunlukla da burundan başlayıp etrafına yayıldığını dile getirir.[11] Ayrıca, humranın modern tıptaki olası karşılığı olan erizipel hakkındaki araştırmalarda belirtildiğine göre de bu hastalığın yüz ve bacakta belirmesi yaygın olarak görülen bir durumdur.[38] Bu bilgiler ışığında, hastalık öykülerinde dile getirilen cilt bölgeleriyle İbn Sînâ’nın bahsettiği humra hastalığı ve modern tıptaki erizipel hastalığında sık görülen vücut bölgelerinin eşleştiği söylenebilir. İlaveten, Es‘ad b. Zürâre’nin humra hastalığı sebebiyle ağrı hissetmesi de İbn Sînâ’nın bahsettiği humranın ve modern tıptaki erizipelin belirtileriyle örtüşen bir diğer durumdur. Ancak şu da bir gerçek ki, ağrı pek çok hastalığın önemli bir belirtisidir.

Hakkında konuşulması gereken ikinci mesele, humranın öldürücü niteliği bulunan salgın bir hastalık olup olmadığıdır. Hatırlanacağı üzere, Arap dili âlimi Ezherî’nin sözlük çalışması *Tehzîbü’l-luga*’da, vücutta belirdiği yeri kırmızılaştıran bir hastalık olarak tanımlanan humranın aynı zamanda tâûn cinsinden bir şişlik olduğu da ifade edilmekteydi.iii Ezherî’ye ait olan “tâûn cinsinden bir şişlik” ifadesiyle, humranın tâûn gibi şişlikle beliren bulaşıcı, öldürücü bir hastalık olarak düşünülebileceği giriş kısmında belirtilmişti. Bununla birlikte, taraması yapılan İslâm tıbbı eserlerinde humranın tâûnla benzerliğini kuran veya humranın bir tür tâûn olduğuna işaret eden bilgiye rastlanılmamıştır. Ancak yine de rivayetlerdeki humranın bulaşıcı ve öldürücü bir hastalık olma ihtimali mevcut mudur? Yukarıda sunulan dört hastalık öyküsünden sadece birinde ölümün gerçekleştiği bildirilir. Öldüğü bildirilen hasta Es‘ad b. Zürâre’dir. Es‘ad’ın -rivayette şevke olarak belirtilen- humra hastalığına yakalanıp, tedavisi için dağlama yapılıp, belli bir müddet sonra öldüğü bilinir.[21] Yaşadığı hastalığın ardından ölen Es‘ad’ın, öldürücü humra hastalığına yakalanmış olduğu ve bu sebeple vefat ettiği düşünülebilir. Bu varsayımla birlikte, Es‘ad’ın vefat sebebinin humradan bağımsız olma ihtimali de mevcuttur. Nitekim rivayette, Es‘ad’a bir tedavi yöntemi olarak dağlamanın uygulandığı bu uygulamadan sonra vefat ettiği aktarılır. Demir veya metal cinsinden ateşte kızdırılmış bir aletle, hastalıklı bölgenin yakılarak tedavi edildiği dağlama uygulaması, Es‘ad b. Zürâre’nin hastalığını ölüme götürecek bir duruma yol açmış olabilir.[39] Es‘ad’ın humradan bağımsız olarak öldüğü düşüncesini destekleyecek bir başka ihtimal ise onun ölümünü konu alan rivayetlerde -humra haricinde- zübha/zibha hastalığının da zikredilmesidir. Yukarıda da hakkında kısaca bilgi verildiği üzere, zübha/zibha boğaz ağrısıyla kendini belli eden ölümcül bir rahatsızlık şeklinde tanımlanır.[27] Ayrıca, yukarıda humrayla ilgili hastalık öyküsü verilen diğer kişilerde ölümün söz konusu edilmemesi de dikkat çekicidir. Yine, ele aldığımız dört hastalık öyküsünde hasta ziyaretinde bulunulduğuna dair bilgilerin yer alması da humranın toplumda bulaşıcı olarak algılanmadığını düşündürür.

Dile getirilecek son mesele ise humraya dair yapılan tedavi uygulamalarıdır. İlk Arapça sözlük olarak nitelenen *Kitâbü’l-Ayn*’dan itibaren humranın tanımının verildiği dil sözlüklerinin genelinde onun rukye ile tedavi edildiğine veya sakinleştirildiğine dair mâlûmat bulunur.ii[40] Hastalıklardan korunmak veya kurtulmak amacıyla birtakım sözlerin okunmasıyla yapılan rukye, Câhiliye Arapları’ndan itibaren Arap toplumunda mevcut olan bir uygulamadır. Hz. Peygamber döneminde de var olan bu uygulama, Allah’a karşı şirk barındıran sözlerle yapılmadığı müddetçe Hz. Peygamber tarafından uygun görülmüştür.[40] Yukarıdaki dört hastalık öyküsünden üçünde de humranın rukye veya benzeri yöntemlerle tedavi edilmesi söz konusudur. Bu bilgiler çerçevesinde, kadim Arap toplumunda humra karşısında rukyeye başvurmanın kültüre yerleşmiş bir olgu olduğu düşünülebilir.[x] Öyleyse, Es‘ad b. Zürâre’ye dağlama yapılmasının sebebi neydi? Onun

[x] Humranın muhtemel karşılığı olan yılancık hastalığı, Anadolu’daki ocak kültüründe humraya benzer bir şekilde okunarak tedavi edilmektedir. “Geleneksel Tedavi Uygulamaları Kapsamında Sağaltım Ocakları ve Tedavi Yöntemleri”

hastalığı, diğer humra vakalarından daha ciddi bir durum mu seyrediyordu? Yukarıda da dile getirilen diğer bir ihtimal kapsamında, Es'ad'ın hastalığı humra değil de diğer rivayetlerde aktarılan ölümcül hastalık zübha/zibha mıydı? Bu sorulara net bir cevap vermek zordur. Ancak, uygulanan dağlamanın mahiyetini ve ne sebeple kullanıldığını izah edebiliriz.

Dağlama, demir veya metal cinsinden ateşte kızdırılmış bir aletle, hastalıklı bölgenin yakılarak tedavi edildiği bir yöntemdir. Antik Mısır, Yunan, Roma ve Orta Asya Türk toplumları gibi muhtelif milletlerin uyguladığı bu tedavi yöntemini Araplar da Câhiliye döneminden itibaren kullanmaktadır.[39] Hz. Peygamber döneminde dağlama, savaşlarda meydana gelen yaralanmalar, zâtü'l-cenb ve şevke/humra gibi çeşitli hastalıklara yönelik olarak tatbik edilmiştir.[41] Konumuz bağlamında tartışmaya açılacak olan mesele, Es'ad'a yakalandığı şevke/humra hastalığı sebebiyle dağlama yapılmasıdır. Es'ad'ın mustarip olduğu şevke/humra sıcak bir şişliktir. Bu şişliği ortaya çıkaran sebepler, "Humoral Patoloji Teorisine" göre redâeti ve harâreti artmış kan; harâreti şiddetli olan rakîk kan; sarı safra; sarı safranın karıştığı kandır.[11-13] Kadîm tıpta dağlama, hıltlardaki dengeyi sağlamak, sıvıların dolaşımını canlandırmak, yakıcı ve kurutucu ilaçların fayda etmediği kötü rutubete teslim olan hastalıklı bölgeleri ve aşırı çürümeyi iyileştirmek amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir.[42,43] Humranın, redâeti yani rutubeti artmış kandan meydana geldiği ve bu hastalıkta bir iltihaplanma söz konusu olduğu göz önüne alındığında, "yakıcı ve kurutucu ilaçların fayda etmediği kötü rutubete teslim olan hastalıklı bölgeleri ve aşırı çürümeyi iyileştirmek amacıyla" dağlamanın uygulanmış olduğu düşünülebilir. Ayrıca, Es'ad'ın yakalandığı şevke/humra hastalığı şayet Ezherî'nin ifade ettiği gibi tâûn cinsinden bir şişlik ise de bu hastalığın tedavisinde dağlama kullanılması izah edilebilir bir durumdur. Zira kadim İslâm tıbbının ünlü hekimlerinden Alî b. Rabben et-Taberî, tâûnun dağlama ile tedavi edildiği bilgisini aktarır.[12] "Es'ad'a niçin dağlama uygulandı?" sorusu, kadîm tıptan elde edilen bilgiler çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerin bir ihtimal dahilinde olduğu hatırda tutulmalıdır.



Şekil 1. 68 yaşında yüz bölgesinde erizipel (humra) bulunan bir hasta fotoğrafı.[44]

Bilgi

Çıkar çatışması yoktur. Bu makale, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yürütülmekte olan "Hz. Peygamber Döneminde Hastalıklar ve Tedavi Yöntemleri" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

adlı makalede, Karabük'teki ocaklı bir kişinin, yılancık hastalığını vücutta kızarıklık, şişlik, döküntü ile kendini gösteren ağrılı bir hastalık olarak tanımladığı ve daha çok nazardan meydana geldiğini dile getirdiği belirtilir. Ayrıca, yılancıktan mustarip olan hastanın şifa bulması için ocaklı kişinin hastaya Felak, Nas, İhlâs, Âyete'l-kürsî, Fatiha Surelerini okuduğu ve *"Hastalık Allah'tan şifa Allah'tan, Allah şifanı versin."* diye dua ettiği ifade edilir. bk. Yılmaz S, Korkmaz Z. Geleneksel Tedavi Uygulamaları Kapsamında Sağaltım Ocakları ve Tedavi Yöntemleri. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 30 Mart 2021;10(1):646-70.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Büşra Yıldırım: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.

Levent Öztürk: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.

Kaynaklar

1. Halîl b. Ahmed. Kitâbu'l-Ayn. Mahzûmî M, Sâmerrâî İ, editörler. 8 Cilt. Beyrut: Mektebetü'l-Hilâl; 1988.
2. Ezherî. Tehzîbü'l-Luga. Mirʿab MA, editör. 8 Cilt. Beyrut: Dâru İhyâi't-Türâsi'l-Arabî; 2001.
3. Arıcı M. İslâm Coğrafyasında Salgınlar Tarihinin Sessiz Kaynakları: Taun/Veba Risaleleri Literatürü. Nazariyat İslam Felsefe ve Bilim Tarihi Araştırmaları Dergisi 2021;7(1):93-148.
4. Mahmoud R. İbn Hacer El-Askalânî'nin Veba-Taun Gibi Salgın Hastalıklara Yaklaşımı. Rumeli İslam Araştırmaları Dergisi 2020;6:67-86.
5. Ebû Muhammed es-Sahârî. *Kitabü'l-Mâ'*. Hadi Hasan Hammudi, editör. 3 Cilt. Maskat: Vizaretü't-Türâs ve's-Sekâfe; 2010.
6. İbn Manzûr. Lisânü'l-Arab. 15 Cilt. Beyrût: Dâru Sâdır; 1993.
7. Zebîdî. Tâcu'l-Arûs min Cevâhiri'l-Kâmûs. Şîrî A, editör. 20 Cilt. Beyrut: Dâru'l-Fikr; 2003.
8. Câhız. el-Hayevân. 7 Cilt. Beyrut: Dâru'l-Kütübi'l-İlmiyye; 2003.
9. Kâsım es-Serakustî. ed-Delâîl fî Garîbi'l-Hadîs. Kannâs MA, editor. 3 Cilt. Riyad: Mektebetü'l Ubeykân; 2001.
10. Saîd el-Meâfîrî. Kitâbu'l-Efʿâl. Muhammed H, Şeref M, editörler. 4 Cilt. Kâhire: Müesseseti Dârü'ş-Şa'b li's-Sahâfeti ve't-Tıbâati ve'n-Neşr; 1975.
11. İbn Sînâ. el-Kânûn fi't-Tıbb. Dannâvî ME, editör. 3 Cilt. Beyrut: Dârü'l-Kütübi'l-İlmiyye; 1999.
12. Ali b. Rabben Taberî. Firdevsü'l-Hikme fi't-Tıbb. Sıddîkî MZ, editör. Berlin: Afitab; 1928.
13. İskenderiyeli Şârihler. Cevâmi'u'l-İskenderâniyyîn li-Kütübi Câlînûs fi't-Tıb: Galen'in Tıp Külliyâtı Derlemeleri (İnceleme- Çeviri-Eleştirmeli Metin). İn: Deniz G, editör. Akdağ Ö, Medraty A, çevirenler. İstanbul: Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı; 2023.
14. Bayat AH. Tıp Tarihi. İstanbul: Zeytinburnu Belediyesi Yayınları; 2016.
15. Ebû Bekr Râzî. el-Hâvî fi't-Tıbb. Tu'aymî HH, editör. 7 Cilt. Beyrut: Dârü İhyâi't-Türâsi'l-Arabî; 2002.
16. İshâk bin Murâd. Edviye-i Müfrede. Gözden Geçirilmiş 2. Baskı. Yayına Hazırlayanlar: Canpolat M, Önler Z. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2016.
17. Çetin HA. Eski Anadolu Türkçesi Eczacılık ve Tıp Terimleri Sözlüğü. İstanbul: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2020.
18. İlaç ve Eczacılık Terimleri Çalışma Grubu. İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü. Ankara: Türk Dil Kurumu; 2015.
19. Tokaç M. İlk Dönem (XIV-XV yüzyıllar) Türkçe Tıp Yazmalarında Cilt Hastalıkları ve Tedavileri. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı; 2000.
20. Özyurt S, Kaptanoğlu AF. Dermatolojik Terimlerin ve Hastalık Adlarının Kökenleri. Dermatoz 2013;4(3):111-113.
21. Maʿmer b. Râşid. el-Câmiʿ. Aʿzamî HR, editör. 2 Cilt. Beyrut: el-Mektebu'l-İslâmî; 1982.
22. Abdurrezzâk b. Hemmâm es-Sanʿânî. el-Musannef. 10 Cilt. Kahire: Dâru't-Teʿsîl; 2015.
23. Ahmed b. Hanbel. Müsned. Arnâût Ş, Mürşid A, editörler. 50 Cilt. Beyrut: Müessesetü'r-Risâle; 2001.
24. Ebû Îsâ et-Tirmizî. es-Sünen. 5 Cilt. Kahire: Dâru't-Teʾsîl; 2015.
25. İbn Saʿd, et-Tabakât. Ömer AM, editör. 11 Cilt. Kahire: Mektebetü'l-Hancî; 2001.
26. Ebû Nuʿaym el-İsfahânî. *et-Tıbbu'n-Nebevî.* Dönmez MH, editör. 2 Cilt. Beyrut: Dâru İbn Hazm; 2006.
27. Öztürk L. İslam Tıp Tarihi Üzerine İncelemeler. İstanbul: Ensar Neşriyat; 2013.
28. Özkan G. Hz. Peygamber Döneminde Cennetü'l-Bakî. İstanbul: Siyer Yayınları; 2020.
29. Zehebî. Siyeru Aʿlâmi'n-Nubelâ'. Arnâût Ş, editor. 25 Cilt. Beyrut: Müessesetü'r-Risâle; 1985.
30. Ebü'l-Kâsım Beğavî. Muʿcemu's-Sahâbe. Menkûş MA, Kâdî İİ, editör. 4 Cilt. Kuveyt: Mibretü'l- Âl ve'l-Ashâb; 2011.
31. Taberânî. el-Muʿcemu'l-Kebîr. Selefî HA, editör. 25 Cilt. Beyrut: Dâru İhyâi't-Türâsi'l-Arabî; 1983.
32. Özkan H. Zeyneb bint Muâviye. İn: TDV İslâm Ansiklopedisi. 44. Cilt. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı; 2013. pp: 361-362.
33. Çelebi İ. Rukye. İn: TDV İslâm Ansiklopedisi. 35. Cilt. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı; 2008. pp: 219-222.
34. Hâkim. el-Mustedrek ale's-Sahîhayn. 8 Cilt. Kahire: Dâru't-Teʾsîl; 2014.
35. İclî, Sikât. Bestevî AA, editör. Medine: y.y.; 1985.
36. Avcı S. Hadisçilere Göre Muhadramlar. İslâmî Araştırmalar Dergisi 2005;18(2):159-67.
37. Belâzurî. Ensâbu'l-Eşrâf. Zekkâr S, Ziriklî R, editörler. 13 Cilt. Beyrut: Dâru'l-Fikr; 1996.
38. Bonnetblanc JM, Bédane C. Erysipelas: recognition and management. Am J Clin Dermatol 2003;4(3):157-63.
39. Özel E. Tarihte Kadim Tedavi Yöntemi Olarak Dağlama. Kaya ŞD, Uludağ A, editörler. 6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. Cumhuriyetimizin 100 Yılında Sağlık Yönetimi ve Geleceği. 2023; Ekim 12-14; Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi; 2023.
40. İbn Manzûr. Lisânü'l-Arab. 15 Cilt. Beyrut: Dâru's-Sâdır; 1993.
41 Kettâni MA. et-Terâtîbu'l-İdâriyye- Hz. Peygamber'in Yönetiminde Sosyal Hayat ve Kurumlar. Çeviren: Özel A. 3. Cilt. İstanbul: İz Yayıncılık, 1991.

42 Kuş Ö. ʿAlī B. el-ʿAbbās El-Mecūsīnin Kāmiluṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye Adlı Eserinde Cerrahi Tedavi Uygulamaları ve Tıp Tarihindeki Yeri. Doktora Tezi. Danışman: Prof. Dr. Acıduman A. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020.
43 Gültekin E. 19. Yüzyılda Osmanlılarda Kolera Tedavileri. Doktora Tezi. Danışman: Prof. Dr. H. Nil Sarı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
44. Celestin R, et al. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat 2007 Sep;16(3):123-127.

Araştırma Makalesi – Original Article

ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye* eserinde damardan kan alma-2: Kan alınan damarların sayısı ve yararları*

On phlebotomy in ʿAlī b. alʿAbbās al-Majūsī's work *Kāmil al-Ṣināʿa al-Ṭibbiyya*-2: Number of blood vessels and their benefits

Özgür Kuş[i], Ahmet Acıduman[ii]

[i]Dr.Öğr.Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik A.D., https://orcid.org/0000-0002-0046-4572
[ii]Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik A.D., https://orcid.org/0000-0003-2021-4471

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye* adlı eserinin tıbbî pratiğe dair ikinci kısmındaki dokuzuncu makalenin üçüncü bölümü olan "Kan alınan damarların sayısı ve yararları" başlıklı kısmını Arapçadan Türkçeye çevirmek ve Türk tıp tarihi literatürüne kazandırmak, Aeginalı Paulus'un *Epitome* adlı eserindeki ilgili bölümle karşılaştırmak ve bu bağlamda tıp tarihindeki yerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Aralık 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye* adlı eserin Kahire/Bulak matbaasında basılmış nüshası temel alınmış, ayrıca Süleymaniye Murad Molla, Yale Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi'ndeki Arapça nüshalar da incelenmiştir. İlgili bölüm tüm nüshalar dikkate alınarak karşılaştırılmış, metinler arasındaki farklar dipnotlarda belirtilmiş, makalenin yazarları tarafından Arapçadan Türkçeye çevrilmiş ve bulgular kısmında sunulmuştur. Çevirisi yapılan bu bölüm, daha sonra Aeginalı Paulus'un *Epitome* adlı eserinde yer alan bölümle karşılaştırılmış ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bulgular: ʿAlī ʿAbbās'ın kan alınan damarların sayısı ve yararları konusundaki açıklamaları, *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye*'nin ikinci cilt dokuzuncu makale üçüncü bölümünde yer almaktadır. Aeginalı Paulus ise aynı konuyu *Epitome* adlı eserinin ikinci cilt altıncı kitabında, "Sect. 40. On venesection" başlıklı bölümde ele almaktadır.

Sonuç: ʿAlī ʿAbbās'ın kan alınan damarların sayısı ve yararları hakkında *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye*'de verdiği bilgiler, Aeginalı Paulus'un *Epitome* eserinde yer alanlarla kısmen benzeşmekle birlikte, daha derinlemesine ve ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu konuya ilişkin incelenen tüm eserlerde, humoral patoloji teorisinin ilkeleri çerçevesinde benzer ifadelere rastlanmıştır. Bununla birlikte, ʿAlī ʿAbbās'ın eski kaynakları bir araya getirerek, kendi gözlem ve deneyimlerinden de yararlanarak özgün bir makale yazmaya çalıştığı değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī, Kamilu's-Sınāʿati't-Tıbbiyye, Aeginalı Paulus, Epitome, Kan alma

ABSTRACT

Aim: This study aims to translate the third section, titled "Number of Blood Vessels and Their Benefits," from the ninth article in the second part of Haly Abbas's *Kāmil al-Ṣināʿa al-Ṭıbbiyya* into Turkish, contribute it to the Turkish medical history literature, compare it with the corresponding section in Paul of Aegina's *Epitome*, and evaluate its significance in the history of medicine.

Materials and Methods: This study was conducted between December 2024 and February 2025. The primary source was the Cairo/Bulaq edition of *Kāmil al-Ṣināʿa al-Ṭibbiyya*, supplemented by Arabic manuscripts from the Süleymaniye Murad Molla Library, Yale University, and Istanbul University. The relevant section was collated across these versions, with textual differences recorded in footnotes. The authors translated the section from Arabic to Turkish and presented it in the findings section. This translation was then compared with the corresponding section in Paul of Aegina's *Epitome* and analyzed in relation to existing scholarship.

Results: Haly Abbas's explanations on the number of blood vessels and their benefits is found in Book II, Article IX, Section III of *The Royal Book*. Paul of Aegina addresses the same topic in Book II, Sixth Treatise, "Sect. 40. On Venesection" of his *Epitome*.

Conclusion: The information on the number of blood vessels and their benefits in ʿAlī ʿAbbās's *Kāmil al-Ṣināʿa al-Ṭıbbiyya* partially corresponds to Paul of Aegina's *Epitome* but is more detailed. The reviewed works reflect humoral pathology theory, and ʿAlī ʿAbbās appears to have synthesized earlier sources with personal observations to produce an original study.

Keywords: Haly Abbas, The Royal Book, Paul of Aegina, Epitome, phlebotomy

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):508-518
DOI: 10.31020/mutftd.1638173
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 11.02.2025; Kabul Tarihi- Accepted: 21.04.2025
İletişim- Correspondence Author: Özgür Kuş <kus.ozgur@gmail.com >
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Kanın vücudu besleyen ve ona hayat veren önemli bir sıvı olduğu tarihin erken dönemlerinden itibaren anlaşılmış ve hastalıkları tedavi amacıyla kullanılmıştır.[1] Kökeni antik çağlara kadar uzanan kan alma/kan akıtma (**فصد**/ faṣd/ flebotomi) işlemi en eski ve en yaygın tedavi yöntemlerinden birisi olarak bu kapsamda uygulanmıştır.[2] Orta Çağ'da İslam coğrafyasında da yaygın bir şekilde kullanılan bu yöntem ya doğrudan damardan kan alma/akıtma ya kupa çekme (hacamat/ ḥicāma) ya da vücuda sülük vurma biçimlerinde yapılmıştır.

Ebers Papirüsünden (MÖ 1550) elde edinilen bilgiler doğrultusunda Antik Mısır tıbbında derinin çizilmesiyle uygulanmış olan kan alma işlemi,[1,3,4] Antik Hint tıbbında damardan kan alma, kupa çekme ve sülük vurma yoluyla tatbik edilmiştir.[3,5] Antik Yunan tıbbında sağlığın ya da hastalığın oluşumuna neden olan kan, kara safra, balgam ve sarı safra adı verilen humorlar (humoral patoloji teorisi) arasında bozulan dengeyi tekrar sağlamak amacıyla boşaltıcı (evacuant) tedavi yöntemlerinden birisi olarak uygulanmıştır.[3,6-8]

Hippokrates (MÖ 460-370) kanın önemi üzerinde durmuş, damardan kan alma işlemini bir tedavi yöntemi olarak yaygın bir biçimde uygulamış[9] ve *Aforizmalar* adlı eserinde bu işleme dair çeşitli örnekler vermiştir.[10] Ayrıca Yunancadan Arapçaya çevrilen ve Latince çevirisi de bulunan *Kitābu'l-Faṣd ve'l-Ḥicāme (Epistula de phlebotomia)* isimli bir eserinin olduğu da literatürde yer alan bilgiler arasındadır.[3,11]

Erasistratus (MÖ 310-250) hastalıklara sebep olan etkenin vücuttaki kan miktarındaki artış olduğunu düşünmüş ve her durumda kan alma işleminin yapılabileceğini belirtmiştir. Celsus (MÖ 25-MS 50) kan almaya bilimsel bir boyut kazandırmaya çalışmış, gençlerde, yaşlılarda ve hatta hamilelerde bile bu işlemin uygulanabileceğini ifade etmiştir.[1]

Roma tıbbında Galenus (MS 129-200) da "humoral patoloji teorisinin" ilkeleriyle uyumlu olarak çeşitli hastalıkların tedavisinde kan alma yöntemini yaygın bir şekilde kullanmış, Yunanca ve Latincesinden sonra Arapçaya da çevrilen *Kitābun fī'l-Faṣd (Περὶ φλεβοτομ ίας ϑεραπευτικόν /De curandi ratione per venaesectionem)* isimli bir eser yazmıştır.[12] Bu eseri İslam tıp hekimlerinden Ṣābit b. Ḳurra (MS 836-901) *Cevāmiʿu Kitābi'l-Faṣd* adıyla özetlemiş, er-Rāzī'nin (MS 865-925) ise *Kitābu'l-Ḥāvī fī'ṭ-Ṭıbb* ve *Maqāla fi'l-Faṣd* adlı eserlerinde sıklıkla Galenus'un bu eserine atıfta bulunduğu görülmüştür.[2,3,11]

Aeginalı Paulus (MS 625-690), Greko-Romen tıbbı ile İslam Uygarlığı tıbbı arasında bir köprü işlevi görerek, yedi kitaptan oluşan ünlü eseri *Epitome (The Seven Books of Paul of Aegina)*'de damardan kan alma ve kupa çekme gibi konuları ele almıştır.[14] Literatürde, er-Rāzī (865-925), ez-Zehrāvī (936-1013), ʿAlī ʿAbbās (ö. 994) ve İbn-i Sînā (980-1036) gibi önemli İslam hekimlerinin, Aeginalı Paulus'tan etkilendikleri ve onun eserlerinden faydalandıkları ifade edilmiştir.[15-17]

Orta Çağ'da İslam coğrafyasında Greko-Romen, Pers ve Hint dünyasının tıbbi ve bilimsel bilgi birikimini içeren önemli eserler Arapçaya çevrilmiş ve telif eserler de verilmiştir.[7,18] Bu eserlerden birisi de ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin iki kısım ve toplamda yirmi makaleden oluşan *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye (Kitābu'l-Melikī)* adlı eseridir.[18,19]

ʿAlī ʿAbbās'ın damardan kan alma hakkındaki açıklamaları ve ona kaynaklık edebileceği düşünülen Aeginalı Paulus'un *Epitome* adlı eserinin ilgili bölümüyle karşılaştırması "'Alī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye* adlı eserinde damardan kan alma-1: Kan almayı bilme üzerine" başlıklı ilk çalışmada ele alınmıştır.[18] Bu çalışmanın amacı ise ʿAlī ʿAbbās'ın ilgili eserinin tıbbî pratiğe dair ikinci bölümündeki dokuzuncu makalenin üçüncü kısmı olan "Kan alınan damarların sayısı ve yararları" başlıklı bölümünü incelemek, Arapçadan Türkçeye çevirmek ve Türk tıp tarihi literatürüne kazandırmak, Aeginalı Paulus'un

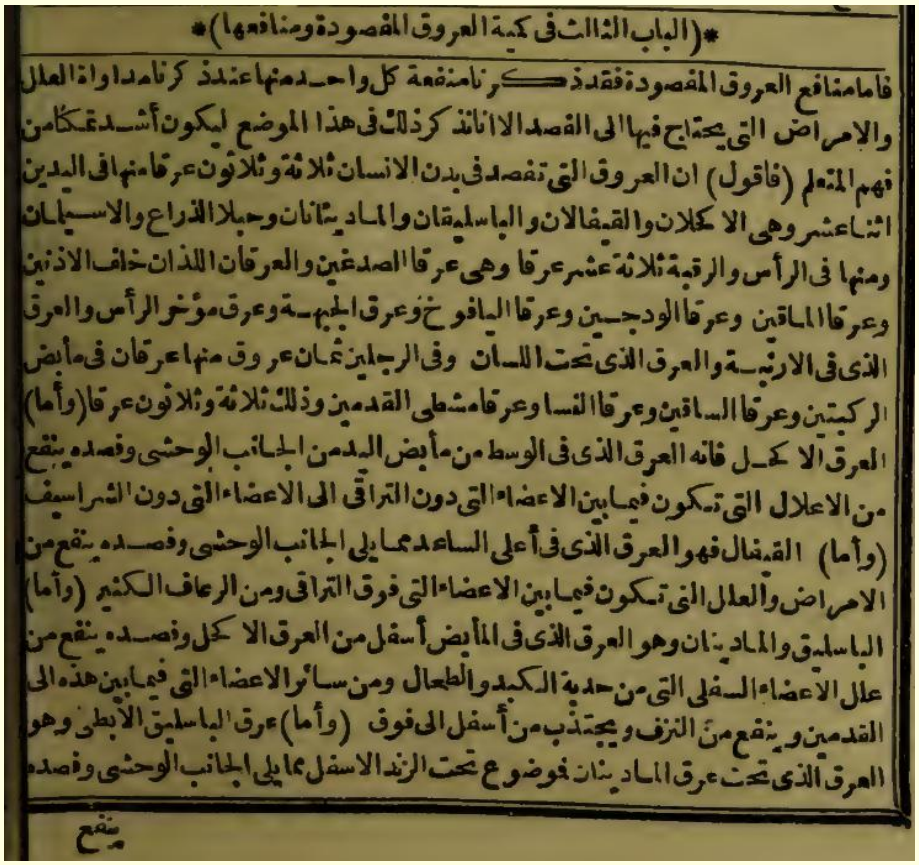
Epitome adlı eserindeki ilgili bölümle karşılaştırmak ve bu doğrultuda tıp tarihindeki yerini literatür ışığında belirlemektir.

Gereç ve yöntem

Bu çalışma Aralık 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye*'nin Kahire/Bulak matbaasında basılmış (1294 H./1877 M.) nüshası esas alınarak incelenmiştir. Ancak daha doğru ve sağlam bir metin elde edebilmek amacıyla, bu nüshadaki ilgili bölüm, Süleymaniye Murad Molla, Yale Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi'ndeki Arapça nüshalarının aynı bölümüyle karşılaştırılmıştır.[19-22] Metinler arasındaki farklılıklar dipnotlarda belirtilmiş, makale yazarları tarafından Arapçadan Türkçeye çevrilmiş ve bulgular kısmında sunulmuştur. Çeviride, nüshalar arasındaki eksiklikler ve farklılıklar italik yazıyla, transkripsiyon alfabesiyle yazılmış Arapça kelimeler ise koyu italik olarak belirtilmiştir. Dipnotlardaki kelime farklılıkları ve eksiklikleri Arapça ve transkripsiyon alfabesiyle yazılmış ve sonrasında Türkçe açıklamaları ile verilmiş, nüshalar (B, M, Y ve İ) şeklinde kısaltmalarla gösterilmiş, sayfa/satır numaraları eklenerek okuyucunun farklılıkları rahatça takip etmesi amaçlanmıştır. Çeviri sürecinde çeşitli sözlükler ve yayınlardan faydalanılmıştır.[23-27] Son olarak çevirisi yapılan bu bölüm, Aeginalı Paulus'un *Epitome* adlı eserinin ikinci cildindeki altıncı kitapta yer alan "Sect.40: On venesection" başlıklı bölümle karşılaştırılmış ve elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışma kısmında ele alınmıştır.[28,29]

Bulgular

ʿAlī ʿAbbās'ın kan alınan damarların sayısı ve yararları hakkında verdiği bilgiler *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye*'nin ikinci cilt dokuzuncu makale üçüncü bölümde yer almaktadır ***(Şekil 1)***.[19,p:460-461]


(الباب الثالث فى كمية العروق المفصودة ومنافعها)

فاما منافع العروق المفصودة فقد ذكرنا منفعة كل واحد منها عند ذكرنا مداواة العلل
والامراض التى يحتاج فيها الى الفصد الا اننا نذكر ذلك فى هذا الموضع ليكون أشد تحكما من
فهم المتعلم (فاقول) ان العروق التى تفصد فى بدن الانسان ثلاثة وثلاثون عرقا منها فى اليدين
اثنا عشر وهى الاكحلان والقيفالان والباسليقان والماديتانان وحبلا الذراع والاسيلمان
ومنها فى الرأس والرقبة ثلاثة عشر عرقا وهى عرقا الصدغين والعرقان اللذان خلف الاذنين
وعرقا الماقين وعرقا الوداجين وعرقا اليافوخ وعرق الجبهة وعرق مؤخر الرأس والعرق
الذى فى الارنبة والعرق الذى تحت اللسان وفى الرجلين ثمان عروق منها عرقان فى مأبض
الركبتين وعرقا الساقين وعرقا النسا وعرقا مشطى القدمين وذلك ثلاثة وثلاثون عرقا (وأما)
العرق الاكحل فانه العرق الذى فى الوسط من مأبض اليد من الجانب الوحشى وفصده ينفع
من الاعلال التى تكون فيما بين الاعضاء التى دون التراقى الى الاعضاء التى دون الشراسيف
(وأما) القيفال فهو العرق الذى فى أعلى الساعد مما يلى الجانب الوحشى وفصده ينفع من
الامراض والعلل التى تكون فيما بين الاعضاء التى فوق التراقى ومن الرعاف الكثير (وأما)
الباسليق والماديتان وهو العرق الذى فى المأبض أسفل من العرق الاكحل وفصده ينفع من
علل الاعضاء السفلى التى من حدبة الكبد والطحال ومن سائر الاعضاء التى فيما بين هذه الى
القدمين وينفع من النزف ويجتذب من أسفل الى فوق (وأما) عرق الباسليق الابطى وهو
العرق الذى تحت عرق الماديتان فموضوع تحت الزند الاسفل مما يلى الجانب الوحشى وفصده

ينفع

Şekil 1. *Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye*'nin Bulak baskısı ikinci cilt dokuzuncu makalede "Kan alınan damarların sayısı ve yararları üzerine" başlıklı üçüncü bölümün başlangıcı.[19, p:460.]

Üçüncü Bölüm: Kan Alınan Damarların Sayısı ve Yararları Üzerine

Kan alınan damarların yararlarına gelince, kan almaya ihtiyaç duyulan hastalık ve illetlerin tedavisini anlattığımızda her birinin yararını zikretmiştik. Şimdi öğrencinin aklında daha iyi yer etmesi için bu konuda da zikredeceğiz. (Diyorum ki) İnsan bedeninden kan alınabilecek otuz üç (33) damar vardır. Bunlardan on ikisi (12) ellerdedir. Bunlar: ***Ekḥalān*** [ön kolun ortasındaki damarlar-Vv.[*] Medianae], ***ḳīfālān*** [kolun dış yüzündeki damarlar-Vv. Cephalicae], ***bāsilīḳān*** [basilikler- Vv. Basilicae], ***ıbteyn***[†] [koltuk altı damarları -Vv. Axillares], ***ḥablu'ẕ-ẕirāʿ***[‡] [ön kol damarları- Vv. Medianae cephalicae veya Vv. Cephalicae antebrachiale] ve ***useylemān*** [yüzük ile serçe parmak arasındaki damarlar- Vv. Salvatellae ya da Vv. Interdigitales]'dir. Bunlardan on üçü (13) kafa ve boyundadır. Bunlar: ***ʿIrḳā es-ṣudġeyn*** [şakaklardaki iki damar- Vv. Temporales superficiales], ***ʿırḳān elleẕān ḥalfi'l-ūẕneyn*** [kulakların arkasındaki iki damar- Vv. Auriculares posteriores], ***ʿırḳā el-māḳayn*** (göz pınarlarındaki iki damar- Vv. Angulares), ***ʿırḳā el-vedeceyn*** [boyundaki ana iki toplardamar- Vv. Jugulares], ***ʿırḳā el-yāfūḫ*** [kafanın üst kısmındaki iki damar/bıngıldak damarları- Vv. Parietales], ***ʿırḳu'l-cebhe*** [alın damarı- V. Frontales], ***ʿırḳ mūaḫḫaru'l-rāʾs*** [kafa arkasındaki damar- V. Occipitales], ***el-ʿırḳ elleẕī fī'l-ernebe*** [burun ucundaki damar- V. Nasalis] ve ***el-ʿırḳ elleẕī taḥte'l-lisān*** [dil altı damarı- V. Sublinguales]'dir. Ayaklarda sekiz (8) damar vardır. Bunlar: ***ʿIrḳān fi maʾbaḍu'l-rakabeteyn*** [diz boşluğundaki iki damar- Vv. Popliteae], ***ʿırḳā es-ṣāfin*** [safenler- Vv. Safenae magnae], ***ʿırḳā en-nesā*** [siyatik damarlar- Vv. Superficiales femoris posteriores] ve ***ʿırkā muṣṭā'l-ḳademeyn*** [ayak taraklarındaki damarlar- Vv. Safenae parvae]'dır. Böylece [toplam] otuz üç (33) damar olur. ***Ekḥal***e gelince, elin *dış yüzey*[§] inden ve iç kısmından [geçen] dirseğin ortasında yer alan damardır. Bu damardan kan alınması, köprücük kemikleri ile üst karın duvarı haricinde [bu bölgede yer alan] organlar arasında oluşan hastalıklarda faydalıdır. ***Ḳīfāl***e gelince, ön kolun dış tarafının üzerinde seyreden bir damardır. Bu damardan kan alınması, köprücük kemiklerinin yukarısında kalan uzuvlar arasında oluşan hastalıklarda, illetlerde ve burun kanaması artışında faydalıdır. [Kolun orta kısmında bulunan] ***bāsilīḳ***e gelince, ***ekḥal*** damarının aşağısında, dirseğin iç yüzünde yer alan damardır. Bu damardan kan almak, karaciğer ve dalak çizgisi arasındaki organlar ile ayaklara kadar olan uzuvlar arasında bulunan alt ekstremitelerdeki hastalıklara ve kanamaya faydalıdır. Maddeler[**] aşağıdan yukarıya doğru çekilir. [Koltuk altında bulunan] ***bāsilīḳ***e gelince: ***Ibteyn***in altındaki damardır. Bölge olarak alt önkol/bilek kemiğinin alt dış yüzünde[††] seyreder. Bu damardan kan almak[19,p:460] göğüs, akciğer ve diyaframın maruz kaldığı rahatsızlık ve hastalıklar ile nefes darlığında faydalıdır. Alın

---

[*] Vv=Venae, müsenna/cemi (yani çift damardan oluştuğunu belirtir), V=Vena, müfred (yani tek damardır) (Ünver, 1937, s: 40).

[†] B: (460/21) "المادينانان" olarak bulunmakta iken, İ: (217/10) "الابطين, *el-ıbteyn*: koltuk altları, aksillalar (Vv. Axillares)" olarak, Y: (439b/12) ve M: (329a/ 6) ise "الباسليق المادينان" ve "الباسلييق الابطى" olarak bulunmaktadır. Yani basilic venler kolun orta kısmında bulunanlar (iki damar) ve koltukaltlarında bulunanlar (iki damar) olarak adlandırılmışlardır. Ancak en doğru ifadenin İ nüshasında yer aldığı değerlendirilmektedir. Böylece ellerde bulunan 12 damar sayısına da ulaşılmaktadır. Bununla birlikte bütün nüshaların bu konuya ait ileriki bölümünde basilic venin "الباسليق الم ادينان" ve "الباسلييق الابطى" olarak ikiye ayrılarak anlatıldığı görülmektedir (Ç.N).

[‡] "(حبل الذراع), *ḥablu'ẕ-Ẕirāʿa:* V. Medianae Cephalicae ve V. Cephalicae Antebrachiale (V. Cephalica'yı teşkil eden önkoldaki iki damardır, Vv. Cephalica'dan zuhur eden ve bilekçe üzerine dönerek ikiye ayrılan damardır) (Ünver, 1937, s:39). İbn-i Sînâ'nın *El-Kânûn Fi't-Tıbb*, I. cildinde "Accessory Cephalic Ven" olarak bulunmakta iken (Kâhya, 1995, s:325), Ortuğ'un (1983, s:262) *İbni Sînâ'nın kan alınacak damaralar risalesi üzerine bir bakış* adlı makalesinde "Vena Mediana Cephalica ve Vena Mediana Basilica" olarak bulunmaktadır.

[§] B: (460/26) "(وحشى), *vahşī:* bir organın dış yüzeyi, sağ tarafı" olarak bulunmakta iken, İ: (217/16), Y: (439b/16) ve M: (329a/9) "(انسى), *unsī*: bir organın iç yüzeyi, sol tarafı" olarak bulunmaktadır.

[**] "(مواد), *mevādd:* maddeler" B: (460/32) bulunmamakta iken, İ: (217/22), Y: (439b/20) ve M:(329a/13) bulunmaktadır.

[††] B: (460/33), İ: (217/23) ve Y: (439b/21) "وحشى" olarak bulunmakta iken, M: (329a/14) "انسى" olarak bulunmaktadır.

damarından kan almaya gelince, alında dikine olan bir damardır. Bu damardan kan almak, tıpkı Hippokrates'in *"her kim başının arkasından bir sancıya yakalanırsa alın damarından kan aldırmalıdır"* dediği gibi, baş sancılarında ve özellikle başın arkasında oluşan sancılarda faydalıdır. Yine aynı şekilde göz sancısı, baş sancıları *ve kalıcı baş ağrılarına*[*] faydalıdır. Bıngıldak damarlarından kan almak, kafada kafada oluşan yara ve sivilcelere faydalıdır. Şakak damarlarından kan almak, daimî baş ağrılarına, migrene ve göze vuran ağrıların şiddetinin artışında faydalıdır. Kulakların arkasındaki damarlardan kan almak, kafa derisinde oluşan çıbanlara ve sivilcelere faydalıdır. Göz pınarındaki damarlardan kan almak, göz kapaklarının iç tarafında çıkan ufak sivilcelere (uyuz), akbenek/*leucoma*, göz kapağı iltihabı ve eski göz iltihapları gibi müzmin göz sancılarına faydalıdır. Burun ucundaki damardan kan almak, göz sancılarına, yanaklarda oluşan yanmalara, *dudaklarda oluşan*[†] basurlara, burunda oluşan kaşıntılara, sivilcelere ve kepeklenmeye faydalıdır. Dilaltı damarından kan almak, süreci uzayan kabakulak hastalığına faydalıdır. Ensenin arka çukur bölgesinden geçen damardan kan almak, kanın *artışından*[‡] dolayı meydana gelen baş dönmesi ve kronik baş ağrılarına faydalıdır. Bacaklardaki damarlara gelince diz boşluğundaki damardan/*V. Popliteae* kan almak, böbrek sancıları ve şişliklerine, mesane ve bel/böğür sancılarına, rahim sancılarına, uylukların ağrısına ve adet kesilmelerine faydalıdır. Safenlerden kan almak, *rahim sancılarına, bacaklarda, uyluklarda ve testislerde ortaya çıkan yara ve şişliklere, adet kesilmelerine faydalıdır*[§]**.** Siyatik damardan kan almak, siyatik sinir ağrılarına ve *baldır ağrılarına*[**] faydalıdır. *Bununla birlikte ayaklardaki damarlardan kan almak siyatik siyatik damarda oluşan ağrılara da faydalıdır. Eğer siyatik damar bulunmaz ise*[††] şunu bil, bu damarların her birinden kan almak hastalıklı bölgenin olduğu tarafın paralelinden yapılmalıdır. Yani hastalık sağ tarafta ise *kan sağ tarafta bulunan damardan alınmalı*[‡‡], şayet hastalık sol tarafta ise kan kan sol tarafta bulunan damardan alınmalıdır. Kan almak çoğunlukla, kanın fazlalığı bedenin derinliklerinde ise kullanılmalıdır, ancak kan deriye kadar ilerlemişse hacamat ile boşaltılmalıdır. Ayrıca kan fazlalığı ciltte ve bedenin derinliklerinde ise sülüğe emdirilerek boşaltılır. Kan almak, hacamattan daha kuvvetli bir boşaltım sağlar. Sülüğe emdirmek ise [kanı boşaltma bakımından] hacamattan daha kuvvetli ve *kan almadan daha zayıftır*[§§]. Atmayan damarlardan (toplardamar) kan almayı ve yararlarını açık bir şekilde belirtmek istedik bunu böyle bil. Atan damarlardan (atardamar) kan almak: Atardamarlardan kan almaya gelince, bundan içerisinde sıcak ve parlak kırmızı bir kan toplanan her organ fayda görür. Eğer büyük bir atardamar yoksa uzva yakın olan atardamardan kan alınır. Ayrıca zarlarında ağrısı olan bir insan da bundan fayda görür. Hatta ağrının sızladığını veya yayıldığını ve o uzvun çevresindeki bölgelere ulaştığını hissederse, *o zaman da o uzuvla bağlantısı olan bir atardamardan kan almak gerekir*[***]*.* Bunu böyle bilesin *inşallah*[†††] ***(Şekil 2)***.[19,p:461, 29,pp:59-63]

[*] B: (461/4) bu şekilde bulunmakta iken, İ: (218/2), Y: (439b/21) ve M: (329a/14) *"Şakak damarlarından kan alınması kalıcı baş ağrılarına faydalıdır"* olarak bulunmaktadır. Bu cümlenin iki kez tekrar edilmiş olabileceği düşünülmektedir (Ç.N).

[†] Bu cümle B: (461/10) bulunmamakta iken, İ: (218/8) ve Y: (439b/27) bulunmaktadır. M: (329a/21) ise farklı bir cümle *"özellikle basurların içinin boşaltılmasından sonra"* olarak bulunmaktadır.

[‡] B: (461/12) bulunmamakta iken, İ: (218/11), Y: (439b/29) ve M: (329a/23) bulunmaktadır.

[§] B: (461/14-16), Y: (440a/1-2) ve M: (329a/25-26) bulunmakta, İ: (218/13) bulunmamaktadır.

[**] B: (461/16) bulunmamakta iken, İ: (218/14), Y: (440a/3) ve M: (329a/26) bulunmaktadır.

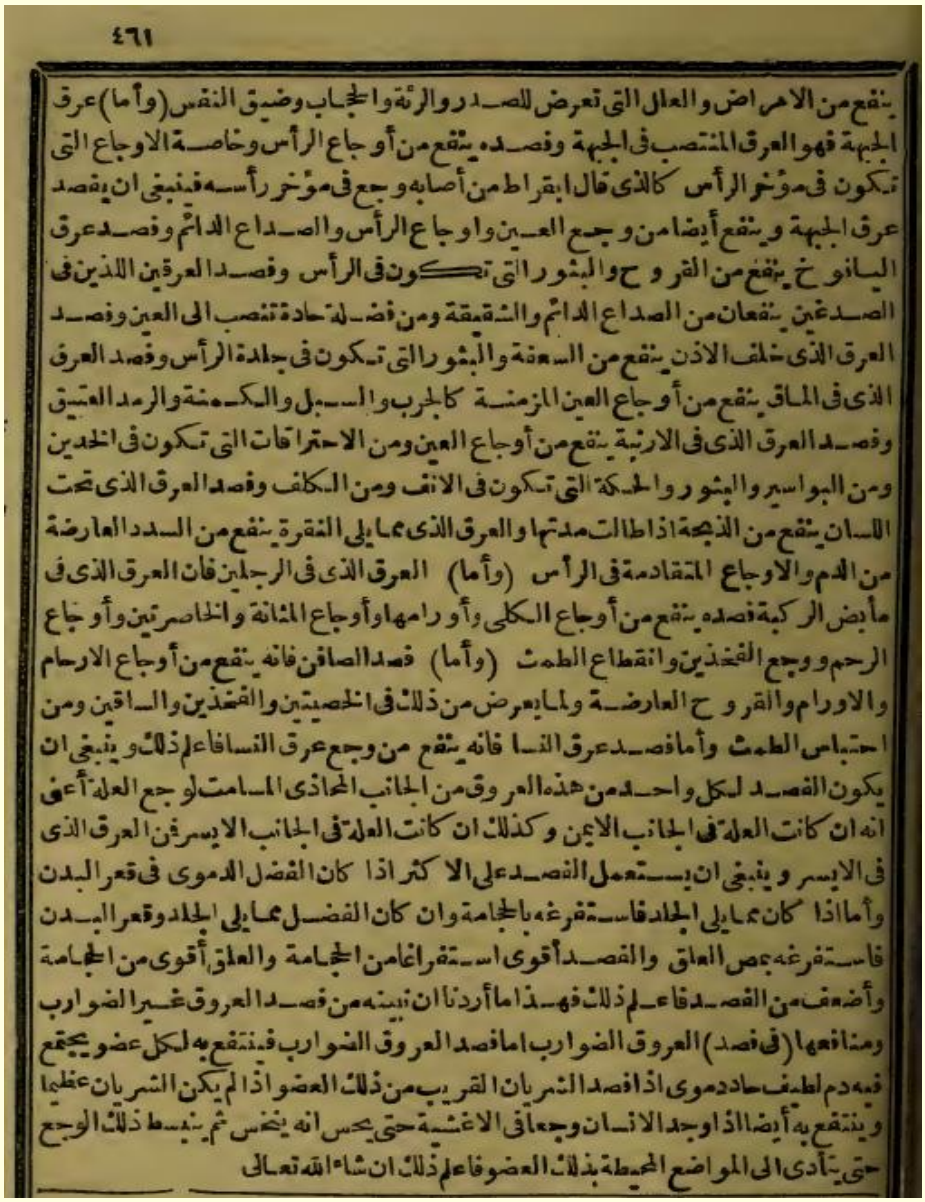
[††] Bu cümle M: (461/16) bulunmamakta, İ: (218/14-15), Y: (440a/3-4) ve M: (329a/26) bulunmaktadır.

[‡‡] B: (461/18) bulunmamakta, İ: (218/17), Y: (440a/5) ve M: (329a/29) bulunmaktadır.

[§§] Bu cümle B: (461/22) bulunmakta, İ: (218/21), Y: (440a/8) ve M: (329a/32) bulunmamaktadır.

[***] Bu cümle B: (461/26) bulunmamakta iken, İ: (219/1), Y: (440a/11) ve M: (329b/2) bulunmaktadır.

[†††] B: (461/26) ve M: (329b/2) bulunmakta, İ: (219/1) ve Y: (440a/11) bulunmamaktadır.


٤٦١

ينفع من الامراض والعلل التى تعرض للصدر والرئة والحجاب وضيق النفس (وأما) عرق
الجبهة فهو العرق المنتصب فى الجبهة وفصده ينفع من أوجاع الرأس وخاصة الاوجاع التى
تكون فى مؤخر الرأس كالذى قال ابقراط من أصابه وجع فى مؤخر رأسه فينبغى ان يفصد
عرق الجبهة وينفع أيضا من وجع العين والاوجاع الرأس والصداع الدائم وفصد عرق
اليانوخ ينفع من القروح والبثور التى تكون فى الرأس وفصد العرقين اللذين فى
الصدغين ينفعان من الصداع الدائم والشقيقة ومن فضلة حادة تنصب الى العين وفصد
العرق الذى خلف الاذن ينفع من السعفة والبثور التى تكون فى جلدة الرأس وفصد العرق
الذى فى المأق ينفع من أوجاع العين المزمنة كالجرب والسبل والكمنة والرمد العتيق
وفصد العرق الذى فى الارنبة ينفع من أوجاع العين ومن الاحتراقات التى تكون فى الخدين
ومن البواسير والبثور والحكة التى تكون فى الانف ومن الكلف وفصد العرق الذى تحت
اللسان ينفع من الذبحة اذا طالت مدتها والعرق الذى مما يلى النقرة ينفع من السدد العارضة
من الدم والاوجاع المتقادمة فى الرأس (وأما) العرق الذى فى الرجلين فان العرق الذى فى
مأبض الركبة فصده ينفع من أوجاع الكلى وأورامها وأوجاع المثانة والخاصرتين وأوجاع
الرحم ووجع الفخذين وانقطاع الطمث (وأما) فصد الصافن فانه ينفع من أوجاع الارحام
والاورام والقروح العارضة ولما يعرض من ذلك فى الخصيتين والفخذين والساقين ومن
احتباس الطمث وأما فصد عرق النسا فانه ينفع من وجع عرق النسا فاعلم ذلك وينبغى ان
يكون الفصد لكل واحد من هذه العروق من الجانب المحاذى للسامت لوجع العلة أعنى
انه ان كانت العلة فى الجانب الايمن وكذلك ان كانت العلة فى الجانب الايسر فان العرق الذى
فى الايسر وينبغى ان يستعمل الفصد على الاكثر اذا كان الفصل الدموى فى قعر البدن
وأما اذا كان مما يلى الجلد فاستفرغه بالحجامة وان كان الفضل مما يلى الجلد وقعر البدن
فاستفرغه بمص العلق والفصد أقوى استفراغا من الحجامة والعلق أقوى من الحجامة
وأضعف من الفصد فاعلم ذلك فهذا ما أردنا ان نبينه من فصد العروق غير الضوارب
ومنافعها (فى فصد) العروق الضوارب اما فصد العروق الضوارب فينتفع به لكل عضو يجتمع
فيه دم لطيف حادد موى اذا فصد الشريان القريب من ذلك العضو اذا لم يكن الشريان عظيما
وينتفع به أيضا اذا وجد الانسان وجعا فى الاغشية حتى يحس انه يغمض ثم ينبسط ذلك الوجع
حتى يتأدى الى المواضع المحيطة بذلك العضو فاعلم ذلك ان شاء الله تعالى

Şekil 2. *Kāmilu'ṣ-Ṣınā'ati'ṭ-Ṭıbbiyye*'nin Bulak baskısı ikinci cilt dokuzuncu makalede "Kan alınan damarların sayısı ve yararları üzerine" başlıklı üçüncü bölümün sonu.[19, p:461]

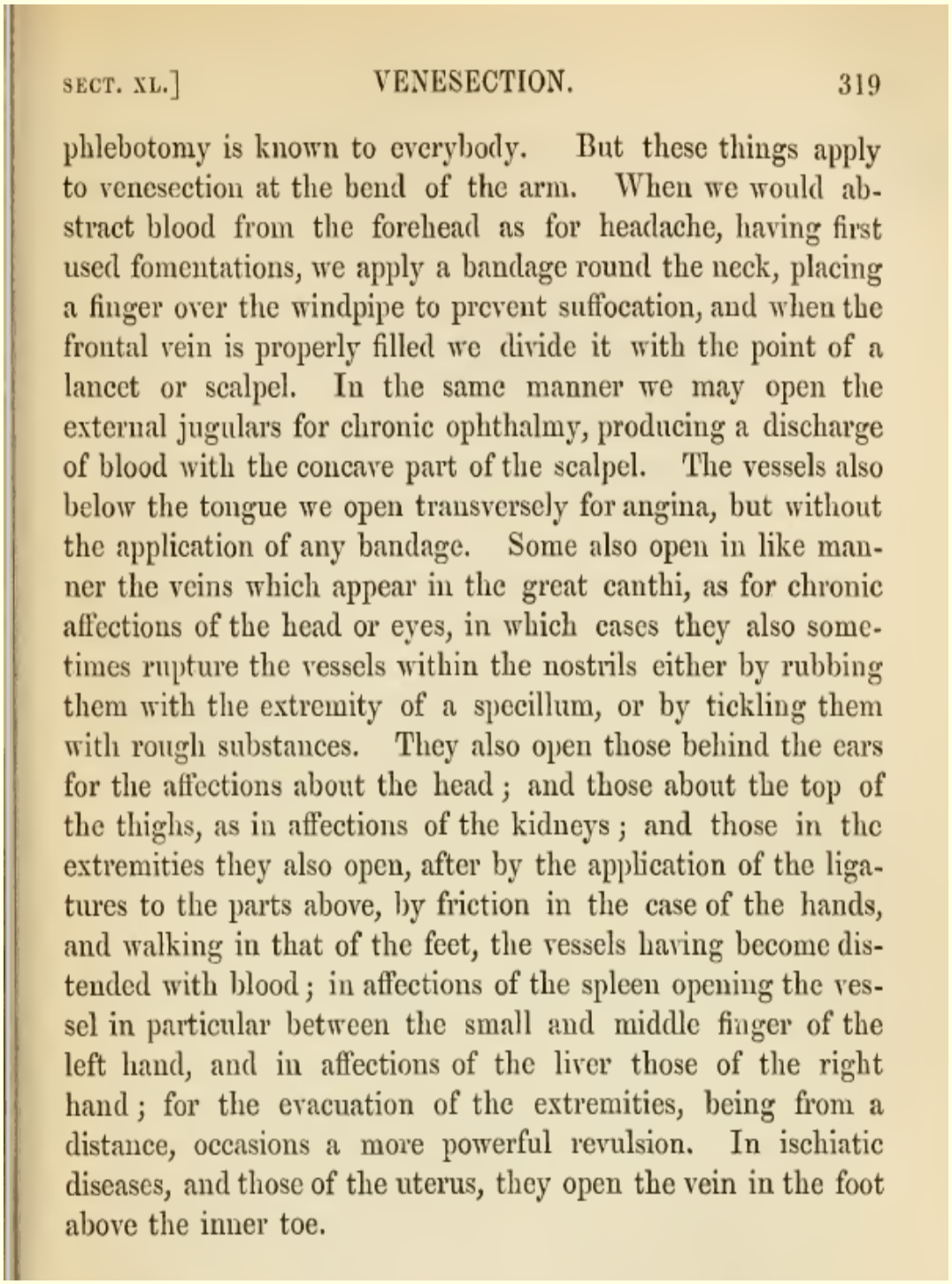
Aeginalı Paulus'un bu konu hakkındaki açıklamaları ise ilgili eserinin "Sect. 40- On venesection" adlı başlığının son kısımlarında bulunmaktadır.[28,pp:316-324]

Tartışma

ʿAlī ʿAbbās bu bölümde, on ikisi ellerde, on üçü kafa ve boyunda ve sekizi de ayaklarda olmak üzere insan bedeninde toplam otuz üç adet kan alınacak damarın var olduğunu belirtmiştir. Öncelikle kollarda bulunun damarları ele almış, sonrasında kafa ve bacaklarda yer alan damarları anlatmış ve ardından hangi hallerde ve hangi hastalıkların tedavisinde yararlı olduklarından söz etmiştir. Son olarak atardamardan kan alınması konusunda da kısa bir bilgilendirmede bulunmuştur.[19]

Aeginalı Paulus bu konunun giriş ve orta kısımlarında hangi durumdaki damarlardan (gücü, dolgunluğu, içerisindeki kan miktarı, enfeksiyon vb. gibi) kan alınacağı, hangi hallerde ve zamanlarda kan alınması/alınmaması ve uygulama işlemi hakkında bilgilendirmede bulunmuştur. Konunun son kısımlarında ise kısaca alından ve jugular venden kan alma işleminin nasıl yapılacağı; dilaltı, kulakların arkası, bacaklar,

sağ ve sol el ile topuktan alınan kanın hangi hastalık ve enfeksiyon durumunda faydalı olduğundan söz etmiştir ***(Şekil 3)***.[28,29]



SECT. XL.] VENESECTION. 319

phlebotomy is known to everybody. But these things apply to venesection at the bend of the arm. When we would abstract blood from the forehead as for headache, having first used fomentations, we apply a bandage round the neck, placing a finger over the windpipe to prevent suffocation, and when the frontal vein is properly filled we divide it with the point of a lancet or scalpel. In the same manner we may open the external jugulars for chronic ophthalmy, producing a discharge of blood with the concave part of the scalpel. The vessels also below the tongue we open transversely for angina, but without the application of any bandage. Some also open in like manner the veins which appear in the great canthi, as for chronic affections of the head or eyes, in which cases they also sometimes rupture the vessels within the nostrils either by rubbing them with the extremity of a specillum, or by tickling them with rough substances. They also open those behind the ears for the affections about the head; and those about the top of the thighs, as in affections of the kidneys; and those in the extremities they also open, after by the application of the ligatures to the parts above, by friction in the case of the hands, and walking in that of the feet, the vessels having become distended with blood; in affections of the spleen opening the vessel in particular between the small and middle finger of the left hand, and in affections of the liver those of the right hand; for the evacuation of the extremities, being from a distance, occasions a more powerful revulsion. In ischiatic diseases, and those of the uterus, they open the vein in the foot above the inner toe.

Şekil 3. *Epitome (The Seven Books of Paulus Aegineta Paulus Aegineta)*'nın ikinci cilt altıncı kitabında "Sect. 40- On venesection" adlı konu başlığının son kısmı.[28, p.319]

Her iki metnin karşılaştırmasına yönelik genel bir değerlendirme yapıldığında Aeginalı Paulus'un kan alınan damarların sayısı ve yararlarına yönelik açıklamalarını ʿAlī ʿAbbās'ta olduğu gibi ayrı bir bölümde ya da başlıkta ele almadığı, kan alınacak damarları sayısal olarak belirtmediği ve arterden kan almaya yönelik herhangi bir açıklamada bulunmadığı gözlenmiştir. Konuyla ilgili bazı benzer ifadeler bulunsa da metinlerin içeriklerinin birbirinden farklı olduğu ve ʿAlī ʿAbbās'ın bu konuyu daha kapsamlı bir şekilde ele aldığı tespit edilmiştir.[29]

Literatürde Aeginalı Paulus'un, er-Rāzī (865-925), ez-Zehrāvī (936-1013), ʿAlī ʿAbbās (ö. 994) ve İbn-i Sînā (980-1036) gibi önemli İslam hekimlerini etkileyerek onların eserlerine kaynaklık ettiği belirtilmektedir.[15-17] Bu bağlamda, ʿAlī ʿAbbās'ın da diğer kaynaklardan faydalanmış ya da onlara ilham vermiş olabileceği düşünülerek, İslam coğrafyasında kendisinden önceki ve sonraki hekimlerin, literatürde yer alan "kan alma, kan alınacak damarlar ve yararları"na dair eserleri incelenmiştir.

Et-Ṭaberī, bu konuya *Firdevsu'l-Ḥikme* adlı eserinin dördüncü nevʿinin on ikinci makalesinin "İkinci bölüm: Damarların yerleri ve damardan kan almanın yararları üzerine" adlı başlığında yer vermiştir. Öncelikle damarları karaciğer damarları ve kalp damarları olarak ikiye ayırmış, kalpten gelen damarları *verīd*, karaciğerden gelen damarları da *ʿurūḳ* olarak adlandırmıştır. Sonrasında damarların bulundukları yerlere göre adlarından ve faydalarından söz etmiştir. Damarların sayısı hakkında genel bir ifade kullanmamakla birlikte "*avuç içinin dış yüzeyinde iki damar, şakaklarda dört damar bulunur*" şeklinde on dokuz adet damara ve faydalarına yönelik açıklamalarda bulunmuştur. Son olarak kan alma sırasında yanlışlıkla kalp damarından birinin kesildiği ve kanın durdurulamadığı durumda yapılan cerrahi ve dağlama işleminden ve karaciğer damarından kan alındıktan sonra uygulanan tedavi yönteminden söz etmiştir.[30] Et-Ṭaberī'nin bazı kan alınan damarlar ve yararlarına yönelik açıklamalarının ʿAli ʿAbbās'ın ifadelerine benzediği, buna karşın her iki metnin birbirinden farklı olduğu değerlendirilmiştir.

Er-Rāzī bu konuya *Kitābu'ṭ-Ṭıbbi'l-Manṣūrī* adlı eserinin yedinci makalesinin kan alma ile ilgili bölümünde değinmiştir. İlk olarak, on dört adet [toplamı yirmi beş] kan alınacak damar ismini sıralamış, kolda yer alan damarlardan başlayarak bacak ve kafa bölgesindeki damarlar ile bunların faydalarını açıklamıştır. Ardından, kan alma sırasında karşılaşılan hataları, hangi durumlarda kan alınması ya da alınmaması gerektiğini ve bu durumların tedavisini detaylı bir şekilde ele almıştır.[31] Er-Rāzī'nin kan alınacak damarlar ve yararlarına yönelik açıklamaları, konunun kapsam ve içeriği açısından ʿAli ʿAbbās'ın ifadeleriyle kısmen benzeşmekle birlikte genel olarak her iki metnin birbirinden farklı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte Er-Rāzī'nin on dört bölümden oluşan *Maqāla fī'l-Faṣd "On Phlebotomy"* adlı eserinde "Beşinci bölüm: Kan alınan damarlar hakkında/ The fifth chapter on the phlebotomised veins." ve "On ikinci Bölüm: Kan almanın yararları ve kan almanın uygulandığı hastalıkların belirtileri hakkında/ The twelfth chapter on the benefit of phlebotomy and the indications of illnesses that are treated with phlebotomy." isimli bölümler de incelenmiştir.[2]

Er-Rāzī "Kan alınan damarlar hakkında" adlı beşinci bölümde öncelikle damarları karaciğerden çıkan (atmayan) ve kalpten çıkan (atan) damarlar olmak üzere ikiye ayırmış ve toplamda kırk iki adet kan alınabilecek damardan söz etmiştir. Kan alınacak damarların kimi zaman sadece isimlerini, kimi zamanda bulundukları yerlerini belirten Er-Rāzī, sırasıyla kafa bölgesinden kulağın arkasında yer alan damarlardan ve yararlarından başlamış, kulak arkasında bulunan arterlerin kesilmesi sonucu Galenus'un, Hippokrates'in *Yerler ve Havalar* adlı eserinde "bunları kestirenler üreyemeyecek" şeklindeki ifadesine değinmiş ve bunun ikna edici bir açıklama olduğu yorumunu yapmıştır. Kafada kan alınabilecek damarları açıkladıktan sonra, koltuk altında, kollarda ve ellerde bulunan kan alınabilecek damarları ve yararlarını ele almış, son olarak bacaklarda bulunan kan alınabilecek damarlar ve yararlarından söz etmiştir.[2]

Er-Rāzī "Kan almanın yararları ve kan almanın uygulandığı hastalıkların belirtileri hakkında" adlı on ikinci bölümde ise, öncelikle alında bulunan damardan, bu damardan kan almanın hangi rahatsızlıklara ve belirtilere faydalı olduğundan söz etmiştir. Ardından kollarda bulunan damarlardan ve bu damarlardan kan almanın hangi rahatsızlıklara iyi geldiğinden ve yararlarından detaylı bir şekilde bahsetmiş ve Galenus'a da atıfta bulunmuştur. Son olarak bacaklarda bulunan damarlardan ve bu damarlardan kan almanın yararlarından bahsetmiştir.[2] Kan alınan damarlar ve yararları konusunun kapsamı ve içeriği açısından ʿAli ʿAbbās'ın ifadeleriyle kısmen benzeşen ifadelerin bulunduğu ancak Er-Rāzī'nin kan alma ile ilgili olan bu makalesinin çok daha detaylı ele alındığı ve metinlerin farklı olduğu görülmüştür.

Ez-Zehrāvī bu konuya *Kitābu't-Taṣrīf li-men ʿaceze ʿani't-Teʾlif "On Surgery and Instruments"* adlı eserinin "Book II. Chapter 95. On venesection/ 2. Kitap. 95. Kısım: Kan alma hakkında" adlı konu başlığında yer vermiştir. Öncelikle insan vücudunda yer alan damarları bulunduğu bölgelere göre saymıştır. Kafa bölgesinde on altı, her iki elde ve kolda beşer adet olmak üzere on, her iki ayakta ve bacakta üçer adet olmak üzere altı ve toplamda "otuz iki"* kan alınabilecek damar bulunduğundan bahsetmiş ve bu damarların damarların isimlerini ile bulundukları yerleri detaylı bir şekilde tanımlamıştır. Daha sonra, kafa bölgesindeki damarlardan kan alınmasının hangi hastalıklara iyi geleceği, nasıl uygulanacağı ve hangi aletlerin kullanılacağı konusunda bilgiler vermiştir. Daha sonra, kollarda ve ellerdeki damarlardan kan almanın faydalarını, bu işlemde kullanılan aletleri açıklamış ve bu aletlerin şekillerini de resmetmiştir. Ayrıca, bu bölgelerden kan alınırken karşılaşılabilecek sorunlar ve bu sorunlara yönelik müdahaleler hakkında da bilgi vermiştir. Son olarak, bacaklardaki damarlardan kan almanın faydalarını ele alarak konuyu tamamlamıştır.[32,33] Kısaca, ʿAlī ʿAbbās'ın açıklamaları ile ez-Zehrāvī'nin metni arasında benzer ifadeler bulunmakla birlikte, her iki metnin içeriği ve kapsamı açısından birbirinden farklı olduğu gözlemlenmiştir.

İbn-i Sînā'nın *el-Ḳānūn fi't-Ṭıbb* adlı eserinin "1. Kitap, 4. Bahis, Yirminci bölüm: Kan alma" ile ilgili bölümüne ve *Kan Alınacak Damarlar Risalesi'*ne bakılmıştır.[34,35] İbn-i Sînā eserinin "Kan alma" bölümünün "kan alınacak damarlar" alt başlığında öncelikle kan alma işleminin arter ve venden yapılabileceğinden ve arterden kan alma işleminin uygulandığı durumlardan söz etmiştir. Ardından Kol ve ellerde bulunan altı adet ven olduğunu belirtmiş ve sırasıyla bu damarların bulundukları yerleri, nasıl kan alınacağını ve yararlı olduğu bölgeleri anlatmıştır. Sonrasında "bacağın kan damarları" isimli alt başlıkta bacak ve ayaklardan kan alınabilecek damarları, yerlerini, işlemin yapılış biçimini ve yararlarını ele almıştır. Daha sonra kafa bölgesinde bulunan kan alınabilecek damarları, yerlerini ve işlem sonrasında yararlarını açıklamıştır. Bu konuda son olarak kan alınabilecek arterlerden, kulağın arkasında yer alan arterden ve Galenus'a atıfta bulunarak verdiği örnekten, karın bölgesindeki damarlardan ve yararlarından bahsetmiştir.[34] Kapsam ve içerik yönünden ʿAli ʿAbbās'ın açıklamaları ile örtüşen ifadelerin bulunduğu ancak her iki metnin birbirinden farklı olduğu ve İbn-i Sînā'nın açıklamalarının daha detaylı olduğu görülmüştür.

İbn-i Sînā *kan alınacak damarlar risalesi*'ne öncelikle toplamı kırk üç olan yirmi iki adet kan alınacak damarın ismini sayarak başlamıştır. Ardından sırasıyla kol ve eller (bu kısımda Galenus'a atıfta bulunmuştur), bacak ve ayaklar, kafa bölgesi ve son olarak karında bulunan damarları, bu damarlardan nasıl kan alınacağını, hangi bölge ve rahatsızlıklara iyi geldiğini belirtmiştir. Sonrasında kan alma işleminin yapılacağı zamanı, işlemin aşamalarını ve işlemi yapacak kişinin (fassad) dikkat edeceği hususları anlatmıştır. Kan alma sırasında yanlışlıkla arterin kesilmesi durumunda nasıl müdahale edilmesi gerektiği konularında bilgilendirmede bulunarak risaleyi sonlandırmıştır.[35] İçerik yönünden ʿAli ʿAbbās'ın ifadelerine benzer ifadeler bulunmakla birlikte metinlerin birbirinden farklı oldukları tespit edilmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak başta ʿAli ʿAbbās ve Aeginalı Paulus olmak üzere bu konuya dair incelenen tüm eserlerde, humoral pataloji teorisinin ilkeleri çerçevesinde benzer ifadelerin bulunduğu görülmektedir. İslam coğrafyasındaki hekimlerin Hippokrates ve Galenus gibi adını anmış oldukları hekimlere yer vermeleri, bir şekilde onların eserlerinden yararlanmış olduklarını göstermektedir. Dolayısıyla ʿAli ʿAbbās'ın kan alınan damarların sayısı ve faydalarına dair yazdığı bu metnin, başta Aeginalı Paulus olmak üzere diğer hekimlerin eserleriyle de kısmi benzerlikler göstermesi doğal karşılanmalıdır. Bununla birlikte ʿAli ʿAbbās'ın eski

* Eserin başka bir nüshasında "otuz üç" olarak geçtiği belirtilmektedir. Yapılan açıklamalardan da toplamda "otuz iki" adet kan alınabilecek damar olduğu tespit edilmiştir (Ç.N).

kaynakları bir araya getirerek, kendi gözlemlerinden ve deneyimlerinden de faydalanarak özgün bir makale yazmaya çalıştığı ve farklılıkların bundan dolayı kaynaklandığı mümkün görünmektedir.

Bilgi

Çalışmada herhangi bir maddi destek alınmamıştır. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında, ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazar tarafından 2020 yılında tamamlanan Doktora Tezi temel alınarak yapılmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Özgür Kuş: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Ahmet Acıduman: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Unat Y, Kâhya E. Kan Alma (Venesection) ve Cezerî'nin Kan Miktarını Ölçen Aletleri. II Türk Bilim ve Teknoloji Tarihi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta. 30-31 Ekim 2006. pp:1-12.
2. Abū Bakr Muḥammad ibn Zakariyyāʾ al-Rāzī. On Phlebotomy. Edition, translation and commentary by Juhan Björn. Joint Faculties of Humanities and Theology, Centre for Languages and Literature, Lund University; 2023. pp:4,18,21,22,56-63,96-103.
3. Kuş Ö, Acıduman A. ʿAlī b. Rabben eṭ-Ṭaberī'nin Firdevsu'l-Ḥikme fī'ṭ-Ṭıbb adlı eserinde kan alma üzerine. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2020;10(3):336-345. doi:10.31020/mutftd.748080
4. Pormann PE, Savage-Smith E. Medieval Islamic Medicine. Edinburgh University Press; 2007.
5. Parapia LA. History of bloodletting by phlebotomy. Br J Haematol. 2008;143(4):490-495. doi:10.1111/j.1365-2141.2008.07361.x
6. Castiglioni A. A History of Medicine. Vol Translated from the Italian and Edited by Krumbhaar EB. Second Edition, Revised and Enlarged. New York: Alfred A. Knopf; 1947.
7. Arda Berna. Batı Ortaçağı'nda Hastalık Kavramı. Güneş Kitabevi; 1997.
8. Şerefeddin Sabuncuoğlu. Cerrāḥiyyetü'l-Ḫaniyye I.; 1992.
9. Holman DV. Venesection, before Harvey and after. Bull NY Acad Med. 1955;31(9):661-670.
10. Hippocrates. The Aphorisms of Hippocrates from the Latin Version of Verhoofd, With A Literal Translations On the Opposite Page and Explanatory Notes. The Work Intended as A Book of Reference to the Medical Student by Marks E. Collins & Co.; 1817.
11. Sezgin F. Geschichte Des Arabischen Schrifttums, Band III, Medizin-Pharmazie-Zoologie-Tierheilkunde Bis ca. 430 H. Leiden: E. J. Brill; 1970. pp:44,115-6.
12. Sarton G. *Introduction to the History of Science*. Vol Volume I. From Homer to Omar Hayyam. Reprint. Baltimore: Published for the Carnegie Institution of Washington by The Williams & Wilkins Company; 1962.
13. Meyerhof M. Science and Medicine. Arnold T, Guillaume A, Editors. The Legacy of Islam. Oxford: Clarendon Press; 1931.
14. Paulus Aegineta. The Seven Books of Paulus Aegineta, Translated from the Greek With A Commentary Embracing A Complete View of the Knowledge Possessed by the Greeks, Romans, and Arabians On All Subjects Connected With Medicine and Surgery by Adams F, In Three Volumes, Vol. II. London: Printed for the Sydenham Society; 1846. pp:316-24.
15. Markatos K, et al. Paul of Aegina (625-690): His Work and His Contribution to Neurologic Surgery: Trephinations and Laminectomies in the Dark Ages, World Neurosurg 2018; 09: 338-341.
16. Missios S, Bekelis K, Roberts DW (2014). Neurosurgery in the Byzantine Empire: The Contributions of Paul of Aegina (625-690 AD). J Neurosurg, 2014; 120 (1): 244-9.
17. Tsoucalas G, et al. Paul of Aegina (c. 7th Century AD): Introducing in the Surgical Operating Theatre of the Era an Innovative Tonsillectomy With a Forceps Under the Sunlight, Surg Innov 2016;23(1):102-3.
18. Kuş Ö, Acıduman A. ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye (Kitābu'l-Melikī) adlı eserinde damardan kan alma-1: Kan almayı bilme üzerine. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2022;12(2):294-307. doi:10.31020/mutftd.1080929
19. ʿAli b. el-ʿAbbās el-Mecūsī. Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭibbiyye, Cilt 2. Kahire (Bulāḳ): el-Matbaʿatu'l-Kubrā el-ʿĀmire; 1294/1877. pp:460-461.

20. ʿAlī Ibn al-ʿAbbās al-Majūsī. The Complete Medical Art-Kāmil al-Ṣınāʿa al-Ṭıbbīya, Part 2, Second half, Edited by Sezgin F, Series C: Facsimile Editions, Volume 16,3, Reproduced from MS A.Y. 4713a, İstanbul University Library, Institute for the History of Arabic-Islamic Science at the Johann Wolfgang Goethe University, Frankfurt am Main;1985. pp:217-9.
21. ʿAli b. el-ʿAbbās el-Mecūsī. Kitabu Kāmili'ṣ-Sınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye: el-maʿrūf bi'l-Melikī [The Complete Art of Medicine]. [Internet] [cited 2016 Sep 17]. Available from: https://www.wdl.org/ar/item/9716/
22. ʿAlī Ibn al-ʿAbbās al-Majūsī: Kitābu'l-Melikī [Arapça], İstanbul: Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Murad Molla Koleksiyonu, No. 1482.; 1292. pp:329a/b.
23. Redhouse JW. Turkish and English Lexicon, New Edition by Sir James W. Redhouse, 5th Ed., İstanbul: Çağrı Yayınları; 2015.
24. Sarı M. El- Mevârid Arapça- Türkçe Lûgat, İstanbul: Bahar Yayınları; 1982.
25. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lûgat Eski ve Yeni Harflerle, 18. Baskı (Yayına hazırlayan: Güneyçal AS). Ankara: Aydın Kitabevi Yayınları; 2001.
26. Güneş K. Arapça-Türkçe Sözlük. İstanbul: Mektep Yayınları; 2011.
27. Feneis H. Uluslararası Adlandırmaya Göre Resimli Anatomi Sözlüğü, (Çeviren: ÜLKER S), Ankara: İnkılâp Kitapevi; 1993.
28. Paulus Aegineta. The Seven Books of Paulus Aegineta, Translated from Greek, With a Commentary Embracing a Complete View of the Knowledge Possessed by the Greeks, Romans, and Arabians on all Subjects Connected with Medicine and Surgery by Adams F, in Three Volumes, Vol. II, London: Syndenham Society; 1846. pp: 316-324.
29. Kuş Ö. ʿAlī b. el-ʿAbbās el-Mecūsī'nin Kāmilu'ṣ-Ṣınāʿati'ṭ-Ṭıbbiyye Adlı Eserinde Cerrahi Tedavi Uygulamaları ve Tıp Tarihindeki Yeri. Doktora Tezi. Danışman: Prof. Dr. Ahmet Acıduman. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı; 2020. pp:59-63, 290-293.
30. Kuş Ö, Acıduman A. ʿAlī b. Rabben eṭ-Ṭaberī'nin Firdevsu'l-Ḥikme fī'ṭ-Ṭıbb adlı eserinde kan alma üzerine, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2020; 10 (3): 336-345.
31. Ebū Bekr Muḥammed b. Zekeriyyā er-Rāzī. El-Manṣūrī fī'ṭ-Ṭıbb, Şerḥ ve taḥḳīḳ ve taʿlīḳ: ed-Duktūr Ḥāzim el-Bekrī eṣ-Ṣiddikī, El-Kuveyt: Et-Tabʿatu'-Ulā, Menşūrāt Maʿhadi'l-menḥūṭāti'l-ʿArabiyye; (1408 H/1987). pp:324-331.
32. Albucasıs. On Surgery and Instruments, A Definive Edition of the Arabic Text with English Translation and Commentary (Çevirenler: Spink, M.S., ve Lewis G.L.), London: The Wellcome Institute of the History of Medicine; 1973. pp:624-655.
33. Ebu'l-Ḳāsım Ez-Zehrāvī. KİTAB et- TASRİF li men ACİZE an et-TA'lif (Cerrahi ve Cerrahi Aletler Üzerine), (Çeviren: Esin KÂHYA), Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2019. pp:195-203.
34. İbn-i Sînâ. *El-Kānūn fi'ṭ-Ṭıbb*, Birinci Kitap, (Çeviren: Kâhya, E.), Ankara: Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Atatürk Kültür Merkezi; 2017. pp:393-410.
35. Ünver AS. İbni Sina'nın Kan alınacak Damarlar Risalesi, Tedavi Kliniği ve Laboratuvarı Dergisi 1937; 7: 36-50.

Araştırma Makalesi – Original Article

Mehmed b. Ali'nin "Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede" Adlı Eserine Dair Yeni Bir Değerlendirme[a]

A New Evaluation of Mehmed b. Ali's Work Titled "Tarjama-yi Jadīda fī'l-Khawāṣṣ al-Mufrada"

Esra Aksoy[i]

[i]Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD, 0000-0003-4332-0576

ÖZ

Amaç: Hayatı hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olmadığımız Mehmed b. Ali'nin (1691'de sağ) Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede" adlı eserinin yapılmış iki ayrı neşrinin eleştirel bir şekilde değerlendirilmesi, tercümeye kaynaklık eden eserin tespit edilmesi ve esere dair yeni bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Mart-Ekim 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Eserin bilinmeyen başka nüshalarının olup olmadığının tespiti için yurtiçi ve yurt dışı kütüphanelerine ait katalog ve veri tabanı taraması yapılmıştır. Tespit edilen yeni nüshalar ve esere kaynaklık ettiği düşünülen kitap üzerinden metnin ve bitkilere ait resimlerin karşılaştırılması yapılmıştır. Ayrıca tercümenin yapıldığı dönem göz önünde bulundurularak eser içeriği incelenmiştir.

Bulgular: Eserin bilinen bir yazma nüshası ve bir taş baskısına ek olarak, bir yazma nüshası ve üç taş baskısı daha bulunmuştur. İtalyan botanikçi ve hekim Castore Durante'nin (ö. 1590) Herbario Novo adlı eserinin tercümeye kaynaklık ettiği tespit edilmiştir. Kaynak ve tercüme eserin bitkilere dair verdikleri bilgilerin başlıkları birbirine yakın olmakla birlikte, bitkilere ait resimler de özdeş denilebilecek benzerlikler içermektedir.

Sonuç: Eserin müellif nüshası tespit edilememiştir ve mevcut nüshaları arasında ciddi farklılıkların bulunduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda mevcut metin neşirleri tek bir nüshaya dayandığı için ciddi eksiklikler barındırmaktadır. Ekonomik nedenlerle tercüme yapan müellif, çağdaşı olan literatürde bulunan yeni hastalıklara ve uygulamalara dair bilgilerden haberdar olmakla birlikte, tercümesinde tıp alanındaki yeni gelişmeleri takip etmeyi değil, yabancılardan bitki alımını engellemek için İstanbul'da bulunan bitkileri tanıtmayı öncelemiştir.

Anahtar Kelimeler: Terceme-i Cedīde, Castore Durante, Cedīd, Tıp Tarihi, Botanik Tarihi

ABSTRACT

Objective: The study aims to critically evaluate two separate editions of Mehmed b. Ali's (fl. 1691) work Tarjama-yi Jadīda fī'l-Khawāṣṣ al-Mufrada, about which detailed information on the author's life is not available. Additionally, it seeks to identify the source text that served as the basis for the translation and to provide a new assessment of the work.

Method: The research was conducted between March and October 2024. To identify any previously unknown copies of the work, the catalogs and databases of both domestic and international libraries were systematically searched. A comparative analysis of the text and plant illustrations was undertaken, incorporating newly identified copies and the book presumed to be the source of the translation. Additionally, the content of the work was examined within the context of its translation period.

Findings: In addition to one manuscript and one lithographic copy previously known, an additional manuscript and three lithographic copies of the work were identified. It was determined that Herbario Novo, authored by the Italian botanist and physician Castore Durante (d. 1590), served as the source for the translation. The headings describing the plants in both the source text and the translated work are closely aligned, and the illustrations of the plants are nearly identical.

Conclusion: The original copy of the work authored by Mehmed b. Ali has not been identified, and significant discrepancies have been observed among the existing copies. In this regard, the current editions of the text are notably deficient, as they rely on a single copy. While the translator, who undertook the work for economic reasons, demonstrated awareness of contemporary knowledge on new diseases and practices, his primary objective was not to align his translation with recent medical advancements. Instead, his focus was on introducing plants available in Istanbul to discourage the procurement of such plants from foreign sources.

Keywords: Tarjama-yi Jadīda, Castore Durante, Jadīd, History of Medicine, History of Botany

[a]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):519-534*
D DOI: 10.31020/mutftd.1591248
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 25 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 11 Mayıs 2025
İletişim- Correspondence Author: Esra Aksoy < esra.aksoy@amasya.edu.tr>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Tedavide hayvansal ve madensel ilaçların yanında ağırlıklı olarak bitkisel ilaçların kullanıldığı humoral patoloji kuramı içerisinde ilaç yapımında kullanılan bu maddelerin tek başına kullanıldığı basit *(müfred)* ya da birçok farklı maddenin karıştırılmasıyla elde edilen bileşik *(mürekkeb)* ilaçlar bulunmaktadır. Müfred ilaçların listelendiği ve her madde özelinde hangi hastalık için nasıl ilaç yapılacağının tariflerinin verildiği müfredat kitapları Osmanlı tıp tarihi içerisinde önemli bir yere sahiptir.[1] Bu çalışmada da Mehmed b. Ali (1691'de sağ)[b] tarafından on yedinci yüzyılda kaleme alınan *Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede* adlı eseri mevcut literatür eşliğinde eleştirel bir şekilde gözden geçirilerek incelenmiştir. Eserin daha önce edisyon kritik yapılmış iki ayrı baskısı olmakla birlikte eser ve müellif hakkındaki bilgiler *Terceme-i Cedīde'*nin mukaddime kısmında verilen bilgilerle sınırlıdır.[2,3] Bu çalışmada da müellifin biyografisiyle ve eğer mevcutsa diğer çalışmalarıyla ilgili yeni bilgilere ulaşılamamıştır. Bursalı Mehmed Tahir (ö. 1925) *Osmanlı Müellifleri*'nin Etibbâ Faslı'nda Mehmed bin Ali'ye madde başı olarak yer vermez ancak Mekteb-i Tıbbiyye'nin kurulmasından önce yazılan tıp eserlerine dair verdiği listede H.1102 yılında yazıldığını ve matbu olduğunu belirttiği *Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede* adlı eserin müellifi olarak Mehmed bin Ali'yi kaydetmektedir.[4] Eserin mukaddime kısmında Mehmed b. Ali, ilk gençlik yıllarından itibaren tıp ilmiyle meşgul olduğunu ve Arap, Acem ve Avrupalı hekimlerle (*Laṭīn ḥükemāsı*) görüştüğünü belirtmiştir. Ayrıca eseri H.1101 (1689/1690) senesinde müsvedde olarak hazırladığı ve H.1102 (1690/1691) yılında tamamladığı bilgisini vermiştir. Eserin telif sebebini ise mukaddimede şu şekilde açıklamıştır:

> *Sen daḫi çün bu ʿilm içinde bulunduñ bārī bir eṣer peydā eyle kim bāʿiṣ-i raḥmet ve sebeb-i maġfiret ola diyü bu faḳīr-i pür-taḳṣīr gūyā ḫābdan bīdār olub fikr eyledim ki baʿḍı devalar var ki lazım ammā bu vilāyetde meşhur değil Ġalaṭada Frenk ve Rūm kefereleri getürüb ʿaẓīm bahālar ile füruḫt iderler ḥāṭırıma bu geldikde çün Mehmed bin ʿĀlīnüñ muradı hep rıḍa Allah baḳçelerde cümle gördüm bu eşyālar ġāyet mubāḥ ol ecldn taḥrīrine bedʿ eyledim.*

Ekonomik nedenlerle, yabancı hekimlerden fahiş fiyatlarla tıbbi bitkilerin satın alınmasını önlemeyi hedefleyen eser, bitkilerin tanınmasını sağlamak amacıyla resimlerini de içermektedir. Bu bağlamda eser, taş baskıda her bir sayfada bir bitki, yazmada ise her varağa iki bitki sığacak şekilde tasarlanmıştır. Madde başları bitkinin İtalyanca ismiyle başlamakla birlikte, sonrasında Arapça ve Türkçe karşılıkları da verilmiştir. Devamında bitkinin nitelikleri, bitkiden nasıl ilaç yapılacağı ve hangi hastalıkların tedavisinde kullanılabileceğine dair bilgiler verilmiştir.

Eserin daha önce yapılan baskılarına gelinecek olursa, Uğurol Barlas 2004 yılında kendi şahsi kütüphanesinde bulunan, basım yılı belli olmayan taş baskının transkripsiyonunu, 2006 yılında ise Bülent Özaltay ve Abdullah Köse, İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik AD Kütüphanesi'nde (Çapa) bulunan 4458 numaralı yazma nüshanın transliterasyonunu yapmışlardır.[5,6] Barlas taş baskının orijinal yazma nüshasını aradığını ancak bulamadığını belirtmiştir. Özaltay ve Köse ise Barlas'ın çalışmasından haberdar oldukları halde taş baskı ve yazmayı, içerdikleri bitki sayısı üzerinden karşılaştırmak dışında herhangi bir metin karşılaştırması yapmamışlardır.[2,3] Buna göre taş baskı 108[c] adet bitki içerirken, Çapa nüshası 91 bitki içermektedir ve bunların 74 tanesi iki nüshada ortak olarak bulunmaktadır. Çapa nüshasının haricinde başka bir yazma nüshaya ulaşamayan Özaltay ve Köse Çapa'daki nüshanın istinsah kaydı bulunmadığı için yanlış bir şekilde ve taş baskıdaki büyük farklılıklar açıklanmaksızın müellif nüshası olarak kabul edilebileceğini belirtmişlerdir.[3] Sonuç olarak iki neşrin de çeşitli eksiklikler barındırdığının ve eserin içeriğine dair yapılan

[b] Bazı kaynaklarda Muhammed b. Ali olarak geçmektedir.

[c] Barlas değerlendirme yazısında yanlış bir şekilde 110 bitki olduğu bilgisini vermektedir. Bkz. s.8.

değerlendirmelerin yeterli olmadığının görülmesi *Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede* için yeni araştırmalar yapılmasını zaruri kılmıştır.

Yöntem

Öncelikle eserin bilinen nüshalarının haricinde başka nüshalarının olup olmadığını tespit etmek için katalog ve veri tabanı taraması yapılmıştır. Bu bağlamda yurtiçi taramalar için öncelikle Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı (YEK) yazma eserler veri tabanına başvurulmuştur. Sonrasında ise Ulusal Toplu Katalog (TO-KAT) gibi diğer çevrimiçi veri tabanları ve İslâm Tarih, Sanat ve Kültür Araştırma Merkezi'nin (IRCICA) Osmanlı Tıbbi Bilimler Literatürü Tarihi (OTBLT) gibi kaynaklar taranmıştır. Ek olarak yurt dışındaki kütüphane ve koleksiyonların taranması için çevrimiçi veri tabanlarının yanı sıra Chester Beatty ve Leiden Üniversitesi kütüphanelerinin Türkçe yazma eserlere ait basılı katalogları taranmıştır.

Katalog ve veri tabanı taramasının ardından, mevcut iki farklı neşir de göz önünde bulundurularak nüshalara dair karşılaştırma ve inceleme yapılmıştır. Sonrasında tercümeye kaynaklık ettiği düşünülen Castore Durante'nin (ö.1590) *Herbario Novo* adlı eseri Türkçe tercüme ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Karşılaştırma temel olarak bitki resimleri ve madde başları üzerinden yapılmış ve metin karşılaştırması konusunda *Herbario Novo* üzerine yapılmış ikincil literatürden yararlanılmıştır. Karşılaştırma sonrasında, gelecek çalışmalara yardımcı olması için bitkilere dair madde başlıkları, bulundukları nüshalar ve kaynak metindeki sayfa numaraları belirtilerek İtalyanca ve Türkçe olarak listelenmiştir. Son olarak ise tercüme içeriği dönemin tıp tarihi eserlerindeki temel tartışma konuları ve yeni bilimsel gelişmeler göz önüne alınarak incelenmiştir.

Bulgular

Yapılan taramalar sonucunda eserin bilinen bir yazma nüshası (Çapa 4458) ve bir taş baskısına (Barlas'ın özel nüshası) ek olarak bir yazma nüshasına ve üç taş baskısına daha ulaşılmıştır. Yazma nüshası Yale Üniversitesi Beinecke Nadir Kitap ve El Yazmaları Kütüphanesi'nde (*Beinecke Rare Book and Manuscript Library*) tespit edilirken (Turkish MSS suppl. 6), YEK yazma eserler veri tabanından Çorum Hasan Paşa Kütüphanesi 610 ve Millet Kütüphanesi Ali Emiri Tıp Kataloğu 074/1 ve TO-KAT veri tabanından Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi Kütüphanesi 1485 numaralı taş baskılara ulaşılmıştır.[7–10] OTBLT'de ise Çapa'daki yazma nüshanın yanında Ali Emiri 074/1 taş baskısı da kaydedilmiştir.[11] Eserin yazma ve taş baskı nüshaları incelendiğinde hem içerdikleri bitki sayısı hem de bitkilere dair maddelerin sıralanması yönünde ciddi farklılıklar içerdikleri tespit edilmiştir. Taş baskıların kendi içlerinde herhangi bir farklılık bulunmamakla birlikte, Barlas'ın özel nüshasının son iki sayfası diğer üç taş baskıda yer almamaktadır. Taş baskılarda basım tarihi bulunmazken, Yale nüshasında istinsah ve temellük kaydı mevcuttur. Nüsha Mustafa bin Ali tarafından H.1112/1700 yılında istinsah edilmiş[d] ve Osman Paşa kethüdası İbrahim Ağa eş-Şehid adına kayıtlı olan nüsha Oskar Rescher (ö. 1972) tarafından satın alınmıştır.[e]

Eserlerde bulunan bitki isimlerine dair liste karşılaştırmalı olarak tablo haline getirilmiştir. ***(Tablo-1)*** Buna göre Çapa nüshasında 91, Yale nüshasında 113, Barlas özel nüshasında 108 ve diğer taş baskılarda 106 bitki bulunmaktadır. Yale nüshasındaki bitki sayısı fazla olmasına rağmen diğer nüshalardaki bütün bitkileri içermemektedir. Taş baskıda yer almayan 19 bitkinin 17 tanesi Çapa nüshasında mevcutken Yale nüshasında sadece sekiz tanesi bulunmaktadır. Ayrıca Yale nüshası ile Barlas özel nüshasında 105 ortak bitki yer alırken Çapa nüshası ile 74 ortak bitki bulunmaktadır. Sonuç olarak hiç birisi bir diğerinin tamamını içermeyen bu nüshalarda toplamda 127 farklı bitki hakkında bilgi verilmiştir. ***(Tablo-1)*** Eserin giriş kısımları tüm nüshalarda aynı olup istinsah ya da taş baskı süreçleriyle ilgili nüsha farklılıklarını açıklayan veya eserin

[d] Bkz. Yale supp.6 100b
[e] Bkz. Yale supp.6 101b

yeniden düzenlenmesine dair ek bir bilgi bulunmamaktadır. Bu bağlamda nüshaların içerdikleri bitki sayılarının birbirinden farklılıkları, esere dair yapılmış olan iki farklı neşrin, eserin tamamını içermekten çok uzak olduğunu bariz bir şekilde göstermektedir.

Nüshaların ortak olarak içerdikleri bitkilere dair anlatımlar büyük ölçüde aynı olmakla birlikte bazı farklılıklar ya da yanlışlıklar bulunmaktadır. Örneğin Yale nüshası ve taş baskıda ortak bulunan tütün bitkisinde, taş baskıda *"ze"* (ز) harfi noktasız bir şekilde *"ra"* (ر) harfi olarak yazıldığı için bitkinin "*frenk rahmetine*" iyi geldiği ifade edilmiştir. Oysa doğru ifade Yale nüshasında da geçen "*frenk zahmeti*" şeklinde olacaktır.[f] Taş baskıdaki bu yanlış yazım Barlas tarafından transkripsiyon sırasında anlam açısından sorgulanmaksızın yine yanlış bir şekilde aktarılmıştır.[g] Nüshalar arasında en dikkat çekici farklılığın, Çapa nüshasındaki bazı maddelerdeki cümle ya da cümlelerin Yale ve taş baskılarda ortak bir şekilde eksik olmasıdır. Örneğin bütün nüshalarda ortak olarak bulunan sultan otu bitkisinin sonundaki "*Mübālaġa üzre yazılmışdur ve lakin ṭabīb-i ḥāẕıḳuñ reʿyine muḥtācdur. Öyle olıcaḳ aẕīm fa'ideler ẓāhir olur in-şā-Allāhu teʿālā ġaflet olunmaya*" cümleleri sadece Çapa nüshasında bulunmaktadır. Yazma nüshaların bir diğer özelliği, eserin devamında tıbbi terimlere dair Türkçe, Arapça, İtalyanca karşılıklarını içeren tablo şeklinde bir sözlük barındırıyor olmalarıdır.[h] Çapa nüshasında sözlük kısmına geçmeden önce 47b-52a varakları boş bırakılmıştır. Yale nüshasında da nüshanın katalog kaydında eserin tamamlanmamış olabileceği notu düşülmüştür. Bu bilgiler iki yazma nüshanın tamamlanmadan bırakılmış olabileceğine işaret ediyor olabilir. Ayrıca taş baskıların son sayfalarında da eserin tamamlandığına dair herhangi bir işaret bulunmamaktadır ve yukarıda belirtildiği üzere Barlas'ın özel nüshasının diğer taş bakılardan farklı olarak sonunda iki sayfa daha bulunmaktadır. Yani taş baskıların da son sayfaları günümüze sağlam bir şekilde ulaşmamış olabilir. Bu durumlar nüshalar arasındaki farklılıkları ve eksiklikleri açıklayabilir. Ancak eserin farklı versiyonlarının olabileceği ihtimali de unutulmamalıdır. Bu nüsha farklılıklarına ek olarak Yale nüshasının son kısmında Emir Çelebi'nin (ö. 1638) eserinden yola çıkılarak hazırlanmış bitkilerin hangi hastalık için nasıl kullanılacaklarına dair tablo şeklinde bir çizelge bulunmaktadır.[i]

Tercümeye kaynaklık eden esere dair Mehmed b. Ali net bir bilgi vermemektedir. Bundan dolayı tercümeye kaynaklık eden eseri tespit etmek için metin içerisinde atıf yaptığı isim ve eserlerin tespiti yapılmıştır. Metinde Galen (ö. 200 [?]) ve Dioskorides (ö. 90)[j] gibi tıp eserlerinde sıklıkla atıf yapılan iki ismin yanında *Dunceli*[k] ve *Ḳaṣṭoro Durante*[l] isimlerine de atıf yapmıştır. Burada *Dunceli*'ye ilk ismi verilmeksizin atıf yapıldığı için kimliğini tespit etmek zor olmakla birlikte, diğer ismin İtalyan hekim Castore Durante (ö. 1590) olduğunu öngörmek daha kolaydır. Zaten Özaltay ve Köse de esere yazdıkları kısa değerlendirmede bu tespitte bulunmuşlardır.[3] İlk ismi verilmeyen *Dunceli*'nin ise muhtemelen Paracelsusçuluktan etkilenmiş, yine İtalyan bir hekim olan Giuseppe Donzelli (ö.1670) olduğu düşünülebilir.[12] Mehmed b. Ali ayrıca Donzelli'nin bir eserini *Cevāhirü'ṭ-ṭıb* adıyla tercüme ettiğini belirtmiştir.[m] Ancak yapılan taramalar sonucunda bu tercümenin herhangi bir nüshası bulunamamıştır; bundan dolayı Donzelli'nin hangi eserinin tercümesi olduğunu söylemek zordur. Ancak ilaç yapımına dair bilgiler içeren *Teatro Farmaceutico Dogmatico, e Spagirico* (Farmasötik, Dogmatik ve İatrokimyasal Tiyatro)eserinin yüksek ihtimalle söz konusu

[f] Bkz. Yale supp. 6 25a, taş baskı 95.
[g] Bkz. Barlas s.55.
[h] Bkz. Çapa 4458 52b-73a; Yale supp.6 60b-83a.
[i] Bkz. Yale supp.6 85a-101a
[j] Bkz. Çapa 4458 12b (Atfın yapıldığı sıraca otu bitkisi diğer nüshalarda bulunmamaktadır.)
[k] Bkz. Çapa 4458 42a, Yale supp.6 53a, taş baskı 57.
[l] Bkz. Çapa 4458 29a. Durante'ya atıf yapılan pasaj diğer nüshalarda bulunmamaktadır.
[m] Bkz. Çapa 4458, 42a-42b. *"…ḥükemā-ıi efrencden meẕkūr ḥabbı Dunceli ġāyet medh itmişdür ḥabbuñ terkībini murād iden Duncelinüñ kitabına mürācaʿat itmek gerekdür. Eger tenezzül olunur ise ḥakīrüñ terceme itdügüm cevāhirü'ṭ-ṭıb namında kitābuñ ḥablar babına naẕar itsünler."* (Esere atıf yapılan ikinci cümle diğer nüshalarda bulunmamaktadır.)

tercüme eserin kaynak kitabı olduğu söylenebilir.[13,14] Donzelli'ye atıf yapılan "*it kasarı"* bitkisine tercümede işaret edildiği gibi *Teatro Farmaceutico*'nun tabletler kısmında "*Tefticolo di Canne*" olarak atıf yapıldığı tespit edilmiştir.[n] Bu durum da yapılan yorumları desteklemektedir.

Mehmed bin Ali Castore Durante'nin eserine ise bütün nüshalarda ortak bir şekilde bulunan yılan dili bitkisini anlatırken sadece Çapa nüshasında bulunan şu cümleden atıf yapmıştır: *"(…) lakin ʿArabī kitāblarda meẕkūr ot mechūldür faḳīr ḥükemā kitāblarından Ḳaṣṭoro Durante kitābından terceme eylemişdür."*[o] Donzelli'ye ileri bir kaynak olarak yer veren müellif, Durante'yi o madde özelinde olsa bile tercümede kaynak olarak kullandığını açıkça belirtmiştir. İtalyan hekim, botanikçi ve şair Durante'nin 1585 yılında yayınlanmış 859 tane bitki içeren *Herbario Novo* (Yeni Bitkiler) kitabı bulunmaktadır.[15] Her bir bitki için bitkiyi tasvir eden bir gravür içeren *Herbario Nova* bitkilere dair bilgileri bitkinin ismi, şekilsel özellikleri (*forma*), yetiştiği yerler (*loco*), nitelikleri (*qualita*) ve tıbbi özellikleri (*virtu*) olmak üzere beş başlık altında sunmaktadır. Her bitki anlatımında bütün bu başlıklar bulunmamakla birlikte, isim başlığı bütün madde başlarında ortak olarak bulunmaktadır. Burada bitkinin Yunanca, Latince, İtalyanca, Almanca, Fransızca, İspanyolca, Çekçe ve egzotik türler söz konusu olduğunda menşei ülkelerinde bilinen isimleri verilebilmektedir. Ayrıca yazar bitki hakkında bilgilere geçmeden önce genellikle girişte kısa bir şiire yer vermektedir.[16]

Mehmed b. Ali'nin madde başı olarak İtalyancayı tercih etmesi de tercümeyi Durante'nin kitabından yaptığı düşüncesini güçlendirmektedir. Ayrıca *Herbario Nova* ile *Terceme-i Cedīde'de* bulunan bitkilere dair gravür ve resimlere bakıldığında büyük ölçüde özdeş oldukları görülmüştür. ***(Şekil 1,2,3 ve 4)*** Bundan dolayı *Terceme-i Cedīde*'de bulunan 127 bitkinin *Herbario Nova*'da olup olmadığına dair bir tarama yapılmış ve 125'nin *Herbario Nova*'da bulunduğu tespit edilmiştir. ***(Tablo-1)*** Tespit edilen bitkilerin tamamında çizimlerdeki benzerlikler süreklilik göstermektedir. Sonuç olarak *Terceme-i Cedīde*'de bulunan bitkilerin madde başlarının İtalyanca olması ve tamamına yakının *Herbario Nova*'da bulunması, bitkilere dair anlatıda takip edilen başlıkların ve eserlerdeki bitki resimlerinin birbirine benzemesi *Herbario Nova*'nın *Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede*'nin önemli bir kaynağı olduğuna şüphe bırakmamaktadır. Ancak hem eserlerin hacimlerindeki hem de tercüme edilen maddelerin uzunluklarındaki ciddi farklılıklar *Terceme-i Cedīde'*nin *Herbario Nova*'nın ancak muhtasar tercümesi olabileceğini göstermektedir.

[n] Bkz. *Teatro Farmaceutico Dogmatico, e Spagirico*, s. 267

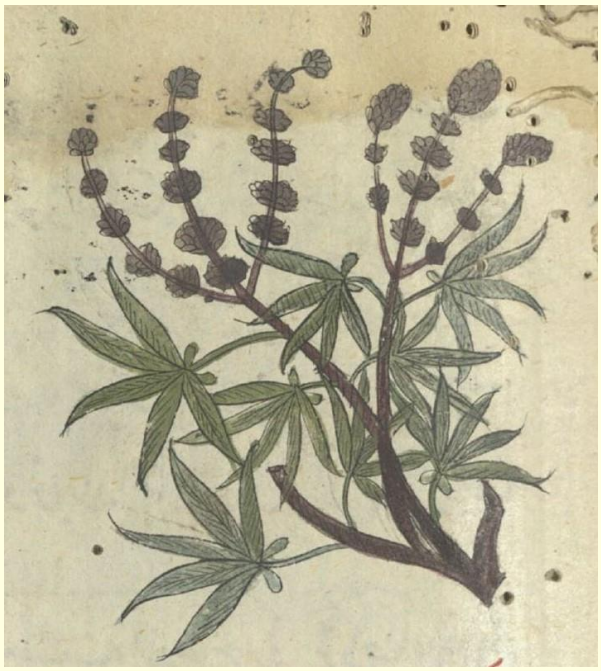
[o] Bkz. Çapa 4458 29a



Şekil 1. Herbario Nova, s.11



Şekil 2. Hasan Paşa 610 (Taş baskı) s. 5



Şekil 3. Yale supp. 6 3a



Şekil 4. Çapa 4458 2b

Eserin İçeriğinin Değerlendirilmesi

Eserin içeriğinin değerlendirilmesinde tercümenin yapıldığı dönemde tıp alanındaki gelişme ve tartışma alanları göz önünde bulundurulmuştur. On yedinci yüzyıl tıbbına bakıldığında eserin başlığında da yer alan "*cedīd*" kavramının önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Bu bağlamda "*tıbb-ı cedīd"* olarak isimlendirilen iatrokimya yöntemleri, kadim kitaplarda bahsedilmemiş olan yeni hastalıkların ve yeni bitkilerin on yedinci yüzyıl Osmanlı tıbbında öne çıkan başlıklar olduğu söylenebilir.[17] Ayrıca Mehmed b. Ali'nin bu eseri kimin için ve nasıl bir yöntem belirleyerek yazdığı sorusu da eserin değerlendirilmesi için önem arz etmektedir. Bundan dolayı metin içeriği aşağıdaki araştırma soruları bağlamında değerlendirilmiştir:

1. Eserde verilen ilaç tariflerinde, Paracelsus'un (ö. 1541) kadim simya-kimya geleneklerinden yararlanarak geliştirdiği kimyevî tıp anlayışı içerisinde uygulanan iatrokimya yöntemleri kullanılmış mıdır?
2. Kadim kitaplarda yer verilmemiş, nevzuhur ya da bu dönemde ayırt edilmiş olan yeni hastalıklara yani frengi (*maraz-ı efrenc*), pilika, hipokondri (*ʿillet-i merākiyye*), habis ateş (*ḥummā-yı redīyye*) ve iskorbüte dair reçetelere yer verilmiş midir?[18,19]
3. Kadim kitaplarda yer verilmemiş, ağırlıklı olarak Amerika'nın keşfiyle bulunan ya da Çin gibi uzak yerlerden getirilen peygamber ağacı, sassafras, mecukan, sarsaparilla ve çöpçini gibi yeni bitkiler kaynak ve erek metinde bulunmakta mıdır?[20]
4. Mehmed b. Ali tercümede nasıl bir yöntem benimsemiştir ve esere kendi katkıları olmuş mudur?
5. Tercüme kimin için yapılmıştır ve tedavide hekimin rolü nedir?

İatrokimya Yöntemleri

Eserde ilaç yapımına dair bilgi verilen kısımlarda altmış dört bitkide damıtma (*taḳṭīr*) yöntemine yer verilmiştir; bunların yirmi dokuzunda "*inbīḳde taḳṭīr idüb*" şeklinde damıtma işleminin hangi aletle yapılacağına dair de bilgi verilmiştir. Elbette damıtma yönteminin kullanılması doğrudan iatrokimya ile özdeştirilemez; zira kadim simya/kimya yöntemlerinden olan damıtma Osmanlı'da iatrokimya yöntemlerinin alımlanmasından önce de bilinmektedir ve gül yağı gibi bazı ürünlerin yapımında kullanılmaktadır.[21] Ama eserdeki bitkilerin yarısına yakının ilaç yapımında damıtma yönteminin kullanılmış olması alışılmışın dışındaki bir olgu olarak dikkat çekici bir husustur. Ayrıca dört yerde damıtmaya (*taḳṭīr*) atıf yapılırken *"kīmyāvī ṭarīki üzre"* ya da *"ḳāʿide-i kīmyāvīyye"* kavramlarına yer verilmiştir.[p] Ek olarak üç yerde damıtmaya atıf yapılmaksızın *"ḳāʿide-i kīmyāvīyye"* ifadesine yer verilmiş ve kimya prensipleri doğrultusunda ilaç yapımı için bitkinin toz haline getirilmesinden bahsedilmiştir.[q] Burada *"kīmyāvī ṭarīki üzre"* ya da *"ḳāʿide-i kīmyāvīyye"* kavramlarına yer verilmesi kullanılan yöntemin mahiyetinin bilincinde olunduğuna ve iatrokimya yöntemlerine dair bir farkındalık olduğuna işaret etmektedir.

Yeni Hastalıklar

Eserde yeni hastalıklardan hipokondri (*ʿillet-i merākiyye*), habis ateş (*ḥummā-yı redīyye)* ve frengi (*maraz-ı efrenc*) hastalıklarına atıf yapılırken, pilika ve iskorbüt hastalıklarına yer verilmemiştir. Frengiye üç[r], "*ʿillet-i merākiyye*"ye dört[s] yerde atıf yapılırken, "*ḥummā-yı redīyye"* tedavisine dokuz farklı bitki maddesinde yer verilmiştir.[t] Hummaya daha çok atıf yapılması dönemin ihtiyaçları ile alakalı olabilir. Hekimbaşı Sālih b.

[p] Örnek için bkz. Çapa 4458 46b, Yale supp.6 52b, taş baskı 56: "…*ẕikr olunan aġacuñ taḳṭīr ile ḳāʿide-i kīmyāvīyye üzre dühnini çıḳarup…*".
[q] Örnek için bkz. Çapa 4458 5b, Yale supp.6 5a, taş baskı 9: "…*ẕikr olunan otuñ ḳāʿide-i kīmyāvīyye üzre ṭozın çıḳarsalar"*
[r] Örnek için bkz. Yale supp.6 25a, taş baskı 25.
[s] Örnek için bkz. Çapa 4458 24b, Yale supp.6 57b ve taş baskı 103.
[t] Örnek için bkz. Çapa 4458 13b, Yale supp.6 24b ve taş baskı 30.

Nasrillāh, İbn Sellūm (ö. 1669) *Gāyetü'l-beyān fî tedbīri bedeni'l-insān* isimli ansiklopedik tıp eserinin *"ḥummā-yı redīyye"* bahsinde bu humma türünden olan ve "*ḥummā-yı dıkk"*a benzeyen bir hummanın eserin yazıldığı dönemde İstanbul'da sıkça salgınlara sebep olduğundan bahsetmiştir.[22] Mehmed b. Ali de eseri inşa ederken ihtiyaçtan dolayı "*ḥummā-yı redīyye"*ye dair bahislere öncelikli davranmış olabilir. Burada yeni hastalıklara dair verilen bilgilerin on yedinci yüzyılda bu hastalıkları içeren diğer eserlerdeki bilgilerle ortak yönlerinin olup olmadığı sorusu akla gelebilir. "*Hummā-yı redīyye"* hastalığına dair eserde önerilen tedavilerle *Gāyetü'l-beyān*'daki reçeteler arasında herhangi bir ortak nokta tespit edilmemiştir.[22] Benzer bir şekilde hekimbaşı Hâyâtizâde Mustafa Feyzî Efendi'nin (ö. 1692) yeni hastalıkları konu alan *Hâmse'*sinde de bu eserle ortak ya da benzer reçeteler tespit edilmemiştir.[18]

Yeni Bitkiler

On yedinci yüzyılda Amerika'nın keşfiyle tıbbi kullanıma giren yeni bitkilere Osmanlı'da tıp literatüründe nasıl yer verildiğine bakıldığında, Müneccimbaşı Ahmed Dede'nin (ö. 1702) yeni bitkileri konu alan Arapça bir risale yazdığı görülür.[20] Ek olarak dönemin farklı türde yazılmış tıp kitaplarında da yeni bitkilere dair anlatılar tespit edilmiştir. Örneğin Sakızlı İsa Efendi'nin (ö.1649) *Nizâmü'l Edviye* adlı müfredat kitabında ya da Hâyâtizâde'nin yeni hastalıklara dair kaleme aldığı *Hâmse'*sinde yeni bitkilere dair bilgiler bulunmaktadır.[18,23] Bu eserlerde ağırlıklı olarak ortak bir şekilde geçen peygamber ağacı, sassafras, mecukan, sarsaparilla ve çöpçini gibi bitkiler açısından eser tarandığında yeni bitkilere dair herhangi bir atıf tespit edilememiştir. Durante ise Osmanlı'da on yedinci yüzyıl tıp kitaplarında ortak bir şekilde rastladığımız peygamber ağacı, sassafras, mecukan ve sarsaparilla bitkilerine kökenlerini de açıklayarak eserinde yer vermiştir.[u] Amacı İstanbul'da yetişen bitkileri tanıtmak olan bir tercümanın bu bitkilere yeni olmasına rağmen ilgi göstermemesi makul bir durum kabul edilebilir. Ancak Mehmed b. Ali yukarıda zikredilen yeni bitkilerin içerisinde yer almayan tütün (*dütün*) bitkisine eserinde yer vermiştir.[v] Tütünün İtalya'ya on altıncı yüzyılda geldiği tahmin edilmekle birlikte, geliş şekli ile ilgili farklı rivayetler bulunmaktadır. Bir rivayete göre Katolik Piskopos Prospero Santacroce (ö. 1589) tarafından Portekiz'den getirildiği kabul edilmektedir. Hatta bundan dolayı tütün İtalya'da uzun yıllar boyunca onun ismine atıfla *erba di Santa Croce* şeklinde adlandırılmıştır. Durante de bu rivayete dair bilgiler vermiş ve madde başlığını *Herba S. Croce* şeklinde isimlendirmiştir.[15,24] Ancak Mehmed b. Ali ne bitkinin kökeni hakkında ne de yeni bir bitki olduğuna dair herhangi bir bilgi vermemiştir.

Mehmed b. Ali'nin Tercüme Yöntemi

Mehmed b. Ali'nin tercümede benimsediği metodun ortaya net bir şekilde konulabilmesi için kaynak ve erek eser arasında metin temelli karşılaştırılma yapılması gerekmektedir. Bu hacimli çalışma araştırmanın sınırlarını aşacağı için yapılamamıştır. Ancak *Terceme-i Cedīde*'nin içerisinde Mehmed b. Ali'nin katkılarının izi sürülmüştür. Bu bağlamda Mehmed b. Ali'nin eserin çeşitli yerlerine eklemeler yaptığı bazen de kendi tecrübesine atıf yaptığı tespit edilmiştir. Müellifin metne yaptığı eklemeler arasında dilsel açıklamalar ve düzeltmeler dikkat çekmektedir. Özellikle bazı bitkilerin adlarının yanlış biçimde kullanılmasına (galat) ilişkin açıklamalar, bitki isimlerine dair doğru terminolojiyi oluşturma yönünde bilinçli bir müdahaleye işaret eder.[w] Ayrıca, dinî hassasiyetler doğrultusunda ilaç yapımında alternatif maddelerin önerildiği görülmektedir; nitekim, şarap gibi haram kabul edilen bir bileşen yerine su veya bal kullanılması tavsiye

[u] Bkz. *Herbario Nova*'da sırasıyla gvacatan s.219, sassafras s.413, mecciocan s.277, salsaparilia s.408.
[v] Bkz. taş baskı 95, Yale supp.6 25a, Çapa nüshasında bulunmamaktadır.
[w] Örnek için bkz. Çapa 4458 16a, Yale supp.6 17a, taş baskı 83: *ʿaḳreb otı* maddesi (Arapça: *derūnec*): "*İstānbūl'da derūnec diyü istiʿmāl itdükleri galatdur derūnec degildür."*

edilmiştir.[x] Kendi tecrübelerini ise çoğu zaman *"faḳīr"* diyerek kendisine atıf yaparak[y] ya da direkt olarak bir tecrübesini anlatarak[z] yapmıştır. Ayrıca kendisinde kullandığı ilaçlara dair de bilgi verdiği yerler mevcuttur.[aa] Ek olarak yazar yirmi beş yerde *"ḥükemā-i efrenc"* şeklinde atıf yaparak Avrupalı hekimlerin görüşlerine de yer vermiştir. Bundan dolayı her ne kadar format ve içerik olarak *Herbario Nova* ile ciddi benzerlikler olsa da tercüme sırasında başka eserlerden de yararlandığı anlaşılmaktadır. Yazarın bu katkıları ve üstü kapalı başka eserlere yapılan atıflar göz önüne alındığında eserin bir tercüme değil, Osmanlı'da önemli bir yere sahip olan *telif-tercüme* türünde bir eser olup olmadığı sorusu akla gelebilir.[25] Bundan dolayı gelecek çalışmalarda kaynak ve erek metin arasında metin temelli yapılacak karşılaştırmalar önem arz etmektedir.

Tercümenin Hedef Kitlesi

Ticari kaygılarla, yani yabancı hekimlerden yüksek fiyatlarla bitki satın alınmasını önlemek amacıyla kaleme alınan bu eserin, hedef kitlesinin belirlenmesi, dönemin hekimlerinin ilaç pazarındaki rolüne dair önemli ipuçları sunar. Eserde bitkilerin ilaç olarak nasıl kullanılacağına dair tarifler verilmekle birlikte ilaç yapımında kullanılacak miktarlar ve ilacın kullanım dozuna dair net sayılar çoğu zaman verilmemiştir. Ayrıca eserdeki bitkilerin yaklaşık üçte birine dair tariflerde ilacın hekim gözetiminde ya da hekimin fikri alınarak kullanılması[bb], hatta bazı tariflerde *"ṭabīb-i ḥāẕıḳūñ re'yi ile"*[cc] yani usta bir hekimin gözetiminde alınması gerektiği belirtilmiştir. İlaç tariflerinin ve kullanım dozlarının dakik bir şekilde verilmemesi ve ilaçların kullanımının hekim gözetiminde yapılmasına dair yapılan bu vurgular eserin sadece hekimlere yönelik yazılmadığını göstermektedir. Ayrıca eserin ilaç pazarı için yerli ham madde tedarik eden ve satan kimseler için değerli bir kaynak olduğu aşikârdır. Ek olarak yazar hemen hemen her bitkiye dair anlatısında faydanın Allah'ın izni ile sağlandığını belirtmiş[dd] ve yine çoğu yerde bu ifadenin hemen peşinden *"ġaflet olunmaya"*[ee] diye uyarıda bulunarak bitkiye dair anlatısını sonlandırmıştır. Yazarın gaflet olunmaya uyarısı faydanın Allah'ın izni ile olduğunu unutarak gaflete düşülmemesi şeklinde yorumlanmaya açıktır. Ancak bazı yerlerde Allah'ın izni ile fayda etmesine dair herhangi bir ifade bulunmaksızın da *"ġaflet olunmaya"* uyarısıyla yazımını sonlandırıldığı olmuştur. Bundan dolayı bu ifadeyi bitkinin bilinçsiz bir şekilde kullanılmamasına dair bir uyarı olarak yorumlamak da mümkündür. Sonuç olarak, esere hekim dışındaki insanların erişimi olduğu bilinciyle, dakik ilaç tarifleri vermekten ziyade bitkinin hangi hastalıklar için nasıl kullanabileceğine dair bilgiler verilmiştir. Burada amacın, ilaç yapımının ayrıntılarının paylaşılması değil, bitkinin hangi hastalık için önemli olduğunun gösterilmesi olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca Mehmed b. Ali birçok yerde bu tariflerin hekim gözetiminde kullanılması gerektiğini vurgulayarak ilaç pazarı içerisinde bitki tedariğinde rol alan kişileri ya da bir şekilde kitaba erişim sağlamış olanları uyarmıştır.

---

[x] Örnek için bkz. Çapa 4458 2bi Yale supp.6 3a, taş baskı 5: *ayıd* maddesi: *"ḥükemā-ı efrenc cemi istiʿmāl eyledükleri şarāb iledür ve lakin bizim dīnimiz ḳaṭresi ḥarām olmak ile bir münāsib şu ile istiʿmāl oluna"*

[y] Örnek için bkz. Çapa 4458 30a: *varadiḳa* maddesi: *"faḳīr bununla çoḳ oğlancıḳların ḫalāsışına sebeb olduḳ bir mübārek otdur (…)"* Bu bitki Yale ve taş baskı nüshalarında bulunmakla birlikte, maddenin sonunda bu ifadelere yer verilmemiştir.

[z] Örnek için bkz. Çapa 4458 17b: *"ẕikr olunan otun ḫamīresin yapup nice kimselere virdük az zamanda nice fā'ideler ẓāhir oldı."* Bu bitki Yale nüshasında bulunmamaktadır; taş baskıda bulunmakla birlikte, maddenin sonunda bu ifadelere yer verilmemiştir.

[aa] Örnek için bkz. Çapa 4458 13a: *"faḳīr daḫı ṣıraca ʿilletinde ve bevāsīr ʿilletinde istiʿmāl eyleyüp aẕīm faʿidesin görmüşüzdür."*

[bb] Örnek için bkz. Çapa 4458 5b: *"re'y-i ṭabīb ile istiʿmāl ideler"*

[cc] Örnek için bkz. Taş baskı 47: *"Velakin meẕkūr biberi istiʿmāl eylemek ṭabīb-i ḥāẕıḳūñ re'yine muḥtācdur."*

[dd] Örnek için bkz. Çapa 4458 40b: *"(…) ẕikr-i sabıḳ olan ʿilletlerüñ cümlesine ġāyet-ül-ġāye luṭf ile ve sühulet ile fā'ide ider in-şāallāhu teʿālā"*

[ee] Örnek için bkz. Çapa 4458 38a: "*ṭaʿāma iştah getürü bi-iẕni'lilāhi teʿālā ġaflet olunmaya*"

Sonuç

Bu çalışmada ulaşılan yeni nüshalar doğrultusunda Mehmed b. Ali'nin *Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l-Müfrede* adlı eseri, geçmiş iki neşri eleştirel bir şekilde değerlendirilerek incelenmiştir. Eserin iki farklı neşri de tenkitli metin neşri yöntemleri kullanılmaksızın tek bir nüshaya dayalı olarak yapılmıştır. Bundan dolayı mevcut neşirler eserin tamamını yansıtmaktan uzaktır. Bu bağlamda, tıp tarihi çalışmaları dâhilinde yapılan yazma eser neşirlerinde edisyon kritik çalışmalarında kullanılan metotların takip edilmesi önem arz etmektedir.[26–28] Ekonomik nedenlerle yapılan tercümenin ana kaynağı Castore Durante'nin *Herbario Nova* isimli kitabı olmakla birlikte, müellif isimlerini vermese de çeşitli başka kaynaklardan yararlanmış ve bazen de kendi tıbbi bilgisi ve tecrübeleri doğrultusunda metne eklemeler yapmıştır. Eserin kaynak metinle ilişkisinin ve tercümanın katkılarının net bir şekilde ortaya konulabilmesi için metin temelli karşılaştırma yapan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Eserin içeriğinde, dönemin önemli tıbbi eserlerinde yer alan yeni tartışma alanlarından olan iatrokimya uygulamaları ve yeni hastalıklar gibi konulara yer verilmesi, müellifin dönemin tıp literatürünü takip eden bir tabip olduğunu göstermektedir. Eserin içeriğine dair yapılan inceleme, müfredat kitaplarının her zaman hekimlere yönelik değil, ilaç pazarında rol alan diğer paydaşlara ilaçları tanıtmak için de yazılabildiğini ortaya koymaktadır.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışma Bilecik'te gerçekleşen 15. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde (5-8 Haziran 2024) sunulmuştur. Yale Üniversitesi Kütüphanesi'nde yer alan nüsha hakkında sağladığı bilgiler için Ahmet Tahir Nur'a; yazma nüshalardaki zor okunan bölümlerin çözümünde sunduğu katkılar için Elif Akdin Önder'e teşekkür ederim.

Tablo 1. Terceme-i Cedīde fī'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede'de bulunan bitkilerin farklı nüshaları ve Herbario Nova ile karşılaştırmalı listesi

No	İtalyanca (*Terceme-i Cedīde*)	Türkçe (*Terceme-i Cedīde*)	Çapa 4458	Yale Supp 6	Taş Baskı	*Herbario Nova*	İtalyanca (*Herbario Nova*)
1	abrotano	kāfūr	2a	2a	3	3	abronato femina
2	aginoḳasto	ayıd, beş barmaḳ	2b	3a	5	11	agno casto
3	alḳamila	papatya	3a			15	alchemilla
4	anaġalida	ṭavuḳ otı	3b	3b	6	24	anagallide maschio
5	anfodilo	cedvār-ı rūmī	4a			29	anfodillo maggiore
6	angeliḳa	melek otı	4b	4a	7	30	angelica
7	antirino	sulṭan otı	5a	4b	8	34	anthirrino
8	artemizya	yabān pelini, ḳara pelin	5b	5a	9	47	artemisia
9	asaro	kervān otı, baş otı	6a	5b	10	48	asaro
10	asparaġo	ḳuşḳonmaz	6b	6a	11	50	asparago dopmestico
11	aspeleno	altun otı	7a	6b	12	51	aspleno
12	astiratiḳo	ḳulapa	7b	7a	13	53	aster attico
13	baḳara	ṣıġır dili			14	58	baccara
14	balsamina	balsān otı	8a		15	59	balsamina
15	bellide	ḳār çiçegi, bahār otı		7b	16	67	bellide minore
16	prima fiyori magiyore	bahār otı	8b			66	bellide maggioro
17	betoniḳa	acı ḳıcı	9a	8a	107	68	betonica
18	bistorta[ff]	ṣafiye behmeni	9b	8b	108	73	bistorta
19	buġlosa	yaban lisan-ı şevri	10a	9a	103	79	buglossa
20	boftalmo	ṣıġır gözi		9b	104	81	bvphthalmo
21	ḳalta	bahār çiçegi	10b	10a	105	84	caltha

[ff] Yale supp.6: bistorna

22	ḳanapo[gg]	kendir		10b	106	86	canape
23	ḳardo santo mariya[hh]	eşek kengeri	11a	11a	81	92	cardo di santo maria
24	ḳardo santo	deve dikeni	11b	11b	82	93	cardo santo
25	ḳamileyon biyanḳo	beyāḍ ḳurtluca, kenger	12a	12a		119	chameleon bianco
26	kelidonya	hilāliyye	13a	12b		121	cheledonia media
27	kelidonya minore	ṣıraca otı	12b			121	cheledonia minore
28	çiyano	peyġamber dügmesi	13b	13a	67	124	ciano maggiore
29	çinoġlosa	ḳöpek dili, ḳızıllıḳ	14a	14a	93	131	cinoglossa
30	ḳoḳomero silvestro	eşek ḫıyārı, karḳa dülegi	14b			140	cocomero silvestre
31	ḳonsolida minore	küçük ḳoza		15b	70	146	consalida mezana
32	ḳonsolida minore	küçük ḳara ḳoza		15a	69	146	consalida minore
33	ḳonsolida	ḳara ḳavz-ı kebīr	15a	14b	94	145	consolida maggiore
34	çiḳoriya Ḳostantinoli[ii]	İstānbūl hindibāsı		13b	68	127	cicoria Costantinopolitana
35	diyapensiya[jj]	ayıt		16a	71	157	diapensia
36	diktamo biyanḳo	diktām	15b	16b		159	dittamo bianco
37	doroniḳo	aḳreb otı	16a	17a	83	160	doronica
38	eleboro biyanḳo	kendes		17b	84	167	elleboro bianco
39	eleboro negro[kk]	ḳara çöpleme	16b	18a	97	167	elleboro nero
40	eriniko silvestiro	mühr-ü Süleymān		18b	98	173	eringio liscio
41	evufragiya	köz otı	17a		4	176	eufragia
42	evobatoryo diyeisḳordiyo[ll]	ḳoyun otı	17b	19a	99	176	evpatorio di diosco
43	firaġarya	çilek otı	18a	20a	101	192	fragaria
44	firasino	düş budāḳ		20b	102	193	frassino

[gg] Taş baskı: ḳanapor
[hh] Yale supp.6: ḳardo santa mariya
[ii] Yale supp.6: çiḳoriya Ḳostantino
[jj] Taş baskı: diyapenya
[kk] Yale supp.6: eleboro nekr
[ll] Yale supp 6 ve taş baskı: evopatoryo diyeisḳordiyo

45	fümariya minore	kūçük şāhtere		21a	25	194	fvmaria minore
46	ġaryofilato	ḳaranfīl otı	18b	21b	26	197	gariophillata
47	ġeraniyo[mm]	leylek burnı	19a	22a		204	geranio secondo
48	gigliyo biyanḳo	beyaḍ zanbaḳ	19b			204	giglio
49	ginestire	ḳaṭır ḳuyruġı	20a	19b	100	207	ginestra
50	gitorone	ḳarāmuk		22b		210	gittone
51	ġiramigna	ayrıḳ	20b	23a	89	214	gramigna
52	ġiramigna di parnajo	frenk ayrıġı	21a	23b	90	215	gramigna di parnafo
53	hedera	ṣarmaşıḳ	21b			220	hedera
54	helenyo	anduz	22a			221	helenio
55	heletorpiyo	panbul otı	22b	24a	91	223	heliotropio maggiore
56	herba paralizici	ḳılıc otı, evvel bahār otı		37a	41	335	paralisi
57	herba Paris	Fransa otı		24b	92	227	herba Paris
58	herba ḳoriçe	dütün		25a	95	227	herba s. croce
59	hiyozkamo biyanḳo[nn]	beyaḍ bān		25b	96	231	hiosciamo bianco
60	ipriḳon	ḳılıc otı	23a	26a	33	232	hiperico
61	hipoġloso	her dem bahār	23b	26b	34	233	hippoglosso
62	inperatorya	sulṭān otı	24a	27a	35	237	imperatoria
63	iride	gök sūsen	24b			238	iride
64	laṭirbu	ʿabdü's-selāṭin		27b	36	242	lathiri
65	lentisḳo	ṣaḳız aġacı	25a	28a	37	252	lentisco
66	lihendire silvestire	yārā otı		28b	38	256	lichnide silvestre
67	lilyo ḳonvalyo	incü çiçegi, peyġamber çiçegi	25b	29a		258	lilio convallio
68	lino	Türkī keten		29b		261	lino
69	lesimakiya	ḳan otı		30a	85	263	lisimachia
70	loto domestiḳo	bostānī tırfīl		30b	86	265	loto domestico
71	lupuli	hümel	26a	31a	87	269	lvpolo

[mm] Yale supp.6: ġiraniyo

[nn] Taş baskı: heverkamo biyanḳo

72	maroribyo	it senkî		31b	88	275	marrobio
73	marṭaġun	tūġ-ı şāhī		34b	22		martun agun
74	miriḳa	yılġın	26b	32a	17	294	mirica
75	miryafalo	ḳılır		32b	18	295	miriophillo
76	miride	dişī bāldırān		33a	19	295	mirrhide
77	mirto	mersin	27a	33b	20	296	mirto
78	mosḳo reborevo	pelit yosunı	27b	34a	21	300	mosco arboreo
79	narçeso	zerrīnḳadeḥ	28a	35a	23	304	narciso
80	nespolo salvatiḳo	alıç		35b	24	309	nespolo salvatico
81	hipoġloso	yılan dili	28b	36a	39	319	ophiogolosso
82	palyuro	ḳara çalı	29a	36b	40	327	palivro
83	pariyotarya	yapışġan	29b	37b	42	335	parietaria
84	partenyo	varadiḳa	30a	38a	43	336	parthenio
85	pentafilon	beşyapraḳ	30b	38b	44	339	pentaphillo
86	peonya	şaḳāyıḳ	31a	39a	45	341	Peonia femina
87	pepe aḳvatiḳo	şu büberi	31b	39b	46	342	pepe aqvatico
88	pepe indiyatu	ḳırmızī biber		40a	47	344	pepe dindia
89	perfoliyata	ḳūlāḳ otı ve ḳaġşāyıḳ		40b	48	348	perfoliata
90	periḳlimeno	ṭalaḳ otı	32a	41a	49	348	periclimeno
91	petine di venere	diken otı	32b	41b	50	352	pettine di venere
92	peçudano	yabān rāziyānesi	33a	42a	51	352	pevcedano
93	pimpinella	pimpinella	33b	42b	52	359	pimpinella
94	poliġono	ḳuş etmegi	34a	43a		368	poligono minore
95	polipodyo	besfāyic	34b			369	polipodio
96	riçino	kene toḫmı	35a	43b	72	393	ricino
97	rozmarino	biberiyye	35b	44a	73	396	rosmarino
98	rubya magiyore	ḳızıl boya	36a	44b	74	399	ruvbia maggiore
99	rusfo	her dem bahar		45a	75	402	rvsco
100	ruṭa ḳaprarya	teke ṣedefi	36b	46a	77	405	rvta capraria

101	ruṭa salvatiḳo	yabān şedefi		45b	76	404	rvta salvatica prima
102	sabina fronifere	ḳara ardıc	37a	46b	78	405	sabina frvttifera
103	salviya	diş otı, deve dili	37b	47a	79	408	salvia
104	sanbuḳi	mürver	38a	47b	80	410	samevco
105	sasifragya	ḳaya kekiğ	38b	48a	27	414	sassifragia
106	saturakiye	sātir		48b	28	415	satvreia
107	isḳabiyoḍa	yonca, uyuz otı	39a	49a	29	416	scabiosa maggiore
108	isḳorçinara	yemlik	39b	49b	30	422	scorzeonera hifpanica
109	sisenboro	marşama	40a	50a	31	435	sisembro
110	izmirno	belesān otı	40b	50b	32	437	smirnio
111	solitro sonifero	it üzümi	41a	51a	53	440	solatro sonnifero
112	şorbe	üvez		51b	54	441	sorbe
113	ispondilyo	pādzehir otı	41b	57a	65	444	sphondilio
114	isteraçe erbore	ḳarā kūnlük		57b	66	449	storace
115	testiḳolo di ḳane	it kasarı	42a	53a	57	453	testicolo di cane
116	ṭormentela	ḳan otı, sarı ṭopuzluk	42b	53b	58	458	tormentilla
117	tosilagina	at ṭırnağı	43a	54a	59	459	tossilagine
118	tiribolo domestiḳo	demir dikeni	43b	54b	60	462	tribolo terrestre
119	tirifolyo	üç yaprāḳ	44a	55a	61	463	trifoglio bitominofo
120	ṭirifolyo	üç yaprāḳ otı		55b	62	465	trifoglio pratense
121	usfürufülarye	şırāca otı, ḳūdūz otı		58b	109[oo]		usfurafularue
122	verbasḳo	şığır ḳuyruğı	44b			468	verbasco
123	verbeneḳa	küvercin otı	45a	56a	63	469	verbenaca
124	vinçe tosiḳo	pānzehir otı	45b	56b	64	474	vincetossico
125	visḳo	pelit burcı	46a	52a	55	477	vischio
126	vite biyanḳa	semiz ḳabāḳ	46b	52b	56	478	vite bianca
127	unifolyo	bir yaprāḳlı	47a	58a	110[pp]	481	vnifoglio

[oo] Sadece Barlas özel nüshasında, diğer taş baskı nüshalarında bu sayfa eksik.
[pp] Sadece Barlas özel nüshasında, diğer taş baskı nüshalarında bu sayfa eksik.

Kaynaklar

1. Bedizel zülfikar M, Aydın M. Osmanlı Tıbbında'Müfred Devâ' Kullanımı ve 'Müfredât' Eserlerinin Genel Özellikleri. Osmanlı Bilimi Araştırmaları [Internet]. İstanbul Üniversitesi; 2005;6(2):299–315. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuoba/issue/1210/14251
2. Mehmed b. Ali. Tercüme-i cedide fi'l havasi'l-müfrede: 17. yüzyılda yazılan bitkilerle sağaltma kitabı. Barlas U, editor. İstanbul: Tıp Tarihi Araştırmaları; 2004.
3. Mehmed b. Ali. Terceme-i Cedîde fi'l-Havassi'l-Müfrede (1102/1690). Özaltay B, Köse A, editors. Editörler Bülent Özaltay ve Abdullah Köse. İstanbul: Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği. İstanbul: Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği; 2006.
4. Bursalı Mehmed Tahir. Osmanlı Müellifleri. Saraç Y, editor. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi; 2016.
5. Mehmed bin Ali. Terceme-i Cedîde fî'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede. Uğurol Barlas'ın Özel Kütüphanesi.
6. Mehmed bin Ali. Terceme-i Cedîde fî'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede. İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik AD Kütüphanesi (Çapa) 4458.
7. Mehmed bin Ali. Terceme-i Cedîde fî'l- Havâssi'l- Müfrede. New Haven ABD, Yale Üniversitesi, Beinecke Rare Book and Manuscript Library Turkish MSS suppl. 6.
8. Mehmed bin Ali. Terceme-i Cedîde fî'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede. Çorum, Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı Hasan Paşa Yazma Eser Kütüphanesi 610.
9. Mehmed bin Ali. Terceme-i Cedîde fî'l- Ḫavāṣṣi'l - Müfrede. İstanbul, Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı Millet Yazma Eserler Kütüphanesi, Ali Emiri Tıp Koleksiyonu 74/1 .
10. Mehmed bin Ali. Terceme-i Cedîde fî'l- Ḫavāṣṣi'l- Müfrede. Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Kütüphanesi 1485.
11. İhsanoğlu E, Şeşen R, Bekar SM, Güdüz G, Bulut V. Osmanlı Tıbbî Bilimler Literatürü Tarihi, c.1. İstanbul: IRCICA; 2008, s. 318-319.
12. Goltz D. Die Paracelsisten und die Sprache. Sudhoffs Arch. JSTOR; 1972;(H. 4):337–352.
13. Ragazzi E. Amber, a Stone of Sun for Ancient Medicines. Acta medico-historica Rigensia [Internet]. Rīgas Stradiņa universitāte; 2016 [cited 2024 Nov 8];208–234. Available from: https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/42
14. Donzelli G. Teatro farmaceutico, dogmatico, e spagirico. Venezia: A. Poletti; 1726.
15. Durante C. Herbario Nova. Roma; 1585.
16. Tomasi LT, Willis T. An Oak Spring Herbaria: Herbs and Herbals from the Fourteenth to the Nineteenth Centuries: a Selection of the Rare Books, Manuscripts and Works of Art in the Collection of Rachel Lambert Mellon. Yale University Press; 2019.
17. Arıcı M, Aksoy E. Tıbb-ı Cedîd Ne Kadar Yenidir? Osmanlı Tıbbında Yenilik Tartışmaları ve Yeninin Mahiyeti (1650-1750). Osmanlı Bilimi Araştırmaları. Istanbul University; 2023;24(2):841–876.
18. Hayâtîzâde Mustafa Feyzi. er-Resâilü'l-müşfiyye li'l-emrâzi'l-müşkile . Hacı Selim Ağa 868.
19. Sâlih b. Nasrullah İbn Sellûm. Risâle fî İskûrbût. Süleymaniye Kütüphanesi, Esad Efendi 2487.
20. Müneccimbaşı Ahmed Dede. Fevâidü's-seniyye min havâssi'l-eşcâri't-tıbbiyyeti'l-Efrenciyye [Risâle fi'l- edviyeti'l-cedîde]. Bağdad, Kadiriye Medresesi 715.
21. Sarı N. 18. ve 19. Asırda Kimyager Hekimlerin Kullandıklari Aletler. Tip Tarihi Araştırmaları. 1986;1:51–78.
22. Sâlih b. Nasrullah İbn Sellûm. Gâyetü'l-beyân fî tedbîri bedeni'l-insân. İstanbul, Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı Süleymaniye Kütüphanesi, Köprülü 975.
23. Sakızlı İsa Efendi. Nizâmü'l-Edviye. Aydın MB, Murad S, editors. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi; 2019.
24. Vicentini CB, Buldrini F, Romagnoli C, Bosi G. Tobacco in the Erbario Estense and other Renaissance evidence of the Columbian taxon in Italy. Rend Lincei Sci Fis Nat. Springer; 2020;31(4):1117–1126.
25. Paker S. Terceme, te'lîf ve özgünlük Meselesi. . In: Koncu H, Çakır M, Kuru S, editors. Eski Türk edebiyatı çalışmaları IX: metnin hâlleri: Osmanlı'da telif, tercüme ve şerh kitabı. 2014. p. 36–71.
26. Açıl B, Yazar S, Turgut K, Kavak Ö. Tenkitli Neşir Kılavuzu (Osmanlı Türkçesi Metinleri İçin). İstanbul: İSAM Yayınları; 2022.
27. Yılmaz OK. İSAM Tahkikli Neşir Kılavuzu. İstanbul: İSAM Yayınları; 2023.
28. Acıduman A, Güneş N. İbn Şerîf Yādigār adlı eserinde Cerrāḥ Meḥmed'in risalesinden gerçekten yararlandı mı? Yazma eserlerin yayınlanmasıyla ilgili yöntembilgisel bir sorun üzerine. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi [Internet]. Mersin Üniversitesi; 2022;12(3):551–564. Available from: https://doi.org/10.31020/mutftd.1147091

Araştırma Makalesi – Original Article

XIX. Yüzyıla Ait Türkçe Bir Tıp Eseri: *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*[*]

A XIXth Century Turkısh Medıcal Work: *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*

Mehtap Alper[i]

[i]Dr.Öğr.Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü,
https://orcid.org/0000-0003-3024-5378

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, XIX. yüzyıl Osmanlı dönemine ait olan Hazâ Kitâb-ı Devâ' adlı tıp kitabının ve bu kitaptaki ilaç hazırlama yöntemlerinden seçilen örneklerin bilim dünyasına tanıtılması amaçlanmıştır. Söz konusu eserdeki özgün ilaç örneklerine dayanılarak ortaya konulan bu çalışmanın tıp tarihi alanı ile Türkçe tıp metinleri üzerine yapılan çalışmalar için önemli olduğu düşünülmektedir.

Yöntem: Hazâ Kitâb-ı Devâ' adlı tıp eserinin çeviri yazısı yapılmıştır. Eserde tarih verilmediği için terkiplerde geçen bazı droglara ve hastalıklara dair literatür taraması yapılmıştır. Eserin yazıldığı dönemi ortaya koymak, önemini gösterebilmek için çevirisi yapılan bu tıp yazmasından seçilen örnekler verilmiştir.

Bulgular: Hazâ Kitâb-ı Devâ' adlı kitapta, Osmanlı tıbbında yeni kullanılmaya başladığı bilinen bazı droglar tespit edilmiştir. Kitaptaki terkiplerde "kolera" ve "frengi" hastalıklarının bir arada olması, eserin XIX. yüzyıla ait olduğunu gösteren önemli kanıtlardır. Eserdeki terkiplerden birinde geçen "kunduz böceği" adlı drog da eserin yazıldığı yüzyıla dair önemli bir kanıt olarak görünmektedir. Eserde kadim tıp anlayışını yansıtan aktarmalara da yer verilmiştir.

Sonuç: Hazâ Kitâb-ı Devâ', XIX. yüzyıla ait Osmanlı tıp kitaplarından biridir. Eserde pek çok hastalığın tedavi yöntemlerine yer verilmiştir. Kitaptaki kolera ve frengi hastalıkları ile bazı drogları içeren terkipler, eserin Osmanlı dönemindeki yeni tıp anlayışının izlerini taşıdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hazâ Kitâb-ı Devâ', Osmanlı Tıbbı, Yeni Tıp, Kadim Tıp

ABSTRACT

Objective: : This study aims to introduce to the medical book named Hazâ Kitâb-ı Devâ' which belongs to the XIX th Ottoman period, and the examples selected from drug prepation methods in this book to the scientific world. This study is based on the original drugs in the book question is thougt to be important for the field of medical history and studies Turkish medical texts.

Matarial and Method: The transcription of the medical book named Hazâ Kitâb-ı Devâ' has been made. Since no dates given in the work a literature review was made on some drugs, and diseases mentioned in the compound drugs. On order to reveal the period that the book was written and to show its importance examples selected from this manuscript.

Results: In the book named Hazâ Kitâb-ı Devâ' some drugs were known to have just started in Ottoman medicine were identified The fact that the compound drugs in the work include cholera and syphilis is important evidence that the work dates back to the 19th century. The drug called beaver beetle mentioned in one of the compound drugsin the work also apperars as important evidence fort he century in which the work was written. The work also includes findings reflecting the ancient medical understanding.

Conclusion: Hazâ Kitâb-ı Devâ' is one of the medical book of the XIX th century. The book includes methods for many diseases. The combinend drugs in the work which include cholera and syphilis and some drugs show that the work bears the traces the new medical understanding of the Ottoman period.

Key words: Hazâ Kitâb-ı Devâ', Ottoman medicine, New medicine, Ancient medicine

[*]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):535-545*
DOI: 10.31020/mutftd.1649989
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 19.03.2025; Kabul Tarihi- Accepted: 25.05.2025
İletişim- Correspondence Author: Mehtap Alper < alper@hotmail.com >
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Osmanlı tıbbında Batı etkileri, ilk defa 17. yüzyılda kendisini hissettirmeye başlamıştır. Kına kına ve altın otu gibi droglar, Batı tıbbının etkisiyle bu yüzyılda tanınmaya başlamıştır.[1] 17-18. yüzyıllarda Osmanlı hekimlerinden bazıları, Avrupa'da yapılan bilimsel yayınlara ulaşmak için Latince, Almanca ve Fransızca öğrenmişlerdir. Uygulamalarda hissedilmemekle birlikte 18.yüzyılda Osmanlı hekimlerinin Batı tıbbındaki gelişmelere dair bilgi sahibi oldukları kabul edilmektedir.[2] 19. yüzyılda Batı örnek alınarak yüksekokullar açılmıştır. Diğer yandan medrese eğitimi de devam etmiştir.[3]B atı'ya yöneliş eğiliminin görüldüğü 19. yüzyıl Osmanlı tıbbında, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı bir hâle dönüştürülmesi için birtakım tedbirler alınmıştır. Yine bu yüzyılda, hekimlik mesleğine dair bir nizamname hazırlanmıştır.[4] Bu dönemde sağlık alanına dair alınan önlemlere rağmen olumsuz durumların yaşandığı da bilinmektedir. 1890'da hekim ve eczacıları teftişle görevlendirilen Abdülhakîm Hikmet'in bazı sahte hekimler ile diplomasız eczacılar ve aktarların işbirliğinden yakınması, bu durumu gözler önüne sermektedir.[5] Tıp eğitiminin daha resmî hâle geldiği bu yüzyılda, cahil hekimlerin ortaya çıkmış olması yüzünden hekimler, cerrahlar, kehhaller ve aktarların yeterli kabul edilenleri için onay verilmesi hükmü getirilmiştir.[6]

Çiçek, kolera ve frengi vb. salgın hastalıklar, 19. yüzyıl Osmanlı döneminin önemli sorunlarından biri olmuştur.[7] Hindistan'da ilk çağlardan beri farklı adlandırmalarla anılan kolera[8], 19. yüzyılın karakteristik hastalığı olarak bilinmektedir.[9] Kolera hastalığı, Osmanlı topraklarında ilk kez 1822'de görülmüş ve kısa bir süre sonra ise başkent İstanbul'da ortaya çıkmıştır.[10] Kolera mikrobunun daha bulunmamış olduğu 1831'de, Osmanlı hekimbaşılarından Mustafa Behçet Efendi, halkın bu konudaki kaygısını gidermek amacıyla bir risale kaleme almıştır. Hekimbaşı, vahim bir hastalık olarak nitelediği kolera için"heyzâ" ve "maraz-ı esved"terimlerini kullanmıştır.[11] 19. yüzyılda bu hastalığı konu edinen diğer bir risale, 1847'de Hekimbaşı İsmail Paşa tarafından kaleme alınmıştır.[12] Kolera için kullanılan terimlerden biri olan"hayża", 17. yüzyıl bilginlerinden Lārendevî Siyâhî'nin eserinde "yürek burulmak" olarak verilmiştir.[13] Osmanlı yeni tıbbının öncü isimlerinden biri olan Müderris Hasan Efendi, "hayza" yı şöyle açıklamıştır: "*hayża didikleri maraż ki (7) yuḳarudan ḳusar aşaġıdan sürer ol maraż ĥadîs olur*." [14]

19. yüzyılda Osmanlı halkının maruz kaldığı önemli hastalıklardan biri de çiçek hastalığı olmuştur. Gevrekzâde Hâfız Hasan Efendi'nin *Neticetü'l-Fikriyye*'sinde bahsettiği bazı vakalar, çiçek hastalığının bu yüzyıl öncesinde de önemli olduğuna işaret etmektedir. Hekimbaşı, çiçek (cüderî) ve kızamık hastalıklarının niteliklerini ve tedavi yöntemlerini eserinde aynı bölüm içerisinde ele almıştır.[15]

19.yüzyılda Osmanlı coğrafyasında ortaya çıkan salgın hastalıklardan biri de frengi hastalığı olmuştur. Frengi, 19.yüzyılda Osmanlı coğrafyasında bir salgına dönüşmüştür.[16] Frengi hastalığı, Anadolu topraklarında 15.yüzyıl sonlarında görülmeye başlamıştır. Mustafa Behçet Efendi, 1803'te bu hastalığın kaynağı, nedenleri, belirtileri ve bulaştığı organlarda yol açtığı hastalıklar ile bunların tedavisine dair bir risale yazmıştır.[17]

19.yüzyılda Cerrah Mustafa Efendi'nin kolera terkibinde kullandığı "kunduz böceği ruhu" denilen drog, böcekten hazırlanan bir ilaç olması nedeniyle dönemin komisyonunca uygun görülmemiş ve tartışmalara neden olmuştur.Ancak bu drogun dönemin ilaçlarına dair bilgi veren *Düstur'ul-Edviye*'de kayıtlı olması, onun yaygın ve yasal olduğunu göstermektedir.[18]

Bu çalışmada incelenecek olan *Hazâ Kitâb-ı Devâ'* adlı tıp metni, Osmanlı tıbbına sonradan geldiği bilinen bazı bitkileri içeren bir metindir. 19 yüzyılda insanlığı etkileyen kolera hastalığı ile 19. yüzyıl Osmanlı'sında yaygın hastalıklar arasında yer alan frengi, eserde tedavi yöntemlerine dair bilgiler verilen hastalıklar arasındadır. Yine bu yüzyılda, Osmanlı tıbbında kullanıldığı bilinen kunduz böceği de eserdeki bazı

terkiplerde kullanılmıştır. *Hazâ Kitâb-ı Devâ'da* kadim tıp geleneğine ait terkip veya tertiplere de yer verilmiştir. Bu çalışma, *Hazâ Kitâb-ı Devâ'daki* özgün örneklere dayanılarak oluşturulmuştur.

Gereç ve yöntem

Hazâ Kitâb-ı Devâ'[19],Osmanlı dönemine ait bir tıp yazmasıdır. Süleymaniye Kütüphanesi'nde bulunan bu tıp eseri, Cahit Öztelli Koleksiyon'u yazma eserlerindendir. Bu çalışma, *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*adlı tıp yazmasındaki veriler ışığında yapılmıştır. Eserin koleksiyon numarası, 00148; bibliyografik kayıt numarası, 649575'tir. 32 yapraktan oluşan yazmanın bazı sayfaları boştur.

Araştırma süreci, *Hazâ Kitâb-ı Devâ'* adlı tıp kitabının çevirisiyle başlamıştır. Daha sonra yazmada geçen bazı droglar ve hastalıklar üzerinde literatür taraması yapılmıştır. Yazmadaki verilerden hareketle yapılan literatür taraması, bu tıp kitabının ne zaman yazılmış olabileceği ve hangi dönemlerden örnekleri içerdiği konusunda birtakım kanıtlara ulaşmayı sağlamıştır. *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da geçen terkiplerden seçilen terkip veya tertipler, bulgular kısmında kanıtlarla desteklenerek verilmiştir.

Çalışmada geçen droglar ve anlamı verilmesi gerekli görülen kelimeler için bulgular kısmında yararlanılan birkaç kaynak ile çeşitli makale ve sözlüklerden[20-33]yararlanılmıştır.

Metinden seçilen hastalık adları ile terkip veya tertiplerde eğik çizgiyle(/) verilen ilk numara, terkibin alındığı sayfayı; ikinci numara ise satır numarasını göstermektedir. Yazmada geçen birkaç kelimenin müstensihten kaynaklanan yazım yanlışları olabileceği veya yerel söyleyişi yansıtabileceği düşünüldüğünden bu tür kelimeler ve anlamları, soru işareti (?)kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

*Hazâ Kitâb-ı Devâ',*Osmanlı dönemine ait bir tıp yazmasıdır. Nesih yazısıyla kaleme alınan bu eserin okunaklı, fakat güzel denilemeyecek bir yazıyla kaleme alındığı söylenebilir. Eserin sayfalarında 12 veya 13'lü satırlar vardır. Son sayfadaki yedi satırdan sonra "temmet" sözüyle eser bitirilmiştir.

Hazâ Kitâb-ı Devâ' sayfaları eksik bir tıp yazmasıdır. Eserde 52 ve 53. bölümlerin belirtilmiş olması, *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*nınkapsamlı bir kitap olduğunu göstermektedir. 51. baptan önceki sayfalar, eserin 51. bölümle başladığını göstermektedir. Eserin yarım kaldığı anlaşılan bu bölümünde, kadim tıp geleneğine dayanan bilgilerin aktarıldığını gösteren şöyle bir ifade yer almaktadır: "*haźā kitāb-ı ĥükemā-yı beyān ider*." Eserde başka bir tedavi yöntemine veya aynı hastalığın farklı bir tedavi yöntemine geçilirken "*nev-i diger, diger, diger nevØi* " gibi geçiş bildiren ifadeler kullanılmıştır. Geçiş bildiren bu ifadelerden başka eserde genellikle "*terkîb"*veya "tertîb" kelimeleri yer almaktadır: "*ḳalbe feraĥlıḳ içün maØcūn tertįb budur*…" 6/1; "*aġrı ve sızı var ise bu terkįb ide"* 17/1, "*bu daħı yakı terkįbidür "*28/9.

*Hazâ Kitâb-ı Devâ,*pek çok tertip veya terkibi içeren bir tıp yazmasıdır. 51- 53.baplardaki konular, kısaca şöyle verilebilir: verem(1/2-3/2), bel soğukluğu (3/2-3/8), kabızlık(3/9-3/12), hararetin önlenmesi (4/1-4/13), dalak hastalığı (4/13-5/13), bevâsîr, kulunç gibi hastalıklar gibi hastalıklar için bir macun tertibi (5/13-6/7), erkek çocukların iç hastalıkları (6/7-6/13), çocukları olmayan erkek ve kadınlar için bir macun (6/13-7/7), frengi, sıraca, göğüs tıkanıklığı terkibi (6/7-8/7), frengi ve miskin hastalıkları şerbeti (8/8-9/2), frengi tütsüsü (9/2-9/8), frengi hastalığı için yapılan merhem (9/8-12),karındaki solucanın düşürülmesi, su (karında su birikmesi?) (10/1-/8), göğüs ağrısı, sızı, sidik tutulması ve başka yaraların giderilmesi (10/9-11/7), solucan düşürülmesi, sevdâ ve merak hastalığı (11-7-12/4), dişleri beyazlatan tertip (12/9-11), göğüs tutukluğu (12/12-13/6), nezle (13/10-14/1),sancının giderilmesi (14/1-8), ishal hapı (14/8- 15/4), kulak ağrısı için

damla (15/4-10), çocuğu olmayan kadınlar için macun (15/11-16/9), kadın hastalıkları için tertip (16/9-17/2), erkek cinsel organındaki taşın düşürülmesi için terkip (17/3-18/6), frengi ve sıraca hastalıkları için bir hap terkibi (18/7-19/7), baştaki keli önlemek ve kıl bitirmek için yapılan merhemler(20/3-7), kuru kel, tuzlu balgam ve fena yara için merhem (20/8-12), uyuz hastalığı için tertip(21/4-23/1),kulak sağırlığı için önerilen bir damla(22/2-23/11),bağlı olan erkekler için bir hap (23-1/11),gözdeki ak ve perdenin giderilmesi için bir terkip (14/12-15-5), erkek cinsel organındaki hastalık için hazırlanan bir terkip (24/5-25/13), kanamalı bevâsîr buğusu (25/1-25/13), bedenin pek çok noktasındaki ağrı ve sızılar için bir hap (25/13-26/8), safra ve merak için ve beden kuvveti için hazırlanan macun (26/9-27/8), iska (istiska?) ve yürek ağrısı için yapılan bir tertip (27/8-28/2),içteki frengi hastalığı için bir terkip, düşünülebilecek bir yakı terkibi (yakı terkibinin de bu hastalık için önerildiği düşünülebilir(28/3-28/9), sarılık, dalak ve frengi hastalığı için hazırlanan bir terkip (29/5-9), baş ağrısını geçiren kısa yöntem (29/9-11), bel soğukluğu için bir hap (29/12-30/10), öksürük için terkip **(**30/11-31/2), idrar yolları tıkanıklığı bir hap tertibi (31/2-31/9), idrar tutamayan, tuzlu balgamı ve frengisi çok olan insanlar için bir hap ve tütsü tertibi(31/10-33/10), zayıf bünyeli bir insanın kuvvetlenmesi için yapılan bir macun (33/13-34/6), yürek ve ciğerde ağrılar ile bedene kuvvet verdiği belirtilen bir macun (34/7-35/1), baş ve bel ağrıları ile sevda hastalığı olan insanlar için bitkisel bir yöntem (35/1-35/7), kuru öksürük için bir tertip (35/7-36/2), hararet için içilerek alındığında faydalı olduğu belirtilen iki yöntem (36/3-37/6), safranın içerisini temizlemek için bir şerbet (37/6-38/1), göğüs tutukluğu ve kuru bevâsîr için bir karışım(38/1-38/8), kuşların ve bazı hayvanların özellikleri (elli ikinci bâb; 38/8-29/12), mıknatıs taşının özellikleri (elli üçüncü bâb; 46/12-47/1), özellikle turp ve şalgamın iyi geldiği bazı hastalıklar (47/1-48/8),hararet, kulunç, idrar yollarındaki taşın giderilmesi, bel ve dizde veya başka bir organdaki tutukluk, yılan, akrep ve tatarca gibi hastalıklardan kurtulmak için şerbet şeklinde içilmesi önerilen bir macun (49/3-49/11), sihir (zehir) içirilmiş insanın kusmasını sağlayan bir terkip (49/11-50/3), göz hastalıkları için yapılan iki terkip (50/3-50/11), bütün yaralara iyi geldiği belirtilen merhem, fena ,yaralar ve dolamaya iyi gelen merhem, çıban ve şiş için merhem (57/12-58/3), verem ve miskin hastalığı macunu (53/1-9), kolâra illeti için bir terkip (54/10-55/11), her yara için iyi geldiği belirtilen bir yakı (55/11-56/10), her yara için iyi geldiği belirtilen tatlı merhem (56/11-57/6), çıban ve yaradan kemik çıkarmak ve şiş indirmek için kullanılan bir yakı tertibi (57/6-58/3), żıḳu'n-nefes için hazırlanan bir terkip (58/5-13), sarılık için hazırlanan bir tertip (59/1-3), soğuk algınlığına iyi geldiği belirtilen tertip (59/3-8), ishal (isal) için hazırlanan bir hap (59/8-60/7), Mısır tabiplerinin Mısır sultanı için hazırlamış olduğu bir tertip (60/7).

Hazâ Kitâb-ı Devâ' adlı tıp eserinde, Osmanlı tıbbında 17.yüzyıldan sonra görülmeye başladığı bilinen bazı droglar tespit edilmiştir. *Hazâ Kitāb-ı Devâ'*da geçen ve Osmanlı tıbbına Batı tıbbı etkisiyle giren droglardan ilki, "saparna" bitkisidir. Bu bitkinin eski hekimlerin kitaplarında olmayıp sonradan ortaya çıkan devalardan olduğu hakkındaki bilgi şöyledir: "*Hükemā-yı mütekaddimin kitaplarında yoktur. Sonradan Yeni dünya'da zuhur eden devalardandır…*"[34] Saparna bitkisi eserde frengi ve miskin; sıraca, göğüs tıkanıklığı, miskin, bel soğukluğu; frengi tütsüsü ile frengi ve sıraca hastalıkları için hazırlanan terkiplerde geçmektedir:

1. Frengi ve miskįn için şerbet

"śabarina (6) çöb çįnį (10) devr-i ḳamer (?0)[*]*ħatmį çiçeği (60) Ĥavlıcān (40) ammā behr börkün bu eczāları cümle dögüp bir çölmek içine śıḳa iki dirhem kehribār tozını dögmeli bu eczāların içine ḳatmalı bunların cümlesi firengi ve bel śovuḳluġına nāfiØdir ammā şerbet etmeli"*(8/8-9/2).

2. Frengi, sıraca, göğüs tıkanıklığı, miskin, bel sovukluğu için hazırlanan terkip

[*]Metinde ölçüyü gösteren ilk sayıya mürekkep bulaştığı için emin olunamamıştır. 60 olabileceği düşünülebilir.

"diger firenk içün ve śıraca içün ve gögüs ŧuŧuġı içün eblec (10) çöb-çįnį (10) tįr-į nebāt (10) yaØnį yeni bahār śabārina (10) izmir anaśōnı (10) ŧarçįn (10) sināmekį (10) Ĥanzāl-ı (4) hindį [rā]vend Hindį (4)*KaØbe ḳaḳūlesi (4) cevz-i hindį dār-ı fulful (4) şām fısdıġı (4) bu eczāların cümlesini birden dögüp elemeli ammā şām fısdıġı ile hindistān cevizini ayrı dögüp muØāleceniŋüzerine ḳatmalı üç-yüz on iki dirhem bal ile ammā balı bir çölmek içine ḳoyup āteşiŋ üzerineḳoya ḳaynada alup birez ŧurmalı barmaġın yaḳar olmalı śoŋra eczāları Øaseliŋ içine ḳoyup ḳarışdırmalı bir dirhem eczāya üç dirhem Øasel yapmalı. "* (7/7-8/8).

3**.** Frengi tütsüsü

"*nev-i diger bu daħı firengi tütsüsi olur cįve (3) aḳ süleymān (3) nişāŧır (3)göz ŧaşı (3) dār-ı fulful (3) māżı (3) kükürt (3) buġday unı sirke ḳararınca ḳoyasın bu eczāları saĤḳ idüp yatacaḳ vaḳt tütsi viresin*." (9/2-7).

4.Frengi ve sıraca terkibi

"nevØ-i diger firengi ve śıraca Øilletleriniŋ göbegi altından aşaġı olursa bu terkįb olur śarı ḳına (2) üstübāç (2) günlük (2) kükürt (2) nişāŧır (2) göz ŧaşı denk (1) afyūn (2) balıḳ otı Øaded (41) aḳ süleymān (1) bu eczāları aḳ süleymāndan evvel saĤḳ idüp aḳ süleymān bir çanaġa ḳoyup az afyūn çanaġa ḳoyup yumurŧanıŋ aġıyla eyüce ḳarışdırmaḳ bu eczāları śoŋra ḳarışdırmalı ħamir ide Ĥab yüz beş olmalı on gün iki śabāĤ ve bir aħşam varmalı gine ol ħasta üç gün bıraḳmalı." (18/7-19/3)*.*

Osmanlı tıbbında Batıdan getirildiği bilinen ve *Hazâ Kitāb-ı Devâ'*da geçen diğer bitki, "mecukan"[*]dır. Salih bin Nasrullah'ın bu bitki hakkında verdiği bilgi kısaca şöyledir: "*Yeñi Dünyā'da Mecūḳān dirler bir şehirden gelür …*"[35]*Hazâ Kitāb-ı Devâ"*da "mucuġan" şeklinde geçen bu bitki, metinde sarılık, dalak, yan ağrısı ve frengi hastalığı terkibinde şöyle geçmektedir:

"*nev-i diger bir ādemde śarılıḳ var ise ve ŧalaḳ var ise ve firengi var ise bunı tertįb ide mucuġan otı ammā kökini dögüp yüz dirhem bal ile ḳarışdırmalı yemeli bį-iźn'illāh ħalāś ola.*" (29/5-9).

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da geçen diğer bitki "çöpçįnį"dir. Müneccimbaşı Ahmed Dede eserinde "çöpçini" bitkisinin Çin ve Hotan bölgelerinden getirildiğine dair bilgi vermiştir.[36] Bu bitki, eserde içteki frengi hastalığı terkibinde geçmektedir:

"nevØ-i diger içerüsinde firengi olursa bu terkįb ide çöpçįnį (4) sabārnā (4) śaġ śafrā (4) bu eczāları dögüp bir çölmege bir ḳıyye śu üzerine ḳoyup āteşe ḳoya yarım ḳıyye ḳalınca ḳadar ḳaynaya śoŋra bir şįşeye ḳoyup aħşām ve śabāĤ içmeli yigirmi dört sāØat tamām itmeli "(28/3-28/9).

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da geçen ve Batı dünyasından geldiği anlaşılan bir bitki de "çalapa"[†]dır. Salih bin Nasrullah, bu bitkinin "Yeni Dünya" dan getirildiğini şöyle belirtmiştir: "*…çalāpā bu bir şerif kökdür …bu kök Yeñi Dünyā'dan (7) gelür…"*.[37] Söz konusu bitki, eserde "bel soğukluğu" için hazırlanan bir terkipte geçmektedir:

"*Bel śovuḳlıġı olur bu tertįbi Ĥab ide ḳunduz böceği (10) rāvend-i hindį (10) çalapa (10) teremendį (10) belāsenk (10) yaġı śabarna (10) anasōn (10) yalın yengeç (50) leblebi unı (10) evvelā ḳunduz böceginüŋ başını ayaklarını ve ḳanadlarını ḳopara gevde ḳalmalı yengeçden evvel bunları dögüp ḳarışdırmalı tiremendi ile belāsenk yaġını ḳatup Ĥab yapmalı eger yeni olursa aħşam ve śabāĤ ikişer dāne igel itmeli eski olursa bir gün yuyup bir gün ŧurmalı bį-iźn'illāh teØālā ħalāś ola."* (29/12-30/10)**.**

[*]Bu bitki için bkz. Gevrekzâde Hafız Hasan Efendi'nin eseri (Dinçer Bahadır, 2019:185-186).
[†]Bu bitki için bkz. Gevrekzâde Hafız Hasan Efendi'nin eseri (Dinçer Bahadır,2019:185-186).

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da tespit edilen bitkilerden biri olan "yenibahar" bitkisidir. Bu bitkinin Orta Amerika ve Jamaika'da yetiştiği bilinmektedir. [38]Metinde "tjr-i nebāt" olarak geçen bu bitkinin "yenibahar"ı karşıladığı belirtilmiştir. Bu bitki, "saparna" bitkisinin yer aldığı terkipte geçmektedir.

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da bel soğukluğu için hazırlanan tertiplerden birinde geçen "kunduz böceği", yazmanın 19. yüzyıla ait olduğunu gösteren kanıtların arasında gösterilebilir. Bu böcek, *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da bel soğukluğu hastalığının tedavisi için hazırlanan tertipte geçmektedir. Tertip şöyledir:

"*diger nevÓi bu dañı bel śovuḳluġı içün tertjb oldı terementi (10) leblebi unı (10) büber toħumı (2) ḳunduz böcegi Óaded bu eczāları dögmeli ol terementiye ḳarışdırmalı ħamjr idüp noħūd dānesi ḳadar Ĥab yapup ammā dögerken ayru dögmeli ol Ĥabları aħşām ve śabāĤ yemeli bj-Óāvnillāh teÓālā ħalāś ola*" (3/1-1/8).

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*dageçen hastalıklardan biri olan kolera, eserin 19. yüzyılda yazılmış olabileceğini göstermektedir.19. yüzyıla damgasını vuran bu hastalık, metinde "kolâra illeti" [*]olarak adlandırılmıştır.Bu hastalık "insanın yüreğinde bir kurt olur" şeklinde tanımlanmıştır. Metinde "kolerâ illeti"için çeşitli bitkiler ve sirke karıştırılıp şerbet hazırlanılır. Daha sonra şerbetin içine "isbirit" ve "kâfur yağı" konulur. Kolera hastalığı için önerilen yöntem metinde şöyle verilmiştir:

"kolāra Óilleti içün ammā insānıŋ yüreginde bir ḳurt olur ol ḳurdı öldürmek içün śarımśaḳ (20) yaġı kāfūri yaġı (1) isbirjt (2) günlük (4) sirke (50) evvel günlügi dögmeli eger kāfūri yaġı bulunmaz ise bir ḳıyye śarımśaḳ alup ḳabuġın bıçaḳ ile śoyup bir çevreye ḳoyup tencere içinde ḳaynaya ve iki ḳıyye sirke ḳoya dört dirhem günlük ḳoya tā śoŋra süze ol şerbeti bir şjşeniŋ içine ḳoyup śovuduḳda isbirjt kāfūrj yaġın şjşeniŋ içine ḳoyup çalḳaya śoŋra kolārası olan ādeme bir fincān içüreler bj-emri'llāh teÓālā."(54/10-55/11).

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*dakadim tıp geleneğinin etkisini gösteren tedavi yöntemleri de yer almaktadır. Verem hastalığının tedavi edilmesi için önerilen tertipler, başka hastalıklar, mıknatıs taşının faydaları ile bitkilerin ve hayvanların özellikleri eserdeki kadim tıbba ait örneklerdendir.

Eserdeki verem hastalığı için önerilen macun tertibi şöyledir:

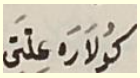
"*verem içün beyān idelüm maÓcūn yapmaḳ tertjbini aña śoġanı Óaded (1) acı bādem çekirdegi (10) cebel-i hindj çilek tozı (10) yabani nār köki (10) ḳurusı ḳariġūn (2) ḳaḳūle (20) bu eczāları dögüp cümlesin bir yerde ḳoyup tırmalı ammā śoġanı ayrı dögmeli ol eczāları maÓcūn idüp birbirine ḳatup ḳarışdırmalı śoŋra yüz toḳsan beş dirhem balı bir çölmek içine ḳoyup ḳaynada indire ol zamān eczāları ḳoyup ḳarışdırmalı aħşām ve śabaĤ fındıḳ ḳadar virmeli bj-iźn'illāhi teÓālā."* (1/1-10).

*Hazâ Kitâb-ı Devâ'*nın52. bölümde zehir içen kişinin mıknatıs taşıyla şifa bulabileceği şöyle belirtilmiştir*:*

"*elli üçinci bāb bir maÓden taşı vardır mıḳnatıs taşı dirler eger bir kimse aġu içse śuyıla ezüp içüreler şifā bulur."* (29/12-46/2).

Yazara göre "turp bitkisi", kulaktaki pisliği giderebilir, üç gün tutan sıtmaya iyidir ve hamamda bu bitkinin suyu bir fincan içildiğinde "ağızdan gelen kara suyu" durdurma özelliğine sahiptir:

***"**diger turp śuyın merāre birle ḳarışdırup ḳulaġa tamzındalar ḳulaḳda aḳan çirigi turġura dañı üç gün tutan sıtmaya eyüdür diger bir ādemiŋ balġamı olsa Ĥammāma varup bir fincān turp śuyı içe ḳusa ve aġzından gelen ḳara śuyın turġura."* (47/1-47/10).

[*]Metinde böyle yazılmıştır: 

"şalġamı aç ḳarna yese gögüs ŧutuḳlıġını gidere diger bir ādemiŋ elin ve ayaġın śovuḳ alsa bişmiş şalġamı ursalar yaḳı ideler bir ādemiŋ śaçı ve śaḳalı aġarmamaḳ içün şalġamıŋ śuyıyla yıkaya."(48/1-5).

Zehirlenen insan için akılda kalması kolay olan ve badem yağı içirilerek hastanın kusturulması esasına dayanan bir yöntem, metinde şöyle açıklanmıştır:

"*bir ādeme siħir içirseler bunı Øaḳıldan ferāmūş itmege on iki dirhem bādem yaġını içüreler ol anda istifrāġ ide altında ne var ise çıḳa bį-iźnillāh teØālā."* (49/11-50/3).

Mısır tabiplerinin Mısır sultanı için hazırladığı terkip yine kadim geleneği yansıttığı anlaşılan bir yöntemdir. Terkip şöyledir:

"bu tiryāḳ eŧıbbā-i mıśır bu tiryākı sultān-ı mıśır içün düzmişlerdir sünbül-i hindį (1) ŧarçın (1) zencebįl (1) fulful (1) ḳaranfil (1) dār-ı fulful (1) rāziyāne kerefis (1) cevz-i bevvā (1) kebābiye (1) maśŧakį (1) zaØferān (1) ḳara ħalįle (1) ḳāḳūle (1) misk (1) bal (40) Øasel ile maØcūn ide ammā istiØmāl vaḳtı yarım dirhemden bir mıŝḳāl olana ḳadar virmeli bį-iźn'illāh teØālā şifā bula budur."(60/7-61/6)**.**

***Hazâ Kitâb-ı Devâ'daki* terkiplerde geçen terimler**

1. Bitki Adları

acı bādem:Tohumları acı olan badem ağacının meyvesi (Amygladus communucis). 1/3.
aða śoġanı: Ada soğanı, unsul (Urginea maritima). 1/3.
afyūn: Siyah haşhaş, afyon çiçeği (Papaver Somniferane L.); kef otu (Opium). 18/10, 19/12.
anasōn: Anason (Pimpinella anisum) 7/9,30/2.
bādem: Badem (Amygladus communucis). 1/3.
balıḳ otı: Balık otu. (Anagyris paniculata); sarı sütleğen (Euphorhia helioscopia) 18/11.
behr börkü: Taranılan kaynaklarda bulunamamıştır. Tıp metinlerinde geçen ve 'kadife çiçeği'anlamına gelen "beg börkü"nün farklı bir söyleyişi olduğu ihtimali düşünülebilir. 8/10.
belāsenk: Pelesenk ağacı, mürver ağacı (Commiphora oppbasamum). 30/2, 30/6-7.
buġday unı: Buğday unu. 9/5.
büber: Biber (Piper). 3/4.
cebel-i hindį: Ceblehenc bitkisi. 1/3.
cevz-i bevvā: Hindistan cevizi (Myristica fragrans) 60/8.
cevz-i hindį: Hindistan cevizi. 7/7.
cįve: Cıva. 8/4.
çalapa: Calapa yumrusu (Tuber Jalape)
çilek: Çilek. (Fragoria vesca) 3/4.
çöbçįnį: Kan temizleyici ve çeşitli ağrıları dindirici özellikleri olan bir bitki; Çin saparnası (Radix Chinae ponderosae). 8/9.
dār-ı fulful: Uzun biber (Piper longum**)** 9/15, 60/11.
devr-i ḳamer: Ayçiçeği (Helianthus annuus) 8/9.
eblec:Emlec,helile meyvesi? (Emblica officinalis) 7/7.
fulful: Kırmızı biber (Solonacea), siyah biber (Piper Nigrum L.) 60/8.
günlük: Günlük ağacı (Boswellia carteri) 18/9, 55/1.
Ĥanzāl:Ebucehil karpuzu, karga dügleği (Citrullus colacynthis) 7/10.
Ĥanzāl-ı hindį: Hint hanzalı. 7/10.
ħatmį çiçeği: Gül hatmi (Athea officinalis) 8/9.
Ĥavlıcān : Havlıcan (Galanga officinalis) 8/9.
hindistān cevizi: Hindistan cevizi (Cocos mucifera) 7/12.
izmir anaśōnı: Bir anason türü. 7/9.
Ka'be ḳaḳūlesi: Bir kakule türü.7/10.
kāfūrį: Kafura ait; Kafur otu (Camphorosma monspeliciaca) 55/1, 55/3, 55/8.
ḳaḳūle: Zencefilgillerden bir bitki (Eletteria cardamomum). 1/4.
ḳara ħalįle: Helile otu türlerinden biri (Terminalia) 61/1.
ḳaranfil: Karanfil (Eugenia caryophyllata) 60/8.
ḳariġūn: Ağaç mantarı , garikun(Polyporus officinalis); katran köpüğü (Polyporus igiarius) 1/4
kebābiye: Kebabe (Piper cubeba) 60/12.
kehribār: Ceviz zamkı (Vaeria indica) 8/11.
kerefis: Kereviz (Apium graveolens) 60/12.

ḳına: Kına (Lawsonia inermis) 18/7.
kükürt: Kükürt. 9/5, 18/9.
maśṫakį: Sakız (Pistaia lentiscus) 54/12.
māżı: Mazı bitkisi (Thuya). 9/5.
nār: Nar. (Punica granatum) 3/4.
rāvend:Köklerinden ilaç yapılan bir bitki (Riheum officinale) 7/10.
rāziyāne: Rezene (Foeniculum vulgare) 60/8.
śabārina: Saparna (Smilax) 8/8, 28/3, 30/2.
śafrā:Öd . 28/3.
śarı ḳına: Bir kına türü 18/7.
śarımśaḳ: Sarımsak (Allium sativum) 55/1, 55/4.
sināmekį: Sinameki (Cassia Senna**)** 7/9.
sirke: Sirke. 9/6, 55/11, 55/6.
Süleymān: Süleymân; civayla sıçan otunun karışımından oluşan bir karışım; sülemen. 9/3. 18/10,18/12.
sünbül: Sümbül otu (Hyacinthus orientalis) 60/8.
sünbül-i hindį: Hint sümbülü. (Nardustachys jatamansi) 60/8.
şalġam: Şalgam (Brassica rapa) 48/1, 48/13.
şām fısdıġı: Antep fıstığı(Pistacie verae)7/11-12.
turp: Turp.(Radish).47/1, 47/6.
ṫarçįn: Tarçın. (Cinnamomu) 7/7, 60/10.
yenibahar: bk. ṭįr-į nebāt. 7/8.
za'ferān:Safran (Crocus Sativus) 61/1.
zencebįl: Zencefil (Zingiber officinale). 60/8.

2.Hayvanlar ve hayvanlardan elden edilen ürünler

bal: Bal. 8/2, 61/2.
ḳunduz böceği: Kuduz böceği. 29/12.
misk: Antilopa benzeyen bir hayvanın göbeği veya gözü; güzel kokulu bir madde. 61/1.
yengeç: Eklembacaklılardan bir böcek. 30/2.

3. Hastalık adları

çirig: pislik. 47/3.
iska(istiska): Siroz hastalığı? 27/8.
miskįn:Cüzzam hastalığına yakalamış olan. 8/8.
verem: Verem; ur. 1/2.
żıḳu'n-nefes: Nefes darlığı, astım. 58/5.

3. Doğal ve kimyasal maddeler, minareller

aḳ süleymān: Kimyasal bir madde 9/4, 18/11, 18/12.
cįve: Cıva. 8/4.
göz ṫaşı: Bakır Sülfat. 8/4.
kükürt: Kükürt. 9/5, 18/9.
mıḳnatıs ṫaşı: Mıknatıs taşı; Mıknatıs taşının sindirim sistemindeki demir tozlarını çekme özelliği vardır [39]; (Magneticum) 46/13.
nişātır: Amonyak tuzu. (Amylum) 9/4,18/10.
sirke: Sirke.9/6, 55/11, 55/6.
süleymān: Süleymân; civayla sıçan otunun karışımından oluşan bir karışım; sülemen; selemen .9/3, 18/10, 18/12.
teremendį (terementi): Bir fıstık ağacı türünden elde edilen yağ; terebentin. 3/5, 30/1.
üstübāç: Kalay ve sirkeden elde edilen bir karışım. 1 8/9.

4. Diğer terimler

terkįb: Birleştirme. 18/7, 28/3.
tertįb: Hazırlama; reçete. 1/2, 3/3, 29/13, 29/ 7.
eczā: İlaçların (terkip ve tertiplerin) içeriğinde kullanılan maddeler. 1/6, 1/9, 7/11, 8/12, 9/11, 19/1, 18/5.
tiryāḳ:Panzehir. 60

Sonuç ve öneriler

Hazâ Kitâb-ı Devâ', çeşitli ilaç terkip veya tertiplerinin aktarılmasıyla oluşturulmuş bir tıp metnidir. Eserdeki Osmanlı tıbbında Batı tıbbı etkisiyle görülmeye başlayan "Saparna", "mecukân" ve "çalapa" gibi droglar kullanılmıştır. Osmanlı tıp kaynaklarında tanıklanan bu bitkilere, metinde "ṭįr-i nebāt" olarak adlandırılan "yeni bahar" da eklenebilir. *Hazâ Kitâb-ı Devâ'* da geçen "kolâra illeti", tarihi bilinmeyen bu eserin 19. yüzyıla ait bir bulguyu içerdiğini kanıtlamaktadır. Eserdeki "frengi hastalığı" da bu yüzyılda yaygın olarak görülmüştür. Bu dönemdeki ilaç terkiplerinde kullanıldığı bilinen "kunduz böceği" adlı drog da eserin 19.yüzyılla olan ilgisini göstermektedir. Eserde "hükema"lardan alınan aktarmalara da yer verilmiştir. Verem hastalığı için önerilen macun, Mısır tabiplerinin Mısır sultanı için hazırlamış oldukları terkip ile mıknatıs taşı ve çeşitli hayvanların özellikleri eserin kadim tıp geleneğinden alıntıları da içerdiğini göstermektedir.

Hazâ Kitâb-ı Devâ' da tespit edilen terkip ve tertipler ile bunların içeriklerinde geçen terimler, Osmanlı tıbbında bu konulara dair yazılmış olan müstakil eserlerle veya dönemin genel konulu tıp eserleriyle karşılaştırılabilir. Bu tıp eseri, Türk tıp tarihi alanı ve Türk tıbbıyla ilgili çalışmalarda değerlendirilebilir.

Bilgi

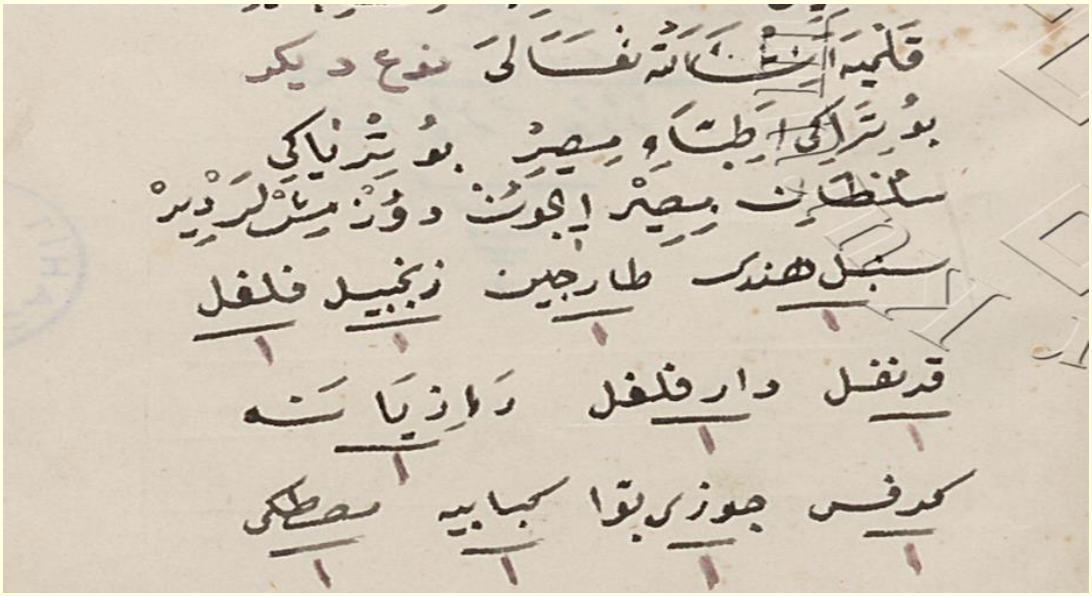
Yazar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

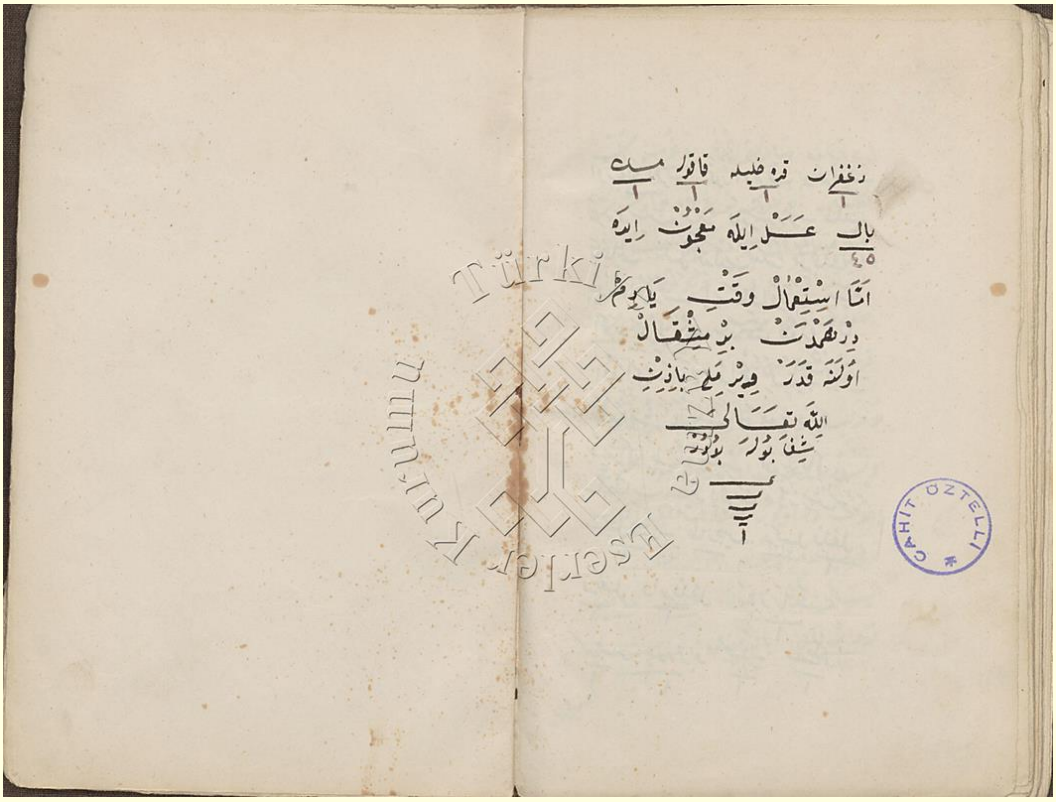
1. Demirhan, A. Kısa tıp tarihi. Bursa: Bursa Üniversitesi Basımevi; 1982:147.
2. Aydın E.Dünya ve Türk tıp tarihi. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2006:232-234.
3. Dramur, R. Osmanlı devleti saraylarında tıp ve eczacılık. "Yıldız Sarayı'nda Eczane ve Hekim Odalarının Yerleri". İstanbul: Aya Kitap; 2008:147.
4. Beylik, U., Kayral, İ. H., ve Çıraklı, Ü. 13. yüzyıldan 21. yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2015;2(4), 183-189.
5. Sarı N. Osmanlılarda tıp ahlakı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti; 2015:253.
6. Göktaş, H. XIX. yüzyılda Osmanlı Devleti'nde hekim hasta ilişkileri ve diplomasız hekimler. Journal of History Studies; 2014; 6(6), 99-115.
7. XIX. yüzyılda Kastamonu Vilayeti'nde salgın hastalıklar, (Haz. Seda Özdemir). Yüksek lisans tezi. Karabük Üniversitesi. 2019; 7-89.
8. 19.yüzyılda Osmanlılarda kolera salgınları ve etkileri, (Haz. Züleyha Sönmez). Yüksek lisans tezi, Kastamonu Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2023: 11-12.
9. Gül, A. XIX. yüzyılda Erzincan kazasında salgın hastalıklar (kolera, frengi, çiçek ve kızamık). Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi. 2009;16(41), 239-270.
10. Yılmaz, Ö. (2017). 1847-1848 Kolera salgını ve Osmanlı coğrafyasındaki etkileri. Avrasya İncelemeleri Dergisi,2017;6(1), 23-55.
11. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi'nin tıp tarihindeki yeri, Tertîb-i Eczâ, Kolera Risalesi, Çiçek Aşısı Risalesi, Ruhiye Risalesi adlı eserlerinin transkripsiyon ve değerlendirmesi, (Haz. Tuncay Pekdoğan). Yüksek lisans tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019:16-25.
12. Yılmaz, Ö. (2017). 1847-1848 Kolera salgını ve Osmanlı coğrafyasındaki etkileri. Avrasya İncelemeleri Dergisi,2017;6(1), 23-55.
13. Lügât-ı Müşkilât-ı Eczâ Derviş Siyâhî Lârendevî (Giriş-İnceleme-Metin-Dizinler) 1.cilt, (Haz. Sibel Murad). Yükseklisans tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009:11-171.
14. Dinar, T. Müderris Hasan Efendi'nin "Ġāyetü'l-Müntehā Fį-Tedbįri'l-Merżā' (Hastalıkların Tedavisinde En Son Nokta) (İnceleme-Metin-Dizin-Tıpkıbasım). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2022 :31-205.
15. Gevrekzâde Hâfız Hasan Efendi, Netîcetü'l-Fikriyye Çocuk Sağlığı ve Gelişimi (İnceleme-Metin) (Haz. Şaziye Dinçer Bahadır). İstanbul: Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı Yayınları; 2019: 17-202.
16. Şenel, Ş. 19. yüzyılda Kastamonu vilayetinde frengi hastalığıyla mücadele. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;13(01), 256-274.
17. Pekdoğan, S. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi'nin çeviri eseri Risâle-i Frengi üzerine bir inceleme. Osmanlı Bilimi Araştırmaları; 2024; 25(1), 137-174.
18. Gültekin, E. Sultan II. Abdülhamid döneminde koleraya karşı ilaç geliştirme çalışmaları. Bilig, 2020; (92), 115-134.
19. *Hazâ Kitâb-ı Devâ',* Süleymaniye Kütüphanesi Cahit Öztelli Koleksiyon'u, Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, (koleksiyon numarası: 00148).
20. Çetin, H. A. Eski Anadolu Türkçesi eczacılık ve tıp terimleri sözlüğü. Ankara : Türk Dil Kurumu Yayınları; 2020.
21. Dağlı, Y. Historical dictionary of Ottoman Turkish terms for gardens and gardening. 2014.
22. İbn-i Sînâ El-Kânūn Fi't-tıbb ikinci kitap, (Çev. Esin Kahya). Ankara: T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları; 2017.
23. Baytop T. Türkiye'de bitkiler ile tedavi geçmişte ve bugün. İstanbul: Sanal Basımevi;1984.
24. Sālih bin Nasrullah (İbn Sellum el-Halebį). Ġāyetü'l-Beyān Fį Tedbįri Bedeni'l-İnsān (metin-inceleme-dizin). (Haz. Zekiye Gül Elbir). Doktora tezi. Fırat Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2000.
25. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe ansiklopedik lügat. Aydın Kitabevi Yayınları; 2012.
26. Ebulfeyz Mustafa Efendi. Risâle-i Feyziyye Fî Lügati'l-Müfredâti't-Tıbbiye. (Haz. Şaban Doğan) İstanbul. Değişim Yayınları; 2012:165.
27. Hayatizade Mustafa Feyzi Efendi. Yabani Bitkiler Sözlüğü, Cilt 1, (Çev. Hadiye Tuncer). Atak Matbaası;1978.
28. Lügât-ı Müşkilât-ı Eczâ Derviş Siyâhî Lârendevî (Giriş-İnceleme-Metin-Dizinler) 1.cilt, (Haz. Sibel Murad). Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2009.
29. Celalüddin Hızır (Hacı Paşa). Müntahab-ı Şifâ II Sözlük, (Haz. Zafer Önler) İstanbul: Simurg; 1999.
30. Paçacıoğlu, B. İlaç ve Bitki Adları Sözlüğü. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları; 2014.

31. Tuzlacı, E. Türkiye Bitkileri Sözlüğü Türkçe/Latince- Latince/Türkçe Bitki Adlarının Özel Açıklamaları. İstanbul: Alfa Yayınları; 2006.
32. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2005.
33. Telli, B. Kenzü's-Sıhhatü'l-Ebdâniyye Eser-i Mürşîd-i Osmâniyye'de bitki adları. Kesit Akademi Dergisi; 2015, (1), 96-116.
34. Ebulfeyz Mustafa Efendi, Risâle-i Feyziyye Fî Lügati'l-Müfredâti't-Tıbbiye. (Haz. Şaban Doğan) İstanbul. Değişim Yayınları; 2012:165.
35. Sālih bin Nasrullah (İbn Sellum el-Halebį). Ġāyetü'l-Beyān Fį Tedbįri Bedeni'l-İnsān (metin-inceleme-dizin).(Haz. Zekiye Gül Elbir). Doktora tezi. Fırat Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2000:250.
36. Arıcı, M., ve Aksoy, E. Tıbb-ı Cedîd Ne Kadar Yenidir? Osmanlı Tıbbında Yenilik Tartışmaları ve Yeninin Mahiyeti (1650-1750). Osmanlı Bilimi Araştırmaları; 2023; 24(2). 841-876.
37. Sālih bin Nasrullah (İbn Sellum el-Halebį). Ġāyetü'l-Beyān Fį Tedbįri Bedeni'l-İnsān (metin-inceleme-dizin).(Haz. Zekiye Gül Elbir). Doktora tezi. Fırat Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2000:209.
38. Baytop T. Türkiye'de bitkiler ile tedavi geçmişte ve bugün. İstanbul. Sanal Basımevi; 1984:406.
39. İbn-i Sînâ El-Kânūn Fi't-tıbb ikinci kitap, (Çev. Esin Kahya). Ankara: T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür,Dil ve Tarih Yüksek Kurumu. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları; 2017:393-394.

Ekler



Şekil 1. *Hazâ Kitâb-ı Devâ'*da Mısır tabiplerinin Mısır sultanı için hazırladığı terkibin ilk kısmı. 60/7-12.



Şekil 2.Süleymaniye Kütüphanesi Cahit Öztelli Koleksiyon'u 00148 numarayla kayıtlı olan *Hazâ Kitâb-ı Devâ'nın* son sayfası.*Mısır tabiplerinin Mısır sultanı için hazırladığı terkibin devamı bu sayfadadır.

*Çalışmada kullanılan görüntüler, Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı'ndan temin edilmiştir.

Araştırma Makalesi – Original Article

Geç Ortaçağ ve Erken Modern Batı Dünyasında İbn Sina Minyatürleri ve Gravürleri (XIV-XVI. YY.)*

Avicenna's Miniatures and Engravings in The Late Medieval and Early Modern Western World (XIVth-XVIth Centuries)

Atakan Çiçek[i], Arif Hüdai Köken[ii]

[i]Arş. Gör. Dr.(PhD), Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Ortaçağ Tarihi AD. https://orcid.org/0000-0002-6085-1355

[ii]Dr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., https://orcid.org/0000-0003-2188-4741

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, İbn Sina'nın Geç Ortaçağ ve Erken Modern Batı dünyasındaki etkisini minyatür ve gravürler üzerinden analiz etmeyi amaçlamaktadır. İbn Sina'nın tıbbi eserleri, özellikle "El-Kânûn fi't-Tıbb", Avrupa'da geniş kabul görmüş ve uzun yıllar akademik tıp eğitiminin temel kaynaklarından biri olmuştur. Bu etkinin görsel sanatlara nasıl yansıdığı araştırmanın temel sorusunu oluşturmaktadır.

Yöntem: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ve doküman analizi kullanılmıştır. Deutsche Digitale Bibliothek, Bibliothèque Nationale de France, British Library gibi uluslararası ve ulusal veri tabanları taranarak XIV ila XVI. yüzyıllara ait toplam 14 adet minyatür ve gravür tespit edilmiştir. Görseller, dönemsel olarak sınıflandırılmış ve içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir.

Bulgular: Araştırma bulguları, İbn Sina'nın Batı'daki tasvirlerinin zaman içinde değiştiğini göstermektedir. İlk dönemlerde Orta Doğulu bir hekim olarak resmedilen İbn Sina, zamanla Avrupalı bilgin figürüyle özdeşleştirilmiş, bazı gravürlerde ise "Tıbbın Kralı" olarak taç giymiş şekilde tasvir edilmiştir. Matbaanın yaygınlaşmasıyla birlikte, gravürlerin tıbbi eserlerde daha fazla kullanıldığı ve İbn Sina'nın Avrupa tıp tarihindeki otoritesini pekiştirdiği anlaşılmıştır.

Sonuç: İbn Sina'nın Batı dünyasında sadece bilimsel değil, sanatsal bir figür olarak da kalıcı bir etki bıraktığı görülmektedir. Bu çalışma, bilim ve sanat arasındaki etkileşimi ortaya koyarak, tarihsel perspektiften görsellerin bilgi aktarımındaki rolüne dair önemli veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıp Tarihi, Ortaçağ Avrupa Tıp Tarihi, İbn Sina, Minyatür, Gravür.

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze the influence of Avicenna in the Late Medieval and Early Modern Western world through miniatures and engravings. Avicenna's medical works, particularly The Canon of Medicine, were widely accepted in Europe and remained one of the fundamental sources for academic medical education for many years. The main research question explores how this influence was reflected in visual arts.

Method: The study employs qualitative research methods, specifically the survey model and document analysis. By scanning international and national databases such as Deutsche Digitale Bibliothek, Bibliothèque Nationale de France, and the British Library, a total of 14 miniatures and engravings dating from the 14th to the 16th century were identified. The visuals were classified chronologically and examined using content analysis.

Results: The research results indicate that representations of Avicenna in the West changed over time. In earlier periods, he was depicted as a Middle Eastern physician, but over time, he became associated with the figure of a European scholar. In some engravings, he was even portrayed wearing a crown as the "King of Medicine." With the widespread use of the printing press, engravings were increasingly incorporated into medical works, reinforcing Avicenna's authority in European medical history.

Conclusion: In conclusion, Avicenna's impact on the Western world was not only scientific but also artistic, leaving a lasting impression. This study highlights the interaction between science and art, providing significant insights into the role of visual representations in knowledge transmission from a historical perspective.

Keywords: History of Medicine, History of Medieval European Medicine, Avicenna, Miniature, Engraving.

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):546-558
DOI: 10.31020/mutftd.1657570
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 14 Mart 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 13 Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: Atakan Çiçek <atakancicek094@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Tam adı Ebu Ali el-Hüseyin bin Abdullah bin Ali bin Sînâ olan İbn Sina 980 yılında Buhara yakınlarındaki Efşene köyünde dünyaya geldi. Batı'da Avicenna olarak bilinen İbn Sina tıp, felsefe, mantık, matematik ve doğa bilimleri alanlarında önemli eserler vermiş büyük bir İslam filozofu ve hekimidir. Küçük yaşlardan itibaren üstün bir zekaya sahip olduğu fark edilmiş ve birçok alanda eğitim almıştır. Zamanla farklı alanlarda kendini geliştiren İbn Sina, Samanoğulları Devleti'nin saray hekimi olmuştur. Ayrıca Gazneliler ve Büveyhîler gibi devletlerin himayesinde de çalışmıştır.[1–4] İbn Sina tıp alanında da çeşitli eserler kaleme almıştır: *Edviyetü'l-Kalbiyye, Urcûze fi't-Tıbb* ve *El-Kanun fi't-Tıbb*. Bu eserlerin her biri Latince'ye çevrilerek Ortaçağ Avrupası'nda kaynak eser olarak kullanılmıştır. Bu üç eser arasından en bilineni *El-Kanun fi't-Tıbb (Tıbbın Kanunu)* isimli eseridir.[2]

El-Kanun fi't-Tıbb yüzyıllar boyunca Avrupa'da temel tıp kaynağı olarak görülerek XVII. yüzyıla kadar üniversitelerde ders kitabı olarak okutulmuştur. *Canon Medicinae* ismiyle Batı dünyasına kazandırılan eserin Cremonalı Gerardus tarafından yapılan çevirisi XVII. yüzyılın sonuna kadar eklemelerle birlikte çeşitli dillerde birçok baskısı yapılmıştır. Eserin başarısındaki temel etken hastalıkların teşhis ve tedavisinde sistematik bir yaklaşım ve standardizasyon sunmasıydı. Bu eser, Hippocrates ve Galenus gibi Antik Yunan ve Roma tıbbının mirasını sistematik bir biçimde derleyerek, bunları İslam dünyasının tıbbi gelişmeleriyle birleştirmiştir. Özellikle hastalığın bulaşıcı doğası, hastalıkların sınıflandırılması ve farmakolojiye yaptığı katkılar, Avrupa'da tıbbi çalışmaların gelişmesine zemin hazırlamıştır.[5] İbn Sina, *El-Kanun fi't-Tıbb*'da deneysel yöntemin önemini vurgulamış, hastalıkların nedenleri ve tedavisi üzerine gözleme dayalı bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu fikirler Rönesans ve sonrasındaki bilim insanlarını etkilemiş ve Avrupa'da deneysel tıbbın temelini oluşturmuştur. Ayrıca, vücut sıvıları teorisi üzerine yaptığı açıklamalar, Ortaçağ tıp anlayışını şekillendirmiş ve XVII. yüzyıla kadar hâkimiyetini sürdürmüştür.[6–8] Avrupa'daki hekimler, bu eseri "Tıbbın İncili" olarak nitelendirmiş ve kendilerine rehber alarak hastalıkların nedenlerini daha iyi anlamaya çalışmışlardır.[9,10] Bununla birlikte Batı tıp kitaplarında İbn Sina'nın çalışmalarının batılı yazarlar tarafından tıp alanında yazılan kitapların içeriğini de etkilediği bilinmektedir.[11,12] İbn Sina'nın tıp alanındaki bu etkisinin beraberinde meydana gelen kültürel etkileşimle, Batı sanat dünyasını da etkilediği söylenebilir.[13]

Bu çalışmada İbn Sina'nın geç Ortaçağ ve erken modern Batı Dünyasına olan etkisinin minyatür ve gravür sanatlarına konu olması üzerinden analiz edilerek yorumlanması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ile doküman analizi kullanılmıştır. Analiz yapılması planlanan İbn Sina görsellerine ulaşmak için Deutsche Digitale Bibliothek, Bibliothèque nationale de France, British Library Digitised Manuscripts, Vatican Library Digital Collections, Europeana, Manuscripta Mediaevalia, Archive.org ve Avusturya Ulusal Kütüphanesi veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Ayrıca araştırmanın dönemine ilişkin ulusal veri tabanları da taranmıştır. Yapılan taramalar sonucunda Geç Ortaçağ ve Erken Modern Avrupa dönemlerine tarihlenen 14 adet minyatür ve gravüre ulaşılmıştır. Bu minyatür ve gravürler araştırma konusuna uygun bir şekilde dönemsel olarak sınıflandırılmış ve analiz edilmiştir. Araştırma ekibi tarafından Latince ibarelerin çevirileri yapılarak İbn Sina'nın Ortaçağ Avrupa tıp tarihindeki yeri ile önemi anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın veri toplama süreci 2025 Şubat ayında gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Yapılan araştırma sonucunda 2 adet XIV. yy, 4 adet XV. yy ve 8 adet XVI. yy'lara ait olmak üzere toplam 14 adet minyatür ve gravür tespit edilmiştir. Minyatür ve gravürlerin bir kısmına İbn Sina'nın *El-Kanun fi't Tıb* isimli eserinin Latince çevirilerinden ulaşılmıştır. Bazılarının ise çeşitli tıp kitaplarında İbn Sina'ya yapılan

atıflara ithafen yer aldığı görülmüştür. Tespit edilen minyatür ve gravürler, ait olduğu yüzyıllara göre üç farklı tabloda gösterilmiş olup, her bir eserin açıklaması altına yazılmıştır.

Tablo 1. XIV. Yüzyılda İbn Sina Görselleri



1. Avicenna, *Canon Medicinae,* Floransa Ulusal Kütüphanesi, XIV.YY (Minyatür)



2. Paris Bibliothèque Nationale, nr. 1436, vr. 2a, XIV.YY (Minyatür)

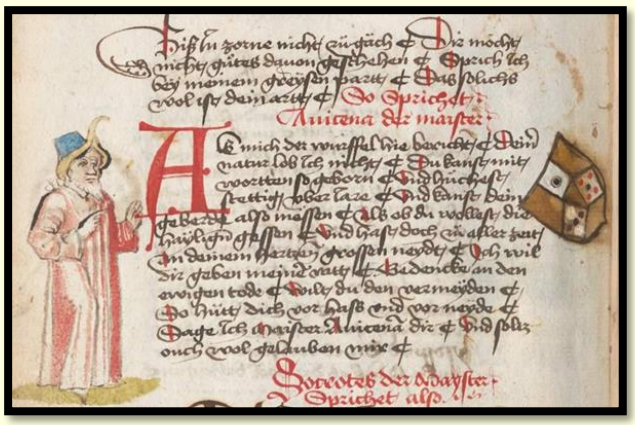
Tablo 2. XV. Yüzyılda İbn Sina Görselleri



1. Hartmann Schedel, *Liber Chronicarum cum Figuris et Ymaginibus ab İnitio Mundi,* Nuremberg Antoine Koberger, 1493. (Gravür)



2. Floransa Biblioteca Medicea Laurenziana, MS, Gaddi, nr. 24, vr. 247, XV.YY (Minyatür)



3. Bavyera Eyalet Kütüphanesi, Cgm 312 kodlu Almanca Losbücher türü el yazması bir eser XV.YY (Minyatür)

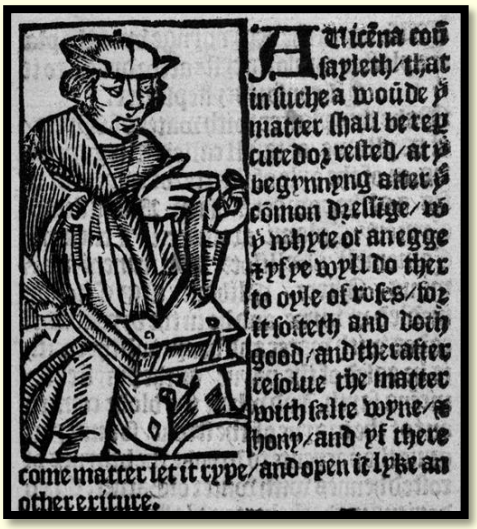


4. Gentilis Fulginas, *Expositio Super Tertio Canonis Avicennae,* Padova, 1477. (Minyatür)

Tablo 3. XVI. Yüzyılda İbn Sina Görselleri



1. Avicenna, Avusturya Ulusal Kütüphanesi, XVI.YY(Gravür)



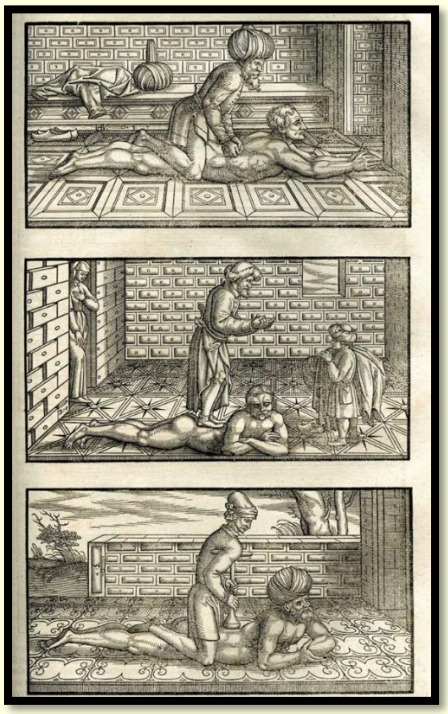
2. Hieronymus Brunschwig, *The noble experyence of the vertuous handy warke of surgeri*, Londres P. Treveris, 1525(Gravür)



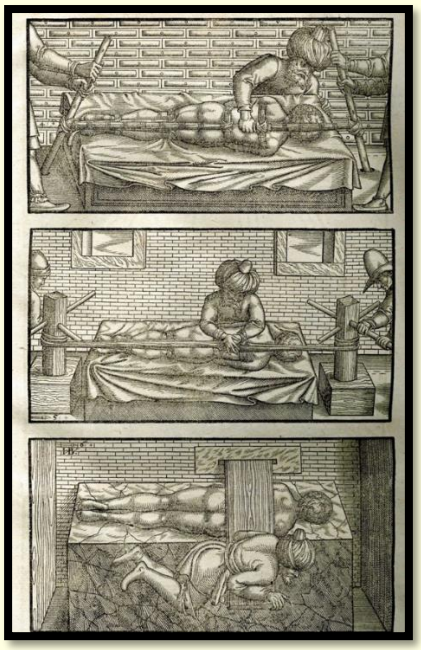
3. Avicenna, *Canon Medicinae*, Çev. Gerardo Cremonense, Venise O. Scott, 1520. (Gravür)



4. Avicenna, *Canon Medicinae,* Çev. Gerardo Cremonense, Venise O. Scott, 1520, Kapak Sayfası (Gravür)



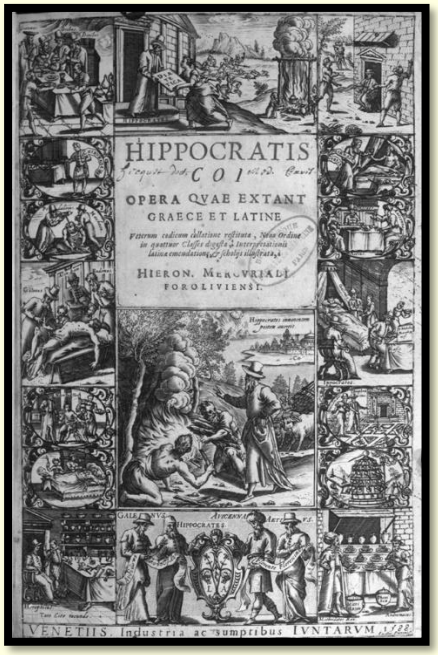
5. Avicenna, *Canon Medicinae,* Çev. Gerardo Cremonense, 1556. (Gravür)



6. Avicenna, *Canon Medicinae,* Çev. Gerardo Cremonense, 1556. (Gravür)



7. Avicenna, *Canon Medicinae,* 1510, Pavia (Gravür)



8. Hippocrates'e ait bir eserin kapak sayfası, Venedik, 1588. (Gravür)

Tartışma

Ortaçağ Avrupası'nda İllustrasyonların Anlamı ve Önemi

Resim, tarih süresince insanın hislerini, gördüklerini ve görmek istediklerini aktarmak için bir araç olmuştur. İlk çağlarda semboller, işaretler ve basit çizimler ile başlayan bu ifade biçimi zamanla gelişmiştir.[14] Bu durum Ortaçağ Avrupası'nda da geçerlidir. İnsanlar çeşitli araçlar kullanarak değer verdikleri kişileri ve olayları sanatsal bir bakış açısıyla belli ürünler üzerine dökmüşlerdir. Bu açıdan resimler, Ortaçağ insanının duygu aktarımının anlaşılması için önemli bir kaynak olma özelliği göstermektedir. Bu resimlerde kişinin bulunduğu yer, elinde tuttuğu nesneler, giydiği kıyafet, yanındaki kişiler, arkadaki manzara vb. noktaların birer anlamı bulunmaktadır.[15,16]

Gravür Tekniği, Matbaa ve Kitap İllustrasyonları

Ortaçağ Avrupası'nda resim için en sık kullanılan teknik minyatürdü. Doğu'da II.yüzyılda ortaya çıkan bu teknik günümüze kadar ulaşmıştır. Ortaçağ süresince Avrupa'da yayılan el yazmalarında, metinlerin içeriğine göre minyatürler çizilerek önemli konuların başlangıcına dikkat çekilmesi sağlanmıştır. Yazım teknikleri ile belli harfler daha büyük ve farklı yazılarak öne çıkarılmıştır. Görsel açıdan metinlere ilgi çekici bir yapı kazandırması bu tekniğin el yazmalarında sıklıkla görülmesine neden olmuştur. Matbaanın icadına kadar sıklıkla kullanılan minyatür tekniği gravür tekniğinin baskı kitaplarda sağladığı fayda nedeniyle yavaş yavaş terk edilmiştir.[17]

Matbaanın ilkel hali yüzyıllardır Asya'da kullanılmasına rağmen Johannes Gutenberg'in geliştirdiği teknik ile daha hızlı ve basit hale gelmiştir. Bu sayede XV. yüzyılda matbaa Avrupa'nın dört bir yanına yayılmıştır. Böylece tüm dünyadaki kitap üretimi baştan aşağı değişmiştir. Yüksek miktarda ve aynı kalitede kitap üretiminin kısa sürede sağlanabilmesiyle birlikte başta Avrupa olmak üzere tüm dünyadaki kitap sayısı onlarca kat artmıştır.[7,18] Bu değişim sanat konusunda da etkisini göstermiştir. Asitle şekillendirilen tabakaların üzerine yapılan çizimlerin matbaa aracılığıyla eserler üzerine basılması ile kitaplarda görülen illustrasyonlar eserleri daha cezbedici hale getirmiştir. Buna gravür tekniği denmiştir.[16,19] Kitapların kopyalanırken görsellerin el yoluyla tek tek çizilmiyor olması gravür tekniğinin yaygınlığının artmasına neden olmuştur. Bu sayede bol resimli kitaplar basılabilmeye başlamıştır. Bu teknik minyatür tekniğinin yerini alırken başta dini kitaplar olmak üzere çeşitli gravürler eserlerde yer etmeye başlamıştır. Bunun bir sonucu olarak da İbn Sina tıp kitaplarında ve kendi kitaplarının çevirilerinde daha fazla resmedilmeye başlamıştır.

İbn Sina'ya Kadar Ortaçağ Avrupası'nda Tıp

Ortaçağ'ın başlangıcı Roma İmparatorluğu'nun ikiye ayrılması ya da Batı Roma İmparatorluğu'nun yıkılışı olarak kabul edilir. Bu ayrımın temelinde siyasi istikrarın ortadan kalkması ve idari bir kaosun ortaya çıkışı vardır. Fakat siyasi istikrarsızlık beraberinde sosyal ve ekonomik birçok düzenin de bozuluşunu getirmiştir. Bu istikrarsızlıktan etkilenen alanlardan biri de tıbbi çalışmalardır. Roma İmparatorluğu'nun zirve yılları olarak değerlendirilebilecek yüzyıllarda (MÖ II.yy-MS III.yy) Avrupa'da kendi dönemi özelinde değerlendirildiğinde tıbbi anlamda ciddi bir birikim bulunmaktadır.[20,21] Bu dönemde Roma İmparatorluğu topraklarının dört bir yanındaki hekimler eserleri ile tıbbın ilerlemesini sağlamıştır. Hippocrates, Dioscorides, Aretaeus, Herophilus, Erasistratos, Soranus, Asklepiades, Celsus, Plinius ve Galenus dönemin önde gelen hekimleri olarak örnek gösterilebilir. Bu hekimlerin çalışmaları sayesinde Ortaçağ'a tıbbi bir miras kalmıştı. Ancak bu miras, Hristiyanlığın hakim güç olmasıyla birlikte ciddi bir darbe almıştır. Siyasi istikrarsızlığın da etkisi ile Erken ve Yüksek Ortaçağ'da tıbbi çalışmalarda dikkat çeken bir azalma meydana gelmiştir. Zira birçok hekimin çıktığı Achaia ve Macedonia eyaletleri (Yunanistan) ve Galenus'un da yetiştiği Asia Minor (Anadolu) artık Doğu Roma İmparatorluğu'na bağlıdır. [20,22]

Ortaçağ Avrupası'nda tıbbi çalışmaların gelişimini engelleyen faktör Hristiyanlık'tır. Hristiyanlığın Avrupa'da hakim güç olmasıyla birlikte hastalıklara ve tedavilere olan bakış da değişmiştir. İyilik gibi kötülüğün de Tanrı'dan gönderildiğine dair inanç, hastalıkların dua ve ruhani yolculuklar ile tedavi edilebileceğine dair yaygın bir düşünce oluşturmuştur. Çeşitli İncillerde anlatılan Hz. İsa'nın kör birinin gözlerinin görmesini sağlaması, cüzzamlı birinin iyileştirmesi ve hatta ölen birini diriltmesine dair hikayeler Hristiyanlarda hastalıkların mucizeler ile düzelmesi beklentisini doğurmuştur. Ayrıca Hristiyan teolojisinde önemli yer tutan Azizlerin hayat hikayelerinde (Hagiografiler) birçok tıbbi mucizenin anlatılması hastalıklardan dua, ibadet ve mucize yoluyla kurtulunacağının genel bir kabul görmesine neden olmuştur. [7,23] Ortaçağ'da buna benzer inançlar öylesine farklı / aşırı uygulamalara yol açmıştır ki "Kraliyet Dokunuşu (Royal Touch)" olarak adlandırılan bir inanç dahi ortaya çıkmıştır. Buna göre, Kraliyetin kutsal kanına mensup kişilerin dokunuşunda insanların iyileşmesini sağlayan doğaüstü güçler bulunduğuna inanılmaktadır. Bu inanış, pek çok alanda olduğu gibi tıbbi çalışmaların da dini otoritelerin eline geçmesine neden olan etkenlerden biridir.[24]

Manastırdaki rahipler, kilise öğretileri doğrultusunda doktorluk yapmaya çalışmışlardır. Zira, her türlü eğitimin merkezi kilisedir. Hekimliğin kilisenin etkisine girmesi yetkin doktorların yetişmesini önlemiştir. Hatta zamanla rahiplerin cerrahi müdahale yapması kilise tarafından da yasaklanmıştır. Bu durum "ecclesia abhored ad sanguine" yani "kilise kandan nefret eder" söyleminin ortaya çıkmasına neden olmuştur.[20] Bu süreçte gerçek hekimler ise Galenus ve Hippocrates'ten kalan tıbbi bilgiler ile kilisenin öğretilerini sentezleyerek hastaları tedavi etmeye çalışmışlardır. Çünkü hekimler, kilisenin isteklerine uygun hareket etmedikleri takdirde cezalandırılmışlardır. Bu durum hastalıkların tedavi edilmesine aracı olacak tıp eserlerinin yazılmasını güçleştirmiştir. [20,22,25–27] Bu şartlar nedeniyle başta *El-Kanun fi't-Tıbb* olmak üzere İbn Sina'nın kaleme aldığı tıp eserleri Ortaçağ Avrupası'nda başucu kitaplar haline gelmiştir. İbn Sina'nın ünü ve etkisi yüzyıllara, kitaplarının baskısı ise dünyanın dört bir yanına yayılmıştır.

XIV. Yüzyıla Ait İbn Sina Görselleri (Tablo 1)

İbn Sina'nın kitap çevirileri XII. Yüzyılda Avrupa'da yapılmaya başlanmasına rağmen İbn Sina figürünün minyatür ve gravürlerde yer almaya başlaması XIV. yüzyıl ile başladığı söylenebilir. Araştırma kapsamında XIV. yüzyıla ait iki adet minyatür bulunmuştur. Minyatürlerden birine Floransa Ulusal Merkez Kütüphanesi diğerine ise Paris Ulusal Kütüphanesi'nin koleksiyonundan erişim sağlanmıştır.

İlk görsel *Canon Medicinae*'ın Floransa Ulusal Merkez Kütüphanesi'nde yer alan XIV. yüzyıl baskısında yer alan bir minyatürdür. Ulaşılan en eski görsel olması sebebiyle önemlidir. Bu gravürde İbn Sina alışılmadık bir şekilde tasvir edilmiştir. Alışıldığı üzere Avrupai kıyafetler ile resmedilen İbn Sina'nın sakalları diğer gravüre kıyasla daha uzun ve beyaz şekilde çizilmiştir. Bu detay ona muhterem ve bilge bir görünüm kazandırmıştır. Fakat en ilginç detay İbn Sina'nın kafasında bir taç ile resmedilmiş olmasıdır. (*Görsel 1*) [28] Bu durum tamamen bir çeviri hatasından meydana gelmiştir. Arapça eserlerde İbn Sina için kullanılan ve "Büyük Usta" anlamına gelen "Eş-Şeyhu'r Reis" kelimesi Cremonalı Gearardus tarafından "Yaşlı Kral" anlamına gelen "Senex Rex" şeklinde eserin Latince versiyonunda yer etmiştir.[29] Bu durum diğer gravürlerde de görüleceği üzere İbn Sina'nın başında bir taçla resmedilmesi geleneğinin oluşmasına zemin hazırlamıştır. Buradan hareketle Ortaçağ Avrupası'nda "Tıbbın Kralı" olarak nitelendirilmiştir.

İkinci görsel Paris Ulusal Kütüphanesi'nin koleksiyonunda bulunan bir minyatür olarak öne çıkmaktadır. Bu minyatürde elinde kitabıyla ders anlatan bir İbn Sina çizilmiştir. (*Görsel 2*) [30] İbn Sina'nın hekimliğinden çok öğretmenliği ön plana çıkarılmaktadır. Sakallı görüntüsü ve giydiği Avrupai kıyafetler diğer görsellerle uyuşurken görselin asıl mesajı İbn Sina'nın eserlerinin eğiticiliğidir. Zira bu minyatür çoğu görselin aksine *Canon Medicinae*'dan değil de İbn Sina'nın bir diğer eseri olan *Urcûze fi't-Tıbb*'ın *Cantica* isimli Latince çevirisinde yer almaktadır. Bu minyatür sayesinde daha XIV. yüzyılda İbn Sina'nın *El-Kanun fi't-Tıbb* dışındaki

eserlerinin de Avrupa'da yayıldığını ve hekimliğinin dışında öğretmenliğinin de değer gördüğü anlaşılmaktadır.

XV. Yüzyıla Ait İbn Sina Görselleri (Tablo 2)

Görsellerin biri Floransa Lorenzo Tıp Müzesi (Biblioteca Medicea Laurenziana) arşivinde bulunmaktadır. Biri *El-Kanun fi't-Tıbb*'ın şerhinde diğer iki görsel ise *El-Kanun fi't-Tıbb*'ın Latince versiyonlarında yer almaktadır.

İlk görsel Hartmann Schedel'in *Liber chronicarum cum figuris et ymaginibus ab initio mundi* eserinde rastlanan bir gravürdür. Bir dünya tarihi olarak kaleme alınmış bu eser, dünyanın yaratılışından 1493 yılına kadarki önemli olayları ve kişileri anlatır. 1800 civarı ahşam baskı gravürün bulunduğu kitapta şehir manzaraları, coğrafi çizimler ve en önemlisi değer verilen kişilerin gravürleri yer almaktadır. Bunlardan biri de İbn Sina yani eserde geçtiği şekliyle Avicenna'dır. Bu gravür İbn Sina'nın Avrupalı müellifler tarafından nasıl benimsendiğinin bir göstergesidir. Avrupai kıyafetle genelde yansıtıldığının aksine sakalsız bir şekilde çizilen İbn Sina elinde bir deney tüpü tutmaktadır. (*Görsel 1*)[31] Eser, gravürün yanında İbn Sina'nın kim olduğunu anlatırken felsefe ve tıp alanında yaptığı çalışmalardan övgüyle bahsetmektedir.

İkinci görsel Floransa Lorenzo Tıp Müzesi'ndeki *Canon Medicinae*'ın XV. yüzyıl baskısında yer alan gravürde, İbn Sina Avrupai kıyafet ve saç şekilleri dikkat çekmektedir. İbn Sina gravürün sağ altında kırmızı bir elbise içerisinde hastanın bacağına cerrahi bir işlem uygularken resmedilmektedir. İbn Sina dışında herkes sakalsız bir yüzle resmedilmiştir ve gravürde hiç kadın yoktur. (*Görsel 2*)[30] Buradan Ortaçağ Avrupası'nda erkek egemen bir sağlık işleyişi olduğu ve İbn Sina'nın da onlardan biri olarak görüldüğü sonucuna varılabilir.

Üçüncü görsel XV. yüzyıla ait bir kehanet kitabında yer almaktadır. İsmi bilinmeyen bu kehanet kitabı Bavyera Eyalet Kütüphanesi (Bayerische Staatsbibliothek)'nde Cgm 12 kod ile yer almaktadır. On farklı kehanet kitabının toplandığı bu çalışmanın bir kısmında astronomi ile alakalı çalışmalarından kaynaklı İbn Sina'dan bahis vardır. Kıyafeti, sakalı yüzü ve başındaki kavuğu ile klasik bir Müslüman gibi çizilmiştir. (*Görsel 3*)[32] Bu özelliği ile diğer görsellere kıyasla daha gerçeğe uygun bir çalışma olduğu düşünülebilir.

Dördüncü görsele Gentilis Fulginas'ın bir *El-Kanun fi't-Tıbb* şerhinde rastlanılmaktadır. *El-Kanun fi't-Tıbb*'ın değerlendirmesinin yapıldığı toplam üç ciltlik eserin ilk sayfalarında İbn Sina yazarın kendisi ile birlikte resmedilmektedir. (*Görsel 4*) [33] Bu şerhler İbn Sina'nın eserleri üzerinden tıbbi çalışmaların ilerlediğini göstermektedir. İkinci görselle benzer bir yüz ve kıyafet görüntüsüne sahip olan bu minyatür "Tıbbın Kralı" ifadesine uygun bir şekilde İbn Sina'yı bir tahtta oturtmaktadır. Bu yansıtma şekli bir saygı duruşu olarak nitelenebilirken yazar İbn Sina'nın tahtını kendi tahtından bir miktar yüksek çizerek İbn Sina'nın üstünlüğünü vurgulamıştır.

XVI. Yüzyıla Ait İbn Sina Görselleri (Tablo 3)

Matbaanın ve gravür tekniğinin yaygınlaşması XVI. yüzyılda kitap üretimini ve kitaplardaki gravür kullanımını arttırmıştır. Haliyle İbn Sina'nın gravürlerine de bu yüzyılda daha fazla rastlanmıştır. Çalışmada, XVI. yüzyıla ait sekiz adet gravüre ulaşılmıştır. Bu gravürlerin beşi *Canon Medicinae*'ın basımlarında bulunurken üçüne kütüphane arşivlerinde rastlanılmıştır. Bir adet gravür ise bir tıp kitabında yer almaktadır.

XVI. yüzyıla tarihlenen ilk görsel Avusturya Milli Kütüphanesi (Österreichische Nationalbibliothek)'nin arşivinde yer alan bir gravürdür. Bu gravürde tıp tarihinin en önemli isimlerinin portreleri bulunmaktadır. İbn Sina bu gravürde yer alan hekimler arasında Galenus ile birlikte en üste yerleştirilmiştir. (*Görsel 1*)[34] Öldükten yüzyıllar sonra bile en basit görsellerde zirvede yer alması diğer görseller de dikkate alınınca İbn Sina'nın Ortaçağ Avrupası'ndaki öneminin anlaşılmasını sağlamaktadır.

Canon Medicinae'da yer alan gravürleri öncelikle ele almak gerektiğinde İbn Sina'nın farklı biçimlerde resmedildiği fark edilmektedir. Öncelikle Hieronymus Brunschwig'in *The noble experyence of the vertuous*

handy warke of surgeri eserinde İbn Sina, sakalsız, şapkalı ve Avrupai kıyafetler içindeki görüntüsü ikinci gravürde ön plana çıkmaktadır. (*Görsel 2*)[35] Bu çizim, İbn Sina'nın Avrupalılaştırılmaya çalışılmasından başka bir şey değildir. Buna rağmen dört ve yedi numaralı görseller yine İbn Sina'yı Avrupai kıyafetler ve sakallı şekilde gösterirken başına bir taç yerleştirmektedir. (*Görsel 4* ve *Görsel 7*) [30,36] Dört numaralı gravür de benzer şekilde İbn Sina'yı övücü bir şekilde resmetmektedir. *Canon Medicinae*'ın kapağına basılmış olan gravür en nadide İbn Sina tasvirlerinden biridir. Bir tahtın üzerinde başında bir taç ile oturan İbn Sina elinde bir asa ile durmaktadır. Tahtın bir tarafında önder anlamına gelen *princeps* kelimesi göze çarpmaktadır. Diğer tarafında ise İbn Sina anlamına gelen *Abinsceni* ifadesi yer almaktadır. İbn Sina'nın karşısında ise masa başında oturan, akademik kıyafetler giymiş bir adam yazı yazmaktadır. Önünde açık bir kitap ve kitabın üzerinde Latince metinler bulunmaktadır. (*Görsel 4*)[36] Bu adam muhtemelen, İbn Sînâ'nın çalışmalarını yorumlayan veya yorumlarını yazıya geçiren bir akademisyendir. Bu da İbn Sina'nın halen örnek alındığına bir göndermedir. Bu gravür her yanıyla İbn Sina'nın bilgeliğini, tıp alanındaki liderliğini ve otoritesini temsil etmektedir.

Yedi numaralı gravür İbn Sina'yı tek başına resmetmemesi açısında nadide bir görüntü sunmaktadır. İbn Sina'yı ortaya yerleştiren bu gravür, sağına Galenus'u ve soluna da Hippocrates'i koymuştur. İbn Sina'nın başında taç ile bu isimlerin arasında bulunması Galenus ile Hippocrates'ten gelen tıbbi çalışmaların İbn Sina ile zirveye ulaştığı ve İbn Sina'nın tıbbın kralı olduğu mesajını yinelemektedir. (*Görsel 7*)[30] Bu açıdan bu gravür İbn Sina'ya Hristiyanlar tarafından gösterilen hürmetin bir simgesi olarak da değerlendirilebilir. Bir Müslüman olmasına rağmen Avrupa Tıbbının önde gelen hekimleri arasında gösterilmiştir. Hatta gravürde de en önde resmedilmiştir.[37]

İbn Sina'nın XVI. yüzyılda Doğulu şekilde resmedilmeye başlandığı göze çarpmaktadır. [37,38] Üç numaralı görselde İbn Sina kavuklu ve sakallı bir şekilde resmedilmektedir.[39] Benzer şekilde beş ve altı numaralı görsellerde de yine kavuklu ve sakallı olarak resmedilen kişi İbn Sina'dır. (*Görsel 5* ve *Görsel 6*) [38,39,40] Beş ve altı numaralı gravürler İbn Sina tarafından *Canon Medicinae'*da bahsedilen tedavilerin gravürleridir. Gravürün altındaki açıklamalara bakıldığında, bu tekniklerin hangi durumlarda ve nasıl uygulandığı anlatılmaktadır. İbn Sînâ'nın tıbbi mirası, yalnızca İslam dünyasında değil, Avrupa tıbbında da yüzyıllar boyunca rehber olarak kullanılmıştır. Aynı zamanda, İbn Sînâ'nın teorik bilgileri ile pratik uygulamalar arasındaki bağı nasıl kurduğunu ve dönemin hekimlerinin bu bilgileri nasıl yorumladığını da göstermektedir.

XVI. yüzyıla ait bir diğer gravür 1588 yılına ait bir kitabın kapak sayfasıdır. Bu kapak sayfasına başka eserlerde de rastlanılmış olup bu kapağın, aynı basımcının tıbbi eserler için kullandığı standart bir kapak olduğu düşünülmektedir. Bu kapakta İbn Sina'ya ait iki gravür yer almaktadır. İlki ve öne çıkanı, kapağın altında yer alan dört kişinin resmedildiği gravürdür. Sekiz numaralı bu gravürde İbn Sina Galenus, Hippocrates ve Aetius gibi tarihin ünlü hekimleri ile öne çıkarılmıştır. (*Görsel 8*)[40] Galenus Roma'nın, Hippocrates Eski Yunan'ın ve Aetius da Doğu Roma'nın tıbbını simgelemektedir. Diğer yandan sağ üstte Aetius ve Yuhannâ Bin Mâseveyh ile oturan bir İbn Sina figürü görünmektedir. Elinde bir terazi tutan İbn Sina bu kişiler ile bir konu üzerine tartışıyor gibi görünmektedir. Teraziden yola çıkılarak adalet ya da vicdan ile alakalı bir tartışmanın yaşandığı söylenebilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları: Araştırma kapsamında kullanmış olduğumuz veritabanları üzerinden minyatür ve gravürlerin dijital örneklerine ulaşılabilmektedir. Bu veritabanları dijital ortama aktarılmayan döneme ait telif eserlerin tamamını içermeyebilir. Bu nedenle telif eserlerde minyatür ve gravürlerin dijital nüshalarına ulaşılamaması araştırmanın bir kısıtlılığı olarak ifade edilebilir. Zira İbn Sina'nın kitaplarının XII. yüzyıldan itibaren Avrupa'daki çevirilerinin başladığı gerçeği göz önüne alındığında XIV. yüzyıl öncesinden günümüze ulaşan telif eserlerin dijital nüshalarına ulaşılamamaktadır. Matbaa kullanımının XV. yüzyılda yaygınlaşması el yazması eserlerin bu tarih öncesinde kullanıldığı anlamına gelmektedir. Haliyle bu eserlerin hassaslığı

dijital ortama aktarılmasının önüne geçmiştir. Bundan dolayı daha erken dönemlerde de minyatür ve gravür örneklerine rastlama ihtimalini de söylemek mümkündür.

Sonuç

Araştırma kapsamında İbn Sina'nın Geç Ortaçağ ve Erken Modern Batı dünyasındaki etkisi, minyatür ve gravür sanatı üzerinden analiz edildiğinde; XIV. yüzyıldan itibaren İbn Sînâ'nın tıbbi eserlerinin Latince çevirileriyle birlikte Avrupa'da geniş bir kabul gördüğü ve bu sürecin sanatsal üretimi de etkilediği söylenebilir.

Ortaçağ Avrupası'nda tıbbi bilgi büyük ölçüde dini öğretilerle şekillenirken, İbn Sina'nın *El-Kânûn fi't-Tıbb* adlı eseri, bilimsel ve rasyonel yaklaşımlar sunarak Avrupa tıbbının gelişiminde belirleyici bir rol oynamıştır. *El-Kânûn fi't-Tıbb* başta Latince olmak üzere birçok farklı dile çevrilmiş ve XVII. yüzyıla kadar Avrupa tıp okullarında ders kitabı olarak okutulmuştur. Bu durum, Batı dünyasında İbn Sina'nın otoritesini pekiştirmiş ve onun çeşitli sanatsal temsillerde yer almasına neden olmuştur. Özellikle XV. ve XVI. yüzyıllarda, matbaanın yaygınlaşmasıyla birlikte tıp kitaplarında kullanılan gravürlerde İbn Sina'nın tasvirine daha sık rastlanmıştır. Bu görsellerde bazen Batılı bir bilgin gibi bazen de Doğulu bir filozof ve hekim gibi resmedildiği görülmüştür. Buradan hareketle eserini XI. yüzyılın başında kaleme alan İbn Sina'nın Batı dünyasında bir Müslüman olmasına rağmen zaman geçtikçe değer kaybetmek yerine bilakis değer kazandığı anlaşılmaktadır. Öyle ki çoğu görselde Avrupai kıyafetler içinde resmedilen İbn Sina, Avrupalı biri gibi kabul görmüştür. Bu farklı ikonografik yaklaşımlar, Avrupalı sanatçılar ve bilginler tarafından İbn Sina'nın nasıl algılandığını anlamak açısından önemli ipuçları sunmaktadır.

Araştırmada ulaşılan minyatür ve gravürler, İbn Sina'nın sadece tıp alanında değil, sanatsal ve kültürel bağlamda da Avrupa'da kalıcı bir miras bıraktığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçları, bilim ve sanat arasındaki etkileşimi daha geniş bir perspektiften değerlendirmek için önemli veriler sunmaktadır. İbn Sina'nın görseller yoluyla Batı dünyasındaki temsilinin, onun bilimsel otoritesini vurgulayan bir araç olarak kullanıldığı anlaşılmaktadır.

Gelecekte yapılacak çalışmalar, İbn Sina'nın Batı'daki görsel temsillerinin daha geniş bir karşılaştırmalı analizini yaparak, onun entelektüel mirasının farklı coğrafyalardaki sanatsal üretimlerde nasıl yorumlandığını ortaya koyabilir. Özellikle tıp tarihindeki görsel belgelerin daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi, İbn Sînâ'nın etkisinin sanatsal, bilimsel ve kültürel boyutlarını daha derinlemesine anlamamıza yardımcı olacaktır.

Bilgi

Bu araştırmada çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Atakan Çiçek: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.
Arif Hüdai Köken: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Goichon AM. İbn Sina Felsefesi ve Ortaçağ Avrupasındaki Yeri,. Ötüken; 2000.
2. Alper ÖM. İbn Sina. In: TDV İslam Ansiklopedisi. Türkiye Diyanet Vakfı; 1999:319-322.
3. McGinnis J. Avicenna. Oxford University Press; 2010.
4. Terzioğlu A. Ibn Sînâ (Avicenna) in the Light of Recent Researches. Erdem. 1996;1(25):423-434.

5. Siraisi NG. Medieval and Early Renaissance Medicine An Introduction to Knowledge and Practice. Princeton University Press; 1997.
6. Bertolacci A. The Reception of Avicenna in Latin Medieval Culture. In: Adamson P, ed. Interpreting Avicenna: Critical Essays. Cambridge University Press; 2013. pp: 242-269.
7. Anderson GC. Medieval Medicine for Sin. J Relig Health. 1963;2(2):156-165.
8. Arrizabalaga, J. & Henderson, H.& French RK, ed. The Great Pox: The French Disease in Renaissance Europe. Yale University Press; 1997.
9. Moosavi J. The Place of Avicenna in the History of Medicine Jamal. Avicenna J Med Biotechnol 2009;1(1):3-8.
10. Terzioğlu A. Ortaçağ İslam-Türk Hastahaneleri ve Avrupa'ya Tesirleri. Belleten. 1970;34(133).
11. Keskinbora KH, Keskinbora K. A systematic review of Ibn Sina's (Avicenna) studies: Reflections on anatomy. European Journal of Anatomy. 2016;20(1):99-105.
12. Campos Ribeiro LM. Picturing Medieval Health: Artistic Production and Visual Discourse in Le Régime Du Corps of the Ajuda Library (COD 52-XIII-26). FCSH; 2016.
13. Aldemir A. Cross-Cultural Artistic Encounters in the Eastern Mediterranean, A PIMo Collection of Essays around the Exhibition Titled "Şeyh Hamdullah on the 500th Anniversary of His Death" at the Sakıp Sabancı Museum, Istanbul. Vol 7. (Tanındı Z, ed.).; 2020.
14. Yazar, Tarık; Geçen F. Görsel Sanatlarda Evrensel Dil ve Sanatsal Sembolizm. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;11(61):556-567.
15. Ergün D. Kartezyen Perspektiften Dijital Medyaya: Perspektifin Tarihi ve Dönüşen Gerçeklik Miti. Vol 8.; 2017.
16. Eco U, ed. Ortaçağ: Keşifler, Ticaret, Ütopyalar. Alfa; 2015.
17. Özturan S. Çağdaş Sanatta Bir Temsil Biçimi Olarak Minyatür. Korkut Ata Türkiyat Araştırmaları Dergisi 2024;15:1699-1715.
18. Bjork RE, ed. The Oxford Dictionary of the Middle Ages, Volume 2. Oxford University Press; 2010.
19. Griffiths A. Prints and Printmaking. British Museum Press; 1980.
20. Bayat AH. Tıp Tarihi. Zeytinburnu Belediyesi; 2016.
21. Margotta R. History of Medicine. (Lewis P, ed.). Hamlyn; 1996.
22. Siraisi NG. Avicenna in Renaissance Italy.; 1987.
23. Biller, Peter & Ziegler J, ed. Religion and Medicine in the Middle Ages Volume. Boydell & Brewe; 2001.
24. Bloch M. Büyücü Krallar Fransa'da ve İngiltere'de Kraliyetin Doğaüstü Güçleri,. Selenge; 2022.
25. Talbot C. Medical Education in the Middle Ages. In: Ucla Forum in Medical Sciences Number 12 The Hıstory of Medical Education An International Symposium Held February 5-9, 1968. ; 1970:73-88.
26. Wolfe CTW. Tres medici, duo athei? The physician as atheist and the medicalization of the soul Charles. In: Distelzweig, Peter; Goldberg, Benjamin; Ragland ER, ed. Early Modern Medicine and Natural Philosophy. Springer; 2016.
27. Lindberg DC. The Beginings of Western Science Th e European Scientifi c Tradition in Philosophical, Religious, and Institutional Context, Prehistory to a.d. 1450. The University of Chicago Press; 2007.
28. Science Photo Library. Available from: https://www.sciencephoto.com/media/223145/view/avicenna
29. Bjork RE, ed. The Oxford Dictionary of the Middle Ages, Volume 3. Oxford University Press; 2010.
30. TDV İslam Ansiklopedisi. Available from: https://islamansiklopedisi.org.tr/ibn-sina
31. Schedel H. Liber Chronicarum Cum Figuris et Ymaginibus Ab Initio Mundi.; 1493. Available from: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9125619b/f426.double.r=Liber Chronicarum cum Figuris et Ymaginibus ab initio Mundi
32. Bayerische Staatsbibliotek. Available from: https://bildsuche.digitale-sammlungen.de/index.html?c=viewer&bandnummer=bsb00093677&pimage=122&lv=1&l=en
33. Fulginas G. Expositio Super Tertio Canonis Avicennae.; 1477. Available from: https://www.loc.gov/resource/gdcwdl.wdl_18199_001/?sp=21&r=-0.123,-0.034,1.225,0.738,0
34. Europeana. Available from: https://www.europeana.eu/en/item/92062/BibliographicResource_1000126108383
35. Hieronymus Brunschwig. The Noble Experyence of the Vertuous Handy Warke of Surgeri.; 1525. Available from: https://numerabilis.u-paris.fr/medica/banque-images/index.php?refphot=CICL02052
36. Avicenna. Canon Medicinae.; 1520. Available from: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1323715.r=Avicenne medicarum principis canonum liber?rk=42918;4
37. Avicenna. Canon Medicinae.; 1556. Available from: https://numerabilis.u-paris.fr/medica/banque-images/index.php?refphot=CICL02296
38. Avicenna. Canon Medicinae.; 1556. Available from: https://numerabilis.u-paris.fr/medica/banque-images/index.php?refphot=CICL02297
39. Avicenna. Canon Medicinae.; 1520. Available from: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1323715/f13.item.r=Avicenne medicarum principis canonum liber
40. Gallica. Available from: https://numerabilis.u-paris.fr/medica/banque-images/index.php?refphot=CICL03076

Araştırma Makalesi – Original Article

Balkanlarda Bir Osmanlı Sağlık Müessesesi: Selanik Hamidiye Hastanesi (1904-1912)*

An Ottoman Health Institution in the Balkans: Thessaloniki Hamidiye Hospital (1904-1912)

Ahmet Nizamoğlu[i]

[i]Dr, Bağımsız Araştırmacı, Tarihçi, https://orcid.org/0000-0002-2792-3230

ÖZ

Amaç: Bu çalışmayla 1904 yılında Selanik'te açılan Selanik Hamidiye Hastanesi'nin kuruluşuna giden süreçte bölgedeki hastanelerin genel durumu, hastanenin açılışı, bölgeye etkileri ve faaliyetlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ile doküman analizi kullanılmıştır. Birinci el kaynaklardan veri temini sağlamak amacıyla T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Gallica, İSAM, İ.B.B. Atatürk Kitaplığı Sayısal Arşiv ve e-Kaynaklar ile İstanbul Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı II. Abdülhamid Han Fotoğraf Albümleri veri tabanlarından yararlanılmıştır. Araştırma konusuna ve amacına uygun olarak belirlenen anahtar kelimeler ile aramalar yapılmıştır. Bu çalışma Aralık 2024-Ocak 2025 tarihlerinde hazırlanmıştır.

Bulgular: Selanik Hamidiye Hastanesinin açılış sebepleri, hastanenin kadrosu, faaliyetleri ve bölge için önemine ulaşılmıştır. Despite all financial difficulties, the hospital endeavored to meet the sanitary needs of the city of Thessaloniki. Hastanedeki doktor ve cerrahların başarıları sayesinde sadece şehrin değil vilayet için dahi ne derecede önemli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 1904 yılında açılan bir hastanenin çeşitli aşamalardan geçtikten sonra günümüze kadar hangi aşamaları geçerek ayakta kaldığı aktarılmıştır.

Sonuç: Osmanlı Devleti'nin sağlık reformları II. Abdülhamid'in saltanatı sırasında her kademeye yayılmıştır. Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine verilen önemin bir tezahürü olarak birçok hastane açılmıştır. Bu doğrultuda açılan hastanelerden biri olan Selanik Hamidiye Hastanesi, bölgede önemli bir sağlık kurumu işlevi görmüştür. Burada görev yapan doktor ve cerrahlar her kesimin taktirini kazanacak oldukça başarılı çalışmalar yürütmüştür. Osmanlı idaresi ise bu durum karşısında başarı gösteren doktor ve cerrahla taltif ederek onların şevk ve gayretini arttırmıştır.

Anahtar kelimeler: Osmanlı tıbbı, II. Abdülhamid, Selanik Hamidiye Hastanesi, Sağlık hizmetleri, Balkanlar.

ABSTRACT

Aim: This study aims to examine the general state of hospitals in the region leading to the establishment of the Thessaloniki Hamidiye Hospital, which was opened in 1904 in Thessaloniki, as well as the hospital's inauguration, its impact on the region, and its operations.

Methods: The study utilized qualitative research methods, specifically the survey model and document analysis. To obtain primary source data, resources such as the Ottoman Archives of the Republic of Turkey Presidency State Archives, Gallica, İSAM, Istanbul Metropolitan Municipality Atatürk Library Digital Archives and e-Resources, and the Istanbul University Library and Documentation Department II. Abdülhamid Han Photograph Albums database were employed. Searches were conducted using keywords relevant to the research topic and purpose. This study was prepared between December 2024 and January 2025.

Results: The reasons for the establishment of the Thessaloniki Hamidiye Hospital, its staff, activities, and significance for the region have been identified. Despite all financial difficulties, the hospital strived to meet the sanitary needs of the city of Thessaloniki. Thanks to the successes of the doctors and surgeons at the hospital, its importance was determined not only for the city but also for the province. Furthermore, the stages the hospital, which was established in 1904, went through to remain operational up to the present day have been conveyed.

Conclusion: The health reforms of the Ottoman Empire were widespread during the reign of Sultan Abdülhamid II. As a reflection of the emphasis placed on preventive and therapeutic health services during this period, many hospitals were established. The Thessaloniki Hamidiye Hospital, one of these institutions, served as a significant healthcare facility in the region. The doctors and surgeons working there carried out remarkably successful operations that earned the admiration of all segments of society. In response to their achievements, the Ottoman administration recognized these healthcare professionals, thereby increasing their motivation and efforts.

Keywords: Ottoman medicine, Abdülhamid II, Thessaloniki Hamidiye Hospital, Healthcare services, Balkans.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):559-571
DOI: 10.31020/mutftd.1624299
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 21.01.2025; Kabul Tarihi- Accepted: 12.03.2025
İletişim- Correspondence Author: Ahmet Nizamoğlu <ahmet.nizamoglu@outlook.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Osmanlı modernleşmesinin süregelen paradigmalarından biri olarak devletin askerî reform hareketlerine hız vermesi birçok kurumda tezahür etmiştir. III. Selim Dönemi'nde oluşturulan modern hastaneler de askerî reformların bir parçası olarak düşünülmüş, bu doğrultuda 1793'te Tophane-i Amire Hastanesi kurulmuş ve sonraki süreçte birçok askerî hastane açılmıştır. Tıphâne-i Âmire'nin 1827'de açılmasıyla başlayan modern tıp eğitimi benzer kaygılarla orduya tabip yetiştirmek amacıyla açılmıştır. Tanzimat'ın ilanın ardından askerî hastanelerin yanı sıra sivil hastaneler de açılmaya başlanmıştır. Nüfusun azalan bir grafik çizmesi, ülkede salgın ve bulaşıcı hastalıkların yoğun olarak görülmesi gibi temel problemler, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini zorunlu kılmıştır. Edirnekapı Gureba ve Bekar Hastanesi (1837) her ne kadar halk için açılan ilk sivil hastane olsa da sınırlı bir hizmet vermiş olup müesseseleşmemiştir. Bu nedenle Tanzimat'ın ardından Bezmiâlem Valide Sultan tarafından yaptırılan Bezmiâlem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi, 1847 yılında hasta kabul etmeye başlaması, sivil hastaneler açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur. Bu hastanede yoksul ve kimsesizler ücretsiz olarak hizmet görmekteydiler. Bundan sonraki süreçte Osmanlı Devleti'nin dört bir yanına "Gureba" adıyla ilk devlet hastaneleri açılmıştır.[1–3] Tanzimat'ın ardından tıp ve sağlık alanındaki gelişmeler hız kazanmıştır. II. Abdülhamid Dönemi'ne gelindiğinde ise batı standartlarında tıbbi araştırmalar yapılarak sağlık hizmetlerinin ülke genelinde iyileştirilmesi için yoğun bir çaba sarfedilmiştir. Kamu sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşı çalışmaları, sağlık personelinin yetiştirilmesi ve sağlık müesseselerinin kurulması çalışmaları bir bütün olarak yürütülmüştür. Hastanelerin yaygınlaştırılması da sağlık politikalarının ana hedeflerinden görülerek mevcut hastaneler tamir edilip geliştirildiği gibi, genel kamu hastaneleri olarak adlandırılan gureba hastaneleri, belediye hastaneleri, kurum hastaneleri, askerî hastaneleri, eğitim hastaneleri, tıp dallarına mahsus hastane ve klinikler açılmıştır. Ayrıca bu dönemde gayr-i müslim cemaat hastaneleri, yabancı misyon hastaneleri ve özel hastaneler açılmıştır.[1,4–7]

Tanzimat Dönemi'nde ilk nüveleri oluşmaya başlayan belediye hastaneleri, II. Abdülhamid Dönemi'nde inşa edilen ve faaliyete geçen 21 hastane ile zirveye çıkmıştır. Bir bölgede belediye hastanesinin açılması için belediye teşkilatına sahip olması gerektiğinden bunların sayısı gureba hastanelerine nispeten azdır. Sarı'nın belirttiği üzere; "*Bazen bir gureba hastanesi belediyeye devredildiğinden ya da belediye tarafından yaptırılan bir hastane gureba hastanesi olarak faaliyet gösterdiğinden aynı hastane değişik kaynaklarda iki ayrı hastane olarak ele alınabilmekte ve böylece karışıklığa sebep olunabilmektedir. Kurumun el değiştirmesinin yanı sıra, bir hastanede hem gureba, hem de belediye hastanesi olarak hizmet verilmesi de aynı hastanenin değişik kaynaklarda "gureba" ya da "belediye" hastanesi olarak farklı anılmasına sebep olmuştur.*"[4] Selanik'te 1904 yılında açılan hastane ise arşiv belgelerinde Selanik Gureba Hastanesi, Selanik Hamidi Hastanesi, Selanik Hamidiye Hastanesi ve II. Meşrutiyet'ten sonra ise Selanik Belediye Hastanesi olarak adlandırılmış olsa da her türlü bütçesi belediye tarafından karşılanmıştır.

Bu araştırma, Selanik Hamidiye Hastanesi'nin kuruluş sürecini, Osmanlı sağlık reformları içindeki yerini ve bölgedeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Hastanenin açılması, Osmanlı'nın modern sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma çabasının bir parçası olup, özellikle II. Abdülhamid Dönemi sağlık politikaları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Araştırma, Osmanlı'nın modern tıp uygulamalarına adaptasyonunu ve çok kültürlü bir toplumda sağlık hizmetlerini nasıl şekillendirdiğini anlamak açısından önem taşımaktadır. Ayrıca hastanenin günümüzde de Agios Dimitrios Hastanesi olarak hizmet vermesi, Osmanlı tıp mirasının Balkanlar'daki sürekliliğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Gereç ve yöntem

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama modeli ile doküman analizi kullanılmıştır. Birinci el kaynaklardan veri temini sağlamak amacıyla T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi veri tabanından yararlanılmıştır. Araştırmanın konusuna uygun olarak belirlenen anahtar kelimeler ile

aramalar yapılarak ulaşılan belgeler sistematik olarak incelenmiş ve bu belgeler Osmanlı Türkçesinden Latin harflerine transkript edilerek analizi yapılmıştır. İslam Araştırmaları Merkezi (İSAM) veri tabanından Selanik Vilayeti Salnamesinin, Hicri 1320, 1322, 1324, 1325 yılına ait sayılarında çalışma konusuyla alakalı kısımlardan veri temini sağlanmıştır. Gallica ve İ.B.B. Atatürk Kitaplığı Sayısal Arşiv ve e-Kaynaklardan döneme ait süreli yayınlara ulaşılmıştır. İstanbul Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı II. Abdülhamid Han Fotoğraf Albümleri veri tabanından ise Selanik Hamidiye Hastanesi ile alakalı görseller temin edilmiştir. Ayrıca konu ile alakalı telif-tetkik eserler kullanılmıştır. Bulgular ve tartışma aynı başlık altında yazılmıştır. Bu çalışma Aralık 2024-Ocak 2025 tarihlerinde hazırlanmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Selanik Vilayetindeki Hastaneler

Tanzimat Dönemi'nde askeri, idari, hukuki, siyasi, eğitim ve sağlık başta olmak üzere önemli modernleşme faaliyetleri görülmektedir. Tanzimat'ın ilanının hemen ardından merkeziyetçiliğin güçlendirilmesi tezahürü neticesinde 1864 yılında Vilayet Nizamnamesi ile taşra idaresinde düzenlemeler yapılmıştır. Uygulamada görülen eksiklikler dikkate alınarak 1871 İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesi doğrultusunda, Rumeli'de 10 vilayet ve 44 sancaktan oluşan bir idarî mekanizma oluşturulmuştur. Selanik Vilayeti ise Rumeli'nin önemli vilayetlerinden birisi haline gelmiştir.[8] Selanik Vilayeti, Selanik Sancağı, Drama Sancağı, Serez Sancağı ve Taşoz Sancağından oluşmaktaydı. Selanik Vilayetine, II. Abdülhamid Dönemi'nde idarî, askerî, eğitim ve sağlık hizmetlerine yönelik birçok kamu binası inşa edilmiştir.[9]

Tanzimat Dönemi'nde açılan Selanik Askerî Hastane'nin içerisine kimsesiz ve yoksullar için Gureba Hastanesi kısmı oluşturulmuştur. Bu kısmın yatak kapasitesi II. Abdülhamid Dönemi'nde arttırılmışr.[10,11] 93 Harbi sırasında bölgede seyyar askerî hastaneler oluşturulmuştur.[12] 1887'de ise Selanik'te muntazam surette bir Askerî Hastane açılmıştır.[13] Bu yıllarda Selanik Kaza nüfusunun 100.000'e, Selanik Vilayet nüfusunun ise 1.000.000'a ulaştığı bilinmektedir.[14] XIX. yüzyılın son çeyreğine gelindiğinde, salgın ve bulaşıcı hastalıkların yayılımının artmasına, nüfusun yoğunluğu, tren yolu hatları ve dış dünya ile gerçekleştirilen ticaret gibi etkenler neden olmuştur. Selanik Vilayetinde başta kolera ve çiçek olmak üzere veba, humma, frengi, difteri, sıtma, kızıl, kızamık vb. birçok hastalık görülmüştür. 1889'da askeri ve sivil doktorlardan oluşan bir komite hijyen kuralları üzerine raporlar hazırlanmış ve halkın bilinçlenmesini sağlayan faaliyetlerde bulunulmuştur. Kısa süre içerisinde bölgede kordon ve karantina uygulamaları, tahaffuzhaneler oluşturulması, sağlık memuru ve tıbbi malzeme tedariki, aşı faaliyetleri ve hastane tesis edilmesi gibi birçok önlem alınmıştır. Böylelikle bölgede hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesine önem gösterilmiştir.[15,16]

XX. yüzyılın hemen başında Selanik'teki Askerî Hastane'nin içerisinde yer elan ve askerî tabipler tarafından idare edilen Gureba Hastanesi'nin kapasitesi, 75 erkek ve 25 kadına mahsus olmak üzere 100 yatağa çıkarılmıştır. Bu kısım için belediyeden yıllık 190.000 kuruş tahsisat ayrılmıştır. Ayrıca merkez vilayetle bağlı kazaların sıhhi durumunu teftiş etmek amacıyla istihdam edilen 2.000 kuruş maaşlı bir sıhhiye müfettişinin yanı sıra beş tabip, tanzifat müfettişi iki tabip, bir kimyager, üç ebe ve bir baytar bulunmakta olup sıhhi tedbirler için toplamda 358.280 kuruşluk bir ödenek sarf edilmiştir. Gureba Hastanesi bu yıllarda yetersiz görüldüğünden yeni bir hastane yapımına başlanmıştır.[17]

Selanik Vilayetine bağlı sancak ve kazalarda da küçük çaplı birçok hastane bulunmaktaydı. Kesendire Kazasına bağlı Ezvor köyünde maden şirketi tarafından işçiler için iki yataklı bir hastane kurulmuş olup, parası şirket tarafından karşılanan 1.200 kuruş maaşlı bir tabip çalışmaktaydı. Karaferye Kazasına bağlı Ağustos Nahiyesinde, 2.500 kuruşluk masrafı Rumlar tarafından karşılanan üç yataklı bir Gureba Hastanesi bulunmaktaydı. Serez'de de yine Rumlar tarafından idare olunan 42 yataklı bir hastane mevcuttu. Bu

hastanenin yıllık gideri 80.000 kuruş olup hastane kadrosunda tabip, eczacı, memur, tımarcı ve müstahdem bulunmaktaydı. Ayrıca Serez'de bir de muntazam surette teşekkül etmiş bir askerî hastane mevcuttu. Kavala Kasabasında 40 yataktan oluşan bir Gureba Hastanesi mevcut olup, hastanede tabip, eczacı, katip, aşçı, bulaşıkçı ve hademe bulunmaktaydı ve belediye tarafından yıllık 85.100 kuruş tahsisat ayrılmaktaydı. Drama'da ise belediye tarafından idare olunan 24 yataklı hastanenin ise yıllık 30.000 guruş masrafı bulunmaktaydı. Ayrıca kaza merkezlerinde birçok sabit ve seyyar askerî hastane bulunmaktaydı.[18] Selanik'te yabancı ve gayrimüslimlere ait birçok hastane bulunmaktaydı: Fransız Hastanesi (1865), Yunan cemaatine ait Theageneion Hastanesi (1892), Marguerita İtalyan Hastanesi (1894), Musevi Hirsch Hastanesi (1907), Rus Hastanesi (1907).[19,20]

Selanik Hamidiye Hastanesi

Selanik'teki nüfusun hızla artışı, mevcut hastanelerin ihtiyacı karşılayamaması, salgın ve bulaşıcı hastalıklardaki artış nedeniyle başta "fukara-i hastagan" olmak üzere bölgenin ihtiyacının karşılanması için bir hastane kurulmasına karar verilmiştir. Selanik Hamidiye Hastanesi 1902-1903 yılları arasında, şehrin kuzeydoğunda Şeyhsuyu Dağları eteğinde 54 dönümlük bir arazi üzerinde inşa edilmeye başlanmış olup 1904 yılında yapımı tamamlanmıştır.[21,22] Hastanenin açılışının II. Abdülhamid'in tahta çıkışının 28. Cülus-ı Hümayununa denk getirilerek padişahın onuruna "Hamidiye" ismi verilmesi kararlaştırılmıştır.[23,24]



Şekil 1. Selanik Hamidiye Hastanesi'nin Açılış Merasimi* [25]

Selanik Hamidiye Hastanesi, 1 Eylül 1904'te görkemli bir resmî törenle açılmıştır ***(Şekil 1)***. Hastane binası Osmanlı bayrakları ile donatılarak ön tarafındaki avluda neredeyse her kesimden isimler hazır

* Resmin üzerinde şu ifadeler yer almaktadır: Cülûs-ı hümâyûn-ı meymenet-makrûn-ı hazret-i hilâfetpenâhi azamiye şeref-müsadif 19 Ağustos 1320 yevm-i mesudunda teyemmünen resm-i küşâdı icra kılınan ve nâm-ı nâmi-i hazret-i şehriyariye mensubiyetle iktisab-ı şeref eyleyen "Hamidi" Selanik Hastanesi'nin esna-yı yevm-i küşadında ahz olunmuştur.

bulunmaktaydı: Selanik Valisi Hasan Fehmi Paşa, Belediye Reisi Hulusi Bey, Mareşal Hayri Paşa ve sivil ve askeri devlet erkanı, avcı taburları, jandarma bölükleri, polisler, belediye çalışanları, tıp heyeti, yabancı subaylar, Musevi ve Ortodoks cemaatlerinin ruhani liderleri, bölgenin önde gelen tüccarları ve sivil halk. Hastanenin merdivenlerinde müderris Kerim Efendi tarafından bir dua okunmuştur. Daha sonrasında askerî orkestra tarafından resmî selam müziğini çaldıktan sonra kalabalıktan üç kere "Padişahım Çok Yaşa" nidaları yükselmiştir. Belediye Reisi Hulusi Bey tarafından Vali Hasan Fehmi Paşa'ya kırmızı ve yeşil kurdelelerle bağlı olan kapının altın yıldızlı bir anahtarı takdim edilmiş olup vali tarafından kapı açılarak kalabalık içeriye girmiştir. Hastanenin üst katına çıkan merdiveninin önünde Hulusi Bey adına muhasebecisi Hafız Efendi tarafından bir konuşma yapılmıştır. Konuşma içeriğinde; hastanenin ortaya çıkma sürecinde harcanan çabalardan ve bu başarının öneminden bahsedilerek, başta Hasan Fehmi Paşa olmak üzere emeği geçen çeşitli kişilere teşekkür edilmiştir. Daha sonra Hasan Fehmi Paşa söz alarak hastanede tedavi görecek tüm hastaların, din ayrımı yapılmaksızın kardeşçe muamele göreceğini vurgulamıştır. Ayrıca hastaneyi insanların birbirine yakınlaşmasına hizmet eden ortak bir mekân olarak da değerlendirmiştir. Hasan Fehmi Paşa, başta Belediye Başkanı Hulusi Bey ve bu eserin ortaya çıkmasına katkı sağlayan herkese teşekkürlerini aktarmıştır. Davetlilere şekerlemeler ve şerbetler ikram edilmesinin ardından açılış töreni sona ermiştir.[26,27]

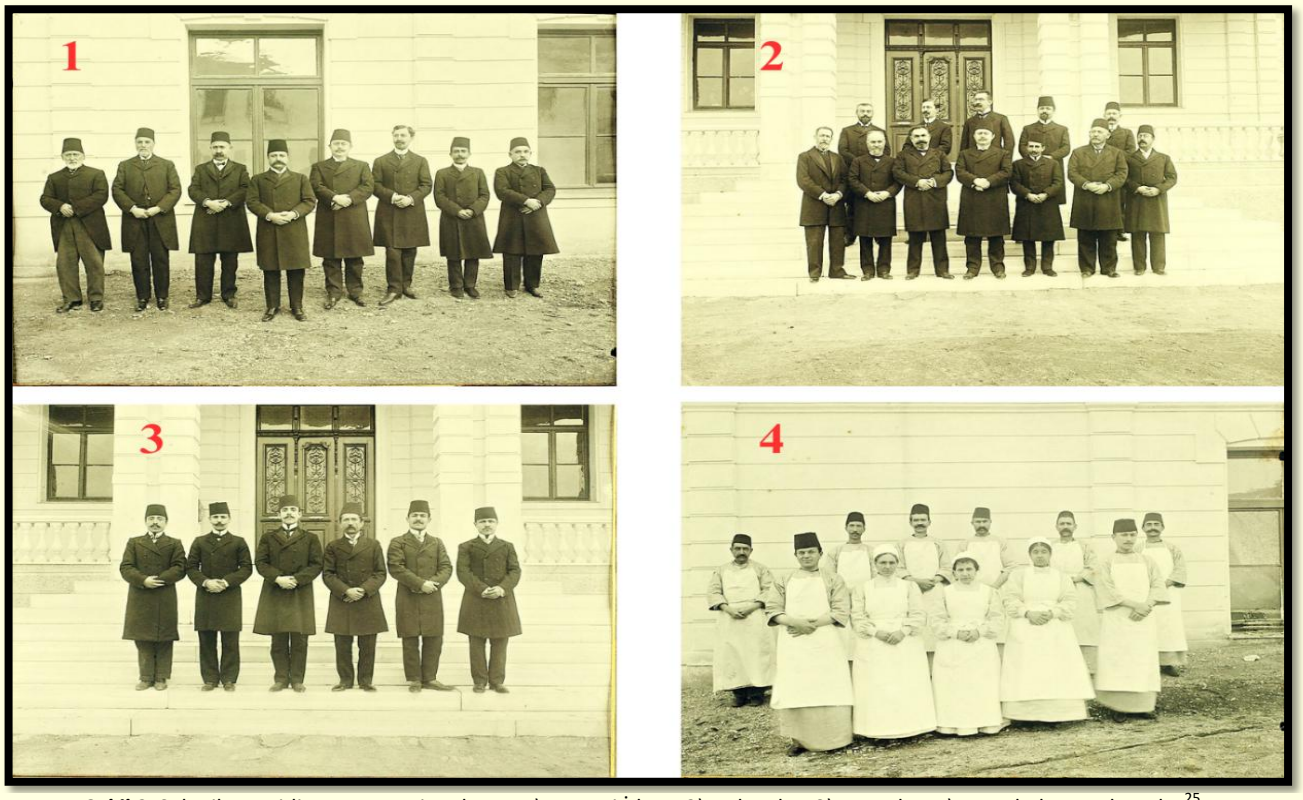
Selanik Hamidiye Hastanesi'nin yapımına katkıda bulunan ve inşaat komisyonu şu isimlerden oluşmaktaydı:[28]

- Vali Hasan Fehmi Paşa (Başkan),
- Hulusi Bey (Başkan Yardımcısı),
- Hüseyin Paşa (Üye),
- Mehmed Çapacı ve İbrahim Efendi (İdare Meclisi Üyeleri),
- Rıza Servet Bey (Sağlık Müfettişi),
- Tevfik Bey, Ahmed Çapancı, Mösyö Assael, Stephan Dati, Nahama Mallah (Belediye Üyeleri),
- Mösyö Cuypers (Su Şirketi Müdürü),
- Dr. M. Misrachi, Mösyö Menexes (Baş Mühendis), Yermolenski (Yardımcı Mühendis) ve Péonidès (Mühendis).



Şekil 2. Selanik Hamidiye Hastanesinin Farklı Cephelerden Görünüşü[25]

Hastanenin inşa edilmesinde ***(Şekil 2)*** iyi hizmet gösteren isimlerden Hastane Müdürü Rıfat Efendi "mütemayiz", Belediye Başkatibi Hafız İzzet Efendi "saniye", Belediye Muhasebe Kâtibi Hafız Mustafa, Sermühendis Menexes ve Belediye Başkomiseri Bekir Efendi "salise" unvanları verilerek ile taltif edilmişlerdir.[29,30]



Şekil 3. Selanik Hamidiye Hastanesi Kadrosu; 1) Heyet-i İdare, 2) Doktorlar, 3) Eczacılar, 4) Hastabakıcı Hademeler[25]

Tablo 1. Hastane İdare Heyeti ve Tıbbi Konsey[28] ***(Şekil 3)***

Hastane İdare Heyeti	Tıbbi Konsey
Hulusi Bey (Başkan), Rıfat Efendi (Hastane Müdürü), İbrahim Efendi, Tevfik Bey, Rıza Servet Bey, Hulusi Efendi, Dr. Rıfat, Stephan Dati, Dr. Ekonomos ve Isaac Florentie (Üyeler).	3 Belediye Doktoru Dr. Rıfat Efendi, Dr. Misrachi, Dr. Zanas, Dr. Ekonomos, Dr. Alfieri, Dr. Papasoglu, Dr. Zadok.

Hastane açıldığında rahibelerin de görevlendirileceği konusunda bazı haberler mevcuttu. Ancak Hastane İdare Heyeti, işlerin belirli bir düzene sokulmasına kadar olan süreçte en azından ilk yıl, müdürden hizmetliye kadar tüm personel için yıllık anlaşmadan kaçınılarak aylık sözleşmenin yapılmasına karar vermiştir. Rahibelerin yıllık sözleşmede ısrar etmesi nedeniyle bu durumdan vazgeçilmiştir.[28]

Hastane komisyonu burada tedavi görecek hastaların modern bir tedavi hizmeti alabilmeleri amacıyla tıbbi alet ve ekipman sipariş etmiştir. Cerrahi aletler Paris'teki A. Cloin firmasından, tıbbi elektrik cihazları ise yine Paris'teki Charles Chardin'den temin edilmiştir. Cerrahi alet, ilaç ve çeşitli tıbbi ekipmanları içeren 27 kutu, hastanenin açıldığı hafta gelmiştir. Ayrıca bir hafta içerisinde yine benzer sayıda bir teslimat yapılacağı belirtilmiştir. Bu tıbbi gelişmelerin yanı sıra ana binadan ayrı olarak hastanenin avlusuna bulaşıcı hastalıklara yönelik bir kulübe inşasına karar verilmiştir. Banyosu ve hemşire odası olacak bu kulübe, ahşaptan inşa edilerek dezenfeksiyonu kolaylıkla yapılacağı gibi gerektiğinde de ortadan kaldırılabilecekti.[28] Eylül ayı içerisinde hastanede her türlü araç ve gerecin bulunduğu mükemmel bir laboratuvar kurulmuştur. Böylece

Askerî Hastanenin laboratuvarına duyulan ihtiyaç ortadan kalkarak analizlerin Selanik Hamidiye Hastanesi laboratuvarında yapılması kararlaştırılmıştır.[31] Hastane için gerekli her türlü ilaç, tıbbi malzeme, cerrahi alet vb. ürünler gümrük vergisinden muaf tutulmuştur.[32]



Şekil 4. Selanik Hamidiye Hastanesi Ameliyathaneler, Tedavihane ve Hususi Hasta Odası[25]

Selanik Hamidiye Hastanesi'nin giderleri belediye tarafından karşılanmakta olup yıllık 3.500 liralık (350.000 kuruş) masrafı bulunmaktaydı. Hastanede yoksul ve fakirler ücretsiz tedavi olurken zengin ve varlıklı kişilerin ücret karşılığı tedavi olacakları hususi ve muntazam daireler bulunmaktaydı ***(Şekil 4)***.[33] Ancak hastanede 300 yatak kapasitesi olmasına rağmen yalnızca 100 hasta kabul edilebilmekteydi. Bunun temel nedeni, her bir yatağın yıllık 25 lira masraf gerektirmesi ve toplam 7.500 liralık bir masrafa yol açması nedeniyle belediye gelirlerinin bu masrafı karşılayamamasıdır. Rumeli Vilâyât-ı Şahanesi Müfettişi Hüseyin Hilmi Paşa, 5 Mart 1905'te Mabeyn-i Hümayun'a yolladığı bir yazıda şehrin nüfusunun bu yıllarda 150.000'i aşmış olduğunu, hastane şehirdeki yoksulların bile ihtiyacını karşılamadığını bunun yanı sıra vilayetin çeşitli yerlerinden gelen birçok hastanın da bulunduğunu belirterek hastanenin yatak kapasitesinin 300'e çıkarılmasının zorunlu olduğu vurgulamıştır. Belediye ise Selanik gümrüğüne ithal ve ihraç edilen her ticari maldan cüzi bir ücret alınması, kömür, hububat ve hayvanlar üzerinden belirli miktarda ek gelir sağlanması ve bölgedeki işçilerin geçiş ve yol ücretlerinden alınan nakit ödemelerin yarısının belediyeye bırakılarak hastane masraflarına tahsis edilmesini önermiştir. Meclis-i Vükela durumu değerlendirdiğinde bölgedeki siyasi konjonktür nedeniyle mevcut gümrük vergilerine ek olarak yeni bir vergi alınması veya zam yapılması uygun görülmemiş, geçiş ve yol ücretlerinden alınan bedelin yarısının belediyeye aktarılmasının ise başka bölgeler için örnek teşkil edeceği düşünülerek reddedilmiştir. Ancak hastanenin masrafları göz önüne alındığında mali bir kaynağa ihtiyaç duyduğu kabul edilerek, bu bağlamda halkı zor durumda bırakmayacak ve bölgenin iktisadi şartlarına zarar vermeyecek şekilde belediye vergisine cüzi bir zam yapılmasına veya bazı maaşların düşürülerek kaynakların hastane için harcanmasının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

Mevcut şartlar değerlendirildiğinde ise tüm gelirleri hastaneye ayrılmak üzere bir piyango düzenlenerek 2.000 liralık bir gelir elde edilebileceği belirtilmişse de bu durum âtıl kalmıştır.[34]



Şekil 5. Selanik Hamidiye Hastanesi Hasta Odaları[25]

Selanik Hamidiye Hastanesi, bütün maddi sıkıntılara rağmen uzman doktor kadrosuyla bölgede önemli bir ihtiyacı karşılamaktaydı. Sadece Selanik şehrinden değil vilayetin çeşitli bölgelerinden yaralılar burada tedavi görmekteydi hatta yaralıların nakliye ücretleri de belediye tarafından karşılanmaktaydı ***(Şekil 5)***. Hastane tedavi hizmetlerinin yanı sıra laboratuvarının da oldukça iyi bir durumda olması sebebiyle zaman zaman adli tıp konularında da hizmet vermekteydi. Örneğin Nisan 1905 yılındaki bir vakada Florina kazasına bağlı Şite köyünün Hristiyan ahalisinden yedi kişinin bir suç delilinden dolayı yargılanmaksızın 2 yıldır Manastır'da tutuklu bulunduğu ve hatta bu kişilerden üçünün tutukluluk sırasında vefat ettiğinden bu konu hakkında şikâyette bulunulmuştur. Yapılan incelemede davaya yönelik belgelerin mahkemeye gönderildiği, kıyafetlerdeki kan lekelerinin analiz edilmesine karar verildiği ancak tahlil yapılmadığı anlaşılmıştır. Adliye Nazırı bu durumu hukuken kabul edilemez bir durum olarak nitelendirmiştir. Yapılan değerlendirmede Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin kimyahanesindeki iş yoğunluğunu ve Rumeli Vilayeti Müfettişi Umumiliği'nin önerisini dikkate alan Adliye Nazırı bölgeye ait analizlerin Selanik Hamidiye Hastanesi laboratuvarında yapılmasının uygun olacağına karar vermiştir ***(Şekil 6)***. Selanik Hamidiye Hastanesi tıbbi ve sağlık hizmetleri bakımından önemli bir noktada görüldüğünden şehir merkezinde bir belediye eczanesi bulunmaması bir problem teşkil etmekteydi. Ayrıca Askerî Hastane'nin şehirden uzak bir konumda bulunması acil durumlarda ilaçların bu hastaneden teminini zorlaştırmaktaydı. Bu doğrultuda bir Belediye Eczanesi açılarak Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şahane mezunlarından Mehmed Rıfat Efendi, Selanik Hamidiye Hastanesi eczacılığına görevlendirilmiştir ***(Şekil 6)***.[35]



Şekil 6. Selanik Hamidiye Hastanesi Kimyahane ve Eczane[25]

Selanik Hamidiye Hastanesi'nde önemli tıbbi operasyonlar yürütülmekteydi. Gevgili Bölüğü Kumandanı Kazım Efendi, Eylül 1905'te Bulgar çetesiyle girilen bir çatışmada ayağından ağır yaralanmış ve ayağını kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kalmıştır. Doktorların başarılı müdahaleleri sonucunda Kazım Efendi'nin ayağı tamamen iyileşerek eski sağlığına kavuşmuştur. Kazım Efendi, üst makamlara müracaat ederek Sıhhiye Müfettişi Dr. Rıza, Cerrah Economos ve Dr. Savanika'nın, hastanede kendisine verdikleri hizmetten dolayı maddi olarak teşekkür edememekten duyduğu üzüntüyü dile getirerek bu isimlere resmî makamlar tarafından bir teşekkür mektubu gönderilmesini talep etmiştir. Bu doğrultuda Rumeli Vilâyât-ı Şahanesi Müfettişi Hüseyin Hilmi Paşa, Rıza Bey'e bir teşekkür mektubu göndererek doktorların çalışmaları taktirle karşılanmıştır.[36,37] Hastane doktorlarının iyi hizmetleri Osmanlı makamları tarafından taktirle karşılanmış olup çalışma ve gayretlerinin birer nişanesi olarak taltif edilmelerine özen gösterilmiştir. Bu doğrultuda eylül ayında Sertabib Rıfat Efendi'ye 2. Rütbeden Mecidi Nişanı, Cerrah Economos, Göz Hastalıkları uzmanı Alfieri, Dr. Zanna ve Dr. Papasoğlu'na ise 3. Rütbeden Osmani Nişanı verilmiştir. Rıfat Efendi kısa bir süre içerisinde ayrıca 2. Rütbeden Osmani Nişanı ile taltif edilmiştir.[38,39]



Şekil 7. Selanik Hamidiye Hastanesinde Ameliyat[25]

Selanik Hapishanesinin hastanesinin yetersiz olması sebebiyle birçok mahkûm özellikle de ağır hastalığı olanlar doktor raporları doğrultusunda tedavi için Selanik Hamidiye Hastanesi'ne nakledilmekteydi. İlerleyen dönemde hastane içerisinde mahkumlar için dahi, bir kısım ayrılmıştır.[40] Ayrıca hastanenin yetkin kadrosu nedeniyle birçok devlet memuru ücretsiz tedavi ve ameliyat için başvurmaktaydı. Özellikle de cerrah Economos, Dr. Rıza Bey ve Savarica Efendi yaptıkları ameliyatlarla Selanik halkının güvenini kazanmıştır ***(Şekil 7)***. Hatta cerrah Economos Efendi, Osmanlı tarafından taltif edilmesinin yanı sıra Yunan Hükümeti tarafından da 3. Rütbeden Order of the Redeemer (Kurtarıcı Nişanı) ile ödüllendirilmiştir.[41,42]

Selanik Hamidiye Hastanesi Müdürü Rıfat Efendi'nin Şubat 1908'de vefatı üzerine, hastaneye müdür olmak için birçok başvuru yapılmışsa da bu göreve Ticaret Mektebi Müdürü olan Mithat Bey atanmıştır.[43,44] 23 Temmuz 1908'de II. Meşrutiyet'in ilanından sonra, Selanik Hamidiye Hastanesi aynı şekilde sağlık hizmeti sunmaya devam etmiştir. Ancak II. Abdülhamid'in tahtan indirilmesinin ardından hastanenin isminin devr-i sabıkı andırması nedeniyle ismi de Selanik Belediye Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Bu dönemde de hastane için en büyük sorun yine hastaneye gelir sağlamak olmuştur. 1910 yılında yapılan değerlendirmelerde hastaneye Maarif-i Umumiye bütçesinden 1.500 lira tahsisat ayrılması planlanmışsa da bir netice elde edilememiştir. Bunun üzerine daha Selanik Belediye Hastanesi için daha önceleri planlanan ancak bir türlü faaliyete geçirilemeyen piyangonun yapılması amacıyla 1911'de Selanik Mebusu Emanuel Karasu konuyu gündeme getirmişse de buradan da bir sonuç sağlanamamıştır. Vilayet Umumi Meclisi tüm bu gelişmeler üzerine hastanenin giderlerinin sağlanabilmesi amacıyla tiyatro, sinematograf vb. eğlence yerlerinin giriş biletlerinden cüzi bir kesinti yapılarak bu miktarın hastaneye tahsis edilmesi gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. Ancak Şura-yı Devlet Maliye, Nafia ve Maarif Dairesi herhangi bir kanun veya nizama dayanmaksızın yeni bir vergi alınmasının veya kesinti yapılmasının mümkün olamayacağını beyan etmiştir. Dairenin görüşü, söz konusu eğlence yerlerinin sahipleriyle görüşülüp uzlaşılarak onların rızası doğrultusunda giriş biletlerinin fiyatlarının arttırılmasıyla elde edilen fazla gelirin işletme sahipleri tarafından hastaneye bağışlanması olmuştur. Hastane tüm bu maddi sıkıntılarına rağmen önemli bir tedavi merkezi

olarak çalışmalarını sürdürmekteydi, hatta hastane doktorları tarafından yabancı dildeki bazı tıp kitapları tercüme edilmiştir.[45]

Balkan Savaşları sırasında 8 Kasım 1912'de Selanik'in Yunanistan'a teslim edilmesinin ardından Selanik Belediye Hastanesi, Selanik Helen Belediye Hastanesi olarak Makedonya Merkez İdaresi tarafından atanan bir idari kurul olan ve başında belediye başkanının bulunduğu Adelfato tarafından yönetilmeye başlanmıştır. Hastanede radyoloji laboratuvarı, patoloji, göz hastalıkları bölümleri ile tüberküloz kliniği kurulmuş ve birçok ek klinik açılarak yatak kapasitesi de 200'e çıkarılmıştır. Hastanede 1936'da büyük bir yangın çıkmış ve ağır hasar görmüştür. II. Dünya Savaşı sırasında kısmen de olsa işlerliğini koruyan hastane, 1949'da yanlışlıkla bombalanması sonucu yine hasar almıştır. Kamu hukuku kapsamında 1971 yılında devletin mülkiyetine geçen hastaneye, Saint Dimitrios'a ithafen Agios Dimitrios Hastanesi ismi verilmiştir. Hastanenin fiziki şartlarını iyileştirmek, yeni bölüm ve laboratuvarlar açmak amacıyla eklemeler yapılmıştır. Ayrıca arazi üzerine düzenli bir şekilde birçok bina inşa edilmiştir. Hastane 2025 yılı itibariyle hala işlerliğini korumakta olup her yaştan hasta için birçok alanda önleyici ve iyileştirici tedavi hizmetleri sunmaktadır ***(Şekil 8)***.[21]



Şekil 8. Agios Dimitrios Hastanesi, Günümüzde[46]

Sonuç

Osmanlı Devleti'nde XIX. yüzyılda tıp ve sağlık alanında meydana gelen gelişmeler ve modernleşme faaliyetleri Tanzimat'ın ardından hız kazanmıştır. II. Abdülhamid Dönemi'ne gelindiğinde ise sağlık reformları her kademeye yayılmıştır. Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine verilen önemin bir tezahürü olarak birçok hastane açılmıştır. Bu doğrultuda açılan hastanelerden biri olan Selanik Hamidiye Hastanesi, bölgede önemli bir sağlık kurumu işlevi görmüştür. Tıbbi ve cerrahi donanım açısından modern bir hastane olarak değerlendirilebilir. Ayrıca hastanenin bölgede adli tıp çalışmaları yürütmesiyle İstanbul'daki iş yoğunluğunun azaltılarak davaların daha kısa sürmesinin amaçlanması, hastanenin bölge misyonu açısından öneminin bir göstergesidir. Burada görev yapan doktor ve cerrah başta olmak üzere, hastane personellerinin tamamı her kesimin taktirini kazanacak oldukça başarılı çalışmalar yürütmüştür.

Osmanlı idaresi ise bu durum karşısında başarı gösteren doktor ve cerrahları taltif ederek onların şevk ve gayretini artırmaya özen göstermiştir.

Madalyonun diğer tarafına bakıldığında ise Selanik Belediye Hastanesi açıldığı günden itibaren bütçe sıkıntısı çekmiştir. Hastanenin bütçesinin belediye tarafından karşılanması, bütçe konusunda mahalli idare ile merkezi idarenin ortak bir konsensusa varamamasına sebep olmuştur. Belediye ve vilayet yaşanan bu bütçe sıkıntılarını merkeze düzenli olarak bildirmesine rağmen herhangi bir sonuç alınamaması nedeniyle hastane, kapasitesinin 1/3 oranında hasta kabul edebilmiştir. Şunu da belirtmek gerekir ki hastanenin açıldığı ve çalışmalarını yürüttüğü yıllarda hem Selanik Vilayeti hem de Balkanlar büyük bir sosyal, siyasi ve iktisadi bunalım içerisindeydi. Makedonya sorunu çerçevesinde Avrupalı devletlerin bölgeye olan müdahalesi neticesinde Osmanlı Devleti'nin idari ve mali vaziyetinin zor bir durumda kalması, bölgedeki müesseseyi derinden etkilemiştir.

Nihayetinde II. Abdülhamid Dönemi'nde açılan Selanik Hamidiye Hastanesi, Osmanlı'nın son dönem sağlık müesseseleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Selanik'te Osmanlı izlerini barından bir yapı olarak hastane, tarihsel süreç içerisinde birçok farklı aşamalardan geçmiş olsa da günümüzde hala işlerliğini korumaktadır.

Bilgi

Yazar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Kaynaklar

1. Yıldırım N. İstanbul'un Sağlık Tarihi. İstanbul Üniversitesi; 2010.
2. Kurt B. Osmanlı Doğu sınırında Kamu Sağlığı ve Siyaset: 19. Yüzyıl Bağdad'ında Hastaneler. In: Kurt B, Yaşayanlar İ, eds. Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Salgın Hastalıklar ve Kamu Sağlığı. Tarih Vakfı Yurt Yayınları; 2023:143-168.
3. Atasoy S. Türkiye'deki Geç Dönem Osmanlı Hastane Binaları (1827-1923). Doktora Tezi. Pamukkale Üniversitesi; 2022.
4. Sarı N. Abdülhamid Devrinde Kurulan ve Geliştirilen Hastanelere Giriş. In: Sarı N, İzgöer AZ, Tuğ R, eds. Başbakanlık Osmanlı Arşiv Belgeleri Işığında II. Abdülhamid Devri'nde Kurulan ve Geliştirilen Hastaneler. Nobel Tıp Kitapevleri; 2014:1-119.
5. Eraslan C. Sultan II. Abdülhamid ve Sağlık. In: Eraslan C, ed. Fotoğraflarla Sultan II. Abdülhamid Dönemi Sağlık Müesseseleri: Hastaneler. Üsküdar Belediyesi; 2018:13-25.
6. Akpınar D, Erhan E. Türkiye'de Bakteriyoloji Alanında Gelişmeler (1876-1938). Kutlu Yayınevi; 2020.
7. Köken AH, Nizamoğlu A. Tanzimat'tan Cumhuriyet'in Kuruluşuna Kadar Osmanlı Sağlık Mevzuatına Genel Bir Bakış (1839-1922). Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 2025;33(1):23-37.
8. Ortaylı İ. Tanzimat Devrinde Osmanlı Mahallî İdareleri (1840-1880). Türk Tarih Kurumu Yayınları; 2020.
9. Özbek Y. Tanzimat Sonrasında Selanik'in Gelişimi ve İdadi Mektebi. ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi 2023;40(2):123-151.
10. Selânik Vilâyeti Salnâmesi, Hicri 1303.
11. Özbay K. Türk Asker Hekimliği Tarihi ve Asker Hastaneleri, C. III, II. Kitap. Yörük Basımevi; 1981.
12. Yurdakul ES. 1877-1878 Osmanlı Rus Savaşında (93 Harbi) Askeri Sağlık Hizmetleri. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
13. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Y.MTV. 21/147; Y.MTV. 29/68.
14. Selânik Vilâyeti Salnâmesi, Hicri 1312.
15. Köseoğlu M, Kaya R. Selanik'te Görülen Salgın Hastalıklar ve Bu Hastalıklarla Mücadele Yöntemleri (1875-1913). Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi 2020;7(4):2811-2853.
16. Anastassiadou M. Tanzimat Çağında Bir Osmanlı Şehri Selanik (1830-1912). Tarih Vakfı Yurt Yayınları; 2017.
17. Selânik Vilâyeti Salnâmesi, Hicri 1320.
18. Selânik Vilâyeti Salnâmesi, Hicri 1320, 1322, 1324, 1325.
19. Veinstein G. Selânik 1850-1918. İletişim Yayınları; 2001.
20. Varella E. Santé et médicament dans la ville de Thessaloniki byzantine et ottomane. Osmanlı Bilimi Araştırmaları 2005;VI(2):183-199.
21. Michaleas SN, Tsoucalas G, Sgantzos M, Androutsos G, Karamanou M. Hospital Agios Dimitrios: The General Public Hospital of Thessaloniki. Cureus 2022;14(6):1-7.
22. Selânik Vilâyeti Salnâmesi, Hicri 1322.
23. Asır, 9 Ağustos 1320 / 22 Ağustos 1904.
24. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, İ.HUS. 120/12; BEO. 2394/179479.
25. İstanbul Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı, II. Abdülhamid Han Fotoğraf Albümleri.

26. Asır, 23 Ağustos 1320 / 5 Eylül 1904.
27. Journal de Salonique, 5 Semptembre 1904 / 5 Eylül 1904.
28. Journal de Salonique, 8 Semptembre 1904 / 8 Eylül 1904.
29. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, İ.TAL. 367/51.
30. Journal de Salonique, 27 Juillet 1905 / 27 Temmuz 1905.
31. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, BEO. 2421/181542.
32. Journal de Salonique, 1 Mai 1905 / 1 Mayıs 1905.
33. Selânik Vilâyeti Salnâmesi, Hicri 1324.
34. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Y.PRK.MK. 20/108; TFR.I.A. 23/2291; MV. 111/19; BEO. 2542/190618; ŞD. 2073/29; BEO. 2732/402836.
35. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, TFR.I.SL. 68/6724; BEO. 2588/194064; DH.MKT. 990/8.
36. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, TFR.I.M. 8/797.
37. Journal de Salonique, 12 Octobre 1905 / 12 Ekim 1905.
38. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, İ.TAL. 366/9; İ.TAL. 424/63.
39. Journal de Salonique, 25 Semtembre 1905 / 25 Eylül 1905.
40. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, TFR.I.ŞKT. 98/9738; TFR.I..SL 133/13282; ML.EEM. 942/19.
41. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, ZB. 451/110; TFR.I.ŞKT. 133/13248; İ.TAL. 455/31; DH.MKT. 1277/31; BEO. 3381/253560.
42. Journal de Salonique, 25 Mars 1907 / 25 Mart 1907.
43. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, TFR.I.ŞKT. 141/14081; TFR.I.M. 21/2036.
44. Journal de Salonique, 20 Fevrier 1908 / 20 Şubat 1908.
45. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, BEO. 3723/279183; BEO. 3723/279183; DH.İD. 47/13; ŞD. 3080/24; ŞD. 2071/5; ŞD. 2073/29; ŞD. 2070/31; BEO. 3908/293074.
46. thessarchitecture. https://thessarchitecture.wordpress.com/2020/11/10/.

Araştırma Makalesi – Original Article

Kırım Savaşı'nda İstanbul'da Sœurs de la Charité: Hemşirelik ve Hayırseverliğin İzleri*

Sœurs de la Charité in Istanbul during the Crimean War: Traces of Nursing and Charity

Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu[i]

[i]Dr. Öğretim Üyesi, Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD.
https://orcid.org/0000-0001-7586-4813

ÖZ

Amaç: Kırım Savaşı sırasında İstanbul, birçok uluslararası sağlık ve yardım faaliyetinin merkezi haline gelmiştir. Bu dönemde, Tanzimat'tan beri İstanbul'da bulunan ve XVII. yüzyılda hasta bakımı amacıyla Saint Vincent de Paul'ün Lazarist cemaatine bağlı olarak Louise de Marillac tarafından kurulan Fransız Katolik cemaati Sœurs de la Charité, hemşirelik alanında önemli bir rol üstlenmiştir. Cemaat, rahibeler aracılığıyla hastalıklarla ve savaş yaralanmalarıyla mücadele ederek orduya hizmet etmiş ve hayırseverlik anlayışını sağlık alanında uygulamaya koymuştur. Bu makalenin amacı, Sœurs de la Charité rahibelerinin Kırım Savaşı döneminde İstanbul'daki faaliyetlerine odaklanarak rahibelerin hemşirelik uygulamaları ile Osmanlı sağlık uygulamalarına ve genel olarak hemşirelik tarihine katkılarını ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışmada, Paris'teki Lazarist cemaat merkezine gönderilen rapor ve mektupların derlendiği Annales de la Congrégation de la Mission et des Filles de la Charité (ACMFC) adlı yıllıklar ve Kırım Savaşı'na ilişkin Fransızca kaynaklar birincil kaynak olarak kullanılmıştır. Çalışmada tarihsel araştırma ve belge analizine dayalı bir yöntem benimsenmiştir.

Bulgular: Çalışma, Kırım Savaşı sırasında rahibelerin İstanbul'daki hastanelerde hasta bakımına önemli katkılarda bulunduklarını, faaliyet gösterdikleri kurumları ve uyguladıkları tıbbi ile cerrahi hizmetleri ortaya koymuştur.

Sonuç: Sœurs de la Charité, hemşirelik tarihinin önemli aktörlerinden biri olup, Kırım Savaşı sırasında hayırseverlik anlayışını sağlık hizmetleriyle bütünleştirerek bu alanın gelişimine kayda değer katkılar sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Kırım Savaşı, Sœurs de la Charité, hayırseverlik, kolera, hemşirelik tarihi

ABSTRACT

Objective: During the Crimean War, Istanbul became a hub for numerous international healthcare efforts. In this period, the French Catholic community Sœurs de la Charité, which had been active in Istanbul since the Tanzimat era and was originally established in the 17th century by Louise de Marillac under the Lazarist congregation of Saint Vincent de Paul to provide care for the sick, played a significant role in nursing. Through their efforts, the sisters addressed diseases and war injuries, serving the military and implementing their philanthropic principles within the healthcare field. This article aims to explore the activities of the Sœurs de la Charité in Istanbul, focusing on their nursing practices and contributions to the Ottoman healthcare practices during the Crimean War and, more broadly, to the history of nursing.

Method: The study employs a historical research and document analysis approach, using primary sources such as the annual volumes of Annales de la Congrégation de la Mission et des Filles de la Charité (ACMFC), which compiled reports and letters sent to the Lazarist congregation's center in Paris, as well as French-language sources related to the Crimean War.

Findings: The study identifies the increasing presence of the sisters during the Crimean War, the institutions in which they operated in Istanbul, the patient care services they provided in the city's hospitals, and the medical and surgical practices of the era.

Conclusion: Sœurs de la Charité holds a significant place in the history of nursing and made substantial contributions to the development of healthcare by integrating charity into medical services during the Crimean War.

Keywords: Crimean War, Daughters of Charity, philanthropy, cholera, history of nursing

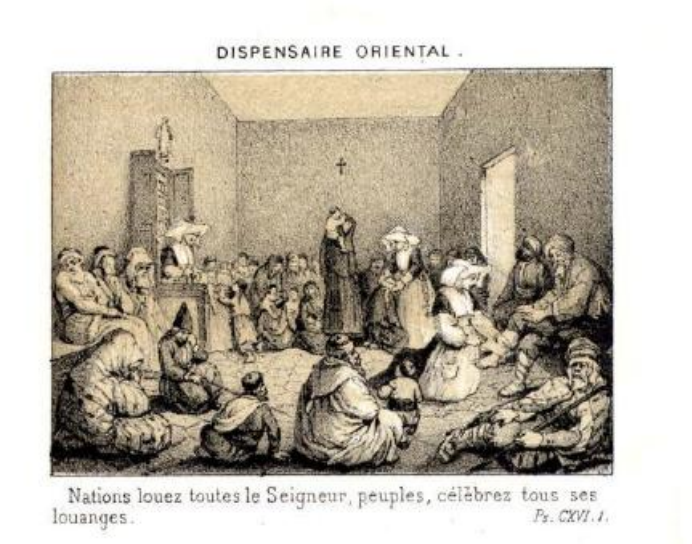
---

[a]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):572-587*
DOI: DOI: 10.31020/mutftd.1610787
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 31 Aralık 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 19 Mayıs 2025
İletişim- Correspondence Author: Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu< cerenilikan@gmail.com >
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

1853-56 yılları arasında gerçekleşen Kırım Savaşı'nın görünürdeki nedeni, Beytüllahim'deki Doğuş Kilisesi'ni denetleme yetkisinin Katolik Fransa ile Ortodoks Rusya arasında paylaşılmamasıydı. 1740 yılında Katoliklere tanınan ayrıcalıklara rağmen, kutsal toprakları ziyaret eden Ortodoksların sayısının Katoliklerden fazla olması Ortodoksları daha güçlü bir konuma getirmişti. Fransa, Avusturya'nın desteğini almıştı ve Katoliklerin üstünlüğünün yeniden tanınmasını talep ediyordu. Avrupa'nın "hasta adam"ı[1] ise Rusya ile Fransa arasında bir denge kurmaya çabalıyordu. Rusya, Ortodoks Kilisesi'nin ve İmparatorluğun üçte birinin himaye hakkını talep etmişti. Osmanlı hükümeti bu talebi reddederek, Fransa ve İngiltere'nin desteğini aldı ve bunun sonucunda Rusya, Eflak ve Boğdan'ı işgal etti. Bu gelişmeler üzerine önce Osmanlı, Rusya'ya savaş ilan etti; İngiltere, Fransa ve Avusturya savaşa dahil oldu. Bu süreçte Avusturya'da Rusya karşıtlığı giderek artmaktaydı. Avusturya'nın olası bir saldırısı, Rusları Eflak ve Boğdan'dan çekilmeye zorladı. Balkanlarda savaşacaklarını düşünen Fransız ve İngiliz birlikleri ise, Balkanlara gitmek yerine Kırım'a yönlendirildi. Bu nedenle savaş Kırım'da gerçekleşti ve savaşı sona erdirecek olan Paris Anlaşması'ndan kazanımlarla çıkmayı ve Avrupa'nın desteğini almayı hedefleyen Osmanlı Devleti, imparatorluk genelinde eşitliği vadeden Islahat Fermanı'nı ilan etti.[2]

Kırım Savaşı, hayırseverlik ve hasta bakımı kültürünün yayılmasında önemli bir rol oynamış, hayırseverliğin uluslararası çerçevede yaygınlaştırılmasında önemli bir adım ise 1859 Solferino Savaşı'ndan sonra Kızılhaç teşkilatının kurulması olmuştur.[3,4] Bu dönemde savaşa taraf olan ülkelerin hepsinde hasta bakımı için kadınlar görev almış, özellikle Florence Nightingale (1820-1910) Kırım Savaşı'ndaki çalışmalarıyla büyük bir basın ilgisi görmüş; zamanla oldukça övgü toplayan bir figür haline gelmişti.[5,6] Nightingale, sınıf ayrımlarının keskin olduğu ve sosyal statünün son derece önemli sayıldığı bir dönemde, işçi sınıfından askerlerle ilgilenen ve ilk resmi Britanya ordusu kadın hemşirelik hizmetini organize eden yüksek sosyeteden bir hanımefendi, ulusal bir kahraman olarak kabul edilmişti. Oysa aynı dönemde Florence Nightingale'in dışında hasta bakımı hizmetleri konusunda emsal teşkil eden çalışmalar yürüten bir başka hemşire grubu daha vardı. Savaşın başında St. Vincent de Paul'un *Sœurs de la Charité* rahibeleri, İngiliz basınında dikkat çekmiş olsalar da Fransız askeri hemşireliği, İngilizce konuşulan dünyada çok az ilgi görmüştür. Ancak, bu rahibelerin çalışmalarının etkili olması, İngiltere'nin Doğu'ya kadın hemşire göndermeye karar vermesinin ana nedenlerinden biri olmuş; hatta rahibeler, Rusya'da büyük başarı kazanan Şefkat Hemşireleri (Sisters of Mercy)'ni kuran Büyük Düşes Elena Pavlovna'nın örnek aldığı figürlerden biri olarak öne çıkmıştır.[7,8] Kırım Savaşı döneminde, Tanzimat'tan itibaren İstanbul'da faaliyet gösteren ve XVII. yüzyılda hasta bakımı amacıyla kurulmuş olan Fransız Katolik tarikati *Sœurs de la Charité*, hemşirelik alanında kayda değer bir rol üstlenmiştir (***Şekil 1***). Saint Vincent de Paul'un "Hayırsever Kızları" XVII. yüzyılda Paris'te Vincent de Paul ve Louise de Marillac tarafından kurulan bir Katolik kadın dini tarikatidir. Rahibeler, hastalıklarla ve savaş yaralanmalarıyla mücadele ederek orduya hizmet etmiş ve hayırseverlik anlayışını sağlık alanında hayata geçirmiştir. Matthieu Brejon de Lavergnée, aynı dönemde İstanbul'da hasta bakımı hizmeti sunan İngiliz ve Fransızlar arasında Nightingale'in hikayesinin tarihyazımında İngiltere ve ABD üzerinden seküler hemşirelik modelinin kökenini teşkil etmesini ve Fransız *Sœurs de la Charité* modelinin hemşirelik tarihinden silinmesini eleştirerek rahibelerin faaliyetlerini detaylı bir şekilde anlatmaktadır.[3]



Şekil 1. Doğu'da Bir Dispanser[48]

1. Hıristiyanlık ve Hayırseverlik

Hristiyan inancında birbirine sıkı sıkıya bağlı toplulukların, İsa'nın iyileştirici gücünün bir yansıması olduğu fikri bulunmaktadır. İsa'nın ve azizlerin yeniden dirilen bedenleri, Hristiyan şifa geleneğinde önemli bir yer tutmuş, sanat ve edebiyatta da bedensel bütünlük imgeleriyle ruhsal arınmayı simgelemiştir.[9] Bu nedenle hayırseverlik, Hristiyan toplulukları için dini bir yükümlülüğün yerine getirilmesi anlamına geliyordu. Kadınlardan oluşan bir hayırsever cemaatin kurulması ise, Batı Avrupa'da farklı Hristiyan mezheplerine karşı gelişen Katolik canlanmanın bir parçasıydı.[10] Hayırseverlik, hem ihtiyaç sahiplerine yardım etmeyi hem de Latince *caritas* kelimesiyle ifade edilen "insan sevgisi" kavramını içerir. Yeni Ahit'te geçen sevgi kavramı Latinceye *caritas* olarak çevrilmiş ve Batı dillerine girmişti. Yunanca *philos* (sevgi) ve *anthropos* (insan) kelimelerinden türeyen *philanthropy* ise insan sevgisini ifade eden ve hayırseverlikle bağlantılı en yaygın terimlerden biridir.[11]

2. Hayırseverlik ve Hemşirelik Hizmetleri

IV. yüzyılın sonlarında genellikle manastırların ve hayır kurumlarının yanında kurulan Bizans hastanelerinde kadınlar hemşirelik yapmaktaydı. 1043 yılında Aziz Benediktus'un fermanıyla Kudüs yakınlarında Aziz Lazarus Hastanesi'nde sağlık hizmeti vermek üzere bir tarikat kurulmuş, burada Hospitalier Şövalyeleri, St. Jean Şövalyeleri, Töton Şövalyeleri ve Aziz Lazarus Şövalyeleri hemşirelik yapmıştı.[6] XVIII. yüzyılda *Filles de la Sagesse, Filles de la Charité, Soeurs de Nevers* ve *Soeurs de Chartres* gibi tarikatlar giderek yaygınlaşmaya başlamıştı.[12] 1633'te kurulan *Sœurs de la Charité*, XVII. yüzyılda Fransa genelinde yaygınlaşan ve toplumsal hayatta aktif rol üstlenen kadın cemaatlerinin öncüsü hâline gelmişti. Merkezi ve etkili bir yapıya sahip olan bu cemaat, faaliyetleriyle hızla *Soeurs de Saint-Charles de Nancy, Soeurs de Saint-Thomas de Villeneuve* ve *Filles de la Sagesse* gibi diğer cemaatler için örnek teşkil etti.[13,14]. XIX. Yüzyıla gelindiğinde tıp ve sağlık, hayırseverlik faaliyetlerinin uygulanması için son derece uygun bir alan sunuyordu. Bu dönemde beden ve ruh, tıp ve din Hristiyan dünyasında çoğunlukla bir bütün olarak görülüyordu. Şifa ile dini vaaz arasındaki doğrudan bağlantı, tıbbın hayırseverlik çerçevesinde değerlendirilmesine yol açmıştı.[15] Böylelikle hemşirelik hizmeti veren rahibelerin faaliyetlerinin yaygınlaşması bu dönemde de sürmüştü.

3. Kırım Savaşı ve Sağlık

1854 baharında, İngiliz ve Fransız kuvvetleri, Ruslara karşı savaşan Osmanlılara destek olmak için Doğu'ya doğru hareket ettiklerinde, müttefikler savaşın üç hafta içinde sona ereceğini düşünüyorlardı fakat Kırım Savaşı olarak bilinen bu savaş, 1856 Mart'ına kadar sürdü ve Birinci Dünya Savaşı'na kadar aşılamayacak kadar büyük can kayıplarına sebep oldu. Kırım Savaşı'nın gerçekleştiği dönemde tıp bir dönüm noktasındaydı. Bu dönemde tıp, giderek anatomi ve fizyolojiye dayalı hale gelmişti ve doktorlar bilimsel profesyoneller olarak kabul edilmek için çaba göstermekteydi. Kan alma, kusturucu ve müshil verme gibi geleneksel yöntemlerin yerini bol beslenme, hijyen, dinlenme ve temiz hava destekleyici tedaviler almıştı.[7] Ordu içinde hijyenin önemini tıbbi otoriteler fark etmiş olsa da suyun sağlık açısından kontrol edilmesi gerektiğine dair fikir henüz yerleşmemişti. Buna rağmen, Balaklava'da su tedarikindeki zorlukların önüne geçmek için bir tuzdan arındırma tesisi kurulmuştu. İki alan, gelişimlerinin henüz başlangıç aşamasındaydı ancak gerçek anlamda uygulanamıyordu. Bunlardan birincisi ilaçların damar içi uygulanmasıdır. Bu dönemde "transfüzyon" terimi kullanılmakta, kolera tedavisinde tuzlu solüsyonların kullanımı test edilmekteydi. İkinci alan ise enfeksiyonların önlenmesiydi. "Dezenfektan" olarak adlandırılan maddelerin etkisi, havanın arındırılmasıyla ilişkilendirilmekteydi. "Antiseptik" olarak adlandırılan maddelerin kullanımı ise yalnızca çürümeyi önlemeye yönelikti. Suyun kaynatılmasının önemi fark edilmişti ancak enfeksiyonları önleyecek pratik adımlar henüz atılamamıştı. Florence Nightingale, bu uygulamanın İstanbul'daki İngiliz hastanelerinde uygulanması için ısrar etmek zorunda kalmıştı. Oysa Ignaz Semmelweis (1818-1865) doğumhanelerdeki enfeksiyon oranlarının doktorların ellerini temizlemeden gebe kadınlara doğum yaptırmalarından dolayı arttığına ve bu nedenle ellerin yıkanmasının önemine ilişkin gözlemleri biliniyordu.[16] O dönemde tıbbi uygulamalardaki temel yenilik genel anesteziye başvurulmasıydı.[7,17] Bir gaz anesteziğinin sivil pratikte ilk kullanımıyla bu tekniğin askeri operasyonlarda yaygınlaşması arasında on yıllık bir süre vardı. Az etkili olan azot protoksit dışında, iki yatıştırıcı gaz, eter ve kloroform, o dönemde zaten kullanılmıştı.[18] Cerrahlar, daha önce tek seçeneği amputasyon olan vakalarda artık uzuvları korumaya yönelik işlemler yapmayı hedefliyorlardı.[7]

Askeri cerrahi, sivil cerrahiden oldukça farklıydı çünkü sivil yaşamda nadiren karşılaşılan bir sorunla yani yaralı erkeklerle ilgileniyordu. Ancak cerrahi açıdan bakıldığında, yeni tüfekler ve mermilerin ortaya çıkması, kurşun ile yaralananların diğer tüm yaralardan çok daha fazla olmasına ve eski tüfek mermilerinin neden olduğu yaralardan çok daha şiddetli olmasına yol açmıştı. Kurşun yaralıları, kan kaybı nedeniyle acı çekerken, özellikle korkunç bir şekilde susuzluk çekerlerdi, ayrıca bu yaralar ölümcül komplikasyonlara yol açabiliyordu. Kurşun yolundaki dokular ölüyor, aynı zamanda kangrenleşebiliyordu. Kurşun yarasında tetanos gelişmesi, hafifletilmesi ya da tedavisi için cerrahın elinden fazla şey olmadığı için en kötü komplikasyon olarak kabul ediliyordu. Kurşun yaraları ayrıca eryzipel[a] için de kaygı verici olarak görülüyordu.[19] Pek çok asker yüksek ateş, titreme, ateş ve ağrılı şişmiş eklemlerle karakterize edilen pyemi[b] nedeniyle hayatını kaybediyordu.[20] Kurşun ile yaralananların bir diğer daha az ölümcül ancak çok rahatsız edici komplikasyonu ise larvalardı. Savaşın sıcak havasında, ev sineği olarak bilinen sinekler, yaralara girip adamların yüzlerine ve açıkta kalan vücut kısımlarına yerleşiyordu. Hastane personelinin yapabileceği en iyi

[a] Yılancık hastalığı. Genellikle A grubu streptokokların neden olduğu, deride ağrı, kızarıklık, şişlik ve ısı artışı ile ortaya çıkan en çok bacaklarda görülen bir deri enfeksiyonu.
[b] Bir apseden salınan ve cerahat oluşturan bakterilerin kan dolaşımına yayılması sonucu meydana gelen septisemi.

şey, havaya maruz kalan yaraların üzerine pamuklu gazlı bez örtüler sererek, aynı zamanda hastaların yüzlerini örtüp dinlenmelerine ve uyumalarına yardımcı olmaktı.[7]

Ancak yaralar, ne kadar önemli olsalar da, askeri doktorların işlerinin yalnızca bir kısmını oluşturuyordu. Askeri doktorların işlerinin çok daha büyük bir kısmı, sivil hayatta da görülen hastalıklarla ilgiliydi. Bağırsak hastalıkları, her zaman sahra ordularındaki birincil tıbbi sorun oluyordu. O dönemde doktorlar üç tür bağırsak hastalığı tanıyorlardı: kolera, dizanteri ve ishal. İshalin beş farklı türü vardı ve her biri farklı bir tedavi gerektiriyordu. Bu farklı tedaviler, deneyimli ve bilgili hemşireler gerektiriyordu. Ateşler ise ikinci en yaygın hastalık türüydü. Tedavileri de son derece emek yoğun bir süreçti çünkü damar içi sıvılar bulunmadan önce bu hastalar, bazen her beş dakikada bir, genellikle ise her yarım saatte bir sıvı alacak şekilde kaşıkla besleniyorlardı. Donma da yaygındı ve tüm hemşirelerin, kurşun ile yaralananlardan daha ağrılı ve tedavi edilmesi zor bir sorun olarak gördükleri bir durumdu. Donmuş bir ayak için standart tedavi, tüm ayağı ve bileği büyük bir keten tohumu lapasıyla sarmaktı. Tüm bu tedaviler, hem tıbbi hem de cerrahi, hemşireler üzerinde büyük bir sorumluluk yükleyerek, o dönemdeki çoğu hemşirenin sahip olduğu yetenek seviyesinden daha yüksek bir yeterlilik gerektiriyordu. Dikkatli ve sağduyulu hemşirelik, ancak önceden alınan eğitim veya uzun klinik deneyimle sağlanabilirdi.[7]

4. *Sœurs de la Charité*

Rahibeler, Katolik misyonerler tarafından açılan okulların yanı sıra, hastaneler ve yetimhanelerde çalışıyorlardı. Rahibeler Temmuz 1839'da, Saint Benoît Kolejinin 1834-1846 yılları arasında müdürlüğünü yapmış olan Louis Florent Leleu'nun (ölüm 1846) talebi üzerine İstanbul'a gönderilmişlerdi. Bu kolej, bağlı bulundukları Saint Vincent de Paul Lazarist tarikatı tarafından 1783'ten beri yönetilmekteydi.[7] Saint Benoît merkezleri olmak üzere önce İstanbul ve İzmir'de, ardından Osmanlı İmparatorluğu'nun pek çok yerinde okullar açmış ve hasta bakmışlardı.[21] Sağlık dispanseri veya eczanesi bulunan tüm kurumlarda rahibeler, hasta, yaşlı, engelli, yaralı ve göçmenlere ücretsiz sağlık hizmeti sunuyordu. Sürekli yangınlar, depremler ve siyasi çalkantılarla sarsılan İstanbul'da, bu tür hizmetler özellikle kriz anlarında daha da kritik hale geliyordu.[22]

Rahibeler hizmetlerini sunarken din ve millet ayrımı yapmamaya özen gösteriyor; örneğin, İzmir'de rahibeler her hafta Türk, Yahudi ve Ermeni aileleri ziyaret ediyordu.[23] Kırım Savaşı'ndan önce Hristiyanların camilere, özellikle de Ayasofya'ya girmesi düşünülemezken, savaş sırasında yaralılar için camiler hastane olarak kullanılmaya başlayınca, Ayasofya'ya giren ilk Hristiyanlar *Sœurs de la Charité* rahibeleri olmuştu.[20] Kırım Savaşı'nda sundukları hasta bakım hizmeti, rahibelerin Osmanlı topraklarında daha yaygın bir şekilde faaliyet göstermelerini kolaylaştırmıştı. İstanbul'daki hasta bakımı uygulamaları, Fransa'da öğrendikleri çerçevesinde gerçekleşiyordu. Savaş sırasında, diğer zamanlarda olduğu gibi, rahibeler tarafından Paris'teki merkeze, merkezin talebi doğrultusunda genel durumu anlatan raporlar gönderiliyordu. Ancak, Rahibe Lesueur'ün bir raporunda belirttiği üzere, işlerin yoğunluğu nedeniyle talep edilen raporlar zamanında gönderilemiyordu.[24] Bu raporlar, rahibelerin din ve millet ayırmaksızın hizmet sundukları hastane, dispanser, savaş koşulları, yetimhaneler, kreşler ve okullarla ilgili bilgiler sunmaktadır.

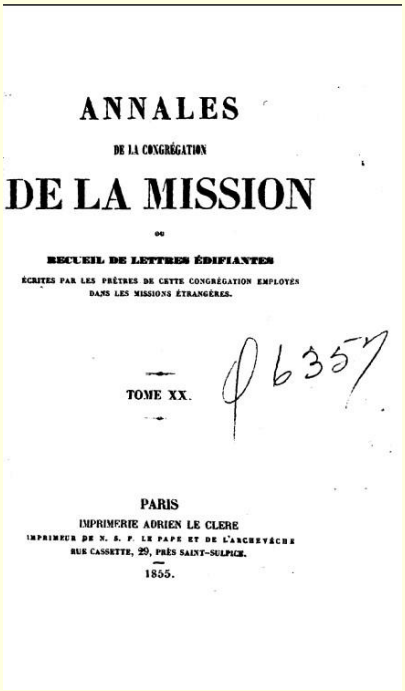
Amaç

Bu makale, *Sœurs de la Charité* rahibelerinin hemşirelik tarihindeki etkileri ve misyonerlik faaliyetlerini sadece tarihsel bir bağlamda incelemek ve bu cemaatin misyonerlik faaliyetlerinin İstanbul'daki hastane sistemindeki dönüşüm üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışmanın amacı, rahibelerin

hemşirelik uygulamaları ile Osmanlı sağlık uygulamalarına ve genel olarak hemşirelik tarihine katkılarını ortaya koymaktır.

Yöntem

Bu çalışmanın değerlendirme sürecinde kullanılan materyal ve metod, tarihsel araştırma ve belge analizi üzerine temellenmiştir. İlk olarak, Fransız Katolik tarikatı Sœurs de la Charité'nin İstanbul'daki faaliyetlerine dair belgeler incelenmiştir. Bu belgeler, tarikatın Paris'teki merkeziyle olan yazışmalarını içeren, dijital ortama aktarılmış, açık erişimli ve izin gerektirmeyen *Annales de la Congrégation de la Mission et des Filles de la Charité (*ACMFC) adlı yıllıklardır (***Şekil 2***). Söz konusu yıllıklar, 1834'ten 1963'e kadar kesintisiz bir şekilde toplanarak dijitalleştirilmiş ve çevrimiçi ortamda araştırmacılara sunulmuştur. Bu yıllıklarda, İstanbul'daki rahibelerin hastalarla ve savaş yaralılarıyla ilgili çalışmalarına dair raporlar yer almaktadır. Ayrıca, Kırım Savaşı'na dair Fransızca yazılmış değerlendirme ve günlükler de bu çalışmanın birincil kaynaklarını oluşturmuştur. Bu belgeler, hemşirelik tarihindeki önemli dönemeçlerin ve *Sœurs de la Charité*'nin İstanbul'daki katkılarının anlaşılmasına olanak sağlamıştır.


ANNALES

DE LA CONGRÉGATION

DE LA MISSION

OU

RECUEIL DE LETTRES ÉDIFIANTES

ÉCRITES PAR LES PRÊTRES DE CETTE CONGRÉGATION EMPLOYÉS DANS LES MISSIONS ÉTRANGÈRES.

TOME XX.

PARIS

IMPRIMERIE ADRIEN LE CLERE

IMPRIMEUR DE N. S. P. LE PAPE ET DE L'ARCHEVÊCHÉ

RUE CASSETTE, 29, PRÈS SAINT-SULPICE.

1855.

Şekil 2. Annales de la Congrégation de la Mission et des Filles de la Charité 1855 yılı kapağı

Bulgular

Fransız askeri cerrah ve doğabilimci Jean-Charles Chenu, Kırım Savaşı'nda cerrahi uygulamalar ile ilgili yazmış olduğu raporunda yalnızca doktorların ve rahibelerin bunca acının sırrına vakıf olduğunu söylüyor; **hem karadaki hem de sahadaki askeri hastanelere rahibelerin getirilmesi meselesinin bazı açılardan önemli bir gelişme olduğunu ancak bunu eksik bir önlem olarak gördüğünü ifade ediyordu. Rahibeler, devamlı yatakta tutulan hasta için çok yararlı olabilirdi. Ancak özellikle kırsal kesimde, gelen yaralı ya da hasta kişinin soyulması, yıkanması, yerleştirilmesi, yatağına kaldırılması, bazen uzaklara taşınması gerekirdi ve dini duyguların gücü kadınlara sabır ve ilahi bir teslimiyet verse de, onlara cinsiyetlerinde olmayan bir güç veremezdi.** Aziz Yuhanna Kudüs Şövalyeleri gibi bir tarikata bağlı din adamlarını

hastanelerde hasta bakıcı olarak görevlendirmek, *Sœurs de la Charité*'nin yararlı hizmetlerini tamamlamak anlamına gelirdi.[25]

Başlangıçta askeri bir zafer olarak değerlendirilen Kırım Savaşı, Fransız askerleri arasında hastalık kaynaklı yüksek ölüm oranı nedeniyle giderek bir sağlık felaketi olarak görülmeye başlandı. Chenu'nün raporu, 75.000 Fransız askerinin hastalıklar nedeniyle öldüğünü ortaya koymuştur; bu sayı, İngiliz ordusundaki oranlardan belirgin şekilde daha yüksektir. İngiltere ile kıyaslandığında yüksek olan bu rapor, Fransız askeri hekimlerin askeri idareden özerklik kazanmasının da yolunu açmıştı. Bu süreç sonunda kamuoyu baskısı ve siyasi girişimlerle 1882 yılında çıkarılan bir yasa, Fransız askeri doktorlarına daha fazla özerklik ve statü kazandırmıştı.[13]

Sœurs de la Charité eğitimli hemşirelik konusunda uzun bir geleneğe sahipti. Eski rejimin sonunda, hemşirelik tarikatları, Fransa'daki neredeyse tüm hastanelerde hemşirelik hizmetlerini üstlenmişti. Hastanelerle, karşılığında sabit bir ödeme aldıkları ve bunun karşılığında eczane, temizlik ve mutfak dahil olmak üzere hastane yönetimi üzerinde tam kontrol hakkı kazandıkları sözleşmeler imzalıyorlardı.[26] Rahibelerin hemşirelik mesleğine uygunlukları bir taşra evinde birkaç ay süren bir süre zarfında deneniyordu. Başarılı olmaları durumunda, daha ileri düzeyde eğitim almak için Paris'teki ana eve gönderiliyorlar; bu eğitim, temel cerrahi çalışmaları da içeriyordu. Yeni hastanelere gitmeye başladıklarında her zaman kan alma aletleri ve diğer cerrahi aletlerle birlikte gidiyorlar; kan alıp küçük cerrahi işlemleri gerçekleştiriyorlar, yaraları sarıyor ve lapa uyguluyorlardı. XVII. yüzyılda tarikat kurulduğundan beri Fransız ordusunda hemşirelik yapıyorlardı. Uzun askeri hemşirelik gelenekleri, sadece ordu hastanelerinde yaygın şekilde kabul görmelerini sağlamakla kalmamış, aynı zamanda büyük ölçüde hoş karşılanmalarına yol açmıştı. 1854 yılında, *Sœurs de la Charité* Avrupa genelinde 12.000 rahibeden oluşan bir ağa sahipti (***Şekil 3***).[7]



Şekil 3. Orta Doğu'da rahibeler[48]

1. Kırım Savaşı Nedeniyle İstanbul'a Gelen *Sœurs de la Charité* Rahibeleri

Savaş sırasında Osmanlı yetkilileri, müttefik kuvvetler için belirli tesisler tahsis etmişti. İngiliz askerleri için Üsküdar'daki Selimiye ve Kuleli Kışlaları ile İstanbul'un Anadolu yakasındaki diğer askeri tesisler ayrılmıştı. Fransız askerleri ise ağırlıklı olarak Avrupa yakasında konuşlandırılmıştı. Saint-Benoît'daki Fransız Hastanesi, İstanbul'da demirlemiş gemilerin hastalarını kabul etmekteydi. Bu hastanede, Fransız subayları için on iki oda vardı. Yaraların ülseratif ya da pültase dejenerasyonu burada görülmüyordu. Saint-Benoît Hastanesi'nde uyluk amputasyonu yapılmış ve kalçada geniş bir ezilmiş yara bulunan iki genç teğmen hızlı bir şekilde iyileşmişti. Tedavi, hastanedeki yoğunluk göreli az olmasına ve rahibelerin bakımıyla ilgili görülüyordu.[27] Kırım'da yaralanan askerlerin tedavisi için İstanbul, bir merkez olarak belirlenmişti. Savaş için gelen rahibeler Pire, Gelibolu, Varna, Kanlıca, Maslak, Levent Çiftliği, Yeniköy, Büyükada, Heybeliada, Rami Çiftliği, Maltepe, Davutpaşa, Taksim Kışlası, Harbiye, Dolmabahçe, Gülhane, Ayasofya ve Balaklava'daki hastanelere yerleştirilmişti.[6,28,29,30] Fransız ordusu, Davutpaşa Kışlası, Taşkışla ve Maslak'ta konuşlanmıştı. Fransızlar için hastane olarak Taksim'deki Mühendishane ve Mühendishane İdadisi ile Çemberlitaş'taki Darülfünun binası tahsis edilmişti.[6] Beyoğlu ve Gülhane hastaneleri hasta ve yaralılar için, Askeri Tıbbiye Hastanesi ise kolera hastaları için ayrılmıştı. İyileşme sürecindeki hastalar ise Dolmabahçe'de tedavi edilmekteydi. Beyoğlu'ndaki Rus Sarayı, subaylar için 60 yataklı bir hastaneye dönüştürülmüş, Tarabya'da ise Fransız Bahriye Hastanesi kurulmuştu.[31] Savaş boyunca hasta ve yaralılara hizmet veren hastanelerin toplam kapasitesi 10.000'di ve şu şekilde dağılım göstermekteydi: Beyoğlu Hastanesi: 1.500-2.000 yatak, Dolmabahçe Hastanesi: 600 yatak, Davutpaşa Hastanesi: 1200 yatak, Gülhane Hastanesi: 1.400 yatak, Rami Çiftlik Hastanesi: 1.200 yatak, Talimgâh Hastanesi: 600 yatak, Harbiye Mektebi Hastanesi: 1.100 yatak, Maltepe Hastanesi: 400 yatak, Maslak Hastanesi: 500 yatak, Kanlıca Hastanesi: 250 yatak, Rus Konsolosluğu Hastanesi: 200 yatak.[31,32]

Savaş sırasında Osmanlılar için top, tüfek, toplu tabanca ve kılıç gibi silahların yol açtığı yaralanmaların yanı sıra, sağlık teşkilatı için en büyük mesaiyi kolera, dizanteri ve iskorbüt gibi hastalıklarla mücadele teşkil etmişti.[28,32] Kasım 1853 - Şubat 1856 arasında *Takvim-i Vekayi*'de yayımlanan istatistiklere göre, savaş boyunca toplam insan kaybı 114.116 olarak belirtilmişti, ancak gazetenin birçok sayısında ölü ve yaralılarla ilgili sayı verilmeden genel ifadeler kullanıldığından, resmi rakamların ötesinde daha fazla kişinin hayatını kaybettiği ve yaralandığı tahmin edilmektedir.[33,34]

Fransız ve Osmanlı askerleri bakıma ihtiyaç duyduğu için rahibelerin İstanbul'a gelmeleri talep edilmişti. Rahibeler her yerde görülebiliyordu ama sayıları yine de ihtiyacı karşılamaya yetmemekteydi, bu nedenle de devamlı destek talep ediliyordu. *Le Moniteur* gazetesinin 23 Ağustos 1854 tarihli sayısında Harbiye Nazırı'nın rahibelerin Doğu ordularındaki Fransız askerlerine yardım etmeleri için çağrıda bulunduğu yazıyordu.[35,36] Harbiye Nazırı'nın çağrısı yanıt bulmuş, Marsilya'dan hareket eden 25 rahibeyi 25 rahibe daha izlemişti.[c] Rahibelerin yazdıkları raporlara göre ise 24 Ağustos'ta Paris'teki başrahibe Doğu misyonlarını hızlandırma fikrini önermiş, savaş sırasında rahibeler bu öneri üzerine İstanbul'a gelmişti. Raporlara göre rahibelerden biri ailesine ancak 12 gün süren yolculuğun ardından seyahati ile ilgili haber verebilmişti. Bir rahibe, toplamda 12 gün süren yolculuktan sonra ailesini haberdar edebilmişti. Rahibeler Galata'daki merkez eve yerleşmiş, bir kısmının burada kalması geri kalanının cephelere gönderilmesi planlanmıştı.[35]

[c] M. Bourdon, Doğu'ya ulaşan rahibelerin sayısını 300 olarak vermektedir fakat diğer kaynaklarda bu sayı 225 olarak gözükmektedir.

Kolera, savaş sırasında karşılaşılan en önemli sağlık sorunlarından biri olarak, Marsilya'dan *Messageries*'in vapuru *Thabor* ile Gelibolu'ya gelen Fransız askerlerinde görülmüştü. İstanbul'a uğrayan *Thabor*'da kolera taşıyan bir hastabakıcı Maltepe Askeri Hastanesi'nde izole edilmiş, ancak hastalık kısa sürede Davutpaşa Kışlası'ndaki Fransız askerleri arasında salgına dönüşmüş ve oradan Maslak'taki Fransız askerlerine de yayılmıştı. Üsküdar'da bulunan İngiliz komutanı Lord Raglan'ın kolera nedeniyle hayatını kaybetmesiyle hastalık, önce Fransız, İngiliz ve Osmanlı askerleri ve sonunda tüm şehri etkisi altına almıştı.[37] Kırım Savaşı sırasında görev yapan Fransız doktorlardan Michel Lévy, çadır hastanelerinde tedavi edilen kolera hastalarının ölüm oranının, sabit hastanelerde tedavi edilen aynı hastaların ölüm oranının yarısı kadar olduğunu bildirmektedir.[38]

Fransızlar ve "Galatalı rahibeler" tarafından sağlanan sağlık hizmetleri, İngilizlerin sunduklarından daha iyi olarak değerlendiriliyordu, kloroformla ameliyat yapabiliyorlardı.[35] Hastalıklardan ölenlerin sayısının, savaşta ölenlerin dört katına ulaşması gerçeği değişmezken, 1855 yılının ilk üç ayında İstanbul'daki Fransız hastanelerinde %3 olan ölüm oranı, 1856'da %20'ye yükselmişti. Ocak-Mart aylarında Fransız askeri hastanelerine 53 bin hasta ve yaralı başvurmuş, Ocak ve Şubat aylarında ise çoğu tifüs nedeniyle olmak üzere günlük ortalama 240 kişi vefat etmişti. Savaş boyunca Fransızlar 95 bin kişi kaybetmiş, bu kişilerin 75 bininin ölüm nedeni hastalıklardı ve hastanelerde vefat etmişlerdi.[31] Serap Torun bu rakamların da değişiklik gösterdiğini ifade etmektedir: Fransız Sağlık Konseyi'nin 1865 raporuna göre ölen 70 bin kişinin arasında Fransız ordusunun 90 doktoru yer almaktadır.[33]

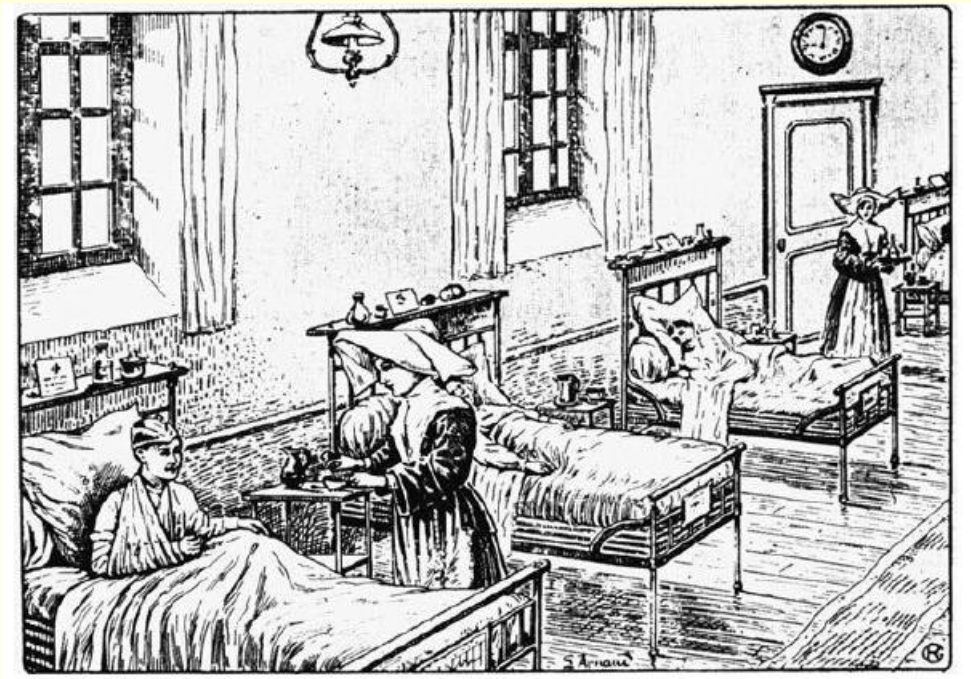
Fransız büyükelçisinin yeğeni Durand de Fontmagne'ın tanıklığı, 1855 Şubat'ında İstanbul'da 50 bin Fransız'ın öldüğünü, bu kişilerin 14 mezarlığa defnedildiğini söylüyordu. Fransızlar ile İngilizler'in hasta bakımı anlayışlarındaki farklılıklar bu sonucu doğuran etmenlerdi. Bir Fransız doktorunun önerisi üzerine, Florence Nightingale, İngiliz hastanelerindeki hastaları hastalıklarına göre ayrı odalarda tedavi etmeye başlamıştı. Aslında bu uygulamayı öneren bir Fransız doktordu ama her ne kadar rahibeler aynı uygulamayı Fransız hastaneleri için de ısrarla önermiş olsalar da önerileri dinlenmemişti. Sonuç olarak, İngiltere'den gönderilen 448 doktorun hiçbirisi hayatını kaybetmezken, Fransızların 450 doktorundan 82'si hastalık nedeniyle ölmüştü.[31,39] Fransız hastalar arasında İngilizlere kıyasla daha fazla ölümün görülmesi sadece hastaların ayrılmaması değildi. İngiliz askerlerine göre Fransız askerleri çok daha gençti, yaşları 18 civarındaydı ve yetersiz besleniyor, kendilerine yetersiz giysi sağlanıyordu. Bu unsurlara ek olarak dizanteri ve iskorbüt hastalıklarının birbirinden ayırt edilemediği düşünülüyordu. Oysa İngiliz askerlerinin elinde iskorbütle mücadele edebilecek yeterli gıda ve ilaç vardı, bu yüzden iskorbüt vakaları çok nadiren görülüyordu. Durand de Fortmagne'ın *Un Séjour l'Ambassade de France à Constantinople* ismiyle yayımladığı ve 1977'de Türkçe'ye kazandırılan kitapta belirtilenlere göre, Osmanlılar her ay yüzlerce iskorbüt hastasını taze meyvelerden faydalanabilmeleri amacıyla Varna'ya gönderiyordu.[39]

1854 yılının Haziran ayına gelindiğinde, kolera Sivastopol çevresindeki kamp alanlarında her gün birkaç kişinin ölümüne yol açıyordu. Fransızlar arasında toplam 65 kişi ölmüş ve salgın yayılmıştı. Rusların tarafında ölü sayısının daha fazla olduğuna yönelik iddiaları bulunmaktaydı. *Panama* gemisi ile 200 yaralı ve muhtemelen koleralı olan 50 hasta İstanbul'a gönderilmişti. Cemaatin genel sekreteri M. Doumerq'in aktardığına göre, yolda hayatını kaybedenler denize bırakılıyor ve bu durum Karadeniz'i neredeyse bir mezarlık haline getiriyordu. İstanbul'a döndüğünde ise Heybeliada Hastanesi'nde görev yapan Rahibe Marie Esthelle'in, baktığı ve yaşamını yitirmiş olan üç denizciden kaptığı tifüs nedeniyle hayatını kaybettiğini öğrenmişti.[40]

Taşkışla, 1855 yılının Şubat ayında Saint Joseph Askeri Hastanesi'ne dönüştürülerek başrahibe olarak Rahibe Madeleine atanmış, 800 hastaya hizmet etmek üzere üç rahibe görevlendirilmişti. 9 Mart'tan önce her biri 90 kişilik barakalar inşa edilerek hastaneye 1.000 ila 1.200 kişilik bir kapasite sağlanmıştı. Hasta ve yaralılar soğuk hava ve yağmur altında, sedyelerle ya da güçlükle taşınarak getiriliyordu. Hastaların ilk müdahaleleri kayıt sırasında gerçekleştiriliyor, bu esnada kendilerine sıcak içecekler ikram ediliyordu.[40]

11 Mart 1855'te bir rahibenin daha gelmesiyle sayıları dörde çıkan rahibeler, aynı gün hastanede çıkan bir yangında büyük bir fedakârlık göstermişti. Hastabakıcılar öncelikle rahibeleri tahliye etmek istemiş ancak rahibeler, hastaların kurtarılmasında ısrar etmişti. Bazı hastalar battaniyelere sarılarak sessizce kaçmayı başarmış, sirenler çalmasına rağmen ilk yardıma gelenler denizciler olmuştu. Yangın yalnızca maddi hasara yol açarken rahibeler, amfitiyatrolardan birindeki ölüler hariç tüm cenazeleri bile kurtarabilmişti. Hastalar yerlerde gecelemiş, sabah olunca yatak aramıştı. Kimi zaman iki hastanın bir yatağı paylaşmasıyla herkes için bir düzen sağlanmaya çalışılmıştı. Rahibeler için de yatacak yere ihtiyaç vardı çünkü yatakhaneleri kullanılamaz hale gelmişti. Bunun üzerine bir onbaşı barakasını rahibelere vermişti. Ancak mutfak ile eczane de yanmıştı; bu nedenle yemek ve ilaç ihtiyacı, yandaki hastaneden gelen yardımlarla karşılanmıştı. Avluya bir fırın yerleştirilmiş, çay, şeker ve limon ikram edilmişti. Pera Hastanesi'nin başhemşiresi Rahibe Thérèse de geceyi rahibelerle birlikte geçirerek kahvaltı hazırlıklarına yardım etmişti. Hastalar, önceki gün kendilerine bakan rahibelerden yardım istemeye devam ettikleri için rahibeler gün boyunca durmaksızın çalışmıştı. Hekim ve idareciler rahibelerin işlerine müdahale etmediğinden, rahibeler görevlerini özgürce yerine getirebilmişti. 17 Nisan 1855 itibarıyla Maslak'ta, Fransa'dan yeni gelen askerlerde kolera görülmeye başlanmıştı. Ayın 25'ine gelindiğinde 123 kolera hastasının 56'sı vefat etmişti.[40] 20 Nisan 1855'te, bu bölgede üç rahibe daha görevlendirilmişti. Hekimlere ayrılmış iki baraka, hasta odasına dönüştürülerek ölüm döşeğindeki hastaların bakımına tahsis edilmişti.[41]

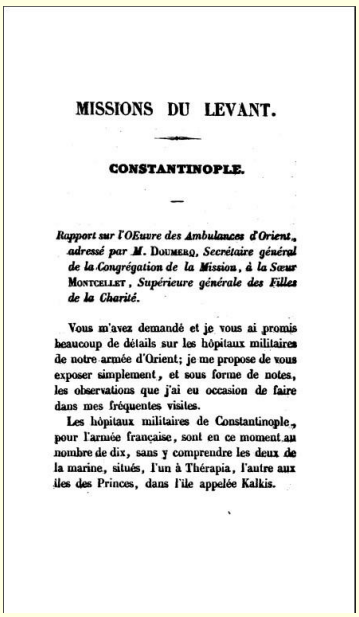
Gülhane'deki seyyar hastane, Bizans surlarının rüzgârdan koruması nedeniyle tercih ediliyordu. Fransız ordusu için her biri elli yatak kapasiteli beş ahşap baraka inşa edilmişti ve bunlara beş kulübe daha eklenmesi planlanıyordu. Burada altı rahibe 800 hasta ve yaralı için görev yaparken, özellikle bardak çekme, hacamat ve pansuman işlemleri için rahibe sayısının artırılmasına ihtiyaç duyuyorlardı.[42] El ve ayak donması, dizanteri ve tifo sık görülüyor; uzuvlarda kangren oluştuğunda hastaların çoğunda enfeksiyon gelişiyor ve bulaş riski artıyordu. Dizanterinin zaman zaman koleraya dönüşerek Doğu'daki orduya yayıldığı düşünülüyordu. Osmanlılar kamu binalarını hastanelere dönüştürmüştü. Bu kapsamda Tıbbiye, Mühendishane ve Darülfünun hastaneye çevrilmişti. Savaş nedeniyle 36 rahibenin daha İstanbul'a getirilmesi talep edilmiş[43] ve 28 Mart 1855 itibarıyla 15 rahibe takviye olarak ulaşmıştı.[44]



Şekil 4. Cephede Filles de la Charité[49]

2. Rahibelerin Hastanelerdeki Hasta Bakım Hizmetleri

1855 yılında Genel Sekreter M. Doumerq, merkez başrahibesi Rahibe Montcellet'ye bir rapor yazmıştı. Bu rapor rahibelerin savaş sırasında çalıştığı kurumlara dair bilgiler içermektedir. Aksi belirtilmedikçe aşağıdaki hastanelere ait bilgiler bu rapordan alınmış, tasvirler M. Doumerq'in kendi ifadelerini yansıtmaktadır.[40,45]



MISSIONS DU LEVANT.

CONSTANTINOPLE.

Rapport sur l'OEuvre des Ambulances d'Orient, adressé par M. DOUMERQ, *Secrétaire général de la Congrégation de la Mission, à la Sœur* MONTCELLET, *Supérieure générale des Filles de la Charité.*

Vous m'avez demandé et je vous ai promis beaucoup de détails sur les hôpitaux militaires de notre armée d'Orient; je me propose de vous exposer simplement, et sous forme de notes, les observations que j'ai eu occasion de faire dans mes fréquentes visites.

Les hôpitaux militaires de Constantinople, pour l'armée française, sont en ce moment au nombre de dix, sans y comprendre les deux de la marine, situés, l'un à Thérapia, l'autre aux îles des Princes, dans l'île appelée Kalkis.

Şekil 5. Genel Sekreter M. Doumerq'in merkez başrahibesi Rahibe Montcellet'ye yazmış olduğu raporun ilk sayfası[38]

Pera Askeri Hastanesi, Ayaspaşa Mezarlığı yakınında yer alan büyük kare bir bina olup, Fransızlar 1854 yılının Temmuz ayından itibaren burada kolera salgınıyla mücadele etmekteydi. Burada hasta bakan hekimlerin çoğu Fransız, bir kısmı İngiliz'di.[46] Burada 15-16 rahibe çalışıyordu. Sayılarının az olmasına

rağmen, her işe yetişebilmek için hastabakıcılarla işbirliği yaparak yüklerinin bir nebze azaldığını belirtiyorlardı. Hizmetin zorlukları arasında doktor ziyaretlerini takip etme zorunluluğu ve ilaç dağıtım saatinden önce hastalara bir şeyler verme çabası bulunuyordu. Bir diğer zorluk, bazı odalarda yatakların, zeminden yükseğe kaldırılmış platformlara yerleştirilmiş olmasıydı: hastalara ulaşmak için bu platformların aşılması gerekiyordu. Üçüncü kattaki odalarına ulaşmaları ise ancak yüksek basamaklı, karanlık bir merdiveni çıkmakla mümkündü. Odalardaki hastaların iyileşme şansı kangren ve hatalı inşa edilmiş foseptik çukurlarından yayılan miyazma nedeniyle düşük bulunuyordu; doktorlar bile bu hastaların çoğunun çoktan ölüme mahkûm olduğunu düşünüyordu. Bu koşullar altında rahibelerin sağlıkları da tehdit altındaydı; dört rahibe hastalanarak yatağa düşmüş, Galata'daki merkez evden takviye gönderilmişti. Hastanede 1,700 ila 1,800 yatak mevcut olup, doktor ziyaretlerinin ardından rahibeler, papazın dini hizmet verebilmesi için ölüm riski altındaki oda ve yatak sayısını bildiriyorlardı.

Pera Hastanesi'ne 200-300 metre uzaklıktaki Dolmabahçe Hastanesi iki binadan oluşuyordu. Burada Ekim ayından itibaren 700 ila 800 hasta bakılıyordu. Buradaki hizmet koşullarının zorluğu, binaların birbirine uzak olmasından, yağmurlu ve karlı havada ıslak avlunun aşılmasının gerekliliğinden ileri geliyordu. Pera Hastanesi'ne göre küçük, havadar ve ferah olan Dolmabahçe Hastanesi'nde ölüm oranları daha düşük seyrediyordu.

Rahibe Madeleine'in idaresinde olan Mühendishane (Saint Joseph Askeri Hastanesi), Pera ve Ermeni Mezarlığı'nın kuzeybatı ucunda yer alıyordu ve beş rahibe burada çalışıyordu. 8 Mart 1855'te hastane yanmış ama tüm hastalar kurtarılmıştı. Hastanenin güney tarafı yanmaktan kurtulmuş; 80 yatak kapasiteli bir bölüm, şapel, rahibelerin ve papazın pansiyonu, bazı diğer odalar ve fizik laboratuvarı ayakta kalmıştı. Yanmış olan kısımlardaki hastalar yakındaki hastanelere ve hastanenin diğer bölümlerine yerleştirilmişti. Ayrıca, her biri 90 kişilik yeni barakalar inşa edilerek toplamda 1.000 ila 1.200 hastanın barındırılması sağlanmıştı. Kolera salgınının ilk günlerinde, hastalığa Maslak'ta yakalananlar buraya naklediliyordu. Hastalar buraya gelince 42 dereceye kadar ısıtılmış bir odada buhar banyosu yapıyordu.

Günün her saati devamlı hasta getirilen Levent Çiftliği, her biri yüz kadar hasta kapasiteli barakalardan oluşuyordu. Burada günlük sayısı 20 ila 40 olarak değişmekteydi. İstanbul'daki salgın aslında sona ermişti, ancak çadırların kurulduğu ertesi gün hastalık yeniden baş göstermişti. M. Doumerq'e göre şiddetli rüzgâr, yağmur ve yedek giysi, gıda ve barınma eksiklikleri salgını şiddetlendiren unsurlar arasındaydı. Rami Çiftliği, ortasında ve köşelerinde pavyonları bulunan, dört cephesiyle geniş bir avlusu olan, en ve boyu 700-800 metreyi bulan bir binaydı. Güneydoğu pavyonunda 9 rahibe barınıyor ve burada 1.300-1.400 hasta tedavi ediliyordu. Maltepe, Rami Çiftliği'ne 2 km mesafedeydi ve burada beş rahibe tarafından 600 ila 700 hasta bakılıyordu. Binanın batısında, civardaki hastanelerde ölenler için bir mezarlık yapılmıştı. Burası korunaklı bir konumda olduğu için kış aylarında rahat çalışıyordu.

7 rahibenin çalıştığı Davutpaşa, diğer hastanelerin güneyinde, deniz kıyısında bulunan eski bir kışlaydı. Geniş bir iç avluya sahip olan bu hastanede hasta kapasitesi 1.500'dü. Günde 8-10 hasta hayatını kaybediyordu.[45] 9 rahibenin görev yaptığı Gülhane, 30 kadar kışladan oluşuyordu ve burada yaklaşık 1.700 hastaya bakılabiliyordu. Limana yakın olması nedeniyle, en tehlikeli durumda olan hastalar tercihen buraya getirilirdi, bu da mortalitenin diğer hastanelere göre daha yüksek olmasına ve hizmetin daha zor olmasına yol açıyordu.

Kanlıca Hastanesi'nde 4 rahibe günde 200 hastaya bakıyordu. 62 subayın bulunduğu Rus Sarayı'nda 4 rahibe hasta bakmaktaydı. Hasta sayısı 200 ila 300 olan Heybeliada Hastanesi'nde 5 rahibe görev yapıyordu. Her ne kadar adanın havası hastaların iyileşmesine elverişli olarak değerlendiriliyordu. Hazırlık Okulu, Saint Joseph Askeri Hastanesi'nin içinde bir hastaneye dönüştürülmüştü. Burayı Rahibe Vincent idare ediyor, 450 hasta 3 rahibe tarafından bakılıyordu.

Yukarıda sayılanların dışında, kapasiteleri 1.200 ila 1.500 olmak üzere Gülhane ve Dolmabahçe civarında iki hastanede de rahibelerin çalışması planlanmıştı. Rahibeler yanlarına malzemelerini alarak Kırım'dan gelen hasta ve yaralı dolu gemileri karşılıyordu. Rahibeler ayrıca Fransız, Rus ve Polonyalı mahkûmları ziyaret ediyorlardı. 1.000 hastanın Darülfünun'da bakımı için 10 rahibenin gönderilmesi de planlanmıştı ancak kendilerine yer tahsis edilmediği için bu mümkün olmamıştı.[40]

Savaş boyunca hastalığa yakalanan rahibe sayısı 100 civarındaydı. Bu rahibelerin arasında hayatını kaybedenlerin sayısı Max Roche'a göre 22, Rinaldo Marmara ve Gilbrin'e göre ise 33 rahibe, Kırım Savaşı sırasında hayatını kaybetmiş, bu ölümlerin 24'ü tifüs nedeniyle olmuştu.[3,28,30,31,47] Kırım Savaşı'nın sonucunda özellikle İstanbul'da Osmanlıların gündelik hayatında Fransızlar daha fazla yer kaplamaya başlamıştı.[30] Ancak şunu da ifade etmek gerekir ki savaş, Osmanlı sağlık teşkilatında doğrudan ve köklü dönüşümler meydana getirmemişti.[5]

Tartışma

Kırım Savaşı, *Sœurs de la Charité* rahibelerinin İstanbul'daki faaliyetlerini ve görünürlüğünü önemli ölçüde etkilemiştir. Savaş, İstanbul'u uluslararası sağlık hizmetlerinin merkezi hâline getirirken, Tanzimat döneminden beri şehirde bulunan *Sœurs de la Charité*, hasta bakımında kritik bir rol oynamıştır. Fransız ve Osmanlı askerlerine bakım sağlamak için görevlendirilmiş olan rahibelerin sayısı, birçok hastanede aktif rol almalarına rağmen ihtiyacı karşılamada yetersiz kalmış ve sürekli takviye talepleri doğmuştur. Hatta Harbiye Nazırı, Fransız birliklerine destek olması için daha fazla rahibenin gönderilmesi yönünde açık bir çağrı yapmıştır. Bunun üzerine Fransa'dan İstanbul'a daha fazla sayıda rahibe sevk edilmiştir.

Osmanlı yetkilileri, Müttefik kuvvetler için belirli hastaneleri tahsis etmiş, Fransız askerleri ağırlıklı olarak Avrupa yakasında konuşlandırılmış ve Saint-Benoît, Taksim'deki Mühendishane ve Mühendishane İdadisi, Çemberlitaş'taki Darülfünun, Beyoğlu, Gülhane ve Dolmabahçe gibi hastanelere yerleştirilmiştir. Sœurs de la Charité ise Pera Askerî Hastanesi, Dolmabahçe Hastanesi, Saint Joseph Askerî Hastanesi (Mühendishane), Levent Çiftliği, Rami Çiftliği, Maltepe, Davutpaşa, Gülhane, Kanlıca Hastanesi, Rus Sarayı ve Heybeliada Hastanesi dâhil olmak üzere İstanbul ve çevresindeki pek çok hastanede görev yapmıştır. Raporlardan anlaşıldığı kadarıyla rahibeler din ve millet ayırmaksızın faaliyet göstermiş olsalar da savaş döneminde ağırlıklı olarak Fransız askerlerinin bakımını üstlenmişlerdir. Hastane koşullarının büyük farklılıklar gösterdiği anlaşılmaktadır; örneğin Pera Hastanesi hijyen açısından sorunlar yaşarken, Dolmabahçe Hastanesi ise binalar arasındaki mesafeden kaynaklanan lojistik zorluklarla karşı karşıyaydı. Rahibeler, zorlayıcı koşullar ve yaygın hastalıklar ile mücadele ederken hasta bakımına büyük katkılarda bulunmuş, ancak kendileri de ağır kayıplar vermiştir.

Savaş sırasında yaşanan sağlık sorunları yalnızca top, tüfek, tabanca ve kılıç gibi silahların neden olduğu yaralanmalarla sınırlı kalmamıştır. Kolera, dizanteri ve iskorbüt gibi hastalıklar ciddi bir tehdit oluşturmuş ve sağlık çalışanlarının büyük çaba harcamasını gerektirmiştir. Kolera özellikle Fransız askerleri arasında hızla yayılmış, Gelibolu'ya gelen askerler arasında büyük kayıplara neden olmuştur. Raporlar, hastalıktan

ölenlerin sayısının savaş yaralanmalarından ölenlerin dört katı olduğu vurgulanmaktadır. Bulgular, dönemin sağlık uygulamalarına da ışık tutmaktadır. Örneğin, Saint Joseph Askerî Hastanesi'nde kolera hastalarına sıcak odalarda buhar banyosu uygulandığı belirtilmiştir. Ayrıca, çadır hastanelerinde kolera hastalarının ölüm oranlarının kalıcı hastanelere kıyasla daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Hijyen uygulamaları ile hastalık oranları arasındaki olası bağlantılar da dikkat çekmekte ve Kırım Savaşı sırasındaki sağlık uygulamalarına dair mevcut literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Sœurs de la Charité, hasta bakımında hayati bir rol üstlenerek tıbbi ve cerrahi uygulamalarda bakım desteği vermiştir. Rahibelerin yıllıkları, bu dönemde tarikatların hasta bakımındaki rolünü gözler önüne sermekte ve hemşireliğin meslek olarak tanınmasına katkı sağladığını, ayrıca misyonerlik faaliyetleri ile modern tıp uygulamalarının kesişmesine aracılık ettiğini göstermektedir. Bu durumda rahibelerin çalışmalarının sadece dini bir sorumluluğun gereği olmaktan ziyade modern hemşireliğin oluşumda katkı sunan bir faaliyet olduğu söylenebilir. Bu bakımdan, Matthieu Brejon de Lavergnée'nin de işaret ettiği gibi, kendileriyle aynı dönemde İstanbul'da hasta bakımı hizmeti sunan İngiliz ve Fransızlar arasında Nightingale'in hikayesinin tarihe yazılması ve *Sœurs de la Charité* modelinin hemşirelik tarihinde geri planda kalmasının, Osmanlı hemşirelik tarihinde de geçerli olduğu görülmektedir. Öte yandan rahibelerin, diğer bir bakışla sivil kadınların savaş koşullarında kritik hasta bakımı görevlerinde yer alması ile kadın emeğinin sağlık alanında varoluşunun dönüşümünün hızlanması olgusu, *Sœurs de la Charité*'nin çalışmalarının Florence Nightingale'in etkinliğiyle birlikte değerlendirilmesi gereğini de doğurmaktadır. Her iki örnek de kadınların sağlık alanındaki varlıklarının meşrulaştığı tarihsel alanları göstermektedir.

Rahibelerin Osmanlı hastanelerinde faaliyet göstermesi Osmanlı devletinin sağlık alanında gösterdiği pragmatik ve esnek yönetim anlayışını ortaya koymakta, modernleşme ve isteği ile mevcut insan gücü eksiklikleri arasındaki boşluğu mevcut aktörlerle kapatmayı tercih ettiğini göstermektedir. Rahibelerin şehirdeki görünürlüğünün artması ise *Sœurs de la Charité'*nin toplumsal alanda Müslüman olmayan kadınların görünürlüğü açısından önemlidir.

Ancak, savaşın Osmanlı askeri tıp ve sağlık uygulamalarında etkisi olsa da Osmanlı sağlık sisteminde doğrudan ve köklü değişimlere yol açtığına dair bir bulgu yoktur. Bu durum da Osmanlı devletinin pragmatik yaklaşımın bir sonucu olarak düşünülebilir. Kırım Savaşı önemli bir deneyim olsa da Rahibelerin Osmanlı topraklarındaki varlıklarının, kurumsal reformların gelmesine sebep olacak derecede dönüştürücü bir gücü olduğunu düşündürecek kanıtlar bulunmamaktadır.

Sonuç

Sœurs de la Charité'nin Kırım Savaşı sırasında İstanbul'daki faaliyetleri, hem tarikatın Doğu'daki misyonlarındaki hemşirelik ve sağlık hizmetleri tarihinde hem de Osmanlı İmparatorluğu'nun sağlık alanında kadınların Osmanlı kurumlarında çalışmasının tarihi bakımından önemli bir dönüm noktasıydı. Bu faaliyetler, tarikatların sunduğu hasta bakım hizmeti konusunda oynadığı önemli rolü göstermekle kalmamış, aynı zamanda hemşireliğin resmi bir meslek olarak kabul edilmesinde Nightingale ve diğer çağdaşları gibi katkı sağlamıştır. Orduya hizmet ederken rahibeler, hayırseverlik ilkelerini pratik ve etkili bir şekilde hayata geçirmişlerdir. İstanbul'daki varlıklarıyla, rahibeler misyon ve modern tıbbi yaklaşımlar arasındaki teması sağlayan aktörler olmuşlardı.

Osmanlı kentlerini dolduran Protestan ve Katolik misyonerler, özellikle Fransa, İngiltere, İtalya, Almanya ve Amerika'dan gelerek imparatorluğun dört bir yanına yayıldılar. Bu ortamda rahibeler sokaklarda giderek

daha görünür hale gelmişti. Kent merkezlerini iyi biliyor ve Osmanlı tebaasına mensup olmayan birçok kişiden daha geniş bir erişim ağına sahip oluyorlardı. 1850'lerde Üsküdar ve Kuleli Hastaneleri'nde bakım hizmeti veren bir İngiliz kadın, İstiklal Caddesi'nin hareketliliğini tarif ederken, burada akla gelebilecek her türden kılığa rastlanabileceğini söylüyordu. Müslümanlar, Rumlar, Parisli hanımlar, Fransız, İngiliz ve Sardinyalı askerler ile subaylar, atlı tramvayda bir paşa, Katolik, Ermeni, İngiliz ve Fransız din adamları, bir grup İngiliz denizciyle birlikte bir *Soeur de la Charité*, bu caddenin çeşitliliğini yansıtan figürler arasında yer alıyordu.[46]

Bilgi

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda yazmış olduğum "*Filles de la Charité, On Dokuzuncu Yüzyıl Osmanlı İmparatorluğu'nda Hayırseverlik ve Sağlık*" başlıklı doktora tezimin Kırım Savaşı ile ilgili bölümlerine dayanmaktadır.

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Badem C. The Ottoman Crimean War (1853–1856). Leiden: Brill; 2010.
2. Zürcher EJ. Modernleşen Türkiye'nin tarihi. İstanbul: İletişim; 1995.
3. de Lavergnée MB. Charité sans frontières: Les religieuses, les soins et l'aide humanitaire (1850-1920). Le mouvement social 2023; 282 (1): 35-60.
4. Dağlar Macar O. Savaşı insanileştirme çabaları ve uluslararası Kızılhaç hareketi. In: Ertin H, Özekmekçi İ, editors. Nuran Yıldırım armağan kitabı: Tıp tarihinin peşinde bir ömür. İstanbul: Betim Yayınevi, 2016. pp. 197-219.
5. Dağlar Macar O. Kırım Savaşı'nda İstanbul, İzmir ve Çanakkale'deki İngiliz hastaneleri. Sosyal bilimler dergisi/Journal of social sciences 2016; 9 (2): 194-218.
6. Yıldırım N. Savaşlardan modern hastanelere Türkiye'de hemşirelik tarihi. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı; 2014.
7. Helmstadter C. Beyond Nightingale: Nursing on the Crimean War battlefields. Manchester: Manchester University Press; 2019.
8. Chenu JC. Rapport au Conseil de Santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires Français de Turquie, pendant la campagne d'Orient en 1854-1856. V. Masson; 1865.
9. Porterfield A. Healing in the History of Christianity. Oxford University Press; 2005.
10. Dinan S. Women and Poor Relief in Seventeenth Century France, The Early History of the Daughters of Charity. Ashgate; 2006.
11. Singer A. Müslüman Toplumlarda Hayırseverlik. İstanbul: Alfa Yayınları; 2018.
12. Diebolt E. Prémices de la profession infirmière: de la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVIIe - XVIIIe siècle en France. Recherche en soins infirmiers 2013; 113 (2): 6-18.
13. Jones C. The Charitable imperative: Hospitals and nursing in Ancien Régime and revolutionary France. Taylor & Francis; 2024.
14. Jeanguiot N. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. Recherche en soins infirmiers 2006; 4: 75-135.
15. Prochaska FK. Women and Philanthropy in Nineteenth-Century England. Oxford University Press; 1980.
16. Strätling M, Wulf M. The history of 'modern' anesthesia technology-a critical reappraisal: part I: key criteria of 'modern' anesthesia: technology and professionalism definitions, backgrounds and a short introduction to a changing evidence-base. Journal of anesthesia history 2020; 6 (3): 101-109.
17. Arzalier JJ. Les services de santé face à la guerre de Crimée (1854-1856). Étude comparative de la prise en charge sanitaire des armées Britanniques et Françaises en Orient. In: Belmas E, Nonnis-Vigilante S, editors. La Santé des populations civiles et militaires: Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII e-XVIII e siècles. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion; 2010. pp:151-175.
18. Baz K, et al. Erizipel ve tinea pedi. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 2004;38(2):116-119.
19. Da Costa JC. Modern Surgery - Chapter 10. Septicemia and Pyemia. In: Da Costa JC, editor. Modern Surgery; 1903.
20. Dasque I. Les Filles de la Charité et la présence Française en Orient. L'Émergence d'une diplomatie charitable à Constantinople (1839-1914). In: de Lavergnée MB, editor. Des Filles de la Charité aux Sœurs de Saint Vincent de Paul: Quatre Siècles de Cornettes (XIIe-XXe Siècles). Paris: Honoré Champion; 2016. pp: 229-252.
21. Marroin A. Histoire médicale de la Flotte française dans la Mer Noire: pendant la guerre de Crimée. Baillière; 1861.
22. Dasque I. Les Filles de la Charité et la présence française en Orient. L'émergence; 2016.

23. Curtis SA. Charity Begins Abroad: The Filles de la Charité in the Ottoman Empire. In: O. White ve J. P. Daughton (Eds.), In God's Empire: French Missionnaries and the Modern World. New York: Oxford University Press; 2012. Pp. 89-108.
24. Marmara R. Bizans İmparatorluğu'ndan günümüze İstanbul Latin Tarikatı ve Kilisesi. İstanbul: Kitap Yayınevi; 2006.
25. Fredj C. Compter les morts de Crimée: un tournant sur l'identité professionnelle des médecins de l'armée française (1865-1882). Histoire, économie & société 2010;29(3):95-108.
26. Dash NR, et al. Dr. Ignaz Phillip Semmelweis: the unrecognized pioneer of aseptic practices. Cureus 2024; 16 (8): e68350.
27. Baudens L. La Guerre de Crimée: Les campements, les abri, les ambulances, les hôpitaux, etc. Paris: Michel Lévy frères; 1858.
28. Roche M. Education, assistance et culture Françaises dans l'Empire Ottoman (1784-1868). İstanbul: Les Editions Isis; 1989.
29. Karayaman M. Kırım Harbinde sağlık hizmetleri (1853-1855). Uşak Üniversitesi sosyal bilimler dergisi 2008;1(2):59-75.
30. Torun S. Kırım Savaşı'nda hasta bakımı ve hemşirelik. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı; 2008.
31. Gilbrin E. Les médecins Français et les Filles de la Charité dans les hôpitaux de Constantinople. Histoire des sciences médicales 1977;11(3):141-151.
32. Bourdon M. Les Soeurs de la Charité en Orient. Paris: Librairie de J. Lefort; 1879.
33. Torun S, et al. Kırım Savaşı'nda iskorbüt illeti. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi 2012;2(2):10-20.
34. Vie de M. Etienne XIVe Supérieur Général de la Congrégation de la Mission et de la Compagnie des Filles de la Charité par un Prêtre de la Mission, Paris: Gaume et Cie; 1881.
35. Yıldırım N. Salgın afetlerinde İstanbul. In: Öztürk S, editor. Afetlerin gölgesinde İstanbul. İstanbul: İstanbul Kültür A.Ş., 2010. pp 109-184.
36. Meynen N. Les hôpitaux militaires sous tentes et baraqués au XIXe siècle. Revue historique des armées 2009; 254: 92-109.
37. De Fortmagne D. Kırım Harbi sonrasında İstanbul. İstanbul: Tercüman Yayınları, 1977.
38. ACMFC 20 (1855), Genel Sekreter M. Doumerq'in merkez başrahibesi Rahibe Montcellet'ye yazdığı 1855 yılı raporu, pp. 259-336.
39. ACMFC 20 (1855), Papalık vekili M. Boré'nin Paris başrahibi M. Etienne'e yazdığı 22 Nisan 1855 tarihli mektup, pp. 408-409.
40. ACMFC 20 (1855), Papalık vekili M. Boré'nin Bebek'ten Paris başrahibi M. Etienne'e yazdığı 31 Aralık 1854 tarihli mektup, pp. 347-349.
41. ACMFC 20 (1855), Papalık vekili M. Boré'nin Bebek'ten Paris başrahibi M. Etienne'e yazdığı 27 Şubat 1855 tarihli mektup, pp. 357-358.
42. ACMFC 20 (1855), Papalık vekili M. Boré'nin Bebek'ten Paris başrahibi M. Etienne'e yazdığı 29 Mart 1855 tarihli mektup, pp. 387.
43. Marmara, R. Osmanlı hoşgörüsünün tanığı Lape (La Paix) Hastanesi 1858-2008. İstanbul: İstanbul Kültür A.Ş.; 2009.
44. Roche, M. L'Education et la culture Françaises à Constantinople et à Smyrne dans la Première Moitié du XIXème Siècle. In: Batu H, Bacqué-Grammant JL, editors. L'Empire Ottoman, la République de Turquie et la France. İstanbul: Editions Isis; 1986. pp. 233-246.
45. ACMFC 21 (1856), M. Gadrat'nın M. Etienne'e Davutpaşa Hastanesi'nden 21 Kasım 1855 tarihli mektubu, pp. 227-242.
46. Taylor F. Eastern hospitals and English nurses: the narrative of twelve months' experience in the hospitals of Koulali and Scutari. London: Hurst and Blackett; 1857.
47. ACMFC; Cilt 16; 1851, M. Descamps'ın M. Etienne'e 15 Ocak 1851 tarihli mektubu, pp. 90-93.
48. https://vincentianpersons.cdm.depaul.edu/StVincentImages , Erişim Tarihi: 04.04.2025.
49. Hutchinson J. Champions of Charity: War and the Rise of the Red Cross. Routledge; 2018. p. 262.

Araştırma Makalesi – Original Article

İzmir'in İlk Türk Hastanesine Ait Sağlık Tarihi Koleksiyon Arşivi Envanterinin Çıkartılarak Konuyla İlgili Eğitim Materyali Oluşturulması *

The Creation of Educational Materials Based on the Inventory of the History Health Collection of İzmir's First Turkish Hospital

Seçil Özçiftçi[i], Doğa Savaşan[ii], Fadime Nur Çelik[iii], Şevval Özkale[iv], Mustafa Agah Tekindal[v], Çağatay Üstün[vi]

[i]Araş. Gör. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., https://orcid.org/0000-0002-7320-961X
[ii]Dönem 3 Öğrencisi, İzmir Kâtip Çelebi Tıp Fakültesi, https://orcid.org/0009-0007-7248-7187
[iii]Dönem 3 Öğrencisi, İzmir Kâtip Çelebi Tıp Fakültesi, https://orcid.org/0009-0000-4191-7454
[iv]Dönem 4 Öğrencisi, İzmir Kâtip Çelebi Tıp Fakültesi, https://orcid.org/0009-0009-4335-577X
[v]Prof. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD., https://orcid.org/0000-0002-4060-7048
[vi]Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD., https://orcid.org/0000-0001-7834-6616

ÖZ

Amaç: Bu araştırma İzmir'de bir devlet üniversitesinin tıp fakültesine bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde bulunan sağlık tarihi koleksiyonundaki materyallerin tasniflenmesini ve hastanenin tarihçesiyle ilgili bir eğitim materyali oluşturulmasını amaçlamaktadır.
Yöntem: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yer alan sağlık tarihi koleksiyon odası envanterine yönelik tasnif çalışması 2024 yılı Şubat ve Ağustos ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Tasniften elde edilen bilgiler kullanılarak bir Excel tablosu oluşturulmuştur. Aynı üniversitenin Medya ve İletişim Bölümü'nün desteği doğrultusunda fotoğraf çekimiyle arşivdeki materyallerin görüntüleri dijital ortama aktarılmıştır. İKÇÜ Tıp Fakültesi Dönem I ders programı içerisinde yer alan İnsan ve Toplum Sağlığı Koordinatörlüğü kapsamındaki Tıp Tarihi dersinde kullanılmak üzere bir eğitim materyali oluşturulmuştur.
Bulgular: Araştırmacılar tarafından İKÇÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tarihçesine yönelik bilgi sahibi olması amacıyla bir PowerPoint sunumu ve materyallerin fotoğraflarından seçilen tıbbi alet ve cihazların isimlerinin sorulduğu Kahoot uygulaması oluşturulmuştur. Bu eğitim materyalleri, araştırmacılar tarafından yaklaşık 40 dakika süren bir sunum doğrultusunda Dönem 1 öğrencileriyle interaktif şekilde gerçekleştirilmiştir.
Sonuç: İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinin tarihsel geçmişi İzmir Gureba-i Müslimin hastanesine dayanmaktadır. 19. yüzyıldan itibaren hastanenin kurulduğu Konak'taki yerleşkeden, günümüzdeki yerine taşınana kadarki süreçte kullanılmış tıbbi alet ve cihaz, hatıra eşyalar ve fotoğraflar, büstler incelenmiş olup envanterdeki materyallerin çoğunlukla bağış yoluyla burada bulunduğu tespit edilmiştir.
Anahtar Kelimeler: İzmir, Tıp tarihi, Arşiv inceleme, Eğitim materyali

ABSTRACT

Aim: This study aims to classify the materials in the medical history collection located in the training and research hospital affiliated with a state university's faculty of medicine in İzmir, and to develop an educational material related to the hospital's history.
Methods: Between February and August 2024, the medical history collection at IKCU Atatürk Training and Research Hospital was classified, and the data were organized into an Excel sheet. With support from the Department of Media and Communication, the materials were photographed and digitized. An educational resource was then created for use in the History of Medicine course within the "Health of Humans and Society" module in the first-year medical curriculum.
Results: To introduce IKCU medical students to the history of Atatürk Training and Research Hospital, researchers prepared a PowerPoint presentation and a Kahoot quiz featuring selected medical instruments from the collection. These materials were delivered through an interactive 40-minute session with first-year students.
Conclusion: The historical background of IKCU Atatürk Training and Research Hospital traces back to the İzmir Gureba-i Müslimin Hospital. Medical instruments, devices, memorabilia, photographs, and busts used from the hospital's original location in Konak in the 19th century to its present-day site have been examined. It was determined that the majority of the items in the collection were acquired through donations.
Key words: İzmir, History of medicine, Archive review, Educational material

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):588-600
DOI: 10.31020/mutftd.1608493
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 27. 12.2024; Kabul Tarihi- Accepted: 12.04.2025
İletişim- Correspondence Author: Seçil Özçiftçi <ozciftcisecil@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Tıp fakültesi ders programında yer alan tıp tarihi eğitiminde, hekimlik mesleğine adımını atmış tıp öğrencilerinin Türk tıbbının çeşitli zorlukları aşarak günümüze ulaşması hakkında farkındalıklarının oluşması önemlidir. Bu doğrultuda İzmir tıp tarihine bakıldığında XIX. yüzyılda Gureba-i Müslimin Hastanesi'nin kurulması Türk tıp tarihinde önemli bir konumda yer almaktadır. Gureba-i Müslimin Hastanesi'nin kuruluşuna kadar İzmir'de görevli askerlerin tedavi edildiği Askeri Hastane bulunmaktaydı. St. Antoine Katolik Hastanesi, Fransız Hastanesi, Musevi Hastanesi, Avusturya ve Hollanda hastaneleri gibi azınlıklara ait olan hastaneler mevcuttu. Bu hastanelerde Müslümanlara konsolosluğun izin vermesi ve hastanın yüksek miktarda ücret ödemesi şartıyla hizmet verilmekteydi.[1]

Günümüzde Gureba-i Müslimin hastanenin bulunduğu arazi, öncesinde İngilizlere ait bir mezarlık olup ölen İngiliz donanması personeli buraya defnedilmekteydi.[2] İngilizlerin cenazelerini ülkelerine taşımalarının ardından arazi, hastane yapılması şartıyla Osmanlı İmparatorluğu'na devredilmişti. Emin Muhlis Paşa'nın (1811-1874) öncülüğünde ve Padişah Abdülmecid'in (1823-1861) izniyle 1848 yılında hastanenin yapımına başlanmış, 1851'de Gureba-i Müslimin Hastanesi adıyla halkın hizmetine sunulmuştur.[3] Hastane ilk kurulduğunda 60 yatağı bulunuyordu ve kadrosu bir hekim, bir cerrah, bir eczacı, bir müdür ile bir kâtipten oluşmaktaydı.[4] Hastanede frengi ve akıl hastaları dışında din, ırk ve milliyet farkı gözetilmeksizin herkese hizmet verilmiş, fakir hastaların muayenelerinden ücret alınmamıştır. Hastanede farklı din ve milliyete mensup çalışanlar da bulunmuştur. Şehirdeki diğer hastanelerde görev yapan bazı sağlık personelleriyle kentin tanınmış hekimleri gönüllü olarak hastaneye hizmet vermişlerdir.[5] Hastane, 1855 yılında geçici bir süre için Kırım Savaşı nedeniyle kurulan İngiliz Askeri Hastanesi'nde görevli İngiliz hekimlerin kaldığı bir konuta, Konak Meydanı'ndaki Sarıkışla (Kışla-i Hümayun) ise İngiliz Askeri Hastanesi'ne dönüştürülmüştür. Karantina Hastanesi de İngiliz hasta ve yaralıları için kullanılmıştır. İzmir'de yayınlanan L'Impartial gazetesine göre, Gureba Hastanesi'nin halka sağladığı hizmetlerden çok hoşnut olan Sultan Abdülaziz, 1872 yılında hastanenin bitişiğinde bulunan baruthane binası ve arsasının hastaneye dahil edilmesi için bağışta bulunmuştur. Gazetede bu alana normal zamanlarda akıl hastaları için bir düşkünler yurdu, salgın dönemlerinde ise bulaşıcı hastalıkların tedavi edileceği bir pavyon inşasının tasarlandığı belirtilmiştir. 1894'teki İzmir Kent Rehberi, Gureba-i Müslimin Hastanesi'ni şehirdeki en büyük ve önemli hastanelerden biri olarak nitelendirmiştir.[6]

Bu araştırmada, Tübitak 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Desteği Programı kapsamında İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan sağlık tarihine ilişkin arşivdeki materyaller tasniflenerek, literatürde hastanenin tarihçesiyle ilgili kaynakların bir araya getirilmesi ve eğitim materyali oluşturulması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmayla İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık tarihi arşiv odası envanterinde bulunan materyallerin tasniflenmesi sağlanmıştır. Ardından fakültemizde halen yürütülmekte olan İnsan ve Toplum Sağlığı Koordinatörlüğü (İTS 101) kapsamındaki Tıp Tarihi dersinde kullanılmak üzere bir eğitim materyali oluşturulmuştur.

Araştırmanın ilk aşamasında çalışma hakkında hastane yönetimi bilgilendirilmiş hastanedeki sağlık tarihi koleksiyon odasına erişim sağlayabilmek için kurum izni alınmıştır. Ardından İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayniyat Saymanlığı'ndan sağlık tarihi koleksiyon odasında bulunan muhtelif materyal ve cihazların listesine ulaşılmıştır. Koleksiyonun tasniflenerek incelenmesi İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki zemin kat poliklinik girişi olarak adlandırılan koridorun köşesindeki çift cepheli camlı sağlık tarihi koleksiyon odasında gerçekleştirilmiştir ***(Şekil 1A, 1B)***.



Şekil 1. A. Sağlık tarihi koleksiyon odasının sol köşeden görünümü **B.** Sağlık tarihi odasının sağ köşeden görünümü

Bu aşamadan sonra araştırmacıların yardımıyla İKÇÜ Medya ve İletişim Bölümü'nün desteğiyle profesyonel fotoğraf makinesi aracılığıyla odasındaki materyallerin uygun bir arka fon kullanılarak fotoğrafları çekilmiş, eğitim materyali oluşturma aşamasına geçilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Sağlık tarihi koleksiyon odasında bulunan tıbbi araç gereç ve objelerin dijital görsel ortama aktarımı sağlanarak tıp tarihi eğitimi alan tıp fakültesi öğrencilerinin konu hakkında bilgi ve beceri düzeylerinin arttırılması hedeflenen çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Hastane envanterine halihazırda kaydedilmiş arşiv materyallerinin listesine ulaşılmıştır. Envanter listesinde kayıtlı olan objelerle fiziki ortamda bulunan materyaller karşılaştırılarak listedeki beş materyalin numarasının üzerinde yer almadığı, iki tane numaranın birden fazla materyale verildiği, dört materyalin listede yazan adetten daha fazla bulunduğu, 42 materyalin listeye yazılmadan numarasız olarak odada olduğu tespit edilmiş ve bu bilgiler bir Excel tablosuna aktarılmıştır ***(Şekil 2)***.



Şekil 2. Arşiv materyallerine ait Excel tablosu görüntüsü

Envanterde, birer adet; künye defteri, tıbbi teknik kitabı, klinik tanı kitabı, radyolojik tetkikler el kitabı, mikrotom, sedimantasyon tüpü asma aparatı, özofagus dilatasyon balonu, üçlü musluklu enjektör, mide yıkama balonu, nebülizatör cihazı, rijit özofaguskop, rijit rektoskopi aletleri, rondel kesme aleti, özofagus genişletme bujileri, hematokrit santrifüj cihazı, doku takip cihazı, anestezi cihazı, cam kapaklı fanus, cam kavanoz, javal keratometre, boy ve ağırlık ölçer tartı, stetoskop, ultrasonografi cihazı, infüzyon pompası, cerrahi aspiratör, havan, pilül tahtası, ayaklı nikelaj kap, porselen ördek, böbrek küveti, ağırlık ölçüleri, projeksiyon eşeli ve mekanik foropter seti, taş opelen aparat, transdüser cihazı, göz ultrason cihazı, göz muayene mercekleri, abeslang, kaynatmalı enjektör, hemoglobin pipeti, insülin enjektörü, derece, frankel iğnesi, göz muayene tablosu, alın aynası; ikişer adet; daktilo, otoskop, odyometri cihazı, endoskopi fotoğraf makinesi, şırınga, oftalmoskop, tonometre, refleks çekici; üçer adet anatomi atlası, hesap makinesi, tansiyon aleti; dörder adet mikroskop, biyomikroskop, altı adet özlük dosyası; 13 adet terazi; 20 adet ilaç şişesi bulunmakta olup tıbbi aletlerin dışında farklı zamanlarda arşive eklenmiş birer adet; çalışma masası, konsol, ala geyik heykeli, koltuk takımı, gümüşlük, gözlük kutusu, demlik vazo, eczane dolap kapağı, gemici feneri, Dr. Mustafa Enver'e ait mermer büst, mermer aslan, kağnı arabası biblosu; ikişer adet; elbise askısı, kitaplık, saat, vitrin, ayna, koltuk; üçer adet sehpa, dolap, sandalye; beş adet beyaz seramik; 18 adet resim tablosu bulunmaktadır.

Envanterdeki materyaller arasında göz hastalıkları uzmanı Op. Dr. Halim Şima ve Op. Dr. Zühal Çakırca, beyin ve sinir cerrahisi uzmanı Prof. Dr. Şevket Tektaş ve gastroenteroloji uzmanı Dr. Mehmet Naci Çalış'ın bağışladığı tıbbi aletlerin yer aldığı görülmüştür ***(Şekil 3, 4, 5)***.



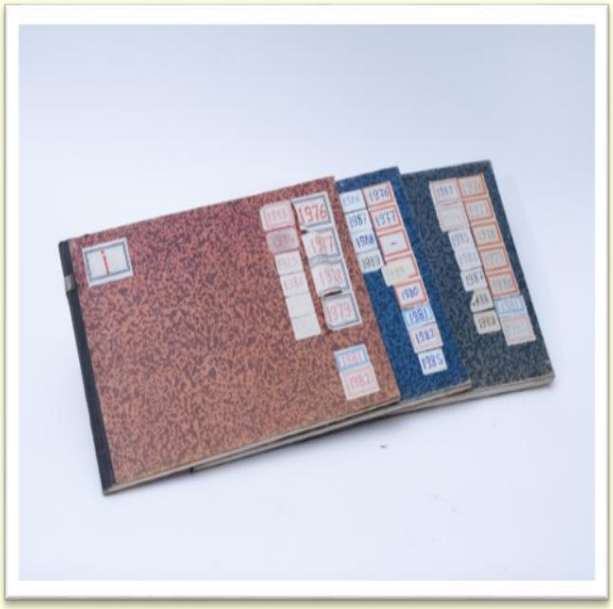
Şekil 3. Op. Dr. Halim Şima'nın bağışladığı mekanik foropter ve projeksiyon eşeli seti



Şekil 4. Op. Dr. Zühal Çakırca'nın bağışladığı oftalmoskop seti



Şekil 5. Prof. Dr. Şevket Tektaş tarafından bağışlanan muayene aletleri



Şekil 6. Dr. Mehmet Çalış adına bağışlanan gastroenteroloji servisine ait hasta kayıt defterleri

Prof. Dr. Şevket Tektaş hastanede 1984-2007 yılları arasında beyin ve sinir cerrahisi klinik şefi olarak görev yapmıştır. O yıllarda halen Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde çalışmakta olan 31 hekimi beyin ve sinir cerrahı olarak yetiştirmiştir. Dr. Mehmet Naci Çalış ise hastanede 1986-1990 yılları arasında gastroenteroloji kliniği kurucusu ve ilk servis şefi olarak görev yapmış, kliniğinde birçok genç uzmanın yetişmesini sağlamıştır.[7] Onun öğrencisi Doç. Dr. Belkıs Ünsal tarafından Dr. Mehmet Naci Çalış adına bağışlanan 1976-1990 yılları arasında gastroenteroloji servisinde takip edilen hasta kayıt defterleri koleksiyon odasında sergilenmektedir ***(Şekil 6)***.

Yukarıda envanter listesinde görüldüğü gibi sağlık tarihi arşiv odasında, Dr. Mustafa (Enver) Bey'le ilişkilendirilecek sadece büst ve resim tablolarına rastlanmıştır. Hastanenin ilk Türk başhekimi olması sebebiyle onun kısa yaşam öyküsüne de yer vermeyi uygun buluyoruz.

Dr. Mustafa (Enver) Bey (1849-1932)

Mustafa Enver Bey, 1849 yılında İzmir'in Ödemiş ilçesinin Birgi kasabasında dünyaya gelmiştir. İstanbul'da Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye'yi 1876 yılında bitirerek tabip olmuştur. Rus Savaşları'nda (1892-1893) Tuna civarındaki Türk ordusu içinde Tabip Yüzbaşı olarak görev yapmıştır. İstanbul'a döndükten sonra İzmir Gureba-i Müslimin Hastanesine hekim arandığını haber alarak buraya başvurmuş ve bu göreve atanmıştır. İzmir'de ilk Türk hekim olarak görev yapması açısından tıp tarihimizde önemli bir yere sahiptir. Hastanenin 1879 yılından itibaren 45 yıl başhekimliğini yapmış, 1923 yılında yaş haddinden emekliye ayrılmıştır. Hastanede çalıştığı yıllarda bir gün Dr. Mustafa Enver Bey akşam mesaisinden sonra hastaneden ayrılırken boğazından rahatsız olan bir hastası için hemşiresine: "Bu hastada gece nefes darlığı olabilir, derhal bana ve nöbetçi hekime haber veriniz, gelip ameliyat yapacağım" der. Gece hastanın durumuna yönelik herhangi bir ses ve seda çıkmaz. Sabahleyin hastaneye geldiğinde hemen hastayı sorar. Hastanın gece öldüğünü ve morga kaldırıldığını söylerler. Çok sinirlenir ve çok üzülür. Sakinleştikten sonra bari şu ameliyatı ceset üzerinde yapayım, bilgi ve tecrübem artar diye düşünür. Ameliyat aletlerini alarak cesedin başına gider ve trakeostomisini gerçekleştirirken hastanın boğazından birden bire hava girip çıkar. Bunun üzerine suni solunum yapmaya başlar. Bir buçuk saat kadar uğraştıktan sonra hasta kendi kendine solunuma başlar ve hayata döner. Bu olaydan sonra İzmir'de bir hasta öldüğü zaman, "Belki ölmemiştir, bir de Mustafa Enver Bey görsün" şeklindeki deyiş uzun seneler devam etmiştir.[8-13] Kendisi Hilâl-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) İzmir Şubesi'nin kurucu üyeliği ve şube başkanlığını yapmıştır. Yaşamının sonuna dek elli yıldan fazla halka hizmet etmiş ve bundan dolayı 'Şeyh-ül Edibba' (Tıbbın/Tababetin/Tabibin Duayeni) unvanına layık görülmüştür. Yunanca rehberlerde de Mustafa Enver Bey "Gureba Hastanesi Sertabibi" unvanıyla operatör olarak anılmıştır.[14]

1889 yılı yaz aylarında İzmir'de "Dang humması" diye isimlendirilen bir tür enfluenza salgınının kentte çok yaygın olduğu hatta gureba hastanesi başhekimi Dr. Mustafa Enver Bey'in de buna yakalandığı belirtilmektedir.[15] Bu hastalığa karşı okulların tatil edilip edilmeyeceği hakkında karar verecek heyetin içinde yine Doktor Mustafa Enver Bey'in görevlendirilmiş olduğunu ilgili kaynaktan öğreniyoruz.[16] 1883-1889 yılları arasında İzmir Gureba-i Müslimin Hastanesinde Doktor Mustafa Enver Bey'in başhekim olarak görev aldığına ilişkin bilgi o dönemin Aydın Vilayeti Salnamelerinde rastlanmaktadır.[17,18]

Dr. Mustafa Enver Bey 22 Temmuz 1932'de vefat etmiştir ***(Şekil 7)***.[8,19] Vefatının ardından dönemin yerel gazetesi Yeni Asır'ın 31 Temmuz 1932 tarihli haberine göre kendisinin heykelinin yapılmasına karar verilmiştir ***(Şekil 8)***.[9,20] Halen İzmir'de Alsancak'ta "Mustabey" diye kısaltılarak söylenen caddeye adını veren, caddenin en önünde heykeltıraş Ratip Aşır Acudoğlu (1898-1957) tarafından yapılmış Dr. Mustafa Enver Bey büstü, 5 Mayıs 1936 tahinde dönemin Belediye Başkanı Dr. Behçet Uz (1893-1986) tarafından törenle açılmıştır. Bu tarihi yapının bugüne kadar korunarak gelmiş olması ayrı bir önem arz etmektedir ***(Şekil 9, 10)***.[21-24] Bu caddenin ismi halen Mustafa Enver Bey Caddesi olarak geçmeye devam etmektedir. Dr. Mustafa Enver Bey Caddesi'nin isminin değiştirileceğine dair yapılan haberlerin 2022 yılında çıkması üzerine, İzmir Büyükşehir Belediyesi internet sitesi üzerinden bu girişimin gerçekleşmeyeceğine dair bir bilgi paylaşmıştır.[25]

Doktor Mustafa Enver Bey'in İzmir'de kalıcı bir iz bıraktığına dair bir anı şöyle nakledilmektedir:

Atatürk, Ocak 1933 günü Gülcemal Vapuru ile Antalya'dan İzmir'e gelmiştir. Yanında devletin ileri gelenleri ile yakın çevresi vardır. Gülcemal Vapuru İnciraltı Kale açıklarına geldiğinde Atatürk ve yanındakiler güverteye çıkarlar. Atatürk sessiz ve hiç kıpırdamadan İzmir'i seyretmektedir. Aniden Nuri Conker'in sesi,

sessizliği bozar: "Eh artık İzmir'e vasıl olduk, bakalım valimiz Kazım Paşa bize ne sürprizler hazırladı? Yine kim bilir ne palavralar sıkacaktır?..."

Bu söz Afet Hanım'ın gücüne gider. Çünkü kendisi Kazım Paşa'yı çok sevmektedir. Onunla aralarında derin bir dostluk vardır. Afet Hanım sonunda kendini zaptedemez ve Nuri Conker'e cevap verir: "Niçin böyle söylüyorsunuz? Kazım Paşa, çalışkan, dürüst bir idarecidir" Nuri Conker bunun üzerine: "Yok canım… Dürüstlüğüne sözümüz yok, ama çok uydurur…" deyiverir.

Atatürk hiç renk vermeden konuşmaları dinler. Sonunda Gülcemal Vapuru İzmir Limanı'na girer ve rıhtıma yanaşır. Törenden sonra doğruca Birinci Kordon'daki Ata'nın evine giderler (Şimdiki Atatürk Müzesi). Üst kat salona çıkılır ve devletin ileri gelenleri salondaki uzun masanın etrafına otururlar. Atatürk masanın bir ucunda, hemen karşısındaki öteki uçta ise Vali Kazım Paşa vardır. Yavaş yavaş yorgunluk çayları yudumlanmaya başlanır. Bir süre sonra Atatürk Kazım Paşa'ya dönerek sorar: "İzmir'de ne var ne yok Kazım Bey?"

Kazım Paşa cevap verir: "Paşam, İzmir'de imar çalışmalarımız hızla devam etmektedir. Önemli girişim yaptık. Size önce onu sunmak istiyorum. İzmir Devlet Hastanesi'nin kurucusu ünlü Operatör Doktor Mustafa Enver Bey'in vefatı üzerine bir büstünü yaptırarak Alsancak'a diktik. Biliyorsunuz bu değerli doktorumuz ömrü boyunca bu vatana hizmet etmiş ve yüz bine yakın ameliyat yaparak milletimize şifa dağıtmıştır."

Kazım Bey'in son cümlesinden sonra dinleyenler arasında müstehzi bir kıpırdanma olur ve Nuri Conker'in kahkahasını patlattığı duyulur: "Demedim mi? Demedim mi? Vali Paşa biri bin yapar diye!"

Atatürk ve Afet Hanım dışında herkes gülmeye başlar. Kazım Paşa kıpkırmızı kesilmiştir. Konuşmasını kesmiş ve dikkatle Nuri Conker'e bakmaktadır. Ortada gergin bir hava eser. Afet Hanım Kazım Paşa'ya dönerek sorar: "Dr. Mustafa Bey kaç yaşında operatör olmuş ve acaba kaç yaşında mesleği terk etmiş? Bunu tespit ettiniz mi?"

Kazım Paşa cevaplamış: "27 yaşında operatörlüğe başlamış ve sürekli olarak savaş yıllarında cephelerde ve barış zamanı hastanelerde, Cuma ve Pazar günleri dışında tam 56 yıl ameliyat yapmış efendim. Emekli olduktan sonra bile cerrahi çalışmalarına devam etmiştir."

- "Peki günde kaç ameliyat yaparmış?"

- "En az on ameliyat"

Derhal eline kâğıt kalem alan Afet Hanım hesap yapmaya başlar. "Haftada beş, ayda yirmi üç gün çalıştığına göre, yılda 240 gün çalışır. Bu yılda 2400 ameliyat eder. Meslekte fiilen 56 yıl çalışmış. Bunun altı yılını atalım. 50 yılda karşımıza 120.000 ameliyat çıkar. Kazım Paşa demin az bile söylemiş!"

Afet Hanım'ın bu sözlerinden sonra Atatürk'ün şiddetle alkışladığı görülür. İşin başından beri gelişmeleri büyük bir sükûnetle dinleyen Atatürk, bir yanardağ gibi patlar: "Aferin Afet… Hem Kazım Paşa'mızı hak ettiği temizliğe çıkardın, hem rahmetli büyük vatansever Doktor Mustafa Enver'in ruhunu aziz ettin, hem de Nuri Efendi'nin ağzının payını verdin. Aferin sana."[26]



Şekil 7. A-B Dr. Mustafa Enver'in 22 Temmuz 1932 tarihli Yeni Asır gazetesindeki ölüm haberi



Şekil 8. A-B 31 Temmuz 1932 tarihli Yeni Asır gazetesindeki Dr. Mustafa Enver'a ait heykeli yapım kararı haberi



Temoçinin Rüyası

Türk tarihinden şanlı sahifeler

Yeni, uzun bir yolculukla sergüzeştler başlamış gibiydi

Heykelin açılma töreni parlak oldu

Elli yıl içinde elli binden ziyade insan hayatı kurtaran Dr. Mustafaya İzmirlilerin şükranı..

Şekil 9. 5 Mayıs 1936 tarihli Yeni Asır gazetesindeki Dr. Mustafa Enver heykelinin açılış haberi



Şekil 10. Dr. Mustafa Enver'nin heykeli (2023)

Gureba-i Müslimin Hastanesi'nin Hizmet Tarihi

2025 yılı itibariyle halen İzmir İl Sağlık Müdürlüğü olarak kullanılan bina, Osmanlı Devleti'nin ilk gureba hastanelerindendir. İngiliz donanmasındaki askerler için kullanılan mezarlıktaki definlerin kendi ülkelerine taşınması üzerine, İngiliz konsolosunun talebiyle hastane yapılması koşuluyla kullanılacak arazi Emin Muhlis Paşa'ya devredilmiştir. Abdülmecid'in bir fes dolusu altın vererek destek olmasıyla 1849 yılında Gureba-i Müslimin Hastanesi'nin yapımına başlanmış ve halkın yardımlarıyla da hastane tamamlanmıştır. Hastane idaresini düzenlemek amacıyla 1895 yılında hastaneye ait bir nizamname hazırlanmıştır. "İzmir Gureba Hastanesi'nin Usul-i İdaresine Mübeyyin Talimat" isimli 76 maddelik nizamnamede; personel kadrosu, personelin görevleri, hastane idare komisyonu, hasta giriş ve çıkışında uyulacak kurallar ile hastanenin gelir ve giderlerini düzenleyen hükümler, hastanenin çalışma düzeni hakkında bilgiler yer almıştır. Nizamnameye göre, hastalar önce Duhul Koğuşu adı verilen bir yere alınarak burada ilk muayeneleriyle vücut ve kıyafet temizliği yapılarak hastalıklarına göre ayrı koğuşlara gönderilmişlerdir. Tedavisi biten hastalar ise Huruç Koğuşu adı verilen yerde üç gün bekletilerek hastalığın tamamen geçip geçmediği kontrol edildikten sonra taburcu edilmişlerdir.[27]

İzmir'in işgalinden kısa bir süre önce Amerika Salib-i Ahmer (Kızılhaç) Heyeti, Yunanlıların hastaneyi işgal etmelerini engellemek için hastaneye yerleşerek idareyi yönetiyormuş gibi davranmıştır. Sevr Antlaşması'nın imzalanmasıyla ise hastanenin kadınlara ait bölümü dışındaki kısmı Yunan askerleri tarafından işgal edilmiş, hastanenin yatak sayısı iki yüz elliden seksene indirilmiştir. Yunanlılar İzmir'i terk ederken hastanedeki sıhhi malzemeleri, karyola, yatak, battaniye gibi materyalleri tahrip etmişlerdir.[28]

Hastane II. Dünya Savaşı yıllarında İzmir'in sağlık yaşamında diğer sağlık kurumlarıyla birlikte etkin bir rol üstlenmiştir. Bu dönemde İzmir'de sağlık hizmeti veren sınırlı sayıda hastane olduğu ve de bu hastanelerin İzmir'in sağlık ihtiyacını karşılamaktan uzak olduğu bilinmekteydi.[29] İzmir Gureba-i Müslimin Hastanesi 26 Mart 1913'te İdare-i Umumiye-i Vilayet Kanunu'yla özel idareye devredilmesiyle ismi "Memleket Hastanesi" olarak değiştirilmiştir. İl Özel İdaresi tarafından 1954 yılına kadar işletilen hastane, aynı yıl Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve "İzmir Devlet Hastanesi" adını almıştır. Hastanenin sık sık finansal sıkıntılara

girmesinden dolayı hastaneye mali açıdan yardım etmek amacıyla çeşitli dernekler kurulmuştur. Bu derneklerden ilki dönemin hastane Başhekimi Dr. Osman Yunus öncülüğünde 1949 yılında kurulan "İzmir Memleket Hastanesi Yardım Derneği"dir. Bu dernek sayesinde sadece kadın doğum servisine ayrılan yeni bir bina inşa edilmiştir. Derneğin ismi, 27 Şubat 1956'da "İzmir Hastanelerine Yardım Derneği" olarak değiştirilmiştir. Hastane hizmetlerinin 1960'lı yıllarda geliştirilmesi amacıyla hastane mecmuasının basımını da üstlenen "İzmir Devlet Hastanesi'ne Yardım ve İlmi Araştırmaları Teşvik Derneği" kurulmuştur.[5,30] 1970'lerin sonuna doğru hastanenin fiziki koşullarının yeterli olmaması sebebiyle 1982 yılında İzmir'in Karabağlar ilçesi Yeşilyurt semtindeki yeni binasına taşınmıştır. Taşınmanın ardından tarihi hastane binası 1985'te İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'ne dönüştürülmüş, 2000 yılında "Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi" ismini almıştır. Hastane 2012 yılında Sağlık Bakanlığı'nın 'gelirlerinin giderlerini karşılayamadığı' gerekçesiyle kapatılarak Tepecik'teki İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlanmış, yeni ismi "Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konak Ek Hizmet Binası" olmuştur.[5] Günümüzde binanın "İzmir Memleket Sağlık Müzesi" adıyla müzeye dönüştürülmesi için çalışmalar sürdürülmektedir.[3,20] Hastanenin ismi 1993'te "Eğitim Hastanesi", 1998'te "İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olarak değişmiştir.[27] Hastane 2011 yılından beri "İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi" adıyla faaliyetlerini sürdürmektedir ***(Şekil 11, 12)***.[9]



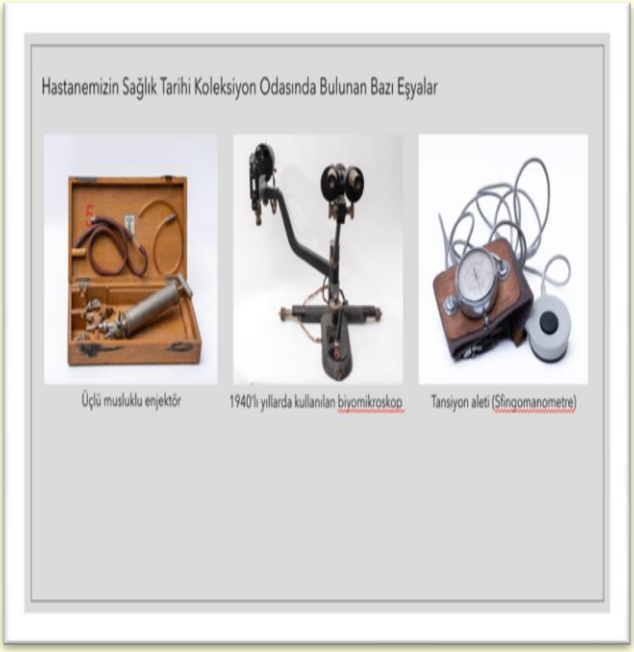
Şekil 11. **A-B** Konak'ta yer alan Gureba-i Müslimin Hastanesi'nin genel görünümü



Şekil 12. A-B İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Eğitim Materyali

Tübitak 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında "İzmir'in İlk Türk Hastanesine Ait Sağlık Tarihi Koleksiyon Arşivi Envanterinin Çıkartılarak Konuyla İlgili Eğitim Materyali Oluşturulması" başlıklı yürütülen projede tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim aldıkları kurumun sağlık tarihine yönelik materyal hazırlanması amacıyla hastane tarihi arşiv odasında bulunan materyallere ait resimlerden ve literatürde yer alan kaynaklardan yararlanılarak araştırmacılar tarafından İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tarihçesini anlatan bir PowerPoint sunumu hazırlandı ***(Şekil 13)***. PowerPoint sunumu 12 sayfadan oluşmaktaydı. Bu sunum İTS 101 dersi kapsamında 2024-2025 yılı ders programındaki tıp tarihi dersini alan Dönem 1 öğrencilerine sunuldu. Sınıfta etkili bir anlatım yapabilmek için PowerPoint uygulaması tercih edildi. Ders materyalini zenginleştirmek ve konuya dikkat çekmek amacıyla anlatım sırasında öğrencilerin de dahil olduğu interaktif bir materyal eklemeye yönelik "Kahoot!" uygulaması kullanılarak "İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Tarihinde Kullanılmış Klinik Aletler ve Cihazlar" başlıklı dört soru içeren bir test oluşturuldu. "Kahoot!" öğrencilerin bilgilerini gözden geçirmek, biçimlendirici değerlendirme yapmak veya geleneksel sınıf etkinliklerine ara vermek için kullanılan oyun tabanlı bir öğrenme programıdır. Kahoot!'un amacı, öğrenme performansını ve sınıf dinamiklerini iyileştirmek için katılımı, motivasyonu, eğlenceyi ve konsantrasyonu artırmaktır.[31,32] Testteki sorularda kullanılacak aletler projede yer alan araştırmacılar tarafından rastgele seçilmiş olup otoskop, odyometre cihazı, tonometre ve cerrahi aspiratör fotoğrafları verilerek cevaplanması istenmiştir ***(Şekil 14)***. Bu seçimde katılımcıların uygulamada geçirdikleri süre ve ilgi düzeyleri dikkate alınarak dört adet seçime gidilmiş ve öğrencilerin genelde tıp tarihi konularına özel olarak tıbbi aletlere olan ilgisinin arttırılması amacına ulaşılmıştır.



Şekil 13. PowerPoint sunumundaki bir sayfa



***Şekil 14*.** Kahoot testindeki bir soru örneği

Sonuç

Bu çalışmada ortaya çıkan bulgulara göre dahili tıp bilimlerine ve cerrahi tıp bilimlerine ait kullanılmış aletlerin daha çok bağışlanmış olduğu görülmüştür. Burada bulunan birçok tıbbi materyalin günümüz tıp pratiğinde kullanılmadığı fark edilmektedir. Sağlık tarihi arşiv odasındaki materyaller bağış yoluyla buraya kazandırılmıştır. Dr. Mustafa Enver Bey, Gureba-i Müslimin Hastanesi'nin ilk başhekimi olmasına rağmen odada ona ait bir koleksiyona ya da klinikte kullandığı malzemelere ait bulgular bulunamamıştır. Ancak sadece kendisine ait bazı görsel tabloların ve ona ait bir büstün bulunduğu tespit edilmiştir.

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık tarihi koleksiyonuyla ilgili gelecekte yapılacak yeni çalışmalarda hastanenin başhekim odasında yer alan, XIX. yüzyılda Fransa'da yapılmış ve ülkemizde tıpta, eczacılıkta kullanılmış ilaç şişeleri ve kavanozlarının incelenerek ve kayıt altına alınarak envantere eklenmesi, arşivde yer alan kayıt defterlerinde ve dosyalarda yazılı isimlerle, koleksiyona bağışta bulunanların detaylı şekilde incelenerek çalışmanın geliştirilmesi önerilebilir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bu çalışmaya fotoğraf çekimleriyle destek veren İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Medya İletişim Merkezi Müdür Yardımcısı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Halit Kartal'a teşekkür ederiz.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Seçil Özçiftçi: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama
Doğa Savaşan: Tasarım, veri toplama ve işleme, kaynak taraması, makale yazımı
Fadime Nur Çelik: Veri toplama ve işleme, kaynak taraması, makale yazımı
Şevval Özkale: Veri toplama ve işleme, kaynak taraması, makale yazımı
Mustafa Agah Tekindal: Danışmanlık, eleştirel inceleme, kaynak sağlama
Çağatay Üstün: Fikir, tasarım, danışmanlık, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama

Kaynaklar

1. Ocak B. Osmanlı Dönemi'nde Faaliyetlerini Sürdüren İzmir'deki Gayrimüslim Hastaneleri. Belgi Dergisi 2019;2:1607-24.
2. Ocak B. 165 Yıllık Çınar İzmir Gureba-i Müslimin Hastanesi. KNK Kent Konak Dergisi 2016;29:16-21.
3. Altun DA. Cumhuriyet Öncesi Dönemde İzmir Hastanelerinin Mekânsal Gelişimi. Tarih İncelemeleri Dergisi 2014;29 (2):405-443.
4. Beyru R. 19. Yüzyılda İzmir'de Sağlık Sorunları ve Yaşam, 1. Baskı, İzmir Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayını, 2005: 69-279.
5. Ocak B, Kocabaş ÖY. İzmir Gureba-i Müslim Hastanesi'nden İzmir Devlet Hastanesi'ne 'Bir Hastane Öyküsü', 2. Baskı, İzmir Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayını, 2014: 107-250.
6. İzmir Gureba-i Müslimin Hastanesi. https://kulturenvanteri.com/yer/gureba-i-muslimin-hastanesi/#17.1/38.415165/27.129204 (Erişim tarihi: 22.03.2025)
7. Ünsal B. Sevgili Hocamız Naci Çalış'ın Ardından. Güncel Gastroenteroloji Dergisi 2012;16(4):233.
8. Şerif C. Merhum Şeyhül-etibba Operatör Mustafa Enver Beyin Hatıraları, Bilgi Matbaası, İzmir, 1933.
9. Rıfat H. Doktor Mustafa Enver, Poliklinik Dergisi 1936;3(9/33):276-278.
10. Aladağ H. Dr. Mustafa Enver Bey (Ölümünün 33. Senesi). İzmir Devlet Hastanesi Mecmuası 1965; 3:211-224.
11. Dursun MK. İzmir Hatıraları (Hazırlayan: Ünal Şenel), Akademi Kitapevi, İzmir 1994; 8-9.
12. Akçiçek E. İzmir'in İlk Türk Hekimi Şeyhületibba Dr. Mustafa Enver Bey, Eren'ce Üçlemesi 2. Tıp Tarihi Yazıları, İstanbul 2002.
13. Üstün Ç, Akçiçek E, Akçiçek F. Hekim, Tabip, Doktor "Onlardan Anılar". (ed. Çağatay Üstün). 2. Baskı. Ege Üniversitesi Basımevi. 2014, İzmir.
14. Berber E. Yunanca Rehberlere Göre Meşrutiyette İzmir, 1. Baskı, İzmir Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayını, 2008: 120.
15. Hizmet Gazetesi, 31 Ağustos 1889.
16. Hizmet gazetesi, 11 Ocak 1890.
17. Aydın (vilayeti) salnamesi, 1307 (1889), s.383.
18. Ergenç Ö. Salnamelerle İzmir. '1885-1985 Türkiye Ekonomisinin 100 yılı ve İzmir; İzmir Ticaret Odası Sempozyumu, 21-23 Kasım 1885, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir.
19. Mustafa Enver B. Öldü. Yeni Asır, 1932; Temmuz 22.
20. Doktor Mustafa Enver Bey İçin İkinci Kordonda Bir Heykel Yapılacak. Yeni Asır, 1932; Temmuz 31.
21. Gürel A. İzmir'in İlk Doktoru Dr. Mustafa Enver. KNK Kent Konak Dergisi 2018;35:60-61.
22. Heykelin Açılma Töreni Parlak Oldu. Yeni Asır, 1936; Mayıs 5.
23. Ratip Aşir Acudoğu Kimdir? https://okuryazarim.com/ratip-asir-acudogu-kimdir/#google_vignette (Erişim tarihi: 22.03.2025)
24. Doktor Mustafa Enver Bey Büstü https://kulturenvanteri.com/yer/doktor-mustafa-enver-bey-bustu/#17.1/38.43301/27.139065 (Erişim tarihi: 22.03.2025)
25. Dr. Mustafa Enver Bey Caddesi ve Gül Sokak'ın adı değiştirilmiyor, değiştirilmeyecek. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/dr-mustafa-enver-bey-caddesi-ve-gul-sokak-in-adi-degistirilmiyor-degistirilmeyecek-/46872/156 (Erişim tarihi: 30.12.2024).
26. Yaşar Aksoy (1981): Dr. Mustafa Enver Bey Kaç Ameliyat Yaptı? (Afet İnan'dan dinlediği anı). 5 Şubat 1979 Ankara. Atatürk ve İzmir, 100. Doğum Yılına Armağan, İzmir Gazeteciler Cemiyeti Yayını, İzmir, s.255-257.
27. Karayaman M. 20. Yüzyılın İlk Yarısında İzmir'de Sağlık, 1. Baskı, İzmir Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayını, 2008: 86-88.
28. Erciyas S. Memleket Hastanesi Müze Olmayı Bekliyor. KNK Kent Konak Dergisi 2016;29:22-25.
29. Akçiçek E. Kınlı O. İzmir'in Sağlık Tarihi Kongresi 1-3 Aralık 2005 Bildiriler. 1. Baskı. Uşşak Tif Matbaacılık, 2009, İzmir.
30. Tonbul Z. Forta Ö. Tarihi Hastaneler Gurebâ Hastaneleri'nden Memleket Hastaneleri'ne İlk Sivil Hastaneler. Novartis Kültür Yayınları No. 20. 2009, İstanbul.
31. Kahoot! https://kahoot.com/ (Erişim tarihi: 24.03.2025)
32. Wang AI, Tahir R. The effect of using Kahoot! for learning–A literature review. Computers & Education 2020;149:103818.

Araştırma Makalesi – Original Article

Tıp Tarihi Açısından Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Veremle İlgili Görüşleri *

Views of Dr. İsmail Hakkı of Milas on Tuberculosis from the Perspective of Medical History

Fatoş Öksüzaşıkı[i], Nusret Gedik[ii]

[i]Tarih Bilim Uzmanı, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, https://orcid.org/0000-0003-2870-3763
[ii]Doç. Dr, Marmara Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-5105-7854

ÖZ

Amaç: Bu yazının amacı, geç Osmanlı ve erken Cumhuriyet Dönemi aydınlarından Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın bilim tarihi ve sağlık alanındaki katkılarını değerlendirmektir. Yazıda, Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın verem hastalığıyla mücadeledeki rolü ve önerileri üzerinde durulacaktır.

Yöntem: İlgili yazı, Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın yazılı eserleri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın veremle ilgili yazıları ve pratik önerileri incelenmiş, sağlık politikalarıyla ilgili görüşleri ve toplumsal sorumluluk anlayışı analiz edilmiştir.

"Verem" ve "Vereme Karşı Elbirliği Savaşı" makaleleri Latin harflerine aktarılarak bu yazı tamamlanmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Doktor Milaslı İsmail Hakkı, verem hastalığıyla mücadelede hem bireylerin hem de Devlet'in üstlenmesi gereken sorumlulukları vurgulamıştır. Bireyler için vücudu kuvvetlendirmek ve sağlığı korumak üzerine odaklanmıştır. Devlet içinse genel sigorta sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerinin ücretsiz hâle getirilmesi ve verem hastalıkları için dispanserler, sanatoryumlar ve hastaneler kurulması gerektiği belirtilmiştir.

Sonuç: Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın görüşleri, geç Osmanlı ve erken Cumhuriyet Dönemi'nde sağlık politikaları ve toplumsal farkındalık ve bilinçlendirme açısından önemli bir yer tutmaktadır. Onun önerileri hem bireysel hem de Devlet düzeyinde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önemli bir bakış açısı sunmakla birlikte tarihsel olarak bilim tarihine değerli katkılarda bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Tıp Tarihi, Verem, Doktor Milaslı İsmail Hakkı, Türkiye, Sağlık Politikaları.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this research is to consider the contributions of Doctor Milaslı İsmail Hakkı, one of the intellectuals of the late Ottoman and early Republican periods, to the history of science and health. In particular, the role and suggestions in the fight against tuberculosis will be emphasized.

Method: The relevant article was carried out based on the written works of Doctor Milaslı İsmail Hakkı. Relevant articles and practical suggestions given by Doctor Milaslı İsmail Hakkı were examined, and activities related to health policies and understanding of social responsibility were analyzed.

Findings and Discussion: Medical Doctor Milaslı İsmail Hakkı emphasized both what could be done and what the administration should undertake in the fight against tuberculosis. For members, the focus was on strengthening the body and protecting health. For the state, it was stated that the establishment of an insurance system, making health facilities free of charge, and the establishment of distributors, sanatoriums, and hospitals for other diseases were necessary.

Conclusion: The contributions of Doctor Milaslı İsmail Hakkı have an important place in terms of health policies and social awareness in the late Ottoman and early Republican periods. His proposals provide an important perspective on the health landscape at both the individual and situational levels and make valuable contributions to the scientific heritage universally.

Key Words: Medical History, Tuberculosis, Doctor Milasli Ismail Hakki, Turkiye, Health Policies.

* *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):601-612*
DOI: 10.31020/mutftd.1553157
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 21 Eylül 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 10 Ocak 2025
İletişim- Correspondence Author: Fatoş Öksüzaşıkı <fatos.oksuzasiki@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Geçmişten günümüze insanlık, kendi elleriyle yarattığı medeniyeti geliştirmek için her türlü gayreti göstermektedir. Bunun için yeni kıtalar keşfedilmiş, yeni kültürler ortaya çıkarılmış, yeni madenler bulunmuş, eğitim-öğretim geliştirilmiş, tıp bilimi ilerlemiştir. Tüm bunlar insanoğlunun konfor alanını genişletmek için yine insanoğlu tarafından zenginleştirilip hayatın içerisine dahil edilmiştir.

Milletlerin yarattığı bilimsel araştırmalar tüm insanlığın ortak mirasıdır. Bu mirasa tüm milletler yetiştirdikleri insan gücü ve ürettikleri bilgi birikimiyle destek olmuştur.

Bilim tarihi, bilim pratiğinin ve bilimsel bilginin çağlar boyunca sergilediği gelişimi ve dönüşümü inceleyen disiplindir. Bilim tarihine her ulus kendi potansiyeliyle bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunmuştur. Bu birikim de her ulus açısından kıymetlidir ve araştırılmaya değerdir.

Tıp tarihi sağlık bilimleri ve özellikle tıbbın tarihi ile uğraşan bir mikro tarih alanıdır. Bu alana hizmet eden isimlerden birisi de Doktor Milaslı İsmail Hakkı (Milaslı)'dır.

Türk bilim tarihi geçmişten bugüne sayısız bilim insanlarının bilimsel üretimlerine şahitlik etmiştir. Bunların bilinmesi ve gelecek kuşaklara aktarılması içinde bulunulan zamanda herkesin görevidir.

Hekimlik mesleğini sağlık bürokrasisine taşıyan fakat onunla da yetinmeyip hem dil bilimi hem de dinî bilimlerde ihtisaslaşan isimlerden birisi Milaslı İsmail Hakkı'dır. Milaslı İsmail Hakkı; tıp, İslam dini ve dil bilimi konusunda çalışmalar yapmıştır. O, geç Osmanlı erken Cumhuriyet Dönemi'nde yaşamış ve bu dönemlere tanıklık etmiş çok yönlü bir bilim insanıdır.

Çalışmanın amacı Milaslı İsmail Hakkı'nın Türk bilim tarihinin veremle ilgili literatürüne yaptığı katkıyı ortaya koymaktır; hedefiyse verem alanında Türk bilim insanlarının dünya tıp literatüründeki gayretleri hususunda ilgili kamuoylarında akademik düzeyde veriyi paylaşmaktır.

Önceden Milaslı İsmail Hakkı'nın veremle ilgili çalışmalarına değinilmemesi hem hekim hem de sivil başka bir bürokratın veremle ilgili görüşlerinin ortaya çıkarılmamış olması çalışmanın özgün değeridir.

Yöntem

Bu çalışmada, Dr. Milaslı İsmail Hakkı'nın bilimsel mirası incelenmiştir. Özellikle, Çanakkale Sıhhiye Müdürü olarak görev yaptığı dönemde Arap alfabesiyle kaleme aldığı "Verem" ve "Vereme Karşı El Birliği Savaşı" başlıklı makaleleri, Latin harflerine aktarılmıştır. 2024 Temmuz-Eylül ayları içerisinde bu yazının bitirilmesi gerçekleştirilmiştir. Milaslı İsmail Hakkı'nın makaleleri, 1918 yılında Çiftçiler Derneği Mecmuası'nda yayımlanmıştır. Bahsi geçen yazıda makalelerin içeriği, tıp tarihi açısından detaylı bir şekilde incelenmiş ve değerlendirilmiştir.

Milaslı İsmail Hakkı'nın 1918 yılında veremle ilgili yazdığı iki makaleden, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi yöntemiyla istifa edilerek değerlendirilme yolu benimsenmiştir. Bu yöntem aracılığıyla makalelerin metin içeriği detaylı bir biçimde analiz edilmiş; elde edilen bulgular tartışma ile birlikte sunulmuştur.

Bulgular ve Tartışma

1. Verem Nedir? Dünyada ve Türkiye'de Veremin Yayılımı

1.1. Veremin Kökeni

Tüberküloz yani verem, etkeni verem basili ya da Koch basili olarak adlandırılan mycobacterium cinsi bakterileri olan bulaşıcı hastalıktır. Günümüzde akciğer veremi için kullanılan "tüberküloz" sözcüğü XIX. yüzyılda Laennec ve Bayle tarafından ilk kez kullanılmıştır. Hastalığa tarihi süreçte birçok isim verilmiştir.

Consuption (tüketim hastalığı), beyaz ölüm, beyaz veba ve ölümün kaptanı (insanların toplu hâlde ölümüne sebep olduğu için) bunlardan bazılarıdır.

İslam hekimleri İbn-i Sina'dan beri verem için "sill ve dık" sözcüklerini, Tanzimat Dönemi'nden sonra Arapça "teverrüm ve müteverrim" sözcüklerini bunların yanında "verem" sözcüğünü de kullanmışlardır. Halk dilinde ise "ince hastalık, ince ağrı ve kuru ağrı" sözcükleri tercih edilmiştir.[1, 3]

Üç yüz milyon yaşında olduğu bilinen verem mikrobu; tabiatta sularda, toprakta, çamurda, otlaklarda bol miktarda bulunmaktadır.[4] Verem mikrobu taşıyanlar; hastalığı diğer insanlara öksürme, hapşırma ve konuşma sonucu yani hava yoluyla bulaştırmaktadır. Mikrop, daha çok hastaların balgamlarında bulunmaktadır. Çünkü verem, en fazla akciğerleri tutmaktadır.[5, 6]

Veremin insanları hastalandırması, sığırları evcilleştirip büyük bir kısmını kendi evleri dâhil dar mekânlarda barındırmalarıyla başlamıştır. İneklerinin yanında yatan, etlerini pişirip sütlerini içen insanlar zamanla kendi verem türlerini geliştirmişlerdir.[7] Dolayısıyla kemik veremi, bağırsak veremi, beyin zarı veremi, sıracalar, böbrek veremi gibi hep aynı bir mikrobun yaptığı hastalıklardır ki hepsi veremdir.

Ortaçağ'da verem hastalığı, dönemin tüm hastalıklarında olduğu gibi Tanrı'ya karşı gelen insanlara verilen ceza olarak bilinmiştir. Ancak Sanayi Devrimi ile birlikte Avrupa'da hastalığın sebepleri artık sadece dinî sebeplerle değil, aynı zamanda aile yapısının büyük oranda değiştiği yeni bir sosyal düzende aranmaya başlanmıştır. Şehir yaşamı ve fabrikalarda çalışma zorunluluğu, kırsal kesimlerdeki geleneksel aile değerlerini çözüp dağıtmış; aile fertleri fabrikalarda uzun saatlerde ve oldukça zor şartlar altında çalışmak zorunda kalmışlardır. Bu yeni yaşam biçimi; fabrika ile ev arasında kalan ve makinelerin belirlediği bir düzende yaşayan ve kırsal bölgelerden gelen insanları derinden etkilemiştir. Aile fertleri birbirini nadiren görme ve duygusal tatminsizlik yaşama eğiliminde olduğu için beslenme yetersizlikleri nedeniyle vücutları hastalıklara karşı daha savunmasız hâle gelmiştir.[8]

Veremin sosyal yapısını ve kendine özgü sanayi ekolojisini kavrayan ilk tıp ve çevre bilimci René Dubos'tur. Dubos; hastalıkların sadece tek bir mikrobun sebep olduğu düşüncesine katılmamış ve verem basilinin yalnızca kitle ölümlerine tek başına neden olmadığını düşünmüştür. Onun görüşüne göre XIX. yüzyılın kötü yaşam koşulları, yetersiz ücretler ve aşırı nüfus artışı insanları o kadar zayıf bırakmıştır ki ölümler daha kolay meydana gelmiştir.[8] Zamanla sanayileşen Avrupa'da refahın artmasıyla birlikte, vereme neden olan sosyal sıkıntıların azalmaya başladığı görülmüştür. Sanayi Devrimi; verem konusundaki tüm olumsuz etkilere sahip olmasına rağmen insanların yaşam standartlarını yükselttiği anlaşılmıştır. Bütün bunların yanında bilimsel ilerlemeler sayesinde verem tedavisinde önemli adımlar atılmıştır.[9]

Verem mikrobu 1882 yılında Alman bilim insanı Dr. Robert Koch tarafından keşfedilmiştir. Bu mikrobun veremlilerin akciğer ve balgamlarında bulunduğunu ve bunu hayvanlara aşılamak suretiyle verem meydana getirmenin mümkün olduğunu ispatlamıştır. Koch, hastalık yapan mikroorganizmalarla ilgili çalışmalarıyla mikrobiyoloji bilim dalına büyük katkıda bulunmuştur. Yine Dr. Robert Koch; verem mikrobunu bularak "veremin bulaşıcı, korunabilir ve iyileştirilebilir bir hastalıktır" tezini kanıtladığından veremle ilgili çalışmaların niceliği ve niteliği artmıştır.[12, ,16] Bu sebeplerle Koch, "Nobel Tıp Ödülü"nü almıştır.[10-11]

1.2. Dünya'da Veremin Yayılımı ve Veremle Mücadele

Verem bütün dünyada yaygın olarak görülen ve pek çok ülkede önde gelen bir ölüm sebebi hâline gelmiştir. Veremle ilgili ilk bilgi, M.Ö. 3000 yıl önce Nil nehri kenarındaki Dra Abu-El Naga adlı kasabada yaşamış olan ve kanlı balgam çıkararak ölen genç bir kızdan öğrenilmiştir.[4, 13]

Hipokrat'ın yaşadığı dönem olan M.Ö. 370-460 yıllarında Yunanistan'da veremin etkili olduğu, M.Ö. 600 yıllarından itibaren Nil Havzası'ndaki Yunan kolonilerinde verem hastalığının görüldüğü belirtilmiştir.

Mısır'da, milattan 1500 yıl önce yazılmış ve mezarlarda bulunmuş papirüslerde 250 çeşit hastalık kaydedilmiş ve bu hastalıklar arasında "sıraca veremi"ne yer verilmiştir. Ayrıca, Kolom'dan önceki döneme ait Peru bronzlarında bel kemiği veremine dair kambur resimler ve bronz vazolar bulunmuştur. Amerika'da görülen bu resimler, Mısır'dakilerle benzerlik göstermektedir.[11]

İbn-i Sina (980-1038), hastalıkların bir kişiden diğerine geçebileceğini ve çocuk emziren veremli bireylerin tedavi edilmesi gerektiğini "El-Kanun fi't-Tıbb" adlı eserinde belirtmektedir. Ayrıca verem tedavisinde, gül suyu ve gül şerbetinin yararlı olabileceğini vurgulamış ve bu tedavi yöntemi o dönemde yaygınlık kazanmıştır.

Verem hastalığının cezalandırıcı etkisi olduğuna da inanılmış ve hastalar, kralların önünde sıraya girerek kralın teması (temas büyüsü) yoluyla iyileşeceğine inanılmıştır. Kralın temasıyla yapılan tedaviler İngiltere'de XVIII. yüzyıl başına kadar Fransa'da ise XVIII. yüzyıl sonlarına kadar devam etmiştir.[3, 14]

Verem tarihi üzerine yapılan araştırmalar, milattan önce ve milattan sonraki yüzyıllarda tüberkülozun dünya genelinde belirli dalgalanmalar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Söz gelimi M.Ö. 1500-750 yılları arasında Nil Vadisi'nde, M.Ö. 1500-50 yılları arasında Eski Yunan'da, M.S. 250-1500 yılları arasında Amerika'da ve M.S. 1000-2000 yılları arasında Avrupa'da epidemiler yaşanmıştır.

Salgınlarda hastalık, belirli dönemlerde zirveye ulaşmış ve ardından ani bir şekilde azalmıştır. Bu tür verem salgını dalgalanmalarının oluşumunda kişisel/toplumsal bağışıklık sistemi, sosyo-ekonomik faktörler ve hastalığın doğal seyri etkili olmuştur. Nüfus artışı, gelir farkları, yoksulluk ve Sanayi Devrimi bu etkiler arasında önemli rol oynamıştır.[12]

Amerikan yerlileri, kırsal bölgelerde yaşadıkları için Buffalo olarak adlandırılan yabani sığırlarda bulunan düşük virülanslı mikobakteriler nedeniyle vereme yakalanmamışlardır. Ancak beyazların Avrupa'dan getirdiği verem mikrobunu tanımadıkları veya bağışıklıkları olmadığı için yerlilerin, kısa sürede hastalandığı ve büyük kayıplar verdikleri kaydedilmektedir. Aynı durum, Güney Afrika ve Yeni Zelanda'daki Maoriler için de geçerlidir.[15]

Verem, 1800'lü yıllarda Avrupa'nın nüfusunun neredeyse %70'ine bulaşmıştır. Bunların 1/7'si ölmüştür. İngiltere'de Manchester fabrikalarında çalışan göçmen İrlandalıların birçoğu veremden hayatlarını kaybetmişlerdir.[8]

Avrupa'da verem nedeniyle yaşanan ölümlere rağmen, uzun yıllar süren mücadelede önemli başarılar elde edilmiştir. Rusya'da veremle mücadeleye özel bir gün ayrılmış; Nisan'ın 20'sine denk gelen gün "Beyaz Çiçek Günü" olarak adlandırılmıştır. O günde veremle ilgili makaleler yayımlanmakta, sıhhiye tedbirlerine dair talimatnameler hazırlanmakta ve genel konferanslar düzenlenmektedir. Belçika'da veremle mücadelede özellikle kadınların katkıları büyük önem taşımaktadır. Kraliçe Elizabeth'in doğum gününe denk gelen bu özel günde, Avrupa'nın pek çok ülkesinde gül satışı yapılmakta ve elde edilen gelir, veremle mücadeleye harcanmaktadır. Romanya'da 1901 yılından itibaren kurulan "Veremden Tahaffuz ve Fakir Müteverrimlilere Muavenet Cemiyeti", fakir hastaların ihtiyaçları karşılamış ve veremli hastaların muayene ve tedavi süreçlerini üstlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde de veremle mücadele oldukça geniş kapsamlıdır. New York'ta, 1910 yılında yayımlanan küçük bir risalede "Tedavi Edilmemiş Hiçbir Müteverrim Görülmeyecek" denilmektedir. New York, Chicago ve San Francisco gibi şehirlerde hastabakıcılar veremli ailelerle düzenli olarak temas halinde olup evde bakım ve tedavi hizmetleri sunulmuştur.[17]

1.3. Osmanlı Devleti'nde Veremin Yayılımı ve Veremle Mücadele

Osmanlı Devleti'nde veremle mücadele genel olarak gönüllü kuruluşlarla yürütülmüştür. Veremin Avrupa'da en yaygın olduğu yıllar Osmanlı Devleti'nin çöküş devrine rastlamış; Osmanlı toplumu da en az

Avrupalılar kadar bu hastalıktan etkilenmiştir. Nitekim Osmanlı sarayında veremden vefat eden padişahlar da olmuştur. II. Mahmut ve I. Abdülmecid bunlardan birkaçıdır.

II. Abdülhamit, 1882 yılında Koch'un verem mikrobunu bulmasına kayıtsız kalmamış ve Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'nin bu alanda yaptığı çalışmaları yakından takip etmiştir. Koch'un 1890'da tüberkülini tedavi amacıyla kullandığını duyurmasıyla tüm dünyada ilgiyle karşılandığı dönemde gelişmeleri yakından incelenmesini isteyen II. Abdülhamit; Berlin'e Dr. Horasancı, Dr. Feyzullah, Dr. Naim ve Dr. Düring'den oluşan bir heyet göndermiştir. İncelemelerini bitiren heyet II. Abdülhamit'e rapor hazırlamışlardır. 1891'de Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'nin yayın organı olan Gazette Médicale d'Orient'de kaleme aldıkları bu rapor yazısında tüberkülinin yaralarının yanında zararlarının da bulunduğunu, kullanımına ancak padişahın izin verebileceğini belirtmişlerdir.[18-19]

II. Abdülhamit'in emriyle 1898 yılında Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane tarafından veremin bulaşma yolları ve veremden korunma, temizlik, vereme karşı mücadele derneği ve sanatoryum kurulması konularını içeren rapor sunulmuştur. Yine veremin yayılmasını önlemek için hapishane ve nezarethanelerde veremli hastalar ayrılmış ve bu kişilere birer tükürük hokkası verilmiş, kışla ve okullarda yere tükürmek yasaklanmıştır. Mevcut hastanelerde verem koğuşları yapılması gibi tedbirler de alınmıştır. Ayrıca İstanbul'da bir verem hastanesinin tesis edilmesi fikri savunulmuştur.[20-22]

Hamidiye Etfal Hastane-i Âlisi, 1900 yılında hizmete girmiş ve bu hastane içerisine 31 Ağustos 1906 yılında ilk çocuk sanatoryumu 24 yataklı olarak açılmıştır. Akciğerlerin radyolojik olarak incelenmesi de Dr. Esat Fevzi tarafından başlanmıştır. Verem hastalığıyla ilgili çalışmaların yapabilmesi için 1908 yılında bir komisyon oluşturulmuştur. [22]

Veteriner Dr. Osman Nuri tarafından 1910-1913 yılları arasında Bakteriyolojihane-i Şâhâne'de[23] ilk tüberkülin yapımı ve uygulanması gerçekleşmiştir. 13 Nisan 1914 tarihinde Emrâz-ı Sâriye ve İstilâiye Nizamnamesi'nde veremle ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Ayrıca veremden ölenlerin haber verilmesi zorunlu tutulmuş, verem basillerini çıkaranların okula devam etmesi yasaklanmış, bulaş döneminde olan veremlilerin dokunduğu yer ve eşyaların temizlenmesi zorunluluğu getirilmiştir. [2,24]

İstanbul'da 8 Haziran 1918 tarihinde Cemal Paşa başkanlığında "Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti" kurulmuştur. Cemiyetin başkanlığına Dr. Besim Ömer Paşa seçilmiştir. Cemiyetin amacı, verem konusunda halkı bilinçlendirmek ve verem dispanserleri kurulmasını sağlamaktır. Fakat 16 Mart 1920 tarihinde İstanbul'un işgali üzerine çalışmalara son verilmek zorunda kalınmıştır.[25, 26]

İstanbul'da veremden ölüö istatistiklerine bakıldığında 1901-1923 yılları arasında 2,800 kişi bu hastalıktan vefat etmiştir. Bu sayı genel ölümlerin %15,8'ini oluşturmaktadır. İzmir'de ise 1892-1914 yılları arasına 14,700 kişi veremden vefat etmiştir. Bu sayı, İstanbul ile aynı ölüm oranındadır. Veremden ölüm; 1919 yılında haber verilmesi zorunlu hastalıklardan ölenlerin toplamından üç katı daha fazla olmuştur.[27]

Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde veremle mücadele adına ilk kez 1922 yılında Dr. Akil Muhtar ve Dr. Muzaffer Şevki yaptıkları pnömotoraks uygulamalarıyla duyurmuşlardır. Yine bu dönemde I. Millî Tıp Kongresi düzenlenmek istenmiş fakat gerçekleştirilememiştir. Cumhuriyet Dönemi'nde gerçekleşecek olan bu kongre, veremle mücadelede sürekliliğin olduğunu gösteren ayrı bir faktördür.[2]

2. Doktor Milaslı İsmail Hakkı (1869-1948)

2.1. Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Hayatı

Milaslı İsmail Hakkı, 1869 yılında Muğla'nın Milas ilçesinde dünyaya gelmiştir. Tüccar, Milaslı Hacı Mehmet Ağa'nın oğludur. Milas'ta ilköğrenimini, Aydın ve İzmir'de ortaöğrenimini tamamlayan Milaslı İsmail Hakkı, İstanbul'da Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye'sini 19 Haziran 1890 tarihinde 324 diploma numarasıyla bitirmiştir.

Muğla Belediyesi'nde 1893 yılında ilk hekimlik görevine getirilmiştir. Dönemin arşiv kayıtlarına göre 2 Aralık 1893 tarihinde Muğla Mekteb-i İdadadisi'nde Fransızca muallimi olarak görev yaptığı belirlenmiştir. Daha sonra 1896'da Kastamonu ilinin İnebolu kasabasında Frengi Hastanesi'nde hekimlik yapmıştır. Milaslı İsmail Hakkı; Şam, Beyrut, Aydın, Çanakkale ve Bitlis illerinde Sıhhiye Müdürlüğü ve Sıhhiye Müfettişliği görevlerinde bulunmuştur. Bitlis'te sıhhiye müdürüyken 1929 yılında emekli olmuştur.[28-30]

Arşiv belgelerine göre Milaslı İsmail Hakkı; çok iyi derecede Arapça, Farsça ve Fransızca bilmektedir.[29] Tıp, İslam dini ve dil bilimi alanlarında eserler vermiş çok yönlü bir hekim olan Milaslı İsmail Hakkı, kendi imkânları doğrultusunda kamuoyu oluşturmak amacıyla "Teceddüt" adında gazete de çıkarmıştır. [31, 33]

İstanbul'un işgali üzerine 30 Mayıs 1919'da Sultanahmet Meydanı'nda düzenlenen yüz binlerce kişinin katılmış olduğu İkinci Sultanahmet Mitingi'nde dönemin önde gelen aydınlarından birisi olarak işgale karşı çıkan bir konuşma yapmıştır.[34] Mütareke Dönemi'nde Milaslı İsmail Hakkı, 1920 yılında kurulan Yeşilay (Hilâl-i Ahdar) Cemiyeti'nin kurucularından birisi olmuştur.[35, 36]

Ulus Gazetesi'nin 7 Ağustos 1948 tarihli yazısında vefat haberi yayımlanmıştır.[33]

Güncel literatür bilgisine göre Milaslı İsmail Hakkı'nın yazmış olduğu 19 kitap ve 42 makalesi mevcuttur. Elde edilen bulgular çerçevesinde "Milaslı İsmail Hakkı 'nın Bilimsel Mirası I Tıp Yazıları, II Dil Bilimi Yazıları ve III Dini Bilimler Yazıları" olmak üzere üç ciltlik eser meydana getirilmiştir.[34, 35, 36]

2.2. Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Türk Bilim Tarihindeki Yeri

Dr. Milaslı İsmail Hakkı, dönemin sivil tıbbiyesinden emraz-ı umumiye (genel hastalıklar) hekimi olarak mezun olmuştur. Anadolu ve Suriye'nin farklı coğrafyalarında salgın hastalıklarla mücadele ederek ihtisaslaşması ve başarılı mücadeleleri onu Sağlık Bakanlığı'nın Teftiş Kurulu Başkanlığı'na taşımıştır. Böylece hekimlik mesleğine bürokrat kimliğini de ekleyen Milaslı İsmail Hakkı; özellikle frengi başta olmak üzere sıtma, tifüs, kolera, verem gibi salgın hastalıklarla hem sahada hem de siyasi arenada mücadele etmeyi kendisine hedef olarak belirlemiştir. Bunun için çeşitli gazete yazıları, kitaplar, makaleler çıkararak halkı bilgilendirmeye çalışmış; koruyucu sağlık politikalarının hayata geçirilmesi için de siyasi erkle dirsek temasına girişmiştir.[37] Özellikle salgın hastalıklar, bulaşıcı hastalıklara karşı alınacak toplumsal ve sıhhî yöntemler, günümüzde Aile Sağlık Merkezleri olarak adlandırılan kuruluşların kurulması gibi meseleler üzerinde durmuştur.[39, 40, 41]

Dil alanında Latin harflerine geçilmeden bir ara dönem olarak kabul edilen huruf-ı munfasılacılığın (Enver Paşa'nın 1914 yılında geliştirdiği "Hurûf-ı Munfasıla" yazı sistemi) savunucusu olmuş ve bu yeni yazının hayata geçirilmesine birincil olarak çaba gösteren kişi olmuştur.[39, 42]

3. Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Veremle İlgili Görüşleri

Dr. Milaslı İsmail Hakkı, Çanakkale'de çıkan Çiftçiler Derneği Mecmuası'nda veremle ilgili 1 Ağustos 1918 tarihinde "Verem" ve 1 Eylül 1918 tarihinde de "Vereme Karşı El Birliği Savaşı" başlıklı iki makale yayımlamıştır. Birbirinin devamı olduğu anlaşılan bu iki makalede, salgın hastalıklar uzmanı Milaslı İsmail Hakkı'nın gözünden dönemindeki vereme bakışını ortaya koymakta ve veremle mücadelenin nasıl yapılması gerektiği konusunda bilgiler sunmaktadır.[6, 43]

Milaslı İsmail Hakkı; "Verem" başlığını taşıyan makalesini "Vereme Tutulmamanın Çareleri", "Mikrobun Vücuda Girdiği Yollar", "Mikrobun Girmesine Yardım Eden Şeyler" ve "Verem Mikrobuna Karşı Dayanıklılık" adı altında dört alt başlıkta sıralamıştır. Bu dört başlıkta veremin bulaşıcı bir hastalık olduğu konusunda toplumun büyük bir kısmının bilgisinin yetersiz olduğunu ortaya koyan Milaslı İsmail Hakkı, Avrupa ülkelerinde veremin önlemek için pek çok uğraş verildiğinden bahsetmektedir. Bu süreçte veremle ilgili şu ifadelerde bulunmaktadır:

> *Vâkıâ şimdiye kadar veremin aşısı, serumu, ilacı bulunmamışsa da gerek tutulmamak için gerek tutulduktan sonra iyi olması için tesirli çareler bulunmuştur. Yakın vakitlere kadar verem çaresiz bir hastalık olarak bilinirdi. Fakat bir zamanlardan beri veremin iyi olabilir hem de epeyce çok kimseler iyi olabilir bir hastalık olduğu anlaşılmıştır. Gerek vereme tutulmamak ve gerek veremi iyi etmek için elimizde bulunan en kıymetli çare; vücudu verem mikrobuna dayanacak, onu yenecek bir hâle getirmek yani kuvvetlendirmektir*.[6]

Verem mikrobunun Dr. Robert Koch tarafından keşfedildiğinden bahseden Milaslı İsmail Hakkı, "veremin akciğerlerde tutulduğunu ve çeşitli organlara veremin sirayet ettiğini" aktarmaktadır. Mesela "Kemik veremi, bağırsak veremi, beyin zarı veremi, sıracalar böbrek veremi, hep aynı bir mikrobun yaptığı hastalıklardır. Bunların hepsi veremdir. Fakat en mühim olanı akciğer veremi[dir] demektedir.[6, 40]

"Vereme Tutulmamanın Çareleri" başlıklı birinci bölümde, verem mikroplarının insana en fazla tozlarla nefes borularından girdiğini ancak deriden, bağırsaklardan giren mikropların olduğunu da bildirmektedir. Milaslı İsmail Hakkı; vücuda girmeye çalışan mikroplara karşı vücudun direnç gösterdiğini fakat verem mikrobunun uzun süre vücutta kalabilmesinden dolayı çabucak ölmediğini, yayılmak için fırsat kolladığını belirterek verem mikrobunun ne kadar illetli olduğunu vurgulamaktadır. Milaslı İsmail Hakkı, vereme tutulmamak için vücudumuza mikrobu uğratmamanın ve mikroba karşı direnç sağlanılmasının gerekliliğinden de bahsetmektedir.

Milaslı İsmail Hakkı; "Mikrobun Vücuda Girdiği Yollar" başlıklı ikinci bölümde, verem mikrobunun vücudumuza nasıl girdiğine dair görüşlerini üç maddede sıralamaktadır. Bunlar şu şekildedir:

> *1. Nefes borularıyla ki bu da ya veremlinin öksürürken balgam parçalarının küçük zerreler hâlinde yanındaki insanların ağızlarına, burunlarına atması yahut balgamlar ötede, beride kuruyup toz hâline girdikten sonra nefesle girmesiyle olur.*
>
> *2. Deriden girer: Mikropların ve mikropla bulaşık birtakım şeylerin derimizin üzerine sürülüp kalmasıyla olur.*
>
> *3. Bağırsaklardan girer: Bir veremli hayvanın etini iyi pişirmeksizin yemek yahut veremli ineğin sütünü iyice kaynatmadan içmek sebepleriyle girmesi gibi bunlar hep ispat edilmiştir.*[6]

Milaslı İsmail Hakkı, bu dönemde veremin nasıl bulaştığı noktasında yapılmış olan çalışmalardan da bahsetmiştir. Bu çalışmaları, şu şekilde aktarmaktadır:

> *Veremlilerin balgamları alınıp kurutulduktan sonra Hint domuzlarının bulundurulduğu bir odada toz edilmiş. Bunun üzerine hayvanların hepsi verem olarak ölmüşler. Deriden verem geçtiği bir teşrih hocasının veremli bir adamı teşrih ettiği sırada elindeki çizikten verem geçip hocanın verem olması ve bir sütninenin memesini veremli bir çocuk ısırmasıyla kadının vereme tutulması ve veremli hayvanların etlerini, sütlerini, ciğerlerini veremli insanların balgamlarını elleyen kimselere verem geçmesi gibi misallerle ve bazı hayvanlar üzerinde yapılan tecrübelerle malum olmuştur. Süt emen çocuklara veremli olan validelerinin sütünden veya veremli ineklerin sütlerinden verem geçebilir. Ve çok kere bu verem çocuklukta belli olmaz sonradan meydana çıkmıştır.*[6]

"Mikrobun Girmesine Yardım Eden Şeyler" başlıklı üçüncü bölümde Milaslı İsmail Hakkı; birtakım tozlu dumanlı havalar içinde yaşayarak nefes borularını yormanın, zedelemenin verem mikrobunun vücuda kolay girmesine sebebiyet vermesinde etkili olduğunu aktarmıştır. Yine Milaslı İsmail Hakkı; "Gerek dış deri ve gerekse iç deri sağlam tutulduğunda mikrop giremez.[6]" diyerek vücudumuzu korunaklı tutmaya teşvik etmeye çalışmaktadır.

Milaslı İsmail Hakkı, "Verem Mikrobuna Karşı Dayanıklılık" başlıklı son bölümde vücudun verem mikrobuna karşı koyabilme özelliğini azaltan iki sebepten bahsetmiştir. Bunlar; soğuk hava şartları ve veremli anne ve babadan dünyaya gelmektir. Soğuk hava şartları için üşüyen vücuda mikrobun çok çabuk bulaşabildiğini ve vücutta yayılımının arttığını yazmaktadır. Veremli anne ve babadan dünyaya gelen çocuğun doğuştan veremli doğmadığını fakat müteverrim potansiyeliyle doğduğundan bahsetmektedir. Ayrıca veremli annenin çocuğunu emzirmemesi gerektiğini yazmıştır. Yeni doğan veya gürbüzleşmeye çalışan çocuğun müteverrim olmasıyla organlarını büyümesi için gücünün kalamayabileceğinden de bahsetmektedir.

Milaslı İsmail Hakkı; herhangi bir hastalığı yeni atlatmış hastaların vereme yakalanma hızının fazla olduğunu aktarmaktadır. Örneğin kızamık veya influenzadan sonra vereme yakalanma olasılığı daha yüksektir.[6, 43]

Bir insanın beslenme şekli, yemeğin besleyiciliği de vereme yakalanmada önemli bir etkiye sahiptir. Öyle ki maddî durumu yetersiz ve ihtiyaç sahibi insanların verem mikrobuna yakalanmalarının temel nedeni de budur. Temiz hava eksikliği de böyledir. Daima kapalı ve iyi hava almayan yerlerde yaşayanların vereme tutulma oranları çok daha yüksektir. Zehirlenmelere maruz kalan insanların vereme yakalanmaları da daha kolaydır.[6]

Milaslı İsmail Hakkı; zehirler arasında verem olmaya en çok içkiler sebep olmaktadır, demektedir.[6, 44] İçki kullanan insanların kendilerinin veya çocuklarının daha kolay vereme yakalandıklarını bildirmektedir.

Milaslı İsmail Hakkı; "Vereme Karşı El Birliği Savaşı" makalesini, "Herkesin Kendi Yapacağı Tedbirler" ve "İçlerinde Mikrop Bulunabilen Şeylere Karşı Tedbirler" olmak üzere iki alt başlıkta kaleme almıştır. Milaslı İsmail Hakkı; bu makalesinin girişinde veremin vücutta iyi edilmesinin kolay olmadığını, çok uğraş ve iyi bakım gerektirdiğini, bakım ve tedavisinin masraflı olduğunu gerekirse yurt dışına gidilip tedavi olunması gerektiği noktasında durmaktadır. İhtiyaç sahibi insanların verem tedavisinin masraflarını karşılamakta zorlandığından, verem hastalığına tutulan insanların evlerinde bakılabilmesinin sadece zengin insanlar için geçerli olduğundan bahsetmektedir.[40] Milaslı bu durumu örneklendirmek için Almanya'daki çalışmalara atıf yaparak Türkiye'de bu tarz teşkilatlanmaya gidilmesi gerektiğini ifade etmeye çalışmaktadır:

> *Almanya'da amele sınıfının hastalık, sakatlık ve ihtiyarlık hâllerinde kendilerinin bakılması için sigortaları ve hükûmetçe yapılmış kanunları vardır. Bu kadarla da kalmamışlardır. Hastaların bakılacağı birtakım yerler de yapılmıştır ki bunlar da üç türlüdür:*
>
> *1) Dispanserlerdir ki hem vereme tutulmamak için hem tutulanları iyi etmek için hizmet ederler. Bunlar vereme daha tutulmamış fakat tutulmak üzere olanlarla yeni tutulmuş fakat daha kimseye hastalığı geçirecek balgamları olmayan ve şifa bulmalarından ümit çok olan hastaları bulup kendilerine lazım olan nasihatleri vermek, yolları öğretmek için yerlerdir. Bu dispanserleri idare edenler daima esnaf kahyalarını, fukara mahalleleri muhtarlarını görmek, onlardan esnaflarında, mahallelerinde öyle yakında verem olmasından korkulan veya yenice verem olmuş kimseler olup olmadığını ve böylelerin dispanserlere uğramaları için çalışırlar. Vâkıâ dispanserlerde ilaç verilmez. Fakat vakit ve zamanıyla tehlikenin önünü almak çareleri öğretilir. Bundan başka meccanen tükürük hokkaları, balık yağları ve çalışmaktan menolunanlara iyi yemekler verilir. Ve bu gibi hastaların evlerine dispanserde çalışan bu işe mahsus kimseler gönderip tembihlerin tutulması, yapılması için yardım ettirirler. Bunlardan başka dispanserler hastaların ayrı bulunması, hastanın odasının ve eşyasının temizlenmesi ile hayrathanelere, hayır sahiplerine gidip hastaların muhtaç oldukları yardımı bulabilmek işleriyle uğraşırlar.*
>
> *2) Sanatoryumlar: Hastalıkları ilerlemiş veremliler için dispanser kâfi gelmez. Bunları kendi keyiflerine bırakmak ve yapılması güç ve karışık olan tedbirleri kendilerinden dinlemek caiz değildir. Onları ayırmak ve hastalıklarına lazım olduğu gibi bakılabilmek için ne lazımsa mecburî*

kılınmak ister. İşte bu iş için de sanatoryumlar yapılmıştır. Bu yerlerde en ziyade veremlilere doktorların nezareti altında kendilerine bakmak öğretilir.

3) Veremliler hastahaneleri: Fakat bütün veremlilerin böyle yerlerde yaşamaları mümkün olmadığından ve bazılarının hastalıkları çok ilerlemiş olduğu hâlde dahi uzun zaman sağ kaldıklarından böyleler için de ayrıca hastahaneler yapılmıştır ki buralara başka hastalar kabul edilmez ve başka hastaların kabul edildiği hastahaneler de veremlileri kabul etmemelidir.[43]

Milaslı vereme şifa bulunabileceğini fakat bu sürecin uzun ve meşakkatli olduğunu aktarmaktadır. Hastalığa yakalanmamak için « Herkesin Kendi Yapacağı Tedbirler » başlığındaki birinci bölümde, veremden korunmak için yapılması gerekenleri iki maddede söz etmektedir. Birincisi vücuda verem mikrobunun bulaşmaması için vücudu korumak; ikincisi de mikrobun vücuda gelmemesi için çare bulmaktır.[43]

Milaslı İsmail Hakkı, verem mikrobuyla ilgili alınması gereken tedbirleri hastalık derecisine vardırmadan alınması hususunda toplumu uyararak dikkat edilmesi gerekenleri şöyle sıralamaktadır:

a) Verem mikrobunun vücuda tesir edememesi için en birinci tedbir, vücudu zayıflatmamaktır.

b) Yemek, içmek, ev, oda gibi meselelere ehemmiyet verilmesi gerekmektedir.

c) Doğuştan bağışıklığı zayıf olanlarla, anne ve babadan vereme mirası kalmış olanlar ile hastalıklardan yeni iyileşmiş ve yeni yetişmekte olan çocuklara çok daha fazla dikkat edilmelidir.

d) Nezle ve soğuk algınlığı gibi küçük hastalıklar mühimsenmelidir.

e) Tozlardan ve hastalardan, hastaların bulundukları yerlerden sakınılmalıdır.[43]

Milaslı İsmail Hakkı ; "İçlerinde Mikrop Bulunabilen Şeylere Karşı Tedbirler" başlıklı ikinci ve son bölümde mikropların gözle görülmediği için vücudun nerelerine girdiğinin çoğu kez bilinmediğinden havadaki tozlara, yenilen etlere, içilen sütlere dikkat edilmesi gerektiğini söylemektedir. Milaslı İsmail Hakkı, yeni taşınılacak evlerin dezenfeksiyon edilmiş olması gerektiği noktasında da durmaktadır.[43] Özellikle kitap gibi araç ve gereçlerden de verem bulaşılabildiğinden bahseden Milaslı İsmail Hakkı, bu konuya şöyle bir açıklama getirmiştir:

Kitaplarla verem geçmişi vardır. Bir kitabı okuyan kimsede verem varsa kitabın yapraklarını parmağını tükürüğe bulaştırarak çevirdikçe veya kitaba doğru öksürdükçe verem mikroplarını kitaba veya kağıda bulaştırır. Verem mikropları uzun zaman yaşayabildiklerinden, bir hayli zaman sonra bile o kitabı ve kağıtları okuyan insanlara verem geçebilir. Bunun emsali çoktur. O cihetle başkaları tarafından kullanılmış kitapları, kağıtları hekimlikçe temizletmeden okumamalı ve yaprakları parmağı tükürükle ıslatarak çevirmek âdetinden vazgeçmelidir.[43]

Kahvehanelerde iskambil kâğıtlarıyla oynayan insanlarda da verem mikrobu kolaylıkla bulaşmaktadır diyen Milaslı İsmail Hakkı; bu kâğıtların tehlikeli olduğunu, müteverrim olduğunu bilmeyen kimselerin, veremli olmayanlara veremi tükürük yoluyla bulaştırabileceğini bildirmektedir.[43]

Yine kullanılmış eşya ve elbiselerin tehlikeli olduğundan bahsetmektedir. Özellikle Anadolu'da ölen bir kimsenin eşyasını, elbisesini uzaktan yakından muhtaç hısım ve akraba veya başka ihtiyaç sahiplerine vermek âdeti olduğundan bunların iyi dezenfeksiyon edilmedikçe hastalığın birçok kimseye daha geçmesine sebep olduğunu vurgulamaktadır.[43]

Veremlilerin yattığı yatakların, yastıkların ve yorganların yine onların peşkirler, mendiller, bardaklar, nargileler, sigara ağızlıklarının veremi bulaştırma noktasında tehlikeli olduğunu belirtmektedir.[43]

Ayakkabıların, pantolonların, etekliklerin çamurlarını tozlarını yatak odalarında, mutfaklarda silinmemesi gerektiğini ve sokakta giyilen ayakkabılarla evin içinde dolaşılmaması gerektiğini belirten Milaslı İsmail Hakkı; yine bitpazarından ve eski ürünler satan yerlerden alınan elbiselerin üzerinde ütüden geçtiğini gösteren damgaların olması gerektiğine dikkat çekmektedir.[43]

Sonuç

Dünyada sanayileşme ve şehirleşmenin artması, temiz koşullarda yaşam sürülememesi veya sürdürülmesinin gittikçe zorlaşması, yetersiz sağlık hizmetleri gibi nedenlerden dolayı verem hastalığının yayılımı XX. yüzyıl öncesinde gittikçe artmıştır.

Dünya ölçeğinde verem hastalığının seyri ve gelişimi takip eden Osmanlı Devleti'nde özellikle XIX. yüzyıldan itibaren yer yer salgın hâline gelen veremin halk sağlığını derinden etkileyerek insanların kırılmasına neden olmuştur. Sultan II. Abdülhamit zamanında veremin tedavisi ve bulaşma hızını düşürmek için uğraş verilmiş, Avrupa'daki gelişmeler yakından takip edilmeye gayret edilerek halk sağlığı üzerine birtakım önlemler alınmaya çalışılmışsa da Batı'ya göre veremle mücadelede geri kalındığı anlaşılmaktadır. Özellikle salgın hastalık hâline gelen veremin bulaşı ve tedavisinde kişisel gayretlerle mücadele edilmeye çalışıldığı açıktır.

Hekim ve sağlık bürokratı olarak çağdaş ve detaylı pratik önlemlerin alınması için gayret gösteren Doktor Milaslı İsmail Hakkı, Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde ve Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarında farklı vilayetlerde veremle mücadele etmeye çalışmıştır. Bulaşıcı hastalıklar uzmanı olan Milaslı İsmail Hakkı, Çanakkale'de sıhhiye müdürüyken Çiftçiler Derneği Mecmuası'nda 1918 yılında "Verem" ve "Vereme Karşı El Birliği Savaşı" başlıklı birbirinin devamı niteliğinde iki yazısını neşrettirmiştir. Milaslı İsmail Hakkı; verem mikrobundan nasıl korunulması gerektiğini, veremin vücuda bulaşma şekillerini, veremle mücadele yöntemleri ve alınması gereken tedbirleri bu yazılarında sade ve basit bir dille anlatmaktadır. Milaslı İsmail Hakkı'nın Balkan ve I. Dünya Savaşı'nın yarattığı zorlu şartlar altında yazdığı veremle ilgili yazıları; veremle ve verem salgınıyla mücadelede kamu erkinin uygulayabileceği sağlık politikalarıyla ve sağlık alanında uygulanabilecek tedavi yöntemlerinin gelişimine katkı sağlarken bireysel olarak toplumu hijyen ve sağlık eğitimi noktasında bilinçlendirmeye de çalışmıştır. Denilebilir ki Milaslı İsmail Hakkı'nın önerileri daha çok verem bulaşına yakanılmadan yapılması gerekenlerle ilgildir. Bu yönüyle de kişisel hızfıssıhaya çok büyük önem atfetmiştir.

Milaslı İsmail Hakkı; "Verem" makalesinde vereme tutulmamak için yapılması gerekenleri, verem mikrobunun vücuda bulaşma yolları, veremin tüm vücuda yayılımını tetikleyecek hadiseleri ve verem mikrobuna karşı alınabilecek önlemleri aktarmaktadır. Milaslı İsmail Hakkı, akciğer veremine tutulmamak için yaşanılan çevrenin havasına dikkat edilmesi ve iyi bir şekilde beslenilip zararlı alışkanlıklardan uzak durularak sağlam bir bünyeye sahip olunması gerektiğini ifade etmektedir. Diğer bir ifade ile Milaslı İsmail Hakkı, özellikle bireysel olarak alınacak önlemlerle hem bireyin hem de toplumun sağlığına en büyük katkının kişisel olarak da sağlanabileceğini anlatmaktadır. Özellikle veremin hava yoluyla bulaşmasından hareket ederek verem mikrobunun bağışıklığı düşürdüğünü, vücudun bağışıklığının verem mikrobuyla mücadele etmeden bir hayli zorlandığını, mikrobun çok çabuk vücutta direnç sağladığını belirtmektedir. Bu yönüyle bulaşın önüne geçmek amacıyla vücut direncinin arttırılması kişisel ve çevresel faktörlerle nasıl gerçekleştirilebileceğini ifade etmektedir.

Milaslı İsmail Hakkı; "Vereme Karşı El Birliği Savaşı" adlı makalesinde veremle ilgili verilmesi gereken mücadelenin el birliği ile olması gerektiğini vurgulayarak, esasında salgın hastalıkların tamamında uygulanacak mücadelenin yöntem bilgisinden bahsetmektedir. Zira bireylerin salt mücadelesinin yetersizliğine işaret ederken toplumun, kamu kurum ve kuruluşlarının, sivil toplum kuruluşlarının

mücadelesinin verem başta olmak üzere diğer salgın hastalıklar mücadelede gerekli olduğunun altını çizmiştir.

Milaslı İsmail Hakkı'nın veremle ilgili iki makalelerinde; birey olarak her Türk'ün vücudunu sıhhî açıdan korumakla mükellef olduğunu söylemektedir. Bunun için iyi beslenilmeli, kişisel hijyene dikkat edilmelidir. Toplum olarak herkesin tek tek sağlığına dikkat edip el birliğiyle hasta olan(lar)a maddî ve manevî destek olumalı, hastalık şüphesi olan kişi genel veya özel karantinaya alınmalıdır. Devlet olarak Türk Devleti, çıkaracağı sigorta ve kanunlarla halk sağlığını korumaya yönelik politikalar geliştirmeli; dispanserler, sanatoryumlar, veremliler hastaneleri açarak karantina hizmetlerini geliştirip halkla el ele vererek salgın hastalıklarla mücadele etmelidir. Bir önceki makalesine göre verem mikrobu ve sonrasında bulaşıyla ilgili daha çok detay veren Doktor Milaslı İsmail Hakkı; hastalık öncesi ve sonrasında kişilere ve Devlet'e birtakım sorumlukların yüklendiğini, bunların birbirinden bağımsız olarak düşünülmemesi gerektiğini ifade etmektedir.

Yazar; veremle ilgili bahsi geçen yazılarında ayrıca içki alışkanlığına sahip bireylerin bağışıklık dirençlerinin azalmasından hareketle vereme tutulma ihtimalllerinin arttığını belirtmektedir. Yazarın bu görüşünden hareketle Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın verem bulaşı hususunda bütüncül olarak baktığı da anlaşılmaktadır.

Her iki makalesinde Milaslı İsmail Hakkı, kamu kurumlarından önce bireysel tedbirlerle hastalığa tutulmamak için gayret gösterilmesini, bunun teoride ve pratikte küçük ve etkili önlemlerle sağlanabileceğini; bunların yetişemeyeceği veya sağlanamayacağı yerlerde daha büyük birliklerin (gönüllüler, sivil toplum kuruluşları vb.) onlar da yetişemezse Devlet'in kendi kurum ve kuruluşlarıyla doğrudan veremle ve verem salgınıyla mücadelede yer alması gerektiğini söylemektedir. Yani Devlet'in vatandaşın yetişemediği yerde sorumluluk alarak hareket etmesini fakat mümkün olursa da mutlaka sivilleri de verem salgınıyla mücadelede sürecin bir parçası hâline getirilmesi gerektirğini ifade etmektedir.

Günümüzde Milaslı İsmail Hakkı'nın veremle ilgili görüşleri Türk ve dünya tıp tarihi açısından önemini korumakla birlikte gelişen teknolojiyle birlikte veremin, insanlığın karşılaşabileceği tehditlerden birisi olmaktan uzakta olduğu açıktır. Fakat özellikle Kovid-19 pandemisi; bir kez daha tüm toplumların, salgın hastalıklar konusunda her zaman teyakkuzda olmalarını ve salgınlarla mücadelenin ancak Devlet-millet el ele yürütülebileceğini bir kez daha kanıtlamıştır.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. Bu çalışma, TÜBİTAK/3005-Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Yenilikçi Çözümler Araştırma Destek Programı/122G228 Numaralı Proje ile desteklenmiştir. Projeye verdiği destekten ötürü TÜBİTAK'a teşekkürlerimizi sunarız.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Fatoş Öksüzaşıkı: Fikir, tasarım, danışmanlık, kaynak taraması, makale yazımı, kaynak sağlama.
Nusret Gedik: Danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Kılıç O. İnsanlığın Ölümle İmtihanı Mikrop, Salgın ve Toplum. İdeal Kültür Yayıncılık, 2021:159-160.
2. Aksu M. Tıp Tarihi Açısından Türkiye'de Verem Savaşı. Türkiye Ulusal Verem Savaşı Dernekleri Federasyonu Yayını, 2007:21-22, 43-44, 47.
3. Seber E. Tüberkülozun Dünü. ANKEM Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi, 28 Nisan-02 Mayıs 2010:53-54, 94-95.
4. Barış Yİ. Dünyada Tüberküloz'un Tarihi. Konuralp Medical Journal 2011;3(2):1-2.
5. Sherman IW. Dünyamızı Değiştiren 12 Hastalık. (Çev. Emel Tümbay- Mine Arığ Küçüker). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 4. Basım, 2020: 160.

6. Milaslı İ.H. Verem. Çiftçiler Derneği Mecmuası 1918;10:339-341.
7. Kılıç O. Eskiçağdan Yakınçağa Genel Hatlarıyla Dünyada ve Osmanlı Devlet'inde Salgın Hastalıklar. Fırat Üniversitesi Basımevi, 2004:39.
8. Nikiforuk A. Mahşerin Dördüncü Atlısı Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi. (Çev. Selahattin Erkanlı). İletişim Yayınları, 2000: 168-169, 172-173.
9. Tuğluoğlu F. Cumhuriyetin İlk Döneminde Verem Mücadelesi ve Propaganda Faaliyetleri. Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları 2012; 13-14:3.
10. Karamüftüoğlu N, Baran Aksakal FN. Tarihte Görülen Salgınlar/Salgınlar Çağının Gerçekleri-Önemi, Önlemleri ve Öğrenimleri. Sağlık ve Toplum 2023;2(33):7.
11. Sabar İR. Halk İçin Verem Bilgisi, Ahmet Halit Kitabevi, 1943: 3, 9.
12. AnaBiritannica Genel Kültür Ansiklopedisi. Ana Yayıncılık, C. 21, 1990: 584.
13. Aydın E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitabevi, 2006: 94-95.
14. Çoşkun A. Veremle Mücadelede Dispanserler, Satoryumlar ve Göğüs Hastalıkları Hastaneleri [tez]. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017: 12-14.
15. Köse H. Meşruriyet'ten Cumhuriyet'e Türkiye'de Veremle Mücadele [tez]. Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü; 2020: 7-8.
16. Ziyanak E. Osmanlı Toplumunda Verem Hastalığı (19. Yüzyıl Sonları ve 20. Yüzyıl Başları) [tez]. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2021: 4.
17. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: Y.A.HUS, Kutu: 241, Gömlek No: 46.
18. Yıldırım N. Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Koruyucu Sağlık Uygulamaları. Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi, C. 5, İletişim Yayınları, 1985: 1331.
19. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: Y.MTV, Kutu: 47, Gömlek No: 147.
20. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: Y.PRK.ASK, Kutu: 139, Gömlek No: 92.
21. Erkan ML. Tüberkülozun Tarihçesi, Ülkemiz ve Dünyadaki Durumu. OMÜ Tıp 1996;4(13):294-295.
22. Çavdar N, Karcı E. XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması'na Dair Bibliyografik Bir Deneme. Turkish Studies 2014;4(9):259.
23. Özer S. Türkiye'de 1923-1950 Yılları Arasında Verem. Turkish Studies 2020;4(15):869.
24. Töre O. Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım. Klimik 2021;1(34):7.
25. Özkaya H. Cumhuriyet Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. Türkiye Aile Hekimliği 2016;2(20):78.
26. Özdemir H. Salgın Hastalıklardan Ölümler 1914-1918. Türk Tarih Kurumu Basımevi, 2. Baskı, 2010: 315.
27. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: DH.SAİDd, Kutu: 71, Gömlek No: 277.
28. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: DH.SAİDd, Kutu: 60, Gömlek No: 80.
29. Eraslan E. Türk Dili Kurumu Kütüphanesi'nde Saklı Kalmış Doktor İsmail Hakkı Milaslı İsmail Hakkı'nın Alfabe Hakkında Bir Layihası. Türk Dili 2024; 868(CXXVI): 89.
30. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: ZB., Kutu: 329, Gömlek No: 31.
31. Devlet Arşivleri Başkanlığı Osmanlı Arşivi, Fon: DH.MKT. Kutu: 2685, Gömlek No: 23.
32. Eraslan E. Milaslı İsmail Hakkı'nın Hayatı ve Eserleri Hakkında Yeni Tespitler ile "Yeni Yazının El Yazısında Da Bitişmemesi Büyük Meziyettir" Makalesinin Analizi. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları 2021;4(8):177-178.
33. Demirtaş N, Eraslan E. Doctor İsmail Hakkı Milaslı's Life and Works, The Journal of Academic Social Science 2024;154:435.
34. Eraslan, vd.. Çok Kimlikli ve Yönlü Bir Osmanlı Münevveri Doktor İsmail Hakkı Milaslı'nın Bilimsel Mirası I – Tıp Yazıları. ed. Ebubekir Eraslan. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Yayınları; 2024a.
35. Eraslan, vd. Çok Kimlikli ve Yönlü Bir Osmanlı Münevveri Doktor İsmail Hakkı Milaslı'nın Bilimsel Mirası II - Dil Bilimi Yazıları. ed. Ebubekir Eraslan, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Yayınları; 2024b.
36. Eraslan, vd. Çok Kimlikli ve Yönlü Bir Osmanlı Münevveri Doktor İsmail Hakkı Milaslı'nın Bilimsel Mirası III – Dinî Bilimler Yazıları. ed. Ebubekir Eraslan, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Yayınları; 2024c.
37. Türkiye Yeşilay Cemiyeti Stratejik Plan 2014/2016 [İnternet] [updated: 2024 September 3] Available from: https://www.yesilay.org.tr/assets/uploads/pdf/Yesilay-Stratejik-Plan-2014-web-fba30f12-9930-4c93-af58-5116d0cb434c.pdf
38. Milaslı İH. [Hilal-i Ahdar Cemiyeti] Doktor Milaslı İsmail Hakkı Beyefendi'nin nutku. Sebilürreşat 1920;462:236-237.
39. Eraslan E. Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Türk Diline Katkıları. XV. Dünya Dili Türkçe Sempozyumu 2023:73.
40. Eraslan E. Huruf-ı Munfasıla fikrinin savunucusu Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın Hurûf-ı Munfasıla Numûnesi ve Menâfi'i Hakkında Birkaç Söz' Adlı Makalesinin Değerlendirilmesi. I. Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Sempozyumu 2020a..
41. Eraslan E. Huruf-ı munfasılanın teorisyeni Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın "Milletlerin Terakkîsinde Elifbânın Hissesi" Adlı Makalesi. XII. Uluslararası Dünya Dili Türkçe Sempozyumu 2020b.
42. Eraslan, E, Yıldız, SC. Doktor Milaslı İsmail Hakkı'nın "Yeni Yazı ve Elifbası" Adlı Eseri Bağlamında Huruf-ı Munfasıla Yahut Yeni Yazı. III. Uluslararası Filoloji Kongresi 2023:18-45.
43. Milaslı İH. Vereme Karşı El Birliği Savaşı. Çiftçiler Derneği Mecmuası 1918;11-12:361-362.
44. Milaslı İH. İçki Beliyesi ve Kurtulmanın Çareleri. Hilal Matbaası, Dersaadet, H. 1333.

Araştırma Makalesi – Original Article

Frizyalı Ebe Catharina Schrader'in "Mother and Child Were Saved"Adlı Kitabında Yer Alan Doğum Anılarının İncelenmesi (1693-1740)*

Analysis of the Childbirth Memoirs in Frisian Midwife Catharina Schrader's Book "Mother and Child Were Saved" (1693-1740)

Rukiye Sülü Dursun[i], Ebru Gözüyeşil[ii]

[i]Doktora Öğrencisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik AD. https://orcid.org/0000-0003-1093-4635

[ii]Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0002-9193-2182

ÖZ

Amaç: Frizyalı Ebe Catharina Schrader'in "Mother and Child Were Saved"adlı kitabında yer alan doğum deneyimlerine ilişkin anıları ebeliğin tarihsel gelişimi açısından önemli bir kaynaktır. Bu kitap, ebelik mesleğinin modern sağlık sistemindeki yerini anlamak için tarihsel bir perspektif sunmaktadır. Bu çalışmada ebelik mesleği ve obstetri alanına önemli katkıları bulunan Ebe Catharina Schrader'in doğum anılarını incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Frizyalı Ebe Catharina Schrader'in 1693-1740 yılları arasında 122 zor doğum vakasını detaylı sunduğu "Mother and Child Were Saved" adlı doğum anılarını içeren kitap doküman olarak kullanılmıştır. Dokümanların incelenmesi için nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Anılar 3 ana temada gruplandırılmıştır. Belirlenen temalar şunlardır: (1) Ebelik uygulamaları, (2) Toplumsal Dayanışma, (3) Manevi Desteğe Duyulan Gereksinim.

Sonuçlar: Araştırmanın temel bulguları, kitaba konu olan doğumların gerçekleştiği dönemde doğum süreçlerinin yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda manevi ve sosyal bir deneyim olarak görüldüğünü göstermektedir. Ebe Catharina Schrader'in duaları ve dini ritüelleri, doğum eyleminde başvurulan manevi uygulamalardır. Ebe Catharina Schrader, doğum deneyimlerini yalnızca kişisel bir kayıt tutmak için değil, aynı zamanda mesleki bilgisini ve uzmanlığını gelecek nesil ebeler için bir rehber olarak aktarmak amacıyla kaleme almıştır.

Anahtar Kelimeler: Catharina Schrader, Doğum, Ebelik tarihi, Tıp tarihi

ABSTRACT

Objective: The memoirs of Frisian midwife Catharina Schrader, documented in the book Mother and Child Were Saved, provide a significant historical source on childbirth experiences. This book offers a historical perspective to understand the role of midwifery in the modern healthcare system. This study aims to examine the childbirth memoirs of Catharina Schrader, a midwife who made significant contributions to the field of midwifery and obstetrics.

Method: The book Mother and Child Were Saved, which contains Catharina Schrader's detailed accounts of 122 difficult childbirth cases between 1693 and 1740, was used as a document source. Document analysis, one of the qualitative research methods, was employed for the examination of these records.

Findings: The memoirs were categorized into three main themes: (1) Midwifery Practices, (2) Social Solidarity,(3) The Need for Spiritual Support.

Results: The key findings of this research indicate that childbirth processes during this period were seen not only as medical but also as spiritual and social experiences. Midwife Catharina Schrader's prayers and religious rituals were spiritual practices employed during childbirth. Midwife Catharina Schrader recorded her childbirth experiences not merely for personal documentation but to serve as a valuable resource for future midwives, ensuring the transmission of her professional knowledge and expertise.

Keywords: Catharina Schrader, Childbirth, Midwife, History of Midwifery

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):613-622
DOI: 10.31020/mutftd.1639584
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 13 Şubat 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 02 Mayıs 2025
İletişim- Correspondence Author: Rukiye Sülü Dursun <rkysulu@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

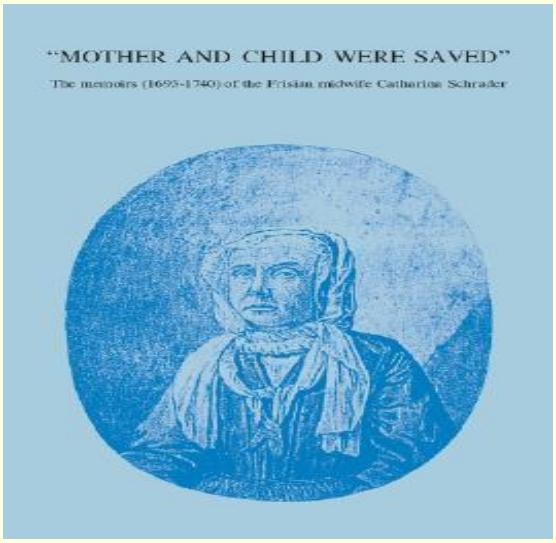
Giriş

Doğum, tarih boyunca yalnızca biyolojik bir olay olarak değil, aynı zamanda toplumsal, kültürel ve dini değerlerin etkisi altında şekillenen bir süreç olmuştur. Ebelik mesleği, XVII. ve XVIII. yüzyıl Avrupasında, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde hayati bir rol oynamış ve toplumun sosyal yapısında önemli bir yer edinmiştir. Bu dönemde ebelik, yalnızca bir sağlık mesleği değil, aynı zamanda toplumsal dayanışma ve dini inançlarla iç içe geçmiş bir hizmet olarak algılanmıştır.[1-5]

Frizyalı Ebe Catharina Schrader (1656-1746), dönemin önemli bir ebesi ve obstetri alanının bilinen isimlerindendir (***Şekil 1***).[1] Ebe Catharina Schrader, ebelik mesleğini gerçekleştirdiği dönem boyunca doğum kayıtlarını her yıl yeni bir anı defteri oluşturarak gerçekleştirmiştir. 1693-1745 yılları arasında toplam 3060 doğumu kayıt altına almıştır. Bu doğumlar içerinde yer alan 122 adet zor doğum anısını bir araya getirerek "Mother and Child Were Saved" adlı kitabını yazmıştır.[3,4] Ebe Catharina Schrader'in anı kitabı, yalnızca dönemin doğum pratiklerine dair teknik bilgileri değil, aynı zamanda toplumsal yapı ve kültürel inanışlara ilişkin ipuçlarını da barındırmaktadır. Kitapta yer alan anılar, annelerin duygusal durumlarının ve toplumsal rollerinin doğum sürecini nasıl etkilediğini de göstermektedir[1] Anı kitabındaki zor vakalar, dönemin halk tıbbına bakış açısını, doğumda müdahale uygulamalarını ve sosyal yaşamın yansımalarını sunmaktadır. Ebelik mesleğini, Tanrı'nın bir lütfu olarak gören Ebe Catharina Schrader, doğum sırasında karşılaşılan zorluklara sabır ve kararlılıkla yaklaşmıştır. Onun bu yaklaşımı, yalnızca bir ebe olarak değil, aynı zamanda dini bir figür olarak da mesleğine derin bir anlam kazandırmıştır.[5,6]



Şekil 1. Catharina Schrader'in portresi-1714



Şekil 2. "Mother and Child were Saved" adlı kitabın kapağı (https://search.library.wisc.edu/catalog/999596141002121).

Ebe Catharina Schrader'in doğum anılarını kitaplaştırma süreci, XIX. yüzyılın sonlarına doğru başladı ve ilk olarak 1890'larda Flemenkçe olarak basıldı. Bu kitabın, günümüzde İngilizce basımı (1987) mevcut olup, Hollanda'da ebelik tarihi üzerine yapılan araştırmalarda önemli bir referans kaynağı olarak kullanılmaktadır (***Şekil 2***).[1] Anıların kitaplaştırılması, ebelik mesleğinin tarihsel ve kültürel bağlamda nasıl evrildiğini anlamamıza katkıda bulunmuş ve Hollanda'daki doğum hizmetlerinin toplumsal boyutlarını derinlemesine incelememize olanak sağlamıştır. Ebe Catharina Schrader'in kitapta sadece 122 adet olan zor doğum anılarına yer vermiştir.[1] Bu anılar, sadece bir meslek pratiği değil, aynı zamanda ebeliğin sağlık hizmetlerindeki tarihsel rolüne dair önemli bir bakış açısı sunmaktadır.

Bu doğrultuda, çalışmamız Ebe Catharina Schrader'in (1693-1740) "Mother and Child Were Saved"Adlı kitabında yer alan doğum anılarını analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Frizyalı Ebe Catharina Schrader Hayatı

Catharina Schrader, 1656 yılında Kuzey Batı Almanya'daki Bentheim ilinde dünyaya geldi. Doktor olan Ernst Wilhelm Cramer ile 1683 yılında evlendi.[1] Eşiyle uzun dönem birlikte çalıştı. Böylece obstetri alanına ve ebeliğe ilişkin bilgi ve becerisi arttı. Ebe Catharina Schrader'in altıncı çocuğunun doğumunun ardından, 1691 yılında eşi vefat etti.[2] Kasaba halkı Ebe Catharina Schrader'e ebelik yapması konusunda baskı yaptı. Eşinin ölümünün ardından, 1693 yıllında cerrahi (muhtemelen jinekolojik) faaliyetlere ek olarak ebelik mesleğini icra etmeye başladı.[3] Ebelik yaptığı dönemde sık sık seyahat etmesi ve hatta gebelerin yanında uzun süre kalması gerektiğinden bu dönemde çok yoruldu. Aynı zamanda çocuklarıyla daha fazla zaman geçirmek istedi (en büyüğü çocuğu o zamanlar 10 yaşındaydı). Bu nedenle 1695 yılında Frizya iline taşındı. Ebelik mesleğini uzun yıllar Frizya'da sürdürdü ve başarılı bir ebelik kimliği edindi.[4] O dönemin belediye başkanıyla da ikinci evliliğini yapmasıyla birlikte sosyal statüsü de iyi bir konuma ulaştı.[6] Ebe Catharina Schrader, yaşamı boyunca ebelik mesleğini aktif olarak sürdürdü. 7 Şubat 1745'te, 88 yaşında son doğumunu gerçekleştirdi. 30 Ekim 1746'da, 90 yaşında Frizya'da hayatını kaybetti.[1]

Yöntem

Bu çalışmada, yazılı belgelerin dikkatli ve sistemli bir şekilde incelendiği doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem, araştırmacıların belirli bir konuda derinlemesine bilgi edinmesini ve verileri yorumlayarak anlamlı sonuçlar çıkarmasını sağlar. Doküman analizi, çeşitli yazılı materyallerin incelenmesine dayanır; örneğin, resmi belgeler, metinler, anılar, gazeteler ve diğer yazılı kaynaklar.[8] Araştırmacılar, bu belgelerdeki temaları, kalıpları ve ilişkileri analiz ederek, sosyal, kültürel ya da tarihsel bağlamda anlamlı veriler elde etmeye çalışmaktadır.[9]

Bu çalışmada, Frizyalı ebe Catharina Schrader'in Mother and Child Were Saved adlı eserinde yer alan 1693–1740 yılları arasındaki doğum anıları (***Tablo 1***) (***Şekil 2***), Forster'ın (1994) önerdiği beş aşamalı doküman analizi yaklaşımı doğrultusunda değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım, tarihsel metinlerin sistematik biçimde çözümlenmesini mümkün kılmakta ve yazılı belgelerin bilimsel araştırmalarda nitel veri kaynağı olarak kullanılmasına olanak tanımaktadır. Uygulanan aşamalar aşağıda sunulmuştur:[9,10]

1. Dokümana Ulaşma

Araştırmanın veri kaynağını, Ebe Catharina Schrader'in doğrudan kaleme aldığı ve 122 zor doğum vakasını içeren Mother and Child Were Saved adlı anı kitabı oluşturmaktadır. Bu eser, tarihsel birincil kaynak niteliği taşıdığı için çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Verilere, yayınlanmış ingilizce çeviri baskısı ve ilgili akademik açıklamalar üzerinden ulaşılmıştır.

2. Dokümanın Orijinalliğini ve Güvenilirliğini Değerlendirme

Eserin, Ebe Catharina Schrader tarafından yazılmış olması, onun gözleme dayalı anlatılarının tarihsel değerini artırmaktadır. Schrader'in kayıtları doğrudan tanıklığa dayandığı ve sistematik biçimde tutulduğu için belge güvenilir bulunmuş; içerik, tarihsel bağlamla tutarlılığı açısından da incelenerek geçerliliği teyit edilmiştir. Kitabın daha sonra Türkçe çevirisi yapılmıştır.

3. Kodlama ve Kategorilendirme Sistemi Geliştirme

Veriler, içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş, anlamlarına göre ayrılarak kodlanmıştır. Kodlama sürecinde Ebe Catharina Schrader'in anlatılarında tekrar eden temalar belirlenmiş ve aşağıdaki ana temalar altında sınıflandırılmıştır:

- Ebelik uygulamaları (plasenta çıkarma, makat doğumlar, omuz takılması, kullanılan alet ve teknikler, doğumda geleneksel uygulamalar),
- Toplumsal dayanışma (sosyal destek, sosyal desteğin yönetimi),
- Manevi desteğe duyulan gereksinim (doğumun kutsal bir süreç olarak görülmesi, duaların rolü, dini ritüeller ve gelenekler, topluma hizmetin dini boyutu).

Geçerlilik ve güvenirliğin hesaplanması

Tekrarlayan alt temaların ana temaları temsil etme durumu açısından uzman görüşüne sunulmuştur. Nitel araştırma alanında deneyimli iki uzmanın (ebelik alanında 2 öğretim üyesi) görüşleri alınmıştır. Uzman değerlendirmeleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi ve güvenirliği Cohen kappa katsayısı ile hesaplanarak belirlenmiştir. Literatürde uyum değer aralığı; 0,20 veya 0,20'den küçükse zayıf uyum, 0,21-0,40 arasında ise ortanın altında uyum, 0,41-0,60 arasında ise orta düzey uyum, 0,61-0,80 aralığında ise iyi düzeyde uyum ve 0,81-1,00 aralığında ise çok iyi düzeyde uyum seklinde yorumlanmaktadır.[11] Bu araştırmada Cohen kappa değeri 0,86 olarak belirlenmiştir.

4. Verilerin Analizi

Belirlenen temalar, tarihsel olarak göz önünde bulundurularak yorumlanmış, Ebe Catharina Schrader'in doğum anılarına mesleki, manevi ve sosyal açıdan yaklaşımı analiz edilmiştir.

5. Verilerin Kullanımı

Elde edilen veriler, çalışmanın bulgular bölümünde temalar halinde sunulmuş ve her alt tema, ilgili örnek anılarla desteklenmiştir. Ayrıca Ebe Catharina Schrader'in mesleki deneyimi ve manevi yaklaşımı, tarihsel ve güncel literatürdeki ebelik uygulamalarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır. Böylece veriler, yalnızca betimsel değil, yorumlayıcı bir yaklaşımla değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Mother and Chıld Were Saved (Anne ve Bebek Kurtarıldı) Kitabının Künyesi

Kitabın demografik bilgileri	
Orijinal Adı	Mother and Child were Saved: The Memoirs (1693-1740) of the Frisian Midwife Catharina Schrader
Yazarı	Catharina Schrader
Editör	Hilary Marland
Çeviren	Hilary Marland
Katkıda Bulunanlar	M.J. van Lieburg, G.J. Kloosterman
Türü	Anı
Basım Yılı	1987
Sayfa Sayısı	89
ISBN Numarası	978-90-6203-620-2

Bulgular

Frizyalı Ebe Catharina Schrader'in (1656-1740) doğum anıları "Ebelik Uygulamaları", "Toplumsal Dayanışma" ve "Manevi Desteğe Duyulan Gereksinim" olmak üzere 3 ana tema olarak gruplandırılmıştır.

Ebelik Uygulamaları

Ebe Catharina Schrader'in kitabında yer alan anılar, zor doğumlarla ilgili detaylı bilgiler içermektedir ve onun bu süreçlerde uyguladığı teknikler, dönemin ebelik pratikleri açısından büyük bir öneme sahiptir. Ebe Catharina Schrader, komplikasyonlu doğumlarda, doğum kanalındaki engelleri aşma ve doğumu güvenli bir şekilde tamamlamaya yönelik yenilikçi ve becerikli yaklaşımlar geliştirmiştir.

Plasenta Çıkarma

Ebe Catharina Schrader, doğum sonu plasentanın çıkarılmasında doğru yönetimin önemini vurgulamıştır.

"08 Aralık 1724…Plasentanın, çocuğun önünden geldiğini gördüm ve onu çıkardım. Çocuğun ayaklarını aradım ve doğurttum. Ama ölmüştü. Ve derisi dökülüyordu. Sonra kadının hareketsiz kalmasına izin verdim. Ona küçük bir şey verdim ve sabahleyin tamamen başka bir insan oldu. Ve kadın daha sonra iyileşmeye devam etti." (2119 numaralı anı)

Bu ifade, Ebe Catharina Schrader'in doğum sonrası komplikasyonların yönetiminde bu tür manüel müdahalelerin, hayat kurtarıcı olduğu görülmektedir.

Plasentanın çıkmaması veya parça kalması gibi durumlar, doğum sonrası kanamaya yol açarak annenin hayatını riske atabilirdi. Ebe Catharina Schrader, bu gibi vakalarda manüel müdahalelerde bulunarak komplikasyonları önlemiştir.

"16 Temmuz 1711… Ebe Teyrtie'nin bulunduğu Chlas Jans'ın karısının yanına Wetzens'e getirildim. Çocuğu doğurttum. Muayene ettim. Rektumun çok gergin olduğunu, rahmin enfeksiyonlu ve kararmış olduğunu keşfettim. Kadın ölecek gibiydi. Doğumdan sonra sanki doğum sancıları çekiyormuş gibiydi. Elimi içeri soktum, rahmi yerine getirdim. Elimle plasentayı birkaç parça hâlinde çıkardım.'' (1831 numaralı anı)

Bu ifade, Ebe Catharina Schrader'in plasenta sorunlarını tanıma ve çözme konusundaki ustalığını ortaya koymaktadır.

Makat Doğumlar

Ebe Catharina Schrader, makat geliş doğumları başarıyla yönetme konusunda deneyim sahibiydi.

"14 Ekim 1711… Bebeğin başı gelmiyordu, ancak ayakları doğum kanalındaydı. Anneye uygun pozisyon aldırarak bebeğin vücudunu dikkatlice çevirdim ve doğumu başarıyla tamamladım." (1880 numaralı anı)

Bu ifade, Ebe Catharina Schrader'in anatomi bilgisi ve pratik becerilerini öne çıkarmaktadır.

Ebe Catharina Schrader, makat geliş doğumlarda annenin ve bebeğin güvenliğini sağlamak için çeşitli teknikler uygulamıştır.

"27 Ocak 1701 … Bebeğin ayaklarının önce geldiğini fark ettiğimde, annenin vücudunu doğru pozisyonda tutmasını sağladım. Daha sonra, dikkatli bir şekilde bebeğin vücudunu çevirerek doğumu tamamladım." (581 numaralı anı)

Bu ifade, Ebe Catharina Schrader'in zor doğumlarda hızlı karar alma ve manuel müdahale becerisini göstermektedir.

Omuz Takılması (Distosi)

Ebe Catharina Schrader, doğum sırasında bebeğin omuzlarının takılması gibi durumlarla karşılaştığında pratik çözümler üretmiştir.

"06 Eylül 1734 … Bebeğin omuzları çıkışta sıkışmıştı. Anneyi farklı bir pozisyona alarak doğum kanalını genişlettim ve omuzları serbest bırakmayı başardım." (2821 numaralı vaka)

Bu ifade, dönemin sınırlı tıbbi bilgi ve ekipmanıyla bile Ebe Catharina Schrader'in pratik becerilerini sergilemektedir.

Kullanılan Aletler ve Teknikler

Ebe Catharina Schrader, zor doğumlarda alet kullanımı konusunda oldukça dikkatli davrandığı ve genellikle diğer deneyimli bir erkek sağlık görevlisi birlikte doğumları gerçekleştirdiği görülmektedir.

"3 Şubat 1722 … Bebeğin başı çıkışta sıkıştığında, bir erkek ebe enstrüman (forseps) kullanarak müdahale etti. Müdahale başarıyla tamamlandı ve anne ile bebek sağlıklı bir şekilde kurtuldu." (2047 numaralı anı)

Bu ifade, alet kullanımının ancak gerektiğinde ve erkek sağlık görevlileri tarafından gerçekleştirilmesinin mümkün olduğuna işaret etmektedir. Pek çok kritik uygulamayı elle başarılı bir şekilde uyguladığı anlaşılan ebenin forseps gibi alet kullanımını gerçekleştirmediği görülmektedir.

Doğumda Geleneksel Uygulamalar

Ebe Catharina Schrader'in anılarında, doğumun başlatılmasıyla ilgili doğrudan ifadeler nadir bulunmasına rağmen, bazı vakalarda doğumun hızlandırılması için masaj veya sıcak uygulamalar gibi teknikler kullandığını belirtmiştir.

"12 mart 1700 … Anne iki gündür sancı çekiyordu, ancak doğum başlamamıştı. Karnına sıcak bezler koyarak rahim kasılmalarını teşvik etmeye çalıştım. Bir süre sonra sancılar düzenli hale geldi ve doğum başarılı bir şekilde gerçekleşti." (485 numaralı anı)

Bu ifade, doğal yöntemlerin ebelik pratiklerinde önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.

Toplumsal Dayanışma

Ebe Catharina Schrader'in anıları, komşuların, aile bireylerinin ve toplumun doğum sırasındaki katkılarını açıkça ortaya koymaktadır.

Sosyal destek

Ebe Catharina Schrader, doğum sırasında komşuların sıkça hazır bulunduğunu ve çeşitli destekler sağladığını belirtmiştir.

"01 01 1698 … Anne sancılarla mücadele ederken, komşuları su ısıttı ve sıcak havlular hazırladı. Ayrıca, odanın temiz tutulmasına yardımcı oldular." (282 numaralı anı)

Bu ifade, doğum sırasında komşuların pratik yardımlarının önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca, komşuların doğum odasındaki fiziksel ve duygusal desteği, annenin süreci daha rahat geçirmesine olanak tanımıştır.

Doğumdan sonra da toplumsal dayanışma devam etmiştir.

"10 Şubat 1711 … Anne doğumdan sonra zayıf düşmüştü. Komşular nöbetleşe yemek getirerek ve bebeğin bakımıyla ilgilenerek aileye destek oldu." (1795 numaralı anı)

Bu tür yardımlar, annenin toparlanma sürecini hızlandırmış ve aile üzerindeki yükü hafifletmiştir.

Sosyal desteğin yönetimi

Ebe Catharina Schrader'in anılarındaki bazı ayrıntılar ebenin doğum sırasında tıbbi ebelik hizmeti yanı sıra doğum odasında bulunan diğer kadınlara karşı sergilediği liderlik rolüne de işaret etmektedir. Bir vakasında şu cümlelere yer vermiştir:

"01.01.1969 … Anne sancılarla mücadele ederken, diğer kadınlara odanın hazırlanması ve gerekli malzemelerin temin edilmesi talimatını verdim. Bu şekilde, herkesin sürece katkıda bulunmasını sağladım." (420 numaralı anı)

Bu ifade, ebe Catharina Schrader'in yalnızca tıbbi bir otorite değil, aynı zamanda toplumsal bir lider olarak da rol oynadığını göstermektedir.

Manevi Desteğe Duyulan Gereksinim

Ebe Catharina Schrader'in anıları, manevi desteğe duyulan ihtiyacın ve dini inançların doğum süreçlerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır.

Doğumun Kutsal Bir Süreç Olarak Görülmesi

Ebe Catharina Schrader, doğumları Tanrı'nın bir mucizesi ve lütfu olarak değerlendirmiştir.

"03 Şubat 1735 … Anne ve bebeğin sağlıklı olduğunu gördüğümde, Tanrı'ya şükrederek dua ettim. Bu mucizevi anlara tanıklık etmek, mesleğimin kutsallığını bir kez daha hatırlattı." (2823 numaralı anı)

Bu ifade, ebe Catharina Schrader'in dini inançlarının mesleki pratiğiyle nasıl iç içe geçtiğini ve her doğumu bir kutsal olay olarak gördüğünü göstermektedir.

Duaların Rolü

Doğum süreçlerinde dualaların sıkça yer aldığı anılar, ebe Catharina Schrader in manevi ihtiyaça duyulun gereksinimi anlamak için önemli bir kanıttır.

"26 Şubat 1693 … Doğum sırasında annenin güçsüzleştiğini gördüğümde, Tanrı'dan bize yardım etmesi için dua ettim. Dualarım kabul oldu ve bebek sağ salim dünyaya geldi." (3 numaralı anı)

Bu tür ifadeler, doğum sürecinde dini inançların ve dualaların hem ebe hem de anne açısından ne kadar önemli bir manevi destek kaynağı olduğunu göstermektedir.

Dini Ritüeller ve Gelenekler

Ebe Catharina Schrader, bazen doğum sonrası anne ve bebeğin korunması için dini ritüeller önerdiğini de belirtmiştir.

" 18 Ekim 1731 … Anneye, bebeği vaftiz ettirmek için mümkün olan en kısa sürede kiliseye gitmesini tavsiye ettim. Bu, bebeğin ruhunu koruma altına almak için önemliydi." (2596 numaralı anı)

Bu tür uygulamalar, dini inançların sadece doğum sürecinde değil, doğum sonrası süreçte de etkili olduğunu göstermektedir.

Topluma Hizmetin Dini Boyutu

Ebe Catharina Schrader'in kayıtları, ebelik mesleğini bir tür topluma hizmet görevi olarak gördüğünü ortaya koymaktadır. Bu hizmet anlayışı, dini inançlarının mesleki kimliğinin bir parçası olduğunu kanıtlar niteliktedir.

"03 Ocak 1727 … Rabbim, bana bu mesleği yapma gücünü verdiğin için sana şükrediyorum. Bu kutsal görevi layıkıyla yerine getirmek için elimden geleni yapıyorum."(2240 numaralı anı)

Ebe Catharina Schrader'in dini duyguları ve duaları da oldukça belirgindir. Her yeni yıl ebe Catharina Schrader, vakalarını yazdığı anı defterine bir dua ile başlamıştır. Her yıl dualarında, özellikle Rabbin lütfunu dileme, kazalardan korunmayı isteme ve insanların hayrını dileme gibi temel temalar ortaya çıkmaktadır.

'' İşte 1727 yılı, yine Rabbin adıyla başlıyor.

Rabbim, yine senin yüce takdirin sayesinde hemcinslerime yardım etme vazifesine nail oldum. Öyleyse, bana bu yeni yılda, ilerlemiş yaşımda bedenime güç ve kuvvet ver. Ve şayet Rabbim, senin lütfunla ve tedbirinle olmazsa, bana çıkış yolunu göster. Nihayetinde, her şeye, hayır da şer de, beşerin başına ne geleceği senin

takdirindir. O hâlde gözlerim sendedir, yüce Rabbim. Hemcinslerime korku ve sıkıntıya düştüğünde bana tekrar yardım et. Sana sığındığımda yanımda ol. Her zaman olduğu gibi duamı işit. Ve kutlu olsun senin yüce adın. Lütfunu esirgeme. Bizim değil, Rabbim, Senin adın ebediyen tüm şerefi, övgüyü, saygıyı ve izzeti haizdir. Bedbaht etmek istediğin insanlarla karşılaşmaktan beni sakın. Rızan olursa, bana bilgeliği, aklı, gücü ihsan eyle. Bu kulun sana yakarıyor.

Amin.'' (Ebe Catharina Schrader'in Duası)

Bu dualarda, İncil'den alıntılar yer almakta ve hastalarına karşı duyduğu şefkat de yansıtılmaktadır.

Tartışma

Ebe Catharina Schrader'in doğum süreçlerine dair ayrıntılı anıları, dönemin ebelik pratiği hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Makat doğum ve omuz takılması gibi komplikasyonları çözebilmiştir ve plasentanın elle çıkarılması gibi teknikleri başarıyla uygulamıştır. Ancak dönemin tıbbi imkanları düşünüldüğünde, hijyen ve antiseptik önlemlerin yetersiz olması büyük bir risk faktörü oluşturmuştur. Ebe Catharina Schrader, doğumlarda forseps gibi aletleri nadiren kullanmış ve doğum sürecine mümkün olduğunca doğal müdahalelerle yaklaşmıştır.[1] Aynı zamanda, Ebe Catharina Schrader'in anılarında, forseps aletini erkek ebelerin kullandığı bildirilmiştir. Forsepsin XVI. yüzyılın sonlarında Peter Chamberlen tarafından geliştirilmesi, doğum uygulamalarında önemli bir yenilik olmuş, ancak bu alet yaklaşık 100 yıl boyunca Chamberlen ailesi tarafından sır olarak saklanmıştır.[12] Avrupa'da zamanla yaygınlaşan aletli doğum teknikleri, Osmanlı'da ise geleneksel ebelik anlayışının etkisiyle benimsenmemiştir. Osmanlı toplumunda doğumlar çoğunlukla deneyimli ebeler tarafından gerçekleştirilmiş, modern tıbbi araçlara geçiş ise Cumhuriyet dönemindeki reformlarla başlamıştır.[13] Bu süreçte ebelik mesleği, geleneksel bilgi temelli uygulamalardan modern tıbbın gerekliliklerine doğru evrilmiş; özellikle forseps gibi müdahaleci doğum teknikleri, ebelerin görev tanımlarını ve eğitim ihtiyaçlarını önemli ölçüde değiştirmiştir.[13] Bu doğrultuda, obstetrik forsepsin tarihsel süreci yalnızca bir tıbbi aracın gelişimini değil, aynı zamanda ebelik mesleğinin gelenekselden modern uygulamalara geçişini de göstermektedir. Ebelik, tarih boyunca doğumda kadınlara en yakın desteği sağlayan meslek olmuştur. Ancak zamanla ortaya çıkan teknolojik yenilikler, bu desteğin şeklini ve uygulanma biçimini değiştirmiştir. Forsepsin kullanımı da, ebelik mesleğinin modern tıpla bütünleşmesinde önemli bir dönüm noktası olarak görülebilir.

Ebe Catharina Schrader bazı vakalarda doğum sürecini desteklemek ya da hızlandırmak amacıyla masaj ve sıcak uygulama gibi müdahale içermeyen tekniklere başvurduğu görülmektedir. Bu durum, dönemin ebelik pratiğinde doğumun doğal seyriyle ilerlemesine öncelik verildiğini düşündürmektedir. Güncel literatürde doğum sürecinde non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.[14] Liu ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, doğum sırasında uygulanan bel masajının, özellikle aktif fazda kadınların ağrı algısını anlamlı düzeyde azalttığı bulunmuştur.[15] Non-farmakolojik uygulamalar, doğumun hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan daha olumlu deneyimlenmesine katkı sağlamaktadır.[14]

Ebe Catharina Schrader'in kayıtları, toplumsal dayanışmanın doğum sürecine önemli katkılarının olduğunu belirtmektedir. Komşuların doğum sırasında pratik yardımlar sağlaması ve doğum sonrası annenin iyileşme sürecine destek olması, kadın dayanışmasının önemini gözler önüne sermektedir.[2] O dönemde, doğum yalnızca bir aile olayı değil, aynı zamanda topluluğun desteğini gerektiren bir süreç olarak görülmekteydi. Komşuların ve toplumun aktif desteği, sadece pratik yardımlarla sınırlı kalmamış, aynı zamanda annelerin moral ve motivasyonlarını artırarak sürecin psikolojik yükünü de hafifletmiştir. Bu dayanışma ağı, modern toplumlarda azalan doğum kültürüne bir ışık tutmakta ve geçmişin toplumsal bağlarının önemini hatırlatmaktadır. Bu durum, günümüz modern tıp pratiğinde kaybolan ancak topluluk temelli sağlık hizmetlerinde hala varlığını sürdüren bir gelenektir. Güncel literatürde, sosyal desteğin doğum sırasında

kadınların stres düzeylerini azalttığını ve doğum sürecine olan tutumlarını olumlu yönde değiştirdiğini göstermektedir.[16-18] Demirtaş ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, doğum sonrası dönemde sosyal desteğin, travmatik stres ve depresyon düzeylerini azaltıcı etkisi olduğu bulunmuştur.[16] Sosyal desteğin, özellikle doğum sonrası dönemde annelerin psikolojik iyilik halini korumalarında kritik bir rol oynamaktadır.

Ebe Catharina Schrader'in ebelik pratiği, yalnızca fiziksel bakım sağlamaktan öte, dini inançlarla iç içe geçmiş bir hizmet anlayışını yansıtmaktadır. Ebe Catharina Schrader, ebelik mesleğini Tanrı'nın bir lütfu olarak görmüş ve doğum sürecinde dualaların gücüne sıkça başvurmuştur. Bu yaklaşım, özellikle XIX. yüzyılda kilisenin ebelik üzerindeki etkisiyle anlam kazanmaktadır. O dönemde ebelik, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda dini bir sorumluluk olarak görülmekteydi. Kiliseler, ebelerin eğitiminde ve mesleki uygulamalarında önemli rol oynamış; doğumun hem manevi hem de toplumsal bir olay olarak algılanmasına katkı sağlamıştır. Bu durum, ebelik mesleğinin tarih boyunca nasıl toplumsal ve manevi bir çerçevede şekillendiğini ortaya koymaktadır. Güncel literatürde, kadınların doğum sürecinde dini inançlarını bir baş etme mekanizması olarak kullandıklarını göstermektedir.[19,20] Rahnama ve arkadaşlarının çalışmasında, dini desteğin kadınların doğuma dair algılarını olumlu yönde etkilediğini, doğum sonrası ruhsal iyilik haline de katkı sağlayadığını bildirmiştir.[20] Dini inançlar, yalnızca duygusal rahatlama sağlamaz; aynı zamanda kadınların doğum sırasında güçlenmelerine ve süreci kontrol altında hissetmelerine yardımcı olabilir.

Ebe Catharina Schrader, bu dönemde geleneksel ebelik uygulamalarını sürdürmüş ve meslektaşlarının bilgisizliği ya da hatalarıyla ilgili eleştirilerde bulunmuştur. Aynı zamanda gerektiğinde tıbbi yardıma başvurmuş, erkek doktorlarla iş birliği yapmış ve cerrahi müdahaleleri beraber gerçekleştirmiştir.[1] Erkek doktorların doğum süreçlerine katılması, ebelerin bilgi ve uygulamalarının yeterliliğini sorgulanır hale getirmiş ve bu durum, mesleki otoritelerini koruyabilmeleri için eğitim ihtiyacını doğurmuştur.[2] Tarihsel süreçte, ebelik eğitimi ve doğum uygulamaları yalnızca kadınlar arası deneyim aktarımıyla sınırlı kalmamış, aynı zamanda bu bilgi birikimi farklı araçlarla güçlendirilmiştir. Özellikle XVIII. yüzyılda, Angélique-Marguerite le Boursier du Coudray gibi öncü kadın ebeler, obstetrik alanda simülasyon maketleri kullanarak eğitimde devrim yaratmışlardır. Coudray'nin geliştirdiği mankenler, kadın ebelerin eğitimini destekleyerek onların mesleki otoritelerini koruma çabalarına katkı sağlamıştır.[21] Benzer şekilde, Ebe Catharina Schrader de doğum anılarını sonraki nesil ebeler için bir rehber olarak saklamak amacıyla kaleme almıştır. Ebe Catharina Schrader'in detaylı anı kayıtları, ebelik pratiğinin hem bilimsel hem de sosyal yönlerini geleceğe aktarma çabasının bir yansımasıdır.[1]

Sonuç

Ebe Catharina Schrader'in doğum anıları, XVII. ve XVIII. yüzyıl Avrupasında kadınların doğum deneyimlerinin, ebelik uygulamalarının ve toplumsal yapıların önemli bir yansımasıdır. Schrader'in doğumlara yaklaşımı, dönemin kısıtlı tıbbi imkânlarına rağmen bilgiye, gözleme ve sezgiye dayalı güçlü bir ebelik pratiğini ortaya koymaktadır. Makat doğum ve omuz takılması gibi komplikasyonları yönetme becerisi ile doğumu mümkün olduğunca doğal yollarla destekleme anlayışı, onun mesleki yetkinliğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda, günümüzde çoğu zaman kaybolan sosyal desteğin geçmişte doğumun ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermektedir. Schrader'in dini inançlarla iç içe geçmiş meslek anlayışı, onun ebelik görevini sadece fiziksel yardım sunmakla sınırlı görmediğini; aksine manevi bir sorumlulukla yürüttüğünü ortaya koymaktadır. Bu durum, XIX. yüzyılda kilise ile ebelik mesleği arasındaki bağlarla da örtüşmektedir.

Ebe Catharina Schrader'in doğum süreçlerine dair gözlemleri, dönemin halk tıbbı, doğum uygulamaları ve toplumsal dinamiklerini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Günümüzde ebelik mesleğinin yeniden değer kazanması ve doğum süreçlerine daha kadın merkezli bir yaklaşım getirilmesi açısından Ebe Catharina Schrader'in anıları ilham verici bir örnek oluşturabileceği düşünülmektedir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Rukiye Sülü Dursun: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Ebru Gözüyeşil: Danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Schrader CG. Mother and Child Were Saved: The Memoirs (1693–1740) of the Frisian Midwife Catharina Schrader. Marland H, editor. Rodopi; 1987:89.
2. King H. Midwifery in history: An overview. J Med Hist 2007;12(3):45-62.
3. Smith B. Midwifery and society: A historical perspective. J Med Hist 2005;12(3):45-62.
4. Schrader C. The grace of the Lord and childbirth processes. Personal Notes. 1737.
5. Yücel U. Dünya'da ve Türkiye'de ebelik tarihi. In: Aktaş S, Aksoy Derya Y, Toker E, eds. A'dan Z'ye Temel Ebelik. İstanbul Tıp Kitabevi; 2023:11-23.
6. Dijk M. Women's health in 17th-century Frisia. Dutch Hist J 1997;19(1):33-47.
7. Yıldırım A, Şimşek H. Qualitative Research Methods in Social Sciences. Seçkin Yayıncılık; 2013:78.
8. Yücel U, Akın B, Tamer Ş. Toplum ve sağlığı kavramı ve toplum sağlığında ebenin yeri. In: Özentürk MG, Yücel U, Meseri R, eds. Ebelik ve toplum sağlığı. Nobel Tıp Kitabevi; 2019:3-14.
9. Sak R, Şahin Sak İT, Öneren Şendil Ç, Nas E. Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi. Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi 2021;4(1):227-250. doi:10.33400/kuje.843306
10. Forster M. Historical method and documentary analysis in research. In: Walden GR, ed. Historical Research: A Guide for Writers of Dissertations, Theses, Articles and Books. Sage Publications; 1994:xx-xx.
11. Kılıç S. Kappa testi. J Mood Disord 2015;5(3):142-144. doi:10.5455/jmood.20150920115439
12. Dunn PM. Dr. Peter Chamberlen (1560–1631) and the birth of the forceps. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999;81(3):F232-F233. doi:10.1136/fn.81.3.F232
13. Kılıç A. Cumhuriyet'in ilk on beş yılında ebelik eğitimine ve mesleğin dönüşümüne dair kısa bir bakış (1923–1938). Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıp Tarihi ve Etik Dergisi 2016;1(1):1-10.
14. Ersöz M, Gözüyeşil E, Gökyıldız Sürücü Ş. Doğumda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve ebelerin rolleri. Mersin Universitesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2024;14(1):38-49. doi:10.31020/mutftd.1298375
15. Liu Y, et al. Effects of back massage on labor pain in the first stage: A randomized controlled trial. J Integr Nurs 2020;2(3):114-121. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32828687/
16. Demirtaş S, Yıldız H. Doğum sonrası algılanan sosyal desteğin travmatik stres ve depresyon düzeyi üzerindeki etkisi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2024;33(4):272-279. Accessed April 15, 2025. https://dergipark.org.tr/en/pub/sted/issue/88428/1399157
17. Toker E, Ünal A, Aydın A. Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin kadınların fonksiyonel durumuna etkisi. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2021;14(3):446-454. doi:10.26559/mersinsbd.833413
18. Kaya B, Güler N. Eş desteğinin doğum sonrası travma sonrası stres belirti düzeyine etkisi. J Health Sci Med 2022;5(2):570-576. doi:10.31067/johesam.2022.1057979
19. Görgülü Ü. Dinî Açıdan Gebelik, Doğum ve Lohusalık Süreçleri. Ulus Din Topl Arş Derg 2023;2(2):55-67. doi:10.5281/zenodo.10696591
20. Rahnama P, Kazemi A, Fallahian M. Iranian primiparous women's experiences of normal vaginal delivery. Iran Red Crescent Med J 2015;17(11):e25178. doi:10.5812/ircmj.25178
21. Yücel U, Erçek Karcı A. Obstetrik alanda simülasyon maketleri ve ebelik eğitiminde öncü bir isim: Ebe Angélique-Marguerite le Boursier du Coudray. Mersin Universitesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2024;14(3):433-440. doi:10.31020/mutftd.1500387

Araştırma Makalesi – Original Article

Doğayla Özdeşleşen Şamanizm'de Şifacılık Kültürü*

The Healing Culture in Shamanism, Identified with Nature

İlker Türkmen[i]

[i]Dr. Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Tarih Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-9193-9907

ÖZ

Amaç: Farklı coğrafyalarda çeşitli şekillerde ortaya çıkan Şamanizm'in insan-doğa uyumu çerçevesinde hastalıklara yaklaşımlarını ve şifacılık rollerini öne çıkarmaktır. Şamanların doğayla uyumlu yaşama dair öğretileri, ne tür hastalıklara şifa verdikleri, emci/otacı/şifacı gibi isimler almalarının sebepleri aydınlatılmaya çalışılacaktır.

Yöntem: Bu çalışmada nitel araştırma metotlarından doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında telif tetkik eserler incelenmiş, konuyla ilgili olan çalışmalar titizlikle okunmuş, alt başlıkların birbiriyle ilişkili olması için yazı bütünlüğüne önem verilmiştir. Bu konuyla ilgili olarak daha önce yapılmış çalışmaların kapsam ve sınırlılıkları çalışmanın genel çerçevesini belirlemiştir. Çalışma Ocak-Şubat 2025 tarihleri arasında hazırlanmıştır.

Bulgular: Şamanizm yüzyıllardır itibar gören, korkuyla karışık saygı duyulması gereken bir inanış biçimi olduğu görülmüştür. Toplum nazarında şamanlar şifacı rolüne bürünen kişiler olarak görülmektedir. Şifacı olarak görülmeleri şamanlara itibar kazandırmıştır.

Sonuç: Şamanizm bir din olmasa bile çoğu toplumda din gibi algılanmaktadır. Şamanların sağaltım hizmeti görmesi onları halk hekimliği rolüne bürümüştür. Şaman olmanın kaideleri güvenilir kişiler olmalarına imkân vermiştir. Bazı toplumlarda halk hekimliğinin bilinen ilk örnekleri şamanlardır.

Anahtar Kelimeler: Şamanizm, Şaman, Şifacılık, Doğaya Saygı, Atalar Kültü.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to highlight the approaches to illnesses and the healing roles of shamans within the framework of human-nature harmony, a theme that appears in various forms of Shamanism across different geographies. The teachings of shamans on living in harmony with nature, the types of illnesses they heal, and the reasons why they are referred to by titles such as "emci" (herbalist), "otacı" (herb doctor), or "şifacı" (healer) will be examined.

Methodology: This study employs the document analysis method, a qualitative research approach. The research includes a review of relevant literature and scholarly works, with careful attention given to reading studies related to the subject. The integrity of the text and the interconnectedness of subheadings have been prioritized to ensure coherence. The scope and limitations of previously conducted studies have helped shape the general framework of this research. The study was prepared between January and February 2025.

Findings: Shamanism has been recognized for centuries as a belief system that commands respect, often mixed with fear. Shamans are seen as individuals who take on the role of healers in the eyes of society. Their recognition as healers has granted them prestige within their communities.

Conclusion: Although Shamanism is not a formal religion, it is often perceived as one by many societies. The healing services provided by shamans have transformed them into figures of folk medicine. The principles governing the role of shamans have enabled them to be regarded as trustworthy individuals. In some cultures, shamans represent the earliest examples of folk medicine.

Keywords: Shamanism, Shaman, Healing, Respect for Nature, Ancestor Cult.

[*]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):623-630
DOI: 10.31020/mutftd.1646903
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 25 Şubat 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 04Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: İlker Türkmen< turkmen.ilker@ahievran.edu.tr>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Şamanizm çeşitli dinlerin, rivayetlerin, ritüellerin ve toplumların tesiriyle ortaya çıkan, şamanı merkeze alan vecde dayalı bir inanç sistemidir.[1] Şamanizm tek bir millete özgü olmadığı gibi farklı kültürlerde farklı şekilde yaşanmış ve yaşanmaktadır. Kökleri tarihin derinliklerine dayanan bu inanç sisteminde, doğaya saygı öncelikli konudur. Çünkü insan doğanın bir parçasıdır. İslamiyet öncesinde Gök (Kök) Tanrı'ya inanan Türklerin Şamanizm kurallarına göre hayatlarını yaşadığı bilinmektedir. Türklerin binlerce yıldır süregelen Göçebe Bozkır Kültürü bu inanç sistemiyle şekillenmiştir. Bu sebeple Türklerin doğa ile iç içe bir yaşam sürdüğü, hayat kaidelerini de buna göre belirlediği görülmektedir. Diğer kültürlerde olduğu gibi Türk kültüründe de Şamanizm kendine has özelliklerle karşımıza çıkmaktadır.[2,3]

Şamanizm içerisinde en önemli figür "kam, kaman, şaman" adı verilen temsilcilerdir. Özellikle ruhsal olarak iyileştirici bir etkiye sahip olduğu düşünülen şamanlar özel bir saygı görmektedir. Halk ruhunun bir ürünü olarak da karşımıza çıkan bu inanç sisteminde, hastalıkların iyileşmesi için birtakım ritüeller yapılmaktadır. Özellikle Kuzey Kutbu'na yakın yerlerde çokça görülen Şamanizm, halk tarafından din seviyesine çıkarılmaya çalışılmıştır. Şamanların kendilerinden geçmesi, ruh ve sinir hastası gibi bayılmaları halk nazarında onları üstün göstermektedir. Şaman ayini sırasında yapılan garip hareketlerle ilgili olarak, ayini yapan kişinin sinir sistemi bozukluğuyla ilişkisini kuran yaklaşımlar da vardır. Bu yaklaşımlara göre şamanların toplumda farklı bir yere sahip olmasındaki amiller; belirli aralıklarla nöbet geçirmesi, titremesi, bayılması, donuk kalması, gözlerinin ve çehresinin parlaması, bir anda kudretli olması, haykırması, mırıldanması, şarkı söylemesi, ruhun sesini taklit etmesi varsayım ve/veya gelecekten haber vermesidir. Şamanların psikolojik esasını "arktik isteri" denilen hastalığın oluşturduğunu düşünenler de vardır. Normal sinir sistemi için gerekli olan besinlerin Kuzey Kutup dairesinde iklimden kaynaklı olarak yeterince bulunmaması bu hastalığın toplumda ekseriyetle görülmesine sebep olduğu düşünülmektedir.[4,5] Dahası tüm bunları göz önünde bulunduranlar, Şamanizm'i "cinnet geçirme kültü" olarak da ifade etmektedir.[6] Ayrıca Şamanizm'i Totemizm ile bağdaştıranlar da vardır. Onlara göre Şamanizm'de doğanın ilahlaştırılması ve doğaya birtakım kutsiyetler atfedilmesi ilkel bir inanç olabileceğine işaret etmektedir.[7]

Bu makalenin amacı, Şamanizm'in doğa ile insan arasındaki uyum çerçevesinde şifacılık rolünü incelemek, şamanların hastalıkları iyileştirme yöntemlerini, toplum içindeki yerlerini ve halk hekimliği üzerindeki etkilerini detaylandırarak açıklamaktır.

Yöntem

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi tekniği kullanılmıştır. Şamanizm ve şifacılık konusundaki telif eserler, akademik makaleler ve tarihsel kaynaklar detaylı bir şekilde incelenmiştir. Çalışmada, geçmişten günümüze Şamanizm'de şifacılığın nasıl şekillendiğini anlamak için ilgili literatür taranmış, farklı toplumlarda şamanların oynadığı roller tarih metodolojisi çerçevesinde karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Ayrıca, şamanların uyguladığı tedavi yöntemleri, doğaya duydukları saygı ve toplumdaki yerleri analiz edilerek, konu bütüncül bir perspektifle değerlendirilmiştir. Elde edilen bulguların tutarlılığını sağlamak amacıyla çeşitli akademik çalışmalar arasındaki benzerlikler ve farklılıklar karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir. Şamanizm ve halk hekimliği arasındaki ilişki özgün bir şekilde analiz edilmiştir. Çalışma esnasında kaynakların kullanılması hususunda: içeriklerinin kapsamı ve zenginliğinin yanında bilgilerin tutarlı olması gibi kriterlere dikkate edilmiştir. Seçilen kaynakların dışlanması bağlamında bigilerin tutarsızlığı, kaynakların güvenilir olmama ihtimali ve mükerer bilgilerin varlığı dikkate alınmıştır. Araştırma kapsamında, kullanılması uygun görülen kaynakların içerik analizleri yapılmıştır. Bu çalışma Ocak-Şubat 2025 tarihleri arasında hazırlanmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Şamanizm'i Temsil Eden Düşünce Sistemi

Şamanizm'in bir din olup olmadığından ziyade toplum tarafından kabul görüp görmediği ve ne derece içselleştirildiği daha önemlidir. Şamana karşı korkuyla karışık bir saygı vardır.[8] Şamandan beklentiler genellikle manevi olarak karşımıza çıkmaktadır. Halk nazarında şamanın birinci vazifesi hastalıkları iyileştirmektir. Ölen kişinin ruhu öbür dünyaya şaman eşliğinde gönderilmektedir. Kısırlığın tedavi edilmesi için başvurulan şaman, evi kötü ruhlardan temizleyecek kişidir. Sığırlara ve atlara zarar veren ruhları kovmak, Tanrı'ya kurban sunmak gibi görevler de şamana yüklenmiştir.[9,10] Şamanlara fal baktırma bir gelenektir. Ayrıca o bir yol gösterici olarak görülür. Hastalıklardan korunmak için şamana giden halk onun şifacı olduğuna inanır.[11]

Şamanlar eski Türklerin dini, mistik, sihir ve sağlık alanlarında uzmanlaşmış olan halk bilginleridir. M.Ö 206-M.S 210 yıl aralıklarında Çin'i yöneten Han Hanedanlığı yıllıklarında geçen *kam* sözcüğü Kırgız Türklerinin *gan (kam)* adını verdikleri sihirbazlardan bahseder. Yine aynı şekilde Avrupa Hunlarında *ata-kam* ve *eş-kam* unvanlarını taşıyan kişilerin adı geçmiş fakat görevlerinden bahsedilmediği görülmektedir. Göktürklerde var olduğu bilenen kamların günümüze ulaşan yazıtlarda bahsi geçmemektedir. Göktürklerin yazıtlarında adını geçirmedikleri kamlara, Uygur belgelerinde çokça rastlanılır. Buradaki kamlar, büyücü kimliğinde görülür. Kaşgarlı Mahmut, kam sözcüğünün karşılığını "kâhin" olarak verirken; Yusuf Has Hacip ise ünlü Kutadgu Bilig eserinde kamı "otacı" yani halk doktoru olarak tanıtır.[12] Kam/şaman sözcüğünün hekim/otacı anlamına geldiği de rivayet edilmektedir.[13] Bunun yanında hekim ile kam ayrı vazifelerde bulunan kişilerdir. Bu nedenle tam olarak bir birinin yerine telaffuz edilen kelimeler demek doğru olmayacaktır. Bu iki kavram hastalıkların türü ve tedavi şekli yönüyle "*yemci-otaçı"* olarak ayrılmaktadır. Yemçi denilen hekimlere gelen hastalar ilaçla tedavi edilmesi gereken hastalıklara yakalananlardır. Onlar hastalarını ilaçla tedavi ederler. Şamanizm'in en önemli figürleri olan kamlara ise ruhsal hastalığa yakalananlar gelmektedir. Cin ve şeytanın sebep olduğu hastalıkların okunması ve üflenmesi gerektiği düşünülür; bu sebeple kamlardan muska yazması üzere yardım istenir.[14] Bu iki şifacı arasında bir tartışma olduğu ve birbirinin tedavi yöntemini beğenmediği Yusuf Has Hacib'in kaleme aldığı Kutadgu Bilig'de de rivayet edilir.[15]

Şaman olmak herkesin erişemeyeceği bir seviye olarak görünürdü. Mesleki bilgi, özel yetenek, tecrübe ve kalıtsallık gibi durumlar önemlidir. Şaman olmak isteyen kişiler belirli bir süre boyunca başka bir şamanın yanında vakit geçirerek kendisini yetiştirmelidir. Şamanların; kurban törenlerinde, ölüm merasimlerinde ve düğünlerde görevleri vardır. Şamanlara göre hastalıklar psikolojik yani zihinle ilgili olmaktadır. Kötü ruhların verebilecekleri zararlar ve uğursuz güçlerin yaşattığı korkuları insan vücuduna girerek onlara zarar vermektedir. Bu durumda şamanlar devreye girer. Çünkü Şamanizm'i inanç olarak benimsemiş olan Türklerde şamanlar, hastalık ve ölüm gibi konularda en uzman kişidir. Hastaların ve hastalıkların tedavisinde başvurulan şamanlar, ruhlar öteki dünyaya ulaştırabilecek tek yetkili kişidir. Kendilerine has yöntem ve ritüelleri uygulayan şamanlar, hastanın bedenine giren kötü ruhları kovarken, hastanın bedenini terk eden iyi ruhları geri getirir. Şamanlar tedavi sırasında önce kendilerinden geçer ve baygınlık haliyle yere düşerler. Bu kendinden geçme yani trans halinde dokuz kat göğe yükselir Bay Ülgen'in desteğini alır ya da yedi basamak inerek kötü ruhların âlemine inip Erlik Han ile mücadele eder.[12] Bu sebeple olacak ki Divanü Lûgat-it Türk'de şamanlar kâhin, büyücü falcı gibi tanımlanmıştır. Yemçi-otaçı ayrımı burada da görülmektedir.[16]

Doğa insan yaşamını etkiler ve sınırlandırır. Coğrafi sınırlılıklara rağmen doğanın sunduğu çeşitli bitkiler aracığıyla hastalara şifa verilir.*[17] İslamiyet'ten önce Türklerin dini inanışları içinde görülen doğa kuvvetleri

* Bitkilerin şifası üzerine çeşitli araştırmalar yapılmış ve bilimsel olarak da kanıtlanmıştır. X-XI. yüzyıl âlimlerinden olan ve tıp alanında çalışmalarıyla bilinen İbn Sînâ da Kitâb'un-Nebât adlı eserinde bitkilerin şifası üzerine bilgiler vermiştir.

Şamanizm'i de kapsamaktadır. Şamanizm merkezinde doğa vardır. Bu inanışa göre doğa, dost ve kutsaldır. Doğanın sunduğu tüm imkânlardan da faydalanmak gerekir. Şaman inancında su çok kutsal olup su ile şifa özdeş bir kavram olarak kullanılmaktadır. Suyun kirletilmemesi gerekmektedir. Eğer bir hastalık varsa bu kötü su ile alakalıdır. Yer-su ruhuna saygı oldukça önemlidir. Hatta yer-su ruhlarının insanların evlerinde yaşadığına inanılmaktadır. İnsanlara hayat veren, işlerinde bereketi arttıran, evcil hayvanlarını bile onların hizmetkârı yapan yer-su ruhlarıdır. Bu inanışa göre saygının belirtisi olarak şamanlar tarafından bu ruhlara şiirler söylenmekte ve şükür belirtilmektedir.[18] Şamanizm'in doğaya saygısını ifade etmesi açısından şu örnek oldukça önemlidir:

Arbadayttan nıaldıry kudım yayagan, (Malı çoğaltan kutu yaratan),

Aruu Altay yerim-sula! (Temiz Altay, yer-su, susuz bırakma),

Puura yalduu ken-Altay! (Deve yeleli, Geniş Altay),

Mın kulaktuu Yerim-Su! (Bin kulaklı/bulaklı, Sulu ülkem),

Altay, Çaptı-Kaan munı surap yadım (Altay, koşturan/seyirten/güçlü-Kaan, bunu diliyorum).[19]

Canlı yaşamı için vazgeçilmez bir öneme sahip olan su, hemen hemen her toplumda değerlidir. Sağlıklı bir yaşam sürmek de temiz suya erişebilmekle mümkün olacaktır. Türk kültüründe su kutsaldır ve kirletilmemesi gerekmektedir. İhtiyacından fazla su kullanmak, suya tükürmek, berrak suyu bulandırmak belirli cezaları gerektirmektedir. Göçebe yaşam süren Türklerde suyu kirleten insanların öldüklerinde kabirlerinde azap çekeceklerine inanılır. Şaman inancı da yer-su kültünün bir öğretisi olarak suyu kutsal kabul eder. Suya kutsiyet atfedilmesi hem doğaya saygıyı yansıtır hem de hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir. Sağlık alanında gelişmelerin sınırlı olduğu zamanlarda salgın hastalıkların yayılmasını önlemek için böyle bir tedbir alınmış olması oldukça dikkate değerdir. Şamanların hastalıkların tedavisinde uyguladığı metotların bilimsel açıdan uygun olup olmaması tartışılsa da doğaya ve suya saygı göstermeyi öğütlemesi hastalıkların önlenmesi açısından hayati bir öneme sahiptir.[20]

Şamanların Şifacı Yönleri ve Yöntemleri

Şamanlar kendi toplumlarının önem atfedilen şifacılarıdır. İnsanlık tarihi kadar eski olan bu ritüeller bütünü doğadan ilham alır. Şamanizm'de esas unsurlardan biri şifa vericiliktir.[21] Şamanizm sağlıkla yani şifa bulmakla yakın ilişki içindedir. Şamanların tek işi şifa vermek olmasa da insanların zihnen ve fiziksel anlamda şifa bulmak için başvurdukları kimselerdir. Kökeninin insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülen Şamanizm'in, insanların şifa bulma ihtiyaçları için doğduğu dahi düşünülebilir. İnanç sistemi içinde yer alan Şamanizm'in bir din olup olmadığı konusunda hayli tartışma mevcuttur. Şamanizm kelimesinin sadece dini çağrışım yapmaması gerekir.[22] Şamanın görevi yalnızca kurban kesip ölülerle ilgilenmek değildir. Ayrıca şaman, hayatta olan insanlarla da ilgilenmek durumundadır. Sağlığı yerinde olmayan kişilerin hastalıklarına çare aramak gibi bir görevi vardır. Din ile sağlık arasında bir köprü görevi görerek bağlantı yapar.[23]

Şamanizm üzerine derin araştırmalar yapan Abdülkadir İnan'a göre şaman ile şifacı aynı kişidir.[24] Şamanizm temelde şifa bulmakla ilgilidir. İlk şifacıların da şamanlar olduğu düşünülür. Hastalığının nedeni bilinmeyen dönemlerde kişiler özel olarak seçilmiş, ruhların âlemine erişebilen şamanlara gider. Şamanizm'i benimseyen toplumlarda insanlar hastalıklarına derman bulmak için ilk önce şamanlara başvurur. Yaşadıkları dönemde sosyal rolleri bulunan bu şifacılar şaman/ büyücü/ emçi/ otacı/ şair/ şifacı gibi rollerin hepsini kendilerinde toplamışlardır.[25] Sadece yaşayanlar için değil ölülerin ruhları için de şamanlardan yardım talep edilmektedir. Hem ölülerin isteklerinin yerine getirilmesi (atalar kültü), hem de onların zarar

O, ilaçların zıt kuvvetlerin bileşimi olduğunu ve dolayısıyla bitkilerinde uzuvlara ayrılması hasebiyle zıt bileşenler şeklinde görüleceğini ifade etmiştir. Farklı bitkilerin farklı hastalıklara iyi geleceğini de bu vesileyle açıklamıştır.

vermelerinin önüne geçmek için şamanlardan yardım istenir. İnsanların dertlerini dinleyen, kendi bilgi ve deneyimleri doğrultusunda hareket eden şamanlar şifacı olma özelliği göstermektedir.[26]

Dünya üzerinde yaşayan insanlardan ve var olan ruhlardan haberdar olan şamanlar, diğer âlemlerle kurduğu bağlar sonucu hastanın hastalığını teşhis ederek onu iyileştirmeye çalışır. Hastalığın sebebini fiziksel ve ruhsal kaynakların yanı sıra enerji ile de hisseder.[9] Kendine aktarılan gizli bilgiler, güçlü gözlemleme yetisi olan şamanlar insan bedenini iyi tanırken, onların hastalıklarını nasıl iyileştirebileceklerini iyi bilirdi.[27] Sağlık, tüm zamanlarda dünya üzerindeki her canlı için ortak bir amaç olduğu gerçeği düşünüldüğünde şaman şifacıların da buna paralel uygulamalar yaptıkları kabul edilebilir.

Şaman hastanın iyileşme sürecinde yalnız ruhlardan yardım almaz. Bitki, bitki kökleri, yaprak ya da çiçeklerle yaptığı merhem ve çayları da kullanır. Eski Türklerde bir şifacı olarak otacı da bulunmaktaydı. Otacı, bitkiler aracılığıyla insanlara şifa bulmak amacı güderdi. Şamanlar ise yine otacının görevlerini üstlenerek ve doğanın yardımıyla hastalara şifa bulurlardı. Her ne kadar otacı ile şamanın aynı anlamda kullanıldığı görülse de her otacı aslında şaman değildir. Şaman olmanın belli kaideleri (el vermek gibi) olduğu gibi otacı olmanın böyle bir kaidesi ve eğitimi yoktur. Otacılar bir anlamda sağlık bilgisine sahip olan kimseler olarak düşünülebilir. Şamanın ruhlarla olan ilişkisi ve sihir tekniğini kullanması ayırt edici bir özelliktir.[28] Şamanın ruhani bir yönü olduğu gibi bitkilerden elde ettiği ilaçlarla şifa dağıtması otacı olarak görülmesine de sebep olmaktadır. Ayrıca şamanların toplumda üstlendiği vazifelerin genişliği düşünülürse otacıya göre çok daha büyük itibar gördüğü anlaşılacaktır.

Şamanlara göre hastalıkların ortaya çıkmasında iki temel unsur vardır. Fazlalık ya da eksiklik olarak telakki edilen bu iki unsur; vücuda kötülüğün girmesi, iyiliğin çıkması şeklinde olur. İyi kötü kavramı da ruhu ifade etmektedir. Kötü ruh hastalığı vücuda taşır ve insanın normalden farklı olmasına sebep olur. İnsan vücudunda bulunan iyilik, mutluluk, sağlık anlamlarına gelen *"kut"* kötü ruhlar tarafından çalınır. Şamandan beklenen vücuda giren kötü ruhu çıkarmak, çalınan iyi ruhu da geri getirmektir. Toplum nazarında şamanlar koruyucu kişilerdir ve gelebilecek kötülüklerden, felaketlerden onları korumalıdır.[29] Şamanların hastalıkları tedavi şekli de *otacı* ve *emçi* denilen şifacılardan çok farklıdır. Hastaların birebir tedavi edilmesi diye bir usul şamanlarda gözlenmez. O, toplumu ilgilendiren neredeyse her konuda söz hakkına sahip olduğu ve kamusal bir işlev gördüğü için bireysel hareket etmez. Hastaları ile ilgilenirken mahremiyet algısı oluşturmaz. Bedenin değil ruhun tedavi edilmesiyle ilgilenen şamanlar; dua, vecd hali, terapi, sihir gibi ritüellerle otacıdan farklı işlev görürler.[30] Hastalığın bir şaman tarafından iyileştirildiğinin toplum tarafından görülmesi gerekmektedir. Bu hem şamanın itibarını yükseltir hem de hastalıklara sebep olan kötü ruhları kovalar. Ayrıca müzik ve dans eşliğinde kutlama yapılması sağaltım (şifa verme) işleminin önemli bir parçasıdır.[31]

Kötü ruhların bedene girmesi ya da iyi ruhların (kut) bedenden çalınması şeklinde cereyan eden bir hastalıkta şamana başvurulur. Eğer hastalığa sebep kötü ruhun bedene girmesiyse şaman küçürük (eski Türkçede göçürme, taşıma) yöntemiyle tedavi etmeye çalışır. Bu teknikte şaman hastanın ruhunu bir hayvana, bir hayvan iskeletine ya da bir nesneye taşır ve onu bedenden uzaklaştırır. Bir diğer yöntem ise organın emilmesi ve sonrasında tükürülerek hastalığın tedavi edildiğine inanılmasıdır. Bu teknik hayvan sokması durumunda pis kanın emilip tükürülmesi şeklinde günümüzde bile kullanılmaktadır. Eğer ki hastanın *kut*'u iyi ruhu çalınmışsa ve bu sebeple hasta olduysa, şaman yer altındaki ruhlara gider onlarla pazarlık yapar kurban keserek hastanın iyi ruhunu geri getirir.[30,32,33] Şamanizm'de en büyük yeraltı tanrısı olarak tasvir edilen ve kötülüklerin sebebi olarak görülen hatta şeytan ile bir tutulan Erlik, hastaların iyi olabilmesi için şamandan kurban istemektedir. Kurban vermeyi kabul etmeyen her kim olursa felaket ve ölüm gönderir. Bu sebepledir ki şaman kötülüklerden toplumu korumak için zaman zaman Erlik'e kurban kestirir. Bu ritüel yerine getirilirken de bizzat orada bulunur.[24,34]

Şu ana kadar bilinen en eski tedavi yöntemi temel tepkilerin tetiklenmesiyle yapılır. Bu temel tepkiler başlıca korkutma, şaşırtma ve tiksindirmedir. Başka bir tedavi yöntemi de hastalık eğer fiziksel bir ağrıysa ağrıyan yere yavşan otu (pelin otu) veya tütün kullanılarak yakmak ya da iğne batırmaktır. Yakma ya da iğne batırma işleminin amacı ağrıyan yeri uyarmaktır. Bu eski yöntemin Çin tıbbındaki karşılığı akupunkturdur. Bazı durumlarda hastadan kan alındığı da görülmektedir ki pis kanın vücutta dolaşarak iyileşme sürecini uzatması engellenmek istenir. Şamanların insan bedenini ve psikolojisini ne kadar iyi tanıyıp yorumladığını hastaya göre kullandığı tedavi yöntemlerine ek yaklaşımı da göstermektedir. Hastanın ve hastalığın durumuna göre zaman zaman ter banyosu da uygulanmaktadır. Ayrıca şaman öteki hastaya hastalığının kaynağını göstererek hastalığını tanımasını sağlar. Bunu yapmasındaki amaç hastanın hastalığının kaynağını bilmesi durumunda onun iyileşeceğine olan inancıdır.[9]

Şamanizm'e göre ateş özeldir ve kutsaldır. Çünkü ateş kötülükleri kovalayan ve her şeyi temizleyip arındıran bir güce sahiptir. Şamanlara göre ateş hem hastalıkların sebebidir hem de şifasıdır. Bir anlamda hastalıkların kişinin ruh dünyasına göre şekillendiği düşünülür.[35] Zaten yukarıda da ifade ettiğimiz gibi şamanların ilgilendiği hastalıklar genelde ruhsal olanlardır. Bu konuda bir örnek vermek gerekirse yeni doğum yapan kadınlara ve bebeklerine musallat olup zarar verdiği düşünülen Al Karısı/Albastı'nın ateş ile alakalı olduğu düşünülmektedir.[36] İnanışa göre bir kişinin ateşe saygısızlık etmesi de deri hastalığına yakalanmasına sebep olmaktadır. Bunun tedavisini de şamandan başkası yapmamaktadır.[24] Burada ifade etmek gerekirse, Anadolu'da da yaygın bir inanışa göre ateşe tükürülmez, su dökülmez, kötü söz söylenmez. Ki ateşe su dökmek zorunda kalanlar da destur diye söz söylemek durumundadır. Bu ifadeler de göstermektedir ki Anadolu'da bu gelenek yaşatılmaktadır. Ayrıca deri hastalıkları (siğil, termiye gibi) şifacı olarak görülen nefesinin kuvvetli olduğu düşünülen kişilere okutulmakta hatta tükürtülmektedir. Bu örnekler de bize; eski Türk kültüründen derin izler taşıyan bir Anadolu coğrafyasını göstermektedir.

Şamanizm'de atalar kültü de önemli bir yere sahiptir. Ataların ruhlarının ölümsüz olduğuna inanılır. Onlar için kurbanlar kesilir ve yüceltilir.[37] Atalara saygılı olmanın hastalıklara yakalanma konusunda oldukça önemli olduğuna inanılmaktadır. Hatta atalarına saygılı olan şamanların hastalıkları tedavi etmede daha başarılı olduğu düşünülmektedir. Bu sebepledir ki atalarının itibar gösterdikleri şamanlar gelecek nesiller için de itibar görmüştür.[38] Ata'ya saygıyı ve ateşi bir araya getiren bu inançta Ateş-ocak kültü de ata ocağının tütmesi şeklinde varlığını korumaktadır.[39]

Çoğu Türk toplumunda şamanlığın ve demirciliğin iç içe geçmiş kavramlar olması da ateşle ilgili bir durum olsa gerekir. Aynı kökten geldiğine inanılan bu iki meslek gurubuna da hastalıkları tedavi edebilecek kişiler olarak bakılmaktadır. Demircilerin ateşe söz geçirebilmesi, madenleri eğip bükmesi onların sihirli güçlere sahip olduklarının düşünülmesine sebep olmuştur. Türk toplumunda demircilere karşı şamanlara olduğu gibi korkuyla karışık bir saygı vardır.[28]

Şamanların tedavi yöntemleri zaman zaman farklılık göstermektedir. Bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemler modern tıp uygulamaları ile benzerlik göstermesi bakımından da dikkat çeken bir husustur. Şamanlar masaj tekniği ile hastalıkları tedavi etmeye çalışmaktadır. Onlar, "*manüel terapi*", "*kontaktlı*" (dokunarak), "*kontaktsız*" (dokunmadan) masaj uygulaması ile baş ağrısı ve baş dönmesi gibi fiziksel hastalıkları tedavi etmektedir. Ayrıca şamanlar runik taşlar aracılığıyla psikolojik hastalıkları iyileştirmeye çalışmaktadır. Halk hekimliği rolüne bürünen şaman, şamanîk törenlerle çocuksuz çiftler için kısırlık tedavisi de yapmaktadır.[40] Şaman ayinlerinde kullanılan müzik aletleri (davul, gitar, kopuz) hastalıkların sağaltılması için de önemli figürler olarak karşımıza çıkmaktadır. Şamanın davet edildiği bir ritüel başladığı zaman müzik aletleri çalmaya başlar ve şaman transa geçinceye kadar devam eder. Şamanın ruhu bedenden ayrılır, hastanın canını aramak için gezinir, esrimesinden (trans halinden) uyanan şaman hastanın canını avucunda kapalı tutar ve hastanın sağ kulağından bedenine sokar.[28,31]

Sonuç

Doğayla iç içe yaşayan toplumların geleneksel yaşam biçimini yansıtan Şamanizm'in birinci öğretisi doğaya saygı duymaktır. Şamanizm'de her nesnenin ruhunun olduğuna inanılması hastalıkların sebepleri ve tedavisi için bir parola niteliği taşımaktadır. Şamanizm, köklü bir inanç sistemi olarak birçok toplumda doğa ile insan arasındaki bağı güçlendiren bir öğreti olarak varlığını sürdürmüştür. Şamanlar, yalnızca spiritüel liderler değil, aynı zamanda halkın şifacıları olarak da önemli roller üstlenmiştir. Tarih boyunca farklı coğrafyalarda değişen ritüel ve uygulamalarına rağmen, şamanların hastalıkları tedavi etme yöntemleri, insan bedenini ve ruhunu iyileştirmeye yönelik benzersiz bir yaklaşım sergilemiştir. Şamanların tedavi süreçlerinde doğaya duydukları saygı belirgin bir unsur olmuştur. Bitkisel ilaçlar, müzik, dans ve ruhsal yolculuklar aracılığıyla iyileşme sağlama çabaları, geleneksel tıbbın ilk örnekleri olarak değerlendirilebilir. Şamanlar, transa geçerek hastanın ruhunu kötü etkilerden arındırmaya çalışırken, çeşitli otlar ve doğal kaynaklar kullanarak fiziksel hastalıkları tedavi etmeyi hedeflemişlerdir. Ayrıca, şamanlar toplum içinde sadece bireysel hastalıkları iyileştiren kişiler değil, aynı zamanda kolektif bilinç üzerinde de etkili figürler olmuşlardır. Kötü ruhları kovma ritüelleri, doğa ile barış içinde yaşama öğretileri ve ata kültüne duyulan saygı, şamanların toplum içindeki saygınlığını artırmıştır. Bu yönleriyle şamanlar, halk hekimliği rolünü üstlenen ilk kişiler olarak tarih sahnesindeki yerlerini almıştır. Sonuç olarak, Şamanizm'de şifacılık, hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı iyileştirme amacını taşıyan bütüncül bir sistem olarak değerlendirilmelidir. Modern tıp ile doğrudan karşılaştırılmasa da şamanların kullandığı bazı yöntemler günümüz alternatif tıbbında hâlâ varlığını sürdürmektedir. Doğayla uyum içinde yaşamayı öğütleyen bu kadim inanç sistemi, geçmişten günümüze insan sağlığına yönelik katkılarıyla dikkat çekmektedir.

Bilgi

Çıkar çatışmaması bulunmamaktadır. Herhangi bir fondan ya da finans kaynağından destek alınmamıştır.

Kaynakça

1. Güngör H. Şamanizm. In: TDV İslam Ansiklopedisi. Vol 38. Türk Diyanet Vakfı Yayınları; 2010:325-358.
2. Koçak K. Bozkır Türk Kültür Tarihinin Kaynakları. Kömen Yayınları; 2015.
3. Yıldırım E. Sosyal Yapı, Din, Mitoloji. In: Genel Türk Tarihi El Kitabı. Bilgeoğuz Yayınları; 2020:49-60.
4. Buluç S. Şamanizm Menşei ve İnkişafı Hakkında. Türk Dili ve Edebiyatı Dergisi 1948;2(4):177-279.
5. Hamayon R. Ecstasy or the West-Dreamt Siberian Shaman. Tribal Epistemologies. Published online 2019:175-187.
6. Arvas A. Şamanizm. Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi 2014;3(3):49-71.
7. Aleksevey Alekseyeviç N. Aleksevey, Türk Dili Sibirya Halklarının Şamanizmi. Kömen Yayınları; 2013.
8. Tuna E. Şamanlık ve Oyunculuk. Okyanus Yayıncılık; 2000.
9. Bayat F. Ana Hatlarıyla Türk Şamanlığı. Ötüken Neşriyat; 2021.
10. Çoruhlu Y. Türk Mitolojisinin Ana Hatları. 8th ed. Kabalcı Yayıncılık; 2017.
11. Davletov TB. Şaman Doğa'nın Şifası Uyanınca. 1st ed. Asi Kitap; 2017.
12. Koca S. Türk Kültürünün Temelleri 2. 3rd ed. Kültür Yayınları; 2010.
13. Demir AF, Akgün Çomak N. Şaman ve Türk Dünyası. 3. Baskı. Bağlam Yayınları; 2020.
14. Güzelderen B, Karadavut Z. Kam ve Kamın İşlevlerinin Türk-İslam Dönemi İlk Metinlerindeki Karşılıkları. Millî Folklor 2023;18(138):166-176.
15. Arat RR. Kutadu Bilig I Metin. Türk Dil Kurumu; 2007.
16. Altay B. Divanü Lûgat-It Türk. Türk Dil Kurumu; 2013.
17. Yavuz M. Bitkilerin Kökenleri; Şamlı Nokolaos, İbn Sînâ ve İbn Bâcce'ye Göre Bitkiler Kitabı. Ötüken Yayınları; 2024.
18. İnan A. Türklerde Su Kültü İle İlgili Gelenekler. In: Makaleler ve İncelemeler. Vol I. Türk Tarih Kurumu Yayınları; 2020.
19. Anohin AV. Altay Şamanlığına Ait Materyaller. Kömen Yayınları; 2006.
20. Türkmen İ, Saylam YM. Şamanizm'de Doğaya Yüklenen Anlam. Uluslararası Tarih Araştırmaları Dergisi 2023;7(1):78-96.
21. Kafesoğlu İ. Türk Milli Kültürü. 45th ed. Ötüken Yayınları; 2020.
22. Şenesen İ. Şamanizm'in Bilimsel Kavram Olarak Tanımlanması Üzerine Bir Değerlendirme. Uluslararası Halkbilimi Araştırmaları Dergisi 2021;(6):52-61.
23. Çamurcuoğlu Tosun M. Eski Türklerde Şamanizm ve Günümüze Yansımaları. Ahbar 2024;(1):19-29.

24. İnan A. Tarihte ve Bugün Şamanizm. Türk Tarih Kurumu Basımevi; 2020.
25. Köprülü MF. Türk Edebiyatı Tarihi. Ötüken Neşriyat; 1981.
26. Ripinsky M. Shamansitic knowlwdye and cosmology. In: Wautischer H, ed. Tribal Epistemologies: Essays in the Philosophy of Anthropology. Routledge; 1998:119-162.
27. Salihov A. Başkurt Şamanlarının Tedavi Usulleri. In: Yaşayan Eski Türk İnançları Bilgi Şöleni: Bildiriler. Türkiyat Araştırma Enstitüsü; 2007:83-89.
28. Eliade M. Şamanizm. İmge Kitabevi; 1999.
29. Perrin M. Şamanizm. İletişim Yayınları; 2003.
30. Bayat F. Türk Kültüründe Kadın Şamanlar. Ötüken Yayınları; 2010.
31. Demir M. Şamanizm'de Hastalık Kavramı ve Tedavi Yaklaşımları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2023;6(1):19-24.
32. İnan A. Eski Türk Dini Tarihi. Altınordu Yayınları; 2020.
33. Roux JP. Şamanizm, Hayvansal Yaşamda Tinsel bir Deneyim. Tarih ve Toplum Dergisi 1986;(29):53-56.
34. Ögel B. Türk Mitolojisi. Vol I. 4th ed. Türk Tarih Kurumu Yayınları; 2003.
35. Gülyüz BG. İslam Öncesi Türk Kültüründe Ateş ve Ateşe Hükmedenler (Maddi Kültür İzleri Işığında). Trakya Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2019;9(17):201-223.
36. Ögel B. Türk Mitolojisi. Vol II. Türk Tarih Kurumu Yayınları; 1995.
37. Çobanoğlu Ö. Türk Mitolojisinde Al Dini ve Okra İlişkisi. In: . . 38. ICANAS Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi II. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Yayınları; 2012:981-986.
38. Yeşildal ÜY. Atalar Kültüne Dair İnanmaların Türklerin Ad Verme İnanç ve Gelenekleri Üzerindeki Tesiri. Milli Folklor 2018;(119):48-59.
39. Türköne M. Eski Türk Toplumunun Cinsiyet Kültürü. Ark Yayınevi; 1995.
40. Arvas A. Hakas Bir "Kam" ve Düzenlediği Ritüeller. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2021;3(30):79-87.

Araştırma Makalesi – Original Article

Biberiye Uçucu Yağ Örneklerinin Kalite Kontrol Analizleri*

Quality Control Analyses of Aetheroleum Rosmarini Samples

Fatma Yıldırım[i], Tuğçe Fafal[ii]

[i]Ecz., Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakognozi AD., https://orcid.org/0009-0001-6795-5149
[ii]Prof.Dr., Ege Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakognozi AD., https://orcid.org/0000-0002-7445-5855

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, piyasadan temin edilen dört farklı ticari biberiye (*Rosmarinus officinalis* L.) uçucu yağı ile laboratuvar koşullarında distilasyon yoluyla elde edilen uçucu yağ örneği Türk Farmakope'sinde Aetheroleum Rosmarini monografında yer alan kalite kontrol parametrelerine göre analiz edilmiştir.

Yöntem: Çalışma materyali olarak, ticari olarak temin edilen dört biberiye uçucu yağı ve distilasyonla elde ettiğimiz uçucu yağ örneği kullanılmıştır. Tüm örnekler, Türk Farmakope'sinde yer alan Aetheroleum Rosmarini monografında yer alan kalite kontrol analizlerine tabi tutulmuştur. Analitik ölçümler standart çalışma protokollerine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Makroskobik değerlendirme, bağıl yoğunluk, kırılma indisi ve alkolde çözünürlük analizleri, örnekler arasında genel olarak benzerlik göstermiştir ve bu parametrelerde ciddi bir sapma gözlenmemiştir. Gaz kromatografisi analizinde ise ticari örneklerden yalnızca ikisi, farmakope tarafından öngörülen aralıkta ökaliptol (1,8-sineol) içeriğine sahipken (%38-55), diğer iki örnekte bu majör bileşenin miktarı farmakope limitlerinin altında kalmıştır. Leke testinde ise ticari uçucu yağların üçünde sabit yağ varlığı saptanmıştır.

Sonuç: Gaz kromatografisi ve leke testi sonuçları, bazı uçucu yağ örneklerinin farmakope kriterlerine uygun olmadığını ortaya koymuştur. Toplanan drogtan distilasyon ile elde edilen uçucu yağ örneği Türk Farmakopesi standartlarıyla uyum göstermiştir. Bu bulgular, piyasada bulunan uçucu yağların kalite kontrolünün yapılmasının, farmakope kriterlerine uygunluklarının denetlenmesinin ve etiket ile bu bilgilerin ürün üzerinde yer almasının tüketici güvenliği ve terapötik etkinlik açısından önem taşıdığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Uçucu yağ, Aetheroleum Rosmarini, *Rosmarinus officinalis,* Biberiye

ABSTRACT

Objective: In this study, four different commercial rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.) essential oil samples obtained from the market and the essential oil samples obtained by distillation in laboratory conditions were analyzed according to the quality control parameters included in the Aetheroleum Rosmarini monograph in the Turkish Pharmacopoeia.

Method: Four commercially available rosemary essential oils and essential oil samples obtained by distillation were used as study materials. All samples were subjected to quality control analyses in the Aetheroleum Rosmarini monograph in the Turkish Pharmacopoeia. Analytical measurements were performed in accordance with standard working protocols.

Results: Macroscopic evaluation, relative density, refractive index and alcohol solubility analyses showed general similarity among the samples and no serious deviations were observed in these parameters. In gas chromatography analysis, only two of the commercial samples had eucalyptol (1,8-cineole) content within the range prescribed by the pharmacopoeia (38-55%), while the amount of this major component in the other two samples remained below the pharmacopoeia limits. In the spot test, the presence of fixed oil was detected in three of the commercial essential oils.

Conclusion: Gas chromatography and spot test results revealed that some essential oil samples did not comply with the pharmacopoeia criteria. The essential oil sample obtained by distillation from the collected drug complied with the Turkish Pharmacopoeia standards. These findings show that quality control of essential oils available on the market, checking their compliance with pharmacopoeial criteria and including this information on the product label are important for consumer safety and therapeutic efficacy.

Key words: Essential oil, Aetheroleum Rosmarini, *Rosmarinus officinalis,* Rosemary

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):631-639
DOI: 10.31020/mutftd.1625732
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 20.01.2025; Kabul Tarihi- Accepted: 20.04.2025
İletişim- Correspondence Author: Tuğçe Fafal <tugce.fafal@ege.edu.tr>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Türkiye zengin ekolojik koşullara sahip olması nedeniyle bitki türlerinin çokluğu bakımından dünyanın en zengin ülkeleri arasında yer almaktadır. Ülkemizde 11.707 çiçekli bitki türü bulunmaktadır, bunlardan 3649 kadarı endemik olup, ülkemizdeki endemizm oranı %32 dir. Lamiaceae (Labiatae) familyası ülkemizde yetişen ve tıbbi kullanımı olan bitkilerin yer aldığı üçüncü büyük familyadır. Lamiaceae bitkilerinin %10 kadarı ülkemizde yetişmektedir. Çoğunlukla ot, çalı formundaki tek veya çok yıllık aromatik bitkilerden oluşmakta olup, dünyanın her tarafında bulunmaktadır. Lamiaceae familyası Kuzey-Batı Asya ve Akdeniz Bölgesine yayılmış olan 220 cinsi ve 3500 türü bünyesinde barındırmaktadır. Ülkemizde 48 cins ve 782 takson ile temsil edilmekte olup bunlardan 346 takson endemiktir.[1-3] *Rosmarinus officinalis* L. (syn. *Salvia rosmarinus* Spenn.) bu Labiatae bitkileri içerisinde önemli bir yer tutmakta olup, hem baharat olarak hem de uçucu yağ ve aromatik su eldesinde kullanılmakta Türkçe "biberiye, akpüren, hasalbal" isimleri ile bilinmektedir.[3] Ülkemizde farklı *Rosmarinus* türleri yetişse de kullanımı olan tür *Rosmarinus officinalis*' tir ve yayılış gösterdiği doğal alanlardan toplanarak kullanılır. Herdem yeşil, çok yıllık, güçlü kokulu olan biberiye Mersin-Tarsus başta olmak üzere Akdeniz Bölgesi'nde yoğunlaşmıştır.[4] Lamiaceae bitkilerinden baharat olarak kullanılanlar arasında üzerinde en çok araştırma yapılan biberiyedir. Antimikrobiyal ve antioksidan etkileri nedeniyle gıda teknolojisinde et ve yağların bozunmadan saklanması için yaygın olarak kullanılmaktadır. Biberiyenin bu aktiviteleri içerdiği fenolik bileşenler ve uçucu yağından kaynaklanmaktadır.[5] Biberiye yaprakları flavonoitler, fenolik diterpenler, rosmarinik asit, ursolik asit, triterpenler, uçucu yağ ve tanen içermekedir.[6-12] Halk arasında infüzyonu çay şeklinde dahilen ishale karşı, hazıma yardımcı, safra arttırıcı, idrar söktürücü, haricen ise lapa şeklinde cerahatlı yaralarda ve romatizmada kullanılmaktadır.[3,13] *Rosmarinus officinalis* ile yapılan aktivite çalışmalarında bitkinin antioksidan, antimikrobiyal, antikanser, antienflamatuvar aktiviteleri ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır.[11-16]

Rosmarinus officinalis bitkisinin taze topraküstü kısımlarından distilasyon ile elde edilen biberiye uçucu yağı aromaterapi uygulamalarında kullanılan önemli uçucu yağlardandır. Deride yaptığı irrite edici ve kan akımını hızlandırıcı etkisi nedeniyle selülit tedavisinde, romatizma tedavisinde analjezik olarak ve saç çıkarıcı ürünlerde bir sabit yağ içerisinde seyreltilerek tek başına ya da başka uçucu yağlar ile karışım şeklinde haricen kullanılmaktadır.[17,18] Biberiye uçucu yağının antifungal, antioksidan, sitotoksik, analjezik, antienflamatuvar, nöroprotektif ve antitümöral aktiviteleri ilgili pek çok çalışma yapılmıştır.[19-22] Daha önce yapılan çalışmalarda biberiye uçucu yağının gaz kromatografisi ile içerik analiz çalışmalarında 1,8-sineol (ökaliptol) (majör bileşen) (%8-43), α-pinen (%12-14), kafur (%8-18), bornil asetat (%2-8), borneol (%4-20), kamfen (%6-10) ve α-terpineol (%2-8) içerdiği saptanmıştır.[23-27]

Uçucu yağlar pek çok farmakolojik etkiye sahip olmaları nedeniyle aromaterapi uygulamalarında geniş kullanım alanına sahiptir. Ekonomik açıdan yüksek kar elde etmek amacıyla uçucu yağlar bazen bir sabit yağ ile karıştırımakta, bazen de sentetik etken madde ve maddeler karışımı farklı oranlarda karıştırılarak uçucu yağ hazırlanmaktadır.[28] Halk arasında sıkça kullanılan uçucu yağlara dair bazı firmaların yaptığı bu durum nedeniyle uçucu yağların kalite kontrolünün yapılması ve içeriğinde yer alan etkili bileşenlerinin analiz edilmesi önem kazandırmaktadır.

Farmakopeler tedavi amaçlı kullanılan etken madde ve drogların taşıması gereken standartların verildiği monografları içeren, devlet otoritelerince onaylanıp kabul edilmiş, sürekli güncellenen kitaplardır.[29] Tıbbi ve aromatik bitkiler ile bu bitkilerden hazırlanan drog ve etken maddelerin kalite ve güvenilirliğinin kontrolü için o ülkenin kabul ettiği farmakope satandartlarına uygunluğu önemlidir. Bu amaçla ülkemizde kullanılacak uçucu yağın ilgili monografını içeren Türk Farmakopesi kaynak kitap olarak önemlidir. Bu amaçla çalışmamızda kullandığımız biberiye uçucu yağının Türk Farmakopesine göre kalite kontrol analizini yapmayı hedefledik.

Biberiye (*Rosmarinus officinalis* L.) uçucu yağı, farmakolojik etkileri ve halk arasında yaygın kullanımı nedeniyle geleneksel ve tamamlayıcı tıpta önemli bir yere sahiptir. Piyasada çok sayıda farklı markaya ait biberiye uçucu yağı tüketicilere sunulmaktadır. Ancak, bu ürünlerin içeriklerinin ve kalite düzeylerinin standartlara ne ölçüde uygun olduğu büyük ölçüde belirsizdir. Türk Farmakopesi gibi resmi kaynaklarda tanımlanan kalite kontrol parametrelerine uygunluk, bu ürünlerin güvenilirliği ve terapötik etkinliği açısından oldukça önemlidir. Literatürde biberiye uçucu yağına ilişkin birçok biyolojik aktivite çalışması bulunmasına rağmen, Türkiye'de piyasada satılan biberiye uçucu yağlarının kalite kontrolü, farmakope monografı ile karşılaştırılması ve standardizasyon düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kapsamlı araştırmalar sınırlıdır. Özellikle, uçucu yağların sabit yağlar ile seyreltilip seyreltilmediği, ana bileşenlerin miktarlarının standart değerlerle uyuşup uyuşmadığı önemlidir. Bu çalışma, dört farklı firmadan temin edilen ticari biberiye uçucu yağı örnekleri ile topladığımız *Rosmarinus officinalis* bitkisinin topraküstü kısımlarından, Clevenger apereyi ile elde edilen uçucu yağ örneğinin kalite kontrol açısından Türk Farmakopesi'nde yer alan Aetheroleum Rosmarini monografına göre anlizinin yapılmasını amaçlamaktadır. Bu amaçla uçucu yağ örneklerinde makroskobik analiz, alkolde çözünürlük, bağıl yoğunluk, kırılma indisi ve gaz kromatografisi ile kimyasal bileşen analizleri yapılmış ve veriler hem örnekler arası hem de farmakope limitleri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Bu araştırma, piyasada bulunan uçucu yağların güvenilirliğini sorgulamakta ve kalite kontrol süreçlerinin iyileştirilmesi ile ürünlerin etiket bilgilerinin standardizasyonuna katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Gereç ve yöntem

Numunelerin Temini

Aetheroleum Rosmarini örnekleri 15.10.2024 tarihinde İzmir ili Bornova ilçesinde eczaneden 4 farklı firmanın ürünü şeklinde temin edilmiş ve bu örneklere B, C, D ve L kodları verilmiştir. Uçucu yağ örneklerinin üzerlerinde distilasyon ile elde edildikleri belirtilmektedir. Ayrıca üretim ve son kullanma tarihleri incelendiğinde B kodlu örnek için 17.02.2022-17.02.2027, C için 01.01.2024-01.01.2026, D için 01.2023-01.2026, L için ise 27.05.2024-27.05.2027 şeklinde olduğu görülmüştür. Örneklerin hepsinin üzerinde distilasyon ile elde edildikleri bilgileri yer almaktadır. Ayrıca 18.10.2024 tarihinde Aydın-Kuşadası Davutlar' dan 75 m rakımdan topladığımız *Rosmarinus officinalis* L. bitkisinin topraküstü kısımları çalışma materyalimizi oluşturmuştur. Bitkinin teşhisi Prof. Dr. Tuğçe Fafal tarafından yapılmış olup, herbaryum örneği Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı herbaryumunda 1668 numarası ile saklanmaktadır. Su distilasyonu için toplanan taze bitkinin topraküstü kısımlarından 200 g tartılıp kabaca küçültülmüş ve üç saat süre ile Clevenger apereyi ile distilasyon yapılmıştır. Elde edilen Aetherolum Rosmarini örneğine N kodu verilmiş ve volümetrik olarak ölçülerek %verim hesabı yapılmıştır.

Makroskobik analiz

Makroskobik analiz için uçucu yağlarda göz ile renk kontrolü için örnekler deney tübüne alınarak kontrolü yapılmıştır, ayrıca örneklerin koku kontrolü de yapılmıştır. Türk Farmakopesi' ne göre biberiye uçucu yağı renksiz veya açık sarı renkli, 1-8-sineol kokulu olmalıdır.[30]

Leke kontrolü

Leke kontrolü için her bir uçucu yağ örneğinden bir damla uçucu yağ örneği pipet ile süzgeç kağıdına damlatılmış ve 24 saat sonra lekeler gözlenmiştir. Türk Farmakopesi' ne göre biberiye uçucu yağı süzgeç kağıdına damlatıldıktan 24 saat sonra geriye hiçbir yağlı veya yarı saydam leke bırakmadan buharlaşmalıdır.[30]

Alkolde çözünürlük tayini

Deney tüplerine 2 ml %96 lık etanol koyup, üzerine her bir uçucu yağ örneğinden iki damla konulup çalkalandığında, farklı bir faz oluşturmadan karışması uçucu yağın çözünürlüğünün Türk Farmakopesi'nin standartlarını karşıladığı anlamına gelir.[30]

Relatif yoğunluk tayini

Her bir uçucu yağ örneğinin relatif yoğunluğu, piknometre yardımıyla ve Türk Farmakopesi'nde tanımlanan yönteme göre belirlenmiştir.[30] Temiz, kuru ve tartılmış piknometreye sırasıyla distile su ve uçucu yağ örnekleri doldurularak, d = A3 –A1 / A2 – A1 formülü ile relatif yoğunluklar hesaplanmıştır. Her örnek için işlem üç kez tekrarlanmıştır.

Türk Farmakopesi'ne göre biberiye uçucu yağının bağıl yoğunluğu 0.895-0.920 arasında olmalıdır.[30]

Refraksiyon indisi tayini

Çalışmamızda laboratuvarımızda mevcut olan Atago marka refraktometre kullanılmıştır. Öncelikle refraktometrenin cam prizmaları alkollü pamuk ile temizlenip, sonra alt prizmaya bir damla uçucu yağ örneği damlatılarak, alet ölçme pozisyonuna getirilip, refraksiyon indisi ölçülüp, kaydedilmiştir.

Türk Farmakopesine göre biberiye uçucu yağının kırılma indisi 1.464-1.473 olmalıdır.[30]

Gaz kromatografisi ile uçucu bileşenlerin analizi

Test çözeltileri için, elde ettiğimiz ve temin ettiğimiz uçucu yağ örneklerinden 200' er µl alıp, hegzan ile 10 ml ye tamamlanmıştır. Örnekler GC/FID (Gaz kromatografisi (Agilent 7890A) cihazı ile kapiler kolon (HP Innowax Capillary; 60.0 m x 0.25 mm x 0.2 µm) kullanılarak gaz kromatografisi ile analiz edilmiştir. Taşıyıcı gaz olarak, 0.7 mL/dk akış hızında helyum kullanılmış, örnekler cihaza 1 µL olarak 40:1 split oranı ile enjekte edilmiştir. Enjektör sıcaklığı 250°C, kolon sıcaklık programı 60°C (10 dakika), 60°C'den 220°C'ye 4°C/dakika ve 220°C (10 dakika) olacak şekilde ayarlanmıştır. Ayrılan bileşiklerin rölatif yüzde miktarları alev iyonizasyon dedektör kromatogramlarından hesaplanmıştır. Numunelerin taranması, WILEY kütüphanesinde yapılmış,[31] dedektör olarak alev iyonizasyon dedektörü kullanılmıştır. Bu çalışmada GC-FID kullanılmış olmakla birlikte, bileşiklerin kesin yapısal tanımlamasının yapılabilmesi açısından GC-MS kullanımının daha ileri düzeyde bilgi sağlayacağı bilinmektedir. Dolayısıyla, bu durum çalışmanın sınırlılıklarından biri olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analiz

Deneyler üç tekrarlı olarak yapılmış ve sonuçların aritmetik ortalamaları ile standart sapmaları hesaplanmıştır.

Bulgular

Distilasyon ile elde ettiğimiz Aetheroleum Rosmarini örneğinde verim %0.80 olarak bulunmuştur. İncelediğimiz uçucu yağ örneklerimizin relatif yoğunluk ve refraksiyon indisi sonuçları ***Tablo 1***'de, uçucu yağ bileşenlerinin gaz kromatografisi ile analiz sonuçları ise ***Tablo 2***'de yer almaktadır.

Tablo 1. Örneklerimizin relatif yoğunluk ve refraksiyon indisi sonuçları

Örnek kodu	Refrakiyon indisi	Relatif yoğunluk
B	1.477±0.13*	0.898±0.08
C	1.467±0.06	0.884±0.02
D	1.436±0.24	1.011±0.05
L	1.467±0.04	0.875±0.04
N	1.467±0.02	0.896±0.01

*: standart sapma

Tablo 1'de çalışma konumuz olan biberiye uçucu yağ örneklerinin farmakopede kayıtlı kalite standartlarından olan refraksiyon indisi ve yoğunluk analizi sonuçları yer almaktadır. Ölçümler üç parelel şeklinde yapılmış olup, ortalamaları alınmış ve standart sapmaları hesaplanarak tabloya yazılmıştır.

Tablo 2. Aetherolum Rosmarini örneklerinin uçucu yağ bileşenleri ve yüzde miktarları

Alıkonma zamanı	Bileşen	B (%)	C (%)	D (%)	L (%)	N (%)
9.319	α tuyon	0.13±0.08*	0.23±0.06	-	-	0.10±0.02
9.546	**α pinen**	**20.42**±1.14	**15.58**±1.12	**2.17**±0.82	**1.45**±0.46	**10.32**±0.26
10.062	kamfen	4.62±0.86	5.30±0.09	-	-	4.47±1.08
10.918	sabinen	0.89±0.08	1.27±0.26	-	-	-
11.036	β pinen	2.25±0.66	2.60±0.12	1.02±0.36	-	3.51±0.22
11.513	β mirsen	0.31±0.02	0.44±0.09	-	-	1.43±0.01
12.057	1-felladren	0.15±0.04	0.28±0.04	-	-	0.37±0.04
12.223	3-karen	0.43±0.02	0.57±0.08	-	-	0.44±0.04
12.452	α terpinen	0.65±0.02	0.98±0.06	-	-	0.94±0.02
12.641	*p*-simen	0.07±0.02	-	-	1.88±0.06	-
12.741	*o*-simen	5.21±0.94	-	-	-	-
12.908	limonen	9.47±1.01	-	10.22±2.04	2.12±1.24	-
13.005	**1,8 sineol (ökaliptol)**	**18.34**±1.21	**29.28**±1.73	**55.38**±1.37	**12.97**±0.86	**49.62**±1.19
13.185	benzil alkol	-	-	14.66±1.95	-	-
13.992	γ terpinen	1.96±0,68	2.41±0.08	-	1.46±0.04	1.40±0.02
15.010	α terpinolen	0.41±0.02	0.62±0.05	-	-	0.70±0.04
15.606	linalol	1.51±0.08	2.26±0.39	-	-	0.38±0.02
17.145	**kafur**	**2.05**±0.83	**2.75**±0.94	**2.21**±1.47	**-**	**5.09**±0.48
17.669	**borneol**	**19.97**±1.16	**20.19**±1.21	**-**	**-**	**4.94**±0.86
18.859	α-terpineol	0.47±0.02	6.49±0.86	-	-	6.12±0.23
18.844	β fensil alkol	5.20±1.69	-	-	-	0.16±0.02
19.590	verbenon	-	-	-	-	0.81±0.04
22.214	izobornil asetat	-	-	14.34±1.26	-	-
22.228	endobornil asetat	-	3.30±1.04	-	-	-
26.652	trans karyofilen	1.01±0.06	1.67±0.02	-	-	2.64±0.01
38.269	izopropil miristat	-	-	-	79.83±1.98	-
Toplam		**95.45**	**96,22**	**100**	**99.71**	**93.44**

*: standart sapma

Tablo 2 biberiye uçucu yağ örneklerimizin gaz kromatografisi ile analizi sonucunda kolonda alıkonma zamanlarının kütüphane verileri ile karşılaştırılması sonucunda elde edilen bileşenlerin isimleri ve yüzde miktarlarını göstermektedir. Analizler üç parelel şeklinde yapılmış olup, ortalamaları alınmış ve standart sapmaları hesaplanarak tabloya yazılmıştır.

Tartışma ve sonuç

İzmir-Bornova'da eczaneden dört farklı firmanın ürünü şeklinde temin ettiğimiz biberiye uçucu yağı örneklerine B, C, D ve L kodları verilmiştir. Aydın-Kuşadası' ndan topladığımız biberiye bitkisinden distilasyon ile elde ettiğimiz biberiye uçucu yağına ise N kodu verilmiştir. İncelediğimiz B, C, D, L ve N kodlu uçucu yağ örneklerinin hepsinin rengi açık sarı renkte bulunmuştur. İncelediğimiz bir diğer analiz parametresi ise kokudur ve analiz ettiğimiz tüm uçucu yağ örneklerinde 1,8-sineol kokusu tespit edilmiştir. Türk Farmakopesi'ne göre biberiye uçucu yağı renksiz veya açık sarı renkli ve 1,8-sineol kokulu olmalıdır.[30] Bizim sonuçlarımız bu veri ile uyumlu bulunmuştur.

Leke kontrolü çalışmamızda uçucu yağ örneklerimizi süzgeç kağıdına damlatıp 24 saat beklediğimizde, kendi elde ettiğimiz N kodlu uçucu yağ ve C kodlu örneğin leke bırakmadığı, temin ettiğimiz B, D ve L kodlu uçucu yağ örneklerinin ise yağlı leke bıraktığı gözlemlenmiştir. Türk Farmakopesi'ne göre damlatılan uçucu yağın geriye hiçbir yağlı veya yarı saydam leke bırakmadan 24 saat içinde buharlaşması uygunluğu gösterir.[30] Bu koşula sadece bizim elde ettiğimiz N kodlu örnek ve temin ettiğimiz C kodlu örnek uyum sağlamıştır. Diğer uçucu yağ örneklerinde uçucu yağın yanında bir sabit yağ varlığı düşünülmektedir.

İncelediğimiz örneklerin alkolde çözünürlük tayini deneyinin sonuçları ise temin ettiğimiz dört uçucu yağ örneği (B, C, D, L) ve kendi elde ettiğimiz örneğimiz (N) homojen bir şekilde faz oluşturmadan çözülmüştür. Türk Farmakopesi'ne göre faz oluşturmadan karışması standartlara uyulduğunu gösterir.[30] Bu koşula tüm uçucu yağ örnekleri uyum sağlamıştır.

Bağıl yoğunluk tayini deneyinde Türk Farmakopesi'ne göre biberiye uçucu yağının bağıl yoğunluğu 0.895-0.920 arasında olmalıdır.[30] Tablo 1'de örneklerimizin yoğunlukları toplu olarak görülmektedir. Türk Farmakopesi'ne uyum sağlayan uçucu yağ örnekleri ise temin ettiğimiz B (0.898) ve kendi hazırladığımız N kodlu (0.896) örnekler olmuştur.

Kırılma indisi bitkisel sabit yağlar ve uçucu yağlar için önemli kalite kriterlerindendir. Daha önce yapılan çalışmalarda kırılma indisinin uçucu yağın içeriğinde yer alan bileşenlerle ilgili olduğu saptanmıştır.[32] Tablo 1'de örneklerimizin kırılma indisi tayini sonuçları yer almaktadır. Refraksiyon indisi tayini deneyinde Türk Farmakopesi'ne göre biberiye uçucu yağının kırılma indisi 1.464-1.473 olmalıdır.[30] Bu koşula uyan uçucu yağ örneği B (1.477), C (1.467), L (1.467) ve hazırladığımız N (1.467) kodlu örnekler olmuştur.

Gaz kromatografisi ile yapılan uçucu yağ analiz sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır. Buna göre majör bileşenlerimiz 1.8 sineol (D-%55.38>N-%49.62>C-%29.28>B-%18.34>L-%12.97), α pinen (B-%20.42>C-%15.58>N-%10.32>D-%2.17>L-%1.45), borneol (C-%20.19>B-%19.97>N-%4.94), ve kafur (N-%5.09>C-%2.75>D-%2.21>B-%2.05) olarak bulunmuştur. L kodlu örnekte ise borneol ve kafur tespit edilmemiştir. Türk Farmakopesine göre biberiye uçucu yağı için 1,8 sineol miktarı %38-55, α pinen miktarı %9-14, kafur miktarı %5-15 ve borneol miktarı ise %1.5-5 olmalıdır.[29] Bizim örneklerimizden L kodlu örnekte kafur ve borneol saptanamamıştır, 1,8 sineol miktarı ise sadece D ve N kodlu örnekte farmakope standartlarındadır. Tüm örneklerimizin uçucu yağ bileşenleri incelendiğinde Türk Farmakopesi'ne uygun olan sadece hazırladığımız N kodlu örnek bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmada İspanya'dan toplanan *Rosmarinus officinalis*' in topraküstü kısmından elde edilen uçucu yağ analizlerinde α pinen (%14.10), kamfen (%11.47), β pinen (%12.02), mirsen (%3.31), α phellandren (%7.87), ökaliptol (1,8-sineol) (%8.58), 2-bornanonon (%3.42), kafur (%8.75), izoborneol (%3.48), borneol (%4.85) ve borneol asetat (%6.49) saptanmıştır.[23] Hussain ve arkadaşları Pakistan'dan topladıkları *R. officinalis* uçucu yağının başlıca bileşenleri olarak 1,8-sineol (%38.5), kafur (%17.1), α pinen (%12.3), limonen (%6.23), kamfen (%6.00) ve linalol (%5.70) bulmuşlardır.[24] Başka bir çalışmada Rašković ve arkadaşları Tunus'ta gaz kromatografisi-kütle spektrometrisi ile biberiye uçucu yağının kimyasal bileşiminde ana bileşenlerin 1,8-sineol (%43.77), kafur (%12.53) ve α pinen (%11.51) olduğu bulmuştur.[25] Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise Adana'dan farklı zamanlarda toplanan *R. officinalis* örneklerinin uçucu yağ analizinde 1,8 sineol (%11.50-14.36), borneol (%12.69-20.90) ve kafur (%18.41-18.50) olarak bulunmuştur.[26] Çeliktaş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada İzmir, Mersin ve Çanakkale'd en toplanan üç farklı *Rosmarinus officinalis* örneğinden distilasyon ile elde edilen uçucu yağın kompozisyonu ve aktiviteleri incelenmiştir. Çalışmada 1,8 sineol miktarı İzmir uçucu yağında %14.9-34.3, Çanakkale uçucu yağında %12.1-22.7, Mersin uçucu yağında %50.7-61.4; α pinen miktarı ise İzmir uçucu yağında %0.4-14.2; Çanakkale uçucu yağında %0.5-14.2, Mersin uçucu yağında ise %7.8-10.2; kafur miktarı ise İzmir uçucu yağında %9.9-14.9, Çanakkale uçucu yağında %16-24.1, Mersin uçucu yağında

%5.8-12.6 olarak bulunmuştur.[27] Uçucu yağ bileşenleri bizim örneklerimiz ile benzerdir, miktar farklılıkları ise bitkinin yetiştiği yerin yükseklik ve rakım gibi coğrafi ve sıcaklık gibi iklim farklılıklarından, hasat zamanı farklılığından, uçucu yağ elde yönteminden, elde edilen uçucu yağın bekletilme koşullarından, saf etken maddeler ile tağşişat yapılabilirliğinden dolayı olabilir.

Çalışmamız kapsamında incelediğimiz Aetheroleum Rosmarini örneklerinin Türk Farmakopesinde tanımlanan kalite kontrol özelliklerinden koku, makroskobi ve alkolde çözünürlük kriterlerinin hepsine uyduğu gözlemlenmiştir. Ancak leke kontrolü açısından yalnızca kendimizin toplayıp distilasyon ile elde ettiğimiz N kodlu ve satın aldığımız C kodlu örneklerin leke bırakmadığı, diğer örneklerin (B, D ve L) yağlı bir leke biraktığı için sabit yağ içerdiği belirlenmiştir. Uçucu yağlar subuharı ile sürüklendikleri için oda ısısında süzgeç kağıdında 5 dakika sonra buharlaşırken, sabit yağlar subuharı ile sürüklenmezler ve yağlı bir leke bırakırlar.[33] Leke kontrolü deneyinde süzgeç kağıdına örnek damlatıldıktan sonra 5 dakika beklemeyle lekenin kalması sabit yağ varlığını göstermektedir. Yoğunluklar ve kırılma indisleri incelendiğinde, B ve N kodlu örneklerin relatif yoğunlukları ile B, C, L ve N kodlu örneklerin kırılma indisi değerlerinin farmakope standartlarına uygun olduğu görülmüştür.

Uçucu yağların gaz kromatografisi ile yapılan analizlerde, ökaliptol (1,8 sineol) miktarının L kodlu örnek hariç diğer örneklerde Türk Farmakopesi standartlarına uygun olduğu tespit edilmiştir (%38-55). Ayrıca, farmakopede biberiye uçucu yağında %5-15 oranında bulunması gereken kafur ve %1.5-5 oranında olması gereken borneol, L kodlu örnekte tespit edilememiştir. İklim koşulları, biberiye bitkisinin uçucu yağ bileşenlerini etkileyen önemli bir faktördür. Olası iklim değişiklikleri ve çevresel faktörler, uçucu yağların kalitesinde farklılıklara neden olabilir. Örneğin, yüksek sıcaklıklar ve nem, bitkinin büyüme şartlarını etkileyerek içindeki bilişenlerin oranlarını değiştirebilir. Ayrıca, bitkinin yetiştirildiği toprak yapısı ve besin kaynakları, uçucu yağ kalitesini belirleyen önemli unsurlardandır.[4]

Distilasyon yöntemi ve distilasyon süresi de elde edilen uçucu yağın kalitesini ve içerik maddelerini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca, uçucu yağ eldesinde kullanılan kaynak bitki türünün varyete farklılıkları da, uçucu yağlar arasındaki kalite farklılıklarının bir başka nedenidir. Kendi hazırladığımız uçucu yağ örneğinize uyguladığımız kalite kontrol testleri ile Türk Farmakopesi'nin belirlediği standartlarla uyumlu olduğu ve yüksek kaliteli bir ürün olduğu sonucuna varılmıştır.

Piyasada satılan biberiye uçucu yağlarının kalite farklılıkları, kullanıcıların güvenli ve etkin ürünler seçmelerini zorlaştırmaktadır. Çalışmamız ile halkın ulaşabileceği biberiye uçucu yağlarının Türk Farmakopesi kalite standartlarına uygunluğu ve kalite analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, farklı kaynaklardan edinilen ve topladığımız bitkiden kendi hazırladığımız uçucu yağ arasındaki kalite farkları ve güvenilirliği hakkında önemli sonuçlar elde edilmiştir. Kullanılacak olan uçucu yağın güvenilir kaynaklardan temin edilmesi, kalite kontrol standartlarına uygunluğu açısından büyük önem taşımaktadır. Uçucu yağlar, halk arasında aromaterapi amacıyla yaygın bir kullanım görmekte olup, kullanılacak olan ürünlerin farmakope standartlarına uygunluğunun testler (yoğunluk, kırılma indisi, alkolde çözünürlük, gaz kromatografi analizi ile içerik maddelerinin isim ve miktarları, sabit yağ içerip içermediği, üretim ve son kullanma tarihleri) ile kanıtlanmış olması ve verilerin etiket bilgisi ile ürün üzerinde yer alması gerekmektedir. Bu sonuçlar ışığında, kullanılacak olan uçucu yağın üzerinde etiket bilgisi yer almalı ve uçucu yağlar mutlaka farmakopelerde yer alan kalite standartlarına sahip olmalıdır.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Fatma Yıldırım: 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, eleştirisel inceleme, kaynaklar ve fon sağlama, malzemeler.

Kaynaklar

1. Davis P H. Flora of Turkey and the East Aegean Islands; Edinburgh University Press, vol.7; 1982. pp:75-6.
2. Celep F, Dirmenci T. Systematic and biogeographic overview of Lamiaceae in Turkey. Nat Volatiles Essent Oils 2017;4(4):14-27.
3. Baytop T. Türkiye'de Bitkilerle Tedavi (geçmişte ve bugün), İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1984. pp:184
4. Çınar O, Tokgöz H, Gölükcü M, Uysal Bayar F. Biberiye (*Rosmarinus officinalis* L.) uçucu yağ kalite parametrelerinin hasat zamanı ve lokasyona göre değişimi. Iğdır Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2022;11(2):1114-23. https://doi.org/10.21597/jist.1048411
5. Yanishlieva NV, Marinovaa E, Pokorny J. Natural antioxidants from herbs and spices. Eur J Lipid Sci Technol 2006;108:776-93.
6. Cuvelier ME, Richard H, Berset C. Antioxidative activity and phenolic composition of pilot-plant and commercial extracts of sage and rosemary. J Am Oil Chem Soc 1996;73(5):645-52.
7. Abe F, et al. Ursolic acid as a trypanocidal constituent in rosemary. Bio Pharm Bull 2022;25(11):1485-7. https://doi.org/10.1248/bpb.25.1485
8. Pérez-Fons L, Garzón MT, Micol V. Relationship between the antioxidant capacity and effect of rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.) polyphenols on membrane phospholipid order. J Agric Food Chem. 2010;58:161-71. https://doi.org/10.1021/jf9026487
9. Borges RS et al. *Rosmarinus officinalis* essential oil: A review of its phytochemistry, anti-inflammatory activity, and mechanisms of action involved. J Ethnopharmacol 2019;229:29-45. https://doi.org/10.1016/j.jep.2018.09.038
10. Pérez-Fons L, et al. Rosemary (*Rosmarinus officinalis*) diterpenes affect lipid polymorphism and fluidity in phospholipid membranes. Arch Biochem Biophys 2006;453(2):224-36. https://doi.org/10.1016/j.abb.2006.07.004
11. del Baño, MJ, et al. Phenolic diterpenes, flavones, and rosmarinic acid distribution during the development of leaves, flowers, stems, and roots of *Rosmarinus officinalis*. Antioxidant activity. J Agric Food Chem 2003;51(15):4247-53. https://doi.org/10.1021/jf0300745
12. Mahmoud AA, Al-Shihry SS, Son, BW. Diterpenoid quinones from Rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.). Phytochem 2005;66(14):1685-90. https://doi.org/10.1016/j.phytochem.2005.04.041
13. Akbulut B, Akbulut S, Bayramoğlu M. The Trade and use of some medical and aromatic herbs in Turkey. Studies on Ethno-Medicine 2013;7(2):67-77. http://dx.doi.org/10.1080/09735070.2013.11886446
14. Özbay Z. *Rosmarinus officinalis* in biyolojik aktivitesinin araştırılması, Gaziantep Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2017.
15. Allegra A, et al. Anticancer activity of *Rosmarinus officinalis* L.: Mechanisms of action and therapeutic potentials. Nutrients 2020;10;12(6):1739. https://doi.org/10.3390/nu12061739
16. Amaral GP, et al. Protective action of ethanolic extract *of Rosmarinus officinalis* L. in gastric ulcer prevention induced by ethanol in rats. Food Chem Toxicol 2013;55:48-55. https://doi.org/10.1016/j.fct.2012.12.038
17. Raskovic A, et al. Analgesic effects of rosemary essential oil and its interactions with codeine and paracetamol in mice. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2015;19:165-72.
18. Yehia RM, Lamie C, Attia DA. Microsponges-mediated targeted topical delivery of rosemary oil for hair growth promotion: optimization and *in-vivo* studies. Pharm Dev Technol 2024;29(6):604-17. https://doi.org/10.1080/10837450.2024.2372572
19. Raskovic A, et al. Antioxidant activity of rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.) essential oil and its hepatoprotective potential. BMC Complenet Altern Med 2014;14:225. https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-225
20. Satos P, et al. Assessment of cytotoxic activity of Rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.), turmeric (*Curcuma longa* L.), and ginger (*Zingiber officinale* R.) essential oils in cervical cancer cells (HeLa), Sci World J 2016;9278073. https://doi.org/10.1155/2016/9273078
21. Nieto G, Ros G, Castillo C. Antioxidant and antimicrobial properties of Rosemary (*Rosmarinus officinalis*, L.): A Review. Medicines (Basel) 2018;7:98. https://doi.org/10.3390/medicines5030098
22. Ayaz M, et al. Neuroprotective and anti-aging potentials of essential oils from aromatic and medicinal plants. Front Aging Neurosci 2017;9:168. https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00168
23. Martínez AL, et al. Antinociceptive effect and GC/MS analysis of *Rosmarinus officinalis* L. essential oil from its aerial parts. Planta Med 2009;75(5):508-11. https://doi.org/10.1055/s-0029-1185319
24. Hussain AI, et al. *Rosmarinus officinalis* essential oil: antiproliferative, antioxidant and antibacterial activities. Braz J Microbiol 2010;41:1070-8. https://doi.org/10.1590/s1517-838220100004000027

25. Rašković A, et al. Antioxidant activity of rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.) essential oil and its hepatoprotective potential. BMC Complement Altern Med 2014;14(1):19. https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-225
26. Başkaya Ş, Ayanoğlu B, Bahadırlı NP. Biberiye (*Rosmarinus officinalis* L.) bitkisinin uçucu yağ oranı, uçucu yağ bileşenleri ve antioksidan içeriğinde morfogenetik ve ontogenetik varyabilite. MKU J Agric Sci 2016;21(1):12-20.
27.Celiktas OY, et al. Antimicrobial activities of methanol extracts and essential oils of *Rosmarinus officinalis*, depending on location and seasonal variations. Food Chem 2007;100(2):553-9. https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2005.10.011
28. Do TKT, Hadji-Minaglou F, Antoniotti S, Fernandez X. Authenticity of essential oils. TrAC Trends Anal Chem 2015;66:146-57. https://doi.org/10.1016/j.trac.2014.10.007?
29. Onbaşlı D, Dal A. Türk Farmakopesindeki tıbbi bitkilerinin incelenmesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2020;7(1):22-36.
30. Türk Farmakopesi II, Avrupa Farmakopesi Adaptasyonu; 2016. pp:369-70.
31. McLafferty FW, Stauffer DB. The Wiley/NBS registry of mass spectral data. New York: J Wiley and Sons; 1989.
32. Ospina JD, et al. Relationship between refractive index and thymol concentration in essential oils of *Lippia origanoides* Kunth. Chil J Agric Anim Sci 2016;32(2):127-33. http://dx.doi.org/10.4067/S0719-38902016000200006
33. Tanker M, Tanker N. Farmakognozi. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, cilt 2; 2003. pp:281.

Araştırma Makalesi – Original Article

Evli Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Vajinal Akıntıya Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulama Kullanımını Etkiler mi?*

Does Health Literacy Level of Married Women Affect Use of Traditional Practices for Vaginal Discharge?

Ayla Korkmaz[i], Fatma Avşar[ii], Aysun Badem[iii]

[i] Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0002-0052-0378

[ii] Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü https://orcid.org/0000-0001-7576-1902

[iii] Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0001-5684-7639

ÖZ

Amaç: Araştırmada amaç, evli kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulamalarına etkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı bir çalışma olup örneklemini evli 217 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Ekim-Aralık 2022 tarihleri arasında çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmada veri toplama formu olarak, kişisel bilgi formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde sayı, yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım varsayımları karşılandığından iki bağımsız grupta bağımsız örneklem t testi, üç grupta ise one way ANOVA testi kullanılarak analizler tamamlanmıştır.

Bulgular: Araştırmada, evli kadınların TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması 36,89 ± 9,17 olarak bulunmuştur. Kadınların yarıdan fazlası (%59,4) yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Vajinal akıntıya yönelik geleneksel yöntem kullanımı %15,7 olup; en çok soğan ile yapılan uygulamalar (%14,7) tercih edilmektedir. Soğan ile yapılan uygulamalar ve sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:-2,903; p:0,004). Enfeksiyonu önlemek için soğan ile uygulama yapan kadınların sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları daha düşük olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kadınların vajinal akıntıya yönelik soğan ile daha az uygulama yaptığı görülmüştür. Vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulama yapmayan kadınların sağlık okuryazarlığı seviyeleri yapan kadınlara göre daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlık, Vajinal akıntı, Geleneksel uygulama.

ABSTRACT

Aim: The aim of the research is to determine the effect of the health literacy level of married women on their traditional practices regarding vaginal discharge.

Method: The research is a descriptive study and its sample consists of 217 married women. The data of the research was collected by online survey method between October and December 2022. In the research, personal information form and Turkey Health Literacy Scale (THLS-32) were used as data collection forms. In the statistical analysis of the research data, number, percentage distribution and arithmetic mean were used. Since the normal distribution assumptions of the data were met, the analyses were completed using independent sample t test in two independent groups and one way ANOVA test in three groups.

Results: In the study, the total score average of the married women on the THLS-32 scale was found to be 36.89 ± 9.17. More than half of the women (59.4%) have sufficient and excellent health literacy levels. The use of traditional methods for vaginal discharge is 15.7%; applications made with onions are the most preferred (14.7%). The difference between the applications made with onions and the health literacy scale average scores was found to be statistically significant (t: -2.903; p: 0.004). It was found that the health literacy scale average scores of women who applied onions to prevent infection were lower.

Conclusion: It has been observed that women with high health literacy use onion less for vaginal discharge. Women who do not use traditional vaginal discharge have higher health literacy levels than women who do.

Keywords: Health literacy, Vaginal discharge, Traditional practice.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):640-648
DOI: 10.31020/mutftd.1562764
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 08/10/2024; Kabul Tarihi- Accepted: 10/03/2025
İletişim- Correspondence Author: Ayla Korkmaz <ayla.korkmaz@gop.edu.tr>
Etik Kurul Onayı: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 27/05/2022, Sayı:160519, Karar No: 08.21)

Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Sağlık okuryazarlığı kavramı; toplumda hastalıkların önlenmesi, sağlığının korunması ve geliştirilmesinde büyük bir öneme sahiptir. Son dönemlerde sıkça gündeme gelmekte ve çeşitli tanımları yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını; "sağlığın korunması, sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşması, doğru algılaması ve bunu kullanma becerisi" şeklinde tanımlamaktadır.[1] Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA) ise sağlık okuryazarlığını; "bireylerin sağlık hizmetlerinden yaralanabilmesi için temel okuma ve sayısal işlem becerileri de dâhil sağlık için gerekli olan bilgi ve kabiliyetler dizisidir" şeklinde tanımlamıştır.[2]

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla ilişkilendirilmektedir. Dünyada hala yetişkin nüfusun yaklaşık olarak %16'sında temel okuryazarlık becerisi bulunmamakta ve kadınlar bu nüfusun üçte ikisini oluşturmaktadır.[3] Bireyin yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması, sağlıkla ilgili bilgiye nasıl ulaşacağını ve nasıl kullanacağını bilmesine neden olur. Böylece kişi hem kendi için hem de ailesi ve çevresindekiler için daha uygun kararlar verebilmektedir.[4] Sağlık okuryazarlığında günümüzde ev ve telefonlardan bağlantının kolaylaşması ile internet önemli bir bilgi kaynağı oluşturmaktadır. Bu durum sağlık okuryazarlığının farklı bir versiyonu olan e-sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına zemin hazırlamıştır. E-sağlık okuryazarlığı; elektronik kaynaklarda sağlık bilgilerini araştırmak, bulmak, anlamak, değerlendirmek ve elde edilen bilgiyi sağlık sorunlarının çözülmesi için kullanabilme becerisi olarak yorumlanmaktadır.[5] İnternet ortamında her konu ile ilgili doğru veya yanlış bilgiler paylaşılmaktadır. Bu kaynaklardan edinilen bilgilerin sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde olumsuz etkilere neden olabileceği belirtilmektedir.[6]

Kadınların cinsel olgunluğa eriştiği dönemden itibaren üreme sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de halen kültürel etkiler nedeniyle bu cinsel erişkinlik dönemi evlilikle birlikte olmaktadır. Cinsel sağlık ve üreme sorunlardan biri olan genital yol enfeksiyonları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık karşılaşılması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.[7] Vajinanın sağlığı, kadında cinsel sağlık ve üreme sağlığının belirleyicisi olmasından dolayı önemli bir yere sahiptir.[8]

Vajinal enfeksiyonlar semptomatik olduğu kadar asemptomatik de olabilmektedir ve en belirgin semptomlarından biri ise anormal vajinal akıntıdır.[9] Vajinal akıntı; kokusuz, berrak ve yumurta akına benzer bir sıvıdır ve bu özellikteki akıntı normal sayılabilir. Bunun dışındaki sarı yeşilimsi, kokulu ve bol miktarda olan akıntılar anormal vajinal akıntılardır ve ciddi patolojik sonuçlar doğurabilmektedir.[9]

Genital yol enfeksiyonları, basit yöntemlerle önlenebilen ya da zamanında uygun tedavi yaklaşımlarıyla ortadan kaldırılabilen bir hastalık grubu olarak görülmektedir.[7] Bu nedenle geleneksel yöntemlere başvurma oldukça sık yaşanmaktadır. Özcan ve arkadaşları tarafından 2020 yılında vajinal akıntıya yönelik kullanılan geleneksel uygulamaları inceledikleri çalışmada; anormal vajinal akıntı görülme oranı %19,3, vajinal akıntı sorunlarında geleneksel yöntem kullanma oranı %14,2 olarak bulunmuştur. Anormal vajinal akıntı için soğan, sarımsak, maydanoz suyu içmek (%14,7), vajene pamuk ve ya bez yerleştirmek (%11,2), soğan, maydanoz, ısırgan ve papatya kaynatıp vajeni yıkamak (%2,5), sirke, soda ve ya limon suyu ile vajeni silmek (%0,9), vajene sarımsak yerleştirmek (%1,8) gibi geleneksel yöntemler kullanıldığı saptanmıştır. Geleneksel yöntemleri kullanan kadınların sadece %12,6'sı yöntemin etkili olduğunu belirtmiştir.[10]

Elektronik ortamda geleneksel ve tamamlayıcı tıpla ilgili güvenilir bilgilerin yanı sıra yanlış ve zararlı bilgiler de yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığının önemi burada ortaya çıkmaktadır. Anormal vajinal akıntıların görülme sıklığının çok yüksek olması, eğitim düzeyinin düşük ya da yüksek her kesimden kadının geleneksel yöntemlere başvurmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı; evli kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulamalarına etkisini belirlemektir.

Gereç ve yöntem

Araştırma, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini evli olan kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise; G Power 3.1.4 programında tek örneklem t testinde, 0.20 etki büyüklüğünde, 0.05 yanılma payı ve 0.80'lik güçle 200 birey oluşturmaktadır. Etki büyüklüğünün seçilmesi alan yazında gebeler üzerinde yapılan sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaya dayandırılmıştır.[11] Çalışmada veri kaybı olacağı tahmin edilerek 217 birey örmekleme dahil edilmiştir. Çalışma verileri amaçlı uygunluk örnekleme yöntemiyle elde edilmiştir. Rastgele bir örnekleme yöntemi olan amaçlı uygunluk örnekleme, katılımcıların belirli özelliklerine göre hedef grubu belirlemek için kullanılır. Bu çalışmada evli kadınlar örneklemin amacına uygunluk kısmını temsil etmektedir.[12]

Çalışmaya 18-65 yaş aralığında olan, en az okur-yazar düzeyine sahip, araştırmaya katılmaya gönüllü, daha önce vajinal enfeksiyon geçirmiş evli kadınlar dâhil edilmiştir. Verilerin google form anketi kullanılarak toplanması nedeniyle digital erişimi olmayan kadınlar çalışmadan dışlanmıştır. Ayrıca formu eksik doldurulan kadınlar çalışmadan çıkarılmıştır.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan google forms üzerinden oluşturulan çevrimiçi anket linki, amaçlı uygunluk yöntemiyle evli olan kadınlara çeşitli ağlar (Whatsapp, e-posta vb.) aracılığıyla 2 Ekim-15 Aralık 2022 tarihleri arasında ulaştırılmış ve geri dönüt alınan formlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca veri güvenliğini sağlamak için formu dolduran katılımcıların mail adresleri otomatik olarak kaydedilmiştir.

Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği' kullanılmıştır. *Kişisel Bilgi Formu;* Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan bu form kadınların sosyodemografik özelliklerini belirleyen ve geleneksel uygulamaları sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır.[7,10,13,14] Türkiye *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği;* on beş yaş üzeri ve okuryazar olan bireylerde sağlık okuryazarlığı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir.[15] Ölçek; Okyay ve arkadaşları tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış olup, HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi temelinde geliştirilen 32 maddeden oluşan bir ölçektir. Kavramsal çerçeve; sağlıkla ilgili tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme sürecini içermektedir. Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçeğin Chonbach Alfa Katsayısı 0.927 olarak saptanmıştır.[15] Bizim çalışmamızda ölçeğin Chonbach Alfa Katsayısı 0.965 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir: (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı.[15]

Verilerin değerlendirilmesi SPSS (Versiyon 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım varsayımları karşılandığından iki bağımsız grupta bağımsız örneklem t testi, üç grupta ise one way ANOVA testi kullanılarak analizler tamamlanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan etik izin (Karar no:08.21-27.05.2022 tarih ve 160519 sayılı) alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara google formda araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir. Ayrıca google form içerisinde çalışmaya katılma isteği sorularak yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya 217 evli kadın katılmıştır. Kadınların yaş ortalaması 37,52±8,77 olarak bulunmuş olup, %45,1'i 21-35 yaş arasındadır. Katılımcıların evlilik yılları ortalaması 13,76±9,73 olarak belirlenmiştir. Kadınların dörtte birinin evlilik süreci 1-5 yıldır ve çoğunluğu (%93,5) çekirdek ailesi ile yaşamaktadır. Kadınların neredeyse yarısı (%53,4) lisans mezunudur. Çalışan kadınların oranı %65,4; il merkezinde oturan kadınların oranı %75,1 olarak belirlenmiştir. Gelirinin giderine eşit olduğunu belirten kadınların oranı %58,5'dir. Kadınların vajinal akıntıya yönelik geleneksel yöntemler kullandıkları belirlenmiştir (%15). Yöntemler arasında, soğan ile yapılan uygulamalar %14,7 olarak belirlenmiştir. Birden fazla seçenek işaretlenebildiği bu uygulamalar içinde soğanı kaynatıp içme (%10,1), soğan suyu ile vajeni silme (%0,5), soğan suyu ile oturma banyosu yapma (%1,4) bulunmaktadır. Diğer uygulamalar %9,2 olarak belirlenmiştir. Diğer uygulamalar arasında vajeni sirke ve/veya sodayla silme (%3,2), vajene pamuk veya bez yerleştirme (%6,9) yer almaktadır **(*Tablo 1*)**.

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=217)

Sosyo demografik özellikler	n	%
Yaş grubu		
21-35 yaş	98	45,1
36-45 yaş	77	35,5
46-65 yaş	42	19,4
Eğitim durumu		
İlköğretim veya okuryazar	39	18,0
Ortaöğretim	29	13,4
Lisans	116	53,4
Lisansüstü	33	15,2
Çalışma durumu		
Çalışan	142	65,4
Çalışmayan	75	34,6
En uzun yaşanılan yer		
İl	163	75,1
İlçe	33	15,2
Kasaba veya köy	21	9,7
Gelir durumu		
Gelir giderden az	50	23,1
Gelir gidere eşit	127	58,5
Gelir giderden fazla	40	18,4
Evlilik yılı		
1-5 yıl	55	25,3
6-10 yıl	46	21,2
11-20 yıl	59	27,2
21-43 yıl	57	26,3
Aile tipi		
Çekirdek aile	203	93,5
Geniş aile	14	6,5
Geleneksel yöntem kullanımı		
Evet	34	15,7
Hayır	183	84,3
Soğan ile yapılan uygulamalar		
Evet	32	14,7
Hayır	185	85,3
Diğer uygulamalar *		
Evet	20	9,2
Hayır	197	90,8

*Diğer uygulamalar: vajeni sirke ve/veya sodayla silme, vajene pamuk veya bez yerleştirme

Araştırmaya katılan kadınların TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması 36,89 ± 9,17 olarak bulunmuştur. Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı (%31,8) ve mükemmel sağlık okuryazarlığı (%31,3) düzeyi araştırmaya katılan kadınlar arasında benzer oranda bulunmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kadınların oranı (%8,8) diğerlerine göre düşüktür. Yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı (%59,4) katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı %40,6 olarak belirlenmiştir ***(Tablo 2)***.

Tablo 2. Kadınların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutları özellikleri (n=217)

TSOY-32 ve Alt Boyutları	**Ölçek Puan Özellikleri**		
	n (%)	**Ort±SS**	**Min-Mak**
TSOY-32 Ölçeği Toplam Puanı	217 (100)	36,89±9,17	5-50
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Boyutu	19 (8,8)	19,47±5,54	5-25
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı Boyutu	69 (31,8)	30,57±2,29	26-33
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Boyutu	61 (28,1)	37,47±2,54	34-42
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Boyutu	68 (31,3)	47,66±2,59	43-50

Araştırma sonuçlarına göre ***(Tablo 3)***, sosyo demografik özelliklerin çoğu ve TSOY-32 ölçek ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Araştırmaya katılan kadınların yaşları ve sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:8,452; p:0,001). Ek olarak, ANOVA sonucunda gruplar arasında büyük düzeyde etki değeri olan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (η2=0,073). Post Hoc Tukey testine göre farklılığın 46-65 yaş aralıklarında olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu ve sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:6,957; p:0,001). Ayrıca, ANOVA sonucunda gruplar arasında büyük düzeyde etki değeri olan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (η2=0,089). Post Hoc Tukey testine göre; okuryazar veya ilköğretim mezunu olanlar ile lise mezunu olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,032). Benzer şekilde, okuryazar veya ilköğretim mezunu olanlar ile lisansüstü mezunu olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,001). Post Hoc Tukey testine göre farklılığın okuryazar veya ilköğretimden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kadınların evlilik yılı ve sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:7,344; p:0,001). ANOVA sonucunda gruplar arasında büyük düzeyde etki değeri olan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (η2=0,093). Post Hoc Tukey testine göre; 21-43 yıl arası evli olanlar ile 1-5 yıl arası evli olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,001). Ek olarak, 21-43 yıl arası evli olanlar ile 6-10 yıl arası evli olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,010). Son olarak, 21-43 yıl arası evli olanlar ile 11-20 yıl arası evli olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,028). Post Hoc Tukey testine göre farklılığın 21-43 yıl arası evli olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Soğan ile yapılan uygulamalar ve sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:-2,903; p:0,004). Bağımsız örneklem t-testi sonucunda gruplar arasında büyük düzeyde etki değeri olan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (d:0,490). Enfeksiyonları önlemek için soğan ile uygulama yapanların sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalamaları daha düşüktür ***(Tablo 3)***.

Tablo 3. Kadınların TSOY-32 ölçeği ortalama puanının kadınların bazı demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo demografik özellikler	X̄±SS	t/ F p/ η2/d
Yaş grubu**		
21-35 yaş	39,14±8,36	F=8,452
36-45 yaş	36,45±8,63	**p=0,001**
46-65 yaş	32,47±10,33	η2=0,073
Eğitim durumu**		
İlköğretim veya okuryazar	31,20±8,81	
Ortaöğretim	37,17±9,46	F=6,957
Lisans	38,03±8,34	**p=0,001**
Lisansüstü	39,39±9,81	η2=0,089
Çalışma durumu*		
Çalışan	38,30±8,64	t=3,168
Çalışmayan	34,24±9,59	p=0,907
		d=0,444
En uzun yaşanılan yer**		
İl	37,19±9,23	F=1,421
İlçe	37,48±9,06	p=0,244
Kasaba veya köy	33,71±8,60	η2=0,013
Gelir durumu**		
Gelir giderden az	37,00±8,66	F=3,001
Gelir gidere eşit	35,87±9,50	p=0,052
Gelir giderden fazla	39,90±8,17	η2=0,028
Evlilik yılı**		
1-5 yıl	40,12±8,96	F=7,344
6-10 yıl	38,06±7,84	**p=0,001**
11-20 yıl	37,15±9,51	η2=0,093
21-43 yıl	32,57±8,56	
Aile tipi*		
Çekirdek aile	37,04±8,91	t=0,921
Geniş aile	34,71±12,50	p=0,216
		d=0,214
Geleneksel yöntem kullanımı*		
Evet	33,20±11,58	t=-2,590
Hayır	37,58±8,51	p=0,089
		d=0,529
Soğan ile yapılan uygulamalar *		
Evet	32,62±11,61	t=-2,903
Hayır	37,63±8,50	**p=0,004**
		d=0,490
Diğer uygulamalar*		
Evet	33,75±10,37	t=-1,617
Hayır	37,21±9,00	p=0,107
		d=0,356

*Independent t testi, ** ANOVA testi, η2: Eta squared, d: Cohen's d

Tartışma

Bu çalışma ile evli kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulama kullanma durumlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı (GETAT) uygulamalara ilişkin alan yazında sınırlı sayıda çalışma vardır.[16,17] Bu çalışmanın alan yazındaki bu sınırlılığa ilişkin önemli katkılar sunacağı öngörülmektedir.

Kadınların GETAT uygulamalarını erkeklere oranla daha yaygın bir şekilde kullanmaktadır.[18] Bu çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yedide biri (%15) vajinal akıntı için geleneksel ve tamamlayıcı (GETAT) yöntemler uyguladıkları belirlenmiştir. Özcan ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan benzer bir çalışmada kadınlar arasında vajinal akıntı sorunları için geleneksel yöntem kullanma oranı (%14,2) bizim çalışmamızla örtüşmektedir.[10] Alan yazında kadınlar üzerinde yapılan GETAT çalışmalarının çoğunluğu gebelik, emzirme

ve doğum gibi kadına özel fizyolojik süreçlerde yoğunlaşmaktadır.[19-21] Fakat bir çalışmanın sonucunda kadınların doğum gibi fizyolojik süreçlerde GETAT uygulamalarında daha temkinli oldukları bu özel süreçlerde kullanım sıklığının azaldığı bulunmuştur.[22] Çalışmalarda kadınların geleneksel tamamlayıcı uygulama kullanma oranları bizim çalışmamızdan yüksektir. Ünsat ve Albayrak tarafından 2023 yılında yapılan bir çalışmada bu oran %36,[17] kız üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada %65,4 olarak belirlenmiştir.[23] Bizim çalışmamıza oranın düşük çıkmasının sebebi bizim çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun (%45) doğurganlık ve doğum süreçleri çağında olmasından kaynaklı olabilir. Alan yazında bizim çalışmamızı destekler nitelikte GETAT uygulamalarının düşük oranda olduğu tespit edilen çalışmalar da vardır.[21]

GETAT uygulamaları arasında bitkisel uygulamalar en yaygın kullanılan bir yöntemdir.[24] Bir çalışmada kadınların %28,7 oranında emzirme sürecinde anne sütünü artırmak için memeye soğan sürdüğü tespit edilmiştir.[21] Özellikle infertilite fitoterapisinde tedavi amaçlı en çok kullanılan bitkilerden birinin soğan olduğu bilinmektedir.[25] Bu çalışmada da alan yazındaki çalışmaları destekleyecek doğrultuda, genital enfeksiyonlara müdahalede soğan ile yapılan uygulamalar %14,7 olarak belirlenmiştir. Yine bizim çalışmamızda soğanı kaynatıp içme (%10,1), vajeni soğan suyu ile yıkama (%0,5) alan yazındakilerle benzerlik gösterirken,[10] farklı olarak soğan suyu ile oturma banyosu yapma (%1,4) tespit edilmiştir. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalardan en çok tercih edilen soğan uygulamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde yer alan postpartum dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalara başvurma durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada da aynı kavramların ilişkili olduğu belirlenmiştir.[26] Ayrıca, bizim çalışmamızda soğan ile yapılan uygulamalar ve sağlık okuryazarlığı arasındaki etki değeri büyük bulunmuştur.[27] Bu çalışmaya benzer olarak geleneksek uygulamalar içerisinde soğan uygulamasının en çok tercih edilen yöntem olduğu diğer bir çalışmada da kanıtlanmıştır.[28]

Kadınların eğitim durumu GETAT uygulamalarında önemli bir belirleyicidir. Yapılan çalışmalarda eğitim durumu lise ve altında olanlar üniversite mezunlarına oranla daha fazla GETAT uygulamalarına başvurduğu belirlenmiştir.[18,29] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim durumu düştükçe sağlık okuryazarlığı ortalama puanı azalmaktadır. Eğitim durumu ve sağlık okuryazarlık arasında büyük düzeyde etki değeri belirlenmiştir.[30]

Alan yazında tersini savunan çalışmalar olmasına rağmen sağlık okuryazarlığı düzeyi GETAT uygulamalarında etkilidir.[14,18,31] Bir çalışmada sağlığını kötü olarak algılayanlar diğerlerine göre %63 oranında GETAT uygulamalarına güvendiği tespit edilmiştir.[19] Yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ve geleneksel tamamlayıcı uygulamalar arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.[24] Bizim çalışmamızda yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı katılımcıların yarısından fazlasını oluşturduğu için (%59,4) geleneksel uygulama yapılma oranı düşük çıkmış olabilir. Berberoğlu ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yaptıkları çalışmada mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %17,2 olarak tespit edilmiştir.[32] Aynı çalışmada kadınlar arasında TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 25,0 ± 9,3 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran 36,89 ± 9,17 olarak belirlenmiştir. İki çalışmada da mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı ve ölçek puanı benzer değerler almıştır. Bizim çalışmamızın alan yazındaki çalışmaları desteklediği görülmektedir.

Hemşirelerin geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar kapsamında bir çok uygulamayı yaptığı ve bakım süreçlerine dahil ettiği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Aynı çalışmalarda özellikle bakım felsefesini destekleyen ve bu felsefe ile uyumlu uygulamaların gerçekleştirilmesi belirtilerek sınırlar çizilmeye çalışılmış olup, hemşirelerin bağımsız roller doğrultusunda bu süreçleri gerçekleştirmesi gerektiği vurgulanmıştır.[19,20] Dursun ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada belirttiği gibi geleneksel uygulamaları sağlıklı ve

bilinçli sürdürebilmek için sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyini arttırıcı girişimler yapmaları bizim çalışmamızın sonucuna göre de elzem olarak değerlendirilmiştir.[24]

Sonuç ve öneriler

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan evli kadınların vajinal akıntıya yönelik soğan ile daha az uygulama yapmaktadır. Vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulama yapmayanların sağlık okuryazarlığı seviyeleri yapanlara göre daha yüksektir. Farklı demografik özellikte bireylerle, farklı örneklemlerle aynı çalışmanın yapılması önerilebilir. Sağlık Okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimler yapılmalıdır.

Sınırlılıklar

Katılımcılar arasında geleneksel yöntem kullananların oranı düşüktür. Şehir merkezlerinde oturuyor olmaları, eğitim düzeylerinin yüksek olması geleneksel yöntem kullanımını sınırlamış olabilir. Bu çalışmanın önemli olan bir sınırlılığı da verilerin digital ortamda toplanmasıdır.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Etik Onay

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan (Karar no:08.21-27.05.2022 tarih ve 160519 sayılı) etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Ayla Korkmaz: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Fatma Avşar: Analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı.

Aysun Badem: Veri toplama ve işleme, kaynak taraması, makale yazımı.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Health literacy: The solid facts. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen 2013; WHO Publications. Erişim adresi: https://iris.who.int/handle/10665/326432 . Erişim tarihi: 12 Ocak 2024.
2. American Medical Association (AMA). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. Journal of the American Medical Association 1999;281(6):552-557.
3. Akça E, Sürücü ŞG, Akbaş M. Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2020;8(3):630-642.
4. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016;9(4):142-147.
5. Deniz S. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. İnsan ve İnsan 2020;7(24):84-96.
6. Tarhan N, Ünal AT, Ekinci Y. Yeni kuşak siberkondri: yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi 2021; 17(37):4255-4297.
7. Rahman S, Ozan AT. Vajinal akıntı şikâyeti olan kadınlarda sık görülen genital yol enfeksiyonlarının incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2020;7(4):469-475.
8. Babu G, et al. Comparati and study on the vaginal flora and incidence of asymptomatic vaginosis among healthy women and in women with infertility problems of reproductive age. Journal Of Clinical And Diagnostic Research 2017;11(8):DC18.
9. Şatıroğlu N, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Vajinal akıntı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları saptamaya yönelik niteliksel bir çalışma. Preventive Medicine Bulletin 2012;11(5):545-546.
10. Özcan H, ve ark. Genç kadınların vajinal akıntıyı algılama durumu ve vajinal akıntıya yönelik geleneksel uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;9(3):272-279.
11. Öztürk Emiral G. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme ve Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2018.
12. Baki A, Gökçek T. Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2012;11(42):1-21.

13. Aktürk Ü. Bir aile sağlığı bölgesindeki 18-49 yaş arası kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Journal of Human Rhythm 2018;4(1):52-58.
14. Öztürk S, Nacar G, Taşhan ST. Sağlık okuryazarlığı düzeyi doğum sonu yapılan geleneksel uygulamaları etkiler mi? Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2021:358-364.
15. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaa, 2016.
16. Bilgiç FŞ, Karaahmet AY. Türk miti tasavvurunda anne arketipi: Günümüze yansıyan geleneksel uygulamalar. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2023;13(3):504-9.
17. Ünsat E, Albayrak S. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba yönelik tutumlar: KETEM örneği. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2023;25(3):23-32.
18. Söylemez F, Güneş G. Aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve etkileyen faktörler. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2023;25(3):421-30.
19. Ersöz M, Gözüyeşil E, Sürücü ŞG. Doğumda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve ebelerin rolleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2024;14(1):38-49.
20. Fındık FY, ve ark. Doğum sonu dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri ve ebelik bakımı. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi 2023;6(1):172-93.
21. Sarı E, ve ark. Emzirme ile ilgili annelerin geleneksel uygulamaları: İstanbul ve Van örneklemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2023;16(2):141-55.
22. Çamlıbel M. Vajinal doğum yapan kadınların gebelikte ve doğumda kullandıkları tamamlayıcı, geleneksel ve manevi uygulamalar. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2023;13(1):125-32.
23. Uyuşlu N, Başoğlu M, Utkualp N. Üniversite öğrencilerinin menstrüel sağlık sorunları için başvurdukları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2023;5(1):43-54.
24. Dursun Sİ, ve ark. Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2019;1(1):1-10.
25. Karadeniz H, Gündüz CS, Gurkan OC. İnfertilitede kanıta dayalı biyolojik temelli geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2023;5(2):181-92.
26. Yeşilçınar İ, Şahin E, Mercen D. Postpartum dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalara başvurmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2021;15(3):594-601
27. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, NY: Routledge Academic, 1988.
28. Dinç A, Dombaz İ, Dinç D. 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(3):125-130.
29. Özen Çınar İ, Özbek Ş, Özkaya E. Yenidoğan bebeği olan annelerin kendileri ve bebekleri için yaptıkları geleneksel uygulamalar ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies 2023 Dec 1;6(3).
30. Richardson JT. Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. Educational Research Review 2011;6(2):135-147.
31. Köse E, Oturak G, Ekerbiçer H. Bir grup tıp fakültesi öğrencisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutumu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2021;11(2):373-80.
32. Berberoğlu U, ve ark. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2018 Sep 9;8(3):575-81.

Araştırma Makalesi – Original Article

Ölü Doğum ve Perinatal Yas: Türkiye'de Ebelik Öğrencilerinin Farkındalık Düzeyleri*

Stillbirth and Perinatal Bereavement: Awareness Levels of Midwifery Students in Türkiye

Özlem Elvan[i], Betül Yaren Aydoğan[ii], Nihan Özel Erçel[iii]

[i]Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0002-5796-4279

[ii]Ebe, Rize, https://orcid.org/0009-0000-4834-672x

[iii] Dr, PhD, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD.,https://orcid.org/0000-0001-8506-7623

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, ebelik öğrencilerinin ölü doğumlara yönelik farkındalık düzeylerini ve perinatal yas konusundaki bilinçlerini belirlemeyi amaçlamakta; ayrıca, bu süreçteki yetkinliklerini artırmaya yönelik öneriler sunmayı hedeflemektedir.

Yöntem: Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı türde planlanmıştır. Çalışmanın evrenini, Şubat 2024 - Mayıs 2024 tarihleri arasında Türkiye genelindeki devlet ve vakıf üniversitelerinin ebelik bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş; araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler, literatür temelinde araştırmacılar tarafından oluşturulan "Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Ölü Doğuma Karşı Farkındalıklarının Belirlenmesi" konulu anket ile toplanmıştır. Anket, Google Forms aracılığıyla hazırlanarak WhatsApp ve Instagram gibi sosyal medya platformları üzerinden ebelik öğrencilerine ait gruplarda paylaşılmıştır. Elde edilen veriler, sayı ve yüzdelik dağılımlar ile analiz edilmiş; kategorik veriler arasındaki ilişkileri incelemek için ki-kare (χ^2) testi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 1006 ebelik öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların "Ölü doğum ile karşılaşma düşüncesi size ne hissettirir?", "Ölü doğum ile karşılaşma sırasında nasıl davranırsınız?" ve "Ölü doğum ile karşılaştıktan sonra nasıl düşünürsünüz?" sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde, lisans sınıf seviyeleri, ebelik bölümünden memnuniyetleri, çevrelerinde ölü doğum vakalarıyla karşılaşma durumları ve eğitim sürecinde ölü doğum deneyimleyip deneyimlemediklerine bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Benzer şekilde, perinatal yas kavramına yönelik farkındalık düzeylerinde de bu değişkenlere bağlı olarak farklılıklar gözlemlenmiştir.

Sonuç: Bulgular, öğrencilerin eğitim düzeyi, bölüm memnuniyeti ve önceki deneyimlerine bağlı olarak ölü doğumlara yönelik tutumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değiştiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, ebelik öğrencilerinin bu alandaki bilgi ve yetkinliklerini artırmaya yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik öğrencisi, Ölü doğum, Perinatal yas, Farkındalık

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the awareness levels of midwifery students regarding stillbirths and perinatal bereavement and to offer recommendations for improving their competencies in managing such situations.

Method: Designed as a cross-sectional and descriptive study, the research was conducted between February and May 2024. The study population included midwifery students from both public and private universities across Turkey. No sampling method was used; all students who voluntarily agreed to participate were included. Data were collected using a researcher-developed questionnaire titled "Determining the Awareness of Midwifery Students Regarding Stillbirths," based on existing literature. The questionnaire was distributed via Google Forms through midwifery student groups on social media platforms such as WhatsApp and Instagram. Descriptive statistics (frequency and percentage) and chi-square tests were used for data analysis.

Results: A total of 1006 students participated in the study. Significant differences were observed in responses to questions about emotional reactions to stillbirths, behaviors during such events, and reflections afterward, based on students' academic year, satisfaction with their education, exposure to stillbirths in their environment, and direct experience during training. Similar associations were found concerning their awareness of perinatal bereavement.

Conclusion: The results suggest that midwifery students' attitudes and coping strategies related to stillbirths vary depending on their educational background and prior experiences. It is recommended to develop targeted educational programs to enhance students' knowledge, emotional readiness, and practical skills in managing stillbirth and supporting perinatal bereavement.

Keywords: Midwifery student, Stillbirth, Perinatal bereavement, Awareness

---

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):649-659
DOI: 10.31020/mutftd.1648584
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 28 Şubat 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 19 Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: Özlem Elvan <ozlemelvan@mersin.edu.tr>
Etik Onay: Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 29/11/2023, No: 2023/819)
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Ölü doğum, gebeliğin 20. haftası ile doğumdan sonra yedi gün içinde meydana gelen ölümleri kapsayan; düşük, terapötik kürtaj, ölü doğum veya neonatal ölüm olmak kaydıyla, kasıtsız olarak gerçekleşen her türlü kaybı ifade eder.[1-4] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 verilerine göre evli kadınların %4'ünün en az 1 ölü doğumu vardır.[5] Bu durum, ABD'deki yaklaşık 160 gebeliğin 1'inde ve Avrupa'daki 250 gebeliğin 1'inde görülmektedir.[6-9]

Perinatal yas, kayıp anında ve hatta sonraki gebeliklerde ebeveynlerde yaşanan psikolojik travma olmak üzere dünya çapında yıkıcı sonuçlar doğurabilecek bir sağlık sorunudur.[10,11] Araştırmalar, yas bakımının kalitesinin ve ebeveynlerin kayıpla ilgili olarak aldıkları desteğin, ebeveynlerin kayıpla başa çıkma ve kayıptan kurtulma yetenekleri üzerinde büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir.[12,13]

Ebelik öğrencileri perinatal ölümle karşı karşıya kalabilir ve yaslı ailelerin bakımında yer alabilirler. Ancak, ebelik öğrencileri, ölü doğum sürecini bilgi, beceri, danışmanlık ve iletişim becerileri bakımından yönetmeyi öğrenme sürecindedirler ve bu travmatik deneyime hazırlıksızdırlar.[14-16] Yapılan çalışmalarda bazı ebelik öğrencilerinin hazırlıklı olmadıkları travmatik klinik vakalar karşısında stresle baş edemediklerinde öğrenme deneyimlerinin sekteye uğrayabildiği ve bunlardan bazılarının ebelik eğitimlerini bıraktıkları bildirilmiştir.[17-21] Öğrencilerin ölü doğumlara yaklaşımını bilmek teorik ve klinik müfredatlarına yön verebilmeyi ve mesleki gelişimlerine katkıda bulunmayı sağlayacaktır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bu tür çalışmalara rastlanmamıştır. Bu geniş çaplı yapılan çalışmada ebelik bölümü öğrencilerinin ölü doğumlara karşı farkındalıklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Özellikle travmatik doğum sürecine maruz kalan öğrencilerin mesleki tutumlarına yönelik geliştirici ve olumlayıcı düzenlemeler yapılabilecektir.

Gereç ve yöntem

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Şubat 2024 - Mayıs 2024 tarihleri arasında Türkiye genelinde eğitim veren devlet ve vakıf üniversitelerinin ebelik bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm ebelik öğrencilerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve literatüre dayandırılan "Ebelik bölümü öğrencilerinin ölü doğuma karşı farkındalıklarının belirlenmesi" konulu anket ile toplanmıştır. Bu anket, Google Forms kullanılarak oluşturulmuş ve sosyal medya platformları (WhatsApp, Instagram) üzerinden ebelik öğrencilerine ait gruplarda paylaşılmıştır.

Anket öğrencilerin sosyodemografik ve meslek seçimi- eğitimle ilgili özellikleri içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve bunu takiben üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde "Ölü doğumla karşılaşma düşüncesi size ne hissettirir?" sorusuna verilebilecek yanıtlara ilişkin 6 alt cevap yer almaktadır. İkinci bölümde "Ölü doğumla karşılaşma sırasında nasıl davranırsınız?" sorusuna verilebilecek 3 alt cevap yer almaktadır. Üçüncü bölümde "Ölü doğumla karşılaştıktan sonra nasıl düşünürsünüz?" sorusuna verilebilecek 6 alt cevap yer almaktadır. Öğrencilerden, bu ifadelere ilişkin görüşlerini "Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum" şeklinde üçlü Likert Ölçeği'ne göre değerlendirmeleri istenmiştir. Anketin doldurulma süresi toplamda yaklaşık 5 dakikadır.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için sayı ve yüzdelik dağılımlar kullanılmıştır. Kategorik veriler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla ki-kare (χ^2) testi uygulanmıştır. Tüm analizlerde $p<0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Etik Onay ve Katılımcı Rızası

Bu çalışma, 2209-A TÜBİTAK Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destek Programı kapsamında, Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2023/817 sayılı kararı ile onaylanmıştır. Araştırma sürecinde katılımcıların gönüllülüğü esas alınmış ve kişisel verilerin gizliliği korunmuştur. Araştırmanın verileri, öğrencilerin ankette verdikleri cevaplara dayandığı için, sonuçların güvenilirliği, örneklem grubundaki bireylerin vereceği yanıtlarla sınırlıdır.

Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.66±2.33' tür. Öğrencilerin % 98.1'i bekar olup, % 75.8'i ebelik bölümünü isteyerek seçmiştir ve %87.7'si bölümünden memnun olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin % 72.9'u çevresinde ölü doğum durumu yaşamış ve % 84.2'si eğitim süresinde ölü doğumla karşılaşmıştır. Anket sonuçlarına ilişkin tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bulgular ***Tablo 1*** ve ***Tablo 2***'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Öğrencilerin sınıf düzeyleri; ebelik bölümünden memnuniyet durumlarına göre farkındalık düzeylerini tanımlayan ve karşılaştıran

	Sınıf düzeyi					Ebelik bölüm memnuniyeti		
	1. sınıf	2. sınıf	3. sınıf	4. sınıf		Evet	Hayır	
	n =346	n =234	n=225	n=201	p	n=882	n=124	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ölü doğum ile karşılaşma düşüncesi size ne hissettirir?								
Sakin kalacağımı düşünürüm.								
Katılmıyorum	73 (21.1)	57 (24.4)	50 (22.2)	38 (18.9)	0.088	177 (20.1)	41 (33.1)*	**0.002**
Kararsızım	152 (43.9)	102 (43.6)	106 (47.1)	74 (36.8)		383 (43.4)	51 (41.1)	
Katılıyorum	121 (35)	75 (32.1)	69 (30.7)	89 (44.3)		322 (36.5)	32 (25.8)*	
Korkmayacağımı düşünürüm.								
Katılmıyorum	86 (24.9)	63 (26.9)	73 (32.4)	54 (26.9)	0.134	232 (26.3)	44 (35.5)	0.093
Kararsızım	122 (35.3)	84 (35.9)	83 (36.9)	60 (29.9)		309 (35)	40 (32.3)	
Katılıyorum	138 (39.9)	87 (37.2)	69 (30.7)	87 (43.3)		341 (38.7)	40 (32.3)	
Sadece negatif duygular hissedeceğimi düşünürüm. (Korku, öfke, utanç, suçluluk, huzursuzluk)								
Katılmıyorum	120 (34.7)	83 (35.5)	58 (25.8)	65 (32.3)	0.287	295 (33.4)	31 (25)	0.113
Kararsızım	112 (32.4)	70 (29.9)	84 (37.3)	62 (30.8)		287 (32.5)	41 (33.1)	
Katılıyorum	114 (32.9)	81 (34.6)	83 (36.9)	74 (36.8)		300 (34)	52 (41.9)	
Anne ile empati kuracağımı düşünürüm.								
Katılmıyorum	5 (1.4)	5 (2.1)	5 (2.2)	3 (1.5)	0.367	15 (1.7)	3 (2.4)	0.492
Kararsızım	26 (7.5)	15 (6.4)	24 (10.7)	24 (11.9)		75 (8.5)	14 (11.3)	
Katılıyorum	315 (91)	214 (91.5)	196 (87.1)	174 (86.6)		792 (89.8)	107 (86.3)	
Ekip arkadaşlarımdan yardım istemenin benim için zor olacağını düşünürüm.								
Katılmıyorum	289 (83.5)	188 (80.3)	189 (84)	164 (81.6)	0.947	745 (84.5)	85 (68.5)*	**<0.001**
Kararsızım	39 (11.3)	31 (13.2)	23 (10.2)	25 (12.4)		97 (11)	21 (16.9)	
Katılıyorum	18 (5.2)	15 (6.4)	13 (5.8)	12 (6)		40 (4.5)	18 (14.5)*	

Mesleğimi bırakmak isteyeceğimi düşünürüm.								
Katılmıyorum	303 (87.6)[b. c. d]	191 (81.6)	169 (75.1)	156 (77.6)	**0.001**	754 (85.5)	65 (52.4)*	**<0.001**
Kararsızım	34 (9.8)[b. c]	38 (16.2)	44 (19.6)	30 (14.9)		111 (12.6)	35 (28.2)*	
Katılıyorum	9 (2.6)	5 (2.1)	12 (5.3)	15 (7.5)[a. b]		17 (1.9)	24 (19.4)*	
Ölü doğum ile karşılaşma sırasında nasıl davranırsınız?								
Ölü doğumların canlı doğumlardan farklı olmadığını düşünürüm.								
Katılmıyorum	152 (43.9)[c. d]	112 (47.9)	118 (52.4)	111 (55.2)	**0.039**	432 (49)	61 (49.2)	0.777
Kararsızım	100 (28.9)	70 (29.9)	70 (31.1)	50 (24.9)		257 (29.1)	33 (26.6)	
Katılıyorum	94 (27.2)[c]	52 (22.2)	37 (16.4)	40 (19.9)		193 (21.9)	30 (24.2)	
Ölü doğum ile karşılaştığım an olay yerini terk etmek isteyeceğimi düşünürüm.								
Katılmıyorum	249 (72)	155 (66.2)	150 (66.7)	143 (71.1)	0.335	630 (71.4)	67 (54) *	**<0.001**
Kararsızım	65 (18.8)	47 (20.1)	43 (19.1)	30 (14.9)		154 (17.5)	31 (25) *	
Katılıyorum	32 (9.2)	32 (13.7)	32 (14.2)	28 (13.9)		98 (11.1)	26 (21) *	
Ölü doğumların mesleğimin bir parçası olduğunu düşünüp profesyonel davranmaya devam ederim.								
Katılmıyorum	14 (4)	7 (3)[a. c]	18 (8)	10 (5)	**0.019**	37 (4.2)	12 (9.7) *	**<0.001**
Kararsızım	51 (14.7)[b. c]	51 (21.8)	50 (22.2)	34 (16.9)		141 (16)	45 (36.3) *	
Katılıyorum	281 (81.2)[c]	176 (75.2)	157 (69.8)	157 (78.1)		704 (79.8)	67 (54) *	
Ölü doğum ile karşılaştıktan sonra nasıl düşünürsünüz?								
Olumsuz etkisinden çıkamayacağımı düşünürüm.								
Katılmıyorum	207 (59.8)[c]	131 (56)	110 (48.9)	114 (56.7)	**0.019**	510 (57.8)	52 (41.9) *	**0.003**
Kararsızım	108 (31.2)	62 (26.5)	77 (34.2)	59 (29.4)		259 (29.4)	47 (37.9)	
Katılıyorum	31 (9)[b. c]	41 (17.5)	38 (16.9)	28 (13.9)		113 (12.8)	25 (20.2) *	
Annenin doğum sonu bakımını iyi yönetemeyeceğimi düşünürüm.								
Katılmıyorum	246 (71.1)[b. c. d]	136 (58.1)	129 (57.3)	106 (52.7)	**<0.001**	557 (63.2)	60 (48.4) *	**0.006**
Kararsızım	35 (10.1) [b. c. d]	45 (19.2)	50 (22.2)	40 (19.9)		144 (16.3)	26 (21)	
Katılıyorum	65 (18.8)[d]	53 (22.6)	46 (20.4)	55 (27.4)		181 (20.5)	38 (30.6) *	
Klinik uygulama becerilerimi geliştireceğini düşünürüm.								
Katılmıyorum	11 (3.2)	12 (5.1)	14 (6.2)	7 (3.5)	0.133	36 (4.1)	8 (6.5)	**0.026**
Kararsızım	58 (16.8)	36 (15.4)	52 (23.1)	39 (19.4)		153 (17.3)	32 (25.8) *	
Katılıyorum	277 (80.1)	186 (79.5)	159 (70.7)	155 (77.1)		693 (78.6)	84 (67.7) *	
Karşılaştığım ölü doğumların mesleki aidiyetlik duygularımı güçlendireceğini düşünürüm.								
Katılmıyorum	18 (5.2)[c]	20 (8.5)	22 (9.8)	16 (8)	**0.011**	57 (6.5)	19 (15.3) *	**<0.001**
Kararsızım	87 (25.1)[b. c. d]	79 (33.8)	76 (33.8)	71 (35.3)		257 (29.1)	56 (45.2) *	
Katılıyorum	241 (69.7) [b. c. d]	135 (57.7)	127 (56.4)	114 (56.7)		568 (64.4)	49 (39.5) *	
Mezuniyetten sonra mesleki bilgi ve becerimin yeterli olacağını düşünürüm.								
Katılmıyorum	38 (11)[c. d]	28 (12)[c]	42 (18.7)	36 (17.9)	**<0.001**	114 (12.9)	30 (24.2) *	**<0.001**
Kararsızım	86 (24.9) [c. d]	75 (32.1)	77 (34.2)	72 (35.8)		259 (29.4)	51 (41.1) *	
Katılıyorum	222 (64.2) [b. c. d]	131 (56)[d]	106 (47.1)	93 (46.3)		509 (57.7)	43 (34.7) *	

Eğitim aldığım süreçte kadavra görmenin ölü doğumlara karşı farkındalığımı olumlu yönde etkileyeceğini düşünürüm								
Katılmıyorum	16 (4.6)	11 (4.7)	26 (11.6)[a, b]	16 (8)	**<0.001**	61 (6.9)	8 (6.5)	0.068
Kararsızım	41 (11.8)[c, d]	30 (12.8)[c, d]	45 (20)	54 (26.9)		140 (15.9)	30 (24.2)	
Katılıyorum	289 (83.5)[c, d]	193 (82.5)[c]	154 (68.4)	131 (65.2)		681 (77.2)	86 (69.4)	

İstatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren sınıf düzeyleri a, b, c, d indisleri ile gösterilmiştir (1. Sınıf: a, 2. Sınıf: b, 3. Sınıf: c, 4. Sınıf: d). *: Ebelik bölüm memnuniyeti, Çevresinde ölü doğum olup olmaması, Eğitim süresince ölü doğumla karşılaşıp karşılaşmama durumu "Evet" olanların "Hayır" olanlara göre istatistiksel anlamlılığını temsil etmektedir.

Tablo 2: Öğrencilerin aile, akraba ve arkadaş çevresinde ölü doğum ile karşılaşma deneyimleri ve eğitim süreçlerinde ölü doğumla ilgili karşılaştıkları durumlara göre farkındalık düzeylerini tanımlayan ve karşılaştıran tablo

	Çevresinde ölü doğum olup olmama			**Eğitim süresince ölü doğumla karşılaşıp karşılaşmama**		
	Evet n=733 n (%)	**Hayır n=273 n (%)**	**p**	**Evet n=847 n (%)**	**Hayır n=159 n (%)**	**p**
Ölü doğum ile karşılaşma düşüncesi size ne hissettirir?						
Sakin kalacağımı düşünürüm.						
Katılmıyorum	172 (23.5)	46 (16.8)*	**0.016**	199 (23.5)	19 (11.9)*	**<0.001**
Kararsızım	320 (43.7)	114 (41.8)		383 (45.2)	51 (32.1)*	
Katılıyorum	241 (32.9)	113 (41.4)*		265 (31.3)	89 (56)*	
Korkmayacağımı düşünürüm.						
Katılmıyorum	217 (29.6)	59 (21.6)*	**0.001**	240 (28.3)	36 (22.6)	**0.001**
Kararsızım	264 (36)	85 (31.1)		307 (36.2)	42 (26.4)*	
Katılıyorum	252 (34.4)	129 (47.3)*		300 (35.4)	81 (50.9)*	
Sadece negatif duygular hissedeceğimi düşünürüm. (Korku, öfke, utanç, suçluluk, huzursuzluk)						
Katılmıyorum	230 (31.4)	96 (35.2)	0.440	268 (31.6)	58 (36.5)	0.326
Kararsızım	246 (33.6)	82 (30)		275 (32.5)	53 (33.3)	
Katılıyorum	257 (35.1)	95 (34.8)		304 (35.9)	48 (30.2)	
Anne ile empati kuracağımı düşünürüm.						
Katılmıyorum	12 (1.6)	6 (2.2)	0.111	12 (1.4)	6 (3.8)*	**0.020**
Kararsızım	73 (10)	16 (5.9)		69 (8.1)	20 (12.6)	
Katılıyorum	648 (88.4)	251 (91.9)		766 (90.4)	133 (83.6)*	
Ekip arkadaşlarımdan yardım istemenin benim için zor olacağını düşünürüm.						
Katılmıyorum	605 (82.5)	225 (82.4)	0.997	704 (83.1)	126 (79.2)	0.323
Kararsızım	86 (11.7)	32 (11.7)		98 (11.6)	20 (12.6)	
Katılıyorum	42 (5.7)	16 (5.9)		45 (5.3)	13 (8.2)	
Mesleğimi bırakmak isteyeceğimi düşünürüm.						
Katılmıyorum	603 (82.3)	216 (79.1)	0.512	689 (81.3)	130 (81.8)	**0.006**
Kararsızım	102 (13.9)	44 (16.1)		130 (15.3)	16 (10.1)	
Katılıyorum	28 (3.8)	13 (4.8)		28 (3.3)	13 (8.2)*	
Ölü doğum ile karşılaşma sırasında nasıl davranırsınız?						
Ölü doğumların canlı doğumlardan farklı olmadığını düşünürüm.						
Katılmıyorum	348 (47.5)	145 (53.1)	0.282	417 (49.2)	76 (47.8)	0.832
Kararsızım	218 (29.7)	72 (26.4)		241 (28.5)	49 (30.8)	
Katılıyorum	167 (22.8)	56 (20.5)		189 (22.3)	34 (21.4)	

Ölü doğum ile karşılaştığım an olay yerini terk etmek isteyeceğimi düşünürüm.						
Katılmıyorum	496 (67.7)	201 (73.6)	0.164	582 (68.7)	115 (72.3)	**0.043**
Kararsızım	144 (19.6)	41 (15)		166 (19.6)	19 (11.9)*	
Katılıyorum	93 (12.7)	31 (11.4)		99 (11.7)	25 (15.7)	
Ölü doğumların mesleğimin bir parçası olduğunu düşünüp profesyonel davranmaya devam ederim.						
Katılmıyorum	40 (5.5)	9 (3.3)	0.364	45 (5.3)	4 (2.5)	0.126
Kararsızım	134 (18.3)	52 (19)		162 (19.1)	24 (15.1)	
Katılıyorum	559 (76.3)	212 (77.7)		640 (75.6)	131 (82.4)	
Ölü doğum ile karşılaştıktan sonra nasıl düşünürsünüz?						
Olumsuz etkisinden çıkamayacağımı düşünürüm.						
Katılmıyorum	398 (54.3)	164 (60.1)	0.201	467 (55.1)	95 (59.7)	0.487
Kararsızım	234 (31.9)	72 (26.4)		260 (30.7)	46 (28.9)	
Katılıyorum	101 (13.8)	37 (13.6)		120 (14.2)	18 (11.3)	
Annenin doğum sonu bakımını iyi yönetemeyeceğimi düşünürüm.						
Katılmıyorum	446 (60.8)	171 (62.6)	0.384	528 (62.3)	89 (56)	0.245
Kararsızım	131 (17.9)	39 (14.3)		142 (16.8)	28 (17.6)	
Katılıyorum	156 (21.3)	63 (23.1)		177 (20.9)	42 (26.4)	
Klinik uygulama becerilerimi geliştireceğini düşünürüm.						
Katılmıyorum	40 (5.5)	4 (1.5)*	**0.005**	38 (4.5)	6 (3.8)	0.780
Kararsızım	143 (19.5)	42 (15.4)		153 (18.1)	32 (20.1)	
Katılıyorum	550 (75)	227 (83.2)*		656 (77.4)	121 (76.1)	
Karşılaştığım ölü doğumların mesleki aidiyetlik duygularımı güçlendireceğini düşünürüm.						
Katılmıyorum	57 (7.8)	19 (7)	0.843	67 (7.9)	9 (5.7)	0.494
Kararsızım	230 (31.4)	83 (30.4)		266 (31.4)	47 (29.6)	
Katılıyorum	446 (60.8)	171 (62.6)		514 (60.7)	103 (64.8)	
Mezuniyetten sonra mesleki bilgi ve becerimin yeterli olacağını düşünürüm.						
Katılmıyorum	98 (13.4)	46 (16.8)	0.285	118 (13.9)	26 (16.4)	0.353
Kararsızım	233 (31.8)	77 (28.2)		256 (30.2)	54 (34)	
Katılıyorum	402 (54.8)	150 (54.9)		473 (55.8)	79 (49.7)	
Eğitim aldığım süreçte kadavra görmenin ölü doğumlara karşı farkındalığımı olumlu yönde etkileyeceğini düşünürüm						
Katılmıyorum	53 (7.2)	16 (5.9)	0.722	57 (6.7)	12 (7.5)	**0.008**
Kararsızım	122 (16.6)	48 (17.6)		130 (15.3)	40 (25.2)*	
Katılıyorum	558 (76.1)	209 (76.6)		660 (77.9)	107 (67.3)*	

İstatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren sınıf düzeyleri a, b, c, d indisleri ile gösterilmiştir (1. Sınıf: a, 2. Sınıf: b, 3. Sınıf: c, 4. Sınıf: d).
*: Ebelik bölüm memnuniyeti, Çevresinde ölü doğum olup olmaması, Eğitim süresince ölü doğumla karşılaşıp karşılaşmama durumu "Evet" olanların "Hayır" olanlara göre istatistiksel anlamlılığını temsil etmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada, ebelik öğrencilerinin lisans sınıf düzeylerinin, eğitim süreçlerinden duydukları memnuniyetin, motivasyonlarının ve daha önce ölü doğumla karşılaşma deneyimi yaşayıp yaşamadıklarının, ölü doğum farkındalığı ve perinatal yas süreci üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Ölü doğum düşüncesi, derin bir hüzün ve kaygı yaratarak ebeveynler üzerinde güçlü psikolojik ve duygusal etkiler bırakabilir. Gelecekte bu süreci yönetecek ebelik öğrencileri açısından değerlendirildiğinde, "Ölü doğum ile karşılaşma düşüncesi size ne hissettirir?" sorusuna verilen yanıtlar, öğrencilerin eğitim süreçleri ve deneyimleriyle ilişkili önemli farklılıklar göstermektedir. "Sakin kalacağımı düşünürüm" ifadesine, bölüm memnuniyeti düşük olan, çevresinde ölü doğum deneyimi bulunan ve eğitimleri süresince ölü doğum vakası

ile karşılaşmış öğrencilerin daha düşük oranda katıldığı belirlenmiştir. Eğitim sürecinde ölü doğum deneyimi olan öğrenciler arasında kararsız kalanların oranı yüksekken, bu düşünceye katılanların oranı daha düşüktür.

Benzer şekilde, "Korkmayacağımı düşünürüm" ifadesine, çevresinde ölü doğum deneyimi bulunan öğrencilerin düşük oranda katıldığı; eğitim sürecinde ölü doğumla karşılaşan öğrenciler arasında ise kararsız olanların oranının yüksek, katılanların oranının ise düşük olduğu görülmüştür. Öte yandan, "Sadece negatif duygular hissedeceğimi düşünürüm (korku, öfke, utanç, suçluluk, huzursuzluk)" ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. "Anne ile empati kuracağımı düşünürüm" ifadesine, eğitim sürecinde ölü doğumla karşılaşmış öğrencilerin yüksek oranda katıldığı, düşük oranda katılmadığı gözlemlenmiştir. "Ekip arkadaşlarımdan yardım istemenin benim için zor olacağını düşünürüm" ifadesine ise bölüm memnuniyeti düşük olan öğrencilerin anlamlı derecede yüksek oranda katıldığı belirlenmiştir. Ayrıca, "Mesleğimi bırakmak isteyeceğimi düşünürüm" ifadesine katılmayan 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin oranının, 1. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, bu ifadeye "Kararsızım" yanıtını veren 2. ve 3. sınıf öğrencilerinin oranının, 1. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak, bu ifadeye katılan 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin oranının, 4. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular, ebelik öğrencilerinin ölü doğumla karşılaşma düşüncesine yönelik duygusal ve psikolojik tepkilerinin, eğitim süreçleri, çevresel deneyimleri ve bölüm memnuniyeti gibi faktörlerden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Özellikle ölü doğumu bizzat deneyimlemiş ya da çevresinde böyle bir vaka ile karşılaşmış öğrencilerin, bu duruma karşı daha temkinli ve duygusal açıdan daha hassas bir yaklaşım sergilediği görülmüştür. Dikkat çekici bir şekilde, üst sınıf öğrencilerinin ölü doğumla karşılaşma olasılığı karşısında mesleği bırakma eğilimlerinin daha yüksek olması, artan mesleki deneyim ve sorumluluklarla ilişkili olabileceği düşünüldü. Eğitim sürecinde ölü doğum deneyimi olan öğrencilerin, anne ile empati kurma düzeylerinin yüksek olması, bu öğrencilerin yaşayacağı stresin de üst düzeyde olabileceğini göstermektedir. Yaslı ebeveynlere bakım sağlamak oldukça stresli bir süreç olduğundan, perinatal kayıpların duygusal etkileri ele alınmalı; öğrencilerin öz bakım becerilerini geliştirmeye yönelik stratejiler uygulanarak psikolojik dayanıklılıklarının artırılması önerilmektedir.[22] Klinik uygulamalar sırasında öğrencilerin yoğun stres ve kaygı yaşaması, edindikleri bilgileri pratiğe dökmede zorlanmalarına, hata yapma korkusuna ve mesleki yetersizlik hissine yol açtığı bildirilmiştir.[23] Genel olarak, bu bulgular ebelik öğrencilerinin mesleki hazırlık süreçlerinde psikolojik destek ve deneyim paylaşımına yönelik yapılandırılmış programların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

"Ölü doğum ile karşılaşma sırasında nasıl davranırsınız?" sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, "Ölü doğumların, canlı doğumlardan bir farkı olmadığını düşünüyorum" ifadesine 1. sınıf öğrencilerinin, 3. ve 4. sınıf öğrencilere kıyasla anlamlı derecede düşük oranda katılmadığı, ancak bu ifadeye katılan 1. sınıf öğrencilerinin oranının, 3. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. "Ölü doğum ile karşılaştığım an olay yerini terk etmek isteyeceğimi düşünürüm." ifadesine yönelik olarak, ebelik bölümünden memnun olan öğrencilerin ve eğitim süreçlerinde ölü doğum deneyimi yaşamamış öğrencilerin, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde bu ifadeye katılmadıkları görülmektedir. Literatürde, öğrencilerin ölü doğum yönetiminde yer aldıklarında sıklıkla duygusal travma yaşadıkları ve yetersiz eğitim ile destek nedeniyle kendilerini bu sürece hazırlıksız hissettikleri bildirilmektedir. Bunun yanı sıra, perinatal kayıpla ilgili önemli süreçlerden dışlanmaları, özgüvenlerini zedeleyerek tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu risklerini artırabilmektedir.[14] "Ölü doğumların mesleğimin bir parçası olduğunu düşünüp profesyonel davranmaya devam ederim." ifadesine ise tüm lisans seviyelerindeki öğrencilerin büyük çoğunluğunun katıldığı gözlemlenmiştir. Özellikle eğitim süreçlerinden memnun olan öğrencilerin bu

ifadeye daha yüksek oranda katılması, mesleki gelişim sürecinde memnuniyetin ve farkındalığın artışına işaret etmektedir. Bu bulgular, öğrencilerin lisans seviyeleri ilerledikçe, ölü doğum gibi hassas konulara ilişkin deneyimlerinin ve bakış açılarının değiştiğini göstermektedir. Üst sınıf öğrencilerinin, önceki klinik deneyimleri nedeniyle ölü doğum farkındalıklarının arttığı ve bu süreçleri yönetme konusunda daha bilinçli hale geldikleri düşünülebilir. Bununla birlikte, pek çok öğrenci "kararsızım" yanıtını vererek, ölü doğumla karşılaştıklarında nasıl bir tutum sergileyecekleri konusunda belirsizlik yaşadıklarını ifade etmektedir. Ölü doğumla karşılaştıklarında olay yerini terk etmek istemeyen öğrenciler arasında, özellikle eğitimlerinden memnun olanların, bu tür durumlar karşısında daha yüksek duygusal dayanıklılık sergiledikleri ve mesleki görevlerine daha güçlü bir bağlılık gösterdikleri anlaşılmaktadır. Ebelik eğitimi sırasında ölü doğum deneyimi yaşamamış öğrencilerin, bu ifadeye katılmamaları ise bu tür olaylarla yüzleşmekten çekindiklerini veya nasıl bir tepki vereceklerinden emin olmadıklarını düşündürebilir. Shen ve ark.'nın çalışmasında, ebelik öğrencileri, fetal kayıpların yaşandığı kritik süreçlerden dışlanmalarının özgüvenlerini zedelediğini ve bunun tükenmişlik ile şefkat yorgunluğu risklerini artırdığını ifade etmişlerdir.[24] Ayrıca, fetal ölüm vakalarına sıkça maruz kalan ebelerin, derin üzüntü ve kendinden şüphe duyduklarını bildirdikleri, bu durumun tükenmişlik riski oluşturabileceği ve hatta mesleği bırakma noktasına gelebilecekleri belirtilmiştir.[25]

"Ölü doğum ile karşılaştıktan sonra nasıl düşünürsünüz?" sorusuna "Olumsuz etkisinden çıkamayacağımı düşünürüm." ifadesine katılmayan 1. sınıf öğrencilerinin oranı, 3. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunurken, bu ifadeye katılan 1. sınıf öğrencilerinin oranı ise 2. ve 3. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bölüm memnuniyeti olmayan öğrenciler arasında bu ifadeye katılmayanların oranı anlamlı derecede düşük, katılanların oranı ise anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. "Annenin doğum sonu bakımını iyi yönetemeyeceğimi düşünürüm." ifadesine "Katılmıyorum" diyen 1. sınıf öğrencilerinin oranı, 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öte yandan, "Katılıyorum" yanıtını verenler arasında 4. sınıf öğrencilerinin oranının, 1. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bölümden memnun olmayan öğrenciler arasında "Katılmıyorum" diyenlerin oranı anlamlı derecede düşük, "Katılıyorum" diyenlerin oranı ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, üst sınıf öğrencilerinde ve mesleki aidiyet hissetmeyen öğrencilerde doğum sonu bakım ve perinatal yas süreçlerini yönetebilme motivasyonunun düşük olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, yas sürecinde ebeveynlere bakım vermenin hemşireler ve ebeler için yoğun bir stres kaynağı olduğu belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerin bu süreçte keder, tükenmişlik, ikincil travmatik stres, suçluluk, korku, öfke ve diğer olumsuz duygular yaşadıkları ortaya konmuştur. Bu duygusal yük, bakım sürecinde sağlık profesyonelleri üzerinde ciddi bir psikolojik baskı oluşturabilmektedir.[22] Öğrencilerin büyük çoğunluğu "Klinik uygulama becerilerimi geliştireceğini düşünürüm." ifadesine katılarak, bu tür deneyimleri mesleki gelişim fırsatı olarak değerlendirmekte ve profesyonel becerilerini artıracağına inandıklarını ifade etmektedir. Bu bulgu, literatürde belirtilen perinatal yas bakımı eğitim programlarının hemşirelerin ve ebelerin perinatal yas sürecine hazırlanmasında olumlu etkiler sağladığını desteklemektedir.[22] "Karşılaştığım ölü doğumların mesleki aidiyetlik duygularımı güçlendireceğini düşünürüm." ifadesine kararsız kalan öğrenciler arasında 1. sınıf öğrencilerinin oranı, diğer sınıflara göre anlamlı derecede düşük bulunurken, katıldığını belirten öğrenciler arasında 1. sınıf öğrencilerinin oranının diğer sınıflara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. "Mezuniyetten sonra mesleki bilgi ve becerimin yeterli olacağını düşünürüm." ifadesine "Katılmıyorum" diyen 1. sınıf öğrencilerinin oranı, 3. ve 4. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Kararsız kalan öğrenciler arasında da 1. sınıf öğrencilerinin oranı, 3. ve 4. sınıflara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. "Katılıyorum" diyen öğrenciler arasında ise 1. sınıf öğrencilerinin oranının diğer sınıflara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bölümden memnun olmayan öğrenciler arasında "Katılmıyorum" ve "Kararsızım" diyenlerin

oranı anlamlı derecede yüksek, “Katılıyorum” diyenlerin oranı ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, öğrencilerin mesleki aidiyet ve yeterlilik duygularının sınıf seviyeleri ile birlikte arttığını ve ebelik bölümünde eğitim almaktan memnun olan öğrencilerin mesleklerine karşı daha güçlü bir bağlılık hissettiklerini göstermektedir.

Ebelik eğitimi ve ders kitaplarının büyük ölçüde normal veya yüksek riskli doğumlara odaklandığı, ancak perinatal kayıp ve ailelerin yas sürecinin yönetimine ilişkin yeterli pratik bilgiye yer vermediği görülmektedir. Çoğu ebelik öğrencisinin, klinik uygulamaya başlamadan önce ölümle ilgili çok az deneyime sahip olması ve fetal kayıp yaşayan ebeveynleri yas sürecinde yönlendirme konusunda gerekli becerilerden yoksun olması, öğrencileri bu süreçlere karşı daha savunmasız hale getirmektedir.[14] Bu çalışmadan elde edilen bulgular, öğrencilerin bu konuda kaygı taşıdıklarını ancak öğrenmeye ve deneyim kazanmaya açık olduklarını göstermektedir. Bu nedenle, öğrencilere ölü doğum ve perinatal yas sürecini yönetebilme eğitimleri verilmelidir. Klinikte uygulama öncesinde simülasyon teknikleri ile desteklenen öğretim alanlarının kullanılması, öğrencilerin kendilerini klinik deneyime daha hazır hissetmelerini sağlayarak mesleki özgüven kazanmalarına yardımcı olabilir. Laboratuvar ortamında deneyim kazanmaları, ölü doğumlara karşı geliştirdikleri olumsuz tutumların değişmesine katkı sunabilir.[21] Senaryo çalışmaları ve rol yapma yoluyla gerçekleştirilen simülasyonlar, ebelik eğitimi içinde yaygın olarak kullanılmakta ve öğrencilerin bu özel duruma erken maruz kalmalarını sağlayarak süreci daha bilinçli yönetmelerine yardımcı olmaktadır.[26] Ölü doğan bebeklere, yaşayan bebeklere gösterilen özenin aynısının gösterilmesi, bebeklere isimleriyle hitap edilmesi, bebekle konuşulması ve giydirilmesi gibi basit ancak etkili eylemlerin, ebeveynlere ve bebeklere saygı göstermek açısından önemli olduğu bildirilmiştir.[27] Bunun yanı sıra, çevrimiçi ölü doğum hikayelerinin paylaşılması, obstetrik bakım süreçlerinin nasıl iyileştirilebileceğine dair önemli içgörüler sunabileceğini göstermektedir.[28] Bu tür yaklaşımlar desteklenerek, uluslararası kılavuzlar ve standartlar eğitim programlarına entegre edilebilir.[27]

“Eğitim aldığım süreçte kadavra görmenin ölü doğumlara karşı farkındalığımı olumlu yönde etkileyeceğini düşünürüm.” ifadesine “Katılmıyorum” diyen 3. sınıf öğrencilerinin oranı, 1. ve 2. sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kararsız kalan öğrenciler arasında 4. sınıf öğrencilerinin oranı, diğer sınıflara göre anlamlı derecede yüksekken, “Katılıyorum” diyen öğrenciler arasında ise 1. sınıf öğrencilerinin oranı, 3. ve 4. sınıflara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim sürecinde ölü doğumla karşılaşan öğrenciler arasında “Kararsızım” diyenlerin oranı anlamlı derecede düşük, “Katılıyorum” diyenlerin oranı ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, kadavra görmenin ölü doğum farkındalığına etkisinin öğrenci bakış açısına göre değişebileceğini ve doğrudan deneyimin farkındalık üzerinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Anatomi eğitimi sürecinde öğrencilerin kadavra ile teması, hem teorik bilgiyi pekiştirmek hem de klinik deneyime ön hazırlık açısından önemli bir basamak olarak değerlendirilmektedir. Klinik ortamda ölü ile ilk temas, ölümle ilgili duygulara hazırbulunuşluğu ve hasta/hasta yakını ile doğru iletişimi sağlama açısından kritik bir ön mesaj niteliği taşımaktadır.[29,30] Ebelik öğrencilerinin eğitim süreçlerinde yetişkin ve fetüs kadavra ile temas etmeleri, travmatik ve ölü doğum süreçlerine ilişkin farkındalık geliştirmelerini ve bu süreçleri daha sağlıklı yönetebilmelerini sağlayabilir. Nitekim araştırmalar ebelik öğrencilerinin yüksek oranlarda anatomi ders pratiklerinde kadavra görmeyi talep ettiklerini ortaya koymaktadır.[31,32] Eğitim süreçlerinde ölüm kavramının etkili bir şekilde ele alınması, sağlık profesyonellerinin bu tür zor durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmalarına katkı sağladığı görülmektedir.

Sonuç

Bu çalışma ile öğrencilerin eğitim seviyeleri, eğitim memnuniyeti ve önceki deneyimlerine bağlı olarak ölü doğumlarla ilgili tutumlarının ve başa çıkma stratejilerinin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim programlarının bu farklılıkları dikkate alarak, öğrencilerin hem mesleki hem de duygusal gelişimlerini desteklemesi önemlidir. Ölü doğum ve perinatal yas, son derece duygusal süreçler olup, hassas ve empatik bakım gerektirmektedir. Ebelik öğrencileri için, ölü doğumun nedenlerini anlamak, yas sürecini tanımak ve empatik bakım sunabilmek, ailelere en zor anlarında destek olabilmek adına kritik öneme sahiptir. Özellikle ölü doğum travmasından tedirgin olan öğrenci oranının yüksek olması, bu konuda destekleyici eğitim programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, öğrencilere yönelik psikolojik destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve travmatik deneyimlere karşı başa çıkma becerilerini güçlendiren projelerin hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

Bilgi: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Etik Onay: 2209-A TÜBİTAK Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destek Programı kapsamında, Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 29/11/2023, No: 2023/819)

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı:

Özlem Elvan: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynaklar.

Betül Yaren Aydoğan: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, kaynaklar.

Nihan Özel Erçel: Veri işleme, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. DiMarco MRNM, et al. Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. J Contin Educ Nurs 2002;33 (4):180–6.
2. Sereshti M, et al. Mothers' perception of quality of services from health centers after perinatal loss. Electron Physician 2016;8(2).
3. Barfield WD; Committee on Fetus and Newborn. Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. Pediatrics 2016;137(5), e20160551. https://doi.org/ 10.1542/peds.2016-0551.
4. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, Dang N, Das J, Flenady V, Gold KJ, Mensah OK, Millum J, Nuzum D, O'Donoghue K, Redshaw M, Rizvi A, Roberts T, Toyin Saraki HE, Storey C, Wojcieszek AM, Downe S; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. Lancet 2016;6;387(10018):604-616. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3.
5. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2018. Http://Www.Sck.Gov.Tr/Wpcontent/Uploads/2020/08/Tnsa2018_Ana_Rapor.Pdf
6. Hoyert DL, Gregory ECW. Cause of fetal death: data from the fetal death report, 2014. Natl Vital Stat Rep 2016;65(7):1–25.
7. Gregory ECW, Valenzuela CP, Hoyert DL. Fetal mortality: United States, 2020. Natl Vital Stat Rep 2022;71(4):1–19.
8. StatBel. Belgium in Figures. 2023 [cited 2023 Dec 21]. Feto-infant mortality. Available from: https:// statb el. fgov. be/ en/ themes/ popul ation/morta lity-life-expectancy -and-causes-death/feto-infant-mortality
9. The National Health Service (NHS). NHS: Keeping well in pregnancy.2021 [cited 2023 Dec 21]. Reducing the risk of stillbirth. Available from: https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/reducing-the-risk-of-stillbirth/
10. Gold KJ, et al. Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. J Womens Health 2015;25(3):263.
11. Al-Maharma DY, et al. Maternal grieving and the perception of and attachment to children born subsequent to a perinatal loss. Infant Ment. Health J 2016;37(4):411–423.
12. Ellis A, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16 (1):1–19.
13. Claudia R, et al. Stillbirth and perinatal care: are professionals trained to address parents' needs? Midwifery 2018;64:53.

14. McKenna L, Rolls C. Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. Contemp Nurse 2011;38(1-2):76-83. doi: 10.5172/conu.2011.38.1-2.76. PMID: 21854239.
15. Doherty J, et al. "I'm afraid of upsetting them further": student midwives educational needs in relation to bereavement in the maternity setting. BMC Pregnancy Childbirth 2017.
16. Mauri PA, Squillace F. The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. Eur J Contracept Reprod Health Care 2017;22(3):227–232.
17. Erkal Aksoy Y, Yılmaz S, Uyanık H. Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalardaki Empati Ve Post-Travmatik Stres Düzeyleri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;10(2):94-105. doı: 10.46971/Ausbid.915713
18. Cavanagh SJ, Snape J. Stress in Student Midwives: An Occupational Perspective. British Journal Of Midwifery 1997;5(9):528-533.
19. Jimenez C, Navia-Osorio P, Vacas Diaz C. Stress And Health in Novice And Experienced Nursing Students. Journal Of Advanced Nursing 2010;66(2):442–455.
20. Ağaçdiken S, Mumcu Boğa N, Özdelikara A. Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimine Yönelik Yaşadıkları Stres Düzeyinin Belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;1(1):25-40 Retrieved From Https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Jshs/İssue/24525/259859
21. Aydın Kartal Y, Yazıcı S. Ebelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Başlangıcı Ve Sonunda Anksiyete Ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi 2017;4(3):190-195. Doı: 10.17681/Hsp.328560
22. Qian J, et al. Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review. Nurse Educ Today 2021;103:104962. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104962. Epub 2021 May 18. PMID: 34052663.
23. Uyar Hazar H, Gültekin S. Ebelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı. Life Sciences 2019;14(3):74-83.
24. Shen Q, Liang J, Gao Y. Experience of undergraduate midwifery students faced with perinatal death in clinical practice: A qualitative study. Nurse Educ Today 2022;108:105159. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105159. Epub 2021 Sep 30. PMID: 34607237.
25. Sheen K, et al. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. Int J Nurs Stud 2015;52 (2):578–587.
26. Doherty J, et al. Student midwives' education needs and their experience of attending a bereavement education workshop. Br J Midwifery 2018;26(8):523–531.
27. Boyle FM, et al. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care — an overview. Women Birth 2020;33(2):107–110.
28. Geusens F, Bogaerts A, Skalkidou A. 'I had to Educate Myself': A thematic analysis of online stillbirth stories to improve obstetric care. BJOG 2024;131(8):1120-1128. doi: 10.1111/1471-0528.17750. Epub 2024 Jan 14. PMID: 38221506.
29. Turhan B, et al. The Opinions Of Medicine Faculty Students About Anatomy Education.
European Journal Of Therapeutıcs 2016;22(2): 82-88.
30. Kawashiro Y, et al. Attitudes Of Healthcare Students On Gross Anatomy Laboratory Sessions. Anat Sci Educ 2009;2(6):273-9.
31. Mutluay Şd, Açıkgöz Ak. Öğrenci Ebe Ve Hemşirelerin Anatomi Eğitimi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi 2020;10(2):201-208. Doi: 10.31020/Mutftd.679401.)
32. Elvan Ö, et al. Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Çevrim İçi Anatomi Eğitimi Hakkındaki Öngörü Ve Deneyimleri. Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2021;14(2):320-333.

Araştırma Makalesi – Original Article

An Examination of the Factors Related to Depression, Anxiety, and Stress During the COVID-19 Pandemic in Radiology Technicians*

Radyoloji Teknisyenlerinde COVID-19 Salgını Sırasında Depresyon, Anksiyete ve Stresle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Müge Bölükkaya[i], Sabahattin Tekingündüz[ii]

[i]MSc, Medical Imaging Techniques, Vocational School of Medical Services, Mersin University, https://orcid.org/0000-0003-0920-917X

[ii]Prof. Dr, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Mersin University, https://orcid.org/0000-0002-2528-9029

ABSTRACT

Aim: The aim of this cross-sectional study was to examine the relationships between depression, anxiety, stress and social support and stress coping variables in radiology technicians during the COVID-19 period.

Method: The study data were obtained from 429 individuals registered with the Turkish Medical Radiotechnology Association between 01.03.2021 and 01.05.2021. The Depression Anxiety Stress Scale (DASS), the Multi-dimensional Perceived Social Support Scale, the Coping with Stressful Situations Inventory-Short Form (CISS-SF), and the Work and Personal Characteristics Information Form were used in this study. Descriptive statistics, correlation analysis, and regression analysis were used to evaluate the data.

Results: In the study, negative significant relationships were determined between depression, anxiety, stress and social support sub-dimensions. Positive significant relationships were found between depression, anxiety, stress, and "emotion-oriented coping". At the same time, positive significant relationships were found between anxiety, stress, and "avoidance coping ". It has been determined that the factors affecting depression and stress are only " significant other" in the dimension of social support, and " emotion-oriented coping" in the dimensions of coping with stress. Among the factors affecting anxiety, it was observed that only "friend" in the dimension of social support and "emotion-oriented coping" from the dimensions of coping with stress.

Conclusion: The negative relationships between depression, anxiety, and stress with social support and coping strategies during the COVID-19 period emphasize the importance of social support systems and effective coping methods in strengthening mental health.

Keywords: COVID-19, Depression, Anxiety, Social support, Mental health, Radiology technician

ÖZ

Amaç: Bu kesitsel çalışmanın amacı, COVID-19 döneminde radyoloji teknisyenlerinde depresyon, anksiyete, stres ile sosyal destek ve stresle başa çıkma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemektir.

Yöntem: Çalışma verileri 01.03.2021-01.05.2021 tarihleri arasında Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği'ne kayıtlı 429 kişiden elde edilmiştir. Araştırmada Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri-Kısa Form (CISS-SF) ve İş ve Kişisel Özellikler Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada depresyon, anksiyete, stres ile sosyal destek alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Depresyon, anksiyete, stres ile "duygusal başa çıkma" arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aynı zamanda anksiyete, stres ve "kaçınmacı başa çıkma" arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Depresyon ve stresi etkileyen faktörlerin yalnızca sosyal destek boyutunda "özel insan", stresle başa çıkma boyutlarında ise "duygusal başa çıkma" olduğu belirlenmiştir. Anksiyeteyi etkileyen faktörler arasında sosyal destek boyutunda sadece “arkadaş”, stresle başa çıkma boyutlarından ise "duygusal başa çıkma" faktörlerinin yer aldığı görülmüştür.

Sonuç: COVID-19 sürecinde depresyon, anksiyete ve stres ile sosyal destek ve başa çıkma stratejileri arasındaki olumsuz ilişkiler, ruh sağlığının güçlendirilmesi açısından sosyal destek sistemlerinin ve etkili başa çıkma yöntemlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Depresyon, Anksiyete, Sosyal destek, Ruh sağlığı, Radyoloji teknisyeni

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):660-670
DOI: 10.31020/mutftd.1575402
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 29 October 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 13 March 2025
İletişim- Correspondence Author: Sabahattin Tekingündüz <stekingunduz@mersin.edu.tr>
Ethical Approval: Human and Social Sciences Ethics Committee of Mersin University (Date 03.02.2021, No: 2021/02)
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

The COVID-19 pandemic has presented immense challenges to healthcare systems worldwide. It has led to severe health crises on a global scale, causing widespread economic and social disruptions. The pandemic placed significant strain on healthcare systems, driving up the demand for medical services and substantially increasing the workload of healthcare personnel. As a result, healthcare workers experienced profound mental, physical, and social impacts.[1–4] Healthcare workers had to deal more with patients infected with the virus in hospitals at that time. It has been suggested that depression was a common mental health problem for healthcare workers during the COVID-19 pandemic, and that frontline workers in particular were much more affected.[1,5,6] Reasons such as a family member contracting the virus, rising death rates due to the virus, inadequate or insufficient personal protective equipment, and prolonged close contact with patients have been identified in the literature as factors contributing to stress among healthcare workers, increasing burnout, and leading to depression and anxiety.[5,7–10]

Therefore, the provision of psychological support has been recommended to protect healthcare workers against depression, anxiety, and stress.[11] Both the challenges imposed by the crisis and the health policies implemented (eg., the forbidding of resignations, excessive workload, inadequate institutional precautions) made life extremely difficult for healthcare workers, and this was exacerbated by the loss of lives during the pandemic.[12] To cope with problems such as depression, stress, and anxiety in extraordinary conditions such as a pandemic or crisis, social support and stress interventions have been shown as coping mechanisms in literature.

Coping with problems alone under destructive living conditions requires help and support from others.[13] Emotion-oriented coping is an important mechanism in adapting to the uncertainties created by the COVID-19 pandemic in every area of daily life. As the problem becomes uncontrollable in emotion-oriented coping, a defence mechanism is developed by changing the way of thinking and the perception of the situation and the feelings of the individual. In addition, the use of task-oriented coping is important to learn and adopt behaviours which will be able to prevent the spread of the fatal and highly infectious virus. Here, the individual focusses on identifying the problem, forming new solutions, and selecting the most appropriate of these by evaluating the alternatives in respect of costs and benefits.[14,15]

Radiological examinations play an important role in the diagnosis and treatment of suspected or definitively diagnosed COVID-19 patients.[16,17] Radiology technicians have a key role in the diagnosis and treatment of COVID-19 as frontline healthcare workers in direct interaction with patients.[18] The nature of the work means that radiology technicians are working with radiation and radioactive materials. They are more exposed to and more affected by radiation than other professional groups. In addition to this risk, radiology technicians have been extremely negatively affected by COVID-19.

During the pandemic, a series of regulations related to employees and working conditions were implemented at both the institutional level and the state level. Some of these precautions were the postponement of non-emergency procedures in radiology units, and precautions to reduce the high risk of infection in interventions to be applied to COVID-19 patients, including not remaining in the same closed environment for more than 15 minutes, and maintaining a distance of at least 2 metres.[19,20] In another study in the USA of 689 radiologists in 44 states, the anxiety levels related to COVID-19 of 61% of the participants were rated as ≥7/10.[21] The aim of this cross-sectional study was to determine the factors affecting the depression, anxiety, and stress levels of radiology technicians during the COVID-19 pandemic in Turkey.

Material and Methods

The study universe consisted of 2042 radiology technicians registered in the Turkish Medical Radiotechnology Association. Sample size for the research was calculated to be 324 subjects, using the openEpi version 3 program with 50% frequency, 95% confidence interval, and ±5 error.[22] To evaluate the applicability of the data collection tools, a pilot study was first conducted with 15 radiology technicians working in the Radiology Department of Mersin University Medical Faculty Hospital, who were not included in the main study. As a result of the pilot study, some adjustments were made to the data collection form.

The study data were collected using an online data collection form between 01.03.2021 and 01.05.2021. A total of 442 radiology technicians participated in the study, and after the exclusion of 13 questionnaires that were not fully completed, the analyses were applied to 429 questionnaires.

Data collection tools

The Depression Anxiety Stress Scale (DASS), the Multi-dimensional Perceived Social Support Scale, the Coping with Stressful Situations Inventory-Short Form (CISS-SF), and the Work and Personal Characteristics Information Form were used in this study.

Work Characteristics and Personal Information Form: This form was used to collect information including age, gender, marital status, working hours per week, problems encountered in the institution where the subjects worked, and type of violence to which they had been subjected.

Depression Anxiety Stress Scale: This scale, developed by Lovibond and Lovibond (1995), is formed of a total of 42 statements, as 14 related to depression, 14 to anxiety, and 14 to stress. High points obtained in any of the depression, anxiety, and stress sections show that the individual has this problem. The participants were instructed to complete the scale by considering how each of the items applied to their own situation in the last week. The items are evaluated with 4-point Likert-type responses; 0=does not apply to me at all, 1= sometimes applies to me, 2= generally applies to me, 3= completely applies to me.[23] Validity and reliability studies of the scale in Turkish were performed by Akın and Çetin (2007).[23]

Multi-dimensional Perceived Social Support Scale: This scale was developed by Zimet, Dahlem, Zimet and Farley in 1988 to evaluate the perceptions of social support. Reliability and validity studies of this scale in Turkish were performed by Eker, Arkar and Yaldız.[24] The scale consists of 12 items in 3 dimensions of family (4 items), friends (4 items) and significant other (4 items). The responses are graded from 1-7 where 1 = definitely no and 7= definitely yes. Higher points obtained on the scale indicate a high level of perceived social support, and low points that support is not perceived or that support is low or absent.[24]

Coping Inventory for Stressful Situations -Short Form: To determine the methods used by the study partipants to cope with stressful situations, the CISS-SF was used. This inventory, which was developed to be able to evaluate generally preferred coping styles, consists of 21 items in 3 sub-dimensions of emotion-oriented coping, task-oriented coping, and avoidance coping. The 7 items in each sub-dimension are scored with 5-point Likert-type responses from 1= definitely does not apply to me to 5= completely applies to me.[25] Reliability and validity studies of this scale in Turkish were performed by Boysan (2012).[25]

Statistical Analysis

Data obtained in the study were analyzed using demo version of spss package program. In the evaluation of the conformity of continuous variables to normal distribution, decisions were made according to skewness values between -1.64 and 0.21 and kurtosis values of 0.90 -0.17. For continuous variables showing normal distribution, descriptive statistics were stated as mean ± standard deviation (SD) values, and categorical variables as number (n) and percentage (%). Correlation coefficients were obtained in the calculation of the

relationships between continuous variables, and these were used in multivariate regression analysis. A value of $p<0.05$ was accepted as statistically significant.

Approval for the study was granted by the Human and Social Sciences Ethics Committee of Mersin University (Date 03.02.2021, No: 2021/02) and permission for the research was obtained from the Turkish Medical Radiotechnology Association. Informed consent for parrticipation in the study was provided by all the study participants.

Results

The 429 study participants comprised 57.1% males and 42.9% females with a mean age of 32.3±8.8 years (range, 21-59 years), and 50.1% were single. The hours of working in the radiology department were reported as mean 39.8±7.2 hours per week (range, 19-66 hours), and the mean duration of working in the department was 10.3±8.3 years (range, 1-39 years).

Almost half (n:212, 49.4%) of the radiology technicians in this study reported that they had been subjected to violence during the pandemic. The types of violence were stated to be emotional violence by 146 (68.9%), economic violence by 132 (62.2%), and verbal violence by 102 (48.1%). The most important factors creating stress for the radiology technicians were determined to be fear of spreading the COVID-19 virus to parents /other family members (90.4%), fear of losing a family member (75.6%), and not being able to meet the social needs of the family (56.2%) (***Table 1***).

Table 1. Exposure to violence in their place of residence (neighbourhood, housing complex, etc) during the COVID-19 pandemic and factors creating stress

Violence	**n**	**%**
I have been subjected to violence	212	49.4
I have not been subjected to violence	217	50.6
Types of Violence		
Emotional violence	146*	68.9
Economic violence	132*	62.2
Verbal violence	102*	48.1
Physical violence	16*	7.6
Factors causing stress		
Fear of spreading the COVID-19 virus to parents /other family members	388**	90.4
Fear of losing a family member	325**	75.6
Not being able to meet the social needs of the family	241**	56.2
Being separated and not able to see the family	238**	55.5
Fear of contracting the virüs	217**	50.6
Fear on infecting patients with the virüs	204**	47.6
Fear of death	127**	29.6

* Number within the total 212 cases who reported violence
** Number within the total 429 respondents

Problems in the workplace during the COVID-19 pandemic were reported as insufficent ventilation by 20.6% of the radiology technicians, insufficient personal protective equipment by 20.5%, administration problems by 19.8%, and long working hours by 16.3% (***Table 2***).

Table 1. Problems encountered in the workplace during the COVID-19 pandemic

	n	**%**
Insufficient ventilation in the workplace	198	20.6
Insufficient personal protective equipment	197	20.5
Administration problems	190	19.8
Long working hours	156	16.3
Food and accommodation	140	14.7
A lack of specific diagnosis, treatment protocols, and training materials	78	8.1
Total	959*	100.0

* Multiple responses were given

The correlations between the Depression, Anxiety, Stress scores and other variables were analyzed. According to the results of the correlation analyses, significant low-level negative correlations were determined between depression and the social support dimensions (family: r=-0.207, p<0.01; friends: r=-0.216, p<0.01; significant other: r=-0.236, p<0.01). A significant moderate-level positive correlation was determined between depression and the emotion-oriented coping sub-dimension (r=0.439, p<0.01) (***Table 3***).

Table 2. Reliability scores of the correlations between variables

	Cronbach Alpha	Mean ± SD	Depression	Anxiety	Stress
DASS					
Depression	0.93	14.70±11.48	1		
Anxiety	0.93	11.38±9.39	0.832**	1	
Stress	0.95	16.96±10.89	0.880**	0.837**	1
Social support					
Family	0.95	21.55±7.34	-0.207**	-0.200**	-0.116*
Friends	0.94	20.62±7.03	-0.216**	-0.224**	-0.135**
Significant other	0.95	19.52±8.05	-0.236**	-0.174**	-0.191**
CISS-SF					
Emotion-oriented coping	0.86	19.49±6.64	0.439**	0.459**	0.447**
Task-oriented coping	0.90	24.19±6.53	-0.041	-0.027	0.01
Avoidance coping	0.80	19.99±6.27	0.081	0.160**	0.128**
Working Life					
Working hours per week		39.8±7.2	0.11*	0.11*	0.11*

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

The Cronbach's alpha values for the variables were found to be between 0.80 and 0.90. Significant low-level negative correlations were determined between anxiety and the social support dimensions (family: r=-0.200, p<0.01; friends: r=-0.224, p<0.01; significant other: r=-0.174, p<0.01). A significant low-level positive correlation was determined between anxiety and the coping with stress sub-dimensions of emotion-oriented coping (r=0.459, p<0.01) and avoidance coping (r=0.160, p<0.01).

Significant low-level negative correlations were determined between stress and the social support dimensions (family: r=-0.116, p<0.05; friends: r=-0.135, p<0.01; significant other : r=-0.191, p<0.01). A significant low-level positive correlation was determined between stress and the emotion-oriented coping sub-dimension(r=0.447, p<0.01) and avoidance coping (r=0.128, p<0.01). As the working hours per week increased for the radiology technicians, so the depression, anxiety, and stress levels were determined to increase (***Table 3***).

Multivariate regression analysis was performed to determine the effect on depression of the sub-dimensions of social support and coping with stress variables. The regression model established was seen to be significant (F=25.233, p=0.001). Of the variables included in the model, “significant other” and “emotion-oriented coping” were determined to be significantly predictive of depression and explained 26% of the total change in depression. As support from a significant other increased, so the level of depression decreased, and with an increase in the emotion-oriented coping sub-dimension points, the level of depression was seen to increase (p<0.05). The variable of “emotion-oriented coping” was seen to make the greatest contribution to the model (std. β= 0.466). Thus it can be said that rather than solving the problem, it was seen as emotional and no effort was made to solve it (***Table 4***).

Table 3. Factors affecting the level of depression of the radiology technicians

	Non-standardised coefficients		Standardised coefficients			Correlations		Collinearity statistics	
	Beta (β)	Std. Error	Beta (β)	t	p	Paired r	Partial r	Tolerance	VIF
Constant	9.810	2.297		4.272	0.001				
Family	-0.054	0.115	-0.035	-0.475	0.635	-0.207	-0.023	0.324	3.089
Friends	-0.135	0.124	-0.083	-1.090	0.277	-0.216	-0.053	0.304	3.289
Significant other	-0.202	0.090	-0.141	-2.249	**0.025***	-0.236	-0.109	0.441	2.267
Emotion-oriented coping	0.805	0.080	0.466	10.059	**0.001***	0.439	0.440	0.812	1.231
Task-oriented coping	-0.095	0.094	-0.054	-1.005	0.315	-0.041	-0.049	0.605	1.654
Avoidance coping	-0.031	0.101	-0.017	-0.309	0.757	0.081	-0.015	0.571	1.751

R= 0.514; R^2= 0.264
F(6.422)= 25.233; p= 0.001
Durbin-Watson= 1.927

The results of the regression analysis performed to determine the independent variables explaining anxiety are shown in Table 5. The multivariate regression model established was seen to be significant (F=27.122, p=0.001). The independent variables in the model explained 28% of the total change in the variable of anxiety (***Table 5***).

Table 4. Factors affecting the level of anxiety of the radiology technicians

	Non-standardised coefficients		Standardised coefficients			Correlations		Collinearity statistics	
	Beta (β)	Std. Error	Beta (β)	t	p	Paired r	Partial r	Tolerance	VIF
Constant	6.099	1.861		3.278	0.001				
Family	-0.072	0.093	-0.056	-0.774	0.439	-0.200	-0.038	0.324	3.089
Friends	-0.256	0.100	-0.192	-2.557	**0.011***	-0.224	-0.124	0.304	3.289
Significant other	-0.003	0.073	-0.002	-0.040	0.968	-0.174	-0.002	0.441	2.267
Emotion-oriented coping	0.637	0.065	0.451	9.824	**0.001***	0.459	0.431	0.812	1.231
Task-related coping	-0.123	0.076	-0.085	-1.604	0.109	-0.027	-0.078	0.605	1.654
Avoidance coping	0.136	0.082	0.091	1.659	0.098	0.160	0.081	0.571	1.751

R= 0.528; R^2= 0.278
F (6.422)= 27.122; p= 0.001
Durbin-Watson= 1.797

Of the independent variables in the model, the “friends” variable from the social support scale and the “emotion-oriented coping” variable from the coping with stress inventory were found to make a statistically significant contribution to the model (p<0.05). As support from a friends increased, so the level of anxiety decreased, and with an increase in the emotion-oriented coping sub-dimension points, the level of anxiety was seen to increase (p<0.05). The study participants reported that it was not possible to cope with the pandemic and they tended to see it as an emtional problem. The variable of “emotion-oriented coping” was seen to make the greatest contribution to the model (std. β= 0.451) (***Table 5***).

The results of the regression analysis performed to determine the independent variables explaining stress are shown in Table 6. The multivariate regression model established was seen to be significant (F=22.390,

p=0.001). The independent variables in the model explained 24% of the total change in the variable of stress (***Table 6***).

Table 5. Factors affecting the stress levels of the radiology technicians

	Non-standardised coefficients		Standardised coefficients	t	p	Correlations		Collinearity statistics	
	Beta (β)	Std. Error	Beta (β)			Paired r	Partial r	Tolerance	VIF
Constant	8.921	2.213		4.031	0.001				
Family	0.063	0.111	0.043	0.572	0.568	-0.116	0.028	0.324	3.089
Friends	-0.053	0.119	-0.034	-0.447	0.655	-0.135	-0.022	0.304	3.289
Significant other	-0.257	0.086	-0.190	-2.972	**0.003***	-0.191	-0.143	0.441	2.267
Emotion-oriented coping	0.754	0.077	0.460	9.776	**0.001***	0.447	0.430	0.812	1.231
Task-oriented coping	-0.084	0.091	-0.051	-0.930	0.353	0.010	-0.045	0.605	1.654
Avoidance coping	0.006	0.097	0.004	0.066	0.947	0.128	0.003	0.571	1.751

R= 0.491; R^2= 0.241
F (6.422) = 22.390; p= 0.001
Durbin-Watson= 1.912

Of the independent variables in the model, the "significant other" variable from the social support scale and the "emotion-oriented coping" variable from the coping with stress inventory were found to make a statistically significant contribution to the model ($p<0.05$). As support from a significant other increased, so the level of stress decreased, and with an increase in the emotion-oriented coping sub-dimension points, the level of stress was seen to increase ($p<0.05$). These results suggested that to reduce the level of stress, the study participants saw the problem as an emotional problem (***Table 6***).

Discussion

In the modern world, all countries are affected by viruses. It is not possible to combat a virus successfully at an individual, societal, or national level alone. In this case, for an individual to overcome the problem, sources of social support are required and feelings attributed to the situation need to be changed. Evaluating the situation from a different perspective will reduce levels of stress and anxiety and allow the individual to feel better. As healthcare workers encountered restrictions to prevent the spread of COVID-19 even in their daily life, this strong external pressure forced them to adopt an emotion-oriented coping strategy. Rather than seeking a solution to the problem, subjective feelings are focussed in an emotion-oriented coping strategy.[26-28]

It has been suggested in literature that when an individual cannot control a problem or situation, they use emotion-oriented coping, and rather than changing the reality, try to change their feelings and attitudes related to the stress.[29] The current study, in which the factors affecting depression, anxiety, and stress in radiology technicians during the COVID-19 pandemic were examined, is one of very few such studies in literature.

From the study results it was determined that almost half of the radiology technicians were subjected to violence during the pandemic, the most frequent types of which were emotional and economic violence. In a previous study in the USA, it was stated that healthcare workers are at high risk, and hospital managers suggested that during the COVID-19 pandemic healthcare workers were attacked and threatened more than ever.[30,31] It has also been suggested in another study that patients deliberately coughed or spat in the faces of healthcare workers as they believed the virus to have been spread by them.[32] The International

Red Cross Committee reported that healthcare workers were subjected to more than 600 incidents of violence, harassment, or stigmatisation during the COVID-19 pandemic. Therefore, 13 humanitarian organisations have called on governments to implement laws, provide safer working environments and mental health support, and combat misinformation.[33]

In the current study, the most important problems encountered in the workplace by radiology technicians were determined to be insufficient ventilation, insufficient personal protective equipment, and administrative problems. The use of personal protective equipment is one of the most important tools in combatting a pandemic. It has been reported in literature that healthcare workers had problems in accessing personal protective equipment during the COVID-19 pandemic, and this caused anxiety.[34–37] The results of the current study were in parallel with these findings. In a study of 364 employees in the radiology units of 32 state hospitals in China, age, job, insufficient personal protective equipment, the presence of suspicious symptoms, and sensitivity to the feelings and behaviour of the people around were determined to be significant variables affecting anxiety.[38]

Increased working hours are evaluated as a psychosocial risk factor for healthcare workers.[39] In the current study, there was a significant positive correlation between weekly working hours and depression, anxiety, and stress and it was determined that as the number of hours worked per week increased, so the depression, anxiety and stress points increased. There are other studies in literature supporting these results.[40,41]

In the current study, negative significant correlations were determined between the dependent variable of depression and the social support sub-dimensions of family, friends, and significant other, and a positive significant correlation was determined between depression and the coping with stress sub-dimension of emotion-oriented coping. As a result of the regression analyses, depression was determined to be affected negatively by the social support sub-dimension of support from a significant other, and positively by emotion-oriented coping. These results demonstrate that with support from a significant other, emotional avoidance can lower the depression level of the individual. There are other studies in literature proving that social support decreases depression levels. When it is considered that during the pandemic, healthcare workers were separated from those who could provide social support, the finding that depression increased with a decrease in social support becomes clearer.[42–44] In a study from Jordan of healthcare workers dealing with the COVID-19 pandemic, it was emphasised that social support was provided by family and friends.[45] That social support has a protective effect against mental health problems has been shown in various studies.[2] In another study, there was determined to be a moderate-level positive correlation between depression and emotion-oriented coping.[46]

According to the correlation analysis results of the current study, there were determined to be significant negative correlations between the level of anxiety and the social support sub-dimensions of family, friends, and significant other, and significant positive correlations between anxiety and the coping with stress sub-dimensions of emotion-oriented coping and avoidance coping. The regression analysis results showed that the level of anxiety was significantly affected by the friends sub-dimension of social support and the coping with stress sub-dimension of emotion-oriented coping. Perceived support from a friends and emotionally avoiding the pandemic problem greatly affected the level of anxiety. The increase in patient numbers and excessive workload during the pandemic caused the healthcare workers to spend less time with their families. As the healthcare workeers had to spend the vast majority of their time in the hospital, the most important people from whom they could get support were work colleagues. In the current study, it was seen that as the support from friends increased, so anxiety decreased. An individual can obtain more meaningful support from another person who has similar concerns. In literature, it has been stated that

friends and peer support was important in protecting mental health (against anxiety and stress) during the pandemic, and seemed to perform a buffer function.[47,48]

In the current study of radiology technicians, the correlation analysis results showed a negative correlation between stress and the social support sub-dimensions of family, friends, and significant other, and positive correlations between stress and the coping with stress sub-dimensions of emotion-oriented coping and avoidance coping. According to the regression analysis, stress was determined to be significantly affected by the social support sub-dimension of significant other and the coping with stress sub-dimension of emotion-oriented coping. In other words, with support from a significant other, emotional avoidance of the problem can lower the stress level of the individual. Decreasing social support has been determined to increase the stress level of healthcare workers. A previous study in Turkey reported that social support from family, friends, or a significant other was important for nurses during the COVID-19 pandemic. It was emphasized in that study that social support from the family was more effective than support from other sources.[49] A qualitative study of emergency healthcare workers in Pakistan applied religious coping strategies to cope with stress and anxiety orginating from the COVID-19 pandemic.[50] In another study, it was reported that task-oriented coping was applied to work-related task and emotion-oriented coping to health-related problems.[51]

Limitations

There were some limitations to this study, primarily that it only included radiology technicians registered with the Turkish Medical Radiotechnology Association, and this limits the generalisation of the results. Another limitation could be said to be that the scales were completed online rather than in face-to-face interviews.

Conclusion

The findings obtained in this study included important findings on the subject of paying attention to the psychological well-being of radiology technicians. Hospital managers should provide psychological counseling services to support the psychological well-being of radiology technicians and other healthcare professionals, maintain work-life balance by regulating working hours, and increase anti-violence safety measures. Policymakers should organize stress coping trainings by developing national policies to protect the mental health of healthcare workers, improve working conditions and strengthen legal regulations to prevent violence against healthcare workers. Researchers, on the other hand, should examine the long-term psychological effects of the pandemic process by conducting studies comparing radiology technicians and other healthcare professionals, investigate the effectiveness of stress coping strategies and produce scientific data that will contribute to policy development.

Acknowledgments

The authors declared no potential conflicts of interest.

Ethical Approval

Approval for the study was granted by the Human and Social Sciences Ethics Committee of Mersin University (Date 03.02.2021, No: 2021/02) and permission for the research was obtained from the Turkish Medical Radiotechnology Association. Informed consent for parrticipation in the study was provided by all the study participants.

Author Contributions

Müge Bölükkaya: Concept, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review.

Sabahattin Tekingündüz: Concept, design, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

References

1. Kiefer L, Volberg C, Graw JA, Bösner S. "It was simply disturbing" - evaluation of the stress factors of nursing staff on special COVID-19 wards during the pandemic: a qualitative study. BMC Nurs. 2025;24(1):120. doi:10.1186/s12912-025-02773-y
2. Labrague LJ, Santos JAA. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. J Nurs Manag. 2021;29(3):395-403. doi:10.1111/jonm.13168
3. Santos TCC, ve et al. Nurses' workload during the COVID-19 pandemic: potential for experiences of moral distress. Rev Bras Enferm. 2024;77(suppl 4):e20230200. doi:10.1590/0034-7167-2023-0200
4. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic–A review. Asian Journal of Psychiatry. 2020;51:102119. doi:10.1016/j.ajp.2020.102119
5. Minelli A, Silva RC, Barlati S, et al. The Elephant in the Room: A Cross-Sectional Study on the Stressful Psychological Effects of the COVID-19 Pandemic in Mental Healthcare Workers. Brain Sciences. 2022;12(3):408. doi:10.3390/brainsci12030408
6. Olaya B, et al. Prevalence of Depression among Healthcare Workers during the COVID-19 Outbreak: A Systematic Review and Meta-Analysis. JCM. 2021;10(15):3406. doi:10.3390/jcm10153406
7. Aljohani AAAA, et al. Impact of COVID-19 on burnout among healthcare workers in intensive care units and emergency departments: Review. Int J of Health Sci. 2022;6(S10):2227-2241. doi:10.53730/ijhs.v6nS10.15421
8. Grigorescu S, Cazan AM, Rogozea L, Grigorescu DO. Predictive Factors of the Burnout Syndrome Occurrence in the Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. Front Med. 2022;9:842457. doi:10.3389/fmed.2022.842457
9. Nagle E, Šuriņa S, Griškēviča I. Healthcare Workers' Moral Distress during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. Social Sciences. 2023;12(7):371. doi:10.3390/socsci12070371
10. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. Int J Emerg Med. 2020;13(1):40. doi:10.1186/s12245-020-00299-5
11. Lai J, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
12. Saatci E. COVID-19 Pandemic and health professionals: Keep them alive or survive? (in Turkish). Turkish Journal of Family Practice. 2020;24(3):153-166.
13. Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick PS. Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020;12(S1):S55-S57. doi:10.1037/tra0000703
14. Nabi RL, Wolfers LN, Walter N, Qi L. Coping with COVID-19 stress: The role of media consumption in emotion- and problem-focused coping. Psychology of Popular Media. 2022;11(3):292-298. doi:10.1037/ppm0000374
15. Atkinson R, Atkinson R, Smith E, Bem D, Hoeksema S. Introduction to Psychology. In: 14th ed.; 2006.
16. Ai T, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. Radiology. 2020;296(2):E32-E40. doi:10.1148/radiol.2020200642
17. Sourili S. What are the radiological criteria for identifying the Corona virus in CT scan images? Eurasian Journal of Chemical, Medicinal and Petroleum Research. 2024;3(2):577-593.
18. Woznitza N, Nair A, Hare SS. COVID-19: A case series to support radiographer preliminary clinical evaluation. Radiography. 2020;26(3):e186-e188. doi:10.1016/j.radi.2020.04.002
19. Nas F. Multidisciplinary COVID-19. In: Management of novel Coronavirus (COVID-19) Patients in interventional radiology units, (in Turkish). 1st ed. Bursa Medical Chamber Continuing Medical Education Pandemic Book; 2020:291-298.
20. Kooraki S, Hosseiny M, Myers L, Gholamrezanezhad A. Coronavirus (COVID-19) Outbreak: What the Department of Radiology Should Know. Journal of the American College of Radiology. 2020;17(4):447-451. doi:10.1016/j.jacr.2020.02.008
21. Demirjian NL, et al. Impacts of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic on healthcare workers: A nationwide survey of United States radiologists. Clinical Imaging. 2020;68:218-225. doi:10.1016/j.clinimag.2020.08.027
22. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
23. Akın A, Çetin B. The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS): The Study of Validity and Reliability. Educ Sci Theory Pract. 2007;7(7):260-268.
24. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support, (in Turkish). Turkish Journal of Psychiatry. 2001;12(1):17-25.
25. Boysan M. Validity of the Coping Inventory For Stressful Situations - Short Form (CISS-21) in a non-clinical Turkish sample / Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu'nun (SDBÇE-21) klinik dışı Türk örnekleminde geçerliliği. Dusunen Adam. Published online June 12, 2012:101-107. doi:10.5350/DAJPN2012250201
26. Chew QH, et al. Perceived Stress, Stigma, Traumatic Stress Levels and Coping Responses amongst Residents in Training across Multiple Specialties during COVID-19 Pandemic—A Longitudinal Study. IJERPH. 2020;17(18):6572. doi:10.3390/ijerph17186572

27. Cong CW, Ling WS, Aun TS. Problem-focused coping and depression among adolescents: Mediating effect of self-esteem. Curr Psychol. 2021;40(11):5587-5594. doi:10.1007/s12144-019-00522-4
28. Sharma S, et al. Coping strategies and emotional responses adopted by health care workers during COVID-19 pandemic-braving the storm. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology. 2023;39(4):628-636. doi:10.4103/joacp.joacp_196_22
29. Ćufta M. Stress and Religious Faiths, (in Turkish). Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2016;0(5):50-70. doi:10.17859/pauifd.14501
30. Wang H. Workplace Violence (WPV) Prevention Training Program for a Healthcare Organization. Doctor of Nursing Practice (DNP) Scholarly Projects. 2022. https://digitalcommons.spu.edu/shs_dnp/36/
31. Dyer O. US hospitals tighten security as violence against staff surges during pandemic. BMJ Published online October 5, 2021:n2442. doi:10.1136/bmj.n2442
32. Rodríguez-Bolaños R, et al. The Urgent Need to Address Violence Against Health Workers During the COVID-19 Pandemic. Medical Care 2020;58(7):663-663. doi:10.1097/MLR.0000000000001365
33. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. The Lancet 2020;396(10252):658. doi:10.1016/S0140-6736(20)31858-4
34. Tengilimoğlu D, et al. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. Legal Medicine 2021;48:101811. doi:10.1016/j.legalmed.2020.101811
35. Ing EB, Xu Q (A), Salimi A, Torun N. Physician deaths from corona virus (COVID-19) disease. Occupational Medicine 2020;70(5):370-374. doi:10.1093/occmed/kqaa088
36. Tabah A, et al. Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. Journal of Critical Care 2020;59:70-75. doi:10.1016/j.jcrc.2020.06.005
37. Chen Q, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry 2020;7(4):e15-e16. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X
38. Huang L, et al. Factors Influencing anxiety of health care workers in the Radiology Department with high exposure risk to COVID-19. Med Sci Monit 2020;26. doi:10.12659/MSM.926008
39. Kırılmaz H, Yorgun S, Atasoy A. A Research on determination of psychosocial risk factors in health employee. International Journal of Cultural and Social Studies (IntJCSS) 2016;2(1):66-82.
40. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. Psychiatry Research 2020;290:113130. doi:10.1016/j.psychres.2020.113130
41. Mo Y, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. J Nurs Manag 2020;28(5):1002-1009. doi:10.1111/jonm.13014
42. Mahamid FA, Veronese G, Bdier D. Fear of coronavirus (COVID-19) and mental health outcomes in Palestine: The mediating role of social support. Curr Psychol 2023;42(10):8572-8581. doi:10.1007/s12144-021-02395-y
43. Schmuck J, et al. Sense of coherence, social support and religiosity as resources for medical personnel during the COVID-19 pandemic: A web-based survey among 4324 health care workers within the German Network University Medicine. Doering S, ed. PLoS ONE. 2021;16(7):e0255211. doi:10.1371/journal.pone.0255211
44. Küçükkavradım U. Investigation of the Relationship between Body and Social Support Perception to Depression Level in a Group of Women with Mastectomy, (in Turkish). MSc. Thesis. Işık University; 2020.
45. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. Fernández-Alcántara M, ed. PLoS ONE 2021;16(3):e0247679. doi:10.1371/journal.pone.0247679
46. Kaşdarma E, Kantar A. Depression and Locus of Control: The multiple mediating role of stress coping strategies, (in Turkish). ETU Journal of Social Sciences Institute 2021;(13):21-41. doi:10.29157/etusbed.896708
47. Xiao H, et al. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. Med Sci Monit 2020;26. doi:10.12659/MSM.923549
48. Sasangohar F, et al. Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. Anesthesia & Analgesia 2020;131(1):106-111. doi:10.1213/ANE.0000000000004866
49. Kılınç T, Sis Çelik A. Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: A study from Turkey. Perspect Psychiatr Care 2021;57(3):1000-1008. doi:10.1111/ppc.12648
50. Munawar K, Choudhry FR. Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. American Journal of Infection Control 2021;49(3):286-292. doi:10.1016/j.ajic.2020.06.214
51. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a Middle-Aged Community Sample. Journal of Health and Social Behavior. 1980;21(3):219. doi:10.2307/2136617

Araştırma Makalesi – Original Article

Güzellik Salonlarının Epilasyon ve Depilasyon Uygulama Yetkisinde Kişi Sağlığı Bağlamında Sınırlar*

Limits on the Authority of Beauty Salon to Perform Epilation and Depilation in the Context of Personal Health

Nürşen Şen[i], Gürkan Sert[ii]

[i]Doktora Öğrencisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Hukuku Programı
https://orcid.org/0000-0003-1580-4653

[ii] Prof.Dr., Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD., https://orcid.org/0000-0002-0970-8406

ÖZ

Amaç: Türkiye'de Güzellik salonlarında gerçekleştirilmesine izin verilen epilasyon ve depilasyon uygulamalarında yetki ile ilgili mevzuat ve yargı kararlarının insan sağlığı ve beden bütünlüğüne verilebilecek en az zarar bağlamında incelenmesi ve öneriler oluşturulmasıdır.

Yöntem: Türkiye'de Güzellik salonlarının kuruluşu ve faaliyetleri ile ilgili mevzuat kapsamında epilasyon ve depilasyon uygulamaları ile ilgili yetkileri çevirim içi kaynaklardan taranarak belirlenmiş, konu ile ilgili yargı kararları ve akademik yayınlar taranmıştır. Elde edilen bilgilerin bir arada incelenmesi ile güzellik salonlarının epilasyon ve depilasyon uygulamaları ile ilgili uygulama yetkileri konusu kişi sağlığı ve beden bütünlüğünün korunması temelinde incelenmiştir.

Bulgular: Mevzuat güzellik salonlarında epilasyon ve depilasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesine olanak sağlarken meslek örgütleri, akademik yayınlar ve yargı kararları bu durumun kişi sağlığı ve beden bütünlüğü açısından risk içerdiği görüşüne dayanarak bu yetkinin kaldırılması ya da daraltılması yönünde bir yaklaşımdadır.

Sonuç: Güzellik salonlarında gerçekleştirilecek girişimlerin sınırlarının belirlenmesinde kişilerin ruh ve beden sağlığını koruyacak yaklaşımlar esas alınmalıdır. Tıbbi girişim kapsamında olduğu kabul edilen işlemlerin yetkili kişilerce ve yeterli altyapı ve donanımın olduğu yerlerde gerçekleştirilmesi, kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması açısından bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Güzellik Salonu, Sağlık Hizmet Sunumu, Toplum Sağlığı, Hukuki Sınırlar.

ABSTRACT

Purpose: To examine the legislation and judicial decisions regarding authorization in epilation and depilation practices that are allowed to be carried out in beauty salons in Turkey, in the context of the least harm that may be caused to human health and physical integrity, and to make recommendations.

Method: Within the scope of the legislation regarding the establishment and activities of beauty salons in Turkey, their powers regarding epilation and depilation practices were determined by scanning online sources, and judicial decisions and academic publications on the subject were scanned. By examining the information obtained together, the issue of enforcement powers of beauty salons regarding epilation and depilation practices was examined on the basis of protecting personal health and physical integrity.

Findings: While the legislation allows epilation and depilation practices to be carried out in beauty salons, professional organizations, academic publications and judicial decisions take an approach to remove or narrow this authority based on the opinion that this situation poses a risk for personal health and physical integrity.

Conclusion: Approaches that protect people's mental and physical health should be taken as a basis when determining the limits of interventions to be carried out in beauty salons. It is a necessity for the protection of the person's mental and physical health that procedures that are considered to be within the scope of medical intervention be carried out by authorized persons and in places with sufficient infrastructure and equipment.

Key Words: Health, Beauty Salon, Health Service Delivery, Community Health, Legal Boundaries.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):671-677
DOI: 10.31020/mutftd.1583728
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 14 Kasım 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 13 Aralık 2024
İletişim- Correspondence Author: Nürşen Şen <nursensen08@hotmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Günümüzde küreselleşen güzellik olgusu evrensel rol modeller üzerinden "*güzel olma, benzeme*" eğilimi oluşturmaktadır. Bir şeyin veya birinin güzel olarak algılanması, çoğunlukla estetik bir zevk, coşku ve hoşlanma duygusu uyandıran bir nitelik şeklinde ifade edilmektedir.[1]

Tarihsel, kültürel, sosyolojik ve psikolojik alanda süreç ve etkilerinin ayrıca incelenmesi gereken güzellik kavramı, bu alanda yeni meslek ve kazanç sektörünü de geliştirmiştir. Günümüzde insanlar güzellik adına birçok işlem yaptırmaktadır.[2]

Güzellik endüstrisi, internet, sosyal medya başta olmak üzere medya kuruluşları aracılığıyla reklam ve pazarlama tekniklerinin kullanımı gibi yöntemlerle "ideal güzellik anlayışı" empoze etmektedir. Özellikle kadın güzelliği, çeşitli medya ve basın platformlarıyla kalıplaştırılmaya çalışılmaktadır.[3] Televizyon, sosyal medya, insanlara "mükemmel" ve "idealize edilmiş" bedenler sunarak, bireyleri güzelleştirme uygulamalarına yönlendirebilmektedir. Bir araştırmaya göre, plastik cerrahi hastalarının büyük bir bölümünün kozmetik cerrahiye yönelme kararlarında televizyon programları ve sosyal medyanın etkili olduğu belirtilmektedir.[4]

Güzelleşme adına yapılan çok sayıda işlemin bireylerin sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Estetik ve kozmetik sektörünün hızla büyümesi ve karlılığını artırması, güzellik olgusunun ruh sağlığı için önemli olduğu algısının yaygınlaşmasına neden olmuştur.[5] Kozmetik ve estetik uygulamalara başvurularak beden görünümünün iyileştirilmesinin ruh sağlığını da iyileştirmekte olduğu iddia edilmektedir.[6] Bu bağlamda, beden algısıyla ilgili endişeleri olan bireylerin bir dizi estetik uygulamalara yöneldiği söylenmektedir.[3] Estetik ve kozmetik uygulamaların, insanların kendilerini iyi hissetmelerine, özgüvenlerini artırmalarına ve ruh sağlıklarını korumalarına yardımcı olabileceği ileri sürülmektedir.[7] Bu kapsamdaki tartışma ve yaklaşımların içeriği ne olursa olsun estetik ve kozmetik uygulama gerçekleştirilen kişilerin beden bütünlüklerinin, ruhsal ve fiziksel sağlıklarının bu uygulamalardan dolayı risk altında olduğu kabul edilmelidir.

Son yıllarda medikal estetik uygulamalarındaki gelişim ve ticari kâr marjının yüksek olması gibi sebepler, bu uygulamaları sağlık meslek mensubu olmayan yetkisiz kimseler için de cazip hale getirmiştir.[8]

Uluslararası Estetik Plastik Cerrahlar Birliği'nin (ISAPS) yayımladığı verilerde 2011-2016 yılları arasında Türkiye'de cerrahi olmayan operasyon (kimyasal peeling, ameliyatsız cilt sıkılaştırma, selülit tedavisi, ameliyatsız yağ azaltma, epilasyon vb.) sayısının %199 oranında artığı belirtilmiştir.[9,10] ISAPS'ın 2021 verilerine göre Türkiye'de toplam 950.365 operasyonun 485.875'i cerrahi olmayan operasyonlardan oluşmaktadır.[11] Dolgu, botoks, ve epilasyonun en çok uygulanan operasyonlar olduğu belirtilmektedir. Bu gibi girişimler hekimlere ait klinikler, güzellik merkezleri ve güzellik salonlarında uygulanmaktadır.[10] Ancak, yapılan bir çalışmada epilasyona bağlı cilt lezyonlarının, malpraktis açısından incelenmesi amacıyla adli tıp kurumuna gelen 14 vakadan 12'sinin güzellik uzmanlarınca güzellik salonlarında gerçekleştirildiği belirlenmiştir.[12]

Türkiye'de güzellik salonları ile ilgili mevzuatın düzenlenmesi süreci karmaşık gelişmiştir.[10]

Güzellik salonlarının faaliyetleri arasında epilasyon/depilasyon uygulamalarında güzellik salonlarına yetki verilmesi mevzuat kapsamında en çok tartışılan konulardan biridir.[12] Bu makalede Türkiye'de güzellik salonlarında yetki dışı gerçekleştirilen uygulamalar kapsam dışı tutularak güzellik salonlarında gerçekleştirilmesine izin verilen uygulamalardan olan epilasyon ve depilasyon uygulamalarında beden ve ruh sağlığına verilebilecek zararın en aza indirilmesi bağlamında yetki tartışmaları ile ilgili bazı yargı kararları incelenmiş ve bu kararlar çerçevesinde öneriler oluşturulmuştur.

Mevzuat Kapsamında Güzellik Salonu ve Güzellik Uzmanı

Yürürlükte olan yasal düzenlemelerde güzellik salonunun tanımına rastlanmamaktadır. Ancak 2008'de yürürlükten kaldırılan, Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'te (12/5/2003 tarihli ve 25106 sayılı Resmî Gazetede) (GEASKHY) güzellik salonu "*güzellik ve estetik amaçlı olarak kişilere cilt ve vücut bakımı, makyaj, epilasyon ve benzeri hizmetlerin verildiği özel sağlık kuruluşu*" olarak tanımlanmış ve bu salonların gerçek veya tüzel kişilerce bir güzellik uzmanının sorumluluğu altında faaliyet gösterebilecekleri belirtilmiştir. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (ATT) (15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmî Gazete) ile GEASKHY yürürlükten kaldırılmış ve güzellik salonlarının çalışması ve denetlenmesi ile ilgili önemli değişikliklere gidilmiştir. Bu yeni Yönetmelikte güzellik salonlarının ruhsatlandırma, faaliyet ve denetimleri ile ilgili iş ve işlemlerin İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatına Dair Yönetmelik (İAÇRY) kapsamında belediyelerce yapılacağı belirtilmiştir. Ayrıca bu Yönetmelikte hekimlerin güzellik salonunda çalışması halinde hekimlik yetkisinde olan tıbbi işlemleri güzellik salonunda uygulayamayacağının da altı çizilmiştir. Söz konusu Yönetmeliğe göre güzellik salonları sıhhi müesseselerdir. Yönetmelik, güzellik salonları için iş yerinin ruhsatlandırılması ile ilgili genel şartların yanında özel nitelikler, altyapı, fiziki, donanım, cihaz ve malzeme ile çalıştırılacak personel şartlarını da düzenlemiştir.

Güzellik salonları ile ilgili önemli bir unsur da güzellik uzmanıdır. Güzellik uzmanı ile ilgili önemli bir tanımlama Ulusal Meslek Standardı'nda yapılmıştır.[13] Bu tanım kapsamında güzellik uzmanına geniş bir yetki tanındığı görülmektedir. Bu kapsamda güzellik uzmanının iş sağlığı ve güvenliği standartlarına uygun çalışma ortamının düzenlenmesi ile ilgili yükümlülüğünün yanında müşterilere sunulan cilt ve vücut bakımı hizmetlerinde kullanılacak ürünleri, yöntemleri ve cihazları belirleme yetkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca Güzellik uzmanına peeling, buhar uygulaması, gözenek temizliği, tonik, serum ve nemlendirici gibi birçok bakım adımını gerçekleştirme yetkisi de verilmiştir. Bunun yanı sıra vücut bakımı ve masajı gibi hizmetleri sunma, epilasyon ve depilasyon gibi işlemleri yapma yetkisi tanınmıştır. Güzellik uzmanının kaş şekillendirme, müşterinin isteğine göre makyaj yapma, kullanılacak kozmetik ürünleri seçme yetkilerine de Ulusal Meslek Standardı'nda yer verilmiştir.[13] Güzellik uzmanı olabilmek için Güzellik Uzmanlığı Sertifikasına sahip olmak gerekmektedir. Sertifika, 06.05.2019 tarih ve 12 sayılı Milli Eğitim Bakanlığı (M.E.B.) Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı tarafından alınan Karar ile program içeriği belirlenen 310 ders saati teorik, 516 ders saati uygulamalı eğitim olmak üzere toplam 826 ders saatinden oluşan kurs programını tamamlaması ile yazılı ve uygulamalı kurs bitirme sınavından başarılı olunması sonucu verilmektedir. Kurslara katılımda 19 yaşından gün almış olmak yeterlidir. Bu alanda alınması aranan bir eğitim şartı mevcut değildir. En az ilkokul ve/veya ilköğretim düzeyinde eğitimini tamamlamış bireyler katılabilmektedir. Ayrıca sertifika programları M.E.B'den onaylı özel öğretim kurumları tarafından düzenlenebilmektedir.[14]

Bu bağlamda güzellik salonunu, güzellik uzmanı tarafından mesleki faaliyet alanlarında hizmet veren işyeri olarak tanımlamak mümkündür.

Güzellik Salonunda Yapılabilecek ve Yasak Olan İşlemler

Güzellik salonunda uygulanabilen işlemler İAÇRY'de sıralanmıştır. Buna göre el ve ayak cilt bakımı, vücut bakımı ile ilgili olarak çeşitli cihazlarla yapılan selülit giderici uygulamalar, lifting, oksijen ve ozon bakımı, el ve ayak lenf drenaj uygulaması, elektrik akım sistemli ve ısı veren cihazlarla bakım, vakum ve basınçlı bakım, SPA bakımları, masaj uygulamaları, bronzlaştırıcı solaryum uygulamaları, artistik ve plastik ve ileri makyaj uygulaması, kaş ve kirpik şekillendirme, protez kirpik uygulamaları, kalıcı makyaj işlemleri güzellik salonlarında gerçekleştirilebilecektir.

Aynı Yönetmelik'te güzellik salonlarında lazer veya IPL ile akne, cilt yenileme, vasküler damar tedavisi, pigmentli lezyon tedavisi, deriye veya deri altına enjeksiyonla müdahalede bulunmayı gerektiren işlemler, kimyasal, bitkisel ve mekanik peeling işlemleri, invaziv girişimler ile tabip yetkisindeki tıbbi işlemlerin yapılması yasaklanmıştır.

Bu düzenlemelerde güzellik salonlarında gerçekleştirilmesine izin verilmeyen işlemlerin zaman zaman güzellik salonlarında uygulandığı internet araştırmalarından konu ile ilgili çıkan haberlerden ve dava konusu uyuşmazlıklardan anlaşılabilmektedir.[15]

Epilasyon, "*vücuttaki istenmeyen kılları/tüyleri kalıcı olarak yok etme işlemi*", foto epilasyon, "*yoğun darbeli ışık manasına gelen ve epilasyon da dahil olmak üzere çeşitli dermatolojik durumlar için kullanılan hafif terapi"*, depilasyon ise "*vücuttaki istenmeyen kılları/tüyleri geçici olarak yok etme işlemi*" olarak tanımlanmaktadır.[12] Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bazı genelgelerle ve yönetmeliklerde yapılan değişikliklerle güzellik salonlarının epilasyon/depilasyon uygulamalarının gerçekleştirmesine izin vermesi de güzellik salonlarında gerçekleştirilecek uygulamalarda yetki tartışmasının gündemde olmasına neden olmuştur.

Epilasyon ve Depilasyon Cihazlarının Kullanımı

Mülga GEASKHY'de yer alan lazer ve foto epilasyon işlemlerinin güzellik uzmanlarınca uygulanamayacağına dair hüküm mevcut iken, 2008 yılında düzenlenen ATT Yönetmeliği ile Mülga Yönetmelik yürürlükten kaldırıldığından bu uygulamaların kim tarafından yapılacağı ile ilgili mevzuat boşluğu oluşmuştur. Sağlık Bakanlığının uygulama birliğinin sağlanması amacıyla il Valiliklerine gönderdiği 31/12/2008 tarih ve 49395 sayılı "Estetik Amaçlı IPL Cihazları" konulu duyuru yazısı ile foto epilasyon uygulamalarının güzellik salonlarında icra edilebileceği belirtilmiştir. Yazıda IPL (foto epilasyon) cihazlarının üretimi konusunda iki yöntemin olduğu ifade edilmiş buna göre bu cihazların bazılarının Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında (93/42/EEC) tıbbi amaçla kullanılmak üzere üretilirken, bazılarının Düşük Voltaj Yönetmeliği kapsamında (73/23/EEC) üretildiği ve bunların tıbbi olmayan yalnızca estetik amaçlı olarak kullanılan cihazlar olduğu belirtilmiştir. Ek olarak yazıda tıbbi olan IPL cihazlarının kullanılması açısından sağlık personelinin yetkili olduğunun altı çizilmiş buna karşılık tıbbi amaçlı olmayan IPL cihazlarının kullanımında sağlık personeli olma zorunluluğunun olmadığı vurgulanarak bu cihazları kullanacakların cihazın kullanmak ile ilgili eğitim almasının oluşabilecek zararları engelleme açısından yeterli olduğu ifade edilmiştir.

Ancak Sağlık Bakanlığı aleyhine açılan davada, Danıştay 10. 13. Daireleri Müşterek Kurul tarafından 07/10/2009 tarih ve E.2009/5600 sayılı kararı ile söz konusu genel yazının yürütülmesi durdurulmuş, Danıştay 13. ve 15. Dairelerinin E.2013/2787-K.2013/10563 sayılı kararı ile iptal edilmiştir.[16] *Kararda özellikle* güzellik salonlarında kullanılacak IPL Cihazlarının nitelikleri ve üretimi ile ilgili belirsizliklere, cihazların yoğunlaştırılmış ışık enerjisi vermesi nedeniyle yetkili bir uzman tarafından kullanılmasının önem taşıyıp taşımadığının, bu cihazların uzman hekimler dışındakiler tarafından kullanımının sağlık açısından tehlike taşıyıp taşımadığının bu cihazlarla yapılan uygulamaların tıbbi girişim olarak kabul edilip edilmeyeceğinin tıbben ve bilimsel olarak açıklanması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Bu kapsamda uzman hekimler dışındaki kişilerin IPL cihazı kullanmasına, foto epilasyon uygulamasına izin veren Genelge iptal edilmiştir. Bu karar Sağlık Bakanlığı tarafından temyize götürülmüşse de Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu tarafından kararda temyiz istemi reddedilmiştir.[17] Kararda cihazlarla yapılan uygulamalarla insan vücudunda yanık, yara, gibi kalıcı komplikasyonların oluşabileceğine işaret edilerek bundan kaynaklanan sorumluluğun hekimler tarafından üstlenilmesinin haklı olduğunu gösteren bilimsel görüşlere rağmen; IPL cihazının kullanımı için konuda yeterli olduğu konusunda şüphe bulunan güzellik uzmanına yetki verilmesinin hukuka uygun görülmediği belirtilmiştir.

Bu gelişmeler devam ederken nihayet İAÇRHY'de 2010 yılında değişikliğe gidilerek güzellik salonlarının niteliklerini düzenleyen hükümler eklenmiş ve güzellik salonlarının foto epilasyon yapmasını engelleyen hükümlere yer verilmiştir. Ancak 2012 yılında yapılan değişiklikle de epilasyon ve depilasyon işlemlerinin yapılmasının önü açılmış ve güzellik uzmanlarının Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı kurslardan diploma veya kurs bitirme belgesine sahip olmaları kuralı getirilmiştir. Ancak söz konusu değişiklik de uyuşmazlık konusu edilmiş ve önce yürütülmesi durdurulmuş ve akabinde iptali yönünde karar tesis edilmiştir.[16] Danıştay Yönetmelikteki bu değişikliği kararında iki temel başlığa dayandırılarak iptal etmiştir. Kararda öncelikle IPL cihazlarının teknik özelliklerine dikkat çekilmiştir. Bu çerçevede kararda Tıbbi Cihaz Yönetmeliğine göre tedavi amaçlı üretilen IPL cihazları ile, düşük voltaj direktifine göre sadece epilasyon ve depilasyon uygulamaları amacıyla üretilen cihazların teknik özellikleri arasında bir fark bulunmamasına bağlı olarak denetimlerde bu cihazların birbirinden ayırt edilmesinin mümkün görülmediğine vurgu yapılmıştır. Bu bağlamda cihazların teknik özelliklerine göre ayırt edilmemesinin, kullanım amaçlarının sınırlarının belirlenememesinin denetlemeler açısından sorunlu olduğuna dikkat çekilmiş ve cihazların kullanılma amaçlarının genişletilmesi riskine işaret edilmiştir. Ayrıca kararda cihazların bedene zarar verme risklerine de vurgu yapılmıştır. Bu kapsamda *"IPL cihazlarının, diğer monokromatik ışık kaynaklarında (lazer) olduğu gibi deri üzerinde bazı komplikasyonlara neden"* olabildiğine vurgu yapılmış ve komplikasyonların tedavisini üstelenebilecek kişiler tarafından uygulanması gerektiğinin altı çizilmiştir. Kararda bu komplikasyonların tedavisinin hekimlerin üstlenebileceklerine özellikle vurgu yapılmıştır.[18]

Akabinde 2017 yılında güzellik salonlarının depilasyon ve epilasyon işlemlerini yapılabileceği yönünde Yönetmelikte değişiklik yapılmış, bu değişikliğe Türk Dermatoloji Derneği ile Türkiye Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği tarafından yürütmeyi durdurma ve iptal davası açılmıştır. Bu hükmü Danıştay 10. Dairesi 12/11/2020 tarihli kararı ile güzellik salonlarında foto epilasyon uygulamalarının önünü açan düzenlemeyi oy çokluğu ile iptal etmiştir. Danıştay, iptal kararı gerekçesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından konu hakkında verilen bilimsel görüşlerin birbiri ile çeliştiğine vurgu yapmıştır. Aynı kararda Danıştay ayrıca potansiyel riskleri olan uygulamaların tıbbi yeterliliği olmayan kişilerce sunulmasının neden olabileceği risklere dikkat çekmiştir. Kararda Danıştay, özellikle dermatoloji veya plastik cerrahi uzmanlarının gerçekleştirmesi gereken işlemlerin güzellik salonlarında gerçekleştirilmesinin riskli olduğuna işaret etmiştir. Bu kararda Danıştay hangi cihazların kullanılabileceği konusundaki belirsizlikler ve denetim mekanizmalarındaki yetersizliklere de vurgu yapmıştır. Danıştay, bu gibi hususların güzellik salonlarında sağlık hizmetlerinin güvenliği ve kalitesi konusunda ciddi endişelere neden olduğunu, daha etkin denetim mekanizmalarının ve belirli standartlara uyumu sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerektiğini belirtmiştir.[19] Karar temyiz aşamasında olup henüz çalışmamızın yapıldığı tarih itibariyle sonuçlanmamıştır.

Epilasyon uygulamaları konusundaki güncel düzenleme, *İAÇRİY'de* yapılan 25/8/2022 tarihli son değişikle güzellik salonlarında gerçekleştirilen tüy uygulamaları ile ilgili; *"600-1200 nanometre dalga aralığındaki yoğun atımlı ışık (IPL) ve sadece epilasyon endikasyonuyla üretilmiş 20j/cm2 enerji sınırını geçmeyen seri atışlı diode lazer ekipmanı ile"* lazer epilasyon işlemlerinin gerçekleştirileceği ifade edilmiştir.

Sonuç

Makalemizde yer verdiğimiz epilasyon ve depilasyon uygulamalarının güzellik salonlarında uygulanmasına yetki verilmesine ilişkin yargı kararlarında, kullanılan cihazların yetkili sağlık personeli dışındaki kimselerce (güzellik uzmanları) kullanımının insan sağlığını tehdit eden unsurlar oluşturduğuna özellikle dikkat çekilmiş, kullanılan cihazların tıbbi cihaz olup olmadığı ile tıbbi cihaz olarak tanımlanamasa da cihazın kullanım fonksiyonlarının tıbbi uygulamalar içine girip girmediği hususları temel alınarak karar verilmiştir. Bu kararlar bağlamında güzellik salonlarında; İAÇRİY'de yapılan 25/8/2022 tarihli son değişiklikle sınırları belirlenmiş lazer ekipmanı ve lazer epilasyon işlemleri gerçekleştirilecektir.

Güzellik salonlarında gerçekleştirilecek girişimlerin sınırlarının belirlenmesinde kişilerin ruh ve beden sağlığını koruyacak yaklaşımlar esas alınmalıdır. Girişimlerin niteliği ve içeriğine göre girişimi gerçekleştirecek kişinin yeterli eğitimi almış olup olmadığı, karşılaşılabilecek istenmeyen durumların yönetiminin üstlenilme yeterliliğinin bulunup bulunmadığı, cihazların ve cihazlarla gerçekleştirilen girişimlerin denetlenebilirliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Tıbbi girişim kapsamında olduğu kabul edilen işlemlerin güzellik salonlarında yapılabilecek işlemlere dahil edilmesini engelleyecek düzenleme ve yaklaşımların geliştirilmesi gerekmektedir. İnsan beden bütünlüğüne müdahale içeren girişimlerin yetkili kişilerce ve yeterli altyapı ve donanımın olduğu yerlerde gerçekleştirilmesi, kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması açısından bir gerekliliktir. Yetkili kişi tarafından uygun koşullarda gerçekleştirilen girişimler, bireyin beden bütünlüğü açısından karşılaşacağı risk olasılığını azalttığı gibi karşılaşılan komplikasyonların yönetiminde başarı olasılığını da arttıracaktır.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. Bu araştırmada herhangi bir kişi ya da kuruluşdan destek alınmamıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Nürşen Şen: Fikir, tasarım, kaynak taraması, makale yazımı.

Gürkan Sert: Danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. (Internet) Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr/, Erişim Tarihi: 13/01/2023
2. Tiryaki S. Kadın Sporcu Fotoğraflarıyla Bedenin Pazarla(n)ması" Selçuk İletişim, 2014;8(2):222.
3. Baudrillard J. Tüketim Toplumu Söylenceleri Yapıları. (Çev. Hazal Deliceçaylı ve Ferda Keskin). 4. Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2010; 32.
4. Twenge JM, Campbell WK. Asrın Vebası: Narsisizm İlleti, (Çev. Özlem Korkmaz), Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2010: 21.
5. İnceoğlu Y, Kar A. Yeni Güzellik İkonları: İnsan Bedeninin Özgürlüğü mü, Mahkûmiyeti mi? Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi 2009;10(1):7-31.
6. Merianos, A, Vidourek RA, King K. Medicalization of Female Beauty: A content analysis of cosmetic procedures. Qual Rep 2013;18(46):1-14.
7. Sezgin D. Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;2(2):55.
8. Araslı O. Medyadan "Estetik-Güzellik" Uygulamalarına "Merdiven Üstü" Bir Bakış "Adana'daki Sahte Estetik İddiaları" Hakkındaki Haberlerin Değerlendirilmesi, Atatürk İletişim Dergisi 2017;14: 62.
9. ISAPS Global Survey Results. 2018, (Internet) Erişim Adresi: https://www.isaps.org/media/wifiy3oo/isaps-global-survey-results-2018-1.pdf, Erişim Tarihi: 04.02.2023.
10. Doğan A, Köse S, Zabunoğlu H. Sağlık Perspektifinden Güzellik Salonları ve Türkiye'de Mevcut Durum, Eurasian Journal of Health Technology Assessment 2021;5(2):139.
11. ISAPS Global Survey Results, 2021, (Internet) Erişim Adresi: https://www.isaps.org/media/vdpdanke/isaps-global-survey_2021.pdf, Erişim Tarihi:04.02.2023.
12. Kar H, ve ark. Lazer Epilasyona Bağlı Cilt Lezyonlarının Malpraktis Açısından Değerlendirilmesi, The Bulletin of Legal Medicine 2016;21(3):155.
13. T.C. Resmî Gazete (2021) Mesleki Yeterlilik Kurumu Ulusal Meslek Standardı Güzellik Uzmanı Seviye 4 Revizyon No: 01 13UMS0287-4 20 Ağustos 2021. Sayı: 31574 (Mükerrer). Başbakanlık Basımevi. Ankara.
14. Milli Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı. Bölgesel İnceltme Uygulayıcısı, Cilt Bakımı Uygulayıcısı, Epilasyon Uygulayıcısı, Güzellik Uzmanı, Kalıcı Makyaj Uygulayıcısı, Makyaj Uygulayıcısı ve Manikür Uygulayıcısı (Manikürist) Kurs Programları. Karar Tarihi: 06.05.2019, Karar Sayısı:12, Erişim Adresi: https://ookgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_05/13122254_Guzellik_UzmanY_Kurs_ProgramY.pdf, Erişim Tarihi: 11/11/2024.
15. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 31/12/2008 tarih ve 49395 sayılı yazısı. Erişim Adresi: https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/4499/0/estetik-amacli-ipl-cihazlari-hk-06052014-456pdf.pdf, Erişim Tarihi: 27/09/2023.

16. Danıştay 15. Daire E.2013/2787 K.2013/10563.
17. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu E.2014/4391, K.2016/3203.
18. Danıştay 17. Daire E. 2015/12196, K.: 2016/440, K.T: 28/1/2016.
19. Danıştay 10. Dairesi 2017/1846 E. 2020/4821 K. 12/11/2020 T.

Araştırma Makalesi – Original Article

Examination of the Effect of Health Perception on Adherence to Immunosuppressive Medication Use in Kidney Transplant Patients*

Böbrek Nakli Olan Hastalarda Sağlık Algısının İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Ufuk Akkurt[i], İsa Çelik[ii], Ayşe Özkan[iii], Ebru Dizdar[iv], Tuğba Özcan[v], Dilek Çilingir[vi]

[i]PhD (c), RN, Karadeniz Technical University, Institute of Health Sciences, Nursing Program, https://orcid.org/0000-0001-6380-5699

[ii]PhD, RN, Recep Tayyip Erdoğan University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing https://orcid.org/0000-0003-3381-2286

[iii]MSc, RN, İstinye University, Liv Hospital Bahcesehir, https://orcid.org/0000-0001-8290-3470

[iv]PhD, RN, University of Health Sciences, Ahi Evren Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital, https://orcid.org/0000-0002-6216-3505

[v]PhD, RN, Karadeniz Technical University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing https://orcid.org/0000-0002-9890-0642

[vi]PhD, RN, Karadeniz Technical University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing https://orcid.org/0000-0002-0660-8426

ABSTRACT

Objective: Adherence to immunosuppressive medication is critical for the successful maintenance of kidney transplant therapy. Patients' health perceptions are influenced by their lived experiences and cultural contexts. This study aimed to examine the impact of health perception on adherence to immunosuppressive medication among kidney transplant patients.

Methods: This descriptive, correlational, and cross-sectional study was conducted in a private hospital located in western Turkey. The data were collected from 165 kidney transplant patients aged between 19 and 69. The data collection tools included a Sociodemographic Data Collection Form, the Perception of Health Scale, and the Immunosuppressive Medication Adherence Scale. Data were analyzed using simple linear regression analysis.

Results: The mean scores of the participants on the Perception of Health Scale and the Immunosuppressive Medication Adherence Scale were 53.84 ± 10.04 and 48.18 ± 5.60, respectively. It was found that the level of health perception explained 8.8% of the variance in adherence to immunosuppressive medication ($F = 16.909$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.094$, Adjusted $R^2 = 0.088$).

Conclusion and Recommendations: The study revealed that 8.8% of the variation in adherence to immunosuppressive medication was associated with health perception levels. Identifying health perception levels before kidney transplantation could help predict the risk of nonadherence to immunosuppressive medication, thereby preventing a significant proportion of rejections. Nursing interventions should focus on enhancing patients' health perception by addressing the focus on Center of Control sub-dimension and considering cultural contexts and beliefs.

Keywords: Kidney transplantation, Medication adherence, Immunosuppressive medication, Perception, Health.

ÖZ

Amaç: Böbrek nakli tedavisinin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için immünsupresif ilaç kullanımına uyum kritik öneme sahiptir. Hastaların sağlık algıları ise yaşadıkları deneyimler ve kültürel yapıdan etkilenmektedir. Çalışmamız böbrek nakli olan hastalarda sağlık algısının immünsupresif ilaç kullanımına uyum üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Metod: Çalışmamız tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel bir tasarıma sahipti. Veriler, Türkiye'nin batısında bulunan bir özel hastanede kayıtlı 19-69 yaş arası 165 böbrek nakli olan hastadan elde edildi. Veri toplama formu Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Sağlık Algısı Ölçeği ve İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği'ni içeriyordu. Veriler, basit doğrusal regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği ve İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 53.84±10.04 ve 48.18±5.60 idi. Katılımcıların sağlık algısı düzeylerinin, immünsüpresif ilaç kullanımına uyum düzeylerindeki varyansın %8.8'ini açıkladığı saptandı ($F = 16.909$, $p < 0.001$, $R2 = 0.094$, Adjusted $R2 = 0.088$).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda immünsüpresif ilaç kullanımına uyum düzeyi üzerindeki değişikliğin %8.8 oranında sağlık algısı düzeyi ile ilişkili olduğu belirlendi. Böbrek nakli olan hastalarda, sağlık algı düzeyleri böbrek nakli öncesi belirlenerek, immünsüpresif ilaç uyumsuzluk riski öngörülebilir. Bu şekilde rejeksiyonların önemli bir kısmının önüne geçilebilir. Hastaların sağlık algısını olumlu yönde etkilemek için Kontrol Merkezi alt boyutuna odaklanılmalı, kültürel yapı ve inançları ele alan hemşirelik yaklaşımları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, İlaç uyumu, İmmünsuresif ilaçlar, Algı, Sağlık.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):678-686

DOI: 10.31020/mutftd.1618788

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 13 January 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 25 February 2025

İletişim- Correspondence Author: Ufuk Akkurt <akkurt8385@gmail.com>

Ethical Approval: Scientific Research and Publication Ethics Committee of Gümüşhane University (Date: 23.02.2022, No: 2022/01)

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

Kidney transplantation is the most successful treatment method for end-stage renal failure.[1] Globally, the most frequently transplanted solid organ is the kidney.[2] However, after surgery, there is a critical adjustment period. Patients who successfully manage this adjustment process tend to have longer graft survival, while those who do not adhere to the treatment face serious risks.[3] A reported 28.7% non-adherence rate has been documented among kidney transplant recipients. These high rates of non-adherence contribute to increased mortality and graft loss in these patients.[4] There are various factors contributing to non-adherence during the treatment process. One such factor is non-adherence to immunosuppressive medication.[5] The process of adhering to immunosuppressive therapy is managed by a multidisciplinary team, in which nurses play a critical role.[6] Education, counseling, and cognitive behavioral therapy are among the roles nurses perform. Through these roles, nurses help patients manage their medication regimens effectively and assist them in developing coping strategies for emerging issues.[7,8] Additionally, nurses can assess medication non-adherence by utilizing measurement tools that help identify patients at risk of non-adherence, enabling them to develop personalized nursing strategies before non-adherence becomes an issue.[9]

Many factors influence adherence to immunosuppressive medication. Some of these factors are immutable, while the majority is modifiable. Modifiable factors, such as forgetfulness, habit formation strategies, and reminders, can significantly reduce non-adherence.[10] Perceived social support is another factor affecting adherence. Involving family members and other social support systems in the care process can lead to improved outcomes.[11] Fear of rejection serves as a strong motivation for adherence, with 47% of patients citing this fear as a reason for their adherence.[12] Negative emotions and low self-esteem are important contributors to non-adherence.[13] Cognitive behavioral therapy addresses the psychological aspects of non-adherence, helping patients develop coping strategies and reducing non-adherence related to negative emotions and low self-esteem.[7] Interventions aimed at improving the perception and understanding of medications are also critical measures for reducing medication non-adherence.[14]

Health perception refers to an individual's overall expectations, both positive and negative, regarding their health.[15] In patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis, the perception of kidney transplantation is associated with increased life expectancy and greater freedom.[16] For kidney transplant recipients, health perception is influenced by factors such as the symptoms they experience, their knowledge of kidney transplantation, and their perception of their illness.[17] Additionally, even in the absence of physical symptoms, the perception of an invisible illness can complicate the adjustment process.[18] Therefore, the health perception of this patient group is critically important. This study aims to examine the impact of health perception on adherence to immunosuppressive medication among kidney transplant patients. By doing so, it seeks to prevent immunosuppressive medication non-adherence related to health perception. This could contribute to the preservation of the patient's health and reduction of treatment costs.

Material and Methods

Study Design and Sample

Our study had a descriptive, correlational, and cross-sectional design. The study sample consisted of patients aged 18 and above who had undergone kidney transplantation and were registered at an Organ Transplant Center located in the western part of Turkey. The sample size of the study was calculated using the G*Power 3.1.9.7 program. A sample size was calculated specifically for conducting a simple linear regression analysis. Using an effect size of 0.05, a 5% margin of error, and 80% power, the calculation

determined that a sample size of 159 was necessary.[19,20] The inclusion criteria for the study were (1) having undergone kidney transplantation, (2) being 18 years or older, (3) being able to use a smartphone, and (4) being able to take medications independently at home. The exclusion criterion was (1) having a history of mental pathology. A total of 165 patients were reached during the data collection process.

Data Collection Tools

Sociodemographic information was gathered using the Sociodemographic Data Collection Form, while participants' health perception levels were evaluated with the Perception of Health Scale (PHS), and their adherence to immunosuppressive medication use was assessed using the Immunosuppressive Medication Adherence Scale (IMAS).

Sociodemographic Data Collection Form

The Sociodemographic Data Collection Form consists of 14 questions related to participants' age, gender, education level, and donor type.

Perception of Health Scale (PHS)

Various conceptual frameworks, including the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior, have been proposed to understand how variations in health behaviors influence individual health outcomes. The Health Perception Scale was created based on these models and measures health beliefs in various aspects. The scale was originally developed by Diamond et al., with its Turkish validity and reliability assessed by Kadıoğlu and Yıldız.[21,22] Comprising four subdimensions and 15 items in total, the scale utilizes a five-point Likert scoring system. The subdimensions include Center of Control, Self-Awareness, Certainty, and Importance of Health. The total scores range from a minimum of 15 to a maximum of 75.[22] A higher score on the scale indicates that an individual believes their health behaviors positively affect their health status, while a lower score indicates the opposite.[21]

Immunosuppressive Medication Adherence Scale (IMAS)

This scale, developed by Özdemir Köken et al., is used to assess adherence to immunosuppressive medication in organ transplant recipients. The scale is unidimensional and consists of 11 items. For scoring, a 5-point Likert scale is used for the first eight items, and a 2-point Likert scale is used for the last three items. The minimum score on the scale is 11, while the maximum score is 55. A higher total score indicates better adherence to immunosuppressive medication.[23]

Data Collection

The data collection form was prepared via Google Forms. This form included an informed consent form, 14 questions related to sociodemographic information, PHS and IMAS. Between March 8, 2022, and June 3, 2022, patients registered at the organ transplant center were contacted by AÖ, who provided information about the study. For those who volunteered to participate and were able to use smartphones, the survey link was sent to collect data. Completing the survey took approximately 7-9 minutes. The STROBE checklist was used in reporting the data.

Statistical Analysis

The study data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 29.0.[24] Descriptive data were calculated as mean, standard deviation, and percentage values. The normality of the data distribution was assessed by calculating the kurtosis and skewness values. For normal distribution, kurtosis and skewness values between +2 and -2 were considered as the reference.[20] The effect of participants' PHS levels on their IMAS was analyzed using simple linear regression, while the effect of the

subscale scores of the PHS on IMAS was examined using multiple linear regression analysis.[25] The significance level was set at $p < 0.05$.

Ethical Considerations

Ethical approval for this study was obtained from the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Gümüşhane University (Date: 23.02.2022, No: 2022/01). Permission to use the scales was obtained from the responsible authors via email. Participants who agreed to take part in the study were asked to fill out an informed consent form.

Results

The mean age of the participants was 43.24 ± 12.59 years. Of the participants, 67.9% were male, 77.0% were married, 46.7% had graduated from high school, 57.6% lived in urban centers, 41.2% had an income lower than their expenses, 61.8% were not employed, 89.1% had a living donor, 31.5% had undergone transplantation 6 months to 2 years ago, 67.9% found the discharge education adequate, and 61.2% had a chronic illness other than chronic kidney disease (CKD) (***Table 1***).

Table 1. Descriptive characteristics (n=165)

Variable	$\bar{X}$	±SS	Min.	Max.
Age	43.24	12.59	12.59	19
			n	**%**
Gender				
Female			53	32.1
Male			112	67.9
Marital Status				
Married			127	77.0
Single			38	23.0
Educational Level				
Primary School			46	27.9
High School			77	46.7
University			42	25.5
Residential Area				
Village			21	12.7
District			49	29.7
City			95	57.6
Employment Status				
Employed			63	38.2
Unemployed			102	61.8
Type of Donor				
Living Donor			147	89.1
Deceased Donor			18	10.9
Time Since Organ Transplantation				
0-3 Months			29	17.6
4-6 Months			23	13.9
7 Months-2 Years			52	31.5
3-5 Years			43	26.1
6 Years or More			18	10.9
Satisfaction with Discharge Training				
Satisfactory			112	67.9
Partially Satisfactory			37	22.4

Unsatisfactory	16	9.7
Presence of Chronic Diseases Other Than CKD*		
Yes	101	61.2
Hayır	64	38.8

*CKD: Chronic Kidney Disease

The mean score of participants' PHS was 53.84 ± 10.04, and the mean score of IMAS was 48.18 ± 5.60. Kurtosis and skewness coefficients were calculated to check the normality of scale scores, with values for both IMAS and PHS subscales ranging from +2 to -2, indicating normal distribution (***Table 2***).

Table 2. Mean Scores and Kurtosis-Skewness Values of the PHS and IMAS.

Scales	X̄	SD	Min.	Max.	Kurtosis	Skewness
***PHS**	53.84	10.046	30.00	75.00	-0.313	-0.008
****IMAS**	48.18	5.608	25.00	55.00	1.943	-1.130

*PHS: Health Perception Scale, **IMAS: Immunosuppressive Medication Adherence Scale

It was determined that the PHS total score significantly predicted the IMAS total score (F = 16.909, p < 0.001). Specifically, the level of health perception explained 8.8% of the variance in adherence to immunosuppressive medication (***Table 3***).

Table 3. Effect of Participants' PHS Scores on IMAS.

Independent Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			95.0 % Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	β			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	38.968	2.279		17.098	<0.001	34.468	43.468
PHS	0.171	0.042	0.307	4.112	<0.001	0.089	0.253

Notes: Durbin-Watson = 1.950; F = 16.909, p < 0.001, R = 0.307; R^2 = 0.094; Adjusted R^2 = 0.088,*Significance level was accepted as p < 0.05 *Dependent variable = IMAS.

It was found that the PHS subscale scores significantly predicted the IMAS score (F = 5.010, p < 0.001). Specifically, the Control Center subscale of PHS significantly influenced IMAS scores (β = 0.197, p = 0.016). However, the Self-Awareness, Certainty, and Importance of Health subscales did not have a statistically significant effect on IMAS scores (p > 0.05) (***Table 4***).

Table 4. Effect of Participants' PHS Subscale Scores on IMAS.

Independent Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			95,0 % Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	*β*			Lower	Upper Bound
(Constant)	38.403	2.482		15.473	<0.001	33.502	43.305
Center of control	0.206	0.085	0.197	2.424	**0.016***	0.038	0.374
Self-awareness	-0.005	0.158	-0.003	-0.032	0.975	-0.317	0.307
Certainty	0.184	0.102	0.147	1.809	0.072	-0.017	0.385
Importance of Health	0.323	0.175	0.153	1.847	0.067	-0.022	0.668

Notes: Durbin-Watson = 1.953; F = 5.010, p < 0.001, R = 0.334; R^2 = 0.111; Adjusted R^2 = 0.089
*Significance level was accepted as p < 0.05 *Dependent variable = IMAS.

Discussion

Adequate and homogeneous sample size is considered to be critical for the generalizability of the results of the study. In our study, the sample was homogeneous in terms of sociodemographic characteristics.

Therefore, its generalizability is high (Table 1). In a similar study by Doğan et al. there was a more heterogeneous distribution among sociodemographic characteristics.[26]

The primary goal of kidney transplantation is to extend life expectancy, improve quality of life, and minimize healthcare costs.[27] Achieving this goal requires high patient adherence.[28] In one study, patients with poor medication adherence had seven times more graft problems than those who adhered to their medication.[29] In a study by Torres-Gutiérrez et al., the general non-adherence rate was 28.7%, with immunosuppressive medication non-adherence being 23%.4 This highlights the critical level of immunosuppressive medication non-adherence among overall non-adherence cases. The consequences of non-adherence not only lead to graft loss but also impose a significant financial burden.[30]

Many factors influence immunosuppressive medication adherence. A study indicated that younger individuals experience more non-adherence compared to older individuals.[31] Another study found that higher education levels were associated with medication non-adherence due to the demands of a busy work life.[32] Joo et al., study showed that individuals living alone experienced more medication non-adherence compared to those with higher social support.[31] Approaches that reduce forgetfulness and address psychosocial barriers can improve adherence.[10,33] Recent developments in telemedicine, reminder systems, and digital technologies that facilitate communication with patients help ease the adherence process. Considering that the maximum IMAS score in our study was 55, the mean score of 48.18 indicates high compliance. In another study conducted in Turkey, the mean score was reported to be 48.10. This may be interpreted as successful management strategies for immunosuppressive drug compliance in our country.[33]

Post-transplant symptoms, previous rejection experiences, health beliefs, and cultural factors influence adherence to immunosuppressive medications.[34] These factors may alter a patient's health perception and require different solution strategies. Therefore, health perception can be seen as a summary of various factors influencing immunosuppressive medication adherence. In our study, the participants' health perception levels explained 8.8% of the variance in adherence to immunosuppressive medications (Table 3). Although there are no similar studies on health perception in the literature, in a study addressing illness perception, it was reported that an increase in illness identity, anxiety and illness coherence scores was associated with a higher risk of non-adherence.[35] Although health perception was addressed in our study, it was observed to have an effect on immunosuppressive drug adherence similar to that of illness perception. Therefore, it is thought that health perception and illness perception scales may yield similar results in other studies. A study by Massey et al. showed that while patients had a positive perception of their kidney grafts, this did not align with their medication adherence.[36] Therefore, the perceived meaning of an object, situation, or organ may have different effects on medication adherence. Hence, health perception should be evaluated in all its subdimensions when assessing the risk of immunosuppressive medication non-adherence.

Nursing interventions focusing on the subdimensions of PHS Control Center, Self-Awareness, Certainty and Importance of Health can enhance health perception. The Control Center subdimension addresses the perception of who controls health. In many societies, it is believed that God's will determines one's health. This belief may reduce patients' efforts and cause them to rely on divine intervention for their health. Therefore, responses to this subdimension may vary due to cultural factors. In our study, the Control Center subdimension explained 8.9% of the variance in IMAS scores (Table 4). To improve this subdimension, nursing approaches based on conceptual models addressing the cultural and spiritual aspects of individuals should be applied. Additionally, facilitating communication with other patients from the same cultural background who lead healthy lives may positively affect health perceptions.[37,38] The Self-

Awareness subdimension focuses on personal health awareness, which can be enhanced through continuous education before and after transplantation. The Certainty subdimension addresses the level of certainty about being healthy. For this patient group, continuous communication (either online or face-to-face) can help resolve uncertainties.[39] The Importance of Health subdimension examines the priority of health in the patient's life. Identifying other issues that may overshadow the Importance of Health and implementing eHealth-based cognitive behavioral therapy approaches could be a good solution.[40]

Conclusion

In conclusion, our study found that the change in adherence to immunosuppressive medication was related to health perception levels, explaining 8.8% of the variance. Maintaining adherence to immunosuppressive medications is critical for the success of kidney transplantation. Improvement and corrective interventions for immunosuppressive drug adherence and health perception will decrease the rate of nonadherence. Educational activities to increase immunosuppressive drug compliance, frequent follow-up of patients, therapy and corrective activities for the cause of non-compliance will significantly increase immunosuppressive drug compliance. Nursing interventions to improve health perception may improve the patient's quality of life, reduce refusal due to medication nonadherence and prevent potential treatment costs. Interventions to improve health perception should be addressed individually by determining the patient's health perception before treatment. It is recommended to focus on the Control Center sub-dimension of health perception in patients and to address the patient's cultural background and beliefs with individual therapies and nursing interventions. Environments can be created where therapy patients and patients from different cultures and patients with a positive relationship between health perception and medication adherence can engage in social activities and exchange ideas together.

Acknowledgments

The authors declared no potential conflicts of interest.

The authors declared no receipt of the financial support for the research, authorship and/or publication of this article.

This study was presented as an Oral Presentation (SS12) at the 7th International and 18th National Nursing Congress, held in Konya on September 22-25.

Ethical Approval

Ethical approval for this study was obtained from the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Gümüşhane University (Date: 23.02.2022, No: 2022/01). Permission to use the scales was obtained from the responsible authors via email.

Author Contributions

Ufuk Akkurt: Concept, design, supervision, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review.

İsa Çelik: Design, data collection, analyses and interpretation, writing-review.

Ayşe Özkan: Data collection, literature search, writing-review.

Ebru Dizdar: Data collection, literature search, writing-review.

Tuğba Özcan: Data collection, literature search, writing-review.

Dilek Çilingir: Supervision, data collection, analyses and interpretation, editing

References

1. Chen G, Gao L, Li X. Effects of exercise training on cardiovascular risk factors in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. Ren Fail 2019;41(1):408-18.
2. Transplant Observatory [Internet]. Geneva: Transplant Observatory; c2021 [updated 2023 Mar 10; cited 2025 Mar 10]. Available from: https://www.transplant-observatory.org/countkidney/.
3. Shi YX et al. Efficacy of adherence-enhancing ınterventions for ımmunosuppressive therapy in solid organ transplant recipients: a systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. Front Pharmacol 2020;578887(11):1-13.
4. Torres-Gutiérrez M et al. Is non-adherence associated with adverse outcomes in kidney transplant recipients? the role of non-adherence as a risk and predictor factor for graft loss and death. Patient Prefer Adherence 2023;(17):2915-25.
5. Torres-Gutiérrez M et al. Prevalence and modifiable factors for holistic non-adherence in renal transplant patients: a cross-sectional study. Patient Prefer Adherence 2023;(17):2201-13.
6. Jasiak NM, Park JM. Immunosuppression in solid-organ transplantation: essentials and practical tips. Crit Care Nurs Q 2016;39(3):227-40.
7. Zhao H et al. 311.9: Nurse-ınvolved ıntervention strategies for medication compliance in kidney transplant recipients: a systematic review. Transplantation 2022;106(Suppl 9): 203.
8. Campos CS et al. Immunosuppressive adherence after kidney transplantation in adult patients treated at an outpatient clinic: a better practice implementation project. JBI Evid Implement 2020;19(3):306-14.
9. Shirafkan R et al. Medication adherence in kidney transplant recipients: a cross-sectional study from a nursing clinical practice perspective. Journal of Nursing Reports in Clinical Practice 2024;2(2):65-73.
10. Cossart AR et al. Investigating barriers to immunosuppressant medication adherence in renal transplant patients. Nephrology 2019;24(1):102-10.
11. Griva K, Neo HLM, Vathsala A. Unintentional and intentional non-adherence to immunosuppressive medications in renal transplant recipients. Int J Clin Pharm 2018;40(5):1234-41.
12. Choki D, Tashi T, Kesara N. Application of self-reporting, clinicians' assessment, and tacrolimus trough levels in evaluating adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients. A cohort study. medRxiv 2023.
13. Ostrowski P et al. Immunosuppressant adherence factors differentiating compliant and non-compliant kidney transplant recipients. J Clin Med 2023;12(12):4081.
14. Costa LM, Galato D. Identification of factors associated with medication adherence in renal transplant patients: an ıntegrative literature review. BJT 2023;26(01):123.
15. Dursun Sİ et al. Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2019;1(1):1-10.
16. Wang Y et al. Understanding health-related quality of life in kidney transplant recipients: the role of symptom experience and ıllness perceptions. Transpl Int 2023;10837(36):1-11.
17. Bendersky VA et al. Factors impacting the medication "adherence landscape" for transplant patients. Clin Transplant 2023;37(6):1-8.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Erlbaum; 1988.
19. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference. 16th ed. Routledge; 2019.
20. Diamond JJ et al. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. Journal of Community Psychology 2007;35(5):557-61.
21. Kadıoğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(1):47-53.
22. Özdemir Köken Z, Talas MS, Gökmen D. Development and psychometric testing of the turkish ımmunosuppressive medication adherence scale. Turk J Nephrol 2019;28(2):120-6.
23. IBM Corp. IBM SPSS statistics for windows, Version 29.0 [computer software]. Armonk, NY, USA. [cited 2024 Dec 20]. Available from: https://www.ibm.com/products/spss-statistics.
24. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. Cengage; 2019.
25. Grinyó JM. Why is organ transplantation clinically important? Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine 2013;3(6):1-10.
26. Doğan R et al. Böbrek nakli hastalarında depresyon anksiyete stres seviyeleri ile immünosupresif tedaviye uyum arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2022;10(2):539-53.
27. Knight SR. Routine adherence monitoring after renal transplantation. Transplant International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation 2019;32(6):600-2.
28. Butler JA et al. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004;77(5):769-76.

29. Pinsky BW et al. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. American journal of transplantation: official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons 2009;9(11):2597-606.
30. Gandolfini I et al. Detecting, preventing and treating non-adherence to immunosuppression after kidney transplantation. Clin Kidney J. 2022;15(7):1253-74.
31. Joo HJ et al. Medication adherence in patients taking immunosuppressants after kidney transplantation. The Journal of the Korean Society for Transplantation 2010;24(4):289-97.
32. Olatise O et al. #6833 are kt recipients taking their immunosuppressant medication? preliminary evidence from a super-specialized transplant centre in sub-saharan africa. Nephrology Dialysis Transplantation 2023;(33):1.
33. Özdemir Köken Z et al. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda immünsupresif ilaç kullanımına uyum: tek merkez deneyimi. Ahi Evran Medical Journal 2020;4(3):88-95.
34. Denhaerynck K et al. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. American Journal of Transplantation 2007;7(1):108-16.
35. Wang Y et al. Illness perceptions and medication nonadherence to immunosuppressants after successful kidney transplantation: a cross-sectional study. Transplant International 2022;10073(35):1-10.
36. Massey EK et al. Discrepancies between beliefs and behavior: a prospective study into immunosuppressive medication adherence after kidney transplantation. Transplantation 2015;99(2):375-80.
37. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. Frontiers in Psychology 2021;674453(12):1-11
38. Kanchana MN, Sangamesh N. Transcultural nursing: Importance in nursing practice. International Journal of Nursing Education 2016;8(1):135-8.
39. Sánchez-Polo MT et al. Overcoming knowledge barriers to health care through continuous learning. Journal of Knowledge Management 2019;23(3):508-26.
40. Chan M et al. Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing 2022;(21-22):3021-31.

Araştırma Makalesi – Original Article

Turkish Adaptation of Mothers' Cultural Beliefs About Weaning Scale: A Validity and Reliability Study*

Annelerin Sütten Kesmeye ilişkin Kültürel İnançları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Sevil Güner[i], Aysun Ekşioğlu[ii], Emine Serap Çağan[iii], Aytül Hadımlı[iv]

[i]Assistant Prof, Midwifery Department, Mersin University Icel College of Health, https://orcid.org/0000-0003-0711-8960
[ii]Assoc Prof., Midwifery Department, Ege University Faculty of Health Sciences, https://orcid.org/0000-0002-8769-3289
[iii]Assistant Prof., Midwifery Department, Agri Ibrahim Cecen University Faculty of Health Sciences, https://orcid.org/0000-0003-4096-7964
[iv]Assistant Prof., Midwifery Department, Ege University Faculty of Health Sciences, https://orcid.org/0000-0003-4096-7964

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the validity and reliability of the 'Cultural Beliefs about Weaning Scale' in the Turkish population.

Method: The data of the methodologically designed study were collected by snowball sampling using online method between November 2020 and August 2022. A total of 336 breastfeeding women with children aged 6 months-2 years participated in the study. Descriptive Characteristics Questionnaire and Cultural Beliefs about Weaning Scale were used to collect data. The scale consists of 49 items and 5 subscales. In the validity and reliability analyses of the scale, language, content and construct validity, explanatory and confirmatory factor analyses, internal consistency level and item-total score correlation were evaluated.

Results: According to confirmatory factor analysis, 19 items in the original scale were removed from the scale due to low factor loadings and the remaining 30 items were found to be related to the 5-dimensional scale structure. In the factor analysis, the factor loadings of the scale items ranged between .36 and .86. The total Cronbach's Alpha Coefficient was found to be .89.

Conclusion: It was determined that the Turkish form of the Mothers' Cultural Beliefs about Weaning Scale can be used as a measurement tool with acceptable validity and reliability results.

Keywords: Cultural Beliefs, Breastfeeding, Weaning, Validity, Reliability

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada "Sütten Kesmeye İlişkin Kültürel İnançlar Ölçeği" nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Metodolojik tasarımdaki çalışmanın verileri Kasım 2020-Ağustos 2022 tarihleri arasında çevrimiçi yöntem kullanılarak kartopu örnekleme yoluyla toplanmıştır. Çalışmaya 6 ay-2 yaş arası çocuğu olan toplam 336 emziren kadın katılmıştır. Veri toplamak için Tanımlayıcı Özellikler Anketi ve Sütten Kesmeye İlişkin Kültürel İnançlar Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 49 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerinde dil, kapsam ve yapı geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, iç tutarlılık düzeyi ve madde-toplam puan korelasyonu değerlendirilmiştir.

Bulgular: Doğrulayıcı faktör analizine göre, orijinal ölçekteki 19 madde düşük faktör yükleri nedeniyle ölçekten çıkarılmış ve kalan 30 maddenin 5 boyutlu ölçek yapısı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Faktör analizinde ölçek maddelerinin faktör yükleri .36 ile .86 arasında değişmektedir. Toplam Cronbach alfa katsayısı .89 olarak bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Annelerin Sütten Kesmeye İlişkin Kültürel İnançları Ölçeği'nin Türkçe formunun kabul edilebilir geçerlik ve güvenirlik sonuçları ile bir ölçme aracı olarak kullanılabileceği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kültürel inançlar, Emzirme, Sütten Kesme, Geçerlik, Güvenirlik

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):687-698
DOI: 10.31020/mutftd.1620197
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 15 October 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 12 April 2025
İletişim- Correspondence Author: Aysun Ekşioğlu <aysun.basgun@ege.edu.tr >
Ethical Approval: Ethics Committee of Ege University Medical Research Ethics Committee (Date: 20.05.2021; No: E.9681).
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

Breastfeeding is an important maternal behavior as old as human history. Although this behavior shows some differences from culture to culture all over the world, it has continued until today and is a special process in which the bond of love between mother and baby is established, developed and strengthened.[1,2] As natural and important as breastfeeding is, the process of ending it can be equally challenging. Weaning is very difficult for both mother and baby.[3]

The World Health Organization (WHO) defines weaning as the gradual cessation of breastfeeding and the transition to complementary feeding including solid and liquid foods other than breast milk.[4] Mothers' views on weaning are influenced by economic, social and cultural factors, as well as many factors such as the mother's level of education, starting to work, health problems, religious factors and level of awareness.[5-7] There are many studies on weaning practices. In their study titled "traditional practices of mothers regarding breastfeeding and breast milk", Dinç et al. stated that mothers applied traditional weaning methods such as giving additional food with a bottle, distracting with water and fruit juice, putting hair on the nipple, applying tomato paste on the breast, applying black, sending the baby to a separate house, applying pepper on the breast, taping the breast with duct tape, applying lipstick on the breast, applying petroleum jelly, putting a broom handle, applying honey and salt, applying coffee grounds, wrapping the breast with mint.[8] Alsaç et al. also reported that almost half of the mothers stopped breastfeeding suddenly, 32.9% stopped breastfeeding by reducing, and 16.3% of the mothers terminated breastfeeding by applying bad odor to the breast or by covering the nipple.[9] Some studies have shown that mothers use different weaning methods such as using chemicals and drugs to change the appearance of breasts and the taste of milk.[6,10] The use of such traditional practices related to weaning can lead to trauma in the child, deprivation of the mother's feelings and love, anxiety, restlessness, sleep disturbances and less intimacy, and sadness and guilt in mothers.[11] Despite all these possible negative consequences of weaning on the child and mother, there are very few studies on the role of cultural beliefs in the choice of weaning method.[6] Jannat- Alipoor et al. pointed out that studies related to weaning use forms that question cultural beliefs, but these do not provide a comprehensive evaluation. In their study published in 2020, they developed the **"**Mothers' Cultural Beliefs about Weaning Scale" in order to guide mothers to healthy behaviors for midwives, nurses and other health professionals who provide counseling on breastfeeding.[6] This tool, which evaluates mothers' weaning behaviors in a sociocultural context, is recommended for use in community-based interventions.

There are many studies on traditional practices for weaning in Türkiye. In these studies, weaning methods and reasons were mostly questioned, and there is no measurement tool that comprehensively evaluates cultural beliefs on this issue. This study aimed to interpret the Cultural Beliefs of Mothers about Weaning Scale into Turkish and determine its validity and reliability.

Research question

Is the Turkish version of the Cultural Beliefs of Mothers about Weaning Scale a valid and reliable tool for assessing mothers' cultural beliefs regarding weaning?

Materials and Methods

Design

The research study was of methodological type.

Population and Sample of the Study

In scale studies, it was stated that the sample should be at least 5 to 10 times the number of scale items in the interpretation of a scale to a culture and in the evaluation of scale validity and reliability.[12] For this reason, the minimum sample size was determined as 245 people considering the scale items, 348 people were reached considering Confirmatory Factor Analysis (CFA), 12 participants were excluded since they did not complete the forms and the study was completed with 336 people. Mothers who had children aged 6 months - 2 years, who continued to breastfeed their babies, who could utilize the Internet (social media) and who agreed to participate were included in the study. Participants who were not breastfeeding, who refused to participate and who filled out the form incompletely were excluded from the study.

Data Collection

The study was carried out over the period November 2020 - August 2022. Data were collected using the snowball sampling method through an online survey. Initially, midwives who provide online breastfeeding counseling services were contacted, and permission was obtained from them to share the questionnaire on their Instagram accounts. These midwives then shared the questionnaire with their followers, enabling the researchers to reach a broader group of potential participants.

Tools

Descriptive characteristics questionnaire and Cultural Beliefs in Weaning Scale were utilized to collect the data.

Descriptive Characteristics Questionnaire*:* The questionnaire form was developed by the researchers to assess the descriptive information of the mothers and consisted of a total of 28 questions, including 10 questions on socio-demographic characteristics, 7 questions on fertility characteristics and 11 questions on breastfeeding characteristics.

Mothers' Cultural Beliefs About Weaning Scale (MCBW): Developed by Zahra Jannat-Alipoor et al. (2020) to assess the role of cultural beliefs in weaning.[6] It aims to be usable for health policies that design strategies to prevent physical and mental harm of weaning to mothers and their babies. The form includes a 5-point Likert-type scale (1: Strongly disagree, 5: Strongly agree) and the original form consists of 49 items. The Cronbach's alpha value of the original form was reported as 0.88, while it was found to be 0.89 in the present study. Items 6-17, 24, and 26 on both scales are reverse-scored. The total score ranged between 30 - 150; 30-70 points represent poor attitude, 71-110 points represent moderate attitude and 111-150 points represent positive attitude. The cut-off points used to classify the total scores were based on the original version of the scale developed by Jannat-Alipoor et al. (2020). Since the score distribution in the current sample was consistent with that of the original study, the same classification was retained to ensure comparability and interpretability.[6] In this study, in its final form, the scale subdimensions and related items were grouped as contexts (1-9); solutions (10-17); searching for help (18-21), mother-related outcomes (22-26), and child-related outcomes (27-30).

Validity

Language Validity

The translation-back translation technique was employed to assess the language validity of the cultural beliefs about weaning form. The scale was translated into Turkish by 5 experts (4 health faculty members and 1 midwife). After the translation of the scale by the experts, the most appropriate expressions for the scale items were selected and the Turkish form of the scale was translated back into English by a linguist.

Content Validity

"Davis technique'' was used to calculate the content validity index (CVI) of the scale. The scale was sent to 9 experts in the field of health (nursing, midwifery, medicine). In the Davis technique, the experts evaluate the items with four degrees (item is appropriate, item should be slightly revised", "item should be seriously revised" and "item is not appropriate"). The number of experts who rated the items as *"appropriate" and "the item should be slightly revised" is* divided by the total number of experts to obtain the "CVI" for the item.[13] The value obtained should be statistically 0.75 and above. The content validity ratio (CVR) value obtained by dividing the CVI values of all items of the scale by the total number of items should be above 0.80.[14] In this study, the lowest value for CVR was 0.66, and one item was excluded due to its value being below 0.75 and the recommendation of experts. The value calculated for CVI was 0.92.

Pilot study

To evaluate the comprehensibility of the scale items by women, a pilot study was conducted with 25 participants similar to the sample group. In scale adaptation studies, it is suggested to conduct a pilot study with a group similar to the target group in terms of features such as age, education, and social level.[15] Women who participated in the pilot study were excluded from the analysis. No changes were made to the scale after the responses obtained.

Data Analysis

The obtained data were analyzed using SPSS 25.0 and AMOS 23.0 software. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean, standard deviation) were utilized to assess the data. "Reliability Analysis" was performed to test the reliability of the scales and "CFA" was performed using AMOS software to test the CV.

Ethical Aspects of the Research

Zahra Jannat-Alipoor's approval was obtained through e-mail to use the MCBW scale. Besides, ethical approval was priorly received from the Ethics Committee of Ege University Medical Research Ethics Committee (Date: 20.05.2021; Decision No: E.9681). Relevant organizations granted permission to implement the research and mothers who agreed to participate in the study gave written informed consent. The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Results

Participants

Upon analyzing the socio-demographic characteristics of the participant women, 88% of them were 30 years of age or older ($\bar{X}$±SD, 30.30±4.68), 66.4% were university graduates, 45.2% were employed, 87.2% had health insurance and 88.7% lived in nuclear families. 23.2% of the women stated that they were informed about weaning. When asked when they would like to wean their current baby, 60.7% stated that they thought about 19 months or more ($\bar{X}$± SD, 21.30±6.60).

Validity Outcomes

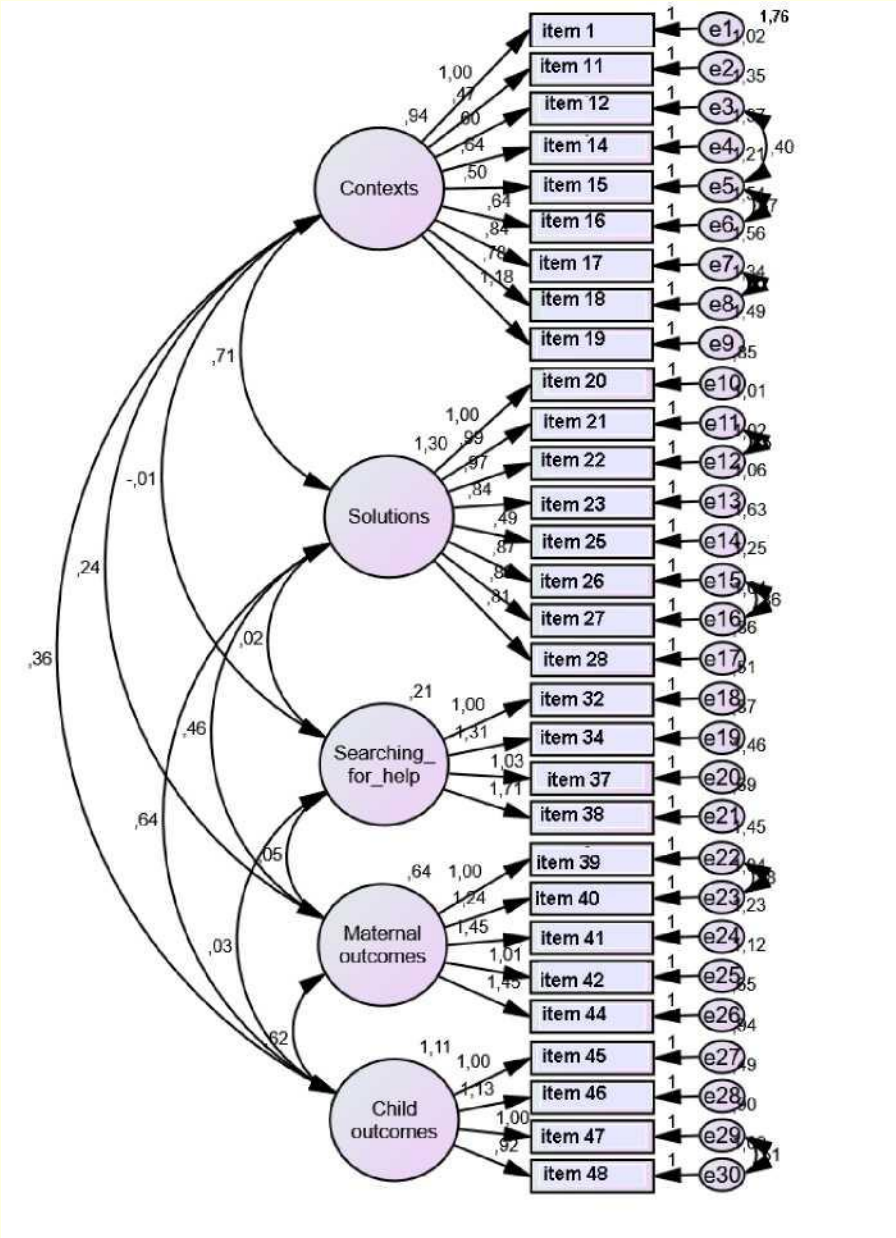
Comfirmatory factor analysis

Upon analyzing the correlations among variables, the factor loadings of the items are seen to exceed 0.30 and the entire correlation relationships are significant (***Table 1***). The structure of the draft scale was confirmed with 5 factors and 30 items (***Fig. 1***).

Table 1. CFA results of the scale

Factors	Item no. in the original study	In this study, item no.	Factor Load	Standard Error	t	p
F1: Contexts α =0.773	Item 1	1	0.589	-	-	-
	Item 11	2	0.411	0.078	6.037	***
	Item 12	3	0.444	0.093	6.423	***
	Item 14	4	0.404	0.108	5.943	***
	Item 15	5	0.401	0.085	5.882	***
	Item 16	6	0.445	0.099	6.440	***
	Item 17	7	0.544	0.113	7.448	***
	Item 18	8	0.547	0.105	7.485	***
	Item 19	9	0.683	0.136	8.651	***
F2: Solutions α =0.875	Item 20	10	0.777	-	-	-
	Item21	11	0.747	0.072	13.702	***
	Item 22	12	0.738	0.072	13.505	***
	Item 23	13	0.683	0.068	12.463	***
	Item 25	14	0.401	0.070	7.031	***
	Item 26	15	0.664	0.072	12.019	***
	Item 27	16	0.668	0.066	12.110	***
	Item 28	17	0.708	0.063	12.984	***
F3: Searching for Help α =0.612	Item 32	18	0.540	-	-	-
	Item 34	19	0.539	0.221	5.928	***
	Item 37	20	0.364	0.222	4.646	***
	Item 38	21	0.684	0.288	5.927	***
F4: Maternal Outcomes α =0.830	Item 39	22	0.553	-	-	-
	Item 40	23	0.697	0.102	12.188	***
	Item 41	24	0.723	0.158	9.179	***
	Item 42	25	0.606	0.122	8.266	***
	Item 44	26	0.736	-	-	-
F5: Child-Related Outcomes α=0.863	Item 45	27	0.862	0.080	14.231	***
	Item 46	28	0.744	0.079	12.721	***
	Item 47	29	0.681	0.080	11.602	***
	Item 48	30	0.821	0.149	9.706	***
Total Reliability α=0.887						

p<0.05


Contexts
Solutions
Searching_ for_help
Maternal outcomes
Child outcomes
item 1
item 11
item 12
item 14
item 15
item 16
item 17
item 18
item 19
item 20
item 21
item 22
item 23
item 25
item 26
item 27
item 28
item 32
item 34
item 37
item 38
item 39
Item 40
item 41
item 42
item 44
item 45
item 46
item 47
item 48
e1
e2
e3
e4
e5
e6
e7
e8
e9
e10
e11
e12
e13
e14
e15
e16
e17
e18
e19
e20
e21
e22
e23
e24
e25
e26
e27
e28
e29
e30

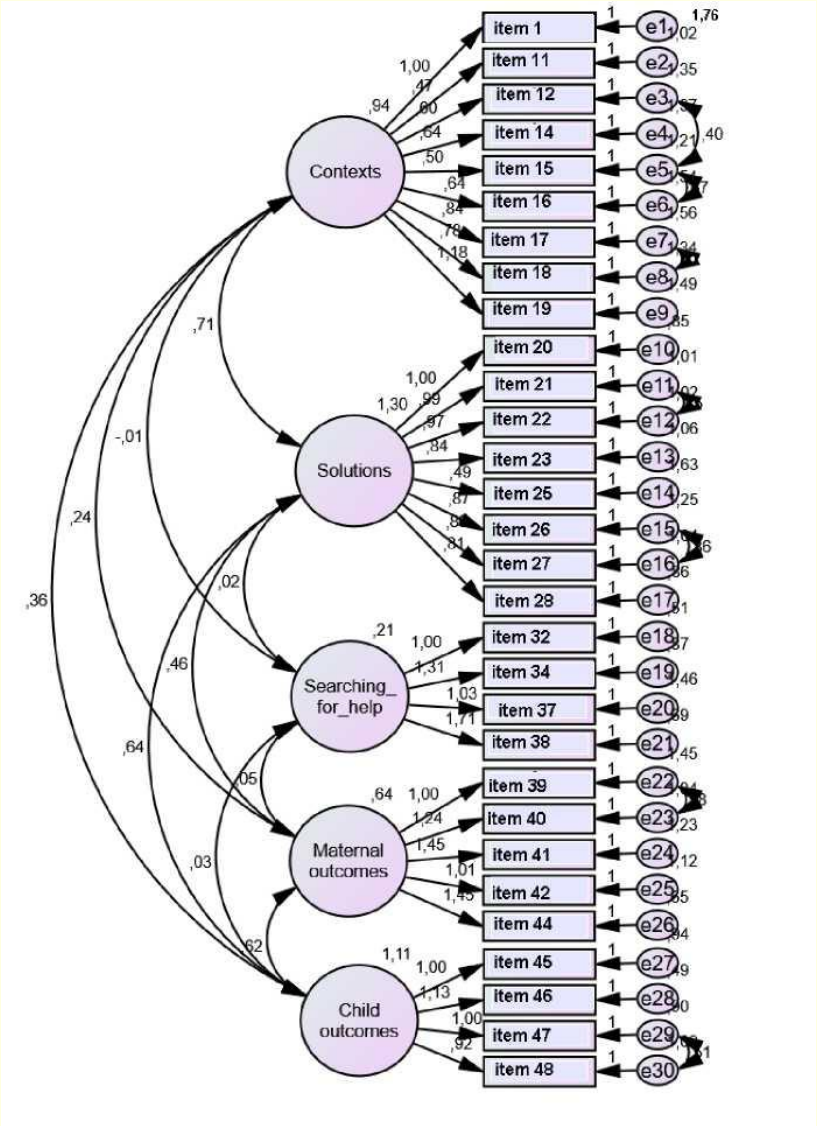


Figure 1. Model of the first level multifactor CFA of the scale

According to CFA, 19 items were excluded due to low factor loadings (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 24, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 43, 49) and the remaining 30 items were associated with the 5-dimensional scale structure (Table 1). While improving the model, the variables that decreased the fit were determined and new covariance was generated between the residual values with high covariance. In the recalculation, the accepted values for the fit indexes were obtained (***Table 2***).

Table 2. Goodness of fit values of the structural model of the scale

	Structural Model Values	Recommended Values
CMIN/DF	4.114	≤5
RMSEA	0.069	≤0.08
GFI	0.980	≥0.80
AGFI	0.946	≥0.80
CFI	0.988	≥0.80
TLI	0.974	≥0.80
IFI	0.988	≥0.80
SRMR	0.027	≤0.10

Reliability Outcomes

The reliability coefficient (RC) for the overall scale was found to be 0.887 and it was found to have a good reliability. Cronbach's Alpha values exceeding 0.60 reveal that the used scales are reliable and have good Item Correlation (IC). The correlation of all items in the scale is above 0.30 (***Table 3***).

Table 3. Findings associated with the Item Correlation analysis of the scale

Factors	Statements	Total Item Correlation	Cronbach's Alpha Value When the Item is Deleted
F1: Contexts α=0.773	1. Weaning becomes more difficult when the child is breastfed for longer.	0.457	0.752
	2. The infant should be weaned at a certain age.	0.325	0.768
	3. If the mother's milk supply is low, the infant should be weaned at any age.	0.465	0.751
	4. The mother's profession has an impact on weaning.	0.334	0.771
	5. An infant must be weaned at any age if underweight	0.472	0.750
	6. If the infant is not inclined to supportive feeding, it should be weaned.*	0.496	0.746
	7. The infant must be weaned if the mother has any illness or disease.*	0.503	0.744
	8. The infant must be weaned if the mother is taking any medication*	0.529	0.741
	9. If the mother becomes pregnant, the child must be weaned.*	0.532	0.739
F2: Solutions α=0.875	10. Using methods that the child dislikes, such as pouring bad-tasting medicines or syrups that the child does not like into the breast, can help with weaning.*	0.709	0.851
	11. Employing conventional and common methods such as painting the breast or pouring pepper on it can help with weaning*	0.720	0.849
	12. Using frightening methods such as drawing on the breast, painting it red or sticking objects on it can help with weaning*	0.717	0.850
	13. Creating distance between mother and infant is an effective method for weaning*	0.617	0.861
	14. Expressing milk and feeding the infant with stored milk is a good method for weaning*	0.364	0.886
	15. Distracting the infant by pretending that the breast is sore or injured is effective in weaning*	0.640	0.858
	16. Telling milk is spoiled is effective for weaning*	0.642	0.858
	17. Giving milk that causes bad breath in the child is effective in weaning *.	0.664	0.856
F3: Searching for Help α=0.612	18. The mother should take into account the instructions of a pediatrician for weaning.	0.402	0.512
	19. Studying relevant books can help mothers find the appropriate weaning method.	0.375	0.515
	20. Weaning needs the help and cooperation of family members	0.385	0.603
	21. Training from healthcare professionals is essential for weaning.	0.463	0.442
F4: Maternal Outcomes α=0.830	22. The mother may feel guilty following weaning.	0.598	0.804
	23. Mom may feel depressed following weaning	0.711	0.772
	24. Weaning causes a deep emotional distance between mother and infant.*	0.634	0.795
	25. Weaning causes a sense of maternal pride	0.523	0.823
	26. Weaning causes severe emotional disturbance in the mother*	0.679	0.781
F5: Child-Related Outcomes α=0.863	27. Weaning is a mental jolt for the infant.	0.618	0.863
	28. Weaning can cause physical problems such as anorexia, diarrhea, sleep disorders or weight loss in the infant.	0.734	0.816
	29. Weaning can lead to unwanted habits for the child, such as thumb sucking, nail biting and aggression.	0.767	0.802
	30. Weaning can cause psychological reactions in the child such as fear, anxiety, stubbornness and irritability	0.729	0.818

**Reverse scored items*

Mothers' Cultural Beliefs in Weaning Scale scores

The lowest score that can be obtained from the scale is 30 and the highest score is 150. The mean scale score was 100.98±9.03 (min=74, max=127). The comparison of the mean scale scores by the sociodemographic characteristics of the participants is shown in Table 4. Significant results were obtained between the scale scores according to age, education, employment status, health insurance, and time of

weaning (p<0.05).

Table 4. Distribution of the participants by their socio-demographic characteristics

Variables		N (336)	M(SD)	F-t/p
Age ($\bar{X}$±SS, 30.30±4.68)	29 and below	40 (11.9)	97.47±9.62	-2.536/0.012*
	30 years and older	296 (88.1)	101.37±8.88	
Education status	Primary education	58 (17.2)	96.70±9.06	11.411/0.000*
	High school and equivalent	55 (16.4)	97.83±10.03	
	University	223 (66.4)	102.10±8.50	
Employment status	Yes	152 (45.2)	102.54±9.17	3.849/0.000*
	No	184 (54.8)	98.76±8.77	
Presence of health insurance	Yes	293 (87.2)	101.05±8.81	3.099/0.000*
	No	43 (12.8)	96.48±10.38	
Family type	Nuclear	298 (88.7)	100.68±9.10	0.984/0.326
	Extended	38 (11.3)	99.03±8.81	
Attendance to training on weaning	Attended	78 (23.2)	101.25±8.34	0.874/0.383
	Did not attend	258 (76.8)	100.22±9.38	
The time to consider weaning the current baby	Less than12 months	62 (18.5)	97.79±9.94	7.135/0.001*
	12-18 months	70 (20.8)	98.54±8.67	
	19 months and over	204 (60.7)	101.95±9.10	

*P<0.05

Discussion

Weaning is the process of gradually reducing and terminating breastfeeding.[16] Breastfeeding practices, including weaning, are considered a complex pattern of behavior influenced by many factors such as individual, cultural and social variables.[17] As well as starting breastfeeding, ending breastfeeding is an important period and requires the use of a special approach.[18] The original instrument developed by Zahra Jannat- Alipoor was found to be adequate to measure a woman's cultural attitude towards weaning.[6] In this context, it is thought that this scale will guide healthcare professionals in terms of providing qualified care to a woman who is at the stage of terminating breastfeeding. This study demonstrated that the Turkish translation and cultural adaptation of the MCBW scale is psychometrically appropriate and is a reliable and valid tool for assessing cultural attitudes towards weaning.

The scales used in scientific studies should be reliable and valid to be used in other studies.[14,19] The Davis technique was employed to assess the content validity (CVR-CVI) of the scale. In the literature, the CVI value obtained with the Davis technique is recommended to be 0.80 and above.[20] In this study, For CVR, one item was excluded from the scale because it was below 0.75 and with the common opinion of all experts. The CVI value obtained for all remaining items is 0.92. In the original study, this value was 0.93. As a result, the scale was found to be sufficient in terms of CVI and a form that reflects women's cultural attitudes towards weaning.[6,21,22]

Exploratory Factor Analysis (EFA) and CFA were conducted together in more than half of the studies to determine the CV of the scales interpreted into Turkish culture.[23-26] However, while the studies that used only CFA constitute a small portion of the scale studies examined.[27-29] it was observed that only EFA was used in a smaller proportion.[30] However, in the literature, since the theoretical basis of a scale developed in a different culture was previously explained in the EFA, it is recommended to proceed directly to the CFA stage that there is no need to conduct EFA again.[12,31] In this direction, CV was tested with CFA in our study. Factor loadings are expected to exceed 0.40.[32,33] According to the results obtained from CFA, 19 items in the original scale were excluded due to low factor loadings. The remaining 30 items revealed a 5-factor structure consisting of context, solutions, searching for help, maternal outcomes, and child-related outcomes. Jannat-Allipor's study shows a 5-

factor structure with 48 items, and the number of items in this study was not parallel.[6] No other study adapting the original scale to other languages was found in the literature review. Therefore, it is thought that repeating the factor structure with sample groups of different sizes and in different countries would be beneficial in terms of improving the scale structure and scientifically.

In scale adaptation studies, in order to improve the fit indexes in the model, it is suggested to generate new covariances for those with high covariance among the scale items that decrease the fit.[34] In this study, the items that decreased the fit were identified and new covariances were generated. Then, in all repeated fit index tests, the values recommended in the literature were achieved.[35] The findings show that the model is acceptable.

Cronbach's Alpha was estimated to determine the reliability and the Reliability Coefficient (RC) for the overall scale was found to be 0.89. When a scale has a coefficient between 1.00-0.80, it is interpreted as having high reliability.[32] A similar result was obtained with the value found in the original study (0.88). Considering these values, the Item Correlation (IC) of the scale, which is an important determinant of reliability, was found to be sufficient. In addition, the item-total correlation coefficients of all items in the scale were determined to be positive and greater than 0.30, as recommended in the literature.[22] This result shows that women understand the items correctly and can answer them objectively, and also shows that the discrimination level is high.

The minimum and maximum possible scores of the scale are 30 and 150, respectively. In this study, the average score obtained was 100.98 ± 9.03. According to the cut-off points defined for the scale (30–70: poor attitude, 71–110: moderate attitude, 111–150: positive attitude), this result indicates that the women had a moderate attitude towards weaning. This finding suggests that women need more information to improve their attitudes towards weaning and to prevent early termination of breastfeeding. The low rate of education on weaning among the women included in the study reinforces this result. In a study conducted in Türkiye assessing the knowledge and practices of mothers pertaining the termination of breastfeeding, it was found that 10.9% of the women received training on weaning from a healthcare professional and approximately 64% of them terminated breastfeeding before 18 months. This suggests that there is a lack of knowledge on this subject and that mothers do not receive adequate professional support regarding the process of termination of breastfeeding.

Conclusion

The results of the study showed that the Turkish version of the Cultural Beliefs about Weaning Scale had sufficient reliability and validity. The IC coefficients and validity values were consistent with the values obtained in the original study. Therefore, it can be said that the scale has the characteristics of determining the cultural beliefs of breastfeeding mothers about weaning in Türkiye. It is thought that the scale will fulfill an important need in future studies and will guide healthcare professionals in evaluating the mother's educational needs and selecting the proper intervention during the weaning process. It is accepted by all health authorities that breastfeeding should last until at least 2 years of age and it is essential that mothers are encouraged to do so. Termination of breastfeeding at the right time and in the right way is also an important component of this process. In particular, it may enable community health workers monitoring the breastfeeding process to evaluate mothers holistically and improve the quality of care.

Acknowledgements:

The authors declared no potential conflicts of interest.

The authors would like to thanks to the participating mothers for their support in this research and Zahra Jannat-Alipoor et al. for giving permission to use the scale.

Ethical Approval

Ethical approval was priorly received from the Committee of Ege University Medical Research Ethics Committee (Date: 20.05.2021; Decision No: E.9681).

Author Contributions

Sevil Güner: Concept, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Aysun Ekşioğlu: Concept, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Emine Serap Çağan: Concept, design, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Aytül Hadımlı: Concept, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

References

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med 2002;347(1):284-7.
2. Rose ME, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res 2002;935(1-2):40-6.
3. Grenier J. History of Breastfeeding. Available from: http://global-breastfeeding.org/pdf/BFhistory.pdf Access date: 12.02.2014.
4. World Health Organization. Infant and young child feeding. (2021). Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding Access date: 09.01.2022.
5. Kademoglu OS. Baby development: When and how should I wean my baby? Available from: http://www.istanbulparentingclass.com/makaleler/bebegimine-zaman-ve-nasil-sutten-kesmeliyim.html Access date: 20.07.2020.
6. Jannat-Alipoor Z, et al. Questionnaire on Mothers' Cultural Beliefs About Weaning: Development and Psychometric Evaluation. Int J Womens Health Reprod Sci 2020;8(1):61-7.
7. Fouts HN. Social and emotional contexts of weaning among Bofi farmers and foragers. Ethnology 2004; 43:65-81. https://doi.org/10.2307/3773856
8. Dinç A, Dombaz İ, Dinç D. Traditional Practices Related To Breast Milk And Breastfeeding Of Mothers With Babies Of 6-18 Months. BAUN Health Sci J 2015;4:125-30.
9. Alsaç SY, Polat S. Knowledge and Attitudes Related to the Finalization of Mothers Breastfeeding. Florence Nightingale Journal of Nursing 2017, 26(1), 11-20.
10. Sloan S, et al. Early weaning is related to weight and rate of weight gain in infancy. Child Care Health Dev 2008;34:59-64. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00771.x
11. Zare P, et al. Pattern of complete weaning and its related factors in Fars Province. J Jahrom Univ Med Sci 2013;11:27-33.
12. Alpar R. Applied Statistics with Examples from Sports, Health and Education Sciences and Validity-Reliability-SPSS with Analysis Steps. 5th ed. Ankara: Detay Publishing; 2018.
13. Karakoç FY, Dönmez L. Basic principles in scale development studies. Med Educ World 2014;13:39-49.
14. Esin MN. Data collection methods and tools & reliability and validity of data collection tools. In: Research Process in Nursing, Application and Critical. İstanbul, Türkiye: Nobel Medicine Book Houses; 2014. p. 193-233.
15. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: updated guideline. Florence Nightingale J Nurs 2018;26:199-210.
16. Abu Shosha GM. Weaning practices of Jordan1ian mothers: A qualitative study. Health Soc Care Community 2022;30:612-21.
17. Dykes F. Protection, promotion and support of breastfeeding is now a major public health priority. Matern Child Nutr 2005;1:225-6.
18. National Institute for Children's Health Quality (NICHQ). Cultural sensitivity for better breastfeeding outcomes. 2022. Available from: https://www.nichq.org/insight/cultural-sensitivity-better-breastfeeding-outcomes.
19. Erkuş A. Measurement and scale development in psychology-I: Basic concepts and operations. 2nd ed. Ankara: Pegem Publications; 2014.
20. Yeşilyurt S, Çapraz C. A road map for the content validity used in scale development studies. Erzincan Univ J Educ Faculty 2018;20:251-64.
21. Polit FD, Beck CT. Nursing research principles and method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
22. Heale R, Twycross A. Validity and reliability in quantitative studies. Evid Based Nurs 2015;18:66-7.

23. Mızrak B. Adaptation of breastfeeding motivation scale into Turkish and determination of factors affecting breastfeeding motivation. PhD, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Türkiye; 2017.
24. Karakaya N, Kılıç M. Turkish Adaptation Of The Workplace Breastfeeding Support Scale: A Validity And Reliability Study. J Samsun Health Sci 2021;6(3):721-36. https://doi.org/10.47115/jshs.1029188
25. Boz N. Turkish psychometric properties of the maternal breastfeeding assessment scale. MSc, Ege University, İzmir, Türkiye; 2019.
26. Uyanık G, Turfan EÇ, Ekşioğlu A. Reliability and validity study of the breastfeeding experience scale among Turkish mothers. Breastfeed Rev 2022;30:7-16.
27. Tokat MA, Okumuş H. Translation and psychometric assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Türkiye. Midwifery 2010;26:101-8.
28. Dolgun G, et al. Reliability and validity of the Bristol Breastfeeding Assessment Tool in the Turkish population. Midwifery 2018;57:47-53.
29. Akçay İ, Demirgöz MB. Adaptation of the primiparous breastfeeding motivation scale into Turkish: validity-reliability study. Ankara Med J 2020;20:79-89.
30. Aydın A, Pasinlioğlu T. Reliability and Validity of a Turkish version of the prenatal breastfeeding self-efficacy scale. Midwifery 2018;64:11-6.
31. Güngör D. Guidelines for the development and adaptation of measurement tools in psychology. Turk Psychol Artic 2016;19:104-12.
32. Samuels P. Advice on exploratory factor analysis. Birmingham City University; 2016. doi: 10.13140/RG.2.1.5013.9766
33. Alavi M, et al. Exploratory factor analysis and principal component analysis in clinical studies: Which one should you use. J Adv Nurs 2020;76:1886-9. https://doi.org/10.1111/jan.14377
34. Mishra P, et al. Application of student's t-test, analysis of variance, and covariance. Ann Card Anaesth 2019;22:407-11. doi: 10.4103/aca.ACA_94_19
35. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Pract Assess Res Eval 2005;10:173-81.

Araştırma Makalesi – Original Article

Hatay İl Merkezindeki Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler*

Factors Affecting the Treatment Compliance of Hypertension Patients in Hatay City Center

Hilal Karabulut[i], Evrim Arslan[ii]

[i]Uz. Dr., Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü, https://orcid.org/0009-0007-8859-8295

[ii]Dr. Öğr. Üyesi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., https://orcid.org/0000-0003-1941-0221

ÖZ

Amaç: Hipertansiyon dünya genelinde yaygın olup mevcut tedavilere rağmen kontrol altına alınamayan önemli bir hastalıktır. Bu araştırmada Hatay il merkezinde hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel tiptedir. Çalışma verileri Haziran-Temmuz 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklemi Hatay ilinin merkez ilçesi olan Antakya'daki 45 Aile Sağlığı Merkezinden seçilen 288 tane 18 yaş üzeri hipertansiyon tanılı hastalar oluşturmaktadır. Sosyodemografik özellikler ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) yüz yüze uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı ile Student T Testi, Anova testi, Kruskal Wallis testleri kullanılmış, p<0,05 önemli kabul edilmiştir.

Bulgular: İBÖS-KF ölçek puan ortalamaları 37,2±9,6 ve tedaviye uyumları orta düzeydedir. Hastalık süresi uzun olanların, ilaçlarının ismini bilenlerin, ilaç sayısı az olanların, prospektüsü okuyanların, ilaçlarını düzenli kullananların, ilaç temininde sorun yaşamayanların, kontrollere düzenli gidenlerin, tansiyon aleti olanların, evde ölçüm yapanların, tansiyonunu ölçebilenlerin, hipertansiyon ile ilgili eğitim alanların, tuz tüketimini sınırlayanların, egzersiz yapanların, tansiyonları kontrol altında olanların, acile az başvuranların tedaviye uyumu daha iyiydi (p<0,05). Katılımcıların %45,1'inde tansiyonun kontrol altında olmadığı saptanmıştır. Tedavi uyumları ile tanı alma süreleri arasında pozitif yönlü; sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında ise negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Sonuçlar: Hastaların yaklaşık yarısında tansiyon kontrolü sağlanamamaktadır. Hastalık hakkında bilgi sahibi olmak tedaviye uyumda çok önemlidir. Bu nedenle bilgilendirme, kronik hastalık takibi ile sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının kazandırılması için projeler yapılmalı ve farkındalık arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hatay, Hipertansiyon, Tedavi uyumu, İBÖS-KF

ABSTRACT

Objective: Hypertension is a common disease worldwide and cannot be controlled despite current treatments. This study aimed to determine the compliance of hypertension patients to treatment in Hatay city center.

Method: The study is cross-sectional. The study data were collected between June and July 2022. The sample consisted of 288 patients over the age of 18 with hypertension diagnosis selected from 45 Family Health Centers in Antakya, the central district of Hatay province. Sociodemographic characteristics and Self-Efficacy Scale Short Form (SEF-SF) were applied face to face. In the analysis of the data, Student T Test, Anova test, Kruskal Wallis tests were used with SPSS 22.0 package program, and p<0.05 was considered significant.

Results: The mean score of the İBÖS-KF scale was 37.2±9.6 and their compliance with treatment was at a moderate level. Those with a long disease duration, those who knew the names of their medications, those who had few medications, those who read the leaflet, those who used their medications regularly, those who did not have problems obtaining medications, those who went to check-ups regularly, those who had a blood pressure monitor, those who measured their blood pressure at home, those who could measure their blood pressure, those who received training on hypertension, those who limited their salt intake, those who exercised, those whose blood pressure was under control, and those who visited the emergency room less frequently had better compliance with treatment (p<0.05). It was determined that 45.1% of the participants had uncontrolled blood pressure. A positive correlation was found between treatment compliance and the time to diagnosis; and a negative correlation was found between systolic and diastolic blood pressure averages.

Conclusion: Blood pressure cannot be controlled in approximately half of the patients. Being informed about the disease is very important for compliance with treatment. Therefore, projects should be carried out and awareness should be raised to inform, monitor chronic diseases and gain healthy lifestyle habits.

Keywords: Hatay, Hypertension, Treatment compliance, MASES-S

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):699-709
DOI: 10.31020/mutftd.1621443
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 16 Ocak 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 24 Şubat 2025
İletişim- Correspondence Author: Evrim Arslan <evrimars31@gmail.com>
Etik Kurul Onayı: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 02/06/2022, Sayı: 06/19)
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Hipertansiyon(HT), küresel ölçekte en yaygın ve önlenebilir sağlık sorunlarından biri olup, sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg, diyastolik kan basıncının (DKB) ise 90 mmHg ve üzerinde olması şeklinde tanımlanır.[1] Hipertansiyon gelişiminde genetik faktörler yanında aşırı tuz tüketimi, sağlıksız beslenme, sigara / tütün kullanımı, alkolün aşırı kullanımı, stres, yetersiz fiziksel aktivite, fazla kilo/obezite gibi değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri de yer alır.[2]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel Sağlık Gözlemevi verilerine göre, 25 yaş üstünde hipertansiyon prevalansının %40, 60 yaş üzerinde ise %60 olduğu tahmin edilmektedir. Hipertansiyonun tüm ölümlerin yaklaşık %13'ü ile ilişkili olduğu ve 57 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılından (DALYS) sorumlu olduğu belirtilmektedir.[3,4] Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise nüfusun üçte birinin hipertansif olduğu gösterilmiştir.[5,6] Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II)-2010 ve Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2 (PatenT2)-2012 verilerinde 20 yaş üstü hipertansiyon prevalansı %30 bulunmuştur.[7,8] Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışması 2009-2014 verilerine göre, 40 yaş üzerindeki erkeklerin yaklaşık %53'ünde; kadınların %64'ünde hipertansiyon saptanmıştır.[9] Türkiye'de 2017 yılında DSÖ Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEP Wise) yaklaşımını kullanarak yapılan çalışmada hipertansiyon tanısıyla ilaç kullananlar dâhil 15 yaş ve üzeri nüfusta her 10 kişiden üçünün hipertansiyonu olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon prevalansının yaşın artışıyla beraber artış gösterdiği görülmüştür.[2]

Hipertansiyon tedavisinde hastanın kan basıncı, yaşam tarzı değişiklikleri ile kontrol altına alınamıyorsa ilaç tedavisine başlanır. Risk faktörleri, tedavi kararında önemli bir rol oynar. Diyabet, böbrek hastalığı veya kalp hastalığı gibi ek risk faktörleri bulunan hastalarda, tedavi daha erken dönemde başlatılmalıdır.[10] Tedavi edilmediğinde kalp, beyin, böbrekte ciddi hasar yapmaktadır. İskemik kalp hastalığından kaynaklanan ölümlerin %45'i ve serebrovasküler hastalıktan kaynaklanan ölümlerin %51'i hipertansiyona bağlıdır.[3]

Bununla birlikte dünyada hastaların yarısının tanı almadığı ve hipertansiyonu olanların ise sadece beşte birinin etkili tedavi aldığı görülmüştür.[11] Bir çalışmada tanı alan hastaların %50'sinde, bir başka çalışmada ise %75'inde antihipertansif tedaviye uyumsuzluk nedeniyle kan basıncı kontrolü sağlanamadığı tespit edilmiştir.[9,12] Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında yürüttüğü Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'na göre, hastaların %30'unun kan basıncı kontrol altındayken %42'sinin tedavi almadığı bulunmuştur.[13]

Tüm bu çalışmalar dünyada ve Türkiye'de hipertansiyon tedavi ve kontrolünün hala yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Bu soruna yönelik olarak tedaviye uyumsuzluk başlıca problemlerden biri olarak görülmektedir. DSÖ'ye göre tedaviye uyum "hastanın tıbbi talimatları ne ölçüde takip ettiği" olarak tanımlanmıştır.[14] Tedaviye uyumsuzluk, sağlığın bozulmasına, hastalık durumunun ilerlemesine veya ölüme neden olabilir. Ayrıca sağlık sistemi üzerindeki maliyet yükünü de artırabilir.[15] Halk sağlığı açısından toplumda oldukça sık görülen hipertansif hastaların tedaviye uyumlarının sağlanması morbidite ve mortalitede ciddi azalma sağlayacağından ve birçok kronik hastalığın seyrine de olumlu etkide bulunacağından dolayı güncel çalışmalar tedaviye uyumsuzluğun altta yatan nedenlerine odaklanmıştır.

Bu sorunun çözümüne yönelik olarak hazırlanan kılavuzlarda hipertansif hastalarda değiştirilebilir risk faktörlerinin taranması ve yönetimi, tüm yetişkinlerin kan basıncı değerlerinin tıbbi kayıtlara kaydedilmesi ve kan basınçlarının farkında olmalarının sağlanması ve kan basıncı düzeyine göre düzenli aralıklarla taranmaları önerilmektedir.[16] Ancak hastaların tedaviye uyumsuzluklarına yönelik yapılan çalışmalarda bu uyumsuzlukların bölgesel olarak farklılıklar gösterdiği ileri sürülmüş olup farklı sosyodemografik bölgelerden yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.[8,13]

Bu araştırmanın amacı, Hatay ili Antakya ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran kayıtlı hipertansiyon hastalarında kan basıncı düzeylerini belirlemek ve tedaviye uyumları ile bu duruma etki eden faktörleri incelemektir.

Gereç ve yöntem

Çalışma kesitsel tiptedir. Çalışma verileri Haziran-Temmuz 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Evreni Hatay ilinin merkez ilçesi olan Antakya'daki 45 ASM, örneklemi ise bu ASM'lerden basit rastgele örnekleme ile seçilen 15 ASM'ye kayıtlı 18 yaş üzeri hipertansiyon tanılı hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı Open Epi programında hipertansiyonun prevalansı %30, Antakya ilçe nüfusu 393.634, güven aralığı %95 ve desen etkisi 1,5 alınarak 268 olarak hesaplanmıştır.[17] Örneklem sayısı, ASM'lerin birim sayılarına göre tabakalandırılmıştır. Toplam birim sayısı 47 olup örneklem sayısı toplam birim sayısına bölündüğünde (268/47=5,7) her birim için 6 hastaya ulaşılacak şekilde toplamda en az 282 hastanın araştırmaya katılması hedeflenmiş 288 hastaya ulaşılmıştır.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri; Kişinin araştırmaya katılmaya gönüllü olması, 18 yaş ve üzerinde olmak, en az altı ay önce hipertansiyon tanısı almış olmak ve antihipertansif ilaç kullanmaktır. ASM'de aile hekimleri gelen hipertansif hastaları araştırmacıya yönlendirmiştir. Araştırmacıya ait telefon kullanılarak yüz yüze e-anket yapılmıştır. Katılımcılara kılavuzlarda önerildiği gibi son yarım saat içerisinde çay, kahve, sigara içmemiş ve egzersiz yapmamış olması koşuluyla en az 5 dakika istirahatten sonra aralarında en az iki dakika bırakılarak iki kez sağ koldan tansiyon ölçümü yapılmıştır. Çalışmada araştırmacı ölçümleri kalibrasyonu yapılmış tansiyon aleti, Littmann steteskop, 150 cm yumuşak mezura ve ASM'lerde bulunan tartı ve boy ölçerler ile yapmıştır.

Ön denemesi yapılan anket formu sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve ilaç kullanımı ile ilgili özellikler, ölçek formu ve antropometrik ölçümlerin yer aldığı 73 sorudan oluşmaktadır.

İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF); Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından 2012'de yapılmıştır. Ölçek kullanımı için izin alınmıştır. İBÖS-KF, bireyin reçete edilen antihipertansif ilaçlara uyumunu sorgulayan 13 maddeden oluşur. Ölçekte alt ölçek yoktur. Toplam puan 1 ile 4 (Hiç emin değilim=1, Biraz eminim=2, Eminim=3, Çok Eminim=4) arasındadır. Hastalar en düşük 13, en yüksek 52 puan alabilmektedir. Puanın yükselmesi bireyin ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlilik katsayısı 0,94 idi.[18]

Araştırmanın bağımlı değişkeni İBÖS-KF ölçeği toplam puan ortalamaları; bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik düzeyi, meslek, yaşadığı yer, kimlerle birlikte yaşadığı, ailede hipertansiyon hastalığı varlığı durumu, sigara, alkol ve kahve içme alışkanlıkları, son bir yıldaki sağlık durumu hislerini, hipertansiyon tanısı süreleri, ilaç ismini bilme, prospektüsü okuma, olası yan etkileri bilme, ilaç değişikliği yapılması durumu ve nedenleri, günde kullanılan toplam ilaç sayısı, kronik hastalık varlığı, ilaç düzenleyici kutu kullanma durumu, ilaç kullanma ve kontrollere girme düzeni, kontrole gidilen sağlık kuruluşları ile hekimlerin branşları, kontrollere gitmeme nedenleri, ilaçları temin etmekte sorun yaşama durumları ve nedenleri, doktor kontrolüne gitme sıklıkları, kendi tansiyonlarını ölçme bilgileri, evde tansiyon aleti varlığı, tansiyon ölçüm yeri, tansiyon ölçme sıklıkları ve tansiyon yükseldiğinde ne yaptıkları, son bir yıl içerisinde hipertansiyon nedeniyle acile gitme durumları, hipertansiyon ile ilgili eğitim ve diyet verilmesi durumları, önerilen diyete uyma durumları, günlük tüketmeleri gereken tuz miktarı fikirleri, yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumları, yemeklerde hangi yağları kullandıkları, egzersiz/spor yapma durumları, uyku kaliteleri ile antropometrik ve tansiyon ölçümlerinin hesaplamaları olarak belirlendi.

Verilerin sınıflandırılmasında Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'ndaki ve Türkiye Beslenme Rehberi'ndeki kriterler dikkate alınmıştır. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'nda tansiyon değerleri 80 yaş altı bireyler için

SKB<140 ve DKB<90 ve 80 yaş ve üzeri bireyler için SKB<150 olduğunda tansiyon kontrol altında kabul edilmiştir. Bel çevresi erkeklerde <94 düşük risk, >94-102 riskli, >102 yüksek riskli; kadınlarda ise <80 düşük risk, >80-88 riskli ve >88 yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir. Türkiye Beslenme Rehberine göre Beden Kütle İndeksi (BKİ) <18,50 zayıf, 18,50-24,99 normal, 25,00-29,99 pre-obez, ≥30,00 obez (30,00-34,99 1. Derece; 35,00-39,99 2. Derece; ≥40,00 3. Derece obez) olarak sınıflandırılmıştır.[10,19]

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı ile tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve sürekli değişkenler için Student T Testi, Anova testi, Kruskal Wallis testleri kullanılmış, p<0,05 önemli kabul edilmiştir.

Araştırma için etik kurul ve idari izinler alınmıştır (HMKÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı, 02.06.2022/06/19). Araştırmanın finansman kaynağı bulunmamaktadır; ulaşım giderleri araştırıcı tarafından karşılanmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları; ASM'lerden hipertansiyon tanılı hastaların düzenli bir listesi elde edilemediğinden her bir aile hekimine kayıtlı hipertansiyon hasta listelerinden örnekleme yapılamamıştır. İl Sağlık Müdürlüğünden çıkan izinle seçilen ASM'lere başvuran hipertansiyon tanılı hastalara ulaşılabildiğinden araştırmanın evreni temsiliyet gücü azalmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %52,8'i kadın, %74,3'ü evlidir. Yaş ortalamaları 58,2±13,8'dir (min= 19, max= 90, median= 58). Katılımcıların %33,3'ü ilkokul, %18,8'i üniversite mezunu, %54,4'ü çalışmamaktadır. Katılımcıların %75,3'ü il/ilçe merkezinde yaşamaktadır. Hipertansif katılımcıların %74,3'ünün ailesinde hipertansiyon hastalığı bulunmakta, %16,3'ü yalnız yaşamaktadır. Cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, yaşanılan yer, aile tipi ve öyküsü, meslek ve gelir düzeyi tedaviye uyumu etkilemiyordu(p>0,05) ***(Tablo 1)***.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

Değişken		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	152	52,8
	Erkek	136	47,2
Yaş	40 yaş altı	28	9,7
	40-64	162	56,3
	65 yaş üstü	98	34,0
Medeni durum	Evli	214	74,3
	Bekar	19	6,6
	Dul/Boşanmış	55	19,1
Eğitim durumu	Okuryazar değil	33	11,5
	Okuryazar İlkokul	17	5,9
	Ortaokul	96	33,3
	Lise	41	14,2
	Üniversite	47	16,3
		54	18,8
Yaşadığı yer	İl/İlçe merkezi	217	75,3
	Köy/Kasaba	71	24,7
Aile öyküsü varlığı	Evet	214	74,3
	Hayır Bilmiyorum	47	16,3
		27	9,4
Toplam		288	100,0

Katılımcıların İlaç Tedavisine Uyum Öz-etkililik Ölçeği Kısa Formu ölçek puanı ortalamaları 37,2±9,6 (min=13; max=52,0) idi. Puanın yükselmesi ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %23,6'sı sigara kullanıyor, %13,5'i ise bırakmıştır. Ortalama sigara tüketimi 28,2±20,7 paket/yıldır. Tanı aldıktan sonra %14,2'si sigarayı bırakmış/azaltmış, %21,9'u sigara içmeye devam etmektedir. Katılımcıların %42,0'ı alkol kullandığını belirtti. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra %12,8'i

alkolü bırakmış/azaltmıştır. Katılımcıların %37,8'i her gün kahve içiyordu. Sigara, alkol ve kahve tüketimi tedaviye uyumu etkilemiyordu(p>0,05).

Hipertansiflerin %63,5'inde ek kronik hastalık vardı ve en sık görülen %39,9 ile dislipidemi idi. Katılımcıların %84,4'ü son bir yıldaki sağlık durumlarını iyi/orta olarak belirtti. Hastalık süresi 9,7±8,4 yıl (min = 0; max = 15) idi. Tanı süresi arttıkça tedaviye uyum artıyordu(p=0,002). Tedaviye uyumda önemli fark oluşturanlar tanı yılı 1-4 yıl olanlar ile 10 yıl ve daha fazla olan kişiler arasındaydı (p=0,003) ***(Tablo 2)***. Tedavi uyumları ile tanı aldıkları süreler arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu (r=0,176, p=0,003).

Tablo 2. Sağlık Durumlarına Göre İBÖS-KF Ölçek Puan Ortalamaları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
Ek kronik hastalık	Var	183	63,6	37,5	8,7	0,557*
	Yok	105	36,4	36,8	11,1	
Sağlık Algısı	Çok kötü/Kötü	41	14,2	34,1	8,7	0,061**
	Orta	114	39,7	37,3	9,9	
	Çok iyi/İyi	133	46,1	38,2	9,5	
Tanı Yılı	1-4 yıl	94	32,7	34,4	11,1	**0,002****
	5-9 yıl	63	21,9	37,9	7,9	
	10 yıl +	131	45,4	39,0	8,8	

* Student T Testi, **One- Way ANOVA

Hastaların %41,0'ı kullandığı ilacın ismini bilmiyor, %62,8'i prospektüsünü okumuyor, %67,4'ü olası yan etkilerini bilmiyordu. İlaçlarının ismini bilenlerin ve prospektüsünü okuyanların tedaviye uyumu daha iyiydi (p<0,001; p=0,018) ***(Tablo 3)***.

Tablo 3. Katılımcıların İlaç Bilgilerine Göre İBÖS-KF Ölçeği Puanları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
İlaç ismi bilme	Evet	170	59,0	39,7	9,1	**0,001***
	Hayır	118	41,0	33,7	9,3	
Prospektüs okuma	Okumuyor	181	62,9	36,2	9,6	**0,018***
	Okuyor	107	37,1	39,0	9,5	
Olası yan etkileri bilme	Evet	94	32,7	38,7	10,4	0,074*
	Hayır	194	67,3	36,5	9,2	
İlaç değişikliği	Evet	156	54,1	38,1	8,5	0,129*
	Hayır	132	45,9	36,3	10,7	

*Student- T testi

Katılımcıların %71,5'i tek hipertansiyon ilacı kullanıyor, %13,2'si dirençli hipertansiyon tedavisi alıyordu. Tanı sonrası hastaların %54,2'sinde ilaç değişikliği yapılmış. Bu hastaların %40,4'ü tansiyonları düşmediği için ilacının değiştiğini belirtti. Günlük kullanılan ilaç sayısı 3,3±2,8 (min = 0; max= 15) idi. Günlük alınan toplam ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyum azalıyordu (p=0,001).

Araştırmaya katılanların %75,0'ı ilaçları düzenli kullanıyor, %59,4'ü kontrollere düzenli gidiyordu. Kontrol için %41,0'ı devlet hastanesine, %33,3'ü ASM'ye gidiyordu. Düzenli kontrole gidenlerin %42,7'si kardiyolojiye gidiyordu. Katılımcıların %31,9'u kontrole yılda bir gidiyordu. Hastaların %25,7'si kendilerini iyi hissettikleri için kontrole gitmiyordu. Hastaların %93,1'i ilaç temininde sorun yaşamıyordu. İlaçlarını düzenli kullananların ve doktor kontrollerine düzenli gidenlerin tedaviye uyumları daha iyiydi (p<0,001; p<0,001). Özel hastaneye kontrole gidenlerin uyumu aile sağlığı merkezine gidenlere göre daha iyiydi(p=0,002). Altı ay ve daha sık kontrole gidenlerin tedaviye uyumları daha iyiydi (p=0,013) ***(Tablo 4***).

Tablo 4. Tedavi Durumları ve İBÖS-KF Ölçek Puan Ortalamaları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
İlacı düzenli kullanma	Evet	216	75,0	40,2	7,9	**0,001***
	Hayır	72	25,0	28,3	8,6	
Kontrole düzenli gitme	Evet	171	59,3	40,2	8,6	**0,001***
	Hayır	117	40,7	33,0	9,5	
Kontrole gidilen hastane	ASM	96	34,0	34,7	10,6	**0,002****
	Özel	43	15,0	41,0	9,1	
	Devlet	117	41,0	38,2	8,4	
	Üniversite	29	10,0	37,6	7,3	
Kontrole gitme sıklığı	6 ay altı	156	54,1	38,5	8,9	**0,013***
	6 ay üstü	132	45,9	35,7	10,3	
İlaç temininde sorun	Hayır	268	93,0	37,5	9,7	0,056*
	Evet	20	7,0	33,3	8,1	

*Student-T testi, **One-Way Anova testi

Katılımcıların %72,2'sinin tansiyon aleti vardı ve %60,4'ü tansiyon ölçmeyi biliyordu. Katılımcıların %49,7'si tansiyonlarını rahatsızlandıkça ölçüyordu. Katılımcıların %64,6'sı tansiyon ölçümlerini evde, %21,5'i ASM'de yapıyordu. Hastaların %67,4'ü son bir yılda tansiyon yüksekliği nedeniyle acile başvurmuştu. Katılımcıların %46,9'u günlük tüketilmesi gereken tuz miktarını biliyordu. Tansiyon aleti olanların, tansiyon ölçmeyi bilenlerin, evde ölçüm yapanların, acile az başvuranların, günlük tüketilmesi gereken tuz miktarını bilenlerin tedaviye uyumu daha iyiydi (p<0,05). Katılımcıların %40,5'i tansiyonları yükseldiğinde ilaç alıyor, %25,1'i limon suyu içiyor, %14,7'si acil/doktora gidiyordu ***(Tablo 5)***.

Tablo 5. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puanları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
Kendi tansiyonunu ölçebilme	Evet	174	60,4	39,2	9,1	**0,001***
	Hayır	114	39,6	34,3	9,7	
Evde tansiyon aleti varlığı	Evet	208	72,2	38,9	9,1	**0,001***
	Hayır	80	27,8	33,0	9,6	
Tansiyon yükselince yapılanlar	Tıbbi**	154	53,4	38,0	9,5	0,106*
	Geleneksel***	134	46,6	36,1	9,6	
Son bir yılda acile başvuru	Evet	94	32,7	34,5	9,5	**0,001***
	Hayır	194	67,3	38,6	9,4	
Günlük tuz tüketim bilgisi	Doğru	135	46,9	39,1	9,5	**0,002***
	Yanlış	153	53,1	35,6	9,4	

*Student- T testi ** Tıbbi yöntem(ilaç almak, acile/doktora gitmek) ***Geleneksel yöntem(limon, sarımsak, nar ekşisi)

Katılımcıların %77,4'ü hipertansiyon ile ilgili eğitim almamıştı. Eğitim alanların tedaviye uyumları daha iyiydi (p<0,05) ***(Tablo 6)***.

Tablo 6. Hipertansiyon ile İlgili Eğitimlerine Göre Ölçek Puan Ortalamaları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
Hipertansiyon eğitimi alma	Evet	65	22,6	42,3	8,8	**0,001***
	Hayır	223	77,4	35,8	9,4	
Hipertansiyon diyeti verilme	Evet	155	53,9	38,1	10,0	0,102*
	Hayır	133	46,1	36,2	9,1	

*Student- T testi

Hastaların %57,6'sı yemeğin tadına bakmadan tuz atmıyordu. Yemeğin tadına bakmadan tuz atmayanların ve diyete uyanların tedaviye uyumu daha iyiydi(p<0,05). Margarin, ayçiçek ve mısırözü yağı kullananların tedaviye uyumu daha kötüydü (p<0,05). Hastaların %48,3'ü hiç egzersiz yapmıyordu. Katılımcıların %52,1'inin uyku kaliteleri ortaydı. Egzersiz yapanların ve uyku kalitesi iyi olanların tedaviye uyumu daha iyiydi. Katılımcıların tedaviye uyumları düzenli egzersiz yapma sıklıklarına göre incelendiğinde gruplar

arasındaki fark anlamlı idi (p=0,003). Farkı oluşturan gruplar hiç egzersiz yapmayanlar ile haftada 3 günden az (p=0,012) ve haftada 3-5 gün (p=0,049) egzersiz yapan hipertansifler arasındaydı. Katılımcıların uyku kalitesi ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki önemli bulundu. Farkı oluşturan gruplar uyku kalitesi kötü-orta (p=0,016) ile kötü-iyi (p=0,002) olan gruplardı ***(Tablo 7)***.

Tablo 7. Katılımcıların Bazı Sağlık Alışkanlıklarına Göre İBÖS-KF Puan Ortalamaları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
Diyet alanda uyum	Çoğunlukla	101	65,0	39,7	9,5	**0,006***
	Nadiren	54	35,0	35,1	10,3	
Tatmadan tuz	Çoğunlukla	40	13,8	32,9	9,0	**0,002***
ekleme	Nadiren	248	86,2	37,9	9,6	
En az 30 dk	Hiç yapmam	139	48,2	35,1	9,6	**0,003****
egzersiz	Haftada 3 ve az	92	32,0	39,0	8,9	
	Haftada 3-5 gün	33	11,5	39,7	8,4	
	Her gün	24	8,3	39,7	11,4	
Uyku kalitesi	Kötü	54	18,9	33,2	8,4	**0,002****
	Orta	150	52,0	37,6	8,9	
	İyi	84	29,1	39,2	10,8	
Tereyağı	Kullanıyor	109	37,9	36,9	9,5	**0,600***
	Kullanmıyor	179	62,1	37,5	9,7	
Zeytinyağı	Kullanıyor	233	80,9	37,6	9,6	**0,221***
	Kullanmıyor	55	19,1	35,8	9,8	
Ayçiçek yağı	Kullanıyor	163	56,5	36,1	10,2	**0,020***
	Kullanmıyor	125	43,5	38,8	8,6	
Mısırözü yağı	Kullanıyor	18	6,2	33,2	9,3	**0,065***
	Kullanmıyor	270	93,8	37,5	9,6	
Margarin	Kullanıyor	9	3,1	29,0	11,4	**0,009***
	Kullanmıyor	279	96,9	37,5	9,5	

*Student- T testi, **One-Way Anova testi

Katılımcıların boy ortalamaları 166,7±9,6 cm (min= 150; max= 194); kilo ortalamaları 84,4±14,5 kg (min=47; max=132); bel çevresi ortalamaları 102,1±16,8 cm (min= 58; max=138) ve BKİ ortalamaları 30,4±5,1 kg/m2 (min=17,6; max= 53,4) idi.

Katılımcıların %45,1'inin tansiyonu kontrol altında değildi (SKB ≥ 140; DKB ≥ 90). Tansiyonları kontrol altında olanların ve erken evre hastaların tedaviye uyumları daha iyiydi. Hastaların yapılan tansiyon ölçümlerinin evrelerine göre tedavi uyumları arasında önemli bir ilişki saptanmış olup (p<0,001) gruplar arası farklılığı oluşturanlar evre-2 tansiyonu olan kişiler ile normal (p=0,001) ve artmış (p=0,001) tansiyonu olan kişiler arasındaydı. SKB ortalamaları 133,5±18,0 mmHg (min=100; max=220); DKB ortalamaları ise 81,8±11,8 (min=50; max=125) idi. SKB ile tedaviye uyum arasında orta düzeyde negatif yönlü (r=-0,292, p<0,001); DKB ile tedaviye uyumları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü (r=-0,179, p=0,002) ilişki saptandı. Hastaların sadece %10,3'ü normal kilodaydı, %48,6'sı obez, %41,0'ı pre obez idi. Kadınların %58,6'sı obez, erkeklerin %50,0'ı pre-obez idi**.** Bel çevresi ölçümlerine göre hastaların %64,6'sı yüksek riskli idi BKİ ve bel çevresi ile tedaviye uyum arasında ilişki saptanmadı (p>0,05) ***(Tablo 8)***.

Tablo 8. Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri ve İBÖS-KF Ölçek Puan Ortalamaları

				İBÖS-KF Ölçek Puanı		
Değişken		**Sayı**	**Yüzde**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**p**
Hipertansiyon durumu	Kontrol altında	158	54,9	39,3	9,2	**0,001***
	Kontrolde değil	130	45,1	34,8	9,6	
Tansiyon evreleri	Normal	45	15,7	40,2	7,3	**0,001****
	Artmış	113	39,2	38,9	9,8	
	Evre-1	90	31,2	36,1	9,1	
	Evre-2	40	13,9	31,8	10,2	
BKİ sınıflaması	Zayıf/Normal	30	10,4	38,0	11,0	0,321**
	Pre-obez	118	41,0	37,0	9,4	
	Obezite-1	97	33,7	37,1	9,8	
	Obezite-2	31	10,8	39,5	7,6	
	Obezite-3	12	4,1	32,6	10,9	
Bel çevresi sınıflaması	Düşük Riskli	51	17,7	37,3	10,1	0,958**
	Riskli	51	17,7	37,6	9,2	
	Yüksek Riskli	186	64,6	37,1	9,7	

*Student- T testi, **One-Way Anova testi

Tartışma

Çalışmamızda ölçek puan ortalaması 37,2±9,6 olup tedaviye uyum orta düzeydedir. Benzer sonuçlu çalışmalar olduğu gibi bölgesel farklılıklar ve geriatri polikliniğinin varlığı tedaviye uyumu artırmaktadır.[20,21] Tansiyonu kontrol altında olanların tedaviye uyumu iyiydi. Türkiye'de yapılan geniş kapsamlı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.[8,22]

Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadıkları yer, aile öyküsü, sigara-alkol kullanımı) ile ölçek puanları arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır.[22] Bu durum katılımcıların %77,4'ünün hipertansiyon ile ilgili eğitim almamış olmasına bağlı olabilir.

Tanı süresi arttıkça tedaviye uyum artıyordu. Kara Söylemez ve ark.'nın yaptığı çalışmada da 11 yıl ve üzerinde tanısı olanların ölçek puanları daha yüksekti.[23] Hastalığın süresi uzadıkça farkındalık oluşması, ilaçlarını düzenli kullanma alışkanlığı geliştirmesi ve hastalık ile komplikasyonları hakkında kontrollere gittikçe daha çok bilgi sahibi olması tedaviye uyumu arttırabilir.

İlaçlarının ismini bilenlerin, prospektüslerini okuyanların ve ilaçların olası yan etkilerini bilenlerin tedaviye uyumu daha iyiydi. Gençtürk ve Gözüm de çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmıştır.[24] Hipertansiyon ilacının ismini öğrenenlerin ve prospektüslerini okuyanların sağlıkları üzerine öz sorumluluklarının yüksek olması tedaviye uyumu arttırmış olabilir.

Günlük alınan ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyum azalıyordu. Benzer çalışmalar bulunmaktadır.[20] İlaçların gün içinde farklı zaman dilimlerinde alınması ve birden fazla ilaç kullanımı özellikle yaşlı bireylerde tedaviye uyumu zorlaştırabilir.

İlaçlarını düzenli kullananların, kontrollerine düzenli gidenlerin, altı ay veya daha sık kontrole gidenlerin ve özel hastaneye gidenlerin tedaviye uyumları daha iyi bulunmuştur. Benzer sonuçlu çalışmalar da vardır.[25] Hekimlerle daha uzun süre temasta olmak bilgi ve farkındalık düzeyini arttırmış olabilir.

Hipertansiyonla ilgili eğitim alanların tedaviye uyumları daha iyi bulunmuştur. Karatay ve ark. ile Koruk ve ark. benzer sonuca ulaşmıştır.[26,27] Bu nedenle hastalara yeterli düzeyde bilgilendirilme yapılması için uygun koşullar sağlanmalıdır.

Çalışmamızda günlük tüketilmesi gereken tuz miktarını bilenlerin ve yemeğin tadına bakmadan tuz atmadığını belirtenlerin tedaviye uyumları daha yüksek saptanmıştır. Hipertansif hastalarda tuz alımı 5 g/gün' ün altına düşürülmelidir.[28] Bir meta analizde, günde yaklaşık 1,75 g sodyum azalmasının (4,4 g

tuz/gün) SKB/DKB'de ortalama 4,2/2,1 mmHg azalma ile ilişkili olduğu ve hipertansiyonu olan kişilerde daha belirgin bir azalma 5,4/2,8 mmHg olduğu gösterilmiştir.[29]

Verilen diyete uyanların ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Bu nedenle uluslararası kılavuzlarda yer alan düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, tuz kısıtlaması, sigarayı bırakma ve alkol tüketiminin azaltılması gibi yaşam tarzı değişikliği hastalara önerilmelidir.[1] DASH (Hipertansiyonu Durdurmak için Diyet Yaklaşımları) diyeti meyve, sebze, az yağlı süt ürünleri, tam tahıllar, kümes hayvanları, balık ve kuruyemişler içeren ve yalnızca az miktarda kırmızı et, tatlı, şekerli içecekler ve doymuş yağlardan oluşmaktadır. Bu diyet SKB/DKB'yi ortalama 5,5/3,0 mmHg azaltmaktadır.[30]

Egzersiz yapanların tedaviye uyumu daha iyiydi. Benzer sonuçlu çalışmalar da bulunmaktadır.[20] Düzenli egzersiz hipertansiyon başta olmak üzere birçok hastalıkla mücadelede önemlidir. Egzersizin kan basıncı üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan bir meta-analizde düzenli fiziksel aktivitenin SKB/DKB'yi ortalama 4/3 mmHg azalttığı gösterilmiştir.[31] Hipertansif hastalara haftada 5-7 gün en az 30 dakika orta yoğunlukta dinamik egzersiz (yürüme, koşu, bisiklete binme veya yüzme) ve haftada 2-3 gün serbest ağırlıklar, direnç bantları ve vücut ağırlığı ile yapılan dinamik direnç egzersizleri tavsiye edilebilir.[32]

BKİ ve bel çevresi ile tedaviye uyum arasında ilişki saptanmadı. Hacıhasanoğlu ve ark.'nın çalışmasında da ilişki saptanmamıştır.[18] 2019'da yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasında kadınların %24,8'inin obez ve %30,4'ünün obez öncesi, erkeklerin ise %17,3'ünün obez ve %39,7'sinin obez öncesi olduğu görülmüştür. Türkiye'deki erişkinlerin yaklaşık yarısı kilolu veya obezdir.[33] Çalışmalar, kilo kaybının kan basıncını düşürdüğünü göstermiştir. Bir meta-analizde beş kilo vermenin SKB/DKB'yi 4,4/3,6 mmHg azalttığı saptanmıştır.[34]

Tansiyonları kontrol altında olanların tedaviye uyumları daha iyiydi. Dünyada yetişkinlerin sadece %21'inin kan basıncı kontrol altındadır.[3] SKB/DKB'de 20/10 mmHg'lik artış ölümcül kardiyovasküler olay riskini iki katına çıkarmaktadır.[35] SKB/DKB'de 10/5 mmHg'lık azalmanın majör kardiyovasküler olaylarda %20, inmede %10-15, koroner olaylarda %20 ve kalp yetmezliğinde %40 azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[36,37] Hipertansiyonda mevcut tedavilere hastaların uyum sağlaması bu açıdan oldukça önemlidir.

Sonuç ve öneriler

Bu araştırma Hatay il merkezindeki hipertansiyon hastalarının dörtte üçünün düzenli ilaç kullandıklarını belirtmelerine rağmen yaklaşık yarısında tansiyon kontrolünün sağlanamadığını göstermiştir. Araştırmamızda tedaviye uyumun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hipertansif ilaç tedavisinin oldukça gelişmesine rağmen hipertansiyonun kontrol altına alınamamasında hastaların tedaviye uyumlarının oldukça önemli olduğu ortaya konmuştur. Hastaların tansiyon hakkında bilgi sahibi olmalarının tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktör olduğu bulunmuştur.

Bu sebeple hastalar hipertansiyon ve komplikasyonları ve tedaviye uyumun önemi konusunda bilgilendirilmeli, sağlık kuruluşlarında danışmanlık alabilecekleri birimler oluşturulmalı, aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalıklarının takibi ile birlikte tedavi uyumlarının izlenmesi sağlanmalı, toplumda da hipertansiyon farkındalığı arttırılmalıdır. Bu verilerin ışığında hipertansif hastaların kontrollere düzenli gelmesi, ilaçları düzenli kullanması, tedavi programlarını tamamlaması ve yaşam tarzı değişiklerini (diyetlerine dikkat etmeleri, düzenli egzersiz yapmaları gibi) uygulaması çok önemlidir. Toplumumuzda başta düzenli egzersiz olmak üzere sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının kazandırılması için projeler yapılmalı ve hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Etik Onay

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 02/06/2022 tarih 06/19 sayısı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Hilal Karabulut: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama.
Evrim Arslan: Fikir, tasarım, danışmanlık, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Chalmers J, et al. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines sub-committee of the World Health Organization. Clinical and Experimental Hypertension 1999;21(5-6):1009-60.
2. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara. 2018. [Erişim yeri: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/factsheet-steps-turkey-tur-08.10.2018.pdf. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization. 2013. [Erişim yeri: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236 Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
4. Chow CK, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. JAMA 2013;310(9):959–968.
5. Erdem, et al. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients 2017;9(9):933.
6.Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1206, Ankara2021.
7. İ. Satman, T. Grup, "Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) Sonuçları," İstanbul Tıp Fakültesi Geleneksel İç Hastalıkları Günleri: İnteraktif Güncelleştirme 2011. İstanbul, Turkey, pp.25-28, 2011.
8. Arıcı M ve ark. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT2). 2012:1-27. [Erişim yeri: https://turkhipertansiyon.org/uploads/pdf/Turk Hipertansiyon Prevalans Çalışması Ozeti-1.pdf. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
9. Onat A, et al. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. 2017:104-19. [Erişim yeri: https://file.tkd.org.tr/pdfs/tekharf-2017.pdf. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
10. Aydoğdu S, et al. Türk hipertansiyon uzlaşı raporu 2019. 2019;47(6):535-46. [Erişim yeri: https://turkhipertansiyon.org/uploads/UserFiles/File/Hipertansiyon_Uzlasi-2019_v2.pdf. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
11. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. World Health Organization 2020. [Erişim yeri: https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
12.Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. Clin Exp Hypertens 1996;18(3-4):463-72.
13. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara 2013.
14. Sabaté E , World Health Organization . Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster . (2001). Adherence to long-term therapies : policy for action : meeting report, 4-5 June 2001. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/66984. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2022].
15. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005 4;353(5):487-97.
16. Wilson PW, et al. Clustering of metabolic factors and coronary heart disease. Arch Intern Med 1999 24;159(10):1104-9.
17. 31 Aralık 2021 tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları [Erişim yeri: https://www.tuik.gov.tr/indir/duyuru/favori_raporlar.xlsx. Erişim tarihi: 08 Ekim 2022].
18. Hacihasanoğlu R, Gözüm S, Capik C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. Anadolu Kardiyol Derg 2012 ;12(3):241-8.
19.T.C. Sağlık Bakanlığı. Tüber Türkiye Beslenme Rehberi 2022.
20.Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12:195-201.
21.Hatır AE, Karaoğlu N, Alsancak Y. Hipertansif hastalarda eğitimin ilaç ve tedaviye olan uyuma etkisinin araştırılması. 2020. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2022;16(4):699-710.
22. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. Dicle Medical Journal 2015;42(2):199-207.
23.Kara Söylemez G, Aşılar R H. Hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, 2018.

24.Gençtürk S. Gözüm S. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerde Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Sıklığı ve İlişkili Faktörler [Yüksek Lisans Tezi]: Akdeniz Üniversitesi; 2021.
25. Mert H, ve ark. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2011;15(1).
26. Karatay G, Karadağ E, Akkuş. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012;28(3):85-96.
27. Koruk E. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Adnan Menderes Üniversitesi,2019.
28. Williams B, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J 2018;39(33):3021-104.
29. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2013 Apr 30;2013(4):CD004937
30. Appel LJ, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. N Engl J Med. 1997 17;336(16):1117-24.
31. Whelton SP, et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2002;136(7):493-503.
32. Piepoli MF, et al. Guidelines: Editor's choice: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37(29):2315-2381.
33. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yayın No:1132, Ankara 2019.
34.Neter JE, et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension 2003 42(5):878-84.
35. Lewington S, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360(9349):1903-13.
36. Ettehad D, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387(10022):957-967.
37. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. J Hypertens 2014;32(12):2285-95.

Araştırma Makalesi – Original Article

Türkiye'de Gestasyonel Diyabetle İlgili Yapılan Lisansüstü Ebelik Tezlerinin İncelenmesi*

Analysis of Midwifery Graduate Theses Related to Gestational Diabetes in Turkey

Fatma Yılmaz Fındık[i], Meltem Akbaş[ii]

[i]Doktora Öğrencisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik AD, https://orcid.org/0000-0001-5954-5142
[ii]Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, https://orcid.org/0000-0002-5845-0552

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Türkiye'de GD ile ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanı kullanılarak yapılmıştır. Tarama 'Gestasyonel Diyabet', 'Gestasyonel Diyabetes Mellitus', 'Ebelilk' anahtar kelimeleri kullanılarak Aralık 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tezler tablolar halinde sunulmuş; yazar, yayın yılı, tez türü, amacı, çalışma tipi, örneklem özellikleri, veri toplama araçları ve sonuçlar özetlenmiştir. Verilerin analizleri bilgisayar ortamında yapılmıştır.

Bulgular: Son on yıl içinde yapılmış toplam 10 tez incelenmiş olup, bu tezlerin çoğunluğunun tanımlayıcı tipte olduğu belirlenmiştir. Taranan yedi yüksek lisans tezinden beşi tanımlayıcı, biri metodolojik, biri deneysel; üç doktora tezinden ikisi deneysel, biri metadolojiktir. Tezlerin ikisinin GD riskini ölçme ve değerlendirmeye yarayan ölçek geliştirme çalışması olduğu, ikisinde eğitim ve danışmanlık yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirildiği, ikisinin simülasyon ve öğrenci eğitimini içeren çalışma olduğu, ikisinde GD'li kadınların sağlık durumlarının incelendiği, birinde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin incelendiği ve birinin GD tanısı ve ilişkili faktörlerle ilgili olduğu görülmüştür. Örneklem gruplarına bakıldığında, dört tezde GD'li gebeler, üç tezde genel gebe grubu, bir tezde ebelik, bir tezde ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencileri, bir tezde ise hem gebeler hem de GD'li gebeler yer almaktadır.

Sonuç: Dünyada ve ülkemizde prevelansı giderek artan GD'nin gebelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Öğrencilere verilen simülasyon eğitiminin, gebelere verilen eğitim ve danışmanlığın etkili olduğu görülmüştür. Ebelerin GD ile ilgili daha fazla nitel ve deneysel çalışma yapması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Ebelik, Gestasyonel Diyabet, Lisansüstü Tez

ABSTRACT

Aim: This study aimed to examine postgraduate midwifery theses on gestational diabetes (GD) in Turkey.

Method: This research was conducted using the National Thesis Centre Database of the Council of Higher Education. The search, performed between December 2023 and January 2024, included the keywords "Gestational Diabetes," "Gestational Diabetes Mellitus," and "Midwifery." Data were summarized in tables including author, year, thesis type, aim, study design, sample characteristics, data collection tools, and findings. Data analyses were performed in a computer environment.

Results: Ten theses from the past decade were analyzed, most of which were descriptive. Of the seven master's theses, five were descriptive, one methodological, and one experimental. Among the three doctoral theses, two were experimental and one methodological. Two theses focused on developing GD risk assessment scales, two evaluated training and counseling effectiveness, two involved simulation and student education, two examined the health of women with GD, one explored physical activity and quality of life, and one addressed GD diagnosis and related factors. Regarding samples, four theses included women with GD, three included pregnant women in general, one included midwifery students, one included both midwifery and nursing students, and one involved both women with and without GD.

Conclusion: GDM negatively impacts pregnant women's quality of life. Student simulation and education/counseling for pregnant women were found effective. More qualitative and experimental studies by midwives are recommended.

Keywords: Diabetes, Midwifery, Gestational Diabetes, Postgraduate Thesis

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):710-720
DOI: 10.31020/mutftd.1607019
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 25 Aralık 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 01 Nisan 2025
İletişim - Correspondence Author: Fatma Yılmaz Fındık <fatmaylmzfndk@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Gestasyonel diyabet (GD), gebelik sırasında başlayan, hiperglisemi ile karakterize karbonhidrat intoleransı olarak tanımlamaktadır.[1] GD, gebeliğin en yaygın komplikasyonlarından biridir ve görülme sıklığı giderek artmaktadır.[2] Kullanılan tanı kriterlerine ve çalışılan popülasyona bağlı olarak prevelansın, %1,8 ila %31,5 arasında değiştiği bildirilmiştir.[3] Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun tahminlerine göre, GD dünya çapındaki gebeliklerin yaklaşık %14'ünü etkilemektedir ve bu da yılda yaklaşık 18 milyon doğuma karşılık gelmektedir.[4] Gebelik döneminde enerji ihtiyacı artar ve bu ihtiyacı karşılayabilmek için annenin metabolizmasında bazı değişiklikler olur. Gebeliğin birinci trimestırında artan östrojen ve progesteron hormonları pankreasın beta hücrelerinde hiperplaziye neden olur ve insülin salınımını arttırır. Ayrıca, glikojen depolanması artar ve karaciğerde glukoz üretimi azalır. Böylece hipoglisemiye yatkınlık artar. İkinci trimestırda plasentadan salgılanan bazı diyabetojenik hormanlar (kortokotroptropin salgılatıcı hormon, büyüme hormonu, human plasental laktojen (HPL), progesteron) insülin direncine, glukoz yapımının artmasına ve hiperglisemiye neden olur. Böylece yağ dokularında lipoliz artar ve glukoz ve aminoasitler fetüs tarafından kullanılır. Bunun sonucunda insülin dengesinde bozulmalar olur ve annenin pankreası insülin ihtiyacını karşılayamaz ve GD gelişir.[5]

Gebeliğin erken döneminde diyabet saptanmayan tüm anne adaylarına, 24-28. gebelik haftaları arasında GD tarama ve tanı testi yapılması önerilmektedir. Bu amaçla, iki farklı tanı yöntemi kullanılmaktadır. İlk yöntemde, günün herhangi bir saatinde anne adayına 50 gram glukoz içeren bir sıvı içirilir ve 1 saat sonra plazma glukoz (PG) düzeyi ölçülür. Eğer bu değer 140 mg/dl veya üzerinde çıkarsa, GD riski taşıdığı düşünülerek kesin tanı koymak amacıyla 100 gram glukoz yüklemesi yapılan 3 saatlik oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulanır. Bu testte, açlık plazma glukozu (APG) 95 mg/dl ve üzeri, 1. saat PG 180 mg/dl ve üzeri, 2. saat PG 155 mg/dl ve üzeri, 3. saat PG 140 mg/dl ve üzeri ölçülürse, en az iki değerin belirlenen sınırları aşması durumunda GD tanısı konur. İkinci yöntemde ise, anne adayından açlık kan örneği alınarak açlık glukoz seviyesi belirlenir. Ardından 75 gram glukoz içirilir ve 1. ile 2. saatlerde yeniden kan şekeri ölçümü yapılır. Bu yöntemde, açlık PG'nin 92 mg/dl ve üzeri, 1. saat PG'nin 180 mg/dl ve üzeri, 2. saat PG'nin 153 mg/dl ve üzeri olması durumunda, yalnızca bir değerin sınırı aşması GD tanısı için yeterlidir.[6]

GD, hem anne hem de bebek için çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir. Fetüste görülebilecek olumsuz durumlar arasında konjenital anomali, makrozomi, omuz distosisi, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), neonatal hipoglisemi, solunum güçlüğü (respiratuar distres sendromu), hiperbilirubinemi ve hipokalsemi sayılabilir. Annede ise hiperglisemi, ketoasidoz, polihidramniyoz, gebelik hipertansiyonuna bağlı preeklampsi ve eklampsi, doğumda distosiler, idrar yolu enfeksiyonları, müdahaleli doğum gerekliliği ve erken doğum riski artabilir. Ayrıca, diyabetin uzun vadeli komplikasyonları olan retinopati, nefropati ve nöropati gibi durumlar da gelişebilir.[7-9]

GD'nin erken dönemde tespit edilmesi ve uygun şekilde yönetilmesi ile birçok komplikasyon önlenebilmektedir. Bunun için gebeye özel beslenme ve egzersiz programları hazırlanmalı, kontrol altına alınamayan hiperglisemi durumunda insülin uygulaması yapılmalı ve daha sık prenatal takiplerle glisemik değerler ve fetal komplikasyonlar değerlendirilmelidir.[10] Bunun için gebe ve ailesine multidisipliner ekip tarafından bütüncül bir sağlık bakımı sağlanmalıdır. Bu süreçte gebelere en yakın olan sağlık çalışanı olan ebeler, GD'nin önlenmesinde, yönetiminde, maternal ve fetal komplikasyonlarının önlenmesinde kilit rol oynamaktadır.

Araştırmanın amacı ve araştırma soruları

Bu derlemenin amacı; ülkemizde ebelik alanında GD ile ilgili yapılmış lisansüstü tezleri incelemek, sonuçlarını değerlendirmek ve ebelik uygulamalarına somut veriler sunmaktır. Araştırma amacının kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır.

1. Türkiye'de GD ile ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezlerinin sayısı ve dağılımı nedir?
2. Türkiye'de GD ile ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezlerinde hangi konulara ağırlık verilmiştir?
3. Türkiye'de GD ile ilgili yapılan tezler hangi üniversitelerde yapılmıştır?
4. Türkiye'de GD ile ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezlerinde hangi araştırma yöntemleri kullanılmıştır ve hangi örneklem grubunda çalışılmıştır?
5. Türkiye'de GD ile ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezlerde hangi sonuçlara ulaşılmıştır?

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın veri toplama süreci Aralık 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ebelik alanında GD ile ilgili yapılmış lisansüstü tezler, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanı kullanılarak taranmıştır. Tarama 'Gestasyonel Diyabet', 'Gestasyonel Diyabetes Mellitus', 'Ebelilk' anahtar kelimeleri kullanılarak 'OR' ve 'AND' bağlaçlarıyla farklı kombinasyonlar oluşturularak yapılmıştır.

Ebelik alanında yapılan, erişime açık ve tez başlığında 'Gestasyonel Diyabet' geçen tezler araştırmaya alınmıştır. Ebelik alanı dışında olan ve erişimi kısıtlanan tezler araştırmaya dahil edilmemiştir. Yapılan literatür taraması sonucunda 2014-2024 yılları arasında GD ile ilgili yapılmış 10 lisansüstü teze ulaşılmıştır. Bu tezlerden 7'sinin yüksek lisans, 3'ünün doktora tezi olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen tezler, yayınlanma yılına göre sıralanarak incelenmiştir. Verilerin analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda tezlerin türü, üniversite, amacı, araştırma tipi, örneklem grubu, örneklem sayısı ve elde edilen sonuçlar derlenmiştir. Çalışma kapsamında, literatür taramasıyla erişilen ve erişime açık olan tezler örneklem olarak seçildiği için etik kurul iznine gerek duyulmamıştır. İncelenen tüm tezlere ise kaynakçada yer verilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmada, Ulusal Tez Merkezi'ne kayıtlı ebelik alanında GD ile ilgili yapılmış lisansüstü tezler incelendiğinde, araştırma kriterlerine uyan 10 tez çalışmaya dahil edilmiştir. Bu tezlerden %70 (n=7)'i yüksek lisans, %30 (n=3)'u doktora tezidir. Bu tezlerin %50 (n=5)'si tanımlayıcı, %30 (n=3)'u deneysel, %20 (n=2)'si metodolojik araştırmalardır. Tezlerin %30 (n=3)'u 2014-2018, %30 (n=3)'u 2019-2021, %40 (n=4)'ı 2022-2024 tarihleri arasında yayınlanmıştır (***Tablo 1***).

Tablo 1. Tezlerin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=10)

Değişken	n	%
Tez türü		
Yüksek Lisans	7	70
Doktora	3	30
Araştırma Tipi		
Tanımlayıcı	5	50
Deneysel	3	30
Metodolojik	2	20

Üniversite		
Sağlık Bilimleri Üniversitesi	3	30
Celal Bayar Üniversitesi	2	20
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	1	10
Karabük Üniversitesi	1	10
İstanbul Bilim Üniversitesi	1	10
Marmara Üniversitesi	1	10
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	1	10
Konu Özellikleri		
GD Riskini Ölçme ve Değerlendirme	2	20
Eğitim ve Danışmanlık Yöntemlerinin Etkinliği	2	20
Simülasyon ve Öğrenci Eğitimi	2	20
GD'li Kadınların Sağlık Durumlarını İnceleme	2	20
Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi	1	10
GD Tanısı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi	1	10
Örneklem Grubu		
GD'li Gebe	4	30
Sağlıklı Gebe	3	40
Öğrenci	2	10
Gebe + GD'li Gebe	1	20
Yıllara Göre		
2014-2018	3	30
2019-2021	3	30
2022-2024	4	40
Toplam	**10**	**100**

Ebelik alanında GD ile ilgili yapılan ilk tezin 2014 yılında yapıldığı ve yüksek lisans tezi olduğu belirlenmiştir. Tez çalışmalarının son on yıl içinde yapıldığı ve çoğunluğunun yüksek lisans tezi olduğu (n=7), doktora tezlerinin tamamının (n=3) son iki yıl içinde yayımlandığı saptanmıştır ***(Tablo 1)***. Tezlerden üçünün Sağlık Bilimleri Üniversitesi, ikisinin Celal Bayar Üniversitesi ve diğerlerinin de Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Karabük Üniversitesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi'nde yapıldığı belirlenmiştir. Yüksek lisans tez konuları incelendiğinde, GD'in anksiyete, yaşam kalitesi, yorgunluk, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ve fiziksel aktivite üzerine etkisi, GD riski ile ilgili ölçek geliştirme çalışması, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin GD bilgi düzeyinin belirlenmesi ve GD riski olan gebelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirmesi yer almaktadır. Doktora tezlerinde ise, GD riskini ölçmeye yönelik ölçek geliştirildiği, ebelik öğrencilerinin GD yönetiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin değerlendirildiği ve GD'li gebelerde mobil destekli eğitim ve danışmanlığının etkisinin incelendiği görülmektedir ***(Tablo2)***.

Dağcı'nın doktora tez çalışmasında, GD riskini ölçmeye yönelik ölçek geliştirilmiştir. Metodolojik tipte yapılan çalışmaya 652 gebe dahil edilmiş ve çalışma sonunda geliştirilen ölçeğin GD riskini belirlemede etkili bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.[11] Yılmaz doktora tez çalışmasında, ebelik öğrencilerinin GD yönetiminde senaryo temelli gerçekliğe yakınlığı yüksek simülasyon yönteminin etkinliğini değerlendirilmek amacıyla 80 ebelik bölümü öğrencileriyle yaptığı randomize kontrollü deneysel çalışmanın sonucunda GD yönetiminde simülasyonla öğretim yönteminin etkili olduğu görülmüştür.[12] Karakoç, GD'li gebelere mobil uygulama destekli eğitim ve danışmanlık vererek yürüttüğü randomize kontrollü deneysel çalışmada, GD tanısı almış 27 gebeye mobil uygulama destekli eğitim ve danışmanlık verilmiş, 27 GD'li gebe ise rutin bakım almıştır. Çalışma sonunda eğitim ve danışmanlığın GD'li gebelerde SYBD oluşturmada etkili olduğu belirlenmiştir.[13] Azak'ın GD'li kadınların anksiyete ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla 107 GD'li kadınla yaptığı tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışmanın sonunda, GD'li kadınlarda yaşam kalitesinin azaldığı ve anksiyete düzeyinin arttığı belirlenmiştir.[14] Altın GD'li kadınların yaşadığı yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelenmek amacıyla 80 GD'li kadın ile yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmada, GD'li kadınlarda yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.[15] Topuz tarafından yayınlanan GD

açısından riskli grupta yer alan gebelere, diyabet farkındalığı yaratmak, beslenmeyi düzenlemek ve fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla yapılacak eğitimin tanı alma üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla 108 gebe ile yaptığı randomize kontrollü deneysel çalışmada, GD tanısı alma oranlarının deney grubunda daha düşük olduğu, buna karşın, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür.[16] Deryahan'ın, 199 ebelik ve hemşirelik öğrencisinin gestasyonel diyabet (GD) ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla yürütülen tanımlayıcı tipteki yüksek lisans tez çalışmasında, öğrencilerin en yüksek doğruluk oranıyla yanıtladığı ifadenin **"**Hipoglisemi durumunda terleme, titreme, çarpıntı veya huzursuzluk ortaya çıka**r"** olduğu belirlenmiştir. En çok hatalı yanıt verdikleri maddenin ise "Açlık kan glukoz düzeyi 140 mg/dl üzerinde olması hiperglisemi olarak adlandırılır" maddesi olarak tespit edildi. Çalışmaya katılan öğrencilerin bilgi puanının 1-19 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 12,99± 3,369 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ailesinde diyabet öyküsü olan, diyabeti olan hasta ile karşılaşan, çalışan, akademik başarısı çok iyi ve iyi olan öğrencilerin GD bilgi formu puanının yüksek olduğu saptanmıştır.[17] Çalışkan tarafından GD tanısı alan gebelerde SYBD'nı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 185 GD'li gebe ile tanımlayıcı tipte yapılan yüksek lisans tez çalışmasında, GD'li gebelerde SYBD'nın orta düzeyde olduğu ve SYBD arttıkça, gebelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi gibi davranışların arttığı tespit edilmiştir.[18] Paydaş tarafından GD riskinin belirlenmesinde Tip 2 Diyabet risk anketinin (FINDRISK) etkinliğini belirlemek amacıyla 290 gebe ile yapılan metodolojik tipteki yükseklisans tez çalışmasında, GD riskinin belirlenmesinde Tip 2 Diyabet risk anketinin (FINDRISK) kesme noktası (cut-off 11) kullanılarak diyabet riski belirlemenin, GD tanısı konmasında belirleyici olduğu saptanmıştır.[19] Berber tarafından yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipteki yüksek lisans tez çalışmasında, 125 GD'li ve 125 normal gebe ile fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmış ve normal glukoz toleransı olan gebelerin bu düzeylerinin GD'li gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur[20] *(**Tablo2**).*

Tablo 2. GD İle İlgili Yapılmış Lisansüstü Tezlerin Özellikleri

Yazar, Yıl	Tez türü	Üniversite	Amaç	Çalışmanın Tipi	Örneklem Sayısı	Veri Toplama Araçları	Sonuç
Dağcı S, 2022	Doktora	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	GD riskini ölçmeye yarayan geçerli ve güvenilir bir değerlendirme ölçeği geliştirmek.	Metodolojik	652 gebe	-Gebe bilgi formu -GD Risk Değerlendirme Ölçeği	Geliştirilen ölçeğin GD riskinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Yılmaz E, 2023	Doktora	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Ebelik öğrencilerinin GD yönetiminde senaryo temelli gerçekliğe yakınlığı yüksek simülasyon yönteminin etkinliğini değerlendirmek	Randomize kontrollü deneysel	80 öğrenci (Deney=40, Kontrol=40)	-Tanıtıcı Bilgi Formu, -Bilgi Değerlendirme Formu -Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği	GD yönetiminde simülasyonla öğretim yönteminin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Karakoç S, 2023	Doktora	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	GD'li kadınlara verilen mobil uygulama destekli eğitim ve danışmanlığın SYBD'na etkisini değerlendirmek	Randomize kontrollü deneysel	54 GD'li gebe (27 deney, 27 kontrol)	-GD birey tanıtıcı formu -SYBD Ölçeği -Kan şekeri izlem formu -Beslenme değerlendirilmesinde kullanılan formlar -Fiziksel aktivite formu	GD'li kadınlarda SYBD ile mobil uygulama üzerinden verilen eğitim ve danışmanlığın sadece standart bakım alan kadınlara kıyasla SYBD oluşturma düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur.
Azak F, 2014	Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi	GD'li kadınların anksiyete ve yaşam kalitesini incelenmek	Tanımlayıcı ve kesitsel	107 GD'li kadın	-Sosyo-demografik form - Yaşam kalitesi Ölçeği Kısa form (SF 36) -Beck Anksiyete Envanteri	GD'li kadınlarda yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyine etkisi bulunduğu, GD'li kadınlarda yaşam kalitesinin azaldığı, anksiyete düzeyinin arttığı belirlenmiştir.
Altın T, 2016	Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi	GD'li kadınların yaşadığı yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelenmek	Tanımlayıcı ve kesitsel	80 GD'li kadın	-Sosyo -demografik form -Yorgunluk Şiddet Ölçeği -Yorgunluk Etki Ölçeği - Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi	GD'li kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi ile arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. GD'li kadınlarda yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.
Topuz N, 2018	Yüksek Lisans	Karabük Üniversitesi	GD açısından riskli grupta yer alan gebelere, diyabet farkındalığı yaratmak, beslenmeyi düzenlemek ve fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla yapılacak eğitimin tanı alma üzerindeki etkisini değerlendirmek	Randomize kontrollü deneysel	108 Gebe (52 çalışma 56 kontrol)	-Veri toplama formu -OGTT Test Sonuçları -Aylık Kilo Artışı Çizelgesi	GD tanısı alma oranlarının deney grubunda daha düşük olmasına karşın, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür.

Deryahan A, 2019	Yüksek Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi	Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin GD ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek	Tanımlayıcı	199 Ebelik ve hemşirelik öğrencisi	-Öğrenci Bilgi Formu -GD Bilgi Formu	GD Bilgi Formu maddeleri arasında en çok doğru yanıt verilen ifadenin "Hipoglisemi durumunda terleme, titreme, çarpıntı veya huzursuzluk ortaya çıkar" olduğu tespit edilmiştir. En çok hatalı yanıt verdikleri maddenin ise "Açlık kan glukoz düzeyi 140 mg/dl üzerinde olması hiperglisemi olarak adlandırılır" maddesi olarak tespit edildi. Öğrencilerin en çok bilmediklerini ifade ettikleri maddeler "GD taraması olan OGTT'nin yapıldığı gebelik haftası 24-28. haftalardır" ve "Gebelikte sigara kullanımı HbA1c düzeyini yükseltebilir" maddeleri olarak belirlenmiştir.
Çalışkan L, 2019	Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	GD tanısı alan gebelerde SYBD'yi ve ilişkili faktörleri belirlemek	Tanımlayıcı	185 GD'li gebe	-Anket formu -SYBD ölçeği	GD'li gebelerde SYBD arttıkça, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi davranışları da arttığı belirlenmiştir.
Paydaş Ü, 2019	Yüksek Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	GD riskinin belirlenmesinde Tip 2 Diyabet risk anketinin (FINDRISK) etkinliğini belirlemek	Metodolojik	290 gebe	-Gebe Bilgi Formu - Tip 2 Diyabet Risk Anketi (FINDRISK)	Anketin kesme noktası (cut-off 11) kullanılarak belirlenen diyabet riskinin, GD tanısı konmasında belirleyici olduğu saptanmıştır.
Berber B, 2022	Yüksek Lisans	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	GD'li gebelerde ve normal glukoz toleransı olan gebelerde; fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi düzeyini belirlenmek, her iki grupta fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesini karşılaştırmak.	Tanımlayıcı ve kesitsel	250 gebe (125 GD'li, 125 normal gebe)	-Kişisel bilgi formu -Uluslararası Fiziksel Aktivite Envanteri (Kısa Form) -Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Envanteri Kısa Form	Anormal glukoz toleransı olan gebelerin, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi düzeyinin GD'li gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, Türkiye'de GD ile ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezleri bazı özellikleri dikkate alınarak incelenmiş ve üç doktora, yedi yüksek lisans tezi olmak üzere toplam 10 tez değerlendirilmiştir. Çalışmada, ülkemizde ebelik alanında GD ile ilgili yapılmış lisansüstü tezleri incelemek, sonuçlarını değerlendirmek ve ebelik uygulamalarına somut veriler sunmak amaçlanmıştır. Çalışmamızda ebelik alanında GD ile ilgili lisansüstü tezlerin son 10 yılda yapıldığı, çoğunluğunun tanımlayıcı tipte olduğu, deneysel ve metodolojik çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür.

Yüksek lisans tezlerinde, GD'nin anksiyete, yaşam kalitesi, yorgunluk, SYBD ve fiziksel aktivite üzerindeki etkilerine odaklanıldığı, ayrıca GD riski belirleme ölçeği geliştirme, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin GD bilgi düzeylerini ölçme ve GD riski taşıyan gebelere yönelik eğitim etkinliğini değerlendirme çalışmalarının da yer aldığı görülmektedir. Doktora tezlerinde, GD riski değerlendirme ölçeği geliştirme, ebelik öğrencilerine simülasyon yöntemiyle verilen eğitimin ve GD tanısı almış gebelere mobil uygulama destekli eğitim ve danışmanlığın etkileri incelenmiştir.

Dağcı'ın metodolojik tipteki doktora tezinde, GD riskini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiştir.[11] Benzer şekilde, Paydaş metodolojik tipteki yüksek lisans tezinde, FINDRISK anketinin belirlenen kesme noktasına göre GD riski değerlendirmede belirleyici olduğunu saptamıştır.[19] Literatürde GD'nin erken dönemde belirlenmesi amacıyla GD risk ölçme araçlarının geliştirildiği görülmektedir.[21,22] Pekkolay çalışmasında, GD tahmininde FINDRISK ile OGTT'nin korelasyonunu incelemiş ve FINDRISK skorunun GD'yi tahmin etmek için basit, ucuz ve invaziv olmayan bir yöntem olduğunu, OGTT yaptırmak istemeyen gebeler için FINDRISK hesaplanması gerektiğini ve 6.5'in üzerinde puan alan gebelerin yakından izlenmesi gerektiğini vurgulamıştır.[23] Ülkemizde GD riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu ölçekler, OGTT testini yaptırmak istemeyen veya bu testi yaptırmakta zorluk yaşayan gebelerin GD riskinin belirlenmesine yardımcı olacaktır.

Yılmaz doktora tezinde, simülasyon temelli öğretimin, ebelik öğrencilerinin GD yönetiminde etkili olduğunu belirlemiştir.[12] Karakoç doktora tezinde, GD'li kadınlara mobil uygulama destekli eğitim ve danışmanlığın, standart bakım alan gruba kıyasla daha etkili olduğunu belirlemiştir.[13] Topuz yükseklisans tezinde GD açısından risk taşıyan gebelere yönelik farkındalık ve eğitim programının GD tanısı alma oranını azalttığı bildirilmiştir.[16] Yapılan çalışmalar incelendiğinde; GD'li kadınlara yönelik SYBD oluşturulmasına yönelik eğitim ve danışmanlıkların etkili olduğu görülmektedir.[24-26] Kılınç ve Kartal tarafından yapılan sistematik derlemede, GD yönetiminde kullanılan mobil akıllı telefon uygulamalarının maliyetin ve sağlık çalışanlarının iş yükünün azaltılmasında, gebelerin hızlı bir şekilde doğru bilgiye ulaşmasında ve sağlık çalışanları ile iletişim kurmasında önemli olduğu bildirilmiştir. Ayrıca mobil uygulamaların gebelerin diyabet öz-yönetim, öz-bakım ve beceri düzeylerini olumlu etkilediği vurgulanmıştır.[27] Lin ve arkadaşlarının çalışması, yaşam tarzı müdahalelerinin GD için risk taşıyan gebelerde GD insidansını ve olumsuz maternal sonuçları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.[28] Yüksek riskli kadınlarda GD'nin önlenmesinde gebelik sırasında yaşam tarzı müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında; beslenme eğitiminin tek başına yeterli olmadığı, diyet ve egzersizin dahil edildiği yaşam tarzı değişikliğinin daha etkili olduğu bulunmuştur.[29] Mevcut bulgular, GD yönetiminde bireyselleştirilmiş eğitim, dijital sağlık uygulamaları ve multidisipliner yaklaşımların önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle yaşam tarzı müdahalelerinin GD insidansını azaltmada ve maternal sonuçları iyileştirmede etkili olduğu, bu nedenle klinik uygulamalarda daha yaygın kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

Azak yüksek lisans tezinde, GD'li kadınlarda anksiyetenin arttığını ve yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Benzer şekilde, Altın çalışmasında, GD'li kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamıştır. Her iki çalışma da GD'nin fiziksel ve psikolojik etkilerinin yaşam kalitesini düşürdüğünü

göstermektedir.[15] Çalışkan çalışmasında GD'li gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranışlarının da arttığı belirlenmiştir.[18] Berber yüksek lisans tezinde, normal glukoz toleransı olan gebelerin, GD'li gebelere kıyasla daha yüksek fiziksel aktivite ve yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.[20] GD'li kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan bir sistemeatik derlemede de, GD'li gebelerin yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir.[30] Tayyar ve Süt tarafından yaılan çalışmada GD tanısı alan ve almayan gebelerin yaşam kalitesini karşılaştırılmıştır. Çalışmada, GD tanısı almış gebelerin yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.[31] Yapılan çalışmalarda GD'li gebelerde anksiyete prevelansının %4,8-%57,7 arasında değiştiği bildirilmiştir.[32,33] Benzer şekilde GD'li gebelerde anksiyete prevelansını belirlemek amacıyla yapılan bir sistematik derleme ve meta analizde, GD'li gebelerde anksiyete prevelansının %29,5 olduğu gösterilmiştir.[34] Gebelik döneminde yaşanan anksiyetenin maternal ve fetal sağlığın kötüleşmesine, olumsuz obstetrik sonuçlara ve sağlık sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir.[35] Hwang ve Hur tarafından yapılan çalışmada GD tanısı alan gebelerin GD tanısı almayan gebelere göre yorgunluk seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.[36] Göker ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerde fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini olumlu etkilediğini bildirmiştir.[37] Riskli olan ve olmayan gebelerin fiziksel aktivite düzeyleri, gebelikte iyilik düzeyleri ile gebelikteki yakınmaların yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada; riskli gebelerin fiziksel aktivite düzeylerinin ve yaşam kalitesinin riskli olmayan gebelere göre daha düşük olduğu, gebelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.[38] GD, gebelerin yaşam kalitesini düşürmekte ve anksiyete, yorgunluk ile fiziksel aktivite eksikliği gibi faktörler hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, GD yönetiminde yalnızca kan şekeri kontrolü değil, anksiyetenin azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması ve psikososyal destek sağlanması da büyük önem taşımaktadır.

Deryahan yüksek lisans tezinde, öğrencilerin GD hakkındaki bazı temel bilgileri doğru bildikleri, ancak OGTT testi ve GD tanı kriterleri gibi konularda bilgi eksiklikleri olduğu tespit edilmiştir.[17] Ülkemizde yapılan bir çalışmada ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin GD'li kadın eğitimine ilişkin bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu bildirilmiştir.[39] Üniversite öğrencileri arasında GD bilgisini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmada, öğrencilerin %24,0'nin zayıf, %58,5'inin orta ve %17,5'nin ise iyi düzeyde GD bilgisine sahip olduğu; GD bilgi puanının 6,3±2,4 (12 üzerinden) olduğu, evli olan ve GD'li birini tanıyan öğrencilerin GD bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.[40] Öğrenciler GD hakkında bazı temel bilgilere sahip olsa da özellikle OGTT testi ve tanı kriterleri gibi önemli konularda bilgi eksiklikleri yaşamaktadır. Sağlık profesyoneli adaylarının GD konusunda yeterli bilgiye sahip olması, gebeleri doğru şekilde yönlendirilmesi ve bilinçlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Sonuç ve öneriler

Türkiye'de ebelik alanında GD ile ilgili yapılmış lisansüstü tezlerin büyük çoğunluğu tanımlayıcı tipte yüksek lisans tezidir. Ayrıca tezlerin büyük çoğunluğunun Batı'daki üniversitelerde yapıldığı, Akdeniz Bölgesi'nde yapılan tez olmadığı görülmüştür. GD riskini ölçmeye yarayan ölçme araçlarının geliştirildiği ve kullanıldığı, GD'li gebelerde yorgunluk ve anksiyete düzeylerinin yüksek, yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür. GD'li ve GD riski yüksek olan gebelere verilen eğitimin SYBD'nın geliştirilmesinde ve yaşam tarzı değişikliği oluşturmada etkili olduğu görülmüştür. Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin GD bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu ve ebelik bölümü öğrencilerinde GD yönetiminde simülasyonla öğretim yönteminin etkili olduğu belirlenmiştir. GD ile ilgili tezlerin sayısı son yıllarda artış göstermiş olsa da daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Özellikle farklı bölgelerde lisansüstü tezlerde GD ile ilgili konulara daha fazla yer verilesi, nitel ve deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Fatma Yılmaz Fındık: Fikir, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı.
Meltem Akbaş: Fikir, tasarım, danışmanlık, analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. López Stewart G. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: A World Health Organization guideline. Diabetes Res Clin Pract 2014;103:341-63.
2. Sweeting A, et al. A clinical update on gestational diabetes mellitus. Endocr Rev 2022;43(5):763-93.
3. Eades CE, Cameron DM, Evans JM. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Europe: A meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract 2017;129:173-81.
4. International Diabetes Federation. International Diabetes Federation Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2017:905-11.
5. Buchanan TA, Xiang AH, Page KA. Gestational diabetes mellitus: Risks and management during and after pregnancy. Nat Rev Endocrinol 2012;8(11):639-49.
6. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu[Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 17]. Available from: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf
7. Simmons D, et al. Treatment of gestational diabetes mellitus diagnosed early in pregnancy. N Engl J Med 2023;388(23):2132-44.
8. Reitzle L, et al. Pregnancy complications in women with pregestational and gestational diabetes mellitus. Dtsch Arztebl Int 2023;120(6):81.
9. Mirabelli M, et al. Maternal preconception body mass index overtakes age as a risk factor for gestational diabetes mellitus. J Clin Med 2023;12(8):2830.
10. Pinto Y, et al. Gestational diabetes is driven by microbiota-induced inflammation months before diagnosis. Gut 2023;72(5):918-928.
11. Dağcı S. Gestasyonel diyabet risk değerlendirme ölçeği. Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2022.
12. Yılmaz E. Gestasyonel diyabet yönetiminde simülasyonla öğretim yönteminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.
13. Karakoç S. Gestasyonel diyabetli kadınlara verilen mobil uygulama destekli eğitim ve danışmanlığın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2023.
14. Azak F. Gestasyonel diyabetes mellituslu kadınlarda anksiyete ve yaşam kalitesinin incelenmesi Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
15. Altın T. Gestasyonel diyabetli kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
16. Topuz N. Riskli gebelere verilen gestasyonel diyabet eğitiminin tanı alma üzerine etkisi. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
17. Deryahan A. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin gestasyonel diyabet ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
18. Çalışkan L. Gestasyonel diyabetli gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
19. Paydaş Ü. Gestasyonel diyabet riskinin belirlenmesinde tip 2 diyabet risk anketinin (FINDRISC) kullanımı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
20. Berber B. Gestasyonel diyabetli gebeler ve normal glukoz toleransı olan gebelerin yaşam kaliteleri ile fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022.
21. Gao S, et al. Development and validation of an early pregnancy risk score for the prediction of gestational diabetes mellitus in Chinese pregnant women. BMJ Open Diabetes Res Care 2020;8(1):e000909.
22. Dhutraj PG, Shinde KP, Singh K. A cross-sectional study to develop an early risk prediction tool for gestational diabetes mellitus for antenatal women diagnosed with this condition based on their characteristics and past obstetric history. J Fam Med Prim Care 2022;11(10):6315-19.
23. Pekkolay Z. Estimating gestational diabetes: FINDRISC score. Eur J Med Investigations 2018;2(3):118-21.

24. Ferrara A, et al. A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with gestational diabetes mellitus reduces diabetes risk: Randomized control trial. Diabetes Care 2011;34(7):1519-25.
25. Mendelson SG, et al. A community-based parish nurse intervention program for Mexican American women with gestational diabetes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37(4):415-25.
26. Şen E, Şirin A. Healthy lifestyle behaviors and self-efficacy: The effect of education. The Anthropologist 2015;21(1-2):89-97.
27. Kılınç E, Kartal A. Gestasyonel diyabet yönetiminde mobil akıllı telefon uygulamaları: Sistematik derleme. In: Sağlık Üzerine Multidisipliner Çalışmalar: Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı (ICDAH2020), 12-14 Kasım 2020, Çanakkale; 2020:11.
28. Lin X, et al. Lifestyle intervention to prevent gestational diabetes mellitus and adverse maternal outcomes among pregnant women at high risk for gestational diabetes mellitus. J Int Med Res 2020;48(12):0300060520979130.
29. Tsironikos GI, et al. Effectiveness of lifestyle interventions during pregnancy on preventing gestational diabetes mellitus in high-risk women: A systematic review and meta-analyses of published RCTs. J Clin Med 2023;12(22):7038. doi: 10.3390/jcm12227038.
30. Marchetti D, et al. Quality of life in women with gestational diabetes mellitus: A systematic review. J Diabetes Res 2017;7058082. doi: 10.1155/2017/7058082.
31. Tayyar YN, Sut HK. Age, body mass index, physical activity and quality of life in Turkish pregnant women with and without a diagnosis of gestational diabetes mellitus: A comparative study. Makara J Health Res 2023;27(3):3.
32. Egan AM, et al. Diabetes in pregnancy: Worse medical outcomes in type 1 diabetes but worse psychological outcomes in gestational diabetes. QJM: An Int J Med. 2017;110(11):721-7.
33. Beka Q, et al. Development of perinatal mental illness in women with gestational diabetes mellitus: A population-based cohort study. Can J Diabetes 2018;42(4):350-5.
34. Lee KW, et al. Prevalence of anxiety among gestational diabetes mellitus patients: A systematic review and meta-analysis. World J Meta-Analysis 2020;8(3):275-84.
35. Liu Y, et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: A meta-analysis. Psychol Med 2017;47(4):680-9.
36. Hwang IM, Hur MH. A descriptive survey study of stress, depression, fatigue & sleep quality in gestational diabetes mellitus and normal pregnancy. J Korea Converg Soc 2021;12(8):369-79.
37. Göker A, Yanıkkerem E, Topsakal Ö. Gebelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2021;8(2):315-22.
38. Baransel ES, Uçar T. Riskli gebelerde fiziksel aktivite, gebelikte iyilik ve gebelikteki yakınmaların yaşam kalitesine etkisi: Karşılaştırmalı bir çalışma. Anatolian J Health Res 2021;2(3):101-6.
39. Palas P, Aksu S, Yaşar Ö. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin gestasyonel diabetli kadın eğitimine ilişkin bilgi düzeyleri. İnönü Üniv Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2020;8(2):258-70.
40. Bashir MM, et al. Gestational diabetes mellitus: A cross-sectional survey of its knowledge and associated factors among United Arab Emirates University students. Int J Environ Res Public Health 2022;19(14):8381. doi: 10.3390/ijerph19148381.

Araştırma Makalesi – Original Article

Cerrahi Klinik Uygulamasına Çıkan Hemşirelik Öğrencilerinde Klinik Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler *

Clinical Stress Level and Affecting Factors in Nursing Students in Surgical Clinical Practice

Tuğba Çam Yanık [i], Canan Kanat[ii], Merve Nur Tanrıverdi[iii], Hatice Ural[iv]

[i]Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD., https://orcid.org/0000-0002-9053-9397

[ii]Arş. Gör. Dr, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD., https://orcid.org/0000-0002-9268-8345

[iii]Lisans Öğrencisi, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, https://orcid.org/ 0009-0005-6777-6537

[iv]Lisans Öğrencisi, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, https://orcid.org/0009-0002-6136-6850

ÖZ

Amaç: Bu araştırmada, ikinci sınıfta cerrahi klinik uygulamasına çıkan hemşirelik öğrencilerinde ilk gün klinik stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi planlandı.

Yöntem: Bu kesitsel araştırmanın örneklemini bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesi ikinci sınıfında öğrenim gören 158 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Araştırmada veriler 19 Şubat 2024-11 Mart 2024 tarihleri arasında "Tanıtıcı Özellikler Formu", "Klinik Stres Düzeyini Etkileyen Diğer Faktörler Formu" ve "Pagana Klinik Stres Ölçeği (PKSÖ)" kullanılarak toplandı. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler ve t-test kullanıldı.

Bulgular: Araştırmada ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin PKSÖ puanı 28.61±12.83 idi. Öğrencilerin klinik stres düzeyini en çok etkileyen faktörlerin bilgi eksikliği (%71.5) ve öğretim elemanı (%73.4) olduğu bulundu. Öğrencilerin klinik stres düzeyini etkileyen faktörlerden öğretim elemanı faktörünün zarar alt boyutunu; hemşire faktörünün tehdit ve zarar alt boyutlarını ve PKSÖ toplam puanını etkilediği saptandı ($p<0.05$). Hekim faktörü yarar alt boyutunu; hasta faktörü zarar alt boyutunu; bilgi eksikliği ise tehdit, zarar alt boyutlarını ve PKSÖ toplam puanını etkiledi ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmada, cerrahi hemşireliği klinik uygulamasına çıkan hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeyini hemşire ve bilgi eksikliği faktörlerinin etkilediği saptandı. Öğrenciler arasındaki en yaygın stres kaynağının bilgi eksikliği, öğretim elemanı, hemşire, hasta ve hasta yakınları olduğu belirlendi. Cerrahi hemşireliği klinik uygulamasına çıkan hemşirelik öğrencilerinde klinik stres düzeyinin azaltılmasında bilgi eksikliğinin klinik uygulama öncesinde giderilmesi, öğretim elemanı, hemşire, hasta ve hasta yakınlarına konu ile ilgili eğitimler ile bilgilendirme yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, uygulama, hemşirelik, öğrenci, stres

ABSTRACT

Aim: This study aimed to determine the first-day clinical stress levels and influencing factors among second-year nursing students participating in surgical clinical practice.

Methods: This cross-sectional study included 158 second-year nursing students from the Faculty of Nursing at a state university. Data were collected between February 19 and March 11, 2024, using the "Descriptive Characteristics Form," the "Factors Affecting Clinical Stress Form," and the "Pagana Clinical Stress Questionnaire (PCSQ)." Descriptive statistics and t-tests were used for data analysis.

Results: The mean PCSQ score of the students was 28.61±12.83. The most frequently reported stress-inducing factors were lack of knowledge (71.5%) and clinical instructors (73.4%). The instructor factor significantly affected the harm subscale, while the nurse factor influenced both the threat and harm subscales, as well as the total PCSQ score ($p<0.05$). The physician factor was associated with the benefit subscale, the patient factor with the harm subscale, and lack of knowledge affected the threat, harm subscales, and the total score ($p<0.05$).

Conclusion: The study found that clinical stress levels among students in surgical nursing practice were primarily influenced by nurses and lack of knowledge. The most common sources of stress were lack of knowledge, clinical instructors, nurses, patients, and patients' relatives. It is recommended to reduce clinical stress by addressing knowledge gaps before clinical practice and providing training for instructors, nurses, patients, and their relatives.

Keywords: Surgery, practice, nursing, student, stress

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):721-729
DOI: 10.31020/mutftd.1611851
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 03 Ocak 2025; Kabul Tarihi- Accepted: 12 Mart 2025
İletişim- Correspondence Author: Tuğba Çam Yanık < tugbacam@mersin.edu.tr>
Etik Kurul Onayı: Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 01/11/2023, Sayı: 2023/737)
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Hemşirelik eğitimindeki temel amaç, öğrenciye bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerin kazandırılmasıdır. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde klinik uygulama ve teorik dersler birlikte yürütülerek mesleğe hazırlık yapmaları sağlanır.[1-4] Klinik uygulamada, hemşirelik öğrencilerinin teorik derslerde aldıkları bilgilerin beceriye dönüştürülmesine katkı sağlanır. Bu şekilde öğrenciler, bilgi ile pratik uygulamayı birlikte öğrenir.[5,6] Böylece eğitiminden sonraki mesleki süreçte hemşirelik mesleğine ilişkin kritik düşünme yeteneklerinin geliştirilmesine yardımcı olunur.[7,8]

Öğrencilerin bilgi ve uygulama becerilerinin gelişmesinde klinik uygulama ortamları çok değerli olmasına karşın; var olan özellikleri nedeniyle hemşirelik öğrencileri için bir stres kaynağıdır.[9-11] Literatürde hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeylerinin düşük veya orta düzey olduğu; mentör eşliğinde klinik uygulama yapan öğrencilerin, yeterli düzeyde bilgi ve deneyime sahip olmadığını düşünen öğrencilerin, kendini mesleğe ait hissetmeyen öğrencilerin klinik stres düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.[1,2,4,5] Bununla birlikte literatürde öğretim elemanı, hemşire, hekim, hastaya zarar verme düşüncesinin, ödev ve iş yükünün klinik stres kaynakları olduğu ifade edilmiştir.[2,5,12]

Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulama alanları çok çeşitli olmakla birlikte; bu kliniklerden biri olan cerrahi servisler, cerrahi hastalıklar hemşireliği dersi boyunca aktif olarak kullanılan kliniklerdendir.[7,8] Bu klinikler bakım verilen hastaların yaralanma, enfeksiyon ve tehlikeli maddeler ile karşılaşma riskinin yüksek olması, ani gelişen ve yaşamı tehdit eden durumların hızlı karar vermeyi gerektirmesi gibi bir dizi dinamik özelliklere sahiptir.[13] Bu özellikler nedeniyle cerrahi kliniklerde eğitimde hedeflenen uygulama amaçlarına ulaşılması ve stres kaynaklarının kontrol edilmesi için hemşirelik öğrencilerinin stres düzeylerinin belirlenmesi önemlidir.[13,14] Hemşirelik öğrencilerinde uygulamanın ilk günlerindeki bilinmezlik, ne yapacağını tam olarak bilememe, kliniğe adaptasyon süreci, hata yapma riski, hasta ile iletişim kurmada zorlanma veya zarar verme düşüncesi, bilgi ve beceri uygulamalarının yetersiz olması, özgüven eksikliği gibi durumlardan dolayı stresli olma durumları görülebilmektedir.[1,10,14,15] Yaşanan stres, eğitimdeki başarı durumunu etkileyen bir faktör olduğundan, klinik performansı da olumsuz etkileyebilir.[5] Klinik stres düzeyinin artması ve hemşirelik öğrencilerine gerekli desteğin sağlanmaması; öğrencilerin farklı üniversitelere veya bölümlere yönelmelerine neden olabilmektedir.[1,3,5] Literatürde hemşirelik öğrencilerinde klinik stres düzeyini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarbulunmasına rağmen özellikle sadece cerrahi kliniklerinde uygulama eğitimi yapan öğrencilerde ilk gün klinik stres düzeyine yönelik güncel herhangi bir araştırmaya rastlanılamamıştır.[4,6,12,15,16] Bu araştırmanın amacı, dinamik ve riskli bir birim olan cerrahi kliniklerde uygulamaya çıkan ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin, uygulamanın ilk günündeki klinik stres düzeylerini ve bu düzeyi etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırmadan elde edilen bulgular, cerrahi hastalıklar hemşireliği dersini yürüten öğretim elemanlarının, hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı strese yönelik farkındalıklarını artırmalarına ve öğrencilerin desteklenmesine katkı sağlayabilir.

Gereç ve yöntem

Araştırmanın Türü ve Amacı

Kesitsel tipte tasarlanan bu araştırmada, cerrahi hastalıklar hemşireliği dersinin klinik uygulamasına çıkan ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlandı. Araştırma bulguları STROBE yönergesine uygun olarak kontrol listesi doğrultusunda raporlandırıldı.[17] Bu araştırmada yanıt aranan sorular, cerrahi hastalıklar hemşireliği uygulamasına çıkan ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin, (1) klinik stres düzeyi nedir?, (2) stres düzeyi ile ilişkili faktörler nelerdir?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 19 Şubat 2024-11 Mart 2024 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesinde öğrenim gören 265 ikinci sınıf hemşirelik öğrencileri oluşturdu. Araştırmanın örneklem sayısı, evreni bilinen örneklem formülü ile 158 olarak belirlendi (p:0.50; q:0.50; t:%95; %5 çift taraflı tablo değeri: 1.96).[18]

$$n_0 = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = \frac{265\ (1.96)^2(0.5)*0.5}{0.05^2\ (265-1) + (1.96)^2\ 0.5*0.5} = 158$$

Örnekleme Alınma Kriterleri

Araştırmaya, 18 yaş üzerinde olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, Türkçe konuşup anlayabilen, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği dersini alan, ilk klinik uygulama gününde uygulamada bulunan ve herhangi bir iletişim sorunu olmayan öğrenciler dahil edildi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, ilk klinik uygulama günü uygulamada bulunmayan öğrenciler dahil edilmedi.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler 19 Şubat-11 Mart 2024 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ve üç bölümden oluşan veri toplama formu ile toplandı.[2,5,12,13] Birinci bölüm öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, konaklama yeri, birlikte konakladığı kişiler, gelir durumu, sosyal güvence durumu, kronik hastalık durumu ve boş zamanlarını değerlendirme yöntemleri) kaydedildiği Tanıtıcı Özellikler Formundan; ikinci bölüm öğrencilerin klinik stres düzeyini etkileyen faktörlerin (öğretim elemanı, hemşire, hekim, hasta, hasta yakını, arkadaşlar ve bilgi eksikliği) belirlendiği Klinik Stres Düzeyini Etkileyen Diğer Faktörler Formundan ve üçüncü bölüm öğrencilerin stres düzeyinin tespit edildiği Pagana Klinik Stres Ölçeği'nden (PKSÖ) oluşmaktaydı.

Pagana Klinik Stres Ölçeği; 1989 yılında Pagana tarafından ilk klinik uygulama deneyimlerinde, öğrenci hemşireleri tehdit eden ya da mücadele etmelerini gerektiren stresin başlangıç değerini belirlemek üzere geliştirilmiş bir ölçektir.[19] 2006 yılında anketin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Şendir ve Acaroğlu (2015) tarafından yapılmıştır. Klinik stres anketinin tüm ifadelerinin dahil edildiği Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur. Anketin maddeleri; tehdit, mücadele, zarar ve yarar emosyonlarından oluşan 4 alt boyut altında toplanmaktadır. Klinik Stres Ölçeği'nde tehdit alt boyutu "6" (üzüldüm, endişelendim, bunaldım, duygulandım, gözüm korktu/sindim, korktum), mücadele alt boyutu "7" (uyarıldım, neşelendim, ümitlendim, hoşlandım, heveslendim, heyecanlandım, mutlu oldum), zarar alt boyutu "5" (öfkelendim, hüzünlendim, suçluluk hissettim, iğrendim/tiksindim, hayal kırıklığına uğradım), yarar alt boyutu "2" (rahatladım, güvendim) emosyonu içermektedir. Her bir madde; 0-"hiç", 1-"biraz", 2-"orta", 3-"fazla", 4-"çok fazla" olmak üzere beş seçeneği içermektedir. Ölçekte seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Ölçekten en düşük 0 puan ve en yüksek 80 puan alınabilmektedir. Düşük puan klinik stres düzeyinin düşük; yüksek puan ise klinik stres düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir.[20] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulundu.

Araştırmacılar, öğrencilerin cerrahi hastalıklar hemşireliği dersinin klinik uygulamasının birinci gününde "Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikler Formu", "*Klinik Stres Düzeyini Etkileyen Faktörler Formu*" ve "PKSÖ"nün doldurulmasını sağladı. Bütün formlar öğrenciler tarafından ortalama 20 dakikada dolduruldu.

Veri Analizi

Veriler, bilgisayar ortamında analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve medyan (maksimum-minimum) ile ifade edildi. Kullanılan ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov normallik testi ile belirlendi. Normal dağılım gösteren iki grup arası karşılaştırmada bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Tüm analizlerde istatistik testlerinin anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışmanın gerçekleştirildiği Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden (Tarih: 15.11.2023, Sayı: E-28339410-044-2534684) ve Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 01.11.2023, Sayı: 2023/737) yazılı izin alındı. Araştırma ve amacı hakkında bilgilendirilen öğrencilerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırma Helsinki Deklerasyonu ilkeleri doğrultusunda yürütüldü.

Bulgular

Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.76±1.29 yıl olup %73.4'ü kadın, %63.9'unun konaklama yeri yurt, %53.2'sinin birlikte konakladığı kişiler anne/baba/kardeşti. Öğrencilerin %44.9'unun geliri gidere denk, %58.2'sinin sosyal güvencesi olup, %95.6'sının kronik hastalığı yoktu. Öğrencilerin %72.8'i ise boş zamanlarını değerlendirme yöntemi olarak arkadaşları ile vakit geçiriyordu (***Tablo 1***).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n:158)

Özellikler	**X̄**	**SS**
Yaş (yıl) (min:19, max: 27**)**	20.76	1.29
Cinsiyet	**n**	**%**
Kadın	116	73.4
Erkek	42	26.6
Konaklama yeri		
Yurt	101	63.9
Ev/Arkadaşlar ile	6	3.8
Ev/Aile ile	51	32.3
Birlikte konakladığı kişiler		
Yalnız yaşıyorum	10	6.3
Arkadaşlarımla yaşıyorum	62	39.2
Anne/baba/kardeşlerimle yaşıyorum	84	53.2
Eşimle/çocuklarımla yaşıyorum	2	1.3
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	23	14.6
Gelir gidere denk	71	44.9
Gelir giderden az	64	40.5
Sosyal güvence durumu		
Var	92	58.2
Yok	66	41.8
Kronik hastalık durumu		
Var	7	4.4
Yok	151	95.6
Boş zamanları değerlendirme yöntemleri*		
Kitap okuma	63	39.9
Müzik dinleme	110	69.6
TV izleme	60	38.0
Egzersiz/spor yapma	59	37.3
Arkadaşlarımla vakit geçirme	115	72.8

Enstrüman çalma	16	10.1
Diğer	12	7.6
Uyuma	*3*	*1.9*
Yüzme	*2*	*1.3*
Resim/çizim yapma	*5*	*3.2*
İşe gitme	*1*	*0.6*
Gezi	*1*	*0.6*

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Panaga Klinik Stres Ölçeği Puanları

Öğrencilerin tehdit alt boyutu puan ortalaması 9.89±5.20, mücadele alt boyutu puan ortalaması 9.51±5.19, zarar alt boyutu puan ortalaması 6.50±4.27 ve yarar alt boyutu puan ortalaması 2.71±1.89'du. Öğrencilerin toplam ölçek puan ortalaması ise 28.61±12.83'tü (***Tablo 2***).

Tablo 2. Pagana Klinik Stres Ölçeği Puanları (n:158)

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	X̄ ±SS	Alt Boyut Verileri X̄ ±SS
TEHDİT	Üzüldüm	1.52±1.22	
	Endişelendim	1.85±1.22	Min: .00 - Max:23.00
	Bunaldım	1.98±1.36	9.89 ±5.20
	Duygulandım	1.54±1.21	
	Gözüm korktu/Sindim	1.56±1.27	
	Korktum	1.45±1.16	
MÜCADELE	Ümitlendim	1.24±1.23	
	Uyarıldım	1.06±1.07	
	Hoşlandım	1.30±1.11	Min: .00 - Max:24.00
	Neşelendim	1.41±1.08	9.51±5.19
	Heveslendim	1.48±1.26	
	Heyecanlandım	1.71±1.14	
	Mutlu oldum	1.32±1.11	
ZARAR	İğrendim/Tiksindim	1.34±1.30	
	Suçluluk hissettim	0.76±1.09	Min: .00 - Max:20.00
	Hüzünlendim	1.56±1.13	6.50±4.27
	Öfkelendim	1.37±1.17	
	Hayal kırıklığına uğradım	1.47±1.42	
YARAR	Rahatladım	1.27±1.14	Min: .00 - Max:7.00
	Güvendim	1.44±1.10	2.71±1.89
Toplam ölçek puanı (Min: .00 Max:62.00)		28.61±12.83	

Stres Düzeyini Etkileyen Faktörler ile Panaga Klinik Stres Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Öğrencilerin klinik stres düzeyini en çok etkileyen faktörler bilgi eksikliği (%71.5), öğretim elemanı (%73.4), hemşire (% 60.1), hasta yakını (%55.1) ve hastaydı (54.4). Öğretim elemanı faktörü ile zarar alt boyutu ortalaması anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$). Hemşire faktörü ile tehdit, zarar alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Hekim faktörü ile yarar alt boyutu arasında; hasta faktörü ile zarar alt boyutu arasında anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Bilgi eksikliği faktörü ile de tehdit, zarar alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı. Kadın cinsiyetteki öğrencilerin tehdit ve yarar alt puanlarıyla, erkek öğrencilerin puanları arasında anlamlı bir farklılık vardı (***Tablo 3***).

Tablo 3. Öğrencilerin Cinsiyet, Klinik Stres Düzeylerini Etkileyen Faktörler ile PKSÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Faktörler		n	%	PKSÖ Tehdit X̄ ±SS	PKSÖ Mücadele X̄ ±SS	PKSÖ Zarar X̄ ±SS	PKSÖ Yarar X̄ ±SS	Toplam PKSÖ X̄ ±SS
Cinsiyet	Kadın	116	73.4	10.41±5.27	9.08±5.18	6.50±4.25	2.41±1.82	28.41±13.17
	Erkek	42	26.6	8.45±4.77	10.69±5.07	6.50±4.38	3.55±1.85	29.19±11.98
	t-testi			2.118	-1.729	0.000	-3.474	0.339
	p			**0.036***	0.086	1.000	**0.001***	0.735
Öğretim elemanı	Evet	116	73.4	10.36±5.14	9.58±5.37	6.96±4.18	2.59±1.97	29.48±12.96
	Hayır	42	26.6	8.60±5.20	9.33±4.68	5.23±4.32	3.05±1.60	26.21±12.32
	t-testi			1.892	0.261	2.266	-1.496	1.419
	p			0.63	0.795	**0.025***	0.138	0.158
Hemşire	Evet	95	60.1	10.76±5.19	9.99±5.30	7.26±4.06	2.62±1.86	30.63±12.91
	Hayır	63	39.9	8.59±4.97	8.79±4.96	5.35±4.35	2.84±1.94	25.57±12.19
	t-testi			2.617	1.424	2.821	-0.716	2.465
	p			**0.010***	0.156	**0.005***	0.475	**0.015***
Hekim	Evet	35	22.2	10.34±5.14	8.69±4.84	6.89±4.32	2.09±1.70	28.00±12.56
	Hayır	123	77.8	9.76±5.23	9.75±5.28	6.39±4.27	2.87±1.91	28.79±12.96
	t-testi			0.580	-1.070	0.601	-2.239	-0.320
	p			0.563	0.286	0.551	**0.027***	0.750
Hasta	Evet	86	54.4	10.60±5.87	9.23±5.31	7.28±4.38	2.49±1.98	29.60±13.83
	Hayır	72	45.6	9.04±4.14	9.85±5.05	5.57±3.96	2.97±1.75	27.43±11.51
	t-testi			1.956	-0.741	2.551	-1.611	1.061
	p			0.052	0.460	**0.012***	0.109	0.290
Hasta yakını	Evet	87	55.1	10.24±5.70	9.17±5.33	6.68±4.34	2.48±1.94	28.57±13.59
Hayır		71	44.9	9.46±4.50	9.93±5.01	6.28±4.20	2.99±1.80	28.66±11.95
	t-testi			0.934	-0.913	0.580	-1.674	-0.042
	p			0.352	0.363	0.563	0.096	0.966
Arkadaşlar	Evet	31	19.6	10.84±5.75	9.65±5.28	6.84±4.52	2.58±2.09	29.90±14.10
	Hayır	127	80.4	9.66±5.05	9.48±5.18	6.42±4.21	2.74±1.84	28.30±12.55
	t-testi			1.131	0.158	0.492	-0.420	0.623
	p			0.260	0.875	0.624	0.675	0.534
Bilgi eksikliği	Evet	113	71.5	10.66±5.08	9.70±5.02	6.99±4.42	2.53±1.72	29.89±12.45
	Hayır	45	28.5	7.96±5.03	9.02±5.60	5.27±3.62	3.16±2.22	25.40±13.37
	t-testi			3.031	0.749	2.324	-1.890	2.005
	p			**0.003***	0.455	**0.021***	0.061	**0.047***

*Independent simple t-test

Tartışma

Hemşirelik eğitiminde teorik dersler ve klinik uygulama eğitimi el ele ilerleyen bir süreçtir. Hemşirelik öğrencileri bu süreçte çevresel koşullar, olaylar ve içsel düşünceler nedeniyle stres yaşayarak kendilerini tehdit altında hissedebilir.[21] Hemşirelik öğrencilerinin stres düzeylerinin ve stresör olarak algıladıkları faktörlerin belirlenmesi; hemşirelik eğitiminin niteliği için hedeflenen mesleki donanımın ve yetkinliğin kazanılmasında etkilidir.[22] Bu bölümde belirtilen tanıtıcı özelliklerin, stres faktörü olabilecek etmenlerin hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeyini etkileme durumu, literatür eşliğinde tartışıldı.

Hemşirelik öğrencilerinin yaş, yaşanılan yer, kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik özelliklerin stres düzeyi üzerine etkisinin olmadığını; kadın cinsiyetteki hemşirelik öğrencilerinin stres düzeyinin daha yüksek olduğu literatürde bildirilmiştir.[2,5,21,23,24] Bu araştırmada literatüre benzer şekilde öğrencilerin yaş,

konaklama yeri, birlikte yaşadığı kişiler, gelir ve sosyal güvence durumu, kronik hastalık varlığı ve boş zamanları değerlendirme gibi tanıtıcı özelliklerin klinik stres düzeyini etkilemediği; kadın cinsiyetteki öğrencilerin tehdit puanları erkek öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksekken; yarar puanı anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Söz konusu bu sonucun elde edilmesinde; kadınların daha hassas ve kırılgan bir grup olması ve literatürdeki diğer çalışmalargibi bu çalışmada da kadın cinsiyetteki öğrencilerin araştırma örnekleminin büyük çoğunluğunu oluşturmasından kaynaklanmış olabilir.[2,21,23,24]

Hemşirelik öğrencilerininin genç olması, mesleki becerilerinin henüz tam gelişmemiş olması, okul ve hastane ortamının bir takım sorunlara ve çatışmalara yol açabilmesi; hemşirelik eğitiminin yüksek stres yüküne sahip olmasına neden olmaktadır.[6,23] Literatürde hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeyinin PKSÖ ile değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır.[2,4,22,23] Bu araştırmada öğrencilerin nispeten düşük düzeyde (28.61±12.83) stres yaşadıkları; stres düzeyinin Döner ve arkadaşları (36.40±12.22) ile Sü ve arkadaşlarının (34.61±9.42) çalışmalarından daha düşük; Savcı ve arkadaşları (28.25±9.72) ile Mankan ve arkadaşlarının (26.13± 10.10) çalışmalarına benzer düzeyde olduğu görüldü.[2,4,22,23] Bir araştırmada yer alan hemşirelik öğrencilerin neredeyse dörtte birinin; diğer araştırmada yer alan öğrencilerin ise tamamının birinci sınıf olduğu görüldü.[4,23] Bu araştırmadaki öğrencilerin tamamının ikinci sınıfta olmaları, dolayısıyla birinci sınıftaki öğrencilerden daha fazla klinik deneyime sahip olmaları; literatürdeki çalışmalardandaha az klinik stres yaşamalarına neden olmuş olabilir.[4,23]

Hemşirelik eğitimi planlı, kurumsal, hem teorik hem de uygulama eğitimlerini bir arada gerçekleştirildiği bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır.[24] Bu süreçte öğrenci ile öğretim elemanı arasında kurulan iletişimin yetersiz olması, teorik ve klinik bilgi ve becerilerden yoksun olma, uygulama sürecinde bakım verilen hastaya yönelik baskı hissetme, motivasyon azlığı, baş etme yöntemlerinin yetersizliği gibi durumlar; hemşirelik öğrencilerinin stres yaşamalarına neden olabilmektedir. Stres ise klinik beceri ve performansın olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.[2] Literatürde hemşirelik öğrencilerinin stres yaşamasına neden olan faktörler; bilgi eksikliği, klinikte çalışan hemşireler, klinik mentörler, hasta, doktor, öğretim elemanı olarak bildirilmiştir.[2,12,22,25] Bu araştırmada literatüre benzer şekilde öğrencilerin klinik uygulama sırasında stres yaşamalarına neden olan faktörlerin en yüksek olanları da hemşire ve bilgi eksikliğiydi. Bu iki faktörü takiben diğer stresörler sırasıyla arkadaşlar, hasta, öğretim elemanı, hasta yakını ve hekimdi. Bununla birlikte hemşireliği stres faktörü olarak gören hemşirelik öğrencilerinin en yüksek PKSÖ toplam puana sahip olduğu belirlendi. Söz konusu bu sonuç; öğrencilerin klinik uygulamaya çıktıkları birimlerde görev yapan hemşirelerin beklentilerini karşılamada yetersiz olacaklarını, nasıl iletişim kuracaklarını bilememeleri ve uygulamalarda hata yapacaklarını/yetersiz kalacaklarını düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir. Öğrencilerin bilgi eksikliğini stresör olarak belirtmeleri ve bilgi eksikliği yaşayanların PKSÖ tehdit puanlarının daha yüksek olması söz konusu bu sonucu desteklemektedir.

Araştırmada, öğretim elemanını, hemşireyi, hastayı ve bilgi eksikliğini stresör olarak gören hemşirelik öğrencilerinin PKSÖ zarar puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu; hekimi stresör olarak gören öğrencilerin ise PKSÖ yarar puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, hasta yakını ve arkadaş faktörlerinin PKSÖ puanlarını etkilemediği görülmüştür. Öğrencilerin öğretim elemanı ve hemşire ile yeterli düzeyde ilişki kuramaması ve iletişim düzeyinin yetersiz olması, zarar puanlarını artırmış olabilir. Hekimin, hemşire gibi sürekli klinikte bulunmaması ise stresör olarak algılanmasını önlemiş olabilir. Ayrıca, öğrencilerin klinikte birlikte oldukları arkadaşlarını akran desteği olarak algılamış olabilecekleri düşünülmüştür.

Sonuç ve öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinin klinik uygulamasını yapan ikinci sınıf öğrencilerinin düşük düzeyde stres yaşadığını; kadın cinsiyetteki öğrencilerin erkek öğrencilerden daha

fazla stres deneyimlediğini gösterdi. Öğrencilerin stresini en çok hemşirenin ve bilgi eksikliğinin arttırdığı görüldü. Bu bulgular, klinik uygulama sürecinde klinikte rol model olan hemşirelerin, öğrencilerin kliniklere adaptasyonu sürecinde yeterli düzeyde güdüleyici destek sunamadıklarına ve öğrencilerin teorik ile uygulama bilgilerinin güçlendirilmesi gerekliliğine dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda öğrencilerin klinik uygulama yapacakları birimlerde çalışan hemşire, hekim gibi sağlık personelleriyle, klinik uygulamaya yönelik beklentilerin konuşulacağı ön toplantılar ve öğrencilerle tanışma toplantıları düzenlenebilir. Klinik uygulama süresince öğretim elemanlarının hemşirelik öğrencileriyle açık, dürüst ve destekleyici bir iletişim tarzı benimsemeleri, klinik uygulamaya yönelik düzenli ve yapıcı geri bildirimler yaşanan stresin azaltılmasına yardımcı olabilir. Öğrencilerin özellikle ilk gün klinik uygulamadaki streslerine yönelik olumlu bir öğrenme ortamının oluşturulması derse olan ilginin arttırılması ve motivasyonu olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca klinik uygulamaya yönelik hemşirelik öğrencilerine karşı doğru bilgilendirme ve soruların da yanıtlandırılması stres düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Ayrıca öğrencilerin bilgi düzeylerinin güçlendirilmesi için öğretim elemanları tarafından yeni stratejilerin geliştirilmesi ve geliştirilen stratejilerin etkinliğinin değerlendirildiği yeni araştırmaların planlanması önerilebilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmanın bir kısıtlılığı vardı. Araştırmaya sadece ikinci sınıf öğrencilerinin dahil edilmiş olması, diğer sınıflarda öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin stres düzeyinin belirlenememesine neden oldu. Bu durum öğrencilerin stres düzeylerini etkileyen faktörlerin yıllara göre değişimine yönelik veri sağlamamızı engelledi. Stres düzeylerinin ve strese neden olan faktörlerin daha iyi anlaşılması ve bu faktörlere yönelik stratejilerin geliştirilmesi için bu kısıtlılığın kontrol edildiği yeni araştırmalar yapılabilir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Veri toplama sürecinde bizlere destek olarak araştırmamıza katılan öğrencilerimize teşekkür ederiz.

Etik Onay

Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 01/11/2023 tarih 2023/737 sayısı ile etik kurul izni alınmıştır**.**

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Tuğba Çam Yanık: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme, kaynak sağlama

Canan Kanat: Veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı

Merve Nur Tanrıverdi: Veri toplama ve işleme, makale yazımı

Hatice Ural: Veri toplama ve işleme, makale yazımı

Kaynaklar

1. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yıldız FT. Entegre program hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeyi ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(2):89-95.

2. Mankan T, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. Annals of Health Sciences Research 2016;5(1):10-15.

3. Ordin YS, ve ark. Cerrahi kliniklerdeki hemşirelik öğrencilerinin yansıtma raporlarından elde edilen öğrenme deneyimleri. Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi 2018;6(3):106-120.

4. Sü S, Özlük B, Demirören N. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik uygulamada deneyimledikleri stres düzeylerini azaltmada mentorlük uygulamasının etkisi. Journal of Human Sciences 2018;15(1):280-292.
5. Suarez-Garcia JM, et al. Stressors for Spanish nursing students in clinical practice. Nurse Education Today 2018;64:16-20.
6. Shin S, Hwang E. The effects of clinical practice stress and resilience on nursing students' academic burnout. Korean Medical Education Review 2020;22(2):115-121.
7. Erden S, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi hastalıkları hemşireliği dersi uygulamalarında hemşirelik tanılarını belirleme düzeylerinin incelenmesi. Van Tıp Dergisi 2018;25(2):108-112.
8. Çetin İ, Alptekin HM. Cerrahi kliniklerde uygulama yapan hemşirelik öğrencilerinin enfeksiyon riski oluşturan faktörleri belirleme durumları. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;7(3):269-274.
9. Al-Gamal E, Alhosain A, Alsunaye K. Stress and coping strategies among Saudi nursing students during clinical education. Perspectives in Psychiatric Care 2018;54(2):198-205.
10. Kim SH, Lee J, Jang M. Factors affecting clinical practicum stress of nursing students: Using the Lazarus and Folkman's Stress-Coping model. Journal of Korean Academy of Nursing 2019;49(4):437-448.
11. Moon H, Jung M. The relationship between a disposition of gratitude, clinical stress, and clinical satisfaction in nursing students. Perspectives in Psychiatric Care 2020;56(4):768-776.
12. Karaca A, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin algılanan klinik stres düzeyi, stres cevapları ve başetme davranışları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2017;8(1):32-39.
13. Temiz Z, ve ark. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. Anadolu Sağlık ve Hemşirelik Dergisi 2017;20(2):83-89.
14. Rafati F, et al. The relationship between clinical dishonesty and perceived clinical stress among nursing students in southeast of Iran. Bmc Nursing 2020; 19:1-8.
15. Cho EY, et al. The factors influencing employment stress of nursing students. The Journal of the Convergence on Culture Technology 2016;2(1):35-43.
16. Bahadır Yılmaz E. Academic and clinical stress, stress resources and ways of coping among Turkish first-year nursing students in their first clinical practice. Kontakt 2016;18(3):e145-e151.
17. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Klinik ve saha araştırmalarında örnekleme yöntemleri ve örneklem büyüklüğü. 1. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2005.
18. Von Elm E, et al. The strengthening there porting of observational studies in epidemiology (strobe) statement: Guidelines for reporting observational studies. International Journal of Surgery 2014;12:1495-1499.
19. Pagana KD. Psychometric evaluation of the clinical stress questionnaire (CSQ). Journal of Nursing Education 1989;28(4):169-174.
20. Şendir M, Acaroğlu R. Klinik stres anketinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015;14(56):59-70.
21. Tunç E, Orak OS. The impact of a "clinical adaptation psychoeducation program" grounded in the psychological flexibility model on perceived stress and coping behaviors among nursing students: A randomized controlled experimental study. Nurse Education Today 2024;139:1-9.
22. Savcı C, Karaarslan Y, Turan N. Hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Social Sciences Studies Journal 2022;5(41):4200-4208.
23. Döner BÇ, Tohumcu K, Özdemir N. Hemşirelik öğrencilerinin klinik deneyimleri stres düzeylerini ve benlik saygılarını etkiler mi?. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2023;10(3):421-432.
24. Özdemir H, Khorshid L, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimine ilişkin yaşadıkları stres düzeyinin belirlenmesi. Turkish Journal of Science and Health 2020;1(2):20-28.
25. Mazalová L, Gurková E, Štureková L. Nursing students' perceived stress and clinical learning experience. Nurse Education in Practice 2022;64:103457.

Araştırma Makalesi – Original Article

Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Older Adults Regarding the Use of Traditional Complementary Treatment for Pain*

Yaşlı Yetişkinlerin Ağrı Nedeniyle Geleneksel Tamamlayıcı Tedavi Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Deniz Say Şahin[i], Gülsüm Korkut[ii], Gülnihal Altun[iii], Nüket Örnek Büken [iv]

[i]Assoc. Prof. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Social Work, Director, Aging Studies Implementation and Research Center, https://orcid.org/0000-0001-8171-9743

[ii]Assoc. Prof. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Social Work, https://orcid.org/0000-0001-5256-3890

[iii]Lecturer, Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Gölhisar Vocational School of Health Services, Department of Health Care Services, Home Patient Care Program, https://orcid.org/0000-0001-9339-1343

[iv]Prof. Dr., Hacettepe University Faculty of Medicine, Head of Department History of Medicine and Ethics, Director, Hacettepe Bioethics Center, https://orcid.org/0000-0001-9166-6569

ABSTRACT

Objective: This descriptive study was conducted to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of older adults experiencing pain for any reason regarding traditional complementary treatment.

Methods: The study was collected simultaneously from a provincial center and districts in Türkiye between January 10 and March 15, 2024 by the Aging Studies Implementation and Research Center of a state university. 1286 older adults voluntarily participated in the study. Data were collected with a 30-question questionnaire prepared by the researchers and data were computer analysed.

Results: 75.27% of the older adults who participated in the study stated that they used traditional complementary treatment to relieve their pain, 81.50% stated that the method they used relieved their pain, and 36.37% stated that they used traditional complementary treatment on recommendation. When the use of traditional complementary treatment for pain in older adults was analyzed in terms of sociodemographic variables, a statistically significant difference was found in the group who used and did not use traditional complementary treatment in terms of all sociodemographic variables except for the family type variable (p=0.07) (p≤0.05). When the pain characteristics were compared in the group using and not using traditional complementary treatment in older adults, there was no significant difference between the two groups (p>0.05).

Conclusion: In conclusion, it was determined that older adults experiencing pain primarily consulted modern medicine and had a positive attitude towards traditional complementary treatment.

Keywords: Pain, Complementary Therapies, Aged, Attitude, Behavior

ÖZ

Amaç: Bu çalışma herhangi bir nedenle ağrı yaşayan yaşlı yetişkinlerin geleneksel tamamlayıcı tedavilere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırma 10 Ocak – 15 Mart 2024 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından, Türkiye'de bir il merkezi ve ilçelerinden eş zamanlı olarak toplandı. Araştırmaya 1286 yaşlı yetişkin gönüllü olarak katıldı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 soruluk anket formu ile toplandı ve bilgisayar ortamında değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlı yetişkinlerin %75,27'si yaşadıkları ağrıyı gidermek için geleneksel tamamlayıcı tedavileri kullandığını, %81.50'si kullandıkları yöntemin ağrılarını geçirdiğini ve %36,37'si ise tavsiye üzerine geleneksel tamamlayıcı tedavileri kullandığını belirttiler. Yaşlı yetişkinlerin ağrı nedeni ile geleneksel tamamlayıcı tedavi uygulamalarını kullanımı sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde, geleneksel tedavileri kullanan ve kullanmayan grupta, aile tipi değişkeni (p=0,07) hariç diğer tüm sosyo-demografik değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p≤0.05). Yaşlı yetişkinlerde, geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullanan ve kullanmayan grupta ağrı özellikleri karşılaştırıldığında ise iki grup arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü (p>0.05).

Sonuç: Sonuç olarak, ağrı yaşayan yaşlı yetişkinlerin öncelikle modern tıbba başvurdukları ve geleneksel ve tamamlayıcı tedavilere karşı olumlu bir tutum içinde oldukları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Tamamlayıcı Tedavi, Yaşlı Yetişkin, Tutum, Davranış

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):730-738

DOI: 10.31020/mutftd.1629285

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 29.01.2025; Kabul Tarihi- Accepted: 02.05.2025

İletişim- Correspondence Author: Deniz Say Şahin <saysahind@mehmetakif.edu.tr>

Ethical Approval: Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of Burdur Mehmet Akif Ersoy University (Date: 03.11.2023; No:GO2023/78).

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

The use of plants for therapeutic purposes is as old as the history of mankind, and thousands of years ago, people discovered the therapeutic aspect of plants and benefited from plants in order to live a healthy life.[1] Disease, diagnosis, prognosis and treatment methods have been defined with various concepts throughout human history, and the diagnosis, diagnosis and treatment methods of diseases have also differed according to the period and civilizations experienced in the historical process.[2,3]

Treatments utilized alongside modern scientific therapies for disease management are referred to as traditional complementary treatments.[3,4] While the concept of traditional medicine is methods applied independently or instead of conventional treatment, complementary medicine is methods applied together with conventional treatment or complementing this treatment, and these two treatment methods are defined as traditional complementary treatment.[5]

Looking at the studies in the literature, it can be said that although traditional therapies are utilized in every age range, the elderly generally have a more moderate approach to traditional therapies in the context of health characteristics in old age. Many older adults live with chronic diseases or painful symptoms that negatively affect the quality of life and health status in old age. This situation may increase the likelihood of elderly people resorting to more treatment options to improve their health status and cope with their health problems.[6-9] Various reasons such as increasing incidence of chronic diseases and health expenditures, failure of medical treatments, side effects of medical treatments and medications increase the tendency towards traditional complementary treatment practices and the prevalence of traditional complementary treatment methods is increasing rapidly with the aging of the population. The primary reasons for the use of traditional complementary therapies in the elderly are predominantly pain and pain management.[9,10]

Perhaps the biggest reason for this is that due to natural aging processes, the elderly population is more susceptible to chronic diseases and subsequent pain, and traditional complementary therapies offer a gentler, less side-effect-prone and more natural approach to addressing common health problems that the elderly suffer from.

The aim of this study is to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of older adults regarding the use of traditional complementary treatment methods in pain management. In addition, it is aimed to contribute to the understanding of the factors affecting older adults' decisions to use traditional complementary treatment methods, their reasons for using traditional complementary treatment methods, the risks they may experience when they use traditional complementary treatment methods, and their general attitudes. The results will provide important data to better understand the potential role of traditional complementary therapies in the pain management of elderly individuals and to help health professionals to provide more informed and effective guidance on this issue. Therefore, our study was designed to underline the necessity of evaluating traditional complementary treatment methods within the scope of health policies and to emphasize the importance of gaining the right health behavior in this regard.

Materials and Methods

The population of the study consists of individuals aged 65 and over living in a province of Türkiye. The population of the province aged 65 and over is 45,302 according to the address-based population registration system for 2024. In the study, the sample size was determined by non-clustered one-stage random probability sampling method based on the main population ratios. The sample size was calculated as 378 people in the Epi-info program at 5% acceptable error level, 95% confidence interval and 50%

probability of the event occurring in the main population. After obtaining the necessary permissions, the study was collected from the provincial and district centers by the Aging Studies Application and Research Center of a state university and 1286 voluntary participants were reached. The comprehensibility of the data collection forms was tested with a preliminary application on 20 people who were not included in the study and the forms were finalized. After the participants were informed about the study, their consent was obtained and they were included in the study. The study was designed as descriptive and cross-sectional type and the questionnaires were collected by the researchers with face-to-face interview technique between January 10, 2024 and March 15, 2024. A 30-question questionnaire form prepared by the researchers based on the literature was used to collect the data. The questionnaire consists of two parts. In the first part, there are 7 questions about the socio-demographic characteristics of the elderly, and in the second part, there are 23 questions about the relationship between the use of traditional complementary treatment according to the nature of the pain, why they prefer these methods and their experience, knowledge, attitudes regarding these methods. Before starting the study, ethical approval was obtained from the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (No: GO/2023/78) of Burdur Mehmet Akif Ersoy University.

Type of research

The study was descriptive and cross-sectional (time-section) and the data were collected between January 10, 2024 and March 15, 2024.

Statistical evaluation

The data obtained from the study were analyzed using the "SPSS 20.0 for Windows" program, and the measured values were calculated as arithmetic mean, standard deviation and the values determined by counting were calculated as number and percentage. Chi-square test was used to calculate the significance in paired groups and $p<0.05$ was considered statistically significant in comparisons.

Compliance With Ethical Rules

The research was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Results

When the socio-demographic characteristics of the older adults who participated in the study were examined, it was determined that 37.03% of the participants were male, 54.5% had primary school education or less, 69.51% were married, 60.34% had income equal to expenses, and 58.33% lived in a nuclear family. The average age of the participants was calculated as 75.38 ± 4.76. It was found that 75.27% (n= 968) of the older adults used at least one traditional complementary treatment method due to pain and there was a statistically significant difference between the users and non-users according to socio-demographic characteristics in all variables except family type (***Table 1***).

Table 1. Socio-demographic variables related to older adults' use of traditional complementary treatment practices for pain

Socio-demographic Variables (n=1286)	**Traditional complementary treatment method users (n=968, 75.27%)**		**Those who do not use traditional complementary treatment methods (n=318, 24.73%)**		**x^2 (p)**
	Number	**Percentage (%)**	**Number**	**Percentage (%)**	
Age					
65-74	546	42,45	196	15,24	
75-84	338	26,28	102	7,94	**0,002**
85 and above	84	6,54	20	1,55	
Gender					
Woman	604	46,96	206	16,01	**0,003**
Male	364	28,30	112	8,73	

Education Status					
Literate	203	15,78	22	1,72	
Primary School	371	28,84	105	8,16	
Middle School	186	14,46	86	6,68	**0,004**
High School	110	8,56	65	5,06	
University	98	7,62	40	3,12	
Income Level					
Income less than expenditure	292	22,71	82	6,38	
Income equal to expenditure	582	45,26	194	15,08	**0,001**
Income more than expenditure	94	7,31	42	3,26	
Marital Status					
Married	678	52,72	216	16,79	**0,003**
Single	290	22,55	102	7,94	
Chronic Disease					
There is	706	54,89	244	18,97	**0,0001**
No	262	20,38	74	5,76	
Family Type					
Nuclear Family	608	47,28	142	11,05	
Extended Family	138	10,74	72	5,59	0,07
Alone	222	17,26	104	8,08	

In the study, it was observed that the participants stated that their pain was relieved to a great extent as a result of the use of traditional complementary treatment (81.50%), and 36.37% of them used traditional complementary treatment options to try on recommendation ***(Table 2).***

Table 2. Distribution of the effect of traditional complementary treatment methods on pain and reason for use in older adults (n=968)

The effect of the use of traditional complementary treatment methods on pain and its cause	**Number (n)**	**Percentage (%)**
Effect on pain		
Passed	789	81,50
Did not pass	179	18,50
Reason for use		
Because medical practices do not cure	198	20,45
Because it was advertised everywhere, because I came across it.	101	10,43
To try on recommendation	352	36,37
Because previous trials have been good	108	11,16
To get rid of the side effects of medicines	128	13,22
Because health personnel recommended it	81	8,37

Among older adults with pain associated with chronic diseases, 68.28% used traditional complementary therapies, 55.52% of pain was mostly localized in the leg-knee region, 89.58% of older adults first consulted a doctor in painful situations, and 90,05% received information about painkillers from health personnel and 86.24% used the medication recommended by the doctor in painful situations, and when a comparison was made according to pain characteristics, it was determined that there was no statistically significant relationship between older adults who used traditional complementary therapies and those who did not use traditional complementary therapies (p>0.05) (***Table 3***).

Table 3. Comparison of pain characteristics and use of traditional complementary treatment methods in older adults (n=1286)

Pain Features	**Traditional complementary treatment users (%) (n=968)**	**Not using traditional complementary therapies (%) (n=318)**	**x^2 (p)**
Relation of the pain experienced to a chronic disease			
Yes	878 (%68,28)	291 (%22,62)	>0,05
No	90 (%6,99)	27 (%2,11)	
The place with the most pain	92 (%7,16)	23 (%1,78)	
Head	142 (%11,04)	66 (%5,14)	
Back-Waist	546 (%42,45)	168 (%13,07)	>0,05
Leg-Knee	90 (%7,00)	28 (%2,18)	
Arm-shoulder	55 (%4,28)	15 (%1,16)	
Abdomen	43 (%3,35)	18 (%1,39)	
Tooth			
Visiting a doctor when experiencing pain			
Yes	889 (%69,12)	263 (%20,46)	>0.05
No.	79 (%6,14)	55 (%4,28)	
Consultation with health personnel about painkillers			
Yes	892 (%69,37)	266 (%20,68)	>0.05
No.	76 (%5,90)	52 (%4,05)	
Do not take the medicine prescribed by the doctor when in pain			
Yes	823 (%64,00)	286 (%22,24)	>0.05
No.	145 (%11,28)	32 (%2,48)	

It was found that the older adults who participated in the study had positive knowledge and attitudes about traditional complementary treatment methods, such as strengthening the immune system, supporting medical treatments, having fewer side effects, and being worth trying before going to the doctor (***Table 4***).

Table 4. Knowledge, attitudes and behaviors regarding the use of traditional complementary therapies (n=1286)

Knowledge, attitudes and behaviors regarding traditional complementary treatment* (n=1286)	**Yes Number (n)**	**Yes Percentage (%)**
Traditional complementary therapies strengthen the body's immune system	798	62,05
The use of traditional complementary therapies appropriate to the diseases provides well-being and benefits	822	63,91
The use of traditional complementary therapies supports medical treatments		
Those who use traditional complementary treatment methods should tell their doctor about the products they use when they consult a doctor for any reason	902	70,13
The use of traditional complementary therapies is cheaper than medical treatments	981	76,28
Traditional complementary treatment has fewer side effects for the human body	265	20,60
Positive thinking can help us overcome minor illnesses	990	76,98
Traditional complementary therapies should be subjected to more scientific testing	1123	87,32
Traditional complementary therapies can be dangerous by preventing people from receiving complete treatment	382	29,70
Symptoms of an illness can be exacerbated by depression	544	42,30
Traditional complementary therapies can only be used as a last resort when modern medicine offers no solution	1008	78,38
If people experience a series of stressful events, they are likely to get sick	184	14,30
It is worth trying traditional complementary treatment methods before going to the doctor	1214	94,40
Traditional complementary therapies should only be used for minor ailments and should not be used to treat more serious illnesses	1022	79,47
Traditional complementary therapies should be used in consultation with a doctor or healthcare professional	436	33,90
Products used for traditional complementary therapies can interact with regular medicines to create a toxic effect	374	29,08
	368	28,61

*Participants were allowed to select more than one option

Discussion

In this study, which was conducted to evaluate the knowledge and attitudes of the elderly regarding the use of traditional complementary treatment for pain, the mean age of the older adults participating in the study was 75.38 ± 4.76 and 37.03% were male. In the study conducted by Sayın Kasar et al., the mean age was 71.84 ± 6.32 and 33.1% were male, in the study conducted by Erdoğan et al., the mean age was 71.86 ± 6.70 and 38.3% were male, in the study conducted by Say Şahin, the mean age was 73.3 ± 3.1 and 40.5% were male and the findings were similar.[7,11,12] In addition, Eisenberg and colleagues from Harvard University conducted a systematic survey study on the use of practices other than modern medicine in 1993, and according to the results of the study, one third of the 1539 people surveyed were found to use Complementary and Alternative Medicine (CAM) practices to treat their chronic diseases.[13]

In many studies in the literature, it has been stated that the elderly use any CAM method in their lives. [11,15-18] However, it has been found in studies that the majority of the elderly use at least one of the traditional complementary treatment methods to manage and alleviate pain, that the most commonly treated health problems with these methods are 44.4% arthritis and 23.5% chronic pain, and that the elderly with more severe knee pain or stiffness use more traditional complementary therapies. [19,20,34] In our study, it was determined that 75.27% (n=968) of the elderly used at least one traditional complementary treatment method due to pain, and our findings are similar to the studies in the literature.

In most of the studies in the literature, it was stated that the majority of the elderly benefited from traditional complementary treatment methods, that their satisfaction with complementary methods was high, that they were very helpful for their health and health problems, and that the method used had no harm or side effects.[11,12,31] In our study, 81.50% of the elderly were found to have pain relief as a result of the use of traditional complementary treatment, and in this respect, we can say that the findings we obtained in our study are similar to the studies in the literature.

The literature has reported reasons for using more than one CAM in older adults. Some studies have found that older adults most often use CAM after hearing about its benefits from patients with the same condition and on the recommendation of other users.[7,21] Some studies have also found that older adults use CAM methods mostly because they have fewer side effects, are afraid of the side effects of medications, do not benefit from medical treatment, are not satisfied or do not get a response, find their current treatment inadequate, and contribute to the current treatment.[7,10,12,18,22] Also, protecting general health, staying healthy, living healthy and treating a health condition, relieving pain due to a chronic disease or symptom, pain management and symptom management are the most common reasons why the older adults use CAM.[20,23,24,31] In our study, when the reasons for using traditional complementary treatment were evaluated in general, it was found that the reasons were similar to the findings in the literature and the elderly stated that they mostly used traditional complementary treatment methods to try traditional complementary treatment methods on recommendation and this rate was found to be 36.37%.

In the studies in the literature, it has been stated that the majority of the elderly have chronic diseases, they know traditional complementary treatment methods, they use traditional and complementary medicine methods, they regularly comply with treatment plans, they use medication depending on their chronic diseases, and they use the most common herbal products and medicines in addition to medication use. [14,24,25] In the study conducted by Özsürekçi et al., pain ranked first with 19.5% among the complaints of the elderly applying to traditional complementary treatment practices.[10] In our study, it was found that 68.28% of older adults with pain associated with chronic diseases used traditional complementary treatment methods, and in this respect, similar findings were obtained with the studies in the literature. However in the study conducted by Sayın Kasar et al., 25.8% of the elderly used traditional complementary treatment

methods for pain, and compared to the findings we obtained in our study, there are also findings in the literature that fewer elderly people use traditional complementary treatment for pain.[11]

Studies in the literature have reported that elderly people experience pain mostly in the leg and knee region. [11,26-29] In our study, it was found that pain was localized mostly in the leg-knee region with a rate of 55.52% in older adults and similar results were obtained to the studies in the literature. In the studies conducted in the literature, it was found that the extremities were the most common site of pain in the elderly, musculoskeletal disorders were the most frequently reported medical disorders, back or neck pain was among the most common chronic problems, and chiropractic was the most commonly used form of traditional complementary treatment.[18,30-32]

Different findings were obtained in the studies in the literature on the status of informing health professionals about the traditional complementary treatment method used, and it was reported that 97.5% of the elderly did not provide information in one study and 69.2% of the elderly did not provide information in another study.[21,33] However, in the study conducted by Shreffler-Grant et al., 60% of the elderly stated that they told their regular primary care providers that they benefited from complementary methods, and 76.28% of the elderly who used traditional complementary treatment stated that the products they used should be told to their doctors when they consulted a doctor for any reason.[31] In the study conducted by Ayele et al., it was found that 72.5% of the elderly did not have any knowledge and awareness of drug-herb interaction, and this was also found in our study, and 28.61% of the elderly stated that the products used for traditional complementary treatment could interact with drugs and create a poison effect. Therefore, the awareness of the elderly that the products used for traditional complementary treatment may interact with the drugs used was realized at low levels.[33]

Conclusion

Even though traditional complementary therapies are frequently used in the world and in our country, it is controversial how useful these methods are because the beliefs, knowledge and facts about these practices are generally different from each other and the opportunity to conduct adequate research in this field is limited. While traditional complementary therapies are commonly utilized both globally and nationally, their efficacy remains a subject of debate. This is primarily due to the varying beliefs, knowledge, and facts surrounding these practices, coupled with the limited opportunities for comprehensive research in this area. In this direction, in order to clarify these ambiguities and to contribute to the field, when the findings obtained in our study regarding the knowledge, attitudes and behaviors of the elderly regarding the use of traditional complementary therapies were evaluated in general; it was concluded that traditional complementary therapy practices relieve pain, that they use traditional complementary therapy mostly on recommendation and because medical practices do not improve, that it has fewer side effects, and that they have positive knowledge, attitudes and behaviors towards going to the doctor when there is pain and using the medications prescribed by the doctor. However, the rate of those who think that traditional complementary treatment practices should only be used as a last resort when traditional medicine does not offer any solution, that they should be used in consultation with doctors and health personnel, and that traditional complementary treatment products used can interact with drugs and cause poison effect was realized at lower levels. Therefore, considering the gradual increase in traditional complementary treatment practices, which are included in the current treatment concept, the conscious use of these practices also requires some basic knowledge. Traditional complementary treatment methods that are used unconsciously and without consulting healthcare professionals among elderly patients are worrisome for two reasons. First, when patient-physician communication is poor, the older adults are reluctant to share the traditional complementary treatment methods they use or intend to use with health personnel.

Second, in the absence of clear communication, potential harmful interactions between traditional complementary treatment methods and regular medications may not be recognized and this may negatively affect the health of the elderly. Therefore, healthcare professionals should have sufficient knowledge about traditional complementary treatment methods, follow scientific developments in traditional complementary treatment methods, take into account that elderly patients may have positive attitudes towards the use of traditional complementary treatment methods, provide information that traditional complementary treatment products used simultaneously during the medical treatment process may interact with the medications they use and worsen their health status, inform and guide their patients about traditional complementary treatment practices, and develop correct health literacy behavior regarding the use of traditional complementary treatment methods.

Acknowledgements

There is no conflict of interest in the study. The authors declared that this study has received no financial support.

Ethical Approval

Ethical approval was priorly received from Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (No: GO/2023/78) of Burdur Mehmet Akif Ersoy University.

Author Contributions

Deniz Say Şahin: Concept, design, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Gülsüm Korkut: Concept, design, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review.

Gülnihal Altun: Design, data collection, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

Nüket Örnek Büken: Design, data collection, supervision, analyses and interpretation, literature search, writing-review, editing.

References

1. Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Utilization and Economic Importance of Medicinal and Aromatic Plants from Past to Present. Kastamonu University Journal of Forestry Faculty 2011;11(1):52-67.
2. Kocabaş D, Eke E, Demir M. Evaluation of Individuals' Attitudes Towards Traditional and Alternative Methods in Health Service Utilization. Journal of BAİBÜ Institute of Social Sciences 2019;19(1):63-80.
3. Coşkun S, Örnek Büken N. Ethical Evaluation of Complementary and Alternative Medicine Practices. Hübam 2021;4(2):10-22.
4. Khorshid L, Yapucu Ü. The Role of the Nurse in Complementary Therapies. Journal of Atatürk University School of Nursing 2005; 2:124-30.
5. Doğan B, Karabudak Abuaf Ö, Karabacak E. Complementary/Alternative Medicine and Dermatology. Türkderm 2012; 46:62-6.
6. Say Sahin D. Identifying Sleep Quality of the Elderly and Their Methods of Coping with Sleep Problems. J Tradit Complem Med 2020;3(1):18-26.
7. Say Şahin D. From Whom did you Receive This Information? (A study on using complementary and alternative medicine (CAM) methods in elderly individuals), Acıbadem Univ. Health Science Journal 2021;12(3):574-578.
8. Hmwe N, Chan C, Shayamalie T. Older people's experiences of participation in mindfulness-based intervention programs: A qualitative systematic review. Int J Mental Health Nurs 2024;33(5):1272-1288.
9. Güngörmüş Z, Kıyak E. The evaluation of knowledge, attitude and behaviors of individuals who suffer from pain towards complementary and alternative medicines. Pain 2012;24(3):123-129.
10. Özsürekçi C, et al. The Effect of Frailty on Opinions, Attitudes and Practices About Complementary-Alternative Medicine Practices in Elderly Individuals, Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg 2020;53(3):177-182.

11. Sayın Kasar K, et al. Complementary and Alternative Treatment Use Status and Attitude of Elderly Individuals Towards Pain. HUHEMFAD-JOHUFON 2020;7(3):271-277.
12. Erdoğan Z, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine Methods Among Elderly People Living in Nursing Homes, Kafkas J Med Sci 2017;1:60-66.
13. Eisenberg DM, et al. Unconventional Medicine in the United States-Prevalence, Costs, and Patterns of Use. N Engl J Med 1993;328(4):246-252.
14. Bayer N, Uzuntarla Y. Determination of Rational Drug Use and Traditional Medicine Attitudes of Elderly Individuals with Chronic Disease. J Soc Anal Health 2022;2(1):21-27.
15. Shreffler-Grant J, et al. Complementary Therapy and Older Rural Women: Who Uses It and Who Does Not? Nursing Research 2007;56(1):28-33.
16. McMahan S, Lutz R. Alternative Therapy Use Among the Young-Old (Ages 65 to 74): An Evaluation of the MIDUS Database. JAG 2004;23(2):91-103.
17. Zhang AL, et al. Complementary and Alternative Medicine Use by Older Australians. Ann. N.Y. Acad. Sci 2007; 1114:204-215.
18. Aljawadi MH, et al. The Utilization of Complementary and Alternative Medicine among Saudi Older Adults: A Population-Based Study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2020;2020:4357194.
19. Yoon SL, Kim JH. Factors contributing to the use of complementary and alternative medicine in rural older women with chronic pain in South Korea. Applied Nursing Research 2013; 26:186-191.
20. Cheung CK, Wyman JF, Halcon LL. Use of Complementary and Alternative Therapies in Community-Dwelling Older Adults. The Journal of Alternative And Complementary Medicine 2007;13(9):997-1006.
21. Aktepe M. Determination of Complementary and Alternative Treatment Methods Used by Elderly Patients. Master's Thesis. Nicosia: Turkish Republic of Northern Cyprus Near East University 2019.
22. Astin JA, et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Elderly Persons: One-Year Analysis of a Blue Shield Medicare Supplement. Journal of Gerontology: Medical Sciences 2000;55(1):M4-M9.
23. King MOB, Pettigrew AC. Complementary And Alternative Therapy Use By Older Adults In Three Ethnically Diverse Populations: A Pilot Study. Geriatric Nursing 2004;25(1):30-37.
24. Dedeli Ö, Karadakovan A. Investigation of Drug Use, Complementary and Alternative Treatment Practices in Elderly Individuals. Spatula DD 2011;1(1):23-32.
25. Sağkal T, et al. The Use of Complementary and Alternative Treatment Methods by Elderly Individuals Living in Rural Areas. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg 2013;27(1):19-26.
26. Özel F, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Pain Management in Elderly Living in Nursing Home. Pain 2014;26(2):57-64.
27. Sezer Ö, Devran D, Dağdeviren HN. Evaluation of Chronic Pain Status and Affecting Factors in the Elderly. Türk Aile Hek Derg 2021;25(3):76-83.
28. Demir Saka S. Pain Prevalence in the Elderly Living in the Community and Pain Self-Management Practices of the Elderly. Master's Thesis. Antalya: T.C. Akdeniz University Institute of Health Sciences Department of Nursing 2017.
29. Özdemir Ü, Afşar Ş. Factors Affecting Pain Experiences, Pain Coping Methods and Pain Beliefs of Elderly Individuals. Journal of Health Sciences 2023;32(2):252-260.
30. Güngör Tavşanlı N, Özçelik H, Karadakovan A. Investigation of the Quality of Life of Elderly Individuals with Pain. Pain 2013;25(3):93-100.
31. Shreffler-Grant J, et al. Complementary Therapy Use Among Older Rural Adults, Public Health Nursing 2005;22(4):323-331.
32. Montalto CP, Bhargava V, Hong GS. Use of Complementary and Alternative Medicine by Older Adults: An Exploratory Study. Complementary Health Practice Review 2006;11(1):27-46.
33. Ayele A, et al. Complementary and alternative medicine use among elderly patients living with chronic diseases in a teaching hospital in Ethiopia. Complementary Therapies in Medicine 2017; 35:115-119.
34. Yang S, et al. Longitudinal Use of Complementary and Alternative Medicine Among Older Adults With Radiographic Knee Osteoarthritis. Clinical Therapeutics 2013;35(11):1690-1702.

Araştırma Makalesi – Original Article

Global Collaborations in SREBP Research: Scientific Productivity and Impact *

SREBP Araştırmalarında Küresel İş birlikleri: Bilimsel Üretkenlik ve Etki

Şerife Efsun Antmen[i], Cem Yalaza[ii]

Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Temel Eczacılık Bilimleri Bölümü, Biyokimya AD.
https://orcid.org/0000-0003-1270-2408

Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Temel Eczacılık Bilimleri Bölümü, Biyokimya AD.
https://orcid.org/0000-0002-9073-5611

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, SREBP araştırmalarının bilimsel etkisini ve zaman içindeki gelişimini değerlendiren kapsamlı bir bibliyometrik analiz sunmaktadır. Sterol düzenleyici element bağlayıcı proteinler (SREBP'ler) lipid sentezini ve alımını düzenleyen transkripsiyon faktörleridir. Lipogenez, endoplazmik retikulum stresi, inflamasyon, otofaji ve apoptozda hayati rol oynarlar.

Yöntem: Web of Science Core Collection veri tabanını kullanarak 1997'den 2024'e kadar yayınlanmış orijinal araştırma makalelerini analiz ettik. Veri analizi VOSviewer, Bibliometrix, Biblioshiny ve Microsoft Excel kullanılarak gerçekleştirilmiş ve yayın çıktıları, ülkeler, kurumlar, dergiler, yazarlar, anahtar kelimeler ve atıflar incelenmiştir.

Bulgular: 13.910 araştırmacı tarafından yazılmış toplam 3.863 makale tespit edilmiştir. En üretken ülkeler Çin, ABD ve Güney Kore olurken, toplam atıflarda ABD başı çekmiştir. Seul Ulusal Üniversitesi ve Nanjing Tarım Üniversitesi kilit kurumlar olarak belirlenmiştir. Analiz, önemli küresel iş birliklerini ortaya çıkarmış ve SREBP'nin metabolik hastalıklar ve kanser biyolojisi üzerindeki etkisini vurgulamıştır.

Sonuç: Bu bibliyometrik analiz, SREBP araştırmalarına ilişkin değerli bilgiler sunmakta, önde gelen katkıda bulunanları, eğilimleri ve gelecekteki araştırma yönlerini belirlemektedir. Araştırmacılar için uygun dergileri, işbirlikçileri ve odak alanlarını seçmede bir rehber görevi görmektedir.

Anahtar Kelimeler: SREBP, Bibliyometrik analiz, Lipit metabolizması, Transkripsiyon faktörleri, VOSviewer.

ABSTRACT

Aim: This study provides a comprehensive bibliometric analysis of SREBP research, assessing its scientific impact and evolution over time. Sterol regulatory element-binding proteins (SREBPs) are transcription factors regulating lipid synthesis and uptake. They play vital roles in lipogenesis, endoplasmic reticulum stress, inflammation, autophagy, and apoptosis.

Methods: We analyzed original research articles published from 1997 to 2024 using the Web of Science Core Collection database. Data analysis was performed using VOSviewer, Bibliometrix, Biblioshiny, and Microsoft Excel, examining publication outputs, countries, institutions, journals, authors, keywords, and citations.

Results: A total of 3,863 articles were identified, authored by 13,910 researchers. The most productive countries were China, the USA, and South Korea, with the USA leading in total citations. Seoul National University and Nanjing Agricultural University were identified as key institutions. The analysis revealed significant global collaborations and emphasized SREBP's impact on metabolic diseases and cancer biology.

Conclusion: This bibliometric analysis offers valuable insights into SREBP research, identifying leading contributors, trends, and future research directions. It serves as a guide for researchers in selecting appropriate journals, collaborators, and focus areas.

Keywords: SREBP, Bibliometric analysis, Lipid metabolism, Transcription factors, VOSviewer

* *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):739-748*
DOI: 10.31020/mutftd.1641269
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 17 February 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 04 May 2025
İletişim - Correspondence Author: Ş. Efsun Antmen <eantmen@gmail.com>
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

Fatty acids and cholesterol are crucial lipids that form the fundamental structure of cellular membranes. Their derivatives serve as significant signaling molecules that regulate cellular functions.[1] Sterol regulatory element-binding proteins (SREBPs) are a transcription factor family with a basic helix-loop-helix leucine zipper (bHLH-LZ) domain that regulates genes involved in lipid synthesis and uptake pathways. Three SREBP isoforms, SREBP-1a, SREBP-1c, and SREBP-2, derived from two genes, SREBF1 and SREBF2, have been found in mammalian cells. These isoforms have overlapping transcriptional pathways for lipid and cholesterol production.[2]

Over the past three decades, SREBPs have been found to integrate multiple cellular signals. Their versatility enables regulation of not only lipogenesis but also other processes such as ER stress, apoptosis, and autophagy.[3]

Their pivotal role in metabolic homeostasis makes them a key focus of research in metabolic disorders such as obesity, diabetes, and cardiovascular diseases.[4]

The regulatory mechanisms of SREBPs involve complex processes of cleavage and activation. In response to lipid deprivation, SREBPs are transported from the ER to the Golgi apparatus where they are cleaved by site-1 protease (S1P) and site-2 protease (S2P).[5] The mature form then translocates to the nucleus to activate target gene transcription. This process is tightly regulated by intracellular lipid levels, ensuring that lipid synthesis and uptake are balanced according to cellular needs.[6]

Bibliometric analysis is a useful tool for graphically calculating the effect of academic achievements and predicting their scientific importance across several fields. Despite methodological problems, it is nonetheless widely used to evaluate the academic effect of accomplishments across many disciplines intuitively.[7]

Researchers utilize bibliometric analysis for several purposes, such as cooperation patterns, and research elements, revealing new trends in article, and journal performance, and exploring the intellectual structure of an area of study in the existing literature.[8]

Bibliometric studies aim to objectively examine large data using statistical or graphical approaches, while systematic literature reviews are used to subjectively investigate smaller data [8]. A bibliometric analysis can provide a thorough understanding of a research field and its limits, as well as help identify future research directions. Despite being discussed as early as the 1950s and 1960s, the bibliometric method has become increasingly popular in recent years.[9]

Bibliometric analysis gathers and evaluates data from existing publications, typically sourced from a database, to evaluate current research performance. This approach can enhance our comprehension of the SREBP's role and offer a summary and further evaluation of present research results.

Despite the abundance of studies on SREBP, there is a notable absence of comprehensive bibliometric analyses that systematically examine the annual publication outputs, contributing countries, institutions, journals, authors, keywords, and citation patterns. This gap in the literature makes it difficult for researchers to efficiently navigate the existing body of work, identify key contributors, and determine emerging trends and influential publications within the field.

Our study fills this gap by providing a detailed bibliometric analysis of SREBP research. We offer a comprehensive overview of the research landscape by using tools such as VOSviewer, R version 4.3.2, Biblioshiny, and Excel. This includes identifying prolific countries, institutions, and authors, mapping collaborative networks, and highlighting influential journals and key research themes. Our analysis serves

as a valuable resource for researchers, helping them to select appropriate journals, identify potential collaborators, and align their research with current trends and significant findings in the field of SREBP.

The main objective of our study is to provide a thorough bibliometric analysis of SREBP-related research. By mapping the landscape of this research area, we aim to assess the scientific impact and trends over time, identify key contributors and collaborative networks, and highlight influential publications and emerging topics. We aim to offer strategic insights that guide future research directions, aiding researchers in making informed decisions regarding their studies on SREBP and its diverse biological roles.

Materials and Methods

Despite the fact that there are several bibliometric databases accessible, we choose to use only one. This is because each database has a unique format for bibliometric data collection. Different databases use different formats, which can easily lead to problems [8].

We used the Web of Science (WoS), a widely recognized and high-quality database frequently used in scientometric assessments. As a result, the WoS Core Collection (WoSCC) database was used solely for this inquiry. The first article in WoS, published in 1997, was found through a search of relevant keywords. The bibliometric analysis focused on papers published between 1997 and 2024. The analysis period was selected based on the earliest indexed article (1997) and the most recent available data (2024).

Title, abstract and author keyword searches were conducted using the following search string:

(SREBP *OR* SREBPs *OR* "Sterol element binding protein" *OR* "Sterol element-binding protein") *AND* ("Lipid metabolism" *OR* Lipogenesis)

To focus on original research articles, we excluded document types such as Early Access, Review Articles, Editorial Material, Proceeding Papers, Meeting Abstracts, Book Chapters, Letters, Data Papers, Retracted Publications, Reprints, Corrections, and Retraction materials. After applying these criteria, the initial search yielded 3,963 articles, of which 100 were excluded for not meeting the inclusion criteria. Consequently, 3,863 articles were included in the final analysis.

Information from the WoS database was obtained, including abstract, number of citations, source, the article title, references cited, keywords, WoS categories, publisher information, study areas and author information (names, connections). This data was mapped using the VOSviever application. The search was concluded on January 12, 2024.

VOSviewer, which is widely used in bibliometric research, shows networks between researchers, publications or journals. It also supports co-authorship, citation and bibliometric merging. [10]. Due to these advantages, VOSviewer (version 1.6.18) was used in our research.

In addition to VOSviewer, we used the open source program package The R studio (Version 4.3.2) developed by Aria and Cuccurullo[11]. To analyze the data, we utilized Biblioshiny, a powerful tool in R-Studio's Bibliometrix package. Biblioshiny specializes in visualizing and analyzing bibliometric data. We chose Bibliometrix and Biblioshiny because they offer a wide range of analysis types and modes.[9] In addition, Microsoft Excell 365 application was used for basic statistics and graphics.

This study did not require ethical approval because the data was taken from a public source and there were no human participants.

Results

In the Web of Science database, it was determined that the studies on SREBP were conducted between 1997 and 2024. ***Table 1*** shows an overview of the main criteria of the identified publications. A total of 840 resource types were found, including 3863 documents. The studies obtained were conducted by 13910 authors, citing a total of 103515 references. There was an average of 38.16 citations per article. In total, 6478 different author keywords were used.

Table 1. Information About Data

Timespan	1997:2024
Sources (Journals, Books, etc)	846
Documents	3863
Average citations per doc	38.16
References	103515
Keywords Plus (ID)	6592
Author's Keywords (DE)	6478
Authors	13910
Single-authored docs	29
Co-Authors per Doc	7.08
International co-authorships	%20,76

Keyword plus, one of the methods of analyzing a document, is the keywords found in the reference words of the article.[12] In our sample, 6592 different keyword plus words were identified.

As a result of our research, a total of 27345 authors related to the subject were identified, among which 13910 different researchers wrote 3863 articles.

When the distribution of articles in different categories in the WoS database was analyzed, we encountered 91 different categories, of which biochemistry molecular biology was the field with the highest number of publications when the top ten categories were evaluated.

When we look at the disciplines in which the articles are included, it is an expected result that the fields such as biochemistry, molecular biology, pharmacology and medicine are predominant. (***Figure 1***)

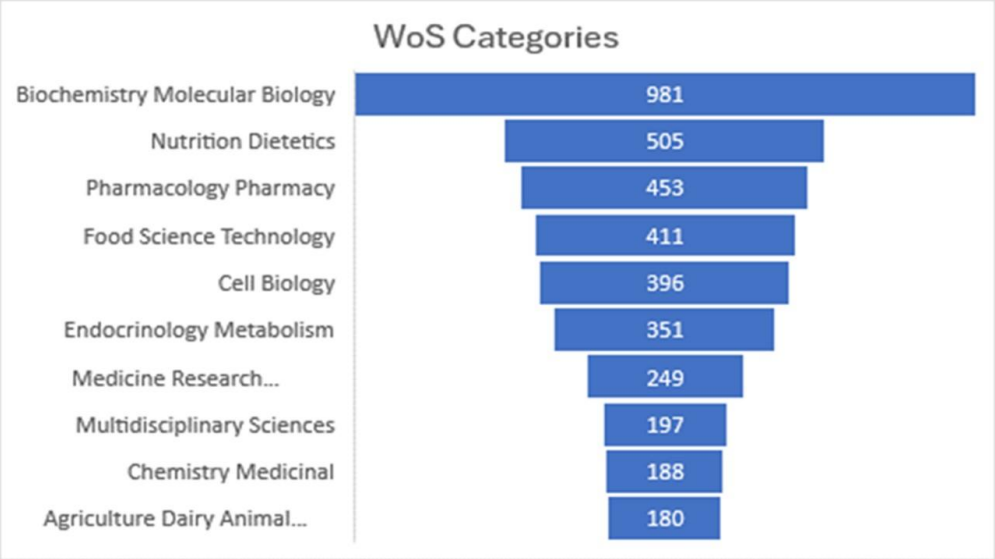


Figure 1. WoS categories in different Diciplines

Figure 2 shows the number of studies conducted each year. The first studies started in 1997 with one article and one paper. The most publications were made in 2022 (n=343).

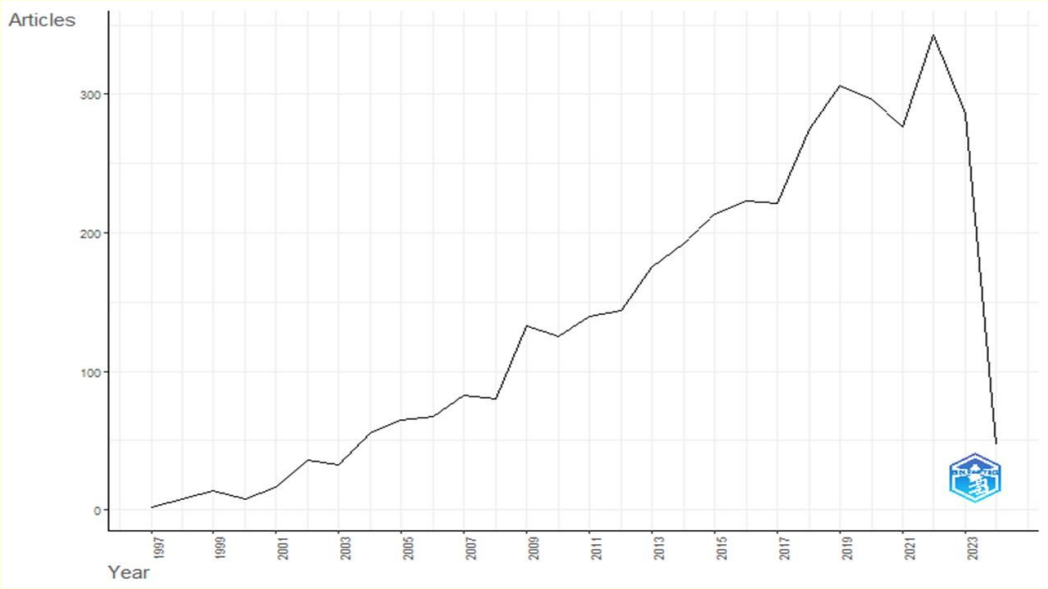


Figure 2. Annual Scientific Production

When the authors involved in the studies included in the research are examined, the authors who published the most in terms of the number of publications were Li X (n=145), Zhang Y (n=133), Li Y (n=126), Wang Y (n=115), Li J (n=98), respectively.

In addition to the keywords used in the studies, we used a Three-Field Plot (Sankey Plot) that shows the words frequently used in the titles by authors working on this topic in the field (***Figure 3***). Thicker rectangles in the diagram represent a higher frequency. The thickness and quantity of connecting nodes, inputs, and outputs imply a higher number of connections. The writers regularly utilized the keywords "lipid metabolism" and "lipid" in their titles, with Zhang Y having the most papers in the field including these phrases.

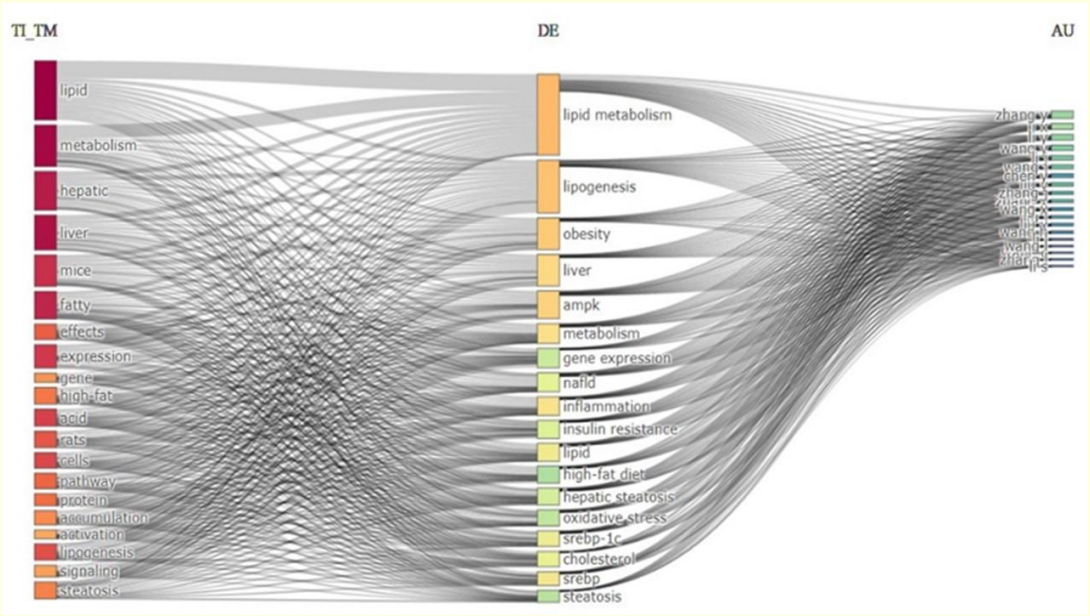


Figure 3. Three-Field Plot

Figure 4 presents a visualized network of keywords with a frequency higher than five, generated using VOSviewer software. The network is divided into fourteen color-coded clusters, each representing a distinct

research theme. The largest cluster, shown in red, includes keywords such as *lipogenesis*, *SREBP*, and *SREBP1*, indicating a focus on lipid metabolism and fatty acid synthesis. The second-largest cluster, colored green, contains terms like *SREBP2*, *cholesterol*, and *atherosclerosis*, reflecting research on cholesterol metabolism. Additionally, other clusters—such as the blue one—highlight disease-related studies, particularly in areas like cancer biology. This color-coded mapping effectively illustrates the thematic structure and diversity within SREBP-related research.

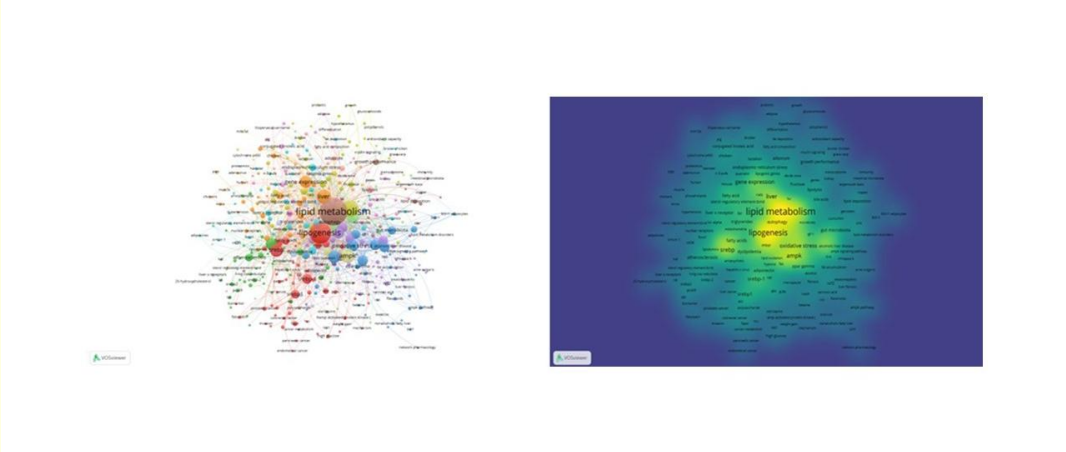


Figure 4 . Network of keywords.

The citation analysis shows a fluctuating but generally increasing trend in the average number of citations per article over the years. The peak was observed in the year 2000 with an average of 343.62 citations per article. This indicates that certain landmark studies published during these years have had a significant impact on the field.

The h-index is a metric at the author level that assesses both the productivity and citation impact of a scientist or academic's publications. The g-index places greater emphasis on highly cited articles. The m-index is the ratio of an author's h-index to the number of years since their first publication, though it is not commonly used. [13] When examining the index evaluation of the journals with the highest publication numbers, the top 5 journals ranked by h-index are listed in the ***Table 2***. The h-index, g-index, and m-index provide insight into the citation impact and productivity of journals in SREBP research.

Table 2. Top 5 journals ranked by h-index, g index, m-index

Journal	h_index	g_index	m_index	TC	NP	PY_start
JOURNAL OF BIOLOGICAL CHEMISTRY	59	109	2,10714286	12255	109	1997
JOURNAL OF LIPID RESEARCH	39	67	1,625	4593	72	2001
DIABETES	32	37	1,39130435	4950	37	2002
HEPATOLOGY	31	37	1,40909091	2851	37	2003
PLOS ONE	31	49	1,9375	2827	78	2009
JOURNAL OF NUTRITIONAL BIOCHEMISTRY	30	43	1,42857143	1955	52	2004
JOURNAL OF AGRICULTURAL AND FOOD CHEMISTRY	26	42	1,52941176	1883	58	2008
AMERICAN JOURNAL OF PHYSIOLOGY-ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM	25	34	0,96153846	2616	34	1999
FOOD \& FUNCTION	24	39	1,84615385	1626	53	2012
BRITISH JOURNAL OF NUTRITION	23	37	1,0952381	1397	40	2004

TC:total citiations, NP: number of product PY:product year.

China ranks first in the scientific production of all countries with 7042 publications. This is followed by USA (n=2869), South Korea (n=2021), Japan (n=1113), Germany (n=428). Studies on SREBP started with 1 article published in the United States of America in 1997 and only 14 articles were published in the following year.. In Turkey, 61 publications were written on the subject. (***Figure 5***)



Figure. 5 A. Country production **B.** Corresponding author's (Single Country Publication (SCP) and Multiple Country Publication (MCP) numbers) **C.** Most cited countries **D.** Country scientific production

Although it is not the first in the ranking of the country with the most publications, USA ranks first in the ranking of the country with the most citations. It received 51554 citations in total, which is 35.11% of the total number of citations among all countries. The United States was followed by China, Japan, Korea, France. It's also worth noting that having a lot of articles doesn't always mean having a lot of citations. Finland is first in terms of the mean amount of citations per manuscript, followed by the United States, France, the United Kingdom, and Ireland.

A comparison between the number of articles and the number of citations reveals that a high volume of publications does not automatically result in a high number of citations (***Figure 5***). When responsible authors are analyzed, China, the USA and Korea rank in the top three in both Single Country Publication (SCP) and Multiple Country Publication (MCP) numbers (***Figure 5***).

When we analyze the affiliated institutions, Seoul National University is followed by Najing Agr University and China Pharmaceutical University. There are also eight articles from Mersin University from Turkey. (***Table 3***)

Table 3. Affiliated institutions

Affiliation	Articles
SEOUL NATL UNIV	183
NANJING AGR UNIV	143
CHINA PHARMACEUT UNIV	123
SUN YAT SEN UNIV	117
KYUNG HEE UNIV	113

JILIN UNIV	107
UNIV TOKYO	106
FUDAN UNIV	105
HUAZHONG AGR UNIV	104
CHONGQING MED UNIV	103

Discussion

The extended role of SREBPs beyond lipid metabolism, encompassing endoplasmic reticulum (ER) stress, inflammation, autophagy, and apoptosis, underscores their versatility in cellular regulation .[14] The high citation rates of studies focusing on these areas indicate a growing interest in the broader implications of SREBP in pathophysiological conditions.[15] For instance, the link between SREBP activity and metabolic diseases such as obesity, diabetes, and cardiovascular diseases has been well-documented . Additionally, emerging evidence suggests that SREBPs are involved in cancer biology, influencing tumor growth and survival through lipid metabolism reprogramming.[16]

Tumor cells often exhibit altered lipid metabolism to support rapid cell proliferation and survival. SREBPs, particularly SREBP-1, are upregulated in various cancers and are involved in the synthesis of lipids required for membrane biogenesis and signaling molecules. Inhibiting SREBP activity in cancer cells has been shown to reduce tumor growth and enhance the efficacy of chemotherapeutic agents. This highlights the potential of SREBPs as therapeutic targets in oncology.[17]

Bibliometric analysis is widely used to evaluate trends and development in a variety of scientific domains. Currently, there is no bibliometric analysis of SREBP. This research employs bibliometric analysis to thoroughly examine the current state and development trends of SREBP from 1997 to 2024.

Our analysis indicates that the United States, China, and South Korea are leading in terms of the number of publications and citations related to SREBP research. This dominance likely results from high biomedical investment, strong infrastructure, and active collaborations in these countries. Specifically, Seoul National University, Nanjing Agricultural University, and China Pharmaceutical University have emerged as prominent institutions, demonstrating significant contributions to the field. These institutions have focused on various aspects of SREBP, ranging from its basic biological functions to its roles in disease mechanisms, reflecting the multifaceted nature of SREBP research.

In our research, we encountered 91 different categories. Articles are categorized according to the place of publication. In the diagram given in the results, a publication can be associated with more than one category. Therefore, the number of documents in category groups is higher than the total number of documents.

The geographic distribution of research output shows a notable concentration in Asia, particularly in China and South Korea. This trend is reflected in the collaborative networks visualized through VOSviewer, where institutions in these countries form dense clusters, indicating robust national and international collaborations. The predominance of these collaborations suggests that future research may benefit from leveraging these networks to enhance cross-border studies and share technological advancements.

In contrast, while the United States has fewer publications compared to China, it leads in total citations, indicating a higher impact of its research. This discrepancy highlights the quality and influence of research emerging from U.S. institutions, which often set foundational theories and methodologies in the field. The high average citations per paper in countries like the USA and Finland suggest that these regions are producing highly influential research that shapes subsequent studies globally. Similarly, Finland has the

highest average number of citations per article, indicating that this country has conducted few but effective studies.

Bartel D. P., Esau C., and Zhang Y., who are among the most cited authors, stand out as researchers who have made significant contributions in this field. Especially Zhang Y.'s being the most published author and being associated with frequently used keywords emphasizes the central role of this author in the field of SREBP. The results show that only 29 documents are single-authored papers, indicating that the high complexity of the topic requires collaboration with other researchers. This is evidenced by the fact that, on average, about five researchers contributed to a single paper.

In addition, this study has certain limitations. Our study only examined articles from the Web of Science (WoS) database and did not include studies from other databases. The use of different databases may provide a broader and different perspective. Furthermore, the fact that we only analyzed original research articles may have led us to ignore contributions from review articles and other document types.

Given the comprehensive dataset spanning over two decades, several future research directions can be proposed:

1. Interdisciplinary Studies: The intersection of SREBP research with other biological processes such as autophagy, inflammation, and apoptosis opens new avenues for interdisciplinary studies. Investigating these intersections can provide a holistic understanding of how lipid metabolism interacts with other cellular functions in health and disease.

2. Therapeutic Targeting: The role of SREBPs in metabolic diseases and cancer highlights their potential as therapeutic targets. Future research should focus on developing and testing SREBP inhibitors or modulators in clinical settings, assessing their efficacy and safety in treating these conditions.

3. Technological Innovations: Advancements in technologies such as CRISPR/Cas9 for gene editing and single-cell RNA sequencing can be leveraged to study the specific functions of SREBP isoforms in various tissues . These technologies can help elucidate the precise regulatory mechanisms of SREBPs and their impact on cellular metabolism.

4. Global Collaborative Efforts: Encouraging international collaborations, particularly involving underrepresented regions in current SREBP research, can enhance the diversity and scope of studies. Collaborative efforts can facilitate the sharing of resources, expertise, and data, fostering a more inclusive and comprehensive research environment.

In addition, strengthening international collaborations in SREBP research can accelerate discoveries in lipid metabolism and disease mechanisms and enable translational applications.

Conclusion

The bibliometric analysis provides a detailed overview of the research trends and contributions in the field of SREBP. The findings underscore the significance of SREBPs in lipid metabolism and beyond, with implications for various diseases. By identifying key contributors, collaborative networks, and emerging research areas, this study offers valuable insights for future research directions, aiming to enhance our understanding of SREBPs and their potential therapeutic applications.

Acknowledgment

The authors declare that there is no conflict of interest. This study did not receive any financial support.

Author Contributions

Şerife Efsun Antmen: Idea/concept, design, supervision, data collection and processing, interpretation, literature review, writing the article, critical review.

Cem Yalaza: Idea/concept, design, supervision, data collection and processing, interpretation, literature review, writing the article, critical review.

References

1. Kou Y, Geng F, Guo D. Lipid metabolism in glioblastoma: from de novo synthesis to storage. Biomedicines 2022;10(8):1943.
2. Zhao Q, Lin X, Wang G. Targeting SREBP-1-Mediated lipogenesis as potential strategies for cancer. Front Oncol 2022;12:952371.
3. Dorotea D, Koya D, Ha H. Recent insights into SREBP as a direct mediator of kidney fibrosis via lipid-independent pathways. Front Pharmacol 2020;11:265.
4. Chandrasekaran P, Weiskirchen R. The Role of SCAP/SREBP as Central Regulators of Lipid Metabolism in Hepatic Steatosis. Int J Mol Sci 2024;25(2):1109.
5. Shao W, Espenshade PJ. Sterol regulatory element-binding protein (SREBP) cleavage regulates Golgi-to-endoplasmic reticulum recycling of SREBP cleavage-activating protein (SCAP). JBC 2014;289(11):7547-7557.
6. Ye J, DeBose-Boyd RA. Regulation of cholesterol and fatty acid synthesis. Cold Spring Harb Perspect Biol 2011;3(7):a004754.
7. Liu H, et al. Global Trends of Lipid Metabolism Research in Epigenetics Field: A Bibliometric Analysis from 2012–2021. Int J Environ Res Public Health 2023;20(3):2382.
8. Donthu N, et al. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. J Bus Res 2021;133:285-296.
9. Karger E, Kureljusic M. Using artificial intelligence for drug discovery: A bibliometric study and future research agenda. Pharmaceuticals 2022;15(12):1492.
10. Moral-Muñoz JA, et al. Software tools for conducting bibliometric analysis in science: An up-to-date review. Prof Inform 2020; 29(1).
11. Aria M, Cuccurullo C. Bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. J Inform 2017;11(4):959-975.
12. Zhang J, Yu Q, Zheng F. Comparing keywords plus of WOS and author keywords: A case study of patient adherence research. JASIST 2016;67(4):967-972.
13. Manjareeka M. Evaluation of researchers: H-Index or G-Index which is better? J Integr Med 2023;1(1):34-36.
14. AlBashtawi J, Al-Jaber H, Ahmed S. Impact of Obesity-Related Endoplasmic Reticulum Stress on Cancer and Associated Molecular Targets. Biomedicines 2024;12(4):793.
15. Shimano H, Sato R. SREBP-regulated lipid metabolism: convergent physiology—divergent pathophysiology. Nat Rev Endocrinol 2017;13(12):710-730.
16. Wang X, Chen Y, Meng H. SREBPs as the potential target for solving the polypharmacy dilemma. Front Physiol 2024; 14:1272540.
17. He Y, et al. The roles and mechanisms of SREBP1 in cancer development and drug response. Genes & Diseases 2024;11(4): 100987.

Araştırma Makalesi – Original Article

Costs of Intensive Care Units and Effective Cost Containment Approaches: A Systematic Review*

Yoğun Bakım Maliyetleri ve Efektif Maliyet Kontrol Yöntemleri: Bir Sistematik Literatür Çalışması

Doğancan Çavmak[i]

[i]Asst. Prof., Tarsus University, Faculty of Applied Sciences, Department of Health Administration
https://orcid.org/0000-0002-3329-4573

ABSTRACT

Objective: Intensive care units are one of the most complex and critical service production areas that incur high levels of resource consumption in hospitals. This study aims to analyze the cost structures of intensive care units, and to examine cost containment strategies that can be implemented in this area.

Methods: The study is a systematic literature review, employing the PRISMA flow diagram. The review was carried out in two stages using the Web of Science database, focusing on the cost structures of units and cost reduction strategies.

Results: The study synthesized finding from 14 papers to examine the topic. The results of the 10 studies on the cost structure indicated that the cost structures of intensive care units are mostly composed of labor, medical consumables, and equipment expenses. Among the cost control methods, quality improvement, lean management, and value streams were detected to be frequently used approaches.

Conclusion: Given that intensive care units are high-cost service areas, it will be beneficial to examine them considering cost management approaches.

Keywords: Intensive care units, Hospitals, Cost and cost analysis, Cost control

ÖZ

Amaç: Yoğun bakımlar yüksek kaynak tüketimleri ile birlikte hastanelerin en karmaşık ve kritik hizmet üretim alanlarından biridir. Bu çalışmada yoğun bakımların, maliyet yapıları bakımından analiz edilmesi ve bu alanda yapılabilecek maliyet düşürme çalışmalarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Sistematik literatür taraması yöntemi ile yürütülen çalışmada PRISMA akış diyagramı kullanılmıştır. Tarama yoğun bakımların maliyet yapıları ve maliyet azaltma çalışmaları şeklinde iki aşamada Web of Science veri tabanında gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamında 14 makalenin bulguları bir araya getirilerek konu irdelenmiştir. Maliye yapısı üzerine odaklanan 10 adet çalışmanın bulguları yoğun bakımların maliyet yapılarının yoğun olarak işçilik, tıbbi malzeme ve ekipman giderlerinden oluştuğunu göstermiştir. Maliyet kontrol yöntemleri arasında ise kalite iyileştirme, yalın, değer akışları gibi yöntemlerin yer aldığı görülmüştür.

Sonuç: Yoğun bakımların yüksek maliyetli üretim alanları olması sebebiyle, maliyet yönetimi yaklaşımları ile incelenmesinin faydalı olacağı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım üniteleri, Hastaneler, Giderler ve Maliyet Analizi, Maliyet Kontrolü

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):749-760
DOI: 10.31020/mutftd.1549702
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 13 September 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 13 March 2025
İletişim- Correspondence Author: Doğancan Çavmak <dogancavmak@tarsus.edu.tr >
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Introduction

Intensive care refers to a multidisciplinary care with a highly skilled interprofessional team and using an array of technologies for patients in critical conditions.[1] Critical care is also widely used to define intensive care.[2] According to the definition of The Intensive Care Society, "intensive care units (ICUs) are specialist hospital wards that provide treatment and monitoring for people who are very ill.[3] Marshall et al (2017) defined 5 domains to express the difference between ICUs and other medical care services as; a large physical space, support, and monitoring technologies, a qualified, interdisciplinary, and interprofessional human resources team, critical care services provided, and continuous improvement.[1] All these factors make the ICUs complex medical departments to manage.

Intensive care units' beds represent a small portion of total hospital beds all around the world. In United States of America (USA), according to data of the OECD, in 2020, the number of hospital beds per 1.000 population was 2.8, while the number of intensive care unit beds per 1.000 population was 0,258.[4] The number of intensive care units has been raised due to the Covid-19 pandemic. For instance, the number of intensive care units increased by 36% in the USA during the pandemic.[5] Despite the relatively lower number of beds, the costs of intensive care units account for more than %20 of hospital costs in the USA.[6] The cost of intensive care is also highly varied by cases. For instance, Lefrant et al., (2015) calculated the cost difference of an ICU patient from €684 to €3173 in France.[10] There are also many current studies from different countries which verify the high cost of intensive care units.[7-11] There are multiple factors encompassing intrinsic and extrinsic elements that influence rising cost of ICUs. The cost of ICUs is rising mainly because of the expensive treatments and both the intensive labor and equipment structure of healthcare services.[8,12] The requirement for advanced medical technologies makes it essential to invest continuously in technology. Also the necessity for highly skilled healthcare human resources cause a continuous rising in staff expenses. Additionally, pharmaceutical expenses hold an important place as a determinant of cost in ICUs.[13] Another intrinsic influencing factor is the complexity of cases. High length of stay, utilization of mechanical ventilation, hemofiltration, readmission etc. can significantly increase costs in ICUs.[14] The rising cost of ICUs is also influenced by general economic conditions of the country such as inflation, economic downturns etc. Because cost of medical supplies, equipment, staff salaries are significantly affected by these indicators[15].

As ICUs provide medical care with high costs, it is necessary to conduct cost analysis and seek cost reduction opportunities. Analyzing cost structure is crucial for logical resource allocation, cost effectiveness analysis, and also quality of care.[16,17] Therefore, the need for empirical cost data and cost containment approaches in ICUs has been growing. Although there are separate studies on cost analysis of ICUs and cost containment policies for ICUs, a holistic approach that will integrate these topics and provide wider inferences will be beneficial for both health planners and managers. Therefore, this study aims to shed light onto the cost structure of ICUs and effective cost containment policies that can be used in ICUs by conducting a systematic review.

Material and Methods

Study Design and Sample

Analyses (PRISMA)[18] was performed to identify existing evidence on the following questions:

1. What is the cost structure of ICUs?
2. What is the burden and importance of the costs of ICUs for hospitals?
3. Which cost-containment strategies and tools can be used in ICUs?

A search protocol with search terms was developed to obtain evidence on (1) the cost structure of intensive care units and (2) cost-containment strategies that can be effective for intensive care units. Web of Science database was searched for 2012-2023. WoS is considered to be the most appropriate platform to search for scientific paper thanks to its extensive coverage, systematic, standardized and reliable structure. It is also user-friendly as it allows researchers to apply their searching methodology by providing filters, categories, abstracts and more.[19,20] That is why WoS was chosen to be the most reliable platform to discuss costs of ICUs.

Searching was based on Web of Science SSCI, SCI-Expanded, and ESCI indexes. The search was restricted by the Web of Science Categories of "Health Policy Services", "Healthcare Sciences Services", "Business", "Economics", "Management" and "Social Sciences in Interdisciplinary". A twofold searching strategy was carried out: a search for empirical data on cost-of-service production in ICUs and a search for ways and tools of controlling and reducing costs in ICUs. The search strategy of the study is shown in Box 1.

Box 1. Inclusion criteria

First fold search

"intensive care" or "intensive care units" or "intensive care unit" or "ICU" or "critical care"

and

"cost" or "cost analysis" or "cost measure" or "cost measures" or "cost allocation" or "cost allocations" or "cost apportionment"

Second fold search

"intensive care" or "intensive care units" or "intensive care unit" or "ICU" or "critical care"

and

"cost containment" or "cost containments" or "cost control" or "cost reduction"

Inclusion criteria

Inclusion criteria is defined as "open access studies which analyzed empirical primary data and provide evidence on cost structure of and tools/strategies for cost containment in ICUs". Studies were eligible if they; 1) calculated the total costs of ICUs, 2) analyzed cost structure of ICUs using quantitative methodology and 3) evaluated containment strategies empirically 4) were in English and were published between 2012-2023. Any studies which conducted empirical cost analysis in any type of intensive care units (general, pediatric, cardiac or coronary) were included (***Table 1***). Studies which did not use first data obtained from hospitals, reviews, conference papers, or abstracts were excluded from the review.

Table 1. Study inclusion criteria

Study characteristics	Inclusion criteria: studies focusing on the costs of intensive care units
Study type	Research articles
Study area	General intensive, pediatric intensive care, cardiac intensive, or coronary intensive units
Study purpose	Cost calculation and/or cost analysis and/or cost containment and reduction
Study design	Empirical studies using quantitative data

Data extraction and analysis

Studies firstly were categorized into two groups according to their study purpose: cost calculation and cost containment. From all studies, the following initial data was extracted and reported on an Microsoft Excel spreadsheet: country, year, authors, study area, study purpose, study design, and main results. To extract further and more useful information, how the studies discussed the topic or issue was examined in a qualitative approach and the results were synthesized. As fundamental information, cost analysis method, cost elements as percentage of total cost, implemented cost containment method and improvements in numbers or as percentage were extracted from papers.

Limitations

The study has a few important limitations. The studies are generally from the USA and European region. This implies a geographical bias to the study and limits its generalizability. Another limitation is that the study neglects the knowledge and perception of managers and healthcare providers on the ICU's costs. Some qualitative studies which were conducted using interviews or quantitative studies based on surveys were excluded. These studies provided useful information about the intensive care units and their costs, however, the results they provided were based on healthcare providers' or managers' opinions. Therefore, the current study does not include healthcare providers' perceptions and opinions about the cost of ICUs.

Findings and Discussion

Study selection process and characteristics

From the initial search, 7779 records were listed in WOS. Of these records, 4345 were identified in the first fold and 3434 were in the second fold. 7752 were excluded after title/abstract screening and 27 papers were included in full text assessment. 14 more papers were excluded after examination of the abstracts and their methodology and data. The process resulted in 14 papers included in the final analysis (***Figure 1***).

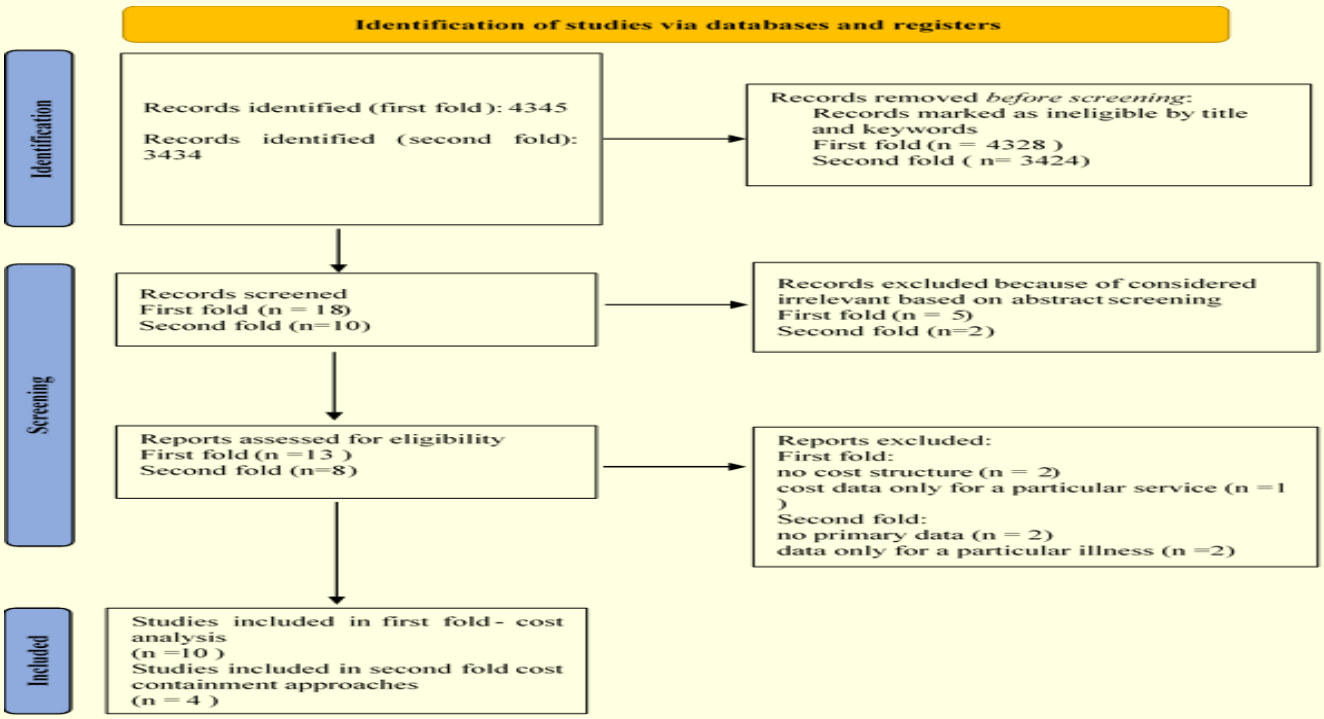


Figure 1. Prisma diagram of the study

The general characteristics and findings of the studies included in the systematic review are summarized in ***Table2.***

Table 2. Characteristics and findings of included papers

Cost calculation and analysis studies					
Authors, year	Country	Study design	Population/ Sample	Type of ICU	Fundamental findings
Tan et al., 2012[21]	Germany, Italy, the Netherlands, and the United Kingdom (UK)	Retrospective data, both bottom-up, and top-down costing for different cost items	Seven ICU departments with a total of 109 beds	Medical-surgical adult ICU	On average, the cost structure of the ICU's consisted of 14% diagnostic procedures, 22 %medical consumables, 4% hotel, 60% labor costs. Labor cost was found to be the most important cost driver at all departments
Haque et al.., 2015[22]	Pakistan	Retrospective cohort study, top-down approach, cost block method.	Record of all admissions from January 1 to June 30, 2013	Pediatric ICU	The major costs distributions of the ICU were 18% bed charges, 14% physician charges, 18% medical-surgical supplies, 19% laboratory charges and 13 % pharmacy charges
Lefrant et al., 2015[10]	France	Prospective, observational data, micro-costing of patients.	22 ICUs from 11 university hospitals, 10 general hospitals, one private hospital.	General adult ICU	The components of daily costs were %25 of working time dedicated to patient care, %23 administrative expenses, %18 other caregivers time, %19 consumables and medication, %10 laboratory tests and %6 investigation tests.
Kılıç et al., 2019[11]	Türkiye	Retrospective data, micro costing of patients	458 patients' data from a university hospital	General ICU	The cost structure for patients with more than 5 days length of stay was %45 drugs, %25 medical equipment, %18 laboratory and radiographic tests,%4 for surgical procedures, and %8 others.
Van Diepen et al., 2019[23]	Canada	National population-based data were used. Retrospective cohort. Cost data of hospitals according to classification of quartiles based on intensive care utilization.	Data of national population health dataset with 349.693 heart failure ICU admission	Cardiac and general ICUs	Intensive care units account for 7.8% of hospital costs in low ICU utilization hospitals, 19.8% in medium and 28.2% in high.

Aung et al., 2020[24]	Malaysia	Retrospective data, top-down costing, regression analysis	A teaching hospitals' four ICUs	General, cardiac, coronary, and pediatric ICUs	General ICU had the highest cost among others. Generally, nearly 50% of total costs were from overheads while pharmacy and investigation had lower than 5% in ICUs.
Singh et al., 2021[25]	India	Prospective observational data, activity-based costing.	38 patients' data from a public hospital	Surgical ICU	The components of costs were %42 human resources, %13 drugs and consumables, %5 laboratory tests, %2 laundry and diets, %38 overheads.
Kaur et al., 2021[26]	India	Prospective, bottom-up micro costing.	299 patients' data from teaching and referral hospital	Pediatric ICU	The annual cost of the ICU consisted of %58.6 human resources, %2.2 drugs and consumables, %16 physical space, %15,6 equipment.
Reddy et al., 2021[27]	India	Retrospective data, micro-costing	Data of 347 patients from a tertiary care trust hospital	COVID-19 ICU	The total direct medical cost of patients consisted of %20 drugs and consumables, %19 bed charges, %17 equipment, %14 biosafety protective gear, %15 pathology and radiology tests, %9 clinical management and % 2 biomedical waste management. Clinical management cost includes the physician and nursing consultation, and procedures; biosafety protective gear includes PPE and other protective equipment; and equipment charges include oxygen therapy
Bruynell et al., 2023[28]	Belgium	Retrospective cohort, full costing	17 hospitals, 18.235 stays in ICU	General ICU	The proportion of direct ICU costs in total hospital costs was found to be 17.4%. The proportion of indirect costs in the total cost of ICUs was 12.1%. Nursing costs had the large part of direct costs.
Trzeciak et al., 2018[29]	USA	Before and after cohort study. Clinical redesign approach. Six Sigma methodology. Define-measure-analyze-improve-control approach. Comparing cost data after Six Sigma intervention. Cost data obtained by cost accounting methodology of cost-to-charge ratio.	259 patients with prolonged mechanical ventilation (131 pre-intervention and 128 pro-intervention)	Multidisciplinary intensive care unit (ICU	Patient flow was improved by eliminating wastes in processes, length of stay decreased by 24%, and cost per case decreased by 27%.
Ersson et al., 2018[30]	Sweden	Quality improvement approach using lean methodology and especially value stream mapping, flow-oriented working process. Costs were estimated using the number of personnel working	12-bed ICU and patients between 18-89 age in 2008-2014.	Mixed ICU of a 600-bed tertiary teaching hospital	By eliminating non-value-adding activities, wastes, and redundant tasks, costs were kept highly stable with a down-ward trend while LYG and QALY improved. The cost-effectiveness ratio was improved.

		hours. Cost effectiveness was calculated by comparing the cost to incremental gain in QALY and LYG.			
Serrano-Eanelli et al., 2019[31]	USA	Retrospective chart review using data from Electronic Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (eMOLST) system, activity-based costing.	331 patients aged over 65 admitted to ICU	General ICU in a community hospital	No statistically significant difference in costs between patients who completed the eMOLST form and those who did not. eMOLST did not reduce the direct cost of ICU per patient.
Chung et al., 2022[32]	USA	Observational comparison and cost analysis approach	739 patients received palliative care and 8252 patients received usual care with life threatening conditions in ICUs	Surgical, trauma, oncology, cardiovascular, neuro, transplant and others	Patients received palliative care were associated with length of stay and usage of invasive life-sustaining interventions has decreased. Palliative care consultations significantly reduced costs by 21% and up to 5.000 dollars per patient. Palliative care provided cost savings in pharmacy and laboratory services.

The majority of the studies were conducted in Europe and America region. Most of the cost analysis studies were retrospective and used a conventional costing methodology. Few were prospective and used contemporary approaches such as activity-based and time driven activity-based costing. There were relatively limited studies which focused on cost containment with empirical data.

Cost structure of ICUs

The studies examining the cost structure of ICUs have mostly reported human resources, drugs, medical consumables, laboratory tests, equipment, and overheads as components of costs.

Human resource costs: All studies have revealed that human resource costs had the highest share in the total cost of ICUs. Tan et al., in their study which included data from Germany, Italy, the Netherlands, and the United Kingdom revealed that 60% of total ICU costs are attributed to labor costs.[21] Similarly, Singh et al.'s study in India reported that labor cost consisted of 42.52% of total surgical ICU costs.[25] In another study by Kaur et al. focusing on pediatric ICUs, labor costs were identified as the highest cost component, accounting for 58.6% of the total cost.[26] Lefrant et al., in their study of university, private, and general hospitals in France, found that 25% of human resource costs were directly related to patient care, while 18% were associated with other operational areas.[10]

Medical consumables and medicines: Most of the studies also emphasized the significant share of medicines and medical consumables costs as components. Kılıç et al. reported that medications accounted for 45% of total cost of ICU.[11] A study conducted by Reddy et al. indicated that during the Covid-19 in India, medical consumables accounted for nearly 20% of the cost.[27] Contrarily, Aung et al., in their study of four different ICUs in Malaysia, noted that medications only had a share of 5% in total cost.[24]

Equipment and technological infrastructure costs: Equipment and especially bed costs also have a significant share in the cost structure of ICUs. Reddy et al. reported that 17% of the ICU costs for COVID-19 patients were rooted from equipment usage and bed cost accounted for 19% of the total cost.[27] Similarly, Kaur et al. have also highlighted that physical space accounted for 16% of annual ICU costs, and 15.6% were due to equipment.[26] Haque et al., found the share of medical surgical supplies as 18%.[22]

Diagnostic procedures: Studies also reported diagnostic procedures as a component of cost in ICUs. Tan et al., Lefrant et al., Kılıç et al., and Reddy et al., reported that more than 10% of the costs were related to laboratory or radiological tests. [21, 10, 11, 20]

Overheads: Overheads hold also an important role in ICU service production. Studies by Tan et al. and Aung et al. showed that overheads accounted for nearly 50% of total cost in ICUs. In other studies, the share of overheads is quite below when compared to these studies. [21, 24]

ICUs are considered among the costliest departments in hospitals. Studies in the literature have clarified that ICUs hold a significant share of total hospital production costs and have a considerable burden on hospital budgets. However, this paper which includes post-2018 studies achieved limited research that examine the share of ICUs' cost in the total production cost of hospitals. Bruynell et al. conducted a retrospective cohort study which included 18,235 ICU admissions in 17 hospitals in Belgium and revealed that ICUs accounted for 17.4% of total hospital costs.[28] They also indicated that indirect ICU costs accounted for 12.1% of total costs, including items such as management, logistics, and support services. These findings clarify that ICUs provide high-cost services and pose a significant cost burden on hospitals' production processes. van Diepen et al., also provided evidence on the cost burden of ICUs for hospitals. They classified hospitals into low, medium, and high groups considering intensive care utilization. According

to the results, the cost of ICUs had a share of nearly 8% in the low, 20% in the medium, and 28.2% in the high groups.[23]

To sum up, the cost structure of ICUs highly consists of labor, medical consumables, overheads, and diagnostic tests. However, considering different backgrounds influencing cost structures between countries (e.g., healthcare system, ICU type, patient density or length of stay), it can be observed that studies in Europe mostly emphasized laboratory and equipment costs, while studies in Asia place more focused on human resources and overheads. Especially during the COVID-19 pandemic, study of Reddy et al. showed that biosafety equipment and ICU beds became significant components.[27]

Cost containment approaches in ICUs

The studies reviewed in this research show that well-implemented quality improvement programs, such as, six sigma, lean practices, value stream mapping, process management can significantly reduce ICU costs while improving patient outcomes. Elimination of non-value-adding activities, and also palliative care interventions can be effective cost containment approaches.

Trzeciak et al., and Ersson et al. both conducted structured process improvement approaches to enhance efficiency and reduce costs. By implementing lean methodologies, Erson et al., targeted redundant tasks and waste and reduced non-value adding activities in ICUs. They achieved reduced cost while improving Quality-Adjusted Life Years (QALY) and Life Years Gained (LYG) which improves effectiveness by focusing on activities that did not contribute to patient outcomes. Similarly, Trzeciak et al. focused on prolonged mechanical ventilation in ICUs to reduce cost using the six sigma methodology. They created the value stream map for patient flow and their improvements resulted in a 27% reduction in the cost per case and a 24% decrease in ICU length of stay. [29-30]

Focusing on length of stay and unnecessary procedures are key factor to optimize clinical processes in ICUs. Erson et al., and Trzeciak et al. also clarified that processes could be improved by synchronizing shifts and aligning staffing with actual patient needs and ultimately can serve to reduce costs. Both studies show that redesigning of operational workflows for improved patient care delivery can lead to significant cost containments without jeopardizing care quality.[29-30]

Another approach that mostly examined in improving ICUs' processes is palliative care consultations. Chung et al. showed that palliative care significantly reduced the length of stay and the use of unnecessary interventions, leading to a 21% reduction in overall ICU costs.[32] Many studies which were not included in this research due to not meeting inclusion criteria found that palliative care consultations for especially patients with heavy critical conditions can be a way to reduce length of stay in ICUs[33-34], and also for cost containment.[35]

Conclusions

The aim of this study was to discuss the cost structures and burdens of intensive care units in total production cost of hospitals and provide information about the potential cost control and containment methods suitable for ICUs. Considering the complexity of treatments in intensive care units and their multidisciplinary nature, it is understandable that the literature mostly focuses on cost-effectiveness analyses at a high level.[36]

However, this research primarily considers ICUs an organizational unit and aims to examine them as a whole and to include cost studies that provides data/information on the cost structure of ICUs. It has been seen that high proportion of the studies conduct bottom-up and retrospective cost analysis approach.

Some studies also conducted contemporary approach such as activity-based and time-driven-activity based costing methods. And there are also comparative studies in the literature has been given in Table 2.

The results of the review focusing on cost structure of ICUs indicated that the cost of ICUs are mostly consisted of labor, medication, and medical supply cost components. This suggests that variable costs in ICUs are significant components. When equipment costs which is another major cost item are also taken into account[11], it becomes evident that fixed and variable costs are relatively balanced, due to requirement of high capital investments for high-quality services. This clarifies that ICUs are critical areas of healthcare service production that requires careful and professional management perspective. Additionally, it has been found that ICUs are highly benefiting from, other departments, such as imaging and laboratory services, which are significant cost drivers.

A common inference of studies is that ICUs incur the highest cost of hospitals despite having relatively low bed capacity and patient volume.[28] There are insights into the factors driving these costs. Factors such as length of stay, case mix, and the intensity of specialized services like ventilation are identified as key drivers to higher costs. Therefore, the studies' primary suggestion was to seek for ways to reduce length of stay.[24,26] Additionally, several studies suggest that ICU costs are closely associated to labor hours, indicating that there is need for further research.[10]

Examining cost containments and control implementations in ICUs were another objective of the study. Despite existing of a wide literature on cost-effectiveness studies in ICUs, there have been limited studies on the focus of this study which is improvements in workflows and cost-control methods in ICUs. Most of the existing studies on this objective are conducted holding a quality improvement perspective. Lean, six sigma, workflows, value streams, and process management approaches are common elements in studies with different perspectives.

Lean six sigma approaches, compared pre- and post-implementation situations and strong teams with defined tasks could reduce costs by improving processes, reducing errors, and minimizing waste.[29-30]Additionally, improvements in general treatment methods could lead to cost savings.[32] The study by Serrano-Eanelli et al., which explored the effects of electronic order systems, provided a basis for comparison with other studies in this field, despite its statistically insignificant results.[31]

The study also reveals some differences in cost structure of ICUs between countries that can be taken into account to choose the most appropriate cost containment method. It seems that European countries have relatively higher share of labor cost when compared to Asian countries. This mean that the time spent on by medical staff on direct patient care is dominant in these counties. Therefore, workforce optimization and efficiency improvements by conducting lean principles may be beneficial to control costs. The studies conducted in Asia region showed that these countries spend more on pharmaceuticals and medical consumables when compared to European region. Therefore, a focus drugs management, procurement efficiency may be a starting point for cost control. However, in all countries, ICUs are complicated and consuming a quite diverse of resources. Hence, an holistic quality improvement program aimed at optimizing workforce, material and process flow is recommended as the most effective method for ensuring cost control in ICUs .[37, 38] As a general significant way in this approach to control and reduce cost in ICUs, implementing advance care planning and palliative care consultations can be stated. However, it is crucial to have information about the cost pattern and distribution of patients in ICUs to be able to model potential cost savings using these approaches.[39] Therefore, addition to cost structure of ICUs, studies focuses on patient-based cost data will be contributing to the practice and literature.

Examining intensive care units in terms of cost management techniques and implementing improvements through practical applications in this field have the potential to create positive impacts on health policies. These analyses can guide resource allocation decisions for intensive care units[40], organizational structure changes[41], and managerial processes[42], thereby contributing to the enhancement of health system policies. Therefore, future studies may address the issue of cost in intensive care units within the framework of health policy components.

Acknowledgments

The authors declared no potential conflicts of interest.

References

1. Marshall JC, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J. Crit. Care 2017;37:270-276. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015.

2.Christensen M, Liang M. Critical care: A concept analysis. Int J Nurs Sci 2023;10:403-13. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.020.

3. Intensive Care Society. What is intensive care? [Internet]. Available from: https://ics.ac.uk/about-icu/what-is-intensive-care.html

4. OECD Statistics. Hospital beds [Internet]. Available from: https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm

5. Weiner-Lastinger LM, et al. Changes in the number of intensive care unit beds in US hospitals during the early months of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Infect Control Hosp Epidemiol 2022;43(10):1477-81. https://doi.org/10.1017/ice.2021.266.

6. Halpern NA, Bettes L, Greenstein R. Federal and nationwide intensive care units and healthcare costs: 1986-1992. Crit Care Med 1994;22:2001-7.

7. Dasta JF, et al. Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. Crit Care Med 2005;33(6):1266-71. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000164543.14619.00

8. Seidel J, Whiting PC, Edbrooke DL. The costs of intensive care. Cont Educ Anaesth Crit Care Pain 2006;6(4):160-3. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkl030.

9. Aygencel G, Türkoglu M. Characteristics, outcomes and costs of prolonged stay ICU patients. J Crit Intensive Care 2011;2(3):53. https://doi.org/10.5152/dcbybd.2011.12.

10. Lefrant JY, et al. The daily cost of ICU patients: a micro-costing study in 23 French intensive care units. Anaesth Crit Care Pain Med 2015;34(3):151-7. https://doi.org/10.1016/j.accpm.2014.09.004.

11. Kılıç M, et al. Cost analysis on intensive care unit costs based on the length of stay. Turk J Anaesthesiol Reanim 2019;47(2):142. https://doi.org/10.5152/TJAR.2019.80445.

12. Eren ÖÖ, et al. Factors affecting cost of patient care in intensive care unit. Selçuk Med J 2009; 25:195-202.

13. Mastrogianni M, et al. Factors affecting adult intensive care units costs by using the bottom-up and top-down costing methodology in OECD countries: a systematic review. Intensive Crit Care Nurs 2021; 66:103080. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103080

14. Dziegielewski C, et al. Characteristics and resource utilization of high-cost users in the intensive care unit: a population-based cohort study. BMC Health Serv Res 2021; 21:1-10. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07318-y

15. Rodosthenous M, et al. Impact of Cost Accounting Models on Estimations in Adult Intensive Care Units (ICUs) and on Reimbursement System: A Case Study of a Public Hospital During the Covid-19 Pandemic. The Role of the Public Sector in Building Social and Economic Resilience: A Public Finance Approach. Cham: Springer Nature Switzerland, 2024. 313-337.

16. Wilcox ME, et al. Cost-effectiveness studies in the ICU: a systematic review. Crit. Care Med. 2019;47(8):1011-1017. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003768

17. Chacko B, et al. Approach to intensive care costing and provision of cost-effective care. Indian J Crit Care Med 2023;27(12):876. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24576

18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372. https://doi.org/10.1136/bmj.n71.

19. Pranckutė R. Web of Science (WoS) and Scopus: The titans of bibliographic information in today's academic world. Publications 2021;9(1):12. https://doi.org/10.3390/publications9010012

20. Bergman EML. Finding citations to social work literature: The relative benefits of using Web of Science, Scopus, or Google Scholar.J Acad Librariansh 2012;38(6): 370-379. https://doi.org/10.1016/j.acalib.2012.08.002

21. Tan SS, et al. Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: applying a standardized costing methodology. Value in Health 2012;15(1):81-6. https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.09.007.

22. Haque A, et al. Cost of care in a paediatric intensive care unit of a tertiary-care university hospital of Pakistan. Trauma 2015;21(14).
23. Van Diepen S, et al. Incremental costs of high intensive care utilisation in patients hospitalised with heart failure. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2019;8(7):660-6. https://doi.org/10.1177/2048872619845282.
24. Aung YN, et al. Determining the cost and length of stay at intensive care units and the factors influencing them in a teaching hospital in Malaysia. Value Health Reg Issues 2020; 21:149-56. https://doi.org/10.1016/j.vhri.2019.09.006.
25. Singh T, Pillai J, Sahoo MC. How much does it cost for a surgical ICU bed in a public hospital in India. Risk Manag Healthc Policy 2021; 14:4149-54.
26. Kaur A, et al. Baranwal AK. Cost analysis of pediatric intensive care: a low-middle income country perspective. BMC Health Serv Res 2021; 21:1-9. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06166-0.
27. Reddy KN, et al. Direct medical cost analysis of Indian COVID-19 patients requiring critical care admission. Indian J Crit Care Med 2021;25(10):1120. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23991.
28. Bruyneel A, et al. Cost comparisons and factors related to cost per stay in intensive care units in Belgium. BMC Health Serv Res 2023;23(1):986. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09926-2.
29. Trzeciak S, et al. Lean Six Sigma to reduce intensive care unit length of stay and costs in prolonged mechanical ventilation. J Healthc Qual 2018;40(1):36-43. https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000075.
30. Ersson A, et al. Effects of a multifaceted intervention QI program to improve ICU performance. BMC Health Serv Res 2018; 18:1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3648-y.
31. Serrano-Eanelli D, et al. Electronic medical orders for life-sustaining treatment in New York State: length of stay, direct costs in an ICU setting. Palliat Support Care 2019;17(5):584-9.
32. Chung TH, et al. Palliative care consultation in the intensive care unit reduces hospital costs: a cost-analysis. J Palliat Care 2022. https://doi.org/10.1177/08258597221095986
33. Walker KA, et al. Effectiveness of integration of palliative medicine specialist services into the intensive care unit of a community teaching hospital. J Palliat Med 2013;16(10):1237-41. https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0052.
34. Norton SA, et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. Crit Care Med 2007;35(6):1530-5. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000266533.06543.0C.
35. Kyeremanteng K, et al. The impact of palliative care consultation in the ICU on length of stay: a systematic review and cost evaluation. J Intensive Care Med 2018;33(6):346-53. https://doi.org/10.1177/0885066616664329.
36. Wilcox ME, et al. Cost-effectiveness studies in the ICU: a systematic review. Crit Care Med 2019;47(8):1011-7. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003768.
37. Rahimi H, et al. Cost-benefit analysis of Intensive Care Unit with Activity-Based Costing approach in the era COVID-19 pandemic: A case study from Iran. Plos one 2023;18(5): e0285792. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285792
38. Herzer KR, et al. Cost-effectiveness of a quality improvement programme to reduce central line-associated bloodstream infections in intensive care units in the USA. BMJ open 2014;4(9): e006065.
39. Khandelwal N, et al. Patterns of cost for patients dying in the intensive care unit and implications for cost savings of palliative care interventions. J Palliat Med 2016;19(11):1171-1178. https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0133
40. Kansal A, et al. Interventions to promote cost-effectiveness in adult intensive care units: consensus statement and considerations for best practice from a multidisciplinary and multinational eDelphi study. Cri Care 2023;27(1):487. https://doi.org/10.1186/s13054-023-04766-2
41. Van der Sluij, AF, et al. The impact of changes in intensive care organization on patient outcome and cost-effectiveness—a narrative review. J Intensive Care 2017; 5:1-8. https://doi.org 10.1186/s40560-016-0207-7
42. Wunsch H, et al. Economics of ICU organization and management. Crit care Clin 2012;28(1):25.

Araştırma Makalesi – Original Article

Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeylerinin Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Etkisi *

The Effect of Women's Breast Cancer Knowledge Levels on Their Use of Screening Methods

Neşe İşcan Ayyıldız[i], Sevgi Demir Çam[ii]

[i]Öğr. Gör. Dr. Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü
https://orcid.org/0000-0003-0976-8000

[ii]Dr.Öğr. Üyesi. Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
https://orcid.org/0000-0002-9728-4294

ÖZ

Amaç: Bu araştırma kadınların meme kanseri bilgi düzeylerinin tarama yöntemlerini kullanma durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın verileri 20 Mart- 20 Temmuz 2024 tarihleri arasında Türkiye'nin kuzeydoğusundaki bir ilçede yaşayan ve olasılıklı olmayan rastgele örnekleme yöntemlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemiyle 30 yaş üstü 403 kadın katılımcı ile kişisel bilgi formu ve geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veri değerlendirilmesinde parametrik testler, t-testi, ANOVA, Tukey ve Tamhane t2 testi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadın katılımcıların yaş ortalaması 48.38±10.11 olup %88.6'sı evli ve %41.9'u lise mezunudur. Kadın katılımcıların %89.8'i kendi kendine meme muayenesini duymuş olup %25.8'i kendi kendine meme muayenesi yapmamaktadır. Kadınların %60.3 klinik meme muayenesi, %56.6 sı mamografi ve %72.7'si meme ultrasonu çektirmemiştir. Kadın katılımcılar geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin meme kanseri konusundaki genel bilgiler alt boyutundan 7.01±1.92, meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler alt boyutundan 4.79±2.08 ve toplamından 11.79±3.17 puan almıştır. Meme kanserinin tedavi edilebilirliği ve genel bilgi düzeyleri kendi kendine meme muayenesini duyma durumu, kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı, klinik meme muayenesini duyma durumu, mamografi ve meme ultrasonu çektirme durumuna göre anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.01$)

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda meme kanseri bilgi testinin toplam puanın ortalama puana yakın olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda kadınların meme kanseri tarama testleri hakkında daha fazla bilgilendirme yapılıp tarama programlarının sıklığı arttırılarak uygulanabilirlik olasılığının arttırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Tarama Yöntemi, Bilgi Düzeyi

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the effect of women's breast cancer knowledge levels on their use of screening methods.

Method: This study was conducted as a descriptive study. It was collected using the "easy sampling" method, one of the non-probabilistic random sampling methods living in a district in the northeast of Turkey, with 403 female participants over the age of 30 using a personal information form and a comprehensive breast cancer information test scale. Parametric tests, t-test, ANOVA, Tukey and Tamhane t2 tests were used in data evaluation.

Result: The mean age of the female participants was 48.38±10.11, 88.6% were married and 41.9% were high school graduates. 89.8% of the female participants had heard of breast self-examination, and 25.8% did not perform breast self-examination. 60.3% of the women had not had a clinical breast examination, 56.6% had not had a mammography, and 72.7% had not had a breast ultrasound. Female participants received 7.01±1.92 points from the sub-dimension of general information on breast cancer, 4.79±2.08 points from the sub-dimension of information on the treatability of breast cancer, and 11.79±3.17 points in total from the comprehensive breast cancer knowledge test. It was found that the treatability and general knowledge levels of breast cancer were significant according to the status of having heard of breast self-examination, frequency of breast self-examination, hearing of clinical breast examination, and having mammography and breast ultrasound ($p<0.01$).

Conclusion: In line with these results, it was determined that the total score of the breast cancer knowledge test was close to the average score. As a result of the study, it is recommended that women be informed more about breast cancer screening tests and that the frequency of screening programs be increased to increase the possibility of applicability.

Keyworld: Breast Cancer, Screening Method, Knowledge Level

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):761-771
DOI: 10.31020/mutftd.1575315
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 28 Ekim 2024; Kabul Tarihi- Accepted: 03 Ocak 2025
İletişim- Correspondence Author: Sevgi Demir Çam <sevgidemir91@hotmail.com>
Etik Kurul Onayı: Trabzon Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 15/03/2024, Sayı: 2024-3/2.25)

Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Kanser, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser türü meme, kolorektal ve akciğer kanseri iken, Türkiye'de bu sıralama meme, tiroid ve kolorektal kanser olarak belirlenmiştir. Uluslararası Kanser Ajansının (IARC) yayınladığı Globocan verilerine göre 2020 yılında dünya genelinde 2,3 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmuştur.[1] Meme kanseri, kadın sağlığını tehdit eden en önemli hastalıkların başında gelmektedir. Her 4 kadından 1'inde rastlanan meme kanseri, kansere bağlı ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sıradadır. Meme kanseri insidansının yaşla birlikte arttığı ve pek çok batı ülkesinde insidans yükselirken, erken tanı ve tedavi tekniklerindeki ilerlemeler sayesinde mortalite oranlarının düşme eğiliminde olduğu belirtilmektedir. Meme kanseriyle ilgili erken tanı ve tarama programlarının risk odaklı planlanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle riskli gruptaki kadınlarda, riski azaltıcı uygulamaların en üst düzeye çıkarılması için risk düzeyinin bilinmesi ve tarama yöntemlerine katılımın teşvik edilmesi gerekir. Günümüzde uygulanan kanser taramaları kanser kaynaklı ölüm ve hastalık oranlarını düşürmede etkili, uygulanması kolay ve maliyet açısından uygun yöntemlerdir.[2] Meme kanserinin erken tanısında kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi kullanılmaktadır. Kadınlar KKMM yoluyla memede oluşan kitlelerin %90'ını fark edebilmekte, KMM ile ise bu kitlelerin %26'sı tespit edilebilmektedir. Mamografi, %80-90 oranında erken tanı sağlama kapasitesine sahip olup, meme kanserine bağlı ölüm oranını %30 oranında azaltan bir tarama yöntemidir.[3] Meme kanseri riskinin yüksek olduğu kadınlar için, farklı protokoller ve tarama yöntemleri önerilebilir.[4]

Kanser düşüncesi günümüzde pek çok insanda korku uyandırsa da, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler sayesinde, erken teşhis ile birçok kişinin yaşam süresi uzatılabilmektedir. Bu sebeple, her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini değerlendirip risk gruplarını belirleyerek tarama programlarını yaygınlaştırması en önemli adımlardan biridir.[5] Toplumun gelecekteki yetişkin nüfusunun sağlık davranışlarının kontrolünde kritik bir role sahip olan gençlerin bilinçlendirilmesi önleyici sağlık çalışmaları açısından önemi oldukça büyüktür. Meme kanseri 20 yaşın altında nadir görülse de, 30 yaşından sonra sıklığı artmaktadır. Araştırmalar, gençlerin meme kanserine yönelik bilgilerinin ve KKMM uygulamalarının yetersiz olduğunu göstermektedir.[6-8] Toplumun kanser taramalarına yönelik farkındalıklarını artırabilmenin yolu onlara bu yönde gerekli bilgilendirme ve eğitim planlamalarının yapılmasıyla olabilmektedir. Meme kanserine yönelik toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi ve kadınların bilgi eksikliği düzeylerine uygun eğitim planlamalarının yapılabilmesi, sağlık kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, medyanın bu konuda etkili bilgi paylaşım yapabilmesi için toplumdaki kadınların meme kanserine dair bilgi düzeylerinin ve kanser tarama yöntemlerini kullanma durumlarının tespiti önemlidir. Ülkemizde ulusal kanser tarama programları ücretsiz ve kolay ulaşılabilir olmasına rağmen bu programlara katılımın oldukça düşük olduğu gözlemlenmektedir.[9] Ayrıca, kültürel ve bölgesel farklılıkların kanser tarama yöntemlerine yaklaşımı etkilediği bilinmekle[9] birlikte, Türkiye'nin kuzeydoğusunda yaşayan kadınların meme kanseri konusundaki bilgi düzeyleri ve tarama yöntemlerini kullanma durumlarına ilişkin bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu alandaki çalışmaların genellikle üniversite öğrencilerinin bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmeye odaklandığı görülmektedir.[5-8,10] Çalışmamızdaki gibi riskli yaş grubundaki kadınların bilgi düzeylerini ve tarama yöntemlerini kullanma durumlarını belirlemek, koruyucu müdahale programlarının bu gruba özgü şekilde planlanmasını kolaylaştırabilir. O nedenle bu çalışma, yapılmış benzer çalışmalardan farklı olarak 30 yaş üstü kadınlarla ve çalışmanın genellenebilirliğini de arttırmak için daha geniş bir kitle ile yürütülmüştür. Bu doğrultuda çalışmamız kadınların meme kanseri bilgi düzeylerinin tarama yöntemlerini kullanma durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışma, Türkiye'nin kuzeydoğusundaki bir ilçede yaşayan ve olasılıklı olmayan rastgele örnekleme yöntemlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak çalışmaya dâhil edilen 30 yaş üstü 403 kadın katılımcıyla 20 Mart- 20 Temmuz 2024 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmaya Kabul Kriterleri;

1.30 yaş üstü kadınlar,

2. Meme kanseri olmayan,

3. Sözel iletişim kurulabilen,

4 Anket formundaki soruları algılamasını ve doğru şekilde cevaplandırmasını engelleyecek şekilde fiziksel ve ruhsal sağlık durumu kötü olmayan,

5. Araştırmaya katılmaya istekli olanlar.

Araştırmaya dahil edilen bireylere çalışmanın amacı anlatılıp, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin toplanma anketlerinin yanıtlanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu*:* Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan formda bireylerin yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durum, aile öyküsünde meme kanseri varlığı, çocuk doğurma yaşı, mestrual yaşa dair bilgi, beden yapısı, hormon içerikli ilaç kullanımı, algılanan meme kanseri riski, KKMM, klinik meme muayenesi, mamografi, meme ultrasonu kullanım durumlarına yönelik bilgileri içeren 17 soru bulunmaktadır.[3,5,8,10,11]

Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (The Comprehensive Breast Cancer Knowledge Test): 1993 yılında Stager tarafından geliştirilen[9] ölçekte toplamda 20 bilgi sorusu bulunmaktadır. Sorular Doğru-Yanlış formatında cevaplanmaktadır. Bu sorulardan 8'i doğru, 12'si ise yanlış ifadelerden oluşmaktadır. Ölçek genel bilgi ve tedavi edilebilirlik olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. 1'den 12'ye kadar olan sorular meme kanseriyle ilgili genel bilgileri, 13. sorudan 20. soruya kadar olanlar ise meme kanserinin tedavi edilebilirliğine yönelik bilgileri kapsamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2015 yılında Şadan Ceren BAŞAK tarafından gerçekleştirilmiştir.[10] Ölçekteki "doğru" cevaplara 1; "yanlış" ve boş bırakılmış cevaplara ise 0 puan verilerek puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça bireylerin meme kanseri bilgi düzeyleri de artmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 20 dir. Türkçe geçerlilik çalışmasında ölçeğin genel bilgi boyutunun alfa değeri 0.60, tedavi edilebilirlik alt boyutunun alfa değeri 0.62 ve ölçek toplamının ki ise 0.71 olarak bulunmuştur. [10] Bu çalışmadaki ölçek genel bilgi alt boyutunun cronbach alfa değeri 0.29, tedavi edilebilirlik alt boyutunun alfa değeri 0.68, ölçek toplamına ait cronbach alfa değeri 0.58 olarak bulunmuştur.

Verilerin analizi: Araştırmada verilerin analiz edilmesi için IBM SPSS 27 paket programı kullanılmıştır. Sürekli veriler ortalama ± standart sapma olarak, kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 üzerinden değerlendirilmiş ve kadın katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden aldıkları puanların çarpıklık ve basıklık katsayılarının ±1.5 aralığında olması puanların normal dağıldığını göstermektedir. Bu sonuca göre ölçekten alınan puanlarla analizler yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. Kadın katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden aldıkları puanları tanıtıcı

bilgiler açısından karşılaştırmak için ikili gruplarda bağımsız gruplar t-testi ve üç ve üzeri gruplarda tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Tek yönlü ANOVA testinde sonucu anlamlı çıkanlarda çoklu karşılaştırma yaparken, homojen dağılan verilerde Tukey ve homojen dağılmayan verilerde ise Tamhane t2 testi kullanılmıştır.

Çalışma öncesinde Trabzon Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan 18.03.2024 tarihli E-81614018-050.04-2400014631 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı anlatılarak gönüllülük ilkesi doğrultusunda Helsinki Bildirgesine uygun şekilde aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1 incelendiğinde kadın katılımcıların yaş ortalaması 48.38±10.11'dir. Kadınların %88.6'sının evli, %41.9'unun lise mezunu, %63.8'inin çalıştığı, %67'sinin ailesinde meme kanserinin olmadığı, %75.7'sinin ilk doğumunu otuz yaşından önce yaptığı, %64.8'inin menstrual yaşının 12-14 yaş aralığında olduğu. %66.5'inin beden yapısının orta düzeyde olduğu, %54.1'inin menopoza girmediği. %27.3'ünün meme kanseri açısından düşük riskli olduğu ve %52.9'unun ise meme kanseri riskini bilmediği, %89.8'inin KKMM'ni duyduğu ve %27.5'inin üç ayda bir KKMM yaparken, %25.8'inin KKMM yapmadığı, %84.9'unun klinik meme muayenesini duyduğu, %60.3'ünün hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığı, %56.6'sının mamografi çektirmediği ve %72.7'sinin hiç meme ultrasonu çektirmediği belirlenmiştir.

Tablo 1. Kadın Katılımcılara Ait Tanıtıcı Bilgilerin Dağılımı (N=403)

Tanıtıcı Bilgiler		**N**	**%**
Medeni Durum	Evli	357	88.6
	Bekar	46	11.4
Eğitim Durumu	Okuryazar	16	4.0
	İlköğretim	89	22.1
	Lise	169	41.9
	Ön Lisans	50	12.4
	Lisans	66	16.4
	Lisansüstü	13	3.2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	257	63.8
	Çalışmıyor	146	36.2
Ailede Meme Kanseri Varlığı	Yok	270	67.0
	Hala, Teyze ya da Büyükanne	94	23.3
	Anne ya da Kız Kardeş	32	7.9
	Anne ve Kız Kardeş	5	1.2
	Anne ve İki Kız Kardeş	2	0.5
Çocuk Doğurma Yaşı	Çocuk Yok	59	14.6
	Otuz Yaş Öncesi İlk Doğum	305	75.7
	Otuz Yaş Sonrası İlk Doğum	39	9.7
Menstrual Yaş	11 Yaş ve Altı	96	23.8
	12-14 Yaş	261	64.8
	15 Yaş ve Üstü	46	11.4
Beden Yapısı	Zayıf	55	13.6
	Orta	268	66.5
	Şişman	80	19.9
Menopozda Hormon Kullanımı	Evet	34	8.4
	Hayır	151	37.5
	Menopoza Girmemiş	218	54.1
Tahmin Edilen Meme Kanseri Riski	Hiç Riski Yok	52	12.9
	Düşük Riskli	110	27.3
	Yüksek Riskli	28	6.9
	Bilmiyor	213	52.9
Kendi Kendine Meme Muayenesini Duyma Durumu	Evet	362	89.8
	Hayır	41	10.2
Kendi Kendine Meme Muayenesi	Yok	104	25.8

Yapma Sıklığı	Sık Sık	62	15.4
	Ayda Bir	98	24.3
	Üç Ayda Bir	111	27.5
	Yılda Bir	28	6.9
Klinik Meme Muayenesini Duyma Durumu	Evet	342	84.9
	Hayır	61	15.1
Klinik Meme Muayenesini Yaptırma Durumu	Hayır	243	60.3
	Kontrol Amaçlı Yaptırmış	139	34.5
	Memede Sorun Nedeniyle Yaptırmış	21	5.2
Mamografi Çektirme Durumu	Hayır	228	56.6
	Evet	150	37.2
	Düzenli Çektiriyor	25	6.2
Meme Ultrasonu Çektirme Durumu	Hayır	293	72.7
	Evet	88	21.8
	Düzenli Çektiriyor	22	5.5

Yaş Ortalaması: 48.38±10.11 (Min:31,Max:85)

Tablo 2'de görüldüğü gibi kadın katılımcılar Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nin meme kanseri konusundaki genel bilgiler alt boyutundan 7.01±1.92, meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler alt boyutundan 4.79±2.08 ve toplamından 11.79±3.17 puan almıştır. Buna göre alt boyutlar ve toplamın alınabilecek ortalama puanın üzerinde ancak ortalama puana yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Kadın Katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden Aldıkları Puanlara İlişkin İstatistiksel Bilgiler (N=403)

Test ve Alt Boyutlar		Ölçekten Alınabilecek Puan		Kadın Katılımcıların Aldığı Puan		x̄	SS
		Min.	Maks.	Min.	Maks.		
Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi	Meme Kanseri Konusundaki Genel Bilgiler	0.00	12.00	2.00	12.00	7.01	1.92
	Meme Kanserinin Tedavi Edilebilirliği ile İlgili Bilgiler	0.00	8.00	1.00	8.00	4.79	2.08
	Toplam	0.00	20.00	5.00	19.00	11.79	3.17

Tablo 3 incelendiğinde kadın katılımcıların meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur($p<0.001$). Buna göre lisans ve üstü, ön lisans ve lise mezunlarının meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamaları okuryazar veya ilköğretim mezunlarına; lisans ve üstü mezunlarının meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler puan ortalaması lise ve ön lisans mezunlarına ve lisans ve üstü mezunlarının toplam puan ortalaması lise mezunlarına göre daha yüksektir. Meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler puan ortalamasının menstrual yaşa göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.01$) olup menstrual yaşı 15 yaş ve üstü olanların puan ortalaması 11 yaş ve altı ile 12-14 yaş olanlara göre daha yüksektir. Meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamalarının beden yapısına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.01$) olup zayıf ve orta olanların meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler puan ortalamaları şişman olanlara ve orta olanların toplam puan ortalaması şişman olanlara göre daha yüksektir. Meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler puan ortalamasının menopozda hormon kullanımına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.05$) olup menopoza girmemişlerin puan ortalaması hormon kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamalarının kendi kendine meme muayenesini duyma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.001$, $p<0.01$) olup duyanların puan ortalaması duymayanlara göre daha yüksektir. Meme kanseri konusundaki genel bilgiler, meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamalarının kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($p<0.001$). Buna göre ayda bir

yapanların meme kanseri konusundaki genel bilgiler puan ortalaması yapmayan ve sık sık yapanlara; ayda bir ve sık sık yapanların meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler puan ortalamaları yapmayan ve üç ayda bir yapanlara ve ayda bir yapanların toplam puan ortalaması yapmayan, üç ayda bir ve yılda bir yapanlara göre daha yüksektir. Meme kanseri konusundaki genel bilgiler, meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamalarının klinik meme muayenesini duyma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.001$, $p<0.05$) olup duyanların puan ortalamaları duymayanlara göre daha yüksektir. Meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler ve toplam puan ortalamalarının mamografi çektirme ve meme ultrasonu çektirme durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.001$, $p<0.01$) olup çektirenlerin puan ortalamaları çektirmeyenlere göre daha yüksektir.

Tablo 3. Kadın Katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Bilgilere Göre Karşılaştırılması (N=403)

			Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi					
			Meme Kanseri Konusundaki Genel Bilgiler		**Meme Kanserinin Tedavi Edilebilirliği ile İlgili Bilgiler**		**Toplam**	
Tanıtıcı Bilgiler		**N**	**x̄**	**SS**	**x̄**	**SS**	**x̄**	**SS**
Medeni Durum	Evli	357	7.04	1.93	4.78	2.10	11.82	3.20
	Bekar	46	6.78	1.81	4.85	1.97	11.63	2.97
	Test ve Anlamlılık		t=0.846[a], p=0.398		t=-0.212[a], p=0.832		t=0.372[a], p=0.710	
Eğitim Durumu	1. Okuryazar veya İlköğretim	105	6.56	1.66	3.87	1.84	10.43	2.48
	2. Lise	169	7.17	1.97	4.79	2.09	11.96	3.29
	3. Ön Lisans	50	6.98	1.88	4.80	1.95	11.78	3.00
	4. Lisans ve Üstü	79	7.27	2.06	5.99	1.86	13.25	3.14
	Test ve Anlamlılık		F=2.828[b], p=0.038		F=17.525[b], **p<0.001**		F=13.387[b], **p<0.001**	
	Anlamlı Fark		-		1-2, 1-3, 1-4, 2-4, 3-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-4	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	257	7.12	1.88	4.80	2.18	11.92	3.23
	Çalışmıyor	146	6.81	1.97	4.76	1.90	11.57	3.04
	Test ve Anlamlılık		t=1.577[a], p=0.116		t=0.198[a], p=0.843		t=1.078[a], p=0.282	
Ailede Meme Kanseri Varlığı	Yok	270	6.96	1.83	4.66	2.00	11.62	3.06
	Hala, Teyze ya da Büyükanne	94	7.21	2.12	5.13	2.08	12.34	3.40
	Anne ya da Kız Kardeş	32	7.00	1.68	4.88	2.59	11.88	3.01
	Test ve Anlamlılık		F=0.644[b], p=0.526		F=1.779[b], p=0.170		F=1.847[b], p=0.159	
	Anlamlı Fark		-		-		-	
Çocuk Doğurma Yaşı	Çocuk Yok	59	6.85	2.01	4.66	2.06	11.51	3.18
	Otuz Yaş Öncesi İlk Doğum	305	7.02	1.91	4.80	2.08	11.82	3.18
	Otuz Yaş Sonrası İlk Doğum	39	7.13	1.87	4.87	2.15	12.00	3.09
	Test ve Anlamlılık		F=0.292[b], p=0.747		F=0.146[b], p=0.864		F=0.334[b], p=0.716	
	Anlamlı Fark		-		-		-	

[a]Bağımsız gruplar t testi, [b]Tek yönlü ANOVA testi

Tablo 3. Kadın Katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Bilgilere Göre Karşılaştırılması (N=403) Devamı

			Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi					
			Meme Kanseri Konusundaki Genel Bilgiler		Meme Kanserinin Tedavi Edilebilirliği ile İlgili Bilgiler		Toplam	
Tanıtıcı Bilgiler		**N**	**x̄**	**SS**	**x̄**	**SS**	**x̄**	**SS**
Menstrual Yaş	1. 11 Yaş ve Altı	96	6.94	1.76	4.29	2.11	11.23	3.12
	2. 12-14 Yaş	261	7.13	1.97	4.84	2.10	11.96	3.30
	3. 15 Yaş ve Üstü	46	6.48	1.86	5.54	1.62	12.02	2.27
	Test ve Anlamlılık		F=2.338[b], p=0.098		F=5.971[b], **p=0.003**		F=2.021[b], p=0.134	
	Anlamlı Fark		-		1-3, 2-3		-	
Beden Yapısı	1. Zayıf	55	6.95	2.16	5.09	1.62	12.04	3.02
	2. Orta	268	7.10	1.88	4.95	2.13	12.06	3.20
	3. Şişman	80	6.73	1.86	4.03	2.04	10.75	2.98
	Test ve Anlamlılık		F=1.244[b], p=0.289		F=6.986[b], **p=0.001**		F=5.545[b], **p=0.004**	
	Anlamlı Fark		-		1-3, 2-3		2-3	
Menopozda Hormon Kullanımı	1. Evet	34	7.09	2.08	4.62	2.09	11.71	3.04
	2. Hayır	151	6.97	1.76	4.46	2.04	11.44	2.77
	3. Menopoza Girmemiş	218	7.02	2.00	5.04	2.08	12.06	3.42
	Test ve Anlamlılık		F=0.057[b], p=0.944		F=3.548[b], **p=0.030**		F=1.718[b], p=0.181	
	Anlamlı Fark		-		2-3		-	
Tahmin Edilen Meme Kanseri Riski	Hiç Riski Yok	52	7.06	1.84	4.75	1.85	11.81	2.81
	Düşük Riskli	110	6.69	2.04	5.01	2.06	11.70	3.20
	Yüksek Riskli	28	7.14	2.38	4.75	2.32	11.89	3.75
	Bilmiyor	213	7.14	1.79	4.69	2.12	11.83	3.17
	Test ve Anlamlılık		F=1.408[b], p=0.240		F=0.593[b], p=0.620		F=0.049[b], p=0.986	
	Anlamlı Fark		-		-		-	
Kendi Kendine Meme Muayenesini Duyma Durumu	Evet	362	7.03	1.95	4.90	2.10	11.93	3.22
	Hayır	41	6.80	1.58	3.80	1.63	10.61	2.35
	Test ve Anlamlılık		t=0.714[a], p=0.476		t=3.937[a], **p<0.001**		t=3.257[a], **p=0.002**	

[a]Bağımsız gruplar t testi, [b]Tek yönlü ANOVA testi

Tablo 3. Kadın Katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Bilgilere Göre Karşılaştırılması (N=403) Devamı

			Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi					
			Meme Kanseri Konusundaki Genel Bilgiler		Meme Kanserinin Tedavi Edilebilirliği ile İlgili Bilgiler		Toplam	
Tanıtıcı Bilgiler		**N**	**x̄**	**SS**	**x̄**	**SS**	**x̄**	**SS**
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Sıklığı	1. Yok	104	6.55	1.88	4.13	1.68	10.68	2.51
	2. Sık Sık	62	6.63	1.98	5.40	2.00	12.03	3.32
	3. Ayda Bir	98	7.59	1.99	5.77	2.07	13.36	3.31
	4. Üç Ayda Bir	111	7.17	1.82	4.26	2.03	11.43	3.06
	5. Yılda Bir	28	6.86	1.43	4.50	2.32	11.36	2.92
	Test ve Anlamlılık		F=4.802[b], **p<0.001**		F=12.515[b], **p<0.001**		F=10.688[b], **p<0.001**	
	Anlamlı Fark		1-3, 2-3		1-2, 1-3, 2-4, 3-4		1-3, 3-4, 3-5	
Klinik Meme Muayenesini Duyma	Evet	342	7.10	1.91	4.97	2.12	12.07	3.22

Durumu	Hayır	61	6.48	1.87	3.77	1.50	10.25	2.34
	Test ve Anlamlılık		t=2.368[a], p=**0.018**		t=5.356[a], **p<0.001**		t=5.272[a], **p<0.001**	
Klinik Meme Muayenesini Yaptırma Durumu	Hayır	243	7.04	1.92	4.62	2.05	11.66	3.13
	Kontrol Amaçlı Yaptırmış	139	7.01	1.92	4.94	2.11	11.95	3.25
	Memede Sorun Nedeniyle Yaptırmış	21	6.62	1.94	5.71	2.03	12.33	3.06
	Test ve Anlamlılık		F=0.468[b], p=0.627		F=3.317[b], **p=0.037**		F=0.694[b], p=0.500	
	Anlamlı Fark		-		-		-	
Mamografi Çektirme Durumu	1. Hayır	228	6.87	1.82	4.38	2.08	11.25	3.06
	2. Evet	150	7.29	1.97	5.37	1.92	12.66	3.09
	3. Düzenli Çektiriyor	25	6.56	2.27	5.04	2.26	11.60	3.58
	Test ve Anlamlılık		F=2.982[b], p=0.052		F=10.936[b], **p<0.001**		F=9.450[b], **p<0.001**	
	Anlamlı Fark		-		1-2		1-2	
Meme Ultrasonu Çektirme Durumu	1. Hayır	293	7.02	1.91	4.45	2.10	11.47	3.21
	2. Evet	88	7.10	1.79	5.73	1.62	12.83	2.57
	3. Düzenli Çektiriyor	22	6.41	2.40	5.55	2.24	11.95	3.96
	Test ve Anlamlılık		F=1.193[b], p=0.304		F=15.372[b], **p<0.001**		F=6.422[b], **p=0.002**	
	Anlamlı Fark		-		1-2		1-2	

[a]Bağımsız gruplar t testi, [b]Tek yönlü ANOVA testi

Tartışma

Meme kanseri, kadınlarda kanser ölümlerinin önde gelen nedenleri arasındadır ve erken teşhis, sağ kalım oranlarını önemli ölçüde arttırmaktadır. Kadınların meme kanserine ilişkin bilgi ve farkındalıklarını erken yaşlardan itibaren arttırmak önemlidir. Bilgi ve farkındalık meme kanserinin erken teşhisi ve tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Çalışmamızda kadınların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nin meme kanseri konusundaki genel bilgiler alt boyutundan orta ve meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgiler alt boyutundan az ve toplamından orta düzeyde puan almıştır. Yapılan bir çalışmada aile öyküsünde meme kanseri olmayan kadınların geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi toplam puanının 8.31±1.85; genel bilgi alt boyut puanının 5.12±.98; tedavi edilebilirlik alt boyut puanının 3.16±.91 olduğu tespit edilmiştir.[11] Çalışma sonuçlarında bireylerin bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgilerde arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada meme kanseri bilgi düzeylerinin eğitim seviyesinin artışıyla orantılı olarak önemli ölçüde yüksek olduğu ifade edilmektedir.[12] Bilgi test puanlarının eğitim düzeyiyle birlikte önemli bir ölçüde arttığı bulunmuş ve bu durum, bilgi kaynaklarına erişim ve kullanımda eğitimin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların yarısından fazlasının (%89.8) kendi kendine meme muayenesini duymuş olduğu ve %15.4'ü sık sık meme muayenesi yaptığı ancak büyük bir çoğunluğunun ise (%25.8) kendi kendine meme muayenesini yapmadığı bulunmuştur. Kadın tıp öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesine yönelik anlayış, tutum ve davranışlarına odaklanan bir çalışmada tüm katılımcıların meme kanseri hakkında sağlam bir anlayışa sahip olduğu ve %95'nin kendi kendine meme muayenesinin erken tanı için yararlı bir teknik olabileceğine inandığını belirtmiştir.[13] Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yapılan çalışmalarda kendi kendine meme muayenesini hakkında yeterli bilgiye sahip olmasına rağmen kadınların çoğunlukla meme muayenesi yapmadığı ifade edilmektedir.[13,14] Uygulama aşamasında hala eksikliklerin olması biz sağlık personellerinin tarama sıklığını arttırıp uygulama oranını arttırmayı hedefleyici çalışmalara öncelik vermemiz gerekmektedir.

Çalışmamızda menstrual yaşı 15 yaş ve üstü olan kadınların meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgilerinin anlamlı şekilde diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırma sonucunda kontrol edilemeyen risk faktörleri arasında erken dönemde menarş olması kanser riskini arttırmaktadır.[15] Ülkemizde yapılan bir çalışmada 15 yaşından önce menarş olan kadınların yüksek oranda meme kanseri olma riski taşıdığı ifade edilmektedir.[16] Çalışmamızda menstrual yaşı 12-14 olan kadınların oranı (%64.8) oldukça yüksektir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların yine büyük bir çoğunluğunun (%93.8) 15 yaş öncesi menarş olduğu tespit edilmiştir.[16] Bu sonuçlar doğrultusunda meme kanseri risk grubunda olan bireylerinde hedeflenerek bilgi düzeylerinin arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda beden yapısının zayıf ve orta olduğu kadınlarda meme kanserinin tedavi edilebilirliği ve genel bilgilerinin anlamlı şekilde diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına uyumun iyileştirilmesinin özellikle meme kanseri ve kolorektal kanserin riskini azalttığı ifade edilmektedir.[17,18] Bireylerde kilo alımının ve alkol tüketiminin artması meme kanseri riskini arttırdığı ifade edilmektedir.[19,20] Çalışmamızda kadınların %19.9'u şişmandır ve meme kanseri riski olma olasılığı yüksek bir grup içerisinde yer almaktadır. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda beden yapısı şişman olan gruplarda meme kanseri bilgi düzeylerinin arttırılmasına yönelik girişimlerin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda menopoza girmeyen kadınların meme kanserinin tedavi edilebilirliği hakkında bilgi düzeyi hormon kullanmayanlara göre oldukça yüksek bulunmuştur. Tıp öğrencilerinin meme kanseri semptomları ve risk faktörleri hakkındaki bilgilerini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, tütün kullanımı, hormon replasman tedavisi, oral kontraseptifler ve emzirmemenin meme kanseri için risk faktörleri olduğuna inanıldığını göstermiştir.[21] Çalışmamızdaki kadınların 8.4'ü menopoz döneminde hormon tedavisi kullanmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınların %7.6 sının hormon replasman tedavisi kullandığı ifade edilmektedir.[16] Epidemiyolojik araştırmalarda hormon replesman tedavisi kullanımının meme kanseri geliştirme riskini artırdığı bildirilmiştir.[15,22] Bu sonuçlar doğrultusunda hormon tedavisi kullanan bireylerin bilgi seviyelerindeki düşüklükte göz önünde bulundurularak bu gruba yönelik eğitimler arttırılmalıdır.

Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun (%60.3) klinik meme muayenesi yaptırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun (%80) klinik meme muayenesi yaptırmadığı ifade edilmektedir.[24] Çalışmamızın sonucunda klinik meme muayenesini duyan kadınların meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedavi edilebilirliği konusundaki bilgilerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda klinik meme muayene sıklığının arttırılıp meme kanserinin erken evrede tespiti için önemli bir adım atılacağı varsayılmaktadır.

Çalışmamızda kadınların büyük bir çoğunluğunun (%56.6) mamografi ve meme ultrasonu (%72.7) çektirmediği bulunmuştur. Bu durumun araştırmaya katılan kadınların katılımcılarının yaş ortalamasının (48.38±10.11) orta düzeyde olması ve büyük bir çoğunluğunun (%67) ailesinde meme kanseri olmamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada kadınların (%80,9)mamografi çektirmediği bulunmuştur.[13] Çalışma sonucunda mamografi ve meme ultrasonu çektiren kadınların meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgilerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar göz önüne alındığında mamografi ve meme ultrasonu çektirmemin önemi vurgulanmalı tarama sıklıkları arttırılmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda kadınların meme kanseri bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu bulundu. Sağlık personellerinin özellikle hemşirelerin bakım uygulamaları çerçevesinde eğitim programlarının geliştirip aktif adımların atılması önerilmektedir. Bilgi düzeyinin orta seviyede olması erken tarama davranışlarını olumsuz

yönde etkileyebilmektedir. Meme kanseri tarama yöntemlerinin önemi her geçen gün arttırılarak vurgulanmalı, kadınların bilgi eksiklikleri tespit edilip eğitim programları ve toplum temelli uygulamalar ile desteklenmelidir. Hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin meme kanseri bilgilendirme çalışmalarında kadınların, eğitim durumu, menstrual yaşı, beden yapısı, hormon tedavisi kullanım durumu, kendi kendine meme muayenesini duyma ve yapma sıklığı, klinik meme muayenesini duyma, mamografi ve meme ultrasonu çektirme durumu gibi değişkenleri göz önünde bulundurması önerilmektedir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Etik Onay

Trabzon Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Etik Kurul Başkanlığı'ndan 15/03/2024 tarih 2024-3/2.25 sayısı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Neşe İşcan Ayyıldız: Fikir, tasarım, danışmanlık, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.
Sevgi Demir Çam: Fikir, tasarım, danışmanlık, analiz ve yorum, kaynak taraması, 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 Jl for Clinic 2021;71:209-249.
2. Enjezab B. Cancer screening practice among Iranian middle-aged women. J M R H 2016;4:770-778.
3. Güzel N, Bayraktar N. Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019;6:101-110.
4. Qaseem A, et al. Screening for breast cancer in average-risk women: a guidance statement from the American College of Physicians. Ann Untern Med 2019;170:547-560.
5. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkindaliğini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. J Breast Health 2009;5:195-199.
6. Aydın İ. Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkindaki Bilgileri Ve Uygulamalari. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2004, 7:26-34.
7. Aygın D, Uludağ C, Şahin S. Gençlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004;7:1-6.
8. Beydag KD. Factors affecting the knowledge levels of a group of university students about the protection ways against breast and testicle cancer. Health MED 2012;6:3073-3079.
9. Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. J Breast Health 2015;11:155-162.
10. Başak ŞC. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri bilgi seviyesi: Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Sosyal Bilimler Enstitüsü 2015.
11. Stager JL. The comprehensive breast cancer knowledge test: validity and reliability. J Adv Nurs 1993;18:1133-1140.
12. Taylan S, Çelik GK. Ailesel meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınlarda meme kanseri tanılama davranışları. Cukurova Med J 2020;45:1467-1475.
13. Asmar EM, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding breast cancer amongst Lebanese females in Beirut. Asian Pac J Cancer Prev 2018;19:625-631.
14. Mammadov B, Yarıcı F. Determination of Breast Cancer Risk and Knowledge Levels in Women: The Case of Cyprus. Nigerian J Clin Pract 2024;27:604-611.
15. Sohbet R, Karasu F. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. Gümüşhane Üniv Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6:113-121.
16. Beji N, Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case–control study. Eur J Cancer Care 2007;16:178-184.

17. Çakır S ve ark. Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. İstanbul Bilim Üniv Florence Nightingale Tıp Dergisi 2016;2:186-194.
18. Botteri E, et al. Changes in lifestyle and risk of colorectal cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition. Am J Gastroenterol 2023;118:702-711.
19. Botteri E, et al. Lifestyle changes and risk of cancer: experience from the Swedish women's lifestyle and health cohort study. Acta Oncol 2021;60:827-834.
20. Chan DS, et al. World Cancer Research Fund International: Continuous Update Project—systematic literature review and meta-analysis of observational cohort studies on physical activity, sedentary behavior, adiposity, and weight change and breast cancer risk. Cancer Causes Control 2019;30:1183-1200.
21. Dam MK, et al. Five year change in alcohol intake and risk of breast cancer and coronary heart disease among postmenopausal women: prospective cohort study. B M J 2016;353:i2314.
22. Ansari A, et al. Medical students' knowledge and attitude towards breast Cancer risk factors and early detection practices. Aust Med Sci 2018;3:1024.
23. Rosenberg LU, et al. Menopausal hormone therapy and other breast cancer risk factors in relation to the risk of different histological subtypes of breast cancer: a case-control study. Breast Cancer Res 2006;8:R11.
24. Ekici E, Utkualp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3:136-139.

Olgu Sunumu-Case report

Osmanlı Türkiyesinde Kuzudan İnsana Kan Nakli*

Blood Transfusion from Lamb to Human in Ottoman Türkiye

Mahmut Murat Demirtaş[i]

[i]Prof. Dr., Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği eski Eğitim Sorumlusu-Emekli. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri, Kalp Ve Damar Cerrahisi AD emekli kurucu başkanı. https://orcid.org/0000-0002-6596-6880

ÖZ

Ülkemizde insandan insana kan naklinin tarihi gelişimi üzerine birçok çalışma bulunmakla birlikte bu sürecin 1921 yılında başladığı kabul edilmektedir. Ancak dünya tarihinde kan naklinin aşamaları 1600'lü yıllara, hayvandan insana nakillere dayanmaktadır. İlk başarılı insandan insana kan nakli ise 1818 yılında yapılmıştır. Bizde ise bu aşamalardan ilki, hayvandan insana kan nakline dair olgular takdimine Dr. Girerd'in 1881 tarihli tıbbi hatıratında rastlanmaktadır. Dr. Girerd 22 Şubat 1878'de başlayarak arka arkaya, iki yaralı asker ve 1 kanamalı lohusa kadına kuzudan kan nakli yapmış ve bunları hatıratında sunmuştur. Fransızca'dan Türkçe'ye aktarılan bu hatırat burada sunulmuştur.

Bu makalede yer alan birinci yaralı asker Osman H., Plevne'deki yaraları nedeniyle tedaviye alınmış, uzun süreli iyileşme sürecinde kan transfüzyonu ve cerrahi müdahalelerle toparlanmıştır. Ancak, 10 Mart'ta aniden hayatını kaybetmiştir. İncelenen ikinci yaralı asker ise Ahmet Abdullah, ateşli silah yaralanması ve skorbüt nedeniyle tedavi edilmiş, kuzudan kan verilerek iyileşme süreci geçirmiştir. Üçüncü olgu ise 22 yaşındaki lohusa kadındır. Düşük sonrası aşırı kanama nedeniyle kritik durumda iken, eter enjeksiyonu ve transfüzyonla tedavi edilip hayata döndürülmüştür. Kitapta yer alan kan transfüzyonları, doku nakli olarak kabul edilebilir ve kuzu kanı transfüzyonları sonrası gözlemlenen semptomlar ise orta şiddette allerjik-pirojenik reaksiyonları işaret eder.

Anahtar kelimeler: Kan, Transfüzyon, İnsan, Kuzu

ABSTRACT

Although there are many studies on the historical development of human-to-human blood transfusion in our country, it is accepted that this process started in 1921. However, the stages of blood transfusion in world history date back to the 1600s, with animal-to-human transfusions. The first successful human-to-human blood transfusion was performed in 1818. In our country, the first of these stages is presented as animal-to-human blood transfusion by Dr. Girerd's medical memoirs dated 1881. Dr. Girerd, starting on February 22, 1878, performed lamb blood transfusions on two wounded soldiers and a bleeding puerperal woman, and presented them in his memoirs. This memoir, translated from French into Turkish, is presented here.

The first wounded soldier in this article, Osman H., was treated for his wounds in Pleven and recovered with blood transfusions and surgical interventions during the long-term recovery process. However, he suddenly died on March 10. The second wounded soldier examined, Ahmet Abdullah, was treated for gunshot wounds and scurvy and underwent a recovery process by giving blood from a lamb. The patient had an arm amputation successfully performed a month later. The third case is a 22-year-old postpartum woman. She was in critical condition due to excessive bleeding after a miscarriage and was treated with ether injection and transfusion and brought back to life. The blood transfusions in the book can be considered as tissue transplants and the symptoms observed after lamb blood transfusions indicate moderate allergic-pyrogenic reactions.

Keywords: Blood, Transfusion, Human, Lamb

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2025;15(2):772-776
DOI: 10.31020/mutftd.1646108
e-ISSN: 1309-8004
Geliş Tarihi – Received: 24 Şubat 2025; Kabul Tarihi - Accepted: 08 Mayıs 2025
İletişim - Correspondence Author: Mahmut Murat Demirtaş <mahmurdem@gmail.com>
Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Ülkemizde kan naklinin geçmişi, ilgili uzmanlar tarafından çeşitli mecralarda birçok kez yazılmış ve yayımlanmıştır. Bunlara ağ bağlantı (internet) taramalarıyla kolayca ulaşılabilir. Tıp camiasında kan nakli üzerine ilk faaliyetleri 1921 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi I.Cerrahi Kliniği hocası Prof.Dr. Burhaneddin Toker'in başlattığı ve insandan insana ilk başarılı kan naklinin 1938 yılında gerçekleştirdiği kayda geçirilmiştir.[1,2] Ülkemizde daha önceki dönemlere ve hayvandan insana kan nakillerine ait bir bilgiye ulaşmam ancak burada takdim ettiğim yazarın kitabındaki olgu sunumlarına erişmemle mümkün olmuştur.

Takdim

Önce olguların sunulduğu kitabı ve yazarını tanıyalım.

Dr. L. Girerd kendisini İstanbul Beylerbeyi geçici hastanesinin eski cerrahı, Pangaltı Uluslararası Hastanesi'nin hekimi, Napoli ve İstanbul Tıbbiye ve Cerrahiyye Akademisi'nin ve Fransa Hijiyen Cemiyeti'nin muhabir (temsilci) üyesi olarak tanıtmaktadır. Kendisiyle ilgili daha fazla bilgiye ulaşılamamaktadır. 1880-1884 yılları arasında yazdığı sıtma, sifiliz ve hijiyen üzerine de kitapları vardır. 'Tıbbi ve Cerrahi Hatıralar'ını 1881 yılında 2 cilt halinde Paris'te yayımlamıştır. İkinci cilt 'Klinik Cerrahi Hatıralar' başlığını taşımaktadır. Bu kitaplara Fransa Ulusal Kütüphanesi 'Gallica' ağ bağlantı sayfası tarayıcısı üzerinden (gallica.bnf.fr) erişilebilmektedir.

Dr. L. Girerd, ikinci cildin dördüncü sayfasından itibaren 'Transfüzyon Üzerine: Kuzu Kanının Transfüzyonu Üzerine Gözlemler' başlığındaki bölümde, o dönemin hayvandan insana, insandan insana kan nakillerinin sonuçlarına dair literatür ve tecrübeleri aktarmakta, çalışmakta olduğu İstanbul Beylerbeyi Hastanesi'nde yaptıkları kuzudan insana 3 kan nakli olgusunu günlük gözlemleriyle ayrıntılı olarak vermektedir.[3]

Olgular

Dr. L. Girerd, hayvandan insana kan naklinin, hayvandan kan teminindeki kolaylık ve bolluk, hayvan kanının insan için zararsızlığı (!) tezinden yola çıkarak, insandan insana kan naklinin yerini alabileceği öngörüsünde bulunmaktadır. Hayvandan insana kan naklinin 1667 yılında Fransa kralının hekimi Jean Baptiste Denis tarafından, insandan insana kan nakillerinin ise 1818 yıllında James Blundell tarafından başlatılmış olmasına rağmen; ABO kan gruplarının ancak 1900 yılında (Landsteiner), ilk antikoagülan sodyum sitratın 1914 yılında bulunduğu, heparinin ise 1916 yılında keşfedilip ancak 1935 yılında yayımlandığı unutulmamalıdır.[4]

Dr. L. Girerd, aşağıdaki olguların aciliyetleri ve insandan kan temininin o günlerin şartlarında mümkün olmaması nedeniyle, olguları ölüme terk etmemek için, hayvan kanının tercih edildiğini belirtmektedir. Ayrıca o dönemde kaşektik, ileri akciğer tüberkülozlu, kanserli, derin kansızlıklı ve aşırı kanamalı lohusa toplam 12 hastada, hayvandan insana kan nakli gerçekleştirmiş olan Nordhausen'li Dr. Oscar Hasse'ın serisinin olumlu sonuçlarını da eklemektedir.

Olgu 1

Osman H…, Çankırı doğumludur, 32 yaşındadır. 20 Şubat 1878 günü Beylerbeyi Hastanesi'ne yatar. Osman Paşa'nın kahramanca savunması esnasında Plevne'de ateşli silah yarası almıştır. Sağ iliyak kenarın ön üst bölgesinde geniş ve derin yarası vardır ve çıkarılmamış mermi parçacıkları kenarları kanamalı, pıhtılı ve granülasyon dokulu bir ölü boşluk oluşturmuştur. Gluteanın ortalarına dek ödem, mor kırmızı renk izlenmektedir. Bastırmakla kötü kokulu püy gelmektedir. Yara parmakla eksplore edilir, dekole cilt 15 cm insizyonla genişletilir. Kat kat oluşmuş psödomembranlar temizlenir, parlak kırmızı ve kanamalı adaleye dek

ulaşılır. Ateş, iştahsızlık ve şiddetli ağrılar mevcuttur. Yara, alkol kamfrede eritilmiş salisilik asid patesiyle (ezmesi) kaplanır.

Olgunun günlük gözlem kayıtları

21 Şubat- Gece yatağa kadar geçen abondan bir kanama olmuş, nöbetçi stajyer hekim demir perklorür emdirilmiş gazlı bezle baskılı pansuman uygulamış, kanama durmuş. Hasta çok düşkün, derin zayıflık halinde. Pansumanı değiştirdik, kanama olmadı. Çevre dokularda gangren sürüyor. Hafif baskılı pansumana devam.

22 Şubat- Hasta kayıyor, gece yine kanamış. Kanama odağını bulma girişimi sonuç vermedi. Yaraya tampona devam. Yaralı derin kansızlıkta, yüzü ve ekstremileri soğuk, nabız ancak alınıyor. Hasta kaymak üzere. Vücut ısısı 35,7˚C.

Her an kaybetme tehlikesine karşı kan vermeyi düşünüyoruz, donör arıyoruz; sonuçsuz.

Bu durumda, idareden bize gecikmeden bir kuzu bulmalarını talep ettik.

Meslektaşımız, başhekim ve Cemiyet-i Tıbbiye başkanı Dr. Peştimalcı bize gerekli desteği verdi ve vakit geçirmeden işleme başladık.

Sağ median veni cerrahi olarak açıp tokarı içine ilerlettik. Meslektaşımın bulup açtığı kuzunun karotisinden aldığımız kanı Mathieu cihazının hunisinde topladık, 80 gram arteriyel kanı kesintisiz bir dakikada hastaya enjekte ettik.

Hasta hızla bir uyarılmışlık haline girdi, ajite oldu, anlamsız konuşmalar yapmaya başladı; bunu yoğun bir dispne ardından titremeler periyodu ve ajite bir uyku dönemi izledi. Ateşi 37,8˚C; yani 2,1˚C yükselme gördük. Takiben ekstremiteler ısındı, nabız kuvvetlendi. Uyku 3 saat sürdü. Gece hasta şarap ve yarımşar saatte bir kaşık et suyu aldı.

23 Şubat- İyileşme şaşırtıcı. Hasta sorularıma gayet iyi cevap veriyor. Ben gelmeden önce hemşireye geçirdiği müdahalenin niteliğini ve ayrıntısını sormuş. Yara yeniden pansuman edildi. Kanama tekrarlamadı.

24 Şubat- Genel durumda belirgin iyileşme var, çorba içti, bir pirzola yedi.

25 Şubat- Aynı durum, aynı pansuman.

26 Şubat- Yara tamamen temizlendi, canlı kırmızı burjonlar belirdi ve derinleri kapamaya başladı. Yarayı korumak için salisilatlı Guérin pansumanı uygulandı.

28 Şubat- Hastamızı, onu kurtulmuş kabul eden birkaç meslektaşımıza gösterdik. İçlerinden, eski Paris Hastaneleri uzmanı Dr. Arnoult hastayı Levant Herald yerel gazetesinde 2 Mayıs 1878 günü haber yaptı.

Yaradan seröz bir akıntı var, ölü boşluk dolarken birkaç yabancı cisim göründü, aldık.

2 Mart- Hasta iştahla yemek yiyor, yaranın görünümü güzel. Seröz akıntılı boşluğa bir diren yerleştirdik, birkaç damla kan geldi.

3-9 Mart arası, pansuman her gün değişiyor, anormal bir durum yok.

9 Mart- Gece hasta gardroba gitmek içi yataktan kalkıyor, bu tedbirsizlik önemli bir kanamaya yol açıyor, nöbetçi Sadık Efendi baskılı pansumanla durduruyor. Kanama, gece tekrarlayınca fistül hattı demir perklorürlü uzun gazlarla doldurularak kontrol altına alınıyor.

10 Mart- Vizitte hastayı düşkün görüyoruz. Doğrudan bası uygulayabilmek için adaleleri genişçe aralayıp araştırmamıza rağmen kanama odağını bulamıyoruz.

İzleyen gece, hasta, yatağında gayet sakin bir uykuda dinleniyor, dikkat çekici, olağan dışı bir durum görünmüyorken sabah yatağında kan banyosu içinde ruhunu teslim etmiş bulunuyor.

Olgu II

15 Temmuz 1878- 25 yaşında Ahmet Abdullah; Sofya'nın boşaltılmasını takiben, bize ateşli silah yaralanmasına bağlı komplike ön kol kırığı, skorbütle getiriliyor. Kolundaki damarlar bağlanmış olmasına rağmen üst üste iki kez abondan kanama gelişiyor. Genel durumu giderek bozuluyor, terminal döneme gireceği kesin. Öğleden sonra, kuzudan 100 gr. kan veriyorum; Collin cihazı aracılığıyla, doktorlar Baldrian, Phocas ve stajyerlerim yardımıyla, 4 dakikalık sürede.

İşlem sırasında iç sıkıntısı, dispne, yüzde kızarıklık, sıcak basması, gözlerde hızlı hareketler, genel ajitasyon, bir tür subdeliriyum not ediyorum.

Çeyrek saat sonra nabız yükseliyor dolgunlaşıyor. Gece aşırı terleme sonrası sakin ve derin bir uykudan zorla uyandırılıyor, Toodd şurubu içirmek için.

16 Temmuz- Hasta daha iyiye gidiyor, biraz baş ağrısı, iştahsızlık.

20 Temmuz- Onu kurtulmuş kabul ediyoruz, tüm gücünü topluyor. Bir ay sonra kol ampütasyonu uygulayabiliyoruz.

Olgu III

22 yaşında kadın. Bir ebe elinde düşük, ağır hemorraji. Hasta 'in extremis'; nabız filiform, gözler sönük, cilt soğuk, ileri solgun. Bir kuzu ararken cilt altına 4 şırınga dolusu eter enjeksiyonu. Çeyrek saat sonra tek başıma, bir büyük hazneli şırınga ve bir trokarla transfüzyonu gerçekleştiriyorum. Girişim başarılı ve hasta kendini buldu. Bu vakanın ayrıntılarını bir başka çalışma içinde sunacağım.

Yazar, makalesinin bundan sonraki kısmında, olgu sayısının azlığının, üzerinde etraflı tartışmaya imkan vermediğini ancak Dr. Hass'ınkilerle uyumlu olduğunu bildirmekte, kan transfüzyonunda kullanılan alet ve düzenekler hakkında, çizimleriyle birlikte bilgi vermektedir.

Tartışma

Olgu sunumları, Dr. Girerd'in Fransızca makale niteliğindeki tıbbi ifadelerine sadık kalınarak, ekleme düzeltme yorum yapılmadan verilmiş ve konuyla doğrudan ilgili olmayan bazı cümleler ise çıkarılmış veya özetlenmiştir.

Beylerbeyi Hastanesi, Nisan 1877'de başlayan Osmanlı-Rus savaşında yaralanan Osmanlı askerlerinin tedavisi için aynı yılın son aylarına doğru, Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından, Beylerbeyi Sarayı müştemilatının Kuzguncuk tarafında bulunan ve halen Deniz kuvvetlerine tahsis edilmiş alandaki binalarda açılmıştır. Kısa sürelerle başka hizmetler için kullanılmış olsa da, 1919 yılına dek hastane olarak faaliyette kalmıştır.[5]

Tarihi kaynaklara bakıldığında, Plevne Müdafaası 19 Temmuz-10 Aralık 1877 tarihleri arasında toplam 145 gün sürmüş ve Rus orduları 4 Ocak 1878 günü Sofya'ya girmiştir. Girerd'in olgu sunumlarında verdiği tarihler bu tarihlerle uyum içindedir.

Dönemin önemli hekimlerinden Dr. Peştimalcı (Dr. Dikran Peştemalciyan); Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'nin kurucu heyet üyelerinden biridir ve hatta başkanlığını yapmıştır. Cemiyetin yayın organı olan Ceride-i Tıbbiye-i Şahane'nin (La Gazette Médicale d'Orient) yayıncıları arasında yer almakta ve Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin kurucu kadrosundandır.[6,7] Kendisi Dikran Paşa olarak da anılmakta, Sultan'ın konsültan hekimi olduğu bildirilmektedir. 15 Aralık 1894 tarihinde 54 yaşında göğüs ağrısıyla vefat etmiştir.[8]

İlk iki olguda vasküler yaralanmaların tabloya eşlik ettiği anlaşılmaktadır. Birinci olguda iliyak arter ve/veya ven yaralanmasını, retroperitoneal bir psödoanevrizmanın komplike etmiş olması çok büyük olasılıktır. Birinci olgu, bir Paris gazetesi olan Ernest LeFèvre idaresindeki Le Rappel'de de (7 Ekim 1879 tarih ve 3497 numaralı) haber yapılmıştır.

Kan transfüzyonunun bir doku nakli olduğu günümüzde genel kabul görmektedir. Her üç olguda, 80-100 ml'lik kuzu kanının verilmesi sonrası gelişmiş olan benzer tablolar, orta şiddette allerjik-pirojenik reaksiyonu düşündürmektedir.

Kitapta yer alan ve yukarıdaki olgulara uygulanan kuzu kanı transfüzyonlarının doku nakli tarihimizde dikkate değer, önemli bir kaynak olduğu kanaatindeyim.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Atamer T. Kan Transfüzyonu Tarihçesi 2009; 35.Ulusal Hematoloji Kongresi Kitapçığı, 148-154 http://www.thd.org.tr/thdData/Books/399/kan-transfuzyonunun-tarihcesi-tanju-atamer.pdf.
2. Göksoy E. Ord.Prof.Dr. A. Burhaneddin Toker: Türk Cerrahisine Katkıları. Ulusal Cer Derg 2005;21(2):102-111.
3. Girerd L. Souvenirs cliniques de chirurgie: pour faire suite aux Mémoires de médecine, tome II. Paris, Bureau du Siècle Médical, 1881, pp:1-13; www.gallica.bnf.fr, Bibliotheque Nationale de France.
4. Dzik S. James Blundell, Obstetrical Hemorrhage and the Origins of Transfusion Medicine. Transfusion Medicine Reviews 2018;32(4):205-212.
5. Yıldırım N. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin ilk Hastanelerinden Beylerbeyi Hastanesi 1877-1919. Yılmaz C, editör. Uluslararası Üsküdar Sempozyumu V, Bildiriler Kitabı Cilt I, Üsküdar Belediyesi,1-5 Kasım 2007, pp:419-436.
6. Sezer C, Metin Ö. Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Balkan Savaşlarında Muhacirlere Yardımları. Türk Kızılayı yayını, Ankara-2016, pp:19.
7. Okutan MY. Osmanlı-Türkiye Hilal-i Ahmer Dergilerinin Analitik İncelemesi (1921-1928). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilin Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-1998, pp:37,83.
8. Revue d'Orient et de Hongrie gazetesi, Budapeşte, 25 Aralık 1894, no:451, pp:407.

